

Faktorer som kan påvirke pasienters intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging

En kvalitativ studie blant pasienter som har gjennomgått elektiv kirurgi ved et sykehus i helse sør-øst

ALEXANDER EIKREM-LÜTHI
TRUDE RUNDEREIM
BEATE FUNDINGSLAND SKARAAS

VEILEDER

Jan Gunnar Dale

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Master

Forord

Denne studien er gjennomført som en del av masterstudiet i helse og sosial informatikk ved Universitetet i Agder, Grimstad. Arbeidet med masterstudien ble påbegynt høsten 2019, og avsluttet i mai 2020.

Vi tre som har gjennomført masterstudien sammen er alle sykepleiere, med ulik bakgrunn, fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi har samarbeidet gjennom hele studietiden (2017-2020), og i 2. års-oppgaven vår gjennomførte vi en kvantitativ studie om e-helsekompetanse blant elektive pasienter ved et sykehus i Helse Sør-Øst. Vi fattet interesse for e-helsekompetanse og bruker-/pasientperspektivet, og betydningen av å inkludere pasienter i planlegging av e-helseteknologi, for at de skal kunne ha best mulig forutsetninger for å kunne benytte teknologien.

Slik ble det til at vi tok med oss e-helsekompetanse inn i masterstudien, der vi valgte å se på brukerperspektivet, det vil si pasienters meninger om hva som skal til for at de skal være i stand til, og ønske å bruke e-helseteknologi. For å få frem pasientenes meninger og tanker ble det valgt å gjennomføre en kvalitativ studie. Mer konkret handler denne masterstudien om en tenkt digital løsning for postoperativ oppfølging.

Det har vært lærerikt og interessant å fordype seg i temaet og gjennomføre trinnene i masterstudien.

Vi vil hjertelig takke vår veileder, Jan Gunnar Dale ved Universitetet i Agder, for god veiledning, med konstruktive tilbakemeldinger og støtte, gjennom arbeidet med denne masterstudien og generelt disse tre lærerike årene. Vi vil også rette en stor takk til informantene i studien som delte sine meninger og tanker, i forhold til intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging, og til Lovisenberg Diakonale Sykehus som velvillig gav oss muligheten til å gjennomføre studien.

Grimstad, 20.05.2020

Alexander Eikrem-Lüthi, Trude Rundereim og Beate Fundingsland Skaraas

SAMMENFATNING

Bakgrunn: Økende dagkirurgisk virksomhet og et paradigmeskifte i pasientbehandling leder til økt involvering av pasienter i behandlingsforløpet, noe som krever god informasjon og kommunikasjon mellom pasient og behandler. Nasjonale helsepolitiske føringer går i retning av at internettbaserte løsninger kan være et verktøy for å møte dette behovet. For at pasienter skal ta i bruk e-helseløsninger må det finnes en intensjon om bruk.

Hensikt: Formålet med studien var å undersøke hvilke faktorer pasientene mener kan påvirke deres intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging etter elektiv kirurgi.

Utvalg og metode:

Det ble utarbeidet intervjuguide med UTAUT 2 (Unified theory of acceptance and use of technology) og eHEALS (eHealth Literacy Scale) som rammeverk. 11 semistrukturerte intervjuer ble gjennomført i perioden januar-februar 2020, og data ble analysert i Nvivo® med både styrt innholdsanalyse, og induktiv innholdsanalyse.

Informantene var pasienter som gjennomgått elektiv kirurgi i løpet av de tre siste månedene ved intervjutidspunktet.

Funn og konklusjon: Alder på informantene varierte mellom 30 – 72 år. Alle informantene var vant til å bruke internett.

Konkrete funn som informantene mener har betydning for deres intensjon om å bruke en løsning for internettbasert oppfølging var (under Nytteverdi); økt tilgjengelighet, enkel tilgang til kontakt og pålitelig informasjon, og kommunikasjon med helsepersonell, og (under Brukervennlighet); sikker pålogging, enkel navigering, enkel presentasjon og at løsningen veileder brukeren gjennom prosesser. De viktigste faktorene, ifølge informantene, var at løsningen bør få pasienten til å føle seg sett, gi en følelse av trygghet, og at det må finnes tillit til løsningen og organisasjonen rundt. *Hvordan* man oppnår dette i en løsning for internettbasert oppfølging kan være et godt utgangspunkt for videre forskning.

Nøkkelord: Digital løsning, postoperativ oppfølging, elektiv kirurgi, intensjon om bruk, e-helsekompetanse, pasient, sykehus

ABSTRACT

Background:

Increasing volume of day surgery and a paradigm shift in patient care, has led to increased involvement of patients in the course of treatment, which requires good information, and good communication between the patient and health professionals. National health policy guidelines are suggesting that Internet-based services may be a key element to meet this need. For patients to use e-health solutions though, there must be an intention of use.

Aim:

The aim of this study was to explore what factors patients believe may affect their intention to use a service for digital post-operative follow-up after elective surgery.

Sample and method:

An interview guide was constructed with UTAUT 2 (Unified theory of acceptance and use of technology) and eHEALS (eHealth Literacy Scale) as frameworks. Eleven semi-structured interviews were conducted during the period January-February 2020. Data were analyzed in Nvivo®, and both direct content analysis, and inductive content analysis were performed. The informants were patients who had undergone elective surgery during the last three months at the time of the interview.

Findings and conclusion:

The age of the informants varied between 30 - 72 years. All the informants used internet on a regular basis.

Specific findings that the informants believe are important for their intention to use Internet-based follow-up were (in performance expectancy): increased accessibility, easy to initiate contact, easy access to reliable information, and communication with health professionals, and (in effort expectancy): secure login, easy navigation and presentation, and that the system guides the user through the processes to be performed.

But the most important factors, according to the informants, were that the system should give the patient a feeling of being heard, provide a sense of security, and that there must be trust towards the solution and the organization around it.

How to achieve this in a system for Internet-based follow-up can be a good starting point for further research.

Keywords: Digital solution, Post-operative follow-up, elective surgery, intention to use, e-health literacy, patient, hospital

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 BAKGRUNN	1
2.0 PROBLEMANALYSE	2
2.0.1 Nasjonale helsepolitiske føringer og dagens situasjon.....	3
2.1 Organisasjon og prosesser	4
2.2 Teknologi	7
2.2.1 Brukervennlighet	7
2.3 Individ	10
2.3.1 E-helsekompetanse.....	10
2.3.2 Nytteverdi.....	12
2.4 Problemformulering og hensikt med studien	14
3.0 TEORIGRUNNLAG	15
3.1 Brukeraksept	16
3.1.1 UTAUT	16
3.1.2 UTAUT 2	20
3.2 E-helsekompetanse	24
3.2.1 Definisjoner på helsekompetanse og e-helsekompetanse	24
3.2.2 E-helsekompetanse forklart ut fra Norman & Skinner sin Lily-model.....	25
3.2.3 Måleinstrumentet eHEALS	27
3.2.4 e-helse - et dynamisk felt	27
3.3 Oppsummering av teorigrunlaget	28
4.0 METODE OG DESIGN	28
4.1 Valg av metode og design	28
4.2 Datainnsamling	29
4.2.1 Utvalg	29
4.2.2 Utarbeidelse av intervjuguide.....	30
4.2.3 Gjennomføring av intervju	30
4.2.4 Transkribering og analyse av data.....	30
4.3 Etiske overveielser	31
4.4 Troverdighet	32
4.5 Litteratursøk	33

4.6 Metodiske overveielser.....	34
5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE	35
5.1 Demografi/variasjon.....	35
5.2 e-Helsekompetanse	35
5.2.1 Innhente informasjon før operasjonen.....	37
5.2.2 Finne relevant helseinformasjon på internett	37
5.2.3 Forstå helseinformasjon på internett	37
5.2.4 Bruke helseinformasjon fra internett.....	37
5.2.5 Vurdere helseinformasjon fra internett	38
5.2.6 Ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett.....	38
5.3 Nytteverdi.....	38
5.3.1 Kommunikasjon via videosamtale	40
5.3.2 Kommunikasjon via chat.....	40
5.3.3 Trygghet	40
5.3.4 Tilgang til pålitelig informasjon.....	40
5.3.5 Tilgang til egne helsedata.....	41
5.3.6 Økt tilgjengelighet og enklere kontakt	41
5.4 Brukervennlighet.....	41
5.4.1 Brukergrensesnitt	42
5.4.2 Pålogging og autentisering.....	43
5.4.3 Systemfunksjonalitet som forenkler prosesser	43
5.4.4 Motivasjon for bruk.....	43
5.5 Sosial påvirkning	44
5.5.1 Interesse.....	44
5.5.2 Tillit	44
5.6 Tilretteleggende forhold	45
5.6.1 Tillit til systemet.....	45
5.6.2 Tilgjengelig utstyr, enheter og systemfunksjoner	45
5.6.3 Optimalisere situasjonsforståelse	46
5.6.4 Personlige begrensninger	46
5.7 Hedonisk motivasjon.....	46
5.7.1 Mestringsfølelse	47
5.7.2 Sosialt utbytte.....	47

5.8 Prisverdi	47
5.8.1 Betalingsvilje.....	47
5.9 Vane	48
5.9.1 Informasjonskilder knyttet til helse og sykdom	48
5.9.2 Logistikk.....	49
5.9.3 Sosial kontakt	49
5.9.4 Fornøyelse	49
5.9.5 Nytte	49
5.10 Postoperativ oppfølging	49
5.10.1 Trygghet	50
5.10.2 Kommunikasjon og kontakt	50
5.10.3 Tilgjengelig og tilpasset informasjon.....	51
5.11 Oversikt e-Helsekompetanse	52
5.12 Oversikt UTAUT 2	53
6.0 DISKUSJON	54
6.1 e-Helsekompetanse	54
6.1.1 Innhente informasjon før operasjonen og Finne relevant helseinformasjon på internett.....	54
6.1.2 Forstå helseinformasjon på internett	55
6.1.3 Bruke helseinformasjon fra internett.....	56
6.1.4 Vurdere helseinformasjon fra internett	58
6.1.5 Ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett.....	59
6.1.6 Sammenfatning e-Helsekompetanse	60
6.2 Nytteverdi.....	61
6.2.1 Kommunikasjon via videosamtale og chat.....	61
6.2.2 Trygghet	63
6.2.3 Tilgang til pålitelig informasjon.....	64
6.2.4 Tilgang til egne helsedata.....	65
6.2.5 Økt tilgjengelighet og enklere kontakt	67
6.3 Brukervennlighet.....	68
6.3.1 Brukergrensesnitt	68
6.3.2 Pålogging og autentisering	69
6.3.3 Systemfunksjonalitet som forenkler prosesser	70

6.3.4	Motivasjon for bruk.....	71
6.4	Sosial påvirkning	73
6.4.1	Interesse og tillit	73
6.5	Tilretteleggende forhold	74
6.5.1	Tillit til systemet.....	74
6.5.2	Tilgjengelig utstyr, enheter og systemfunksjoner	75
6.5.3	Optimalisere situasjonsforståelse	76
6.5.4	Personlige begrensninger	77
6.6	Hedonisk motivasjon.....	78
6.6.1	Mestringsfølelse og Sosialt utbytte	78
6.7	Prisverdi	79
6.7.1	Betalingsvilje.....	79
6.8	Vane.....	80
6.8.1	Informasjonskilder knyttet til helse og sykdom, Logistikk, Sosial kontakt, Fornøyelse og Nytte	80
6.9	Postoperativ oppfølging	81
6.9.1	Trygghet	82
6.9.2	Kommunikasjon og kontakt	83
6.9.3	Tilgjengelig og tilpasset informasjon.....	85
7.0	KONKLUSJON.....	86
7.1	Anvendelse av funn og videre forskning	89
REFERANSER.....		90
VEDLEGG		98
Vedlegg 1 – Tabeller meningsbærende enheter.....		98
Vedlegg 2 – Godkjenning personvernombud		151
Vedlegg 3 – Godkjenning klinikkledelse		153
Vedlegg 4 – Godkjenning FEK		155
Vedlegg 5 – Godkjenning NSD.....		156
Vedlegg 6 - Intervjuguide		157
Vedlegg 7 – Intervjuguide forenklet.....		160
Vedlegg 8 – Informasjonsskriv med samtykkeskjema.....		163

TABELLISTE

Tabell 1 - Funn helsekompetanse	35
Tabell 2 - Funn Nytteverdi	38
Tabell 3 - Brukervennlighet	41
Tabell 4 - Sosial påvirkning	44
Tabell 5 - Tilretteleggende forhold	45
Tabell 6 - Hedonisk motivasjon	46
Tabell 7 - Prisverdi	47
Tabell 8 - Vane	48
Tabell 9 - Postoperativ oppfølging	49
Tabell 10 - Oversikt funn e-Helsekompetanse	52
Tabell 11 - Oversikt funn UTAUT 2	53

FIGURLISTE

Figur 1 - Leavitts Diamant	2
Figur 2 - Individets aksept av informasjonsteknologi (Venkatesh et al. 2003).....	16
Figur 3 - UTAUT med moderatører (Venkatesh et al. 2003).....	20
Figur 4 - UTAUT 2 med moderatører og mediatorer (Venkatesh et al., 2012)	24
Figur 5 - Lily-modellen (Norman & Skinner, 2006b).....	26

1.0 BAKGRUNN

Paradigmet i pasientbehandling har forskjøvet seg mot en større involvering av pasientene i beslutninger om planlagt og mottatt omsorg (Jaensson, Dahlberg & Nilsson, 2019). Nasjonale helsepolitiske føringer setter økende krav til pasientmedvirkning og går i retning av at internettbaserte løsninger kan være et verktøy som kan bidra til å engasjere pasienter til å delta i egen behandling og beslutninger rundt denne. I Dahlberg, Jaensson, Nilsson, Eriksson og Odencrants (2018) går det frem at e-helseteknologi er forslått benyttet for å støtte pasienter i rekonvalesens etter utskrivelse fra dagkirurgisk enhet. Dagkirurgi blir i Dahlberg (2018) definert som kirurgi utført på en pasient som er innlagt og utskrevet fra sykehuset samme dag som operasjonen utføres, eller innen 24 timer etter operasjonen. Flertallet av operasjoner som utføres i dag er dagkirurgiske inngrep (Dahlberg, 2018).

Forskning tyder på at økende dagkirurgisk virksomhet og kortere liggetid på sykehus fører til større rehabiliteringsansvar hos pasienten selv (Nilsson et al., 2016), noe som igjen fører til at både informasjon og kommunikasjon, pre- og postoperativt, mellom pasient og behandler, må finnes tilgjengelig og være forståelig for pasienten. Ifølge Dahlberg (2018), føler mange pasienter at de har mottatt tilstrekkelig informasjon og støtte, og er slik forberedt på rekonvalesens hjemme, men det gjelder ikke alle. De som ikke er forberedt på hva som venter i den postoperative fasen kan føle seg alene og usikre på om rekonvalesens går som planlagt (Dahlberg, 2018). I 2015 var det kun rundt 50% av pasientene som følte at de fikk all informasjon de trengte ved utskrivelse etter behandling på norske sykehus (Holmboe & Bjertnæs, 2016).

I Direktoratet for e-helse (2016) sin rapport «Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022», går det frem at pasienter får for lite informasjon om behandlingen på sykehus og hva som skal skje når de kommer hjem.

For å oppnå de potensielle fordeler med digitalisering som involverer pasienter, er det viktig å tilnærme seg i hvilken grad individer er beredt («readiness») på digitaliseringen (Kayser et al., 2019). Kayser et al. (2019) benytter en definisjon av «beredt» som sier at det betyr «forberedt» og «villig», der forberedt blir tolket som et resultat av et individs kunnskap, ferdigheter og holdninger, inkludert tillit og motivasjon, som bør betraktes som muliggjørende faktorer når de utvider et individs muligheter til å handle.

For å kunne utvikle gode internettbaserte informasjons- og kommunikasjonsløsninger som imøtekommer pasienters behov vil det være nødvendig å få kunnskap om hva pasientene selv tenker er viktig for at de skal kunne bruke og finne en slik løsning nyttig.

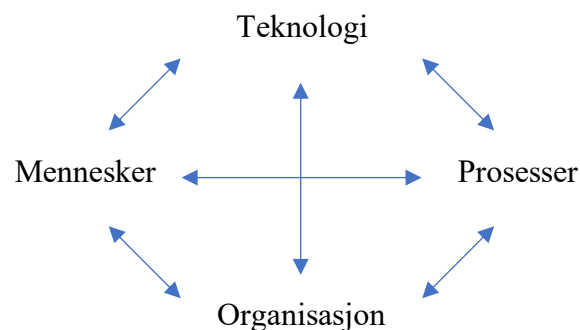
2.0 PROBLEMANALYSE

Problemanalysen tar utgangspunkt i aktuell litteratur rundt temaet digital helse- og pasientinformasjon, digital kommunikasjon mellom pasient og behandler, og erfaringer med bruk av pasientportaler. Det settes lys på utfordringer med innføring og adopsjon av portalbruk, samt faktorer som kan ha innvirkning på intensjon om bruk, adopsjon, og bruk av pasientportaler.

Leavitts Diamant

Aktuelt tema har høy grad av sosioteknisk kompleksitet. På bakgrunn av dette er det valgt å strukturere problemanalysen etter Leavitt's Diamant. I følge Sarker (2000, s. 197) er Leavitt's Diamant- modellen internasjonalt akseptert innenfor faget informasjonsteknologi.

I Leavitt's Diamant inngår teknologi, organisasjon/struktur, mennesker, og prosesser som gjensidig avhengige variabler i et sosioteknisk miljø. Endring i en variabel vil påvirke eller gi endringer i de andre variablene (Sarker, 2000, s. 197). I denne studiens kontekst er organisasjonsavhengige faktorer nært knyttet til prosesser og det er derfor valgt å belyse organisasjonsavhengige faktorer og prosesser under ett felles punkt i problemanalysen.



Figur 1 - Leavitts Diamant

2.0.1 Nasjonale helsepolitiske føringer og dagens situasjon

Det går frem av «Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022, E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren (oppdatert 2019)», at e-helse er en forutsetning for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgssektor som leverer tjenester av høy kvalitet (Direktoratet for e-helse, 2019a). En pasientportal er en form for e-helse (Hoogenbosch et al., 2018). I rapporten «Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022, Versjon 1.0» opplyses det at digitale tjenester på nett skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Innbyggerne skal i større grad være med og utforme egne helsetjenestetilbud (Direktoratet for e-helse, 2016).

I en relativt ny rapport fra Direktoratet for e-helse (2019b) «Utviklingstrekk 2019- Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse», legges det frem at innbyggernes rolle i planlegging og utøvelse av helse- og omsorgstjenester er i utvikling, og at det legges opp til en større medvirkning fra innbyggerne.

Ved dagkirurgi er pasienten under postoperativ overvåkning kun noen timer, og pasient og pårørende blir selv ansvarlig for rekonvalesensperioden (Nilsson et al., 2016). Informasjonen pasienten får om hva som kan oppstå postoperativt vil slik kunne antas være svært viktig for at pasienten skal oppleve et vellykket postoperativt forløp.

De fleste pasienter som gjennomgår dagkirurgi opplever god pleie perioperativt, men savner profesjonell støtte etter utskrivelsen (Dahlberg, Jaensson, Nilsson, et al., 2018). Dette er i samsvar med Direktoratet for e-helse (2016) sin rapport "Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022", under innsatsområdet "Involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp", der det går frem at pasienter får for lite informasjon om behandlingen på sykehus og hva som skal skje når de kommer hjem.

Mange pasienter uttrykker en følelse av usikkerhet og bekymring rundt det postoperative forløpet, og etterspør støtte og oppfølging i den postoperative fasen. Den vanligste postoperative oppfølgingen i dag er at en sykepleier ringer pasienten en gang etter operasjonen (Dahlberg, Jaensson, Nilsson, et al., 2018).

Pasienter gir uttrykk for at det er vanskelig å vite hvor og til hvem de skal henvende seg ved spørsmål og bekymring i postoperativ fase (Dahlberg, Jaensson, Nilsson, et al., 2018), noe som kan tyde på at det er behov for en endring i praksis rundt postoperativ oppfølging av pasienter. En praksis som er mer i samsvar med helsepolitiske føringer hvor pasientmedvirkning har større fokus. Direktoratet for e-helse (2018) sin rapport "Utviklingstrekk 2018. Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse", sier mulig noe

om hvordan det tenkes at dette skal endres, ved at rapporten definerer det overordnede målet for smarte sykehus til å løse behov for optimalisering av pasientbehandling og arbeidsprosesser ved bruk av avansert IKT. Rapporten utdyper at dette betyr å få dekket behov når de oppstår, uavhengig av tid og sted, gjennom tilgang til informasjon og kommunikasjon (Direktoratet for e-helse, 2018). Rapporten påpeker videre at det at pasient og behandler befinner seg på ulike steder, og at oppfølging kan skje på nye måter, er både ønskelig og nødvendig. Samtidig sies det at hvordan IKT-systemene skal organiseres for å sikre rett informasjon til rett person til rett tid, ennå er uløst. Det opplyses altså i første omgang at bruk av IKT skal løse dagens problemer med utilstrekkelig informasjon og gi muligheter for kommunikasjon, mens det i neste omgang påpekes at man ikke vet hvordan dette skal organiseres.

Nasjonale føringer ser altså ut til å gå i retning av større medvirkning fra pasientene, ved bruk av avansert IKT. Samtidig er det kort liggetid i sykehus ved dagkirurgi. Dette kan oppleves som at det legges et større ansvar på pasientene.

2.1 Organisasjon og prosesser

Pasientportaler har i litteraturen blitt trukket frem som et verktøy for å avhjelpe den tilsynelatende situasjonen med «mismatch» mellom informasjonsbehovet blant pasienter og den informasjonen og oppfølgingen som er tilbudt. Det argumenteres for at bruk av pasientportaler kan stimulere til økt pasientengasjement (Wildenbos, Horenberg, Jaspers, Peute & Sent, 2018; Yen et al., 2018), og støtte pasienters egenomsorg (Fraccaro et al., 2018). Coughlin, Stewart, Young, Heboyan og De Leo (2018) sier at fremskritt innen informasjonsteknologi har økt interessen blant behandlere og forskere for å benytte pasientportaler for å støtte pasienters egenomsorg og forbedre pasient-behandler kommunikasjon mellom kontorbesøk. Økende bevis for at pasientengasjement forbedrer helseutfall og reduserer kostnader har gitt helsevesenet økt fokus på pasientportaler som et primært aksesspunkt for personlig helseinformasjon og kommunikasjon mellom pasient og behandler (Irizarry et al., 2017). I følge Hoogenbosch et al. (2018) viser forskning at flere gevinster kan knyttes til introduseringen av pasientportaler. Det nevnes bedre kliniske utfall, bedre kommunikasjon mellom pasient og behandler, og mer fornøyde pasienter. Suksessen til pasientportalene, og oppnåelse av de nevnte effektene er imidlertid i sin helhet knyttet til i hvilken grad de brukes, ifølge Hoogenbosch et al. (2018), som i sin studie fant en

sammenheng mellom bruk og fornøydhhet med pasientportal. Det trekkes altså frem flere mulige positive effekter av portalbruk, samtidig som at brukeres fornøydhhet settes i sammenheng med at pasientportaler faktisk brukes.

Samtidig argumenteres det for at det er avgjørende at tjenestene er gitt på en måte som imøtekommer brukerne sine behov, ressurser og kompetanse, for at folk skal få tilgang til, forstå og dra nytte av den økende digitaliseringen av helsetjenester (Kayser et al., 2018). Tjenestene skal møte brukernes behov, og være tilpasset deres kompetansenivå (Kayser et al., 2018). Det kan se ut til at det settes en del krav til pasientportaler på den ene siden, for å imøtekomme brukernes behov, og til brukerne på den andre siden, for å inneha kompetanse til å kunne benytte pasientportaler som et ledd i å medvirke i beslutninger om egen helse. I følge McAlearney et al. (2019) er pasientportaler et lovende instrument for å forbedre pasientsentrert omsorg, da de tilbyr pasientinformasjon og verktøy som kan hjelpe til med å få bedre kontroll på egen helse, men det er behov for å forstå bedre hvordan portalene blir benyttet.

Stimulerer pasientportaler til økt engasjement? Imøtekommer pasientportaler brukernes ressurser og behov? I litteraturen fins motstridende funn i forhold til i hvilken grad portalbruk fører til forbedret helseutfall, og hva som må til for at pasientportaler skal være et godt verktøy for pasienter og innbyggere, for å støtte dem i økt brukerinvolvering og engasjement, som vil være i samsvar med nasjonale helsepolitiske føringer (Direktoratet for e-helse, 2016, 2019b).

Dahlberg, Jaensson, Nilsson, et al. (2018) viser i sin studie til at en mobil app (RAPP) for oppfølging av pasienter som har gjennomgått dagkirurgi, har positiv effekt på postoperativ rekonvalesens. Pasientene kunne via appen be om å bli kontaktet av en sykepleier innen 24 timer. Dette ble oppfattet som en trygghet for de fleste, men noen var misfornøyd med å vente opptil 24 timer før de ble kontaktet av en sykepleier. Dette viser potensiale for digital oppfølging av pasienter i en postoperativ setting, men viser utfordringer knyttet til hvordan helsevesenet i dag er organisert. Dahlberg, Jaensson, Nilsson, et al. (2018) sier i sin studie at det er bedre både for sykepleier og pasient at oppfølgingssamtalen utføres når de har tid til å snakke med pasienten, heller enn å svare når de utfører andre oppgaver. Det er vanskelig å være uenig i det, men det setter fokus på viktigheten av å se på hvordan helsevesenet er organisert. Sett ut fra et pasientperspektiv vil det være bedre å få rask respons, og med pasienten i fokus bør kanskje også helsevesenet se på sine arbeidsprosesser og vurdere eventuelle endringer.

Sveriges Kommuner og Landsting (SKL) har med bakgrunn i manglende kunnskap om nytteverdi av digitale konsultasjoner mellom pasient og lege, valgt å evaluere teknologien (Gabrielsson-Järhult, Areskoug-Josefsson & Kammerlind, 2019). Det ble i 2018 utført to delstudier, en kvantitativ og en kvalitativ. Det kom frem at 90% av respondentene (n=10.400) benyttet kun digital konsultasjon, og ikke trengte fysisk kontakt for å dekke omsorgsbehovet. Dette kan være indikasjon på at det finnes konsultasjoner der pasienten ikke trenger å møte opp fysisk hos behandler, noe som kan spare pasienter for reisekostnader. Det er dog uklart om dette fører til ressursbesparelser hos helseorganisasjonen. Gabrielsson-Järhult et al. (2019) sier videre at det er de unge, ressurssterke pasientene som bruker digitale konsultasjoner, mens eldre og mer ressurskrevende pasienter er mer kritiske til teknologien. Eldre trengte i større grad fysisk konsultasjon i tillegg til digital konsultasjon for å dekke omsorgsbehovet, noe som i teorien kan føre til økt ressursbruk, snarere enn lavere. Portz et al. (2019) konkluderte i sin studie at eldre er interessert i å bruke pasientportaler, og drar allerede fordeler av tilgjengelige egenskaper i portaler, men det er viktig å vektlegge nytte og brukervennlighet. Dette viser at eldre ikke er en ensartet gruppe som er kritisk til teknologi, men at det er viktig å finne de riktige nøklene som kan åpne for mer bruk av teknologi også hos eldre pasienter. Gabrielsson-Järhult et al. (2019) rapporterer også at majoriteten av brukerne ønsket digitale konsultasjoner med leger fremfor annen personell. Grunnen til dette var at brukerne oppfattet at kun leger har mandat til å ta beslutning om behandling, sykemelding og resepskriving (Gabrielsson-Järhult et al. (2019). En mulig utfordring i forhold til portalbruk kan være nettopp at det i noen pasientgrupper kan være holdninger som går på at beslutninger om helse og behandling ligger til legen. Det er mulig at pasienter kan oppleve at de mangler nødvendig kompetanse og at digitaliseringen oppleves som en ansvarsoverføring fra behandler til pasienter.

Det argumenteres for at mobile helseapper har potensiale til å sørge for lavkost, 24 timers tilgang til høy-kvalitets informasjon, og til å forbedre pasienters forståelse og etterlevelse vedrørende egen helse (Bell et al., 2018). Coughlin et al. (2017) henviser til flere studier som viser lovende resultat i forhold til pasientutfall ved bruk av web-portaler, for eksempel viser pasientene økt etterlevelse i forhold til å overholde anbefalinger. Ikke alle studier støtter ovennevnte funn. Til tross for økende popularitet og potensiale, fins det, ifølge Fraccaro et al. (2018), ikke sterke bevis for at pasientportaler har positiv effekt på prosesser i helsevesenet og helseutfall. Årsakene til portalers manglende effekt/virkning er foreløpig dårlig forstått, og

det er ukjent hvorfor pasientportaler ofte feiler i å påvirke helsehjelpsprosesser og utfall (Fraccaro et al., 2018).

Det pekes også på varierende adopsjon av pasientportaler (Baldwin, Singh, Sittig & Giardina, 2017). Kruse, Argueta, Lopez og Nair (2015), sier at utbredt adopsjon av pasientportaler står overfor motstand fra pasienter og behandlere av mange årsaker. Det er begrenset evidens på at pasienter og behandlere evaluerer egenskapene i en pasientportal positivt (Kruse et al., 2015). Det kan se ut til at det er for lite kunnskap om hvorfor pasientportaler har varierende adopsjon, og om hvilke årsaker som ligger til grunn for motstand fra pasienter og manglende effekt av portalbruk. Man vil kunne anta at lav adopsjon av pasientportaler vil kunne føre til liten innvirkning/effekt på prosesser i helsevesenet og på helseutfall. Omvendt vil man også kunne anta at dersom et system (pasientportal) ikke viser seg å ha noen positiv effekt på de ønskede utfall, vil det i seg selv kunne være en mulig årsak til lav adopsjon av systemet. Hoogenbosch et al. (2018) fant, som nevnt, en sammenheng mellom brukernes fornøydhetsnivå og at portalene faktisk brukes. Også oppnåelse av positive effekter av portalbruk ble sett i sammenheng med bruk (Hoogenbosch et al., 2018). Dette kan tolkes som at dersom man får opp bruken, vil det kunne øke fornøydhetsnivået og positive effekter. Utfordringen vil, fra et perspektiv, da kunne være å øke adopsjonen av pasientportaler. Denne utfordringen vil kunne splittes opp i flere utfordringer, som går på årsaker til at adopsjonen er lav. Opplever folk nytte av bruk av pasientportaler og hvor brukervennlige oppleves de?

2.2 Teknologi

Det vil kunne være relevant å se nærmere på hva som er mulige årsaker og konsekvenser av lav adopsjon av pasientportaler og/eller lav innvirkning på prosesser i helsevesenet, sett i forhold til teknologien. Flere forskere påpeker behovet for at brukerrettet helse-IT må være tilpasset brukernes behov (Baldwin et al., 2017; Kayser et al., 2018).

2.2.1 Brukervennlighet

En mulig årsak til lav adopsjon av portaler som trekkes frem i litteraturen er designet i dagens pasientportaler. I følge Baldwin et al. (2017) fins det lite bevis for at design i pasientportaler er tilpasset pasienters behov. Det kan være vanskelig å navigere i digitale helsedata, når de presenteres i et lite format, med et komplekst grensesnitt (Baldwin et al., 2017). Det er viktig

å ta i betraktning nivået for kompleksitet i helseinformasjonen ved design av pasientwebportaler, og i planlegging og tolkning av fremtidige studier av pasienters bruk av webportaler og spesifikke portalfunksjoner (Coughlin et al., 2018). De mener imidlertid at det eksisterer flere muligheter for å forbedre brukervennlighet og aksept av webportaler for pasienter med begrenset helsekompetanse, inkludert forbedringer av designet i portaler (Coughlin et al., 2018).

Det er publisert flere forskningsartikler som sier noe om brukervennlighet (usability) i pasientportaler. Mange finner portaler vanskelige å bruke på grunn av begrensninger i design og grensesnitt, og utfordringer med helsekompetanse (Baldwin et al., 2017). Teknologien gir samtidig muligheter man ikke har om informasjonen kun gis skriftlig. Gabrielsen og Lundetræ (2014) viser til at skriftlig helseinformasjon kan være vanskelig tilgjengelig for svake lesere. Teknologien gir muligheter for tilpasning til svake lesere ved at informasjon kan gis både visuelt (video) via lyd og videokommunikasjon (Gabrielsen & Lundetræ, 2014).

Brukervennlighet er blitt rapportert som et viktig hinder for adopsjon (Yen et al., 2018). Yen et al. (2018) argumenterer for at dårlig design i pasientportaler kan ha innvirkning på hvordan pasienter navigerer og oppfatter informasjonen i portalen, og kan gi en frustrerende opplevelse. Baldwin et al. (2017) fant at mange pasienter hadde vanskeligheter med å finne testresultatene sine i portalen. Det argumenteres at når pasienter samhandler med testresultatene sine, må de vite formålet med testen og tolkningen av resultatene og de neste trinnene (Baldwin et al., 2017). Kruse et al. (2015) fant ved en systematisk gjennomgang av litteratur at brukervennlighet var det mest negativt oppfattede trekket ved pasientportaler, og at brukervennlighet var en bekymring for pasienter og behandlere som ikke var vant med avansert teknologi og derfor fant det vanskelig å navigere i portalen. Yen et al. (2018) evaluerte brukervennlighet i en portal for inneliggende pasienter, MyChart Bedside (MCB), med fokus på brukeres oppgaveutførelse, feil og tilbakemeldinger fra brukerne. Et funn i deres studie var at brukerne, ved bruk av meldingsfunksjonen, ønsket å velge individuell behandler å sende meldinger til, samt status på om melding var lest, og når det de bad om kunne utføres. Yen et al. (2018) påpeker at det problematiske er at ønskene fra pasientene, som kunne økt deres fornøydhets, er utfordrende for behandlernes arbeidsmengde, samt at klinisk arbeidsflyt i miljøet rundt inneliggende pasienter kunne være for komplekst for individuelle meldinger. Et funn i McAlearney et al. (2019) sin studie var at pasienter foreslo måter å forbedre de tilgjengelige funksjonene i portal for inneliggende pasienter. Portalen ble foreslått forbedret ved å gi pasientene mulighet til å kunne sende meldinger til spesifikke

behandler (McAlearney et al., 2019). Dette støtter opp om funnet i forhold til ønsket meldingsfunksjonalitet i Yen et al. (2018), og kan kanskje sees på som et uttrykk for at pasienter ønsker å forholde seg til, eller kommunisere med spesifikk behandler? Det kan altså se ut til at det er utfordringer i forholdet mellom brukervennlighet og ønsket funksjonalitet i portaler, basert på pasienter eller brukeres ønsker, og hva som er mulig å få til i et klinisk miljø med stor arbeidsbelastning og vaktordninger, slik organiseringen er i dag. Det er utfordrende at ønsker fra brukere om funksjonalitet i portaler kan stå i kontrast til det som er mulig å få til i et klinisk miljø. Det kan også, ut fra nevnte kilder, se ut til at kritikken i forhold til brukervennligheten i noen portaler, går i retning av at portaler mangler forklaring på den tilgjengelige informasjonen (i forhold til testresultater) (Baldwin et al., 2017) og «feedback»- funksjonalitet (ift. status på meldinger/meldingsfunksjonalitet) (Yen et al., 2018). Noe av kompleksiteten ved pasientportalbruk kan mulig ligge i at brukervennlighet er bare en faktor som kan se ut til å virke sammen med andre faktorer i et samspill, som en forutsetning for at bruk skal oppleves nyttig.

Standardisering av portaler er et tema innen forskningen på bruk av portaler. Wildenbos, Horenberg, et al. (2018) sier at det heterogene landskapet av pasientportaler er en viktig barriere for videre portalutvikling og implementering. Det fins et variert utvalg av funksjoner, brukervennlighet og nytteverdi, uten et nøyaktig syn på pasientperspektivet (Wildenbos, Horenberg, et al., 2018). Her er det altså mangfoldet innen pasientportaler som problematiseres. Det settes fokus på at pasientengasjementet i forhold til å bruke pasientportaler settes på spill, på grunn av varierende tilgang og brukervennlighet, noe som gir problemer med brukervennlighet for pasientene. Det argumenteres også at pasienter kan ha tvil i forhold til nytteverdien av en portal, på grunn av at det ikke fins et standard sett av portalfunksjoner (Wildenbos, Horenberg, et al., 2018). Også Kruse et al. (2015), peker på denne problemstillingen, og sier at det mangles klarhet i forhold til portaldesignet blant respondentene, det er ukjent om portalene har samme design, eller om de skiller seg fra hverandre. Forskningen problematiserer altså ikke bare design, grensesnitt, brukervennlighet og forutsetninger hos brukerne. Også mangel på standardisering av portaler trekkes frem som et problem fra pasientperspektivet, av Wildenbos, Horenberg, et al. (2018), i forhold til at pasienter må forholde seg til mangfoldet av portaler med ulik funksjonalitet. Man vil kunne anta at dette vil kunne være et problem særlig for de som har flere sykdommer, og /eller forholder seg til flere helseinstitusjoner, som da gjerne har hver sin pasientportal å forholde seg til.

Imidlertid pekes det også på at mangfoldet resulterer i interoperabilitetsproblemer, og kompliserer utveksling av informasjon mellom portaler eid av ulike helseinstitusjoner/-organisasjoner (Wildenbos, Horenberg, et al., 2018). Potensielt vil interoperabilitetsproblemer kunne føre til vanskeligheter for pasienter som mottar helsehjelp fra flere helseinstitusjoner og mottar medisinsk informasjon fra disse. Det vil kunne være utfordrende for pasienter å koordinere informasjonen de mottar fra de ulike pasientportalene som ikke «snakker sammen».

Gabrielsson-Järhult et al. (2019) sin studie viser derimot at majoriteten av brukerne opplever teknologien som svært brukervennlig, hvilket kan tyde på at det finnes andre, sterkere faktorer som bidrar til lavt bruk.

2.3 Individ

Pasientportaler gir pasienter tilgang til deres medisinske informasjon og verktøy til å kommunisere med helsepersonell. Type pasientportal varierer mellom ulike helseinstitusjoner, men i de fleste portaler har pasienter tilgang til egen medisinsk informasjon og kan nytte verktøy for å utveksle informasjon og kommunisere elektronisk med helsepersonell på en sikker måte (Hoogenbosch et al., 2018). Pasientportaler kan med andre ord tilby tilgang til medisinsk informasjon, samt mulighet for kommunikasjon med behandler.

2.3.1 E-helsekompetanse

Med henvisning til varierende adopsjon av pasientportaler, der det pekes på komplekst grensesnitt (Baldwin et al., 2017) og tekstbasert innhold på et høyt informasjonsforståelsesnivå (Coughlin et al., 2018), som mulige årsaker til lav adopsjon, kan man undre seg over hva som er beste måten for pasienter å samhandle med pasientportaler på? Er det tilstrekkelig å kunne hente ut egne medisinske data/informasjon, eller kan det være at pasienter foretrekker eller har behov for å få informasjonen presentert i en kommunikasjonskanal innebygd i pasientportalen? Selv om pasienter i økende grad uttrykker interesse for å bli involvert i medisinske beslutninger, og har fått økt tilgang til egne helsedata, forstår pasienter ikke alltid denne informasjonen, eller implikasjonene av den (Baldwin et al., 2017).

Coughlin et al. (2018) presenterer et perspektiv på grensesnittet i pasientportaler, som sier at portaler med tekstbasert innhold, skrevet på et høyt litterært nivå, samt som er vanskelig å navigere i, utgjør en barriere for dem med lav utdanning eller lav helsekompetanse. Paasche-Orlow og Wolf (2007) viser til at det å vite lite om en sykdom kan ha store konsekvenser for hvordan pasienter med begrenset helsekompetanse samhandler med lege eller behandler. Det kan føre til at pasienter med lav helsekompetanse unngår å stille spørsmål til lege og at de i mindre grad deltar i delt beslutningstaking med behandler, basert på at de kan være mindre komfortable i sosial samhandling som oppstår i medisinske settinger, og bekymre seg for at deres begrensede helsekompetanse vil være synlig (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Lav helsekompetanse settes altså i sammenheng med mindre grad av deltagelse i beslutninger sammen med behandler, og med at tekstbasert innhold i portaler kan være en mulig barriere for bruk. Dette støttes av Hoogenbosch et al. (2018), som i sin studie fant en sammenheng mellom brukere av pasientportaler og e-helsekompetanse. Hoogenbosch et al. (2018) fant nemlig at brukere av pasientportaler hadde høyere score i forhold til e-helsekompetanse enn ikke-brukere. Brukere av pasientportaler var også yngre enn ikke-brukere. Videre fant de at de viktigste prediktorene for portalbruk var å være kronisk syk og ha e-helsekompetanse (Hoogenbosch et al., 2018).

Fremskritt innen helseinformasjonsteknologi kan, ifølge Coughlin et al. (2018), forverre helsemessige forskjeller, og argumenterer med at pasienter fra vanskeligstilte populasjoner som har lav helsekompetanse kan oppleve uforholdsmessig mindre gevinst av helseintervensjoner. For at pasient-webportaler skal være nyttige for ulike populasjoner, må de være tilpasset mennesker med varierende nivå av helsekompetanse, datakompetanse og e-helsekompetanse (Coughlin et al., 2018). Det kan, ut fra Baldwin et al. (2017) og Coughlin et al. (2018), se ut til at både selve grensesnittet, det tekstlige innholdet og pasienters helsekompetanse, er av betydning for brukernes opplevelse, og, om man velger å tolke videre; mulig også for adopsjon av pasientportaler. Hvilke av disse faktorene har størst betydning? Det kan mulig se ut til at det foreløpig er for lite forskningsbasert evidens på dette området. Flere studier viser til utfordringer knyttet til bruk av web-portaler for ulike pasientgrupper. Noen av utfordringene som avdekkes er lav helsekompetanse (HL), kjønn, mental helsestatus, rase/etnisitet, sosioøkonomisk status, utdanningsnivå og alder (Bell et al., 2018; Coughlin et al., 2017; Coughlin et al., 2018; Jaensson et al., 2019; Tieu et al., 2015). Ifølge Bell et al. (2018) adapterer seniorer (>70) ny teknologi i mindre grad enn yngre, årsaker til dette kunne være tilgang til datautstyr, fysisk funksjonsnedsettelse som nedsatt

finmotorikk, sanser og kognitive evner, skeptisk holdning, vansker med å lære og forstå ny teknologi og økonomi (betale for internetttilgang). Portz et al. (2019) og Irizarry et al. (2017) fant derimot at eldre er interessert i å bruke portaler. Det viser at funnene i forhold til alder, og bruk av og interesse for pasientportaler, ikke er ensartet.

2.3.2 Nytteverdi

Wen-Shan et al. (2012) undersøkte hvilke kvalitative faktorer som påvirker adopsjon av digital helsejournal blant pasienter. De kom frem til at intensjon om bruk, opplevd nytteverdi og subjektive normer var faktorer som påvirket adopsjon og bruk av systemet i høy grad (Wen-Shan et al., 2012). I følge Venkatesh, Morris, Davis og Davis (2003) er den faktiske bruken av en teknologi ofte bestemt av intensjonen om å bruke den. Ut fra dette kan man tenke at det vil være nyttig å forstå de faktorene som påvirker pasienters intensjon om bruk. Også Tavares og Oliveira (2016) påpeker at rollen til intensjon som en prediktor for bruk er kritisk og veletablert ikke bare i IS generelt, men også innen helsevesenet og e-helse, der litteraturen antyder at driveren for å bruke spesifikke e-helseplattformer er innledet med intensjonen om å bruke dem.

Hvis dette stemmer for norske populasjoner, kan det tyde på at helsevesenet og helsepersonell også påvirker adopsjon og bruk av helseinformasjonssystemer blant pasienter. Kanskje har ikke helsevesenet kommunisert nytteverdien av slike systemer til pasientene i tilstrekkelig grad? Og kanskje har helsepersonell ikke påvirket pasientenes intensjon om bruk tilstrekkelig? Og kanskje den største utfordringen – hvordan kan man øke adopsjonen av pasientportaler i en populasjon, hvis den sosiale normen sier at «ingen» bruker slike systemer, dersom akkurat denne normen er med å påvirke adopsjonen i sterk grad? Dette kan tenkes å føre til at brukerne må ha høy intensjon om bruk og oppleve veldig høy nytteverdi av systemet, for å «komme over terskelen» og bruke slike systemer, til tross for eventuelle negative sosiale normer. Dette støttes av Miller, Latulipe, Melius, Quandt og Arcury (2016), som sier at behandlere sin aksept og oppmuntring til bruk, vil være essensielt for at pasientportaler skal utfylle sitt potensiale og forbedre pasientomsorg.

