

BACHELOROPPGAVE

Omsorgsteknologi til personer med nedsatt funksjonsevne
- En veiledende og hjelpende hånd

av

Kand.nr. 7, Vinthujah Langeswaran

Care technology to people with disabilities
- A guiding and helping hand

Emnekode og navn: SK152 Bacheloroppgave i sykepleie

Innleveringsdato: 18.okt. 2013

Tall ord: 6744

Rettleier: Hanne Marie Heggdal

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn for valg av tema	4
1.1. Problemstilling med avgrensing	5
1.2. Oppbygging av oppgaven	5
2. Framgangsmåte	6
2.1. Søkeprosessen og valg av forskningsartikler	6
2.2. Kilde kritikk	7
3. Teori	9
3.1. Velferdsteknologi- Omsorgsteknologi- Nasjonale føringer	9
3.2. Sykepleie til personer med nedsatt funksjonsevne	9
3.3. Martinsens omsorgsfilosofi	11
3.4. Ethiske utfordringer	12
3.5. Empowerment	14
3.6. Hjemmesykepleie	14
3.7. Funn i artikler	15
4. Drøfting	17
4.1. Kunnskapsbasert sykepleie, og ny pedagogisk rolle for sykepleiere	17
4.2. Ethiske og moralske utfordringer	18
4.3. Selvstendigjøring av personer med nedsatt funksjonsevne	20
5. Svakheter og styrke	23
6. Konklusjon	24
Litteraturliste	25

Sammendrag

Tittel:

Omsorgsteknologi til personer med nedsatt funksjonsevne

- En hjelpende hånd

Bakgrunn for valg av tema:

Inspirasjon til oppgaven min er fra praksis i hjemmesykepleien hvor jeg så en bruker som hadde nedsatt funksjonsevne mestre dagen med teknologien. Tross for nedsatt funksjonsevne, levde denne brukeren et selvstendig liv og var i arbeid ved hjelp av teknologi.

Problemstilling:

«Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til å øke selvstendighet og uavhengighet til personer med nedsatt funksjonsevne ved hjelp av omsorgsteknologi».

Framgangsmåte:

Oppgaven min er en litteraturstudie. Det vil si at jeg skal drøfte problemstillingen min gjennom allerede eksisterende litteratur.

Oppsummering:

I forskninger og offentlige rapporter kommer det fram at omsorgsteknologi kan være hjelpende hånd både for brukeren og omsorgsarbeidere. For at vi skal ta i bruk teknologien, trenger vi mer kunnskap og kompetanse. Videre må vi sette de etiske utfordringer det fører med seg i et etisk rammeverk. Dermed skal ikke omsorgsteknologi erstatte menneskelig kontakt eller omsorg som blir gitt av sykepleieren. Som sykepleier er det viktig at vi nærmer oss brukeren på en helhetlig måte og ivaretar hele menneskets behov. Videre skal det være mål om å styrke brukerens ressurser og tro på seg selv, dermed til rettelegge et miljø slik at brukeren blir mer selvstendig og uavhengig. Omsorgsteknologien skal være et supplement til den pleie og omsorg som hjemmesykepleie yter.

Summary

Title:

Care technology to people with disabilities

-A helping hand

Background for topic selection:

Inspiration for my thesis is from practice in home care. When I saw a user who had physical disabilities cope with day technology. Despite disabilities this user lived an independent life and working using care technology.

Problem approach:

«How can I as a nurse help increase independence of people with disabilities with help of care technology».

Method:

My paper is a literature review. This means, I will discuss my problem through existing literature.

Summary

Researches and public reports shows that care technology may be helping hand for both the user and care workers. In order to adopt the technology, we need more knowledge and competence. It is important that we must set the ethical challenges it brings with it in an ethical framework. Care technology should not replace human contact or care given by the nurse. As a nurse, it is important that we approach the user in a holistic manner and maintains the human needs. Furthermore, nurse should empower user's resources and believe in themselves, thereby adding an environment so that the user will be more autonomous and independent. Care Technology should be a supplement to the nursing and care home care provider.

1. Innledning og bakgrunn for valg av tema

I St. Meld. nr. 25(2005-2006) ble det sagt at ny omsorgsteknologi som nettbasert tjenester, telemedisin og smarthusløsninger vil være en del av tjenestene i framtid, og dermed kan bidra til å styrke både helsepersonell/yrkesutøvere, brukere og pårørende. Dette gjør altså brukeren mer selvhjulpne og gir dem bedre lokalt medisinsk tilbud. I St. Meld. nr. 29 (2012-2013) fokusere de på bruk av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, videre presiserer de at velferdsteknologi handler ikke om teknologi, men om mennesket. I tillegg til dette har helsedirektoratet (2012) gitt ut en fagrapport som fokuserer på implementering av velferdsteknologi fra 2013-2030 som tar sikte på fremtiden.

