

*Speciale*  
Forside til specialet

<b>Afleveringsfrist</b>	Januar: [Årstal]	Juni: 2020	Andet: 2. juni 2020
<b>Vejleder: Anette H. Grønning</b>		<b>Institut: Kulturvidenskaber</b>	

<b>Titel, dansk:</b> <b>Patienters brug og oplevelse af videokonsultationer med lægen</b> <i>Et medieteoretisk casestudie</i>	
<b>Titel, engelsk:</b> How patients use and experience video consultations with their general practitioner <i>A media studies approach</i>	
<b>Min./max. antal typeenheder:</b> 144.000 – 192.000 (60 – 80 normalsider)  (1 normalside = 2400 typeenheder)	<b>Din besvarelses antal typeenheder:</b> <b>191.556 = 79,82 normalsider</b>
Du skal være opmærksom på, såfremt din besvarelse ikke lever op til det angivne (min./max) antal typeenheder (normalsider) vil din opgave blive afvist, og du har brugt et forsøg.	
(sæt x) <b>Specialet må gerne i anonym form bruges i forbindelse med undervisning/vejledning af kommende specialestuderende</b> <input checked="" type="checkbox"/>	

<b>Tro og love-erklæring</b>		
Det erklæres herved på tro og love, at undertegnede egenhændigt og selvstændigt har udformet denne eksamensopgave. Alle citater i teksten er markeret som sådanne, og eksamensopgaven, eller væsentlige dele af den, har ikke tidligere været fremlagt i anden bedømmelsessammenhæng.  Læs mere her: <a href="http://www.sdu.dk/Information_til/Studerende_ved_SDU/Eksamen.aspx">http://www.sdu.dk/Information_til/Studerende_ved_SDU/Eksamen.aspx</a>		
<b>Afleveret af:</b>		
<b>Fornavn:</b> Elle Christine	<b>Efternavn:</b> Lüchau	<b>Fødselsdato:</b> 02.01.1994

<sup>1</sup> Tælles fra første tegn i indledningen til sidste tegn i konklusionen, inkl. fodnoter. Tabeller tælles med deres antal typeenheder. Følgende tælles *ikke* med: resumé, indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag. Se i øvrigt eksamensbestemmelserne for disciplinen i studieordningen.

# PATIENTERS BRUG OG OPLEVELSE AF VIDEOKONSULTATIONER MED LÆGEN

Et medieteoretisk casestudie

Af: Elle Christine Lüchau  
Vejleder: Anette H. Grønning

Kandidatspeciale | 2. juni 2020



## ABSTRACT

In this thesis I use a media studies perspective to investigate how patients use and experience video consultations with their general practitioner. The thesis is designed as a qualitative case study and the empirical foundation consists of eight in-depth interviews with patients from the same medical practice in a larger Danish city. The aim of the investigation is to extend previous knowledge about the use of video consultations in a medical practice context by using a patient-oriented and media studies perspective which does not yet exist in a Danish context. The theoretical foundation of this thesis consists of three theories: Meyrowitz's (1986) theory on media's effects on time, place and relations; the theory of affordances and constraints as explained by Norman (1990; 2004) and Isind et al. (2019); and domestication theory as explained by Silverstone, Hirsch and Morley (1992). The methodological basis for my analysis consists of Braun and Clarke's (2006) thematic analysis. Based on this method and taking an abductive approach I code the interviews and sort the codes in two main themes and six subthemes. My findings show that the patients mainly use video consultations for receiving test results, and in general have positive experiences with the use of video consultations. However, their use and experiences seem to be tentative, dynamic and still developing. Moreover, the use and experiences of using video consultations differ from patient to patient. Based on my analysis I then discuss how the physical surroundings of both the general practitioner and the patient during a video consultation affect their relationship. Following this, I discuss whether video consultations can affect digital and social inequality. I consider how the patients' technological abilities and their different prerequisites contribute to their success in using video consultations. Furthermore, I discuss how the larger communication pattern between the general practitioner and the patient affects the patients' use of and experiences with video consultations. Finally, I suggest seven recommendations for general practitioners as well as recommendations for researchers on how to conduct more case studies in order to support the ongoing development and implementation of video consultations in Denmark.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>KAPITEL 1</b> .....	<b>1</b>
<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 PROBLEMFOMULERING .....	2
1.2 LÆSEVEJLEDNING.....	2
1.3 BEGREBSAFKLARING .....	3
1.4 VIDEOKONSULTATIONER OG MEDIALISERING .....	4
<b>2. VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT</b> .....	<b>7</b>
2.1 VIDENSKABSTEORETISK RAMME.....	7
2.2 MEDIEFORSTÅELSE .....	8
<b>KAPITEL 2</b> .....	<b>9</b>
<b>3. EKSISTERENDE FORSKNING</b> .....	<b>9</b>
3.1 SØGESTRATEGI .....	9
3.2 VIDEOKONSULTATIONER: LÆGENS PERSPEKTIV .....	10
3.3 VIDEOKONSULTATIONER: PATIENTENS PERSPEKTIV .....	10
3.4 VIDEOMØDER OG MEDIEPERSPEKTIVER.....	12
3.5 SPECIALETS POSITIONERING IFT. EKSISTERENDE LITTERATUR .....	14
<b>4. TEORI</b> .....	<b>15</b>
4.1 TID, RUM OG RELATIONER .....	15
4.2 AFFORDANCES .....	17
4.3 DOMESTICERING .....	19
<b>KAPITEL 3</b> .....	<b>22</b>
<b>5. METODE</b> .....	<b>22</b>
5.1 INDSAMLING AF EMPIRI .....	22
5.1.1 PRÆSENTATION AF CASE: LÆGEKLINIK OG PATIENTER .....	22
5.1.1.1 PRÆSENTATION AF LÆGEKLINIK .....	23
5.1.1.2 KONTAKT TIL PATIENTER .....	23
5.1.2 INTERVIEWGUIDE.....	24
5.1.3 SAMTALER MED LÆGE .....	25
5.1.4 OBSERVATION .....	26
5.1.4.1 RETROSPEKTIVT: OBSERVATION .....	26
5.1.5 INTERVIEWS ANSIGT-TIL-ANSIGT OG VIA TELEFON .....	26
5.1.6 FORTROLIGHED, SAMTYKKE OG ETIK .....	27
5.1.6.1 RETROSPEKTIVT: LØBENDE ETISKE OVERVEJELSER.....	28
5.2 ANALYSE AF EMPIRI.....	29
5.2.1 TEMATISK ANALYSE .....	29
5.2.2 TRANSSKRIFTION AF INTERVIEWS.....	30
5.2.3 KODNING AF EMPIRI OG BRUG AF NVIVO .....	31
<b>KAPITEL 4</b> .....	<b>32</b>

<b>6. ANALYSE.....</b>	<b>32</b>
6.1 PRÆSENTATION AF INFORMANTER .....	33
6.2 OVERSIGT OVER TEMAER .....	34
6.3 TEMA 1: RAMMER OG RUTINER.....	35
6.3.1 TILEGNELSE AF VIDEOKONSULTATIONEN .....	35
6.3.2 INDIVIDUEL RAMMESÆTNING.....	38
6.3.3 VIDEOKONSULTATIONEN ER NEM OG BEKVEM.....	43
6.4 TEMA 2: LÆGE-PATIENT RELATION .....	45
6.4.1 DEN ANSVARLIGE PATIENT .....	46
6.4.2 JEG KENDER LÆGEN, OG LÆGEN KENDER MIG .....	48
6.4.3 HVAD MAN (IKKE) TALER OM I EN VIDEOKONSULTATION.....	52
6.5 SAMMENFATNING.....	55
<b>7. TEORETISK OG METODISK REFLEKSION.....</b>	<b>57</b>
7.1 REFLEKSION OVER TEORIERNES ANVENDELIGHED .....	57
7.2 METODISK REFLEKSION .....	58
<b>8. DISKUSSION .....</b>	<b>59</b>
8.1 HJEMMETS ROLLE .....	59
8.2 PATIENT OG OMVERDEN .....	63
8.3 KOMMUNIKATIONSMØNSTERET MELLEM LÆGE OG PATIENT .....	66
<b>9. KONKLUSION .....</b>	<b>69</b>
<b>KAPITEL 5.....</b>	<b>70</b>
<b>10. FORSLAG TIL PRAKSIS OG FREMTIDIG FORSKNING .....</b>	<b>70</b>
<b>11. LITTERATUR .....</b>	<b>74</b>
<b>12. BILAG.....</b>	<b>82</b>
A. LITTERATURSØGNING .....	82
B. INTERVIEWGUIDE.....	85
C. SAMTALE MED LÆGE .....	87
C1. TRANSSKRIPION AF INTERVIEW MED LÆGE .....	87
C2. INFORMATION OM KLINIK .....	93
C3. NOTER FRA INDLEDENDE MØDE .....	94
D. NOTER FRA OBSERVATION AF VIDEOKONSULTATION .....	95
E. SAMTYKKEERKLÆRINGER .....	96
E1. PATIENT – INTERVIEWS.....	96
E2. PATIENT - OBSERVATION.....	97
E3. LÆGE – INTERVIEW OG OBSERVATION .....	98
F. TRANSSKRIPIONER.....	99
F1. BENTE .....	99
F2. GITTE .....	107
F3. HANNE.....	116
F4. LONE .....	130
F5. JENS.....	139
F6. KARL.....	148

F7. PER.....	160
F8. SØREN.....	172
G. EKSEMPEL PÅ KODET TEKSTSTYKKE.....	179
H. TEMATISK OVERSIGT.....	180
H1. INDLEDNINGSVIST MINDMAP.....	180
H2. FØRSTE SORTERING AF KODER.....	181
H3. ANDEN SORTERING AF KODER.....	182
I. INFORMATIONSFOLDER FRA MEDCOM TIL PATIENTER.....	183

## OVERSIGT OVER TABELLER OG FIGURER

Figur 1 Teoretisk ramme.....	22
Tabel 1 Oversigt over informanter.....	24
Figur 2 Oversigt over temaer.....	35
Figur 3 Affordances og constraints i afsnit 6.3.2.....	42
Figur 4 Affordances i afsnit 6.3.3.....	45
Figur 5 Constraints i afsnit 6.4.2.....	51
Figur 6 Affordances og constraints i afsnit 6.4.3.....	55
Figur 7 Forslag til læger.....	73

## KAPITEL 1

### 1. INDLEDNING

I den nationale *Strategi for Digital Sundhed 2018-2022* beskrives det, at digitale kommunikationsteknologier skal være med til at drive en bæredygtig udvikling af det danske sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er under pres på grund af den demografiske udvikling i Danmark med flere ældre og flere kronisk syge, og i strategien beskrives det, at den eneste løsning er øget digitalt samarbejde (Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner & KL, 2018, s. 8). Mere kontakt til sundhedsvæsenet skal ske fra borgerens eget hjem (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2018), og Danske Regioner har en ambition om, at hver tredje besøg hos den praktiserende læge skal foregå over internettet (Lose & Astman, 2018). En ny telemedicinsk løsning, som skal forbedre og effektivisere kommunikationen mellem patient og praktiserende læge, er videokonsultationer. Siden foråret 2019 har videokonsultationer kørt på forsøgsbasis i udvalgte lægeklinikker over hele landet (MedCom, 2020a). Interessen for videokonsultationer er stor, men både praktikere (f.eks. Beich i Petersen, 2020a; Ølholm i Petersen, 2020b) og forskere (f.eks. Donaghy et al., 2019; Hammersley et al., 2019) efterspørger forskning på området. Forskere påpeger desuden relevansen og behovet for studier, som anlægger et andet perspektiv end det dominerende biomedicinske og kausalt positivistiske (Chamberlain & Lyons i Lupton, 2018, s. viii), og det pointeres, at forskning i computermedieret kommunikation kan være gavnlige for det telemedicinske felt (Sabesan et al., 2014, s. 101; Whitten, Cook & Cornacchione, 2011, s. 93). Ikke mindst er viden om patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer meget sparsom og efterspørges både i eksisterende forskningslitteratur (f.eks. Kahn, 2015) samt af organisationen MedCom, som står for udvikling og implementering af digitale løsninger i det danske sundhedsvæsen (Ølholm, Kvistgaard, Kidholm, Højberg & Bergholz-Knudsen, 2020).

Foruden ovenstående udvikling udspringer idéen til dette speciale af erfaringer fra mit arbejde som studentermedhjælper i et medievidenskabeligt forskningsprojekt om e-mail-konsultationer (e-konsultationer). Jeg har her erfaret, at brugen af medier i sundhedsmæssige kontekster er domineret af sundhedsfaglige diskurser, hvor både medie og patienter ofte synes overset. Samtidig har jeg her erfaret, at medievidenskabelig forskning netop er særdeles velegnet til at skabe nuancerede indsigter i patienternes brug af e-konsultationer. Denne viden har vakt en undren og et behov for også at forstå, hvordan patienter forholder sig til videokonsultationer, både mht. selve teknologien og de

indholdsmæssige aspekter af den. Medievidenskaben kan netop bidrage, teoretisk såvel som metodisk, med dybdegående og nuancerede indsigter i menneskers mediebrug. Når løsningen på sundhedsvæsenets udfordringer består af et øget digitalt samarbejde, finder jeg det ikke kun relevant men også nødvendigt, at medievidenskaben bidrager til, at der i denne udvikling tages højde for mediets påvirkning af patienters hverdagsliv samt patienters brug og oplevelse af nye sundhedsrelaterede medier, herunder videokonsultationer.

Motiveret af ovenstående ønsker jeg med et medieteoretisk perspektiv at tilvejebringe en dybere forståelse af patienters brug og oplevelse af videokonsultationer med deres praktiserende læge. For at opnå viden herom foretager jeg otte individuelle og dybdegående interviews med patienter om deres brug og oplevelser af videokonsultationer. Patienterne tilhører alle den samme lægeklinik i en større dansk by. Interviewene behandles gennem en tematisk analyse med det formål at finde mønstre og temaer, som kan give nye indsigter i patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Specialets teoretiske ramme består af teori om *affordances* og *constraints* (herefter omtalt som *affordanceteorien*), som udlagt af Norman (1990; 2004) og Islind et al. (2019), *domesticering*, som udlagt af Silverstone, Hirsch og Morley (1992) samt Meyrowitzs (1986) teori om mediernes indvirkning på tid, rum og relationer. Tilsammen udgør disse teorier en analytisk ramme, som muliggør et fokus på den gensidige påvirkning videokonsultationen som medie og patienten som bruger, har på hinanden. I min brug af disse teorier tages højde for både patient, læge, medie og kontekst, så en righoldig og dybdegående viden opnås. Med udgangspunkt i ovenstående har jeg udformet følgende problemformulering.

## 1.1 PROBLEMFORMULERING

Hvordan bruger og oplever patienter videokonsultationer med deres læge?

## 1.2 LÆSEVEJLEDNING

Dette speciale er inddelt i fem kapitler. I **kapitel et** præsenterer jeg en begrebsafklaring. Da specialet skal læses i rammen af den igangværende medialisering af det danske sundhedsvæsen, og herunder af den almene lægepraksis, opridser jeg videokonsultationens rolle i medialiseringen af det danske sundhedsvæsen. Dertil beskriver jeg brugen og udviklingen af videokonsultationer i Danmark. Efterfølgende præsenterer jeg en videnskabsteoretisk redegørelse samt en forklaring af min medieforståelse. Dette kapitel rammesætter specialet og beskriver for læseren den kontekst, specialet er udarbejdet i.



I **kapitel to** gennemgår jeg eksisterende forskning om videokonsultationer samt nærliggende forskningsområder, og jeg præsenterer den i specialet anvendte teori. De teoretiske valg sammenkobles desuden med udlægningen af min medieforståelse fra kapitel et.

I **kapitel tre** fremlægger jeg specialets metodiske fundament. Her uddybes også dele af den videnskabssteoretiske redegørelse. I metodeafsnittet fremlægger jeg de overvejelser og valg, jeg har truffet forud for samt undervejs i min dataindsamling, og min analytiske fremgangsmåde beskrives. Enkelte afsnit består af retrospektive overvejelser, og disse afsnit er navngivet ”retrospektivt”.

I **kapitel fire** fremlægger jeg analysen af mine interviews med de otte patienter. Dernæst følger en teoretisk og metodisk refleksion. Efterfølgende foretager jeg en diskussion, hvori den eksisterende forskning samt mit interview med patienternes læge og min observation af en videokonsultation indgår. Dette kapitel afsluttes med en endelig konklusion og besvarelse af min problemformulering.

I **kapitel fem** præsenterer jeg, på baggrund af analyse og diskussion, forslag til fremtidige studier samt forslag til det fortsatte arbejde med udvikling og implementering af videokonsultationer i almen lægepraksis i Danmark.

### 1.3 BEGREBSAFKLARING

Omdrejningspunktet for dette speciale er videokonsultationer. En videokonsultation er en telemedicinsk løsning. Begrebet *telemedicin* blev første gang formuleret i 1970’erne af Thomas Bird og betyder at helbrede (fra det latinske *medicus*) på afstand (fra det græske *tele*) (Strehle & Shabde, 2006, s. 956). Selvom begrebet blev formuleret i 1970’erne, dateres telemedicin tilbage til 1906, da Willem Einthoven udviklede det første elektrokardiogram (EKG), som han benyttede til at måle patienters hjertesignaler på 1,5 kilometers afstand, bl.a. ved brug af telefonledninger. I 1967 foretog Thomas Bird sammen med kolleger den første audiovisuelle forbindelse mellem et hospital og en lufthavn i USA (Strehle & Shabde, 2006, s. 957). Telemedicin har således eksisteret i mange år, mens de digitale teknologier har haft fremgang indenfor telemedicin siden midten af det 20. århundrede og særligt siden 1980’erne, hvor den personlige computer blev udviklet (Lupton, 2018, s. 5). En senere og mere omfangsrig definition på telemedicin er Europa-Kommissionens, som lyder:

[telemedicine is] the provision of healthcare services, through the use of ICT [Information and Communications Technology], in situations where the health professional and the patient (or two health professionals) are not in the same location. It involves secure transmission of medical data and information, through text, sound, images or other forms needed for the

prevention, diagnosis, treatment and follow-up of patients. (Commission of the European Communities, 2008, s. 3)

Senere definitioner stemmer grundlæggende overens med ovenstående (f.eks. Lupton, 2018, s. 5; Osman et al., 2018, s. 2; Whitten et al., 2011, s. 84). Osman et al. pointerer desuden, at telemedicinske løsninger både inkluderer asynkron og synkron udveksling af information (2018, s. 2), hvortil videokonsultationer tilhører den synkron kategori. De beskriver endvidere videokonsultationer således: "Use of real-time video and audio for communicating (consulting, teaching, discussing treatment)" (2018, tabel 1, s. 2). Hvor Europa-Kommissionen nævner forebyggelse, diagnosticering, behandling og opfølgning, nævner Osman et al. specifikt for videokonsultationer konsultation, instruktion og diskussion af behandling. Ordvalget er forskelligt, men for begge definitioner gælder det, at videokonsultationer er en måde, hvorpå læge og patient audiovisuelt og på afstand kan kommunikere med hinanden om patientens helbred.

Der eksisterer flere former for videokonsultationer i sundhedssektoren, f.eks. mellem læger og andre sundhedsprofessionelle på plejehjem eller mellem psykiatere og patienter. I nærværende speciale undersøges videokonsultationer, som foregår mellem den praktiserende læge og den enkelte patient, og som kan foregå i patientens eget hjem og via patientens egne platforme, f.eks. computer, tablet eller smartphone. Jeg undersøger således ikke videokonsultationer, hvor flere sundhedsprofessionelle, f.eks. speciallæger, deltager. Ligeledes undersøger jeg ikke videokonsultationer, hvor patienten skal befinde sig i en klinik eller et møderum indrettet til formålet.

Der findes flere it-systemer, der benyttes til videokonsultationer. Den lægeklinik mine informanter tilhører, bruger organisationen MedComs system VPX, som er integreret i Sundhedsstyrelsens applikation Min Læge. I korte træk foregår videokonsultationen således for mine informanter, at de aftaler en videokonsultation med lægen via telefon, online booking eller ved et fysisk møde. På det aftalte tidspunkt åbner patienten appen Min Læge og trykker på et link. Der vises en venteskærm, også kaldet et virtuelt venteværelse (MedCom, 2020b), indtil lægen logger på. Derefter er videokonsultationen i gang.

## 1.4 VIDEOKONSULTATIONER OG MEDIALISERING

Jeg beskrev i ovenstående afsnit, at telemedicinske løsninger har udviklet sig over mange år, og at de digitale teknologier særligt har haft deres indtog i sundhedsvæsenet siden 1980'erne. I forlængelse af denne historiske forståelse, skal dette speciale forstås og læses indenfor rammen af

medialiseringsteori. Med udgangspunkt i Stig Hjarvards (2016) udlægning af medialiseringsteorien skelnes mellem begreberne mediering og medialisering. Mediering betyder, at kommunikation foregår igennem et medie (Hjarvard, 2016, s. 19), f.eks. når en læge og en patient benytter videokonsultationer. Medialisering vedrører ”de strukturelle forandringer mellem forskellige kulturelle og samfundsmæssige domæner”, hvortil medier skaber ”nye betingelser for kommunikation og interaktion” (Hjarvard, 2016, s. 19).

Det, Hjarvard betegner som ”akkumuleringen af medieringspraksisser”, kan bidrage til en medialisering af en institution (Hjarvard, 2016, s. 20), f.eks. sundhedsvæsenet. I det danske sundhedsvæsen ses netop, hvordan flere forskellige medieteknologier benyttes i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Det er ved lov obligatorisk for praktiserende læger at tilbyde e-konsultationer til deres patienter, og 19,1% af alle konsultationer hos praktiserende læger er e-konsultationer (Praktiserende Lægers Organisation, 2020). Derudover findes flere sundhedsapplikationer, som patienter kan bruge i deres kommunikation med sundhedsvæsenet, f.eks. Min Læge og Mit Sygehus, for ikke at nævne alle de måder, hvorpå danskere benytter forskellige medier i relation til deres sundhed og helbred, f.eks. hjemmesider, tv-programmer og sociale medier. Når jeg undersøger videokonsultationer er det således ud fra den kontekstuelle forståelse, at videokonsultationer er en af flere måder, hvorpå kommunikationen i det danske sundhedsvæsen medieres. Sammen med de ovennævnte eksempler og andre medieringspraksisser i sundhedsvæsenet, er videokonsultationer en medvirkende faktor til den igangværende medialisering af sundhedsvæsenet og mere specifikt af den almene lægepraksis.

Som indledningsvist nævnt beskrives det i den nationale *Strategi for Digital Sundhed 2018-2022*, at nye kommunikationsteknologier skal være med til at drive en bæredygtig udvikling af det danske sundhedsvæsen, og at det ønskes, at mere kontakt til sundhedsvæsenet kan ske fra borgerens eget hjem (Sundheds- og Ældreministeriet et al., 2018). Hos Danske Regioner er ambitionen, at hver tredje besøg hos den praktiserende læge skal foregå over internettet, herunder ved brug af videokonsultationer (Lose & Astman, 2018), og videokonsultationer er blevet integreret i Sundhedsstyrelsens applikation Min Læge (Sundhedsdatastyrelsen, 2019).

Videokonsultationer er endnu ikke fast implementeret i de almene lægepraksisser i Danmark, men organisationen MedCom har netop gennemført et nationalt pilotprojekt om brugen af videokonsultationer, hvori lægepraksisser fra alle landets regioner indgår (MedCom, 2020a). På baggrund af et spørgeskema samt fokusgruppeinterviews konkluderer de, at lægerne er positive overfor brugen af videokonsultationer, men at de oplever tekniske problemer, samt at de mener, at

video kun i nogle tilfælde kan erstatte fysiske konsultationer (Ølholm et al., 2020, s. 48). Patienternes perspektiv indgår kun i projektet i form af 21 besvarelser på et spørgeskema (Ølholm et al., 2020, s. 22). Resultaterne af spørgeskemaet viser, at de 21 patienter generelt finder videokonsultationer nemme at anvende, og at de er trygge ved at bruge dem (Ølholm et al., 2020, s. 30). Samtidig italesættes dog også begrænsninger, der relaterer sig til tekniske udfordringer samt forholdet til lægen, herunder om patienten føler sig tryk ved samt kender sin læge (Ølholm et al., 2020, s. 30). Disse kommentarer fra patienterne uddybes ikke, og viden om patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer synes således overfladisk og sparsom. I konklusionen på evalueringen anbefaler forfatterne, at en ny evaluering foretages, blandt andet for at opnå mere viden om patienternes oplevelse af videokonsultationer (Ølholm et al., 2020, s. 59). I marts 2020 har Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner grundet COVID-19-pandemien desuden aftalt at fremskynde praktiserende lægers ibrugtagning af videokonsultationer for at bremse COVID-19-smitte. Det har øget brugen af videokonsultationer markant, og Danske Regioner forventer på baggrund af denne udvikling, at videokonsultationer fremover kommer til at erstatte mange fysiske konsultationer (Danske Regioner, 2020). Derudover benyttes videokonsultationer på nogle hospitaler (se f.eks. Region Sjælland, 2019), i ældrecentre (se f.eks. Greve & Würtz, 2019) samt i psykiatrien (se f.eks. Folker, Helverskov, Nielsen, Jørgensen & Larsen, 2018). Ikke mindst viser en rapport, at halvdelen af danskerne, dog i et hypotetisk scenarie og ikke baseret på faktiske erfaringer, vil foretrække videokonsultationer fremfor fysiske møder, når de skal til lægen (Atea, 2019). Flere interessenter er positive overfor brugen af videokonsultationer i Danmark, men nogle læger forholder sig dog kritisk til implementeringen af videokonsultationer, hvilket uddybes i afsnit 10. Udover MedComs spørgeskema med 21 besvarelser er erfaringerne fra de patienter, der har benyttet videokonsultationer med deres praktiserende læge, endnu ikke undersøgt. Det er således hensigten, at jeg med dette speciale kan bidrage med dybdegående viden om et endnu stort set udforsket patient-perspektiv på brugen af videokonsultationer i danske lægepraksisser.

Specialets formål er, jf. min problemformulering, ikke at vurdere, på hvilken måde eller i hvilken grad videokonsultationer er et udtryk for en medialisering af den almene lægepraksis. Jeg diskuterer derfor ikke medialiseringsteorien yderligere, men har i dette afsnit brugt teorien til at give læseren en forståelse af den udvikling og kontekst, videokonsultationer er en del af.

## 2. VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT

For at rammesætte dette speciale samt afklare hvordan jeg forholder mig til mit materiale og undersøgelsesfelt, følger her en videnskabsteoretisk redegørelse og en forklaring af min medieforståelse.

### 2.1 VIDENSKABSTEORETISK RAMME

Nærværende speciale kan karakteriseres som et casestudie. Ifølge Yin (2018) defineres et casestudie som “an empirical method that investigates a contemporary phenomenon (the “case”) in depth and within its real-world context” (2018, s. 15). Hertil beskriver Yin, at casestudiet er særligt velegnet, når man stiller ”hvordan” og ”hvorfor” spørgsmål (2018, s. 2), hvilket netop er tilfældet i dette speciale. I tråd med Yin beskriver Flyvbjerg (2020), at et casestudie omfatter en højere grad af dybde sammenlignet med analyser på tværs af enheder, at konteksten er i fokus, og at casestudiet kan udvikle og ændre sig løbende (2020, s. 622). Dette speciale er netop en dybdegående undersøgelse af et nutidigt fænomen – brugen og oplevelsen af videokonsultationer – forstået og undersøgt i konteksten af den virkelighed, hvori patienterne benytter videokonsultationer, og som denne virkelighed ser ud, mens specialet udarbejdes.

Ydermere beskriver Flyvbjerg, at et casestudie kan undersøges på mange måder (2020, s. 622). Casestudiet bruges ofte i kvalitativ forskning (Hellström, 2008 i Slevitch, 2011, s. 78), hvilket også er den metodiske tilgang, jeg benytter i dette speciale. Dette valg er hensigtsmæssigt, da formålet med den kvalitative tilgang er at opnå en bedre forståelse for et fænomen, som det opfattes af de personer, man undersøger (Bryman, 1988 i Slevitch, 2011, s. 77). Dette gør sig gældende, idet jeg undersøger patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Resultaterne af dette speciale er derfor også kontingente. Dette betyder, at betydningsdannelsen er situationsbestemt og afhængig af de vilkår og den kontekst både informanterne og jeg befinder os i, mens arbejdet med specialet og tilhørende dataindsamling udføres (Dahler-Larsen, 2008, s. 91). Endeligt skal det nævnes, at jeg benytter en hermeneutisk tilgang, hvormed jeg meningsfortolker de otte interviews i den ’frem-og-tilbage’ proces mellem del og helhed, der kendetegner den hermeneutiske spiral (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 275). Den hermeneutiske tilgang kongruerer netop med min abduktive kodning og analyse, hvilket uddybes i afsnit 5.2.3.

## 2.2 MEDIEFORSTÅELSE

I medieforskningen er der forskellige holdninger til, i hvilken grad medieteknologier har magten til at transformere kultur og samfund (Lister, Dovey, Giddings, Grant & Kelly, 2009, s. 77). De to centrale teoretikere Marshall McLuhan og Raymond Williams repræsenterer to yderpoler, og deres synspunkter resonnerer stadig i nutidig medieforskning (Lister et al., 2009, s. 77). Med sin teknologideterministiske forståelse af medier søgte McLuhan at påvise de store effekter, medieteknologier har på samfundet (Lister et al., 2009, s. 77), mens Williams med sin konstruktivistisk-humanistiske forståelse af medier søgte at vise, at medieteknologier forholder sig til eksisterende strukturer og magtrelationer og dermed reproducerer disse (Lister et al., 2009, s. 78). Jeg positionerer mig i midten mellem de to yderpoler og fokuserer på den gensidige påvirkning, medieteknologier og brugere har på hinanden, hvilket er en tilgang, flere medieforskere følger (Lievrouw, 2014, s. 23). I forbindelse hermed anlægger jeg det, Sismondo betegner som en ”mild socialkonstruktivistisk tilgang”, hvilket betyder, at jeg anser sociale omstændigheder og konstruktioner som en faktor for, hvordan teknologien – dvs. videokonsultationen – opleves og bruges (Sismondo, 1993 i Lievrouw, 2014, s. 22). Både domesticeringsteorien og affordanceteorien, som benyttes i dette speciale, fremhæves som måder, hvorpå relationen mellem bruger og medie kan undersøges (Bertel, 2016; Boczkowski & Siles, 2014, s. 61). Disse teoretiske tilgange underbygger således den midterposition, jeg indtager. Selvom Meyrowitzs (1986) teori også er benyttet i relation til affordanceteorien (Helles, 2013), beskriver Boczkowski og Siles (2014), at Meyrowitz repræsenterer en mere deterministisk forståelse af medier, fordi han forstår medier som miljøer, hvis materielle og teknologiske egenskaber former brugerens handlinger (2014, s. 60). Meyrowitz påpeger dog selv, at hans teori ikke skal forstås som en del af en deterministisk filosofi (1986, s. 328), samt at individet på trods af miljøets egenskaber stadig har forskellige handlemuligheder (1986, s. 329). Når jeg benytter Meyrowitzs (1986) teori er det i et samspil med domesticeringsteorien og affordanceteorien. Hermed tager jeg ikke udgangspunkt i mediets materialitet, men derimod i forholdet *mellem* denne materialitet, som Meyrowitz fokuserer på, og brugerens ageren og den sociale kontekst, som Islind et al. (2019) samt Silverstone et al. (1992) fokuserer på. De teoretiske tilgange uddybes i afsnit 4 efter nedenstående præsentation af eksisterende forskning om videokonsultationer. Yderligere metodiske valg præsenteres i afsnit 5, ligesom at der foretages en teoretisk og metodisk refleksion i afsnit 7 på baggrund af mine analyseresultater i afsnit 6.

## KAPITEL 2

### 3. EKSISTERENDE FORSKNING

Først præsenterer jeg min søgestrategi, og dernæst sammenfatter jeg mine søgeresultater i en gennemgang af eksisterende relevant litteratur om videokonsultationer samt de mest nærliggende medievidenskabelige studier.

#### 3.1 SØGESTRATEGI

Efter at have indhentet viden om brugen af videokonsultationer i Danmark, som fremlagt i afsnit 1.4, foretog jeg en indledningsvis bred systematisk søgning på SDU Summon for at skabe overblik over eksisterende international forskning om videokonsultationer samt få inspiration til søgetermer. Jeg medtog i denne søgning både studier om lægers og patienters holdninger til samt erfaringer med videokonsultationer. Lægernes erfaringer og holdninger præsenteres i afsnit 3.1. Efterfølgende indsnævrede jeg min søgning og fokuserede på patienters perspektiver på videokonsultationer. Hertil benyttede jeg databaserne Academic Search Premier og Communication Source med det formål at finde medie- og kommunikationsfaglige studier om videokonsultationer. Jeg benyttede også databaserne PubMed og SAGE Journal of Telemedicine and Telecare for at medtage sundhedsfaglige studier om emnet, da disse også kunne tænkes at bidrage til min forståelse af videokonsultationer. Resultaterne af denne søgning præsenteres i afsnit 3.2.

Artikler der alene fokuserer på medicinske, økonomiske eller organisatoriske aspekter ved videokonsultationer samt artikler, der undersøger videokonsultationer, hvori patienten ikke er deltagende, er fravalgt, da sådanne studier ikke relaterer sig til min problemformulering. Da jeg blot fandt et enkelt kommunikationsorienteret studie om brugen af videokonsultationer i almen praksis i de første to søgninger, foretog jeg en tredje søgning på forskning om videomøder i andre sammenhænge. Slutteligt har jeg inddraget dansk forskning om brugen af medier i sundhedsmæssige kontekster. Dette er gjort for at undersøge, hvad der eksisterer af nærliggende medievidenskabelig forskning samt for at hente teoretisk inspiration fra medievidenskabelige studier. Af tids- og pladmæssige årsager har det været nødvendigt at begrænse min litteratursøgning. Det er derfor muligt, at jeg har overset relevante studier. For at sikre transparens har jeg vedlagt mine søgninger, inkl. søgetermer og udvælgelseskriterier, i bilag A.

### 3.2 VIDEOKONSULTATIONER: LÆGENS PERSPEKTIV

Dette afsnit er baseret på otte studier om lægers perspektiver på brugen af videokonsultationer. Studierne indgår i min litteraturgennemgang, fordi de giver indikationer på, hvad der kan være relevant også at undersøge fra patienternes perspektiv. Der findes to studier, der fokuserer på praktiserende læger (Jiwa & Meng, 2013; Randhawa, Chandan, Thomas & Singh, 2019), hvortil resten omhandler special- eller hospitalslæger. Generelt viser de otte studier, at mange læger kan se potentialet i brugen af videokonsultationer. Dog nævnes videokonsultationer primært som løsning på store afstande mellem læger og patienter i landlige områder (Goodwin, McGuirk & Reeve, 2017; Guhl, Linngron, Rosenberg, Hosten & Kirsch, 2019; Jiwa & Meng, 2013; Johansson, Lindberg & Soderberg, 2017; Kulcsar, Albert, Ercolano & Mecchella, 2016; Tonnies et al., 2019), hvilket adskiller sig fra dette speciale, da udgangspunktet for min undersøgelse er en by-praksis. På baggrund af en tematisk analyse, baseret på interviews med 12 læger, konkluderer Randhawa et al. (2019), at lægerne er bekymrede for patienternes teknologiske evner, samt hvordan videokonsultationer vil påvirke læge-patient forholdet. De nævner desuden, at lægerne er bekymrede for at kunne eksaminere patienten korrekt. Det samme mener de 47 læger i Jiwa og Mengs (2013) studie, som på baggrund af en video-vignette med patienter, der forklarer deres symptomer, skulle diagnosticere patienterne og derpå besvare et spørgeskema om deres holdning til videokonsultationer. Endvidere konkluderer Sturesson og Groth (2018), på baggrund af 14 observationer og interviews med læger på et svensk hospital, at patientens omgivelser kan have betydning for, hvordan lægen fortolker en given situation under en videokonsultation. De påpeger, at patientens følelser omkring omgivelserne ifølge lægerne også har betydning for udførelsen af videokonsultationen, f.eks. i forhold til, om patienten føler sig godt tilpas (s. 11). Ikke mindst beskriver de, at videokonsultationer udvider det kliniske rum og inddrager en ny kontekst til konsultationen, ligesom at både lægens og patientens adfærd kan ændre sig grundet teknologi, kontekst og omgivelser (s. 11). Ovenstående studier giver viden om lægernes holdninger til samt erfaringer med videokonsultationer, men studierne bidrager ikke med viden om patienternes oplevelser, selvom det nævnes, at patienternes teknologiske kunnen, trivsel og omgivelser samt relation til lægen kan have betydning for videokonsultationerne. Disse studier indgår derfor som inspiration til mine teoretiske valg, som uddybes i afsnit 4.

### 3.3 VIDEOKONSULTATIONER: PATIENTENS PERSPEKTIV

Jeg har fundet ni studier omhandlende patienters holdninger til videokonsultationer med deres praktiserende læge. Fem af disse studier omhandler, ligesom studiet af Jiwa og Meng (2013) og



studiet af Randhawa (2019) i afsnit 3.2, holdninger til eventuelt *fremtidigt* brug af videokonsultationer. Studierne undersøger således ikke patienternes faktiske oplevelser. Konklusionerne i disse studier er blandede: Nogle patienter er positivt indstillet overfor brugen af videokonsultationer, mens flere dog trods denne positivitet stadig foretrækker et fysisk møde (Chudner, Drach-Zahavy & Karkabi, 2019; Gardner et al., 2015; Leng, MacDougall & McKinstry, 2016). Andre har en skepsis (Nymberg et al., 2019) eller ligefrem modvilje mod brugen af videokonsultationer (Huang, Lu, Alizadeh & Mostaghimi, 2016). Disse studier viser, at patienters holdninger til videokonsultationer er meget forskellige, mens studierne dog ikke bidrager med viden om patienters reelle brug og oplevelser af videokonsultationer.

Fire studier omhandler patienters faktiske brug og oplevelser af videokonsultationer med deres læge. Powell, Henstenburg, Cooper, Hollander og Rising (2017) konkluderer på baggrund af 19 interviews med patienter i USA, at nogle patienter føler sig mere trygge ved videokonsultationer end ved et fysisk møde, samt at nogle udtrykker en præference for at modtage alvorlige nyheder via video, da de således kan blive i egne trygge omgivelser. Af bekymringer er bl.a. patienternes privatliv. Patienterne gør sig overvejelser om samt forbereder omgivelserne forud for konsultationen for f.eks. at sikre, at kolleger på deres arbejdsplads ikke kan overheøre konsultationen. Et senere britisk studie, foretaget af Donaghy et al. (2019), konkluderer på baggrund af 21 interviews med patienter, at videokonsultationer opfattes fordelagtige sammenlignet med telefonkonsultationer og at videokonsultationer kan spare tid sammenlignet med fysiske møder. Samtidig konkluderer de, modsat Powell et al. (2017), at et fysisk møde foretrækkes ved komplekse eller sensitive emner (Donaghy et al., 2019, s. 586). Et britisk studie af Hammersley et al. (2019) konkluderer på baggrund af en indholdsanalyse samt et spørgeskema, at patienterne foretrækker fysiske møder, selvom videokonsultationer også accepteres. I Reed et al.s (2019) studie konkluderes det, på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse, at videokonsultationer kan gavne amerikanske patienters muligheder og adgang til sundhedsvæsenet, mens det ikke uddybes, hvorfor og hvordan videokonsultationer kan hjælpe med dette. Betydningen af selve mediet er generelt sparsom i ovenstående studier, ligesom at de to sidstnævnte studier ikke kommer med uddybende forklaringer på patienternes oplevelser af videokonsultationerne. Det er hensigten, at mit speciale kan bidrage til at udfylde dette videnshul.

Jeg har fundet ét kommunikationsorienteret studie, af Islind et al. (2019), der undersøger kvaliteterne ved videokonsultationer igennem observationer og interviews med patienter og sygeplejersker på en rehabiliteringsklinik. Dette studie konkluderer, ligesom Powell et al. (2017), at patienterne finder de hjemlige omgivelser betryggende og komfortable (Islind et al., 2019).

Derudover beskriver Islind et al. intimitet som en kvalitet ved videokonsultationer, fordi patienterne taler om intime emner og deler flere detaljer via video, end de gør ved andre konsultationsformer (2019, s. 462). I modsætning til de ovenstående studier opnår Islind et al. en mere detaljerig forståelse af brugernes oplevelser af videokonsultationer qua deres interviews med patienterne kombineret med deres fokus på de oplevede kvaliteter ved videokonsultationer. Studiet sammenligner dog videokonsultationer med telefonkonsultationer og fysiske møder, ligesom at der foretages en sammenligning af sygeplejersker og patienters oplevelser. Således bliver studiet ikke ligeså fokuseret på patienternes oplevelser af videokonsultationer, og studiet omhandler desuden ikke almen lægepraksis. Imidlertid benytter Islind et al. en interessant teoretisk tilgang med brug af affordanceteorien, som uddybes i min teorigennemgang.

### 3.4 VIDEOMØDER OG MEDIEPERSPEKTIVER

I afsnit 3.3 blev der blot præsenteret én enkelt artikel om videokonsultationer (Islind et al., 2019) der udsprang fra et teknologisk-kommunikativt forskningsfelt fremfor et sundhedsfagligt. Min tredje søgning fokuserede derfor på kommunikations- og medievidenskabelig forskning om videomøder i andre sammenhænge med det formål at undersøge, om denne forskning kan inspirere mine teoretiske valg. Med udgangspunkt i McLuhans *laws of media* konkluderer Nelson, Jarrahi og Thomson (2017), på baggrund af 37 interviews, at brugere af videomøder i arbejdssammenhæng oplever det fordelagtigt, at de kan se hinandens ansigter samt gestik på video. Omgivelserne har også betydning for oplevelsen af videomøder og kan i nogle tilfælde forstyrre så meget, at der skabes en visuel overbelastning, så fokus fjernes fra personens ansigt (2017, s. 765). Nelson og Jarrahi konkluderer, at video har potentiale til at erstatte telefon- og fysiske møder. De fokuserer dog, med udgangspunkt i McLuhans teknologideterministiske tilgang, på mediets effekt på brugeren og ikke omvendt. Desuden påpeger de også, at der fremtidigt bør tages højde for interaktionen mellem brugerne i videomøder (2017, s. 765). Andre undersøgelser af videomøder konkluderer, at deltagernes kendskab til hinanden har betydning for, om mødet skal foregå via video (Denstadli, Gripsrud, Hjorthol & Julsrud, 2013), og at det kan være sværere at danne tætte relationer via videomøder (Arnfolk & Kogg, 2003; Muhlfelder, Klein, Simon & Luczak, 1999). Denne litteratur viser, at omgivelserne kan have betydning for oplevelsen af videomedieret kommunikation, samt at relationen mellem brugerne har betydning for brugen og oplevelsen af videomedieret kommunikation. Resultaterne af denne forskning inspirerer dermed også mine teoretiske valg, som uddybes i afsnit 4.

Ovenstående studier om videomøder er ikke relateret til en sundhedsmæssig kontekst. Jeg har derfor også afslutningsvist undersøgt hvilken nærliggende medie- og kommunikationsvidenskabelig forskning om brugen af medieteknologier i sundhedsvæsenet, der eksisterer. For at indsnævre søgningen og fokusere på den danske kontekst, som mit speciale også skrives i, har jeg fokuseret på forskningsgrupper ved danske universiteter.

I flere studier om e-konsultationer påpeges nogle aspekter ved medieret kommunikation mellem læge og patient, som er relevante at nævne i forhold til nærværende speciale, fordi studierne giver indsigter i, hvordan en medieret kommunikationsform opleves af patienter i en sundhedsmæssig kontekst. Eksempelvis konkluderer Fage-Butler og Jensen (2015) på baggrund af et litteraturstudie om e-konsultationer, at patienter oplever mange fordele ved at kommunikere med lægen via e-mail. De nævner bl.a., at patienterne oplever en øget adgang til lægen, mere detaljeret information, og større mulighed for refleksion (2015, s. 117). Samtidig påpeges dog også ulemper, som eksempelvis manglende menneskelig kontakt og indholdsmæssige udfordringer herunder misforståelser og upassende beskeder såsom dårlige nyheder (2015, s. 123-124). Ligesom studierne om videokonsultationer i afsnit 3.3, gælder det også for e-konsultationer, at der er både positive og negative oplevelser med brugen. Også i igangværende forskning om brugen af e-konsultationer i dansk almen lægepraksis påpeges det, baseret på observationer og interviews med 15 læger, at e-konsultationer har potentiale til at opretholde og styrke læge-patient relationen, forudsat at parterne kender hinanden godt (Assing Hvidt, Søndergaard, Klausen & Grønning, under review, s. 18). I et studie om patienter og lægers perspektiver på *adgang* via e-konsultationer, konkluderer Grønning, Assing Hvidt, Brøgger og Fage-Butler (under review) at patienterne, som de har interviewet, oplever, at e-konsultationer gør adgangen til lægen nemmere samt er en bekvem måde at kommunikere med lægen på. De pointerer desuden, at affordanceteorien er en brugbar og fordelagtig måde at undersøge brugen af nye medier i sundhedsrelaterede kontekster, fordi teorien giver mulighed for at undersøge, hvordan brugere på forskellige måder benytter et medie og oplever, hvilke muligheder mediet tilbyder (Grønning et al., under review, s. 4).

Selvom den ovennævnte forskning ikke omhandler videokonsultationer, er både videokonsultationer og e-konsultationer (relativt) nye former for digitalt medieret kommunikation mellem læge og patient. Videokonsultationer adskiller sig dog markant fra e-konsultationer i form af deres synkronitet og audiovisuelle egenskab. Derfor kan dette speciale bidrage med at udvide det medievidenskabelige felt om medieret kommunikation i danske almene lægepraksisser, mens jeg samtidig lader mig informere af de teoretiske tilgange, der er benyttet i studier af e-konsultationer.

### 3.5 SPECIALET'S POSITIONERING IFT. EKSISTERENDE LITTERATUR

Min litteraturgennemgang viser, at der ikke findes medievidenskabelige og kun få dybdegående studier, der undersøger, hvordan patienter bruger og oplever videokonsultationer med deres praktiserende læge, samt at mediet i de sundhedsfaglige studier ofte reduceres til en kanal, hvis betydning ikke yderligere undersøges. Kahn (2015) påpeger, at tidligere studier om telemedicinske løsninger, herunder videokonsultationer, ofte fokuserer på, hvorvidt løsningen virker eller ej, fremfor at undersøge patientens oplevelse samt konteksten, hvori konsultationen foregår. Han opfordrer til flere undersøgelser af hvordan, hvornår, hvor og for hvem disse telemedicinske løsninger virker, samt hvilke kvaliteter telemedicin kan tilvejebringe. Ikke mindst påpeger han, at der er brug for dybdegående studier af aspekter relateret til blandt andet patientoplevelsen ved telemedicinske løsninger (Kahn, 2015, s. 1685). Som nævnt i min indledning påpeger Whitten et al. (2011), at forskning i computermedieret kommunikation kan gavne det telemedicinske felt (2011). I et studie baseret på udvalgt litteratur om læge-patient kommunikation forklarer Sabesan et al. (2014), at der på grund af kompleksiteten ved medieret læge-patient kommunikation bør udføres flere kvalitative og dybdegående studier med det formål at opnå mere viden om lægers og patienters oplevelse af den medierede interaktion (2014, s. 101).

Desuden påpeger både Raven, Butler og Bywood (2013), Reed (2019) og Kahn (2015) at konteksten er vigtig for forståelsen og brugen af videokonsultationer. Da der, baseret på min litteratursøgning, endnu ikke er foretaget studier om patienters oplevelser af videokonsultationer med praktiserende læge i Danmark, foruden MedComs spørgeskema, bidrager dette speciale således også med viden om emnet i en dansk kontekst.

Opsummerende følger dette speciale ovenstående opfordringer og forslag ved at udføre en dybdegående medieteoretisk undersøgelse af patienters brug og oplevelse af videokonsultationer med deres læge. Det er min hensigt, at jeg med dette speciale kan bidrage med ny viden om brugen af videokonsultationer, som kan supplere den eksisterende forskning om medieret kommunikation i danske almene lægepraksisser. Dertil er det min hensigt, at jeg med specialet kan bidrage med viden om videomedierede møder i en ny kontekst ift. den eksisterende forskning om videomøder. De teoretiske og metodiske valg, der muliggør denne undersøgelse, uddybes i afsnit 4 og 5.

## 4. TEORI

I de følgende afsnit præsenteres de teoretiske tilgange, jeg benytter mig af i min analyse af de otte patienters brug og oplevelse af videokonsultationer. Først fremlægges Meyrowitzs (1986) teori om mediers indflydelse på tid, rum og relationer mellem mennesker. Dernæst beskrives affordance-teorien som udlagt af Norman (1990; 2004) og Islind et al. (2019). Slutteligt inddrages domesticeringsteorien som udlagt af Silverstone et al. (1992). De teoretiske tilgange er valgt ud fra en vurdering af, hvad der er mest velegnet til at opnå viden om, hvordan patienter bruger og oplever videokonsultationer med deres læge. Dertil er valgene informeret af den eksisterende forskning på området, som fremlagt i afsnit 3.

### 4.1 TID, RUM OG RELATIONER

I min litteraturgennemgang i afsnit 3 blev både omgivelser og relationen mellem læge og patient ofte nævnt som et betydeligt aspekt ved brugen af videokonsultationer (Donaghy et al., 2019; Powell et al., 2017; Randhawa et al., 2019) og videomøder (Arnfolk & Kogg, 2003; Denstadli et al., 2013; Muhlfelder et al., 1999; Nelson et al., 2017). Også Islind et al. (2019) påpeger i forbindelse med affordances (som uddybes i næste afsnit), at interaktionen i videokonsultationer kan resultere i nye måder at opføre sig på, samt at handlemulighederne for de involverede i en videokonsultation afhænger af det *omkringliggende miljø* (s. 459, min kursivering). Også Sturesson og Groth (2018) forklarer, at videokonsultationer ændrer på opdelingen af privatsfæren og skaber en tidslig og rumlig fleksibilitet (s. 12). I dette afsnit præsenteres derfor professor i kommunikation Joshua Meyrowitzs (1986) teori om mediers indflydelse på tid, rum (på engelsk "place") og relationer. Jeg beskriver først Meyrowitzs teori og forklarer slutteligt, hvordan den benyttes i nærværende speciale.

Meyrowitz beskriver i bogen *No Sense of Place* (1986), hvordan elektroniske medier har ændret på forholdet mellem fysisk rum og socialt rum og dermed også på situationer og relationer mellem mennesker. Under betegnelsen elektroniske medier inkluderer Meyrowitz tv, radio, telegraf, telefon, båndoptager og computer, mens han primært fokuserer på tv'et (Meyrowitz, 1986, s. 69-70). Han forklarer, at "electronic media destroy the specialness of place and time" (1986, s. 125), og uddyber: "Through such [electronic] media, what is happening almost anywhere can be happening wherever we are. Yet when we are everywhere, we are also no place in particular" (1986, s. 125). Tidligere var en situation defineret af de tidslige og rumlige rammer, som var bundet til en fysisk lokation (1986, s. 124), men dette er ikke længere tilfældet. På grund af den fleksibilitet de elektroniske medier tilbyder, er mange menneskelige handlinger ikke længere afhængige af, at man skal befinde sig på et

bestemt sted, på et bestemt tidspunkt. Videokonsultationen er netop et eksempel på den rumlige fleksibilitet, mediet tilbyder, fordi patient og læge ikke behøver at befinde sig fysisk sammen for at interagere med hinanden. Denne fleksibilitet har ifølge Meyrowitz betydning for relationen mellem mennesker. Han forklarer, at det er adgang til information samt mønstre af information, fremfor de fysiske omgivelser, der har indflydelse på interaktionen mellem mennesker, og som er med til at definere en situation. Med information henviser Meyrowitz til social opførsel og den adgang, mennesker har til hinandens sociale fremtrædener (1986, s. 37). Denne information udgør det, Meyrowitz betegner som *informational setting* eller *social "place"* (1986, s. 7; 115). Adgangen til information om en anden person er på grund af medierne ikke længere afhængig af de fysiske omgivelser, og således skelner Meyrowitz mellem det, han kalder hhv. *physical place* og *social "place"* (1986, s. 115), som jeg fremover betegner hhv. fysisk rum og socialt rum.

Selvom Meyrowitz tager udgangspunkt i elektroniske medier i 1980'erne, viser senere forskning, at Meyrowitzs argumenter stadig er aktuelle. Eksempelvis påpeger Gergen (2002), hvorledes telefonen er en udvidelse af ansigt-til-ansigt kontakt, og hvordan den sammenknytter ellers adskilte verdener (Gergen, 2002). Gergen beskriver, hvordan en person kan være fysisk tilstede i et rum ("outside space") men samtidig rette sin opmærksomhed mod et andet rum ("inside space") (Gergen, 2002). Dette kalder Gergen *absent presence* (Gergen, 2002). Senere har også O'Leary, Wilson og Metiu (2014) beskrevet, hvordan medier ikke blot er kommunikationskanaler, men rettere informationssystemer, der skaber en fælles mening og symbolsk værdi. De benytter begrebet *perceived proximity* til at beskrive, hvordan følelsen af afstand mellem personer ikke afhænger af objektiv geografisk afstand, men rettere af kommunikation og fælles meningsdannelse (O'Leary et al., 2014). Senest har også Chayko beskrevet, hvordan digitale medier "facilitate the perception and experience of proximity and presence in ways that transcend the physical" (Chayko, 2017, s. 52).

Opsummerende viser ovenstående, at medieret kommunikation kan ændre på opfattelsen af rum, afstand og dermed relationer mellem mennesker. Jeg vælger at benytte Meyrowitzs opdeling af socialt og fysisk rum som den generelle forståelse af rum, der gør sig gældende i dette speciale. Denne opdeling understøtter netop det faktum, at videokonsultationer både kræver den individuelle brugers tilstedeværelse i et fysisk rum, som kan ses under videokonsultationen, mens videokonsultationen samtidig foregår i et ikke-fysisk og dermed socialt "rum". Når jeg undersøger, hvilke affordances og constraints patienterne oplever (forklares nedenfor), er det med en forståelse for både patienternes fysiske omgivelser, men ligeså vel med fokus på det sociale rum, der skabes under en videokonsultation. Det samme gør sig gældende i min undersøgelse af domesticeringsprocessen, hvor

de fire faser, som forklares i afsnit 4.3, også undersøges både i relation til patientens fysiske omgivelser samt i relation til det sociale rum.

## 4.2 AFFORDANCES

Begrebet *affordances* er et ofte brugt begreb i medieforskningen, og både Islind et al. (2019) og Grønning et al. (under review) påpeger, som tidligere nævnt, fordelene ved at benytte begrebet i relation til medieret kommunikation i en sundhedsmæssig kontekst. Jeg præsenterer her begrebets historie og udvikling, og slutteligt forklarer jeg, hvordan jeg benytter begrebet i dette speciale.

Begrebet blev formuleret af psykolog James Gibson i 1977 i forbindelse med hans økologiske tilgang til visuel perception (Gibson, 1977, s. 67). Gibson beskriver, at "the affordances of the environment are what it offers the animal, what it provides or furnishes, either for good or ill" (Gibson, 1977, s. 68). Affordances er ifølge Gibson således en relation mellem en brugsgenstand og en bruger. Senere blev begrebet introduceret i relation til menneske-maskine-interaktion af professor i datalogi, psykologi og kognition Donald A. Norman (1990). Norman benytter begrebet til at beskrive, hvordan brugere af et medie bliver inviteret til bestemte handlinger f.eks. igennem måden, hvorpå et interface designes (Norman, 2004, afsnit 4). Både Gibsons og Normans definitioner på affordances omhandler relationen mellem en bruger og en brugsgenstand, der gensidigt påvirker hinanden. Denne forståelse stemmer overens med min medieforståelse og dette speciales empiriske genstandsfelt. Senere uddybede Norman konceptet ved at forklare, at det essentielle ved affordances er, at de er opfattede (på engelsk "perceived"). Således er det ikke relevant, hvilke affordances der eksisterer som så, men rettere hvilke affordances en given bruger *opfatter* (Norman, 2004, afsnit 3). Denne pointe er særlig vigtig i forhold til dette speciale, hvor jeg netop undersøger patienternes oplevelse og dermed, hvilke affordances de opfatter i videokonsultationer.

Udover affordances beskriver Norman, at brugeren også oplever forskellige *constraints*. Disse constraints kan være logiske, semantiske, fysiske eller kulturelle (Norman, 1990, 2004). De logiske constraints beror på ræsonnementer og logiske slutninger (Norman, 1990, s. 86). De semantiske constraints afhænger af en brugers viden om formålet med og konteksten af en situation (Norman, 1990, s. 85). De fysiske constraints beror på, hvad der rent faktisk kan lade sig gøre og således ikke blot, hvad brugeren opfatter (Norman, 2004, afsnit 6). De kulturelle constraints er baseret på kulturelle og lærte konventioner. Når konventionerne ikke er på plads, f.eks. hvis man arbejder med et nyt medie, kan det føre til frustration hos brugeren (Norman, 1990, s. 85; 2004, afsnit 6; 7). Norman beskriver, at det er affordances såvel som constraints, der har indflydelse på, hvordan en bruger

benytter mediet (Norman, 1990, s. 82). Af denne grund undersøger jeg både, hvilke affordances og hvilke constraints patienterne opfatter i relation til videokonsultationer. Jeg anvender således Normans koncept om opfattede affordances og constraints, men med en modifikation, som forklares herunder.

Bardram og Houben (2017) samt Islind et al. (2019) pointerer, at affordanceteorien har været benyttet om individuel aktivitet, dvs. en enkelt bruger overfor en brugsgenstand, hvilket også er Normans udgangspunkt. For at kunne benytte begrebet til at analysere situationer, der involverer mere end én bruger, har Bardram og Houben, med udgangspunkt i Bradners (2001) koncept om sociale affordances, udviklet begrebet *collaborative affordances*. Disse defineres som "a relation between a [physical and/or digital] artifact and a set of human actors, that affords the opportunity for these actors to perform a collaborative action within a specific social context" (Bardram & Houben, 2017, s. 8). I videokonsultationer er det netop ikke kun en enkelt bruger, der interagerer med videomediet, men derimod to brugere, hhv. læge og patient, der interagerer med hinanden igennem videomediet. På baggrund af Bardram og Houbens koncept og med et socio-teknisk og praksisteoretisk perspektiv på affordances beskriver Islind et al. (2019) imidlertid, at aktørerne i en videokonsultation er heterogene og dermed kan opfatte forskellige affordances (2019, s. 436). Af denne grund kan det være problematisk at fokusere på *delt* affordances, som Bardram og Houben gør (2017, s. 30). På baggrund af denne betragtning benytter Islind et al. i stedet begrebet *two-sided affordances*, som netop indikerer, at deltagerne i en videokonsultation oplever forskellige affordances, selvom de interagerer med hinanden og med det samme medie. Ifølge Islind et al. er affordances "relational and [they] emerge through interaction between the actors and their surrounding artifacts and exist relative to the action capabilities of a particular actor" (2019, s. 440). Jeg vælger at anvende denne definition, fordi jeg dermed kan tage højde for både patientens handlinger, lægens handlinger og omgivelserne. Jeg integrerer Meyrowitzs (1986) opdeling i fysisk og socialt rum i affordanceteorien således, at jeg undersøger affordances og constraints både i relation til det sociale rum, der skabes, når læge og patient interagerer med hinanden samt i relation til det fysiske rum og dermed de omgivelser, patienten befinder sig i.

Da jeg, jf. min problemformulering, ikke undersøger lægens perspektiv, forholder jeg mig kun til patientens oplevelse. Alligevel er forståelsen af affordances som to-sidede passende til nærværende speciale, fordi denne forståelse tilbyder et perspektiv på affordances, der inddrager både interaktionen mellem læge og patient samt tager højde for den individuelle brugers handlemuligheder. Samtidig



kan jeg med denne forståelse af affordances understøtte, at de affordances og constraints patienten opfatter, ikke nødvendigvis er de samme, som dem lægen opfatter.

Med udgangspunkt i Normans og Islind et al.s definitioner er min forståelse af affordances såvel som constraints således: De er opfattede, de er relationelle, og de er afhængige af omgivelserne såvel som den enkelte brugers handlemuligheder. Fremover omtales de blot *affordances* og *constraints*.

#### 4.3 DOMESTICERING

For at opnå en dybdegående viden om, hvordan patienterne integrerer videokonsultationer i deres hverdag, og dermed hvordan de bruger og oplever videokonsultationer, lader jeg mig informere og inspirere af domesticeringsteorien. Denne teori er inddraget i mit speciale efter udførelsen af mine interviews, og valget af den er således inspireret af min empiri såvel som teoriens velegnethed til at kombineres med de øvrige benyttede teorier, hvilket uddybes herunder. Først følger en forklaring af teorien og måden, hvorpå jeg benytter den.

Teorien blev udviklet af professor i medier og kommunikation Roger Silverstone og kolleger i 1980'erne (Hartmann, 2013, s. 43). Grundlæggende benyttes domesticeringsteorien som koncept til at beskrive og analysere processer af medieteknologiers accept, afvisning og brug (Berker, Hartmann, Punie & Ward, 2006, s. 1). Teorien har overordnet udviklet sig i to retninger: Den dominerende britiske retning med fokus på domesticering af medier i hjemmet, samt en norsk retning med et bredere fokus på domesticering af teknologier i forskellige omgivelser, f.eks. af en stat eller organisation (Hartmann, 2013, s. 43). Jeg tilslutter mig den britiske tradition, fordi denne forholder sig til "the everyday life aspect" af mediebrug (Hartmann, 2013, s. 43), hvilket også er tilfældet med patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer, som integreres i den enkelte patients hverdag. Jeg foretager dog nogle modifikationer, som forklares herunder, hvor Silverstone et al.s (1992) tilgang uddybes.

Udgangspunktet for Silverstone et al.s domesticeringsteori er, at brugeren "tæmmer" en given medieteknologi og integrerer denne i sine daglige rutiner, strukturer og miljø (Berker et al., 2006, s. 2). Teorien blev skabt under overgangen fra et overvejende teknologisk deterministisk til et mere konstruktivistisk-humanistisk synspunkt (Silverstone, 2006, s. 231). Domesticeringsteorien fremhæver, ligesom affordanceteorien, at brugen og betydningen af et medie forhandles i et samspil mellem bruger, medie og kontekst (Berker et al., 2006, s. 5), og teorien er derfor passende både i forhold til mit videnskabsteoretiske udgangspunkt, min medieforståelse samt min brug af affordanceteorien.