Ancker, Brenner, Richardson, Silver og Kaushal (2015) fant i sin studie knyttet til «Meaningful Use» (MU) programmet i USA, et nasjonalt program som gav intensiver til adopsjon av elektronisk pasientjournal (EPJ), at pasienter som hadde leger som fulgte MU-programmet og benyttet elektronisk pasientjournal, med større sannsynlighet trodde at bruk av

elektronisk pasientjournal kunne øke kvaliteten på omsorgen, og de var også mindre bekymret for brudd på personvern, enn de pasientene som hadde leger som ikke fulgte MU-programmet. Dette studiet er fra USA, men det er mulig at også norske pasienter blir påvirket av helsepersonells holdninger til bruk av elektroniske pasientjournalssystemer, og mulig også til portaler, og at helsepersonells bruk har innvirkning på pasienter intensjon om bruk, og om de vil bruke portaler.

Det pekes på forutsetninger hos brukerne for å kunne ta i bruk, benytte og oppleve nytte av bruk av portaler, som ledd i problematiseringen av bruk av pasientportaler eller intensjon om å ta i bruk et system. Irizarry et al. (2017) foretok en kvalitativ studie for å avdekke eldre sin holdning til bruk av webportal for å engasjere seg i egen helse. Denne studien avdekket fem undergrupper, fra de som viste seg minst til mest i stand til å engasjere seg i egen helse via en pasientportal;

1. “Vil ikke føle seg presset inn i noe”
2. “Vil bare bruke det dersom det er påkrevd”
3. “Noen må hjelpe meg”
4. “Ser generelt fordeler med portalen for enkelte oppgaver og medisinsk historikk, men foretrekker menneskelig kontakt for spørsmål.
5. “Setter pris på nåværende egenskaper og er spent på nye muligheter”

Denne studien konkluderte med at de fleste eldre voksne er interessert i å bruke en pasientportal uansett HL- nivå (health literacy/helsekompetanse), tidligere pasientportalbruk eller erfaring med å navigere i helseinformasjon på web (Irizarry et al., 2017). Det ville være interessant å se nærmere på hva som ligger til grunn for pasienters eller forbrukeres intensjon om å bruke en pasientportal.

Kim og Fadem (2018) gjennomførte en «mixed-methods»-studie, med online spørreundersøkelser, gjennomgang av eksisterende portaler og deltagende design workshops, med 17 deltagere over 65 år. Målet med studien var å undersøke holdninger og perspektiver/synspunkter på pasientportaler, og oppfattet nytte og krav blant eldre voksne med varierende grad av tidligere erfaringer med bruk av pasientportaler. Kim og Fadem (2018) fant at deltagerne benyttet pasientportal primært som en kommunikasjonsportal for å samhandle med behandler/lege, heller enn som et verktøy for å få tilgang til eller håndtere personlig helseinformasjon. Oppfatningen av om en lege ville bruke pasientportalen (om

brukerne fikk svar) var en avgjørende faktor for om de eldre voksne ville vurdere å bruke portalen. En mulig tolkning kan altså være at nytteverdien ble ansett som større dersom legen benyttet portalen, og brukerne fikk svar gjennom bruk av portalen. Konklusjonen i Kim og Fadem (2018) sin studie var at det er viktig å forstå at eldre voksne vil oppfatte en pasientportal som en del av et større kommunikasjonssystem, for å samhandle med behandler. Kim og Fadem (2018) sin studie er i liten målestokk, men man kan likevel undre seg over om det kan være slik at nettopp de tilbudte funksjonene i pasientportaler er av like stor betydning som grensesnitt og nivået på det tekstlige innholdet. Man kan også spørre seg om det kan være slik at nettopp de som finner grensesnittet vanskelig å navigere i, og som ikke innehar høy informasjonsforståelse, derfor foretrekker kommunikasjonsmulighetene i pasientportaler, fremfor det å kun hente ut personlige helsedata og informasjon. Det kan også tenkes at nytteverdien som oppleves av brukere med lav e-helsekompetanse, vil være større ved mulighet for å kommunisere digitalt med behandler, fremfor tilgang til å hente ut medisinsk informasjon, for egen tolkning? Denne antagelsen støttes av Kruse et al. (2015), som fant at pasient-behandler kommunikasjon var den mest positive oppfattede egenskapen ved pasientportaler, av både pasienter og behandlere. De mest negative oppfattede egenskapene var bekymringer rundt personvern og brukervennlighet (Kruse et al., 2015).

2.4 Problemformulering og hensikt med studien

Problemanalysen har belyst at mange dagkirurgiske pasienter får for lite informasjon, savner profesjonell støtte i det postoperative forløpet, og gir uttrykk for at det er vanskelig å vite hvor og til hvem de skal henvende seg ved spørsmål og bekymringer. Etter utskrivelse blir pasientene i stor grad selv ansvarlige for egen rekonvalesens.

Nasjonale helsepolitiske føringer viser til bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi som løsning for å gjøre kontakten med helse og omsorgstjenesten enklere og øke pasientmedvirkning. Samtidig viser flere funn i litteraturen at pasientportaler har potensiale til å nå ut med informasjon, øke pasientmedvirkning og engasjement.

Imidlertid har pasientportaler så langt hatt varierende og til dels lav adopsjon. Samtidig som det i litteraturen diskuteres årsaker til dette og forutsetninger for adopsjon, både hos brukerne og i forhold til teknologien, er det funnet lite litteratur om e-helseløsninger som fokuserer spesifikt på oppfølging etter kirurgi.

Dersom en slik løsning skal implementeres for å involvere pasienten i egen behandling og i den postoperative oppfølgingen, er det en forutsetning at pasientene tar i bruk teknologien. Pasienter må da ha ferdigheter til å bruke en slik digital løsning, og de må ønske eller være villig til å ta den i bruk. Kunnskap om faktorer som pasientene selv mener påvirker deres intensjon om å bruke et system kan være nyttig ved utvikling av en slik løsning, for å imøtekomme pasienters behov og ønsker i systemutviklingen.

Med bakgrunn i dette ble det valgt å fokusere på følgende problemstilling:

«Hvilke faktorer mener pasienter kan påvirke deres intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging etter elektiv kirurgi?»

3.0 TEORIGRUNNLAG

For å belyse problemstillingen er det benyttet modell for brukeraksept, som sier noe om hvilke elementer som må være til stede for å oppnå en intensjon, i dette tilfellet hos pasienter, om å bruke et informasjonssystem.

I tillegg til brukeraksept viser forskning en annen faktor som har betydning i denne sammenhengen og det er pasientenes evne til å benytte en pasientportal. For å utdype dette benyttes begrepet e-helsekompetanse. Begrepet e-helsekompetanse ble først omtalt av Norman og Skinner (2006a), da de definerte begrepet som internettbrukeres evne til å lokalisere, evaluere og handle på web-basert helseinformasjon (Paige et al., 2018).

Norman og Skinner (2006a) var opptatt av hvordan man kan vurdere om enkeltpersoner har ferdigheter eller evner til å gjøre bruk av e-helseprogrammer og -intervensjoner da elektroniske helseressurser kun vil være nyttige hvis folk er i stand til å bruke dem.

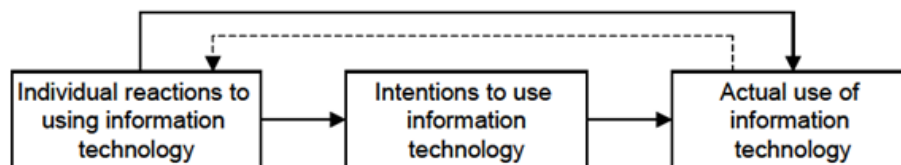
Med dette som bakgrunn ble følgende teoretisk rammeverk valgt; en modell for brukeraksept av informasjonsteknologi i en forbrukerkontekst – UTAUT 2 (Unified theory of acceptance and use of technology), og Norman & Skinner sin teori om e-helsekompetanse, basert på Lily-modellen (Figur 5) og måleinstrumentet e-HEALS (eHealth Literacy Scale).

Videre i kapitlet presenteres modellen UTAUT, en videreutviklet modell for

forbrukerkontekst, UTAUT 2 og begrepet e-helsekompetanse med en kort beskrivelse av Lily-modellen og måleinstrumentet e-HEALS.

3.1 Brukeraksept

I følge Venkatesh et al. (2003) er det et basiskonsept som ligger til grunn for brukeraksept modeller som skal forklare individets aksept av informasjonsteknologi, illustrert i figur 2. Rammeverket består av tre hovedelementer; individuelle reaksjoner på bruk av informasjonsteknologi, intensjon om bruk av informasjonsteknologi, og faktisk bruk av informasjonsteknologi. Modellene som ble integrert i UTAUT hadde alle intensjon og/eller bruk som nøkkelahengig variabel.



Figur 2 - Individets aksept av informasjonsteknologi (Venkatesh et al. 2003)

3.1.1 UTAUT

I 2003 publiserte Venkatesh et al. (2003) en modell for brukeraksept av teknologi; UTAUT (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology).

UTAUT ble utarbeidet ved at det ble foretatt en empirisk sammenligning av de åtte mest kjente modellene for brukeraksept, og integrerte elementer fra disse med det formål å lage en mer helhetlig modell (Venkatesh et al., 2003).

Elementer fra følgende modeller ble benyttet:

- Theory of Reasoned Action (TRA)
- Technology Acceptance Model (TAM)
- Motivational Model (MM)
- Theory of Planned Behavior (TPB)
- Combined TAM and TPB (C-TAM-TPB)
- Model of PC Utilization (MPCU)

- Innovation Diffusion Theory (IDT)
- Social Cognitive Theory (SCT)

UTAUT utpeker fire elementer som spiller en signifikant rolle som direkte påvirkere på intensjon om bruk og bruk:

Nytteverdi (Performance expectancy)

Blir definert som graden av hvorvidt et individ tror at det å bruke systemet vil hjelpe han eller henne til å oppnå fordeler i jobbytelse, som økt produktivitet og effektivitet i arbeidet (Venkatesh et al., 2003).

Dette elementet er den sterkeste prediktoren for intensjon om bruk og viser seg signifikant på alle punkter av målinger i både frivillig og ikke frivillig setting (Venkatesh et al., 2003).

Teoretisk sett vil det være grunn til å forvente at forholdet mellom Nytteverdi (PE) og intensjon om bruk (BI) vil modereres av kjønn og alder, og antas å være spesielt fremtredende hos menn, og da særlig unge menn, med den forklaring at unge menn er mest resultat- og oppgaveorientert (Venkatesh et al., 2003).

Nytteverdi (PE) er også den av elementene i UATUT som har vist sterkest sammenheng med intensjon om bruk (BI) (Liu et al., 2015; Zhang et al., 2019) Dette bekreftes også gjeldende i en helsekontekst av Tavares og Oliveira (2016) i en studie om adopsjon av EPJ-portaler.

Forventet innsats (Effort expectancy)

Defineres som i hvilken grad teknologien eller systemet oppfattes som lett eller vanskelig å forstå og/eller bruke – **brukervennlighet** (det er dette begrepet som vil bli brukt videre i studien).

Brukervennlighet (EE) er et signifikant element både i frivillig og ikke- frivillig brukskontekst, men viser seg signifikant kun i første del av implementeringsperioden, altså etter opplæring, og blir ikke- signifikant ved utstrakt og opprettholdt bruk (Venkatesh et al., 2003).

Det anslås at elementet brukervennlighet (EE) er mer fremtredende for kvinner enn for menn, og særlig for de som er eldre og som har relativt liten erfaring med systemet.

I flere studier finner man at brukervennlighet (EE) stort sett har moderat effekt på intensjon om bruk (BI) (Khechine, Lakhali & Ndjambou, 2016; Williams, Rana & Dwivedi, 2015), men

Tavares og Oliveira (2016) fant i sin studie om adopsjon av EPJ-portaler at brukervennlighet hadde relativt sterk påvirkning på intensjon om bruk (BI).

Sosial påvirkning (Social influence)

Defineres som i hvilken grad et individ oppfatter at «viktige andre» mener eller tror at han eller hun skal bruke en bestemt teknologi. Det handler om påvirkning fra sosiale omgivelser og om hva kolleger og sjefen mener om systemet.

Forskning viser til at slike effekter kommer fra etterlevelse i en ikke-frivillig kontekst, noe som gjør at sosial påvirkning (SI) har en direkte effekt på intensjon om bruk (BI) (Venkatesh et al., 2003). I kontrast vil sosial påvirkning (SI) i en frivillig kontekst påvirke oppfatninger av teknologien. Mekanismene som spiller inn her er internalisering og identifisering. I en ikke-frivillig setting vil sosial påvirkning (SI) kun være viktig i tidlige stadier av individuell erfaring med teknologien, og vil til slutt bli ikke-signifikant ved opprettholdt bruk (Venkatesh et al., 2003).

Elementet sosial påvirkning (SI) er komplekst ved teknologiaksept og vil kunne føre til en rekke påvirkninger på individuell atferd gjennom mekanismer som etterlevelse, internalisering og identifisering (Venkatesh et al., 2003).

Venkatesh et al. (2003) sin teori viser at kvinner har en tendens til å være mer sensitive for andres meninger, og derfor blir sosial påvirkning (SI) mer fremtredende når det skal formes en intensjon til å bruke ny teknologi. I tillegg viser forskning at behovet for tilhørighet øker med alder, og det antas at eldre arbeidstakere har større sannsynlighet for å legge økt vekt på sosial påvirkning (SI). Begge disse effektene avtar ved erfaring (Venkatesh et al., 2003).

Dette viser at innvirkningen sosial påvirkning (SI) har på intensjon om bruk (BI) vil modereres av kjønn, alder, frivillighet og erfaring slik at effekten vil bli sterkere for kvinner, og særlig eldre kvinner og spesielt i en ikke-frivillig setting i en tidlig fase av erfaring. (Venkatesh et al., 2003).

I en helsekontekst kan sosial påvirkning (SI) ha en potensiell innvirkning på intensjon om bruk (BI), da mennesker med samme sykdom eller helsetilstand ofte benytter sosiale medier, som støttegrupper, for å utveksle erfaringer (Thackeray, Crookston & West, 2013). Dette bekreftes i Tavares og Oliveira (2017) sin studie som fant at sosial påvirkning (SI) hadde en positiv og signifikant påvirkning på intensjon om bruk (BI).

Tilretteleggende forhold (Facilitating conditions)

Defineres av i hvilken grad et individ tror at organisatorisk og teknisk infrastruktur er til stede for å støtte bruk av systemet (Venkatesh et al., 2003).

Elementet handler om hvordan forholdene er lagt til rette for bruk av systemet, med tanke på brukerstøtte, utstyr, opplæring, kunnskap om IKT, om systemet passer inn i arbeidsprosessene og fungerer sammen med eksisterende system.

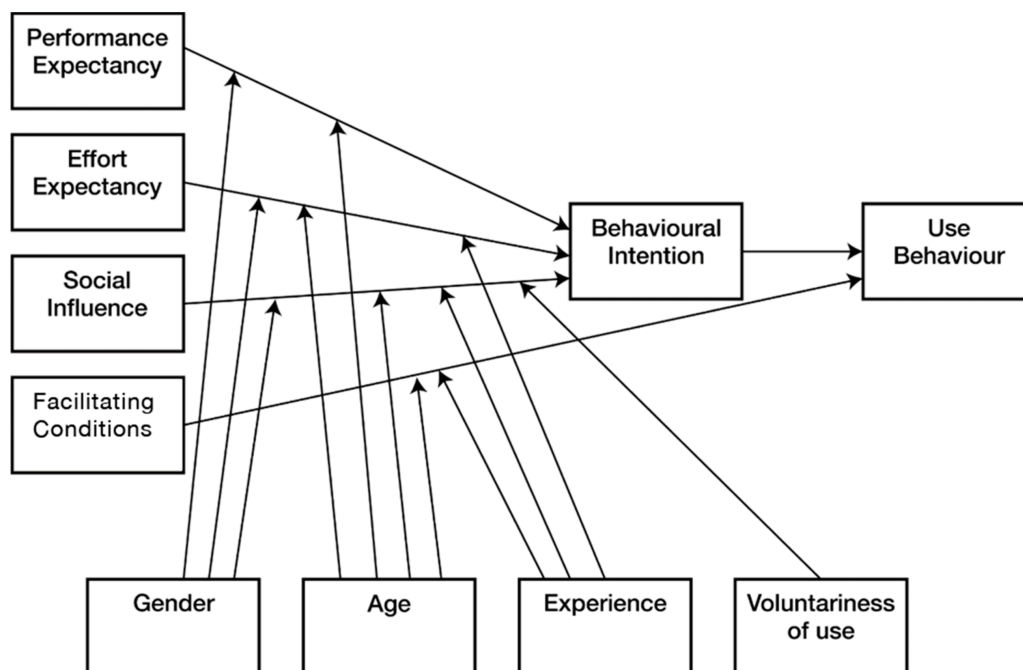
Tilretteleggende forhold har en direkte påvirkning på bruk (UB), men ikke signifikant påvirkning på intensjon om bruk (BI) (Venkatesh et al., 2003).

Effekten er forventet å øke ved erfaring da brukere av et system finner flere muligheter for hjelp og support i organisasjonen, og dermed fjerner hindringer for opprettholdelse av bruk (UB) (Venkatesh et al., 2003).

Påvirkningen som tilretteleggende forhold (FC) har på bruk (UB) vil modereres av alder og erfaring, slik at effekten vil bli sterkere for eldre brukere, særlig ved økt erfaring (Venkatesh et al., 2003).

De fire elementene påvirker intensjon om bruk (BI) og/eller bruk (UB) av teknologi. Det antas at nytteverdi (PE), brukervennlighet (EE) og sosial påvirkning (SI) har en direkte påvirkning på intensjon om bruk (BI), mens intensjon om bruk (BI) og tilretteleggende forhold (FC) antas å ha direkte påvirkning på bruk (UB).

I tillegg til de fire elementene er det også identifisert fire moderatorer (individuelle variabler) som påvirker elementene; kjønn, alder, erfaring og grad av frivillighet. Figuren på neste side (figur 3.) viser sammenhenger og relasjoner mellom modellens elementer og moderatorer.



Figur 3 - UTAUT med moderatorer (Venkatesh et al. 2003)

I følge Venkatesh et al. (2003) forklarer UTAUT rundt 70 prosent varians i intensjon om bruk (BI) og rundt 50 prosent varians i bruk (UB) av teknologi. Dette er ifølge Venkatesh et al. (2003) er en betydelig forbedring sammenlignet med de andre åtte modellene for brukeraksept som Venkatesh et al. (2003) hentet elementer fra.

UTAUT modellen forklarer teknologiaksept hovedsakelig i en organisatorisk kontekst. Venkatesh et al. (2003) hevdet at modellen er godt egnet til bruk innenfor e- helse, men det er allikevel noen aspekter den ikke fanger opp. Modellen er benyttet i mange studier, noe som har vært verdifullt for å få en utvidet forståelse av teknologi adopsjon og for å utvide de teoretiske relasjonene i modellen, etter hvert fremkom et behov for en systematisk gjennomgang og teoretisering av fremtredende faktorer som kunne benyttes i en forbruker teknologisk kontekst (Venkatesh, Thong & Xu, 2012).

3.1.2 UTAUT 2

I 2012 publiserte Venkatesh et al. (2012) modellen UTAUT 2. Konseptuelt er UTAUT 2 lik UTAUT modellen; de fire elementene i UTAUT videreføres i UTAUT 2, samt tre av moderatorene. Moderatoren «frivillighet» er fjernet, da den nye modellen retter seg mot en forbruker kontekst og dermed blir overflødig (Venkatesh et al., 2012).

Modellen UTAUT 2 legger tre elementer til UTAUT: «hedonisk motivasjon», «prisverdi» og «vane». Individuelle variabler som alder, kjønn og erfaring, settes opp i hypoteser for å moderere effekt av elementene på intensjon om bruk (BI) og bruk (UB) (Venkatesh et al., 2012).

Hedonisk motivasjon (Hedonic motivation)

Definert som gleden man opplever ved bruk av teknologi, og har vist seg å spille en viktig rolle som prediktor for teknologi aksept og bruk.

I en forbruker kontekst ser Hedonisk motivasjon (HM) ut til å være en viktig faktor for teknologiaksept (Childers, Carr, Peck & Carson, 2001).

Hedonisk motivasjon (HM) er et viktig element for intensjon om bruk (BI) og viser seg å være en viktigere faktor enn nytteverdi (PE) er i en ikke-organisatorisk kontekst (Venkatesh et al., 2012). I en helsekontekst derimot er det funnet evidens på at hedonisk motivasjon (HM) ikke har en signifikant påvirkning på intensjon om bruk (BI) (Tavares & Oliveira, 2016).

Funnet fremkom i studie om adopsjon av EPJ-portaler, og ble forklart med at bruk av pasientportaler ikke ses på som morsomt da det er forbundet med en underliggende helsetilstand (Tavares & Oliveira, 2016).

Det antas at effekten av hedonisk motivasjon (HM) på intensjon om bruk (BI) vil modereres av alder, kjønn og erfaring på grunn av individuelle ulikheter hos forbruker, blant annet i forhold til interesse for teknologi (Venkatesh et al., 2012).

De fremstiller følgende hypotese:

«Alder, kjønn og erfaring vil moderere effekten av hedonisk motivasjon (HM) på intensjon om bruk (BI) slik at effekten blir sterkere blant yngre menn i tidlig fase av erfaring med teknologi» (Venkatesh et al., 2012).

Prisverdi (Price value)

Defineres som forbrukers kognitive kompromiss mellom antatte fordeler og kostnaden ved å anvende teknologien.

Kostnad og prisstrategi kan ha signifikant påvirkning på forbrukers teknologibruk (Venkatesh et al., 2012). Prisverdi (P) er positiv når fordelene ved å bruke en teknologi er oppfattet til å være større enn kostnaden, og slik prisverdi (P) har en positiv påvirkning på intensjon om bruk (BI) (Venkatesh et al., 2012).

I en helse-forbruker-kontekst ble det bekreftet en positiv påvirkning av prisverdi (P) på intensjon om bruk (BI), men det varierte med om pasienten selv bærer betydelige kostnader, som i USA, eller om det dekkes av en nasjonal helsetjeneste (Tavares & Oliveira, 2017). Det antas at effekten av prisverdi (P) på intensjon om bruk (BI) vil modereres av alder og kjønn, og det fremsettes følgende hypotese:

«Alder og kjønn vil moderere effekten av prisverdi (P) på intensjon om bruk (BI) slik at effekten vil bli sterkere blant kvinner, særlig eldre kvinner» (Venkatesh et al., 2012).

Vane (Habit)

Definert som i hvilken utstrekning mennesker ser ut til å utføre atferd automatisk på bakgrunn av læring.

Spørsmålet om vane (H) virker direkte på bruk (UB) eller gjennom intensjon om bruk (BI) er diskutert i tidligere forskning. HAP (Habit / Automaticity Perspective) antar at gjentatt utførelse av en atferd gir tilvenning, og at atferd kan aktiveres direkte ved stimuli eller signaler (Venkatesh et al., 2012). Ved fremtidige anledninger vil det å være i en lignende situasjon være tilstrekkelig til å utløse automatisk respons uten bevisst kognitiv formidling (holdning/intensjon).

Innen IAP (Instant Activation Perspective), derimot, antas det at repetert utførelse av en atferd kan resultere i etablerte holdninger og intensjoner som kan trigges av objekter eller signaler i miljøet som er knyttet til holdninger (Venkatesh et al., 2012). En intensjon om atferd lagres i bevisstheten til forbruker, etter en periode med repetert atferd. Følger man denne begrunnelsesmetoden, vil en sterkere vane lede til en lagret intensjon som igjen vil påvirke atferd (Venkatesh et al., 2012).

Blant individer antas det at begge vil påvirke i varierende grad. Vane (H) har en direkte effekt på teknologibruk og/eller reduserer eller begrenser styrken på forholdet mellom intensjon om bruk (BI) og bruk (UB) (Venkatesh et al., 2012). Man finner evidens for at vane (H) har en modererende effekt på intensjon om bruk (BI), og en direkte effekt på bruk (UB) av teknologi. Jo mer vane, jo mindre viktig blir intensjoner (Limayem, Hirt & Cheung, 2007). I en helsekontekst har vane (H) en signifikant påvirkning på både intensjon om bruk (BI) og bruk (UB) (Tavares & Oliveira, 2017; Zhang, Yu, Yan & Ton, 2015).

Følgende hypoteser fremlegges:

«Alder, kjønn og erfaring vil moderere effekten av vane (H) på intensjon om bruk (BI), slik at effekten blir sterkere for eldre menn med stor erfaring med teknologi», og

«Alder, kjønn og erfaring vil moderere effekten av vane (H) på teknologi bruk (UB), slik at effekten blir sterkere for eldre menn med stor erfaring med teknologi» (Venkatesh et al., 2012).

Det foretas også følgende endring fra UTAUT til UTAUT 2:

Det legges en direkte kobling fra *tilretteleggende forhold* (FC) til *intensjon om bruk* (BI), over den eksisterende koblingen mellom *tilretteleggende forhold* (FC) og *bruk* (UB). Dette fordi i en forbruker -kontekst vil tilretteleggende forhold (FC) variere alt etter den enkeltes tilgang til ressurser og utstyr, og det vil igjen påvirke både intensjon om bruk (BI), og bruk (UB). Det antas at effekten av tilretteleggende forhold (FC) på intensjon om bruk (BI) vil modereres av alder, kjønn og erfaring. (Venkatesh et al., 2012).

Evidens viser at denne effekten er mer tydelig for eldre kvinner, da denne forbrukergruppen ser på tilgjengelighet av ressurser, kunnskap og support som essensielt for å akseptere ny teknologi (Venkatesh et al., 2012).

Følgende hypotese fremlegges:

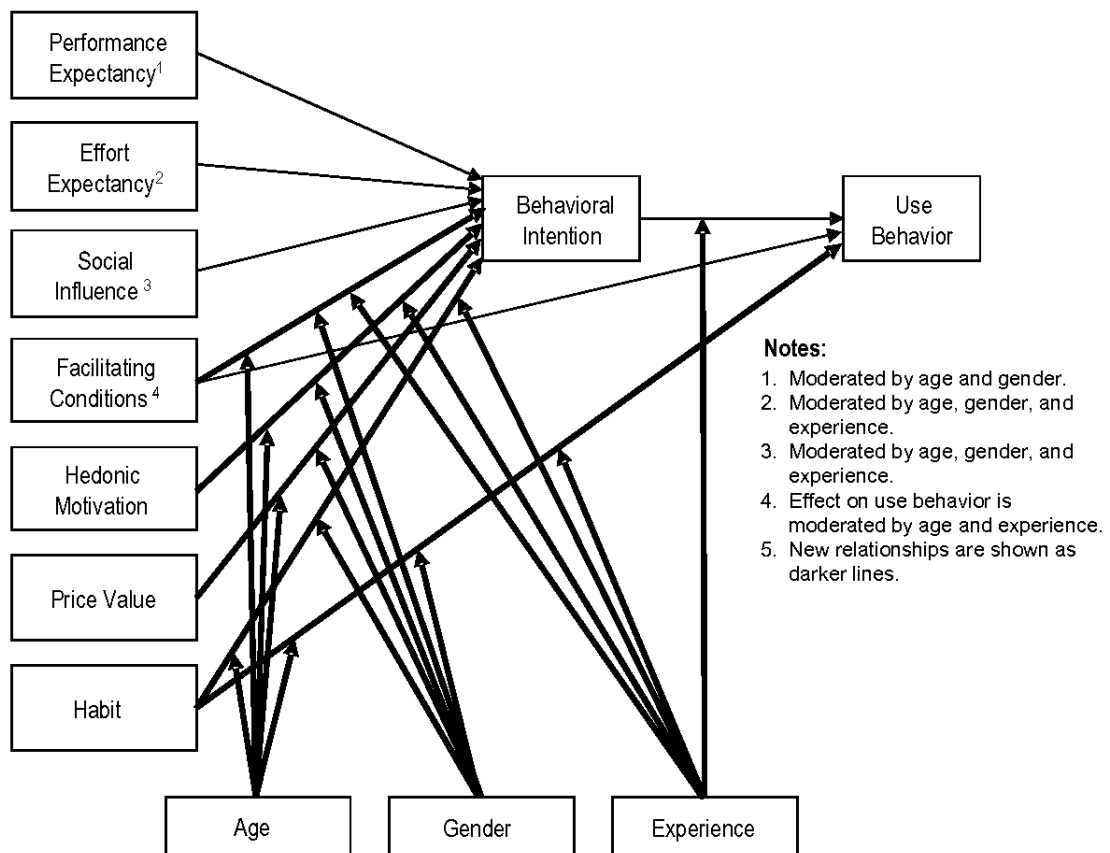
«Alder, kjønn og erfaring vil moderere effekten av tilretteleggende forhold (FC) på intensjon om bruk (BI), slik at effekten blir sterkere blant eldre kvinner i tidlig fase av erfaring med teknologi» (Venkatesh et al., 2012).

En nevneverdig forskjell mellom UTAUT og UTAUT 2 er effekten på intensjon om teknologibruk (BI). Mens intensjon om bruk (BI) hadde en positiv direkte effekt på bruk (UB) i UTAUT, var denne effekten moderert av erfaring med teknologien i UTAUT 2 (Venkatesh et al., 2012).

Følgende hypotese fremlegges:

«Erfaring vil moderere effekten av intensjon om bruk (BI) på bruk (UB), slik at effekten vil bli sterkere for forbrukere med mindre erfaring med teknologi» (Venkatesh et al., 2012). Det vil si at effekten av intensjon om teknologibruk (BI) vil synke ettersom erfaring øker.

Figur 4 viser relasjoner mellom elementer, moderatører og mediatorer for UTAUT 2



Figur 4 - UTAUT 2 med moderatører og mediatorer (Venkatesh et al., 2012)

3.2 E-helsekompetanse

For å utvikle effektive e-helseteknologier krever det en forståelse for behovene til sluttbruker ut fra et mangfoldig perspektiv. Ved å ta med e-helsekompetanse inn i en bruker-oppgave-kontekst-matrise (user-task-context-matrix) ved utvikling av e-helse, vil man i større grad muliggjøre utvikling av målrettede, tilpassede og effektive produkter og systemer (Karnoe & Kayser, 2015). Videre vil begrepet e-helsekompetanse utdypes.

3.2.1 Definisjoner på helsekompetanse og e-helsekompetanse

«**Helsekompetanse** er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både

beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)

Ettersom bruk av helseinformasjonsteknologi har eksplodert, har begrepet helsekompetanse blitt utvidet til å inkludere forbrukers evne til å bruke teknologi for å møte kravene i det skiftende landskapet innen helsekommunikasjon (Tieu et al., 2017).

E-helsekompetanse defineres som evne til å søke, finne, forstå og vurdere helseinformasjon fra elektroniske ressurser og bruke den oppnådde kunnskapen til å tilnærme seg eller løse et helseproblem (fritt oversatt fra engelsk), (Norman & Skinner, 2006b).

For at en forbruker skal kunne benytte e-helse ressurser kreves det e-helsekompetanse og det innebærer en del ferdigheter, man må ha basis lese og skriveferdigheter, datakunnskap, grunnleggende forståelse for vitenskap og en forståelse av den sosiale konteksten som formidler helseinformasjon på internett, både hvordan den blir produsert, overført og mottatt (Norman & Skinner, 2006b).

Ifølge Norman og Skinner (2006b) er det ofte en underliggende antagelse om at brukerne av e-helseressurser har ferdigheter til å bruke disse ressursene best mulig. Norman og Skinner (2006b) la vekt på at e-helsekompetanse er en sammensatt ferdighet som krever at folk er i stand til å bruke teknologi, tenke kritisk i forhold til media og vitenskap, og å navigere gjennom et stort utvalg av informasjonsverktøy og kilder for å skaffe seg informasjon som er nødvendig for å ta beslutninger. Norman og Skinner (2006b) påpekte også at behovet for å orientere seg på internett med trygghet er spesielt viktig når det gjelder helseproblemer, fordi at konsekvensene ved å bruke informasjon av lav kvalitet, eller misledende informasjon, kan være store. Norman og Skinner (2006b) presenterte de sammensatte ferdighetene de la i begrepet e-helsekompetanse, i Lily-modellen.

3.2.2 E-helsekompetanse forklart ut fra Norman & Skinner sin Lily-model

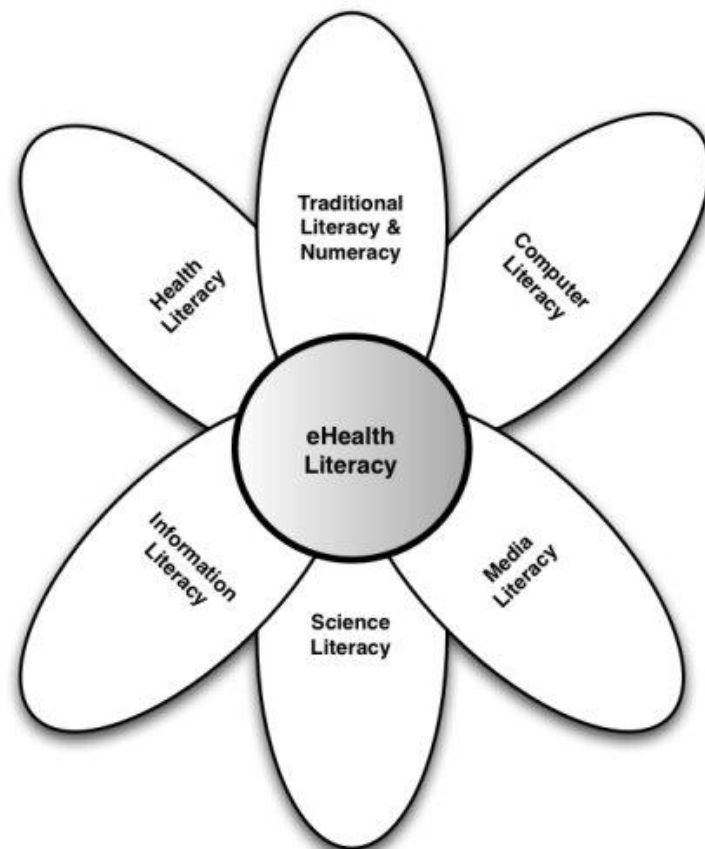
Norman og Skinner (2006b) mente at e-helsekompetanse, til forskjell fra andre bestemte former for informasjonsforståelse, kombinerer flere ulike områder for informasjonsforståelse. Ifølge Norman og Skinner (2006b) defineres e-helsekompetanse ut fra seks kjerneferdigheter:

- tradisjonell informasjonsforståelse
- helseinformasjonsforståelse

- forståelse av informasjon
- vitenskapelig forståelse
- mediekompetanse
- datakompetanse.

For å beskrive de ulike komponentene i begrepet benytter Norman og Skinner (2006b) en lilje som en metafor, der kronbladene, som symboliserer de ulike kompetanseområdene eller kjerneferdighetene, gir næring til «kjernen», e-helsekompetanse, som igjen knytter kronbladene sammen.

Disse seks typene informasjonsforståelse kombinerer de grunnleggende ferdighetene som kreves for å optimalisere forbrukeres erfaringer med e-helse. Uten moderate ferdigheter på tvers av kompetanseområdene, vil effektiv bruk av e-helseressurser være lite sannsynlig (Norman & Skinner, 2006a). Ifølge Norman og Skinner (2006a) er informasjonsforståelse en prosess, som krever kontinuerlig oppgradering og oppmerksomhet, der det viktige vil være å ha tilstrekkelig kunnskap til å fungere på et nivå som bidrar til å oppnå mål om helse.



Figur 5 - Lily-modellen (Norman & Skinner, 2006b)

3.2.3 Måleinstrumentet eHEALS

Norman og Skinner utarbeidet i 2006 et måleinstrument med utgangspunkt i Lily-modellen. Måleinstrumentet ble kalt eHEALS (eHealth Literacy Scale), og ble utarbeidet for å kunne psykometrisk vurdere forbrukers oppfattede ferdigheter ved bruk av informasjonsteknologi for helse, og å bistå i å avdekke tilpasningen mellom e-helseprogrammer og forbruker. (Norman & Skinner, 2006a). eHEALS er et selvrapporteringsverktøy, som er basert på individets oppfattelse av egne ferdigheter og kunnskap i hvert enkelt av kjerneferdighetene. Instrumentet eHEALS måler brukers oppfattede ferdigheter og trygghet i forbindelse med helseteknologi, ikke ferdighetene direkte (Norman & Skinner, 2006a).

Norman og Skinner (2006a) konkluderte at eHEALS var pålitelig og konsistent, og fanget konseptet e-helsekompetanse.

Måleinstrumentet e-HEALS er oversatt til mange språk, deriblant norsk. Det ble foretatt en studie som undersøkte måleegenskapene til den norske versjonen av eHEALS, som ble benyttet i en gruppe pasienter som gjennomgikk dagkirurgi. Her ble det konkludert med at måleinstrumentet kan være et passende verktøy for å måle e-helsekompetanse i denne populasjonen (Dale, Luthi, Fundingsland Skaraas, Rundereim & Dale, 2020).

3.2.4 e-helse - et dynamisk felt

eHEALS er ifølge Karnoe og Kayser (2015) det eneste måleverktøyet for e-helsekompetanse som er benyttet i flere studier. Selv om måleverktøyet er ofte brukt er det også blitt kritisert, særlig for at det kun gir et konseptbasert mål på e-helsekompetanse og ikke gir et svar på om det er utilstrekkelig helsekompetanse, digital kompetanse eller en kombinasjon av disse (Karnoe & Kayser, 2015). I tillegg legges det vekt på begrensningene eHEALS kan ha på grunn av at det er utviklet før web 2.0 og den nye alderen av sosiale medier (Karnoe & Kayser, 2015).

Norman (2011) kom med en oppdatering av eHealth Literacy som han kalte «eHEALTH literacy 2.0» begrunnet i at e-helse er et dynamisk område og i rask utvikling, og at dette også gjelder konteksten hvor e-helsekompetanse benyttes og forstås. Norman så slik et behov for å se på konseptet e-helsekompetanse på nytt, i lys av at web 2.0 gir raskere skifte i informasjonslandskap (Norman, 2011).

Norman (2011) konkluderte med at de grunnleggende ferdigheter som er nødvendig for e-helsekompetanse sannsynligvis ikke hadde forandret seg, men at det heller var konteksten der

ferdighetene kommer til uttrykk, ergo det dynamiske området introdusert av sosiale media, som hadde forandret seg (Norman, 2011). Siden eHEALS hadde vært vurdert positivt og som et psykometrisk robust verktøy i flere studier, ville det være gunstig å heller tilføre under-skalaer for å måle interaktivitet med sosiale media, heller enn å endre på de eksisterende bestanddelene, for å unngå risiko for signifikante konsekvenser for den psykometriske integriteten til instrumentet (Norman, 2011).

3.3 Oppsummering av teorigrunnet

Denne studien benytter UTAUT 2 som et grunnlag for å undersøke faktorer som påvirker intensjon om å bruke et informasjonssystem i en helsekontekst. Ved å stille informantene spørsmål rundt disse faktorene vil det kunne gi svar på hva de anser som nødvendig for deres intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ pasientoppfølging.

Som Norman og Skinner (2006a) viser til i sin studie er en digital løsning ikke nyttig uten at individet er i stand til å bruke den. Ved å benytte eHEALS som et utgangspunkt for å stille spørsmål rundt egenopplevd evne til å søke, finne, forstå, vurdere og bruke helseinformasjon på internett vil det kunne gi et grunnlag for å få innblikk i informantenes e-helsekompetanse. Ved å både se på brukerakseptansmodellen UTAUT 2 og modell for e-helsekompetanse eHEALS vil man få et bredere grunnlag for å innhente informasjon som kan være til hjelp ved utvikling av en eventuell e-helseløsning for postoperativ oppfølging.

4.0 METODE OG DESIGN

4.1 Valg av metode og design

Det ble valgt et kvalitativt studiedesign for å besvare problemstillingen. Det fantes rikelig med litteratur om intensjon om bruk, med modeller som beskriver hvilke faktorer som påvirker brukers intensjon om å bruke IKT-systemer. Gjennom problemanalysen ble det belyst at til tross for at man har funnet faktorer som påvirker intensjon om bruk for IKT-systemer, har man i studier sett sprikende erfaringer rundt adopsjon av IKT-systemer, og det er funnet begrenset antall kvalitative studier om emnet. Et ønske om å få dybdekunnskap

rundt aktuelt fenomen gjør kvalitativ metode velegnet. (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 95; Malterud, 2017, s. 32).

Som tidligere beskrevet er det forsket mye på intensjon om bruk av IKT-systemer. Det ble derfor valgt å studere fenomenet i perspektiv av teoretisk rammeverk både ved utforming av intervjuguide og første trinn av datanalyse, kalt deduktiv tilnærming. (Johannessen et al., 2016, s. 47; Malterud, 2017, s. 87)

I de neste trinnene av dataanalysen ble det benyttet induktiv tilnærming som innebærer å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 27)

4.2 Datainnsamling

4.2.1 Utvalg

For å besvare problemstillingen var det behov for å komme i kontakt med pasienter som hadde gjennomgått elektiv kirurgi relativt nylig.

En av forfatterne av denne studien har sitt arbeidssted ved kirurgisk klinikk på et sykehus i Helse Sør-Øst, og utvalget ble hentet derfra, et såkalt «tilgjengelighetsutvalg» hvor deltakerne meldte seg frivillig (Polit & Beck, 2018, s. 199).

Utvalgsriteriene for å delta i studien var pasienter som hadde vært til dagkirurgi i løpet av de tre siste månedene, og hadde kontrolltime på poliklinikken i perioden januar-februar 2020.

Et tilgjengelighetsutvalg ble vurdert som et godt grunnlag for å besvare problemstillingen da man ønsket svar fra ulike «typer» pasienter, men svakheten kan være at det kan trenges mer ressurser for å nå «datametning», altså punktet hvor det ikke fremkommer ny informasjon (Polit & Beck, 2018, s. 418), enn ved et strategisk utvalg hvor man har mulighet til å velge informanter med størst informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 65).

Totalt fikk 104 pasienter forespørsel per brev om å delta i studien og tolv svarte at de ønsket å stille opp til intervju. En av pasientene kunne ikke møte opp på grunn av endring av poliklinisk time. Dette resulterte i elleve informanter.

I de siste par intervjuene erfarte man en viss grad av gjentakelse av informasjon fra informantene, noe som kan tyde på at en viss datametning ble oppnådd.

4.2.2 Utarbeidelse av intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg 6) ble utarbeidet med «Unified theory of acceptance and use of technology» UTAUT 2 (Venkatesh et al., 2012) og «The e-health literacy scale» eHEALS (Norman & Skinner, 2006a) (spørsmål 3-10) som rammeverk, for å strukturere intervjuguiden og sikre innsamling av relevante data – en semistrukturert intervjuguide (Malterud, 2017, s. 133).

I tillegg ble det lagt til to åpne spørsmål til slutt for å gi informantene en mulighet å drøfte aspekter som eventuelt ikke ble fanget opp av teoriene.

Det ble gjort flere revisjoner av intervjuguiden sammen med veileder for å kvalitetssikre spørsmålene. Den endelige versjonen ble testet ut på to eksterne personer uten erfaring innen helseinformatikk for å sjekke ut om spørsmålene var forståelige og gav flyt til intervjuet.

4.2.3 Gjennomføring av intervju

Det ble gjennomført elleve intervju. Intervjuene ble gjennomført i perioden 20.01.20 – 25.02.20. I fire av intervjuene var to intervjuere til stede, og i syv av intervjuene var en intervjuer til stede. Samtlige intervjuere brukte dialogisk validering (Malterud, 2017, s. 193) og fulgte intervjuguiden nøye for å gjøre datainnsamlingen mest mulig enhetlig.

For å få en god struktur på intervju med flere deltakere ble det avtalt på forhånd hvem som skulle gjennomføre intervjuet og på henvendelse supplerte intervjuer to. Alle intervju ble utført personlig (ikke Skype eller telefon) på sykehuset. Fire intervju ble utført før pasientens polikliniske time, og syv ble utført etter.

4.2.4 Transkribering og analyse av data

Alle intervju ble tatt opp på diktafon. Før diktafonen ble koblet til Mac, ble det opprettet en VPN-kobling til UiA sitt intranett. Deretter ble lydfilene flyttet, uten mellomlagring på Mac, til en passord-beskyttet Microsoft OneDrive konto under UiA sitt domene og oppbevart i henhold til kriteriene fra Universitetet i Agder (Universitetet i Agder, 2018)

Samtlige intervjuer ble aidentifisert og transkribert så nøyaktig som mulig, inklusive latter og andre lyder. Ironi ble notert i transkriberingen for å unngå at data ble feiltolket eller tatt ut

av kontekst. Alle tre forfattere leste igjennom alle intervjuer og gjorde seg godt kjent med innholdet.

Alle data ble importert til Nvivo12® for analyse. Meningsbærende enheter ble kodet til noder, predefinert etter kategorier i modellene som er beskrevet i teori-kapittelet, i henhold til styrt (directed) innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005).

Samtlige meningsbærende enheter med tilhørende noder ble deretter eksportert til tabeller for videre kvalitativ, induktiv innholdsanalyse etter modell fra (Graneheim & Lundman, 2004).