Utviklingen av teknologi har vekst så fort, men kunnskapen om bruksområdet er generelt lavt. Det å ta i bruk denne teknologien krever helsepersonellet medkunnskap og oppdatering. Det vil være viktig at sykepleierne kan formidle og lære pasienter og pårørende som skal ta teknologien i bruk. Bruk av teknologien betyr altså mer tid på primære omsorgsoppgaver, og mindre transport, administrasjon, tilsyn og tunge løft. Dermed gir den også mulighet til å mestre hverdagen og bidra til å øke selvstendighet og uavhengighet (Haugset, 2010; Stumbo, Martin & Hedrick 2009). I den sammenheng er sykepleierne en nøkkelgruppe for teknologi, de er godt utdannet, praktisk orienterte, og klar for endring. Sykepleier vet hvilke behov brukeren har, og dermed vil få bruk for teknologien i praksis (Sykepleien.no, 2009). Framtidige pasienter vil være omgitt av forskjellige teknologier i hjemmet, på arbeidsplass og i samfunnet (Kjøllesdal, 2010). For at vi skal bidra til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, burde vi sette fokuset på teknologien.

Jeg har valgt å skrive om omsorgsteknologi i min bacheloroppgave. Dette fordi, jeg har møtt en bruker i praksis i hjemmesykepleien som gjorde et stort inntrykk på meg. Denne brukeren har vært inspirasjonen til denne oppgaven og vekket engasjementet i meg. Ved å se brukeren som har nedsatt funksjonsevne mestre hverdagen med teknologien, har vekket positive tanker om omsorgsteknologi. I alle tilfeller bør det ikke dette erstatte menneskelige

kontakt, derfor kommer jeg til å fokusere på den primære omsorgen, og de etiske utfordringer sykepleier møter ved bruk av omsorgsteknologi.

1.1.Problemstilling med avgrensing

«Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til å øke selvstendighet og uavhengighet til personer med nedsatt funksjonsevne ved hjelp av omsorgsteknologi».

Avgrensing

Problemstillingen min er sykepleierrettet, og jeg har valgt å skrive om omsorgsteknologi som et hjelpemiddel/assisterende teknologi til personer med nedsatt funksjonsevne. Videre har jeg avgrenset til nedsatt funksjonsevne fra lett- moderat grad med fysiske nedsettelse. Jeg har også valgt å fokusere på hjemmeboende personer. Deretter har jeg avgrenset til brukere i arbeidfør alder. Med det mener jeg fra 18- 60 år. Videre velger jeg å fokusere på brukere som er klare og orienterte som har samtykkekompetanse.

Begrep avklaring

Nedsatt funksjonsevne omfatter psykiske, fysiske og kognitive funksjoner (NOU 2009: 14).

1.2.Oppbygging av oppgaven

Opgaven min er delt i seks deler. Første delen handler om presentasjon av tema jeg vil skrive om, bakgrunn for valg av tema og problemstilling med avgrensing. Andre del av oppgaven går ut på framgangsmåte, hvor jeg belyser søkeprosessen og valg av forskningsartikler og litteratur. I teoridelen har jeg tatt med relevante teorier for oppgaven, aktuelle teoretikerne og funn i artiklene. Videre drøfter jeg og prøver å gi svar på problemstillingen min ved hjelp av teorien, funn i artikler og egne erfaringer fra praksis. I del fem kommer jeg til å skrive om svakheter og styrke i oppgaven. I siste delen kommer konklusjonen.

2. Framgangsmåte

Oppgaven min er en litterær oppgave som baserer på eksisterende litteratur. Jeg har tatt utgangspunktet i nasjonale føringer, offentlige dokumenter og forskningsartikler, siden det er veldig mye fokus på velferdsteknologi i samfunnet og helsesektor nå og i fremtiden. Dette er en oppgave som handler mye om teknologi, og derfor har jeg valgt å fokusere på de nyeste rapporter og litteratur som mulig. Videre har jeg valgt å vektlegge pensum litteratur for bachelorutdanning i sykepleie til å definere grunnleggende sykepleie, etikk og kunnskapsbasert praksis (Dalland, 2012). Deretter har jeg brukt primærlitteratur der det er mulig, for å unngå feiltolkning (Dalland, 2012). Fagrapporten til helsedirektoratet (2012), har jeg søkt igjennom helsebiblioteket med søkeordet «velferdsteknologi», fikk åtte treff. Bakgrunn for rapporten har vært forslaget i NOU 2011:11 «innovasjon i omsorg». Videre i referanse listen til fagrapporten (2012) har jeg funnet Hofmann (2010). Deretter har jeg fått anbefaling av rettleier til St. Meld. nr.29 (2012-2013).