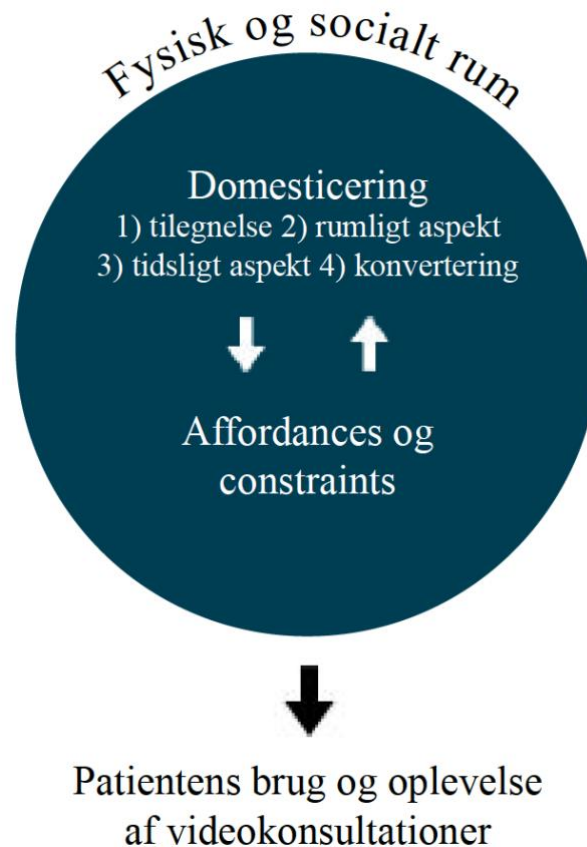
Der findes flere udlægninger af domesticeringsteorien, men jeg vender her tilbage til opdelingen af domesticeringsprocessen i fire faser, som udlagt af Silverstone et al. (1992): *Appropriation, objectification, incorporation og conversion*. Selvom teorien har et processuelt udgangspunkt, skal de fire faser ikke forstås lineært, da der oftest eksisterer en fortsat dynamik mellem medie og bruger (Berker et al., 2006, s. 3). De fire faser fører derfor ikke nødvendigvis til en afsluttet og succesfuld domesticering af en teknologi (Haddon, 2003, s. 4). Jeg lader mig inspirere af disse faser og benytter dem som analytiske perspektiver på patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer, dog med forbehold for den udvikling, der er sket siden Silverstone et al. introducerede disse faser. Silverstone et al. tager oprindeligt udgangspunkt i *the household*, hvilket af danske medieforskere er blevet oversat til *hjemmet* (Nyboe & Grønning, 2015, s. 36). Hjemmets betydning har været et løbende diskussionspunkt i domesticeringsteoriens udvikling og udbredelse (f.eks. Morley, 2006). Teorien er senere blevet benyttet om mobil kommunikation (f.eks. Hartmann, 2013), hvor hjemmet således ikke længere er udgangspunktet for domesticeringsprocessen. Fordi videokonsultationer også kan foregå på mobile medier, er hjemmet også i nærværende speciale et upassende udgangspunkt. I stedet for hjemmet tager jeg udgangspunkt i den enkelte bruger. Jeg udelukker derfor Silverstone et al.s teoretiske pointer om den interne forhandling mellem personer i hjemmet. Med en tilpasning til dette speciales emnefelt benytter jeg de fire domesticeringsfaser således:

- Appropriation – herefter kaldet *tilegnelse*: Patientens indledende tilegnelse og ibrugtagning af teknologien (Silverstone et al., 1992, s. 21-22).
- Objectification – herefter kaldet *rumligt aspekt*: Brug og fysisk, rumlig disposition af teknologien. Konstruktionen af det miljø, der omgiver teknologien (Silverstone et al., 1992, s. 22-23). I nærværende speciale henvises både til patientens fysiske omgivelser under en videokonsultation samt det sociale rum, som udlagt af Meyrowitz (afsnit 4.2).
- Incorporation – herefter kaldet *tidsligt aspekt*: Teknologiens funktionalitet og måden hvorpå teknologien inkorporeres i brugerens hverdag og rutiner, med fokus på det temporale aspekt (Silverstone et al., 1992, s. 24-25).
- Conversion – herefter kaldet *konvertering*: Hvordan teknologien er med til at definere forholdet mellem brugeren og omverdenen, samt hvordan oplevelsen af tilegnelsen af teknologien indikerer brugerens kompetencer og status i offentligheden (Silverstone et al., 1992, s. 26-27). I nærværende speciale vælger jeg at fokusere på forholdet mellem brugeren

og lægen. Refleksioner over brugerens kompetencer og status inddrages i min diskussion på baggrund af resultaterne fra analysen.

Centralt for Silverstone og hans kollegers teori er desuden, at et medie har en dobbelt artikulation (Silverstone & Hirsch, 1992, s. 15). Dette betyder, at mediet både udgør en fysisk artefakt samt har en symbolsk betydning, som forbinder hjemmet – i dette speciale: den enkelte bruger – med omverdenen (Berker et al., 2006, s. 4). Fordi der ikke længere er en tydelig skellen mellem mediets fysiske fremtræden og dets symbolske betydning, argumenterer Hartmann for, at den dobbelte artikulation gentænkes (Hartmann, 2013, s. 45). I stedet for at forholde mig til den dobbelte artikulation som defineret af Silverstone og Hirsch, gentænker jeg begrebet ved at benytte Meyrowitzs opdeling i fysisk og socialt rum og undersøger, hvordan videokonsultationen relaterer sig til disse to. Således kan jeg forholde mig åbent og eksplorativt til, hvordan patienterne opfatter mediet både i relation til dets fremtræden i et fysisk rum samt til dets symbolske og indholdsmæssige betydning.

Domesticeringsteorien opfattes stadig som værende forskningsmæssigt særdeles relevant (Bertel, 2016). Haddon (2003) forklarer, at domesticeringsteorien tilbyder en ramme, hvor flere perspektiver på forholdet mellem bruger og medie kan samles, så det videnskabelige arbejde fokuseres (2003, s. 2), hvilket også er mit formål med at inddrage teorien. Undersøgelsen af domesticeringsfaserne foretages i kombination med en analyse af, hvilke affordances og constraints patienten oplever. Ved at kombinere affordanceteorien og domesticeringsteorien er det hensigten at opnå en dybere forståelse af patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer, fordi domesticeringsteorien tilbyder en strukturering af fire forskellige perspektiver – de fire faser i domesticeringsprocessen – på videokonsultationen, mens affordanceteorien kan forklare, hvordan og hvorfor de ovenstående faser opleves, som de gør. Meyrowitzs opdeling i fysisk og socialt rum er, som tidligere nævnt, udgangspunktet for min forståelse af rum, og denne forståelse integreres både i affordanceteorien og domesticeringsteorien. Min teoretiske tilgang er visualiseret i figur 1.



Figur 1 Teoretisk ramme

## KAPITEL 3

### 5. METODE

De følgende afsnit beskriver de metodiske valg, jeg har taget i forbindelse med min indsamling af empiri og min tilgang til analysen. Jeg foretager desuden en metodisk refleksion på baggrund af min analyse, som præsenteres i afsnit 7.

#### 5.1 INDSAMLING AF EMPIRI

##### 5.1.1 PRÆSENTATION AF CASE: LÆGEKLINIK OG PATIENTER

Som tidligere beskrevet kan dette speciale karakteriseres som et casestudie. Otte patienter og den klinik, de tilhører, udgør casen. Her følger derfor en præsentation af lægeklinikken samt de otte patienter. Desuden præsenteres patienterne mere detaljeret forud for analysen i afsnit 6.1.

#### 5.1.1.1 PRÆSENTATION AF LÆGEKLINIK

Jeg har fået kontakt til en læge i en større dansk by igennem et netværksmøde på Syddansk Universitet. Denne læge er min 'gatekeeper' til patienterne og dermed til specialets empiriske grundlag. Hans klinik er en by-klinik, og situationen adskiller sig dermed også fra mange af de nævnte studier i afsnit 3.2, som i høj grad fokuserer på landområder og store geografiske afstande.

Lægen har siden 2013 haft sin egen klinik som praktiserende læge (bilag C1). I klinikken er de to læger, en sekretær, en fysioterapeut, en SOSU-assistent samt to sygeplejersker. Klinikken tilbyder, foruden fysiske konsultationer, online booking, telefonkonsultationer, e-konsultationer, hjemmebesøg til ældre kronikere samt videokonsultationer (bilag C2). Klinikken har patienter i alle aldersgrupper, og størstedelen af patienterne er bosat i den bydel, hvori lægeklinikken ligger (bilag C1).

Lægen, jeg er i kontakt med, har i flere år været interesseret i brugen af videokonsultationer og begyndte at benytte det, da MedCom iværksatte deres pilotprojekt i marts 2019. Per januar 2020 har de i klinikken gennemført cirka 50 videokonsultationer fordelt på mellem 30 og 40 patienter (bilag C3). Klinikken har indledningsvist tilbudt videokonsultationer til kronikere og til de patienter, lægen kalder "nemme". Dette er patienter, hvor konsultationen alternativt kan klares over e-mail eller telefon, fordi det eksempelvis omhandler prøvesvar. Løbende er patienter med sværere sygdomme og psykiske lidelser også begyndt at benytte videokonsultationer (bilag C1).

#### 5.1.1.2 KONTAKT TIL PATIENTER

Jeg har aftalt med lægen, at han spørger mellem fem og ti af sine patienter, om de vil interviewes til dette speciale. Jeg har fortalt lægen, at jeg primært ønsker at tale med patienter, der bruger videokonsultationer, men at jeg også ønsker at tale med patienter, der har fravalgt videokonsultationer, eventuelt efter at have prøvet det. Med dette er min hensigt at få forskellige perspektiver på brugen og oplevelsen af videokonsultationer. Jeg har i første omgang modtaget kontaktoplysninger på fem patienter. Senere har jeg fået kontaktoplysninger på yderligere to patienter. Jeg har dertil selv kontaktet en ottende patient igennem patientens mand, hvis oplysninger jeg har fået af lægen. Antallet af informanter er besluttet ud fra en vurdering af, hvornår jeg har nok empiri til en grundig analyse, og samtidig ikke får for meget empiri og dermed skal gå på kompromis med detaljegråd og analytisk dybde. Da brugen af videokonsultationer i almen lægepraksis stadig er på et tidligt stadie, og kun 30-40 patienter i klinikken har benyttet denne konsultationsform, har jeg valgt ikke at opstille selektionskriterier for udvælgelse af informanter, f.eks. demografiske variabler.

De otte informanter er dog, tilfældigvis, alle indenfor en relativt snæver aldersgruppe på mellem 57 og 76 år og fordeler sig ligeligt på køn (se også tabel 1). Alle patienterne kan desuden siges at tilhøre gruppen af kronikere eller ”nemme” patienter, som nævnt i afsnit 5.1.1.1. Opsummerende har jeg altså kontakt til seks brugere, én person der ønsker at bruge videokonsultationer, men hvor videokonsultationen endnu ikke er lykket for hende samt én såkaldt ”ikke-bruger”. Alle informanterne er desuden bosat i den by, hvori lægeklinikken ligger. Af analysen fremgår en præsentation af mine informanter, men de kan helt kort opsummeres således:

Navn (pseudonym)	Alder	Køn	Interviewet afholdes	Erfaringer med videokonsultation	Har haft videokonsultation med
Bente	57 år	Kvinde	Hjemme hos informanten	0	(Planlagt med læge)
Gitte	59 år	Kvinde	Via telefon	2-3	Læge
Hanne	61 år	Kvinde	Hjemme hos informanten	2	Læge
Lone	58 år	Kvinde	Via telefon	2	Læge
Jens	76 år	Mand	Via telefon	3-4	SOSU-assistent
Karl	66 år	Mand	Lokale på SDU	1	Læge
Per	67 år	Mand	Via telefon	1	SOSU-assistent
Søren	66 år	Mand	Via telefon	0	-

*Tabel 1 Oversigt over informanter*

### 5.1.2 INTERVIEWGUIDE

Mine interviews med ovenstående otte patienter er specialets empiriske grundlag. Interviewformen jeg benytter, kan beskrives som et semistruktureret livsverdensinterview, hvis formål er at forstå et tema ud fra informantens egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Dette er netop i overensstemmelse med min problemformulering og specialets videnskabsteoretiske ramme. Da jeg søger svar på patienternes individuelle oplevelser, foretager jeg individuelle interviews fremfor fokusgruppeinterviews. Desuden er det også grundet det sundhedsrelaterede emne og muligvis private og følsomme indhold i interviewene, at jeg finder det mest passende at foretage individuelle interviews.

Jeg har udarbejdet en interviewguide, som, inspireret af Kvale og Brinkmann (2015, s. 185-187), er delt op i forskningstemaer og interviewspørgsmål (se bilag B). Forskningstemaerne sikrer, at jeg stiller spørgsmål indenfor de aspekter, jeg ønsker at opnå viden om og senere skal analysere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 186). Disse temaer er baseret på min viden om emnet gennem eksisterende forskning samt min teoretiske ramme og dækker således affordances og constraints,

patientens opfattelse af tid og rum samt relationen til lægen. Domesticeringsteorien er, som beskrevet i afsnit 4.3, inddraget i specialet efter udførelsen af de otte interviews, og er derfor ikke anvendt til udarbejdelsen af min interviewguide.

Interviewspørgsmålene er rettet mod informanten og er udarbejdet så korte og lette som muligt for at gøre det nemt for informanten at svare samt for at fremme et positivt samspil og få en god samtale i gang (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 186). Eksempler på disse spørgsmål er ”hvad synes du fungerer særlig godt ved videokonsultationer?” og ”kan du fortælle mig, hvordan det foregik sidste gang, du havde en videokonsultation?”

Et semistruktureret interview er hverken en åben samtale eller lukkede spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49). Derfor benytter jeg mig også af min interviewguide som en vejledning, men giver samtidig plads til nye spørgsmål, der opstår undervejs i interviewene. Ligeså tilføjes nye spørgsmål, der opstår på baggrund af tidligere interviews med andre informanter. Jeg arbejder således med en progression, hvor min interviewguide løbende tilpasses. Rækkefølgen af mine spørgsmål er ligeledes vejledende, og jeg tilpasser denne rækkefølge i forhold til det enkelte interview. Ikke mindst tilpasser jeg mine spørgsmål til informantens erfaringer med videokonsultationer. Nogle spørgsmål stilles kun til brugere af videokonsultationer, mens jeg stiller andre spørgsmål til informanten, der har fravalgt at bruge videokonsultationer.

Jeg benytter desuden en lydoptager til alle interviews. Dette giver mig frihed til at koncentrere mig om emnet, samtalen og dynamikken (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237). Jeg har planlagt interviewenes varighed til mellem 20 og 40 minutter.

### 5.1.3 SAMTALER MED LÆGE

For at få en dybere forståelse for brugen og oplevelsen af videokonsultationer samt for at forstå konteksten, har jeg haft en indledende og afsluttende samtale med patienternes læge. Jeg har taget noter til den indledende samtale samt optaget og efterfølgende transskriberet dele af den afsluttende samtale (fremgår af bilag C). Samtalerne benyttes som perspektiv på min analyse i mit diskussionsafsnit og er desuden en hjælp til min egen forberedelse og forståelse af interviewene samt min forståelse for dette casestudie som helhed. Samtalerne er ikke baseret på en interviewguide, men tager udgangspunkt i spørgsmål, som jeg har noteret forud for samt undervejs i udarbejdelsen af specialet.

#### 5.1.4 OBSERVATION

Som supplement til de otte interviews ønsker jeg at foretage deltagerobservationer, hvilke er karakteriseret ved, at man deltager eller indgår i de praksisser, som observeres (Szulevics, 2020, s. 99). Formålet med disse observationer er, at jeg kan få en indsigt i, hvordan videokonsultationer foregår både med hensyn til praktiske og indholdsmæssige aspekter. Jeg vil benytte observationerne som et perspektiv på min analyse, der dermed kan indgå i en diskussion af mine analyseresultater.

##### 5.1.4.1 RETROSPEKTIVT: OBSERVATION

Jeg har foretaget en enkelt deltagerobservation. Jeg deltog i en videokonsultation mellem min informant Hanne og lægen. Observationen foregik på den måde, at jeg modtog et link til videokonsultationen, så jeg kunne se med fra mit eget hjem, da jeg på grund af kort varsel ikke kunne nå hjem til Hanne på det tidspunkt, hvor videokonsultationen skulle foregå. Det var således en videoobservation af en videokonsultation. Denne observation gav mig en indsigt i, hvordan en videokonsultation foregår både med hensyn til de praktiske og de indholdsmæssige aspekter, og den forberedte mig således på mine interviews med patienterne, idet den foregik forud for udførelsen af mine interviews. Feltnoter til denne observation findes i bilag D. Ligesom samtalerne med lægen er observationen ikke genstand for analyse, men inddrages som et perspektiv på analysen i mit diskussionsafsnit og bidrager, ligesom mine samtaler med lægen, til en mere holistisk forståelse af min case.

Jeg spurgte alle informanterne, om de havde planlagt en videokonsultation i nærmeste fremtid og i så fald, om jeg måtte observere den. En enkelt informant ville vende tilbage til mig, men efter en periode med travlhed havde han udskudt sin videokonsultation, og jeg ønskede ikke at presse ham yderligere (etiske overvejelser som denne uddybes desuden i afsnit 5.1.6.1). De andre informanter havde ikke planer om at have en videokonsultation med lægen i den periode, hvori min dataindsamling foregik. Det havde været muligt for mig at observere andre patienter, men jeg ønskede at holde mig til de otte patienter, jeg har interviewet, for at fokusere casen på dem. Jeg vurderede derfor, at det var bedst at fokusere mit arbejde på de otte interviews, hvorfor jeg ikke har foretaget flere observationer.

#### 5.1.5 INTERVIEWS ANSIGT-TIL-ANSIGT OG VIA TELEFON

Jeg har ringet informanterne op for at præsentere mig selv og for at spørge, om de stadig er interesserede i at opstille til interview. Jeg har udtrykt overfor dem, at jeg vil foretrække at mødes



med dem, men at det er deres valg. Fem personer har i første omgang sagt ja til at mødes med mig, mens én person foretrækker at blive interviewet over telefonen. Efterfølgende har jeg ændret to aftaler, da den ene informant har svært ved at finde tid til at mødes, mens den anden aftale er ændret grundet udbruddet af COVID-19. Jeg har foreslået en informant et videointerview, men denne informant foretrækker et telefoninterview, hvilket vi derfor vælger. De to sidste interviews foregår ligeledes over telefonen grundet COVID-19. Både ansigt-til-ansigt interviews og telefoninterviews muliggør en dynamisk, fleksibel og spontan dialog (Elmholt, 2006, s. 74), mens begge interviewformer hver især har fordele og ulemper. Mit udgangspunkt er ansigt-til-ansigt interviews, da denne interviewform er den ”kommunikativt mest righoldige arena for produktion af interviewdata” (Elmholt, 2006, s. 73). Der er udover lyd også mulighed for visuelle og taktile oplevelser, ligesom at der er en kropslig nærhed (Elmholt, 2006, s. 73). Desuden vil jeg gerne se, hvor informanten har befundet sig, da han eller hun havde en videokonsultation, hvilket jeg muligvis kan, såfremt vi mødes i deres hjem og såfremt videokonsultationerne er foregået der. Ulempen ved ansigt-til-ansigt interviews er, at det er krævende for interviewereren at være opmærksom på både samtalsforløbet samt på at styre samtalen rundt om de spørgsmål, der søges besvaret (Elmholt, 2006, s. 72). Jeg forsøger at forholde mig til denne udfordring ved at være velforberedt og dermed mindre afhængig af at læse i min interviewguide undervejs i interviewene.

Telefoninterviewet giver først og fremmest lettere adgang til personer, hvilket også er en grund til at benytte denne interviewform. Derudover kan den fysiske distance medføre en øget villighed til at dele personlige informationer og historier (Elmholt, 2006, s. 74), hvilket også kan være relevant i nærværende speciale, da brugen af videokonsultationer hænger sammen med informantens helbred. Ikke mindst giver telefoninterviewet mig mulighed for at skimme min interviewguide samt skrive nye spørgsmål ned undervejs, mens jeg lytter til informanten, hvilket giver mig et øget overblik over interviewsituationen. Grundet manglen på fysisk nærhed samt gestik og mimik vil jeg forsøge at small-talke med informanten forud for interviewet for at sikre en god stemning, ligesom at jeg vil stille opfølgende spørgsmål for at undgå misforståelser.

### 5.1.6 FORTROLIGHED, SAMTYKKE OG ETIK

Jeg har udarbejdet en samtykkeerklæring, som jeg beder informanterne underskrive. Dette gør jeg for at tydeliggøre mine intentioner med interviewet, forhindre misforståelser og dermed skabe tryghed for både dem og jeg. De informanter jeg ikke mødes med fysisk, får tilsendt samtykkeerklæringen via mail, som jeg beder dem besvare for at sikre, at de har modtaget erklæringen og giver samtykke.

Ligeledes har jeg udarbejdet en samtykkeerklæring omhandlende min observation af videokonsultationen med Hanne. Også lægen bliver bedt om at underskrive en samtykkeerklæring i relation til både mit afsluttende interview med ham samt min observation af en videokonsultation. De ovennævnte samtykkeerklæringer fremgår af bilag E.

Som Guillemin og Gillam (2016) beskriver, er en samtykkeerklæring en måde at sikre sig et bevis på, at informanterne har givet samtykke. Men et egentligt informeret samtykke er en interpersonel proces mellem interviewer og informant. Informanten skal være oplyst om, hvad projektet går ud på, hvad hans eller hendes deltagelse involverer og ikke mindst vide, at deltagelsen beror på frivillighed og på informantens egne betingelser (2016, s. 272). Alle informanter bliver også mundtligt informeret om deres samtykke. Jeg informerer dem forud for interviewet om, at lydoptagelsen vil blive slettet efter transskribering, at interviewet anonymiseres samt at de har ret til at trække sig eller at trække udtalelser tilbage.

De etiske overvejelser er dog langt fra begrænset til spørgsmål om samtykke, anonymisering og opbevaring af data. Nedenfor opridser jeg derfor, i retrospektion, nogle af de vigtigste etiske refleksioner, jeg har foretaget i forbindelse med min kontakt til informanterne.

#### 5.1.6.1 RETROSPEKTIVT: LØBENDE ETISKE OVERVEJELSER

Guillemin og Gillam (2016) bruger begrebet *ethical important moments*, som er øjeblikke, hvor min tilgang til informanten og til situationen kan have etiske konsekvenser (2016, s. 265). Som Guillemin og Gillam forklarer, er der ingen fast formel for, hvordan etiske øjeblikke håndteres. De foreslår derfor *etisk refleksivitet* som et brugbart redskab til at håndtere de etiske aspekter af en undersøgelse (2016, s. 262; 275). Etisk refleksivitet indebærer "acknowledging and being sensitized to the microethical dimensions of research practice and in doing so, being alert to and prepared for ways of dealing with the ethical tensions that arise" (Guillemin & Gillam, 2016, s. 278). Særligt fordi mit speciale berører et sundhedsfagligt område, foretog jeg løbende etiske overvejelser med henblik på at undgå misforståelser mellem informanterne og jeg samt med henblik på at sikre en god og tryk dialog. Jeg gjorde det først og fremmest klart for informanterne, at jeg ikke har en sundhedsfaglig baggrund, samt at mit formål med interviewet ikke relaterer sig til eller har konsekvenser for deres helbred. Således forsøgte jeg også at sikre, at informanterne ikke spurgte mig til råds eller potentielt kunne føle, at jeg ville dømme deres helbredstilstand. Når jeg spurgte informanterne, om jeg måtte observere en videokonsultation, understregede jeg, at de kun skulle sige ja, hvis de følte sig tryk ved, at jeg så med, samt at jeg selvfølgelig havde forståelse for, hvis det var over deres grænse. Af

samme grund ville jeg heller ikke presse informanterne ved at kontakte dem gentagne gange for at spørge, om de havde planlagt en videokonsultation, jeg kunne se med på. Selvom mine interviews ikke omhandlede informanternes helbred, hænger deres helbred sammen med deres brug af videokonsultationer med deres læge. Derfor var det forventeligt at informanterne delte historier og informationer om deres helbred, selvom jeg også fortalte, at de ikke behøvede at dele detaljer med mig. Når en informant fortalte om sit helbred, om et sygdomsforløb eller generelt udviste sårbarhed, var jeg meget opmærksom på, hvordan jeg reagerede overfor informanten. Hvis jeg kunne mærke, at informanten gerne ville fortælle en historie om et sygdomsforløb eller andre potentielt ømtålelige emner, lod jeg informanten tale ud, selvom det ikke relaterede sig til videokonsultationer. Dette var for at undgå, at informanten eventuelt kunne blive såret over min manglende interesse eller respekt for det fortalte. Derudover forsøgte jeg generelt at være ydmyg, lyttende og hele tiden forsøge at vurdere, hvordan informanten havde det, mens han eller hun besvarede mine spørgsmål. Nogle informanter var mere åbne og snakkesalige end andre. Jeg forsøgte at tilpasse mig situationen, så jeg fik en god samtale i gang, men uden at presse informanten til at fortælle mere, end han eller hun havde lyst til. Af denne grund er der selvsagt også forskel på varigheden af og indholdet i de otte interviews.

## 5.2 ANALYSE AF EMPIRI

### 5.2.1 TEMATISK ANALYSE

Til at analysere den indsamlede empiri benytter jeg Braun og Clarkes (2006) tematiske analysetilgang. Denne tilgang tager oprindeligt udgangspunkt i psykologien, men er ikke baseret på et særligt teoretisk fundament. Den er derfor mulig at kombinere med og tilpasse min teoretiske ramme såvel som mit videnskabsteoretiske udgangspunkt (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Braun og Clarkes tilgang fokuserer på at finde mønstre og temaer i empirien (2006, s. 79; 82). De definerer et tema som værende ”something important about the data in relation to the research question, and represents some level of patterned response or meaning within the dataset” (2006, s. 82). Der er dermed ikke fastdefinerede regler for, hvornår noget kan bestemmes som værende et tema. Jeg baserer derfor temaer på en vurdering af, hvornår en del af empirien repræsenterer noget, der er relevant i forhold til min problemformulering. Denne tematiske tilgang er endvidere fordelagtig i forhold til min abduktive tilgang, som uddybes i afsnit 5.2.3, da den tillader, at jeg inkorporerer teoretiske begreber, hvor det giver mening, mens der også er plads til at behandle de nye perspektiver, der kan opstå undervejs i analysen af empirien.

I overensstemmelse med mit videnskabsteoretiske udgangspunkt kræver skabelsen af temaerne fortolkning. Dette betyder også, at jeg ikke blot ser på det eksplicit udtrykte, men også undersøger de underliggende betydninger, der udtrykkes i empirien (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Det understreges desuden, at temaerne skabes af personen, der analyserer empirien (Braun & Clarke, 2006, s. 81), hvilket er i tråd med hvad Kvale og Brinkmann påpeger, nemlig at viden produceres i samspillet mellem interviewer og informant (2015, s. 53). Således spiller jeg en aktiv rolle i analyseprocessen og meningsskabelsen, og min vurderingsevne og fortolkning har betydning for resultaterne af analysen.

For at sikre grundighed og gennemsigtighed i mit arbejde med empirien følger jeg Braun og Clarks seks faser til gennemgang af empiri (2006, s. 87), og vedlægger så vidt muligt information fra min analyseproces som bilag. Ved at følge de seks faser er min fremgangsmåde således:

1. Transskribering af empiri efterfulgt af flere gennemlæsninger. Mine idéer og tanker noteres undervejs. Alle transskriptioner findes i bilag F. (Se desuden indledende mindmap i bilag H1).
2. Empirien kodes i NVivo (for et eksempel på kodet tekststykke, se bilag G).
3. Potentielle temaer identificeres (se indledende tematiske kategorisering i bilag H2).
4. Temaer gennemgås og vurderes i forhold til koder og det samlede datasæt (se udviklet tematisk kategorisering i bilag H3).
5. Endelige temaer defineres og navngives (se endelig tematisk oversigt i afsnit 6.2).
6. Resultaterne skrives ned (dette er analysen som fremgår af afsnit 6).

Braun og Clarke påpeger, at den tematiske analyse er en iterativ proces (2006, s. 86), hvilket også gør sig gældende i dette speciale. Selvom jeg følger ovenstående seks faser, vender jeg tilbage til tidligere faser for at revurdere mine fortolkninger samt blive opmærksom på eventuelle modsigelser eller oversete dele af empirien for dermed at sikre en så grundig gennemgang af empirien som muligt. Dette kongruerer ligeledes med min hermeneutiske tilgang, som beskrevet i afsnit 2.1, hvormed jeg i mit analytiske arbejde veksler mellem del og helhed.

### 5.2.2 TRANSSKRIFTION AF INTERVIEWS

Alle interviews transskriberes. Ved at gøre dette opnår jeg et overblik over empirien samt får mulighed for at se mønstre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 238), hvilket, som også beskrevet i afsnit

5.2.1, er en del af formålet med at udføre en tematisk analyse. Som Kvale og Brinkmann beskriver, vil nogle informationer gå tabt, idet de overføres fra et ansigt-til-ansigt møde til skrift (2015, s. 235-236). Jeg vil dog så vidt muligt notere kontekstuelle og følelsesmæssige aspekter af interviewsituationen, som jeg genkalder, mens jeg transskriberer. Ydermere beskriver Kvale og Brinkmann, at der ikke findes en sand, objektiv transformation fra mundtlig til skriftlig form, men i stedet bør transskriptionen tilpasses formålet (2015, s. 246). Da jeg udfører en tematisk analyse, hvor meningsskabelse er i fokus, har jeg opsat nogle transskriptionsregler, som støtter dette formål, og som sikrer en ensartethed på tværs af alle transskriptioner. Jeg har ikke til hensigt at udføre en sproglig analyse, hvorfor jeg ikke opsætter minutiøse regler for sproget. Jeg noterer dog pauser, markante ændringer i toneleje og lignende, da dette kan have betydning for, hvordan et udsagn fortolkes (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 241). Ikke mindst er fordelene ved at transskribere mine interviews, at jeg kan anonymisere personlige oplysninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 246), hvilket jeg har lovet informanterne.

Inspireret af Tanggaard og Brinkmann (2020, s. 52) samt Gregersens regler for minimale udskriftskonventioner (1992, s. 4) har jeg opsat følgende transkriberingskonventioner:

- Det markeres med (I), for informant, når informanten taler
- Det markeres med (F), for forsker, når jeg taler
- Der skiftes linje, når en ny person begynder at tale
- Der benyttes kapitæler, hvis tonefaldet er særlig højt eller hvis der råbes
- Pauser markeres med tre punktummer: ...
- Længere pauser markeres med: (lang pause)
- Hvis en person afbryder sig selv, markeres det med bindestreg: –
- Uforståeligt indhold markeres med: (uf)
- Ord jeg er relativt, men ikke fuldstændig, sikker på efterfølges af: (?)
- Det angives med parentes, hvis der grines: (griner)
- Hvis yderligere ting bemærkes, noteres dette ligeledes i en parentes, f.eks. (tøver)
- Informationer der anonymiseres, markeres med: [], f.eks. [navn på læge]

### 5.2.3 KODNING AF EMPIRI OG BRUG AF NVIVO

Min empiri kodes med det formål, at jeg kan analysere og fortolke den. At udføre en kvalitativ kodning vil sige ”at dele af et materiale markeres og beskrives med et eller flere ord” (Iversen, 2017, s. 148), og kodning er således at analysere (Miles mfl., 2014 Iversen, 2017, s. 148). Til kodningen

benyttes NVivo version 12, som er et *computer assisted qualitative data analysis software* (CAQDAS) (Iversen, 2017, s. 147). Ved at benytte NVivo kan jeg transskribere og kode empirien i samme program, ligesom at jeg kan udnytte den grad af automatisering, der er mulig.

Min kodning kan beskrives som værende abduktiv, hvilket er kendetegnet ved, at man kan bevæge sig fra det generelle til det partikulære og omvendt, og at man i denne frem og tilbage-proces opnår erkendelse (Schröder mfl. 2003, s. 46-47 i Iversen, 2017, s. 150). Den abduktive kodning er således også i overensstemmelse med min hermeneutiske tilgang, som forklaret i afsnit 2.1. Jeg har ikke på forhånd defineret nogle koder, da jeg forholder mig relativt eksplorativt og åbent til empirien, hvilket normalvis kendetegner den induktive kodning (Iversen, 2017, s. 150). Når jeg alligevel definerer min kodning som abduktiv, er det fordi, at min teoretiske ramme delvist danner grundlaget for min analyse, idet jeg inddrager teorien i min iterative analyseproces og desuden har en forforståelse, der også er baseret på min teoretiske ramme.

Iversen beskriver desuden, at nogle forskere er kritiske overfor kvalitativ kodning, da denne slags kodning ifølge dem ligger under for en positivistisk tilgang, som modsætter sig de fortolkningsorienterede human- og socialvidenskaber (Iversen, 2017, s. 148-149). På baggrund af denne kritik finder jeg det nødvendigt at understrege, at mine analyseresultater baserer sig på *min* analyse og fortolkning, og at NVivo blot benyttes som værktøj til at håndtere empirien, og jeg er opmærksom på at medtage konteksten for informanternes udtalelser. Jeg fokuserer på at have en grundig og transparent tilgang til min bearbejdelse af empirien, hvorfor flere kodningsoversigter også er vedlagt som bilag, som forklaret i afsnit 5.2.1. Metodiske refleksioner præsenteres i afsnit 7.2. I følgende afsnit fremlægges analyseresultaterne (svarende til punkt seks i Braun og Clarks fremgangsmåde).

## KAPITEL 4

### 6. ANALYSE

I dette kapitel fremlægges min analyse efterfulgt af en teoretisk og metodisk refleksion, en diskussion samt en konklusion med en besvarelse af min problemformulering.

Jeg fokuserer min analyse på de syv brugere, men inddrager også holdninger og oplevelser relateret til videokonsultationer fra den såkaldte ”ikke-bruger”, Søren. I afsnit 6.1 præsenteres informanterne. Derefter følger en tematisk oversigt, som viser analysens opbygning. I analysen refererer jeg til transskriptionerne i bilag F. Alle benyttede citater er desuden markeret gule i bilagene.

## 6.1 PRÆSENTATION AF INFORMANTER

Forud for analysen præsenteres mine informanter med det formål at give læseren et indblik i informanternes baggrund og hverdag. Den nedenstående præsentation er baseret på, hvad informanterne selv har valgt at fortælle mig. For en oversigt over informanterne henviser jeg til tabel 1 i afsnit 5.1.1.2.

Jeg talte med Jens over telefonen en fredag formiddag. Jens er 76 år og har hele sit liv arbejdet med computere, selv inden computere blev populære, som han selv formulerer det. Nu er Jens pensioneret og bor alene. Jens er ofte i kontakt med lægeklinikken, da han har et dårligt hjerte. Derfor er han også den af mine informanter, der har prøvet videokonsultationer flest gange, cirka 3-4 gange (bilag F5).

Jeg mødtes med Karl en fredag eftermiddag på et kontor på Syddansk Universitet. Karl er 66 år. Han arbejder med teknisk service, og har været i servicebranchen siden han var 17 år. Som han selv siger, er han derfor også udadvendt og kan godt lide at tale med mennesker. Han beskriver desuden sig selv som et legebarn, hvad angår ny teknologi. Han bor sammen med sin kæreste Gitte. De har hver især børn og børnebørn. Da Karl har fået en bypass-operation, har for højt blodtryk og for højt kolesterol er han i kontakt med lægen et par gange om året. Karl har haft én videokonsultation (bilag F6).

Jeg interviewede senere Karls kæreste Gitte på 59 år. Gitte arbejder på et hospital og bruger sin fritid på at passe hus og have. Som hun selv siger, er hun ikke lige så glad for ny teknologi som Karl, men efter en snak med Karl, valgte Gitte at booke en videokonsultation med lægen. Gitte er kroniker og derfor i kontakt med lægen cirka hver tredje måned. Hun har haft 2-3 videokonsultationer (bilag F2).

Bente på 57 år besøgte jeg i hendes hjem en tirsdag eftermiddag i det tidsrum, hvor hun har frokostpause. Bente er dagplejemor og passer til hverdag tre børn. Derudover er hun gift og bor sammen med sin mand. Deres børn er flyttet hjemmefra. Bente er hos lægen en enkelt gang om året. Hun havde planlagt en videokonsultation med lægen, som dog mislykkedes (bilag F1).

Dagen efter i samme tidsrum besøgte jeg Hanne på 61 år, som tilfældigvis er Bentes svigerinde. Hanne har været dagplejemor i 37 år. Hun bor sammen med sin mand, som hun har to voksne børn med. Hanne og hendes mand har desuden sølvbryllup i år. Hanne siger selv, at hun ikke er god til teknologi, men hun er meget glad for at bruge sin iPad til diverse gøremål, herunder at være i kontakt med lægen. Inden mit besøg hos Hanne havde jeg overværet en videokonsultation mellem hende og

lægen, så vi havde faktisk mødt hinanden online. Hanne er ved lægen cirka hver tredje måned og har haft to videokonsultationer (bilag F3).

En torsdag formiddag ringede jeg op til Per som aftalt. Per er 67 år og selvstændig malermester. Han er gift og bor sammen med sin kone. Per har haft nogle blodpropper de sidste par år og har derfor haft en del kontakt med lægen. Han har haft en enkelt videokonsultation (Bilag F7).

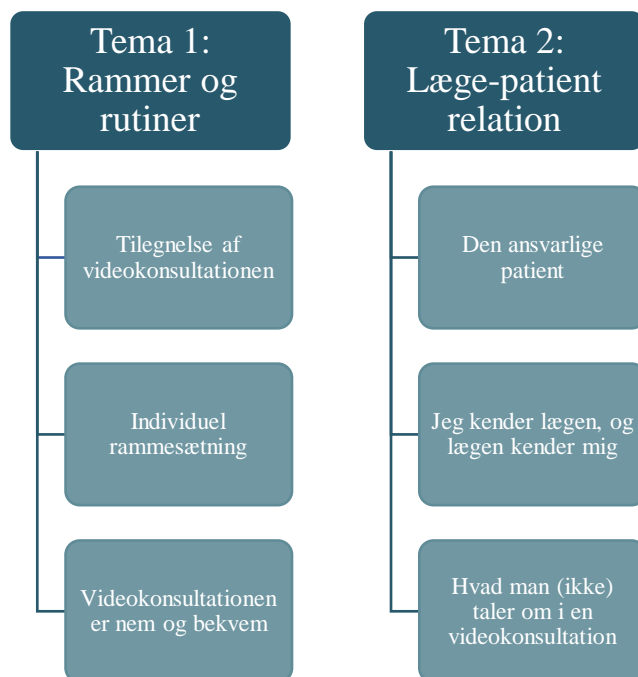
Jeg interviewede Lone via telefonen. Hun er 58 år og tidligere væksthushavende, men har siden 2001 været førtidspensionist og bruger nu meget tid på slægtsforskning. Lone bor sammen med sin mand, og de har sammen to voksne børn. Lone har nedsat hørelse og har derfor holdt et års pause mellem de to videokonsultationer, hun har haft (bilag F4).

Søren på 66 år er pensionist og tidligere bryggeriarbejder, endda med medalje fra dronningen grundet sin 47 år lange ansættelse ved samme bryggeri. Nu nyder han pensionisttilværelsen, hvor han blandt andet dyrker sin interesse for løb og har genoptaget sin frimærkesamling. Derudover passer han hus, have og swimmingpool sammen med sin kone. Søren har takket nej til videokonsultationer med lægen (bilag F8).

## 6.2 OVERSIGT OVER TEMAER

I figur 2 findes en oversigt over analysens temaer og undertemaer. De samme koder er benyttet i flere temaer, og temaerne skal ikke forstås som isolerede dele men derimod som sammenhængende og supplerende aspekter af patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Da nogle patienter har haft videokonsultationer med SOSU-assistenten og ikke lægen, indgår også SOSU-assistenten i analysen. For overskuelighedens skyld afsluttes hvert tema med en kort opsummering bestående af de væsentligste analytiske pointer samt en oversigt over affordances og constraints. Slutteligt sammenfattes hele analysen.





Figur 2 Oversigt over temaer

### 6.3 TEMA 1: RAMMER OG RUTINER

I dette tema analyseres, hvorledes videokonsultationen tilegnes, hvordan den rumligt og tidsligt tilpasses patienternes hverdag samt hvilke affordances og constraints, patienterne opfatter i forbindelse med denne tilpasning. Analysen af dette tema fordeler sig på tre undertemaer: *Tilegnelse af videokonsultationen*, *Individuel rammesætning* samt *Videokonsultationen er nem og bekvem*.

#### 6.3.1 TILEGNELSE AF VIDEOKONSULTATIONEN

Syv ud af de otte patienter blev tilbudt at benytte videokonsultation enten af lægen, SOSU-assistenten eller af lægesekretæren. Gitte har som den eneste selv taget initiativ til at prøve en videokonsultation, efter Karl opfordrede hende til det. Da Jens, Lone, Karl og Hanne var til en fysisk konsultation ved lægen, blev de spurgt, om den næste konsultation kunne være på video. Jens og Lone fik en informationsfolder, mens lægen viste Karl, hvordan det fungerede igennem appen Min Læge på Karls telefon. Også Per blev spurgt i forbindelse med en konsultation ved SOSU-assistenten, som forklarede Per, hvordan en videokonsultation foregik. Bente blev spurgt af lægesekretæren i telefonen, om den næste konsultation kunne være på video, og hun fik navnet på appen Min Læge, som hun skulle downloade. Således havde Bente ikke samme mulighed for at få vist, hvordan appen fungerede, ligesom hun ikke fik en informationsfolder. Søren blev ligeledes spurgt af lægesekretæren

over telefonen, men svarede nej tak og bad i stedet lægen om at ringe til ham med de prøvesvar, de skulle tale om. Det er altså forskelligt, hvordan patienterne første gang ”møder” videokonsultationen. Den information, patienterne får, er ligeledes forskellig og afhænger af, om de bliver spurgt over telefonen, ved et fysisk møde eller selv tager initiativ til at have en videokonsultation. Anskues ovenstående ud fra domesticeringsteoriens første fase, tilegnelse, er patienternes første ”møde” med videokonsultationen i de fleste tilfælde sket på lægeklinikkens initiativ. Dog ses det også, at Karl har betydning for, hvordan Gitte tilegner sig videokonsultationen, mens det i Søren's tilfælde er den viden, han har fra tv-udsendelser, der påvirker hans fravalg af videokonsultationer. Det Søren har hørt i tv'et, har givet ham et negativt indtryk af videokonsultationer:

Men jeg har jo set masser af de der videokonsultationer i fjernsynet, nu her på grund af alt det Corona. Og der har jeg erfaring med mig selv om, at det er utrolig svært at forstå, og det falder ud, og det gør dit, og det gør dat. (Bilag F8)

Tilegnelsen af videokonsultationen viser sig også at hænge sammen med patienternes holdning til (ny) teknologi samt med deres mediebrug. Jens fortæller, at han har arbejdet med it hele sit liv, og at ibrugtagning af ny teknologi derfor ikke er uvant for ham. Karl beskriver sig selv som et legebarn, hvad angår ny teknologi, mens Karls kæreste Gitte forklarer, at hun sandsynligvis ikke havde benyttet videokonsultationer, havde det ikke været for Karl. Hanne fortæller, at hun er ”en nørd til alt det der... halløjsa der” (bilag F3), hvormed hun mener, at hun ikke er god til teknologi. Søren har set og hørt om videokonsultationer i tv, og har på den baggrund vurderet, at han ikke vil benytte det, ligesom at han forklarer, at han aldrig er en af de første, der tager nye teknologier i brug. Han ved, at han som regel er længere tid om at lære nye teknologier og medier at kende, hvorfor han endnu ikke har haft lyst til at prøve videokonsultationer. Selvom Søren giver flere forklaringer på, hvorfor han ikke vil benytte videokonsultationer, herunder tekniske problemer samt at han har nedsat hørelse, indikerer hans første forklaring en mere generel usikkerhed. Da jeg spørger Søren, hvorfor han ikke vil bruge videokonsultationer, svarer han mig først og fremmest: ”Punkt et, jeg har ikke prøvet det før.” (Bilag F8). Selvom Søren giver flere forskellige grunde til ikke at bruge videokonsultationer, indikerer denne udtalelse, at hans modvilje har rod i en utryghed eller usikkerhed ved at bruge nye teknologier.

Da jeg spurgte patienterne, om de havde nogle særlige forventninger til videokonsultationen, inden de prøvede den første gang, var svaret som oftest nej. I løbet af vores samtaler blev der dog alligevel italesat nogle følelser eller forventninger forud for den første videokonsultation. Per

fortæller, at han var spændt på, hvordan den første videokonsultation ville forløbe, mens Hanne fortæller, at ”jeg var sådan set lidt nervøs, da jeg skulle. Ikke? Jeg tænkte ’ej, hvordan er det at sidde på den måde?’” (Bilag F3). Lones forventning til videokonsultationer var, at det ville fungere fint. Første gang Lone havde en videokonsultation kunne hun dog ikke høre lægen på grund af hendes nedsatte hørelse. Herefter sagde hun til lægen, at hun ikke ønskede at benytte videokonsultationer igen, og i cirka et år holdt hun sig fra det. Da COVID-19 brød ud i Danmark, måtte Lones konsultation imidlertid ændres, og derfor valgte Lone på eget initiativ at prøve en videokonsultation igen, nu på iPad i stedet for telefon. Lone forklarer i relation hertil, at ”så var det jo Corona, der gjorde, at vi prøvede igen. Og det var egentlig godt nok”. (Bilag F4). Denne gang var lyden bedre og billedet større, så Lone kunne mundaflæse. Dette ændrede hendes holdning til videokonsultationer og er grunden til, at hun nu gerne vil benytte videokonsultationer fremover. Lones situation viser netop det iterative ved domesticeringsprocessen, da Lone har forsøgt at lykkes med videokonsultationer to gange og ved brug af to forskellige medieplatforme. Denne måde, hvorpå Lone på eget initiativ prøver sig frem ved brug af forskellige medieplatforme, indikerer desuden, at hun er en aktiv og ansvarlig patient, hvilket uddybes i afsnit 6.4.1.

Det var således en ydre omstændighed, der betød, at Lone valgte at give videokonsultationen en ny chance, selvom hun tidligere havde fravalgt brugen af videokonsultationer. Søren beskriver på samme vis, at udbruddet af COVID-19 gav ham en chance for at prøve en videokonsultation. Mens denne ydre omstændighed havde indflydelse på Lones handlinger, var det dog ikke nok til at ændre Sørens modvilje mod videokonsultationer, og Søren vil ”stemme lidt imod det [videokonsultation] stadigvæk.” (Bilag F8).

Videokonsultationen er en kommunikationsform, der benyttes på patientens egen medieplatform, hvorfor denne også kan have betydning for, hvordan videokonsultationen tilegnes og benyttes. Hanne forklarer, at hun benytter iPaden til videokonsultationer, fordi hun er mest tryk ved dette medie. Det er desuden også iPaden, hun i forvejen benytter, når hun e-konsulterer med lægen. Karl beskriver, at han bruger telefonen, dels fordi han havde den med oppe ved lægen, og dels fordi han er meget glad for sin nye telefon. Også Gitte benytter telefonen, som er det medie, hun bruger mest i hverdagen. Per benyttede sin telefon, da han havde en videokonsultation, men vil fremover benytte sin iPad, som har en større skærm, og som også er det medie, han bruger meget i hverdagen, f.eks. når han skal læse nyheder. Når patienterne tager videokonsultationen i brug, gør de det på en måde, så det passer til deres eksisterende mediebrug, og de vælger i høj grad den medieplatform, som de har for vane at bruge mest, og som de er mest trykke ved eller vurderer fungerer bedst i forhold til

en videokonsultation. Søren nævner netop også, at videokonsultationer kræver, at man som patient har det nødvendige udstyr:

For det kræver jo også lidt af vores eget system. Det er jo ikke kun det at bruge det, vi skal også have- også de ting vi bruger herhjemme, skal også være i orden. Jeg sidder kun med en lille tablet, ikke også? Hvor godt er billedet på det? Ja... og jeg er jo ikke lige it-ekspert. (Bilag F8)

Således udviser Søren også en usikkerhed omkring, hvorvidt han har det nødvendige udstyr og lige så vel, eller måske vigtigere, om han formår at bruge det korrekt.

**Opsummerende** kan jeg konkludere, at den indledende tilegnelse af videokonsultationen oftest sker på lægeklinikkens initiativ, mens at også en kæreste (Karl) samt medieomtale og generelle holdninger til ny teknologi former holdninger og forventninger til videokonsultationer. Dertil har patienternes eksisterende mediebrug og -vaner indflydelse på, hvordan de foretager en videokonsultation. De vælger i høj grad at benytte de medieplatforme, som de forvejen bruger meget.

### 6.3.2 INDIVIDUEL RAMMESÆTNING

Patienterne, der benytter videokonsultationer, skaber individuelle rammer omkring brugen, således at videokonsultationen tilpasses rumligt. Patienterne har indtil videre kun benyttet videokonsultationer i deres hjem eller i Pers tilfælde i sommerhuset. Både Karl og Gitte nævner, at de bruger deres fridag på at have en videokonsultation. Endnu har ingen af patienterne haft en videokonsultation på arbejdet eller andetsteds, og de har forskellige holdninger til, hvorvidt de vil gøre dette i fremtiden. Gitte forklarer, at hun fremover vil benytte et mødelokale på arbejdet, ligesom at også Per fortæller, at han kan gå ind på sit kontor på arbejdspladsen. Karl forklarer, at han har overvejet at benytte videokonsultation på arbejdet, men er nået til den konklusion, at det er upassende at skulle booke et mødelokale på grund af en konsultation med lægen. Det rumlige udgangspunkt for videokonsultationen er for mine informanter således deres hjem, hvilket også generelt italesættes som et trygt sted at være under en videokonsultation. F.eks. fortæller Karl, at ”man sidder derhjemme, man sidder i egne omgivelser. Betyggende omgivelser.” (Bilag F6). Dog italesætter flere patienter alligevel muligheden for at have en videokonsultation andetsteds, mens de ikke har benyttet denne mulighed endnu. Mens både Gitte og Per forklarer, at de kan bruge videokonsultationer på arbejdet, forklarer Bente og Jens, at de i princippet kan have en videokonsultation hvor som helst. Mobilitet kan derfor karakteriseres som en, dog uudnyttet, affordance ved videokonsultationer. At hjemmet er det fysisk-rumlige udgangspunkt for videokonsultationen viser, at hjemmet stadig har en relevans i

forhold til domesticeringen af nye medier på trods af mobiliteten ved videokonsultationen. Jeg diskuterer dette faktum yderligere i afsnit 8.1.

I hjemmet skaber patienterne også nogle rammer for, hvor de placerer sig, når de skal have en videokonsultation. Patienterne har placeret sig det samme sted, hver gang de har haft en videokonsultation. Per sidder i sin sofa, og Jens sidder i sin lænestol. Både Bente, Karl, Gitte og Lone sidder ved deres spisebord, mens Hanne sidder i sit hjemmekontor. Da jeg spørger, er det ikke alle, der umiddelbart kan give mig en forklaring på, hvorfor de har valgt denne placering. Gitte svarer: ”Næ, egentlig ikke (griner). Det er mest naturligt, synes jeg (griner)”. (Bilag F2). Bente svarer, at ”der plejer jeg altid at sidde” (bilag F1), mens både Lone og Per svarer, at de ikke ved, hvorfor de har placeret sig, som de har. Karl sidder ved spisebordet, fordi højden på dette er bedre end et sofabord. Udover dette praktiske hensyn forklarer Karl også, at ”der er dejligt lys. Jeg kan kigge ud i haven (griner)”. (Bilag F6). Disse forklaringer indikerer, at patienterne handler ud fra vane og vælger en placering, som de synes er komfortabel og/eller, som de ofte benytter. Det viser sig dog, at der indgår flere overvejelser i Lones valg af placering, end hvad hun først giver udtryk for. Hun forklarer, at:

Jeg tænkte, at det kunne virke forstyrrende, hvis man sad på en stol eller i sofaen, og man så ud over hele stuen. Der tænkte jeg, at det måske var et mere roligt billede, at der var en væg i baggrunden, og så var det det. (Bilag F4)

Ligesom Lone har også Jens valgt at sidde i sin lænestol af hensyn til kvaliteten af videokonsultationen:

Nu er det jo samme sted, jeg har valgt de gange, vi har haft video. Øhm... det er jo også lige så meget for, at jeg får så godt lys på mit billede, altså sendt til ham. Så han kan se mig. Og det er nærmest derfor, at jeg har placeret mig på den måde. (Bilag F5)

Jens' forklaring understøtter desuden det relationelle aspekt ved videokonsultationen, idet han fokuserer på, at lægen skal kunne se ham. Hans primære begrundelse for hans placering er således et hensyn til lægen og ikke et hensyn til ham selv. Dette relationelle aspekt uddybes desuden i afsnit 6.4.1 om læge-patient relationen. Hanne er den eneste informant, der konsekvent sætter sig i sit hjemmekontor, når hun skal have en videokonsultation. Hun forklarer, at ”jamen, det er netop for det der med at være lidt alene. Altså, så er der ikke noget støj og sådan nogle ting”. (Bilag F3).

Udover Lone svarer patienterne mig, at de ikke tænker over, hvad lægen kan se i baggrunden, ligesom at de heller ikke tænker på, hvad der er i baggrunden hos lægen. Patienterne bruger tid på at tænke over et svar, da jeg stiller dem spørgsmål om både deres placering, og hvad der er i baggrunden. Disse tænkepauser og ”det ved jeg ikke”-svar kan forstås i relation til Meyrowitzs beskrivelse af, hvorledes mennesker ofte *ubevidst* overvejer, hvem der kan se dem og hvem de kan se, når de træder ind i et rum (1986, s. 39). På samme vis er det muligt, at patienterne *ubevidst* overvejer, hvad lægen kan se, men dermed uden at de efterfølgende husker det. De overvejelser, Lone og Jens italesætter om hhv. baggrund og belysning, viser desuden, hvordan det fysiske og sociale rum hænger sammen, da den måde hvorpå de forholder sig til det fysiske rum er med formålet om at skabe gode rammer for interaktionen i det sociale rum. I relation til den ovenstående pointe af Meyrowitz er der også forskel på, om patienterne er alene eller sammen med deres ægtefælle, når de har en videokonsultation. Hanne fortæller, at hun ”vil have det lidt mærkeligt med” at nogen ser med på videokonsultationen (bilag F3). Omvendt Hanne giver Lone udtryk for, at hendes mand gerne må se med, og at han også ofte har været med hende til fysiske konsultationer. Mens både Hanne, Lone, Jens, Gitte og Bente var alene i rummet under de videokonsultationer, de har haft, var Per og Karls ægtefæller tilstede, uden at de fortalte dette til hhv. SOSU-assistenten og lægen. De fortæller begge, at deres ægtefæller ikke var med i billedet, så lægen har ikke kunnet se dem. Som Meyrowitz forklarer, er de fysiske rammer med til at definere en situation (1986, s. 35), mens dette dog ikke skyldes rummet i sig selv, men derimod hvem der har adgang til rummet (1986, s. 36). I Pers og Karls tilfælde inddrages deres ægtefæller i videokonsultationen, idet de kan se og lytte med til samtalen, selvom de ikke er en del af den. Det sociale rum, der skabes under videokonsultationen involverer således ikke blot den enkelte patient og lægen eller SOSU-assistenten, men også, som Islind et al. ligeledes påpeger, et ”unkown audience” (2019, s. 461), idet hhv. SOSU-assistenten og lægen sandsynligvis ikke har vidst, at ægtefællen har lyttet med. Som beskrevet i afsnit 4.3 underbygger ovenstående, at videokonsultationen på samme tid foregår i et fysisk og ikke-fysisk rum. Mens Meyrowitz forklarer, at elektroniske medier fører til en næsten total adskillelse af det fysiske og sociale rum (1986, s. 115), er dette ikke på samme måde tilfældet med videokonsultationen, fordi de involverede parter kan se hinandens fysiske omgivelser. Dels overvejer nogle af patienterne deres fysiske placering af hensyn til den interaktion, der skal foregå med lægen, og dels sammenkobles det fysiske og ikke-fysiske aspekt af videokonsultation, idet ægtefæller bliver en del af det sociale rum, men uden at være en del af selve interaktionen i videokonsultationen. Patienterne sætter forskellige grænser, når de vælger om videokonsultationen skal være privat, som Hannes videokonsultation, eller

deles med andre, som Pers og Karls videokonsultationer. Patienternes valg har således både konsekvenser for de fysiske omgivelser samt det sociale rum, der skabes under videokonsultationen.

Muligheden for at involvere andre personer i videokonsultationen, og dermed i det sociale rum, opfattes af patienterne som en fordel. Både Lone, Per og Bente mener, at det er en god idé, at en ægtefælle eller et familiemedlem kan være med i en videokonsultation, hvis de finder det nødvendigt i forhold til konsultationens indhold og formål. Og selvom Hanne i udgangspunktet helst vil være alene, når hun har en videokonsultation, kan hun også se potentialet i at inddrage andre. Udover at familiemedlemmer kan involveres, nævner Hanne desuden muligheden for, at en læge fra hospitalet kan være med i en videokonsultation med hende og lægen. Patienterne opfatter involveringen af andre personer som fordelagtig, fordi en pårørende måske hører og husker information, som de selv glemmer. Per forklarer eksempelvis:

To par ører hører mere end et par. Så det kan jo godt være, at (...) hvis det var sådan noget rigtig alvorligt, så tror jeg nok, at det er meget rart, at der lige er en ved siden af. (Bilag F7)

Patienterne giver udtryk for, at det kan give dem en følelse af tryghed og sikkerhed, når et familiemedlem inddrages i videokonsultationen. På baggrund af patienternes udtalelser karakteriseres involvering af andre personer som en affordance. Mens Islind et al. (2019) beskriver, at affordances blandt andet også udspringer af omgivende artefakter, der kan benyttes som værktøjer i konsultationen (2019, s. 436), viser ovenstående, at også eventuelle pårørende kan inddrages som støtte i videokonsultationen. De pårørende kan inddrages i konsultationen på to måder: Hjemmet som fysisk omgivelse betyder, at personer der er fysisk til stede i hjemmet kan medvirke i konsultationen, mens videokonsultationens uafhængighed af bestemte fysiske omgivelser samtidig betyder, at en person kan være med i konsultationen uden at befinde sig fysisk sammen med patienten.

Mens involveringen af andre mennesker samt mobilitet karakteriseres som affordances, begrænser nogle patienter samtidig den fysiske fleksibilitet ved brugen af videokonsultationer, fordi de på nuværende tidspunkt benytter videokonsultationen i hjemmet (og i sommerhuset) og på fridage. Ligeledes placerer patienterne sig det samme sted, hver gang de har en videokonsultation på trods af, at de benytter mobile medier i form af en tablet eller telefon. Selvom der principielt ikke er fysiske begrænsninger for, hvor de kan have en videokonsultation, så længe de har internetforbindelse, opsætter nogle patienter altså begrænsende rammer, der beror på en individuel vurdering af, hvor det føles passende at befinde sig under en videokonsultation. Disse rammer kan minde om en kulturel

constraint, men har dog en mere individuel end social karakter. Hvor en kulturel constraint typisk vil bero på kulturelle og lærte konventioner (Norman, 1990, s. 85; 2004, afsnit 6; 7), beror denne constraint på *fraværet* af lærte konventioner og i stedet på patienternes individuelle vaner. Fordi der endnu ikke er udtalte og lærte konventioner for, hvordan og hvor en videokonsultation bør foregå, vælger patienterne at befinde sig et trygt sted og skabe deres egne rammer ved at vælge det samme sted hver gang. Rammerne kan ligeledes minde om en semantisk constraint, fordi patienterne, dog i forskellig grad, er opmærksomme på, at de fysiske omgivelser skal understøtte formålet med videokonsultationen. Således skal omgivelserne forstyrre interaktionen så lidt som muligt, så patienterne kan kommunikere problemfrit med lægen. Det er ikke alle patienter, der direkte italesætter de rumlige rammer som noget decideret begrænsende. Alligevel indikerer samtlige patienters måder at bruge videokonsultationer på, at de opfatter og handler ud fra en rumlig constraint, når de bruger videokonsultationer.

Patienternes overvejelser omkring fremtidig placering, f.eks. på en arbejdsplads, understøtter desuden pointen, at affordances er dynamiske og kan ændres løbende (Islind et al., 2019, s. 441), hvilket dermed også kan ændre de opfattede constraints i takt med, at patienterne får mere erfaring med at benytte videokonsultationer. Ligesom Lones situation, hvor hun af to omgange har forsøgt at domesticere videokonsultationen (forklaret i afsnit 6.3.1), viser disse overvejelser omkring fremtidigt brug også, at domesticeringen af videokonsultationer er en iterativ proces. På nuværende tidspunkt benytter patienterne videokonsultationer på én måde, men patienternes udtalelser tyder på, at dette vil ændre sig.

**Opsummerende** kan jeg ift. det rumlige aspekt af domesticeringsprocessen konkludere, at patienterne kun benytter videokonsultationer i hjemmet, og at de placerer sig det samme sted hver gang, de har en videokonsultation. Selvom de har svært ved at forklare, hvilke overvejelser de gør sig i forhold til omgivelser, træffer de nogle valg, der rammesætter videokonsultationen. Nogle er alene i rummet, mens andre involverer deres ægtefæller, hvilket udvider det sociale rum, idet ægtefællerne kan se og lytte med. Involveringen af andre personer samt videokonsultationens (dog uudnyttede) mobilitet karakteriseres som affordances, mens de individuelle rumlige rammer karakteriseres som en constraint af både kulturel og semantisk karakter.



Figur 3 Affordances og constraints i afsnit 6.3.2



### 6.3.3 VIDEOKONSULTATIONEN ER NEM OG BEKVEM

Alle patienterne har den holdning, at videokonsultationer er en nem og bekvem måde at være i kontakt med lægen på. På trods af sin modvilje mod videokonsultationer kan også Søren se potentialet i at benytte videokonsultationerne. Jens beskriver, at videokonsultationen går hurtigt og er nem. Han synes, det er fint, at man ikke skal ulejlige sig op til lægen. Også Karl forklarer, at der ikke er ”grund til at bruge tid på at tage ud og sætte sig i venteværelset. Så det er jo ti gange nemmere lige at sætte sig ned derhjemme og tænde telefonen og vente på, at lægen ringer en op.” (Bilag F6). Hanne påpeger, at ”mange gange, så går man går til lægen, men så er det ingenting.” (Bilag F3). Ved brug af videokonsultationen mener Hanne, at hun kan spare sig selv for unødvendige besøg hos lægen, som dog ikke er unødvendige nok til, at de helt skal aflyses. Samtidig fortæller Hanne, at ”jeg udskyder rigtig mange ting, at jeg muligvis burde gå til lægen med” (bilag F3), fordi det er svært for Hanne at få en fysisk konsultation tilpasset hverdagen. Også Gitte påpeger, at ”unødvendige besøg hos lægen kan gøres herhjemmefra.” (Bilag F2). Lone forklarer, at ”det er da dejlig nemt, at man går til lægen, og så er man hjemme med det samme igen, ikke?” (Bilag F4). Den rumlige fleksibilitet ved videokonsultationen giver således mulighed for, at patienterne kan udnytte deres tid bedre. Denne oplevelse har patienterne også på trods af, at de sidder klar femten minutter før den aftalte videokonsultation. Hanne fortæller endda, at hun sandsynligvis venter længere derhjemme end ved en fysisk konsultation i lægeklinikken. Ventetiden bruges for Gittes vedkommende på at læse, som hun også ville gøre, hvis hun ventede i lægeklinikken, mens Hanne og Lone sidder og ser på deres telefoner. Per forklarer, at han ikke lavede andet end at sidde og vente på, at lægen loggede på, særligt fordi det var første gang, han skulle prøve en videokonsultation. På trods af denne ventetid, opleves videokonsultationen stadig som bekvem og tidsbesparende. Det rumlige og tidslige aspekt skal forstås som sammenhængende, idet den rumlige fleksibilitet giver oplevelsen af en tidlig fleksibilitet.