Når meningsenheter ble identifisert, ble dataene vasket for tilbakemeldingssignaler (Kvittingen, 2014) og dialogisk validering (Malterud, 2017, s. 193). Meningskondensering ble gjort så tekstnært som mulig, men en viss grad av fortolkning var nødvendig for å kunne identifisere relevante funn. Samtlige forfattere var delaktige i hele analyse-prosessen for å optimalisere konsekvent fortolkning.

De kondenserte meningsenhetene ble til sist kodet. Denne prosessen ble gjort med hele innholdet i rå-dataene i betraktning, ikke kun fra den kondenserte meningsenheten. Dette, igjen for å redusere risiko for at koder ble laget av datagrunnlag som var tatt ut av kontekst, eller fortolket på feil eller en mindre heldig måte.

Under enhver kategori ble respektive koder kategorisert til subkategorier.

Under intervjuet med informant tre kom det frem at vedkommende jobbet som lege. Ved analyse av innholdet ble det tydelig at denne informanten på mange spørsmål svarte i rollen som lege, ikke i rollen som pasient. Dette førte til at en betydelig mengde data fra denne informanten ikke svarte på problemstillingen. Kun data der samtlige forfattere tolket at informanten svarte fra et pasientperspektiv ble brukt videre i studien.

4.3 Etiske overveielser

Da det var pasienter som skulle intervjues, var etikk i fokus under hele studien.

En av forfatterne har sykehuset som sitt arbeidssted, men informantene ble rekruttert fra andre avdelinger på sykehuset. Forfatteren deltok ikke selv i direkte rekruttering av informanter, invitasjonen ble sendt ut til potensielle informanter via poliklinikken (der personalet hadde tilgang til aktuelle pasienter via EPJ-system) og forfatteren hadde ikke kjennskap til hvem invitasjonen ble sendt til. Forfatteren mottok SMS fra informanter som ønsket å delta og organiserte intervju, men kontakten ble da initiert av informanten selv.

Det ble sendt ut et informasjonsskriv med tilhørende samtykkeskjema (vedlegg 8) sammen med invitasjon til å delta i studien. Informasjonsskrivet ble utformet etter mal fra NSD Personverntjenester (2020) og inneholdt informasjon om studiens formål, hva det innebærer å delta, at det ble benyttet lydopptak under intervjuet, oppbevaring, anonymisering og sletting av data, frivillig deltakelse, mulighet for gjennomlesing av transkriberte data, og muligheten for å trekke seg fra prosjektet når som helst. Signering av skjema gav samtykke til deltakelse. Før intervjuet ble det gitt en muntlig gjentakelse av informasjonen.

Det ble ikke innhentet data om sykdomshistorie eller hvilken type operasjon informantene hadde gjennomgått, og operasjonene som utføres ved sykehuset er heller ikke behandling for alvorlig sykdom. Informantene blir dermed ikke regnet inn under særlig sårbare grupper som krever særlige etiske hensyn.

Det ble i informasjonsskrivet tydelig formidlet at deltakelse er fullstendig frivillig, og at dette ikke på noen måte vil påvirke hverken behandling eller oppfølging.

Det ble innhentet tillatelse om å gjennomføre studien av klinikkledelsen ved kirurgisk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) (Vedlegg 3), fra NSD (Vedlegg 5) og FEK (Vedlegg 4). Deretter kunne tillatelse innhentes av personvernombud ved LDS (Vedlegg 2).

4.4 Troverdighet

Forskningsresultater skal være så troverdige som mulig og hver studie må evalueres i forhold til prosedyrene som benyttes for å generere funnene (Graneheim & Lundman, 2004). En utfordring knyttet til troverdighet i studier som benytter kvalitativ innholdsanalyse er finne «den røde tråden» gjennom hele arbeidet fra introduksjon og bakgrunn, via soliditeten i metoden, til integriteten av funn, diskusjon og konklusjon.

Ved å benytte en semistrukturert intervjuguide innhentes data mer systematisk. Dette kan styrke studiens troverdighet i forhold til en eventuell reproduksjon av andre på et annet tidspunkt (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 276). I tillegg kan strukturert intervjuguide, utarbeidet etter et teoretisk rammeverk, styrke studiens interne validitet (sannhet i data (hva er det sant om) (Malterud, 2017, s. 23)) ved at funn kan kobles til en anerkjent modell.

Et annet forhold som kan ha påvirket studiens interne validitet negativt, handler om intervjusituasjonen. I noen tilfeller forstod ikke informantene spørsmålet, da kom intervjueren med eksempel for å konkretisere dette. Med det fantes en klar risiko for at intervjueren styrte svaret til informanten, men det ble forsøkt å minimere denne risikoen ved å ta hele rådata i betraktning som beskrevet under punkt 4.2.4.

Alle tre forfatterne har vært delaktig i hele bearbeidelsen av datamaterialet, all analyse av data er gjort med deltakelse av alle tre forfattere, noe som kan være en styrke i forhold til fortolkningen av data, med tanke på at analysen ikke farges fra ett perspektiv. Det kan ha betydning for studiens pålitelighet, eller reliabilitet (Polit & Beck, 2018, s. 297).

Studiens overførbarhet (ekstern validitet (Malterud, 2017, s. 24)) er vanskelig å vurdere, men det kan antas at studien kan ha en viss overføringsverdi med tanke på at funn i studien samsvarer med en del funn fra andre studier som har benyttet samme modell.

4.5 Litteratursøk

Det er søkt etter litteratur både nasjonalt og internasjonalt, og flere søkemotorer er benyttet. Det ble først søkt i Oria, Medline, PubMed, EBSCOhost. Videre ble det søkt bredt på Google Scholar og Google.

Søkeord som ble benyttet var: «patient portal», «web portal», «patient web portal» «postoperative» «UTAUT», «UTAUT2», «portal adoption», «e-health», «elective surgery», «information», «surgical rehabilitation», «health literacy», «eHEALS», «Intention to use».

Søkeordene ble kombinert og satt sammen med «and» eller «or» for å få relevante treff.

Søkeord på UTAUT og UTAUT2 kombinert med «patient portal» gav mange treff.

Det har også blitt benyttet artikler som søkemotoren har presentert som «anbefalte» artikler. Dette kan være en potensiell svakhet med tanke på at forfatterens innsikt i tema kan farges av algoritmen som velger ut «anbefalte artikler»

Når det gjelder litteratur for å beskrive fenomen koblet til individ og organisasjon har det blitt prioritert forskning med studiepopulasjoner og informanter som ligner på norsk befolkning, og steder med offentlig finansiert helsehjelp. Når det gjelder forskning som beskriver

fenomener innen teknologi har alder på litteraturen blitt særskilt vektlagt, siden teknologi utvikles betydelig over relativt korte tidsperioder. Hvis ikke litteratur med ønskelige kriterier har vært tilgjengelig har det blitt brukt annen forskning, hvis det er vurdert til å være relevant.

4.6 Metodiske overveielser

Kvalitativ metode med først deduktiv og deretter induktiv tilnærming til analysen ble valgt med bakgrunn i problemstillingen, men også med tanke på tilgjengelige ressurser og forfatterens erfaring innen kvalitativ studiedesign.

Intervjuene gav rikelig mengde data, noe som kan være en styrke. Det at seks intervju ble gjennomført av en forfatter kan være en svakhet med tanke på det å oppfatte non-verbal kommunikasjon og intervjuerens påvirkning på informantene, men bevissthet rundt intervjuers påvirkning og at alle forfatterne har deltatt i transkribering av data og alle ledd av analyseprosessen, kan igjen være en styrke.

Forfatterne har alle tre bakgrunn som sykepleiere, to med mest erfaring fra kommunehelsetjenesten og en med erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Alle tre studerer helseinformatikk og har interesse for feltet. Under analysearbeidet har man forsøkt å legge egen forforståelse til side og fokusere på det innsamlede datamaterialet, men det er en viss fare for skjevhet i funn ved at informantene er påvirket av intervjuer, eller at egen forforståelse påvirker analysen av data (Malterud, 2017, s. 45).

Det å bruke en deduktiv tilnærming (teoretisk rammeverk) har også noen iboende svakheter, ved at man nærmer seg data med en informert, ikke mindre sterk skjevhet (bias), og man må være klar over risikoen for at man kan finne bevis som støtter teorien, i stedet for å motstride den (Hsieh & Shannon, 2005).

Man kan ikke være sikker på at utvalget man har benyttet har vært stort og bredt nok til å gi et tilstrekkelig datamateriale, det kan være en svakhet, men ut fra tilgjengelige ressurser og tid til rådighet var antallet informanter tilfredsstillende og med en variasjon både i alder og erfaring, og det kan igjen være en styrke.

Utvalget er hentet fra et sykehus som utfører operasjoner innen ortopedi og øre/nese/hals. Dette er operasjoner som gjerne ikke har alvorlig underliggende sykdom og utvalget vil da ikke ha slikt erfaringsgrunnlag. Det kan ha noe å si på overføringsverdien av studien, at intensjon om å bruke en portal kan være annerledes om underliggende årsak til operasjonen er av en alvorlig karakter.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE

Funn under respektive hovedkategori vil bli presentert i tabeller med oversikt over identifiserte koder og tilhørende subkategori. Hver subkategori blir også presentert i tekst for å sammenfatte essensen i funnene, og tydeliggjøre i hvilken kontekst kodene er koblet til subkategorien. For fullstendige tabeller med meningsbærende enheter, kondensering og koding, se Vedlegg 1.

For å vise kodene eksplisitt, er koder markert i anførselstegn og i kursiv, som slik: «*kode*»

5.1 Demografi/variasjon

Totalt 11 informanter deltok i studien. Alder varierte mellom 30-72 (30, 42, 49, 52, 54, 57, 57, 58, 62, 66, 72).

Tid siden operasjon varierte mellom 1 uke – 3 måneder

(1 uke, 2 uker, 3 uker, 5 uker, 6 uker, 6 uker, 6 uker, 7 uker, 2 måneder, 2 måneder, 3 måneder).

5.2 e-Helsekompetanse

Tabell 1 - Funn helsekompetanse

Koder	Subkategorier
«Søkeprosessen var vanskelig» «Ikke behov for å innhente ytterligere informasjon» x6 «Behov for å søke ytterligere informasjon» «Søkte på internett og sykehuset sine sider» x2	Innhente informasjon før operasjonen

<p>«Manglende kjennskap til internettsider om helse og sykdom» x2</p> <p>«Har kjennskap til internettsider om helse og sykdom» x6</p> <p>«Vanskelig å finne relevant informasjon fra sykehuset»</p> <p>«Ikke- pålitelige kilder er lett tilgjengelig» x3</p> <p>«Kjennskap til kilder gir trygghet» x2</p>	<p>Finne relevant helseinformasjon på internett</p>
<p>«Fagspråk er vanskelig å forstå» x2</p> <p>«Medisinske termer må formidles på en forståelig måte»</p> <p>«Bruk av faguttrykk vurderes negativt»</p> <p>«Manglende fagkunnskap gir utrygghet» x2</p>	<p>Forstå helseinformasjon på internett</p>
<p>«Bruker informasjon for å sette seg inn i hvordan inngrep utføres»</p> <p>«Søker informasjon for å få vite mer om spesifikk sykdom»</p> <p>«Bruker informasjon om behandlingstilbud som grunnlag for valg av behandlingssted»</p> <p>«Innhenter informasjon om hvor behandlinger utføres ofte»</p> <p>«Informasjonen benyttes for å vurdere eventuell kontakt med lege» x3</p> <p>«Lite bruk på bakgrunn av skepsis»</p> <p>«Innhenter helseopplysninger om seg selv via Helsenorger under samtale med lege»</p> <p>«Innhenter informasjon som forberedelse før samtale med lege» x2</p>	<p>Bruke helseinformasjon fra internett</p>
<p>«Må være kritisk til informasjonen»</p> <p>«Opplever det vanskelig å vurdere kilder»</p> <p>«Sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder» x3</p> <p>«Kildebruk og referanser vurderes positivt»</p> <p>«Alder på informasjon har betydning for troverdighet»</p> <p>«Seriose organisasjoner er pålitelige kilder» x2</p> <p>«Nett-Forum vurderes negativt»</p> <p>«Layout på nettsted har betydning for troverdigheten»</p> <p>««Ekstreme» påstander i innhold senker troverdigheten»</p>	<p>Vurdere helseinformasjon fra internett</p>
<p>«Internett er bare til opplysning»</p> <p>«Alvorlighetsgrad påvirker vilje i forhold til å ta beslutninger»</p> <p>«Manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag» x4</p> <p>«Informasjon på internett kan ikke benyttes til å ta slike avgjørelser»</p> <p>«Ansvaret for beslutninger ligger til lege eller helsepersonell»</p> <p>«Må ha kunnskap for å vite hva man skal agere på»</p> <p>«Å ta avgjørelse om helse og sykdom oppleves som et stort ansvar»</p>	<p>Ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett</p>
<p>37 koder</p>	<p>6 subkategorier</p>

5.2.1 Innhente informasjon før operasjonen

Seks informanter oppgav at de «*ikke hadde behov for å innhente ytterligere informasjon*» før operasjonen. De mente at den informasjonen de hadde fått fra sykehuset var tilstrekkelig. En informant oppgav «*behov for å søke ytterligere informasjon*». To informanter fortalte at de «*søkte på internett og sykehuset sine sider*», og en informant gav uttrykk for at «*søkeprosessen var vanskelig*».

5.2.2 Finne relevant helseinformasjon på internett

Seks informanter oppgav at de «*har kjennskap til internettsider om helse og sykdom*», og to informanter fortalte at «*kjennskap til kilder gir trygghet*» i det å finne helseinformasjon. To informanter oppgav «*manglende kjennskap til internettsider om helse og sykdom*», og en informant fortalte at det var «*vanskelig å finne relevant informasjon fra sykehuset*» sin hjemmeside. Videre gav tre informanter uttrykk for at «*ikke-pålitelige kilder er lett tilgjengelig*».

5.2.3 Forstå helseinformasjon på internett

To informanter gav uttrykk for at «*fagspråk er vanskelig å forstå*», og en informant mente at «*medisinske termer må formidles på en forståelig måte*». To informanter trakk frem at «*manglende fagkunnskap gir utrygghet*», mens en informant mente at «*bruk av faguttrykk vurderes negativt*».

5.2.4 Bruke helseinformasjon fra internett

En informant oppgav «*lite bruk på bakgrunn av skepsis*». Ellers ble det fortalt om en variert bruk av helseinformasjon fra internett. Informantene trakk frem at de «*søker informasjon for å få vite mer om spesifikk sykdom*», «*braker informasjon om behandlingstilbud som grunnlag for valg av behandlingssted*», «*innhenter informasjon om hvor behandlinger utføres ofte*» og «*braker informasjon for å sette seg inn i hvordan inngrep utføres*». Flere informanter fortalte at de bruker helseinformasjon i fra internett i kontakt med lege/behandler. Det kom frem i koder som «*informasjonen benyttes for å vurdere eventuell kontakt med lege*», «*innhenter*

informasjon som forberedelse før samtale med lege» og «innhenter helseopplysninger om seg selv via helsenorge under samtale med lege».

5.2.5 Vurdere helseinformasjon fra internett

En informant gav uttrykk for at han/hun «opplever det vanskelig å vurdere kilder» i forhold til helseinformasjon på internett. Tre informanter mente at «sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder» og to informanter at «seriøse organisasjoner er pålitelige kilder». En informant nevnte at «nett-forum vurderes negativt». Videre mente en informant at man «må være kritisk til informasjonen» fra internett. Faktorer som andre informanter nevnte var at «kildebruk og referanser vurderes positivt», «alder på informasjonen har betydning for troverdighet» og «layout på nettsted har betydning for troverdigheten». En informant trakk frem at ««ekstreme» påstander i innhold senker troverdigheten».

5.2.6 Ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett

En informant trakk frem at «alvorlighetsgrad påvirker vilje i forhold til å ta beslutninger». Informantene gav generelt inntrykk av usikkerhet rundt det å ta beslutninger basert på helseinformasjon fra internett. Fire informanter mente at «manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag» og en informant at man «må ha kunnskap for å vite hva man skal agere på». En informant nevnte at «å ta avgjørelse om helse og sykdom oppleves som et stort ansvar», og en at «ansvaret for beslutninger ligger til lege eller helsepersonell». «Internett er bare til opplysning» og «informasjon på internett kan ikke benyttes til å ta slike avgjørelser» er andre koder som ble trukket ut fra intervjuene til denne subkategorien.

5.3 Nytteverdi

Tabell 2 - Funn Nytteverdi

Koder	Subkategorier
«Ved fysisk oppmøte er det enklere å stille spørsmål underveis» «Passer bedre for enklere avklaringer» «Videokommunikasjon er lettere enn skriftlig informasjon»	Kommunikasjon via videosamtale

<p>«Kommunisere med legen via chat»</p> <p>«Chat erstatter ikke alltid telefonkontakt»</p> <p>«Chat tar lang tid»</p> <p>«Vanskelig å uttrykke seg i chat»</p> <p>«Chat er mer krevende enn en samtale»</p> <p>«Chat kan brukes som en slags triage»</p> <p>«Enklere kontakt via chat enn telefon» x2</p>	<p>Kommunikasjon via chat</p>
<p>«Viktig med tillit til fagkompetanse» x2</p> <p>«Viktig med tillit til person»</p> <p>«Kan bli upersonlig»</p> <p>«Usikkerhet om digital oppfølging vil fange alle aspekt ved undersøkelse etter operasjon»</p>	<p>Trygghet</p>
<p>«Informasjon med illustrasjoner om inngrepet»</p> <p>«Kunne fått svar med en gang»</p> <p>«Sluppet bekymringer»</p> <p>«Å vite at informasjonen er pålitelig»</p> <p>«Informasjon samlet på ett sted»</p> <p>«Informasjon om sårstell»</p>	<p>Tilgang til pålitelig informasjon</p>
<p>«Journalnotatet er tilgjengelig og kan hentes frem ved behov» x2</p> <p>«Økt tilgang til behandlingsforløpet»</p> <p>«Egne helsedata samlet på et sted»</p> <p>«Sikker tilgang til egne helsedata»</p> <p>«Tilgjengelig informasjon under hele behandlingsforløpet»</p> <p>«Manglende informasjonsdeling mellom behandlingssteder»</p>	<p>Tilgang til egne helsedata</p>
<p>«Tilgjengelig når du vil» x2</p> <p>«Positivt å kommunisere hjemmefra»</p> <p>«Mulighet for avklaringer utenom faste avtaler»</p> <p>«Slippe å reise» x3</p> <p>«Gir rom for oppfølging på pasientens premisser»</p> <p>«Opplevs trygt å kunne ha oppfølging hjemmefra»</p> <p>«Tilgang hjemmefra kan være mindre krevende fysisk»</p> <p>«Lavere terskel for kontakt»</p>	<p>Økt tilgjengelighet og enklere kontakt</p>
<p>34 koder</p>	<p>6 subkategorier</p>

5.3.1 Kommunikasjon via videosamtale

En informant mente at «*videokommunikasjon er lettere enn skriftlig kommunikasjon*». Videre gav en informant uttrykk for at «*ved fysisk oppmøte er det enklere å stille spørsmål underveis*», og en annen informant at digital kommunikasjon «*passer bedre for enklere avklaringer*».

5.3.2 Kommunikasjon via chat

En informant oppgav det å kunne «*kommunisere med legen via chat*» som en mulig nytteverdi. En annen informant så for seg at «*chat kan brukes som en slags triage*» eller et første ledd i kontakt med lege, og at man kan gå videre med videosamtale ved behov. To informanter svarte at det kan være «*enklere kontakt via chat enn telefon*», i forhold til kontakt med behandler. Faktorer som informantene mente begrenser kommunikasjon via chat er at «*chat tar lang tid*», det kan være «*vanskelig å uttrykke seg i chat*», og at «*chat er mer krevende enn en samtale*». En informant poengterte at «*chat erstatter ikke alltid telefonkontakt*».

5.3.3 Trygghet

To informanter trakk frem at det er «*viktig med tillit til fagkompetanse*» hos de som drifter løsningen, og en informant nevnte at det er «*viktig med tillit til person*». En informant gav uttrykk for at internettbasert oppfølging «*kan bli upersonlig*», og en annen informant uttrykte «*usikkerhet om digital oppfølging vil fange alle aspekter ved undersøkelse etter operasjon*».

5.3.4 Tilgang til pålitelig informasjon

Flere informanter så for seg tilgang til pålitelig informasjon som en mulig nytteverdi. To informanter nevnte tilgang til spesifikk informasjon som «*informasjon med illustrasjoner om inngrepet*» og «*informasjon om sårstell*». En informant fortalte at det kunne ha medført at han/hun «*kunne fått svar med en gang*» og «*sluppet bekymringer*». En informant nevnte det å ha «*informasjon samlet på et sted*» som nyttig, mens en annen informant nevnte det «*å vite at informasjonen er pålitelig*» som en mulig nytteverdi i seg selv.

5.3.5 Tilgang til egne helsedata

Informantene viste interesse for å ha tilgang til egne helsedata. To informanter trakk frem det at «*journalnotatet er tilgjengelig og kan hentes frem ved behov*» som noe som ville gi de nytte. Andre informanter nevnte «*økt tilgang til behandlingsforløpet*», «*egne helsedata samlet på et sted*», «*sikker tilgang til egne helsedata*» og «*tilgjengelig informasjon under hele behandlingsforløpet*» som faktorer som de ville oppleve nyttige. En informant poengterte at «*manglende informasjonsdeling mellom behandlingssteder*» ble oppfattet som negativt.

5.3.6 Økt tilgjengelighet og enklere kontakt

Tre informanter gav uttrykk for å «*slippe å reise*» som nyttig. Videre oppgav to informanter at det er «*tilgjengelig når du vil*» som en mulig nytteverdi ved internettbasert oppfølging. En informant mente det var «*positivt å kunne kommunisere hjemmefra*», mens andre informanter fortalte at det «*oppleves trygt å kunne ha oppfølging hjemmefra*» og at «*tilgang hjemmefra kan være mindre krevende fysisk*». Informantene tok også opp «*lavere terskel for kontakt*» og «*mulighet for avklaringer utenom faste avtaler*» som andre nytteverdier. En informant oppsummerte med at internettbasert oppfølging «*gir rom for oppfølging på pasientens premisser*».

5.4 Brukervennlighet

Tabell 3 - Brukervennlighet

Koder	Subkategorier
«Antall klikk» x2 «Logisk navigering» x2 «Oversiktlighet» x3 «Legger frem poster rent og enkelt» «Det er mange likhetstrekk i ulike apper (intuitivt)» «Selvforklarende symbolbruk» «Logisk oppbygging» «For mange valg» «Lange nedtrekks menyer»	Brukergrensesnitt

«Informasjons-overload» «Forstyrrende element» «Ulogisk plassering av informasjon» «Mange trinn»	
«Sikker pålogging til flere tjenester» «Tungvint autentiseringsprosess» x3 «Krav om brukerprofil»	Pålogging og autentisering
«Søkemotor forstår alternative ord og forklaringer» «Smal søkekatalog» x2 «Irrelevante søkeforslag» «Løsningen veileder deg» x2 «Automatisering av prosesser» x2	Systemfunksjonalitet som forenkler prosesser
«Brukervennlighet er avgjørende for bruk» «Interesse øker innsats» x2 «Dårlig brukervennlighet kan gi økt irritasjon om man er forpliktet til bruk» «Brukervennlige tjenester er viktig – kan ikke alltid velge» «Erfaring gjør det lettere å bruke» x2	Motivasjon for bruk
26 koder	4 subkategorier

5.4.1 Brukergrensesnitt

Informantene belyste mange aspekter ved brukergrensesnitt som de mente påvirker brukervennligheten i et system. Navigerings-elementer som ble tatt opp var «*antall klikk*», «*mange trinn*» for å utføre noe, «*oversiktlig*», og «*logisk oppbygging*» av systemet. Presentasjon og layout ble også tatt opp. En informant trakk frem at «*det er mange likhetstrekk i ulike apper (intuitivt)*» og «*selvforklarende symbolbruk*» som noe som bidrar til at et system er lett å bruke. Informanter trakk frem at systemet «*legger frem poster rent og enkelt*» og «*logisk navigering*» som positive trekk ved brukergrensesnitt. Derimot ble «*for mange valg*», «*lange nedtrekks menyer*», «*ulogisk plassering av informasjon*» og «*forstyrrende element*» av informantene nevnt som noe de opplevde kunne påvirke brukervennligheten negativt. En informant poengterte også risiko for «*informasjons-overload*» dersom man får tilgang til for mye informasjon på en gang.

5.4.2 Pålogging og autentisering

Tre informanter beskrev at en *«tungvint autentiseringsprosess»* påvirker hvor lett det er å bruke et system. En annen informant trakk frem *«krav om brukerprofil»* før man kommer videre i et system, som en negativ faktor. En informant nevnte at *«sikker pålogging til flere tjenester»* og systemer er noe som kan positivt påvirke på hvor lett et system er å bruke.

5.4.3 Systemfunksjonalitet som forenkler prosesser

Søkefunksjon ble av informantene trukket frem både som noe positivt og negativt. En informant beskrev som positivt at en *«søkemotor forstår alternative ord og forklaringer»*. Andre informanter nevnte at *«smal søkekatalog»* og en søkefunksjon som presenterer *«irrelevante søkeforslag»* ble oppfattet som negativt. To informanter fortalte om det at *«løsningen veileder deg»* i systemet, bidro til at det var lett å bruke. Videre trakk to andre informanter frem at det er positivt med *«automatisering av prosesser»* (altså at systemet kan utføre spesifikke oppgaver med minimale eller ingen «input» fra bruker).

5.4.4 Motivasjon for bruk

To informanter beskrev at *«interesse øker innsats»* som man er villig til å legge i et system. To informanter nevnte også at *«erfaring gjør det lettere å bruke»* et system. En informant mente at *«dårlig brukervennlighet kan gi økt irritasjon om man er forpliktet til bruk»*. En annen informant poengterte at *«brukervennlige tjenester er viktig- kan ikke alltid velge»* om man vil bruke de. En informant gav uttrykk for at *«brukervennlighet er avgjørende for bruk»*.

5.5 Sosial påvirkning

Tabell 4 - Sosial påvirkning

Koder	Subkategorier
«Påvirkning skjer ubevisst» x4 «Mer påvirket av ting man oppfatter som viktig» x3	Interesse
«Faglig tillit» «Tillit i nær relasjon» x2 «Påvirkes mer av anbefalinger fra myndigheter enn kommersielle aktører» «Andres erfaring kan påvirke meninger om et system»	Tillit
6 koder	2 subkategorier

5.5.1 Interesse

I forhold til påvirkning fra eksterne aktører mente fire informanter at «*påvirkning skjer ubevisst*», men tre informanter trakk frem at man blir «*mer påvirket av ting man oppfatter som viktig*».

5.5.2 Tillit

En informant mente at «*faglig tillit*» er viktig i forhold til hvordan man påvirkes av eksterne aktører, og en annen informant fortalte at han/hun «*påvirkes mer av anbefalinger fra myndigheter enn kommersielle aktører*». Videre beskrev to informanter at «*tillit i nær relasjon*», som omgangskrets, er viktig i forhold til hvordan man påvirkes av eksterne aktører. En informant nevnte at «*andres erfaringer kan påvirke meninger om et system*».

5.6 Tilretteleggende forhold

Tabell 5 - Tilretteleggende forhold

Koder	Subkategorier
«Risiko rundt personvern» x4 «Avhengig av fagfolk sin godkjenning»	Tillit til systemet
«En nettleserløsning vil gi tilgang på alle smart-enheter» «Bruk av løsning avhenger av hvilke enheter du har» x3 «Utstyr må fungere» «Mer fokusert når man sitter ved en PC eller nettbrett» «Størrelse på skjerm har betydning for den visuelle kontakten» «Bruk av enhet avhenger av setting» x2 «Mangel på utstyr» x2 «Løsningen må tilby videokommunikasjon»	Tilgjengelig utstyr, enheter og systemfunksjoner
«Risiko for ulik situasjonsforståelse» «Risiko for at skriftlig budskap ikke formidles fullstendig» «Risiko for at skriftlig budskap oppfattes feil» «Risiko for at man ikke får med alle aspekt i en undersøkelse» «Risiko for manglende kontinuitet til person»	Optimalisere situasjonsforståelse
«Høy alder» «Manglende erfaring»	Personlige begrensninger
17 koder	4 subkategorier

5.6.1 Tillit til systemet

Fire informanter gav uttrykk at det finnes en «risiko rundt personvern» ved bruk av internettbasert oppfølging. En informant mente at en slik løsning er «avhengig av fagfolk sin godkjenning» for at man skal kunne ta det i bruk.

5.6.2 Tilgjengelig utstyr, enheter og systemfunksjoner

Tre informanter mente at «bruk av løsning avhenger av hvilke enheter du har», om en løsning fungerer på det utstyret man har eller ikke. En informant trakk frem at «en nettleserløsning vil gi tilgang på alle smart-enheter». En informant tok opp at «utstyr må fungere», og to

informanter tok opp «*mangel på utstyr*» som en mulig begrensning i forhold til å bruke en løsning. Videre var det to informanter som mente at «*bruk av enhet avhenger av setting*» man helst ville bruke internettbasert oppfølging i. En informant nevnte at man er «*mer fokusert når man sitter ved en PC eller nettbrett*», og en annen informant gav uttrykk for at «*størrelse på skjerm har betydning for den visuelle kontakten*». En informant var opptatt av at «*løsningen må tilby videokommunikasjon*».

5.6.3 Optimalisere situasjonsforståelse

Flere informanter så utfordringer ved situasjonsforståelse ved internettbasert oppfølging. De nevnte «*risiko for at skriftlig budskap ikke formidles fullstendig*», «*risiko for at skriftlig budskap oppfattes feil*» og «*risiko for ulik situasjonsforståelse*» mellom pasient og behandler. En informant uttrykte også bekymring for «*risiko for at man ikke får med alle aspekt i en undersøkelse*» ved internettbasert oppfølging, og en annen informant uttrykte bekymring for at man som pasient må henvende seg til flere helsepersonell ved internettbasert oppfølging, enn ved «*vanlig*» oppfølging, «*risiko for manglende kontinuitet til person*».

5.6.4 Personlige begrensninger

En informant tok opp «*høy alder*» som en mulig begrensning i forhold til å ta i bruk internettbasert oppfølging, og en annen informant så på «*manglende erfaring*» som en utfordring.

5.7 Hedonisk motivasjon

Tabell 6 - Hedonisk motivasjon

Koder	Subkategorier
« <i>Gøy med utfordringer</i> » « <i>Ser fremgang</i> » « <i>Følelse av mestring</i> »	Mestringsfølelse
« <i>Sosial kontakt</i> » x2 « <i>Samarbeid</i> »	Sosialt utbytte

5 koder	2 subkategorier
---------	-----------------

5.7.1 Mestringsfølelse

«Følelse av mestrings» ble av en informant trukket frem som noe som bidrar til at en app eller internettside er morsom å bruke. En informant uttrykte at det er «gøy med utfordringer», og en annen informant tok opp det at man «ser fremgang» som morsomt.

5.7.2 Sosialt utbytte

To informanter mente at «sosial kontakt» kan gjøre et program mer morsomt å bruke, og en annen informant løftet frem «samarbeid» i spill.

5.8 Prisverdi

Tabell 7 - Prisverdi

Koder	Subkategorier
«Ville ikke kjøpt utstyr til det» «Hjelpemiddelsentralen burde bekoste utstyr til de som ikke har» «Kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv» x4 «Betalingsviljen avhenger av antatt nytteverdi» «Det bør fungere på utstyr man allerede har» «Er villig til å betale egenandel»	Betalingsvilje
6 koder	1 subkategori

5.8.1 Betalingsvilje

Fire informanter mente at man «kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv», og en sa at han/hun «ville ikke kjøpt utstyr til det». En informant nevnte at «det bør fungere på utstyr man allerede har», og en annen informant mente at «hjelpemiddelsentralen burde bekoste utstyr til de som ikke har» eget utstyr. En informant gav uttrykk for at «betalingsviljen avhenger av

antatt nytteverdi» av tjenesten, mens en annen informant løftet frem at han/hun «er villig til å betale egenandel», men ikke hele kostnaden.

5.9 Vane

Tabell 8 - Vane

Koder	Subkategorier
«Søker på google» x6 «Fagfolk i familien» x2 «Søker på internett» x4 «Egen lege» x3	Informasjonskilder knyttet til helse og sykdom
«Ser over kveldens TV-guide» «Bruker internett til å legge opp dagen» «Bruker internett for å planlegge reise med offentlig transport»	Logistikk
«Kommuniserer via Facetime» «Kommuniserer via mail» «Holder kontakt med familie via facebook» «Daglig oppdatering på sosiale medier»	Sosial kontakt
«Periodevis spilling på telefon» «Spiller «Hayday» daglig» «Ser etter strikkeoppskrifter til nye prosjekter» «Sjekker oppskrifter» «Leser nettaviser» x5	Fornøyelse
«Benytter banktjenester» x2 «Samler beslutningsgrunnlag før kjøp» «Internett er en naturlig del av hverdagen» x11 «Sammenligner priser»	Nytte
20 koder	5 subkategorier

5.9.1 Informasjonskilder knyttet til helse og sykdom

Seks informanter fortalte at de «søker på Google», og fire informanter at de «søker på internett» ved spørsmål om sykdom og helse. To informanter svarte at de søker slik informasjon hos «fagfolk i familien», og tre informanter at de spør «egen lege».

5.9.2 Logistikk

Noen informanter fortalte om vaner ved at de «*bruker internett for å planlegge reise med offentlig transport*», at de «*ser over kveldens tv-guide*» og at de «*bruker internett til å legge opp dagen*» sin.

5.9.3 Sosial kontakt

Noen informanter fortalte at de bruker internett i sosial kontakt, at de «*kommuniserer via Facetime*», «*kommuniserer via mail*» og at de «*holder kontakt med familie og venner via Facebook*». «*Daglig oppdatering på sosiale medier*» ble også nevnt.

5.9.4 Fornøyelse

Fem informanter nevnte vaner med at de «*leser nettaviser*», og to informanter hadde vane med «*periodevis spilling på telefon*» og «*spiller «HayDag» daglig*». To informanter fortalte om at de «*sjekker oppskrifter*» og «*ser etter strikkeoppskrifter til nye prosjekter*».

5.9.5 Nytte

Samtlige elleve informanter fortalte at «*internett er en naturlig del av hverdagen*» deres. To informanter oppgav at de «*benytter banktjenester*» og to informanter at de «*sammenligner priser*» og «*samler beslutningsgrunnlag før kjøp*».

5.10 Postoperativ oppfølging

Tabell 9 - Postoperativ oppfølging

Koder	Subkategorier
« <i>Opplevelse av å bli godt ivaretatt</i> » x2 « <i>Viktigst er tryggheten av å vite at man kan ta kontakt ved behov</i> » « <i>Viktigst er tryggheten om at man får oppfølging</i> » « <i>Opplevelse av god oppfølging</i> » x8	Trygghet

«Det viktigste er gode utskrivingsrutiner» «Viktigst å bli forberedt på hva som venter etter operasjonen»	
«Postoperativ kommunikasjon blir vanskeligere ved bruk av medisinske termer» «Opplever høy terskel for å ta kontakt med sykehuset utenom kontrolltimer» «Viktigst med enkel tilgang til kontakt ved behov» «Tilgang til telefonnummer dekker ikke behovet» «Viktig med tilgang til telefonnummer eller app for kontakt med fagperson ved behov» «Viktigst med tilgang til rask hjelp ved behov» «Viktig å kunne stille spørsmål til fagperson»	Kommunikasjon og kontakt
«Informasjon må formidles enkelt» «Savnet tilgjengelig opplysninger om eget behandlingsforløp» «Savnet et sted med pålitelig informasjon om operasjonen» «Viktigst å få individuelt tilpasset informasjon»	Tilgjengelig og tilpasset informasjon
17 koder	3 subkategorier

5.10.1 Trygghet

Åtte informanter gav uttrykk for en «*opplevelse av god oppfølging*» etter operasjonen, og to informanter for at de hadde en «*opplevelse av å bli godt ivaretatt*». En informant mente at det «*viktigste er gode utskrivingsrutiner*» etter operasjon, men en annen trakk frem at det er «*viktigst å bli forberedt på hva som venter etter operasjonen*». En informant beskrev at «*viktigst er tryggheten om at man får oppfølging*», og en annen at «*viktigst er tryggheten av å vite at man kan ta kontakt ved behov*», som svar på hva de opplevde som aller viktigst i postoperativ oppfølging.

5.10.2 Kommunikasjon og kontakt

En informant fortalte at det er «*viktigst med enkel tilgang til kontakt ved behov*», og en annen informant trakk frem at det er «*viktigst med tilgang til rask hjelp ved behov*». Videre var en informant opptatt av at det var «*viktig å kunne stille spørsmål til fagperson*», som også en annen informant trakk frem, i koden «*viktig med tilgang til telefonnummer eller app for kontakt med fagperson ved behov*». Andre informanter fortalte om at «*postoperativ kommunikasjon blir vanskeligere ved bruk av medisinske termer*», «*tilgang til telefonnummer*

dekker ikke alltid behovet», samt at en informant fortalte at han/hun «opplever høy terskel for å ta kontakt med sykehuset utenom kontrolltimer».

5.10.3 Tilgjengelig og tilpasset informasjon

To informanter nevnte informasjon, ved at det er *«viktigst å få individuelt tilpasset informasjon»*, og at *«informasjon må formidles på enkelt»*. En informant *«savnet et sted pålitelig informasjon om operasjonen»*, og en annen informant fortalte at han/hun *«savnet tilgjengelige opplysninger om eget behandlingsforløp»*.

5.11 Oversikt e-Helsekompetanse

Tabell 10 - Oversikt funn e-Helsekompetanse

Tema	e-Helsekompetanse					
Subkategorier	Innhente informasjon før operasjonen	Finne relevant helseinformasjon på internett	Forstå helseinformasjon på internett	Bruke helseinformasjon fra internett	Vurdere helseinformasjon fra internett	Ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett

5.12 Oversikt UTAUT 2

Tabell 11 - Oversikt funn UTAUT 2

Tema	UTAUT 2						
Kategori	Nytteverdi	Brukervennlighet	Sosial påvirkning	Tilretteleggende forhold	Hedonisk motivasjon	Prisverdi	Vane
Subkategorier	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasjon via videosamtale • Kommunikasjon via chat • Trygghet • Tilgang til pålitelig informasjon • Tilgang til egne helsedata • Økt tilgjengelighet og enklere kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukergrensesnitt • Pålogging og autentisering • Systemfunksjonalitet som forenkler prosesser • Motivasjon for bruk 	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse • Tillit 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillit til systemet • Tilgjengelig utstyr, enheter og systemfunksjoner • Optimalisere situasjonsforståelse • Personlige begrensninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestringsfølelse • Sosialt utbytte 	<ul style="list-style-type: none"> • Betalingsvilje 	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonskilder knyttet til helse og sykdom • Logistikk • Sosial kontakt • Fornøyelse • Nytte

6.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet er inndelt i tre underkapitler. I første underkapittel diskuteres funn innen kategorien «e-helsekompetanse», i konteksten digital oppfølging etter operasjon, med inndeling i avsnitt etter subkategorier som ble funnet i analysen. Deretter diskuteres funn med bakgrunn i «UTAUT2»-modellen, med inndeling i avsnitt etter kategoriene i modellen, og videre inndeling i avsnitt etter subkategorier som ble funnet i analysen. I tredje underkapittel diskuteres funn innen kategori «Postoperativ oppfølging», med inndeling i avsnitt etter subkategorier som ble funnet i analysen.

For å vise kodene eksplisitt, er koder markert i anførselstegn og i kursiv, som slik: «kode»

6.1 e-Helsekompetanse

6.1.1 Innhente informasjon før operasjonen og Finne relevant helseinformasjon på internett

Det ble identifisert fire koder i subkategori «Innhente informasjon før operasjon»:

«*søkeprosessen var vanskelig*», «*ikke behov for å innhente ytterligere informasjon før operasjonen*», «*behov for å søke ytterligere informasjon*» og «*søkte på internett og på sykehuset sine sider*».

Funnene i subkategori «Innhente informasjon før operasjon» forteller at om lag halvparten av informantene «*ikke hadde behov for å innhente ytterligere informasjon før operasjonen*». De opplevde at informasjonen de fikk tilsendt fra sykehuset før operasjonen var tilstrekkelig. Samtidig fortalte to informanter at de «*søkte på internett og på sykehuset sine sider*», og en informant oppgav «*behov for å søke ytterligere informasjon*». Kodene kan tyde på at det er et behov for mer informasjon om det postoperative forløpet, utover det som blir informert fra sykehuset før operasjon. Dette er i samsvar med Kjøren (2015) som viser til at jo kortere tid pasienten er på sykehus, desto mindre informasjon om videre egenbehandling og oppfølging oppfatter pasienten. Mer relevant i forhold til e-helsekompetanse er at en informant opplevde at «*søkeprosessen var vanskelig*». Også dette funnet kan bekreftes i tidligere forskning, ved Tieu et al. (2017), som fant at deltakere i deres studie med begrenset helsekompetanse hadde

vanskeligheter med å bruke grunnleggende funksjoner på en datamaskin, og at mange potensielle portalbrukere mangler digitale ferdigheter for å effektivt navigere i en portal.

Det ble identifisert fem koder i subkategori «Finne relevant helseinformasjon på internett»: «*manglende kjennskap til internettsider om helse og sykdom*», «*har kjennskap til internettsider om helse og sykdom*», «*vanskelig å finne relevant informasjon fra sykehuset*», «*ikke-pålitelige kilder er lett tilgjengelig*» og «*kjennskap til kilder gir trygghet*».

En informant ordla seg slik:

«Ikke annet enn hvis man lurere på noe, så googler man det. Jeg har ikke noen spesiell side jeg bruker, eller ... Man går inn på det som kommer opp. Og så bruker jeg egentlig det, det ordet jeg lurere på, eller den sykdommen jeg lurere på, og så skriver jeg det bare rett frem. Og stort sett så kommer det opp.» (informant 5)

Funnene forteller at samtidig som flere informanter oppgav å ha «*kjennskap til internettsider om helse og sykdom*», ble det nevnt at det var «*vanskelig å finne relevant informasjon fra sykehuset*» og at «*ikke-pålitelige kilder er lett tilgjengelig*». Dette bekreftes av Gautschi et al. (2010) som viser til at uendelig med lett tilgjengelige informasjonskilder med svært varierende kvalitet kan være et problem. Tilgangen til upålitelige kilder krever at brukerne har en viss evne til å vurdere helseinformasjonen. Tennant et al. (2015) fant i sin studie at respondentene følte seg ganske sikre på egen evne til å bruke internett for å finne relevant informasjon for å få svar på spørsmål om egen helse, men de var mindre sikre på egen evne til å vurdere informasjon fra internett. Dette er forenlig med funn i denne studien hvor mer enn halvparten av informantene oppgav at de «*har kjennskap til internettsider om helse og sykdom*», men flere uttrykte usikkerhet rundt det å vurdere helseinformasjon fra internett.

6.1.2 Forstå helseinformasjon på internett

Det ble identifisert fire koder i subkategori «Forstå helseinformasjon fra internett»: «*fagspråk er vanskelig å forstå*», «*medisinske termer må formidles på en forståelig måte*», «*bruk av faguttrykk vurderes negativt*» og «*manglende fagkunnskap gir utrygghet*».

En informant forklarte det på denne måten:

«Men så har man ikke fagkunnskapen sånn at man kan ikke vite, er det riktig sånn jeg forstår det eller ikke, på en måte. Det blir jo en utfordring tenker jeg da i forhold til det med å google seg frem til helserelatert informasjon.» (Informant 7)

«Man må jo lese gjennom da og gjøre seg opp en mening ut fra det man leser, og da er det liksom skriver de altfor mye stammespråk, alt for mye latin så faller jo jeg av fordi jeg klarer ikke å henge med på alle disse faguttrykkene, hvis det er skrevet til fagpersonell mer enn til sånne vanlige dødelige.» (Informant 7)

Et viktig funn i studien er altså at informantene fortalte om at «fagspråk er vanskelig å forstå» og at «medisinske termer må formidles på en forståelig måte». Koden «manglende fagkunnskap gir utrygghet» kan være et supplement som understreker betydningen av forståelse og av nettopp trygghet i konteksten med å bruke helseinformasjonsteknologi i oppfølging etter operasjon. Det kan se ut til at noen informanter hadde et informasjonsbehov, samtidig som de fortalte om manglende fagkunnskap og behov for trygghet i situasjonen med å søke, finne og forstå helseinformasjon på internett. Dette kan gjøre prosessen med å finne relevant og pålitelig informasjon vanskelig. Et funn i Miller et al. (2016), var nettopp at helsepersonell var bekymret for at pasienter ikke skulle forstå informasjonen som ble presentert i en portal, og at det skulle trigge flere telefonsamtaler og spørsmål. Diviani et al. (2015) fant en sammenheng mellom helsekompetanse, og både individers evne til å evaluere helseinformasjon fra internett og det å stole på internett som en kilde til helseinformasjon. Ut fra dette kan man anta at jo høyere helsekompetanse, jo mer vil man mulig stole på egen vurdering av helseinformasjonen på internett. Funnene i denne studien peker i retning av at fagkunnskap, fagspråk og trygghet kan se ut til å være nært knyttet til hverandre, i forhold til det å forstå helseinformasjon fra internett.