2.1.Søkeprosessen og valg av forskningsartikler

Jeg har brukt forskjellige databaser til å søke forskningsartikler, som Pub Med, Cinahl, Medline, ScienceDirect, Academic Search Premier og Idunn. I tillegg til dette har jeg brukt Sved Med+ og engelsk blå ordbok (Henriksen & Haslerud, 2011) til å finne engelske søkeordene. De søkeordene jeg har brukt er, «Technology, disabilities, knowledge, competence, nurse, care, home, independence, physical disabilities, ethics, empowerment, quality of life ». Det var mest hensiktsmessig å bruke “AND” for å avgrense/konkretisere antall treff, og dermed har jeg avgrenset søkeprosessen til forskning gjort de siste fem årene på alle artiklene jeg har brukt, siden utviklingen av teknologien går så fort.

«The importance of knowledge-based technology». (Ciprinano, 2012).

Jeg har brukt databasen Cinahl med søkeordet «nurse AND technology AND knowledge», og fikk 378 treff. Avgrenset med full tekst og de siste 5 års forskning, fikk 100 treff. Gikk igjennom titlene, og fant en artikkel som fokuserte på viktigheten av å ha kunnskap ved bruk teknologi blant sykepleierne.

«Assistive technology, telecare and people with disabilities: ethical considerations». (Perry, Beyer & Holm, 2009).

Den andre artikkelen fant jeg ved å søke etter i referanse listen til Hofmann (2010). Jeg brukte Academic search premier med søkeordet «Perry, J. AND Beyer, S. AND Holm, S», fikk en treff. Jeg valgte denne artikkelen, siden den tar for seg etiske utfordringer med teknologien som er relevant for drøftingen.

«Cold technology versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies». (Pols & Moser, 2009).

Denne artikkelen fant jeg også ved å søke i referanse listen til Hofmann (2010). Jeg brukte Bibsys med søkeordet «alter», som førte til databasen ScienceDirect. Deretter avgrenset jeg søket med årgang 2009, volum 3 og nummer 2. Jeg valgte denne artikkelen siden, den handlet om hvor affektiv teknologi kan være for et menneske, og om teknologien kan være omsorgsgivende.

«Assistive technology: Impact on education, employment, and independence of individuals with physical disabilities». (Stumbo, Martin & Hedrick, 2009).

Til denne artikkelen har jeg brukt søkeordet «technology AND disabilities AND quality of life» på Academic search premier. Jeg fikk 419 treff på søket, og etter avgrensning med full tekst og siste fem års forskning, fikk jeg 186. Jeg valgte å avgrense igjen med subject: «self-help devices for people with disabilities», og fikk 25 treff. Jeg valgte denne artikkelen fordi, den fokuserte på positive sider ved bruk av teknologien til nedsatt funksjonsevne.

2.2.Kilde kritikk

Det å være kritisk til kilde er viktig for meg i en stor oppgave som dette. Derfor har jeg først og fremst valgt biblioteket på skolen til å søke etter bøker, tidsskrifter og forsknings artikler gjennom bibliotekbasen BIBSYS. Jeg har også fått råd fra bibliotekaren om hvordan en går frem til å søke en forskningsartikkel eller litterære kilder (Dalland & Tygstad 2012). Forskningsartikkelene jeg har valgt er kvalitativ studie som går ut på å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer igjennom intervju og observasjon. Dette gir en bedre forståelse av temaet jeg har valgt, og hvordan enkeltemennesker eller grupper handler og samhandler. Noen av artikkelene jeg har valgt er også sekundærstudie, som bruker data fra eksisterende

primærstudier. (Dalland, 2012). Når data fra primærstudie reanalyseres, vil det styrke kunnskapsoppsummering. Deretter har jeg kritiskvurdert disse artiklene ved hjelp av skjema fra kunnskapscenteret (2012).