Mens Karl og Per nævner parkering som et eksempel på, hvordan videokonsultationen er nemmere end et fysisk møde, er det særligt i forhold til Hannes, Bentes og Gittes arbejde at videokonsultationen er særlig bekvem. Hanne forklarer:

Jeg synes, det er perfekt. Altså særligt med det arbejde jeg har... synes jeg det er simpelthen perfekt for mig, fordi jeg arbejder sent og har svært ved at- altså du ved, hvis det er noget akut noget også, ikke? Øhm. Altså at man skal vente til de dage, hvor der er længe åbent. Og sådan nogle ting der. Så jeg synes simpelthen, det er så fint. (Bilag F3)

Bente fokuserer også på fleksibiliteten i forhold til sit arbejde: ”Og jeg synes også, det vil være nemmere, end at jeg skal tage fri fra arbejde for at tage derhen.” (Bilag F1). I tråd med dette forklarer også Gitte:

Jeg [skal faktisk] tage rigtig meget fri for at komme til [navn på læge]. Der er den jo god, at jeg kan gøre det herhjemme på en fridag, så jeg faktisk ikke behøver afsted på en fridag. Og ellers skal jeg jo bede min arbejdsplads om, at jeg kan få fri. Og det er ikke altid, at det er lige godt. (Bilag F2)

Hanne vælger at have sine videokonsultationer klokken 16.30, således at det netop passer med, at de børn hun passer som dagplejemor, er blevet afhentet. Også Bente havde aftalt at have videokonsultationen klokken 16.15, så det netop passer med hendes arbejde. Lone forklarer, at ”jeg prøver altid at lave formiddagstiderne (. . .) Jeg synes bare, det er dejligt at have det overstået. Så har man resten af dagen for sig selv, ikke?” (Bilag F4). Videokonsultationerne giver patienterne mulighed for at strukturere deres hverdag og tilpasse videokonsultationen til deres eksisterende rutiner, og generelt opfattes videokonsultationen som særdeles bekvem. Bekvemmelig karakteriseres derfor som en affordance ved videokonsultationer. Mens mange af patienterne italesætter fordelene ved dette tidsbesparende aspekt af videokonsultationen, indikerer Søren ikke umiddelbart et behov for nemmere eller mere tidsbesparende kommunikation med lægen, selvom han ikke er uenig i det tidsbesparende potentiale. Han er ved lægen to gange årligt og benytter e-konsultationer, hvis der opstår et behov for at kontakte lægen imellem de to halvårige besøg. Ligeledes påpeger Søren, at han ikke havde problemer med at få fri fra arbejdet inden han blev pensionist, ligesom at det nu ej heller er et problem for ham at køre op til lægen. Søren udtrykker således ikke et behov for nemmere eller anderledes adgang til lægen, hvilket dog sandsynligvis også hænger sammen med hans utryghed ved at prøve nye ting.

Hanne, Karl og Bente mener desuden, at videokonsultationer kan øge adgangen til lægen, mens Gitte, Per og Lone ikke mener, at videokonsultationen kan ændre på denne adgang. Gitte forklarer, at ”tidsmæssigt når du bestiller tid, er det jo faktisk det samme jo. Så det tror jeg ikke [at adgangen bliver nemmere]” (bilag F2), og Lone påpeger det samme. Per forklarer, at en e-konsultation kan benyttes til at få fat i lægen, mens en videokonsultation kræver en aftale:

Men altså, jeg kan jo ikke bare få fat i ham... uden at der er aftalt et eller andet. Og det skal vi måske heller ikke, for så kan han sgu nok ikke bestille andet. Øhm. Men at jeg via en mail kunne- eller besked til ham, kunne aftale en tid til ham. (Bilag F7)

I Pers forklaring ses det også, hvordan Per udviser omtanke for lægens tid. Han påpeger dertil også, at videokonsultationen kan være mindre ubelejlig for lægen i forhold til et fysisk møde. Også Jens mener, at videokonsultationen muligvis kan spare lægens tid. Dette understøtter det relationelle og sociale aspekt ved videokonsultationen, som udlagt af Islind et al. (2019), hvor patienterne også tager højde for den anden bruger og ikke kun deres egen relation til mediet.

Omvendt Per og Gitte oplever Hanne, at adgangen til lægen bliver bedre, fordi videokonsultation er nem for både hende og lægen: ”Altså at han lige propper mig ind, ikke? At han lige sender et link, bum bum. Altså det kan gå så hurtigt.” (Bilag F3). Desuden giver Hanne udtryk for, at hun med videokonsultationen kan prioriteres over andre patienter: ”Altså, han kan jo godt imellem to patienter lige putte mig ind, ikke? Så får de måske lov til at vente fem minutter eller noget længere, ikke også?” (Bilag F3). Bente forklarer, at videokonsultationen betyder, at hun kan få ting hurtigere at vide, mens Karl mener, at en videokonsultation er ”ti gange bedre” (bilag F6), hvis man gerne vil slippe for en fysisk konsultation med SOSU-assistenten. Han påpeger i relation hertil, at lægen generelt har mindre tid til sine patienter end tidligere, også efter implementeringen af videokonsultationer.

**Opsummerende** kan jeg ift. det tidslige aspekt af domesticeringsprocessen konkludere, at videokonsultationen generelt opfattes som værende en tidsbesparende og bekvem løsning, der kan tilpasses patienternes daglige rutiner. For nogle patienter er det særligt i forhold til deres arbejde, at de opfatter videokonsultationen som fordelagtig. Patienterne har forskellige holdninger til, hvorvidt denne konsultationsform ændrer på adgangen til lægen. Følgende affordances blev beskrevet i dette afsnit:



Figur 4 Affordances i afsnit 6.3.3

## 6.4 TEMA 2: LÆGE-PATIENT RELATION

I dette tema analyseres, hvorledes videokonsultationen har indflydelse på relationen mellem lægen og patienten, svarende til domesticeringsfasen konvertering. Jeg analyserer, hvilke affordances og constraints patienterne opfatter i forbindelse med det sociale rum, der skabes under brugen af videokonsultationer. Analysen af dette tema fordeler sig på tre undertemaer: *Den ansvarlige patient, Jeg kender lægen, og lægen kender mig* samt *Hvad man (ikke) taler om i en videokonsultation*.

#### 6.4.1 DEN ANSVARLIGE PATIENT

Patienterne tager i høj grad ansvar for deres kontakt med lægen, og generelt udviser de tålmodighed og optimisme med video som konsultationsform. Hanne påpeger f.eks., at ”fordi der havde jeg misforstået nogle ting” (bilag F3), da en af hendes videokonsultationer ikke lykkedes. Hun overvejer ikke, hvorvidt hun fik forklaret proceduren godt nok. I stedet overvejer hun, hvad hun selv kan gøre for at løse de problemer, der måtte opstå fremtidigt:

Men jeg tror, at de fejl eller hvad man siger, altså det genklang- jeg har ventet for længe, og så er det et eller andet mekanisk eller sådan noget, der går ind og gør, at lige pludselig så sker der et eller andet. Så altså næste gang jeg skal have en videokonsultation, der tror jeg, at jeg prøver bare at gå ind et lille stykke tid før den aftalte tid. (Bilag F3)

Og selvom Hanne oplever tekniske problemer med videokonsultationen og forventer, at det forbedres fremover, påpeger hun med det samme også, at hun er meget tilfreds med videokonsultation allerede nu:

Men ligeså snart det kommer til at køre- altså jeg synes også, at det går godt nok nu. Men altså når det kommer til at køre sådan rigtigt, så synes jeg, det er fantastisk altså. Det synes jeg, det er. (Bilag F3)

Også Jens pointerer, at videokonsultation er en ny ting for SOSU-assistenten, og i løbet af interviewet nævner Jens ofte de tekniske udfordringer ved brugen. Ligeledes forklarer Bente, at videokonsultationen er en ny ting for lægen. Da jeg spørger Bente, hvorvidt den eneste gang hun har prøvet videokonsultation, er den gang det mislykkedes, svarer hun: ”Der var det så nyt for ham [lægen] også.” (Bilag F1). Hun starter med at udtrykke en overbærenhed over situationen, men som vores samtale udvikler sig, bliver det tydeligt, at Bente er irriteret over sin første og eneste oplevelse

med en videokonsultation. Hun fortæller, at hun havde forventet, at lægen havde ringet hende op forud for videokonsultationen for at forklare hende, hvordan det skulle foregå. Da jeg spørger Bente, om hun modtog en folder med information om videokonsultationen, er hendes svar prompte: ”INGENTING. Ingenting.” (Bilag F1). Jeg spørger hende, om det er korrekt opfattet, at hun er irriteret. Til det svarer hun: ”Ja. Jeg synes, det var irriterende, at når man ikke- altså, når man ikke får nogen ordentlig information, er det jo spild af min tid og spild af hans tid også. Ikke?” (Bilag F1). Bente udtrykker ikke kun irritation på egne vegne, men udviser en betænksomhed overfor lægen, idet hun ligeledes påpeger, at også lægen spilder sin tid ved en mislykket videokonsultation. På trods af denne irritation vil Bente gerne bruge videokonsultation fremover: ”Alt nyt skal jo- det er jo bare lige indtil man finder ud af, hvordan det fungerer. Så er det jo fint nok, altså.” (Bilag F1). Hun planlægger at tage sin telefon med til lægeklinikken for at bede dem forklare, hvordan videokonsultationen fungerer. Ligesom Hanne har Bente tænkt over en løsning, så hun i fremtiden kan benytte videokonsultationer. Som tidligere beskrevet har Lone også selv taget initiativ til at få videokonsultationen til at lykkes ved at prøve at bruge en anden medieplatform. Hanne, Bente og Lone forholder sig aktivt til ibrugtagningen af denne nye teknologi og forsøger løbende at finde egne løsninger på de udfordringer, de støder på.

Da Hanne ikke kunne få videokonsultationen til at virke, ringede hun til lægen, som hjalp hende. Bente skrev til lægen efter at have ventet i en time. Bente havde dog en anden forventning: ”Jeg ved sådan en som Hanne (...), der aftalte de første gang, at hvis man havde problemer, så ringede han op og dirigerede dig igennem. Og her skete der jo nada. Ikke?” (Bilag F1). Mens Hanne og Bente selv rækker ud til lægen, er det SOSU-assistenten, der ringer Jens op, hvis videokonsultationen ikke lykkes. Der er altså forskellige måder, hvorpå patienten og lægen eller SOSU-assistenten forholder sig til situationen, og der synes ikke at være en klar ansvarsfordeling eller forventningsafstemning, hvilket i Bentes tilfælde førte til irritation. Patienterne udviser forståelse for lægens tid samt opstartsvanskeligheder ved videokonsultationen, men samtidig har nogle patienter visse forventninger til, at lægen tager ansvar for situationen, og at teknologien kommer til at virke bedre i fremtiden. Patienterne synes at forsøge at balancere det at være en ansvarlig og ikke besværlig patient med deres forventninger til brugen af videokonsultationer, men generelt udviser patienterne tilfredshed og optimisme med brugen af videokonsultationer.

Hanne, Lone og Gittes ansvarlighed ses også i måden, hvorpå de forbereder sig forud for en videokonsultation. Gitte og Lone skriver spørgsmål til lægen ned på forhånd, og Hanne forklarer:

Det, altså... nogle gange kan jeg godt synes, at de har for travlt. Altså at man ikke ligesom- og så nu er jeg faktisk begyndt mange gange at skrive ned. Det er, fordi jeg glemmer, hvis der er flere ting. Så kommer man til at snakke om én ting. Og inden du ser dig om- fordi jeg føler engang imellem, at det skal gå stærkt. (Bilag F3)

Som løsning på lægens begrænsede tid tager Hanne selv ansvar for, at hun får spurgt om alt det, hun gerne vil. Per udtrykker ligeledes en forståelse for lægens tid og travlhed. Han er hovedsageligt i kontakt med SOSU-assistenten på klinikken og forklarer i relation hertil, at ”der er ingen grund til at forstyrre [navn på læge].” (Bilag F7). Anskues ovenstående ud fra domesticeringsteorien, er det tydeligt, at måden hvorpå videokonsultationen tilegnes generelt er præget af optimisme, selvom at Bente udtrykker irritation og Søren slet ikke vil benytte konsultationsformen. Optimismen, som ses hos de fleste patienter, er også med til at definere forholdet mellem patient og læge, og indikerer en respekt for og tålmodighed med lægen såvel som SOSU-assistenten. Ibrugtagningen af videokonsultationer er således ikke er en individuel proces, hvilket stemmer overens med Islind et al.s (2019) pointe om det sociale og relationelle aspekt ved affordances. Ligeledes er domesticeringen af videokonsultationen en proces, der indebærer både læge eller SOSU-assistent og patient, fordi begge parter skal have teknologien til at fungere, førend videokonsultationen kan gennemføres.

**Opsummerende** kan jeg konkludere, at mens patienterne opfatter videokonsultationen som værende en tidsbesparende og bekvem måde at være i kontakt med lægen eller SOSU-assistenten på, er det ikke en problemfri konsultationsform endnu. Patienterne forsøger at tage ansvar for samt løse de problemer, der eksisterer i brugen af videokonsultationer. De udviser respekt for lægens tid og forståelse for, at videokonsultationer ligeledes er en ny konsultationsform for lægen og SOSU-assistenten.

#### 6.4.2 JEG KENDER LÆGEN, OG LÆGEN KENDER MIG

Da jeg spørger, om det ville være fint at have en videokonsultation med en læge, patienten ikke havde mødt fysisk, svarer Gitte, Hanne og Karl alle nej. Da jeg spørger hvorfor, forklarer Gitte:

Der ville jeg sådan set gerne sidde overfor personen. Og så ligesom kigge lidt an, hvordan er han som menneske. Fordi det ved jeg, hvordan [navn på læge] er. Men det vil jeg ikke kunne sige om en ny læge jo. (Bilag F2)

Hanne er til at starte med ikke sikker på, hvordan hun skal forklare sit nej, men kommer efter en tænkepause med en forklaring, der ligner Gittes, idet hun siger, at ”jeg ville lige lære ham lidt bedre at kende.” (Bilag F2). Også Karl vil gerne ”se personen an, og have snakket med vedkommende først.” (Bilag F6). Gitte, Hanne og Karl deler således en opfattelse af, at videokonsultationer ikke egner sig til relationsskabelse. Ifølge deres forklaringer er videokonsultationen et medie, der bruges med personer, man i forvejen kender, og videomediet er dermed et supplement til andre interaktions- og kommunikationsformer med lægen. Mens Per forklarer, at han ikke ville nægte at have en videokonsultation med en læge, han ikke havde mødt, er han i tvivl om, hvorvidt han ville føle samme tryghed. Også Lone forklarer, at hun ikke ville sige nej, hvis det var nødvendigt, men at hun ville foretrække at møde lægen fysisk først. Jens svarer mig som den eneste, at han ikke ville have et problem med at have en videokonsultation med en ny læge. Det fysiske møde viser sig at have en vis betydning for flere patienter i forhold til deres relation til lægen.

Samtlige patienter giver både direkte og indirekte løbende udtryk for, at lægen kender dem, samt at de kender lægen, og at de har en god relation. Hanne forklarer eksempelvis, at ”nu ved han, hvad det drejer sig om, altså” (bilag F3) i forbindelse med, at hun beder lægen om sovemedicin, som lægen normalvis er påpasselig med at give. Også Karl giver udtryk for, at lægen kender både ham og Gitte godt. Dertil forklarer Karl også, at lægen giver ham en ekstraordinær god behandling, og at han er ”en fantastisk læge.” (Bilag F6). Også Per fortæller, at han er ”super tilfreds” med lægen (bilag F7). På trods af, eller måske netop på grund af, disse gode forhold til lægen sætter mange af patienterne pris på de fysiske møder med lægen. De oplever to constraints ved videokonsultationen, der relaterer sig til denne læge-patient relation. Dels påpeger Gitte og Per, at videokonsultationen er mere upersonlig, og dels påpeger både Gitte, Per, Karl, Hanne og Bente at videokonsultationen som udgangspunkt ikke egner sig til alvorlige emner. Sidstnævnte constraint uddybes i næste afsnit.

Per fortæller, at han gerne vil bruge videokonsultation i fremtiden, men at han samtidig også gerne vil møde lægen fysisk. Om de fysiske besøg hos lægen forklarer Per:

Men når det så endelig er [at han besøger lægen], så er det da fint nok, at man lige kommer derop engang i mellem og siger goddag. Og der er jo altid denne her med- det er der så ikke- denne her lidt personlige ting med "hej, hvordan går det?" og dit og dat- de har både min datter og min kone deroppe også. Ikke at vi snakker deres- hvad de nu end måtte have, men øhm... det er sådan lige lidt familiært snak eller bemærkning. (Bilag F7)

Per har en oplevelse af, at et fysisk møde med lægen er mere personligt end en videokonsultation, og ovenstående ”familiære snakke” og ”bemærkninger” sker ifølge Per ikke på video: ”Der kører man den der seance der, og så er det det.” (Bilag F7). For Søren har det også en betydning at mødes fysisk med lægen, hvilket også er en af flere grunde til, at Søren ikke ønsker at benytte videokonsultationer. Han forklarer:

Jamen, den der måde man mødes på personligt, det er jo bedre. Så kan han også se på mig på en anden måde i forhold til billedet der. Det kan altså godt snyde lidt, tror jeg. Så... jeg har det altså bedst med at stå overfor personen. Det får man lidt mere ud af. Jeg synes også måske, at det ved jeg ikke, jeg har ikke noget at have det i- men måske bliver det en lidt anderledes samtale alligevel. For nu mig og [navn på læge] vi har jo- vi kender hinanden godt, og vi har måske en lidt speciel jargon, som man måske lægger lidt på hylden, hvis man ikke lige står overfor hinanden og alt det der, ikke også? (Bilag F8)

Forståelsen af videokonsultationen som værende upersonlig kan anskues som en semantisk såvel som en kulturel constraint. Den er semantisk, fordi formålet med videokonsultationen som udgangspunkt ikke er at small-talke, men at modtage information og vejledning fra lægen og stille eventuelle spørgsmål relateret til emnet. Som Norman beskriver, kan forståelsen af formålet med en given situation være en stærk retningslinje for, hvordan man agerer (Norman, 1990, s. 85). Opfattelsen af videokonsultationer som værende upersonlige kan også anskues som en kulturel constraint, fordi der endnu ikke er udviklet konventioner eller skikke for, hvordan en videokonsultation skal foregå. Norman forklarer netop, hvordan sociale constraints bruges til at styre adfærd selv i nye situationer (Norman, 1990, s. 86). Da jeg spurgte patienterne, om hhv. lægen eller SOSU-assistenten forklarede dem, hvordan videokonsultationen kom til at foregå, svarede de alle nej. Gitte beskrev videokonsultationen som en normal samtale, mens Per beskriver den som værende kortere end et fysisk møde, og Karl lægger vægt på, at det går hurtigt: ”Det tager... nej... fem minutter, maks. MAKS. Mere tager det ikke.” (Bilag F6). Også Jens forklarer, at ”det var nogle få minutter (. . .) Så det er ikke noget, der varer længe jo.” (Bilag F5). Videokonsultationen opfattes som værende nem og hurtig. Det lader til, at patienterne ved brug af denne nye konsultationsform forholder sig til idéen om, at det skal gå hurtigt, og de agerer således derefter. Dette kan også forklare, hvorfor patienterne gerne vil mødes fysisk med en eventuelt ny læge, før de har den første videokonsultation, fordi der ved et fysisk møde givetvis eksisterer en kulturel konvention om, at man kan small-talke med



hinanden. Udover denne semantiske og kulturelle constraint påpeger Gitte også, at man ikke kan få et håndtryk gennem en videokonsultation. Der er dermed også en fysisk constraint, idet et håndtryk ikke kan lade sig gøre gennem en video, som kan være medvirkende til, at videokonsultationen opfattes mere upersonlig. Mens den fysiske constraint ikke kan ændres, kan det semantiske og kulturelle aspekt udvikle sig i takt med, at patienterne såvel som lægen og SOSU-assistenten får flere erfaringer med videokonsultationer, således at der udvikles nogle konventioner og rutiner for, hvordan de benyttes, og hvad der er acceptabelt eller passende at tale om samt bruge tid på i en videokonsultation. Kommer videokonsultationen i højere grad til at erstatte andre konsultationsformer, eksempelvis det fysiske møde, kan man desuden forestille sig, at det kan føre til en ændring i forståelsen af, hvad man kan tale om i en videokonsultation, fordi det samlede kommunikationsmønster mellem lægen og patienten i så fald ændres yderligere.

Anskues ovenstående ud fra domesticeringsteoriens fase konvertering, indikerer patienternes oplevelser af videokonsultationen ikke, at videokonsultationen definerer deres relation, da relationen primært er skabt ved de fysiske møder, som de stadig har. Patienterne mener ikke, at videokonsultationen vil ændre relationen til lægen, selvom nogle mener, at det kan ændre måden, hvorpå de kommunikerer. Flere patienter italesætter dog nogle bekymringer for, at de med videokonsultationen som erstatning for fysiske møder kan risikere at miste elementer ved den nuværende relation, de har til lægen, f.eks. small-talk. Selvom patienterne siger, at videokonsultationer ikke ændrer deres relation til lægen, giver de udtryk for, at der er mindre small-talk i videokonsultationer og dermed, at kommunikationen er anderledes. I stedet for selve brugen af videokonsultationen er det nærmere grænserne for brugen, der er med til at definere forholdet mellem læge og patient, fordi det er vigtigt for patienterne at bevare den interaktion, der foregår mellem dem og lægen ved et fysisk møde.

**Opsummerende** kan jeg konkludere, at flere patienter ikke opfatter videokonsultationen som egnet til relationsskabelse. Flere af patienterne opfatter videokonsultationen som upersonlig, hvilket kan anskues både som en fysisk, semantisk og kulturel constraint. Generelt sætter patienterne pris på det fysiske møde, hvor der er plads til small-talk og mere personlige udvekslinger end i en videokonsultation. I dette afsnit er følgende constraints beskrevet:

Constraint:  
Ikke til relationsskabelse

Constraint:  
Upersonlig

*Figur 5 Constraints i afsnit 6.4.2*

### 6.4.3 HVAD MAN (IKKE) TALER OM I EN VIDEOKONSULTATION

I forlængelse af forståelsen af videokonsultationen som værende upersonlig opfatter alle patienterne på nær Jens videokonsultationen som værende uegnet til alvorlige emner. Dette kan ligeledes anskues som en kulturel constraint, da kommunikationsformen ikke hverken fysisk eller logisk umuliggør at tale om alvorlige emner. Denne kulturelle constraint relateres af flere patienter til et spørgsmål om tryghed. Da jeg spørger ind til denne constraint, forklarer Karl, at selvom lægen kender ham, kender lægen ikke hans reaktion. Hanne forklarer, at hun er en sårbar person, som har let til gråd. Hvis hun er angst for noget, vil hun derfor gerne befinde sig fysisk sammen med lægen. Per er usikker på, hvorfor han foretrækker en fysisk konsultation, hvis det omhandler noget alvorligt. Han er dog den af de interviewede, der flest gange nævner, at videokonsultationer ikke egner sig til alvorlige ting. Da jeg spørger, om han kan uddybe denne holdning, svarer han: ”Jamen, det er- om det er sådan en eller anden falsk tryghed, det ved jeg sgu ikke.” (Bilag F7). Bente giver udtryk for, at det i højere grad handler om ikke at være alene: ”Altså, hvis det havde været noget med kræft og sådan noget, så synes jeg, at det vil være meget smart, at der var en i nærheden. Ikke?” (Bilag F1). Lægens fysiske nærvær er ikke nødvendigt for Bente, hvis dette kan erstattes med f.eks. et familiemedlems. Og mens Hanne først nævner, at hun gerne vil se lægen fysisk, hvis det handler om noget alvorligt, modsiger hun indirekte sig selv senere, da hun fortæller, at hendes børn kan være med til hendes videokonsultationen, hvis det handler om noget alvorligt. Det er således ikke helt klart, hvorvidt videokonsultationen egner sig til alvorlige emner, selvom de fleste patienter til at starte med udtrykker en modvilje mod dette. Dog vil de måske alligevel acceptere det, så længe de ikke er alene i deres hjem. Hjemmets trygge rammer, som beskrevet i afsnit 6.3.2, afhænger således af situationen såvel som involverede personer, f.eks. familiemedlemmer. Ikke mindst er det forskelligt, hvad patienterne anser som et alvorligt eller følsomt emne. Karl forklarer, at lægen på en videokonsultation kan sige: ””Prøv at høre, du er overvægtig, og du skal tabe dig 10 kg hurtigst muligt’ eller et eller andet. Det må han gerne sige. Det har jeg ikke noget imod.” (Bilag F6). Lone derimod har det omvendt, idet hun forklarer, at ”nu har jeg nogle vægtproblemer. Det kunne jeg ikke tænke mig at snakke med ham om over video.” (Bilag F4). Således er det ikke muligt at definere en generel grænse for, hvornår et emne er for alvorligt eller følsomt til, at det kan diskuteres på en videokonsultation.

Mens patienterne mener, at videokonsultationer er mere upersonlige, og det ikke er entydigt, om de mener, at videokonsultationer egner sig til alvorlige ting, opfatter de samtidig nogle affordances. Både Jens, Karl, Hanne og Per nævner, at de kan have øjenkontakt med lægen eller

SOSU-assistenten i videokonsultationen, modsat en e-konsultation eller en telefonkonsultation. Hanne forklarer:

Hvis det [nyretal] nu er meget forhøjet, eller et eller andet, så er det måske meget godt at have øjenkontakt med sin læge på en videokonsultation. Fremfor at han skriver "ved du hvad, dine nyretal er meget høje" eller et eller andet, ikke? Så du ligesom kan få forklaret det over en videokonsultation. Ikke? (Bilag F3)

I sammenhæng med det at have øjenkontakt kan det, at patienterne kan forklare eller få forklaret ting over en videokonsultation karakteriseres som en opfattet affordance. Hanne nævnte i ovenstående citat, at lægen kan forklare hende nyretallene, og også Per nævner muligheden for at kunne forklare lægen noget:

Men for eksempel hvis man siger, at jeg har brug for lige at se en læge i øjnene og forklare ham- nu har vi jo den her forbandede Corona-halløj, men at forklare ham via DEN, og så man "jeg sveder" eller "jeg har ondt i armen" eller et eller andet tosset. (Bilag F7)

Mens patienterne oplever nogle constraints ved videokonsultationer, som sammenlignes med en fysisk konsultation, italesætter de samtidig muligheden for øjenkontakt og forklaringer, som ikke kan eller kun i begrænset omfang kan lade sig gøre via e-konsultationer og telefonkonsultationer. De to affordances er i høj grad relationelle og skabes i interaktionen mellem læge og patient, da det er under selve dialogen, at øjenkontakt og forklaringer skabes. Desuden bliver Normans (2004) definition af affordances som værende opfattede særlig relevant i dette tilfælde, da øjenkontakt fysisk ikke er muligt i en videokonsultation. Alligevel føler patienterne, at de kan have øjenkontakt med lægen, og således oplever de denne affordance.

Hvad angår fysisk eksamination er det ligeledes uklart, hvorvidt patienterne finder dette muligt via en videokonsultation. Bente siger, at videokonsultationen "kun er en samtale" og at "jeg skal jo ikke gøre noget." (Bilag F1). Hun forestiller sig ikke umiddelbart, at videokonsultationen skal bruges til at vise noget. Gitte fortæller, at man ikke kan have en videokonsultation, hvis lægen skal "se, føle eller mærke et eller andet, vel?" (Bilag F2). Hanne forklarer ligeledes, at hun ikke vil benytte en videokonsultation til en fysisk eksamination. Mens hun forklarer hvorfor, bliver hun alligevel i tvivl om, hvorvidt en fysisk eksamination kan lade sig gøre:

Altså, det er jo noget med... hvis det er noget, der skal kigges på. Altså, hvis du har noget udslæt et eller andet sted på benene. Eller hvad ved jeg. Noget hvor du ved, det skal kigges på. Så synes jeg ikke man skal tage det på videokonsultationen... jo men... (tøver) altså, det kommer an på... hvis det er noget, du er meget bekymret- en knude i brystet, ikke? Det kan man ikke gøre over videokonsultation, synes jeg. Det kan godt være, at man kan se det. Det kan godt være, at jeg har fået nogle knopper på mine fingre, og jeg så kan gøre sådan (viser med hænderne), at han kan se på det. Og han kan sige "ved du hvad, det skal du komme med". Men der er da visse ting... hvis jeg mærkede en knude i mit bryst, så ville jeg tage op til ham. Så ville jeg ikke bruge det. Og... hvis man havde noget i underlivet. Altså, det står man selvfølgelig ikke og filmer inde i en videokonsultation (griner). Men altså, sådan noget lidt mere... (Bilag F3)

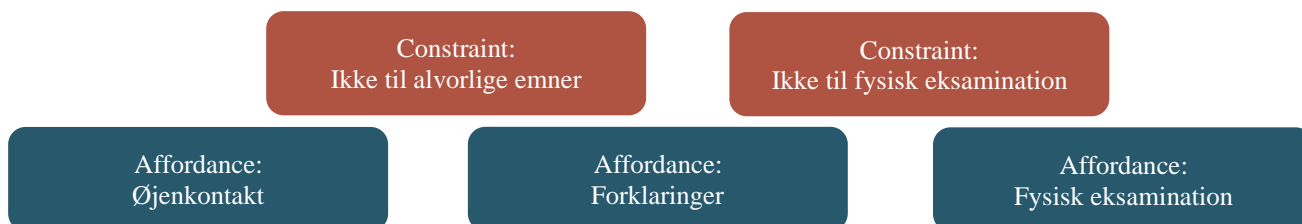
Hanne ender med at ændre mening og mener således godt, at en fysisk eksamination kan lade sig gøre, så længe det ikke er noget intimt eller alvorligt. Også Jens påpeger, at det er smart, at man på en videokonsultation kan vise lægen noget. Lone forklarede også, at hun havde benyttet videokonsultationen til at vise lægen sit eksem på hænderne, hvilket hun synes var fint, fordi det var "i småtingsafdelingen" (Bilag F4), og altså ikke noget alvorligt. Per mener også, at videokonsultationen kan benyttes til en fysisk eksamination:

Ja, ja. Ja altså det kunne måske også- hvis nu man havde slået sig eller det buler ud. Det kunne han sådan lige, i første omgang måske, se via den videoting der. Og så sige "det der vil jeg godt lige kigge på" eller "kom en kold pose ærter på" eller sådan... hvad man nu gør ved sådan noget. Men i første omgang for at han lige ser, hvad det er, så han måske også kan være lidt mere forberedt, når han kalder en op og siger "det der skal vi lige kigge på". (Bilag F7)

Her påpeger Per desuden, at videokonsultationen kan bruges til "i første omgang" at vise lægen noget (bilag F7). Generelt fremgår det af mine interviews med patienterne, at de benytter forskellige kommunikationsveje med lægen, som supplerer hinanden. Eksempelvis kan Hanne finde på at sende en e-konsultation for så at lade lægen vurdere, om det er nødvendigt med en videokonsultation. Også Per forklarer, at han vil sende en e-konsultation til lægen forud for en videokonsultation. Dertil påpeger både Per, Jens og Hanne at en telefonkonsultation i nogle tilfælde, f.eks. ved prøvesvar, er lige så egnet som en videokonsultation. Alligevel påpeges samtidig fordelene ved øjenkontakt og forklaringer i videokonsultationen. I forståelsen af brugen og oplevelsen af videokonsultationer har

de resterende kommunikationsmuligheder således også indflydelse på brugen og oplevelsen af videokonsultationer. I forhold til relationen mellem læge og patient er det ligeledes nødvendigt at forstå videokonsultationen som en af flere kommunikationsveje mellem læge og patient for at opnå en mere nuanceret forståelse af, hvorvidt videokonsultationen er medvirkende til at (re)definere forholdet mellem læge og patient, da videokonsultationen opfattes som et supplement til andre konsultationsformer.

**Opsummerende** kan jeg konkludere, at videokonsultationer ikke opfattes som egnede til alvorlige emner, selvom visse omstændigheder alligevel kan ændre på denne opfattelse, eksempelvis hvis der er et familiemedlem til stede under videokonsultationen. Øjenkontakt og muligheden for at få forklaringer samt forklare sig karakteriseres som affordances. Hvad angår fysisk eksamination er det forskelligt, hvorvidt patienterne finder videokonsultationen egnet hertil, mens flest dog opfatter dette som en affordance. Slutteligt pointeredes det, at videokonsultationer indgår i et større kommunikationsmønster mellem læge eller SOSU-assistent og patient, og at de forskellige kommunikationsveje bruges supplerende af patienterne og dermed også har indflydelse på brugen og oplevelsen af videokonsultationer. Følgende affordances og constraints blev beskrevet i dette afsnit:



Figur 6 Affordances og constraints i afsnit 6.4.3

## 6.5 SAMMENFATNING

I det første undertema *Tilegnelse af videokonsultationen* analyserede jeg, hvordan den indledende tilegnelse af videokonsultationen foregår. De indledende ”møder” med videokonsultationen sker oftest på lægeklinikkens initiativ, mens at også en ægtefælle samt medieomtale og generelle holdninger til ny teknologi former holdninger og forventninger til videokonsultationer. Dertil har patienternes eksisterende mediebrug og -vaner indflydelse på, hvordan de foretager en videokonsultation. Patienterne benytter videokonsultationen i hjemmet, og de placerer sig det samme sted hver gang, de har en videokonsultation. Selvom de har svært ved at forklare, hvilke overvejelser de gør sig i forhold til omgivelser, træffer de nogle valg, der rammesætter videokonsultationen. Forståelsen af det rumlige og tidslige aspekt af domesticeringen bliver uddybet ved brug af

affordanceteorien: Patienterne handler først og fremmest ud fra en både semantisk og kulturel constraint, idet de befinder sig i hjemmet, selvom mobiliteten ved videokonsultationen ikke begrænser den fysiske lokation til hjemmet. Samtidig karakteriseres mobilitet som opfattet affordance, da flere patienter giver udtryk for, at de i fremtiden vil benytte videokonsultationen på arbejdspladsen eller andetsteds. Ydermere italesætter patienterne muligheden for, at et familiemedlem kan være med i videokonsultationen, hvilket skaber tryghed for patienten. Denne affordance viser samtidig, at domesticeringsprocessen ikke kun er et forhold mellem den enkelte patient, mediet og lægen, men at omgivelserne og patientens pårørende kan indgå i brugen af videokonsultationer og dermed have indflydelse på oplevelsen og domesticeringen. Involveringen af et familiemedlem udvider desuden det sociale rum, idet ægtefællerne kan se og lytte med. Videokonsultationen opfattes generelt som værende en bekvem løsning, der kan tilpasses patienternes daglige rutiner, fordi konsultationsformen ikke er bundet til en bestemt fysisk lokation. For nogle patienter er det særligt i forhold til deres arbejde, at de opfatter videokonsultationen som fordelagtig. Udover bekvemmelighed karakteriseres også øget adgang til lægen som affordance, mens nogle patienter dog ikke mener, at videokonsultationer har ændret eller kan ændre på adgangen.

I temaet *Læge-patient relation* forklarede jeg, at videokonsultationer endnu ikke er en problemfri konsultationsform. Patienterne forsøger at tage ansvar for samt løse de problemer, der eksisterer i brugen af videokonsultationer, mens de også har forventninger til, at teknologien forbedres. De udviser respekt for lægens tid og forståelse for, at videokonsultationer ligeledes er en ny konsultationsform for lægen og SOSU-assistenten, hvilket understreger det sociale og relationelle aspekt ved domesticeringen og brugen af videokonsultationer. Patienterne oplever både en række constraints og affordances, som viser kompleksiteten ved domesticeringsfasen konvertering. Patienterne opfatter ikke videokonsultationen som værende egnet til relationsskabelse. Flere af patienterne opfatter videokonsultationen som værende upersonlig, hvilket kan anskues både som en fysisk, semantisk og kulturel constraint. Generelt sætter patienterne pris på det fysiske møde, hvor der er plads til small-talk og mere personlige udvekslinger end i en videokonsultation. Ligeledes opfattes videokonsultationer ikke som egnede til alvorlige emner, selvom visse omstændigheder alligevel kan ændre på denne opfattelse, eksempelvis hvis der er et familiemedlem til stede under videokonsultationen. Øjenkontakt og muligheden for at få forklaringer samt forklare sig karakteriseres som affordances. Hvad angår fysisk eksamination er det forskelligt, hvorvidt patienterne finder videokonsultationen egnet hertil, mens flest dog opfatter dette som en affordance. Affordanceteorien viser her, at det særligt er grænserne for brugen af videokonsultationer, der er med

til at definere forholdet mellem læge og patient i fasen konvertering. Videokonsultationer indgår i et større kommunikationsmønster mellem læge og patient, og de forskellige kommunikationsveje bruges supplerende af patienterne og har dermed også indflydelse på brugen og oplevelsen af videokonsultationer. Nedenfor følger en teoretisk og metodisk refleksion baseret på disse analyseresultater.

## 7. TEORETISK OG METODISK REFLEKSION

### 7.1 REFLEKSION OVER TEORIERNES ANVENDELIGHED

I de seks analytiske temaer inddrog jeg Meyrowitzs teori, affordanceteorien og domesticeringsteorien i en kombination. På baggrund af analysen følger her en refleksion over teoriernes anvendelighed og over min kombination af dem.

Ved at benytte Meyrowitzs teori kan det relationelle og interaktionelle aspekt ved affordances og constraints forstås på to måder: Nogle affordances og constraints relaterer sig primært til forholdet mellem patient og omgivelser i det fysiske rum, f.eks. mobilitet, mens andre affordances og constraints primært relaterer sig til selve interaktionen mellem læge og patient i det sociale rum, f.eks. forklaringer. På grund af min brug af Meyrowitzs teori samt domesticeringsteorien har betydningen af patienternes omgivelser og hverdag fyldt meget i min analyse. Mens Islind et al. primært fokuserer på selve videokonsultationen, medtager jeg faktorer der rækker udover selve konsultationen, da jeg også tager højde for, hvordan videokonsultationen integreres i patienternes hverdag.

I min analyse blev det desuden tydeligt, at constraints har en vigtig betydning for patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Constraints-begrebet har vist sig særligt anvendeligt i domesticeringsfasen konvertering, hvori det er constraints, der er med til at definere forholdet mellem patient og læge. Ikke mindst viser jeg med min analyse, at affordances og constraints kan opfattes forskelligt fra patient til patient. Det nogle oplever som en affordance, f.eks. muligheden for fysisk eksamination, opleves af andre som en constraint. Mine teoretiske valg gør det således svært at udlede noget generelt om de otte patienters brug og oplevelse af videokonsultationer. Det er dog en styrke ved de valgte teorier, at de kan bruges til at belyse, hvor forskellige og individuelle brugsmåder og oplevelser, patienterne har. Af samme grund kan det også være en udfordring at definere, hvornår patienterne synes at opfatte noget som en affordance eller constraint. I nogle tilfælde fremgår det eksplicit, f.eks. med mobilitet som affordance, mens det i andre tilfælde er en mere implicit opfattelse, f.eks. de individuelle rumlige rammer som constraint. Som jeg forklarede med valg af koder og

temaer i afsnit 5.2.3 gælder det også for min brug af teorierne, at deres anvendelse til en vis grad beror på min vurderingsevne.

Generelt vurderer jeg, at min kombination af teorierne har vist sig at være velegnet til at udføre en detaljerig og dybdegående analyse af patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Ved at bruge disse teorier bliver det tydeligt, at brugen og oplevelsen af videokonsultationer er forskellig fra patient til patient, at patienternes oplevelser er præget af, at brugen af videokonsultationer stadig er på et tidligt stadie samt at deres brug og oplevelser er tentative og dynamiske. Jeg reflekterer over forholdet mellem min teoretiske ramme og den tematiske analysemetode herunder.

## 7.2 METODISK REFLEKSION

Som forklaret i afsnit 5.2.3 har jeg arbejdet abduktivt med min analyse. Jeg har således baseret mine koder på empirien, mens teorien efterfølgende er inddraget for at strukturere og kategorisere koderne i temaer. Da mit analytiske arbejde er iterativt, er jeg også vendt tilbage til de indledende kategoriseringer og har vurderet samt arbejdet videre med disse ud fra min teoretiske ramme og forståelse. Teorien informerer således den endelige tematiske opsætning, som vist i afsnit 6.2. Grundet teoriernes og den tematiske analysemetodes fleksibilitet er det lykkedes mig at kombinere teori og empiri via min abduktive tilgang. Hvad angår specialets reliabilitet, har jeg arbejdet systematisk, og jeg har vedlagt bilag, der viser min dataindsamling og analyseproces for at sikre transparens og dokumentation, således at læseren kan følge min arbejdsproces. På baggrund af min analyse vurderer jeg, at validiteten af min undersøgelse er høj, da jeg har opnået viden om patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer, som er baseret på troværdige udtalelser fra patienterne.

Slutteligt vil jeg, ligeledes på baggrund af analysen, kortfattet reflektere over tre aspekter af min dataindsamlingsproces:

1) Da jeg interviewede patienterne, var det i flere tilfælde uger eller måneder siden, at de havde haft den sidste videokonsultation. Dette kan have betydning for min analyse, fordi patienterne muligvis husker forkert, eller fordi der er elementer, de slet ikke husker længere. Det var ikke muligt for mig at planlægge interviewene umiddelbart efter deres videokonsultationer, fordi patienterne kun har videokonsultationer en eller få gange årligt. Min tidsramme for specialet gjorde det ikke muligt at tilpasse interviewene til tidspunktet for patienternes næste videokonsultation. Der må således tages højde for denne omstændighed i forhold til mine analyseresultater.

2) I min interviewguide har jeg taget udgangspunkt i læge-patient-relationen. To patienter har dog haft videokonsultationer med en SOSU-assistent og ikke lægen, hvad jeg ikke vidste, før jeg



interviewede dem. Jeg har primært spurgt ind til deres forhold til lægen. Fordi de har haft videokonsultationer med SOSU-assistenten, er deres udtalelser om deres forhold til lægen ikke baseret på erfaringer med at tale med lægen over video. Dette har dog også ført til en vigtig indsigt, som viser at patienterne i dette tilfælde ikke kun har en relation til lægen, men også til andre sundhedsprofessionelle i lægeklinikken, hvilket udfordrer det mere snævre fokus på læge-patient-relationen, som er udgangspunktet i flere eksisterende studier om videokonsultationer (F.eks. Chudner et al., 2019; Hammersley et al., 2019; Jiwa & Meng, 2013; Randhawa et al., 2019).

3) Min dataindsamling foregik mellem den 29. februar 2020 og den 6. april 2020. I denne periode udviklede brugen af videokonsultationer sig markant. Mine informanter Søren og Lone har skullet forholde sig til videokonsultationer primært på grund af COVID-19, mens de resterende patienter blev interviewet forud for nedlukningen i Danmark. Karakteristisk for et casestudie er netop, at det udvikler sig undervejs (Flyvbjerg, 2020, s. 622), hvilket også har været tilfældet i min undersøgelse. Mit speciale repræsenterer hovedsageligt patienters brug og oplevelse af videokonsultationer inden COVID-19-situationen, mens denne situation dog alligevel har haft indflydelse på min dataindsamling og analyse, og flere patienter nævner COVID-19 i forbindelse med deres brug og oplevelse af videokonsultationer. Dertil forklarede jeg i afsnit 2.1, at resultaterne af dette speciale er kontingente og således ikke generaliserbare. Dog forklarer Flyvbjerg, at viden som ikke formelt kan generaliseres stadig kan overføres og ”indgå i den kollektive vidensakkumulation på et givet felt eller i et samfund” (Flyvbjerg, 2020, s. 631). I afsnit 10 forholder jeg mig derfor også til udviklingen, implementeringen og brugen af videokonsultationer, som den ser ud på nuværende tidspunkt, og giver forslag til, hvordan dette speciale kan informere fremtidig forskning og arbejde med videokonsultationer.

## 8. DISKUSSION

I følgende afsnit vil jeg på baggrund af min analyse diskutere patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer ved at inddrage eksisterende forskning, som præsenteret i afsnit 3, samt mine samtaler med patienternes læge (bilag C) og min observation af en videokonsultation (bilag D). Diskussion fordeler sig på tre afsnit: *Hjemmets rolle*, *Patient og omverden* samt *Kommunikationsmønstret mellem læge og patient*.

### 8.1 HJEMMETS ROLLE

Min analyse har ført til en overvejelse omkring hjemmets rolle i forhold til patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Mens jeg i mit teoriafsnit forklarede, at jeg tager udgangspunkt i individet fremfor hjemmet, giver patienterne imidlertid udtryk for, at det fysiske rumlige udgangspunkt for deres brug af videokonsultationer netop er deres hjem. Som beskrevet i analysen karakteriseres mobilitet som affordance, som patienterne dog i begrænset omfang udnytter. Patienterne skaber nogle rumlige rammer med udgangspunkt i hjemmet. Disse rammer begrænser, hvor de vil befinde sig, mens de har en videokonsultation. Dette fordrer spørgsmålet: Hvad er egentlig hjemmets rolle i patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer? Til at forstå hjemmets rolle er først og fremmest Meyrowitzs opdeling i fysisk og socialt rum anvendelig. Hjemmet udgør patientens fysiske omgivelser og indgår samtidig som det, Meyrowitz betegner som en "kulisse" (1986, s. 123) i det sociale rum, der skabes og deles af lægen og patienten. Både domesticeringen og de opfattede affordances og constraints skal forstås i relation til patientens fysiske omgivelser såvel som det sociale rum. Min analyse nuancerer både Silverstone et al.s (1992) udlægning af hjemmet som udgangspunktet for domesticeringsprocessen samt mit eget fokus på individet som udgangspunkt for domesticeringsprocessen, fordi hjemmet stadig indgår som en vigtig del af denne proces. Hjemmets rolle for patienternes oplevelse og brug af videokonsultationer er interessant i en tid, hvor der i høj grad er fokus på mobilitet og allestedsnærværende medier. Hjemmet understøtter, hvordan det fysiske og det sociale rum hænger sammen og er afhængige af hinanden. Udover Meyrowitzs forståelse af fysisk og socialt rum, kan hjemmets rolle også diskuteres i forhold til læge-patient relationen. En sådan diskussion følger herunder.

Lægen (og SOSU-assistenten) har befundet sig på sit kontor under videokonsultationerne. Mens lægen lukkes ind i patientens hjem, får patienten omvendt ikke adgang til mere information om lægen. Hertil beskriver Meyrowitz netop, at medier kan enten forandre eller opretholde de hierarkiske relationer, der eksisterer mellem personer (Meyrowitz, 1986, s. 67). For mine informanter gælder det således at den ulige relation, der eksisterer mellem læge og patient, opretholdes eller endda udbygges, da lægen får adgang til samt viden om dele af patientens hjem og hverdag, men ikke omvendt. I mit interview med patienternes læge, fremhævede lægen netop, at det i nogle situationer er fordelagtigt at kunne observere en patient i patientens eget hjem. Dette, forklarer lægen, gælder eksempelvis når patienten er et barn, der kan blive nervøs ved at befinde sig i lægens klinik (bilag C1). På denne måde bidrager hjemmet som fysisk rum til skabelsen af et socialt rum, som dels kan være mere trygt for patienterne og dels kan gøre det lettere for lægen at forholde sig til patientens symptomer og helbred. Dette kongruerer netop med Stureson og Groths (2018) studie, præsenteret i afsnit 3.2. Deres studie

viser, at patientens omgivelser kan have betydning for, hvordan lægen fortolker en given situation under en videokonsultation, samt at hvorvidt patienten føler sig godt tilpas kan have betydning for gennemførelsen af videokonsultationen (2018, s. 11).

I tråd med Meyrowitzs teori kan hjemmet også anskues ud fra en Foucauldiansk tilgang, hvormed hjemmet forstås som en tilføjelse til den såkaldte *confession*, patienten foretager overfor lægen. Patienter gør indrømmelser overfor lægen om dem selv og deres krop, for at lægen bedre kan hjælpe dem. Dette kan foregå verbalt, men også via billeder (Lupton, 2018, s. 16). Ved videokonsultationer kan de fysiske omgivelser såvel som den indflydelse, de kan have på patientens humør, bidrage med mere righoldig information til lægen, som i ovenstående eksempel med børn. Samtidig forklarer lægen mig dog også, at han mister information om patienten, som han sandsynligvis havde fået ved et fysisk møde:

Og det der kolde, kyniske "dit kolesteroltal er fint, farvel og tak"- der mangler nogle gange nogle nuancer [i videokonsultationen]. Der bliver også sagt nogle andre ting, når man small-talker med dem [patienterne]. Man får lidt mere info omkring dem, som man ikke skal bruge i dag, men som man måske skal bruge igen om et år eller to. Hvis det ikke fungerer så godt i parforholdet derhjemme, eller de ligger i en skilsmisse. (Bilag C)

Mens videokonsultationen på den ene side bidrager med information om patienten, udelades andet information om patienten, fordi lægen ikke opfatter videokonsultationen som en konsultationstype, hvor lægen small-talker med patienten. Under nuværende omstændigheder ændrer videokonsultationen ikke på den adgang, patienten har til information om lægen.

Når hjemmet udgør det fysiske rum, patienten befinder sig i under en videokonsultation, betyder det også, at den medicinske sfære rykkes ind i den enkelte patients hjem. Som Stureson og Groth beskriver, udvider videokonsultationen det kliniske rum og inddrager en ny kontekst til konsultationen (2018, s. 11). Det fremgår af min analyse, at det er uklart, i hvor høj grad patienterne tænker over, hvor de placerer sig, samt hvad lægen kan se under en videokonsultation. Hjemmet er i forvejen et privat sted, og lægen er en person, man som patient deler private informationer med. Historisk set er det ikke nyt, at lægen inviteres ind i hjemmet. Tværtimod har hjemmebesøg hos patienter tidligere været meget udbredt, og op til 1900-tallet kaldte man den praktiserende læge for *huslæge* og senere *familielægen*, som kunne tilkaldes døgnet rundt (Christiansen, 2016). Muligvis på grund af denne tidligere tradition for hjemmebesøg og idéen om en altid tilgængelig familielæge,

italesætter patienterne ikke nogle grænseoverskridende oplevelser ved at have en videokonsultation i hjemmet. Når det kliniske rum udvides, og den medicinske sfære rykkes ind i patientens hjem, er dette historisk set ikke en ny ting. Måden det sker på er dog markant anderledes, fordi lægen besøger hjemmet virtuelt og ikke fysisk. Dermed bliver det fysiske rum en kulisse i det sociale rum, som beskrevet indledningsvist i dette afsnit.

Videokonsultationer er dog ikke forbeholdt patientens hjem. Jeg beskrev i afsnit 3.3, at et studie af Powell et al. (2017) viser, at de patienter, der befandt sig på deres arbejdsplads under en videokonsultation gjorde sig overvejelser om samt forberedte omgivelserne forud for konsultationen for at sikre, at kolleger ikke kunne overheøre konsultationen. Da arbejdspladsen er en anden og mindre privat sfære, er det muligt, at brugen af videokonsultationer vil forholde sig anderledes der. Det er derfor også interessant, når mine informanter oplever mobilitet som affordance, og når flere af dem fortæller, hvordan de fremtidigt vil benytte videokonsultationer på deres arbejdsplads. Ligeså udtaler lægen, at han i fremtiden kunne finde på at have en videokonsultation med en patient, mens han befinder sig i sit eget hjem. I dette tilfælde ville videokonsultationen ikke kun ændre adgangen til information om patienten, men potentielt også til lægen, hvilket muligvis kunne ændre på hierarkiet og relationen mellem læge og patient, hvis det anskues ud fra Meyrowitzs teori om adgang til information. Også dette fremtidige scenarie er historisk set ikke nyt, idet konsultationer i 1800-tallet typisk foregik i lægens private bolig (Christiansen, 2016). Videokonsultationer skaber således nogle nye måder at gå til lægen på, mens de samtidig har potentiale til at genopfinde tidligere praksis, men i en ny og medieret form.

Lupton beskriver, at "the medical gaze is fragmented and distributed over different actors and locations" (2018, s. 102). De fremtidige scenarier, hvor videokonsultationen foregår andetsteds end hjemmet, indbyder til undersøgelser af og spørgsmål om, hvordan denne fragmentering fortsat foregår og udvikler sig i takt med, at nye fysiske omgivelser inddrages i videokonsultationen. Det giver anledning til en fortsat refleksion over forholdet mellem forskellige sfærer både for den enkelte patient, over forholdet mellem læge og patient samt over forholdet mellem fysiske og sociale rum. Og mens den medicinske sfære fragmenteres, bliver også selve domesticeringen af nye medier mere mobil. Hartmann beskriver, at den voksende mobilitet medfører konsekvenser, som eksisterer "either as actual or as imaginary aspects and are always in exchange with the affordances of the technology in question" (Hartmann, 2013, s. 46). Her påpeger Hartmann netop, hvordan de opfattede affordances skal forstås både i forhold til måden, hvorpå patienten rent faktisk bruger videokonsultationen, men

også i forhold til de muligheder patienten ser i videokonsultationen, men som han eller hun endnu ikke gør brug af.

## 8.2 PATIENT OG OMVERDEN

Fasen konvertering i domesticeringsprocessen omhandler både læge-patient relationen, som fremlagt i min analyse, men også forholdet mellem patienten og omverdenen, samt hvordan oplevelsen af tilegnelsen af teknologien indikerer patientens kompetencer og status i offentligheden (Silverstone et al., 1992, s. 26-27). I dette afsnit vil jeg derfor diskutere, hvorvidt patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer har eller fremtidigt kan få indflydelse på deres muligheder i relation til deres helbred og kontakten med deres læge.

I min præsentation af den eksisterende forskning om videokonsultationer beskrev jeg blandt andet, hvordan nogle læger er bekymrede for patienternes teknologiske kunnen (Randhawa et al., 2019). Også mine informanternes læge giver udtryk for, at det ikke er alle patienter, der kan eller vil benytte videokonsultationer:

Der er nogen, som ikke har udstyret, som ikke orker at downloade, eller som ikke kan finde ud af det, eller som har en gammel telefon uden smart. Dem er der nogle af. Og så er der bare nogen- måske på grund af det upersonlige, kunne jeg forestille mig, der ikke gider. Der er også nogen, der har prøvet det og så har sagt "fint", men de vil ikke mere, for de synes ikke, det er godt. (Bilag C1)

Patienterne, jeg interviewede, var generelt (men ikke udelukkende) positivt indstillet overfor brugen af videokonsultationer. Dette stemmer overens med resultaterne af både MedComs og Ateas spørgeskemaresultater, som nævnt i afsnit 1.4, samt studier foretaget af Powell et al. (2017), Donaghy et al. (2019) og Hammersley et al. (2019), som nævnt i afsnit 3.3. Mine informanter oplevede dog også udfordringer med brugen, og en af pointerne i min analyse var, at videokonsultationer endnu ikke fungerer problemfrit. Dertil har patienterne hver især forskellige forudsætninger for at lykkes med at bruge videokonsultationer, og de har forskellige måder at håndtere tekniske problemer på. I den ene ende af spektret er Karl, som elsker at benytte ny teknologi, og som ikke oplevede problemer med videokonsultationen. Desuden har Karl indflydelse på kæresten Gitte, som ikke ville benytte videokonsultationer, havde det ikke været for Karl. Også Jens har erfaringer med at bruge ny teknologi fra sit tidligere job. I den anden ende af spektret er Lone, Bente og Søren. Lone fravalgte

videokonsultationer efter ét forsøg, fordi lyden ikke virkede. Bente lykkedes ikke med videokonsultationen og er frustreret over manglende hjælp fra lægen. Søren vil ikke benytte teknologien og påpeger sin utryghed over ibrugtagning af nye teknologier. Disse forskellige forudsætninger og måder at håndtere videokonsultationer på fordrer først og fremmest spørgsmål om ansvar: Hvis ansvar er det, at videokonsultationen fungerer, som den skal? Til dette spørgsmål bliver min observation af Hanne og lægens videokonsultation desuden relevant (se observationsnoter i bilag D). Da jeg observerede videokonsultationen, så jeg, hvordan lægen forsøgte at hjælpe Hanne med at få teknikken til at fungere, da Hanne så og hørte sig selv dobbelt. Samtidig havde jeg selv problemer med at få adgang til videokonsultationen, så lægen forsøgte at guide mig per SMS. Lægen der indgår i mit speciale er meget engageret i brugen og implementeringen af videokonsultationer, men hvordan ville ovenstående situation udspille sig, hvis det var en læge, der ikke kunne hjælpe patienten med teknikken, eller som selv oplevede problemer under videokonsultationen? Og er det overhovedet lægen, der skal hjælpe patienten med eventuelle tekniske problemer? Der findes ikke et supportsystem til patienterne, så på nuværende tidspunkt må patienterne søge hjælp hos lægen eller i deres egen omgangskreds, hvis de oplever problemer med brugen af videokonsultationer. Som nævnt i analysen modtog nogle patienter en informationsfolder om videokonsultationer. I denne folder forklares det, hvordan patienten får adgang til en videokonsultation i appen Min Læge, men vejledningen er meget begrænset. Eksempelvis lyder løsningen på tekniske problemer blot: ”Får du tekniske problemer, som fx sort skærm eller at billedet fryser, så log ind igen.” (Bilag I).

Selvom mine informanter oplevede udfordringer, udviser de generelt overskud til at håndtere de problemer, de støder på i deres tilegnelse og brug af videokonsultationer. Desuden er mange af informanterne nogle af de første, der har benyttet videokonsultationer med lægen, og man kan derfor overveje, om de ligesom lægen kan karakteriseres som en slags frontløbere, hvad angår videokonsultationer. Det faktum at lægeklinikken har spurgt patienterne, med undtagelse af Gitte, om de ville prøve at benytte videokonsultationer, nuancerer dog forståelsen af patienterne som frontløbere. Lægen forklarer, at patienterne muligvis ikke er så begejstrede for videokonsultationer, som de giver udtryk for, men at de givetvis ikke vil sære ham: ”Så gør de lidt for at behage lægen. Så tager de sådan en video, men måske vil de allerhelst op til mig.” (Bilag C1). Jeg ved ikke, om patienterne har været ærlige overfor mig, eller om de ligeledes har udtrykt sig mere positivt overfor mig, fordi de ved, at jeg har kontakt til lægen. Muligvis afhjælper patienternes anonymitet denne potentielle udfordring. Selvom patienterne er nogle af de første i Danmark, der benytter videokonsultationer med deres læge, kan jeg ikke konkludere, om dette er et udtryk for, at de har et

særligt innovativt eller teknologioptimistisk mindset. Jeg kan blot konkludere, at patienterne er nogle af de første, der benytter videokonsultationer, og at de generelt (men ikke udelukkende) udtrykker sig positivt om denne konsultationsform.

Et casestudie er, som tidligere beskrevet, bl.a. også karakteriseret ved, at konteksten er vigtig (Flyvbjerg, 2020, s. 622). De otte patienter har hovedsageligt benyttet videokonsultationer til prøvesvar, og de har været opmærksomme på, at brugen af videokonsultationer har kørt på forsøgsbasis, og at tekniske problemer derfor endnu ikke er blevet elimineret. Ikke mindst er de generelt positivt indstillet overfor brugen af videokonsultationer, og de har frivilligt valgt at benytte dem. Situationen kan dog se anderledes ud for andre patientgrupper og lægeklinikker. I tidligere studier om videokonsultationer er det desuden pointeret, at sociodemografiske karakteristika har betydning for patienternes brug af videokonsultationer (Chudner et al., 2019), samt at succesfuld implementering af videokonsultationer bliver nødt til at tage højde for forskellige grupper og behov (Nymberg et al., 2019).

I en diskussion af fasen konvertering er der i min analyse flere udtalelser fra patienterne, som sammen med ovenstående pointer giver anledning til også at rette opmærksomheden mod de socioøkonomiske uligheder, der kan være i brugen af digitale teknologier (Lupton, 2018, s. 11), herunder videokonsultationer. Lupton refererer til begrebet *digital social inequalities* og påpeger, at der stadig eksisterer store forskelle på forskellige socialgruppers brug af digitale teknologier (Lupton, 2018, s. 80-81). Udtalelser fra Søren og Lone giver på hver deres måde anledning til en diskussion af videokonsultationers betydning for digital og social ulighed. Søren ønsker ikke at benytte videokonsultationer, fordi han er usikker og utryk ved ibrugtagningen af nye teknologier. Lone fortæller, at hun efter at have prøvet en videokonsultation første gang har fravalgt det, fordi hun ikke kunne høre lægen, og fordi hun på grund af skærmens størrelse ej heller kunne mundaflæse. Selvom Lone i modsætning til Søren gerne vil benytte videokonsultationer, oplevede hun store tekniske udfordringer, som hun til at starte med ikke kunne overskue at finde en løsning på. Der findes lige nu muligvis også andre patienter, der har fravalgt brugen af videokonsultationer, fordi de ikke kan få den nødvendige hjælp eller vejledning til at kunne lykkes med det. For nogen kan det skyldes, at systemet ikke er indrettet til deres behov, og for nogen skyldes det måske deres utryghed ved eller modvilje mod nye teknologier. Disse patienter har selvfølgelig stadig adgang til fysiske konsultationer med lægen (med mindre de af forskellige årsager er forhindrede heri, f.eks. sygdom eller handicap). Grunden til, at det alligevel kan vise sig at være et problem, omhandler den mulige ulighed, der kan opstå eller øges ved implementeringen og udbredelsen af videokonsultationer.

Medforfatter til evalueringen af MedComs pilotprojekt, Anne Mette Ølholm, forklarer i relation til pilotprojektet, at ”nogle af lægerne [pegede] på, at videokonsultationer vil skabe ulighed i sundhed, hvor de mest ressourcestærke vil have lettere ved at tilgå de digitale løsninger end de mere ressourcetsvage” (Ølholm i Petersen, 2020b). Udover udtalelserne fra Søren og Lone har en udtalelse fra Hanne ligeledes ført til en overvejelse, der relaterer sig til en mulig problematik ved den ulige adgang til digitale løsninger. Hanne påpeger, som også nævnt i analysen, at hun via en videokonsultation kan ”proppes ind” mellem to andre patienter, som derfor må vente lidt længere på lægen (bilag F3). Betyder dette, at patienter der benytter videokonsultationer har en fordel i forhold til patienter, der ikke gør? Omvendt udtrykker både mine informanter og deres læge (bilag C1), at videokonsultationer ofte går lidt hurtigere end fysiske konsultationer. Det er således også muligt, at nogle patienters brug af videokonsultationer kan frigive mere tid til andre og muligvis mere ressource- og tidskrævende patienter.

Ved at undersøge hvordan patienterne tilegner sig videokonsultationen, kommer disse indikationer på (potentielle) udfordringer til syne. Ved at undersøge, hvordan patienterne både tidsligt og rumligt tilpasser videokonsultationen til deres hverdag og daglige rutiner, opnås ydermere viden om, hvordan patienterne håndterer udfordringer undervejs, men også hvordan patienterne løbende opdager nye muligheder ved videokonsultationer. De affordances og constraints som patienterne opfatter, giver en nuanceret indsigt i den måde, hvorpå de bruger og oplever videokonsultationer, fordi de opfattede affordances og constraints ikke kun udtrykker patienternes nuværende brug, men også deres forestillinger om, hvilke fremtidige muligheder og forbehold, videokonsultationer tilvejebringer. Mit speciale hverken kan eller skal foreslå løsninger på digital og social ulighed, men ved at foretage en dybdegående og detaljerig analyse, som jeg har gjort, bliver det muligt at skabe en forståelse for samt gøre opmærksom på de mulige problematikker, videokonsultationer fører med sig.