6.1.3 Bruke helseinformasjon fra internett

Det ble identifisert åtte koder i subkategori «Bruke helseinformasjon fra internett»: «*braker informasjon for å sette seg inn i hvordan inngrep utføres*», «*søker informasjon for å få vite mer om spesifikk sykdom*», «*braker informasjon om behandlingstilbud som grunnlag for valg*

av behandlingssted», «innhenter informasjon om hvor behandlinger utføres ofte», «informasjonen benyttes for å vurdere eventuell kontakt med lege», «lite bruk på bakgrunn av skepsis», «innhenter helseopplysninger om seg selv via Helsenorge under samtale med lege» og «innhenter informasjon som forberedelse før samtale med lege».

Kodene tilhørende subkategori «Bruke helseinformasjon fra internett» forteller om en variert bruk av helseinformasjon fra internett blant informantene. Foruten en informant som fortalte om «*lite bruk på bakgrunn av skepsis*», sier kodene noe om *hvordan* informantene bruker helseinformasjon fra internett. Informantene forteller om at helseinformasjon brukes til å øke kunnskap:

«... det er vel at man les bare om den, og så danner man seg et bilde hvor alvorlig det er egentlig, enten for meg eller for noen andre, sant, før vi tar kontakt med lege.» (Informant 5)

og som ledd i kommunikasjon med behandler:

«... sånn som jeg har brukt det, så har jeg brukt det for å være forberedt når jeg har møtt opp her, for å snakke med kirurgen eller sykepleierne ... Og da fikk jeg jo veldig mye mer svar da, på det jeg lurte på. Hadde jeg ikke lest noen ting på forhånd hadde jeg ikke visst hva jeg skulle spørre om.» (Informant 4)

Funnene tyder på at informantene i denne studien ønsker å kommunisere med behandler/helsepersonell. Flere informanter nevner at de «*innhenter helseinformasjon som forberedelse før samtale med lege*». Samtidig har flere informanter svart at de ikke tar beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett. En mulig tolkning er at de ønsker bekreftelse på at de har forstått informasjonen riktig og ønsker hjelp fra helsepersonell til vurderinger og beslutninger.

Dette samsvarer med funn i Wildenbos, Horenberg, et al. (2018) sin studie, der pasienter prioriterte å kunne kommunisere med behandler via portalen, for å kunne stille spørsmål om medisinske data eller tidligere konsultasjoner, fremfor andre funksjoner. Også informantene i denne studien fortalte om at de bruker helseinformasjon fra internett i kommunikasjon med behandler, og mulig kan dette være på bakgrunn av behov for hjelp til å forstå og å vurdere informasjonen.

6.1.4 Vurdere helseinformasjon fra internett

Det ble identifisert ni koder i subkategori «Vurdere helseinformasjon fra internett»: «må være kritisk til informasjonen», «opplever det vanskelig å vurdere kilder», «sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder», «kildebruk og referanser vurderes positivt», «alder på informasjonen har betydning for troverdighet», «seriøse organisasjoner er pålitelige kilder», «nett-forum vurderes negativt», «layout på nettsted har betydning for troverdighet» og ««ekstreme» påstander i innhold senker troverdighet».

Et funn i studien er at informantene forklarte at de ser på kilder når de vurderer helseinformasjon på internett. Det ble trukket frem at «nett-forum vurderes negativt». Andre informanter fortalte om at «sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder» og at «seriøse organisasjoner er pålitelige kilder».

Informantene forklarte det på denne måten:

«Jeg tenker hvis det er et sykehus eller en anerkjent side, så tror du jo på det.» (Informant 11)

«Kilder. Kildebruk, referanser. Viktig. Og at det ikke er så gammelt, at det står årstall ... Om de har noe gode organisasjoner og folk bak seg ... Noe seriøst, troverdig.» (Informant 10)

At kilder benyttes som vurderingsgrunnlag, og at informanter vurderer at «sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder» kan gi et inntrykk av at informantene i denne studien innehar en relativt høy e-helsekompetanse. Et funn i Chen et al. (2018) viser til at individer med begrenset helsekompetanse hadde høyere frekvens av bruk og stolte mer på kilder som sosiale media og blogger, som kan inneholde helseinformasjon av lavere kvalitet sammenlignet med helseinformasjon fra helsepersonell.

En informant fortalte at han/hun «opplever det vanskelig å vurdere kilder». Det kan derimot tyde på lav e-helsekompetanse. Tieu et al. (2017) fant at deltakere med begrenset helsekompetanse hadde større vanskeligheter da de ble spurt om å vurdere eller tolke helseinformasjon.

6.1.5 Ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett

Det ble identifisert syv koder i subkategori «Ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon på internett»: «*internett er bare til opplysning*», «*alvorlighetsgrad påvirker vilje i forhold til å ta beslutninger*», «*manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag*», «*informasjon fra internett kan ikke benyttes til å ta slike avgjørelser*», «*ansvaret for beslutninger ligger til lege eller helsepersonell*», «*må ha kunnskap for å vite hva man skal agere på*» og «*å ta avgjørelser om sykdom og helse oppleves som et stort ansvar*».

En informant fortalte at «*internett er bare til opplysning*», og en annen sa at «*informasjon fra internett kan ikke benyttes til å ta slike avgjørelser*». Begrunnelser som ble gitt av informantene er mellom annet kodet til at «*manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag*», og «*ansvaret for beslutninger ligger til lege eller helsepersonell*». Informantene satte ord på dette:

«... Internett er vel mer som en opplysning, at vi kan lese om, men.. Jeg synes det er vanskelig. Jeg kan jo ikke være min egen lege, sant. Det er litt vanskelig.» (informant 5)

«... det er jo det som er skummelt, når man leser litt, og så tar man en avgjørelse basert på noe man ikke kan. Det kan være litt kjipt.» (informant 4)

«... hvis du er redd for at det skal være noe galt, så skal du gå til en lege eller gå til en fagperson som kan se, ja. Du skal ikke, du er ikke noe helsepersonell som kan ta en beslutning eller stille en diagnose, så jeg tenker at, at du må jo gå til en lege hvis du tror du er syk.» (informant 11)

En informant fortalte om at «*ansvaret for beslutninger ligger til lege eller helsepersonell*». En annen informant forklarte at «*å ta avgjørelser om sykdom og helse oppleves som et stort ansvar*». Dette er i samsvar med Tieu et al. (2017), der deltakerne i studien, også de som hadde helsekompetanse, ville søke videre forklaringer på informasjon fra en portal hos behandler. En mulighet er at funnene forteller om at mangel på fagkunnskap kan være en årsak til at informantene opplever det å fatte beslutninger som et stort ansvar. En informant fortalte om at man «*må ha kunnskap for å vite hva man skal agere på*». Det pekes altså på

manglende kunnskap som grunnlag for å ikke ta beslutninger ut fra helseinformasjon fra internett og at ansvaret ligger hos lege.

Spørsmålet man kan stille seg er da om vegring mot å ta beslutninger er ut fra manglende e-helsekompetanse eller om det har grunnlag i holdninger som går på at det er lege som har myndighet til å ta beslutninger om helse. Som nevnt i problemanalysen kan begrenset helsekompetanse ha betydning for hvordan pasienter kommuniserer med behandler. Lav helsekompetanse kan føre til at pasienter unngår å stille spørsmål til lege og at de i mindre grad deltar i delt beslutningstaking (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). I problemanalysen er det stilt spørsmål om brukere med lav helsekompetanse mulig vil ha større nytte av å kommunisere med helsepersonell via en digital løsning fremfor å bare hente ut medisinske data for egen tolkning. Funn i denne studien tyder på at informantene vil bruke helseinformasjon fra internett i kommunikasjon med behandler. Om dette er på grunnlag av grad av e-helsekompetanse, kan man ikke vite sikkert, men informantenes opplysninger om at fagspråk er vanskelig å forstå, manglende fagkunnskap og vegring mot å ta beslutninger kan tyde på at de mangler trygghet i konteksten det ville være å bruke en digital løsning for oppfølging etter operasjon.

Det ser ut til at det er gjort lite forskning på hvordan portaler bidrar til beslutningstaking. Fraccaro et al. (2018) fant i sin systematiske gjennomgang av litteratur om evalueringer av pasientportal-brukervennlighet, bruk og påvirkning på beslutninger, at det er gjort få studier som undersøker hvordan pasientportaler påvirker beslutninger hos pasienter og behandlere. Nesten alle de inkluderte studiene evaluerte interaksjon med systemet, 50% av studiene vurderte informasjonen som ble mottatt i systemet, og bare 10% så på portalers påvirkning på beslutninger (Fraccaro et al., 2018). Slik bidrar informantene i denne studien med opplysninger om at de opplever det vanskelig å ta beslutninger ut fra helseinformasjon på internett, med grunnlag i at de har fortalt om opplevelse av at ansvaret ligger hos behandler og at de (informantene) mener de mangler trygghet i fagkunnskap som beslutningsgrunnlag.

6.1.6 Sammenfatning e-Helsekompetanse

E-helsekompetanse vil være en viktig faktor om målet er å gjøre postoperativ oppfølging digital. For at mennesker skal være i stand til, og på lik linje få tilgang til helsetjenester er det kritisk at et slikt tilbud har et innhold som sørger for at brukeren kan dra nytte av det på

intendert måte (Kayser et al., 2018). Ved implementering av pasientportaler vil det være nødvendig å imøtekomme individer med begrenset helsekompetanse (Tieu et al., 2017).

Det finnes indikasjoner på at e-helsekompetanse er et viktig aspekt å diskutere når intensjon om bruk undersøkes. Irizarry, Devito Dabbs, Curran og Irizarry (2015) sier at pasienter som hadde intensjon om å ta i bruk en pasientportal hadde høyere grad av helsekompetanse og datakompetanse, enn pasienter som ikke hadde intensjon om å ta i bruk en pasientportal. Å måle helsekompetanse kan bidra til å identifisere pasienter som trenger mest støtte i å bruke helseteknologi (Tieu et al., 2017).

Ved å benytte eHEALS som et rammeverk for spørsmål i intervjuguiden fremkom det et visst innblikk informantenes e-helsekompetanse.

Alle informantene oppgav at de var digitale brukere, om enn i varierende grad. Det å bruke elektronisk utstyr blir signifikant knyttet opp mot høyere e-helsekompetanse (Tennant et al., 2015). Det kan tyde på at flere av informantene i denne studien kan ha en relativt høy e-helsekompetanse, men til tross for dette oppgav de utfordringer knyttet til internett og helseinformasjon.

6.2 Nytteverdi

6.2.1 Kommunikasjon via videosamtale og chat

Det ble identifisert tre koder under subkategori «Kommunikasjon via videosamtale»: «*ved fysisk oppmøte er det enklere å stille spørsmål underveis*», «*passer bedre for enklere avklaringer*» og «*videokommunikasjon er lettere enn skriftlig informasjon*».

Videre ble det identifisert syv koder under subkategori «Chat»: «*kommunisere med legen via chat*», «*chat erstatter ikke alltid telefonkontakt*», «*chat tar lang tid*», «*vanskelig å uttrykke seg i chat*», «*chat er mer krevende enn en samtale*», «*chat kan brukes som en slags triage*» og «*enklere kontakt via chat enn telefon*».

Et funn knyttet til kommunikasjonsaspektet i en digital løsning var at informantene fortalte at det er «*enklere kontakt via chat enn telefon*», og at digital kommunikasjon «*passer bedre for enklere avklaringer*». En informant oppgav det å «*kommunisere med legen via chat*» som en nytteverdi. Dette er i samsvar med Kim og Fadem (2018), som nevnt i problemanalysen, fant

at deltakere i deres studie benyttet pasientportal primært som en kommunikasjonskanal, for å samhandle med legen sin, heller enn som et verktøy for å få tilgang til og administrere egen helseinformasjon.

Imidlertid nevnte informantene også ting de opplever utfordrende med digital kommunikasjon, spesielt skriftlig. En informant nevnte at «*chat er mer krevende enn en samtale*», mens en annen informant gav uttrykk for at «*chat tar lang tid*», og at det er «*vanskelig å uttrykke seg i chat*»:

«Det å så bruke en sånn chat, det er også et problem ... Det tar fryktelig lang tid å få skrevet det du vil. Det er ikke sikkert at du klarer å uttrykke det engang ...» (informant 1)

Et annet funn er at «*chat erstatter ikke alltid telefonkontakt*»:

«Men samtidig, at det må jo være en mulighet til å kunne ringe og få et virkelig menneske å snakke med hvis du virkelig føler at du har behov for det da, tenker jeg.» (informant 11)

En informant fortalte om at «*ved fysisk oppmøte er det lettere å stille spørsmål underveis*». En annen informant gav uttrykk for at digital kommunikasjon «*passer bedre for enklere avklaringer*». Det kan tyde på at noen informanter ser på chat mer som en mulighet for å initiere kontakt med behandler, enn et faktisk kommunikasjonsmedium. En mulig videre tolkning kan være at digital kommunikasjon i seg selv ikke alltid vil oppleves som nyttig, men at det kan avhenge av hva som skal kommuniseres. Ordrik kommunikasjon og dialoger, som for eksempel å forklare anamnese eller et symptom-bilde kan kanskje oppleves vanskelig å formidle over chat, mens kortere avklaringer, og uttrykke ønske om å få kontakt kan kanskje oppleves lettere. Dette kan tyde på at digital kommunikasjon kan påvirke intensjon om bruk i begge veier, avhengig av hvordan det implementeres i et system. Samtidig som pasient-behandler-kommunikasjon i Kruse et al. (2015) ble funnet til å være den mest positive oppfattede egenskapen i en portal, kan funnene i denne studien tyde på at det settes en del forutsetninger for at bruk av digital kommunikasjon i en løsning skal være nyttig for informantene. Koder som at det er «*vanskelig å uttrykke seg i chat*», «*chat er mer krevende enn en samtale*», og «*videokommunikasjon er lettere enn skriftlig informasjon*» viser at chat mulig oppfattes som vanskeligere enn videokommunikasjon. Et funn i Irizarry et al. (2017) var at mange av deltakerne i studien følte at meldingsfunksjonen var en dårlig erstatning for direkte kontakt mellom behandler og pasient som var nødvendig for å avklare ting.

6.2.2 Trygghet

Det ble identifisert fire koder under subkategori «Trygghet»: «*viktig med tillit til fagkompetanse*», «*viktig med tillit til person*», «*kan bli upersonlig*» og «*usikkerhet om digital oppfølging vil fange alle aspekt ved undersøkelse etter operasjon*».

Et funn i studien er at informantene var opptatt av trygghet i forhold til å bruke en digital løsning på internett, med tilgang til pålitelig informasjon om helse og sykdom, og mulighet for kommunikasjon via meldinger (chat) og videosamtale. Det ble trukket frem at det var «*viktig med tillit til fagkompetanse*» og «*viktig med tillit til person*». En informant forklarte det slik:

«... jeg begynner å lure på, hvem er dette mennesket og hvilke kvalifikasjoner har de.

Jeg tror du må stole veldig mye på det mennesket på internett hvis du skulle snakke med dem.» (informant 2)

Videre nevnte en informant at digital oppfølging «*kan bli upersonlig*» og en annen gav uttrykk for «*usikkerhet om digital oppfølging vil fange alle aspekt ved undersøkelse etter operasjon*».

«... det er klart at hadde vi brukt video, så kunne de jo, kunne det ha skjedd ting som de ikke ville oppdaget, altså jeg kunne røre på alle fingrene og jeg kunne røre på armen, men akkurat den bevegelsen var kanskje borte. Og den fikk de ikke testet ... Sant? For den var jeg ikke klar over selv. Altså at den burde være der, sant.» (informant 5)

Noen informanter gav altså uttrykk for at de ville være opptatt av tillit. Usikkerhet i forhold til fagkompetanse og personer kan da mulig bli faktorer som kunne påvirke bruk og intensjon om bruk. Betydningen av tillit innen helseinformasjonsteknologi er belyst i tidligere forskning. Kisekka og Giboney (2018) sier at tillit er brukerens oppfatning av at helseinformasjon gitt av en organisasjon er pålitelig og at det må rettes oppmerksomhet mot løsninger for å øke pasienters tillit, da tillit er av kritisk betydning for at helseinformasjonsteknologi skal ha suksess. Når det gjelder tillit og pasientportaler, må pasienter etablere tillit til både organisasjonen som gir informasjonen, samt tillit til legene deres (Spivak, Dohan, Wu & Zhao, 2019). Spivak et al. (2019) fant støtte for at tillit var en

moderator av nytteverdi. Ved høyere nivå av tillit, ettersom nytteverdi øker, avtar motstands- atferd. Spivak et al. (2019) argumenterer for at dette resultatet innebærer at tillit er viktig for at individer skal adoptere og bruke pasientrettet helseinformasjonsteknologi, og at tillit er viktig for at individer skal forstå at systemet vil gi de tiltenkte fordelene med systemet. Det nevnes altså sammenheng mellom tillit og nytteverdi. På bakgrunn av at tillit blir nevnt av informantene i denne studien kan det tyde på at de er bevisste på dette (betydningen av tillit), noe som kan innebære at tillit ikke bare påvirker faktisk adopsjon og bruk, men også intensjon om bruk. Spivak et al. (2019) mener at tillit spiller en viktig rolle i intensjon om bruk. Slik sett støtter informantene i denne studien opp om betydningen av tillit som faktor som påvirker intensjon om bruk, vel å merke gjennom kategorien nytteverdi. Tillit er ikke inkludert i UTAUT2-modellen, som kategori eller moderator.

6.2.3 Tilgang til pålitelig informasjon

I subkategorien «Tilgang til pålitelig informasjon» ble det identifisert seks koder:

«informasjon med illustrasjoner om inngrepet», «kunne fått svar med en gang», «sluppet bekymringer», «å vite at informasjonen er pålitelig», «informasjon samlet på ett sted» og «informasjon om sårstell».

En informant fortalte at det å ha *«informasjon samlet på ett sted»* ville være en nytteverdi. En annen informant oppgav det *«å vite at informasjonen er pålitelig»* som en nytteverdi i seg selv, ved å bruke en løsning på internett med tilgang på pålitelig informasjon om helse og sykdom. Diviani et al. (2015) sier at det må rettes særlig oppmerksomhet mot helseinformasjon på internett, fordi studier av innhold i helserelevante nettsider har vist unøyaktigheter som gir bekymring for kvaliteten på helseinformasjon som forbrukere møter på internett. Å søke helseinformasjon på nettet gir dermed store utfordringer for de som bruker helseinformasjon, da det krever at de tar en aktiv rolle i å evaluere en enorm mengde, ofte ubekreftet, helseinformasjon (Diviani et al., 2015). I analysen av funn knyttet til e-helsekompetanse kom det frem at nettopp det å vurdere helseinformasjon ble sett på som vanskelig av noen av informantene. Informasjonskvalitet er en bestemmende faktor for folks intensjon om å søke og bruke helseinformasjon fra internettkilder (Zhang et al., 2019). Det er mulig at *«å vite at informasjonen er pålitelig»*, og å slippe usikkerhet i forhold til om kilden er pålitelig eller om man kan stole på helseinformasjonen kan oppleves nyttig av

informantene i denne studien. Kanskje ville det å ha «*informasjon samlet på ett sted*» og «*å vite at informasjonen er pålitelig*», kunne bidra til å øke intensjon om bruk, da det kan redusere kravene til brukerne av systemet om å søke og vurdere helseinformasjonen? I Diviani et al. (2015) går det frem at brukeres helsekompetanse har vist seg å ha en avgjørende rolle i konteksten å søke helseinformasjon.

Andre funn knyttet til pålitelig informasjon er «*kunne fått svar med en gang*» og «*sluppet bekymringer*».

«... Jeg hadde fått nok svar med en gang, tror jeg, og så hadde jeg sluppet de bekymringene, rett og slett. Så, jeg tok Paralgin Forte antageligvis litt lenger enn jeg trenger, sånne ting. Unødvendige greier, fordi det er litt styr med å få svar på det man lurer på.» (informant 4)

Når individer stoler på at systemet vil gi de kvalitetsinformasjon, øker sjansene for fortsatt bruk (Kisekka & Giboney, 2018). Funnene tyder på at trygghet eller tillit til at informasjonen er pålitelig kan spille en viktig rolle for informantene, i forhold til at et system for oppfølging etter operasjon skal oppleves nyttig.

Et interessant funn er at informantene trakk frem «*informasjon med illustrasjoner om inngrepet*» og «*informasjon om sårstell*», som sier noe om at konkrete prosedyrer rundt operasjonen og forløpet hadde vært nyttig. En informant forklarte det på denne måten:

«Det hadde vært helt supert. Jeg søkte senest to dager etter operasjonen om det fantes en app eller et eller annet hvor det var lettlekelig informasjon, med illustrasjoner. Jeg fant det ikke, og så tenkte jeg hvorfor, hvorfor har ikke for eksempel kirurgen en liten videosnutt hun kunne vist meg, som viser hva hun gjør? Bare sånn kort og greit.» (informant 4)

Dette er et konkret forslag fra en informant om innhold som ville være nyttig at en løsning for oppfølging etter operasjon inneholdt.

6.2.4 Tilgang til egne helsedata

Under subkategorien «Tilgang til egne helsedata» ble det identifisert seks koder:

«*journalnotatet er tilgjengelig og kan hentes frem ved behov*», «*økt tilgang til behandlingsforløpet*», «*egne helsedata samlet på et sted*», «*sikker tilgang til egne helsedata*»,

«tilgjengelig informasjon under hele behandlingsforløpet» og «manglende informasjonsdeling mellom behandlingssteder».

Det flere informanter vektla som ville hatt en nytteverdi for dem i en slik portal, var tilgang til egne helsedata ved behov, en informant sa følgende:

«... det er av og til jeg har litt vanskelig for å huske alt vi (lege/pasient) sier og snakker sammen om. Og da kan jeg liksom, når jeg får summet meg, hente opp igjen tingene på nettet.» (informant 8)

En annen sa:

«Det er en stressende situasjon. Så da kan det være greit å; hva var det egentlig han sa, og så kan du gå til internett senere kanskje, og liksom; var det det, ja, det var det. Da vet jeg mer. Så det er mer sånn supplerings.» (informant 10)

Disse funnene samsvarer med funn fra Wildenbos, Maasri, Jaspers og Peute (2018).sin studie om pasientportalbruk blant eldre brukere. I den studien vises det til at en av hovedfaktorene til portalbruk er muligheten til å se egen journal (Wildenbos, Maasri, et al., 2018).

Muligheten til *«økt tilgang til behandlingsforløpet»* ble også poengtert som en nytteverdi ved digital postoperativ oppfølging av en av våre informanter:

«Jeg ville jo følt at det ville ha vært mye lettere, ja, lettere tilgang til, altså til legene, systemet og mine sykdommer.» (informant 8)

Tilgang til behandlingsforløpet, oppfølgingsplan og mulighet for å se avtaler er viktige faktorer for å bruke en pasientportal (Wildenbos, Maasri, et al., 2018).

Et annet funn som kom frem i denne studien som ikke handler direkte om digital postoperativ oppfølging, men som ble oppfattet som et problem var *«manglende informasjonsdeling mellom behandlingssteder»*. Liknende funn kom også frem i Wildenbos, Horenberg, et al. (2018) sin studie som fant en sterk preferanse til portalbruk hvor portalen hadde tilgang til helseinformasjon fra flere behandlere.

En av informantene i denne studien ønsket tilgang til *«egne helsedata samlet på et sted»* og beskrev følgende:

«Men altså å ha fått da, liksom tilgang til resten av tingene på nett og komme inn på sine egne ting, og da alle, ikke bare fra ett sykehus eller ett problem ... Liksom hatt tilgang til det, jeg kan se det selv, vurdere ting selv og vite at her, her ligger det og dette er trygt.» (informant 8)

Disse funnene kan tyde på at ved å la pasientene få tilgang til sine helsedata fra ulike behandlingssteder og i tillegg at behandlere også har tilgang til disse data på tvers av behandlingsstedene kan indikere en intensjon om å bruke en portal. Disse funn bygger opp under behovet som er skissert i stortingsmeldingen «En innbygger en journal» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013), som regjeringen har som mål å få gjennomført.

6.2.5 Økt tilgjengelighet og enklere kontakt

Under subkategorien «Økt tilgjengelighet og enklere kontakt» ble det identifisert åtte koder: «tilgjengelig når du vil», «positivt å kommunisere hjemmefra», «mulighet for avklaringer utenom faste avtaler», «slippe å reise», «gi rom for oppfølging på pasientens premisser», «oppleves trygt å kunne ha oppfølging hjemmefra», «tilgang hjemmefra kan være mindre krevende fysisk» og «lavere terskel for kontakt».

Nytteverdi ved internettbasert oppfølging som ble nevnt var at det vil være «tilgjengelig når du vil» og «gi rom for oppfølging på pasientens premisser».

Det ble beskrevet på følgende måte:

«fordelen er at det er tilgjengelig når du vil.» (informant 1)

«man får mulighet til å samle ... roe seg, og liksom lure, hva er det, kanskje til og med sitte og notere litt for seg selv, og så ta kontakt.» (informant 10)

En studie gjort av Dahlberg, Jaensson og Nilsson (2018) viser til at det å la pasienten bestemme selv om, eller når det er nødvendig med kontakt i den postoperative fasen er mulig, og øker ikke frekvensen av kontakt.

I problemanalysen ble det vist til at den vanligste postoperative oppfølgingen ved dagkirurgi er at pasienten blir oppringt av sykehuset 1. eller 2. postoperative dag. Dahlberg, Jaensson og Nilsson (2018) sin studie viste at 67 % av kontakt via oppfølgingsapp (RAPP) ble initiert mellom 3. og 14. postoperative dag. Dette kan tyde på tilgjengelighet ikke bare kan ha en nytteverdi, slik som informantene antyder, men også kan gi en mer hensiktsmessig

postoperativ oppfølging. Da nytteverdi har vist sterkest sammenheng mellom intensjon om bruk (Zhang et al., 2019), kan det antas at tilgjengelighet til helsepersonell vil være en faktor for intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging.

6.3 Brukervennlighet

6.3.1 Brukergrensesnitt

Det ble identifisert tretten koder under subkategori «Brukergrensesnitt»: «*antall klikk*», «*logisk navigering*», «*oversiktlig*», «*legger frem poster rent og enkelt*», «*det er mange likhetstrekk i ulike apper (intuitivt)*», «*selvforklarende symbolbruk*», «*logisk oppbygging*», «*for mange valg*», «*lange nedtrekks-menyer*», «*informasjons-overload*», «*forstyrrende element*», «*ulogisk plassering av informasjon*» og «*mange trinn*».

Irizarry et al. (2015) sier at brukergrensesnitt i pasientportaler bør følge design-prinsipper som grafiske brukergrensesnitt fra andre system bygger på, og Baldwin et al. (2017) løfter frem mobile helse-apper som gode eksempel. Dette kommer også frem av funn i denne studien, der en informant opplevde det positivt når «*det er mange likhetstrekk i ulike apper (intuitivt)*» og «*selvforklarende symbolbruk*».

Irizarry et al. (2015) sier også at det er viktig hvordan informasjon presenteres (fritekst, tall, koder) for å ikke forvirre eller overvelde pasienten. Også dette fortalte informantene noe om når de beskrev «*oversiktlig*», «*ulogisk plassering av informasjon*», «*informasjons-overload*», samt at en informant opplevde det positivt når et system «*legger frem poster rent og enkelt*».

Et motstridende funn er en informant som oppgav «*lange nedtrekks-menyer*» som negativt. Irizarry et al. (2015) fant i sin systematiske litteraturgjennomgang at nettopp nedtrekks menyer var et bedre designvalg, enn dynamiske tekst-bokser som oppdaterte innhold basert på søkeord (f.eks «*allergi*» eller «*medisin*»).

En forklaring på dette motstridende funnet kan være at Irizarry et al. (2015) sin artikkel er fra 2015, og studiematerialet er fra 2006-2014. Kanskje er det slik, at det som oppleves å være intuitivt i dag ikke nødvendigvis er det samme som for 5-15 år siden. Dette er et poeng som belyser viktigheten av brukertesting gjennom hele systemutviklingsprosessen og i alle iterasjoner, spesielt når det gjelder system som tar lang tid å utvikle.

En annen mulig forklaring kan være at søkefunksjoner ikke var like gode for 5-15 år siden, som de er i dag. Informantene i denne studien omtalte søkefunksjonalitet under andre kategorier, og de nevnte at søkefunksjonen kunne oppleves som en hindring dersom det var en smal søke katalog eller at det kom irrelevante forslag. Hvis dette var tilfelle, kanskje nedtrekks menyer var et bedre alternativ.

Informantene i denne studien trakk også frem «*logisk navigering*», «*antall klikk*», at det ikke bør være «*for mange valg*», «*forstyrrende element*», og «*ulogisk plassering av informasjon*» som faktorer som påvirker hvor lett det er å bruke et system. En informant sammenfattet det slik:

«Det må jo være lett å komme dit du skal, men det må ikke være for mye informasjon med en gang. For da går du deg bort. Når du får en sånn nettside som, først er det litt reklame, og så er det nedtrekks-menyer, og når du får problem med å logge deg ut igjen, da har ... da har de gjort det vanskelig.» (Informant 1)

Også dette stemmer overens med Irizarry et al. (2015) som konkluderer med at mye av litteraturen sier at bruk av teknologi er sterkt relatert til hvor lett det er å navigere i systemet.

6.3.2 Pålogging og autentisering

Det ble identifisert tre koder under subkategori «Pålogging og autentisering»: «*sikker pålogging til flere tjenester*», «*tungvint autentiseringsprosess*» og «*krav om brukerprofil*».

En informant oppgav bankID på mobil, som er en to-faktor-autentisering som positivt, og gir en «*sikker pålogging til flere tjenester*». Samtidig som flere informanter uttrykte at «*tungvint autentiseringsprosess*» bidro til at et system opplevdes som vanskelig å bruke, og en informant spesifiserte at tjenester med «*krav om brukerprofil*» kan oppleves irriterende. Denne delte oppfatningen rundt påloggingsprosessen fant også Wildenbos, Maasri, et al. (2018) i en studie om eldre (56+) brukeres erfaring med pasientportal. Problem rundt påloggingsprosessen økte med alderen, og flertallet av de som rapporterte at de ønsket en enklere påloggingsprosess var i alderen 76 og eldre (Wildenbos, Maasri, et al., 2018).

Emani et al. (2018) sier at adopsjon av pasientportaler påvirkes av hvor enkelt det er å begynne å bruke systemet, hvilket i sin tur kan tenkes å påvirkes av innlogging- og autentiseringsprosess.

Dette kan føre til problem, siden e-helseløsninger har krav om å bruke to-faktor-autentisering, en funksjon som nok kan oppleves tungvint av noen. Men, mange av informantene tok opp mobil-bank som eksempel på system som de synes var lette å bruke, og bank-sektoren opererer også med to-faktor-autentisering.

Ved utvikling av en løsning for internettbasert oppfølging kan det derfor være av verdi å se nærmere på hvordan banksektoren håndterer autentiseringsprosesser i sine tjenester.

6.3.3 Systemfunksjonalitet som forenkler prosesser

Det ble identifisert fem koder under subkategori «Systemfunksjonalitet som forenkler prosesser»: «*søkemotor forstår alternative ord og forklaringer*», «*smal søkekatalog*», «*irrelevante søkeforslag*», «*løsningen veileder deg*» og «*automatisering av prosesser*».

Både «*smal søkekatalog*» og «*irrelevante søkeforslag*» ble nevnt som negativt av informantene, samtidig om en informant opplevde det positivt når en «*søkemotor forstår alternative ord og forklaringer*». Informantene forklarte det på denne måten:

«Ja, det er jo bare å skrive inn og så ... jeg trenger ikke vite akkurat ordet på det jeg egentlig søker etter, men jeg kan forklare det, så kommer det opp ... Jeg er ikke alltid så god på alle mulige ord, og da, husker ikke hva ting heter og alle sånne ting og så bare skriver jeg et eller annet om det, og så kommer det.» (informant 9)

«Det er vel hvis jeg opplever at det søkeordet jeg har ikke på noen måte blir oppfattet av nettstedet, og må på en måte lete veldig for å finne det riktige ordet for å få opp riktig informasjon, at det liksom er ett nøkkelord og så hvis du er litt på kanten av det så er det liksom helt umulig.» (informant 3)

På linje med digital kommunikasjon, kan det altså virke som at søke-funksjon ikke alltid vil oppleves som nyttig, men at det avhenger hvordan søke-funksjonen implementeres i systemet. Det kan tenkes at dette blir enda viktigere å tenke på i en helsekontekst, da informantene tidligere har gitt uttrykk for at medisinsk fagspråk kan være vanskelig å forstå.

En informant fortalte at «*automatisering av prosesser*» og det at «*løsningen veileder deg*» kunne bidra til at en app eller et nettsted oppleves lett å bruke:

«... nå er det blitt mye lettere å så legge inn en pasientreise. Det er jo blitt kjempeenkelt nå ... Når jeg kom hjem nå, så var det noen få klikk det, så var det sendt inn. For nå er det sånn standardopplegg ... Den appen til den S-banken som jeg bruker nå, den er blitt så oversiktlig og grei. Der kan du trykke på det som heter oversikt, og så kommer det liksom en runding for alt du skal gjøre og alt du behøver å gjøre.» (informant 1)

Baldwin et al. (2017), nevner at brukervennlige varsler kan utforskes for å engasjere flere pasienter i egen helse. Baldwin et al. (2017) foreslår varsler som spør pasienten om han/hun forstår et resultat utenfor referanseområdet, som guider pasienter til nyttige kilder og som oppmuntrer til oppfølging av testresultater (Baldwin et al., 2017). Det er mulig at lignede varsler og hjelpetekster vil kunne bidra til å øke forståelse også i konteksten i denne studien. Ifølge Baldwin et al. (2017) er det problemer med helsekompetanse og brukervennlighet (begrensninger i design og brukergrensesnitt) kombinert, som kan ha betydning for adopsjon av portaler. Sett i lys av funnene i denne studien vil det at «*løsningen veileder deg*» kunne øke forståelse og bruk, og mulig også intensjon om bruk, ettersom brukere mulig i større grad vil oppleve løsningen lett å bruke.

6.3.4 Motivasjon for bruk

Det ble identifisert fem koder under subkategori «Motivasjon for bruk»: «*brukervennlighet er avgjørende for bruk*», «*interesse øker innsats*», «*dårlig brukervennlighet kan gi økt irritasjon om man er forpliktet til bruk*», «*brukervennlige tjenester er viktig- kan ikke alltid velge*» og «*erfaring gjør det lettere å bruke*».

En informant mente at «*brukervennlighet er avgjørende for bruk*», mens en annen sa at «*dårlig brukervennlighet kan gi økt irritasjon om man er forpliktet til bruk*». Funnene indikerer at informantene mente at brukervennlighet er av stor betydning for bruk.

Dårlig design kan resultere i en frustrerende bruker-opplevelse (Yen et al., 2018). Ut fra dette vil man kunne anta at motivasjonen for bruk for informantene i denne studien vil påvirkes av brukervennligheten i et system, og at motivasjon dermed mulig kan påvirke også deres intensjon om bruk.

To informanter gav uttrykk for at «*interesse øker innsats*». En av de to forklarte det slik:

«Ja, hvis det er noe som du er interessert i, så tenker jeg du har jo litt høyere terskel enn om det er noe ikke er så interessant da, for å si det sånn.» (informant 11)

Her nevnes interesse som en faktor som tolkes kan ha betydning for motivasjon for bruk. Det går frem av Miller et al. (2016), at mangel på kunnskap eller motivasjon er en av de vanligste grunnene pasienter oppgir for å ikke bruke en portal.

Et annet interessant funn er at «*erfaring gjør det lettere å bruke*»:

«Ja, etter hvert som du liksom ikke er så skeptisk, og lærer deg å bruke. Hvis du handler på nettet, at du ser an hvilke sider du kan bruke og du, du får jo mer erfaring hele tiden, så det er jo enklere og enklere å bruke det, tenker jeg.» (informant 11)

Dette kan tolkes som at nettopp det å få erfaring, og at noe dermed oppleves enklere å bruke, kan påvirke motivasjon for bruk. Hoogenbosch et al. (2018), som nevnt i problemanalysen, fant en sammenheng mellom bruk og brukers fornøydhets. Det er mulig å tenke seg at en opplevelse av å være fornøyd gir motivasjon. Resonnementet blir da at bruk gir erfaring, «*erfaring gjør det lettere å bruke*», og mulig bidrar dette til økt motivasjon for bruk, som igjen vil kunne påvirke intensjon om bruk.

En av informantene i denne studien påpeker at «*brukervennlige tjenester er viktig- kan ikke alltid velge*». Wildenbos, Peute og Jaspers (2017) viser til at frivillig bruk påvirkes av motivasjon til å bruke en portal, har man lite motivasjon for å bruke en pasientportal vil det være en barriere for bruk (Wildenbos et al., 2017). Motivasjonsbarrierer kan i denne konteksten handle om manglende tro på egen evne, fordeler man tror man kan oppnå ved bruk, manglende datakompetanse og selvsikkerhet i bruk av enheter (Wildenbos et al., 2017). Ut fra dette kan man tenke at et system oppleves brukervennlig vil være av stor betydning, særlig hvis man ikke kan velge det bort.

6.4 Sosial påvirkning

6.4.1 Interesse og tillit

Det ble under subkategoriene «Interesse» identifisert to koder: «*påvirkning skjer ubevisst*» og «*mer påvirket av ting man oppfatter som viktig*». Under subkategorien «Tillit» ble følgende fire koder identifisert: «*faglig tillit*», «*tillit i nær relasjon*», «*påvirkes mer av anbefalinger fra myndigheter enn kommersielle aktører*» og «*andres erfaring kan påvirke meninger om et system*».

Flere av informantene mente at «*påvirkning skjer ubevisst*»

*«Jeg tror vi alle vil mer eller mindre bevisst bli påvirket av veldig mye som det ikke alltid er så lett å få med seg at man blir påvirket av da ...»
(Informant 7)*

De sa også at de vil bli «*mer påvirket av ting man oppfatter som viktig*».

«Hvis det virker interessant, så sjekker du det, det kommer an på hvor viktig du oppfatter ting da ...» (Informant 1)

Det at personer de har tillit til, enten «*faglig tillit*», som legen, eller «*tillit i nær relasjon*» som at en nær venn eller familie anbefaler noe, mente de ville ha påvirkning.

«Hvis en eller annen personlig som du kjenner, lege eller noen som du egentlig stoler på, anbefaler noe.» (Informant 1)

«... venner og familie, fordi jeg har tillit til dem, rett og slett.» (Informant 4)

Noe av det samme viser Fisher og Clayton (2012) til i sin studie, at pasienter kunne tenke seg en anbefaling av et system fra behandler.

Sosial påvirkning har ifølge UTAUT 2 betydning for et individs oppfatninger av teknologi i en frivillig kontekst (Venkatesh et al., 2003; Venkatesh et al., 2012). I en helsekontekst kan sosial påvirkning virke direkte på intensjon om bruk (Tavares & Oliveira, 2017). Funnene i denne studien kan indikere at sosial påvirkning kan ha betydning for intensjon om å bruke et system hvis påvirkningen kommer fra nær relasjon eller behandler. Disse funnene er forenlige med en relativt ny studie av Zhang et al. (2019), som fant at pasienters mottagelighet for

helserelaterte handlinger lar seg påvirke av behandlere, familiemedlemmer og personer med samme sykdom.

6.5 Tilretteleggende forhold

6.5.1 Tillit til systemet

Under subkategorien «tillit til systemet» ble det identifisert to koder: «risiko rundt personvern» og «avhengig av fagfolk sin godkjenning».

Flere informanter beskrev «Risiko rundt personvern» som en begrensende faktor for å ta i bruk et system:

«... så bør man jo logge inn på en måte som man er sikker på at jeg er meg og at det må være trygt da.» (informant 7)

«skal det være sånn at man logger seg inn, og da vil det jo flyte informasjon mellom deg og sykehuslege, som kanskje er veldig personlig da. Så det må finnes et system for å takle det.» (informant 10)

Og en av informantene beskrev at for å ta i bruk en internettbasert løsning var det «avhengig av fagfolk sin godkjenning»:

«Så hvis samfunnet vårt, legene her for eksempel, finn ut at det er godt nok, så er det vel egentlig en sånn måte det går an å gjøre det på.» (informant 5)

UTAUT 2 inneholder ikke faktorer som omfatter «risiko rundt personvern» eller tillit til systemet, men ifølge Venkatesh et al. (2012) kan det identifiseres andre relevante faktorer som kan øke anvendbarheten til UTAUT alt etter kontekst en IS-løsning skal benyttes i. Det kan antas ut fra funn i denne studien at i en helsekontekst vil faktorer rundt risiko, som personvern, og tillit kunne ha betydning for intensjon om bruk. Lee og Song (2013) som i sin studie har sett på brukeraksept knyttet til elektronisk arkiv, viser til at tillit (til systemet) og oppfattet risiko har direkte betydning for intensjon om bruk. Fisher og Clayton (2012) sin studie om bruk av sosiale medier (apper) i en helsekontekst viser til at den vanligste barrieren for å ta i bruk dette var bekymring rundt personvern og konfidensialitet.

6.5.2 Tilgjengelig utstyr, enheter og systemfunksjoner

Det ble identifisert åtte koder under subkategori «Tilgjengelig utstyr, enheter og systemfunksjoner»: «*en nettleserløsning vil gi tilgang på alle smart-enheter*», «*bruk av løsning avhenger av hvilke enheter du har*», «*utstyr må fungere*», «*mer fokusert når man sitter ved en pc eller nettbrett*», «*størrelse på skjerm har betydning for den visuelle kontakten*», «*bruk av enhet avhenger av setting*», «*mangel på utstyr*» og «*løsningen må tilby videokommunikasjon*».

En informant beskrev at man er «*mer fokusert når man sitter ved en pc eller nettbrett*», og en annen gav uttrykk for at «*størrelse på skjerm har betydning for den visuelle kontakten*». En informant forklarte det slik:

«... jeg synes jo, jeg føler jo det at med å bruke pc ... et større bilde ... du får litt annen visuell kontakt da. Så en telefon, det blir jo mindre. Men du har faktisk muligheten til å gjøre det samme på telefon. Så, holdt på si, er du ikke i nærheten av pc`en, så kan du ...» (informant 5)

Dette kan tyde på at det å bruke en løsning for internettbasert oppfølging er noe som informantene mener krever oppmerksomhet og fokus. Dette kan igjen mulig være et tegn på at informantene ser på pasientportaler, eller internettbasert oppfølging, fremst som en kommunikasjonskanal med behandler, som også Kim og Fadem (2018) fant i sin studie. En informant i denne studien sa også at «*løsningen må tilby videokommunikasjon*» for at han eller hun skulle kunne ta den i bruk.

Baldwin et al. (2017) løfter frem mobile helse-apper som et eksempel på brukervennlige løsninger, og som et verktøy for å kunne samle inn data om pasienten på en enkel måte. Slike apper brukes ofte på mindre, mobile enheter (for eksempel smarttelefoner). En informant gav uttrykk for at «*bruk av enhet avhenger av setting*», men kan det kanskje også være slik at bruk, eller valg av enhet avhenger av hvilken funksjon som skal brukes? For eksempel kan kanskje mindre krevende og mer passive oppgaver passe bra for mindre, mobile enheter, mens oppgaver som krever fokus (som kommunikasjon) passer bedre for mer stasjonære enheter med større skjerm? Det kunne være av interesse å undersøke dette videre for å få mer kunnskap om hvilke enheter som er optimale for hvilke funksjoner, slik banksektoren ofte skiller på nettbank og mobilbank. Samtidig sa en informant at «*en nettleserløsning vil gi tilgang på alle smart-enheter*», noe som nok teknisk sett vil være sant, men som ikke er

optimalt ut fra et brukervennlighets-aspekt. Det sier dog noe om hvilke krav dagens pasienter har til IKT-løsninger, og det gjør det kanskje enda viktigere å ha en gjennomtenkt strategi for hvordan en eventuell løsning for internettbasert oppfølging skal fungere på forskjellige enheter.

6.5.3 Optimalisere situasjonsforståelse

Det ble identifisert fem koder under subkategori «Optimalisere situasjonsforståelse»: «*risiko for ulik situasjonsforståelse*», «*risiko for at skriftlig budskap ikke formidles fullstendig*», «*risiko for at skriftlig budskap oppfattes feil*», «*risiko for at man ikke får med alle aspekt i en undersøkelse*» og «*risiko for manglende kontinuitet til person*».