3. Teori

3.1. Velferdsteknologi- Omsorgsteknologi- Nasjonale føringer

Velferdsteknologi

Fagrappporten fra helsedirektoratet (2012) er som en følge av NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» og «Teknoplan 2015». Fagrappporten gir et bilde av nåværende bruk av teknologien og de utfordringer som syns å være viktig å fokusere på, som etiske utfordringer, kunnskap og lovreguleringer. Videre kommer de fram med anbefalinger om satsingsområder, målsetninger og tiltak for hvordan teknologien kan bli til nytte for brukere og være en oppgaveløsning for kommunale tjenester (Helsedirektoratet 2012).

Omsorgsteknologi

Omsorgsteknologi og velferdsteknologi blir brukt om hverandre i helsesektor. I NOU 2011:11 presiserer de at det er lite mening å bruke begrepet omsorg med innovasjon, og dermed har de valgt å bruke velferdsteknologi. Jeg som sykepleier velger å bruke omsorgsbegrepet i stedet for velferd. Dette fordi, arbeid som er utført med omsorg, vil være utført på en kompetent og faglig kyndig måte, og dermed ha intensjon om å ha omtanke for og sørge for en person.

Nedsatt funksjonsevne

Tiltakene som gjelder i styringsprosessene for personer med nedsatt funksjonsevne skal bygges på deres naturlige ønsker om å klare seg selv. Det skal legges til rette for at alle, ut fra sine premisser, skal ha muligheter til aktiv deltakelse i samfunnet. For mange personer i yrkesaktiv alder innebærer dette muligheten til å forsørge seg selv og sine gjennom arbeid og egen inntekt (Meld. St. 40 (2002-2003), 2003).

Satsingsområde i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne omfatter også tilgjengelighet til bygninger, utemiljø, tjenester og produkter (Meld. St. 40 (2002-2003), 2003).

3.2. Sykepleie til personer med nedsatt funksjonsevne

Sykepleie til personer med nedsatt funksjonsevne

Som sykepleie skal vi hjelpe brukeren med å få dekke sine grunnleggende behov, og å utføre de daglige aktiviteter som er knyttet til disse behovene. Sykepleie må nærme seg brukeren på en helhetlig måte og ivareta hele menneskets behov (Kristoffersen & Nortvedt 2011). Brukerne vil ofte føle seg sårbare, avhengige og hjelpetrengende. I den daglige verden, har vi mennesker ansvaret for vårt eget liv, og tar selv alle beslutninger som gjelder oss selv. «Den enkelte person ivaretar behov på sin egen måte» (Kristoffersen & Nortvedt 2011, s. 98). For å opprettholde eller gjenvinne helse og velvære, er det viktig at sykepleieren retter sine handlinger mot brukerens fysiske, emosjonelle, sosiale og ikke minst åndelige behov for å stimulere hans personlige aktivitet og utvikling (Kristoffersen & Nortvedt 2011, s. 98). Det å ha medansvar for beslutninger, kan gi opplevelse av å ha kontroll over sin livssituasjon. Dermed bør sykepleier hele tiden være oppmerksom på hvilke ressurser brukeren har, og dermed bør de bruke fysiske og de mentale ressurser i alle oppgaver der det er mulig. Det er viktig at sykepleier aktivt stimulerer brukeren (Lunde, 2011).

Pedagogisk rolle for sykepleiere

«Grunnleggende verdier, kunnskaper og ferdigheter inngår i sykepleierens pedagogiske kompetanse» (Kristoffersen, 2011 s. 345). For at sykepleieren skal kunne gjennomføre undervisning og opplæring må hun kunne etablere en god relasjon, og ha kunnskap om faktorer som påvirker læreprosessen. Da er det viktig at sykepleieren mestrer den pedagogiske metoden (informasjon, undervisning og veiledning) som skal brukes (Kristoffersen 2011). Ordet informasjon har mange betydninger, alt fra hverdagslig bruk, til bruk i tekniske miljø. Vi informerer og opplyser om noe til en annen. Det at vi har gitt informasjon, betyr ikke at innholdet er mottatt og forstått. Dermed er det viktig at sykepleieren tenker over i hvilke situasjon en informerer, underviser og veileder brukeren og pårørende. Sykepleieren bør vite hvorfor hun velger den ene eller den andre metoden. Her bør det tas hensyn til sykdomssituasjon, og sykepleieren skal tilrettelegge læresituasjon på en best mulig måte for brukeren (Kristoffersen, 2011).