### 8.3 KOMMUNIKATIONSMØNSTERET MELLEM LÆGE OG PATIENT

I dette afsnit præsenterer jeg afslutningsvist et perspektiv på videokonsultationer, som, på baggrund af min analyse, tager højde for det samlede kommunikationsmønster, der eksisterer mellem læge og patient, og som videokonsultationen er en del af. I afsnit 6.4.2 og 6.4.3 i min analyse forklarede jeg, at videokonsultationer bruges som et supplement til andre kommunikationsveje mellem patient og læge. Også Meyrowitz pointerer, at ”all media used in a society interact with each other” (1986, s. 70). Videokonsultationer er således ikke en isoleret enhed, men indgår som en del af et større kommunikationsmønster mellem læge og patient. De forskellige medier, som udgør dette



kommunikationsmønster, skal ikke *sammenlignes* (som det eksempelvis ses i Chudner et al., 2019; Donaghy et al., 2019; Hammersley et al., 2019), men skal forstås i *sammenhæng* med hinanden, fordi de netop supplerer og ikke erstatter hinanden. Denne forståelse er også vigtig for patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Som nævnt i analysen fortæller Hanne, hvordan hun indledningsvist sender en e-konsultation til lægen for at lade ham vurdere, om de skal have en videokonsultation. Også Per forklarer, at han kan finde på at sende en e-konsultation til lægen forud for en videokonsultation, ligesom at han kunne overveje at have en videokonsultation som forberedelse til en fysisk konsultation. Lægen giver ligeledes udtryk for, at videokonsultationer kan bruges som et supplement til andre konsultationsformer, idet han forklarer, at ”som sådan en førstegangsvurdering, så fungerer det [videokonsultation] meget godt” (bilag C). Lægen lægger dermed op til, at videokonsultationen kan benyttes indledningsvist til noget, som senere kræver en anden konsultationsform.

Også i forståelsen af affordances og constraints giver det mening at tage højde for det samlede kommunikationsmønster mellem læge og patient. Affordances og constraints er relationelle, ikke kun i forhold til andre brugere, omgivelser og det enkelte medie, men også i forhold til andre medier. Patienterne oplever eksempelvis øjenkontakt som en affordance, de ikke har ved telefonkonsultationer; forklaringer, som de beskriver er sværere at udveksle på e-konsultationer; og en constraint ved fraværet af et håndtryk, som kun kan lade sig gøre ved et fysisk møde. Patienterne har i deres opfattelser af videokonsultationens affordances og constraints samtidig øje for de andre måder, hvorpå de er i kontakt med lægen, og dermed har deres samlede kommunikationsmønster med lægen indflydelse på, hvordan patienterne bruger og oplever videokonsultationer. Ved at tage udgangspunkt i de sammenhænge patienterne selv fremhæver, opnås en forståelse for patienternes kommunikationsmønster med lægen og de valg, patienterne træffer i relation hertil.

I afsnit 8.1 om hjemmets rolle beskrev jeg, at den medicinske sfære fragmenteres, fordi videokonsultationen foregår andre steder end i lægeklinikken. Denne fragmentering kan også anskues i forhold til forskellige medier. Den medicinske sfære fragmenteres også på en sådan måde, at den spredes ud over forskellige medieplatforme og konsultationsformer, herunder videokonsultationer, telefonkonsultationer og e-konsultationer som foregår på eksempelvis en telefon, en tablet og en computer. Disse forskellige medieplatforme og konsultationsformer betyder også, at patientens og lægens relation er baseret på forskellige former for kommunikation. Når Assing Hvidt et al. (under review) beskriver, at e-konsultationer kan ændre på relationen mellem læge og patient, og jeg samtidig beskriver, at mine informanter mener, at grænserne for brug af videokonsultationen kan

ændre på relationen mellem læge og patient, er det den samme relation, der er tale om. Hvis man skal forstå denne relation til fulde, er det nødvendigt at forstå sammenhængen mellem de forskellige medier og konsultationsformer og den kommunikation, der foregår heri. Ud fra Meyrowitzs (1986) teori giver dette også mening, fordi relationer afhænger af den information, parterne har om hinanden, og denne information er i tilfældet med en læge og en patient spredt ud over flere medier og konsultationstyper.

Ikke mindst kan en forståelse for det samlede kommunikationsmønster samt patienternes mediebrug være gavnlig i undersøgelser af digital ulighed, som beskrevet i afsnit 8.2. Indsigter i patienternes mediebrug og den måde, hvorpå de kommunikerer med lægen, vil givetvis gøre det nemmere at få øje på, hvor og hvordan de eventuelt har behov for hjælp. Eksempelvis vidste Bente ikke, hvordan hun skulle benytte Min Læge-appen, hvilket var grunden til, at videokonsultationen mislykkedes. Førrend Bente kan benytte videokonsultationer er det nødvendigt, at hun lærer at bruge Min Læge-appen. Søren forklarede også, hvordan han tidligere har haft problemer med at benytte e-Boks og NemID, hvilket indikerer, at det ikke er videomediet som sådan, Søren ikke ønsker at benytte, men nærmere en generel usikkerhed overfor ibrugtagning af nye medier. Omvendt forklarede Søren også, at han tjekker sine prøvesvar fra lægen online forud for en konsultation, og således har han interesse og teknologisk kunnen til at holde sig opdateret, hvad dette angår. En central pointe er her, at i stedet for udelukkende at definere patienterne som enten brugere eller ikke-brugere eller som tilhængere versus modstandere af videokonsultationer, kan en indsigt i deres mediebrug være med til at give en mere nuanceret forståelse af, hvorfor patienterne forholder sig til videokonsultationer, som de gør, samt hvilken slags hjælp de eventuelt har brug for.

Dette afsnit bringer mig således tilbage til min indledende forklaring om, at dette speciale skal læses og forstås ud fra den igangværende medialisering af sundhedsvæsenet og herunder af den almene lægepraksis. Med dette afsnit har jeg demonstreret, hvordan videokonsultationen er én af flere medieringspraksisser i danske lægeklinikker, som også beskrevet i afsnit 1.4, og at videokonsultationer indgår i et større kommunikationsmønster mellem patient og læge, og derfor også må forstås som en del af dette mønster. I dette speciale har jeg fokuseret på videokonsultationer, og jeg kan derfor ikke drage konklusioner om det samlede kommunikationsmønster mellem læge og patient. Jeg har med dette diskussionsafsnit dog demonstreret relevansen af at undersøge videokonsultationer i sammenhæng med de resterende kommunikationsveje og patientens samlede mediebrug, fordi dette har vist sig at have indflydelse på patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. På baggrund af min analyse og diskussion præsenterer jeg i afsnit 10 en række

forslag til fremtidig forskning. Herunder følger først en konklusion med en besvarelse af min problemformulering.

## 9. KONKLUSION

Min problemformulering lyder således: Hvordan bruger og oplever patienter videokonsultationer med deres læge? Svaret på min problemformulering er baseret på en tematisk analyse af otte interviews med patienter fra en lægeklinik i en større dansk by. Teoretisk er analysen informeret af teori om affordances og constraints (Norman, 1990; 2004; Islind et al., 2019), domesticeringsteori (Silverstone et al., 1992) samt Meyrowitzs (1986) teori om mediers indvirkning på tid, rum og relationer. Min analyse består af to hovedtemaer og seks undertemaer. På baggrund af disse temaer kan jeg besvare min problemformulering ved at konkludere følgende: Patienterne bruger hovedsageligt videokonsultationer i forbindelse med prøvesvar. De befinder sig i deres hjem og sidder altid samme sted under videokonsultationerne. Flere patienter planlægger dog fremtidigt at benytte videokonsultationer på deres arbejdsplads, og jeg karakteriserer derfor mobilitet som en dog uudnyttet affordance. Patienterne opfatter involvering af andre personer, særligt familiemedlemmer, som en affordance, der kan medføre tryghed under en videokonsultation. De oplever, at videokonsultationen er en bekvem løsning, som kan tilpasses deres daglige rutiner. For nogle patienter er det særligt i forhold til deres arbejde, at de finder videokonsultationen fordelagtig. Nogle oplever, at videokonsultationen øger adgangen til lægen. Flere patienter oplever tekniske problemer, men udviser forståelse for, at videokonsultationer er en ny konsultationsform for lægen. Patienterne mener ikke, at videokonsultationer egner sig til relationsskabelse, og nogle patienter påpeger, at videokonsultationer er upersonlige. Ligeledes opleves videokonsultationer som uegnede til alvorlige emner, selvom visse omstændigheder kan ændre på denne opfattelse, eksempelvis hvis et familiemedlem er til stede under videokonsultationen. Øjenkontakt og muligheden for at få forklaringer samt forklare sig karakteriseres som affordances. På baggrund af patienternes udtalelser karakteriseres fysisk eksamination som både en affordance og en constraint. Generelt udtrykker patienterne optimisme i relation til deres brug og oplevelse af videokonsultationer.

På baggrund af analysen diskuterede jeg tre aspekter ved videokonsultationer: Jeg diskuterede, at den medicinske sfære er rykket ind i patienternes hjem, og at både lægens og patientens fysiske placering under en videokonsultation kan have betydning for deres relation og hierarkiet, der eksisterer mellem dem. I forbindelse med domesticeringsfasen konvertering diskuterede jeg, hvorvidt videokonsultationer kan være medvirkende til øget digital og social ulighed. Jeg påpegede

betydningen af patienternes teknologiske kunnen og deres forskellige forudsætninger for at få gode oplevelser med videokonsultationer. Slutteligt påpegede jeg, at videokonsultationer indgår i et større kommunikationsmønster mellem læge og patient, og at dette samlede kommunikationsmønster også har betydning for brugen og oplevelsen af videokonsultationer.

Min teoretiske ramme såvel som min brug af semi-strukturerede individuelle interviews var velegnet til at udføre en detaljerig og dybdegående analyse af patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer. Brugen af de valgte teorier tydeliggjorde, at brugen og oplevelsen af videokonsultationer er 1) forskellig fra patient til patient, 2) at patienternes oplevelser er præget af, at brugen af videokonsultationer stadig er på et tidligt stadie samt 3) at deres brug og oplevelser er tentative og dynamiske. Både mine teoretiske valg og min metodiske fremgangsmåde betyder, at resultaterne er kontingente og derfor skal forstås i den kontekst, de er udarbejdet i. Specialet er udarbejdet som et casestudie, og empirisk repræsenterer det otte patienter i en relativt snæver aldersgruppe på 57-76 år, bosiddende i samme by, tilhørende samme patientkategori og tilhørende samme lægeklinik.

Specialet er tilgået med et socialkonstruktivistisk perspektiv og med den medieforståelse, at medieteknologier og brugere gensidigt påvirker hinanden. Med dette speciale har jeg tilvejebragt dybdegående viden om patienters brug og oplevelse af videokonsultationer. Specialet bidrager til at udfylde et videnshul i forskningen, hvor der indtil nu ikke har fandtes hverken et medieteoretisk eller, i en dansk kontekst, et patientorienteret perspektiv på brugen og oplevelsen af videokonsultationer med den alment praktiserende læge.

## KAPITEL 5

### 10. FORSLAG TIL PRAKSIS OG FREMTIDIG FORSKNING

Den eksisterende forskning om videokonsultationer er mangelfuld, når det kommer til dybdegående viden om patienters brug og oplevelse af videokonsultationer, og der findes endnu ikke dansk forskning om brugen af videokonsultationer i almen lægepraksis. Dette speciale bidrager, qua mit medieteoretiske perspektiv, med en nuanceret og dybdegående viden om patienternes brug og oplevelse af videokonsultationer, som tager højde for den gensidige påvirkning, brugere og medie har på hinanden.

For at kunne understøtte den fortsatte udvikling og udbredelse af videokonsultationer i Danmark videnskæssigt finder jeg det oplagt, at der udføres flere studier om videokonsultationer. Mit undersøgelsesdesign kan benyttes til at analysere andre lægepraksisser og patientgrupper, så der

opnås detaljerig og nuanceret viden med forståelse for den enkelte kontekst, hvilket netop er casestudiets styrke (Flyvbjerg, 2020, s. 626). Dette forslag understøttes desuden indirekte af Anne Mette Ølholm, ansvarlig for evalueringen af MedComs pilotprojekt, da hun forklarer, at ”de praktiserende lægers erfaringer stikker lidt i alle retninger”, og derfor at ”succesen af videokonsultationerne er betinget af lægernes egne erfaringer og deres patienter.” (Ølholm i Petersen, 2020b). Der er altså et behov for at forstå den enkelte lægepraksis’ og de tilhørende patienters forudsætninger for brugen af videokonsultationer.

Foruden ovenstående generelle opfordring til yderligere casestudier har jeg tre konkrete forslag til fremtidige studier om videokonsultationer, som har til formål at tilvejebringe mere dybdegående viden om brugen af videokonsultationer i danske lægepraksisser:

1. I et fremtidigt studie kan man kombinere interviews med observationer således, at man både opnår viden om, hvad patienterne siger og hvad de rent faktisk gør under en videokonsultation.
2. Mit fokus i dette speciale er patienterne, men casen kan udvides ved at analysere lægers brug og oplevelse af videokonsultationer, således at man kan analysere affordances fra begges perspektiver. Her kan Isind et al.s (2019) begreb *two-sided affordances* benyttes. Domesticeringsteorien kan ligeledes benyttes her, idet den, som beskrevet i afsnit 4.3, også kan bruges i organisatoriske sammenhænge, f.eks. i en lægeklinik.
3. Ved at undersøge det samlede kommunikationsmønster mellem læge og patient kan man opnå viden om, hvordan videokonsultationer indgår i et samspil med andre kommunikationsveje- og medier mellem læge og patient og dermed også, hvordan videokonsultationen påvirker og påvirkes af det samlede kommunikationsmønster. Hertil kunne teori om digitale økologier eksempelvis være brugbar (f.eks. Raptis, Kjeldskov, Skov & Paay, 2014), mens at også Meyrowitzs (1986) teori kan benyttes til at undersøge informationsmønstre i og på tværs af fysiske og sociale rum.





Afslutningsvis vil jeg påpege, hvordan behovet for forskning i videokonsultationer er vokset under udarbejdelsen af dette speciale. Brugen af videokonsultationer er steget markant grundet COVID-19, og flere fagpersoner diskuterer nu den fremtidige brug. I denne forbindelse udtaler formanden for Dansk Selskab for Almen Medicin, Anders Beich, at videokonsultationer bør afskaffes, når Corona-krisen er overstået. Dette fordi der ”ingen evidens [er] for, at videokonsultationer i almen praksis er en god idé” (Beich i Petersen, 2020a). Desuden påpeger Beich, at det ikke vides, om

videokonsultationer fører til fejldiagnosticering og fejlbehandling (Beich i Petersen, 2020a), hvilket lægerne i studierne af Jiwa og Meng (2013) samt Randhawa et al. (2019), som fremlagt i afsnit 3.2, også udtrykker bekymring om. Dette er selvfølgelig en særdeles vigtig pointe, men Beich overser – måske netop på grund af den manglende forskning – imidlertid de mange forskellige måder, hvorpå videokonsultationer benyttes: Som forberedende eller opfølgende samtale eller til at videregive prøvesvar; ting som i mange tilfælde i forvejen foregik medieret via telefon eller e-konsultation. Videokonsultationen benyttes altså ikke kun til diagnosticeringer eller behandlinger, og den benyttes desuden i et samspil med andre kommunikationsveje mellem læge og patient. Beichs udtalelse understreger behovet for forskning, der kan bidrage med en nuanceret viden om de måder, hvorpå videokonsultationer rent faktisk bruges og opleves. Ved brug af dette speciales medieteoritiske tilgang kan man opnå en sådan viden. Denne viden kan benyttes til at understøtte en udvikling og implementering af videokonsultationer i de danske lægepraksisser, der beror på et forskningsbaseret og oplyst grundlag.

Udover de ovenstående forslag til fremtidig forskning har jeg valgt at bruge mine informanternes oplevelser som baggrund for syv konkrete forslag til praktiserende læger. Forslagene omhandler handlinger forud for samt under videokonsultationen, og de er baseret på resultaterne af min analyse samt min diskussion. Forslagene kan også bruges af andre, der arbejder med udvikling og implementering af videokonsultationer. Forslagene ses i figur 7.




## FORSLAG TIL LÆGER

### Forud for videokonsultationen

-  Informér patienten om de indholdsmæssige aspekter af en videokonsultation. Hvad må og kan patienten bruge en videokonsultation til?
-  Aftal på forhånd, hvad du og patienten gør, hvis i oplever tekniske problemer under en videokonsultation, og videokonsultationen må afbrydes. Ringer du f.eks. patienten op eller omvendt?
-  Kom med vejledning til patientens medievalg, f.eks. i forhold til lyd og skærmstørrelse. Bed patienten om at være opmærksom på dette i sit valg af hhv. telefon eller tablet.
-  Gør patienten opmærksom på muligheden for, at et familiemedlem kan være med til videokonsultationen. Dette gælder særligt, hvis du ønsker at tale med patienten om emner af mere alvorlig karakter, eller hvis patienten har syns- eller hørebesvær.

De ovenstående forslag kan også samles i en guide til patienterne, som kan supplere den eksisterende guide fra MedCom (se bilag I). Guiden skal være lettilgængelig og forståelig for patienterne. Den kan f.eks. være tilgængelig i klinikken, på lægeklinikkens hjemmeside og i Min Læge-appen.

### Under videokonsultationen

-  Når videokonsultationen starter, så spørg patienten, hvem der er i rummet og omvendt. Så undgår i et ”skjult publikum”.
-  Brug 1-2 minutter på small-talk, så patienten føler, at i har en personlig samtale.
-  Se ind i kameraet, så patienten føler, at i har øjenkontakt.

Figur 7 Forslag til læger

## 11. LITTERATUR

- Arnfolk, P. & Kogg, B. (2003). Service transformation—managing a shift from business travel to virtual meetings. *Journal of Cleaner Production*, 11(8), 859-872. doi:10.1016/s0959-6526(02)00158-0
- Assing Hvidt, E., Søndergaard, J., Klausen, M. & Grønning, A. (under review). General practitioners' experiences with the relational potential of email consultations – a qualitative study within a Danish general practice setting. *Journal of Health Communication*.
- Atea. (2019). *Telemedicin i Danmark - 3 indsigter om danskernes holdninger til digitale sundhedsløsninger i eget hjem*. Hentet 18.01.2020 fra [https://www.atea.dk/media/7409/telemedicin-i-danmark\\_sep.pdf](https://www.atea.dk/media/7409/telemedicin-i-danmark_sep.pdf)
- Bardram, J. E. & Houben, S. (2017). Collaborative Affordances of Medical Records. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 27(1), 1-36. doi:10.1007/s10606-017-9298-5
- Berker, T., Hartmann, M., Punie, Y. & Ward, K. (2006). Introduction. I T. Berker (red.), *Domestication of Media and Technology*. Maidenhead: Open University Press.
- Bertel, T. F. (2016). Domesticering. I G. Agger, N. N. Kristensen, P. Jauert & K. Schrøder (red.), *Medie- og kommunikationsleksikon: Samfundslitteratur*.
- Boczkowski, P. & Siles, I. (2014). Steps Toward Cosmopolitanism in the Study of Media Technologies: Integrating Scholarship on Production, Consumption, Materiality, and Content. I T. Gillespie, P. Boczkowski & K. Foot (red.), *Media Technologies : Essays on Communication, Materiality, and Society* (s. 53-76): MIT Press.
- Bradner, E. (2001). Social Affordances of Computer-mediated Communication Technology: Understanding Adoption. *CHI EA '01. Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems*, 2.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder: En grundbog* (3 udg.): Hans Reitzels Forlag.
- Chayko, M. (2017). *Superconnected: The Internet, digital media, & techno-social life*. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Christiansen, S. L. (2016). Fra klamphugger til familielæge - sådan har den praktiserende læge udviklet sig. *Historie - DR.dk*. Hentet 14.05.2020 fra DR.dk website:



<https://www.dr.dk/nyheder/kultur/historie/fra-klamphugger-til-familielaege-saadan-har-den-praktiserende-laege-udviklet>

- Chudner, I., Drach-Zahavy, A. & Karkabi, K. (2019). Choosing Video Instead of In-Clinic Consultations in Primary Care in Israel: Discrete Choice Experiment Among Key Stakeholders-Patients, Primary Care Physicians, and Policy Makers. *Value Health*, 22(10), 1187-1196. doi:10.1016/j.jval.2019.05.001
- Commission of the European Communities. (2008). *Communication from the Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of the Regions: on telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society*. Hentet 16.04.2020 fra <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0689:FIN:EN:PDF>
- Dahler-Larsen, P. (2008). *At fremstille kvalitative data* (2 udg.). Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Danske Regioner. (2020). Videokonsultationer skal mindske smitterisikoen hos de praktiserende læger. Hentet 24.03.2020 fra <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2020/marts/videokonsultationer-skal-mindske-smitterisikoen-hos-de-praktiserende-laeger>
- Denstadli, J. M., Gripsrud, M., Hjorthol, R. & Julsrud, T. E. (2013). Videoconferencing and business air travel: Do new technologies produce new interaction patterns? *Transportation Research: Part C*, 29, 1-13. doi:10.1016/j.trc.2012.12.009
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., . . . McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e586-e594. doi:10.3399/bjgp19X704141
- Fage-Butler, A. M. & Jensen, M. N. (2015). The relevance of existing health communication models in the email age: An integrative literature review. *Communication & Medicine*, 12(2-3), 117-128. doi:10.1558/cam.18399
- Flyvbjerg, B. (2020). 5 misforståelser om casestudiet (O. Thornye & B. Nake, overs.). I S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3 udg., s. 621-655): Hans Reitzels Forlag.
- Folker, M. P., Helverskov, T., Nielsen, A. S., Jørgensen, U. S. & Larsen, J. T. (2018). Telepsykiatri giver nye muligheder for forebyggelse og behandling af psykisk sygdom. *Ugeskriftet.dk*.

Hentet 19.01.2020 fra [https://ugeskriftet.dk/files/scientific\\_article\\_files/2018-04/V07170572\\_1.pdf](https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-04/V07170572_1.pdf)

Gardner, M. R., Jenkins, S. M., O'Neil, D. A., Wood, D. L., Spurrier, B. R. & Pruthi, S. (2015).

Perceptions of video-based appointments from the patient's home: a patient survey. *Telemedicine Journal & E-Health*, 21(4), 281-285. doi:10.1089/tmj.2014.0037

Gergen, K. J. (2002). Cell Phone Technology and the Challenge of Absent Presence. Hentet 10.02.2020 fra

[https://www.researchgate.net/publication/240290276\\_The\\_challenge\\_of\\_absent\\_presence/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/240290276_The_challenge_of_absent_presence/citation/download)

Gibson, J. (1977). The Theory of Affordances. I R. Shaw & J. Bransford (red.), *Perceiving, action and knowing: Toward an Ecological Psychology* (s. 67-81). Hillsdale, New Jersey:

Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Goodwin, S., McGuirk, M. & Reeve, C. (2017). The impact of video telehealth consultations on professional development and patient care. *Australian Journal of Rural Health*, 25(3), 185-186. doi:10.1111/ajr.12297

Gregersen, K. (1992). Dansk standard for udskrifter og registrering af talesprog. *SNAK*, 5, 6.

Greve, C. & Würtz, J. (2019). Selvom lægen kun er 600 meter væk: Vera bliver tilset af læge på iPad - og er rigtig glad for det. Hentet 24.03.2020 fra

<https://www.dr.dk/nyheder/regionale/sjaelland/selvom-laegen-kun-er-600-meter-vaek-vera-bliver-tilset-af-laege-paa-ipad>

Grønning, A., Assing Hvidt, E., Brøgger, M. N. & Fage-Butler, A. (under review). Patients' and general practitioners' perspectives on advantages and disadvantages of access via e-consultations: A media-theoretical qualitative study. *BMJ Open*.

Guhl, S., Linngron, L., Rosenberg, B., Hosten, N. & Kirsch, M. (2019). Telemedicine: Can In-Person Pre-treatment Communication be Expanded by Video Consultation? *CardioVascular and Interventional Radiology*, 42(12), 1812-1813. doi:10.1007/s00270-019-02337-z

Guillemin, M. & Gillam, L. (2016). Ethics, Reflexivity, and "Ethically Important Moments" in Research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261-280. doi:10.1177/1077800403262360

Haddon, L. (2003). Domestication and Mobile Telephony. Hentet 10.03.2020 fra

[https://www.researchgate.net/publication/243783202\\_Domestication\\_and\\_Mobile\\_Telephony](https://www.researchgate.net/publication/243783202_Domestication_and_Mobile_Telephony)

- Hammersley, V., Donaghy, E., Parker, R., McNeilly, H., Atherton, H., Bikker, A., . . . McKinstry, B. (2019). Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e595-e604. doi:10.3399/bjgp19X704573
- Hartmann, M. (2013). From domestication to mediated mobilism. *Mobile Media & Communication*, 1(1), 42-49. doi:10.1177/2050157912464487
- Helles, R. (2013). Medium Theory (Toronto-skolen). I G. Agger, N. N. Kristensen, P. Jauert & K. Schrøder (red.), *Medie- og kommunikationsleksikon: Samfundslitteratur*.
- Hjarvard, S. (2016). *Medialisering: mediernes rolle i social og kulturel forandring*. Kbh: Hans Reitzels Forlag.
- Huang, K. T., Lu, T. J., Alizadeh, F. & Mostaghimi, A. (2016). Homebound patients' perspectives on technology and telemedicine: A qualitative analysis. *Home Health Care Serv Q*, 35(3-4), 172-181. doi:10.1080/01621424.2016.1264341
- Islind, A. S., Snis, U. L., Lindroth, T., Lundin, J., Cerna, K. & Steineck, G. (2019). The Virtual Clinic: Two-sided Affordances in Consultation Practice. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 28(3), 435-468. doi:10.1007/s10606-019-09350-3
- Iversen, S. M. (2017). Med NVivo som analysepartner. I K. Drotner & S. M. Iversen (red.), *Digitale metoder: At skabe, analysere og dele data* (1 udg.): Samfundslitteratur.
- Jiwa, M. & Meng, X. (2013). Video consultation use by Australian general practitioners: video vignette study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(6), e117. doi:10.2196/jmir.2638
- Johansson, A. M., Lindberg, I. & Soderberg, S. (2017). Healthcare personnel's experiences using video consultation in primary healthcare in rural areas. *Primary Health Care Research & Development*, 18(1), 73-83. doi:10.1017/S1463423616000347
- Kahn, J. M. (2015). Virtual visits—confronting the challenges of telemedicine. *The New England Journal of Medicine*, 372(18), 1684–1685.
- Kulcsar, Z., Albert, D., Ercolano, E. & Mecchella, J. N. (2016). Telerheumatology: A technology appropriate for virtually all. *Semin Arthritis Rheum*, 46(3), 380-385. doi:10.1016/j.semarthrit.2016.05.013
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

- Leng, S., MacDougall, M. & McKinstry, B. (2016). The acceptability to patients of video-consulting in general practice: semi-structured interviews in three diverse general practices. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 23(2), 141. doi:10.14236/jhi.v23i2.141
- Lievrouw, L. A. (2014). Materiality and Media in Communication and Technology Studies: An Unfinished Project. I T. Gillespie, P. Boczkowski & K. Foot (red.), *Media Technologies: Essays on Communication, Materiality, and Society* (s. 21-51): MIT Press
- Lister, M., Dovey, J., Giddings, S., Grant, I. & Kelly, K. (2009). *New Media: a critical introduction*. 270 Madison Avenue, New York: Routledge.
- Lose, S. & Astman, U. (2018). Danske Regioner: Sundhedsvæsenet skal være nemt og tilgængeligt. *Altinget.dk*. Hentet 18.01.2020 fra <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/danske-regioner-sundhedsvaesenet-skal-vaere-nemt-og-tilgaengeligt>
- Lupton, D. (2018). *Digital health: critical and cross-disciplinary perspectives* (1 udg. årg. 1). Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, an imprint of the Taylor & Francis Group.
- MedCom. (2020a). Video i almen lægepraksis. Hentet 24.02.2020 fra <https://www.medcom.dk/projekter/video-i-almen-laegepraksis>
- MedCom. (2020b). Virtuelt venteværelse. Hentet 18.02.2020 fra <https://www.medcom.dk/projekter/virtuelt-ventevaerelse>
- Meyrowitz, J. (1986). *No Sense of Place: The Impact of Electronic Media on Social Behavior*. New York: Oxford University Press
- Muhlfelder, M., Klein, U., Simon, S. & Luczak, H. (1999). Teams without trust? Investigations in the influence of video-mediated communication on the origin of trust among cooperating persons. *Behaviour & Information Technology*, 18(5), 349-360.
- Nelson, S. B., Jarrahi, M. H. & Thomson, L. (2017). Mobility of knowledge work and affordances of digital technologies. *International Journal of Information Management*, 37(2), 54-62. doi:10.1016/j.ijinfomgt.2016.11.008
- Norman, D. A. (1990). *The design of everyday things*. New York: Doubleday/Currency.
- Norman, D. A. (2004). Affordances and Design. Hentet 01.02.2020 fra [https://www.researchgate.net/publication/265618710\\_Affordances\\_and\\_Design](https://www.researchgate.net/publication/265618710_Affordances_and_Design)
- Nyboe, L. & Grønning, A. (2015). *Sociale medier i skole og fritid* (1. udgave udg.). Kbh: Akademisk Forlag.
- Nymberg, V. M., Bolmsjö, B. B., Wolff, M., Calling, S., Gerward, S. & Sandberg, M. (2019). 'Having to learn this so late in our lives...' Swedish elderly patients' beliefs, experiences,

- attitudes and expectations of e-health in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(1), 41-52. doi:10.1080/02813432.2019.1570612
- O'Leary, M. B., Wilson, J. M. & Metiu, A. (2014). Beyond Being There: The Symbolic Role of Communication and Identification in Perceptions of Proximity to Geographically Dispersed Colleagues. *MIS Quarterly*, 38(4), 1219-1243.
- Osman, M. A., Schick-Makaroff, K., Thompson, S., Featherstone, R., Bialy, L., Kurzawa, J., . . . Bello, A. K. (2018). Barriers and facilitators for implementation of electronic consultations (eConsult) to enhance specialist access to care: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 8(9), e022733. doi:10.1136/bmjopen-2018-022733
- Petersen, N. (2020a). DSAM-formand til afskaffe videokonsultationer efter corona-epidemi. *Dagens Medicin*. Hentet 22.04.2020 fra <https://dagensmedicin.dk/dsam-formand-vil-afskaffe-videokonsultationer-efter-corona-epidemi/>
- Petersen, N. (2020b). Praktiserende læger vender tomten ned til videokonsultationer i nyt pilotprojekt. *Dagens Medicin*. Hentet 01.05.2020 fra <https://dagensmedicin.dk/praktiserende-laeger-vender-tomten-ned-til-videokonsultationer-i-nyt-pilotprojekt/>
- Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E. & Rising, K. L. (2017). Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Annals of Family Medicine*, 15(3), 225-229. doi:10.1370/afm.2095
- Praktiserende Lægers Organisation. (2020). Voldsom vækst i e-konsultationer hos de praktiserende læger. Hentet 24.03.2020 fra <https://www.laeger.dk/nyhed/voldsom-vaekst-i-e-konsultationer-hos-de-praktiserende-laeger>
- Randhawa, R. S., Chandan, J. S., Thomas, T. & Singh, S. (2019). An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e5. doi:10.1017/S1463423618000361
- Raptis, D., Kjeldskov, J., Skov, M. B. & Paay, J. (2014). What is a Digital Ecology? Theoretical Foundations and a Unified Definition. *Australian Journal of Intelligent Information Processing Systems*(13).
- Raven, M., Butler, C. & Bywood, P. (2013). Video-based telehealth in Australian primary health care: Current use and future potential. *Australian Journal of Primary Health*, 19. doi:10.1071/PY13032

- Reed, M. E., Huang, J., Parikh, R., Millman, A., Ballard, D. W., Barr, I. & Wargon, C. (2019). Patient-Provider Video Telemedicine Integrated With Clinical Care: Patient Experiences. *Annals of Internal Medicine*, 171(3), 222-224. doi:10.7326/M18-3081
- Region Sjælland. (2019). Virtuelle konsultationer er en vinder. Hentet 24.03.2020 fra <https://www.regionsjaelland.dk/nyheder/Sider/Sammenhaengspris.aspx>
- Sabesan, S., Allen, D., Caldwell, P., Loh, P. K., Mozer, R., Komesaroff, P. A., . . . Grabinski, O. (2014). Practical aspects of telehealth: doctor-patient relationship and communication. *Internal Medicine Journal*, 44(1), 101-103. doi:10.1111/imj.12323
- Silverstone, R. (2006). Domesticating domestication. Reflections on the life of a concept. I T. Berker (red.), *Domestication of Media and Technology*. GB: Open University Press.
- Silverstone, R. & Hirsch, E. (1992). *Consuming technologies: Media and information in domestic spaces* (Reprint udg.). London: Routledge.
- Silverstone, R., Hirsch, E. & Morley, D. (1992). Information and communication technologies and the moral economy of the household. I R. Silverstone & E. Hirsch (red.), *Consuming Technologies: Media and information in domestic spaces*. London; New York: Routledge.
- Slevitch, L. (2011). Qualitative and Quantitative Methodologies Compared: Ontological and Epistemological Perspectives. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 12(1), 73-81. doi:10.1080/1528008x.2011.541810
- Strehle, E. M. & Shabde, N. (2006). One hundred years of telemedicine: does this new technology have a place in paediatrics? *Archives of disease in childhood*, 91(12), 956-959. doi:10.1136/adc.2006.099622
- Sturesson, L. & Groth, K. (2018). Effects of the Digital Transformation: Qualitative Study on the Disturbances and Limitations of Using Video Visits in Outpatient Care. *Journal of Medical Internet Research*, 20(6), e221. doi:10.2196/jmir.9866
- Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner & KL. (2018). Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle - Strategi for digital sundhed 2018-2022. Hentet 18.02.2020 fra [https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2018/Strategi-for-digital-sundhed-januar-2018/Strategi%20for%20digital%20sundhed\\_Pages.pdf](https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/Strategi-for-digital-sundhed-januar-2018/Strategi%20for%20digital%20sundhed_Pages.pdf)
- Sundhedsdatastyrelsen. (2019). Min Læge app. Hentet 24.03.2020 fra <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-min-laege-app>

- Szulevics, T. (2020). Deltagerobservation. I S. Brinkmann & S. Kvale (red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (årg. 3): Hans Reitzels Forlag.
- Tonnies, J., Hartmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Icks, A., Friederich, H. C. & Haun, M. W. (2019). Mental health specialist video consultations for patients with depression or anxiety disorders in primary care: protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*, 9(9), e030003. doi:10.1136/bmjopen-2019-030003
- Whitten, P., Cook, D. & Cornacchione, J. (2011). Telemedicine: Reviewing the Past, Looking Toward the Future. I L. Thompson, R. Parrott & J. F. Nussbaum (red.), *The Routledge handbook of health communication*. New York: Routledge.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (6 udg.). Los Angeles: SAGE.
- Ølholm, A. M., Kvistgaard, L., Kidholm, K., Høiberg, L. & Bergholz-Knudsen, M. (2020). *Evaluering af Video i almen og speciallægepraksis*. Hentet 12.04.2020 fra [https://www.medcom.dk/media/11103/2020-03-02\\_rapport\\_video-i-almen-og-speciallaegepraksis\\_v2\\_final.pdf](https://www.medcom.dk/media/11103/2020-03-02_rapport_video-i-almen-og-speciallaegepraksis_v2_final.pdf)

## 12. BILAG

### A. LITTERATURSØGNING

**Metode:** Bloksøgning

#### Indledende søgning

- Brede søgekriterier for at få et overblik over emnet samt finde søgeord
- Inkluderer både lægers og patienters perspektiver

Database	Søgestreng(e)	Antal fundne artikler	Antal benyttede artikler
SDU Summon	(video AND consultation) AND (doctor OR "general practitioner") AND (patient*) med emneord: tele health and telemedicine	589	18

#### Anden søgning

- Dette er specialets primære søgning
- Søgefeltet indsnævres og formålet er at finde artikler, der medtager patienters perspektiver på brugen og oplevelsen af videokonsultationer

Udvælgelseskriterier:

1. Studier der omhandler videokonsultationer
2. Studier der medtager patienters perspektiver
3. Studier der relaterer sig til almen praksis, medmindre der er et patientperspektiv fra andre kontekster, fx hospitaler. I så fald medtages studiet i første omgang.
4. Studier der omtaler kommunikation/mediet/teknologien
5. Max 10 år gamle studier (indsnævring af søgning og fokus på nyere teknologier)
6. Artikler i tidsskrift
7. Sprog: Dansk eller engelsk

Database	Søgestreng(e)	Antal fundne artikler	Antal benyttede artikler
Academic Search Premier	((("video consultation") OR ("video-based consultation") OR ("telecommunication"))) AND (patient) AND ((("general practitioner") OR ("primary care"))) AND (communication OR ("patient satisfaction") OR ("patient experience"))	343	6  Igennem en af artiklerne fandt jeg yderligere to artikler = 8



	(video OR "video-mediated") AND meeting* AND communication AND technology	159	2 Igennem en af artiklerne fandt jeg yderligere en artikel = 3
PubMed	("video consultations"[Title/Abstract] AND ("general practitioner"[All Fields] OR "primary care"[All Fields])) AND ("patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields])	14	5
Communication Source	(video AND consultation) AND ("primary care" OR "general practitioner") AND (patient)	20	0
	(telecommunication) AND ("primary care" OR "general practitioner") AND (patient)	18	0
Journal of Telemedicine and Telecare	[Abstract video] AND [Abstract consultation]	39	2
Journal of Telemedicine and Telecare	[Abstract video] AND [Abstract conference]	11	0
SDU Summon	Søgestreng: (Abstract:(video)) AND (consultation) AND (("general practitioner" OR "primary care")) AND (patient*) Emneord: Telehealth.	158	8
	Søgestreng: (TitleCombined:(video)) AND (consultation*) AND (("general practitioner" OR "primary care")) AND (Abstract:(patient*)) AND (communication)	162	4

Artikler: 21 (uden overlap og uden indledende søgning)

Artikler med patientens perspektiv på videokonsultationer i almen praksis: 9

**Tredje søgning**

- Søgning på forskning om videomøder med det formål at finde teoretisk og metodisk inspiration fra medie- eller kommunikationsvidenskabelige studier

Database	Søgestreng	Antal fundne artikler	Antal benyttede artikler
Academic Search Premier	AB "video-mediated communication" OR AB "video meetings"	53	1 Igennem artiklen fandt jeg yderligere en artikel = 2
SDU Summon	((Abstract:"video-mediated communication")) OR (Abstract:"video meeting*")) OR (Abstract:"video conference")) English Journalistik & kommunikation Artikel i tidsskrift	12	1 Igennem artiklen fandt jeg yderligere en artikel = 2

## B. INTERVIEWGUIDE

### Briefing:

- Hvem er jeg?
- Mit formål er...
- Der kommer først nogle spørgsmål om videokonsultation, og derefter spørger jeg ind til dit medieforbrug generelt samt et par baggrundsspørgsmål
- Fuld anonymitet og ret til at trække udtalelser tilbage
- Jeg optager interviewet
- Der er ingen rigtige eller forkerte svar

Har du nogle spørgsmål, inden vi går i gang?

Tema	Spørgsmål
Introduktion – ”tale sig varm”	Hvad er dit umiddelbare indtryk af videokonsultationer (VK)?
Baggrundsviden om forhold til lægeklinikken	Hvor længe har du haft [navn] som læge? Hvor tit er du hos lægen? Hvordan har du været ved lægen? (e-mail, VK, tlf. mm.)
Introduktion - om videokonsultation	Hvor tit har du prøvet videokonsultation? Hvorfor har du prøvet det – blev du spurgt af [navn på læge]? Har det altid været [navn på læge] du har haft VK med? Fik du nogen information, inden du prøvede VK første gang?
Oplevelse af sidste videokonsultation  Affordances og constraints  Tid, socialt rum og fysisk rum	Vil du fortælle mig om sidst du havde en videokonsultation?  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvorhenne?</li> <li>- Tidspunkt?</li> <li>- Hvilket medie?</li> <li>- Varighed?</li> <li>- Forberedte du dig?</li> <li>- Problemer med teknologien?</li> <li>- Blev i afbrudt?</li> <li>- Var du alene eller sammen med andre? Hvem?</li> <li>- Gjorde du noget efterfølgende? (skrev noter, bookede tid, andet..)</li> <li>- Ventetid?</li> </ul> Tænker du over, hvor du sidder, når du har en VK? Tænker du over, hvor lægen befinder sig?
Oplevelse af videokonsultation generelt  Affordances og constraints	(Du startede med at sige, at dit indtryk af VK er...)  Er der noget der fungerer særlig godt ved VK? Er der noget der fungerer dårligt ved VK?

	<p>Havde du nogle forventninger til VK, inden du prøvede det første gang?</p> <p>Har din holdning til VK ændret sig på noget tidspunkt?</p> <p>Vil du bruge VK fremover?</p>
<p>Relation til læge + socialt rum</p> <p>Affordances og constraints</p>	<p>VK er jo en ny slags samtale med lægen. Hvordan synes du, det er at kommunikere med lægen via VK?</p> <p>Føler du dig tryk ved at tale med lægen over video?</p> <p>Følte du at lægen kiggede på dig?</p> <p>Følte du at lægen lyttede til dig?</p> <p>Kunne du se og høre ham tydeligt?</p> <p>Tog lægen styringen i VK?</p> <p>Har VK haft nogen indflydelse på jeres forhold?</p> <p>Har VK ændret dit indtryk af lægen?</p> <p>Hvordan tror du, det havde været, hvis ikke du kendte lægen eller havde mødt ham før?</p> <p>Ville du sige ja til at have en VK med en ny læge?</p> <p>Tror du, at VK kan ændre din adgang til lægen?</p>
Medievaner generelt	<p>Hvilke medier bruger du i din hverdag? Fx tlf, iPad, sociale medier, tv, radio osv.</p> <p>Har du brugt videomøder i andre sammenhænge, fx med familie eller på arbejdet? (Skype, FaceTime)</p> <p>Føler du dig godt tilpas med at bruge disse medier?</p>
Baggrundsviden om informanten	<p>Vil du fortælle lidt om dig selv?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alder</li> <li>- Bopæl</li> <li>- Beskæftigelse</li> <li>- Familie</li> <li>- Interesser</li> </ul>
<b>Debriefing</b>	<p>Har du nogle kommentarer eller spørgsmål?</p> <p>Må jeg kontakte dig igen, hvis jeg har spørgsmål? (Til tlf.: Må jeg få din adresse, så jeg kan sende chokolade som tak)</p> <p>Underskriv samtykkeerklæring (Til tlf.: Må jeg få din mail, så jeg kan sende samtykkeerklæring?)</p>

## C. SAMTALE MED LÆGE

## C1. TRANSSKRIFTION AF INTERVIEW MED LÆGE

(...) angiver dele, som ikke er transskriberet.

UDDRAG FRA INTERVIEW MED LÆGE		
Start Time	End Time	Transcript
00:01:15.9	00:06:42.6	<p>(I)</p> <p>(...)</p> <p>Jeg har alle patientgrupper, for det er jo fra vugge til grav.</p> <p>(...)</p> <p>Ja, de (patienterne) bor i nærområdet. Det gør det. Også fordi- det er herude omkring, at de fleste bor. I [navn på bydel] og [navn på bydel]. Vi har da også nogen- en i [navn på by] og ude i [navn på bydel] og sådan nogle ting. Men det er altså primært her i nærheden.</p> <p>(...)</p> <p>Jeg blev praktiserende læge i 2013 og fik min egen biks der. Og jeg tænkte, at det kunne være spændende med noget video og sådan nogle ting, det har bare ikke været muligt på grund af Datatilsynet. Og Skype og FaceTime og hvad det alt sammen hedder har ikke været lovligt. Og så har jeg ikke haft tid til at fikle mere med det, og så har jeg haft tid igen, og så har jeg egentlig det sidste års tid eller halvandet været i gang igen. Og så begyndte PLO at udvikle den der Min Læge app med noget video på der og test. Og så er det lige så stille gået slag i slag. Og så har vi egentlig brugt det fast det sidste halve års tid. Tilbudt det til vores kronikere. Vi har egentlig taget de der nemme patienter, som ligger i gråzonen mellem ”kunne vi egentlig give svar over telefonen eller kunne vi give det over en mail, eller er det måske meget rart, at de kommer herop?” Det vil sige de- hvis det kiksede med videoen, så kunne man bare ringe dem op og sige ”ved du hvad, du skal bare fortsætte med dine piller” eller ”dit kolesteroltal ser fint ud”. Så det er ligesom det, vi er startet med. Og så er der kommet flere og flere på og flere og flere sygdomme end bare lige udover de nemme sukkersygepatienter, de nemme blodtrykspatienter. Så er der kommet nogle ældre med svære sygdomme sådan rent hjertemæssigt, som- hvor det også har fungeret fint. Vi har også taget de depressive patienter med og de angste patienter med. Så det har ligesom været det. Og så det her Corona har gjort, at det bare er eksploderet fuldstændigt. Vi har nærmest ikke nogle fysiske konsultationer nu, og vi har mange- altså vi har cirka 10 til 12 videokonsultationer om dagen i øjeblikket, og 5-10 fysiske konsultationer. Før i tiden var det jo cirka 100 fysiske konsultationer om dagen, det vil sige omkring 400-500 om ugen. Og der havde vi måske to videokonsultationer på en hel uge. Så det er gået fra at fylde næsten ingenting, hvor det mere har været noget, vi har leget for at få noget erfaring med det, og nu er</p>

		det nærmest noget vi bruger mere, end vi bruger det fysiske fremmøde.
00:06:42.6	00:06:43.3	(F) Det er også en helt vild udvikling jo.
00:06:43.3	00:07:12.0	(I) Helt vildt. Helt vildt. Og nu bruger vi det ikke kun til øhm lige at give svar på en blodtryksbehandling. Nu er det jo host og feber, vi vurderer over video. Og (uf) arbejdsskader (?). Ondt i hånden, ondt i knæet, ondt i hoften, ondt i maven. Sådan nogle ting, hvor man ellers gerne vil røre og lytte og så videre. Det går egentlig også okay. Det går okay.
00:07:12.0	00:07:21.4	(F) Okay. Så det vil sige, at du startede med nogle af de lidt nemmere patienter, for ligesom at løbe det i gang? Og så har du sådan løbende udviklet og ja-
00:07:21.4	00:08:21.7	(I) Ja, det var min plan. Og jeg havde jo ikke regnet med, at det var kommet hertil, hvor det nu er. Og jeg havde heller ikke regnet med, at jeg ville sidde og vurdere host og snot og feberpatienter over video. Og børn også. Men det fungerer faktisk fint. Folk er enormt trygge ved det.
00:08:21.7	00:08:22.3	(...)
00:08:22.3	00:08:39.3	(F) I starten har du jo spurgt nogle patienter, om de ville være med på det her video. Og det er jo dem, jeg har talt med. Der er en af dem, som selv har henvendt sig til dig, fordi hendes mand har prøvet det, men ellers så er det nogen, du har taget fat i. Men hvad så nu efter Corona, så er der vel også en masse, der selv har lagt op til at have en videokonsultation, eller hvad?
00:08:39.3	00:10:22.6	(I) Ja. Også fordi før var det jo mig, der har sendt et booking-link ud. Og nu er det så nemt, at der er kommet et virtuelt venteværelse. Og det kan jeg åbne og slukke for, ligesom at jeg kan med mit fysiske venteværelse, låse døren. Det vil sige her i dagtiden har vi det bare åbent. Og selvom det er konsultation efter aftalte så- vi har jo ikke så fandens travlt i øjeblikket, så hvis man bare har logget sig selv ind, så har vi bare taget dem ind. Og der er cirka én om dagen, der bare af sig selv lige har været inde og lege med sin app, og så lige logger sig ind i venteværelset og prøver at skrive sig op. I fremtiden tror jeg, at der er mange, der vil efterspørge det mere, for nu har de prøvet det.
00:10:22.6	00:11:20.0	(...)
00:11:20.0	00:11:20.1	(F) Men de her fysiske ting, hvor du normalt ville se, føle, mærke, har du det okay med det over video?
00:11:21.4	00:13:12.7	(I) Ja. Egentlig. Men også igen, når jeg kender patienten. Hun (en patient lægen tidligere har nævnt som eksempel på en videokonsultation) er tryk nok, og hun kan jo altid booke en tid. Så ville jeg jo se på hende der, hvis det ikke var blevet bedre. Så på den måde er det okay. Og vi har også lidt en opfattelse af at feberbørn, hvor moren ringer og siger "åh, han er så dårlig. Han er overhovedet

		ikke sig selv". Der har vi tit, at når de kommer herop, så kan vi nærmest ikke undersøge dem. De sidder i deres mors armhule, og vi kan næsten ikke komme til dem. Og vi har måske spottet ude i venteværelset, at de løber og leger og har kigget på vores fisk og så videre. Og der kan vi jo over video- der er de jo hjemme, og der er de trygge, børnene. Så der kan vi se dem tydeligt, at de løber og leger, de går med deres dukkevogn igennem stuen og så videre. Det er nogle gange nok for os. Vi kan se, at han trækker vejret fint, og han løber rundt og leger, ergo er han jo ikke akut dårlig. Så de skal bare sørge for at drikke og tisse og eventuelt få en Panodil, hvis de har øresmerter, eller hvad der nu kunne være. Så der er video også en fordel. Barnet er i trygge rammer, og vi får set, hvad vi skal se. Vi får selvfølgelig ikke kigget i ørerne, og vi får ikke lyttet på dem. Men vi får vurderet, at det er ikke et akut dårligt barn, så vi kan godt sige "ved du hvad, se det lige an i et døgn tid".
00:13:12.7	00:13:12.8	(F) De patienter, jeg har talt med, fortæller at de ikke vil tale om alvorlige ting via video. Har du en grænse for, hvad du synes, du kan tage på video og hvad du ikke kan?
00:13:14.7	00:14:00.3	(I) Jamen altså, det der jo er- der er mange af de der host- og snotpatienter, vi har i øjeblikket, som- dem ville jeg stadig gerne se heroppe fysisk. Jeg er lidt tryggere ved at få lidt lyd på dem, ikke? Men som sådan en førstegangsvurdering, så fungerer det meget godt. Hvis det er de der akutte mavesmerter, så vil jeg gerne lige mærke dem på maven. Men nu går det, fordi vi er under de her krisetider. Så kan vi godt få det til at fungere. Så kan jeg sige "hvor har du ondt i maven?" og "tryk her eller tryk lige der". Så det går jo.
00:14:00.3	00:14:03.5	(F) Hvad tænker du, hvis du skal give nogle prøvesvar, som ikke ser så godt ud? Ville du gøre det på video?
00:14:03.5	00:14:51.2	(I) Ja, der ville jeg nok foretrække at have dem heroppe. Jeg tror heller ikke, hvis jeg har en eller anden kræftpatient, som jeg er ved at udrede, hvor jeg mistænker, at det godt kunne være noget skidt. Så vil jeg gerne se dem heroppe. Det gør vi jo allerede med sådan en HIV-test og sådan nogle ting. Nu er det ikke en dødelig sygdom, men det gjorde vi i hvert fald før i tiden, at der kom de herop til svaret. Så jeg tror, at de der, hvor jeg forventer, at det kan være noget møg, det tager vi fysisk.
00:14:51.2	00:14:52.7	(F) Og hvorfor er det bedre at have dem fysisk?
00:14:52.7	00:15:22.4	(I) Jamen, det er jo- der kan du bedre lægge armen omkring dem, trøste dem og klappe dem på hånden. Det er svært at sidde med en, som græder eller er i chok på skærmen. Der synes jeg det der fysiske- der er noget berøring der, som på skærmen bliver koldt og kynisk på en måde. Så det egner sig godt til prøvesvar.
00:15:22.4	00:15:25.9	(F) Har du oplevet, at nogle patienter har haft et familiemedlem med i videokonsultationen?

00:15:25.9	00:16:36.6	(I) Ja, det har jeg. Det har jeg. Hvilket er okay, hvis de giver sig til kende til at starte med. Hvis lige pludselig at manden har stået omme bag skærmen og har lyttet med- jeg synes, det er meget rart, at det lige bliver meldt ud, at der er en anden i rummet. Og det er også derfor, at mit konsultationsrum- min telefon er på lydløs, og døren er lukket derovre, og mit personale ved, at de skal ikke komme og banke på. For det er enormt utrygt på video, at jeg sidder her og kommunikerer med en anden. Så ja, det har jeg haft, og det synes jeg fungerer godt. Især hos de ældre. Jeg har haft en dame på 90 år, hvor hendes barnebarn logger på og er med. Og hun hører heller ikke så godt, så hun oversætter lidt engang i mellem. Så det fungerer rigtig godt. Men rammerne skal ligesom aftales inden, både så det fungerer for mig og for patienten.
00:16:36.6	00:16:39.4	(F) Ja. Og du sidder altid på dit kontor og har videokonsultationen?
00:16:39.4	00:16:45.2	(I) Ja, jo.
00:16:45.2	00:16:45.8	(F) Kunne du finde på at være et andet sted, ville det være en mulighed for dig?
00:16:45.8	00:17:48.6	(I) Ja, jeg kunne godt finde på at være hjemme. Der ville jeg også sørge for, at ungerne var sendt ud, og at der var ro, så jeg ikke blev forstyrret. (...) Og jeg ville også tydeliggøre overfor patienten, at "nu sidder jeg hjemme, og mine børn er hjemme, men de kan ikke høre noget. Men hvis vi bliver afbrudt, så må du altså undskylde." Og det er vigtigt, at man får sat de rammer inden. Og det er jeg vel ikke så god til, men det skal man måske virkelig sige til patienten. Det glemmer jeg også, for jeg siger bare "hej", og så går vi i gang. Og det er jo vigtigt at sige, at det er kun mig, der er her, og min dør er lukket, så vi bliver ikke forstyrret. Og spørge "hvordan sidder du?" Så vi kan sige "det er godt", og så kan vi starte samtalen.
00:17:48.6	00:17:48.7	(F) Nogle af de patienter, jeg har talt med, siger at videokonsultation går hurtigt, og nogle mener også, at det er lidt mere upersonligt. Man har ikke den der small-talk, som man har ved et fysisk møde. Hvad tænker du om det?
00:17:51.1	00:19:01.3	(I) Jamen, det er jeg fuldstændig enig med dem i. Og set fra et lægeligt synspunkt så er det nogle gange fedt bare at kunne aflevere det budskab, der er. Bum, farvel og tak. Slut. Og hvor det kun tager to minutter. For nogle gange føler jeg også lidt, at nu har patienten taget fri fra arbejde, eller i hvert fald en time, og har siddet i mit venteværelse og ventet i 15 minutter eller en halv time, og jeg er forsinket. Så kommer de ind til mig, og så er mit svar bare "dine blodprøver er fine, vi fortsætter bare din behandling" og så ud igen. Og så har de brugt to timer af deres dag på noget, som tog to minutter. Og så føler jeg tit, at så skal jeg også spørge lidt ind til, om der er noget andet, og så skal jeg sidde og small-talke med dem bare for at-



		jeg føler, at jeg skal strække tiden lidt, fordi de skal have noget for deres penge. Der synes jeg, at video er mega fedt. Pointen er afleveret. Bum, bum. Vi kender præmissen, og det er det, vi skal snakke om. Færdig. Jeg anerkender, at det er lidt mere koldt. Som jo også er godt nogle gange.
00:19:01.3	00:19:05.8	(F) Hvad hvis du har en ny patient, en person du ikke har mødt før? Ville det være fint at have den første konsultation over video? Eller betyder det noget, at du kender patienterne og har mødt dem?
00:19:05.8	00:19:12.1	(I) Ja, det tror jeg da. Bestemt. Det er en fordel, at jeg kender patienten. Men jeg tror, konsultationen ville virke ligeså fint, som hvis jeg ikke kendte dem. Det tror jeg. Men igen er det også, hvad drejer det sig om? Hvis det er noget følelsesmæssigt, en depression, angst, en eller anden krise, så tror jeg godt, at man kan gøre det via video. Men jeg tror, det kræver, at man lige har mødt hinanden en gang eller to først. Så kan man sige, at de næste kontroller man har, det er via video. Og så hver fjerde eller femte gang, der kommer de herop, og så har vi den fysiske kontakt. Men hvis det bare er en, der skal have svar på deres kolesteroltal. En eller anden 55-årig, som normalt er kontormand og sådan nogle ting, så tror jeg, at han er ligeså glad for at få afleveret kolesteroltal og blodtryk og sådan nogle ting (på video). Det er fint.
00:20:14.5	00:20:23.3	(F) Du siger også, at der nogle få, der ikke vil bruge video, eller som måske ikke kan bruge videokonsultation. Kan du prøve at fortælle lidt om, hvem de er?
00:20:23.3	00:22:35.5	(I) Ja. Der er nogen, som ikke har udstyret, som ikke orker at downloade, eller som ikke kan finde ud af det, eller som har en gammel telefon uden smart. Dem er der nogle af. Og så er der bare nogen- måske på grund af det upersonlige, kunne jeg forestille mig, der ikke gider. Der er også nogen, der har prøvet det og så har sagt "fint", men de vil ikke mere, for de synes ikke, det er godt. (...) Det kan også være, at hvis du fik navnene på alle de 100 eller hvor mange det er, som vi har haft igennem, og snakkede med dem, så vil de måske heller ikke sære mig. Så gør de lidt for at behage lægen. Så tager de sådan en video, men måske vil de allerhelst op til mig. (...) Og det der kolde, kyniske "dit kolesteroltal er fint, farvel og tak"- der mangler nogle gange nogle nuancer. Der bliver også sagt nogle andre ting, når man small-talker med dem. Man får lidt mere info omkring dem, som man ikke skal bruge i dag, men som man måske skal bruge igen om et år eller to. Hvis det ikke fungerer så godt i parforholdet derhjemme, eller de ligger i en skilsmisse. Nogle gange ting som ikke har noget at gøre med selve blodtrykket. Og det ryger måske lidt med det her video.
00:22:35.5	00:22:38.5	(F) Har du nogle bekymringer for fremtidig brug af videokonsultation?

00:22:38.5	00:28:00.3	<p>(I) Min bekymringer går også lidt på det akademiske. Jeg har sådan en 85-årig mand med svær hjertesvigt.          (...)          Han er svært, svært, svært og meget alvorlig syg. Han er rigtig glad for det her video, for han slipper for at komme herop, som er enormt bøvet for ham. Men gør vi ham en bjørnetjeneste ved, at han kommer op til os? Gør vi sukkersygepatienterne en bjørnetjeneste ved at tage den på video? Det ved vi ikke. Lige nu er det bare en rar ting, som gør det lidt nemmere, og nemt for patienten, der ikke skal tage fri fra arbejde. Det går hurtigere og sådan nogle ting. Men selve behandlingen er der ikke nogen, der ved noget om. Og det er der vidst aldrig rigtig lavet de helt store studier på. Det er mere sådan nogle- jeg kalder dem "feel good" studier, som er lavet.          (...)          Det bekymrer mig også, om det bliver for nemt at gå til lægen. Om vi får mere arbejde ud af det. At det bliver sådan en add-on funktion, hvor ham den 35-årige it-mand, der har siddet 8 timer foran en computer uden sine skærmbriller på, har fået en knaldende hovedpine. Så er det jo nemt lige at logge ind og spørge lægen, hvorfor han har fået sådan en hovedpine. Og så er det jo, fordi han har glemte at tage sine skærmbriller på. Altså det bliver lidt- det er godt med nem adgang til lægen, men det behøver ikke at blive FOR nemt. Så det er de bekymringer, jeg har.          (...)          Også at finde ud af, hvad er det for en patientgruppe, og hvilke diagnoser egner sig til video? Det er også rigtig fint med hende- eller det er måske mere mændene, som ikke gider at rende til lægen. De får måske nemmere adgang til det. Og netop ham med hovedpinen, altså hvis det sidder lige bag det ene øje, og "jeg brækker mig, jeg er lysfølsom". Jamen det kan jo være migræne, det skal han da have hjælp med. Eller sådan nogle ting. Så nem adgang er jo ikke en dårlig ting, men det skal opvejes. Så det er kun godt, hvis hende med knuden i brystet tager fat i mig med det samme. Og hvis det er nemmere for hende over video, så er det jo godt.</p>
00:28:00.3	00:28:00.4	<p>(F) Ændrer måden, du kommunikerer med patienten på, sig under en videokonsultation?</p>
00:28:03.4	00:32:12.7	<p>(I) Altså hele- hvad kan man sige... en konsultation starter for mig allerede, når jeg henter patienten i venteværelset. Er de gående, puster de? Det mangler jeg, ikke? Ellers synes jeg, at selve konsultationsprocessen er den samme. Jeg spørger åbent "hvad kan jeg gøre for dig i dag?", og så svarer patienten. Og så afbryder jeg dem sikkert allerede lidt for hurtigt, men så snakker vi. Og så kan det godt være, at man rent teoretisk skal forventningsafstemme og sådan nogle ting. Jeg tror, at der er flere, der spørger dem "hvad regner du med at få ud af denne her konsultation i dag?" Og alt det der pjat, som er teoretisk sikkert rigtigt og en bedre måde at kommunikere på. Men jeg tror bare, det er de færreste, der gør det. Jeg kan mærke på mig selv, at</p>

		jeg gentager pointen og planen flere gange for dem. Jeg siger "det vil sige, at aftalen var, at dyt dyt dyt". Det gør jeg flere gange for at være helt sikker. Og så er der heller ikke- der er også tit lige tre spørgsmål på vej ud af døren. Der er også tit sådan lige, hvor jeg runder af på vej ud af døren, hvor jeg måske gentager de der ting på vej ud af døren. Så har jeg lavet recepten, og jeg har dit og dat. Det gør jeg ikke her, der får jeg ligesom en afslutning på det hele. Og så er det farvel. (...)
--	--	---

## C2. INFORMATION OM KLINIK

Følgende information er fra lægeklinikkens hjemmeside. For at sikre anonymitet er navn på klinikken samt personhenførbare oplysninger fjernet.

### KLINIKINFORMATION

I [redacted] har vi fokus på høj faglighed, højt serviceniveau og nem tilgang til klinikken. Telefonerne er åbne fra kl. 8-14, der er mulighed for videokonsultation og e-mail konsultation og bookning af tider via hjemmesiden. Derudover holder vi længe åbent til kl. 17 om torsdagen.

Vi har særlig fokus på patienter med forhøjet blodtryk, KOL, sukkersyge, hjertesygdom og depression m.fl. – derfor tilbyder vi som minimum to årlige kontroller med forudgående blodprøver, EKG og lungefunktion.

Ældre kronisk syge patienter vil blive tilbudt årligt hjemmebesøg mhp at justering af medicin og optimering og gennemgang af funktionsniveau og forebyggelse.

### PERSONALE

Sygeplejerske fra 2006 - Ansat i praksis pr. [redacted]

- Udfører blodprøvetagning, EKG, Lungefunktion, vaccination, sårbehandling samt kontrol og behandling af hjertekarsygdom, KOL, Diabetes og lette akutte tilstande hos voksne i samarbejde med lægen.