Et funn i studien er at informantene trakk frem noen bekymringer som de mente at kunne ha betydning ved bruk av digital oppfølging etter operasjon. Særlig i forhold til kommunikasjonsaspektet i en løsning viser funnene noen bekymringer som må imøtekommes, gjerne gjennom tilretteleggende forhold, for at digital oppfølging skal oppleves nyttig. En informant mente at digital kommunikasjon kunne innebære en «*risiko for ulik situasjonsforståelse*»:

«... du får kanskje ikke den samme situasjonsforståelsen når man sitter i hver sin ende av en eller annen tekniske løsning.» (informant 7)

Flere informanter sa noe om dette. Koder som «*risiko for at skriftlig budskap ikke formidles fullstendig*», «*risiko for at skriftlig budskap oppfattes feil*» og «*risiko for at man ikke får med alle aspekt i en undersøkelse*» sier mulig noe om at informantene frykter at man mister en dimensjon om oppfølgingen skjer via en digital løsning, og at det kan føre til brudd i kommunikasjon. Det er mulig at disse bekymringene fra informantene kan imøtekommes ved tilrettelegging og opplæring, for å unngå at de blir en barriere for bruk. I Miller et al. (2016) går det frem at klinikker som har benyttet en planlagt, systematisk implementeringsstrategi har hatt høyere rater av portalbruk enn klinikker som stoler på at klinikerne skal informere og registrere pasientene. Et annet perspektiv kan være at bekymringene fra informantene handler om tillit, noe koden «*risiko for manglende kontinuitet til person*» mulig indikerer. Tieu et al. (2015) identifiserte et ønske om å bevare de personlige aspektene ved eksisterende pasient-behandler forhold som en stor barriere for portalbruk. Det er mulig at også informantene i

denne studien er opptatt av å ha et personlig forhold til behandler. Funnene i denne studien kan tyde på at brukerne må være trygge på at de vil oppleve at oppfølgingen er av like god kvalitet som ved oppfølging ved fysisk oppmøte, for at bekymringene i forhold til situasjonsforståelse skal forsvinne. Tieu et al. (2017) sier at selv om bruk av pasientportaler i noen tilfeller kan lette elektronisk kommunikasjon, eller gi informasjon som gjør at pasienter kan avstå fra klinikkbesøk, vil pasienter bevare det eksisterende personlig kommunikasjon med behandler og bruke portaler til å utvide disse forholdene mellom kontorbesøk.

6.5.4 Personlige begrensninger

Det ble identifisert to koder under subkategori «Personlige begrensninger»: «*høy alder*» og «*manglende erfaring*».

En av informantene sa følgende:

*«Det å bruke nettet, hvis det er liksom den eneste muligheten, så begynner det å bli veldig slitsomt for folk i min alder og eldre.
... Spesielt når det gjelder folk som ikke har brukt nettet før og som ikke er oppegående på det. Så, det er ikke alle som klarer å tilegne seg det å bruke ... Så hvis det blir eneste alternativ så blir det ... da er det en gruppe som plutselig er utestengt fra det.» (informant 1)*

Kunnskapen om at «*høy alder*» og «*manglende erfaring*» med teknologi kan være en barriere for å bruke en web-portal er anerkjent (Wildenbos, Peute & Jaspers, 2018). Wildenbos, Peute, et al. (2018) viser i sin studie til fire nøkkelkategorier for aldersbetingede barrierer som påvirker brukerinteraksjon og kan øke brukerfeil ved portalbruk: kognisjon, motivasjon, fysisk evne og persepsjon (Wildenbos, Peute, et al., 2018). Også Yen et al. (2018) påpeker at alder har blitt betraktet som en viktig faktor som påvirker bruk av pasientportaler. Samtidig viser andre studier til at alder ikke er til hinder for å bruke en pasientportal (Portz et al., 2019). Det kan bety at alder alene ikke er det største hinderet for portalbruk, men eventuelle sykdommer og plager som følger med alderdommen. Det vil uansett være viktig å ta med faktorer knyttet til høy alder ved utvikling av en pasientportal, da majoriteten av de som har behov for å bruke helsevesenet, er den aldrende delen av befolkningen. Når det gjelder «*manglende erfaring*» kan en anta at denne faktoren vil reduseres i fremtiden med

tanke på at majoriteten av 60-åringer i dag er digitale brukere. Når denne generasjonen når en alder på 70- 80 år vil denne barrieren sannsynligvis ikke være gjeldene i så stor grad (Versel, 2012).

6.6 Hedonisk motivasjon

6.6.1 Mestringsfølelse og Sosialt utbytte

Det ble identifisert tre koder under subkategori «Mestringsfølelse»: «*gøy med utfordringer*», «*ser fremgang*» og «*følelse av mestring*». Videre ble det identifisert to koder under subkategori «Sosialt utbytte»: «*sosial kontakt*» og «*samarbeid*».

Informantene ble spurt om å fortelle om en app eller et nettsted de liker å bruke, og hvorfor de liker akkurat den/det. En informant fortalte om «*følelse av mestring*». En annen informant sa at det er «*gøy med utfordringer*», og det ble forklart med at han/hun «*ser fremgang*». Det ble forklart følgende:

«NeuroNation. Og det er rett og slett en app som har masse utfordringer, for at du skal, altså utvikle hjernen, da, til en viss grad, bli litt raskere ... Og den, den er veldig artig. Veldig enkel, du har full oversikt. Ikke masse styr ... fordi jeg ser fremgang. Jeg ser fremgangen. Det er det som er morsomt.»
(Informant 4)

En annen informant fortalte om at han/hun likte appen/nettstedet på grunn av «*sosial kontakt*» og «*samarbeid*».

Kodene og subkategoriene som ble funnet i analysen omhandler informantenes generelle betraktninger. Det er derfor valgt å ikke diskutere funnene under UTAUT2-variabelen «Hedonisk motivasjon» videre. Et funn i Tavares og Oliveira (2016), en studie om adopsjon av EPJ-portaler i en helsekontekst, var at hedonisk motivasjon ikke hadde signifikant påvirkning på intensjon om bruk, som igjen ble forklart med at bruk av portaler var drevet av et helseproblem/sykdom, og at bruk av portalen var assosiert med dette faktum, og altså ikke forbundet med glede (Tavares & Oliveira, 2016). Tavares og Oliveira (2016) foreslo for fremtidige studier å ekskludere hedonisk motivasjon som variabel i UTAUT2, for å unngå å legge til overflødig kompleksitet i modellen (Tavares & Oliveira, 2016).

6.7 Prisverdi

6.7.1 Betalingsvilje

Det ble identifisert fem koder under subkategori «Betalingsvilje»: «*ville ikke kjøpt utstyr til det*», «*hjelpemiddelsentralen burde bekoste utstyr til de som ikke har*», «*kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv*», «*betalingsvilje avhenger av antatt nytteverdi*», «*det bør fungere på utstyr man allerede har*» og «*er villig til å betale egenandel*».

Ved spørsmål om betalingsvilje rundt en løsning for digital oppfølging etter operasjon var det en informant som fortalte at han/hun «*er villig til å betale egenandel*». Ellers var det flere informanter som antydte at man «*kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv*».

En informant forklarte det slik:

«Det er vel ikke helt rett, at man skal koste det selv, hvis samfunnet egentlig rundt krever at du skal ha det ... så, det er klart at jeg hadde ikke vært villig personlig egentlig til å koste det. Det synes jeg ikke er rett.» (informant 5)

Det kan tenkes at denne uniforme holdningen til å ikke bekoste utstyr selv for å motta helsehjelp er koblet til modellen for statlig og kommunal helsetjeneste, med prinsippet om at pasienten ikke skal betale for helsehjelp. Det kan i tillegg argumenteres for at dette ikke blir et problem for intensjon om bruk, siden kategorien «prisverdi» har lav påvirkning på intensjon om bruk i en helse-forbrukerkontekst, ifølge Tavares og Oliveira (2017). Det bør dog poengteres at den lave påvirkningen på intensjon om bruk mulig er et resultat av nettopp det at pasienten ikke betaler selv for helsetjenesten. Ser man til USA, der pasientene i større grad betaler selv for helsetjenester, er «prisverdi» en betydelig sterkere prediktor for intensjon om bruk (Tavares & Oliveira, 2017). En studie fra Australia konkluderte med at «prisverdi» var en av de sterkeste prediktorene for intensjon for bruk av et «Internet of things»-basert helse-system (Alanazi & Soh, 2019).

Dersom løsning for internettbasert oppfølging bygges for å fungere på forbruker-utstyr så kan det oppstå en indirekte forventning at pasienter som ikke har nødvendig utstyr skal bekoste innkjøp av dette selv. Dette gjelder trolig ikke mange, siden 95% av alle i Norge mellom 9-79 år hadde smarttelefon i 2018 (Medienorge, 2019). For noen få kan det likevel være et problem, da man kan anta at det er de ressurs svakeste i samfunnet som har lavest mulighet til

å bekoste utstyr selv. Det er også disse sosioøkonomisk utsatte pasientene, spesielt eldre, som har størst risiko for dårligere medisinsk utfall etter operasjon (Birkmeyer, Gu, Baser, Morris & Birkmeyer, 2008).

6.8 Vane

6.8.1 Informasjonskilder knyttet til helse og sykdom, Logistikk, Sosial kontakt, Fornøyelse og Nytte

Det ble identifisert fire koder under subkategori «Informasjonskilder knyttet til helse og sykdom»: «*søker på Google*», «*fagfolk i familien*», «*søker på internett*» og «*egen lege*».

Under subkategori «Logistikk» ble det identifisert tre koder: «*ser over kveldens TV-guide*», «*bruker internett til å legge opp dagen*» og «*bruker internett til å planlegge reise med offentlig transport*».

Videre ble det identifisert fire koder under subkategori «Sosial kontakt»: «*kommuniserer via Facetime*», «*kommuniserer via mail*», «*holder kontakt med familie via Facebook*» og «*daglig oppdatering på sosiale medier*».

Under subkategori «Fornøyelse» ble det identifisert fem koder: «*periodevis spilling på telefon*», «*spiller HayDay daglig*», «*ser etter strikkeoppskrifter til nye prosjekter*», «*sjekker oppskrifter*» og «*leser nettaviser*».

I subkategori «Nytte» ble det identifisert fire koder: «*benytter banktjenester*», «*samler beslutningsgrunnlag før kjøp*», «*internett er en naturlig del av hverdagen*» og «*sammenligner priser*».

Samtlige av informantene svarte at «*internett er en naturlig del av hverdagen*». Ti av elleve informanter svarte at de «*søker på Google*», eller «*søker på internett*» dersom de har spørsmål om helse og sykdom. En informant kom til å nevne betydningen av vane under et av de andre punktene i intervjuet, nemlig at vane kan øke bruk:

«Ja, men etter hvert så bruker du jo telefonen hele tiden. Det er jo sånn at du putter inn litt mer og mer, så bruker du, så bruker du kalenderen, og så bruker du telefonen ... så er det Spotify, så er det bank, liksom det bare baller på seg etter hvert. Det er vel du venner deg til å bruke det, så bruker du det bare mer og mer.» (informant 11)

Dette funnet er interessant da Tavares og Oliveira (2016) fant at vane hadde en signifikant effekt i å forklare adopsjon av EPJ-portaler. Vane fungerer som en lagret intensjonssti som påvirker atferd, i tillegg til den direkte og automatiserte effekten vane har på teknologibruk (Tavares & Oliveira, 2016; Venkatesh et al., 2012). Tavares og Oliveira (2016) argumenterer at det kreves en større markedsføringsinnsats for å styrke både den lagrede intensjonen og dens (vanens) kobling til atferd.

I lys av dette vil man mulig, også i konteksten digital oppfølging etter operasjon, kunne anta at satsing på markedsføring kan ha potensiale til å påvirke lagret intensjon om atferd, sett i forhold til at majoriteten av informantene allerede har vaner knyttet til teknologibruk, inkludert til å søke svar på spørsmål om helse og sykdom. Tavares og Oliveira (2016) fant at virkningen av vane på intensjon om bruk ikke ble moderert av alder og kjønn, som er i strid med hypoteser i Venkatesh et al. (2012). Det kan gi støtte til markedsføring for å etablere og vedlikeholde vaner i forhold til bruk av en digital løsning for oppfølging etter operasjon, ift. IAP-perspektivet på vane, om lagret intensjon (Venkatesh et al., 2012).

6.9 Postoperativ oppfølging

Innen denne kategorien diskuteres funn i forhold til informantenes betraktninger rundt den oppfølgingen de har fått, hva de eventuelt tenker kunne ha vært gjort annerledes og hva de opplever som viktigst i oppfølging etter operasjon, uavhengig av hvordan oppfølging skjer, digitalt eller ved fysisk oppmøte. Bakgrunnen var at det var ønskelig å fange opp aspekter som informantene mente var viktig i postoperativ oppfølging, uten å være begrenset av en teori. Interessant er at mange av funnene under kategori «Postoperativ oppfølging» kan kobles til, og er til dels like funn i både «e-helsekompetanse» og «UTAUT2», samtidig som at informantene formidlet sine betraktninger på en mer pasient-nær måte. Det at mange funn gjenspeiler seg her kan mulig tolkes til å være en indikasjon på at UTAUT2-modellen og konseptet e-helsekompetanse har vært gode støtteteorier.

6.9.1 Trygghet

Det ble identifisert seks koder under subkategori «Trygghet: *«opplevelse av å bli godt ivaretatt»*, *«viktigst er tryggheten av å vite at man kan ta kontakt ved behov»*, *«viktigst er tryggheten om at man får oppfølging»*, *«opplevelse av god oppfølging»*, *«det viktigste er gode utskrivingsrutiner»* og *«viktigst å bli forberedt på hva som venter etter operasjon»*.

I denne subkategorien ble funnet likheter med det som er allerede er belyst under kategorier «e-helsekompetanse» og «UTAUT2». Informantenes behov for trygghet i forhold til å søke, finne, forstå, bruke og vurdere helseinformasjon, samt ta beslutninger på bakgrunn av helseinformasjon fra internett, er belyst innen kategori «e-helsekompetanse», og gjenspeiler seg i flere av subkategoriene. «Trygghet» ble også funnet som en egen subkategori under UTAUT-variabelen «Nytteverdi», der det kom frem at det var *«viktig med tillit til fagkompetanse»* og *«viktig med tillit til person»*.

I forhold til «Trygghet» under «Postoperativ oppfølging» fortalte åtte informanter om en *«opplevelse av god oppfølging»* og to informanter uttrykte en *«opplevelse av å bli godt ivaretatt»*.

En av informantene sa følgende:

«på selve operasjonsdagen, den var jo kjempefin. De slapp meg ikke ut herfra før jeg var komfortabel med at jeg visste hva jeg trengte å vite og så videre, hva jeg kunne forvente.» (informant 4)

En annen sa:

«jeg er kjempefornøyd, alt har gått så fint ... altså det har jo ikke vært noen ting, så det har jo vært veldig greit. Men jeg tror nok hvis det hadde vært ting så hadde jeg nok fått god hjelp her, jeg er veldig fornøyd med dette sykehuset her. Har følt meg vel ivaretatt.» (informant 9)

Dette er forenlig med funn i Dahlberg (2018) sin studie, at de fleste pasienter opplever behandlingen og pleien de får på dagkirurgisk som utmerket. Et annet funn i Dahlberg (2018) var at det å føle seg trygg er viktig i den postoperative fasen. På spørsmål om hva informantene opplevde som viktigst i oppfølgingen etter operasjon ble det nevnt at *«det viktigste er gode utskrivingsrutiner»* som ble beskrevet slik;

«Jeg tror det viktigste er å ha gode utskrivningsprosedyrer da, i etterkant av en operasjon, at man gjentar det man har blitt fortalt når man fortsatt lå på postoperativ, for det husker man som regel ikke helt kanskje, at det er begrenset hvor mye av infoen som setter seg da.» (informant 7)

Også dette funnet finner man støtte for i Dahlberg (2018), der det går frem at pasienter bør få informasjon og instruksjoner om hvordan å håndtere det postoperative forløpet hjemme, før de blir utskrevet. Samtidig sier Jaensson et al. (2019) at manglende evne til å huske postoperativ informasjon kan være på grunn av anestesi og operasjonen i seg selv, men kan også skyldes mangel på helsekompetanse hos pasienter.

En annen informant trakk frem at det er *«viktigst å bli forberedt på hva som venter etter operasjonen»*, som ble beskrevet slik:

«Det er jo det viktigste å bli forberedt, og vite, å vite litt hva du kan forvente deg etterpå. Siden jeg var bare på sånn dagoperasjon så reiser du jo hjem, og da, og da er du jo overlatt til deg selv på en måte, så da er det greit å vite hva du kan forvente deg da.» (informant 11)

Dette beskriver kjernen i hvorvidt pasientene opplever en god postoperativ rekonvalesens eller ikke. Opplevelsen av trygghet rundt det postoperative forløpet blir svært viktig. Mange pasienter savnet profesjonell støtte etter utskrivelse da de kan kjenne seg usikre rundt den postoperative rekonvalesensen, om hva som er normalt og som forventet, dette kan føre til uro og en følelse av å være forlatt (Dahlberg, 2018).

«Viktigst er tryggheten av å vite at man kan ta kontakt ved behov» og *«viktigst er tryggheten om at man får oppfølging»* er koder som belyser en annen viktig faktor i forhold til trygghet. Pasienter uttrykker et behov for støtte og oppfølging i den postoperative fasen, men kan ha vansker med å vite hvor og til hvem de skal henvende seg (Dahlberg, 2018). Ved en digital postoperativ oppfølging ville pasientene hatt ett sted å henvende seg, noe som man kan anta ville hatt en positiv påvirkning på intensjon om bruk.

6.9.2 Kommunikasjon og kontakt

Det ble identifisert syv koder under subkategori «Kommunikasjon og kontakt: *«postoperativ kommunikasjon blir vanskeligere ved bruk av medisinske termer»*, *«opplever høy terskel for å*

ta kontakt med sykehuset utenom kontrolltimer», «viktigst med enkel tilgang til kontakt ved behov», «tilgang til telefonnummer dekker ikke behovet», «viktig med tilgang til telefonnummer eller app for kontakt med fagperson ved behov», «viktig med tilgang til rask hjelp ved behov» og «viktig å kunne stille spørsmål til fagperson».

Også koder under «Kommunikasjon og kontakt» ble funnet til å ha mye til felles med det som allerede er belyst under kategori «UTAUT2», særlig henvises til subkategori «Økt tilgjengelighet og enklere kontakt», under variabelen «Nytteverdi».

Som et eksempel på dette kan det trekkes frem koder som *«opplever høy terskel for å ta kontakt med sykehuset utenom kontrolltimer»* og *«tilgang til telefonnummer dekker ikke behovet»* under subkategori «Kommunikasjon og kontakt» i «Postoperativ oppfølging», som svar på hvordan informantene opplevde den oppfølgingen de hadde hatt.

Til sammenligning ble det under «Økt tilgjengelighet og enklere kontakt», knyttet til Nytteverdi, funnet koder på at *«lavere terskel for kontakt», «tilgjengelig når du vil»* og *«mulighet for avklaringer utenom faste avtaler»* var nytteverdier som informantene så for seg ved digital postoperativ oppfølging. Mulig indikerer dette at å digitalisere postoperativ oppfølging kan tilføre en ekstra dimensjon i oppfølgingen, og på denne måten påvirke postoperative pasienters intensjon om å bruke en digital løsning for oppfølging etter operasjon.

En informant uttrykte følgende:

«At du får en generell oppfølging ... det er veldig greit ... du har jo et telefonnummer du kan ringe. Jeg føler ikke at det, det dekker behovet helt.»
(informant 1)

Mulig belyser disse funnene også at det blant informantene er et behov for mer kontakt og kommunikasjon med behandler eller sykehus i etterkant av operasjon, noe som kan samsvare med Tieu et al. (2017), som belyst i punkt 6.5.3 «Optimalisere situasjonsforståelse», der det går frem at pasienter vil bruke portaler til å utvide kommunikasjon med behandler mellom kontorbesøk. Koden *«viktigst med enkel tilgang til kontakt ved behov»* sier mulig noe om dette behovet.

Et funn under «e-helsekompetanse», belyst i punkt 5.1.2 «Forstå helseinformasjon på internett», var at informantene fortalte at *«fagspråk er vanskelig å forstå»* og at *«medisinske termer må formidles på en forståelig måte»*. Også under «Postoperativ oppfølging» ble dette

trukket frem, da en informant sa at «*postoperativ kommunikasjon blir vanskeligere ved bruk av medisinske termer*». Dette kom også frem i Wildenbos, Maasri, et al. (2018), der 13% av studiedeltakerne fortalte om manglende evne til å forstå terminologien fullt ut med forkortelsene som ble benyttet i medisinsk korrespondanse. Et annet funn var at pasienter samhandlet bedre med portalen dersom medisinske forkortelser og terminologi ble erstattet med «lekmannsspråk» (Wildenbos, Maasri, et al., 2018).

6.9.3 Tilgjengelig og tilpasset informasjon

Det ble identifisert fire koder under subkategori «Tilgjengelig og tilpasset informasjon»: «*informasjon må formidles enkelt*», «*savnet tilgjengelig opplysninger om eget behandlingsforløp*», «*savnet et sted med pålitelig informasjon om operasjonen*» og «*viktigst å få individuelt tilpasset informasjon*».

Koder under subkategori «Tilgjengelig og tilpasset informasjon» sier mye av det samme som er belyst under kategori «UTAUT2», særlig henvises til subkategorier «Tilgang til pålitelig informasjon» og «Tilgang til egne helsedata», under variabelen «Nytteverdi».

Informantene fortalte om at «*informasjon må formidles enkelt*» og at det er «*viktigst å få individuelt tilpasset informasjon*». En informant forklarte det slik:

*«Det er informasjon, altså ... Og at man får anledning til å stille spørsmål og får god informasjon. Det er jo det viktigste. Og, hvis det blir mulig, at man selv kan følge opp, hvis man lurer på noe mer.
... det at man blir sett og liksom anerkjent og får god informasjon som er tilpasset deg, det tror jeg er viktig.» (informant 10)*

Andre informanter uttrykte at de «*savnet et sted med pålitelig informasjon om operasjonen*» og «*savnet tilgjengelige opplysninger om eget behandlingsforløp*».

Til sammenligning ble det under subkategori «Tilgang til pålitelig informasjon», knyttet til «Nytteverdi», funnet koder på «*informasjon med illustrasjoner om inngrepet*» og «*å vite at*

informasjonen er pålitelig». Videre ble (mellom andre) følgende koder funnet under subkategori «Tilgang til egne helsedata», knyttet til «Nytteverdi»: *«journalnotatet er tilgjengelig og kan hentes frem ved behov*», *«økt tilgang til behandlingsforløpet*», *«tilgjengelig informasjon under hele behandlingsforløpet*» og *«egne helsedata samlet på et sted*». Kodene kan tolkes som i noen grad kompatible med de som ble funnet under «Tilgjengelig og tilpasset informasjon» i kategori «Postoperativ oppfølging».

Til tross for at de fleste informantene oppgav at de var fornøyde med oppfølgingen de hadde fått, ser det altså ut til at de trekker frem elementer de har savnet i den postoperative oppfølgingen de har fått, inkludert den informasjonstilgangen de har hatt, som potensielle nytteverdier i en digital løsning for postoperativ oppfølging. Ifølge Jaensson et al. (2019) viser studier at pasienter har tillit til helsevesenet. Det er likevel viktig å møte de forventningene og behovene som uttrykkes av pasientene (Jaensson et al., 2019). Et funn i Dahlberg (2018), var at det å få tilstrekkelig informasjon, og å kunne snakke om bekymringer og symptomer bidro til en følelse av trygghet. Informantene i denne studien sine betraktninger rundt postoperativ oppfølging, samt deres betraktninger rundt konseptet digital oppfølging etter operasjon, kan tyde på at de er åpne for å utforske denne type oppfølging, men at trygghet ser ut til å være et viktig element for å påvirke deres intensjon om å bruke en slik digital løsning.

7.0 KONKLUSJON

I denne studien er det forsøkt å belyse faktorer som kan påvirke pasienters intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging.

Formålet med studien var å få svar på problemstillingen:

«Hvilke faktorer mener pasienter kan påvirke deres intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging etter elektiv kirurgi?»

Flere funn går i retning av å kunne ha betydning for utvikling av en slik løsning.

Selv om alle informantene var digitale brukere, om enn i varierende grad, gikk det tydelig frem av funnene at informantene opplever det vanskelig å forstå og vurdere helseinformasjon,

og de tar i liten grad beslutninger ut fra helseinformasjon fra internett. Informantene fortalte om *manglende fagkompetanse* og at *ansvaret* for å ta beslutninger *ligger til helsepersonell*, som faktorer som lå til grunn for dette. Med det som bakgrunn kan det antas at en intensjon om å bruke en digital løsning vil kunne øke dersom systemet innehar funksjoner som gir pasienten mulighet for kontakt med helsepersonell, for hjelp til vurdering og beslutning, og at *kommunikasjonsmuligheter i løsningen* kan bidra til å øke pasienters trygghet.

Funn i studien gav også indikasjon på at kommunikasjon via video var å foretrekke, da informantene så større utfordringer med en chat-løsning, både i forhold til vansker med å forklare seg skriftlig og at det kunne oppleves mer tidkrevende.

Tilgjengelighet var en faktor flere informanter trakk frem som de mente kunne påvirke intensjon om å bruke en digital løsning. Tilgang til informasjon og enkel tilgang til å få kontakt med helsepersonell når det oppstod behov, var funn informantene vektla knyttet til dette.

Et annet funn som kan påvirke intensjon om bruk er, ifølge informantene i denne studien, muligheten for *tilgang til pålitelig og tilpasset informasjon*. Visshet om at informasjonen var kvalitetssikret og at den var tilpasset både i mengde og innhold, og formidlet på en forståelig måte, uten for mange faguttrykk, men likevel troverdig, ble trukket frem som viktig for informantene sett i forhold til intensjon om å bruke en digital løsning for postoperativ oppfølging.

I tillegg gav de uttrykk for at de ville stole mer på en løsning som presenteres av en *seriøs aktør*, som for eksempel et sykehus eller helsedirektoratet.

Det at løsningen gir *tilgang til egne helsedata* ble også trukket frem av informantene som en faktor som kunne påvirke intensjon om å bruke en digital løsning.

Funn i studien indikerer også at informantene lar seg påvirke av personer som de har tillit til, som personer med fagkompetanse. Slik blir *tillit til personer med fagkompetanse* en faktor som kan påvirke intensjon om bruk. Basert på dette kan det være viktig at en løsning for postoperativ oppfølging promottes av helsepersonell.

Informantene løftet frem *brukergrensesnittet* som en faktor som kan ha betydning for intensjon om bruk, særlig hvis løsningen ikke er frivillig å bruke. Enkel og sikker pålogging,

enkel navigering, logisk oppbygging, enkel presentasjon og at systemet veileder deg gjennom prosessene som skal utføres, var funn knyttet til denne faktoren.

Et viktig funn i denne studien er at flere informanter trakk frem *tillit* som en faktor som kan påvirke intensjon om å bruke en digital løsning. Det var tillit knyttet til flere forhold, som; tillit til system, tillit til ivaretagelse av personvern, tillit til operatøren som står bak løsningen og tillit til de som betjener løsningen.

Opplevelsen av *trygghet* var en viktig faktor for informantene. Majoriteten av informantene hadde en opplevelse av å ha fått en god oppfølging etter sin operasjon. Et interessant funn i studien er at faktorer de hadde savnet i oppfølgingen og som de opplevde som viktig i oppfølging etter operasjon, var i noen grad tilsvarende faktorer de trakk frem som mulige nytteverdier ved å bruke en digital løsning for oppfølging etter operasjon. Noen informanter gav uttrykk for at det var potensiale for forbedring i dagens oppfølging på områder som informasjon, enkel tilgang til helsepersonell og rask avklaring om behov oppstår.

Det kan altså virke som at det finnes noen konkrete faktorer, systemfunksjoner og designprinsipper som informantene mente vil ha betydning for deres intensjon om å bruke en løsning for internettbasert oppfølging. Men de viktigste faktorene, ifølge informantene, handler om at et slikt system må klare å prestere på det personlige plan. Løsningen bør få pasienten til å føle seg sett, og må gi en følelse av trygghet, i tillegg til at pasienten må ha tillit til løsningen og organisasjonen rundt. *Hvordan* man oppnår dette i en løsning for internettbasert oppfølging kan være et godt utgangspunkt for videre forskning.

Da informantene fikk mulighet til å reflektere rundt hva de mente var de viktigste aspektene rundt postoperativ oppfølging, var det svært få som tok opp praktiske eller tekniske ting, og de fleste fokuserte på følelser som trygghet og tillit. Kanskje forskere, utviklere og helsepersonell også skulle fokusere mer på disse faktorene? Hvordan kan man lage en e-helseløsning som gir pasienten en opplevelse av å bli sett, en følelse av trygghet, og som pasienten har tillit til? Det å digitalisere noe så komplisert som et møte mellom pasient og behandler krever høy grad av innovasjon. Det må gi pasienten like god eller større nytteverdi enn et personlig møte, for hvorfor skal pasienten ellers velge digital oppfølging fremfor fysisk oppmøte? Disse nytteverdiene er ikke lette å finne, ei heller å operasjonalisere i et system, og det å forvente seg at pasienter skal kunne svare på hva disse kunne være, er kanskje for mye å ønske. Som Henry Ford sa da han revolusjonerte transportsektoren: *“If I had asked people what they wanted, they would have said faster horses.”*

7.1 Anvendelse av funn og videre forskning

Et særlig interessant funn er at «Trygghet» og «Tillit» går igjen i koder og subkategorier i både kategoriene «e-helsekompetanse», «UTAUT2» og «Postoperativ oppfølging». Spesielt under UTAUT2 kommer «Trygghet» og «Tillit» opp under hele 3 forskjellige kategorier i modellen (Nytteverdi, Sosial påvirkning og Tilretteleggende forhold). «Trygghet» ble også funnet i analysen som en av tre subkategorier under «Postoperativ oppfølging». Felles for kodene i disse subkategorier er at de uttrykker et behov for tillit og trygghet ikke bare i forhold til et konkret system, men til hele konseptet som et system er en del av. Forfatterne antar at grunnen til at dette kommer så tydelig frem, er helse-konteksten. Det er ikke urimelig å tenke at tillit og opplevd trygghet vil være mer sentralt når det handler om helse og sykdom, enn f.eks. netthandel.

Ut fra funn i denne studien vil det potensielt kunne være nyttig å tilføre «Tillit» og «Trygghet» som et eget element til UTAUT2 når intensjon om bruk undersøkes i helse-kontekst. En mulig fordel ville kunne være å undersøke aspektene rundt «Tillit» og «Trygghet» på et dypere nivå i en kontekst, og eventuelt få dypere kunnskap om hva som påvirker pasienters opplevde trygghet og tillit til et system.

For å vite om dette ville være en nyttig forlengelse av modellen UTAUT 2 i en helse-kontekst trengs det dog mer forskning som verifiserer funnene i denne studien. I tillegg bør modellen dimensjons-testes for å se om det finnes grunnlag for et nytt element, og til sist bør det undersøkes i hvilken grad det nye elementet eventuelt påvirker intensjon om bruk.

Det er viktig å poengtere at informantene i denne studien har gjennomgått elektiv kirurgi innen ortopedi eller øre-nese-hals, og at funnene kunne sett annerledes ut dersom man hadde intervjuet alvorlig syke pasienter og/eller pasienter som gjennomgått mer omfattende kirurgiske inngrep. Det kan antas at spesielt funn rundt subjektive aspekter ved intensjon om bruk ville sett annerledes ut, men dette er kun spekulasjoner. Poenget er at intensjon om bruk i en helsekontekst fortsatt er en veldig bred kontekst, noe som gjør temaet godt egnet til å undersøkes videre i fremtidig forskning.

REFERANSER

- Alanazi, M. H. & Soh, B. (2019). Behavioral Intention to Use IoT Technology in Healthcare Settings. *Engineering, Technology & Applied Science Research*, 9(5).
- Ancker, J. S., Brenner, S., Richardson, J. E., Silver, M. & Kaushal, R. (2015). Trends in public perceptions of electronic health records during early years of meaningful use. *Am J Manag Care*, 21(8), e487-493.
- Baldwin, J. L., Singh, H., Sittig, D. F. & Giardina, T. D. (2017). Patient portals and health apps: Pitfalls, promises, and what one might learn from the other. *Healthc (Amst)*, 5(3), 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2016.08.004>
- Bell, K., Warnick, E., Nicholson, K., Ulcoq, S., Kim, S. J., Schroeder, G. D. & Vaccaro, A. (2018). Patient Adoption and Utilization of a Web-Based and Mobile-Based Portal for Collecting Outcomes After Elective Orthopedic Surgery. *Am J Med Qual*, 33(6), 649-656. <https://doi.org/10.1177/1062860618765083>
- Birkmeyer, N. J., Gu, N., Baser, O., Morris, A. M. & Birkmeyer, J. D. (2008). Socioeconomic status and surgical mortality in the elderly. *Med Care*, 46(9), 893-899. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817925b0>
- Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., ... Orom, H. (2018). Health Literacy and Use and Trust in Health Information. *Journal of Health Communication*, 23(8), 724-734. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1511658>
- Childers, T. L., Carr, C. L., Peck, J. & Carson, S. (2001). Hedonic and utilitarian motivations for online retail shopping behavior. *Journal of Retailing*, 77(4), 511-535. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(01\)00056-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0022-4359(01)00056-2)
- Coughlin, S. S., Prochaska, J. J., Williams, L. B., Besenyi, G. M., Heboyan, V., Goggans, D. S., ... De Leo, G. (2017). Patient web portals, disease management, and primary prevention. *Risk Manag Healthc Policy*, 10, 33-40. <https://doi.org/10.2147/rmhp.S130431>
- Coughlin, S. S., Stewart, J. L., Young, L., Heboyan, V. & De Leo, G. (2018). Health literacy and patient web portals. *Int J Med Inform*, 113, 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.02.009>
- Dahlberg, K. (2018). *e-Assessed follow-up of postoperative recovery – development, evaluation and patient experiences* (Doktoravhandling). Örebro University, Örebro.
- Dahlberg, K., Jaensson, M. & Nilsson, U. (2018). "Let the patient decide" - Person-centered postoperative follow-up contacts, initiated via a phone app after day surgery:

- Secondary analysis of a randomized controlled trial. *International journal of surgery (London, England)*, 61, 33. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2018.11.022>
- Dahlberg, K., Jaensson, M., Nilsson, U., Eriksson, M. & Odencrants, S. (2018). Holding It Together-Patients' Perspectives on Postoperative Recovery When Using an e-Assessed Follow-Up: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(5), e10387. <https://doi.org/10.2196/10387>
- Dale, J. G., Luthi, A., Fundingsland Skaraas, B., Rundereim, T. & Dale, B. (2020). Testing Measurement Properties of the Norwegian Version of Electronic Health Literacy Scale (eHEALS) in a Group of Day Surgery Patients. *J Multidiscip Healthc*, 13, 241-247. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S242985>
- Direktoratet for e-helse. (2016). *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20mål%202017-2022.pdf>
- Direktoratet for e-helse. (2018). *Utviklingstrekk 2018 - Beskrivelse av drivere og trender relevant for e-helse (IE-1026)*. Hentet fra <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/26/Utviklingstrekk%202018%20-%20beskrivelser%20av%20drivere%20og%20trender%20relevant%20for%20e-helse.pdf>
- Direktoratet for e-helse. (2019a). *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 - E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet fra https://media.helsenorgelab.no/documents/Nasjonal_e-helsestrategi_2017-2022-rev2019-10.pdf
- Direktoratet for e-helse. (2019b). *Utviklingstrekk 2019 - Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse (IE-1044)*. Hentet fra <https://ehelse.no/publikasjoner/utviklingstrekk-2019-beskrivelser-av-drivere-og-trender-relevante-for-e-helse>
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., van Weert, J. C. M., Persuasive, C. & Universiteitsbibliotheek. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *J Med Internet Res*, 17(5), urn:issn:1439-4456. <https://doi.org/10.2196/jmir.4018>
- Emani, S., Peters, E., Desai, S., Karson, A. S., Lipsitz, S. R., LaRocca, R., ... Bates, D. W. (2018). Who adopts a patient portal?: An application of the diffusion of innovation model. *J Innov Health Inform*, 25(3), 149-157. <https://doi.org/10.14236/jhi.v25i3.991>

- Fisher, J. & Clayton, M. (2012). Who gives a tweet: assessing patients' interest in the use of social media for health care. *Worldviews Evid Based Nurs*, 9(2), 100-108.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00243.x>
- Fraccaro, P., Vigo, M., Balatsoukas, P., Buchan, I. E., Peek, N. & van der Veer, S. N. (2018). The influence of patient portals on users' decision making is insufficiently investigated: A systematic methodological review. *Int J Med Inform*, 111, 100-111.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.12.028>
- Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? [To what extent do Norwegian adults understand written health information? *Sykepleien Forskning*, 9, 26-34.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029>
- Gabrielsson-Järhult, F., Areskoug-Josefsson, K. & Kammerlind, P. (2019). *Digitala vårdmöten med läkare*. Jönköping University. Hentet fra
<https://skl.se/download/18.7fa149f916d602bc17818e41/1569330667890/190923%20Digitala%20vårdmöten%20med%20läkare%20Rapport%20forskningsprojekt%20SKL.pdf>
- Gautschi, O. P., Stienen, M. N., Hermann, C., Cadosch, D., Fournier, J. Y. & Hildebrandt, G. (2010). Web-based audiovisual patient information system--a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. *Acta Neurochir (Wien)*, 152(8), 1337-1341. <https://doi.org/10.1007/s00701-010-0663-0>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Én innbygger – én journal* (Meld. St. 9). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (I-1188 B). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Holmboe, O. & Bjertnæs, Ø. A. (2016). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Nasjonale resultater (1890-1565)*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra

<https://www.fhi.no/contentassets/fl656ccea8d243acabd94ca7574155bf/vedlegg/84-nasjonalt.pdf>

- Hoogenbosch, B., Postma, J., de Man-van Ginkel, J. M., Tiemessen, N. A., van Delden, J. J. & van Os-Medendorp, H. (2018). Use and the Users of a Patient Portal: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*, 20(9), e262. <https://doi.org/10.2196/jmir.9418>
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 15, 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Irizarry, T., Devito Dabbs, A., Curran, C. R. & Irizarry, T. (2015). Patient Portals and Patient Engagement: A State of the Science Review. *J Med Internet Res*, 17(6), e148-e148. <https://doi.org/10.2196/jmir.4255>
- Irizarry, T., Shoemake, J., Nilsen, M. L., Czaja, S., Beach, S. & DeVito Dabbs, A. (2017). Patient Portals as a Tool for Health Care Engagement: A Mixed-Method Study of Older Adults With Varying Levels of Health Literacy and Prior Patient Portal Use. *J Med Internet Res*, 19(3), e99. <https://doi.org/10.2196/jmir.7099>
- Jaensson, M., Dahlberg, K. & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioper Med (Lond)*, 8, 3. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karnoe, A. & Kayser, L. (2015). How is eHealth literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal*, 7(4), 576-600.
- Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, K. B., Elsworth, G. & Osborne, R. H. (2018). *A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)*.
- Kayser, L., Rossen, S., Karnoe, A., Elsworth, G., Vibe-Petersen, J., Christensen, J. F., ... Osborne, R. H. (2019). Development of the Multidimensional Readiness and Enablement Index for Health Technology (READHY) Tool to Measure Individuals' Health Technology Readiness: Initial Testing in a Cancer Rehabilitation Setting. *J Med Internet Res*, 21(2), e10377. <https://doi.org/10.2196/10377>
- Khechine, H., Lakhal, S. & Ndjambou, P. (2016). A meta-analysis of the UTAUT model: Eleven years later: A meta-analysis of the UTAUT model: Eleven years later.

- Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 33, 138-152. <https://doi.org/10.1002/cjas.1381>
- Kim, S. & Fadem, S. (2018). Communication matters: Exploring older adults' current use of patient portals. *Int J Med Inform*, 120, 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.10.004>
- Kisekka, V. & Giboney, J. S. (2018). The Effectiveness of Health Care Information Technologies: Evaluation of Trust, Security Beliefs, and Privacy as Determinants of Health Care Outcomes. *J Med Internet Res*, 20(4), e107-e107. <https://doi.org/10.2196/jmir.9014>
- Kjøren, G. E. W. (2015). "En ny livssituasjon". *Hvordan opplever yrkesaktive menn helse og livskvalitet i tiden etter bypasskirurgi?* Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Kruse, C. S., Argueta, D. A., Lopez, L. & Nair, A. (2015). Patient and provider attitudes toward the use of patient portals for the management of chronic disease: a systematic review. *J Med Internet Res*, 17(2), e40. <https://doi.org/10.2196/jmir.3703>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvittingen, I. (2014). «Mhm» og andre lyder hjelper oss å snakke sammen. Hentet 19.05.2020 fra <https://forskning.no/sprak/mhm-og-andre-lyder-hjelper-oss-a-snakke-sammen/566909>
- Lee, j.-h. & Song, C.-H. (2013). Effects of trust and perceived risk on user acceptance of a new technology service. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 41. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.4.587>
- Limayem, M., Hirt, S. G. & Cheung, C. M. K. (2007). How Habit Limits the Predictive Power of Intention: The Case of Information Systems Continuance. *MIS Quarterly*, 31(4), 705-737. <https://doi.org/10.2307/25148817>
- Liu, L., Miguel Cruz, A., Rios Rincon, A., Buttar, V., Ranson, Q. & Goertzen, D. (2015). What factors determine therapists' acceptance of new technologies for rehabilitation - a study using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). *Disabil Rehabil*, 37(5), 447-455. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923529>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McAlearney, A. S., Sieck, C. J., Gaughan, A., Fareed, N., Volney, J. & Huerta, T. R. (2019). Patients' Perceptions of Portal Use Across Care Settings: Qualitative Study. *J Med Internet Res*, 21(6), e13126. <https://doi.org/10.2196/13126>

- Medienorge. (2019). Andel med tilgang til smarttelefon. Hentet 10.05.2020 fra <http://medienorge.uib.no/statistikk/medium/it/388>
- Miller, D. P., Jr., Latulipe, C., Melius, K. A., Quandt, S. A. & Arcury, T. A. (2016). Primary Care Providers' Views of Patient Portals: Interview Study of Perceived Benefits and Consequences. *J Med Internet Res*, 18(1), e8. <https://doi.org/10.2196/jmir.4953>
- Nilsson, U., Jaensson, M., Dahlberg, K., Odencrants, S., Gronlund, A., Hagberg, L. & Eriksson, M. (2016). RAPP, a systematic e-assessment of postoperative recovery in patients undergoing day surgery: study protocol for a mixed-methods study design including a multicentre, two-group, parallel, single-blind randomised controlled trial and qualitative interview studies. *BMJ Open*, 6(1), e009901. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009901>
- Norman, C. D. (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *J Med Internet Res*, 13(4), e125. <https://doi.org/10.2196/jmir.2035>
- Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006b). *eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World*.
- NSD Personverntjenester. (2020). Hva må jeg informere om? Hentet 20.05.2020 fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere_om.html
- Paige, S. R., Stellefson, M., Krieger, J. L., Anderson-Lewis, C., Cheong, J. & Stopka, C. (2018). *Proposing a Transactional Model of eHealth Literacy: Concept Analysis*.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Portz, J. D., Bayliss, E. A., Bull, S., Boxer, R. S., Bekelman, D. B., Gleason, K. & Czaja, S. (2019). Using the Technology Acceptance Model to Explore User Experience, Intent to Use, and Use Behavior of a Patient Portal Among Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Descriptive Qualitative Study. *J Med Internet Res*, 21(4), e11604. <https://doi.org/10.2196/11604>
- Paasche-Orlow, M. K. & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*, 31 Suppl 1, S19-26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>
- Sarker, S. (2000). Toward a methodology for managing information systems implementation: A social constructivist perspective. *Informing Science*, 3(4), 195-206.