Kunnskapsbasert sykepleie

Kunnskapsbasert sykepleie defineres slik; «å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelse basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfarings basert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte

situasjon» (Norvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart 2007, s.15). Kunnskapen fra forskning kan forklare fenomener, årsaken, forekomst av tilstand og gi oss økt forståelse for enkeltpasienters opplevelse og erfaringer, bekrefte effekter av tiltak eller gi oss nye tanker om hvorfor en må fokusere på dette videre (Nortvedt et. al. 2007, s. 16). Erfarings basert kunnskap eller praksiskunnskap skaffer en igjennom å praktisere. Deretter brukerkunnskap som legger vekt på brukervedvirkning, og det er sykepleierens oppgave å legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med brukerne (Nortvedt et. al. 2007, s. 17).

3.3.Martinsens omsorgsfilosofi

«Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre. Vi skal handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss» (Martinsen, 2003, s.14). Omsorg kan deles i tre forskjellige begreper, relasjonelt, praktisk og moralsk. Martinsens (2003) omsorgsfilosofi tar utgangspunktet i et kollektivt basert menneskesyn hvor den grunnleggende er at vi er avhengig av hverandre. Å være uavhengig og selvstendig vurderes høyt i samfunnet. Tar vi utgangspunktet i et individualistisk menneskesyn vil avhengigheten bli satt i motsetning til selvhjulpenhet og eget ansvar (Martinsen 2003, s.15). Vedlikeholdsomsorg til Martinsen (2003) har ikke som mål at pasienten skal bli selvhjulpen eller uavhengig. Målet her er å opprettholde et visst funksjonsnivå og/ eller unngå forverring. Denne typen omsorg blir brukt mest i institusjoner som sykehjem og i hjemmesykepleie til eldre, personer med nedsatt funksjonsevne, kroniske syke og psykiske syke.

Ifølge Martinsen (2003) skal omsorg være betingelsesløs. Med det mener hun at omsorg skal vises uten å ha som mål at brukeren skal bli bedre, eller gjenvinne uavhengighet. Det er den situasjonen brukeren er i som er utgangspunktet, og i denne situasjonen blir omsorg et mål i seg selv. Omsorg som praktisk begrep handler om å forstå situasjonen brukeren er i, en sørger for den andre ut fra en situasjonsforståelse. Det krever forståelse i menneskets livssituasjon, og hva muligheter og begrensninger brukeren har i situasjonen. Dette kalles også generalisert gjensidighet, hvor en sørger for en uten å forvente noe tilbake (Martinsen 2003, s.16). Det er også viktig at den som yter omsorg skal ikke overta for mye av ansvaret for den hjelpetrengende (Martinsen, 2003).

Det moralske siden handler om å lære omsorgs moral gjennom praktiske erfaringen. Det handler også om hvordan vi lærer å bruke makt. Omsorg skal ytes på grunnlag av personlig engasjement, og innlevelse i brukerens situasjon. Med det mener Martinsen (2003) brukerens premisser og ikke sykepleierens. Deretter skal det handles ut fra prinsippet om ansvaret for svake (Martinsen, 2003).

3.4. Etiske utfordringer

De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet

De fire prinsippene er ikke hierarkisk ordnet, men likeverdige. Prinsippene anses som prima facie (latinsk ord) - prinsipper, og det betyr «ved første øyekast», men man kan likevel bryte i bestemt situasjoner dersom andre hensyn tilsier det (Brinchmann, 2005).

Velgjørenhet- plikten til å gjøre godt mot andre.

Ikke skade- plikten til å ikke skade andre.

Autonomi- plikten til å respektere personens beslutninger.

Rettferdighet- plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2005).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier

Hensikt med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er å sikre en høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne. Norsk sykepleieforbund utarbeider og reviderer yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og dette bygger på prinsippene i ICNs (International Council of Nurses) etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer frem i FNs menneskerettighetserklæring (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

Etiske utfordringer med velferdsteknologi (Hofmann, 2010).

Hofmanns rapport handler om de etiske og moralske utfordringer med velferdsteknologi i forhold til dagens helse- og omsorgstjenester. Et sentralt spørsmål

i rapporten er at dersom teknologien erstatter menneskelig omsorg, og kontakt, hvorvidt teknologien faktisk bidrar til velferd. Teknologi kan tilby sosiale og relasjonelle løsninger, som robotdyr og sosiale medier, men det foreligger fortsatt uenighet om hvorvidt slik teknologi kan tilfredsstillende menneskelige relasjonelle behov. «Teknologien oppfattes som formålsrasjonell, mens omsorgen oppfattes som relasjonelt» (Hofmann, 2010 s. 20). Fleste vil ikke se utfordringen med velferdsteknologien så lenge den fremmer velferd enten direkte eller indirekte, men når man erstatter omsorg med teknologi, blir det mer utfordringer. En annen utfordring er at de som lager teknologien har lite kjennskap til behovene til bruker, og hjelper (Hofmann, 2010).