Sygeplejerske fra 1999 - Ansat i vikariat praksis pr. [redacted]

- Udfører blodprøvetagning, EKG, Lungefunktion, vaccination, sårbehandling samt kontrol og behandling af hjertekarsygdom, KOL, Diabetes og lette akutte tilstande hos voksne i samarbejde med læge

SOSU siden 2013 - Ansat i praksis pr. [redacted]

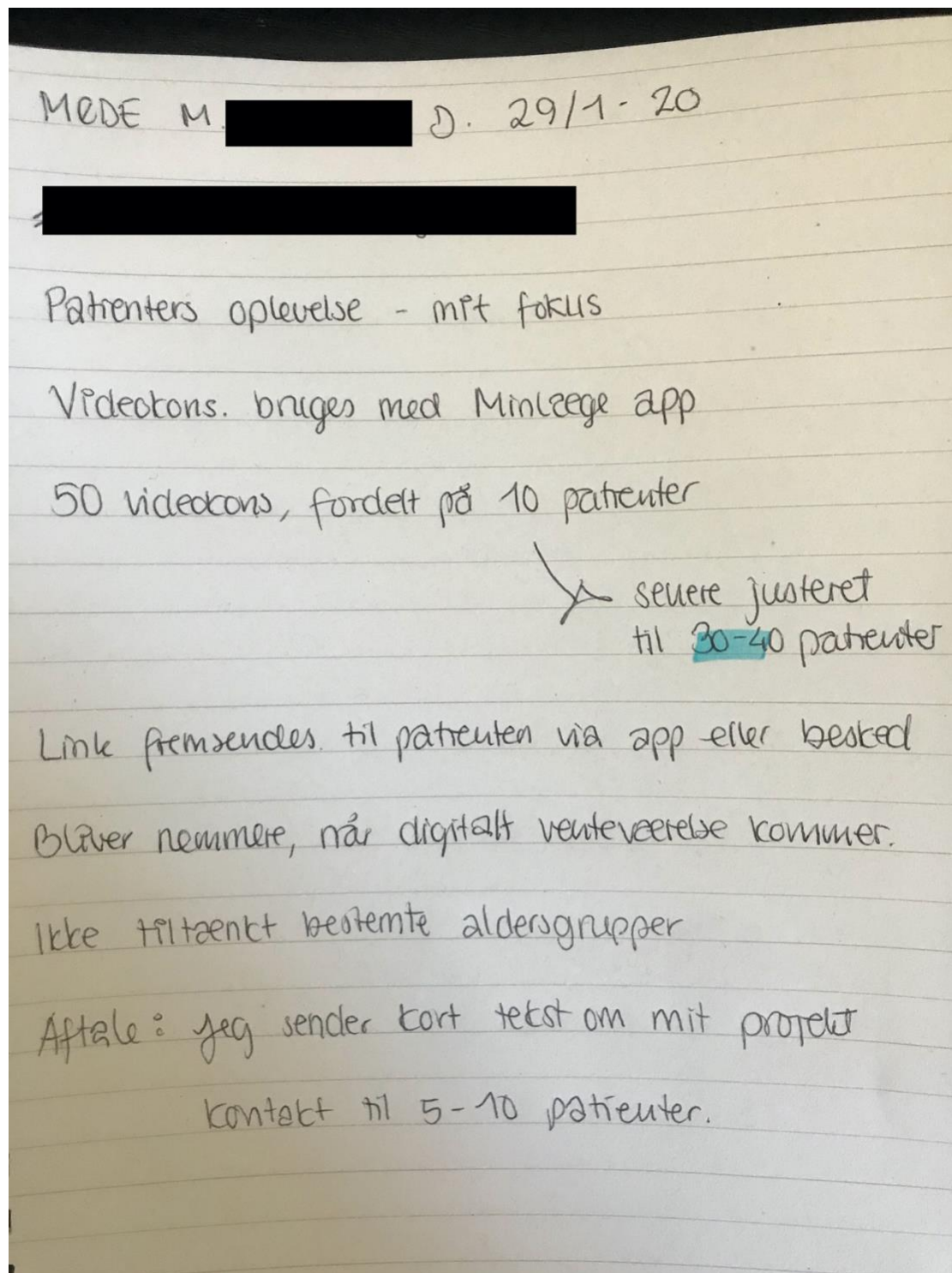
- Udfører for blodprøvetagning, EKG, Lungefunktion, vaccination, sårbehandling mv samt kontrol og behandling af hjertekarsygdom, KOL, Diabetes og lette akutte tilstande hos voksne i samarbejde med lægen.

Lægesekretær - Ansat i praksis pr. [redacted]

- vil du møde ved skranken og i telefonen, hun vil være behjælpelig ved bestilling af tider og medicin, men også ved undersøgelse af urin samt lette blodprøver og EKG.

Fysioterapeut i 2002 - kommer hver onsdag fra kl 8-14.30

## C3. NOTER FRA INDLEDENDE MØDE



## D. NOTER FRA OBSERVATION AF VIDEOKONSULTATION

*NB. Følgende observationsnoter er renskrevet af hensyn til læsevenligheden. De var oprindeligt håndskrevet. Jeg har ikke ændret ord eller sætninger, men direkte oversat fra det håndskrevne.*

Observation, videokonsultation, 6. feb. 2020:

Sætter mig klar på mit kontor derhjemme 10 minutter før konsultation skal starte.

Fik tilsendt link af lægeklinik. Forsøger på computer, safari. Virker ikke.

Ser blå skærm med nedtælling til kl. 16.30. Der står: Først adgang til kons. 16.30. Jeg venter.

Læge skriver til mig på SMS "hvor er du?" – de er gået i gang før tid, men jeg kan ikke komme på. Vi skriver frem og tilbage på SMS. Han sender mig nyt link på telefonen. Jeg trykker på link på telefonen. Kommer på. Ser patient og læge.

Begge siger hej til mig. Læge forklarer kort, at det er sådan her en videokonsultation foregår. Forklarer, at det er godt jeg også oplever, at der er tekniske problemer.

Mange tekniske problemer. Patient er på dobbelt. Hører og ser sig selv dobbelt. Hun siger, at det virkede, før jeg kom på.

VPX API. "MedCom" står der på skærmen.

Dårlig lyd, har svært ved at høre. Hakker.

Godt billede af læge, mere sløret af patient. Patient sidder ned ved bord? Måske kontor eller lign. rum? Læge i klinik, tror jeg.

Blodtryk-kontrol. Alt er ok. Patient har spørgsmål om recept. Vil gerne ha' fornyet. "Skriv, når du ikke har mere medicin, så fornyer jeg" siger læge. Læge spørger, om patient har spørgsmål. Nej. Læge spørger, om jeg har spørgsmål. Jeg siger nej og takker for at jeg måtte se med. Kons. slutter.

Noter nedfældet lige efter videokonsultationen:

Varighed: 16.26-16.40. Meget af tiden gik med tekniske problemer.

Koncentrerede mig meget om lyden og at følge med i samtalen. Lod ikke mærke til detaljer i baggrunden. Ved ikke hvor mange minutter den egentlige samtale om blodprøvesvar varede.

Skriver tak til hhv. læge og patient i en SMS, da lyden var dårlig, og jeg var i tvivl om, hvorvidt de kunne høre mig tydeligt.

## E. SAMTYKKEERKLÆRINGER

### E1. PATIENT – INTERVIEWS



#### **Samtykkeerklæring: Optagelse af interview om videokonsultation**

Interviewet ønskes anvendt i mit speciale omhandlende patienters oplevelse af brugen af videokonsultationer i almen praksis. Interviewet transskriberes i anonymiseret form, hvorefter lydfilen slettes. Der citeres fra interviewet i specialet. Citaterne vil udelukkende blive anvendt i anonymiseret form, og man vil på ingen måde kunne henføre oplysninger tilbage til dig.

Ved din underskrift giver du samtykke til, at du har fået information om formålet med interviewet, og at du ønsker at medvirke, som beskrevet ovenfor.

Det er frivilligt at deltage i interviewet. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. I så fald bedes du henvende dig til mig på nedenstående kontaktoplysninger.

Hvis du efterfølgende har spørgsmål, må du endelig kontakte mig.

Elle Christine Lüchau  
Stud.mag. i Medievidenskab, Institut for Kulturvidenskaber, Syddansk Universitet  
Tlf. 40 33 64 25  
Mail: christine@sdu.dk

Jeg har læst ovenstående, har fået svar på eventuelle spørgsmål og er indforstået med betingelserne.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

## E2. PATIENT - OBSERVATION

**Samtykkeerklæring: Observation af videokonsultation**

Observationen af videokonsultationen ønskes anvendt i mit speciale omhandlende patienters oplevelse af brugen af videokonsultationer i almen praksis. Der vedlægges noter om observationen i specialet. Noterne vil udelukkende blive anvendt i anonymiseret form, og man vil på ingen måde kunne henføre oplysninger tilbage til dig.

Ved din underskrift giver du samtykke til, at du har fået information om formålet med observationen, og at du ønsker at medvirke, som beskrevet ovenfor.

Det er frivilligt at deltage i dette speciale. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. I så fald bedes du henvende dig til mig på nedenstående kontaktoplysninger.

Elle Christine Lüchau  
Stud.mag. i Medievidenskab, Institut for Kulturvidenskaber, Syddansk Universitet  
Tlf. 40 33 64 25  
Mail: christine@sdu.dk

Jeg har læst ovenstående, har fået svar på eventuelle spørgsmål og er indforstået med betingelserne.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

## E3. LÆGE – INTERVIEW OG OBSERVATION



Til [navn på læge]

**Samtykkeerklæring: Interview om videokonsultationer samt observationer af videokonsultationer**

**Interviewet** (vores videomøde) ønskes anvendt i mit speciale omhandlende patienters oplevelse af brugen af videokonsultationer med deres alment praktiserende læge. Interviewet optages, og dele af interviewet transskriberes. Lydfilen slettes efter transskribering. Citater fra interviewet kan forekomme i specialet, og der vedlægges transskriptioner fra interviewet i specialet. Citater og transskriptioner vil udelukkende blive anvendt i anonymiseret form, og man vil på ingen måde kunne henføre oplysninger tilbage til dig.

**Observationer** af videokonsultationer foretages på baggrund af lægens og den enkelte patients samtykke. Observationer af videokonsultationer ønskes, ligesom ovenstående interview, anvendt i mit speciale. Der vedlægges noter om observationerne i specialet. Noterne vil udelukkende blive anvendt i anonymiseret form, og man vil på ingen måde kunne henføre oplysninger tilbage til dig.

Ved din underskrift giver du samtykke til, at du har fået information om formålet med interview og observationer, og at du ønsker at medvirke, som beskrevet ovenfor.

Det er frivilligt at deltage. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. I så fald bedes du henvende dig til mig på nedenstående kontaktoplysninger.

Hvis du efterfølgende har spørgsmål, må du endelig kontakte mig.

Elle Christine Lüchau  
Stud.mag. i Medievidenskab, Institut for Kulturvidenskaber, Syddansk Universitet  
Tlf. 40 33 64 25  
Mail: christine@sdu.dk

Jeg har læst ovenstående, har fået svar på eventuelle spørgsmål og er indforstået med betingelserne.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_



## F. TRANSSKRIFTIONER

## F1. BENTE

INTERVIEW MED BENTE		
Start Time	End Time	Transcript
00:00:00.8	00:00:00.9	(F) (Briefing jf. interviewguide) Det jeg egentlig først vil høre dig om, det er, hvad dit umiddelbare indtryk af videokonsultationer er?
00:00:12.0	00:00:22.9	(I) Øhm. Jeg skulle gøre det her sidste gang, jeg havde været ved lægen. Men der havde jeg så ikke fået et ordentlig forklaring, så vi kom ikke igennem til hinanden.
00:00:22.9	00:00:23.5	(F) Slet ikke?
00:00:23.5	00:00:26.6	(I) Overhovedet ikke, nej.
00:00:26.6	00:00:29.1	(F) Okay. Men hvad tænker du om det at bruge video på den måde, sådan generelt?
00:00:29.1	00:00:37.9	(I) Jamen, det synes jeg, er fint. Og jeg synes også, det vil være nemmere, end at jeg skal tage fri fra arbejde for at tage derhen.
00:00:37.9	00:00:40.2	(F) Okay. Og du har [navn] som læge?
00:00:40.2	00:00:40.7	(I) Ja.
00:00:40.7	00:00:42.6	(F) Og hvor længe har du haft ham som læge?
00:00:42.6	00:00:45.9	(I) Åh, det kan jeg ikke huske.
00:00:45.9	00:00:46.7	(F) Er det måneder eller år eller?
00:00:46.7	00:00:53.0	(I) Det er år. Det var lige efter, at han var startet. Jeg kan ikke huske hvornår.
00:00:53.0	00:00:55.0	(F) Og hvor tit er du hos lægen?
00:00:55.0	00:00:56.7	(I) En gang om året.
00:00:56.7	00:01:03.4	(F) En gang om året, okay. Det er da dejligt, at det ikke er mere (begge griner). Og på hvilke måder har du været ved lægen? Altså nu har du prøvet video-
00:01:03.4	00:01:07.9	(I) Det er, fordi jeg har for højt blodtryk og kolesterol.
00:01:07.9	00:01:12.5	(F) Ja, okay. Men har du- du har været nede ved lægen fysisk, går jeg ud fra?
00:01:12.5	00:01:13.1	(I) Ja.
00:01:13.1	00:01:16.7	(F) Har du prøvet telefon, e-mail...? Andre måder at tale med lægen på.
00:01:16.7	00:01:22.2	(I) Da vi ikke kom igennem, så skrev jeg med ham på e-mail.
00:01:22.2	00:01:23.5	(F) Okay, så skrev i på e-mail. Var det inde i det her system, der er lavet til det?

00:01:23.5	00:01:28.4	(I) Ja, det var det.
00:01:28.4	00:01:35.2	(F) Det vil sige, at den sidste gang, du prøvede videokonsultation, hvor du ikke kom igennem, er det den eneste gang, du har prøvet det?
00:01:35.2	00:01:40.3	(I) Der var det så nyt for ham også.
00:01:40.3	00:01:40.4	(F) Hvornår var det?
00:01:40.3	00:01:47.9	(I) Det var sidste år i april måned. Marts-april.
00:01:47.9	00:01:49.6	(F) Okay, ja så er det også lang tid siden. Kan du huske noget om, hvordan det fungerede? Altså helt lavpraktisk, hvad gjorde du, da i havde aftalt mødet?
00:01:54.7	00:02:12.5	(I) Jamen, jeg hentede jo den app, jeg fik besked på af sygeplejersken. (Sygeplejersken er SOSU-assistenten i klinikken). Men så vidste jeg ikke, at der ville komme en mail, man skulle åbne for at komme igennem til det. Så jeg ventede jo bare på, at han ringede op. Når du har åbnet den. Og det gør den jo ikke automatisk, når du ikke har været inde i det andet.
00:02:12.5	00:02:19.1	(F) Nej. Så du sad med appen, som sygeplejersken havde sagt, du skulle downloade? Og så manglede du linket?
00:02:19.1	00:02:20.1	(I) Ja.
00:02:20.1	00:02:23.6	(F) Og det fandt- det fandtes ikke inde i appen, eller hvad?
00:02:23.6	00:02:26.6	(I) Nej, men jeg vidste ikke, at vi skulle-
00:02:26.6	00:02:27.3	(F) Du vidste ikke, at du skulle ind og trykke på noget?
00:02:27.3	00:02:28.4	(I) Overhovedet ikke.
00:02:28.4	00:02:31.9	(F) Okay. Og hvordan- var det [navn på læge] der spurgte, om du ville prøve det her video?
00:02:31.9	00:02:33.2	(I) Ja.
00:02:33.2	00:02:38.9	(F) Kan du huske, hvad han sagde til dig? Hvornår han spurgte dig, og i hvilken sammenhæng?
00:02:38.9	00:02:51.9	(I) Ja, jeg blev ringet op af dem, efter at jeg havde været derovre, om jeg ville være med i det. Så sagde jeg, at det kunne jeg da godt prøve altså. Og så havde jeg lidt forventet, at han havde ringet mig op for at forklare, hvad det var. I stedet for...
00:02:51.9	00:02:54.0	(F) Ja, ja. Og du fik heller ikke nogen folder på det eller noget?
00:02:54.0	00:02:54.4	(I) INGENTING. Ingenting.
00:02:54.4	00:03:02.5	(F) Okay, nej det er også... da du så skulle prøve den der video, hvor sad du henne? Kan du huske det?
00:03:02.5	00:03:03.5	(I) Jeg sad der (peger på min stol, som er ved spisebordet).
00:03:03.5	00:03:04.9	(F) Hvorfor sad du her?
00:03:04.9	00:03:08.4	(I) Der plejer jeg altid at sidde.

00:03:08.4	00:03:13.1	(F) Okay, ja. Kan du huske, hvilket tidspunkt på dagen det var?
00:03:13.1	00:03:14.8	(I) Ja, jeg havde en tid kvart over fire.
00:03:14.8	00:03:20.5	(F) Okay. Og var det sådan, så det passede ind med dit arbejde?
00:03:20.5	00:03:20.6	(I) Ja.
00:03:20.5	00:03:23.9	(F) Okay. Hvilket medie brugte du? Var det telefon-
00:03:23.9	00:03:24.0	(I) iPad.
00:03:23.9	00:03:25.1	(F) iPad, okay. Hvordan kan det være, at det lige var iPad?
00:03:25.1	00:03:29.5	(I) Øhm. Det var jo nok det nemmeste.
00:03:29.5	00:03:30.8	(F) Okay. Så det var der, du havde downloadet appen også?
00:03:30.8	00:03:32.2	(I) Ja.
00:03:32.2	00:03:33.8	(F) Har du downloadet appen på din telefon også?
00:03:33.8	00:03:41.6	(I) Nej.
00:03:41.6	00:03:48.2	(F) Tænkte du over, hvad [navn på læge] ville kunne se i baggrunden? Altså, tænkte du over, at "nu sætter jeg mig her" (kigger rundt i rummet).
00:03:48.2	00:03:48.6	(I) Overhovedet ikke, altså.
00:03:48.6	00:03:51.4	(F) Og tænkte du over, hvor han ville være?
00:03:51.4	00:03:54.9	(I) Nej, nej.
00:03:54.9	00:03:59.2	(F) Og da i så ikke kunne komme igennem til hinanden, skrev du så til ham, eller skrev han til dig? Hvordan håndterede i det?
00:03:59.2	00:03:59.3	(I) Jeg startede med at skrive til ham, og så skrev han tilbage.
00:04:04.6	00:04:06.3	(F) Okay. Kan du huske, hvad du skrev?
00:04:06.3	00:04:18.0	(I) Jeg skrev, at jeg havde siddet ved telefonen i næsten en time. Og ikke kunne komme igennem, altså. Der er ikke sket noget.
00:04:18.0	00:04:22.4	(F) Okay. Og svarede han med det samme? Eller?
00:04:22.4	00:04:23.5	(I) Ja, det gjorde han faktisk.
00:04:23.5	00:04:28.4	(F) Okay. Og så valgte i at tage den over mail?
00:04:28.4	00:04:28.8	(I) Ja, så valgte vi at tage den på mail. Eller ja... ja.
00:04:28.8	00:04:34.2	(F) Okay. Var du alene, da du sad her? Eller var der andre omkring dig?
00:04:34.2	00:04:35.1	(I) Jeg var alene.
00:04:35.1	00:04:41.6	(F) Du var alene, okay. Og du har ikke prøvet det siden?
00:04:41.6	00:04:41.7	(I) Nej.
00:04:41.7	00:04:42.4	(F) Kunne du forestille dig at prøve det igen?

00:04:42.4	00:04:49.5	(I) Ja, ja. For jeg har så sagt, at når jeg kommer derover, så vil jeg have, at de viser mig, hvad jeg skal gøre.
00:04:49.5	00:04:50.9	(F) Ja, det kan jeg godt forstå.
00:04:50.9	00:04:51.0	(I) Altså...
00:04:50.9	00:04:57.7	(F) Ja... øhm. Tænker du, at der er nogle situationer, hvor at videokonsultationer ville fungere særlig godt?
00:04:57.7	00:05:08.3	(I) (lang pause) Det ved jeg ikke... ja... det er vel meget smart, altså. Hvis man ikke lige kan komme til lægen, at man kan få sådan en tid.
00:05:08.3	00:05:10.6	(F) Ja. Og når du siger, at man ikke lige kan komme til lægen-
00:05:10.6	00:05:17.4	(I) Ja, du kan jo ligge herhjemme og fejle et eller andet, altså. Eller...
00:05:17.4	00:05:22.1	(F) Okay. Og hvis jeg så vender den om og spørger, om der er nogle situationer, hvor du tænker, at det ville du i hvert fald ikke gøre på video?
00:05:22.1	00:05:28.8	(I) Jamen det er jo kun en samtale, altså. Jeg skal jo ikke gøre noget.
00:05:28.8	00:05:42.3	(F) Nej, men det kunne godt være, at der var nogle ting, hvor øhm, så ville du hellere tage ind og mødes med lægen. Altså, det kan være, der er nogle emner, du synes er særligt følsomme. Eller omvendt, det kan også være, du synes, det hele er fint?
00:05:42.3	00:05:48.1	(I) Altså, hvis det havde været noget med kræft og sådan noget, så synes jeg, at det vil være meget smart, at der var en i nærheden. Ikke?
00:05:48.1	00:05:49.3	(F) Ja. Kan du uddybe det?
00:05:49.3	00:05:56.3	(I) Sempelthen for selv at få støtte. Altså... ja.
00:05:56.3	00:06:07.4	(F) Og tænker du så, at det så er lægen, du ville- altså så vil du hellere sidde med lægen? Eller er det mere det der med, at det er okay på video, hvis du så sidder med et familiemedlem?
00:06:07.4	00:06:10.5	(I) Ja, så kunne det godt være på video.
00:06:10.5	00:06:17.9	(F) Okay. Så hvis jeg forstår det rigtigt, så er det det der med ikke at være alene. At have en tryghed omkring sig (informanten nikker). Okay.
00:06:17.9	00:06:18.2	(I) Ja, ja.
00:06:18.2	00:06:25.5	(F) Havde du nogle særlige forventninger til, hvordan det ville foregå, første gang du havde videokonsultationen-
00:06:25.5	00:06:26.2	(I) Nej.
00:06:26.2	00:06:26.6	(F) Nu fik du jo ikke rigtig noget at vide-
00:06:26.6	00:06:27.3	(I) Nej, det havde jeg ikke. Det havde jeg ikke.
00:06:27.3	00:06:31.4	(F) Du havde ikke tænkt over, at det kommer nok til at være sådan her eller? (Informanten ryster på hovedet) Nej.

00:06:31.4	00:06:43.1	(I) Jeg tænkte bare, at det ville nok være ligesom, når man kom derover. Og så- altså, de andre gange har det taget fem minutter at være derovre. Så kunne jeg køre hjem igen. Så jeg tænkte, at det var nok overstået hurtigt. Altså...
00:06:43.1	00:06:49.7	(F) Okay. Og da du så forsøgte den ene gang, ændrede din holdning sig så til det?
00:06:49.7	00:06:49.8	(I) Nej, nej.
00:06:49.7	00:06:52.2	(F) Nej? Okay. Så det er mere...
00:06:52.2	00:06:59.0	(I) Alt nyt skal jo- det er jo bare lige indtil man finder ud af, hvordan det fungerer. Så er det jo fint nok, altså...
00:06:59.0	00:07:20.0	(F) Føler du, at- nej du er jo ikke kommet igennem. For jeg skulle til at spørge, om du er tryk ved, at lægen- at i taler sammen på video. At i kan se hinanden. Men i kom jo slet ikke igennem, nej.
00:07:20.0	00:07:21.1	(I) Nej.
00:07:21.1	00:07:31.1	(F) Jeg tænkte også på det her med venteværelset hos lægen. Normalt tager man derhen og sidder i et venteværelse. Hvad synes du egentlig om det? At gå til lægen på normal vis.
00:07:31.1	00:07:33.0	(I) Det er ikke noget, der generer mig.
00:07:33.0	00:07:34.8	(F) Nej, okay. Plejer du at vente længe?
00:07:34.8	00:07:37.5	(I) Nej.
00:07:37.5	00:07:58.0	(F) Så øhm... ja. Og kan du huske inde i appen, altså da i så skrev sammen, fortalte han dig da, hvad det var for et link, du skulle have trykket på?
00:07:58.0	00:07:59.5	(I) Nej, nej. Så snakkede vi kun noget om, hvordan mine prøver havde været.
00:07:59.5	00:08:11.5	(F) Okay. Øhm. Hvilke nogle medier bruger du mest i hverdagen? Altså der tænker jeg alt fra tv til radio til telefon.
00:08:11.5	00:08:26.0	(I) Jeg bruger min iPad. Og så ser jeg tv. Og... min telefon- altså lige så tit, jeg bruger min telefon. Altså... Ja.
00:08:26.0	00:08:29.3	(F) Er det iPaden, du bruger mest?
00:08:29.3	00:08:29.8	(I) Ja, det tror jeg. Ja.
00:08:29.8	00:08:34.5	(F) Nu ser jeg også lige, at den ligger på bordet der (peger).
00:08:34.5	00:08:34.9	(I) Nå ja, men det er ikke engang min.
00:08:34.9	00:08:43.0	(F) Nå, okay (griner). Og hvis du skal lave andre praktiske ting, for eksempel gå på Borger.dk eller sådan noget, hvor vil du gøre det?
00:08:43.0	00:08:43.3	(I) Hvis jeg skal hvad?
00:08:43.3	00:08:50.1	(F) Hvis du skal gå på Borger.dk eller tjekke noget med banken eller sådan?

00:08:50.1	00:08:50.3	(I) Det gør jeg på min iPad.
00:08:50.3	00:08:52.1	(F) Okay. Har du brugt videomøder i andre sammenhænge?
00:08:52.1	00:08:52.4	(I) Nej.
00:08:52.4	00:08:52.5	(F) Heller ikke FaceTime med familie, eller...?
00:08:56.7	00:08:58.9	(I) Jo, jeg har FaceTimet med mit barnebarn.
00:08:58.9	00:09:08.2	(F) Ja, okay. Ja det er også, når jeg siger "møder". Men jeg mener bare det der med, at kunne se hinanden på video. Er det noget, du har gjort tit?
00:09:08.2	00:09:09.3	(I) Nej, det er ikke ret tit. Vi ses så tit, så...
00:09:09.3	00:09:10.1	(F) Nå, ja det er jo bare dejligt (griner).
00:09:10.1	00:09:11.6	(I) Ja (griner).
00:09:11.6	00:09:14.5	(F) Er det også iPaden, du så bruger?
00:09:14.5	00:09:17.4	(I) Det var telefonen, da jeg gjorde det her.
00:09:17.4	00:09:19.0	(F) Det var telefonen? Okay.
00:09:19.0	00:09:22.7	(I) Men det er nok lige, hvad der er i nærheden. Det var, fordi vi var på ferie, så... ja.
00:09:22.7	00:09:29.9	(F) Er der nogle medier, du hellere vil bruge end andre? Har du det bedre med iPaden end telefonen?
00:09:29.9	00:09:43.7	(I) Ja, jeg bruger mere iPaden, hvis jeg skal ind og søge noget, end jeg bruger telefonen.
00:09:43.7	00:09:50.9	(F) Nu kommer der et lidt hypotetisk spørgsmål igen, fordi du jo ikke har prøvet videokonsultation så meget. Men tror du, at det kunne ændre dit forhold til lægen, at du kan tale med ham over video?
00:09:50.9	00:09:54.9	(I) Det ved jeg ikke, om det ville.
00:09:54.9	00:10:00.6	(F) Hvordan vil du beskrive jeres forhold, som det er nu?
00:10:00.6	00:10:05.7	(I) Altså, meget almindeligt. Altså, jeg er derovre én gang om året. Altså, det...
00:10:05.7	00:10:20.8	(F) Og (lang pause) tænker du, at videokonsultation kan ændre på den adgang, du har til lægen?
00:10:20.8	00:10:36.6	(I) Det vil nok være nemmere. Også at få tingene hurtigere at vide, hvis der er et eller andet end at bestille tid. For jeg skal tage en eftermiddagstid. Jeg arbejder fra 20 minutter over seks til klokken fire. Og jeg kan jo ikke bare gå i min arbejdstid.
00:10:36.6	00:10:38.7	(F) Nej, okay.
00:10:38.7	00:10:47.7	(F) Kunne du forestille dig at bruge videokonsultation andre steder end her. Altså, hvis du skulle besøge nogle venner eller var på ferie?
00:10:47.7	00:10:51.2	(I) Ikke umiddelbart.

00:10:51.2	00:10:51.8	(F) Nej, hvordan kan det være?
00:10:51.8	00:10:59.1	(I) Altså, det ved jeg ikke. Det har ikke faldet mig ind at bruge.
00:10:59.1	00:11:11.7	(F) Nej, okay. Det kunne godt være, du tænkte, at du kun ville bruge det herhjemme- altså, nogen vil måske sige noget med privatliv eller et eller andet...
00:11:11.7	00:11:13.1	(I) Nåå, nej.
00:11:13.1	00:11:27.8	(F) Så har jeg egentlig ikke så meget mere om videokonsultation. Man kan sige, det er jo også stadig meget nyt, ikke? Og de erfaringer folk har er simpelthen så begrænsede. Så øhm. Så jeg vil egentlig bare lige høre sådan nogle baggrundsting. Du er dagplejemor, så vidt jeg kan forstå?
00:11:27.8	00:11:28.4	(I) Ja.
00:11:28.4	00:11:31.7	(F) Og hvor gammel er du?
00:11:31.7	00:11:34.2	(I) Jeg er 57.
00:11:34.2	00:11:35.5	(F) Okay. Og kommer du herfra [navn på by]?
00:11:35.5	00:11:36.0	(I) Ja.
00:11:36.0	00:11:40.1	(F) Ja. Og har altid boet her?
00:11:40.1	00:11:40.6	(I) Ja, jeg har altid boet her [navn på by].
00:11:40.6	00:11:43.2	(F) Og er du gift?
00:11:43.2	00:11:43.3	(I) Ja.
00:11:43.2	00:11:45.8	(F) Og hvor mange bor i her?
00:11:45.8	00:11:49.9	(I) Vi bor os to tilbage. De er flyttet ud.
00:11:49.9	00:12:10.2	(F) Ja, sådan går det jo (griner). Har din mand prøvet videokonsultation egentlig?
00:12:10.2	00:12:11.6	(I) Nej, jeg tror slet ikke, at hans læge bruger det. Vi har ikke samme læge.
00:12:11.9	00:12:31.4	(F) Nej, okay. Det er jo også meget forskelligt, hvilke læger der lige vælger at prøve det af. Men har du nogle spørgsmål eller noget?
00:12:31.4	00:13:06.3	(F) (Debriefing jf. interviewguide)
00:13:06.3	00:13:12.1	(F) Jeg kommer faktisk lige til at tænke på noget. Hvordan ville du gerne have, at lægen havde håndteret situationen? Du siger, at du ikke fik noget information, og det virker som om, at det irriterer dig lidt?
00:13:12.1	00:13:35.3	(I) Ja. Jeg synes det var irriterende, at når man ikke- altså, når man ikke får nogen ordentlig information, er det jo spild af min tid og spild af hans tid også. Ikke? Og jeg ved sådan en som Hanne (informanten kender tilfældigvis min anden informant Hanne), som du skal over til, der aftalte de første gang, at hvis man havde problemer, så ringede han op og dirigerede dig igennem. Og her skete der jo nada. Ikke?

00:13:35.3	00:13:37.4	(F) Ja, det overrasker faktisk også mig. Det troede jeg, at han havde gjort.
00:13:37.4	00:13:38.9	(I) Ja, og det irriterede mig faktisk.
00:13:38.9	00:13:40.1	(F) Men det har ikke gjort, at du ikke vil prøve det igen?
00:13:40.1	00:13:49.8	(I) Næ, næ. Altså jeg tager min telefon med derover næste gang, og så sætter jeg lige appen derind på. Og så beder jeg dem simpelthen vise mig, hvad jeg skal gøre.
00:13:49.8	00:13:58.9	(F) Har du en aftale med ham snart?
00:13:58.9	00:14:02.0	(I) Nej, det bliver bare næste gang, jeg lige skal derover.
00:14:02.0	00:14:07.9	(F) (Fortsat debriefing)



## F2. GITTE

INTERVIEW MED GITTE		
Start Time	End Time	Transcript
00:01:45.1	00:01:52.4	(F) (Briefing jf. interviewguide) Til at starte med vil jeg bare spørge, om du vil fortælle lidt om dig selv? Hvad du laver, hvor du bor? Sådan nogle ting.
00:01:52.4	00:01:55.7	(I) Ja, altså... Nærmere betegnet adresse og hvordan?
00:01:55.7	00:02:00.9	(F) Nej, nej. Ikke adresse. Men hvor kommer du fra? Hvor gammel er du? Og...?
00:02:00.9	00:02:14.7	(I) Ja, jamen jeg kommer fra [bynavn] og bor i [samme bynavn], og jeg bliver 60. Og jeg er teknisk serviceassistent på [hospital].
00:02:14.7	00:02:18.5	(F) Okay, yes. Og øhm du siger, at du er her fra [bynavn], ikke?
00:02:18.5	00:02:18.6	(I) Ja.
00:02:18.5	00:02:23.1	(F) Ja, okay. Og har du nogle børn?
00:02:23.1	00:02:23.9	(I) Ja, det har jeg. To styks.
00:02:23.9	00:02:29.3	(F) Okay. Som er flyttet hjemmefra?
00:02:29.3	00:02:31.8	(I) Ork ja, det er længe siden (griner).
00:02:31.8	00:02:33.8	(F) Ja (griner). Og hvad med din fritid, har du nogle interesser eller?
00:02:33.8	00:02:41.6	(I) Ah ja, det er sådan lidt. Det er haven og det er huset. Sådan lidt.
00:02:41.6	00:02:50.0	(F) Okay, ja. Så vil jeg ellers starte med at spørge, hvad dit umiddelbare indtryk af videokonsultation er? Hvad synes du om idéen?
00:02:50.0	00:02:57.5	(I) Det er rigtig godt, synes jeg.
00:02:57.5	00:02:58.4	(F) Hvordan kan det være?
00:02:58.4	00:03:15.7	(I) Fordi at øhm... altså nu er jeg kroniker, og man kan sige mange egentlig <b>unødvendige besøg hos lægen kan gøres herhjemmefra</b> og har givet mig meget frihed, og jo også min egen læge selvfølgelig. Øhm det har været rigtig godt ved det i hvert fald.
00:03:15.7	00:03:20.9	(F) Okay, og hvor længe- er det [navn] du har som læge?
00:03:20.9	00:03:21.0	(I) Ja, det er [navn på læge].
00:03:22.2	00:03:25.0	(F) Ja, okay. Kan du huske, hvor længe du har haft ham som læge?
00:03:25.0	00:03:31.0	(I) Ja... ligeså mange år som Karl jo. Men jeg kan faktisk ikke lige huske, hvornår vi skiftede.
00:03:31.0	00:03:32.1	(F) Nej.
00:03:32.1	00:03:33.0	(I) Næ, det kan jeg egentlig ikke.
00:03:33.0	00:03:35.4	(F) Nej, men altså det er nogle år i hvert fald.

00:03:35.4	00:03:38.6	(I) Ja. En del år i hvert fald.
00:03:38.6	00:03:44.2	(F) Okay. Og hvor tit er du hos lægen, eller hvor tit er du i kontakt med lægen?
00:03:44.2	00:03:56.2	(I) Jamen, det er jeg jo i hvert fald... omkring hver tredje måned sådan cirka.
00:03:56.2	00:03:58.5	(F) Og udover video hvordan er du så ellers i kontakt med [navn på læge]?
00:03:58.5	00:04:10.6	(I) Øhm der er jeg, jamen der er jeg faktisk i kontakt med sygeplejersken (han er SOSU-assistent) derovre, fordi jeg får taget blodprøver. Ja.
00:04:10.6	00:04:13.0	(F) Ja. Og hvordan er du i kontakt med ham?
00:04:13.0	00:04:16.7	(I) Med sygeplejersken? Jamen der er jeg derovre og få taget blodprøver, fordi der skal jeg jo være til stede.
00:04:16.7	00:04:27.0	(F) Okay, ja så du er ovre hos ham, ja. Hvad med telefon eller e-mailkonsultationer, bruger du også det?
00:04:27.0	00:04:33.2	(I) Øhm ja, det gør jeg.
00:04:33.2	00:04:35.5	(F) Er der noget, du har gjort mere brug af end andet?
00:04:35.5	00:04:43.7	(I) Øhm ja, men altså e-mail... øhm ja det har jeg faktisk brugt en del. Det vil jeg sige, at jeg har.
00:04:43.7	00:04:49.6	(F) Ja, okay. Og hvad så med det her videokonsultation, hvor mange gange har du brugt det?
00:04:49.6	00:04:59.9	(I) Ja, det har jeg vel gjort... ja... to-tre gange nu. For det er jo ikke så gammelt derovre. Jeg tror faktisk- ja et par gange i hvert fald.
00:04:59.9	00:05:03.8	(F) Ja, okay. Og er det så med [navn på læge] eller med sygeplejersken?
00:05:03.8	00:05:05.4	(I) Det er med [navn på læge].
00:05:05.4	00:05:12.2	(F) Det er med [navn på læge]. Okay. Kan du huske inden- hvornår er første gang, du prøvede det? Kan du huske det?
00:05:12.2	00:05:20.5	(I) (Lang pause) nej, faktisk ikke... hvad er det siden... nej, det kan jeg faktisk ikke.
00:05:20.5	00:05:21.3	(F) Men det er nogle måneder siden?
00:05:21.3	00:05:28.3	(I) Ja, det er nogle måneder. Altså vi var nogle af de første jo. Det var der i opstarten jo.
00:05:28.3	00:05:36.6	(F) Okay. Og kan du huske, om du fik nogen information, inden du prøvede det første gang?
00:05:36.6	00:05:48.6	(I) Ja, altså vi fik jo på deres side, at der var mulighed for det.
00:05:48.6	00:05:48.7	(F) Ja. Og fik du udleveret en folder eller noget?
00:05:48.6	00:05:58.3	(I) Nej, altså det går man selv ind og ser. Fordi øhm... altså de har jo en forside, når man er inde på deres side. Og der kan man se inde.

00:05:58.3	00:05:58.6	(F) Ah okay, så du så det på deres hjemmeside?
00:05:58.6	00:05:59.8	(I) Ja.
00:05:59.8	00:06:03.3	(F) Okay. Var det dig selv, der så sagde, at du gerne ville prøve det?
00:06:03.3	00:06:04.7	(I) Ja, det var det faktisk.
00:06:04.7	00:06:04.8	(F) Okay. Var det i forbindelse med, at du havde talt med Karl om det? Jeg synes, han sagde et eller andet...
00:06:09.8	00:06:14.6	(I) Ja, det var det. Det var det.
00:06:14.6	00:06:23.4	(F) Okay. Så efter han havde prøvet det, så valgte du at gå ind og bestille en videokonsultation?
00:06:23.4	00:06:24.4	(I) Ja.
00:06:24.4	00:06:31.8	(F) Okay, ja. Vil du prøve at fortælle mig om den sidste videokonsultation, du havde. Altså helt lavpraktisk prøve at forklare mig, hvordan det foregik.
00:06:31.8	00:06:55.1	(I) Jamen, det foregik jo selvfølgelig ved, at jeg sad og ventede. Og så [navn på læge] han ringede op til mig. Og vi talte sammen omkring øhm de ting, der nu var, og de gener, jeg havde. Og det var jo det, jo.
00:06:55.1	00:06:55.2	(F) Okay. Hvor sad du henne?
00:06:57.0	00:06:59.1	(I) Jeg sad herhjemme.
00:06:59.1	00:07:01.4	(F) Og hvorhenne i hjemmet?
00:07:01.4	00:07:02.3	(I) Hvorhenne i hjemmet?
00:07:02.3	00:07:02.8	(F) Ja.
00:07:02.8	00:07:05.0	(I) I stuen.
00:07:05.0	00:07:10.8	(F) I stuen, okay. Tænkte du over, hvorfor det lige- hvorfor du satte dig der?
00:07:10.8	00:07:13.4	(I) Næ, egentlig ikke (griner). Det er mest naturligt, synes jeg (griner).
00:07:13.4	00:07:17.6	(F) Okay (griner). Var det i sofaen eller ved et spisebord eller?
00:07:17.6	00:07:18.1	(I) Det var ved mit spisebord.
00:07:18.1	00:07:26.2	(F) Det var ved spisebordet, okay. Og hvilket medie brugte du?
00:07:26.2	00:07:26.3	(I) Det var min telefon.
00:07:27.7	00:07:30.9	(F) Okay. Kan du huske, hvor lang tid, videokonsultationen varede?
00:07:30.9	00:07:36.2	(I) Øhm... ti minutters tid, tror jeg.
00:07:36.2	00:07:42.3	(F) Og oplevede du nogle problemer med teknikken eller et eller andet?
00:07:42.3	00:07:46.7	(I) Ja, der var lidt med at kunne høre hinanden. Altså vi faldt lidt ud.
00:07:46.7	00:07:50.1	(F) Okay. Men billedet var fint?
00:07:50.1	00:07:51.1	(I) Ja, det var det.
00:07:51.1	00:07:54.9	(F) Blev i afbrudt på grund af de problemer?

00:07:54.9	00:07:56.0	(F) Nej, det gjorde vi faktisk ikke. Nej.
00:07:56.0	00:08:01.6	(F) Okay. Og var du alene, da du havde konsultationen?
00:08:01.6	00:08:02.8	(I) Øhm ja.
00:08:02.8	00:08:11.4	(F) Okay. Og forberedte du dig på nogen måde? Altså skrev du noget ned eller tænkte du-
00:08:11.4	00:08:15.0	(I) Ja, ja. Altså, spørgsmålene og sådan noget der. Det gjorde jeg.
00:08:15.0	00:08:17.8	(F) Okay. Og gør du også det normalt, når du er oppe ved lægen?
00:08:17.8	00:08:19.5	(I) Ja. Det gør jeg.
00:08:19.5	00:08:23.7	(F) Okay. Og hvad med efterfølgende, var der noget du tænkte over bagefter?
00:08:23.7	00:08:27.0	(I) (Lang pause) næ, faktisk ikke.
00:08:27.0	00:08:41.3	(F) Nej, okay. Øhm. Nu sagde du, at du satte dig i stuen, fordi det var det, der følte mest naturligt. Tænkte du over, hvad der var i baggrunden, eller hvad [navn på læge] kunne se?
00:08:41.3	00:08:46.9	(I) Nej, det gjorde jeg faktisk ikke.
00:08:46.9	00:08:49.8	(F) Nej. Og tænkte du over, hvor han var henne?
00:08:49.8	00:08:54.1	(I) Nej, jeg kunne se, at han var, hvor han plejer at være (griner).
00:08:54.1	00:09:07.7	(F) Ja, okay (griner). Øhm. Du startede med at sige, at du synes, idéen er rigtig god. Er der nogle situationer, hvor du tænker, at videokonsultation kunne være særlig godt at bruge?
00:09:07.7	00:09:33.8	(I) Jamen, altså. Det er jo- altså nu omkring min egen person, hvor jeg faktisk skal tage rigtig meget fri for at komme til [navn på læge]. Der er den jo god, at jeg kan gøre det herhjemme på en fridag, så jeg faktisk ikke behøver afsted på en fridag. Og ellers skal jeg jo bede min arbejdsplads om, at kan få fri. Og det er ikke altid, at det er lige godt.
00:09:33.8	00:09:44.0	(F) Nej. Men vil det sige, at hvis du skal have en videokonsultation, så behøver du ikke at tage fri fra arbejde?
00:09:44.0	00:09:51.2	(I) Nej, jeg vil nok kunne sidde i et eller andet rum derude. Jeg har ikke prøvet det endnu, men det vil jeg nok kunne. For det drejer sig jo kun om ti minutter. Så der...
00:09:51.2	00:09:52.1	(F) Ah ja, okay. Så der tænker du, at der kunne du booke et eller andet, eller du kunne gå ind i et mødelokale eller?
00:09:52.1	00:09:59.2	(I) Ja, ja. Det kunne jeg sagtens, ja. Sagtens.
00:09:59.2	00:09:59.7	(F) Men de gange du har prøvet det, der har du altså siddet hjemme?
00:09:59.7	00:10:00.6	(I) Der har jeg siddet hjemme, ja.
00:10:00.6	00:10:03.8	(F) Okay. Og er det samme sted, du har siddet hver gang? Ved spisebordet?
00:10:03.8	00:10:05.4	(I) Ja, det har det faktisk været.

00:10:05.4	00:10:13.6	(F) Ja, okay. Er der så nogle situationer, hvor du tænker, at videokonsultationer ville være en dårlig idé?
00:10:13.6	00:10:36.0	(I) (Lang pause) næ. Jamen, det- det vil selvfølgelig være en dårlig- man kan jo af gode grunde ikke gøre det, hvis man skal <b>se, føle eller mærke et eller andet, vel?</b> Men altså nej- nej det har jeg faktisk ikke. Jeg synes, det er rigtig godt (griner).
00:10:36.0	00:10:46.0	(F) Ja. Kunne du godt forestille dig at have sådan en- altså at du skulle vise noget på kroppen. Altså jeg er med på, at selvfølgelig kan lægen ikke mærke på det, men hvis du skulle vise et eller andet. Ville du have det fint med det?
00:10:46.0	00:10:55.0	(I) Egentlig ikke herhjemme fra. Så ville jeg hellere stå overfor ham.
00:10:55.0	00:10:56.1	(F) Ja. Hvorfor ville du hellere det?
00:10:56.1	00:11:08.8	(I) Det, synes jeg, føles anderledes på en anden måde. Jeg kan ikke lige forklare det. Det synes jeg bare, når man er der. Ja.
00:11:08.8	00:11:18.5	(F) Ja, okay. Ja. Øhm og hvad hvis det er nogle lidt mere alvorlig ting, det drejer sig om? Tænker du så stadig, at video er okay?
00:11:18.5	00:11:27.5	(I) Ej. Altså så vil jeg nok foretrække at sidde overfor ham. Ja.
00:11:27.5	00:11:34.6	(F) Okay. Og det kan måske igen være lidt svært at svare på, men har du en følelse af, hvorfor du hellere ville sidde overfor ham?
00:11:34.6	00:11:47.7	(I) Ja, altså jeg vil faktisk hellere være ved siden af ham, hvis jeg nu fik en- en besked, der gjorde mig ked af det. Eller jeg blev utryg. Ja, det ville jeg hellere.
00:11:47.7	00:12:02.4	(F) Okay. Havde du nogen forventninger, inden du prøvede det? Nu har du jo talt med Karl om det, og så vidt jeg forstår, så du vist også med, da han havde video?
00:12:02.4	00:12:03.0	(I) Ja, jo.
00:12:03.0	00:12:04.0	(F) Men havde du nogle forventninger til, hvordan det ville være for dig?
00:12:04.0	00:12:25.7	(I) Jeg havde nogle forventninger omkring, at jeg ville kunne få nogle- nogle svar og nogle beskeder, som jeg egentlig plejer at få derovre. At det egentlig var det samme, vil jeg sige, som hvis man sidder overfor ham.
00:12:25.7	00:12:31.6	(F) Ja, okay. Og har dine forventninger på noget tidspunkt ændret sig, mens du så har haft de her konsultationer?
00:12:31.6	00:12:36.2	(I) Nej, det har de ikke.
00:12:36.2	00:12:37.4	(F) Okay. Og planlægger du også at bruge det fremover?
00:12:37.4	00:12:38.7	(I) Ja, det gør jeg.
00:12:38.7	00:12:52.0	(F) Okay. Øhm synes du, at videokonsultation- går det hurtigere- altså går selve konsultationen hurtigere, end hvis du var inde ved lægen fysisk?

00:12:52.0	00:12:53.5	(I) Ja, det gør det.
00:12:53.5	00:12:54.5	(F) Hvordan kan det være, at det gør det?
00:12:54.5	00:13:08.5	(I) Det ved jeg faktisk ikke. Om det er, fordi man øhm man ikke sidder overfor hinanden. Jeg tænker lidt, at det er derfor.
00:13:08.5	00:13:16.6	(F) Ja. Tror du, at der er mindre udenomssnak, når det er video?
00:13:16.6	00:13:16.7	(I) Ja, det tror jeg faktisk. Ja.
00:13:17.6	00:13:30.6	(F) Okay. Nu sagde du det her med, at hvis det var noget alvorligt, så er det- i hvert fald, som jeg forstod det- mere trygt at sidde oppe ved lægen. Men føler du dig ellers, med de oplevelser du har, tryk ved at tale med [navn på læge] over video?
00:13:30.6	00:13:34.1	(I) Ja, det gør jeg.
00:13:34.1	00:13:39.8	(F) Synes du, at han lytter til dig? Kan du fornemme, at han kan forstå dig og at han lytter?
00:13:39.8	00:13:45.5	(I) Ja, det kan jeg.
00:13:45.5	00:13:46.6	(F) Og kigger han på dig, når i taler?
00:13:46.6	00:13:55.4	(I) Ja, det gør han også. Det gør han.
00:13:55.4	00:14:07.6	(F) Okay. Følte du på nogen måde, at [navn på læge] ligesom tog styringen? Altså sagde han noget med "hej og nu skal vi havde denne her video, som foregår sådan" eller? Kan du fortælle lidt om, hvordan det var?
00:14:07.6	00:14:07.7	(I) Nej, altså han var bare, som han plejer. Altså. "Hej og så er vi her" og sådan lidt frem og tilbage.
00:14:20.2	00:14:30.8	(F) Ja, okay. Det er, fordi jeg tænkte på, at når man er oppe hos lægen, sidder man tit og venter, og så bliver man kaldt ind, og så følger man med lægen. Så der er sådan en naturlig måde, at lægen styrer det på. Men det kunne jo godt være anderledes på video.
00:14:30.8	00:14:34.9	(I) Ja, men det er det også, synes jeg.
00:14:34.9	00:14:38.3	(F) Ja, okay. Altså kan du prøve at uddybe, hvordan det er anderledes?
00:14:38.3	00:14:43.9	(I) Jamen, hvis jeg skal sige noget mere præcist, så er det nok mere upersonligt jo, end hvis man er der.
00:14:43.9	00:14:45.2	(F) Det er mere Upersonligt?
00:14:45.2	00:15:01.8	(I) Ja, det er det jo. For du får jo ikke lige det der håndtryk, selvom vi jo ikke må give det lige nu, men (begge griner) det er jo så lidt det der. Det er jo ikke fysisk, altså.
00:15:01.8	00:15:11.6	(F) Nej, okay. Og hvordan tror du, det havde været, hvis du ikke havde mødt [navn på læge] først? Altså lad os sige, at du fik en ny læge, og så skulle have en videokonsultation med ham som det første?
00:15:11.6	00:15:15.0	(I) Det ville jeg IKKE gøre.
00:15:15.0	00:15:15.1	(F) Nej. Kan du prøve at uddybe?

00:15:15.0	00:15:16.9	(I) Der ville jeg sådan set gerne sidde overfor personen. Og så ligesom kigge lidt an, hvordan er han som menneske. Fordi det ved jeg, hvordan [navn på læge] er. Men det vil jeg ikke kunne sige om en ny læge jo.
00:15:31.5	00:15:44.9	(F) Nej, okay. Og tror du, at videokonsultation kunne have indflydelse på dit og [navn på læge] forhold? Altså...
00:15:44.9	00:15:49.5	(I) (lang pause) Altså hvordan mener du?
00:15:49.5	00:15:54.4	(F) Kan det ændre på måden, i taler sammen? Og...
00:15:54.4	00:15:55.9	(I) Nej, det tror jeg faktisk ikke.
00:15:55.9	00:16:07.8	(F) Tror du, det kan ændre på adgangen til lægen? Vil det være nemmere for dig at få fat på lægen?
00:16:07.8	00:16:09.2	(I) Med video?
00:16:09.2	00:16:09.7	(F) Ja, med video.
00:16:09.7	00:16:20.6	(I) Nej, fordi tidsmæssigt når du bestiller tid, er det jo faktisk det samme jo. Så det tror jeg ikke...
00:16:20.6	00:16:41.7	(F) Nej, okay. Øhm. Så- jeg tænkte også på det her med venteværelset, når man er oppe hos lægen. Der tager man jo tit op lidt før, og så sidder man og venter. Hvad gør du, når du skal have en videokonsultation? Hvornår åbner du det der link, og hvor længe sidder du og venter?
00:16:41.7	00:16:45.4	(I) Ja øhm... det gør jeg- er det ikke et kvarter før, at man kan bruge det, mener jeg?
00:16:45.4	00:16:47.2	(F) Jo, jo. Det er et kvarter.
00:16:47.2	00:16:50.7	(I) Ja, det gør jeg- det gør jeg et kvarter før.
00:16:50.7	00:16:52.4	(F) Og hvad laver du så i det kvarter?
00:16:52.4	00:17:01.9	(I) Der sætter jeg mig og læser lidt. Faktisk nøjagtigt som man ville gøre- ja, jeg går ikke rundt og laver noget. Det gør jeg ikke.
00:17:01.9	00:17:08.6	(F) Nej, nej. Okay. Og hvad synes du om at være oppe i venteværelset hos lægen?
00:17:08.6	00:17:25.0	(I) Det er da egentlig ok. Altså øhm, men øhm hvis jeg skal foretrække noget, og det bare er en rutineundersøgelse, så lige et tjek, så er det bedre herhjemme, synes jeg.
00:17:25.0	00:17:26.0	(F) Og når du siger, at det er bedre derhjemme. Hvad- hvad-
00:17:26.0	00:17:32.7	(I) Du er i dine hjemlige omgivelser, sådan set. Altså. Du er heller ikke sammen med en masse andre mennesker.
00:17:32.7	00:17:46.7	(F) Okay. Så det vil sige følelsen af sidde i et venteværelse oppe ved lægen den er anderledes, end hvis man sammenligner det med bare at sidde i sit eget hjem?
00:17:46.7	00:17:48.0	(I) Ja, bestemt.

00:17:48.0	00:18:04.4	(F) Okay. Føler du dig- tror du, at det kan have nogen indflydelse på at være syg eller rask, altså det her med, at du ikke skal op til lægen, men kan tage det hjemmefra.
00:18:04.4	00:18:05.1	(I) Det forstod jeg ikke helt, hvad du mener.
00:18:05.1	00:18:18.0	(F) Ej, men det er også et spøjst spørgsmål. Men jeg tænker, at hvis jeg skal sidde i et venteværelse, så kan jeg nogle gange godt få den der følelse af, at nu er jeg et sted, hvor jeg kommer, fordi jeg er syg, eller noget ikke er, som det skal være. Ikke? Øhm-
00:18:18.0	00:18:29.3	(I) Jo, ja. Altså det er rigtigt. Der tænker man måske lidt i andre baner, når man er hjemme, ikke? Det vil jeg nok sige.
00:18:29.3	00:18:36.3	(F) Ja, okay. Ja for jeg kunne i hvert fald forestille mig, at man så slap for den der følelse, man har, hvis man sad deroppe. Ikke?
00:18:36.3	00:18:59.9	(I) Jo. Også for den der- nogle gange lidt angst. Altså hvis der nu sidder en, der bare har det rigtig dårligt. Og man tænker "åh nej" eller "uha". Ikke? Så ja, den følelse er jo ikke derhjemme. Der er man jo overhovedet bare ikke bange for noget som helst med det.
00:18:59.9	00:19:02.3	(F) Nej, okay. Men som jeg forstår det, så er du generelt glad for [navn] som læge?
00:19:02.3	00:19:03.6	(I) Ja. Det er jeg.
00:19:03.6	00:19:09.0	(F) Ja, så du har ikke noget problem med at være deroppe eller at være i kontakt med dem ellers?
00:19:09.0	00:19:13.7	(I) Nej, nej. Slet ikke. Slet ikke.
00:19:13.7	00:19:39.4	(F) Okay. Øhm. Nu skal jeg lige se (kigger på interviewguide). Så har jeg ikke flere spørgsmål om videokonsultationer, men så har jeg lige nogle spørgsmål om dit mediebrug. Hvilke medier bruger du mest i din hverdag? Alt fra telefon til tv til...
00:19:39.4	00:19:39.5	(I) Jamen det er nok telefon og så tv.
00:19:42.2	00:19:44.0	(F) Ja. Og det er telefonen, du har brugt alle gange-
00:19:44.0	00:19:44.1	(I) Ja. Og så er der selvfølgelig computeren på arbejdet jo.
00:19:45.0	00:20:01.0	(F) Øhm. Har du brugt videomøder i andre sammenhænge? Eller ikke møder, men har du brugt Skype eller FaceTime?
00:20:01.0	00:20:02.4	(I) Ja, med banken for eksempel.
00:20:02.4	00:20:10.3	(F) Med banken? Hvordan fungerede det?
00:20:04.2	00:20:06.4	(I) Det var fint. Ja.
00:20:06.4	00:20:08.4	(F) Var det før eller efter, at du havde prøvet videokonsultation?
00:20:08.4	00:20:11.8	(I) Det var før.
00:20:11.8	00:20:14.7	(F) Okay, så du havde lidt erfaringer med den slags, kan man sige.
00:20:14.7	00:20:24.3	(I) Ja. Sådan en enkelt gang. Og så børnene altså, med telefonen.



00:20:24.3	00:20:31.8	(F) Ja. Og føler du dig generelt sådan godt tilpas med at prøve nye ting-nye teknologier?
00:20:31.8	00:20:39.4	(I) Nej, altså egentlig ikke så godt som Karl (griner).
00:20:39.4	00:20:41.5	(F) Nej, han gav udtryk for, at han er meget glad for det (griner).
00:20:41.5	00:20:47.6	(I) Ja, DET er han (griner). Så nej. Det synes jeg ikke sådan lige falder mig for.
00:20:47.6	00:20:54.2	(F) Nej, okay. Men du er alligevel rimelig positiv overfor videokonsultation, når du så kommer i gang?
00:20:54.2	00:20:55.9	(I) Jo, jo. Altså. Jo, jo.
00:20:55.9	00:21:02.2	(F) Tror du også, at det var Karl, der ligesom havde indflydelse på, at du overhovedet valgte at prøve videokonsultation?
00:21:02.2	00:21:08.3	(I) Det- det... JA. Helt afgjort.
00:21:08.3	00:21:09.4	(F) Så hvis ikke han havde prøvet det, er det ikke sikkert, at du havde gjort det?
00:21:09.4	00:21:12.6	(I) Nej, det tror jeg faktisk ikke.
00:21:12.6	00:21:25.9	(F) Nej, men det er jo også fint, at man kan have indflydelse på hinanden, så man kan prøve noget nyt (griner). Okay. Jamen så tror jeg faktisk ikke, at jeg har andre spørgsmål.
00:21:25.9	00:21:38.6	(F) (Debriefing jf. interviewguide)

## F3. HANNE

INTERVIEW MED HANNE		
Start Time	End Time	Transcript
00:00:00.0	00:00:22.5	(F) (Briefing jf. interviewguide)
00:00:22.5	00:00:27.6	(F) Så jeg vil egentlig til at starte med spørge, om du vil fortælle lidt om dig selv? Hvad du laver, er du gift og sådan...
00:00:27.6	00:00:32.5	(I) Ja, men jeg... altså med alder og sådan noget?
00:00:32.5	00:00:32.6	(F) Ja.
00:00:32.5	00:00:59.3	(I) Ja. Men jeg er 61 år. Og jeg har været dagpleje nu i snart... nu skal jeg lige tænke mig om. 36 år. 37 år. 37 år. Og øhm jeg har to voksne børn. Jeg har en på 41 og en på 29. Og jeg er gift med min mand [navn]. Vi har boet her i [navn på gade] siden 86. Og inden da boede vi i [bydel] i ni år. Og vi har sølvbryllup lige om lidt (griner).
00:00:59.3	00:00:59.4	(F) Tillykke.
00:00:59.3	00:01:05.7	(I) (Griner) tak. Så øhm ja. Det er sådan set altså...
00:01:05.7	00:01:05.9	(F) Ja. Så du er herfra [bynavn]?
00:01:05.9	00:01:13.7	(I) Jeg er fra [bynavn], ja. Jeg er fra [bynavn], ja. Altså... jeg er født i [navn på bydel] i [navn på by].
00:01:13.7	00:01:19.2	(F) Okay. Hvad er dit umiddelbare indtryk af videokonsultationer? Hvad synes du om idéen?
00:01:19.2	00:01:31.3	(I) Jeg synes, det er perfekt. Altså særligt med det arbejde jeg har... synes jeg det er simpelthen perfekt for mig, fordi jeg arbejder sent og har svært ved at- altså du ved, hvis det er noget akut noget også, ikke? Øhm. Altså at man skal vente til de dage, hvor der er længe åbent. Og sådan nogle ting der. Så jeg synes simpelthen, det er så fint. Og jeg skriver meget sammen med min læge på mail. Så altså igennem der også, der øhm der kan jeg jo bare skrive til dem og sige, at det skal helst være hurtigst muligt. Så kan han jo proppe mig ind, hvis han vil. Ikke? Så jeg synes, det er rigtig fint.
00:01:57.0	00:01:58.3	(F) Ja. Og hvor længe har du haft- er det [navn på læge] du har som læge?
00:01:58.3	00:01:59.0	(I) Ja.
00:01:59.0	00:02:01.1	(F) Ja. Hvor længe har du haft ham som læge?
00:02:01.1	00:02:24.1	(I) (Laver tænkelyde) det er snart mange år. Ved du hvad, det har jeg ikke engang styr på, hvor mange år det er. Hvis jeg sådan lige et slag på tasken... enten er det omkring 10 år eller lidt over 10 år, mener jeg. Det kan også godt være, at det er mere. Men det er sådan lige, hvad jeg synes. Ikke?