- Spivak, A., Dohan, M., Wu, S. & Zhao, W. (2019). Patient Trust and Resistance towards Patient Portals.
- Tavares, J. & Oliveira, T. (2016). Electronic Health Record Patient Portal Adoption by Health Care Consumers: An Acceptance Model and Survey. *J Med Internet Res*, 18(3), e49. <https://doi.org/10.2196/jmir.5069>
- Tavares, J. & Oliveira, T. (2017). Electronic Health Record Portal Adoption: a cross country analysis. *BMC Med Inform Decis Mak*, 17(1), 97-97. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0482-9>
- Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., ... Tennant, B. (2015). eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *J Med Internet Res*, 17(3), e70-e70. <https://doi.org/10.2196/jmir.3992>
- Thackeray, R., Crookston, B. T. & West, J. H. (2013). Correlates of health-related social media use among adults. *J Med Internet Res*, 15(1), e21-e21. <https://doi.org/10.2196/jmir.2297>
- Tieu, L., Sarkar, U., Schillinger, D., Ralston, J. D., Ratanawongsa, N., Pasick, R. & Lyles, C. R. (2015). Barriers and Facilitators to Online Portal Use Among Patients and Caregivers in a Safety Net Health Care System: A Qualitative Study. *J Med Internet Res*, 17(12), e275. <https://doi.org/10.2196/jmir.4847>
- Tieu, L., Schillinger, D., Sarkar, U., Hoskote, M., Hahn, K. J., Ratanawongsa, N., ... Lyles, C. R. (2017). Online patient websites for electronic health record access among vulnerable populations: portals to nowhere? *J Am Med Inform Assoc*, 24(e1), e47-e54. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw098>
- Universitetet i Agder. (2018). Rutinar for behandling av personopplysningar i forskning og i studentoppgåver. Hentet 15.10.2019 fra <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forsking-og-i-studentoppgaaver>
- Venkatesh, V., Morris, M., Davis, G. & Davis, F. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27, 425-478. <https://doi.org/10.2307/30036540>
- Venkatesh, V., Thong, J. & Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36, 157-178. <https://doi.org/10.2307/41410412>

- Versel, N. (2012). Elderly still not using apps for health, but tomorrow's seniors might. Hentet 10.05.2020 fra <https://www.mobihealthnews.com/18726/elderly-still-not-using-apps-for-health-but-tomorrows-seniors-might>
- Wen-Shan, J., Syed-Abdul, S., Sood, S. P., Lee, P., Min-Huei, H., Cheng-Hsun, H., ... Hsyien-Chia, W. (2012). Factors influencing consumer adoption of USB-based Personal Health Records in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 12(1), 277-284. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-277>
- Wildenbos, G. A., Horenberg, F., Jaspers, M., Peute, L. & Sent, D. (2018). How do patients value and prioritize patient portal functionalities and usage factors? A conjoint analysis study with chronically ill patients. *BMC Med Inform Decis Mak*, 18(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0708-5>
- Wildenbos, G. A., Maasri, K., Jaspers, M. & Peute, L. (2018). Older adults using a patient portal: registration and experiences, one year after implementation. *Digital Health*, 4. <https://doi.org/10.1177/2055207618797883>
- Wildenbos, G. A., Peute, L. & Jaspers, M. (2017). Facilitators and Barriers of Electronic Health Record Patient Portal Adoption by Older Adults: A Literature Study. *Stud Health Technol Inform*, 235, 308-312.
- Wildenbos, G. A., Peute, L. & Jaspers, M. (2018). Aging barriers influencing mobile health usability for older adults: A literature based framework (MOLD-US). *Int J Med Inform*, 114, 66-75. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.03.012>
- Williams, M., Rana, N. & Dwivedi, Y. (2015). The unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT): A literature review. *Journal of Enterprise Information Management*, 28, 443-488. <https://doi.org/10.1108/JEIM-09-2014-0088>
- Yen, P. Y., Walker, D. M., Smith, J. M. G., Zhou, M. P., Menser, T. L. & McAlearney, A. S. (2018). Usability evaluation of a commercial inpatient portal. *Int J Med Inform*, 110, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.11.007>
- Zhang, X., Yu, P., Yan, J. & Ton, A. M. S. I. (2015). Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: a case study in a primary care clinic. *BMC Health Serv Res*, 15, 71. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0726-2>
- Zhang, Y., Liu, C., Luo, S., Xie, Y., Liu, F., Li, X. & Zhou, Z. (2019). Factors Influencing Patients' Intentions to Use Diabetes Management Apps Based on an Extended Unified Theory of Acceptance and Use of Technology Model: Web-Based Survey. *J Med Internet Res*, 21(8), e15023. <https://doi.org/10.2196/15023>

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Tabeller meningsbærende enheter

5.2 e-Helsekompetanse

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
<p>Hvordan innhentet du informasjonen du hadde behov for før operasjonen?</p> <p>- Hva var lett/vanskelig? Eller hvorfor?</p>	<p>Intervju 1</p> <p>...jeg får jo et brev med innkalling til operasjon.....all informasjon står i det innkallingsbrevet du får.</p>	<p>Fikk et brev med innkalling hvor all informasjon står.</p>	<p>Ikke behov for å innhente ytterligere informasjon</p>
	<p>Intervju 2</p> <p>Jaa, på den kneskole.....pratet litt med andre som skulle ta operasjon og informerte av anestesisykepleier, fysioterapeut og sykepleier.....,</p> <p>,.... det var en brosjyre med, det var fint, men det var veldig hyggelig å møte andre som skulle ta operasjon og de folk som jobbet med det</p>	<p>Fikk en brosjyre og pratet med andre som skulle ta operasjon i tillegg til informasjon fra anestesisykepleier, fysioterapeut og sykepleier.</p>	<p>Ikke behov for å innhente ytterligere informasjon</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>Ja, Youtube.... .. da får jeg se, se, for der ligger det veldig mye ute, og man må jo selvfølgelig vurdere kildene de bruker, men jeg får, der får du mer enn det du finner på nett, syns jeg, gjennom de sidene som Lovisenberg-avdelingen har, da. Jeg syns det virker litt, det er litt grått, litt sånn for meg som ikke har blitt operert</p>	<p>Innhentet informasjon om operasjonen via Youtube og google.</p>	<p>Behov for å søke ytterligere informasjon.</p> <p>Søkte på internett og sykehuset sine sider.</p>

<p>før, så følte jeg at det var litt begrenset med informasjon. Jeg hadde en del spørsmål, og jeg hadde heller ikke lyst til å mase. Jeg visste ikke om man, skulle man ringe inn, snakke med resepsjonen, hvordan, møter man bare opp? Hun er jo kirurg, så hun er jo opptatt vil jeg tro hele tiden. Så jeg følte at det var litt sånn vanskelig å innhente informasjon da. Så da måtte jeg grave litt selv, på egenhånd.</p>	<p>Følte informasjonssidene til sykehuset var begrenset for en som ikke har vært operert tidligere. Vil ikke mase på sykehuset.</p> <p>Følte det var vanskelig å innhente informasjon fra sykehuset, så måtte grave litt selv, på egenhånd.</p>	<p>Vanskelig å finne relevant informasjon fra sykehuset</p>
<p>Intervju 5</p> <p>Nei, egentlig følte.. ja, altså jeg fikk jo informasjon her i fra, for jeg var jo faktisk først en tur, som de tok stilling, og da snakka jeg jo med en lege da.....</p>	<p>Fikk informasjon fra sykehus og snakket med sykehuslege</p>	<p>Ikke behov for å innhente ytterligere informasjon</p>
<p>Intervju 7</p> <p>Jeg fikk jo noe brev i posten, med nyttig informasjon, og så tror jeg at jeg leste litt på nettet...</p> <p>...jeg synes at de hadde en sånn fin informasjonspakke som de sendte ut.</p>	<p>Fikk brev med nyttig informasjon og leste litt på nettet.</p>	<p>Ikke behov for å innhente ytterligere informasjon</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Den fikk jeg jo her</p> <p>Ja, og legen, når jeg var her til kontroll, eller når det ble bestemt at jeg skulle opereres så forklarte han ganske grundig hva som skulle skje.</p>	<p>Fikk informasjon på sykehuset.</p>	<p>Ikke behov for å innhente ytterligere informasjon</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Det trengte jeg ikke. Jeg fikk veldig god informasjon i posten.</p> <p>...en brosjyre og litt sånn, hvordan forbereder du deg til operasjonen, hva skal vi gjøre, så...</p>	<p>Fikk veldig god informasjon i posten.</p>	<p>Ikke behov for å innhente ytterligere informasjon</p>

	<p>Intervju 11</p> <p>...det som jeg opplevde var at du får litt forskjellig informasjon...</p> <p>...hvis du går på siden, selve sykehuset sin side, og så blar deg gjennom, så ofte så ser du andre ting. Hvis du søker spesifikt på det jeg ble operert for... så kommer du liksom inn i et annet sted som du egentlig ikke så når du søkte gjennom sykehuset. Så du liksom får jo opp litt forskjellig i forhold til det du søker etter da.</p>	<p>Søkte etter informasjon på sykehusets hjemmeside, og på internett generelt opplevde å få litt forskjellig informasjon.</p>	<p>Søkte på internett og på sykehuset sine sider. Søkeprosessen var vanskelig.</p>
<p>Hvilken kjennskap har du til internettsider om helse og sykdom? Hvordan finner du disse? (søke? Gjennom sykehusets eller legekontoets hjemmeside? Portal?)</p>	<p>Intervju 1</p> <p>Nei altså, når det gjelder helse.... jeg bruker jo Helfo veldig mye til...,når det gjelder Pasientreiser, når det gjelder å sjekke hva jeg har av resepter og sånne ting...</p> <p>Så den (HelseNorge)er jeg ivrig bruker av...</p> <p>Ellers er det ikke noe spesielt. Det er liksom avhengig av hva man leter etter, så havner man jo på forskjellige steder, så..</p>	<p>Er ivrig bruker av HelseNorge til pasientreiser og sjekke resepter</p>	<p>Har kjennskap til internettsider om helse og sykdom</p>
	<p>Intervju 2</p> <p>... jeg har veldig lite kunnskap, jeg kjenner ikke det.</p>	<p>Lite kunnskap, kjenner ikke til det.</p>	<p>Manglende kjennskap til internettsider om helse og sykdom.</p>
	<p>Intervju 3</p> <p>Den er ganske god...</p> <p>...Ja, jeg vet hvor jeg finner de</p>	<p>Ganske god, vet hvor jeg finner de.</p>	<p>God kjennskap til internettsider om helse og sykdom</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>Ja, du har jo den der (NHI)... Ja, de har en side, og der står det veldig sånn, rett frem da.... Ganske greit, om medisiner eller om sykdommer....det er jo en sånn generell side som er for sykepleiere og for, for vanlige folk.</p>	<p>Vet om side for både sykepleiere og vanlige folk, som gir informasjon om medisin og sykdommer</p>	<p>Har kjennskap til internettsider om helse og sykdom</p>

<p>Intervju 5</p> <p>Ikke annet enn hvis man lurer på noe, så googler man det.</p> <p>Jeg har ikke noen spesiell side jeg bruker, eller... Man går inn på det som kommer opp. Og så bruker jeg egentlig det, det ordet jeg lurer på, eller den sykdommen jeg lurer på, og så skriver jeg det bare rett frem. Og stort sett så kommer det opp.</p>	<p>Søker på google hvis han lurer på noe.</p>	<p>Manglende kjennskap til internettsider om helse og sykdom.</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Ikke noe annen enn at jeg er innom der av og til og ser hvis det er noe jeg leser om ting, hvis det er noen jeg kjenner som har fått et eller annet, eller, noe jeg lurer på. Hører kanskje, ser på et program på tv om noe sånt og så kommer det opp et ord og så sjekker jeg hva er egentlig det..</p> <p>...jeg går gjennom googlenår jeg søker på et eller annet så kommer det jo opp forskjellige forslag, og da er det gjerne lommelegen jeg går inn på først.</p> <p>Der synes jeg egentlig det står greie svar da, på spørsmål som folk stiller. Menigmann liksom.</p>	<p>Sjekker opp spørsmål gjennom google, går gjerne først inn på Lommelegen</p>	<p>Har kjennskap til internettsider om helse og sykdom</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Jeg bruker jo de som er liksom for meg, hvis du skjønner.</p> <p>...HelseNorge, MinSide... MinJournal er det kanskje.</p> <p>HelseNorge går jeg på for å se på resepter, og hvor mye har jeg igjen til frikortet, og sånne ting.jeg bare søker... Og så logger jeg meg inn.</p>	<p>Bruker HelseNorge for å se på resepter og hvor mye det er igjen til frikort.</p>	<p>Har kjennskap til internettsider om helse og sykdom</p>
<p>Intervju 11</p> <p>Ja, det er jo sånn Lommelegen og forskjellige sånne sider da.</p> <p>..... så sorterer jeg litt på hva, hvilke sider (via google) jeg går inn på da. Hvis du ser at det er sånne skravlesider og sånt, så venter du ikke å finne noe som er så</p>	<p>Sorterer via google. Benytter Lommelegen og sykehus sine sider som gir noe.</p>	<p>Har kjennskap til internettsider om helse og sykdom</p>

	veldig, veldig, da er det klokt, for jeg går heller inn på et sykehus eller Lommelegen, et sted som jeg forstår at det kan, kan gi meg noe da.		
Hvordan opplever du det å bruke internett til å få svar på spørsmål om helse og sykdom?	<p>Intervju 1</p> <p>... Etter hvert så lærer du deg å være litt selektiv med hva du velger å gå inn på.....For en del der er jo nesten reklame, og så...</p> <p>....Ofte så finner du gjerne at det er noen artikler som er skrevet og sånne ting, og da er det ofte du finner litt annen informasjon, om ting som er....forskning og....forholdbare ting som kanskje ikke er tilgjengelig allerede. Det er også ting du finner på nettet når du søker.....</p> <p>Bare man er litt kritisk selv (greit å finne svar)</p> <p>Men det, når jeg googler, så typisk når du søker på sånne ting får du gjerne se hva som kommer fra... organisasjoner. Hvor det står mye om ting, om hendelsesforløp og ja.. behandling og etterbehandling og sånt...</p>	<p>Man lærer seg å være selektiv når man søker informasjon gjennom google.</p> <p>Opplever organisasjoner som gode kilder til svar på spørsmål om helse/sykdom</p>	<p>Må være kritisk til informasjonen.</p> <p>Kjennskap til kilder gir trygghet</p>
	<p>Intervju 3</p> <p>.... for meg er det trygt, fordi jeg vet hvilke sider jeg skal bruke, så dermed er det også trygt å bruke det.</p>	<p>Vet hvilke sider som kan brukes og dermed er det trygt.</p>	<p>Kjennskap til kilder gir trygghet</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>....du møter veldig mye valg, da, når du begynner å søke. Det kommer opp utrolig mye, og jeg har også lagt merke til at det er veldig lett å klikke seg inn på forskjellige forum, hvor folk snakker om sine erfaringer og opplevelser og sånt, og der erfarte jeg at hvis du begynner å lese der, så skruer du fort inn i krisemaksimering på, uansett hva du søker på.</p> <p>...alt ligger ikke ett sted, da. Det skulle jo ha vært det.</p>	<p>Ved søk møter man mange valg, og veldig lett å komme inn på forskjellige forum.</p> <p>Det hadde vært lettere om alt var på et sted</p>	<p>Ikke- pålitelige kilder er lett tilgjengelig</p>
	<p>Intervju 5</p>	<p>Er skeptisk til å bruke internett for å finne informasjon.</p>	<p>Lite bruk på bakgrunn av skepsis</p>

<p>Man må vel være litt skeptisk.man skal ikke ta alt for god fisk, altså det som står der. Så, jeg har vel ikke brukt det, Google, så mye i forhold til sykdom i alle fall. Da bruker man vel egentlig, ja ... akutten. Altså, praksis.</p>	<p>Bruker Google lite i forhold til sykdomsrelaterte spørsmål.</p>	
<p>Intervju 6</p> <p>Når du googler på en måte... Det kan være veldig vanskelig da...</p> <p>Men det som var litt merkelig synes jeg, i Norge, det var jo at hvert sykehus hadde skrevet sin.. hadde sin side da, og det er jo egentlig samme informasjon – burde vært på et sted da.</p> <p>.....jeg har jo søkt andre helseting da. Og det er jo som all annen kunnskap, det er jo et villnis.</p>	<p>Vanskelig når en bruker Google, er som et villnis.</p> <p>Det hadde vært lettere med alt på et sted.</p>	<p>Ikke- pålitelige kilder er lett tilgjengelig</p>
<p>Intervju 7</p> <p>Jeg tenker at der må vi være veldig bevisst hva slags kilder som ligger bak, for du kan på en måte gå deg vekk og tro at du både har svulst på hjernen og det meste hvis du liksom leser ukritisk. At det er mye, at det er en jungel å velge mellom da.</p> <p>Det er jo mange symptomer hvor man kan krysse av for alt på en måte, og da er det kanskje bedre å snakke med de som faktisk har utdanning da. Hvis det er noe som er viktig å finne ut av.</p> <p>Men så har man ikke fagkunnskapen sånn at man kan ikke vite, er det riktig sånn jeg forstår det eller ikke, på en måte. Det blir jo en utfordring tenker jeg da i forhold til det med å google seg frem til helse relatert informasjon.</p>	<p>Må være veldig bevisst på kilder, det er en jungel å velge mellom.</p> <p>Det er utfordrende å google seg frem til korrekt helse relatert informasjon når man ikke har fagkunnskap.</p>	<p>Ikke- pålitelige kilder er lett tilgjengelig</p> <p>Manglende fagkunnskap gir utrygghet</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Det kan egentlig være veldig ålreit, men samtidig så synes jeg det kan være veldig skummelt, fordi at, som jeg sa i stad så du kan ha alt fra dødelig kreft til ingenting.</p>	<p>Kan være skummelt fordi du kan ha alt fra dødelig kreft til ingenting.</p>	

	<p>....Så jeg synes jo at hvis det er ting om meg da og min helse så synes jeg det er veldig greit å snakke med legen som da også kjenner til min helse, og kan forklare meg litt mer.....</p> <p>.... du får jo bare masse tanker når du sitter og leser om det på nett</p>	Når det gjelder egen helse er greit å snakke med legen som kan forklare litt mer.	Manglende fagkunnskap gir utrygghet
Hvordan anvender du informasjon om helse og sykdom fra internett slik at den blir til hjelp for deg?	<p>Intervju 1</p> <p>....når jeg satt nede hos kirurgen nå, så lurte han på, jeg hadde, fikk noe antibiotika jeg ikke tålte, så lurte han på hva det var, og da var det å gå inn på HelseNorge og så sjekke hva det var jeg hadde fått.</p> <p>...da var jeg inne og så googlet og fant ut... da fant jeg ut at det fins jo noe som heter DaVinci-robot....Som de har brukt på prostatakraft....Så fant jeg ut at Radiumhospitalet har jo det.</p> <p>...Så jeg sa til hun urologen som ringte.... Nei, jeg skal ikke på Drammen. Jeg skal, jeg skal opereres med DaVinci-robot.</p> <p>.... Men der hadde man googlet seg frem og så funnet...</p>	<p>Bruker helsenorge.no for å se helseopplysninger om seg selv.</p> <p>... Da fant jeg ut det finnes noe som heter DaVinci-robot, og da sa jeg til urologen at jeg skal opereres der de har en slik</p>	<p>Innhenter helseopplysninger om seg selv via helsenorge under samtale med lege</p> <p>Bruker informasjon om behandlingstilbud som grunnlag for valg av behandlingssted.</p>
	<p>Intervju 2</p> <p>....fint å finne ut hvor ting er gjort ofte.....Og hvor du kan få ting gjort og sånn.</p>	Finner ut hvor de gjør ting, og hvor ofte	Innhenter informasjon om hvor behandlinger utføres ofte
	<p>Intervju 4</p> <p>....sånn som jeg har brukt det, så har jeg brukt det for å være forberedt når jeg har møtt opp her, for å snakke med kirurgen eller sykepleierne.</p> <p>.....Og da fikk jeg jo veldig mye mer svar da, på det jeg lurte på. Hadde jeg ikke lest noen ting på forhånd hadde jeg ikke visst hva jeg skulle spørre om.</p>	Bruker informasjon for å forberede seg til møte med behandler fordi han da opplever å få mer svar.	Innhenter informasjon som forberedelse for samtale med lege

<p>Intervju 5</p> <p>....det er vel at man les bare om den, og så danner man seg et bilde hvor alvorlig det er egentlig, enten for meg eller for noen andre, sant, før vi tar kontakt med lege.</p> <p>Ja, jeg altså, det er jo det at jeg leser om det og så tar jeg en stilling i forhold til det at er personen syk, eller er jeg så syk at jeg burde ta kontakt med, med lege.</p>	<p>Man leser om det og tar stilling til om man er så syk at man burde ta kontakt med lege.</p>	<p>Informasjonen benyttes for å vurdere eventuell kontakt med lege</p>
<p>Intervju 7</p> <p>Nei, da prøver jeg jo å lese eller se på det med litt sånn kritisk blikk da, og forsøke å tolke hva er liksom hovedbudskapet her, så hvilken nytte har jeg av det, men det er jo veldig lite....,</p> <p>Ja, altså det er jo interessant å... så jeg har liksom jobbet litt med leggene og fått lengre leggmuskler og løsnest bein inne på leggen, og da satte jeg meg jo inn i, altså, da prøvde jeg å google litt, hva er det de gjør når de skal forlenge leggmuskelen da for eksempel. Ja, så jeg er jo interessert i å finne ut om det som berører meg eller mine....</p>	<p>Prøvde å sette seg inn i hva de skulle gjøre (operasjonen), er interessert i å finne ut om det som berører meg eller mine.</p>	<p>Bruker informasjon for å sette seg inn i hvordan inngrep utføres.</p>
<p>Intervju 8</p> <p>Jeg ser på det bare som en informasjon, og så får jeg bekreftelsen hos legen.</p>	<p>Bruker informasjon om helse og sykdom fra internett til å informere seg før bekreftelse hos lege.</p>	<p>Innhenter informasjon som forberedelse før samtale med lege</p>
<p>Intervju 9</p> <p>.....det spørres jo hva det gjelder, altså, men det er jo hvis det kan være alvorlige ting da.....da er det greit å gå til legen for da får du sjekka ut andre ting</p> <p>.....i jula så datt jeg og slo håndleddet..... og da var det litt sånn ut fra hvordan det kjentes ut og så ut, så fant jeg ut at,....jeg behøver kanskje å dra å få tatt røntgen for her kan det faktisk være et brudd, for der stod det liksom forklart brudd, det</p>	<p>Sjekker ut egne symptomer mot informasjon på internett for å se om det nødvendig å gå til legen.</p>	<p>Informasjonen benyttes for å vurdere eventuell kontakt med lege</p>

	stod forstuing og da kunne jeg liksom skille litt..... Så, med sånne ting kan det være greit synes jeg....		
	<p>Intervju 10</p> <p>....Pappaen min var veldig syk og da undersøkte jeg litt. Om hudkreft. Da gikk jeg inn på mer sånn der medisinsk leksikon- sider, for da ville jeg gjerne vite hva det dreide seg om, så det gjorde jeg. Ja, da googlet jeg og prøvde å finne frem til nettsider som virket seriøse på det, som Radiumhospitalet anbefalte. Og det var veldig nyttig, for der stod det om forskjellige typer hudkreft, ondartet, godartet, mange varianter da. Sånn at jeg lærte litt om det.</p>	Prøvde å finne frem til seriøse nettsider, det var veldig nyttig, lærte litt om det.	Søker informasjon for å få vite mer om spesifikk sykdom.
	<p>Intervju 11</p> <p>....Ja, det er jo hvis du liksom, hvis du har vondt i et kne eller vondt i en albue eller, og liksom ser om det kan være noe alvorlig eller om det er, ja liksom få noen hint da, på en måte.</p>	Ser på internett ved symptomer, om det kan være noe alvorlig.	Informasjonen benyttes for å vurdere eventuell kontakt med lege
Hvordan opplever du det å selv vurdere kvaliteten på internettsider om helse og sykdom?	<p>Intervju 5</p> <p>Nei, det tror jeg er vanskelig for meg å vurdere, faktisk....Det har jeg ikke peiling på.</p> <p>Altså, man er jo ikke leger... så dermed så, holdt på si, man les jo det som står der, så går man som regel på en annen side, og ser og sammenligner, og kanskje gjerne en tredje side og sammenligner hva som står der, så... Det er vanskelig for meg å vurdere om det egentlig er riktig, eller om det er positivt eller negativt, altså.</p>	Opplever det vanskelig å vurdere helseinformasjon på nett, er ikke lege.	Manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag
	<p>Intervju 6</p> <p>.... en må jo da være kildekritisk da. Og det er ikke lett da! Det er vanskelig..</p>	Å være kildekritisk er ikke lett	Opplever det vanskelig å vurdere kilder

<p>Hvordan ser du om informasjonen er av god eller dårlig kvalitet?</p>	<p>Intervju 1</p> <p>... jeg ser på hvem som har publisert det. At det ikke er hvem som helst, at det...., det kan være noen forskningsinstitusjoner, men gjerne da i forbindelse med noen sykehus eller noe sånt.</p> <p>..Vidunderkurer, det er som oftest ikke så vidunder som det står alltid..</p>	<p>Ser på hvem som har publisert det.</p> <p>Forskningsinstitusjoner og sykehus vurderes som pålitelige informasjonskilder.</p>	<p>Sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>Ja, jeg sjekker jo kildene, hva det er basert på.</p> <p>den (NHI)kommer jo frem litt sånn som Norsk Lovdata, så den, det er jo veldig kjedelig å lese, men troverdig. Det er i hvert fall det inntrykket jeg sitter med. Men så var det disse litt lettere sidene som kanskje kan være amerikanske, som er mye mer artige å lese og kanskje bilder og mer illustrasjoner, og da føler man kanskje at man lærer mer av det, men mindre troverdig fordi, det er USA.</p>	<p>Sjekker hva kildene er basert på for å vurdere om informasjonen er av god eller dårlig kvalitet.</p> <p>Amerikanske sider med bilder og illustrasjoner er mer artige å lese, men mindre troverdig.</p>	<p>Seriøse organisasjoner er pålitelige kilder</p> <p>Layout på nettsted har betydning for troverdigheten</p>
	<p>Intervju 6</p> <p>Ja... Så som sagt, det er jo sider som mener at bare det du spiser masse gurkemeie eller noe sånt da, så er du frisk og sånn ting da.. og det... De holder jeg meg i hvert fall unna da...</p> <p>.....hvis det er fra et norsk offentlig sykehus så velger jeg å tro litt mere på det da.... Men det betyr ikke at man skal tro på alt som folk sier, det er alltid godt å ha flere..... Meninger da.</p>	<p>Vurderer innhold og kilder - stoler mer på informasjonen hvis den er fra et norsk offentlig sykehus.</p> <p>Holder seg unna sider med ekstremt innhold.</p>	<p>Sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder</p> <p>Ekstreme påstander i innhold senker troverdigheten</p>
	<p>Intervju 7</p> <p>Man må jo lese gjennom da og gjøre seg opp en mening ut fra det man leser, og da er det liksom skriver de altfor mye stammespråk, alt for mye latin så faller jo jeg av fordi jeg klarer ikke å henge med på alle disse faguttrykkene, hvis det er skrevet til fagpersonell mer enn til sånne vanlige dødelige.</p>	<p>Vurderer språket, klarer ikke henge med på alle faguttrykk/stammespråk /latin</p>	<p>Fagspråk er vanskelig å forstå</p>

<p>Intervju 9</p> <p>...det jeg synes er en dårlig side når det gjelder akkurat det der, det er der dem bruker MASSE latinske ord, som jeg ikke skjønner et pipp av. hvis jeg skal ha utbytte av å lese en informasjon så må det være som ord jeg skjønner, for jeg gidder ikke å ta det ordet må jeg sjekke opp og.. da går jeg ut. Så det må skrives på en måte som folk flest forstår hva det betyr.</p>	<p>For å få utbytte av å lese informasjon må det være forståelige ord.</p> <p>En dårlig side vil være en som benytter mange faguttrykk.</p>	<p>Fagspråk er vanskelig å forstå</p> <p>Bruk av faguttrykk vurderes negativt</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Kilder. Kildebruk, referanser. Viktig. Og at det ikke er så gammelt, at det står årstall.</p> <p>..... Om de har noe gode organisasjoner og folk bak seg.....Noe seriøst, troverdig. Men kildebruk er ganske viktig da. Linker.</p> <p>.....Det er en balanse det der, for det er jo medisinske termer. Det kommer man jo ikke utenom. Det går vel an å formidle dem på en forståelig måte.... hvis du virkelig vil formidle noe til en pasient, så må, det gjøres enklere, tenker jeg.</p> <p>....da googlet jeg og prøvde å finne frem til nettsider som virket seriøse på det, som Radiumhospitalet anbefalte.</p> <p>....Hvis det representerer noe seriøst, altså en forening eller et anerkjent firma eller en anerkjent kunnskapsleverandør som et leksikon eller noe sånt, så tenker jeg det er mer troverdig.</p> <p>... Sånne forum, hvis du skjønner,.... forum hvor folk liksom tipser hverandre..... det er ikke noe for meg.</p>	<p>Vurderer kilder, referanser og at det ikke er så gammelt, at det står årstall.</p> <p>Medisinske termer kommer man ikke utenom, men de må formidles enkelt og forståelig.</p> <p>Informasjon fra organisasjoner som oppleves troverdige gir inntrykk av seriøsitet.</p>	<p>Kildebruk og referanser vurderes positivt</p> <p>Alder på informasjon har betydning for troverdighet</p> <p>Medisinske termer må formidles på en forståelig måte</p> <p>Seriøse organisasjoner er pålitelige kilder</p> <p>Nett-Forum vurderes negativt</p>
<p>Intervju 11</p> <p>....jeg tenker hvis det er et sykehus eller en anerkjent side, så tror du jo på det.</p>	<p>Vurderer informasjon fra eksempelvis sykehus som mer troverdig</p>	<p>Sykehus og forskningsinstitusjoner er pålitelige kilder</p>

<p>Hva tenker du om å selv ta avgjørelser som påvirker din helse basert på det du finner på internett?</p>	<p>Intervju 5</p> <p>... Internett er vel mer som en opplysning, at vi kan lese om, men.. Jeg synes det er vanskelig. Jeg kan jo ikke være min egen lege, sant. Det er litt vanskelig.</p>	<p>Ser på internett mer som en opplysning, men ikke som et vurderingsgrunnlag for egne avgjørelser</p>	<p>Internett er bare til opplysning</p>
	<p>Intervju 7</p> <p>....altså det kommer jo litt an på hva er det man skal beslutte noe på da.....</p> <p>....jo mer alvorlig det er jo mer kritisk vil jeg jo bli på en måte....</p> <p>....så må du jo studere i syv år eller noe sånt (for å bli lege), og det tror jeg det er mange gode grunner til....da skal ikke jeg på en måte late som jeg er lege.</p> <p>Ja, å stille min egen diagnose det tenker jeg at det kan man være forsiktig med da.</p>	<p>Jo mer alvorlig, jo mer kritisk til å ta valg basert på det som finnes på nett ift helse og sykdom.</p> <p>Vil være forsiktig med å stille sin egen diagnose, er ikke lege.</p>	<p>Sammenheng mellom alvorlighetsgrad og det å ta avgjørelse</p> <p>Manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag</p>
	<p>Intervju 9</p> <p>..Altså jeg klarer ikke være min egen lege, fordi at det, en ting kan være så fryktelig mye.</p> <p>Nei jeg holder nok en knapp på det med å kontakte legen jeg altså.</p>	<p>En ting kan være så mye, holder en knapp på å kontakte lege.</p>	<p>Manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag</p>
	<p>Intervju 10</p> <p>Vanskelig, synes jeg. Jeg tror ikke jeg ville bare ha stolt på det. Jeg ville ha søkt mer direkte hjelp da. Fått en time hos fastlegen, eller, eller en annen lege.</p> <p>Men det kan være en god start da, sånn at du vet hvor du står, eller fordi, det som er viktig er at hvis du er ordentlig syk, så er det ikke sikkert at du husker å spørre om alt, når du har en time hos legen.</p>	<p>Vanskelig, ville ikke stolt kun på informasjon på internett, hadde søkt lege.</p>	<p>Informasjon på internett kan ikke benyttes til å ta slike avgjørelser</p>

	<p>Intervju 11</p> <p>.....hvis du er redd for at det skal være noe galt, så skal du gå til en lege eller gå til en fagperson som kan se, ja. Du skal ikke, du er ikke noe helsepersonell som kan ta en beslutning eller stille en diagnose, så jeg tenker at, at du må jo gå til en lege hvis du tror du er syk.</p>	<p>Det er helsepersonell som kan se (vurdere) og ta beslutninger eller stille diagnose.</p>	<p>Ansvaret for beslutninger ligger til lege eller helsepersonell</p>
<p>Tenker du at det er viktig å ha god kunnskap om helse og sykdom for å ta slike avgjørelser?</p>	<p>Intervju 3</p> <p>Ja, ikke sant, jeg tenker det kommer jo litt an på både sykdomstilstand og på en måte hvor trygg du er på den kunnskapen du innhenter, om du tror at du har kvalitet sikret den eller ikke. Og så spørres det på hvor mye angst du har i forhold til sykdom tenker jeg, hvor lett det er på en måte å forstå den informasjonen som er der, og vite hva du skal agere på og ikke agere på. Men veldig mange ting tenker jeg at du får jo godt svar på nettet, og på en måte at du da på en måte slipper å løpe avgårde å spørre andre om det.</p>	<p>Kommer an på både sykdomstilstand og hvor trygg man er på kunnskapen.</p> <p>Må forstå informasjonen og vite hva du skal agere på.</p>	<p>Må ha kunnskap for å vite hva man skal agere på</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>....det er jo det som er skummelt, når man leser litt, og så tar man en avgjørelse basert på noe man ikke kan. Det kan være litt kjipt....</p>	<p>Å ta avgjørelser basert på noe man ikke kan, kan være skummelt.</p>	<p>Manglende fagkunnskap gir lavt beslutningsgrunnlag</p>
	<p>Intervju 10</p> <p>Det er litt mye ansvar å pålegge folk, men det skader i hvert fall ikke å ha kunnskap om din egen situasjon og sykdom.</p>	<p>Det skader ikke å ha kunnskap.</p> <p>Det er mye ansvar å pålegge folk.</p>	<p>Å ta avgjørelse om helse og sykdom oppleves som et stort ansvar</p>

5.3 Nytteverdi

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
<p>Hvilken nytte ser du for deg at du ville fått ved å bruke en løsning på internett med tilgang til pålitelig informasjon om helse og sykdom?</p>	<p>Intervju 4 Det hadde vært helt supert. Jeg søkte senest to dager etter operasjonen om det fantes en app eller et eller annet hvor det var lettleselig informasjon, med illustrasjoner. Jeg fant det ikke, og så tenkte jeg hvorfor, hvorfor har ikke for eksempel kirurgen en liten videosnutt hun kunne vist meg, som viser hva hun gjør? Bare sånn kort og greit.</p>	<p>Lettleelig informasjon med illustrasjoner om operasjonen hadde vært supert.</p>	<p>informasjon med illustrasjoner om inngrepet.</p>
	<p>Intervju 5 ...ja at du blir beroliget i forhold til det du finner ut på internett, sant. Så finner du ut at; nei, men det er sikkert ikke så farlig, så tar du ikke kontakt med legen likevel. Da tar du jo en avgjørelse...</p>	<p>Man kan bli beroliget i forhold til det man finner ut på internett.</p>	<p>Å vite at informasjonen er pålitelig</p>
	<p>Intervju 6 akkurat med den her operasjonen så virket det som at hvert sykehus hadde sitt sted (nettsted) da.</p>	<p>Alle sykehus hadde egen informasjon om operasjonen.</p>	<p>Informasjon samlet på ett sted.</p>
	<p>Intervju 8 Det hadde jeg sett veldig positivt på.... Den (korttidshukommelsen)har blitt bedre.....det er av og til jeg har litt vanskelig for å huske alt vi (lege/pasient)sier og snakker sammen om. Og da kan jeg liksom, når jeg får summet meg, hente opp igjen tingene på nettet. For eksempel da skriver jo legen inn i journalen ikke sant, og så kan jeg titte inn i det.</p>	<p>Det er vanskelig å huske alt, det legen skriver i journalen kan hentes frem igjen.</p>	<p>Journalnotatet er tilgjengelig og kan hentes frem ved behov.</p>

<p>Intervju 9</p> <p>Det hadde sikkert vært greit det, men altså, jeg liker å snakke med folk jeg da.</p> <p>Nei altså det er klart hvis man kan chatte for eksempel, med den legen, så blir det noe annet.</p>	<p>Liker å snakke med folk, hvis man kan chatte med legen blir det noe annet.</p>	<p>Kommunisere med legen via Chat</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Man må sitte og skrive ned svarene, for, det er så vanskelig å få det til å sette seg da, hvis det er veldig alvorlig. Det bare går, ja... Det er en stressende situasjon. Så da kan det være greit å, hva var det egentlig han sa, og så kan du gå til internett senere kanskje, og liksom, var det det, ja det var det. Da vet jeg mer. Så det er mer sånn supplerings.</p>	<p>Det er vanskelig å få det (informasjonen) til å sette seg hvis det er alvorlig, kan da være greit å gå til internett senere for å se hva det var.</p>	<p>Journalnotatet er tilgjengelig og kan hentes frem ved behov</p>
<p>Intervju 11</p> <p>Ja. Det var hvor lenge jeg skulle ha på sånn kompress etter, på operasjonssåret, så det var en enkel ting, så det var kanskje sånn som kunne bare stått på den siden. Eller chat er jo også greit for sånne spørsmål, tenker jeg.</p> <p>.....for da slipper du liksom sitte å vente i kø på at de tar telefonen.....og da er det liksom enklere med en chat da....</p>	<p>Informasjon om en enkel ting, som sårstell, kunne stått på den siden</p> <p>Slippe å sitte i kø, enklere med en chat da</p>	<p>Informasjon om sårstell</p> <p>Enklere kontakt via chat enn telefon</p>
<p>Intervju 1</p> <p>..... spesielt det med å bruke en sånn videoapp, som er mye lettere å bruke for mange..</p> <p>....., for da kan folk snakke med noen, i stedet for at du skal trykke deg frem til alt mulig, og så skal du lese små skrift, og så har du misforstått, og så havner du feil vei, og så blir du, ja, frustrert.</p> <p>Men det å så ha et sted hvor du kan snakke med et menneske, sånn det...</p>	<p>Digitale kommunikasjonsløsninger som videosamtale kunne være nyttig, lettere å bruke enn å trykke seg frem til alt mulig.</p> <p>Chat kan være vanskelig å uttrykke seg i, og tar lang tid</p>	<p>Videokommunikasjon er lettere enn skriftlig informasjon</p> <p>Chat tar lang tid</p>

	Det å så bruke en sånn chat, det er også et problem.... det ta fryktelig lang tid å få skrevet det du vil. Det er ikke sikkert at du klarer å uttrykke det engang....		Vanskelig å uttrykke seg i chat
Hva tenker du om muligheten for å kommunisere med helsepersonell via meldinger eller videosamtale?	<p>Intervju 2</p> <p>..... jeg begynner å lure på, hvem er dette mennesket og hvilke kvalifikasjoner har de.</p> <p>Jeg tror du må stole veldig mye på det mennesket på internett hvis du skulle snakke med dem.</p>	Man må stole veldig på mennesket «på internett», og hvilke kvalifikasjoner de har	<p>Viktig med tillit til fagkompetanse</p> <p>Viktig med tillit til person</p>
	<p>Intervju 5</p> <p>....egentlig burde vel begge deler være mulig. Altså, at man begynner med en melding, og så, og så ser legen at det her burde man ta tak i. Så tar man en videosamtale....tenker jeg.</p>	Man kan begynne med en melding, og deretter initiere videosamtale hvis lege ser behov	Chat kan brukes som en slags triage
	<p>Intervju 7</p> <p>Nei, til enkle forespørsler så kan jo det være effektivt i stedet for at man må bruke tid på å dra til et sted hvis man ikke nødvendigvis må sitte i samme rom da,</p> <p>..... man kunne jo selvfølgelig hatt en chattemulighet kanskje, men den chattemuligheten må jo fortsatt besvares av noen som har fagkompetanse, så da er det kanskje lettere å snakke face to face enn å chatte. Det krever jo mye mer arbeidsinnsats også enn å besvare en telefonsamtale, vil jeg påstå...</p>	<p>Kan være effektivt ved enkle forespørsler, slipper reisetid.</p> <p>Chat krever mer arbeidsinnsats enn telefonsamtale</p>	<p>Slippe å reise</p> <p>Chat er mer krevende enn en samtale</p>
	<p>Intervju 9</p> <p>Ja, men det, det er jo helt greit, egentlig. Da kan man gjøre det hjemme.</p>	Egentlig helt greit, da kan man gjøre det hjemme	Positivt å kommunisere hjemmefra.
	<p>Intervju 10</p> <p>Det hadde vært kjempebra.</p>	Lavere terskel for kontakt, kan spør om ting man lurte på utenom legetime, vurderes som et supplement.	Lavere terskel for kontakt.