I rapporten kommer det fram at de moralske utfordringer ved velferdsteknologi bør analyseres i individ og samfunnsperspektiv. Hofmann skriver videre i rapporten at velferdsteknologi har som mål å fremme individ og samfunnsvelvære. Moralske utfordring vil være da om det gir noe effekt ved bruk av teknologi. En må vurdere om det er riktig eller galt. Velferdsteknologi vil kunne endre profesjonsutøverens identitet og karaktertrekk. I hvilke grad det skjer avhenger av deres bevissthet, og rolle i samfunnet (Hofmann, 2010). Når teknologien blir mer avansert, gir den et større ansvarsområde. For eksempel kan avansert teknologi virke fremmedgjørende for noen, f.eks. for eldre. Teknologien kan virke diskriminerende, siden vurdering av behov for velferdsteknologi er også utfordrende, siden velferdsbehov ikke er klart definert. F.eks. den som kan om teknologien vil nyttiggjøre seg den nye teknologien, og få mer hjelp. I rapporten til Hofmann (2010) kommer det fram at ansvarsforhold blir mer, og kompetanse bør økes ved bruk av teknologi hjemme hos brukeren vel som i sykehus (Hofmann, 2010). Det vil si at ansvarsforholdet utfordrer både helsepersonell og pårørende. Når teknologien blir brukt hjemme forekommer det etiske utfordringer som ved institusjon. Personalet er ikke forberedt på det, og behøver opplæring og strukturell hjelp for å håndtere de utfordringer. Hofmann konkluderer med at det er ikke mulig å påstå at velferdsteknologi er moralsk eller umoralsk. Dette må altså vurderes for hver enkelt teknologi for seg. Videre påstår han at den etiske komiteen i kommunale helsetjeneste spiller en viktig rolle ved etiske dilemmaer ved bruk av velferdsteknologi (Hofmann, 2010).

3.5. Empowerment

Empowerment ble først introdusert i USA, og har ikke ennå fått en norsk oversettelse. Men, vi vet at «Power» betyr styrke, makt og kraft. I dag blir begrepet brukt til ulike grupper som anses å være i en avmaktsposisjon, for eksempel homofile, innvandrere, rusmisbrukere, funksjonshemmede eller personer med psykiske lidelser (Askheim, 2012). Begrepet mestring kan regnes som nærmest med Empowerment. Dette tar opp hvordan personer med funksjonsnedsettelse kan lære seg å leve med sin situasjon og mestre hverdagen, og få oppleve kontroll over eget liv. Dermed skal brukerkunnskap og fagkunnskap likestilles. Maktbegrepet innenfor empowerment handler om å ha makt til noe, det vil si å ha mulighet til eller å bli gitt muligheter til å realisere egne interesser (Askheim, 2012). Fagpersoner skal ha fokus mot den enkeltes ressurser, ikke mot problemer og mangler (Askheim, 2012). Med denne skal brukeren kunne forstå situasjonen, utvikle en tro på at en kan finne fram til løsninger, og mening i å finne fram løsninger (Askheim, 2012).

3.6. Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er ei generell og omfattende sykepleietjeneste med forebyggende, behandlerende, rehabiliterende og/eller lindrende funksjoner «WHO 1994 i (Solheim & Aarheim, 2004)». Tjenesten blir gitt til personer med nedsatt funksjonsevne eller syke personer som bor hjemme. Som regel er det brukeren selv, og familien som utfører hovedtyngden av arbeidet som sykdommen eller funksjonsnedsettelse fører med seg. I tillegg til dette bidrar offentlige tjenester, eksempel hjemmesykepleier (Solheim & Aarheim, 2004). Når vi som helsearbeidere kommer inn i huset deres, krysser vi grensen mellom det private og det offentlige i samfunnet. En må være oppmerksom på forholdene som gjør at en går over grensen. Hjemme er et symbol på trygghet, nærhet og et fast punkt i tilværelse. «Å bidra til at en bruker framleides kan bo hjemme, og få den hjelpen han trenger, er noe av det mest meningsfulle i arbeidet som hjemmesykepleier» (Solheim & Aarheim, 2004 s. 19). Behovet for tverrfaglig samarbeid er økende i kommunelehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere må selv være bevisst på hva hun eller han står for, og kan bidra med i tverrfaglig samarbeid (Kristoffersen, 2011; Solheim & Aarheim, 2004). Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et godt alternativ som blir brukt mest hos personer med nedsatt funksjonsevne for praktiske og personlige hjelp (Solheim & Aarheim, 2004).