00:02:24.1	00:02:25.4	(F) Ja. Det er noget med, at han på et tidspunkt har flyttet klinik. Der flyttede du så med?
00:02:25.4	00:02:32.1	(I) Ja. Han havde ovre på [vejnavn] til at starte med. Og så er han så flyttet.
00:02:32.1	00:02:32.2	(F) Ja, og der rykkede du så med.
00:02:32.1	00:03:05.6	(I) Ja, og det gjorde jeg simpelthen på grund af, at jeg havde ellers læge i [bydel]. Og på det tidspunkt havde jeg ikke kørekort og sådan noget der. Og der, hvad er det nu, det hedder... Hvis jeg skulle have en afløser ud- det skulle også være sådan noget med, at jeg skulle afløser ud. Så var det sådan noget med, at det var på cykel og den ene og den anden vej. For der går ingen busforbindelse derude. Så derfor skiftede jeg over til ham. Og har været glad ved det lige siden. Så kan man godt blive- altså netop det der med, at man ikke lige kan få en tid jo. Så øhm... ja.
00:03:05.6	00:03:06.0	(F) Ja. Og hvor tit er du ved lægen?
00:03:06.0	00:03:48.0	(I) Jamen altså... jeg er i hvert fald hvert tredje måned, fordi jeg har for højt blodtryk og sådan noget. Ikke også? Så det er jeg ovre at få tjekket og få medicin for det. Så det er jeg ovre at få tjekket hver tredje måned, og så én gang om året er det- altså årsundersøgelse med EKG og sådan nogle ting der. Men ellers er det, altså... nu dør jeg meget med min ryg, men så er det sådan i perioder. Der kan det være måske to gange om måneden. Andre gange kan der- kan der gå de der tre gange om året. Eller i måneden der. Så altså... jeg er ikke sådan en, der er der meget tit, altså...
00:03:48.0	00:03:48.1	(F) Nej, okay. Og nu sagde du, at du har skrevet meget med lægen. Og så har du prøvet video. Og så går jeg ud fra, og du jo også har været deroppe. Hvad med telefon? Har du brugt det? Altså at ringe til lægen?
00:03:59.4	00:04:43.5	(I) Nej, egentlig ikke. Jo, altså det gjorde jeg inden, jeg fandt ud af- altså skrev med ham på mail, ikke? Der ringede jeg jo. Men man kunne aldrig rigtig komme til at tale med ham. Og det har også noget med mit arbejde at gøre. For hvis man først har fået børnene ind... ikke? Så det der med at du skal sidde og vente ved en telefon, altså indtil de tager telefonen. Eller at der lige er ventetid eller sådan noget der. Så det er jeg også rigtig glad ved, det der mail-konsultationen. Og det fungerer simpelthen så godt. Og det er det samme med apps, ikke? Nu altså med medicin og sådan noget der. Bestille igennem, ikke? Så øhm jeg bruger- altså jeg bruger nettet meget.
00:04:43.5	00:04:45.8	(F) Okay. Kan du prøve at give et eksempel på, hvad du kunne finde på at skrive til lægen?
00:04:45.8	00:05:16.6	(I) Øhm... jeg kunne finde på at skrive... at netop hvis jeg har haft ondt i min ryg, ikke? Altså... hvis det så trækker om i min mave for eksempel. Om han mener det er noget, der stammer fra ryggen af, eller altså... sådan nogle ting der. Eller hvis jeg mangler at få svar på

		en prøve. Så skriver jeg også til ham. Men altså sådan generelt, hvis der er- hvis jeg synes, jeg har ondt et eller andet sted. Det kan også være mange gange, så går man til lægen, men så er det ingenting. Så er man fri for at tage afsted, ikke også?
00:05:16.6	00:05:22.1	(F) Ja... ja... okay. Og svarer han eller beder han dig om at komme ind?
00:05:22.1	00:05:44.6	(I) Altså, det kommer jo an på, hvad det er, ikke også? Altså... nu har jeg jo så haft nogle problemer med at falde i søvn om natten. Så ville jeg gerne have noget mild- altså ikke sovemedicin, men noget beroligende, eller hvad man skal sige, ikke? Øhm. Men det vil han ikke, altså. Der skal man komme. Og nu har jeg så fået det i et stykke tid. Ikke fordi jeg får meget af det, men nu ved han, hvad det drejer sig om, altså.
00:05:44.6	00:05:48.1	(F) Ja, okay. Og hvor mange videokonsultationer har du haft?
00:05:48.1	00:05:48.2	(I) To.
00:05:48.1	00:05:49.1	(F) To.
00:05:49.1	00:06:23.0	(I) Ja, altså det er meget nyt endnu. Altså første gang der, der var der også lidt problemer med at komme ind. Og vi faldt ud og sådan noget der. Nu ligesom da du var med, ikke? (hoster). Men det er jo- det er jo noget, man skal lære. For ellers synes jeg- nu også da du var med, der var der meget genklang på. Altså jeg kunne høre mig selv hele tiden. Det var lidt ubehageligt, synes jeg. Men ligeså snart det kommer til at køre- altså jeg synes også, at det går godt nok nu. Men altså når det kommer til at køre sådan rigtigt, så synes jeg det er fantastisk altså. Det synes jeg, det er.
00:06:23.0	00:06:25.3	(F) Og hvad med første gang, du prøvede det, det var så- der var jeg ikke med?
00:06:25.3	00:06:26.3	(I) Nej.
00:06:26.3	00:06:26.4	(F) Det var jeg så anden gang.
00:06:26.3	00:06:27.4	(I) Ja.
00:06:27.4	00:06:33.3	(F) Første gang, hvornår var det? Kan du huske det? Cirka?
00:06:33.3	00:06:40.0	(I) Hvad har det været? Det er vel fire måneder siden eller sådan noget, vil jeg tro. Det skal nok passe.
00:06:40.0	00:06:43.9	(F) Okay. Kan du prøve at fortælle mig lidt om, hvad der foregik? Hvordan du gjorde?
00:06:43.9	00:07:35.9	(F) Jamen altså, [navn på læge] havde jo spurgt mig, om det var noget, jeg kunne tænke mig at prøve. For det var jo under opstart. Og også fordi- netop den måde, at jeg havde svært ved at komme op til ham på. Så der fik jeg så bare at vide, at han sendte et link, og så øhm... kunne jeg så logge mig på et kvarter før. Og det gjorde jeg jo så. Og så har jeg bare selv bagefter fundet ud af, at måske- altså jeg har en tid klokken 16.30 for eksempel. Så kunne jeg logge mig på fra

		16.15 (hoster). Men altså de problemer- altså jeg har siddet og ventet for længe, og måske har det noget med det at gøre. Altså hvis jeg venter til for eksempel fem minutter i halv fem at logge mig på. Er det så bedre? Jeg ved ikke, om der er sådan et tidsinterval. Nej.
00:07:35.9	00:07:36.1	(F) Nej, det ved jeg faktisk heller ikke.
00:07:36.1	00:07:53.8	(I) Nej. Så det ved jeg ikke, men øhm... det var (uf) forkert. Og det var fordi, der skulle vi bare prøve. Der havde jeg også fået taget nogle blodprøver, og så fik jeg ikke svaret på mail, men så fik jeg bare- altså så ville han vente med at give mig svaret til videokonsultation.
00:07:53.8	00:07:53.9	(F) Okay. Og i kom igennem til hinanden?
00:07:53.9	00:07:54.4	(I) Ja.
00:07:54.4	00:07:55.7	(F) Og...
00:07:55.7	00:08:17.8	(I) Altså, det gjorde vi ikke i første omgang. Men så fandt vi så ud af, fordi den der øhm... app der hedder Min Læge. Altså når han sender linket, så hvis jeg trykker mig ind på den, så står der bare "start konsultation", og så kommer den af sig selv jo. Og det gjorde den ikke allerførste gang. Det der. <b>Fordi der havde jeg misforstået nogle ting.</b> Men altså nu-
00:08:17.8	00:08:20.2	(F) Så altså, første gang gik det i vasken?
00:08:20.2	00:08:20.3	(I) Ja, altså vi havde en konsultation.
00:08:20.2	00:08:21.0	(F) Nå okay. I havde konsultationen?
00:08:21.0	00:08:32.1	(I) Ja. Altså, fordi... så... jeg kunne ikke få det til at virke. Så ringede jeg til ham, og så guidede han mig ind på, hvad jeg skulle prøve, ikke også? Og så lykkedes det til sidst. Ja.
00:08:32.1	00:08:35.1	(F) Okay, okay. Og hvor sad du henne, da du havde konsultationen?
00:08:35.1	00:08:36.8	(I) Jeg sad inde på kontoret.
00:08:36.8	00:08:40.3	(F) Ja, okay. Og det var også der, du sad sidste gang? Ja.
00:08:40.3	00:08:40.5	(I) Ja, det var det.
00:08:40.5	00:08:44.7	(F) Okay. Og kan du huske, hvilket tidspunkt på dagen? Var det også om eftermiddagen?
00:08:44.7	00:08:44.8	(I) Ja, det var der klokken halv fem, ikke?
00:08:44.8	00:08:48.3	(F) Ja. Og det er simpelthen, fordi det passer bedst i forhold til dit arbejde?
00:08:48.3	00:08:59.4	(I) Det passer bedst, for mine arbejdstider hedder til halv fem. Og det er ikke altid, jeg får fri klokken halv fem. Men jeg bliver jo nødt til at sætte det. For hvis det lige er den dag, at et barn bliver hentet halv fem. Eller de skal jo være ude af min dør halv fem. Så ja...
00:08:59.4	00:09:00.5	(F) Okay. Og kan du huske, hvor lang tid konsultationen varede?
00:09:00.5	00:09:02.5	(I) Den første?

00:09:02.5	00:09:02.7	(F) Ja, den første.
00:09:02.7	00:09:09.9	(I) (Laver tænkelyde) ti minutter måske.
00:09:09.9	00:09:10.6	(F) Ja. Og det var primært blodprøvesvar?
00:09:10.6	00:09:15.7	(I) Ja, det var svar på- på- på blodprøver, ja.
00:09:15.7	00:09:18.6	(F) Og oplevede i nogle tekniske problemer, da i først kom igennem?
00:09:18.6	00:09:38.1	(I) Ja, altså der var der sådan lidt igen der. For så forsvandt billedet. Så kunne jeg pludselig ikke se ham. Og så trykkede jeg på... jeg tror det der "start konsultation" igen. Og så kom der det der ekko, hvor man kunne høre sig selv. Det gjorde der også første gang, som det nu gjorde, da du var med, ikke?
00:09:38.1	00:09:49.5	(F) Ja, lige præcis. Ja, for da jeg var med sidste gang, der- jeg kunne se dig to gange. Faktisk, tror jeg. I hvert fald noget af tiden. Så det var som om, at du var der dobbelt. Og det er sikkert derfor, at du har kunne høre- at lyden var mærkelig.
00:09:49.5	00:10:06.0	(I) Ja, for du forsvandt en enkelt gang for mig. Altså billedet... [navn på læge] var med hele tiden. Men det- altså det, der er det- det er det- det genklang der. Man føler sig- altså hvis man sidder og siger noget, så kommer det lidt bagefter, ikke?
00:10:06.0	00:10:09.2	(F) Ja, det kan jeg godt- ja. Det kan jeg godt huske.
00:10:09.2	00:10:09.9	(I) Det var lidt forvirrende (hoster).
00:10:09.9	00:10:14.3	(F) Er du alene, de gange du har prøvet det? Har der været andre i huset?
00:10:14.3	00:10:18.2	(I) Nej, altså jeg har sat mig ind (peger på kontoret). Jeg har været alene.
00:10:18.2	00:10:20.3	(F) Tænker du over, hvor du sætter dig? Hvordan kan det være, at det er kontoret?
00:10:20.3	00:10:29.5	(I) Jamen, det er netop for det der med at være lidt alene. Altså. Så er der ikke noget støj og sådan nogle ting.
00:10:29.5	00:10:29.6	(F) Ja, og nu så jeg det ikke lige helt, men er det en computer derinde?
00:10:29.5	00:10:44.5	(I) Altså jeg har min iPad med ind. Jeg har en computer derinde. Jeg har et lille skrivebord derinde. Og så sætter jeg mig der. Og det er så også, fordi at jeg har siddet og ventet, fordi jeg har logget mig ind før tid. Så har jeg bare siddet og ventet.
00:10:44.5	00:10:44.6	(F) Okay, men det er altså iPaden, du bruger?
00:10:44.5	00:10:48.0	(I) Jeg bruger iPaden, ja.
00:10:48.0	00:10:48.1	(F) Stiller du den så på bordet?
00:10:48.0	00:10:51.5	(I) Jeg åbner faktisk computeren, og så stiller jeg iPaden der (griner).
00:10:51.5	00:10:53.5	(F) (Griner) nå, så stiller du den simpelthen på computeren? Hvordan kan det være, at du ikke bruger computeren så?

00:10:53.5	00:11:10.0	(I) Ja, det ved jeg ikke. Fordi den har jeg- altså <b>jeg er jo en nørd til alt det der... halløjssa der.</b> Så det føler jeg mig mest tryk ved. For jeg tror da sagtens, altså, hvis appen er på og det hele. Så kan jeg da sagtens bruge computeren.
00:11:10.0	00:11:10.6	(F) Okay. Men det er også iPaden, du bruger mest? Sådan generelt.
00:11:10.6	00:11:13.1	(I) Jeg bruger iPaden til alt, ja. Det er det.
00:11:13.1	00:11:17.8	(F) Okay. Tænker du over, hvor [navn på læge] sidder henne? Når du taler med ham?
00:11:17.8	00:11:19.4	(I) (Lang pause) han sidder ved sit skrivebord.
00:11:19.4	00:11:22.7	(F) Er det noget- det kan du bare se?
00:11:22.7	00:11:24.5	(I) Jeg kan se det, ja.
00:11:24.5	00:11:30.9	(F) Okay. Forberedte du dig på nogen måde, inden du havde de her konsultationer?
00:11:30.9	00:11:32.5	(I) Nej, det gjorde jeg ikke. Nej.
00:11:32.5	00:11:39.7	(F) Okay. Var der noget du tænkte over i forhold til, hvor du sad? Var der noget i baggrunden, der skulle fjernes?
00:11:39.7	00:11:39.8	(I) Ej, nej.
00:11:39.7	00:11:40.7	(F) Tændte du lys?
00:11:40.7	00:11:44.8	(I) Nej, det gjorde jeg ikke. Nej. Altså, jeg satte mig bare ind. Altså, nej... det gør jeg ikke.
00:11:44.8	00:12:06.1	(F) Nej. Okay. Øhm. Nu startede du med at sige, at du faktisk synes, videokonsultation er rigtig godt. Er der nogle situationer, du kan pege på, hvor du tænker, at det er særlig godt? Hvor det er virkelig godt at have den mulighed?
00:12:06.1	00:12:46.1	(I) Ja, men altså... jeg synes- det der med, hvis det er noget akut. Eller jeg kan være i (uf) og man tænker "ej, nu har jeg ondt ved mit hjerte" eller sådan et eller andet. Så kan jeg skrive en mail til ham, og så kan han skrive tilbage til mig, eller han kan ringe til mig og sige "ved du hvad, vi tager lige en videokonsultation". <b>Altså at han lige propper mig ind, ikke? At han lige sender et link, bum bum. Altså det kan gå så hurtigt. Det føler jeg mig tryk ved. Fremfor at... jeg udskyder rigtig mange ting, at jeg muligvis burde gå til lægen med.</b> Men fordi det er så besværligt for mig. Også fordi jeg kan ikke bare ringe og sige "jeg skal have en afløser nu". For hun kan være optaget til anden side, ikke også?
00:12:46.1	00:12:46.8	(F) Ja, ja.
00:12:46.8	00:13:04.4	(I) Så altså... det... jeg synes- det er den måde, jeg synes det er rigtig godt på. At man kan, <b>altså, han kan jo godt imellem to patienter lige putte mig ind. Ikke? Så får de måske lov til at vente fem minutter eller noget længere, ikke også?</b>

00:13:04.4	00:13:08.8	(F) Okay. Og er der så omvendt nogle situationer, hvor du tænker, at der skal man i hvert fald ikke tage det på video?
00:13:08.8	00:14:03.8	(I) Altså, det er jo noget med... hvis det er noget, der skal kigges på. Altså, hvis du har noget udslæt et eller andet sted på benene. Eller hvad ved jeg. Noget hvor du ved, det skal kigges på. Så synes jeg ikke man skal tage det på videokonsultationen... jo men... (tøver) altså, det kommer an på... hvis det er noget, du er meget bekymret- en knude i brystet, ikke? Det kan man ikke gøre over videokonsultation, synes jeg. Det kan godt være, at man kan se det. Det kan godt være, at jeg har fået nogle knopper på mine fingre, og jeg så kan gøre sådan (viser med hænderne), at han kan se på det. Og han kan sige "ved du hvad, det skal du komme med". Men der er da visse ting... hvis jeg mærkede en knude i mit bryst, så ville jeg tage op til ham. Så ville jeg ikke bruge det. Og... hvis man havde noget i underlivet. Altså, det står man selvfølgelig ikke og filmer inde i en videokonsultation (griner). Men altså sådan noget lidt mere...
00:14:03.8	00:14:03.9	(F) Følsomt?
00:14:03.8	00:14:04.5	(I) Følsomme ting, ja.
00:14:04.5	00:14:13.4	(F) Men er det så også fordi- altså det er egentlig ikke så meget det fysiske. Det er ligeså meget, at det kan være ubehageligt at tale om? At man er mere sårbar? Eller?
00:14:13.4	00:14:43.7	(I) Ja. Måske. Ja. Altså nu... jeg er en meget sårbar person, altså. Øhm. Hvis der er noget, jeg er nervøs over, så har jeg meget let til gråd. Og det har jeg fået, fordi at jeg har haft nogle blodpropper. Og der har jeg så fået den følgesygdom, at jeg er blevet meget grådlabil efter det. Så jo, det kan måske godt være. Altså, at hvis det er sådan noget, at jeg er angst for et eller andet. Ja.
00:14:43.7	00:14:51.2	(F) Ja, okay. Ja for jeg tænkte, at det kan godt være, at du synes det er fint at vise, at du har fået et eller andet sår. Men du synes ikke, det er ligeså fint at vise, at du har fået en knude her (peger på mit bryst). Hvor man kan sige, at begge ting kunne man måske godt vise?
00:14:51.2	00:14:58.9	(I) Ja, ja. Ja. Det synes jeg i hvert fald, at der er en forskel.
00:14:58.9	00:15:11.6	(F) Og hvad tænker du egentlig at forskellen er på at tale i telefon eller skrive, i forhold til at få for eksempel et blodprøvesvar på video? For det kunne man vel også bare få på skrift eller i telefonen?
00:15:11.6	00:15:49.3	(I) Øhm... det ved jeg faktisk ikke, hvad forskellen er. Der vil jeg sige, der er jeg sådan set lige glad. Om der kommer det ene eller det andet svar. Det kan godt være, at nu har jeg noget med mine nyretal. Hvis det nu er meget forhøjet, eller et eller andet, så er det måske meget godt at have øjenkontakt med sin læge på en videokonsultation. Fremfor at han skriver "ved du hvad, dine nyretal er meget høje" eller et eller andet, ikke? Så du ligesom kan få forklaret det over en videokonsultation. Ikke?



00:15:49.3	00:15:51.2	(F) Ja, ja. Har du prøvet at få forklaret nogle testresultater over telefonen?
00:15:51.2	00:16:34.3	(I) Ja, det har jeg. Fordi at noget af det medicin jeg får, det giver mig for højt... hvad hedder det... hedder det calcium? Forhøjet calcium. Og der skal vi jo sørge for, at jeg får rigeligt at drikke. Og hvad jeg ikke må og ditten og datten. Også fordi han siger, at det kan gå ind og skade hjertet. Hvis det bliver for højt og sådan nogle ting der. Så det er også meget godt at få forklaret. Altså lige det, ikke? Men det gængse med forhøjet blodtryk og sådan noget ting, det har jeg ikke noget imod at få på en mail. Det har jeg ikke.
00:16:34.3	00:16:38.2	(F) Så hvis lægen spurgte dig næste gang "hvordan vil du helst have din resultater?", hvad ville du så svare, tror du?
00:16:38.2	00:16:42.8	(I) Så ville jeg sige, at det kommer an på... ja.
00:16:42.8	00:16:43.5	(F) Okay. Men hvis det bare var blodprøve?
00:16:43.5	00:16:49.6	(I) Hvis det er normalt, så kan han ligeså godt skrive det.
00:16:49.6	00:16:49.7	(F) Så det er mere op til ham, hvad han lige gør?
00:16:49.6	00:16:50.0	(I) Ja, lige præcis.
00:16:50.0	00:16:59.6	(F) Okay. Inden du prøvede videokonsultation første gang, havde du da nogle forventninger til det?
00:16:59.6	00:17:28.4	(I) Nej (tænker). Jeg var sådan set lidt nervøs, da jeg skulle. Ikke? Jeg tænkte "ej, hvordan er det at sidde på den måde?". Altså, jeg havde ikke nogle forventninger til, at det var anderledes at få et svar. Altså... andet end som jeg lige har sagt til dig, at det er jo kun, hvis der lige er et eller andet, så kan man lige få det forklaret. Så egentlig havde jeg ikke forventet noget specielt.
00:17:28.4	00:17:28.5	(F) Men du var nervøs over, hvordan det ville foregå?
00:17:28.4	00:17:34.2	(I) Ja, det var jeg. Lidt. Det var jeg.
00:17:34.2	00:17:35.2	(F) Ved du, hvorfor du var nervøs? Var der en særlig grund eller nogle særlige elementer ved det?
00:17:35.2	00:17:49.9	(I) Naaah. Det er nok det der med, at man skal prøve noget nyt. Altså. Gør jeg det nu rigtigt? Lyder jeg dum? Eller hvad ved jeg? Det kan jeg ikke rigtig give dig svar på, altså.
00:17:49.9	00:17:57.6	(F) Nej, nej. Det er jo heller ikke altid, at man lige ved det. Hvad så, da du havde prøvet det første gang, ændrede det din opfattelse af det?
00:17:57.6	00:17:57.7	(I) JA.
00:17:57.6	00:17:58.6	(F) Ja? På hvilken måde?
00:17:58.6	00:18:17.9	(I) Jamen, fordi at... altså det var jo ikke farligt på nogen måde. Vel? Og så også igen at... mon ikke det er... altså at have kontakt med sin læge den vej. At du ikke behøver møde op i klinikken. Ikke?

00:18:17.9	00:18:26.0	(F) Okay. Ja. Har din holdning ændret sig, efter du prøvede det anden gang?
00:18:26.0	00:18:42.3	(I) Næ. Jeg synes stadig, det er godt. Og jeg synes også det er godt, det der med- altså jeg havde slet ikke tænkt på, at der kunne komme en ekstra person med på. Det kunne jo ligeså godt være, at det var en læge ude fra sygehuset, der skulle være med. Ikke? Det synes jeg faktisk, det er rigtig fint.
00:18:42.3	00:18:48.0	(F) Ja, det er smart. Det ved jeg også, at man gør på nogle sygehuse. Der prøver man også at arbejde med det her, for eksempel at få den praktiserende læge med, hvis der er et længere forløb-
00:18:48.0	00:19:03.2	(I) Ja, altså jeg har set i fjernsynet, at de har brugt noget på plejehjemmene. På den måde også. Og der ved jeg også, at [navn på læge] har været tilknyttet over på [navn på plejehjem] også. Jeg ved ikke, om han er det stadigvæk.
00:19:03.2	00:19:07.6	(F) Men det vil sige, så vidt jeg forstår, så er du helt med på at bruge video fremover også?
00:19:07.6	00:19:08.5	(I) Ja. Ja.
00:19:08.5	00:19:12.7	(F) Føler du dig generelt godt tilpas med din læge?
00:19:12.7	00:19:48.2	(I) Ja. Det, altså... nogle gange kan jeg godt synes, at de har for travlt. Altså at man ikke ligesom- og så nu er jeg faktisk begyndt mange gange at skrive ned. Det er, fordi jeg glemmer, hvis der er flere ting. Så kommer man til at snakke om én ting. Og inden du ser dig om- fordi jeg føler engang imellem, at det skal gå stærkt. Så ellers synes jeg- altså nu kender vi også hinanden. For jeg har jo været der, også fordi jeg er kommet til skade med min arm. Så er der nogle gange, der er du der tiere end andre. Ikke?
00:19:46.9	00:20:00.6	(F) Ja, jo. Okay. Føler du, at- eller tror du, at videokonsultation kan have nogen indflydelse på jeres forhold? Altså dig og [navn på læge]?
00:20:00.6	00:20:14.6	(I) Måske. Ja. Altså, det tror jeg faktisk. Jeg tror, at man taler på en anden måde. Idet jeg sidder hjemme, og han sidder derover. Måske taler vi på en lidt anden måde med hinanden.
00:20:14.6	00:20:29.3	(F) Ja, okay. Hvad med adgangen til ham? Altså vil det- føler du, at det vil være nemmere at komme i kontakt med ham, fordi der er denne her videomulighed?
00:20:29.3	00:20:31.5	(I) Ja, altså nu mener du med at få fat i ham? Altså...
00:20:31.5	00:20:36.7	(F) Ja, altså nu har du nævnt flere gange, at lægen har jo tit travlt, og det er svært for dig med dit arbejde. Tror du så at det vil gøre, at adgangen til lægen generelt bliver bedre?
00:20:36.7	00:20:36.8	(I) Ja. Det vil den. Det vil den.
00:20:44.3	00:20:57.8	(F) Okay. Yes. Og for lige at vende tilbage til selve videokonsultationen. Følte du, at du kunne se [navn på læge] tydeligt?

00:20:57.8	00:20:57.9	(I) JA.
00:20:57.9	00:20:58.7	(F) Og du følte også, at i kunne have øjenkontakt? Du nævnte noget med det tidligere...
00:20:58.7	00:21:02.4	(I) Ja, ja. Det gjorde jeg.
00:21:02.4	00:21:05.2	(F) Okay. Og lys og lyd og altså...
00:21:05.2	00:21:17.5	(I) Ja, jeg synes det var fint. Altså øhm... det vil sige første gang, der var det sådan lidt, du ved... Der var sådan et hak i bevægelsen. Det synes jeg ikke anden gang.
00:21:17.5	00:21:25.9	(F) Okay, ja. Øhm. Hvordan tror du, det havde været, hvis ikke du havde mødt [navn på læge] før? Lad os sige, at du fik en ny læge, og han så sagde "skal vi ikke lige tage en videokonsultation?"
00:21:25.9	00:21:36.6	(I) (Lang pause) ja, det ved jeg ikke... der tror jeg, at jeg ville lige lære ham lidt bedre at kende.
00:21:36.6	00:21:47.7	(F) Okay. Kunne du finde på at bruge videokonsultation andre steder end herhjemme? Lad os sige du var på ferie eller skulle besøge familie eller venner.
00:21:47.7	00:21:50.1	(I) Ja, det kunne jeg godt.
00:21:50.1	00:22:02.7	(F) Ja. Så kunne du tage din iPad med, tænker jeg? Og så ville du have det fint med at sætte dig ind i et rum eller noget?
00:22:02.7	00:22:02.8	(I) Ja, det ville jeg have det fint med.
00:22:02.7	00:22:08.5	(F) Okay. Hvad med hvis nogen kiggede med, når du har din konsultation? Din mand eller en ven eller noget familie?
00:22:08.5	00:22:42.3	(I) Det tror jeg, at jeg vil have det lidt mærkeligt med. Altså, det kommer selvfølgelig an på, hvad det er. Altså hvis det bare var svar på nogle blodprøver, så gjorde det ikke noget. Altså, det gjorde det ikke. Så øhm... men ellers så, altså, sådan vil det jo altid være. Det kommer jo også an på, som sagt, hvad det er. For hvis det er noget, der er lidt alvorligt, så kan det godt være, at ens børn var med. Ikke? Mange gange også når du sidder foran lægen, så får du ikke det hele med. Så er der andre, der ligesom kan sige "jamen han sagde jo også sådan".
00:22:42.3	00:22:54.9	(F) Ja, for jeg har også tænkt på det der med, at tage en med ind fysisk til en konsultation, og det der med at have nogen med på video. Det kan jo godt være, at der måske er lidt forskel. Der er i hvert fald mulighed for at have nogen med på video på en anden måde.
00:22:54.9	00:23:23.6	(I) Jeg synes, det er rigtig fint, altså hvis man har en- en eller anden øhm... alvorlig sygdom eller en- altså, ja, en sygdom der skal snakkes meget om. Og jeg bliver jo også ældre, og jeg opfatter måske ikke så mange ting. Og så var det jo godt at have sin mand eller sine børn med over sådan en videokonsultation. Ligeså vel som man kan tage dem med op til lægen. Ja.

00:23:23.6	00:23:28.4	(F) Ja, okay. Du sagde også det her med, at du sidder og venter. Du logger på et kvarter før?
00:23:28.4	00:24:09.5	(I) Ja, altså det kan man gøre. Det kan man gøre. Og det har jeg gjort, hvis jeg har haft mulighed for det. Det har jeg faktisk haft begge gange. Ikke også? Så det har jeg gjort, men jeg tror, at de fejl eller hvad man siger, altså det genklang- jeg har ventet for længe, og så er det et eller andet mekanisk eller sådan noget, der går ind og gør at lige pludselig, så sker der et eller andet. Så altså næste gang jeg skal have en videokonsultation, der tror jeg, at jeg prøver bare at gå ind et lille stykke tid før den aftalte tid. Og det er jo, fordi [navn på læge] det er også sjældent, at han når at logge sig på før.
00:24:09.5	00:24:15.6	(F) Ja. Men det kvarter, eller de minutter, du sidder og venter, hvad laver du egentlig der?
00:24:15.6	00:24:21.1	(I) Der sidder jeg og kigger på min telefon eller... ja... det er sådan lidt forskelligt. Jeg laver måske ikke rigtig noget.
00:24:21.1	00:24:24.1	(F) Men du sidder inde på kontoret foran iPaden?
00:24:24.1	00:24:27.5	(I) Ja. Ja, jeg går ikke fra den. Altså, det gør jeg ikke.
00:24:27.5	00:24:32.3	(F) Nej, okay. Kan du huske, om der er nogen lyd på? Er der nogen der tæller ned på skærmen?
00:24:32.3	00:24:39.2	(I) Nej... JO. Nu... jo, det er der da. Der er en dame, der siger et eller andet. Jeg kan ikke lige huske, hvad hun siger.
00:24:39.2	00:24:42.1	(F) Ja, for jeg havde den måske også på lydløs, da jeg var med på din. Så det var først bagefter, at jeg tænkte "gad vide, om der er nogen, der siger noget".
00:24:42.1	00:24:42.2	(I) Jo, men der er en eller anden, der øhm... siger hun "du venter stadig på at komme igennem" eller sådan et eller andet.
00:24:49.6	00:24:52.1	(F) Ja. Og havde du også sådan en skærm, hvor den stod og talte ned?
00:24:52.1	00:24:55.6	(I) Nej...
00:24:55.6	00:25:00.5	(F) For hos mig stod der "din konsultation starter 16.30". Og så stod den og talte ned.
00:25:00.5	00:25:00.6	(I) Nej, det synes jeg ikke, jeg kan huske, at der har været.
00:25:00.5	00:25:16.6	(F) Nej, nej. Okay. Jeg har også spurgt en anden, som heller ikke havde det. Jeg ved ikke, hvorfor jeg havde det (griner). Mærkeligt. Nå, men teknologien er jo også meget ny. Det kan måske være noget med, at jeg brugte min telefon eller et eller andet. Okay. Og da du talte med [navn på læge] allerførste gang, da han spurgte, om du ville prøve video. Hvad sagde han egentlig der?
00:25:16.6	00:25:44.7	(I) Jamen, han sagde til mig, at nu- altså nu skal de så prøve det der videokonsultation der. Og øhm... også fordi altså... han vidste med mit arbejde, at jeg havde svært ved at få en tid, også fordi det er de sene tider, der først er væk jo. Ikke? Og svært ved at få afløser og sådan

		noget. Så synes han, at det var en rigtig god idé, at han spurgte mig, om jeg vil prøve. Ja.
00:25:44.7	00:25:47.0	(F) Og fortalte han noget om, hvad det var? Og hvordan du skulle gøre?
00:25:47.0	00:26:12.8	(I) Jamen, der sagde han blandt andet, at det er jo fint, altså, med øhm... med mit- netop med mit blodprøvesvar der, ikke? Hvis der var noget, der skulle forklares, at så man kunne der også. Altså selvfølgelig er der visse ting, man ikke kan gøre over en videokonsultation. Men jeg tror endda, han sagde noget med noget udslæt, det kunne man måske lige kigge på over videoen, ikke?
00:26:12.8	00:26:15.3	(F) Okay. Og ringede han til dig, eller var du deroppe, da han spurgte?
00:26:15.3	00:26:16.6	(I) Jeg var deroppe.
00:26:16.6	00:26:17.6	(F) Du var deroppe, ja. Så det var i forbindelse med noget andet?
00:26:17.6	00:26:19.8	(I) Ja, ja.
00:26:19.8	00:26:28.5	(F) Okay, ja. Og apropos at være oppe hos lægen. Hvordan er din oplevelse egentlig med at komme ind i en lægeklinik, og at sidde i et venteværelse og blive kaldt ind?
00:26:28.5	00:26:36.8	(I) Jamen, det er jo altså rigtig, rigtig fint nu efter, at han er flyttet. Altså, det er jo så fine lokaler, han har.
00:26:36.8	00:26:36.9	(F) Ja, det er ret flot.
00:26:36.8	00:27:10.2	(I) Ja, det er ret flot. Det er det. Så altså... enten så sidder jeg- og der er altid masser af blade, ikke? Og noget jeg synes- det opdagede jeg faktisk først sidste gang, jeg var ved lægen, at du kan købe sådan et blad. Altså, du kan tage et blad, og så kan du på MobilePay betale 25 kroner. Det kan være, hvis der er nogle strikkeopskrifter, du gerne vil have eller et eller andet, ikke? Det synes jeg, er rigtig smart. Og så har du den store fjernsynsskærm med alle mulige oplysninger på og sådan noget. Der spiller også musik, og han har akvariefisk. Jeg synes, det er rigtig fint.
00:27:10.2	00:27:10.3	(F) Nej, så ventetiden er ikke noget, der har-
00:27:10.2	00:27:14.2	(I) Nej, og man sidder faktisk ikke og venter ret lang tid. Det gør man ikke.
00:27:14.2	00:27:18.2	(F) Så du sidder faktisk måske ligeså længe og venter her, når du skal have en videokonsultation?
00:27:18.2	00:27:36.7	(I) Jeg tror faktisk, at jeg venter længere her. Ikke? (griner) Men altså jeg kan godt lide at være i god tid. Det har jeg altid kunnet. Så altså... jeg kører mit kort igennem, når jeg kommer derop. Så bliver man jo bare kaldt ind. Jeg lægger sådan set ikke rigtig mærke til det. Det er ikke sådan, at jeg sidder og tænker "ej, nu må det snart være min tur". Ikke? Det gør jeg ikke.

00:27:36.7	00:27:39.4	(F) Det er jo også bare dejligt, at det ikke er sådan. Det er det jo nogle steder.
00:27:39.4	00:27:48.8	(I) Jeg føler det i hvert fald ikke sådan. Ja, for jeg har jo haft andre læger før, og der har jeg virkelig følt "nu må det snart være min tur". Ikke?
00:27:48.8	00:28:00.2	(F) Ja, okay. Jo, så har jeg egentlig bare nogle spørgsmål om dit mediebrug. Du bruger din iPad meget?
00:28:00.2	00:28:19.5	(I) Ja, jeg bruger faktisk iPad og så min telefon, ikke? Og min telefon, det er ikke sådan, at jeg går ind og kigger internet og sådan noget på min telefon. Jo, hvis jeg er ude og ikke har min iPad med. Men ellers bruger jeg iPad. Og telefon kun til at ringe fra.
00:28:19.5	00:28:21.1	(F) Og hvad med computer? Bruger du den?
00:28:21.1	00:28:26.7	(I) Nej, den bruger jeg ikke. Det gør jeg ikke.
00:28:26.7	00:28:31.1	(F) Har du prøvet at FaceTime eller Skype?
00:28:31.1	00:28:43.8	(I) FaceTime, det har jeg. Jeg har ellers ikke gjort det, men det har jeg så gjort siden vi fik vores barnebarn her. Der FaceTimer vi engang imellem.
00:28:43.8	00:28:43.9	(F) Og det er så på telefonen?
00:28:43.8	00:28:44.1	(I) Det er på telefonen, ja.
00:28:44.1	00:28:49.9	(F) Kunne du finde på at have videokonsultation på telefonen i stedet for iPaden?
00:28:49.9	00:29:01.4	(I) Øhm. Det ved jeg ikke. Det kunne man jo godt. Altså... det har jeg ikke tænkt over. Det kunne man jo reelt set godt jo.
00:29:01.4	00:29:08.3	(F) Okay, ja. Og hvad med har du haft videomøder med nogen på et tidspunkt? I forbindelse med arbejde eller noget?
00:29:08.3	00:29:13.2	(I) Nej, nej.
00:29:13.2	00:29:14.9	(F) Okay. Hvad synes du om at FaceTime egentlig?
00:29:14.9	00:29:29.2	(I) Jamen, det skulle jeg vænne mig til. For nogle gange når de ringede, så var det sådan "Hallo?" (tager hånden op til øret). Og så var det sådan "nå ja, det er FaceTime". Altså. Men altså jeg synes det er fint nu.
00:29:29.2	00:29:29.3	(F) Er det så noget, du har gjort tit?
00:29:29.2	00:29:54.9	(I) Nej, altså nej. Det er kun sådan lige, hvis min søn og svigerdatter lige synes, at nu laver han lige et eller andet (?), eller nu har vi ikke set hinanden i et stykke tid. Sådan noget der. Ellers er det mest- så er det mest sådan noget snap, jeg får.
00:29:54.9	00:29:55.0	(F) Nå, okay. Bruger du meget SnapChat?
00:29:54.9	00:30:28.3	(I) Jeg bruger det ikke, men jeg får mange. For det der med, at jeg kan ikke finde ud af det. Og det er også, fordi det interesserer mig ikke.

		Jeg er sådan lige inde og kigge nyheder. Og nu har vi fået iPad, som vi skal arbejde med i dagplejen. Det er også sådan noget med, at det skal jeg også sætte mig lidt ind i. Det er jo med at sende arbejdsscener (?), sende mail derfra, få mail derfra.
00:30:28.3	00:30:28.4	(F) Får i så udleveret en iPad?
00:30:28.3	00:30:59.5	(I) Ja, vi har fået udleveret en her. Og det er jo også, fordi at vi skal- vi har forskellige arbejdsopgaver. Altså der kommer noget nyt hele tiden. Og der er blandt andet noget nu med læringsmiljøer. Og der skal vi videofilme cirka hver tredje måned. Der skal du videofilme nogle situationer. Og der har jeg brugt min egen, altså, det tager jo alligevel noget fra min egen iPad. Nogle gange er der ikke mere tilbage, og så skal jeg hen og købe. Og det vil jeg ikke gøre på min egen, altså.
00:30:59.5	00:31:01.4	(F) Nej, selvfølgelig ikke.
00:31:01.4	00:32:08.3	(I) Når det er noget, kommunen skal have. Så... derfor har vi fået alle sammen nu.
00:32:08.3	00:32:08.4	(F) (Debriefing jf. interviewguide)

## F4. LONE

INTERVIEW MED LONE		
Start Time	End Time	Transcript
00:00:07.5	00:00:10.3	(F) (Briefing jf. interviewguide) Nå, men til at starte med vil jeg spørge, om du vil fortælle lidt om dig selv, så jeg også lige får en idé om, hvem du er?
00:00:10.3	00:00:30.9	(I) Ja, altså jeg er 58, og jeg er førtidspensionist og har været det i en del år. Jeg bruger faktisk internettet rigtig meget, og det er ikke nyt for mig med øhm...
00:00:30.9	00:00:31.0	(F) Med video?
00:00:30.9	00:01:05.8	(I) Med video, nej. Altså det der var nyt, det var, at jeg faktisk var- jeg havde haft en lang pause, fordi jeg var blevet hørehæmmet. Og der skulle jeg ligesom finde en balance, og jeg- folks stemmer begyndte at lyde anderledes. Så- og især når jeg snakkede i telefon med dem. Så kunne jeg nogle gange blive i tvivl om "gud, hvor lyder de helt forkert, er de forkølet?" eller et eller andet. Så på den måde har jeg- havde jeg begyndt at tage lidt afstand fra det igen.
00:01:05.8	00:01:11.1	(F) Ja, okay. Og er du her fra [navn på by]?
00:01:11.1	00:01:16.8	(I) Ja, ja. Jeg bor i [navn på by]. Eller jeg bor i [navn på bydel].
00:01:16.8	00:01:16.9	(F) Okay. Ej, det er også et dejligt sted.
00:01:16.8	00:01:24.4	(I) JA. Og jeg er- jeg er udlært væksthushavter.
00:01:24.4	00:01:28.8	(F) Væksthushavter, okay. Og må jeg spørge, hvor længe har du så været førtidspensionist?
00:01:28.8	00:01:36.7	(I) Åh, det har jeg været siden 2001. Det tror jeg, det var.
00:01:36.7	00:01:38.1	(F) Okay, og er det så i forbindelse med din hørehæmmelse?
00:01:38.1	00:01:53.0	(I) Nej, det var det ikke. Det startede egentlig med at jeg fik en arbejdsskade. Jeg fik sceneskadedebetændelse. Jeg kunne faktisk slet ikke skære en kartoffel over.
00:01:53.0	00:01:53.1	(F) Ej, puha.
00:01:53.0	00:02:50.2	(I) Det var virkelig, virkelig slemt. Og det gik jeg og døjede med rigtig meget. Og så fik jeg en depression oveni, og så fik jeg prøve til noget- noget hvad hedder det... øhm... hvor jeg prøver at komme ud i uddannelse. Jeg kan ikke lige huske- revalidering. Ja, ja. Og det lykkedes ikke rigtig, for jeg var ikke kommet over det der. Dengang var der ikke den hjælp, der er i dag til at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Så det gik ikke, og jeg fik tilkendt førtidspension. Og det var jeg ikke glad for i starten. Jeg var ked af det. Men øhm jeg har vænnet mig til det, og jeg kan sagtens få tiden til at gå.
00:02:50.2	00:02:52.4	(F) Nå, det var godt. Det er jo også noget af en omvæltning, kan jeg forestille mig.



00:02:52.4	00:02:53.7	(I) Ja, ja.
00:02:53.7	00:02:59.6	(F) Hvad laver du så nu, har du nogle særlige interesser eller et eller andet?
00:02:59.6	00:02:59.7	(I) Altså, jeg slægtsforsker meget.
00:03:01.7	00:03:03.8	(F) Okay, ja. Spændende.
00:03:03.8	00:03:09.0	(I) Ja. Der bruger jeg jo medierne rigtig meget, ikke?
00:03:06.9	00:03:19.1	(F) Ja, det er jo rigtigt... interessant. Nå, men jeg har nogle spørgsmål om dit forhold til lægen. Kan du huske, hvor længe du sådan cirka har haft [navn] som læge?
00:03:19.1	00:03:42.8	(I) Jamen, det har jeg ikke haft så længe. Hvad kan det være? (uf - informanten roder med noget, måske papir eller lignende).
00:03:42.8	00:03:42.9	(F) Er det nogle år eller nogle måneder eller?
00:03:45.2	00:03:48.4	(I) Nej, det er det ikke. Det er det ikke. Det er fra første marts 19.
00:03:48.4	00:03:53.3	(F) Nå, okay. Okay. Så det er rimelig nyt, ja. Okay.
00:03:53.3	00:03:58.2	(I) Så det er et års tid jo.
00:03:58.2	00:03:58.3	(F) Var det dig selv, der valgte at skifte læge?
00:03:58.2	00:03:59.7	(I) Hvad siger du?
00:03:59.7	00:04:03.5	(F) Valgte du at skifte læge?
00:04:03.5	00:04:25.0	(I) Jeg valgte at skifte læge, ja. Det gjorde jeg. Øhm. Jeg havde faktisk haft kig på [navn] længe. Men han havde lukket. Men så lige pludselig havde han åbent. Og så skiftede vi læge. Vi var ikke så glade for der, hvor vi var. Så vi håbede på, at han åbnede. Og det gjorde han så, og så skiftede vi.
00:04:25.0	00:04:26.2	(F) Åh, det var godt. Og hvor tit er du så i kontakt med [navn på læge]?
00:04:26.2	00:04:29.4	(I) Hvad siger du?
00:04:29.4	00:04:32.3	(F) Hvor tit er du i kontakt med ham? Altså hvor tit er du ved lægen?
00:04:32.3	00:04:56.0	(I) Jamen det er jo (uf). Jeg fik en hjerterytmeforstyrrelse faktisk lige efter, at jeg havde skiftet. Så jeg var der- lige pludselig lærte jeg ham ret hurtigt at kende, fordi jeg var der ret meget i forbindelse med den sygdom. Ja.
00:04:56.0	00:05:04.1	(F) Ja. Og hvordan er du så i kontakt med ham? Er det- jeg går ud fra, du har været oppe ved ham. Men har du ellers brugt telefon eller det her e-konsultation eller?
00:05:04.1	00:05:08.2	(I) Ja, den der videokonsultation har jeg så brugt to gange med ham.
00:05:08.2	00:05:12.3	(F) Ja. Og hvad med- har du skrevet med ham over e-mail?
00:05:12.3	00:05:13.4	(I) Ja, det har jeg også gjort.
00:05:13.4	00:05:18.0	(F) Det har du også. Okay. Og hvis du skal bestille tid og sådan noget, hvordan gør du så det?

00:05:18.0	00:05:21.2	(I) Det gør jeg for det meste på nettet.
00:05:21.2	00:05:22.5	(F) Det gør du på nettet.
00:05:22.5	00:05:31.3	(I) Ellers så får jeg også nogle gange tiden, når jeg er deroppe. Hvis jeg skal derop igen.
00:05:31.3	00:05:40.4	(F) Ja. Og så siger du, at du prøvet videokonsultation to gange. Hvorfor har du prøvet det?
00:05:40.4	00:06:32.8	(I) Jamen, han spurgte ad, om jeg havde lyst til at prøve. Og så sagde jeg, at det kunne jeg da godt. Og man var da selvfølgelig lidt spændt på grund af, at jeg er hørehæmmet. Men så tænkte jeg, at jeg har sådan en app i min telefon, som går i mine høreapparater. Så når vi to sidder og snakker, så snakker du op i mine høreapparater. Og så tænkte jeg, at jeg tager den bare på telefonen, så kan jeg sagtens høre det. Og det kunne jeg bare ikke, fordi der var sådan en rungende lyd, da vi sad og snakkede. Og jeg kunne slet ikke fange lydene. Og så kunne jeg heller ikke mundaflæse ham, fordi det var kun på min telefon. Så- så næste gang tog jeg den på iPaden, og det var en helt anden konsultation.
00:06:32.8	00:06:38.6	(F) Okay, hvordan var det anderledes på iPaden?
00:06:38.6	00:07:02.6	(I) Jamen, det var det, fordi jeg kunne mundaflæse ham. Jeg kunne komme tæt på, og jeg kunne bedre se. Så- og jeg kunne egentlig også bedre høre ham. Jeg tror også at- jeg tror han var mere obs på, at han kom tættere på mikrofonen og sådan nogle ting den anden gang. Det gik rigtig godt anden gang.
00:07:02.6	00:07:03.9	(F) Og det har været med [navn på læge] begge gange, ikke?
00:07:03.9	00:07:05.1	(I) Ja, det har det.
00:07:05.1	00:07:12.1	(F) Okay. Og da han spurgte dig, om du ville prøve det, kan du huske, om han fortalte dig noget om det eller gav dig noget information?
00:07:12.1	00:07:42.6	(I) Ja, det gjorde han, fordi han opdagede at jeg havde den app der, Min Læge. Og den synes jeg var nem at bruge. Og så spurgte han, hvor meget jeg kendte den. Og han havde også en brochure eller en flyer eller et eller andet, som han gav mig, så jeg kunne kigge på den i den forbindelse.
00:07:42.6	00:07:42.7	(F) Okay, ja så du var oppe hos ham, og så i den forbindelse spurgte han dig?
00:07:42.6	00:07:43.8	(I) Ja, ja.
00:07:43.8	00:07:51.1	(F) Okay. Og kan du huske, hvad konsultationerne handlede om? Altså du behøver ikke at gå i detaljer, men var det prøvesvar eller et eller andet i skulle tale om eller?
00:07:51.1	00:07:54.4	(I) Ej, det var medicinregulering.
00:07:54.4	00:08:03.2	(F) Okay, medicinregulering, ja. Hvornår er sidste gang, du havde en videokonsultation?

00:08:03.2	00:08:43.8	(I) Jamen, så havde jeg jo bestilt en almindelig tid, men så fik vi det der Corona. Og så tænkte jeg, at den måtte jeg jo så lave om til en videokonsultation. Så der skulle jeg have nogle prøvesvar. Og jeg havde også fået rigtig meget håndeksem på grund af alt den håndvask, ikke? Så vi fik- så jeg tænkte, så må jeg så prøve igen. For jeg havde egentlig trukket mig lidt og tænkt, at det duer sgu ikke med den videokonsultation. Jeg kan ikke høre det. Men så prøvede jeg det så på iPaden, og det var en succes i forhold til at have det på telefonen.
00:08:43.8	00:08:44.3	(F) Okay, så det var her for nyligt, du havde den sidste konsultation.
00:08:44.3	00:08:45.7	(I) Ja, ja.
00:08:45.7	00:08:57.9	(F) Okay. Vil du prøve at fortælle mig om, hvad du gjorde? Altså helt lavpraktisk bare forklare mig, hvad du gjorde, da du skulle have den konsultation... altså du har åbnet appen, går jeg ud fra?
00:08:57.9	00:09:27.8	(I) Ja, jeg havde åbnet appen jo. Og så havde jeg fået et link, som jeg så trykkede på. Så går jeg ind på sådan et venteværelse et kvarter før, at jeg havde en tid. Og så kunne jeg så bare sidde og vente på, at han kom. Og han kom også til aftalt tid. Og ja, så det- jeg synes ikke, der var store problemer. Den var nem at bruge.
00:09:27.8	00:09:29.2	(F) Ja. Og kan du huske, hvor lang tid, den varede... jeres snak?
00:09:29.2	00:09:37.9	(I) Ah, det har nok været en ti minutter eller deromkring. Ikke mere i hvert fald.
00:09:37.9	00:09:38.9	(F) Og hvor sad du henne eller befandt dig henne, da du havde konsultationen?
00:09:38.9	00:09:44.6	(I) Hjemme i mit køkken.
00:09:44.6	00:09:44.7	(F) Ja. Ved spisebordet eller?
00:09:46.9	00:09:47.6	(I) Ja, ja.
00:09:47.6	00:09:56.2	(F) Okay. Og det var så på telefonen første gang og iPad her sidste gang, ikke?
00:09:56.2	00:09:57.6	(I) Ja.
00:09:57.6	00:09:58.5	(F) Og kan du huske, hvad tidspunkt det var?
00:09:58.5	00:10:07.7	(I) Den ene var om eftermiddagen, og jeg tror, at den anden var om formiddagen.
00:10:07.7	00:10:09.0	(F) Okay. Og er der som regel et tidspunkt, hvor det passer dig bedre at gå til lægen?
00:10:09.0	00:10:25.6	(I) Ja, jeg prøver altid at lave formiddagstiderne. Altså hvis der ikke er nogen, så er det ikke sådan, at jeg ikke kan. Så gør det heller ikke noget. Men jeg synes bare, det er dejligt at have det overstået. Så har man resten af dagen for sig selv, ikke?
00:10:25.6	00:10:31.2	(F) Ja, det kan jeg godt forstå. Og var du alene, eller var der andre i rummet?

00:10:31.2	00:10:32.3	(I) Nej, jeg var alene.
00:10:32.3	00:10:33.3	(F) Okay. Bor du alene?
00:10:33.3	00:10:45.3	(I) Nej, jeg er gift. Og vi har to børn, men de bor ikke hjemme. De er jo også gift og har børn.
00:10:45.3	00:10:55.1	(F) Ja, sådan går det jo (griner). Og hvordan kan det være, at du satte dig i køkkenet?
00:10:55.1	00:11:10.8	(I) Ja... det... det ved jeg faktisk ikke. Jeg- det var rart at komme op (?) og sidde ved et bord i hvert fald. Og ja... der sidder jeg meget. Så...
00:11:10.8	00:11:15.8	(F) Og tænkte du over, hvad der var i baggrunden? At lægen kunne se, hvad der var på din skærm?
00:11:15.8	00:11:37.2	(I) Jamen, jeg tror, at jeg tænkte på, at der var en væg i baggrunden. Jeg tænkte, at det kunne virke forstyrrende, hvis man sad på en stol eller i sofaen, og man så ud over hele stuen. Der tænkte jeg, at det måske var et mere roligt billede, at der var en væg i baggrunden, og så var det det.
00:11:37.2	00:11:44.8	(F) Ja. Og hvad med dig selv, tænkte du også over, at du lige ville friskes op eller... er det lige meget, når det er lægen?
00:11:44.8	00:11:49.5	(I) Nej, ikke mere end jeg ville gøre, hvis jeg gik ud i byen, altså. Nej.
00:11:49.5	00:12:03.3	(F) Okay. Øhm. Og nu siger du, at der kan være de her problemer i forhold til hørelsen. Men er der nogle situationer, hvor du forestiller dig, at video vil være rigtig godt at have?
00:12:03.3	00:12:25.4	(I) Ja, jeg synes jo altså til prøvesvar og til medicinregulering og sådan nogle ting. Ting der ikke er akutte. Det synes jeg- det kunne jeg godt finde på at fortsætte med at gøre. For det er da dejlig nemt, at man går til lægen, og så er man hjemme med det samme igen, ikke? (griner)
00:12:25.4	00:12:35.7	(F) Ja, ja. Så det er simpelthen, fordi det er lidt nemmere og mere fleksibelt, eller hvad?
00:12:35.7	00:12:36.0	(I) Ja, ja.
00:12:36.0	00:12:44.2	(F) Okay. Og nu siger du selv det her med akutte ting. Kan du prøve at uddybe, om der er nogle situationer, hvor du i hvert fald ikke vil bruge en videokonsultation?
00:12:44.2	00:12:56.7	(I) Ja, det er der måske nok. For eksempel hvis man- nu har jeg nogle vægtproblemer. Det kunne jeg ikke tænke mig at snakke med ham om over video.
00:12:56.7	00:12:56.8	(F) Okay. Hvorfor ikke?
00:12:58.8	00:13:20.7	(I) Ja, det ved jeg egentlig ikke. Der vi jeg helst været i rummet. Jeg synes måske, at det er lidt mere følsomt eller personligt, ikke? Altså så vil jeg havde det bedste med at tale med ham. Hvis vi skulle tale om det.
00:13:20.7	00:13:27.7	(F) Ja... Havde du nogle forventninger til videokonsultation inden du prøvede det første gang?

00:13:27.7	00:13:54.6	(I) Ja, jeg havde jo nok en forventning om, at jeg kunne høre konsultationen. Så det overraskede mig og forbavsede mig, at den ikke gik så godt den første. Men det havde jeg måske haft som forventning, at jeg ikke ville have problemer den vej, netop fordi jeg tog den på telefonen.
00:13:54.6	00:14:04.1	(F) Okay. Og hvis jeg forstår dig ret, har din holdning jo så ændret sig, efter du så har prøvet det på iPad?
00:14:04.1	00:14:05.9	(I) Ja, ja.
00:14:05.9	00:14:06.5	(F) Og du siger, at du vil gerne bruge det igen fremover?
00:14:06.5	00:14:09.4	(I) Ja, ja.
00:14:09.4	00:14:13.1	(F) Okay. Hvordan synes du sådan generelt det er at tale med lægen igennem video? Er det anderledes end at sidde overfor ham?
00:14:13.1	00:14:55.7	(I) Hm, ja. Det er nok også derfor, at jeg synes, der er ting, den ikke kan bruges til. Det der hvor man bare skal have svar på prøver eller medicinregulering eller sådan noget, det kan man sagtens gøre. Nu havde jeg jo også eksem på mine hænder, det er jo også i småtingsafdelingen. Det kan også sagtens lade sig gøre. Men der hvor det bliver lidt mere følsomt, så er det også der- altså hvis man nu har ondt i maven, så er det jo heller ikke nemt at trykke på maven igennem video, jo, vel?
00:14:55.7	00:15:05.5	(F) Nej, det er det ikke. Men føler du dig tryk ved at tale med ham over video? Så længe det så ikke er nogle emner, du synes er for følsomme.
00:15:05.5	00:15:11.9	(I) Ja, det gør jeg. Jeg synes, det er fint at tale med ham over videoen.
00:15:11.9	00:15:22.2	(F) Og hvad hvis du forestiller dig, at det var en ny læge, som du ikke havde mødt før, og den første kommunikation i havde var på video. Ville du sige ja til det?
00:15:22.2	00:16:12.5	(I) Det tror jeg ikke. Nej, det tror jeg ikke. For det første så- jamen det er også, fordi at jeg har noget med stemmen. Altså... jeg vil gerne høre stemmen rigtigt, og det- det kan jeg- jeg kan have svært ved at genkende den, hvis jeg i hvert fald ikke kender stemmen og talens rytme og alt det der, når jeg er hørehæmmet. Så det tror jeg, der ville jeg nok sige, at jeg kunne tænkte mig- men det er heller ikke sådan, at jeg ville afvise det. Hvis det nu for eksempel var Corona, og man blev nødt til det. Så ville jeg da gøre det. Selvfølgelig vil jeg det, ikke? Men jeg vil helst det andet (uf).
00:16:12.5	00:16:27.0	(F) Ja, øhm har du følelsen af, at en videokonsultation går hurtigere end at være oppe ved lægen? Altså selve konsultationen. Det tager selvfølgelig tid at køre op til lægen og sådan noget.
00:16:27.0	00:16:51.8	(I) Ja, altså jeg synes ikke- jeg mangler ikke svar på noget. Jeg fik de svar, jeg skulle bruge. Vi fik talt om det, vi skulle. Jeg synes ikke- det kan godt være, det har gået hurtigere. Det er svært at sige.

00:16:51.8	00:16:57.2	(F) Ja. Tror du, der er mere eller mindre udenomssnak? Altså nogle gange når man er oppe ved lægen, så kan man nogle gange spørge "nå, hvordan går det?" og sådan noget, du ved.
00:16:57.2	00:17:18.9	(I) Nej, det tror jeg ikke. Næ, altså. Øhm... det synes jeg ikke, at det er. Jeg synes ikke, der er forskel i længden. Det kan godt være, at der er. Men jeg føler ikke, at jeg mister noget. Hvis man kan sige det.
00:17:18.9	00:17:35.5	(F) Jamen, det er jo bare godt. Og så har jeg lige et sidste spørgsmål til det her med konsultationer. Og det handler om ventetid, for du siger, at du logger på et kvarter før og sidder og venter. Hvad lavede du så i det kvarter?
00:17:35.5	00:17:46.1	(I) Hm. Jeg- ja det kan jeg såmænd ikke huske. Jeg har nok siddet og læst eller et eller andet.
00:17:46.1	00:17:46.5	(F) Ja. Sidder du så og læser i en avis eller på din telefon eller?
00:17:46.5	00:17:54.1	(I) Ja, det er nok på min telefon. For iPaden er logget på jo, ikke?
00:17:54.1	00:18:05.4	(F) Ja, okay. Og hvad synes du om, når du ellers er oppe ved lægen og sidder i venteværelset? Hvad synes du om at sidde i venteværelset?
00:18:05.4	00:18:28.5	(I) Det synes jeg ikke er noget problem. Han har sådan en skærm til at køre med forskellige oplysninger om sundhedsvæsenet. Så der føler man sig jo heller ikke, at man sidder og keder sig. For der er jo måske noget ventetid. Det er der jo sommetider, hvis man kommer med noget akut, jo.
00:18:28.5	00:18:39.4	(F) Men tror du, at videokonsultationer vil gøre, at du på en eller anden måde får nemmere adgang til lægen?
00:18:39.4	00:18:49.9	(I) Åha, det ved jeg faktisk ikke. Altså den skal jo bestilles. Så det ved jeg faktisk ikke, om den gør.
00:18:49.9	00:18:58.7	(F) Nej. Men du har ikke en følelse af- altså det kan godt være, det er dejligt, at man ikke behøver tage op til lægen, men det er ikke noget problem for dig at komme til lægen eller noget?
00:18:58.7	00:19:01.0	(I) Nej, nej det var det ikke.
00:19:01.0	00:19:17.7	(F) Okay. Jamen så har jeg lige nogle spørgsmål om, hvilke nogle medier du bruger i hverdagen. Nu har du iPad og telefon, som du også har brugt. Hvad bruger du ellers? Og her tænker jeg på alt fra tv til avis og radio.
00:19:17.7	00:19:45.0	(I) Ja, jeg bruger tv, og jeg bruger pc. Og så bruger jeg også radio. Den bruger- den har jeg faktisk over iPaden med en højttaler- en bluetooth højttaler til. Hvad bruger jeg mere? Er det sådan noget som printer og?
00:19:45.0	00:19:56.2	(F) Ja, altså... ja... Jeg tænker også på, hvis du for eksempel skal søge noget information. Hvor ville du så gøre det?
00:19:56.2	00:20:04.5	(I) Jamen, altså, når jeg- hvis det er aviser, er det det, du tænker på?
00:20:04.5	00:20:11.5	(F) Ja, det kunne være aviser. Eller det kunne være, at du skulle på Borger.dk eller et eller andet. Google noget.

00:20:11.5	00:20:23.8	(I) Ja, og e-boks. Mobilbank og... og jeg er også inde på Fyens Stiftstidende.
00:20:23.8	00:20:26.0	(F) Ja. Og er det så på telefonen eller iPaden eller computer?
00:20:26.0	00:20:28.6	(I) Det er computer.
00:20:28.6	00:20:41.9	(F) Det er computer, okay. Så kan du svare på, hvilket du bruger mest. Er det computer, iPad eller telefon?
00:20:41.9	00:21:07.7	(I) Ej, det er nok telefonen, jeg bruger mest. Og så bruger jeg også pc'en. Den bruger jeg, når jeg slægtsforsker. Der er mange forskellige medier, jeg er inde på. Der er kirkebøgerne, og der er flere forskellige ting.
00:21:07.7	00:21:11.8	(F) Ja. Har du overvejet at have en videokonsultation på computeren egentlig?
00:21:11.8	00:21:25.2	(I) Øhm. Det kunne- jeg ved faktisk ikke. Det kræver jo, at man finder en app. Den har jeg ikke på computeren. Men det kunne man måske få?
00:21:25.2	00:21:31.2	(F) Hm, ja, det kører jo på en app. Men du havde appen på telefonen til at starte med, og så først senere hentede du den på din iPad, ikke?
00:21:31.2	00:21:35.9	(I) Ja, ja.
00:21:35.9	00:21:43.9	(F) Okay. Har du brugt FaceTime eller Skype eller et eller andet med familie eller?
00:21:43.9	00:22:02.2	(I) Ja, jeg har brugt FaceTime. Og det bruger jeg- den har jeg også. Her i Coronatiden, hvor man ikke ser så mange mennesker, så FaceTimer vi i stedet for. Børnebørn og sådan noget, ikke?
00:22:02.2	00:22:13.1	(F) Mh, så det har du været vant til at bruge også inden videokonsultation?
00:22:13.1	00:22:21.6	(I) Ja, og dog. Jeg er så faktisk begyndt at brug det mere, fordi jeg har haft en pause med det. Jeg synes ikke, det gik så godt.
00:22:21.6	00:22:31.0	(F) Okay. Så bare lige for at jeg er sikker på, at jeg forstår det rigtigt. Det er primært på grund af din hørehæmmelse, at videokonsultation var et problem?
00:22:31.0	00:22:34.5	(I) Ja. Det var det, ja.
00:22:34.5	00:22:38.4	(F) Okay. Så man kan sige udover det, der synes du, at idéen er fin?
00:22:38.4	00:23:20.2	(I) Ja, den synes jeg er fin. Og jeg synes jo, at det var sjovt at bruge. Jeg sagde til [navn på læge], at det med at jeg ikke kunne høre, at det havde været fedt, hvis der havde været en tekst ved siden af. At man kunne have brugt, hvis det var. Sådan lige for eksempel nu med medicindosering, der er det jo ret vigtigt, at man kan høre, hvad han siger. Hvad det er, man skal tage, ikke? Hvis han lige kunne have skrevet det nedenunder, det kunne have været rigtig fedt.
00:23:20.2	00:23:23.5	(F) Ja. Men kunne du finde på ellers- skriver du selv noter ned?
00:23:23.5	00:23:24.2	(I) Øhm... til en konsultation?