<p>Det er lavere terskel, mellom sånne timer som jeg har i dag. Fordi nå samler jeg opp, ikke sant. Og det går jo litt tid. Så ja, det hadde vært greit å liksom bare ikke måtte vente til legetimen for å kunne spørre om noe, med en gang man lurert på det. Hvis det finnes noen i den andre enden som er kapabel til å svare på det, da.</p>	<p>Det må finnes noen i den andre enden som er kapabel til å svare på spørsmål</p>	<p>Viktig med tillit til fagkompetanse</p>
<p>Intervju 11 Ja, det er vel greit det...</p> <p>... men jeg tenker, hvis du er veldig syk, har kreft eller liksom sånn at det er noen større ting, så kan det kanskje bli litt upersonlig, tenker jeg. Så, så for sånne sykdommer så er det kanskje noe annet, enn når du har hatt et litt mindre inngrep. Men det hadde vært fint og så gått inn og så sagt at dette er her helt, at du har vondt sånn og sånn, det er helt naturlig etter denne operasjonen, og hevelse sånn og sånn, det er helt vanlig etter enn sånn operasjon. Sånn informasjon kunne vært greit å ha.</p>	<p>Kan oppleves upersonlig ved alvorlig sykdom</p> <p>Det er greit, hvis det gjelder avklaringer for mindre alvorlige ting.</p>	<p>Kan bli upersonlig</p> <p>Passer bedre for enklere avklaringer</p>
<p>Intervju 1 ...fordelen er at det er tilgjengelig når du vil, og ja, raskere tilgjengelig. Bare det å så komme i kontakt med helsevesenet, hvis du må ha kontakt med de utenom det du har avtale om, så kan det være tungvint.</p> <p>Og sånn som her, kirurgen er ikke her hver dag. Så jeg får ikke fatt i han hver dag.. Hvem skal jeg snakke med når ikke han er der, og ja.....jeg savner det av og til, med fastlegen også.....</p> <p>For det er akkurat det at hvis jeg skal, har et eller annet lite spørsmål, om noe uvesentlig, som jeg har ikke bruk for å bestille noe time og bruke tid der. Det er jo å kaste bort både tiden hennes og min.</p>	<p>Fordelen er at det er tilgjengelig når du vil</p> <p>Hadde vært bra å kunne sende melding om ting som ikke krever svar med en gang.</p>	<p>Tilgjengelig når du vil</p> <p>Mulighet for avklaringer utenom faste avtaler</p>

	<p>... Hvis jeg kunne sendt en melding og fått svar i løpet av et døgn eller noe sånt noe, så hadde det vært mye, mye bedre for alle.</p>		
<p>Hvilke mulige fordeler ser du for deg ved å bruke «internettbasert oppfølging» sammenlignet med den oppfølgingen du har hatt etter operasjonen? Hva ville vært av størst verdi for deg? Hvordan vil en slik løsning passet for deg?</p>	<p>Intervju 3</p> <p>.....men jeg ser jo at hadde jeg bodd langt unna så hadde det vært veldig greit å ta det via internett....</p> <p>For denne operasjon som jeg har hatt nå så tenker jeg at det har vært veldig bra at det har vært ansikt til ansikt</p> <p>Da kommer man lettere på ting underveis. Jeg spurte om ting i dag som jeg ikke hadde tenkt på forhånd.</p>	<p>Mulig fordel ville være å slippe å reise</p> <p>Ved fysisk oppmøte kommer man letter på ting underveis som man ikke tenkte å spør om på forhånd.</p>	<p>Slippe å reise</p> <p>Ved fysisk oppmøte er det enklere å stille spørsmål underveis</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>.... fordelene vil være tilgjengeligheten. Jeg er ikke en person som liker å være unødvendig til bry, og da vet jeg at det i hvert fall er mange andre som ikke gjør det heller. Og det å ta telefonen og ringe: Hvem ringer du, og hvor ringer du? Det kan ta litt tid, og det tok meg litt tid når jeg lurte på hvor jeg skulle, så jeg måtte fra den ene til den andre, og til slutt så kom jeg frem og fikk den hjelpen jeg trengte, da. Men jeg følte at det var mye styr for at jeg skulle bare få svar på at det er som det skulle være, og det er ikke noe problem. Dette er noe som jeg kunne ha, jeg kunne ha tatt et bilde av hvordan det så ut og sagt: Er dette greit? Ja, hadde jeg fått da, ikke sant, og så er du ferdig. Det hadde tatt to sekunder og det hadde ikke kostet noen tid, ingenting, så absolutt.</p>	<p>Fordelen vil være tilgjengeligheten. Liker ikke å være unødvendig til bry. Følte det var mye styr for å få bekrefte at alt var som det skulle.</p>	<p>Tilgjengelig når du vil</p>
	<p>Intervju 5</p> <p>.... det er jo at du slipper å reise, sant.... Jeg kan sitte hjemme i stua og egentlig prate med dem, eller.. Så det er jo fordelene. Men så har du jo at som regel så har</p>	<p>Fordelen blir at en slipper å reise, kan sitte hjemme i stua å prate med dem.</p>	<p>Slippe å reise</p>

<p>han jo testet bevegelse og de tingene, og styrke, og det er jo vanskelig å bedømme via video.</p> <p>Bevegelsen, klarer han jo å se, men kanskje ikke styrke, det får han ikke testet.</p>	<p>Teste bevegelse og styrke er vanskelig via video.</p>	
<p>Intervju 8</p> <p>Jeg ville jo ha følt at det ville ha vært mye lettere, ja lettere tilgang til... altså til legene, systemet og mine sykdommer.</p> <p>Men altså å ha fått da, liksom tilgang til resten av tingene på nett og komme inn på sine egne ting, og da alle, ikke bare fra ett sykehus eller ett problem...</p> <p>Liksom hatt tilgang til det, jeg kan se på det selv, vurdere ting selv og vite at her, her ligger det og dette er trygt.</p>	<p>Lettere tilgang til legene, systemet og mine sykdommer</p> <p>fordel med tilgang til egne helsedata, samlet på en sikker måte, på et sted</p>	<p>økt tilgang til behandlingsforløpet</p> <p>egne helsedata samlet på et sted</p> <p>Sikker tilgang til egne helsedata</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Man får mulighet til å samle.... roe seg, og liksom lure, hva er det, kanskje til og med sitte og notere litt for seg selv, og så ta kontakt. Når du er i en situasjon, når du er syk og har gått gjennom noe som kanskje var vondt eller ubehagelig, så er man liksom ikke helt klar for å spørrenår du er i det. Det kan være bedre å være hjemme for eksempel. Bare det, slippe å være på et sykehus. Uvante omgivelser. Du kan sitte hjemme med kaffekoppen din og kanskje med en nær person, og så liksom; hva er det vi lurer på egentlig, og så ta kontakt. Mye tryggere.</p>	<p>Man får mulighet til å samle seg, kanskje sitte og notere litt og så ta kontakt.</p> <p>Være hjemme, kanskje med en nær person, er tryggere enn å være på sykehus i uvante omgivelser.</p>	<p>Gir rom for oppfølging på pasientens premisser.</p> <p>Opplevs trygt å kunne ha oppfølging hjemmefra</p>
<p>Intervju 11</p> <p>..... for da slipper du liksom sitte å vente i kø på at de tar telefonen. Det tok ikke så lang tid her det nå da, men at du må sitte å vente i kanskje ti minutter før de tar telefonen, og da er det liksom enklere med en chat da, liksom.</p>	<p>Enklere med en chat, enn å stå i telefonkø.</p>	<p>Enklere kontakt via chat enn telefon</p> <p>Chat erstatter ikke alltid telefonkontakt</p>

	<p>Men samtidig, at det må jo være en mulighet til å kunne ringe og få et virkelig menneske å snakke med hvis du virkelig føler at du har behov for det da, tenker jeg.</p>	<p>Det må være mulig å ringe og snakke med et virkelig menneske dersom du føler du har behov.</p>	
	<p>Intervju 4</p> <p>Ja. Om det hadde vært annerledes, ja? Jeg hadde fått nok svar med en gang, tror jeg, og så hadde jeg sluppet de bekymringene, rett og slett. Så, jeg tok Paralgin Forte antageligvis litt lenger enn jeg trenger, sånne ting. Unødvendige greier, fordi det er litt styr med å få svar på det man lurer på.</p>	<p>Ja, jeg hadde fått svar med en gang og sluppet bekymringene rett og slett.</p> <p>Det er litt styr å få svar på det man lurer på</p>	<p>Kunne fått svar med en gang</p> <p>Sluppet bekymringer</p>
<p>Har du tanker om at situasjonen i tiden etter din operasjon kunne vært annerledes hvis du hadde brukt en slik løsning? Hvordan? Hvorfor?</p>	<p>Intervju 5</p> <p>....det er klart at hadde vi brukt video, så kunne de jo, kunne det ha skjedd ting som de ikke ville oppdaget, altså jeg kunne røre på alle fingrene og jeg kunne røre på armen, men akkurat den bevegelsen var kanskje borte.</p> <p>Og den fikk de ikke testet.</p> <p>.....Sant? For den var jeg ikke klar over selv. Altså at den burde være der, sant.</p>	<p>Ved bruk av video kunne det skjedd ting de ikke ville oppdaget, akkurat den bevegelsen var kanskje borte, den fikk de ikke testet, fordi at jeg ikke var klar over at den burde være der.</p>	<p>Usikkerhet om digital oppfølging vil fange alle aspekt ved undersøkelse etter operasjon.</p>
	<p>Intervju 8</p> <p>... Jeg vil jo umiddelbart si ja. Jeg tror det. Selv om jeg får veldig god oppfølging sånn systemet er, men jeg tror de kunne ha forbedret det, ja.</p> <p>.....Det er masse man snakker om og sier og blir fortalt og sånne ting som, i løpet av de 20 minuttene, ja som jeg sa, korttidshukommelsen klarer ikke da å huske alt når jeg kommer hjem.</p> <p>...Så jeg ser jo absolutt en fordel med hele, hele pakken som du prater om her.</p>	<p>Ja, tror de kunne ha forbedret det.</p> <p>Det er masse man snakker om og sier og blir fortalt, klarer ikke å huske alt.</p>	<p>Tilgjengelig informasjon under hele behandlingsforløpet</p>

	<p>Intervju 11</p> <p>Nei, ikke annerledes.</p> <p>.....Men jeg tenker hvis du er veldig sånn sjenert og, eller kanskje sliten etter en operasjon eller ikke orker så mye, så kan det jo være enklere å, enklere å gå inn på en sånn side, kanskje.</p>	<p>Nei ikke annerledes, men kan kanskje være enklere å gå inn på en sånn side hvis en ikke orker så mye.</p>	<p>Tilgang hjemmefra kan være mindre krevende fysisk</p>
	<p>Intervju 1</p> <p>.....Så hvis jeg går til et annet sykehus, så har de ikke tilgang på journaler herfra. Når jeg kommer hit, og hadde hatt et drypp, så visste jo ingen... De kunne jo ikke se det på papirene mine. Det burde de visste, når jeg kom inn her.....Epikriser og sånt, når du har vært på sykehus. Det hadde vært kjekt at det var der.</p>	<p>Et annet sykehus har ikke tilgang til journaler herfra.</p>	<p>Manglende informasjonsdeling mellom behandlingssteder.</p>
<p>Funn utenfor spørsmål</p>			

5.4 Brukervennlighet

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
<p>Fortell om et nettsted eller en app som du synes er lett å bruke</p> <p>Hvordan bruker du nettstedet/appen?</p> <p>Hva er det som gjør den/det lett å bruke?</p>	<p>Intervju 1</p> <p>... HelseNorge, Helfo siden...</p> <p>Den er veldig allsidig, for du får så mye der. Du har tilgang på medisinerne dine, og du kan...nå er det blitt mye lettere å så legge inn en pasientreise. Det er jo blitt kjempeenkelt nå</p>		<p>Antall klikk</p>

<p>Når jeg kom hjem nå, så var det noen få klikk det, så var det sendt inn. For nå er det sånn standardopplegg</p> <p>.. det samme når du går inn på medisinene dine og så sjekker reseptene dine. De ligger der, pent og pyntelig, og du kan krysse av for hvem som er aktive... Den appen til den S-banken som jeg bruker nå, den er blitt så oversiktlig og grei. Der kan du trykke på det som heter oversikt, og så kommer det liksom en runding for alt du skal gjøre og alt du behøver å gjøre.</p> <p>Banken jeg bruker, den er ganske oversiktlig og grei, men det er sikkert fordi jeg bruker den veldig mye, så føler jeg det da.</p>	<p>Det er blitt kjempeenkelt, noen få klikk så var det sendt inne, for nå er det sånn standardopplegg</p> <p>Appen er blitt så oversiktlig, når du trykker på oversikt kommer det en runding for alt du skal og behøver å gjøre.</p> <p>Banken jeg bruker er ganske oversiktlig og grei, men det føler jeg kanskje fordi jeg bruker den veldig mye.</p>	<p>Automatisering av prosesser</p> <p>Oversiktlighet</p> <p>Løsningen veileder deg</p> <p>Erfaring gjør det lettere å bruke.</p>
<p>Intervju 2</p> <p>Stort sett for å sjekke bankkonto, betale ting, og nå har jeg vipps, men nå kommer alle disse elektroniske betalinger inn, og det er veldig greit på konto, og det synes jeg er veldig ok.</p>	<p>Sjekker bankkonto, betaler ting, elektroniske betalinger kommer inn automatisk, og det er veldig ok.</p>	<p>Automatisering av prosesser</p>

<p>Intervju 4</p> <p>Jeg kan jo skyte inn at den ikke helt nye, men spareappen til DNB er veldig fin. Den er veldig enkel, lett å forholde seg til.</p> <p>... den legger frem poster veldig rent og enkelt, sånn at du trykker deg på en måte inn bare sånn, den veileder deg gjennom til det du er ute etter. Og lett, og forståelig. Og med en grafikk som er appellerende, da. Så du, du syns det er litt artig å trykke deg inn på den da.</p>	<p>Spareappen til DNB er fin veldig enkel og lett å forholde seg til.</p> <p>Legger frem poster veldig rent og enkelt, veileder deg gjennom til det du er ute etter på en lett og forståelig måte</p>	<p>Legger frem poster rent og enkelt.</p> <p>Løsningen veileder deg</p>
<p>Intervju 5</p> <p>... bankID på mobil og de her tingene, så jeg syns jo at det har blitt veldig sikkert.</p> <p>I forhold til både helsevesenet og uansett. Du bruker det jo til å logge deg inn overalt.</p>	<p>Bank ID på mobil oppleves sikkert og brukes til å logge seg inn overalt.</p>	<p>Sikker pålogging til flere tjenester.</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Google!</p> <p>Jeg bruker google jeg, og da finner jeg stort sett det jeg ser etter, det er jo så lett å bare skrive spørsmålet bare og så</p> <p>Ja, det er jo bare å skrive inn og så.. jeg trenger ikke vite akkurat ordet på det jeg egentlig søker etter, men jeg kan forklare det, så kommer det opp... Jeg er ikke alltid så god på alle mulige ord, og da, husker ikke hva ting heter og alle sånne ting og så bare skriver jeg et eller annet om det, og så kommer det.</p>	<p>Søkeordet trenger ikke være nøyaktig.</p>	<p>Søkemotor forstår alternative ord og forklaringer</p>

<p>Intervju 10</p> <p>Jeg har egentlig ikke slite noe særlig med noen....</p> <p>Det er litt mye av det samme, det er litt sånn intuitivt. Hvis du har vært bort i noe en gang, så er det ofte det samme i en ny app.</p> <p>Symbolene som blir brukt, det er jo ofte mye av det samme. Også, det appellerer til, her, det er helt logiske symboler, da, som representerer noe som du kjenner igjen.</p> <p>Ja, veldig (selvforklarende). Noen har tenkt, som har laget de appene, de har tenkt at dette er lyd, dette er bilde, dette er..... symbol for..... Jeg kommer jo ikke på noen eksempler akkurat nå da....</p> <p>..... man er jo vant til å se internettsider, så de proffe, man ser at, du ser jo hva som er proffe nettsider, de som har jobbet med det. Det skal være logisk, i forhold til hvordan det var før. En gammel internettside ser jo man med en gang.</p> <p>Mye enklere nå. Altså utseende og logistikken og sånn er mye enklere nå enn det var før.</p>	<p>Det er mye av det samme, litt intuitivt, har du vært bor i det en gang er det ofte det samme i en ny app</p> <p>Symbolene som blir brukt er logiske og representerer noe som er kjent.</p> <p>Utseende og logikken på internettsider er mye enklere nå enn før.</p>	<p>Det er mange likhetstrekk i ulike apper (intuitivt)</p> <p>Selvforklarende symbolbruk</p> <p>Logisk navigering</p>
<p>Intervju 11</p> <p>..... De fleste appene er jo lette å bruke da. I hvert fall sånne som er underholdning på, de er jo enkle å bruke.</p> <p>Ja, det er jo bygd opp på en sånn måte at det er lett å bruke da, tenker jeg. Når du har gjort det noen ganger så blir det jo enda lettere. Det er jo intuitivt mye av det som blir laget nå, i forhold til sånn som det var tidligere, så det er enkelt, og liksom for en uinnvidd å finne ut av ting da, tenker jeg.</p>	<p>Det er bygd opp på en sånn måte at det er enkelt å bruke.</p> <p>Det er intuitivt mye av det som blir laget nå, så det er enkelt for en uinnvidd å finne ut av.</p>	<p>Logisk oppbygging</p> <p>Logisk navigering</p>

Hvor viktig er det for deg at appen eller nettstedet er lett å bruke?	Intervju 2 Ja, hvis den er lett å bruke, så gjør jeg det, hvis ikke den er lett å bruke, jeg bruker den ikke.	Svært viktig at det er lett å bruke.	Brukervennlighet er avgjørende for bruk.
	Intervju 6 Det avhenger jo veldig av, om du er forpliktet da, til å bruke det. Og da blir jo også irritasjonen enda større hvis det er dårlig da.	Avhenger av om du er forpliktet til å bruke det, er nettsiden dårlig blir irritasjonen enda større.	Dårlig brukervennlighet kan gi økt irritasjon om man er forpliktet til bruk
	Intervju 7 Det er jo selvfølgelig bedre med de sidene som er brukervennlige enn de som ikke er brukervennlige, ... men det er jo ikke alltid du kan velge på en måte.	Det er bedre med de sidene som er brukervennlige, men det er ikke alltid man kan velge.	Brukervennlige tjenester er viktig – kan ikke alltid velge.
	Intervju 8 Det er jo ganske vesentlig. Jeg er jo innom andre apper som er tregt, og ja, som du må jobbe og slite med, men det er opplysninger som jeg trenger, så jeg gir meg den tid. Men selvfølgelig er det lettest å jobbe med apper som gir deg svaret der og da. Jeg har tatt inn masse apper underveis, jeg er også nysgjerrig, og som jeg har hevet ut igjen, som jeg har funnet ut at... dette gidder jeg ikke.	Det er vesentlig, men er det opplysninger man trenger gir man seg bedre tid.	Interesse øker innsats
	Intervju 11 Ja, hvis det er noe som du er interessert i, så tenker jeg du har jo litt høyere terskel enn om det er noe ikke er så interessant da, for å si det sånn	Hvis du er interessert i en ting gjør du en høyere innsats	Interesse øker innsats
Fortell om et nettsted eller en app som du synes er vanskelig å bruke	Intervju 1 Men så har jeg vært inne på en annen bank og der syns jeg... der sliter jeg. Skulle inn og så legge inn kontonummer for noe, noe sånn pensjons,	Feil ved autentisering med bank id.	Tungvint autentiseringsprosess

<p>Hva er det som gjør det vanskelig?</p>	<p>tilleggspensjon jeg har, og det er så vanskelig. Det, det feiler hele tiden. Jeg skal verifisere noe med bankID, og så går den fra bankID på mobil, og så skal den plutselig ha et passord, og det fins ikke på bankID på mobil... Og da kræsjer alt.</p> <p>Det er så veldig mye informasjon på forsiden. Det er så veldig mye å velge i med en gang... at du liksom vet ikke hvor du skal.</p> <p>I stedet for at du jobber deg inn mot informasjonen...at du får noen valg, og så går du videre. Men når det begynner å bli sånn nedtrekksmenyer med fem, seks valg på hver, da er det...Det blir for mye.</p> <p>Det må jo være lett å komme dit du skal, men det må ikke være for mye informasjon med en gang.</p> <p>For da går du deg bort.</p> <p>Når du får en sånn nettside som, først er det litt reklame, og så er det nedtrekks-menyer, og når du får problem med å logge deg ut igjen, da har...da har de gjort det vanskelig.</p>	<p>For mye informasjon på forsiden og for mange valg gir navigasjonsproblemer.</p> <p>Lange nedtrekksmenyer med fem seks valg på hver blir for mye.</p> <p>Det må ikke være for mye informasjon på en gang.</p>	<p>Oversiktlighet</p> <p>For mange valg</p> <p>Lange nedtrekks menyer</p> <p>Informasjonsoverload</p>
	<p>Intervju 2</p> <p>Digipost, det liker jeg ikke.</p> <p>Ehh, ja jeg synes det er veldig mye innlogging ved den (Digipost)</p>	<p>Digipost</p> <p>Veldig mye innlogging</p>	<p>Tungvint autentiseringsprosess</p>
	<p>Intervju 3</p> <p>Det er vel hvis jeg opplever at det søkeordet jeg har ikke på noen måte blir oppfattet av nettstedet, og må på en måte lete veldig for å finne det riktige ordet for å få opp riktig informasjon, at det liksom er ett nøkkelord og så hvis du er litt på kanten av det så er det liksom helt umulig</p>	<p>Vanskelig hvis søket ikke blir oppfattet av nettstedet, at det kreves eksakt søk.</p>	<p>Smal søke katalog</p>

<p>Det er nummer en at du får det lett opp når du søker det opp og at det er lett når du har et eller annet du lurer på et nøkkelord som ikke er helt perfekt, men at nettstedet på en måte gir deg alternativer på det slik at du kan komme deg litt nedover og se at ok ja dette passer kanskje på det ene eller det andre, så det er jo på en måte søkemotoren på nettet som gjør noe om det er lett å bruke og finne opplysninger tenker jeg. Og da at du ikke trenger så veldig mange klikk før du sitter med informasjonen.</p>	<p>Vanskelig hvis det kreves mange klikk før man sitter med informasjonen.</p>	<p>Antall klikk</p>
<p>Intervju 4</p> <p>Det (VG) er for mye surr og rot, og det er blandet, og det kommer opp annonser, det er jo en ting. Men jeg synes det er uoversiktlig. Det blir litt sånn misvisende, du klikker inn på ting du egentlig ikke er interessert i.</p> <p>... du ender bare opp med å trykke deg litt overalt..</p>	<p>For mye surr og rot, og annonser, det blir uoversiktlig (støy)</p> <p>Konkurrerende fokus gjør det lett å klikke seg inn på ting man ikke er interessert i.</p>	<p>Oversiktlighet</p> <p>Forstyrrende element</p>
<p>Intervju 5</p> <p>... at du har en måte å logge inn på, men du ser, du mener selv at du gjør rett, men der ute er det en feil en plass, som gjør at du kommer ikke videre.</p>	<p>Man har en måte å logge seg inn på men det er en feil en eller annen plass som gjør at man ikke kommer seg videre.</p>	<p>Tungvint autentiseringsprosess</p>
<p>Intervju 7</p> <p>Hvis de har veldig smale søke kategorier da, sånn at hvis du er upresis i søket så får du ikke treff på det du egentlig vil ha treff på...</p>	<p>Vanskelig hvis du er upresis i søket så får du ikke ønsket treff.</p>	<p>Smal søke katalog</p>

<p>Intervju 9</p> <p>Nei, de som jeg synes er vanskelige de bruker jeg ikke.</p> <p>...jeg klundra veldig med å finne det jeg skulle se etter. For da jeg gikk inn på det som det burde stått under så fant jeg det ikke</p>	<p>Vanskelig når informasjonen ikke ligger på forventet plass.</p>	<p>Ulogisk plassering av informasjon</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Faktisk Ruter, av en eller annen grunn ... fordi det, jeg synes ikke det var helt opplagt da.</p> <p>Så den skilte seg kanskje litt ut ... At Ruter, altså når du skal bestille reiser og sånn da, så var det mye sånn, frem og tilbake, det var ikke så intuitivt, av en eller annen grunn.</p> <p>...du skal liksom søke på hvor du skal dra fra og til (Ruter), og så kommer det forslag. Og da kommer det opp ofte forslag som ikke passer, eller du må liksom spesifisere enda mer, og si jeg har tenkt å ta bussen eller ... du må gå gjennom så mange trinn før du kommer til svaret. De forslagene som kommer er ikke nødvendigvis så gode, da.</p> <p>Og så må du gå inn og bestille, og så må du betale... Altså det er så mange trinn. Kanskje man kan kutte ned på trinnene...</p>	<p>Vanskelig når man må spesifisere søket for å få gode søkeforslag fra appen.</p> <p>Mange trinn før du får gjennomført prosessen.</p>	<p>Irrelevante søkeforslag</p> <p>Mange trinn</p>
<p>Intervju 11</p> <p>... så liksom du blir litt irritert av at du må lage noen passord og brukernavn og sånne ting, at du må finne ut av sånne ting først, det kan være litt irriterende.</p>	<p>Styrete at man må opprette brukerkonto før man kommer videre.</p>	<p>Krav om brukerprofil</p>

	Ja, det kan jo bli litt styrete.		
Funn utenfor spørsmål	<p>Intervju 11</p> <p>Ja, etter hvert som du liksom ikke er så skeptisk, og lærer deg å bruke. Hvis du handler på nettet, at du ser an hvilke sider du kan bruke og du, du får jo mer erfaring hele tiden, så det er jo enklere og enklere å bruke det, tenker jeg.</p> <p>Ja, men etter hvert så bruker du jo telefonen hele tiden. Det er jo sånn at du putter inn litt mer og mer, så bruker du, så bruker du kalenderen, og så bruker du telefonen...så er det Spotify, så er det bank, liksom det bare baller på seg etter hvert. Det er vel du venner deg til å bruke det, så bruker du det bare mer og mer.</p>	<p>Etter hvert som du får erfaring, blir det lettere å bruke.</p> <p>Det bare baller på seg etter hvert og når du venner deg til å bruke det så bruker du det bare mer og mer.</p>	Erfaring gjør det lettere å bruke

5.5 sosial påvirkning

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Hvordan opplever du at dine meninger om nettsted/apper blir påvirket av for eksempel media, reklame, fagfolk, organisasjoner og myndigheter?	<p>Intervju 1</p> <p>... det gjør sikkert det. Ikke at jeg merker det da, men jeg blir helt sikkert påvirket av ting.</p> <p>Det er jo, ja, sånn som media, sånn som TV, TV2, er jo flink å fortelle om, gå inn på nettsidene våre og les det.</p> <p>....Så du påvirkes jo gjennom media og alt hele tiden.</p>	<p>Påvirkning skjer også uten at man merker det.</p> <p>Du påvirkes gjennom media og hvis det virker interessant så sjekker du</p>	<p>Påvirkning skjer ubevisst</p> <p>Mer påvirket av ting man oppfatter som viktig</p>

	<p>..... hvis det virker litt interessant, så sjekker du det.</p> <p>..... det kommer jo an på hvor viktig du oppfatter ting, da.</p>	<p>det, det kommer an på hvor viktig du oppfatter ting.</p>	
	<p>Intervju 4</p> <p>.... de gjør det. De, de blir påvirket. Reklamen og alt det, det får du dyttet i deg inn hele tiden. Så det, det gjør at du ender opp med å tenke mer på det du ser, av de reklamene.</p>	<p>Du får reklame dyttet i deg hele tiden, så du ender opp med å tenke mer på det du ser.</p>	<p>Påvirkning skjer ubevisst</p>
	<p>Intervju 5</p> <p>..... jeg ville jo tro at hvis Statens veivesen hadde gått ut og sagt det., så hadde du kanskje brukt det, mer. Men om kanskje Coop sier at du skal bruke det, sant.. og det er deres løsning, så.. Da går det kanskje lenger tid, før du er villig å gå over på..</p>	<p>Hadde lettere brukt en løsning som kom fra Statens veivesen enn fra Coop.</p>	<p>Påvirkes mer av anbefalinger fra myndigheter enn kommersielle aktører.</p>
	<p>Intervju 6</p> <p>Nei, jeg gjør vel det som alle andre da, selv om jeg prøver å unngå reklame.....ubevisst så blir man sikkert påvirket?</p>	<p>Ubevisst så blir man sikkert påvirket.</p>	<p>Påvirkning skjer ubevisst</p>
	<p>Intervju 7</p> <p>I liten gradjeg bryr meg ikke så mye om det på en måte. Jeg blir jo sikkert påvirket av media som alle andre</p>	<p>Blir jo sikkert påvirket av media som alle andre.</p>	<p>Påvirkning skjer ubevisst</p>
	<p>Intervju 8</p> <p>Altså selvfølgelig så ser man jo... det annonseres nye ting, data, altså internetsider eller apper, når det annonseres, så ser man på, hva er det for noe. Har jeg behov for det? Da går man gjerne inn og titter på det. Er det sånn at, oj, ja, du får en ukes prøvetid, og så blir du automatisk deretter belastet, da er det ut. Så, gidder ikke å la meg lure.</p>	<p>Det annonseres mye og hvis jeg har behov for det så går jeg gjerne inn og titter. Det kommer an på mitt behov.</p>	<p>Mer påvirket av ting man oppfatter som viktig</p>

	<p>Men hvis man senere igjen oppdager at, eller blir informert om at den er brukbar, så kan det være at jeg går inn igjen. Men ikke sånn umiddelbart.</p> <p>Det kommer an på mitt behov.</p>		
	<p>Intervju 9</p> <p>Du blir nok påvirket, men ikke sånn voldsomt.....</p> <p>Ja, men det er klart at hvis det er noe som er interessant så, så går jeg jo inn og så ser om jeg finner det og leser om det, om det er sånn som det kan høres ut da.</p> <p>Det er jo ikke alltid at reklamen stemmer helt med virkeligheten.</p>	<p>Det er klart, hvis noe er interessant så sjekker man det.</p>	<p>Mer påvirket av ting man oppfatter som viktig</p>
<p>Hvordan tenker du at mennesker i din omgangskrets ville påvirke dine meninger om, og din bruk av et system for oppfølging etter operasjon via internett?</p>	<p>Intervju 7</p> <p>..... jeg tror vi alle vil mer eller mindre bevisst blir påvirket av veldig mye som det ikke alltid er så lett å få med seg at man blir påvirket av da, hvor i forhold til venner og sånn så vil jeg jo tro at deres erfaringer vil gjøre noe med hvordan jeg tenker om en ting og hvordan jeg forholder meg til det kanskje.</p>	<p>Blir påvirket, mer eller mindre bevisst, venners erfaringer vil gjøre noe med hvordan jeg tenker om en ting.</p>	<p>Andres erfaring kan påvirke meninger om et system</p>
<p>Hvem tenker du ville påvirket deg mest? Hvorfor?</p>	<p>Intervju 1</p> <p>Nei, det er hvis en eller annen personlig som du kjenner, lege eller noen som du egentlig stoler på, anbefaler noe. Hvis du får opplysninger fra en sånn person, så vil jeg tro at det er mer seriøst og sjekke det.</p> <p>.....skal det være noe som jeg tar seriøst, så må det komme fra noen som kan noe om det, som har noe med det å gjøre.</p>	<p>Lege, eller noen som du stoler på og som du stoler på.</p> <p>Må komme fra noen som kan noe om det</p>	<p>Faglig tillit</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>..... venner og familie.</p> <p>Fordi at jeg har tillit til dem, rett og slett.</p>	<p>Venner og familie, fordi jeg har tillit til dem</p>	<p>Tillit i nær relasjon</p>

	<p>Intervju 5</p> <p>jeg vil jo tro at jeg kanskje er mer påvirkelig når jeg hører det fra min omgangskrets.</p> <p>At de bruker de, sant. Da blir jeg kanskje litt nysgjerrig, hvis de kommer med positive uttalelser. Reklame, det dukker opp hele tiden, så det krysser man bort.</p>	<p>Mer påvirkelig når det kommer fra min omgangskrets.</p>	<p>Tillit i nær relasjon</p>
--	---	--	------------------------------

5.6 Tilretteleggende forhold

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
<p>Hva tenker du må til for at du skal kunne ta i bruk internettbasert oppfølging?</p>	<p>Intervju 5</p> <p>Vi har internett, vi har pc. Vi har muligheter å kommunisere både verbalt og altså via intern... altså videosamtale. Så hvis samfunnet vårt, legene her for eksempel, finn ut at det er godt nok, så er det vel egentlig en sånn måte det går an å gjøre det på.</p> <p>..... Sånn som de sa til meg at nei, men om seks uker så tar vi en, da ringer vi deg. Og hører hvordan det går. Så om de hadde gjort det via video eller sånn som de gjorde det nå via telefon, så syns jeg det var helt greit. For da følte du at du fikk en oppfølging, sant, i forhold til de spørsmålene du stilte.</p>	<p>Har utstyret som er nødvendig, hvis samfunnet vårt, legene for eksempel, finner ut at det er godt nok, så er det en sånn måte det går an å gjøre det på.</p>	<p>Avhengig av fagfolk sin godkjenning</p>
	<p>Intervju 9</p> <p>....det måtte være at det ble en form for videochatt sånn at jeg var i kontakt med den personen.</p>	<p>Det må være at det ble en form for videochat, at jeg var i kontakt med personen.</p>	<p>Løsningen må tilby videokommunikasjon</p>

Hva tenker du om mulige begrensninger i forhold til å ta i bruk oppfølging via internett?	<p>Intervju 1</p> <p>Det å så bruke nettet, hvis det er liksom den eneste muligheten, så begynner det å bli veldig slitsomt for folk i min alder, og eldre.</p> <p>..... spesielt når det gjelder folk som ikke har brukt nettet før og som ikke er oppegående på det. Så, det er ikke alle som klarer å tilegne seg det å bruke... Så hvis det blir eneste alternativ, så blir det... Da er det en gruppe som plutselig..... er utestengt fra det.</p> <p>..... men er du syttifem år så er det litt sent å begynne å lære alt mulig. Og i dag så er det et samfunn ...med syv og førtitusen passord, og tallkombinasjoner du skal kunne, for å komme inn steder....., det blir vanskelig for mange som ikke er vant til å bruke det i det daglige.</p> <p>..... det må tas hensyn til.... .. hvis det skal fungere godt.</p>	<p>Hvis det å bruke nettet er eneste mulighet, begynner det å bli slitsomt for folk i min alder og eldre, spesielt når det gjelder folk som ikke har brukt nettet før.</p> <p>Da er det en gruppe som blir utestengt.</p>	<p>Høy alder</p> <p>Manglende erfaring</p>
	<p>Intervju 2</p> <p>.....personvern</p> <p>Og at du kanskje ikke får det samme mennesket igjen</p>	<p>Personvern, at du kanskje ikke får det samme mennesket igjen</p>	<p>Risiko rundt personvern</p> <p>Risiko for manglende kontinuitet til person</p>
	<p>Intervju 3</p> <p>Ja, altså du er jo avhengig av utstyr, og at det fungerer godt</p> <p>..... skal du vise frem noe er du avhengig av godt nok utstyr der hjemme til at.....hvis du bare skal snakke, så holder det på en måte med vanlig maskin på en måte, men hvis det er litt andre ting så er det litt verre. Og så går det på dette med taushetsplikt, hvilke systemer du skal gå inn i</p>	<p>Man er avhengig av utstyr og at det fungerer godt.</p> <p>Og så går det på dette med taushetsplikt, hvilke systemer man skal inn i.</p>	<p>Mangel på utstyr</p> <p>Utstyr må fungere</p> <p>Risiko rundt personvern</p>

	<p>Intervju 5</p> <p>.....altså begrensninger må jo være det i forhold til at du, legene får ikke testet deg i forhold til styrke og funksjon. Altså de kan se funksjonen, men de får ikke kjent på eller testet styrken..</p>	<p>Begrensninger kan være at de kan se funksjonene, men får ikke kjent på eller testet styrken.</p>	<p>Risiko for at man ikke får med alle aspekt i en undersøkelse.</p>
	<p>Intervju 7</p> <p>... du får kanskje ikke den samme situasjonsforståelsen når man sitter i hver sin ende av en eller annen tekniske løsning.</p> <p>.....hvis du kun skal operere skriftlig så er det jo ganske mye vanskeligere å sikre seg at det budskapet jeg sender mottas slik jeg tenker at det skal av den som mottar det. Sånn at du har mange kommunikasjonsfeller å gå i da. Det vil kanskje være en begrensning på en sånn teknisk løsning, samtidig så er det kanskje mange småting som det er enkle svar på, ikke sant</p> <p>..... du må nok kanskje ha et kamera kanskje hvis man skal ha sånn videokonferanse.....</p> <p>.....så bør man jo logge inn på en måte som man er sikker på at jeg er meg og at det må være trygt da.....</p>	<p>Man får kanskje ikke samme situasjonsforståelse i en teknisk løsning.</p> <p>Kan være vanskelig å formidle budskap med kun skriftlig kommunikasjon.</p> <p>Trenger kamera ved videokonferanse</p> <p>Sikker innlogging, må være trygt.</p>	<p>Risiko for ulik situasjonsforståelse.</p> <p>Risiko for at skriftlig budskap ikke formidles fullstendig.</p> <p>Risiko for at skriftlig budskap oppfattes feil.</p> <p>Mangel på utstyr</p> <p>Risiko rundt personvern</p>
	<p>Intervju 10</p> <p>..... en sånn nettside i forhold til personvern er selvfølgelig viktig., skal det være sånn at man logger seg inn, og da vil det jo flyte informasjon mellom deg og sykehuslege, som kanskje er veldig personlig da. Så det må jo finnes et system for å takle det.</p>	<p>Personvern er viktig i en slik løsning, informasjonsflyt mellom person og sykehuslege må systemet takle.</p>	<p>Risiko rundt personvern</p>
<p>Hvordan hadde du brukt en slik løsning?</p>	<p>Intervju 2</p> <p>Nettbrett eller pc</p>	<p>Bra å bruke pc eller nettbrett for du må skrive, kanskje være litt mer fokusert og tenke på hva du skal si.</p>	<p>Mer fokusert når man sitter ved en PC eller nettbrett</p>

	... jeg tror det er bra å gjøre det på pc eller brett, for du må skrive, du må tenke litt mer, ja kanskje være litt mer fokusert og tenke på hva du skal si		
	<p>Intervju 5</p> <p>..... jeg syns jo, jeg føler jo det at med å bruke pc... et større bilde... du får litt annen visuell kontakt da. Så en telefon, det blir jo mindre.</p> <p>Men du har faktisk muligheten til å gjøre det samme på telefon. Så, holdt på si, er du ikke i nærheten av pc'en, så kan du..</p>	Et større bilde gir en annen visuell kontakt.	Størrelse på skjerm har betydning for den visuelle kontakten
	<p>Intervju 10</p> <p>Jeg tror alt hadde fungert bra da. kanskje mest pc, for min del. Ting som jeg gjør på mobilen er ofte mye mer sånn lystig, hvis du skjønner, altså ikke så alvorlige ting. Jeg tror ikke jeg vil sitte på T-banen og liksom spurt om noe sånn sykdoms... Jeg ville ikke gjort det. Da ville jeg nok vente til jeg kom hjem.....</p> <p>Men det kan man gjøre på mobilen da og, selvfølgelig. Så det er noe med settingen da. Begge deler ville nok fungert bra.</p>	Tror ikke at jeg ville sitted på T-banen og stilt spørsmål om sykdom, hadde ventet til jeg kom hjem. Det er noe med settingen.	Bruk av enhet avhenger av setting
	<p>Intervju 11</p> <p>Jeg tenker at et nettbrett eller en pc er jo greit da, fordi at det er sånne ting du som regel ikke trenger når du er på farten og liksom har telefonen. Det er sånne ting som du, når du setter deg ned og søker etter. Så jeg tenker et nettbrett eller en pc vil jo være mest naturlig der.</p>	<p>Nettbrett og pc vil være mest naturlig</p> <p>Det er sånne ting du setter deg ned og søker etter.</p> <p>Mobilen er mer for ting når man er på farten</p>	Bruk av enhet avhenger av setting
Vil det ha betydning for deg om oppfølging via internett var tilgjengelig bare på datamaskin,	<p>Intervju 3</p> <p>Ja, for da er du avhengig av om jeg har det</p>	Ja, avhengig av hva jeg har	Bruk av løsning avhenger av hvilke enheter du har

og ikke på smarttelefon og nettbrett (og vise/versa) Hvorfor?			
	Intervju 4 Det ville ikke hatt noen betydning. Om det var en nettleser-løsning, så får du det uansett på alle mulige smart-enheter, så...	Det vil ikke ha betydning, en nettleserløsning ville uansett fungere på alle enheter	En nettleserløsning vil gi tilgang på alle smart-enheter
	Intervju 7jeg ville jo vært avhengig av en smarttelefon løsning eller nettbrettløsning da,	Ja Ville vært avhengig av smarttelefon eller nettbrettløsning (har ikke pc)	Bruk av løsning avhenger av hvilke enheter du har
	Intervju 11 Nei, jeg har jo alle tre typene jeg, så det hadde ikke spilt noen rolle for meg sånn sett	Nei, jeg har alle tre typene, hadde ikke spilt noe rolle for meg.	Bruk av løsning avhenger av hvilke enheter du har

5.7 Hedonisk motivasjon

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Fortell om en app eller hjemmeside som du liker å bruke? Hvorfor liker du akkurat denne?	Intervju 4 NeuroNation. Og det er rett og slett en app som har masse utfordringer, for at du skal, altså utvikle hjernen, da, til en viss grad, bli litt raskere.. Og den, den er veldig artig. Veldig enkel, du har full oversikt. Ikke masse styr. ...fordi jeg ser fremgang. Jeg ser fremgangen. Det er det som er morsomt.	Appen har masse utfordringer, for å utvikle hjernen. Den er veldig artig. Enkel og oversiktlig. Ser fremgang, det er det som er morsomt.	Gøy med utfordringer Ser fremgang

<p>Intervju 8</p> <p>Den (Ruter) bruker jeg mye. Det er også noe jeg har lært meg å bruke etter at jeg lærte å gå igjen, og alt mulig sånt noe, for å komme meg rundt uten å bruke TT-kort, og pasienttransport.</p>	<p>Appen lærte jeg å bruke etter at jeg lærte å gå igjen, for å komme meg rundt uten å bruke pasienttransport.</p>	<p>Følelse av mestring.</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Ja, det må være «HayDay» da, og det er rett og slett bare tidsfordriv...,</p> <p>Og så er det sånn at du har flere venner da, og da har det faktisk blitt at man har blitt litt kjent med folk som, jeg kjenner dem jo ikke, jeg vet jo ikke hvem dem er, møter jeg dem på gata så veit jeg ikke hvem de er, men at vi chatter litt og skriver litt og hjelper hverandre litt med ting vi trenger og.. Det er litt sånn.... Ja...Litt sosialt</p> <p>Og så er det sånn at du hvis du ikke, altså du må ikke ha klokka på ringing for at da må jeg for grisen, altså, om det går en uke eller to uker uten at du har vært der så er det ingen dyr som har dødd...</p> <p>Og jeg må ha det sånn at jeg er innpå der når jeg har lyst, og så driver jeg der når jeg har lyst og har jeg ikke lyst så går jeg ikke inn.</p>	<p>Man blir kjent med nye personer Man samarbeider i spillet</p>	<p>Sosial kontakt</p> <p>Samarbeid</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Jeg bruker sosiale medier mye da.</p> <p>Det blir jo internett kanskje. Jeg har det jo på mobilen også så der er det jo i form av apper. Bruker alt mulig egentlig, som fins av det, Facebook, Instagram, Twitter bruker jeg masse i jobbsammenheng, Snapchat, men det er jo på privaten... Men morsom, jeg vet ikke helt, jeg. Sannelig ikke sikker... Shazam er jo lykke da, at du kan få vite hvilken musikk du hører på.</p>	<p>Bruker sosiale medier for å holde kontakt med folk og dele bilder</p>	<p>Sosial kontakt</p>

..... det er mest sånn nyttig, eller sosialt. Holde kontakt med folk, litt sånn dele bilder.		
---	--	--

5.8 Prisverdi

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Hva tenker du om å bekoste utstyr selv for å kunne bruke internettbasert oppfølging?	Intervju 2 Jeg tror ikke jeg ville kjøpt den bare for det	Ville trolig ikke kjøpt utstyr bare for å bruke internettbasert oppfølging	Ville ikke kjøpt utstyr til det
	Intervju 3 For å ha en konsultasjon i året, det hadde jeg nok ikke giddet å betalt veldig mye for..... hvis man på en måte har en sykdomstilstand og tenker at man trenger litt sånn tett oppfølging så synes jeg jo kanskje at hjelpemiddelsentralen burde betale for det hvis man ikke har noe Man kan liksom ikke forlange at folk skal kjøpe utstyr til mange tusen kroner for å få på en måte hjelp fra helsevesenet ... det tror jeg ikke at jeg ville vært villig til på en måte Ja, og så tenker jeg også at det er litt sånn, at nesten alle har jo mobiltelefon i dag, men, noen kjøper ny mobil hvert år, og andre har fortsatt sin gamle.....	Hvis man har en sykdomstilstand og trenger tett oppfølging burde hjelpemiddelsentralen betale for det. Kan ikke forlange at folk skal kjøpe utstyr til mange tusen kroner for å få hjelp fra helsevesenet.	Hjelpemiddelsentralen burde bekoste utstyr til de som ikke har Kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv

<p>Intervju 5</p> <p>Det er vel ikke helt rett, at man skal koste det selv, hvis samfunnet egentlig rundt krever at du skal ha det.</p> <p>...så, det er klart at jeg hadde ikke vært villig personlig egentlig til å kostet det. Det syns jeg ikke er rett.</p>	<p>Det er ikke riktig at man skal bekoste det selv, hvis samfunnet krever at det skal brukes</p>	<p>Kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv</p>
<p>Intervju 7</p> <p>De fleste har jo smarttelefon, så, kanskje du må laste inn en app da..</p> <p>Ja, hvis du er interessert nok i at løsningen skal funke så vil jeg jo anta at jeg hadde kjøpt meg ny telefon.</p>	<p>Hvis man er interessert nok i at løsningen skal fungere vil jeg anta at jeg kunne bekoste utstyr selv</p>	<p>Betalingsviljen avhenger av antatt nytteverdi</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Nei....det må man jo nesten regne med... hvis man skal få dekket det... det blir masse penger... det kommer aldri til å skje. Så, men da må det jo være utstyr, man må ikke trenge noe mer enn det man har. Altså for eksempel et nettbrett da, eller en telefon. Altså det må ikke være sånn at du må ha noe ekstrautstyr for å kunne bruke den</p>	<p>Så lenge det ikke trengs spesial-utstyr så må man regne med å måtte bekoste utstyr selv (smart-telefon, nettbrett)</p>	<p>Det bør fungere på utstyr man allerede har.</p>
<p>Intervju 10</p> <p>Å ja, sånn ja. Eh... Da ville jeg jo, det ville vært begrensende, absolutt. Jeg ville ikke gått til innkjøp av en pc eller Mac, for å.... nei.</p>	<p>Jeg ville ikke gått til innkjøp av noe utstyr utover det jeg har, bare for å bruke en slik tjeneste</p>	<p>Kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv</p>
<p>Intervju 11</p> <p>Ja det er vel greit.... Ja, jeg kjøper meg ikke eget nettbrett for det, det blir jo fryktelig dyrt! Mendet å oppdatere programvaren, det er jo greit nok, men jeg tenker sånn, ja noen kroner kunne vært rett å betale for det, men ikke mye. For det ligger under offentlig helsevesen, tenker jeg. Så om jeg måtte betale noen</p>	<p>Kjøper ikke eget nettbrett for en slik løsning, det ligger under offentlig helsevesen, hadde vært med på å betale en egenandel.</p>	<p>Kan ikke forvente at folk skal bekoste utstyr selv.</p> <p>Er villig til å betale egenandel.</p>

	kroner, en egenandel eller noe sånt noe, det hadde jeg vært med på, men ikke mye mer enn det altså.		
--	---	--	--

5.9 Vane

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Hvordan søker du informasjon dersom du har spørsmål om helse eller sykdom, eller ønsker å vite mer om helse eller sykdom?	Intervju 1 Nei, vi har en som heter Google som jeg hører er ganske flink Det er sånn at det er nesten farlig.....hva du finner på Google.. Du kan bli ganske syk av det...	Det er en som heter Google som jeg hører er ganske flink.	Søker på google
	Intervju 2 Googler hvis det ikke er noe sånt veldig spesielt for et sykehus hvis det var bare generelt jeg lurte på noe, ville jeg googlet	Er det noe generelt jeg lurte på ville jeg googlet.	Søker på google
	Intervju 4 Nå har jeg jo litt leger og sånn i nær familie, så jeg får det, jeg får som regel det jeg trenger der. Men utover det, så er jeg ganske glad i å lete på nett da.	Enten fagfolk i familie, ellers søke på internett	Fagfolk i familien Søker på internett
	Intervju 5 man går jo gjerne på nett og sjekker litt det er nå den veien vi er kommet...	Går på nett og sjekker.	Søker på internett
	Intervju 6	Som alle andre, googler	Søker på google