Trygghet og tillit

«Trygge relasjoner er preget av forståelse, åpenhet, gjensidighet, ærlighet, akseptasjon og evne til å nå hverandre» (Thorsen, 2011, s. 119). Det var viktig for brukerne at sykepleie skapte en relasjon til brukeren som var preget av trygghet og tillit, hadde gode samhandlingsferdigheter, la vekt på å mydiggjøre brukeren, ga god fysisk omsorg og pleie, og videre serviseinnstilte (Davy, 1998, ref. i Kristoffersen & Nortvedt 2011, s.113).

3.7.Funn i artikler

Capriano (2012) skiver i artikkelen at sykepleierne har ansvar for at arbeidet skal forutsette sikker og mer effektiv omsorg i en kompleks sosial teknologisk miljø. Sykepleierne har alltid vært engasjert i kunnskapsbasert arbeid. I denne studien trekker de fram hvor viktig kunnskapsbasert teknologi er, og at sykepleiere er en nøkkelgruppe for den nye teknologien. De legger også vekt på at kunnskapsbasert teknologi skal tjene organisasjons formål og brukerens behov, og ikke teknologiske avdelingen.

Perry, Beyer & Holm (2009), målet med denne studien er å heve etiske problemer og sette dem i etisk rammeverk. Teknologien har blitt til en potensiell løsning for personer med nedsatt funksjonsevne. Selv om det er mange fordeler ved bruk av teknologi for brukere og omsorgsarbeidere, det er også en mengde etiske problemer som trenger å bli satt i etiske rammeverk. Dette gjør de ved å bruke de fire etiske prinsippene og juridiske lovverket. Studien konkluderer med at en trenger å sikre vern og være adekvat ved implementering av teknologi. Videre trenges det praksis erfaring og videre forskning innenfor etiske dilemmaer ved bruk av teknologi.

Pols & Moser (2009) studerer relasjon mellom mennesker og omsorgsteknologi, ikke som en funksjonelt måte men, også sosialt og affektivt. Dette gjør de ved å intervju personer som bruker robot som assisterende teknologi, og som «omsorgsgivende kjæledyr». De konkluderer med at det er ingen kontrast mellom den primære omsorgen, og teknologi. Det er affektivt relasjon mellom mennesker og teknologi. Forbindelse mellom dem avhenger av hvem brukerne er. Det må videre forskes/ observeres for å lære mer om dette igjennom praksiskunnskap.

Stumbo, Martin & Hedrick (2009), Denne studien tar for seg hva slags innvirkninger personer med nedsatt funksjonsevne har i utdanning, arbeid og selvstendigliv. Intervju blir brukt som metode her for å få svar på spørsmålene som, hvor viktig er assisterende teknologi i utdanning, arbeid og for å vinne uavhengighet? Denne studien er også en sekundærstudie hvor de reanalyserer dataene fra eksisterende studie (Dalland, 2012). De konkluderer med at det er mange fordeler ved bruk av teknologi til personer med nedsatt funksjonsevne, men det foreligger fortsatt mange ubesvarte spørsmål som må utforskes. F.eks. hvorfor er det lite informasjon om assisterende teknologi dersom det er fordel å bruke den.

4. Drøfting

4.1. Kunnskapsbasert sykepleie, og ny pedagogisk rolle for sykepleiere

Teknologien utvikles i et økende tempo, jeg vil tro at fremtiden vil være full av både omsorgsteknologi og privat teknologi som kan brukes i omsorgsarbeidet. Dermed har nasjonale helsemyndigheter kommet med flere strategier for hvordan en skal ta i bruk den nye teknologien for å oppnå bedre samhandling og mer effektiv tjeneste. De legger vekt på ny teknologi, som gir brukerne nye muligheter til å leve selvstendig og mestre hverdagen. Et annet viktig formål med velferdsteknologien er også å kunne møte de fremtidige utfordringer, f.eks. eldrebølgen, færre omsorgsarbeidere og teknologisk bruk hos fremtidige brukere (Helsedirektoratet, 2012; St.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013). Sykepleiere innser hvor viktig teknologi kan være, ved at den bidrar til et godt samarbeid i helsesektor, f.eks. ved å lagre kliniske data, elektroniske journaler (Capriano, 2012). Ved å nyttiggjøre seg av fordelene ved teknologien, forstår sykepleiere forandring i kunnskap blant helsepersonellet (Capriano, 2012). Teknologi kan være et godt hjelpemiddel for sykepleiere til å hente kunnskap, men når det kommer til avansert teknologi som blir brukt hjemme hos brukeren, vil det være en større utfordring for sykepleiere enn ved i institusjoner.