00:23:24.2	00:23:25.0	(F) Ja.
00:23:25.0	00:23:33.8	(I) Ja. Det kunne jeg godt. Hvis der er noget jeg skal huske at snakke med ham om, så skriver jeg det ned. Så husker jeg det også bedre.
00:23:33.8	00:23:41.5	(F) Ja. Så du forbereder dig faktisk før konsultation ved lige at skrive ned?
00:23:41.5	00:23:42.1	(I) Ja, ja.
00:23:42.1	00:23:43.0	(F) Og hvad så undervejs, skriver du så nogle af de ting han siger ned?
00:23:43.0	00:24:02.8	(I) Ja, med medicin og sådan noget. Ja, ja. Så skriver jeg det ned. Ligeså snart jeg er ude, så skriver jeg det lige ind i min telefon på en note, at nu skal jeg tage sådan og sådan medicin. Så jeg ikke glemmer det.
00:24:02.8	00:24:10.0	(F) Ja, ja. Og nu sagde du det her med, at du var alene sidst, du havde konsultationen. Men hvordan ville du have det med, at din mand var i rummet?
00:24:10.0	00:24:38.6	(I) Jamen, det ville- det gjorde jeg ikke noget, at han var det. Han har også været med til mange konsultationer...da jeg var syg. Så... og det var også lidt på grund af min hørelse. Der var det rart at have ham med. At det jeg ikke fik med, det fik han med.
00:24:38.6	00:24:51.4	(F) Ja, lige præcis. Er det noget, du tænker, du kunne finde på at gøre i fremtiden, altså hvis du skal have en video, så lige få ham med eller et af dine børn med på video?
00:24:51.4	00:25:10.0	(I) Ja, hvis jeg får mulighed for det. Men jeg føler faktisk, at den sidste konsultation jeg fik, der kunne jeg godt mærke, at han var meget tydelig, når han snakkede. Han var meget obs på, at jeg var hørehæmmet, ikke?
00:25:10.0	00:25:17.3	(F) Var det, fordi du havde fortalt ham tidligere efter jeres første konsultation- havde du da sagt til ham, at det ville du ikke igen?
00:25:17.3	00:25:40.3	(I) Ja, jeg havde sagt til ham, at jeg synes ikke, jeg hørte. Der var- jeg følte, der var sådan en pulserende lyd, der forstyrrede. Så jeg ikke rigtig fik det med. Og så sagde han, at det var helt i orden. Så lod vi bare være med det. Men så var det jo Corona, der gjorde, at vi prøvede igen. Og det var egentlig godt nok.
00:25:40.3	00:25:45.5	(F) Ja. Så der kunne du også mærke, at han lige var ekstra opmærksom på, at han skulle tale tydeligt?
00:25:45.5	00:25:46.3	(I) Ja, ja.
00:25:46.3	00:25:58.2	(F) Nå, det var dejligt. Jamen okay. Så har jeg faktisk ikke mere. (Debriefing, jf. interviewguide)



## F5. JENS

INTERVIEW MED JENS		
Start Time	End Time	Transcript
00:00:00.0	00:00:21.9	(F) (Briefing jf. interviewguide)
00:00:21.9	00:00:29.3	(F) Mit første spørgsmål var egentlig, som du måske var ved at sige, at jeg vil gerne høre, hvad er dit umiddelbare indtryk af videokonsultationer?
00:00:29.3	00:00:57.8	(I) Jamen, som sagt, så synes jeg ideén er god, men øh, men øh, de der 3-4 gange jeg har prøvet det, der øhm, der har vi været heldige at få den igennem korrekt en enkelt gang. Der har været problemer med lyd... og... der har været problemer med overhovedet at få kontakt mellem lægen og mig.
00:00:57.8	00:01:04.1	(F) Okay. Ja. Og hvor længe er det, du har haft [navn] som læge?
00:01:04.1	00:01:12.0	(I) Åh... det har jeg jo haft længe. Det har jeg jo haft-det kan jeg ikke lige give dig et årstal på.
00:01:12.0	00:01:14.1	(F) Nej, men altså det er i hvert fald nogle år?
00:01:14.1	00:01:18.7	(I) Ja. Jamen jeg har været hos ham lige siden han begyndte sin praksis her jo.
00:01:18.7	00:01:25.8	(F) Okay, ja. Og hvor tit har du kontakt med lægen? Hvis du har et cirka-tal på det?
00:01:25.8	00:01:48.4	(I) Jamen, det har jeg jo ret så tit fordi, øhm, jeg har et dårligt hjerte, og øhm... det er så dårligt, at det danner væske i bughulen, og så skal der jo en hel del vand til jo. Og så bliver der taget nogle blodprøver for at konsulere (?) nyretal og så videre, og så videre. Det er sådan det skal være, så... det er derfor ofte, at jeg er i kontakt.
00:01:48.4	00:01:54.5	(F) Okay. Og på hvilke måder har du kontakt med lægen? Altså nu har du prøvet video, men hvordan taler du ellers med lægen?
00:01:54.5	00:02:01.5	(I) Jamen de gange vi så har været igennem på video, der har-så har (uf). Men ellers er det telefon.
00:02:01.5	00:02:09.8	(F) Med telefon? Okay. Bruger du det her e-mail-system, der også er? Hvor man kan skrive til lægen?
00:02:09.8	00:02:11.8	(I) Ja. Det gør jeg.
00:02:11.8	00:02:13.0	(F) Det gør du også. Okay.
00:02:13.0	00:02:30.4	(I) Det gør jeg. Jeg bruger det også, hvis jeg skal booke en tid hos lægen. Så går det også den vej. Og de der... hvad hedder det... konsultation via... øhm mail (?)
00:02:30.4	00:02:35.2	(F) ...ja, okay. Og hvordan kan det egentlig være, at du startede med at bruge videokonsultation?

00:02:35.2	00:02:44.2	(I) Det er sådan set et forslag fra min læge, eller rettere fra ham der tager blodprøver. [Navn] ... hvad hedder han... [Navn] et eller andet.
00:02:44.2	00:02:47.2	(F) Okay. Ja.
00:02:47.2	00:02:49.9	(I) Han spurgte, om jeg ville være med.
00:02:49.9	00:02:56.3	(F) Ja. Og er det så- har du både haft videokonsultation med [navn på ham, der tager blodprøver] eller har det været med [navn på læge]?
00:02:56.3	00:02:56.8	(I) Det har kun været med [navn på ham, der tager blodprøver].
00:02:56.8	00:03:01.5	(F) Okay, det har kun været med [navn på ham, der tager blodprøver], okay.
00:03:01.5	00:03:01.6	(I) Ja.
00:03:01.5	00:03:01.6	(F) Og inden du så prøvede det første gang, fik du nogen information omkring det?
00:03:07.1	00:03:07.2	(I) Ja, det gjorde jeg. Jeg havde været inde hos ham og få taget blodprøverne. Så siger han "så næste gang at vi skal snakke, så bliver det via video". Og så fik jeg noget information om, hvordan jeg så skulle forholde mig.
00:03:20.1	00:03:26.0	(F) Okay. Var det noget han fortalte dig, eller fik du noget materiale?
00:03:26.0	00:03:26.1	(I) Jeg fik et stykke papir på det.
00:03:26.5	00:03:26.6	(F) Okay.
00:03:27.4	00:03:35.9	(I) Men det her med at jeg skulle installere det program der, der hedder Min Læge. Og så videre... og det er jo der, der står forklaringen på. På den seddel, jeg fik.
00:03:35.9	00:03:38.3	(F) Ja. Synes du det fungerede fint med den information, du fik?
00:03:38.3	00:03:40.4	(I) Jamen det gjorde det faktisk.
00:03:40.4	00:03:43.7	(F) Okay. Og du havde ikke problemer med at installere nogle af de ting, du skulle bruge?
00:03:43.7	00:03:47.0	(I) Ej. Det har jeg ikke.
00:03:47.0	00:03:59.4	(F) Okay. Så vil jeg høre, om du vil fortælle mig om den sidste gang, du havde en videokonsultation? Altså simpelthen bare prøve at forklare mig, hvad du gjorde, og hvordan det foregik?
00:03:59.4	00:04:15.8	(I) (Lang pause) ja, der blev lavet- altså lægen sender jo et link til mig. Sådan at jeg går ind på... og så på den måde kobler op via min øh...min øh... min tablet.
00:04:15.8	00:04:19.8	(F) Okay. Og hvor sad du henne sidste gang?
00:04:19.8	00:04:21.2	(I) Jeg sad hjemme i min stue.
00:04:21.2	00:04:25.3	(F) Okay. I sofaen eller... spisebordet?

00:04:25.3	00:04:25.4	(I) I min lænestol.
00:04:25.3	00:04:32.4	(F) I din lænestol, ja. Okay. Kan du huske, hvad tidspunkt på dagen, det var?
00:04:32.4	00:04:39.7	(I) Hmm jaa... ja, det har jeg jo stående på min kalender. Hvornår den sidste var. Det var klokken 11 om formiddagen.
00:04:39.7	00:04:43.0	(F) Okay. Hvor lang tid siden er det cirka?
00:04:43.0	00:04:53.1	(I) Det var den 28. fe- nej sludder... nej det var... (uf) vi skal tilbage til den 31. januar. Klokken 10.15.
00:04:53.1	00:05:03.0	(F) Ja... Okay. Så det er en måneds tid siden. Øhm... og kan du huske, hvor lang tid, det varede? Videokonsultationen.
00:05:03.0	00:05:03.1	(I) Nej, det- det var- det var ikke 5 minutter. <b>Det var nogle få minutter.</b> Jeg skulle lige have at vide, om der var nogen ændring i forhold til tidligere målinger og så videre. <b>Så det er ikke noget, der varer længe jo.</b>
00:05:18.4	00:05:23.9	(F) Nej. Og det var så denne her gang, hvor det lykkedes? Og så siger du, at du har prøvet et par andre gange også, hvor det ikke er lykkes?
00:05:23.9	00:05:28.0	(I) Den her gang lykkedes det slet ikke. Der måtte vi tage den på telefonen til sidst.
00:05:28.0	00:05:33.8	(F) Okay, så i endte simpelthen med at afbryde... videoen?
00:05:33.8	00:05:33.9	(I) Ja.
00:05:34.7	00:05:34.8	(F) Okay. Og så-
00:05:34.7	00:05:39.2	(I) Vi fik slet ikke forbindelse med hinanden.
00:05:39.2	00:05:39.3	(F) Hvordan så det så ud på skærmen?
00:05:40.2	00:05:58.3	(I) Jamen, det så ud som om, at jeg afventede jo, at [navn på ham, der tager blodprøver] skulle koble op. Og det var som om, han ikke gjorde det. Og så blev jeg jo bare hængende der, indtil [navn på ham, der tager blodprøver] ringede. Så (uf)
00:05:58.3	00:05:58.4	(F) Okay. Så det vil sige, at [navn på ham, der tager blodprøver] ringede til dig, da i ligesom måtte give op på videoen?
00:06:01.3	00:06:02.9	(I) Ja.
00:06:02.9	00:06:09.4	(F) Okay. Forberedte du dig ellers, inden du skulle have den her videokonsultation?
00:06:09.4	00:06:09.5	(I) Hvad siger du?
00:06:09.4	00:06:10.6	(F) Om du forberedte dig. Altså, var der noget du tænkte over, du lige skulle have klar inden?
00:06:15.3	00:06:18.1	(I) Næh... det var der faktisk ikke.
00:06:18.1	00:06:19.4	(F) Okay.

00:06:19.4	00:06:19.5	(I) Hvad tænker du på? Om der var noget specielt?
00:06:20.1	00:06:20.2	(F) Jamen det kunne godt være, at du tænkte over, for eksempel, hvor du satte dig henne? Eller om der var nogle spørgsmål, du skrev ned, som du skulle huske at stille? Det kan simpelthen være alt.
00:06:30.7	00:06:31.8	(I) Nå... nej, nej det var der ikke.
00:06:31.8	00:06:39.8	(F) Okay. Øhm... men tænker du over, hvor du sætter dig, når du har en videokonsultation?
00:06:39.8	00:06:45.8	(I) (Lang pause) jamen, jeg sidder samme sted de gange, jeg har prøvet det.
00:06:45.8	00:06:47.1	(F) Ja (lang pause) Og er du alene i rummet, eller er der andre?
00:06:47.1	00:06:47.2	(I) Ja, jeg er alene.
00:06:50.9	00:06:53.3	(F) Tænker du over, hvor [navn på ham, der tager blodprøver] er henne?
00:06:53.3	00:07:09.1	(I) (lang pause) Jamen [navn på ham, der tager blodprøver] er jo inde på sit kontor jo. Og der er så- der er en enkelt gang, hvor vi kom igennem, der har været lidt dårligt billede af ham, fordi hans lys faldt forkert.
00:07:09.1	00:07:25.8	(F) Okay. Øhm... men det vil sige, du har ikke bemærket, hvordan baggrunden hos ham så ud? Eller tænkt over om der har været nogle ting hos dig, som han har kunne se i baggrunden? Eller?
00:07:25.8	00:07:31.9	(I) (Lang pause) nej... det har jeg egentlig ikke tænkt over overhovedet.
00:07:31.9	00:07:45.2	(F) Nej, okay. Hvad tænker du... kan du se noget, der sådan har særligt potentiale i forhold til videokonsultationer? Noget der i hvert fald kunne komme til at fungere rigtig godt, hvis teknikken ellers virker? (griner)
00:07:45.2	00:08:02.1	(I) Ja, nu i det tilfælde her- mit her. Hvor det sådan set er svar på blodprøver og den slags der, det kunne man ligeså godt gøre per telefon på almindelig vis. Men der kan være andre situationer, hvor det kan være smart at kunne vise et billede af et eller andet.
00:08:02.1	00:08:05.6	(F) Tænker du på nogle situationer specifikt?
00:08:05.6	00:08:12.7	(I) Ja, jeg tænker på sådan hvis- eventuelt nogle sår eller et eller andet. Som så underligt ud.
00:08:12.7	00:08:15.8	(F) Ja, okay. Så det er simpelthen, hvis der er noget, som du gerne vil vise?
00:08:15.8	00:08:20.2	(I) Ja, så er det muligt (?) der jo.
00:08:20.2	00:08:28.9	(F) Okay. Så hvis det er nogle længere samtaler, men hvor der ikke er noget visuelt, så mener du, at telefon vil være lige så godt?
00:08:28.9	00:08:33.1	(I) Ja, det ville det. Ja.

00:08:33.1	00:08:36.8	(F) Synes du, det giver dig noget, at du kan SE [navn på ham, der tager blodprøver], når du taler med ham?
00:08:36.8	00:08:40.5	(I) Næ, egentlig ikke.
00:08:40.5	00:08:51.7	(F) Nej, okay. Nu nævnte du der her med teknologien, der har været virkelig problematisk (griner). Men er der andre ting, hvor du tænker, at videokonsultationer IKKE vil egne sig? Hvor du ikke ville have lyst til at bruge videokonsultation?
00:08:55.4	00:09:10.3	(I) (Lang pause) nej, det har jeg ikke tænkt nærmere over. Nej (uf). Det kan jeg ikke forestille mig, at der skulle være noget- eller at der skulle være en situation, hvor det ikke er i orden.
00:09:10.3	00:09:17.9	(F) Kan du forestille dig situationer, hvor du kunne finde på at tilbyde lægen "kan vi ikke lige tage den over video?"
00:09:17.9	00:09:30.1	(I) Det kunne godt tænkes, måske. Hvis det virker. Det er jo det, der er betingelsen jo. Og som jeg startede med at sige, idéen er god, hvis det virker.
00:09:30.1	00:09:34.0	(F) Ja. Så lige nu er det, der fylder mest, det er det her med teknikken.
00:09:34.0	00:09:35.3	(I) Ja...
00:09:35.3	00:09:44.3	(F) Det kan jeg godt forstå. Øhm. Men det vil sige, de gange du har haft videokonsultation, der har det været [navn på ham, der tager blodprøver] der har lagt op til det?
00:09:44.3	00:09:45.2	(I) Det har været [navn på ham, der tager blodprøver] ja.
00:09:45.2	00:09:50.0	(F) Ja okay. Så du har endnu ikke selv sagt "skal vi prøve at tage det her på video?"
00:09:50.0	00:09:50.1	(I) Nej, det har jeg ikke
00:09:50.7	00:10:00.2	(F) Okay. Og når han har spurgt dig, om- altså synes du, det er fint, at han bare ligesom beslutter, hvornår han synes, det skal være over video?
00:10:00.2	00:10:13.6	(I) Jamen der aftaler vi jo den tid, der passer mig. Det aftaler vi jo på forhånd. Hvilken dato, hvilket tidspunkt han vil... tage det over video.
00:10:13.6	00:10:24.1	(F) Synes du det giver noget fleksibilitet så? I forhold til tid? At det er video og at du ikke skal tage derved eller skrive en mail eller noget andet?
00:10:24.1	00:10:37.7	(I) (Lang pause) ja, det kan man egentlig godt sige, ja. Det er hurtigt gjort, det her. Når vi har aftalt, at på det og det tidspunkt, der kobler vi sammen.
00:10:37.7	00:10:45.6	(F) Ja, okay. Jeg tænkte også på, havde du nogle forventninger til videokonsultation, inden du prøvede det?
00:10:45.6	00:10:48.6	(I) Nej. Jeg skulle først se, hvad det var.

00:10:48.6	00:10:54.8	(F) Okay. Så du havde ikke nogle idéer om det ville være på en bestemt måde?
00:10:54.8	00:10:59.2	(I) Ikke udover, at det er nemt. Altså idéen er god. Ja...
00:10:59.2	00:11:04.2	(F) Okay, ja. Og har din holdning så ændret sig, efter du har prøvet det?
00:11:04.2	00:11:06.7	(I) Nej.
00:11:06.7	00:11:12.6	(F) Okay. Kunne du finde på at bruge det fremover, igen? Hvis teknikken virker?
00:11:12.6	00:11:16.7	(I) Ja da. Det kunne jeg.
00:11:16.7	00:11:31.0	(F) Nu har du så kun talt med [navn på ham, der laver blodprøver]. Er det primært ham, du har kontakt med dernede? Eller skifter det mellem ham og [navn på læge]?
00:11:31.0	00:11:48.5	(I) Det er mest [navn på ham, der laver blodprøver], fordi det er jo ham, der tager blodprøverne. Og så er det jo ham, jeg får kontakt med, når jeg skal have resultaterne også. Og hvis der er et eller andet, så snakker han jo sammen med [navn på læge], inden han kontakter mig. Om der skal laves nogle ændringer.
00:11:48.5	00:11:53.1	(F) Ja. Og hvor længe har du kendt [navn på ham, der tager blodprøver]?
00:11:53.1	00:11:58.0	(I) (Lang pause) hvad bliver det? Et års tid eller to.
00:11:58.0	00:12:04.6	(F) Okay, ja. Og du havde mødt ham, går jeg ud fra, før i havde en videokonsultation?
00:12:04.6	00:12:07.2	(I) Ja, ja. JA.
00:12:07.2	00:12:17.2	(F) Okay. Øhm... synes du, at han- lagde du mærke til, at han kiggede på dig? Havde øjenkontakt med dig, når i talte gennem video?
00:12:17.2	00:12:17.7	(I) Ja.
00:12:17.7	00:12:21.2	(F) Og følte du også, at han lyttede til dig?
00:12:21.2	00:12:24.3	(I) Ja, absolut.
00:12:24.3	00:12:27.5	(F) Var der nogle lydproblemer egentlig?
00:12:27.5	00:12:40.0	(I) Ja, der var en masse lydproblemer, i den ene af- af- af de konsultationer. Hvor den simpelthen hakkede lyden i stykker.
00:12:40.0	00:12:45.3	(F) Så det vil sige, at der har både været problemer med lyd og så har der også været det med lyset på et tidspunkt, som ikke var så godt.
00:12:45.3	00:12:53.1	(I) Ja, så var der det med lyden ja. Og så det med at kunne koble op. At koble sammen, så man kan se hinanden.
00:12:53.1	00:12:59.5	(F) Men når det så har virket, så har du- har billedet været fint? Har du kunne se og høre [navn på ham, der tager blodprøver] tydeligt?

00:12:59.5	00:13:02.3	(I) Ja.
00:13:02.3	00:13:14.9	(F) Og har det været sådan, at [navn på ham, der tager blodprøver] har haft styringen i samtalen? Eller hvordan- hvordan har kommunikationen ligesom fungeret mellem jer? Hvis du kan huske det?
00:13:14.9	00:13:18.1	(I) Jamen, hvad tænker du på?
00:13:18.1	00:13:35.0	(F) Jamen, jeg tænker på om- har han sagt "velkommen" eller "hej" eller "nu skal du høre, det er sådan her vi gør", eller et eller andet? For ligesom at guide dig igennem, hvordan sådan en videokonsultation foregår?
00:13:35.0	00:13:39.8	(I) Nej, det kan jeg ikke mindes. Nej.
00:13:39.8	00:13:47.0	(F) Okay. Synes du, at videokonsultationen har ændret på jeres forhold?
00:13:47.0	00:13:50.8	(I) Nej.
00:13:50.8	00:14:02.5	(F) Okay. Hvordan tror du det havde været, hvis ikke du havde mødt [navn på ham, der tager blodprøver], før? Altså simpelthen mødt ham første gang på video?
00:14:02.5	00:14:07.1	(I) Det forstår jeg ikke. Jeg kan jo ikke spå (griner).
00:14:07.1	00:14:18.6	(F) Nej (griner), men jeg tænkte bare... lad mig spørge på en anden måde. Hvis nu du skulle have en videokonsultation med en læge, du ikke havde mødt før. Ville du have det fint med det?
00:14:18.6	00:14:20.7	(I) Ja, ja. Simpelthen. Ingen problemer.
00:14:20.7	00:14:25.4	(F) Så det betyder ikke noget, at det er en, du kender i forvejen?
00:14:25.4	00:14:27.4	(I) Det gør det ikke, nej.
00:14:27.4	00:14:42.1	(F) Nej... okay. Og nu- bare lige for at have det helt på det rene. Så... du siger, at der var én gang, hvor det lykkedes at have en videokonsultation. Og så et par andre gange, hvor det ikke er lykkedes?
00:14:42.1	00:14:44.2	(I) Ja, en 2-3 gange, hvor det ikke er lykkedes.
00:14:44.2	00:14:47.4	(F) Og alle de gange, er det så endt med et telefonopkald?
00:14:47.4	00:14:48.8	(I) Ja.
00:14:48.8	00:14:56.5	(F) Okay. Og der har ikke været nogle af de gange, hvor der ellers var behov for noget visuelt? Altså for at du kunne vise noget?
00:14:56.5	00:14:56.6	(I) Nej, nej.
00:14:57.2	00:15:03.2	(F) Så du synes egentlig, at et telefonopkald- så vidt jeg forstår, så har telefonen været en fin løsning?
00:15:03.2	00:15:03.9	(I) Ja, det har virket fint også, ja. Bestemt.
00:15:03.9	00:15:22.8	(F) Så har jeg lige et par spørgsmål angående, hvilke medier du bruger i din hverdag. Og der tænker jeg på sådan noget som telefon,

		tablet, tv, radio og sådan noget. Kan du prøve at fortælle lidt om, hvad du bruger i hverdagen?
00:15:22.8	00:15:43.6	(I) Jamen, jeg har jo både Samsung og en Apple telefon. Og jeg har en Samsung tablet. Og så selvfølgelig fjernsyn og ja... og så videre...
00:15:43.6	00:15:45.1	(F) Er det tabletten, du har brugt hver gang, du har haft en videokonsultation?
00:15:45.1	00:15:47.3	(I) Ja. Det er det.
00:15:47.3	00:15:50.5	(F) Hvorfor er det den, du bruger?
00:15:50.5	00:15:54.6	(I) Fordi den har det største billede.
00:15:54.6	00:15:57.6	(F) Kunne du forestille dig at bruge telefonen?
00:15:57.6	00:16:02.9	(I) Ikke dem jeg har. For så- så er skærmen for lille.
00:16:02.9	00:16:07.3	(F) Kunne du forestille dig at være et andet sted end i dit hjem, når du har en videokonsultation?
00:16:07.3	00:16:13.8	(I) Ja, det skulle ikke give nogle problemer overhovedet.
00:16:13.8	00:16:15.4	(F) Okay, så det ville være rimelig fleksibelt.
00:16:15.4	00:16:20.2	(I) Ja, det kunne jeg sagtens se, at det kunne lade sig gøre. Ja.
00:16:20.2	00:16:26.9	(F) Har du brugt videomøder i andre sammenhænge? For eksempel med familie eller gennem et arbejde? Eller?
00:16:26.9	00:16:30.9	(I) Nej... nej.
00:16:30.9	00:16:32.5	(F) Okay, du har aldrig prøvet videomøder før?
00:16:32.5	00:16:35.4	(I) Nej.
00:16:35.4	00:16:39.5	(F) Okay. Føler du dig godt tilpas med at bruge din tablet ellers?
00:16:39.5	00:16:41.0	(I) Ja, bestemt.
00:16:41.0	00:16:41.1	(F) Hvad bruger du den til?
00:16:42.2	00:16:52.6	(I) Jeg har jo arbejdet med computere i mange år. Fra før computere blev moderne, har jeg jo bygget og gjort ved så... det er ikke nyt for mig.
00:16:52.6	00:17:02.1	(F) Aaah, ja okay. Så du har det helt fint med at bruge tabletten til alle mulige forskellige ting.
00:17:02.1	00:17:02.5	(I) Ja.
00:17:02.5	00:17:07.2	(F) Ja, okay. Hvad med computer? Kunne du finde på at bruge den til videokonsultation?
00:17:07.2	00:17:13.5	(I) Det kunne jeg også. Ja. Men nu er min skærm uden kamera. Men det kunne man selvfølgelig lave om på.
00:17:13.5	00:17:17.0	(F) Er computeren bærbar eller stationær?
00:17:17.0	00:17:21.4	(I) Det er en stationær.



00:17:21.4	00:17:31.6	(F) Tænker du, at det ville være, altså- jeg tænker på det der med, at en stationær kan man ikke flytte rundt på. Så at det også giver noget fleksibilitet, at du bare kan tage tabletten og sætte dig hvor som helst?
00:17:31.6	00:17:54.9	(I) Nej. Nu er det jo samme sted, jeg har valgt de gange, vi har haft video. Øhm.. det er jo også lige så meget for, at jeg får så godt lys på mit billede, altså sendt til ham. Så han kan se mig. Og det er nærmest derfor, at jeg har placeret mig på den måde.
00:17:54.9	00:17:56.0	(F) Ah okay. Så det er simpelthen primært på grund af lyset?
00:17:56.0	00:18:01.3	(I) Ja. Det er det.
00:18:01.3	00:18:04.7	(F) Og hvad med lyden? Tænker du over, hvordan du stiller din tablet eller sidder med den?
00:18:04.7	00:18:13.3	(I) Nej, den står bare på bordet.
00:18:13.3	00:18:27.1	(F) Okay. Her til sidst har jeg egentlig bare sådan nogle baggrundsspørgsmål om dig. Jeg ville gerne høre- nu siger du, at du har arbejdet med IT i mange år. Må jeg spørge, hvad din alder er?
00:18:27.1	00:18:27.2	(I) Jeg er 76.
00:18:29.1	00:18:33.3	(F) Og er du fra [by]? Eller hvor kommer du fra?
00:18:33.3	00:18:43.2	(I) Jeg er jo født på [ø]. Men jeg har så været lidt rundt i Danmark, og har været i [by] siden 1972.
00:18:43.2	00:18:45.1	(F) Okay. Og bor du alene eller sammen med nogen?
00:18:46.2	00:18:51.3	(I) Jeg bor alene.
00:18:51.3	00:18:51.4	(F) Okay. Yes. (Debriefing jf. interviewguide)

## F6. KARL

INTERVIEW MED KARL		
Start Time	End Time	Transcript
00:00:00.0	00:00:00.1	(F) (Briefing jf. interviewguide)
00:00:16.1	00:00:19.0	(F) Så vil jeg starte med at spørge, hvad er dit umiddelbare indtryk af videokonsultationer?
00:00:19.0	00:00:56.4	(I) Altså det... det... jeg har ikke noget imod at gå til læge, vil jeg sige. Men det er meget tidsbesparende for mig. Altså... og jeg arbejder jo med sådan noget i dagligdagen, så derfor er det ikke en fremmed ting for mig, tværtimod. Så jeg er positivt indstillet, og tilsvarende er min kone også. Jeg præger hende jo (griner).
00:00:56.4	00:00:56.5	(F) Okay, så i har simpelthen begge to brugt det?
00:00:56.4	00:01:38.0	(I) Ja, det har vi. Hun har faktisk brugt det mere end mig. Jeg synes, det er meget tidsbesparende fordi... nu er jeg jo en ældre mand efterhånden, og begynder at få alle de her sygdomme, som man nu gør, når man bliver ældre. Desværre. Men-men jeg kan jo se prøveresultater og så videre. Så er der jo ingen grund til at bruge tid på at tage ud og sætte sig i venteværelset. Så det er jo ti gange nemmere lige at sætte sig ned derhjemme og tænde telefonen og vente på, at lægen ringer en op. Der er ikke så meget frem og tilbage (?). Det kan jeg kun se en fordel i.
00:01:38.0	00:01:43.4	(F) Ja. Og hvor lang tid har du- eller er det [navn], du har som læge?
00:01:43.4	00:01:56.5	(I) Ja, det er [navn]. Ham har jeg haft i mange år. Uh (lang pause) 7-8 år har vi haft ham, tror jeg. Vi flytter med ham i hvert fald (griner).
00:01:56.5	00:01:59.2	(I) Ah okay, så han er flyttet? Og så fulgte i med?
00:01:59.2	00:02:07.4	(I) Ja, altså han flyttede jo- han havde jo klinik på [vejnavn].
00:02:07.4	00:02:11.3	(F) Okay. Og hvor tit er du i kontakt med lægen? Sådan cirka.
00:02:11.3	00:02:53.9	(I) Jeg er det jo mindst to gange om året på grund af min alder. Så går jeg til tjek. Men jeg har været det- på de sidste par år har jeg været det temmelig mange gange, fordi jeg har fået en bypass-operation med fire omkørsler. Og så har jeg (griner) lige haft en ny operation, så derfor- og så har- jeg døjer med for højt blodtryk og med et for højt kolesterol. Men der har jeg jo en fantastisk læge, fordi han- han sørger for, at jeg får det ypperste af det ypperste medicin indenfor-
00:02:53.9	00:02:54.0	(F) Nå, ja. Ej hvor godt.
00:02:53.9	00:03:20.0	(I) Specielt kolesterol. Der har han sørget for, at jeg har fået, i samarbejde med [navn på hospital], har han sørget for, at jeg får noget medicin, du ikke kan få normalt. Andet end inde på [navn på hospital]. Du kan ikke købe det eller noget som helst. Og det er noget kolesterol-medicin, der har gjort, at det onde kolesterol for mit vedkommende var for højt, så jeg kunne ikke løfte mine arme, så ondt

		havde jeg. Jeg kunne ikke komme højere end hertil. Det er væk nu. Det er lig med NUL.
00:03:20.0	00:03:20.1	(F) Fantastisk. Sådan.
00:03:20.0	00:03:24.9	(I) Jeg får sådan en sprøjte hver 14. dag. Jeg stikker mig lige i låret.
00:03:24.9	00:03:27.1	(F) Og det gør du selv?
00:03:27.1	00:03:27.2	(I) Ja, ja. Det gør jeg selv. Ja.
00:03:28.4	00:03:30.1	(F) Men hvordan er du i kontakt med lægen, udover at du har prøvet video?
00:03:30.1	00:03:32.1	(I) Jamen så er jeg jo- så er det kun ved at møde op.
00:03:37.0	00:03:38.3	(F) Så er det ved at møde op? Okay. Hvad med telefon eller e-mail?
00:03:38.3	00:03:39.2	(I) Nej.
00:03:39.2	00:03:40.0	(F) Nej? Det har du aldrig brugt?
00:03:40.0	00:04:06.6	(I) Nej (tænker). En enkelt gang har vi skrevet sammen. Kun en enkelt gang. Ellers så- men det er igen, det har jo ændret sig, det der med at være i kontakt med lægen. Tit er det jo ikke lægen, du er i kontakt med, så er det en sygeplejerske, du er ude ved og få taget blodprøver ved. Det er jo kun resultaterne, du går til læge for at få oplyst. Ikke?
00:04:06.6	00:04:10.6	(F) Ja, det er rigtigt... når du så har haft videokonsultation, har det så været med [navn på lægen], eller har det været med nogle af de andre?
00:04:10.6	00:04:11.5	(I) Nej, det har kun været med [navn på læge].
00:04:11.5	00:04:13.2	(F) Kun [navn på læge], okay.
00:04:13.2	00:04:14.8	(I) Jeg har kun prøvet det med [navn på læge].
00:04:14.8	00:04:19.4	(F) Og inden du prøvede det, fik du nogen information af ham omkring det?
00:04:19.4	00:04:26.9	(I) Ja, vi sad og snakkede om det. Og så- hvordan det virkede, prøvede det af på min telefon. Så- ude hos ham.
00:04:26.9	00:04:27.9	(F) Og det var i forbindelse med, at du alligevel havde en konsultation hos ham?
00:04:27.9	00:04:31.6	(I) Det var i en anden- ja lige nøjagtig.
00:04:31.6	00:04:31.7	(F) Og var det så ham, der spurgte dig, om du ville prøve video?
00:04:32.1	00:04:32.4	(I) Ja, det var det.
00:04:32.4	00:04:36.0	(F) Okay. Fik du noget andet- fik du noget på skrift eller?
00:04:36.0	00:04:36.6	(I) Nej.
00:04:36.6	00:04:37.7	(F) Okay, så i talte bare om det?
00:04:37.7	00:04:39.0	(I) Egentlig ikke. Det var ikke nødvendigt.

00:04:39.0	00:04:49.3	(F) Nej, okay. Så vil jeg høre om du kan fortælle mig om din sidste videokonsultation? Sælgelthen bare prøve at fortælle, hvordan det foregik.
00:04:49.3	00:04:52.4	(I) Det- den sidste er den eneste.
00:04:52.4	00:04:54.9	(F) Ja, den eneste, ja (griner).
00:04:54.9	00:05:30.3	(I) (Griner) nej men det... det der er så spændende, eller ikke spændende. Det der er det gode ved det, det er, at det foregår på en afslappet måde. Man sidder derhjemme, man sidder i egne omgivelser. Betyggende omgivelser. Ikke fordi- altså nu er jeg jo ikke bange for at gå til lægen. Det vil jeg lige sige med det samme. For jeg har efterhånden prøvet så meget nu her på det seneste. Så det- det- når du ligger helt derude [peger mod hospital], så nej. Men det er en tryg- det føles trygt at sidde derhjemme. Det gør det.
00:05:30.3	00:05:35.8	(F) Ja. Men hvordan foregik det, da du gjorde det? Altså helt lavpraktisk, hvad gjorde du?
00:05:35.8	00:05:55.4	(I) Jamen, vi havde aftalt et tidspunkt, hvor jeg skulle tænde min telefon. Og så- konen var også hjemme, for hun var også nysgerrig på, hvordan dette her skulle foregå. Fordi hun skulle selv prøve det efterfølgende. Senere. Så- så... men ja... hvordan skal jeg sige det? Hvordan skal jeg næsten udtrykke det?
00:05:55.4	00:05:58.3	(F) Du loggede ind på telefonen?
00:05:58.3	00:06:09.3	(I) Nå, jamen hvordan? Ja, altså jeg tænder for min telefon på det specielle program. Og der står så bare- der kommer en engelsk stemme hele tiden, som fortæller at du skal vente og vente og vente.
00:06:09.3	00:06:09.4	(F) En engelsk stemme?
00:06:09.8	00:06:10.7	(I) Ja, jeg mener, den er engelsk.
00:06:10.7	00:06:13.4	(F) Ja, okay.
00:06:13.4	00:06:19.4	(I) At der var ikke forbindelse endnu. Og det kom sådan med jævne mellemrum.
00:06:19.4	00:06:21.5	(F) Kan du huske- var det sådan en skærm, hvor den stod og talte ned?
00:06:21.5	00:06:46.5	(I) Nej, det gør den ikke. Fordi øhm du får en... du aftaler med... et kvarter før, at konsultationen skal finde sted, skal du tænde for din telefon på det program. Før kan du heller ikke gøre det (uf).
00:06:46.5	00:06:47.3	(F) Var det et link, du havde fået tilsendt?
00:06:47.3	00:07:32.8	(I) Nej, nej. Nej, nej. Hvis du går ind på Min Læge (viser på sin telefon). Så var der aftaler. Så går du ind under aftaler. Så øhm... se... Du går ind under et eller andet. Og så inde på den, der vil du kunne se, at der er- at det er en videokonsultation. Og så skal du trykke på den, og så kommer der en skærm frem. For så kan du ellers bare sidde

		og vente, indtil han kalder dig op. Og så er han der bare lige pludselig (griner).
00:07:32.8	00:07:37.7	(F) Okay (griner). Smart. Så det er den der app Min Læge, du bruger?
00:07:37.7	00:07:43.4	(I) Ja, det er den, der bliver brugt, ikke? Det er ikke Lægevejen. Eller noget Medicinkortet eller noget.
00:07:43.4	00:07:47.3	(F) Og hvordan kan det være, at det er telefonen, du bruger?
00:07:47.3	00:07:53.5	(I) (Lang pause) hvad skulle jeg ellers bruge? Computeren?
00:07:53.5	00:07:55.8	(F) Ja, computer, eller det kan være, du har en tablet? Eller et eller andet.
00:07:55.8	00:07:55.9	(I) Jamen jeg har alt. Men øhm... det kan jeg såmænd ikke- jo, det er det jo, fordi (griner) da jeg sad oppe ved ham. Og han viste mig det. Der havde jeg jo kun min telefon på mig. Ikke? Så er det jo klart, så er det den, jeg bruger. Nu kan du se, jeg har jo to telefoner her (peger). Så jeg lever jo med telefonen.
00:08:17.9	00:08:20.5	(F) Og den gang du prøvede video, var du derhjemme?
00:08:20.5	00:08:20.9	(I) Ja, jeg sad derhjemme.
00:08:20.9	00:08:21.7	(F) Hvorhenne sad du?
00:08:21.7	00:08:24.5	(I) Jeg sad ved vores spisebord.
00:08:24.5	00:08:25.0	(F) Okay. Og du siger, at din kone også var der?
00:08:25.0	00:08:26.3	(I) Ja, ja.
00:08:26.3	00:08:27.3	(F) Var hun med i billedet?
00:08:27.3	00:08:30.0	(I) Ej. Hun var ikke med i billedet.
00:08:30.0	00:08:30.2	(F) Okay, men hun var i rummet?
00:08:30.2	00:08:34.1	(I) Ja, hun var i rummet. Så hun kunne se, hvordan det foregik, fordi hun selv skulle prøve det også.
00:08:34.1	00:08:35.1	(F) Kan du huske, hvad tidspunkt på dagen, det var?
00:08:35.1	00:08:43.0	(I) Hmm... det må jeg jo kunne se, hvis jeg kan finde den. Selve konsultationen (ser på sin telefon).
00:08:43.0	00:08:46.6	(F) Eller bare om det er formiddag eller aften eller?
00:08:46.6	00:08:56.2	(I) Jamen, det var det ikke. Det var... vent lige lidt, jeg skal lige se. Hvis jeg kun har haft den, så har det været 13.45.
00:08:56.2	00:08:57.3	(F) Okay.
00:08:57.3	00:09:04.9	(I) For det er den eneste (lang pause).
00:09:04.9	00:09:06.2	(F) Og kan du huske, hvor lang tid konsultationen varede?
00:09:06.2	00:09:12.6	(I) Det tager... nej... fem minutter, maks. MAKS. Mere tager det ikke.
00:09:12.6	00:09:12.9	(F) Okay. Og havde i nogle tekniske problemer?

00:09:12.9	00:09:14.1	(I) Nej. Overhovedet ikke.
00:09:14.1	00:09:15.3	(F) Okay. Lyden var fin? Og billedet var fint?
00:09:15.3	00:09:17.1	(I) Lyden var ganske udemærket. Ja, ja.
00:09:17.1	00:09:19.1	(F) Nå, ja det var da skønt. Blev i afbrudt?
00:09:19.1	00:09:20.1	(I) Nej.
00:09:20.1	00:09:31.1	(F) Nå, ej det er da fantastisk. Jeg er vant til tekniske problemer... Fedt. Forberedte du dig på nogen måde? Var der noget, du tænkte over, inden du startede videoen?
00:09:31.1	00:09:54.3	(I) Nej (lang pause), fordi jeg skulle have nogle prøveresultater at vide. Det må have været- ja men det var det også. For jeg havde været til mit årlige tjek. Eller halvårige. Så- så skal jeg have resultaterne at vide af ham. Det må ikke være sygeplejersken.
00:09:54.3	00:10:02.4	(F) Okay, sådan er det jo. Og du siger, at du sad ved dit spisebord. Tænkte du over- altså hvorfor er det lige spisebordet, du satte dig ved?
00:10:02.4	00:10:08.9	(I) Jamen, det er, fordi jeg sidder sådan cirka i den her højde (viser det). Hvis jeg sidder ved et sofabord, er det noget lavere.
00:10:08.9	00:10:10.3	(F) Okay. Så det er simpelthen bare, fordi det er den bedste måde at sidde på?
00:10:10.3	00:10:14.8	(I) Ja. Der er dejligt lys. Jeg kan kigge ud i haven (griner).
00:10:14.8	00:10:17.8	(F) Ja (griner). Tænkte du over, hvor lægen sad?
00:10:17.8	00:10:21.8	(I) Nej, for jeg kender hans kontor, altså. Klinik.
00:10:21.8	00:10:23.5	(F) Ja. Og han sagde heller ikke noget med, hvor han sad?
00:10:23.5	00:10:27.5	(I) Nej (trækker på ordet). Det kunne jeg jo se. Jeg kender det jo.
00:10:27.5	00:10:28.5	(F) Nå ja, men altså... man ved aldrig (griner).
00:10:28.5	00:10:30.8	(I) Nej, det er rigtigt (griner).
00:10:30.8	00:10:34.2	(F) Og sagde du, at din kone var i rummet? Vidste [navn på læge] det?
00:10:34.2	00:10:37.5	(I) Hun var i rummet ja.
00:10:37.5	00:10:39.1	(F) Fortalte du det til [navn på læge], eller kunne han se det?
00:10:39.1	00:10:52.1	(I) Nej, nej. Det tror jeg ikke. Men han kender os så godt, så... min kone arbejder på [arbejdsplads]. Det ved han alt om.
00:10:52.1	00:11:02.8	(F) Ja, okay. Du startede med at sige, at du jo egentlig synes, at det fungerer ret godt, videokonsultation? Er der nogle situationer, hvor du tænker, at det er særlig brugbart?
00:11:02.8	00:11:08.2	(I) (Lang pause) nej, jeg vil hellere vende det om og sige, hvor det ikke er brugbart. Fordi-
00:11:08.2	00:11:08.3	(F) Ja, det må du også meget gerne.

00:11:08.2	00:11:26.9	(F) Det er netop i situationer, hvor du skal have noget alvorligt at vide. Der dur det ikke. Til sådan noget som det her, ja, der er det allertidst. Der kan jeg kun se en fordel. Skal du til at have nogle slemme ting at vide, så vil jeg vove at påstå, at så skal det være face-to-face.
00:11:26.9	00:11:27.0	(F) Hvordan kan det være, at du synes det?
00:11:27.9	00:12:29.0	(I) Jaaa... du kan ikke- lægen kender ikke din reaktion på det, hvis det er noget alvorligt. Det kan være kræft, det kan være, ja, hvad som helst. Altså... det (trækker på ordet). Jeg vil sige, det er godt nok, når du skal have nogle prøveresultater at vide. Og han kan sige til dig "prøv at høre, du er overvægtig, og du skal tabe 10 kg hurtigst muligt" eller et eller andet. Det må han gerne sige. Det har jeg ikke noget imod. Det bestemmer han selv. Altså (griner). Ikke? Altså. Men det er noget der siger nej (uf), det er...du skal... jeg vil se dig. Fordi han siger også, og det har jeg så også lagt mærke til, hvis du spørger om et eller andet, som- medicinmæssigt eller... så vil han se dig. Det vil han ikke udskrive på baggrund af sådan en samtale der. Og det kan jeg også godt følge ham i.
00:12:29.0	00:12:37.4	(F) Mh, ja. Men synes du så, der er noget godt ved, at- altså selvom at du skal have prøvesvar- jeg tænker, det er egentlig noget information, du også kunne få på skrift eller på telefonen? Men-
00:12:37.4	00:12:37.5	(I) Jamen, jeg kan bare slå dem op. Men jeg har jo ikke forstand- jeg kan ikke selv læse dem. Jeg har én kæmpe anke mod det danske sygehusvæsen. Og det er, jeg var indlagt- eller ja det er- jeg havde nyresten, og skulle have fjernet den der nyresten. Det foregår jo i løbet af én dag. Ind og ud samme dag. Og øhm.... jeg blev jo ikke tilset af nogen læge, efter at den var fjernet. Men jeg kunne jo læse på min journal. Nu har jeg jo haft latin i skolen fra 40 år siden, så det kan jeg jo ikke huske.
00:13:18.4	00:13:20.9	(F) Ja, for jeg skulle lige til at sige, det er jo så det næste. Det er da ikke sikkert, man kan forstå det. Altså...
00:13:20.9	00:14:10.5	(I) Ja, og- og- og der blev jeg nødt til at have fat i... min læge. For efterfølgende har jeg også skulle aflevere nogle døgnurinprøver og sådan noget. Det svar ligger jo også derinde. Det har jeg heller ikke fået noget besked på. Og vi diskuterede det faktisk derhjemme her forleden. Jeg siger til min kone "det er egentlig mærkeligt, at lægen ikke ringer en op eller tager kontakt til en, og ligesom fortæller, at der er sket det og det, eller jeg har fået det og det. Det ser sådan og sådan ud". Det skal man selv finde ud af. Det burde jo egentlig være den modsatte vej rundt. For jeg ved jo ikke, hvornår man får svaret. Jeg ved ikke, hvornår han læser svaret. Og... Ikke?
00:14:10.5	00:14:10.6	(F) Ja.

00:14:10.8	00:14:18.8	(I) Der er et eller andet i systemet, der ikke fungerer. Så jeg skal have ringet til ham, eller have bestilt en videokonsultation. Med netop de ting.
00:14:18.4	00:14:29.1	(F) Men tænker du så- giver det dig noget ekstra, at du kan SE ham, mens han fortæller- altså jeg tænker, det er jo ikke, fordi han skal se noget på din krop-
00:14:29.1	00:14:29.4	(I) Nej det er jo ikke fysisk, at han skal se mig eller noget
00:14:29.4	00:14:30.1	(F) Nej...
00:14:30.1	00:15:43.9	(I) Øhm, nej, jo, nej... altså det betyder ikke noget for mig at gøre det. Det er ikke uvant for mig. Det kan det godt være for nogle andre mennesker. Det kan det sagtens være. Jeg er... hvad hedder det... jeg er jo næsten 67 år gammel. Jeg er startet med at arbejde som 17-årig i servicebranchen, og jeg er udlært ved [virksomhed]. Og har beskæftiget- jeg har ikke beskæftiget mig med andet end service hele mit liv. Inden for [virksomhed], indenfor rejser. Luftfart også. [Navn på virksomhed], [navn på anden virksomhed]. Og- så jeg har simpelthen ikke beskæftiget mig med andet end service. Jeg er ikke bange for at tale med mennesker, for at stille mig op foran mennesker, store mængder. I [på informantens nuværende arbejde] er det jo lige sådan. Så jeg- det der medie der, jamen altså, det er en naturlig ting for mig. Så jeg tænker nok anderledes end visse andre, måske nok. Ikke?
00:15:43.9	00:15:47.0	(F) Ja. Og du har det fint med at prøve nye ting?
00:15:47.0	00:15:51.3	(I) Ork ja. Jeg elsker det (griner). Jeg er et legebarn, hvad det her angår.
00:15:51.3	00:15:57.7	(F) Ja okay (griner). Havde du nogle forventninger til videokonsultationen, inden du prøvede det? Havde du gjort dig nogle tanker om, hvad det mon var?
00:15:57.7	00:16:13.8	(I) Nej, jeg havde kun set det i fjernsynet. Hvordan sygehusene har gjort brug af det. Og som sagt, nu har jeg det tæt inde på livet, fordi jeg har en kone, der arbejder på [navn på hospital]. Det er ikke, fordi hun har noget med det at gøre, men vi diskuterer det selvfølgelig lidt, sådan nogle ting. I hverdagen.
00:16:13.8	00:16:16.0	(F) Men der tænkte du også, at det ville fungere fint? Eller hvad?
00:16:16.0	00:16:29.3	(I) Ja, altså ud fra det jeg har set på sygehusene, fungerer det jo perfekt for dem. Det kan spare utrolig meget man power. Ikke?
00:16:29.3	00:16:31.6	(F) Og var der så noget, der ændrede sig, efter du havde prøvet det?
00:16:31.6	00:16:51.6	(I) Nej... egentlig ikke. Ikke andet end at jeg nu tænker, at eksempelvis som jeg fortalte, jeg skal have nogle prøveresultater at vide. Så nu bestiller jeg bare en videokonsultation. Det samme har min kone gjort. Hvor vi diskuterede "bestil du bare en videokonsultation".



00:16:51.6	00:16:51.7	(F) Og så ringer du ind og bestiller den, eller?
00:16:52.0	00:17:02.2	(I) Nej, jeg booker online. Jeg booker en tid på nettet, og skriver at jeg vil have en videokonsultation. Så svarer de tilbage når (uf).
00:17:02.2	00:17:02.9	(F) Kunne du finde på at have en videokonsultation på arbejdet?
00:17:02.9	00:17:27.0	(I) EJ. Jeg har tænkt meget over det (lang pause). Jeg kan ikke- så skal jeg til at booke et mødelokale. Det ville jeg ikke bryde mig om. Nej. For at være helt ærlig, nej. Så vil jeg hellere vælge en dag, hvor jeg har en fridag. Og så sige, at så gør vi det den dag.
00:17:27.0	00:17:32.0	(F) Okay. Men du synes stadig, det er nemmere end for eksempel at skulle op til lægen?
00:17:32.0	00:17:43.4	(I) Ja. Hvis nu for eksempel at jeg skulle afsted nu her i dag til konsultation, så ville jeg ikke kunne få parkering, når jeg kom tilbage. Bare for at sige noget (griner).
00:17:43.4	00:17:59.4	(F) Ja (griner) det er da fuldstændig forståeligt. Det giver fin mening. Ja... hvordan synes du, når du har talt med lægen over videokonsultationen, føler du, at han lytter til dig? Og kan i have øjenkontakt?
00:17:59.4	00:17:59.6	(I) Ja, sagtens.
00:17:59.6	00:18:03.0	(F) Og der har ikke været nogle problemer heller med lyd eller?
00:18:03.0	00:18:08.1	(I) Nej. Ikke i den forbindelse, vi har haft.
00:18:08.1	00:18:11.3	(F) Har du tænkt over noget med lys, for eksempel?
00:18:11.3	00:18:17.3	(I) Det fungerer upåklageligt. Jeg ved ikke, hvordan han ser mig. Men- ja det ved jeg jo, for det kan se. Men nej.
00:18:17.3	00:18:23.0	(F) Og det er ikke sådan, at du selv tænker "hov, nu skal jeg lige sidde et sted, hvor der er lys"?
00:18:23.0	00:18:25.9	(I) Nej, nu har jeg jo brugt telefonen.
00:18:29.1	00:18:36.3	(F) Forklarede [navn på læge] noget, da i havde videokonsultation- altså tog han styringen og sagde "nu har vi en videokonsultation, og det foregår sådan her" eller andet?
00:18:36.3	00:18:54.8	(I) Nej, det- altså vi vidste jo, hvad vi skulle snakke om. Så, nej det synes jeg ikke. Selvfølgelig første gang, eller nu var det den eneste gang lige til at begynde med, men altså. Alt andet lige, nej. Vi taler bare frit fra leveren. Det gør jeg med ham.
00:18:54.8	00:18:58.8	(F) Og du logger ind på det link, og så venter du på, at han kommer på. Ikke?
00:18:58.8	00:19:03.2	(I) Jeg venter på, at han får tid. Om man så må sige.
00:19:03.2	00:19:11.9	(F) Synes du, at- nu har du selvfølgelig kun prøvet videokonsultation én gang, men kan du forestille dig, at det på en eller anden måde kan ændre ved dit forhold til lægen?

00:19:11.9	00:19:32.4	(I) Nah. Vi har diskuteret, at jeg vil nødtigt være læge, skulle jeg lige til at sige (griner). Det- det- vores forhold til lægen har ændret sig meget, fordi at der er kommet så mange sygeplejersker... som gør at lægen ikke har tid til os på samme måde, som de havde tidligere.
00:19:32.4	00:19:34.8	(F) Altså, fordi man så bliver sendt til sygeplejersken i stedet for?
00:19:34.8	00:19:47.7	(I) Ja. Ikke? Altså der- men så- så i princippet kan man godt sige, at hvis man vil slippe for det der konsultationsmøde, om man så må sige, så er det her da <b>ti gange bedre</b> .
00:19:47.7	00:19:51.4	(F) Så du tænker, at det måske vil forbedre adgangen til lægen?
00:19:51.4	00:19:53.3	(I) Ja, det tror jeg. Det tror jeg.
00:19:53.3	00:20:04.0	(F) Okay. Øhm... hvordan havde det været, hvis ikke du havde kendt [navn på læge], og det første møde i havde, var over video? Ville du synes, at det var fint?
00:20:04.0	00:20:05.1	(I) Nej.
00:20:05.1	00:20:05.2	(F) Hvorfor ikke?
00:20:05.8	00:20:08.1	(I) Nej, <b>jeg vil gerne se personen an, og have snakket med vedkommende først</b> . Det- det vil jeg.
00:20:16.7	00:20:24.3	(F) Så hvis jeg siger, at det er lidt et supplement til at man også mødes, er det rigtigt forstået?
00:20:24.3	00:20:46.8	(I) Det er det blevet, fordi jeg skal jo derind. Øhm. Men det er jo ikke til ham, nødvendigvis. Er det de årlige tjek, så er det jo sygeplejersken, der tager hjertekardiogram og så videre. Men er der andet, så får han det jo forelagt. Det ved jeg jo, at han gør. Og så er der jo videokonsultationen. Som kommer ind i billedet der, ikke?
00:20:46.8	00:20:52.7	(F) Så det er fint nok, hvis du fremover bare taler med ham over video? Fordi du har mødt ham, så du kender ham? Eller?
00:20:52.7	00:20:56.3	(I) Ja... jeg har set ham rigtig gal.
00:20:56.3	00:20:56.4	(F) Okay? (griner)
00:20:57.5	00:24:38.5	(I) Det var mig, han var gal på. Det var den gang- ja, jeg kan godt fortælle det. Da jeg blev hjerteopereret. Jeg er jo, som du sikkert kender, en mand, der aldrig er syg. Det var for halvandet år- i efterårsferien. Der gik jeg alene i [navn på bygning på sin arbejdsplads] og skiftede pærer. Der var ikke en levende sjæl. Jeg skulle bruge hele efterårsferien på det. Så der var ikke nogen. Jeg var ene mand på en stige. Så nåede vi frem til middag eller sådan noget. Der gik jeg rundt, og jeg gik ovenpå og satte mig, og spiste min mad. Så gik jeg tilbage og arbejdede videre. Op på stigen. Så klokken var hen ved 3-tiden. Så synes jeg stadig det gjorde ondt. Det trykkede under ribbenene. Jeg havde det mere og mere skidt. Så tænkte jeg "ej, nu kører du hjem". Så kørte jeg hjem. Så kom jeg hjem. Så siger jeg så til min kone... "jeg sætter mig lige i stolen i stuen", siger jeg så, og så synes jeg, vi skal sidde og se badminton. Der var badminton fra

		Danish Open. Jeg elsker at se badminton. Og det sad vi og så indtil klokken halv elleve om aftenen. Og jeg blev mere og mere bleg. Og jeg tænkte, at jeg hellere måtte komme i seng. Jeg skulle op og arbejde næste dag. Jeg sov ikke hele natten. (uf). Så ondt havde jeg. Og så næste morgen siger hun så, (uf) "jeg tror vi skal ringe efter en ambulance". "EJ, det skal vi ikke". Jeg er en mand. Det sagde jeg ikke, men nej... (griner). Da vi skulle til at køre, siger jeg "vi kører ud til lægen, han åbner klokken 8". Da jeg så kom ud til [navn på lægen]. Hold da kæft en skideballe jeg fik. Der blev ringet 112. Og så pumpede de mig så meget med blodfortyndende medicin, at de kunne ikke operere mig. Jeg måtte ligge derude i en uge for at få det ud af kroppen. Eller fem dage. Før de så opererede mig. De prøvede på alle mulige måder. Om de kunne (uf). Men der var ikke plads til (uf). Overlægen der, han forsøgte at lægge den der (uf) op. De gik op igennem lysken. Det er altså et ømt sted (griner). Og han havde åbenbart ikke givet mig bedøvelse nok. Så jeg rykkede jo engang, og så råbte han "KAN DU SÅ LIGGE STILLE" sagde han så. "Jamen for pokker, det er da et ømt sted at komme op der," siger jeg så. Og sygeplejerskerne var ved at dø af grin (griner).
00:24:38.5	00:24:40.4	(F) Ja, okay (griner). Men der kørte du simpelthen op til [navn på læge] om morgenen.
00:24:40.4	00:24:41.3	(I) Ja.
00:24:41.3	00:24:42.1	(F) I ringede ikke først?
00:24:42.1	00:24:43.9	(I) Nej, nej.
00:24:43.9	00:24:48.7	(F) Men det virker så også som om, du har et ret godt forhold til ham, altså?
00:24:48.7	00:24:58.0	(I) Ja, det har jeg da. Det har jeg. Der er ikke noget. Han har været alletiders for både min kone og så mig. Der er ikke- nej.
00:24:58.0	00:25:05.8	(F) Okay. Det er da dejligt at høre. Har du andre kommentarer til det om videokonsultationer? For ellers har jeg egentlig bare nogle mere generelle spørgsmål.
00:25:05.8	00:25:07.0	(I) Nej, egentlig ikke.
00:25:07.0	00:25:19.3	(F) Nu har du allerede sagt lidt om det her med, at du har mange forskellige teknologier og sådan noget. Øhm. Hvad bruger du mest i din hverdag? Jeg tænker, telefonen må være en af dem?
00:25:19.3	00:25:26.8	(I) Jamen altså på mit arbejde er det jo- nej der er det ligeså meget pc. Så. Det er en blanding af pc og telefon.
00:25:26.8	00:25:27.3	(F) Og hvad med derhjemme, hvad for nogle medier bruger du der?
00:25:27.3	00:25:30.2	(I) Der er det pc.
00:25:30.2	00:25:32.5	(F) Ja. Er det bærbar eller stationær?
00:25:32.5	00:25:41.9	(I) Det er en bærbar. En Mac. Jeg har også en øhm... en tablet. Det har jeg jo- fra arbejdet har jeg jo en Mac.

00:25:41.9	00:25:46.5	(F) Kunne du finde på at bruge for eksempel tablet til videokonsultationen?
00:25:46.5	00:25:51.3	(I) Jeg har den liggende, så det kunne jeg sagtens. Men...
00:25:51.3	00:25:51.4	(F) Men du tænker at fortsætte med telefonen?
00:25:51.3	00:25:52.2	(I) Ja. Jeg er så glad for min nye telefon (griner).
00:25:56.0	00:26:05.5	(F) (Griner) det er da dejligt. Fedt. Og hvad med, har du prøvet videomøder i andre sammenhænge? Jeg tænker for eksempel FaceTime med familien eller Skype-møder?
00:26:05.5	00:26:06.2	(I) Ja, det gør jeg med mine børn.
00:26:06.2	00:26:08.2	(F) Ja. Tit?
00:26:08.2	00:26:29.7	(I) Nah... nogle gange. Når vi skal se børnebørnene. De bor så langt væk, så... så er det jo ret nemt lige at FaceTime. Og så er det endnu værre, når man skifter teknologi. Fordi her har du en Huawei (peger på telefonen) og her har du en iPhone (peger på telefonen). Det- det- men det er jo meget godt.
00:26:29.7	00:26:34.9	(F) Ja, okay. Og hvad med i arbejdssammenhæng. Har du brugt Skype?
00:26:34.9	00:26:43.6	(I) Der har vi jo Skype videomøder. Vi har kamera og så videre. Vi sætter det selv op på kontoret.
00:26:43.6	00:26:44.3	(F) Er det noget, du har gjort meget brug af?
00:26:44.3	00:26:46.1	(I) Nej. Nej.
00:26:46.1	00:26:46.2	(F) Men du har prøvet det?
00:26:46.1	00:26:47.3	(I) Ja, ja. Ja.
00:26:52.6	00:26:53.7	(F) Hvem- du bor med din kone?
00:26:53.7	00:26:57.3	(I) Ja, vi er ikke gift. Men ja.
00:26:57.3	00:26:57.8	(F) Okay, men i bor sammen?
00:26:57.8	00:26:58.5	(I) Ja.
00:26:58.5	00:27:00.4	(F) Og børnene er jo flyttet hjemmefra.
00:27:00.4	00:27:03.6	(I) Vi har begge to børn, men ikke sammen.
00:27:03.6	00:27:08.3	(F) Og så sagde du noget med, at du har været i [navn på by] på et tidspunkt?
00:27:08.3	00:27:12.7	(I) Ja, det startede jeg med i 1971. Der startede jeg ved [virksomhed].
00:27:12.7	00:27:13.1	(F) Er du fra [navn på by]?
00:27:13.1	00:27:14.1	(I) Nej, jeg er [region]
00:27:14.1	00:27:14.8	(F) Og hvor længe har du så boet her?
00:27:14.8	00:27:21.3	(I) Her har jeg boet siden 1997.

---

00:27:21.3	00:27:32.3	(F) (Debriefing jf. interviewguide)
------------	------------	-------------------------------------

## F7. PER

INTERVIEW MED PER		
Start Time	End Time	Transcript
00:00:00.0	00:01:37.7	(F) (Briefing jf. interviewguide)
00:01:37.7	00:01:40.3	(F) Jeg vil starte med at spørge, om du vil fortælle lidt om dig selv? Hvad du laver, hvor du bor og sådan noget.
00:01:40.3	00:02:21.9	(I) Okay. Jeg er malermester og har min egen forretning. Jeg er 67 år. Og jeg bor i [by]. Og øhm ja hvad mere? Ja, min helbredstilstand det er så, at i år 2006-7 stykker, der fik jeg en øhm blodprop i hjertet, og fik efterfølgende en stent. Er det ikke sådan, det hedder? Det tror jeg nok. Øhm. Og så her i marts måned sidste år, der fik jeg... blodprop i hjertet, mens jeg var på Tenerife. Og var indlagt dernede.
00:02:21.9	00:02:22.0	(F) Nå, puha.
00:02:22.7	00:02:28.0	(I) Øhm ja. Ja. Det var egentlig en super oplevelse. De er meget professionelle dernede, så...
00:02:28.0	00:02:28.1	(F) Okay, nå det var godt.
00:02:30.4	00:02:38.1	(I) Ja, ja men det var super. Øhm. Men hvad vi klarer herude på 24 timer i [by], det klarer- det skal de så bruge seks døgn på. Øhm.
00:02:38.1	00:02:38.7	(F) Ja...
00:02:38.7	00:02:45.6	(I) Det er noget med kroner-ører, tror jeg. Det er så, hvad det er. Men så ville skæbnen så, at da jeg kom hjem- min læge han ville have mig ud på sygehuset for lige at få tjekket igen, så der gik de i lysken på mig. Nede i Tenerife var det håndleddet, men det er i lysken på mig. Og så gik de op og kiggede igen, og det var så, som de havde konstateret på Tenerife.
00:02:58.9	00:03:00.0	(F) Okay.
00:03:00.0	00:03:00.1	(I) Så øhm i sommeren sidste år. Eftersommeren sidste år. Der fik jeg en blodprop i hjernen på synsbarken.
00:03:09.0	00:03:09.1	(F) Okay.
00:03:10.9	00:03:23.4	(I) Og der gik jeg så til genoptræning. Jeg havde mistet en del af mit syn på venstre øje. Men- men- men det er det. Så skulle jeg sådan set ikke have mere nu (griner).
00:03:23.4	00:03:26.4	(F) Nej, okay (griner). Og er du fra [by] eller?
00:03:26.4	00:03:27.5	(I) Ja, jeg er fra [by].
00:03:27.5	00:03:28.9	(F) Okay. Og er du gift?
00:03:28.9	00:03:31.5	(I) Ja, jeg er gift.
00:03:31.5	00:03:32.8	(F) Okay, så i bor to personer sammen, går jeg ud fra?
00:03:32.8	00:03:34.5	(I) Ja, ja.