Jeg gjør det som alle gjør idag; jeg googler.		
Intervju 7 Jeg har mange sykepleiere i familien så jeg har en god kilde der på å få kunnskap.....og så søker jeg også på internett, men det er ikke så mye, altså. Jeg oppsøker heller noen som kan faget enn å liksom google all verdens på egenhånd.	Har god kilde i fagfolk i familie, ellers søke på internett. Foretrekker å oppsøke noen som kan faget.	Fagfolk i familien Søker på internett
Intervju 8 For det første bruker jeg jo legen min, og så bruker jeg... internett. jeg prøver å se hva jeg kan finne på MinHelse og MinJournal. Også bruker jeg også internett til å lese om sykdommer som jeg har, og sånne ting. Det, og andre ting som... ja, dukker opp.	I første rekke legen min, ellers søke informasjon på internett	Egen lege Søke på internett
Intervju 9 Da googler jeg, altså hvis det er ting som gjelder min helse, så, så tar jeg jo kontakt med legen, men hvis det er andre ting som jeg, hører om eller leser om eller..... så da gikk jeg inn å leste om det....	Jeg googler hvis det er ting jeg hører eller leser om, men hvis det gjelder egen helse tar jeg kontakt med legen	Søker på google Egen lege
Intervju 10 Ja, da blir det internett. Ja, google. Altså hvis jeg lurer på noe rundt et sykdomsspørsmål for eksempel, så gjør.... altså for å være helt ærlig så gjør jeg egentlig ikke det, fordi at jeg tenker at da må jeg nesten gå til fastlegen min..	Jeg kan lese på internett for å få en oppfatning om hva det dreier seg om, men vil også prate med fastlege	Søker på google Egen lege

	<p>....for å finne ut av hva dette her er for noe...Men det går jo an å google på symptomer og så kan man få noen forslag til hva det skal være da. Men jeg tror kanskje at det ikke er så klokt å bare basere seg på det.</p>		
	<p>Intervju 11 Det blir jo mye Google da.</p>	Blir mye google	Søker på google
<p>Ville du si at internett er en naturlig del av hverdagen din? - Hvorfor/hvorfor ikke?</p>	<p>Intervju 1 Ja. Bruker det til alt, vet du..</p>	Bruker internett til alt	Internett er en naturlig del av hverdagen
	<p>Intervju 2 Ja</p>	Ja	Internett er en naturlig del av hverdagen
	<p>Intervju 3 Ja Det er fordi jeg søker informasjon der, hele tiden, og bruker det til det.</p>	Det er på internett jeg søker informasjon	Internett er en naturlig del av hverdagen
	<p>Intervju 4 Ja, det er det. Litt mindre for meg enn for folk flest, men det er absolutt det.</p>	Ja, men prøver å holde seg unna, da han opplever at internett tar for mye tid	Internett er en naturlig del av hverdagen
	<p>Intervju 5 Ja, det er vel blitt... egentlig 100% naturlig. Du bruker det jo både privat og i jobb, og telefonen, og ja, hele tiden. Det er tilgjengelig.</p>	Internett har blitt naturlig. Bruker det privat og på jobb, hele tiden	Internett er en naturlig del av hverdagen
	<p>Intervju 6 For meg er det det ja, helt klart.</p>	Ja, opplever at internett griper om hele samfunnet	Internett er en naturlig del av hverdagen

Men altså, internett griper jo om.. Altså eller hele samfunnet da... På godt og vondt da..		
<p>Intervju 7</p> <p>Ja, det er jo det, jeg skulle jo vært 150 hvis jeg ikke svarte ja på det spørsmålet...</p> <p>Jeg bruker det jo som oppslagsverk da, og også i forhold til alle disse apper som styrer livet litt, og at du trenger kanskje ikke internett for å få bussbilletten da, men du bruker i hvertfall smarttelefonen mye.</p>	<p>Ja.</p> <p>Bruker internett som oppslagsverk</p> <p>Smarttelefonen er med å styre livet</p>	<p>Internett er en naturlig del av hverdagen</p>
<p>Intervju 8</p> <p>For meg er det meget naturlig. Jeg bruker mye internett.</p> <p>... for å søke opplysninger om alt mulig om min egen helse og andre ting. Så jeg er jo interessert.</p> <p>....., jeg bruker det til alt. Holdt på si, fra nyheter til helse, det er alt mulig. Så jeg er veldig interessert i IT, data generelt.</p>	<p>Internett er naturlig for meg å bruke, søker opplysninger om alt mulig.</p>	<p>Internett er en naturlig del av hverdagen</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Ja</p> <p>,,, det er jo den informasjonen, nyheter, tv programmer, altså hva som går, altså jeg bruker jo internett jeg har jo ikke avis, så informasjon sånn daglig da, som jeg trenger og synes er greit å få.</p> <p>Og så er det noen spill da som jeg bruker som tidsfordriv og litt sånn</p>	<p>Ja</p> <p>Internett er den primære informasjonskilden</p> <p>Bruker internett som tidsfordriv</p>	<p>Internett er en naturlig del av hverdagen</p>
<p>Intervju 10</p>	<p>Ja</p>	<p>Internett er en naturlig del av hverdagen</p>

	<p>Ja.</p> <p>Jeg bruker det hele tiden, til alt mulig egentlig. Jeg bruker det personlig, altså sånn for å lese nyheter og sånt, personlig mail, sosiale medier, men jeg bruker det veldig mye på jobben også.</p>	<p>Internett er en viktig kommunikasjonskanal og kilde til nyheter</p>	
	<p>Intervju 11</p> <p>Ja</p> <p>Nei, du finner jo veldig mye der da. Du gjør jo det, ja. Men du tenker sånn mer generelt enn sånn googlesøkt...? Vi bruker jo mye data på jobben, og jeg jobber i en stor bedrift, så det blir jo naturlig å bruke pc og søke seg frem der da.</p>	<p>Ja</p>	<p>Internett er en naturlig del av hverdagen</p>
<p>Kan du fortelle om noen vaner du har når du bruker internett?</p>	<p>Intervju 1</p> <p>Er inn på Meny-appen og sjekker hva ting koster.</p> <p>Og sammenligner det med Kiwi...</p> <p>Og så går det i å lese aviser, da. Jeg har jo sagt opp...Jeg har jo ikke papiraviser lenger...</p> <p>Så lokalavisen har jeg bare på nett. Så da får du den tidlig. Så den nye rutinen nå, det er når jeg legger meg om kvelden. Så tar jeg nettbrettet og så leser lokalavisen for neste dag.</p>	<p>Sjekker hva ting koster og sammenligner priser.</p> <p>Leser nettaviser, har kuttet papiravis.</p> <p>Leser lokalavisen for neste dag på nettbrett om kvelden.</p>	<p>Sammenligner priser</p> <p>Leser nettaviser</p>
	<p>Intervju 2</p> <p>Jeg leser avisen, ser på banken, og hvis det er noe jeg lurer på, noe jeg tenker kjøpe, jeg vil kanskje google det ...jeg bestiller lite på nett, men jeg vil se hva det...</p>	<p>Leser avisen, bruker banken og googler hvis jeg lurer på noe jeg tenker å kjøpe.</p>	<p>Leser nettaviser</p> <p>Benytter banktjenester</p> <p>Samler beslutningsgrunnlag før kjøp</p>

<p>Intervju 3</p> <p>...jeg pleier å ta offentlig kommunikasjon til jobben så da sjekker jeg nyhetene.</p> <p>... vi en stor slekt så holder man, om ikke hver dag så i hvert fall flere ganger i uka så er jeg innom Facebook bare for å sjekke familie, familietreet. det går mye på nyheter.Og så oppskrifter</p>	<p>Tar offentlig kommunikasjon til jobb, sjekker da nyheter.</p> <p>Er innom facebook flere ganger i uken for å sjekke familietreet.</p> <p>Ser på oppskrifter</p>	<p>Leser nettaviser</p> <p>Holder kontakt med familie via facebook</p> <p>Sjekker oppskrifter</p>
<p>Intervju 5</p> <p>Ja, holdt på si, jeg bruker nå selv så er det nå både, holdt på si, nyttige og, både mail og internett og Facetime og de her tingene, som jeg selv bruker privat, da. Og så er det de her banktjenestene som man skal betjene. Og i forhold til bil og ja. Du kommuniserer jo alt via mail og internett.</p>	<p>Bruker både nyttige og sosiale tjenester på internett, mail, Facetime, banktjenester, man kommuniserer alt via mail og internett.</p>	<p>Kommuniserer via Facetime</p> <p>Kommuniserer via mail</p> <p>Benytter banktjenester</p>
<p>Intervju 7</p> <p>.... jeg har jo noen uvaner med å sjekke disse sosiale mediene da, daglig,.....av og til får jeg sånn heng på å spille noen sånne spill på telefonen, ellers så bruker jeg jo...jeg leser jo nettaviser, og så er det jo ... disse appene.....</p>	<p>Har noen uvaner med å sjekke sosiale medier daglig.</p> <p>Får av og til heng på å spille spill på telefonen.</p> <p>Ellers leser nettaviser og bruk av apper.</p>	<p>Daglig oppdatering på sosiale medier.</p> <p>Periodevis spilling på telefon</p> <p>Leser nettaviser</p>
<p>Intervju 9</p> <p>... når jeg står opp om morgenen så er jeg inne på nyheter, ser om det er skjedd noe i løpet av natta, og så er jeg inne på gården min som heter «Hayday» og forer litt dyr og jobber litt på gården, og så sitter jeg ofte og blar gjennom litt strikkeoppskrifter og ser om det er noen nye prosjekter jeg kan begynne med, det er liksom sånn. Og så ser jeg gjerne over tv-programmet for å se på hva som går i</p>	<p>Ser nyheter om morgenen, er inne på «Hayday» og spiller litt.</p> <p>Ser ofte på strikkeoppskrifter, om det er nye prosjekter.</p>	<p>Leser nettaviser</p> <p>Spiller «Hayday» daglig.</p>

	<p>løpet av kvelden, om det er noe som er interessant da, bare for å vite litt sånn. Ja, hvordan jeg skal legge opp dagen.</p> <p>Så bruker jeg det jo selvfølgelig til å sjekke hvis jeg skal kjøre buss, tog, tider altså sånn.</p>	<p>Ser over tv-programmet for å se hva som går om kvelden, for å vite hvordan legge opp dagen.</p> <p>Sjekker også rutetider for buss, tog og sånn.</p>	<p>Ser etter strikkeoppskrifter til nye prosjekter.</p> <p>Ser over kveldens TV-guide.</p> <p>Bruker internett til å legge opp dagen</p> <p>Bruker internett for å planlegge reise med offentlig transport</p>
--	---	---	--

5.10 Postoperativ Oppfølging

Spørsmål fra intervjuguide	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
<p>Kan du fortelle om hvilken oppfølging du har hatt fra sykehus eller fastlege etter operasjonen?</p> <p>- Hva har vært bra/mindre bra?</p>	<p>Intervju 1</p> <p>Ja, faktisk, denne gangen så har kirurgen ringt meg</p> <p>... så har jeg vært i kontakt med fastlegen, men det er ikke fastlegen som har tatt kontakt med meg.</p> <p>...altså jeg føler ikke at det har vært så veldig behov, fordi at... Nå har jeg igjennom dette her så mange ganger, så jeg er liksom...</p>	<p>Kirurgen har ringt og har selv tatt kontakt med fastlegen.</p> <p>Har ikke følt behov for mer oppfølging på grunn av tidligere operasjonserfaring.</p>	<p>Opplevelse av god oppfølging</p>

	<p>Intervju 3</p> <p>Da har jeg hatt oppfølging av sykepleier, og så var jeg nå på kontroll etter 14 dager, så skal jeg tilbake på kontroll etter tre måneder, og seks måneder.</p> <p>Alt har vært veldig bra, de har gitt god informasjon før operasjonen, både skriftlig og muntlig, og så når jeg kom tilbake til sykepleier for å ta ut tampongene fra nesa, så fikk jeg igjen informasjon og skriftlig informasjon, veldig bra, ehh, ja så, og det har vært telefonnummer som jeg kan ringe hvis det er noe, så det har vært veldig sånn på, og det har vært lett å få kontakt hvis det hadde vært behov, noe det ikke har vært.</p>	<p>Oppfølging av sykepleier, faste kontroller.</p> <p>God informasjon skriftlig og muntlig, lett å få kontakt hvis behov.</p>	<p>Opplevelse av god oppfølging</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>....på selve operasjonsdagen, den var jo kjempefin. De slapp meg ikke ut her fra før jeg var komfortabel med at jeg visste hva jeg trengte å vite og så videre, hva jeg kunne forvente.</p> <p>.Men det gikk et par dager hvor jeg var litt bekymret fordi på grunn av operasjonen.....så jeg ringte inn og var litt bekymret der....., og da fikk jeg en time med en gang. Da var det egentlig bare å komme, møte opp, og så skulle hun hjelpe meg så fort hun hadde mulighet da. Og fikk avkreftet eller altså bekreftet mine bekymringer, at det var ikke noe problem, det var sånn det skulle være. Så det var veldig bra. Og da ringte faktisk kirurgen meg personlig da, på sitt nummer.</p> <p>.... det har vært bra.</p>	<p>Opplevde god oppfølging operasjonsdagen</p> <p>Ringte inn bekymring, fikk time med en gang.</p>	<p>Opplevelse av god oppfølging</p>
	<p>Intervju 5</p> <p>... så hadde jeg jo oppfølging fra fysioterapeut mens jeg lå her på tirsdag og onsdag, og så, vi gikk gjennom litt øvelser så jeg kunne gjøre...</p>	<p>Oppfølging fra fysioterapeut, samtale med lege og telefonkontakt etter seks uker.</p>	

<p>Han (legen) var hos meg på onsdags morgen før jeg reiste...</p> <p>Og... så da hadde jeg jo sånn egentlig øvelser jeg skulle gjøre i seks uker. Sånn omtrent, så da tok jeg kontakt med fysioterapeut...</p> <p>... Ja, det var vel etter seks uker cirka, så da ringte de meg. Og spurte hvordan det gikk...</p> <p>Jeg føler meg kjempefornøyd</p>		<p>Opplevelse av god oppfølging</p>
<p>Intervju 7</p> <p>Nå skal jeg jo på kontroll i dag da...</p> <p>...jeg ringte når det var gått en uke og bare spurte om, eh, ja er det riktig at det skal oppleves sånn fortsatt, da var det fortsatt ganske vondt da.</p> <p>...jeg ble oppringt etter en liten stund av en lege som hørte på meg og tok meg alvorlig, og som gav meg gode svar...</p>	<p>Ringte sykehus på grunn av smerter, ble oppringt av lege, ble tatt alvorlig og fikk gode svar.</p>	<p>Opplevelse av å bli godt ivaretatt.</p>
<p>Intervju 8</p> <p>(Legen) Som tar meg inn til jevnlige kontroller og sjekking og ja, videre oppfølging.</p> <p>...Og han sender også utfyllende rapporter til min fastlege som jeg er hos hver 4.uke, som også følger meg meget godt opp.</p>	<p>Jevnlige kontroller, både fra sykehus og fastlege, følges meget godt opp.</p>	<p>Opplevelse av god oppfølging</p>
<p>Intervju 9</p> <p>Jeg går jo fast hos fysioterapeut to ganger i uka hele året, har gjort det i åtte år. Så vi har jo, vi begynte jo med bevegelse og sånn på den da når jeg hadde blitt operert. Lege har jeg ikke vært i kontakt med, men det har ikke vært behov. Så jeg føler at jeg har fåttnår det har vært ting jeg lurer på i forbindelse med det, så har jeg jo fått svar på det når jeg har snakket med fysioterapeuten.</p>	<p>Oppfølging fra fysioterapeut.</p> <p>Mulighet for telefonkontakt med sykehuset.</p>	<p>Opplevelse av god oppfølging</p>

<p>... så har jeg jo fått beskjed her at jeg bare må ringe hvis det skulle være noen ting, så det føles ganske trygt og greit det.</p> <p>....jeg er kjempefornøyd.alt har jo gått så fintaltså det har jo ikke vært noen ting. Så det har jo vært veldig greit.</p> <p>Men jeg tror nok hvis det hadde vært ting så hadde jeg nok fått god hjelp her, jeg er veldig fornøyd med dette sykehuset her.</p> <p>Har følt meg vel ivaretatt.</p>	<p>Følelse av trygghet</p> <p>Følelse av å være vel ivaretatt</p>	<p>Opplevelse av å bli godt ivaretatt.</p>
<p>Intervju 10</p> <p>...rett etter operasjonen, så fikk jeg vite hvordan det hadde gått... ..Og så kom hun kirurgen til meg dagen etter, for jeg lå over her, og forklarte litt mer. Og så hadde jeg en time to uker etterpå da de tok vekk bandasjen. Da forklarte hun mer. Og så er det i dag. Så det er ganske bra oppfølging.</p> <p>Det er igjen ganske medisinske termer da...</p> <p>...Men dagen etter så husker jeg at jeg tenkte nå må jeg spørre mer, hva betyr det, det ordet du bruker der?. Og da var det heldigvis en sykepleier til stede, så hun passet på at hun kirurgen ikke var altfor kjapp. For de har dårlig tid, ikke sant. Sånn at jeg fikk anledning til å spørre litt mer om hva betyr det...</p> <p>Man må jo prøve å gjøre ting, formidle ting sånn at du gjør det enkelt...</p> <p>Og så lurer jeg veldig i dag på hva hun kommer til å si, fordi at jeg, jeg er litt usikker på hvordan det har gått, fordidet føles ikke noe bedre...</p> <p>Så det er litt skummelt. Jeg lurer på det.</p>	<p>Samtale med kirurg etter operasjon.</p> <p>Medisinske termer, måtte spørre hva det betyr.</p> <p>Man må jo prøve å gjøre ting, formidle ting sånn at du gjør det enkelt...</p> <p>Usikkerhet, redd for å mase på sykehuset, avventer svar på kontrolltime</p>	<p>Opplevelse av god oppfølging</p> <p>Postoperativ kommunikasjon blir vanskeligere ved bruk av medisinske termer</p> <p>Informasjon må formidles enkelt.</p> <p>Opplever høy terskel for å ta kontakt med sykehuset utenom kontrolltimer</p>

	<p>Nei (ikke tatt kontakt med sykehuset) jeg tenker jeg får svarene i dag.....det er at jeg maser.</p>		
	<p>Intervju 11</p> <p>Fastlegen har jeg ikke vært hos i det hele tatt. Her på sykehuset, her har de vært veldig, veldig flinke, syns jeg. ...fulgt opp veldig bra. Jeg har ringt hit en gang på grunn av noe jeg lurte på, og da fikk jeg svar på det jeg spurte om, på en veldig god måte. Jeg var her for å ta sting og besøke en fysioterapeut, og da også var de veldig hyggelig og, veldig ålreite, syns jeg.</p> <p>Nei (savner i oppfølgingen), i grunnen ikke.</p>	<p>Har selv ringt sykehuset etter operasjonen, fikk svar på spørsmål på en veldig god måte.</p>	<p>Opplevelse av god oppfølging</p>
<p>Etter vår samtale om internettbasert oppfølging, er det noe du ser kunne ha vært gjort annerledes i den oppfølgingen du har fått etter operasjonen?</p>	<p>Intervju 1</p> <p>..... det som jeg savner, det er jo at de opplysningene som er rundt det som jeg har vært igjennom, at de kunne vært tilgjengelige.</p> <p>At man kan sjekke sin egen historikk, og få greie på epikriser og se litt sånn hva som er gjort, og..</p>	<p>Savner opplysninger om eget behandlingsforløp samlet på ett sted, og mulighet for å se historikk.</p>	<p>Savnet tilgjengelig opplysninger om eget behandlingsforløp.</p>
	<p>Intervju 4</p> <p>Ja, altså, det aller første er jo at jeg ville kunne funnet det jeg ville si er pålitelig informasjon, før operasjonen. Fordi, at når jeg følte at jeg kom hit til konsultasjonen, så var det veldig sånn «pang-pang-pang», og «ha det bra». «Sånn gjør vi det, og her, vi opererer i dag», ikke sant. Mens jeg hadde egentlig en del spørsmål som jeg følte jeg ikke fikk svar på. Det vil jeg anta man vil kunne finne</p>	<p>Savner et sted med pålitelig informasjon sånn at man kan lese seg opp på operasjonen.</p> <p>Hadde veldig mange spørsmål som jeg ikke fikk svar på.</p>	<p>Savnet et sted med pålitelig informasjon om operasjonen</p>

	der, og så er det jo mine bekymringer underveis da, som jeg kunne fått svar på mye raskere. Det.. så.. Jeg håper det her kommer på plass.		
Med de erfaringer du har med deg etter operasjonen, hva opplever du som aller viktigst i oppfølging etter operasjon?	<p>Intervju 1</p> <p>Det viktigste er jo at.... du har et eller annet kontaktpunkt. Hvis du har et behov. At du får en generell oppfølging.... det er veldig greit.</p> <p>... du har jo telefonnummer du kan ringe....., Jeg føler ikke at det, det dekker behovet helt.</p> <p>Hvis du har problemer eller komplikasjoner, så er det liksom.... Hvis du bor nær, så sier de, ja, du kan bare komme her. Men når du bor to timer unna, , så er det litt høy terskel. Og du skal ringe en eller annen som sitter et sted, og så skal noen kontakte noen igjen, og så skal de tilbake, ringe deg tilbake, og så skal du sitte og passe på det der... Det burde være noe bedre, enklere.</p>	<p>Det viktigste er at du har et kontaktpunkt hvis du har et behov.</p> <p>En generell oppfølging og et telefonnummer du kan ringe dekker ikke behovet helt.</p>	<p>Viktigst med enkel tilgang til kontakt ved behov.</p> <p>Tilgang til telefonnummer dekker ikke behovet</p>
	<p>Intervju 2</p> <p>... når jeg hadde problem, det var, det var behandlet fort.</p>	Når det oppstod problem, at det ble behandlet fort.	Viktigst med tilgang til rask hjelp ved behov
	<p>Intervju 3</p> <p>Jeg tenker at det har vært at de er så tilgjengelige. Jeg har ikke benyttet meg av det, jeg har ikke ringt, jeg har ikke, men jeg har på en måte visst at hvis det er noe jeg lurer på, så vet jeg at på en måte, så tar du den telefonen og så ringer du. Det gir en sånn egen trygghet tenker jeg</p>	Vissheten om at man kan ta kontakt hvis man lurer på noe gir trygghet	Viktigst er tryggheten av å vite at man kan ta kontakt ved behov.
	<p>Intervju 4</p> <p>... det viktigste er jo bare muligheten til å kunne stille de spørsmålene man har, til en fagperson. Det er jo det som er viktigst. Resultat, og at man kanskje må operere igjen, det....sånt skjer jo hele tiden, men , men det at jeg plutselig ikke har svar på ting jeg lurer på. Det er det som er farlig, for da begynner man å jakte på</p>	Det viktigste er muligheten til å kunne stille de spørsmålene man har til en fagperson.	Viktig å kunne stille spørsmål til fagperson

de svarene selv, på egenhånd, og kanskje bruker nettet, og man kan ende opp med å tro at man har kreft selv om man har flis i fingeren, ikke sant.. Så jeg vil si at det å kunne få svar på det man lurte på.		
Intervju 5 ..., det er vel egentlig at man får en oppfølging, at man er trygg, sant.	Det viktigste er at man får en oppfølging, at man er trygg.	Viktigst er tryggheten om at man får oppfølging
Intervju 7 Jeg tror det viktigste er å ha gode utskrivningsprosedyrer da, i etterkant av en operasjon, at man, gjentar det man har blitt fortalt når man fortsatt lå på postoperativ, for det husker man som regel ikke helt kanskje, at det er begrenset hvor mye av infoen som setter seg da. gode rutiner på den utskrivelsesprosessen tror jeg er det viktigste og kanskje at man har et telefonnummer man kan ringe eller en app man kan bruke hvis man trenger å snakke med en fagperson senere Ja, så utskrivingsrutinen er viktigst	Det viktigste er gode utskrivningsprosedyrer, at man får gjenfortalt informasjon og at man har et telefonnummer eller app man kan bruke hvis man trenger å snakke med en fagperson.	Det viktigste er gode utskrivingsrutiner. Viktig med tilgang til telefonnummer eller app for kontakt med fagperson ved behov.
Intervju 10 Det er informasjon, altsåOg at man får anledning til å stille spørsmål og får god informasjon. Det er jo det viktigste. Og, hvis det blir mulig, at man selv kan følge opp, hvis man lurte på noe mer. det at man blir sett og liksom anerkjent og får god informasjon som er tilpasset deg, det tror jeg er viktig.	Det viktigste er å få god og tilpasset informasjon, og anledning til å stille spørsmål. Det er viktig å bli sett og anerkjent	Viktigst å få individuelt tilpasset informasjon.
Intervju 11 Det er jo det viktigste å bli forberedt, og vite, å vite litt hva du kan forvente deg etterpå. Siden jeg var bare på sånn dagoperasjon, så reiser du jo hjem, og da, og	Det viktigste er å bli forberedt på hva du kan vente deg etterpå. Når du reiser hjem, er du overlatt til deg selv	Viktigst å bli forberedt på hva som venter etter operasjonen.

	da er du jo overlatt til deg selv, på en måte, så da er det greit å vite hva du kan forvente deg da. Det tenker jeg er det viktigste.	og da er det greit å vite hva du kan forvente deg.	
--	---	--	--

Vedlegg 2 – Godkjenning personvernombud



PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Alexander Eikrem-Lühti

Kopi: Lars Vasli

Fra: Personvernombudet

Saksbehandler Anne Grete Sandbukt

Dato: 13. januar 2020

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for
prosjektet

«Digital postoperativ oppfølging etter elektiv kirurgi»

Personvernombudets oppgaver er hjemlet i Lov 2018-06-15-38 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), EUROPAPARLAMENTS- OG RÅDSFORORDNING (EU) 2016/679 av 27. april 2016 om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger samt om oppheving av direktiv 95/46/EF (generell personvernforordning) GDPR, artikkel 39.

Sykehuset som behandlingsansvarlig har ansvar for at personopplysninger behandles på lovlig måte, og at rettsgrunnlaget for behandlingen er til stede. Dette gjelder også for forskning som reguleres av helseforskningsloven og hvor REK vurderer prosjektet. Dette følger blant annet av personopplysningsloven, personvernforordningen artikkel 38 nr 1:

Den behandlingsansvarlige og databehandleren skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger.

Vi viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger/helseopplysninger. Nedenfor følger personvernombudets tilråding av prosjektet.

**Rettsgrunnlaget for behandling av personopplysninger i prosjektet er
Personopplysningsloven, personvernforordningen artikkel 6 nr 1, bokstav a**

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

Behandling av personopplysningene i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen og på de forutsetninger som er angitt i vurderingen fra NSD. Personvernombudet legger i sin vurdering til grunn at det ikke publiseres personidentifiserbare opplysninger av noen art.

Data lagres som oppgitt i meldingen og i tråd med krav til konfidensialitet. Annen lagringsform forutsetter ny vurdering fra NSD og personvernombud.

Studien er frivillig og samtykkebasert. Samtykke innhentes som beskrevet i vedlegg til meldingen.

Ved eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må endringen forelegges personvernombudet for vurdering før iverksettelse.

Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt og senest 20.06.2010. Når formålet med databehandlingen er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet

Tilrådingen og eventuelle senere uttalelser om prosjektet arkiveres i sakarkiv.

Vennlig hilsen

Anne Grete Sandbukt

Vedlegg 3 – Godkjenning klinikkledelse

PROSJEKT I HELSE- OG SOSIALINFORMATIKK



TIL: Klinikksjef kirurgisk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede studenter om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted: Poliklinisk avdeling,
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven er:

Tema: Digital postoperativ oppfølging etter elektiv kirurgi

Problemformulering: Hva opplever pasienter å kunne påvirke deres intensjon om å bruke digitale løsninger for postoperativ oppfølging?
~~(Evt. hvordan kan disse faktorene oversettes til systemfunksjoner?)~~

Veileder ved universitetet:
Jan Gunnar Dale
E-post / Telefon:
jan.g.dale@uia.no
telefon 41240841

Hensikt med datainnsamling: Dataene brukes til masteroppgave i helse- og sosialinformatikk.

Metode for datainnsamling: Intervjuer. Lydopptak på enhet som ikke er koblet til internett. Lydfilene krypteres og lagres på UiA sine servere, og filene slettes når transkribering er ferdig (etter intern prosedyre ved UiA)

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg: Inklusjonskriterier er pasienter som gjennomgått elektiv kirurgi ved Lovisenberg Diakonale sykehus. Det vil bli spurt om bosted, alder, kjønn og i hvilken uke pasienten ble operert. Dette brukes kun som dimensjoner for variasjon, og vil ikke bli presentert på detaljnivå i studien.
Pasienter som er satt opp på kirurgisk poliklinikk (ortopedi og ØNH) 20, 21 og 22 januar (eventuelt og et par dager i begynnelsen av februar) 2020 vil få informasjonsskriv og samtykkeerklæring hjemsendt god tid før oppmøte Dette sendes ut av personell på poliklinikken som har lovlig tilgang til pasientenes navn og adresser.
De som samtykker vil bli kontaktet per telefon for videre planlegging av intervju.

Tidspunkt/varighet: Det er planlagt å utføre intervjuer 20, 21 og 22 januar (ev også et par dager i februar) 2020, i forbindelse med pasientens polikliniske besøk (for å forenkle for informantene). Det ønskes 10-12 informanter, og hvert intervju planlegges å pågå i ca 30 min (maks 45min).

Vedlegg:

Kopi av datainnsamlingsinstrument og samtykkeerklæring / informasjonsskriv godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:
Trude Rundereim
Beate Fundingsland Skaraas
Alexander Eikrem-Lüthi

Fakultet for helse og idrettsfag – Helse- og sosialinformatikkutdanningen

GRIMSTAD: Postboks 509, 4898 Grimstad Tlf. 37233000
KRISTIANSAND: Servicboks 422, 4604 Kristiansand Tlf. 38141000
http://www.uia.no/no/portaler/om_universitetet/helse-og_idrettsvitenskap/helse-og_sosialinformatikk

Dato: 27.11.19
Med hilsen

Trude Rundereim,
truder17@uia.no,
telefon 97154582
Beate Fundingsland Skaraas,
beates17@uia.no,
telefon 47232065
Alexander Eikrem-Lüthi,
akluth17@uia.no,
telefon 46305481

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato: Ansvarlig:

8 / 1 - 20 
Lars R. Vasli

Vedlegg 4 – Godkjenning FEK



Beate Fundingsland
Skaraas

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: 19/09434

Tidspunkt for godkjenning: : 17/12/2019

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Digital postoperativ oppfølging etter elektiv kirurgi

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Godkjent under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

FEK kommenterer at navn på de som skal intervju, bør stå i infoskrivet.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

Vedlegg 5 – Godkjenning NSD

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

Digital postoperativ oppfølging etter elektiv kirurgi

Referansenummer

830417

Registrert

10.12.2019 av Alexander Karl Josef Lüthi - akuth17@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for folkehelse, idrett og ernæring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jan Gunnar Dale, jan.g.dale@uia.no, tlf: 37233731

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Alexander Ekrem-Lüthi, alex.luthi89@gmail.com, tlf: 46305481

Prosjektperiode

06.01.2020 - 26.06.2020

Status

12.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

12.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 12.12.19. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 26.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

Før å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 6 - Intervjuguide

Variasjonsdimensjoner	Alder Kjønn Tid etter operasjon	<ul style="list-style-type: none"> Hva er din alder? Når ble du operert?
Oppfølging etter operasjonen		<ul style="list-style-type: none"> Kan du fortelle om hvilken oppfølging du har hatt fra sykehus eller fastlege etter operasjonen. <ul style="list-style-type: none"> - Hva har vært bra/mindre bra?
e-Helsekompetanse	Søke og finne helse-ressurser (eHEALS 3-5)	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan innhentet du informasjonen du hadde behov for før operasjonen? <ul style="list-style-type: none"> - Hva var lett/vanskelig? Eller hvorfor? Hvilken kjennskap har du til internettsider om helse og sykdom? <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan finner du disse? (søke? Gjennom sykehusets eller legekantorets hjemmeside? Portal?)
	Bruke helse-ressursene (eHEALS 6-7)	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan opplever du det å bruke internett til å få svar på spørsmål om helse og sykdom? Hvordan anvender du informasjon om helse og sykdom fra internett slik at den blir til hjelp for deg?
	Vurdere helse-ressurser (eHEALS 8-10)	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan opplever du det å selv vurdere kvaliteten på internettsider om helse og sykdom? Hvordan ser du om informasjonen er av god eller dårlig kvalitet? Hva tenker du om å selv ta avgjørelser som påvirker din helse basert på det du finner på internett? <ul style="list-style-type: none"> - Tenker du at det er viktig å ha god kunnskap om helse og sykdom for å ta slike avgjørelser?
UTAUT 2:		
Performance expectancy: «resultat forventning/ forventet nytte»	Perceived usefulness Opplevd nytteverdi	<ul style="list-style-type: none"> Hvilken nytte ser du for deg at du ville fått ved å bruke en løsning på internett med tilgang til pålitelig informasjon om helse og sykdom?

<p>«Forventet potensial for nytte»</p> <p>Faktoren handler om i hvilken grad bruker opplever at systemet kan være nyttig og om hvilke fordeler bruker potensielt kan oppnå ved å ta i bruk et slikt system</p>		<ul style="list-style-type: none"> Hva tenker du om muligheten for å kommunisere med helsepersonell via meldinger eller videosamtale?
	<p>Relative advantage</p> <p>Mulige fordeler</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hvilke mulige fordeler ser du for deg ved å bruke «internettbasert oppfølging» sammenlignet med den oppfølgingen du har hatt etter operasjonen? <ul style="list-style-type: none"> Hva ville vært av størst verdi for deg? Hvordan vil en slik løsning passet for deg?
	<p>Outcome Expectations</p> <p>Forventning til utfall (helse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Har du tanker om at situasjonen i tiden etter din operasjon kunne vært annerledes hvis du hadde brukt en slik løsning? Hvordan? Hvorfor?
<p>Effort Expectancy:</p> <p>The degree of ease associated with the use of the system.</p> <p>«innsats forventning/brukervennlighet»</p> <p>Faktoren handler om i hvilken grad bruker opplever systemet som brukervennlig.</p> <p>Navigasjon</p>	<p>Perceived Ease of Use</p> <p>Oppfattet brukervennlighet</p>	<p>Fortell om et nettsted eller en app som du synes er lett å bruke.</p> <p>Hvordan bruker du nettstedet/appen?</p> <p>Hva er det som gjør den/det lett å bruke?</p> <p>Hvor viktig er det for deg at appen eller nettstedet er lett å bruke?</p>
	<p>Complexity</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fortell om et nettsted eller en app som du synes er vanskelig å bruke. <ul style="list-style-type: none"> Hva er det som gjør det vanskelig?
<p>Social Influence:</p> <p>The degree to which an individual feel that it is important for others to believe he or she should use the new system.</p> <p>«sosial påvirkning»</p> <p>Faktoren handler om hva viktige personer i brukers omgivelser mener om systemet</p>	<p>Subjective Norms</p>	<p>Hvordan opplever du at dine meninger om nettsted/apper blir påvirket av for eksempel media, reklame, fagfolk, organisasjoner, myndigheter?</p>
	<p>Social Factors</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan tenker du at mennesker i din omgangskrets ville påvirke dine meninger om, og din bruk av et system for oppfølging etter operasjon via internett? Hvem tenker du ville påvirket deg mest? Hvorfor?
<p>Facilitating Conditions</p> <p>Tilrettelegging av forhold</p>		<ul style="list-style-type: none"> Hva tenker du må til for at du skal kunne ta i bruk internettbasert oppfølging?

<p>“fasiliterende betingelser!</p>		<ul style="list-style-type: none"> Hva tenker du om mulige begrensninger i forhold til å ta i bruk oppfølging via internett? (Tilgang til internett, pc, hjelp, egen kunnskap, opplæring, brukersupport?)
	<p>Compatibility</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan hadde du brukt en slik løsning? (Smarttelefon, nettbrett eller på datamaskin) Vil det ha betydning for deg om oppfølging via internett var tilgjengelig bare på datamaskin, og ikke på smarttelefon og nettbrett (og vise/versa) Hvorfor?
<p>Hedonic Motivation: «hedonisk motivasjon» definert som gleden som avleder fra bruk av teknologi</p>		<ul style="list-style-type: none"> Fortell om en app eller hjemmeside som du liker å bruke? Hvorfor liker du akkurat denne?
<p>Price Value: «prisverdi» definert som forbrukers kognitive kompromiss mellom antatte fordeler av applikasjonene og kostnaden ved å bruke dem</p>		<ul style="list-style-type: none"> Hva tenker du om å bekoste utstyr selv for å kunne bruke internettbasert oppfølging? (innvirkning på bruk)
<p>Experience and Habit Erfaring og «vane» definert som i hvilken utstrekning mennesker ser ut til å utføre atferd automatisk på bakgrunn av læring</p>		<ul style="list-style-type: none"> Hvordan søker du informasjon dersom du har spørsmål om helse eller sykdom, eller ønsker å vite mer om helse eller sykdom? Ville du si at internett er en naturlig del av hverdagen din? - Hvorfor/hvorfor ikke? Kan du fortelle om noen vaner du har når du bruker internett?
<p>Andre spørsmål</p>		<ul style="list-style-type: none"> Etter vår samtale om internettbasert oppfølging, er det noe du ser kunne ha vært gjort annerledes i den oppfølgingen du har fått etter operasjonen? Med de erfaringer du har med deg etter operasjonen, hva opplever du som aller viktigst i oppfølging etter operasjon?

Vedlegg 7 – Intervjuguide forenklet

Hva er din alder?

Når ble du operert?

Kan du fortelle om hvilken oppfølging du har hatt fra sykehus eller fastlege etter operasjonen?

Hva har vært bra/mindre bra?

Hvordan innhentet du informasjonen du hadde behov for før operasjonen?

Hva var lett/vanskelig? Og hvorfor?

Hvilken kjennskap har du til internettsider om helse og sykdom?

Hvordan finner du disse?

Hvordan opplever du det å bruke internett til å få svar på spørsmål om helse og sykdom?

Hvordan anvender du informasjon om helse og sykdom fra internett slik at den blir til hjelp for deg?

Hvordan opplever du det å selv vurdere kvaliteten på internettsider om helse og sykdom?

Hvordan ser du om informasjonen er av god eller dårlig kvalitet?

Hva tenker du om å selv ta avgjørelser som påvirker din helse basert på det du finner på internett?

Tenker du at det er viktig å ha god kunnskap om helse og sykdom for å ta slike avgjørelser?

Hvilken nytte ser du for deg at du ville fått ved å bruke en løsning på internett med tilgang til pålitelig informasjon om helse og sykdom?

Hva tenker du om muligheten for å kommunisere med helsepersonell via meldinger eller videosamtale?

Hvilke mulige fordeler ser du for deg ved å bruke «internettbasert oppfølging» sammenlignet med den oppfølgingen du har hatt etter operasjonen?

Hva ville vært av størst verdi for deg?

Hvordan vil en slik løsning passet for deg?

Har du tanker om at situasjonen i tiden etter din operasjon kunne vært annerledes hvis du hadde brukt en slik løsning?

Hvordan? Hvorfor?

Fortell om et nettsted eller en app som du synes er lett å bruke.

Hvordan bruker du nettstedet/appen?

Hva er det som gjør den/det lett å bruke?

Hvor viktig er det for deg at appen eller nettstedet er lett å bruke, for at du skal anvende den/det??

Fortell om et nettsted eller en app som du synes er vanskelig å bruke.

Hva er det som gjør det vanskelig?

Hvordan opplever du at dine meninger om nettsted/apper blir påvirket av for eksempel media, reklame, fagfolk, organisasjoner, myndigheter?

Hvordan tenker du at mennesker i din omgangskrets ville påvirke dine meninger om, og din bruk av et system for oppfølging etter operasjon via internett?

Hvem tenker du ville påvirket deg mest?

Hvorfor?

Hva tenker du må til for at du skal kunne ta i bruk internettbasert oppfølging?

Hva tenker du om mulige begrensninger i forhold til å ta i bruk internettbasert oppfølging?

(Tilgang til internett, pc, hjelp, egen kunnskap, opplæring, brukersupport?)

Hvordan hadde du brukt en slik løsning?

(Smarttelefon, nettbrett eller på datamaskin)

Vil det ha betydning for deg om oppfølging via internett var tilgjengelig bare på datamaskin, og ikke på smarttelefon og nettbrett? (og vise/versa)

Hvorfor?

Fortell om en app eller hjemmeside som du liker å bruke.

Hvorfor liker du akkurat denne?

Hva tenker du om å bekoste utstyr selv for å kunne bruke internettbasert oppfølging?

Hvordan søker du informasjon dersom du har spørsmål om helse eller sykdom, eller ønsker å vite mer om helse eller sykdom?

Ville du si at internett er en naturlig del av hverdagen din?

Hvorfor/hvorfor ikke?

Kan du fortelle om noen vaner du har når du bruker internett?

Etter vår samtale om internettbasert oppfølging, er det noe du ser kunne ha vært gjort annerledes i den oppfølgingen du har fått etter operasjonen?

Med de erfaringer du har med deg etter operasjonen, hva opplever du som aller viktigst i oppfølging etter operasjon?

Vedlegg 8 – Informasjonsskriv med samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsstudiet

” Internettbasert oppfølging av pasienter etter operasjon ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor **formålet er å få mer kunnskap om hva pasienter tenker om at oppfølging av pasienter etter en planlagt operasjon kan skje via en internettbasert informasjons- og kommunikasjonsløsning. I dette skrivet gir vi deg informasjon om mål for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.**

Formål

Dette er en masterstudie i Helse og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. I studien ønsker vi å lære mer om hva pasientene selv tenker kan være viktige faktorer i en internettbasert informasjons- og kommunikasjonsløsning for oppfølging av pasienter etter en planlagt operasjon.

Samfunnet er i endring og det utvikles stadig flere internettbaserte løsninger for innbyggerne. Deltakelse i egen behandling blir stadig mer viktig, og internettbaserte løsninger kan være et middel for at pasienter lettere kan engasjere seg og delta i egen behandling. For å kunne utvikle gode internettbaserte informasjons- og kommunikasjonsløsninger vil det være nødvendig å få kunnskap om hva pasientene selv tenker er viktig for at de skal kunne bruke og finne en slik løsning nyttig.

Hvem er ansvarlig for forskningsstudiet?

Universitetet i Agder (UIA), Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Veileder og ass. Professor Jan Gunnar Dale mob.: 41240841, mail: jan.g.dale@uia.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I samarbeid med Lovisenberg Diakonale sykehus er du foreslått som kandidat for studien fordi du har blitt operert / skal opereres på Lovisenberg Diakonale sykehus, og har time på poliklinikken den 20, 21 eller 22 januar 2020.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, kan det innebære det at du vil bli intervjuet. Dersom mange pasienter ønsker å delta i studien har vi dessverre ikke mulighet å intervju alle.

Hvis du blir intervjuet, vil du vil få spørsmål om dine erfaringer etter operasjonen, hvordan oppfølgingen har vært etter at du ble operert, dine erfaringer med data og internett og dine tanker om en eventuell internett-basert informasjons- og kommunikasjonsløsning for oppfølging av pasienter etter en planlagt operasjon.

Under intervjuet vil det være to personer (studenter) til stede. Disse personene har ikke nødvendigvis noen tilknytning til Lovisenberg Diakonale Sykehus, men de er pålagt samme taushetsplikt som øvrig personell på sykehuset.

Intervjuet vil vare ca. 30-45 minutter.

Under intervjuet benyttes det lydopptak. Lydopptaket blir oppbevart etter regler fra Universitetet i Agder og Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Deltakelse i studien vil ikke påvirke din behandling eller oppfølging.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Tilgang til opplysninger er kun til/[har kun?](#) studenter og veileder ved Universitetet i Agder

Det gjøres lydopptak under intervjuet. Det blir gjort avskrift av intervjuet som lagres på privat pc som er beskyttet med brukernavn og passord, det er kun studentene som har tilgang til denne.

Lydopptak slettes etter endt avskriving

Personopplysninger som kan komme frem i intervjuet anonymiseres

Du kan be om å få lese gjennom eget intervju etter avskrivning. Hvis avskrevet data inneholder opplysninger som du mener er feilaktige og ønsker å få slettet eller korrigert, vil dette bli utført etter ditt ønske

I studien vil du bli anonymisert og omtalt som informant.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2020. Dine opplysninger vil arkiveres frem til muntlig forsvar av oppgaven i juni 2020, og deretter bli makulert.

Masteroppgaven vil i ettertid være tilgjengelig online.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

å få rettet personopplysninger om deg,

få slettet personopplysninger om deg,

få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Trude Rundereim, truder17@uia.no , telefon 97154582

Beate Fundingsland Skaraas, beates17@uia.no , telefon 47232065

Alexander Eikrem-Lüthi, akluth17@uia.no , telefon 46305481

Jan Gunnar Dale, jan.g.dale@uia.no , telefon 41240841

Vårt personvernombud: Anne Grete Sandbukt, personvern@lds.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Hvordan kan jeg delta?

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg å sende en SMS med teksten «JA TIL STUDIE» til telefonnummer 46 30 54 81. Du vil senere bli oppringt for å avtale tid for intervju, forslagsvis rett etter timen din på poliklinikken. Du trenger ikke å forberede deg på noen spesiell måte.

Med vennlig hilsen

Jan Gunnar Dale, Alexander Eikrem-Lüthi, Trunde Rundereim, Beate F. Skaraas

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om studien “*Internettbasert oppfølging av pasienter etter operasjon*”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju, og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest 15.06.2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(Navn)