00:03:34.5	00:03:34.6	(F) Okay, okay. Jamen øhm så vil jeg høre, hvad dit umiddelbare indtryk er af videokonsultationer? Hvad synes du om idéen?
00:03:43.2	00:04:24.3	(I) Jamen idéen er god. Jeg synes, der var lidt opstartsvanskeligheder. Jeg sad rent faktisk i mit sommerhus, da vi skulle have den her. Og der gik det sådan lidt øhm lidt skævt med noget tid, og hvad det nu end var. Så efterfølgende prøvede vi igen. Og der synes jeg egentlig, at det fungerede udemærket. Det jeg synes er irriterende, det er, at der er en lille smule forsinkelse på. Men ellers så synes jeg egentlig- nu skulle jeg egentlig også bare have svar på nogle blodprøver og noget hjertekardiogram, hvordan det så ud og så videre. Så det var- det var egentlig bare et øhm ja, at jeg skulle have svar på, hvad de prøver jeg havde fået foretaget, hvad de sagde.
00:04:24.3	00:04:27.4	(F) Okay, ja.
00:04:27.4	00:04:35.8	(I) Og det var rigeligt for mig med den der videokonsultation, i stedet for at jeg måske skal ulejlige mig derop, eller at lægen skal ulejlige sig på anden vis.
00:04:35.8	00:04:39.2	(F) Ja, okay. Og hvor tit har du prøvet videokonsultation?
00:04:39.2	00:04:42.2	(I) Kun den ene gang.
00:04:42.2	00:04:46.8	(F) En enkelt gang, ja. Okay. Og hvor- er det [navn] du har som læge?
00:04:46.8	00:04:47.3	(I) Ja.
00:04:47.3	00:04:48.4	(F) Og hvor længe har du haft ham som læge? Kan du huske det?
00:04:48.4	00:05:01.0	(I) Øhm... efter han overtog tingene fra- hvad fanden hed han? Hvad hed den foregående? Så det må være noget med et par år eller tre. Eller sådan noget. Jeg kan ikke lige huske, hvornår han overtog.
00:05:01.0	00:05:02.1	(F) Nej, okay.
00:05:02.1	00:05:09.4	(I) Øhm så det er- jeg var der også ved lægen, der var der før ham. Årh det kan jeg sgu ikke huske.
00:05:09.4	00:05:10.9	(F) Nej, nej men det er også bare-
00:05:10.9	00:05:17.8	(I) Men jeg fortsatte bare deroppe. Og jeg er <b>super tilfreds</b> med [navn på læge]. Han er sgu i orden.
00:05:17.8	00:05:19.7	(I) Ja, okay. Og hvor tit er du i kontakt med ham lige for tiden?
00:05:19.7	00:05:40.3	(I) Jeg er- jamen ikke med ham. Så er der jo en- jeg tror han er sygeplejerske (SOSU-assistenten) eller et eller andet, som foretager de her blodprøver og så videre. <b>Der er ingen grund til at forstyrre [navn på læge]</b> , men jeg har altid en samtale med ham efterfølgende. Og det er jeg... jamen... hvert kvartal, altså fire gange om året. På grund af alt det ballade, jeg har haft.
00:05:40.3	00:05:46.4	(F) Okay. Og har du talt med ham- nu har du prøvet video en gang, og så går jeg ud fra, at du har været deroppe et par gange. Har du ellers talt med ham over telefon eller e-mail eller?

00:05:46.4	00:06:08.6	(I) Nej, nej. Altså jeg har jo den der app der. Min Læge eller hvad det hedder. Og der... ja jeg kan så stille et spørgsmål via den eller bestille mine ting og sager. Eller også... øhm nogle gange så har han skrevet på den til mig, at "det ser godt ud" eller "jeg vil gerne se dig" eller et eller andet. Sådan noget.
00:06:08.6	00:06:10.6	(F) Okay, så du har også skrevet lidt med dem deroppe?
00:06:10.6	00:06:12.1	(I) Ja, ja.
00:06:12.1	00:06:19.2	(F) Ja, okay. Og da du prøvede videokonsultation første gang, var det, fordi at du blev spurgt, om du ville prøve det?
00:06:19.2	00:06:23.0	(I) Ja. Det var noget nyt noget, om jeg ville være til det. Og det sagde jeg ja til.
00:06:23.0	00:06:24.9	(F) Okay. Og hvem var det, der spurgte dig?
00:06:24.9	00:06:32.8	(I) Jamen, det var så ikke [navn på læge]. Det var så ham sygeplejersken. Jeg kan sgu ikke huske, hvad han hedder. Men det var en anden en.
00:06:32.8	00:06:34.2	(F) Okay. Er det [navn på SOSU-assistent] måske?
00:06:34.2	00:06:37.0	(I) JA. Det tror jeg sgu, det er.
00:06:37.0	00:06:42.2	(F) Ja, okay. Øhm... men er det så [navn på SOSU-assistent] eller [navn på læge] du har haft en videokonsultation med?
00:06:42.2	00:06:43.3	(I) Det er [navn på SOSU-assistent].
00:06:43.3	00:06:47.2	(F) Det er [navn på SOSU-assistent], okay. Og gav han dig noget information inden, du skulle prøve det første gang?
00:06:47.2	00:07:21.0	(I) Ja, han øhm nævnte hvordan og hvorledes, og vi aftalte tidspunkt og så videre. Men som sagt, der gik et eller andet skævt. Om det er mig eller ham, det skal jeg ikke kunne sige. Det vil jeg ikke gøre mig klog på. Men i hvert fald... da det kom op at stå, der- han forklarede mig lidt om, at vi gør sådan og sådan. Og jeg fik- nu er det et godt stykke tid siden, så jeg fik en øhm... jeg kan sgu ikke huske, om jeg fik- hvordan og hvorledes det foregik helt eksakt. Men jeg fik en kode eller et eller andet, som jeg skulle logge på, eller hvad i himlens navn det var. Det kan jeg simpelthen ikke huske.
00:07:21.0	00:07:23.6	(F) Nej, nej. Det kan sikkert nok passe, at du har fået et link eller sådan noget, som du skulle klikke på.
00:07:23.6	00:07:25.0	(I) Ja, ja. Rigtigt. Ja.
00:07:25.0	00:07:28.8	(F) Okay. Og hvor lang tid siden er det, at du havde videokonsultationen?
00:07:28.8	00:07:33.8	(I) Ahhh... det var i eftersommeren.
00:07:33.8	00:07:45.1	(F) Ja, okay. Så er det også et godt stykke tid siden. Okay. Øhm... nå men nu ved jeg ikke, hvor meget du kan huske helt specifikt om



		videokonsultationen, men kan du prøve at forklare mig- altså hvor sad du, og hvad skete der?
00:07:45.1	00:08:41.0	(I) Ja. Altså som sagt sad jeg i sommerhuset. Og klokken... halv ti eller hvornår i himlens navn, det nu var, der... der sad jeg klar, og så blev så ringede vi sammen. Kontaktede sammen. Jeg kan ikke lige huske, om det var mig, der ringede. Nej, jeg tror sgu, at jeg ringede ham op via det link. Eller hvad det var. Og øhm jamen så sad vi og snakkede sammen, og han gennemgik mine tal for de blodprøver og hjertekardiogram, og hvad han havde taget. Og øhm som sagt, det eneste jeg lige umiddelbart synes var lidt irriterende, det var den forsinkelse, der er på. Øhm... men ellers så, ja, hvad tog det? Ti minutter. Noget i den stil der. Så var det i orden.
00:08:41.0	00:08:44.8	(F) Ja. Og du siger, at du var i sommerhus. Hvem var du sammen med?
00:08:44.8	00:08:45.1	(I) Min kone.
00:08:45.1	00:08:49.0	(F) Okay. Og var hun også i rummet, da du havde konsultationen?
00:08:49.0	00:08:49.1	(I) Ja.
00:08:49.0	00:08:52.3	(F) Okay. Vidste [navn på SOSU-assistent] det? Kunne han se hende også?
00:08:52.3	00:09:04.0	(I) Nej, det tror jeg egentlig ikke. Det tror jeg egentlig ikke, for jeg sad og stirrede- det foregik via min iPhone. Så det... nej det tror jeg sgu egentlig ikke.
00:09:04.0	00:09:11.8	(F) Nej... og du siger, at der var en forsinkelse. Var det på lyden eller hvad?
00:09:11.8	00:09:11.9	(I) Ja, det er lyden. Ja.
00:09:11.8	00:09:13.5	(F) Ja, okay. Blev i ellers-
00:09:13.5	00:09:21.2	(I) Og så nogle gange var billedet ligesom i hak. Altså det flyttede sig lige i hak.
00:09:21.2	00:09:25.2	(F) Ja, okay. Men blev i ellers afbrudt på nogen måde?
00:09:25.2	00:09:25.6	(I) Nej, det gjorde vi ikke.
00:09:25.6	00:09:30.5	(F) Og hvor øhm sad du henne i sommerhuset?
00:09:30.5	00:09:33.1	(I) Jeg sad inde i stuen på en sofa. Ja, inde i stuen.
00:09:33.1	00:09:35.2	(F) Ja. Hvordan kan det være, at du valgte at sætte dig der?
00:09:35.2	00:09:50.0	(I) (Griner) øhm det ved jeg ikke. Det var meget behageligt at sidde i sofaen der. Og så... så var der et bord jeg kunne lægge min iPhone på, og omgivelserne var passende til.
00:09:50.0	00:09:50.8	(F) Nå okay, så du lagde iPhonen på bordet?

00:09:50.8	00:10:06.3	(I) På bordet, ja. Og så kiggede jeg bare ned i den. Og så selvfølgelig- nej det passer da ikke, for jeg vippede den lidt op, så jeg sad mere direkte. Øhm... men ellers så var der omkring stuebord og sofa.
00:10:06.3	00:10:11.9	(F) Okay. Og nu når din kone også var der, er det noget i har diskuteret, det her med video? Eller talt om?
00:10:11.9	00:10:32.5	(I) Jamen altså... jeg nævnte for hende, at vi skulle have den der ting der, da jeg kom- da jeg snakkede med ham om, at han ville gerne gøre sådan og sådan. Fint med mig. Og så nævnte jeg det og så videre. Og det har så stået i min kalender, indtil at det blev den dato der. Sååå ja, så var det det.
00:10:32.5	00:10:40.0	(F) Ja, okay. Ja for jeg tænker- jeg går ikke ud fra, at din kone er med dig oppe ved lægen hver gang, så det er jo lidt sjovt, at hun er med over video.
00:10:40.0	00:10:43.8	(F) Nej, nej, nej. Hun har været med inde, når jeg er blevet opereret eller... (uf) og så videre.
00:10:43.8	00:10:44.6	(F) Ja, ja.
00:10:44.6	00:10:46.3	(I) Men ellers ikke.
00:10:46.3	00:10:50.7	(F) Nej, okay. Men du synes, det er fint, at hun er i baggrunden, når du har konsultation?
00:10:50.7	00:11:10.6	(I) Ja, altså fordi to par ører hører mere end et par. Så det kan jo godt være, at øhm hvis der kommer nogle- nu har der 7-9-13 ikke været nogle ting, men hvis det var sådan noget rigtig alvorligt, så tror jeg nok, at det er meget rart, at der lige er en ved siden af.
00:11:10.6	00:11:19.7	(F) Ja, okay. Øhm nu siger du, at du gjorde det oppe fra sommerhuset. Kunne du godt forestille dig, at det bare er noget, du kan gøre alle mulige steder?
00:11:19.7	00:11:57.7	(I) Ja, altså jeg går ud fra, at det er sådan, at øhm hvis nogle prøver af en eller anden art viser, at der et eller andet rivende galt- det var der 7-9-13 ikke været- øhm at så ville jeg nok blive kaldt ind. Øhm per et eller andet halløj der, uden om den der videoting der. Det tror jeg på, uden at jeg ved det. Men bare for en almindelig besked, eller en snak man nu eventuelt skulle have, der er det rigelig fint det der... for mig.
00:11:57.7	00:12:01.4	(F) Tænker du egentlig over, hvor [navn på SOSU-assistent] er henne? Lagde du mærke til det?
00:12:01.4	00:12:38.0	(I) Neeej, jaaa... Altså jeg ved, at han sidder på- eller det ligger mig i baghovedet, at han sidder i konsultationen eller i hans lokale. Og så sidder ved hans computerskærm, eller hvad det nu end måtte være. Det er sådan set egentlig det. Og så- jeg kunne se på ham, at han, mens vi snakkede, så læste han det, eller han så noget på skærmen. Og det har nok været prøverne, at han så sidder og kigger på. Hvordan det ene og det andet og det tredje ser ud. Som han har fået besked fra laboratoriet af.

00:12:38.0	00:12:43.0	(F) Og hvis han så sad hjemme i sin stue, tror du det ville være noget, du tænkte over?
00:12:43.0	00:13:01.0	(I) Næ, ikke umiddelbart. Øhm... fordi han kan jo selvfølgelig via den computer, han har derhjemme, der kan han vel også koble sig op på ditten og datten. Så- så nej, det tænkte jeg ikke på. Overhovedet ikke. Om hvor han sad henne i verden.
00:13:01.0	00:13:04.8	(F) Nej, okay. Og blodprøvesvarene, har du- dem har du så ellers fået på mail, eller har du været deroppe?
00:13:04.8	00:13:45.1	(I) Nej, jeg har altid været deroppe til de ting der. Så har vi altid lavet en aftale, en kalenderaftale øhm på stedet om, at jeg skal møde en uge senere, eller hvor meget det nu end måtte være. Og så tager jeg derop. Men den seance der, den kunne lige så godt være en videoting der. Hvis ikke der er noget alvorligt. Hvis det bare er helt almindeligt, og alt ser fint ud, eller det bare er "arh, den er lidt for høj" eller et eller andet, det synes jeg godt, man kan tage på video.
00:13:45.1	00:13:46.6	(F) Okay. Hvad hvis det var over telefonen?
00:13:46.6	00:13:46.7	(I) Ja, også det. Så lang tid det ikke er noget alvorligt. Og det jeg kalder alvorligt, det er sådan noget, hvor der skal ske noget drastisk af en eller anden art. Så vil det være fint nok.
00:13:57.8	00:14:02.9	(F) Okay. Men synes du, det giver dig et eller andet, det der med at i kan se hinanden? Fremfor for eksempel med telefonen.
00:14:02.9	00:14:30.1	(I) Nej, ikke når det kun er svar for nogle prøver. Så er jeg egentlig i gåseøjne ligeglads med, hvordan jeg får det at vide. Om det er på en mail via den app der, Min Læge, hvor han giver besked, eller om det er telefon eller det er- igen altså så lang tid, at det ikke er noget alvorligt eller noget, der skal laves nogle drastiske ting overfor.
00:14:30.1	00:14:42.2	(F) Okay. Og altså nu- jeg har lige et par spørgsmål mere, og du svarer jo bare så godt du kan. Noget af det er måske lidt hypotetisk, ikke? Men tænker du, at der er nogle situationer, hvor videokonsultationer vil være SÆRLIGT godt at bruge?
00:14:42.2	00:16:02.0	(I) Jamen det er som sagt bare, hvis der bare er nogle svar på nogle prøver. Øhm det kan også være- nu ved jeg ikke, for mig har det her været en envejs- altså vi aftaler, at jeg kan gøre det, for at få fat i ham. Og der har vi aftalt at sådan og sådan. Men for eksempel hvis man siger, at jeg har brug for lige at se en læge i øjnene og forklare ham- nu har vi jo den her forbandede Corona-halløj, men at forklare ham via DEN, og så man "jeg sveder" eller "jeg har ondt i armen" eller et eller andet tosset. Og den kunne jo godt- men altså, jeg kan jo ikke bare få fat i ham... uden at der er aftalt et eller andet. Og det skal vi måske heller ikke, for så kan han sgu nok ikke bestille andet. Øhm. Men at jeg via en mail kunne- eller besked til ham, kunne aftale en tid til ham. Og- og- man så den vej kunne finde ud af at fortælle "nu fejler jeg det her" eller hvad fanden skal man sige. Et eller andet. Hvad det nu kunne

		være. "Jeg har slået mig" eller sådan og sådan. "Hvad gør jeg? Skal jeg komme derop eller hvad?"
00:16:02.0	00:16:10.7	(F) Ja, ja. Okay. Men det vil sige, det er ikke sådan, at du føler, at det gør adgangen til lægen NEMMERE? Fordi det er stadig en aftale, men skal lave?
00:16:10.7	00:16:33.2	(I) Nej, det er en aftale, vi laver. Men jo den er nemmere i og med, at jeg skal ikke ud i bilen og køre hen og finde en parkeringsplads. Så... Nu er det så ovre i [stednavn], så det er ikke noget problem (da der er rigeligt parkering dette sted), men det er ikke... det gør det nemmere for mig, og jeg kunne også forestille mig, at det sparer lægen en lille smule tid.
00:16:33.2	00:16:38.6	(F) Og er der så omvendt nogle situationer, hvor du tænker, at det vil fungere dårligt? Nu har du flere gange sagt, når det er noget alvorligt. Kan du prøve at uddybe det?
00:16:38.6	00:16:56.5	(I) Ja. Jamen det er, hvis for eksempel de prøver, jeg snakker om, de viser, at åh-åh der er et eller andet her, der er rivende galt. Øhm... Noget af det grimme (?) (uf) og så videre. Så vil jeg nok foretrække at sidde oppe ved lægen.
00:16:56.5	00:16:58.8	(F) Okay. Hvorfor ville du foretrække det?
00:16:58.8	00:18:03.4	(I) <b>Jamen, det er- om det er sådan en eller anden falsk tryghed, det ved jeg sgu ikke.</b> Det ved jeg ikke. Altså det vil være min umiddelbare- altså 7-9-13 har jeg ikke været ude for det, men det vil- umiddelbart vil jeg sige, at øhm en alvorlig ting, det er helt fint, at vi gør det, men lægen siger så til mig via det her interview "jeg synes lige, du skal komme herop". Så den vej rundt. Så ville jeg mene- jeg kan godt få en eller anden besked om tingene, men øhm når vi har aftalt en tid i næste uge, at vi laver en videosamtale, men hvis det viser sig at der er noget, der er rivende galt, så vil jeg gerne have en melding så hurtigt som muligt. Og det kunne så for eksempel- jeg kunne forestille mig, at han ville sende en besked til mig via det der app-værk der: "Kom lige herop". Sådan ville jeg forestille mig, at det kunne være. Men almindelige skavanker, hvis man kan kalde det det, og så videre der, det er fint med ikke at møde op, men bare at få beskeden. Men det kræver selvfølgelig, at man har en tryghed og en tillid til ens læge.
00:18:25.7	00:18:35.7	(F) Hvad tænker du, hvis du skal vise et eller andet? Altså lad os sige, at du havde et sår eller et mærke eller et eller andet. Ville du have det fint med at vise det?
00:18:35.7	00:19:05.8	(I) <b>Ja, ja. Ja altså det kunne måske også- hvis nu man havde slået sig eller det buler ud. Det kunne han sådan lige, i første omgang måske, se via den videoting der. Og så sige "det der vil jeg godt lige kigge på" eller "kom en kold pose ærter på" eller sådan... hvad man nu gør ved sådan noget. Men i første omgang for at han lige ser, hvad det er, så han måske også kan være lidt mere forberedt, når han kalder en op og siger "det der skal vi lige kigge på".</b>

00:19:05.8	00:19:12.4	(F) Ja, okay. Øhm. Så vil jeg høre, om du havde nogle forventninger til videokonsultationen, inden du prøvede det?
00:19:12.4	00:19:27.8	(I) Nej. Det var første gang- altså man havde hørt lidt om hvordan og hvorledes der. Men det er ikke noget, jeg havde spekuleret på overhovedet, før han siger, om jeg vil være med til at prøve det.
00:19:27.8	00:19:34.2	(F) Okay. Og da du så havde prøvet det, ændrede din holdning sig til det?
00:19:34.2	00:19:59.5	(I) Nej, nej. Det skulle bare som sagt forfines en lille smule med hensyn til kvaliteten, den der- det der lydbillede der og så videre. Men ellers så- nu sad jeg som sagt med en iPhone, så det er jo ikke det største vue, man har. Det kunne lige så godt havde været på en iPad, så havde jeg set ham noget mere. Men ellers nej, det fungerer fint.
00:19:59.5	00:20:00.1	(F) Men tænker du så at bruge iPad næste gang eller?
00:20:00.1	00:20:02.6	(I) Ja, det tror jeg, at jeg vil gøre.
00:20:02.6	00:20:03.5	(F) Fordi skærmen er større?
00:20:03.5	00:20:04.1	(I) Ja.
00:20:04.1	00:20:25.2	(F) Ja, okay. Og du var inde på det her med tillid og tryghed, og du er glad for [navn] som læge. Hvad tænker du- hvis nu du ikke havde mødt ham. Lad os sige det var en ny læge, der gerne ville have en videokonsultation med dig, inden i havde mødtes. Ville du sige ja til det?
00:20:25.2	00:20:47.3	(I) Ja, jeg ville nok sige ja. Men jeg øhm... det ved jeg ikke rigtig. Jeg ville måske have- jeg ville nok sige ja, men hvordan jeg lige ellers ville- om jeg ville føle samme tryghed, det ved jeg ikke. Men nej, jeg ville ikke nægte det. Det er helt sikkert.
00:20:47.3	00:21:03.0	(F) Okay. Og nu er det selvfølgelig ikke [navn på læge], du har talt med, nu er det [navn på SOSU-assistent]. Men synes du- altså tog han styringen og sagde noget med "nu har vi jo denne her video, nu skal du bare høre, hvordan og hvorledes"?
00:21:03.0	00:21:03.1	(I) Jamen han var jo... det foregik sgu egentlig meget naturligt. Jeg var jo klar over, hvad jeg skulle snakke med ham om. Det var jo svar på de her prøver og så videre. Så der var egentlig- der var ikke noget. Og han gennemgik hvor mange det nu havde været. Og jeg havde øhm... jo, jeg havde et spørgsmål. Det var med hensyn til noget- da jeg fik den der hjerneblodprop- jeg havde førhen fået noget, der hed metoprolol- det er sådan et eller andet, ja et eller andet... Det fik jeg så skåret ned eller taget væk. Det fik man ikke, fordi det var aktuelt og så videre der. Men så siger hende der scannede mig ude på sygehuset- hun spørger, hvad jeg får i medicin. Så siger jeg, at jeg har fået sådan og sådan. Det studsede hun lidt over. At jeg havde fået den væk og så videre. Og det var så det, jeg spurgte ham om under den video. Så siger jeg "vi skal lige have tjekket op, om det er rigtigt eller forkert det her". Men det var jo altså [navn på læge] der sagde, at vi dropper den der. Og jeg har

		heller ikke hørt noget efterfølgende. Og nu er det jo trekvart år siden snart. Og jeg har ikke haft hverken det ene eller det andet, og det er ikke blevet nævnt. Så jeg- det er så den tryghed, at man stoler på lægen. Jeg går ud fra, at det så er, som det skal være. Men dengang spurgte jeg til det. Og det var ikke noget problem. Han sagde "det går jeg til [navn på læge] med, og er der et eller andet, så får du besked". Og der har ikke været noget. Jeg har efterfølgende været inde ved [navn på læge] nogle gange da, i hvert fald.
00:22:53.9	00:22:54.3	(F) Okay. Og har du talt med [navn på SOSU-assistent] også efterfølgende?
00:22:54.3	00:22:55.7	(I) Ja.
00:22:55.7	00:23:06.7	(F) Okay. Tror du at det, at i kan tale på video på nogen måde kunne ændre dit forhold til [navn på SOSU-assistent] og [navn på læge] sådan set også?
00:23:06.7	00:23:29.7	(I) Altså jeg tror, når det er- jeg ved ikke, om man kan kalde det banale ting, men når det er... ja, jeg ved ikke, om man kan kalde det almindelig ting også, sådan noget. Så vil det ikke ændre noget. Men jeg vil nok sige, at noget lidt mere alvorligt-personligt, så vil jeg gerne se ham i øjnene. Det vil jeg gerne.
00:23:29.7	00:23:38.6	(F) Okay. Men har videokonsultationen ændret dit indtryk af [navn på SOSU-assistent], altså kommunikerer han anderledes end normalt eller?
00:23:38.6	00:24:04.9	(I) Nej, nej, nej. Det var fint. Jeg tror også- om det var en førstegangoplevelse (?) for ham, det skal jeg ikke kunne sige. Men jeg kunne forstille mig- det var i hvert fald ret nyt, sådan lød det. Da jeg blev spurgt om det og så videre. Så han skal vel også lige finde systemet og finde ind til det og så videre, det ved jeg ikke. Men jeg har ikke noget indtryk af, at det foregik på en anden måde, eller at man snakkede sammen på en anden måde. Det havde jeg ikke indtryk af.
00:24:04.9	00:24:08.9	(F) Og det lyder som om, du også har et godt forhold til [navn på SOSU-assistent]
00:24:08.9	00:24:11.4	(I) Ja, ja, ja, ja.
00:24:12.5	00:24:17.3	(F) Planlægger du, eller kunne du finde på at bruge videokonsultation i fremtiden også?
00:24:17.3	00:24:22.9	(I) Ja. Det har jeg ikke noget imod.
00:24:22.9	00:24:31.7	(F) Men det er ikke sådan- øhm hvordan skal jeg formulere det- vil du stadig gerne op til lægen nogle gange eller-
00:24:31.7	00:25:35.1	(I) Ja, det vil jeg- altså det er jeg jo tvunget til, når jeg for eksempel skal have taget en blodprøve, så skal jeg. Og hvis der ikke er andet end det, så er det rigeligt for mig, at jeg kommer op der- der- øhm fire eller to gange afhængigt af, hvad vi nu aftaler, at jeg har (uf) og skulle tage prøver på og så videre. Så er det sgu rigeligt. For jeg har aldrig besøgt

		en læge før balladen her. Så det er rigeligt for mig, og jeg ønsker ikke at have et jævnlige forhold til en læge, det er bare noget skidt. Men når det så endelig er, så er det da fint nok, at man lige kommer derop engang i mellem og siger goddag. Og der er jo altid denne her med- det er der så ikke- denne her lidt personlige ting med "hej, hvordan går det?" og dit og dat- de har både min datter og min kone deroppe også. Ikke at vi snakker deres- hvad de nu end måtte have, men øhm... det er sådan lige lidt familiært snak eller bemærkning.
00:25:35.1	00:25:36.0	(F) Og det siger du, at det er der, når du er deroppe? Men ikke-
00:25:36.0	00:25:40.6	(I) Det er der, når jeg er deroppe. Men det er der ikke på video.
00:25:40.6	00:25:41.2	(F) Det er der ikke på video, okay.
00:25:41.2	00:25:44.3	(I) Nej, der kører man den der seance der, og så er det det.
00:25:44.3	00:25:50.3	(F) Okay. Føler du, at det er fordi- altså ville det være upassende, hvis i begyndte at have sådan en mere uformel snak?
00:25:50.3	00:26:13.7	(I) Ja, det ved jeg ikke. Ja, det er sgu- altså nu er jeg jo selvstændig, og når jeg taler i telefon, er det lige nøjagtigt det, jeg taler om, og ikke noget andet. Øhm hvem jeg nu snakker med og så videre. Sådan synes jeg også, jeg har det med det der. Vi snakker om og fokuserer på den ting, og så er det det.
00:26:13.7	00:26:21.5	(F) Mh, okay. Jeg mener også, du tidligere nævnte noget med at se hinanden i øjnene. Synes du, at dig og [navn på SOSU-assistent] havde øjenkontakt, da i talte sammen?
00:26:21.5	00:26:34.1	(I) Ja, han vendte sig om og kiggede på skærmen, ligesom at jeg også kiggede på skærmen, når han kiggede efter de prøver og hvad tallene nu siger, og så vendte han sig om og kiggede på mig. Ja, det gjorde han.
00:26:34.1	00:26:35.6	(F) Og du følte også, at han lyttede til dig?
00:26:35.6	00:26:38.4	(I) Ja, bestemt.
00:26:38.4	00:26:50.4	(F) Ja, okay. Nu siger du det her med, at du er selvstændig. Nu ved jeg ikke, hvordan dine arbejdsdage ser ud, men tror du, eller mener du, at videokonsultation kan give dig noget fleksibilitet i hverdagen?
00:26:50.4	00:27:15.5	(I) Ja, det kan det, fordi den kan jo foregå mens, at jeg sidder på kontoret. Ligesom at jeg snakker med dig. At jeg ikke nødvendigvis skal være et eller andet sted. Jeg kan jo- nu er klokken sådan, jeg skal have den seance der. For mig er det sådan lige umiddelbart det samme, som at vi to taler sammen nu. Bortset fra at der ikke er skærm på.
00:27:15.5	00:27:26.6	(F) Ja, okay. Så har jeg lige et sidste spørgsmål i forhold til videokonsultationen. Og det er det her med ventetid. For det er noget med, at du kan logge på femten minutter før. Altså på det her link. Kan du huske- hvad gjorde du?

00:27:26.6	00:27:41.3	(I) Jamen, det- det gik i kage i første omgang. Og hvem der gjorde hvad og hvorfor, det skal jeg ikke kunne sige. Men i anden omgang, ja, jeg loggede på og der gik ikke mere end fem minutter, så var han der.
00:27:41.3	00:27:44.4	(F) Okay, men når du siger, at det gik i kage i første omgang, hvad vil det sige?
00:27:44.4	00:28:17.9	(I) Ja (griner) det ved jeg ikke, altså om vi løb- om en af os løb rundt i nogle tider eller et eller andet, det skal jeg ikke kunne sige. Men det var en menneskelig fejl, og det havde ikke noget med selve idéen om videokonsultation at gøre.
00:28:17.9	00:28:18.0	(F) Ja, okay... og i forhold til at skulle op og sidde i et venteværelse, venter du så i kortere tid derhjemme?
00:28:17.9	00:28:57.2	(I) Ja, ja, ja. Altså jeg synes, det går rimelig tjept. Det er meget sjældent, at der er ventetid udover den tid, som vi har aftalt oppe på venteværelset. Tværtimod har jeg været- hvor jeg er kommet derop- jeg er altid i god tid, så jeg overholder både det ene og det andet. Men sidste gang jeg var deroppe, der kom jeg faktisk lidt før, fordi jeg lige var i nærheden, og der kom jeg altså ind ti minutter før. Der var ingen grund til- og han havde ingen patienter lige der. Så... men ventetid nej, det synes jeg ikke er noget problem.
00:28:57.2	00:29:00.8	(F) Men kan du huske, om du blev bedt om at logge på videokonsultationen et kvarter før?
00:29:00.8	00:29:06.1	(I) Ja, det tror jeg, at jeg gjorde. Der var noget med det kvarter der, det er rigtigt.
00:29:06.1	00:29:12.2	(F) Og kan du huske om- lavede du noget, eller sad du bare i sofaen og ventede?
00:29:12.2	00:29:39.8	(I) Nej, jeg sad bare (griner)- fordi nu var det nyt for mig. Så jeg sad i den sofa, og så loggede jeg på, og så sad jeg og ventede indtil den kom. Jeg kunne selvfølgelig havde rendt rundt, så skulle jeg have min øresnegl på, så jeg kunne høre. Men nej, jeg sad og ventede. Men det er måske, fordi det er første gang, man er lidt spændt på, hvordan foregår det nu og så videre.
00:29:39.8	00:29:53.2	(F) Mh, ja. Nå, men så har jeg bare nogle spørgsmål om, hvilke nogle medier, du bruger i hverdagen. Og nu sagde du, at du i hvert fald brugte din telefon til videokonsultationen. Hvad bruger du ellers? Og nu tænker jeg på alt fra tv til radio til tablet til...
00:29:53.2	00:30:43.6	(I) Jamen, selvfølgelig har vi vores husalter derhjemme. Og vi har selvfølgelig også en computer derhjemme. Hvis vi siger privat. På arbejdet har jeg selvfølgelig også. Men privat så har vi vores telefon, og vi skal faktisk til- vi lægger lidt bånd på os selv for ikke at sidde og kigge på den skærm der. Selvom vi er så gamle, som vi er. Vi griner lidt af- og siger til de unge mennesker "nu må i fandeme holde op". Men vi er faktisk ved at være om end ikke lige så slemme, så i hvert fald derhen af. Øhm. Og det er jo, fordi at det er den vej rundt, vi får



		vores informationer i dag. Vi har faktisk lige sagt den fysiske avis fra, og så læser den på nettet.
00:30:43.6	00:30:43.9	(F) Okay. Er det så på iPad eller på telefonen?
00:30:43.9	00:30:48.2	(I) Ja, det er primært iPad. Den er lidt større, ikke?
00:30:48.2	00:30:50.6	(F) Mh. Og hvad hvis du skal ind og tjekke noget netbank eller Borger.dk eller et eller andet?
00:30:50.6	00:31:03.7	(I) Det er fruens arbejde, og det gør hun via sin telefon. Yes. Nyheder det er både på telefon og iPad.
00:31:03.7	00:31:08.2	(F) Ja. Og har du brugt video i andre sammenhænge? Altså sådan noget Skype eller FaceTime?
00:31:08.2	00:31:19.4	(I) Ja, vi har prøvet da vores- den ene af ungerne var langt væk. Der gjorde vi det på Skype og så videre. Det er ikke meget, vi har gjort det. Men vi har gjort det.
00:31:19.4	00:31:21.0	(F) Okay. Og det synes du også, var fint?
00:31:21.0	00:31:35.3	(I) Ja, jo. Bortset fra den her forbandede forsinkelse, der også var der. Nu var de i Borneo, eller hvad fanden det var, så... men der var også den der forsinkelse på. Men ja, ellers er det fint nok.
00:31:35.3	00:31:36.4	(F) Yes. Jamen, så har jeg faktisk ikke flere spørgsmål. (Debriefing jf. interviewguide)

## F8. SØREN

INTERVIEW MED SØREN		
Start Time	End Time	Transcript
00:00:21.6	00:00:30.1	(F) (Briefing jf. interviewguide) Så vidt jeg kan forstå, så er du blevet tilbudt at prøve det her videokonsultation, men har takket nej til det. Er det rigtigt?
00:00:30.1	00:00:31.1	(I) Ja.
00:00:31.1	00:00:31.2	(F) Kan du prøve at fortælle, hvorfor du sagde nej?
00:00:32.6	00:00:32.7	(I) Ja, det kan jeg godt. Punkt et, jeg har ikke prøvet det før. Men jeg har jo set masser af de der videokonsultationer i fjernsynet, nu her på grund af alt det Corona. Og der har jeg erfaring med mig selv om, at det er utrolig svært at forstå, og det falder ud, og det gør dit, og det gør dat. Og det kunne være, hvad det ville, hvis det var bare nogen, man skulle snakke med på en ferie eller lignende. Men når det er lægen, så synes jeg, det er vigtigt at få fat i hvert eneste ord (uf). Det er i hvert fald en af årsagerne. For det fungerer ikke ligesom nu, når vi taler i telefonen. Havde det været så vel, så havde jeg ikke haft noget imod det. Men- men- men lyden og det hele der, det er ikke okay. Det er det ikke. Det er i hvert fald det, jeg ser. Jeg har ikke selv prøvet det. Jeg har set, andre har gjort det, men det har ikke været i forbindelse med det her selvfølgelig.
00:01:23.0	00:01:25.9	(F) Okay. Kender du nogen, der har prøvet det? Med lægen.
00:01:25.9	00:01:31.0	(I) Nej, det gør jeg ikke. Det gør jeg ikke, nej.
00:01:31.0	00:01:32.4	(F) Og når du siger, at det tekniske er én af årsagerne, er der så andre årsager også?
00:01:32.4	00:02:23.6	(I) Ja, der er den årsag til det også, at jeg ikke hører ret godt og bruger høreapparat. Og min høreskade det er lige præcis forståelsen af ordene. Øhm... altså jeg kan sagtens høre lydene i den forstand, men jeg kan ikke sådan- det kikser- nogle af ordene kikser, og så skal jeg gætte sammenhængen. Det er den høreskade- det driller med forståelsen. Det er ikke, fordi jeg ikke forstår ordene. Men hørelsen den sætter ikke ordene rigtigt sammen. Det er det, de forklarer mig. Jeg har ikke forstand på det. Men det er derfor, jeg går med høreapparat. Jeg har fyrre procent nedsættelse på begge ører. Og når så forbindelsen ikke er hundrede procent, så gør det det endnu sværere for mig.
00:02:23.6	00:02:31.7	(F) Okay, ja. Og hvis jeg sagde, at man kunne få en forbindelse, der bare virkede hundrede procent, altså med video, ville du så prøve det?
00:02:31.7	00:03:31.8	(I) Jamen, det tror jeg. For hvis jeg havde haft noget, som lægen skulle se, så havde det jo været vigtigt for mig, at han også så det. Og det kan han jo ikke gennem telefonen. Så havde jeg jo taget mig sammen. Men jeg er jo en af de der typer, der- om det så er på grund af min alder, det

		ved jeg ikke- men jeg var længe om at komme på Facebook, og jeg havde lidt svært ved at komme ind på det der e-Boks, NemID og hvad har vi i dag, ikke også? Men jeg er da heldigvis med på vognen nu så på den måde, så kommer jeg på et eller andet tidspunkt med- ja, hvad skal vi kalde det- en stor forsinkelse (griner). Men jeg (uf), hvis det her er noget, der varer ved, så er det klart, så må jeg tage mig sammen, og så gør jeg tingene, og så må jeg få det bedste ud af det. Ikke? Og sådan må det jo være. Og nu havde jeg jo ikke noget, han skulle se. Jeg skulle bare have nogle svar, det kunne jeg jo nemt få gennem telefonen. Altså det var- det kan man også sige, var en årsag.
00:03:31.8	00:03:40.5	(F) Ja, og man kan sige- altså jeg er ikke ude på, at vi alle sammen skal til at bruge video, så du skal ikke- altså (griner), jeg dømmes i hvert fald ikke, om man bruger det eller ikke bruger det.
00:03:40.5	00:03:43.8	(I) Nej, nej. Nej. Men altså nu forklarer jeg bare.
00:03:43.8	00:03:54.6	(F) Ja, ja selvfølgelig. Jo, jo. Jamen det er så fint. Men så vidt jeg forstår, kan du så sagtens se potentialet i det, måske når man når lidt længere i processen med at bruge det?
00:03:54.6	00:03:58.8	(I) Ja, helt sikkert. Helt sikkert.
00:03:58.8	00:04:09.7	(F) Ja, okay. Nu ved jeg ikke, om du så har tænkt over det. Men har du allerede gjort dig nogle tanker om, hvor dine egne grænser for, hvad du kunne bruge det til, er? Altså er der nogle ting, hvor du tænker, at der kommer jeg simpelthen aldrig til at tale med min læge om det her over video?
00:04:09.7	00:04:32.2	(I) Ej, det har jeg godt nok ikke tænkt over. Det har jeg ikke. Men der er ingen tvivl om, at hvis jeg valgte, så ville jeg være ved lægen personligt. Det er helt klart. Hvis det er muligt, så vælger jeg det. Det ligger fast.
00:04:32.2	00:04:33.1	(F) Okay. Kan du prøve at fortælle lidt mere om, hvorfor du sætter pris på det?
00:04:33.1	00:05:22.2	(I) Jamen, det gør jeg... hvorfor sætter jeg pris på det? Jamen, den der måde man mødes på personligt, det er jo bedre. Så kan han også se på mig på en anden måde i forhold til billedet der. Det kan altså godt snyde lidt, tror jeg. Så... jeg har det altså bedst med at stå overfor personen. Det får man lidt mere ud af. Jeg synes også måske, at- det ved jeg ikke, jeg har ikke noget at have det i- men måske bliver det en lidt anderledes samtale alligevel. For nu mig og [navn på læge] vi har jo- vi kender hinanden godt, og vi har måske en lidt speciel jargon, som man måske lægger lidt på hylden, hvis man ikke lige står overfor hinanden og alt det der, ikke også? Så.
00:05:22.2	00:05:23.4	(F) Ja, det kan jeg sagtens forstå.
00:05:23.4	00:05:51.7	(I) Og så vil man måske cutte lidt før i forhold til- altså hvis man er i konsultationen, så er der lige plads til, at (uf) eller "har du hørt det?" eller- nu løber vi jo begge to og alt det der, så... ja... og jeg har været

		med på hans klinik lige fra starten, så... og vi har en rigtig god kemi. Og den kemi kan du ikke rigtig få igennem sådan noget, synes jeg. Men jeg ved ikke, om det bare er mig (griner). Men det er sådan, altså.
00:05:51.7	00:05:58.0	(F) Nej, det kan godt forstå (griner), men jeg kan også sige, at du er da nok ikke den eneste, der har det sådan, det tror jeg kan være meget normalt, at nogen har det sådan.
00:05:58.0	00:05:59.4	(I) Nå, det er jeg glad for at høre (griner).
00:05:59.4	00:05:59.5	(F) I forhold til- nu siger du, at du har været ved [navn på læge], siden han startede sin klinik. Hvor tit er du i kontakt med ham?
00:06:04.8	00:06:20.9	(I) Kun når jeg har brug for ham. Det ved jeg ikke. Altså, nu skal jeg gå til den der halvårslige undersøgelse. Det vil han gerne have, og det gør jeg så selvfølgelig, ikke? Men ellers så kommer jeg jo ikke- så det vil sige to gange om året.
00:06:20.9	00:06:21.6	(F) Nå, men det er da bare dejligt, at det ikke er mere.
00:06:21.6	00:06:43.2	(I) Ellers er det selvfølgelig, hvis jeg af en eller anden årsag kommer til at fejle et eller andet. Men nogle gange skriver jeg bare til ham "hvad synes du [navn på læge]?", og så nogle gange siger jeg "jeg vil gerne lige se dig", eller også så skriver han et svar til mig "prøv lige det her". Det gør vi så gennem mail.
00:06:43.2	00:06:44.1	(F) Ja, for jeg skulle lige til at spørge, hvordan du så taler med ham.
00:06:44.1	00:06:49.9	(I) Jamen, det gør jeg gennem mail der, så... det er jo ikke, fordi jeg lige tager derop for at hilse på ham. Der er jo et eller andet.
00:06:49.9	00:06:53.8	(F) Nej, nej (griner). Selvfølgelig, selvfølgelig. (Begge griner).
00:06:53.8	00:07:06.7	(I) Så... men vi- som regel (uf), at det skal han kigge på. Så... så skriver jeg bare lige først. Han kender mig jo rimeligt, så...
00:07:06.7	00:07:13.7	(F) Okay. Så du skriver faktisk- altså det er tit din første indgang til ham, eller hvad med siger, det er lige at sende en besked til ham?
00:07:13.7	00:07:42.3	(I) Ja. Det er det faktisk. Mange gange er det i hvert fald, hvis det bare er et eller andet udslæt, eller hvad ved jeg. Så- selvfølgelig hvis jeg har mistanke om halsbetændelse, så skal jeg op og have den der podning der. Men ellers så skriver jeg bare lige, hvis der er et eller andet, jeg mener, han lige kan skrive til mig. Så gør vi det. Så behøver jeg ikke at komme op i klinikken, og ellers skal han nok fortælle mig det. Så sige "jeg vil gerne lige se dig" (griner).
00:07:42.3	00:07:50.2	(F) Ja, okay. Men det vil sige, at du har det fint nok med at bruge det der e-mail-system? For det er jo heller ikke nødvendigvis alle, der vil bruge det.
00:07:50.2	00:07:59.3	(I) Nej, nej. Det har jeg det fint med. Det er jo også måden, vi bestiller medicin på i dag. Men igen var jeg jo ikke først på vognen.
00:07:59.3	00:08:02.1	(F) Nej (begge griner). Det er jo heller ikke alle, der kan være det.

00:08:02.1	00:08:30.7	(I) Men jeg kommer efter det. Det gør jeg. Og det der er jeg også sikker på, jeg kommer efter på et eller andet tidspunkt. Men det bliver ikke før (uf). Det gør det ikke. For det kræver jo også lidt af vores eget system. Det er jo ikke kun det at bruge det, vi skal også have- også de ting vi bruger herhjemme skal også være i orden. Jeg sidder kun med en lille tablet, ikke også? Hvor godt er billedet på det? Ja... og jeg er jo ikke lige it-ekspert.
00:08:30.7	00:08:42.9	(F) Nej, nej. Okay. Men i forhold til de medier, du har derhjemme. Du siger, at du har en tablet? Og hvad bruger du ellers i hverdagen, sådan helt generelt?
00:08:42.9	00:09:16.3	(I) Jeg bruger faktisk mest min telefon. Jeg bruger også tabletten, for den er lidt- hvad hedder det- den er lidt skarpere på nettet end telefonen. Så de der grupper jeg melder mig i, der kan jeg godt finde på at tage tabletten, for man kan se lidt mere på tabletten, end man kan på telefonen. Det er anderledes, det er to forskellige ting. Så det er alt efter, hvad jeg skal. Jeg har også en computer, en pc'er. Den bruger jeg faktisk aldrig efter, at jeg har fået tabletten. Så den tænker jeg nok, den ryger ud på et tidspunkt.
00:09:16.3	00:09:22.0	(F) Den ryger, ja. Og hvad- telefonen er det en smartphone af en slags, du har?
00:09:22.0	00:09:27.3	(I) Ja, det er den nye Samsung S10. Så jeg er ikke helt bagefter (begge griner). Jeg er også lidt med.
00:09:27.3	00:09:36.5	(F) Ja, ja. Du er lidt med (griner). Og hvad med den der app Min Læge, er det den, du bruger til at skrive til lægen?
00:09:36.5	00:09:45.1	(I) Øhm ja... ja altså, det er det. Ja, ja. Jeg går bare lige ind på siden, og så kan jeg se det. Jeg ved ikke, om det er en app, jeg har taget ned i tidernes morgen. Det tør jeg sgu ikke svare på.
00:09:45.1	00:09:57.6	(F) Nej, okay. Men når du skal skrive til [navn på læge], er det så på telefonen eller iPaden eller?
00:09:57.6	00:10:16.5	(I) Ej, der bruger jeg sgu iPaden. Det gør jeg som regel. Jeg kan også på telefonen. Det kan jeg godt. Men mange gange når jeg skal skrive, så- det er sgu bedre. Det er det. Telefonen svigter lidt tiere end tabletten gør, synes jeg.
00:10:16.5	00:10:17.5	(F) Ja, det kan jeg godt forstå. Det er også en lille skærm på telefonen jo.
00:10:17.5	00:10:48.1	(I) Jo, men også nogle gange så når jeg melder mig i nogle grupper og jeg skal se, hvad der er i de grupper, så vil den ikke længere. Det gør tabletten ikke på samme måde. Der kan jeg komme længere ned i systemerne. Telefonen den stopper på et tidspunkt. Så ja... sådan er det også med Facebook sommetider. Så må man vente på det, jo. Det sker heller ikke på tabletten i forhold til telefonen. Så derfor er det i forhold til, hvad jeg skal.

00:10:48.1	00:10:53.5	(F) Og hvad med- har du prøvet at bruge video i andre sammenhænge? Altså sådan noget FaceTime eller Skype eller noget...
00:10:53.5	00:11:03.6	(I) Nej, nej. Aldrig. Aldrig nogensinde. Der har aldrig været brug for det.
00:11:03.6	00:11:06.4	(F) Nej, jeg skulle lige til at spørge, om du er blevet tilbudt det, eller om det bare ikke lige er kommet på tale. Der har ikke været behov for det.
00:11:06.4	00:11:12.6	(I) Nej, jeg er heller ikke blevet det tilbudt. Det er jeg ikke. Så... det eneste jeg kender til det, det er, hvis folk har børn eller lignende på ferie, så kan de godt finde på at bruge det der Skype. Men ellers er der ikke nogle andre (?).
00:11:34.1	00:11:36.5	(F) Ja, det er jo også mange, der er begyndt på det nu her med Corona.
00:11:36.5	00:11:46.5	(I) Ja, lige præcis. Det er rigtigt, det er rigtigt. Og det er jo også derfor, at chancen kommer for mig med det der, ja ikke, det der videohalløjsa der.
00:11:46.5	00:11:49.2	(F) Ja. Er det så også nu, at du har set alt det her med videokonsultationer i tv? Eller?
00:11:49.2	00:12:08.9	(I) Ja, ja. Jeg har set det i tv jo. Og jeg snakker om det med konen, og jeg er- hold nu op, det falder jo ud. Hvert andet ord kan vi ikke høre. Og halli hallo, ikke? Og så tænker jeg ah, der skal lige gå lidt tid, inden vi skal ind på den vogn der. Men at den kommer, det er jeg ikke i tvivl om. Det gør den jo nok. Men <b>jeg vil stemme lidt imod det stadigvæk.</b>
00:12:08.9	00:12:14.9	(F) Ja. Og hvad med din kone, er det det samme? Har hun det på samme måde?
00:12:14.9	00:12:23.8	(I) Ja, hun vil heller ikke. Vi vil hellere snakke med lægen selv. Og jeg sagde også til ham, at han skulle bare ringe til mig. Og det fik vi en god snak ud af (griner). Det kan jeg godt lide.
00:12:23.8	00:12:27.0	(F) Og er det lige nu her for nyligt, at han har spurgt, om du ville prøve video?
00:12:27.0	00:13:09.4	(I) Ja, ja. Det var det. Jeg skulle op og have svar på mine blodprøver. Den der halvårsundersøgelse. Og jeg havde jo selvfølgelig luret dem først på nettet, det kan man jo i dag. Så jeg var forberedt. Og han havde skrevet en SMS til mig, at- nej det var klinikdamen, hun havde ringet til mig. Og jeg kunne selvfølgelig ikke komme op i klinikken nu på grund af alt det Corona der. Om jeg ville tage imod den der videokonsultation. Og så sagde jeg, at så ville jeg altså helst- om han ikke bare kunne ringe til mig. Og jo, det var så også i orden. Så jeg vidste jo godt, at han ringede og alt det der. Det var jeg meget tilfreds med.

00:13:09.4	00:13:22.0	(F) Og hvad synes du ellers om at sidde oppe ved lægen. Altså det her med at gå til lægen, er det irriterende at skulle finde tid til det eller... er det fint eller?
00:13:22.0	00:13:30.2	(I) Nej, det er ikke irriterende. Jeg bruger det kun, hvis jeg har behov for det. Så på den måde er det ikke irriterende for mig. Jeg gør det jo kun, hvis det er et must.
00:13:30.2	00:13:33.7	(F) Ja, ja. Selvfølgelig. Men det er, fordi der er jo nogen, så for eksempel på grund af arbejde, så er det lige det der med at finde tid til at gå til lægen.
00:13:33.7	00:13:40.1	(F) Ja, men hvis du havde set mit personnummer, så har jeg ikke (griner)- det problem har jeg ikke.
00:13:40.1	00:13:45.0	(F) (Griner) nej, okay. Men man kan jo have travlt på mange måder (griner).
00:13:45.0	00:13:56.8	(I) Så er det jo også sådan, at man skal have fri fra arbejde. Det ligger jo i overenskomsten, at det skal man jo have. Så sådan er det. Så det har ikke været et problem for mig. Det lå i hvert fald i min overenskomst. Så ingen problem, ingen problem.
00:13:56.8	00:14:07.8	(F) Nå, men så her til sidst vil jeg egentlig bare spørge- nu sagde du selv lige det med dit personnummer- jeg vil egentlig bare spørge, om du vil fortælle lidt om dig selv. Din alder, hvad du laver, har arbejdet med og sådan?
00:14:07.8	00:14:28.4	(I) Jamen, som sagt er jeg pensionist. 66 år. Så jeg er pensionist og får folkepension. Og ellers har jeg været bryggeriarbejder hele mit liv, lige siden jeg var 18 år. Der har jeg været i 47 år og 2 måneder og 1 dag på [navn] bryggerierne.
00:14:28.4	00:14:28.5	(F) Nå, ej hvor sjovt. Så du er fra [navn på by]?
00:14:29.4	00:14:35.0	(I) Ja, jeg er fra [navn på by], ja. Så det er min eneste arbejdsplads gennem hele livet.
00:14:35.0	00:14:39.0	(F) Ja, det er jo sjældent, at man hører om det efterhånden. At folk er så længe det samme sted.
00:14:39.0	00:14:44.0	(I) Ja, det er ikke så tit mere. Jeg har også været ved dronningen for at få min medalje og sådan.
00:14:44.0	00:14:45.9	(F) Nå, ej hvor fedt. Sådan.
00:14:45.9	00:14:49.0	(I) Ja (griner).
00:14:49.0	00:14:52.7	(F) Okay. Og du siger, at du er gift?
00:14:52.7	00:14:56.0	(I) Ja, ja.
00:14:56.0	00:14:59.1	(F) Okay. Har du ellers nogle interesser, nu når du ikke arbejder mere?
00:14:59.1	00:15:14.9	(I) Jamen, som sagt så løber jeg. Og så har jeg nu her i pensionisttilværelsen begyndt at kigge på alle mine frimærker og (uf)

		igen. Og så har jeg selvfølgelig alt det sædvanlige hus og have og bil og alt det der.
00:15:14.9	00:15:16.2	(F) Ja, det fylder jo hurtigt tiden ud.
00:15:16.2	00:15:17.1	(I) Og swimmingpool og hvad ved jeg. Ikke?
00:15:17.1	00:15:25.9	(F) Nå, nå. Okay (griner). Hvor lækkert. Det lyder godt. Og nu når det er ved at blive varmt, så er det da super skønt.
00:15:25.9	00:15:33.2	(F) Ja, jeg håber da, at vejret bliver til det. Jeg bliver jo ikke viking, det vil jeg lige sige. Jeg bliver ikke vinterbader (griner).
00:15:33.2	00:15:36.2	(F) Nej, det kan jeg godt forstå. (Debriefing jf. interviewguide)



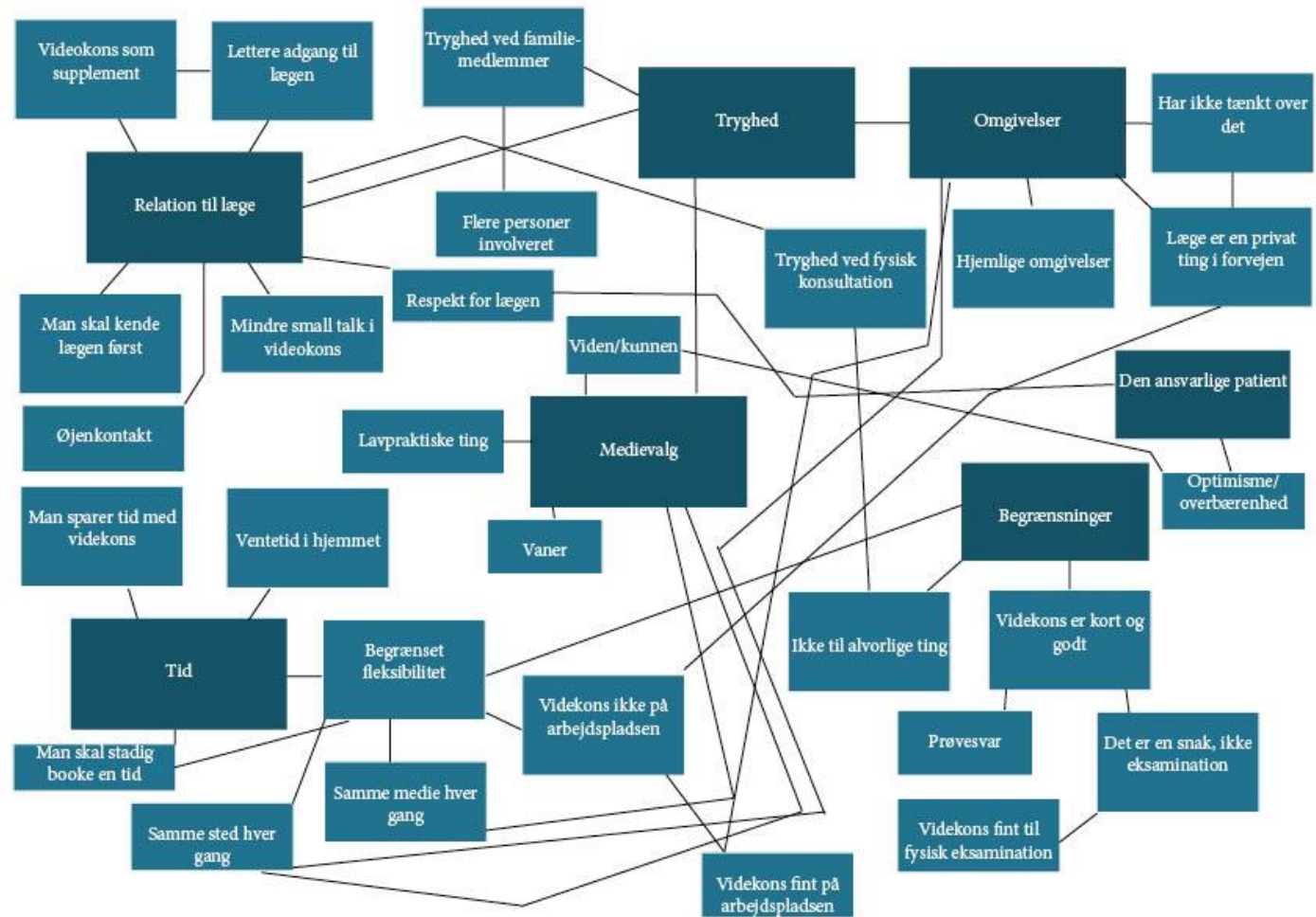
## G. EKSEMPEL PÅ KODET TEKSTSTYKKE

Tekstuddrag fra interview med Hanne	Koder
<p>(I) Altså, det er jo noget med... hvis det er noget, der skal kigges på. Altså, hvis du har noget udslæt et eller andet sted på benene. Eller hvad ved jeg. Noget hvor du ved, det skal kigges på. Så synes jeg ikke, man skal tage det på videokonsultationen... jo, men... altså, det kommer an på... hvis det er noget, du er meget bekymret- en knude en brystet, ikke? Det kan man ikke gøre over videokonsultation, synes jeg. Det kan godt være, at man kan se det. Det kan godt være, at jeg har fået nogle knopper på mine fingre, og jeg så kan gøre sådan (viser med hænderne), at han kan se på det. Og han kan sige "ved du hvad, det skal du komme med". Men der er da visse ting... hvis jeg mærkede en knude i mit bryst, så ville jeg tage op til ham. Så ville jeg ikke bruge det. Og... hvis man havde noget i underlivet. Altså, det står man selvfølgelig ikke og filmer inde i en videokonsultation (griner). Men altså sådan noget lidt mere...</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Videokons. ikke til fysisk eksamination</li><li>• Videokons. ok til fysisk eksamination</li><li>• Videokons. ikke til alvorlige ting</li><li>• Videokons. er et supplement</li></ul>

H. TEMATISK OVERSIGT

Den analytiske progression vises i følgende tre tematiske oversigter. Jeg skabte et indledende mindmap baseret på tanker og idéer fra de første par gennemlæsninger. Derefter kodede jeg transskriptionerne systematisk, og sorterede koderne i temaer af tre omgange. De to første sorteringer vises her, mens den endelige tematiske oversigt er vist i afsnit 6.2.

H1. INDLEDNINGSVIST MINDMAP



## H2. FØRSTE SORTERING AF KODER

Relation til læge	Begrænsninger	Rammer	Fordele	(Medie)vaner
Møde lægen først	Videokons ikke til fysisk eksamination	Ventetid	Tid	Vaner
Forståelse for læge	Adgang til læge	Omgivelser	At spare tid	Telefon
Tålmodighed	Møde lægen først	Stue	Videokons ok til akutte ting	iPad
Lægen kender mig	Videokons ikke til alvorlige ting	Køkken	Convenience	Skærmstørrelse
Forhold til lægen generelt	Upersonligt	Kontor	Øjenkontakt	Medievalg
Ansvar	Mindre smalltalk	Sommerhus	Personer involveret	Personer involveret
Løsning på videokons problemer	Tekniske problemer	Andre skal ikke se med	Andre kan se med	E-kons
Optimisme	Videokons er kun en samtale	Andre kan se med	Adgang til læge	Erfaring med andet video
Hvor ofte besøges læge	Videokons er et supplement	Videokons ok på arbejdet	Frihed	Indtryk af videokons
Forberedelse på videokons	Videokons ikke på arbejdet	Videokons ikke på arbejdet	Videokons ok til fysisk eksamination	Tek-kyndighed
Ventetid	Irritation	Lys og lyd	Videokons er et alternativ til fysisk møde	Optimisme
Tryghed	Prøvesvar	Ægtefælle	Tryghed	At have de rigtige værktøjer til videokons
Mindre smalltalk	Nedsat hørelse	Tryghed	Undgår venteværelse	Forventninger til videokons
Videokons er nemmere for lægen		Forberedelse på videokons	Videokons til forklaringer	Ægtefælle
Respekt			Videokons er et supplement	Hørt om videokons i tv
Behøver ikke møde læge			Videokons er et alternativ til e-kons	
Jeg kender lægen			Videokons er et alternativ til telefonkonsultation	
Adgang til læge			Nemmere ift. arbejde	
Sygeplejerske			Prøvesvar	
Egen fremtræden			Forklaringer	
Forklaringer				

## H3. ANDEN SORTERING AF KODER

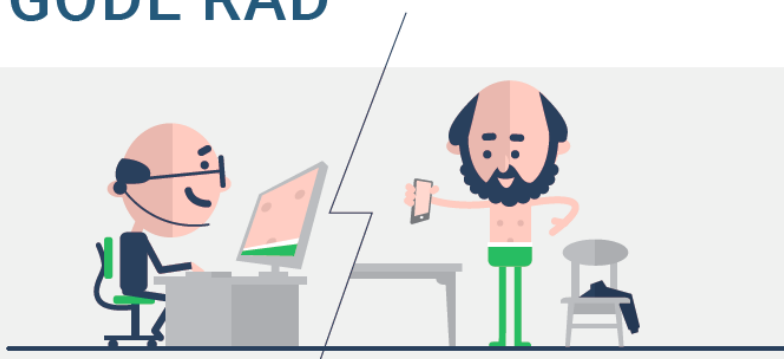
Læge-patient relation	
Møde lægen først	Videokons ikke til fysisk eksamination
Optimisme	Videokons er et supplement
Lægen kender mig	Videokons ikke til alvorlige ting
Forhold til lægen generelt	Upersonligt
Ansvar	Videokons er kun en samtale
Løsning på videokons problemer	Irritation
Hvor ofte besøges læge	Prøvesvar
Forberedelse på videokons	Forklaringer
Tålmodighed	Mindre smalltalk
Ventetid	Egen fremtræden
Forståelse for læge	Videokons er et alternativ til fysisk møde
Tryghed	Videokons ok til fysisk eksamination
Videokons er nemmere for lægen	Videokons er et alternativ til telefonkonsultation
Respekt	Videokons er et alternativ til e-kons
Behøver ikke møde læge	Videokons er et supplement
Jeg kender lægen	
Adgang til læge	
Sygeplejerske	

Rammer og rutiner	
Tid	Vaner
At spare tid	Medievalg
Videokons ok til akutte ting	Telefon
Convenience	Skærmstørrelse
Ventetid	Erfaring med andet video
Andre kan se med	Personer involveret
Adgang til læge	iPad
Frihed	E-kons
Tryghed	Forventninger til videokons
Undgår venteværelse	Indtryk af videokons
At have de rigtige værktøjer til videokons	Tek-kyndighed
Ægtefælle	Optimisme
Nemmere ift. arbejde	Videokons ikke på arbejdet
Nedsat hørelse	Omgivelser
Videokons ok på arbejdet	Stue
Hørt om videokons i tv	Sommerhus
	Kontor
	Køkken
	Lys og lyd
	Tekniske problemer
	Andre kan se med
	Andre skal ikke se med
	Forberedelse på videokons

## I. INFORMATIONSFOLDER FRA MEDCOM TIL PATIENTER

VIDEOKONSULTATION  
**MIN LÆGE**

- 1 Download app'en "Min Læge" i App Store eller Google Play.
- 2 Log ind første gang med NemID og opret derefter pinkode – ligesom i din netbank, e-Boks m.fl.
- 3 Tryk på det lille "brev" ikon nederst i Min Læge app'en.
- 4 Du har modtaget en besked fra din egen læge – tryk på denne.
- 5 Af denne besked fremgår det, hvilken dato I har aftalt konsultation via video.
- 6 Nederst i denne besked er der et "videokamera" ikon.
- 7 Tryk på "videokamera" ikon – det er først aktivt 15 min. før konsultation.
- 8 Inden konsultationen vil du blive guidet igennem en test af mikrofon og højttaler.
- 9 Du er nu klar til konsultation – forbliv online indtil lægen logger ind.  
Der kan være ventetid!

VIDEOKONSULTATION  
**GODE RÅD**

- Find et stille lokale, hvor du ikke bliver afbrudt.
- Sæt dig så lysforholdene gør dit ansigt tydeligt.
- Brug gerne headset med mikrofon.
- Får du tekniske problemer, som fx sort skærm eller at billedet fryser, så log ind igen.