Jeg har vært i praksis i hjemmesykepleie, og møtt en bruker som bruker teknologi som hjelpemiddel i hjemmet. Da styrer brukeren selv dører, lys, sengen og elektronisk rullestol. Brukeren hadde nedsatt funksjon i begge armer og bein. Til tross for at han har nedsatt funksjonsevne i armer og bein, klarer han å være selvstendig og styre den elektroniske rullestolen til å mobilisere seg. Jeg fikk også anledning til å prøve den elektroniske stolen. Jeg synes brukeren mestret teknologien bedre enn meg selv, og følte seg trygt på å bruke den. Når jeg var i praksis, var jeg ukjent med de elektroniske hjelpemidler brukeren brukte. Dermed måtte brukeren og pårørende ta ansvar til å lære meg om hvordan en brukte disse hjelpemidlene. Jeg kunne se at brukeren hadde egne premisser om hvordan ting skulle gjøres og var bevisst på det han ville og kunne. Det at pårørende hadde kunnskap om teknologien og bruken av den, kan ses positivt. Jeg ble også overrasket over hvor mye mer de kunne om denne teknologien enn meg, men på en annen side synes jeg som sykepleier at de skal få slippe å ta mye ansvar og belastninger. Det er klart at alle parter bør vite om de

teknologiske hjelpemidlene som blir brukt hjemme hos brukeren, slik at vi føler oss trygge alle sammen. Men, som en sykepleier bør jeg ha kunnskap om dette og ta en rolle som pedagog for brukeren og pårørende. På en annen side, kan dette gi brukeren mestring følelse. Derfor er det viktig at jeg som sykepleier tilpasser mine kunnskapsferdigheter. Jeg har også erfart at det å ha kunnskap om og forståelse for brukeren og pårørendes situasjon kan gi trygghet og tillit. Det at jeg som sykepleier mestrer det arbeidet jeg er satt til å utføre, kan gi dem betryggende følelse.

Jeg har avgrenset til brukere i arbeidsfør alder, og dermed er de fleste vant med teknologien (Stumbo, Martin & Hedrick, 2009). Derimot kan den nye teknologien virke fremmedgjørende for de som ikke har tatt teknologien i bruk før i det hele tatt. Sett i et slikt lys er sykepleiere en nøkkelgruppe for teknologien, og skal utføre et arbeid som er kunnskap- og erfarings basert. Det er også viktig å utøve sykepleie etter brukerens ønske og behov. Dette kan være nyttig dersom sykepleiere skal innta seg rollen som en pedagog, hvor hun bruker metoder som undervisning, informasjon eller veiledning. Da er det viktig at hun etablerer en god relasjon med brukeren og har kunnskap om de faktorene som kan påvirke læreprosessen (Kristoffersen, 2011). På den andre siden, kan dette være utfordring for sykepleiere som har brukerens hjem som arbeidsplass. Teknologiske hjelpemidler hos brukeren kan være forskjellige typer, og er tilpasset til brukeren. Selv om sykepleiere er dyktige, kan dette være en belastning for dem å kunne om de forskjellige typer teknologi. Vel så viktig er det å være en tilrettelegger slik at brukeren kan nyttiggjøre seg av teknologien. Min erfaring fra praksis er at pårørende tar eller får ansvar, som kan være belastende for dem. Derfor er det også rimelig å si at mer teknologi betyr også mer ansvar for sykepleiere og pårørende. I den forstand kan jeg som er sykepleier ta ansvar, men om pårørende er klar for det er uklart. Ofte blir de nødt til å ta ansvar, og dette kan ses som en ulempe som følger av teknologien.

4.2. Etiske og moralske utfordringer

Bruk av omsorgsteknologi utfordrer oss til å tenke mer etisk og moralsk. Det første spørsmålet som dukker opp når jeg hører omsorgsteknologi, er om vi er ferd med å erstatte omsorg med teknologi. Selv om teknologien kan være en hjelpende hånd både for sykepleiere og personer med nedsatt funksjonsevne, trenger brukeren menneskelig

kontakt. Dette vet jeg av erfaring i praksis, da jeg møtte en annen bruker som hadde arbeid og levde et relativt selvstendig liv ved hjelp av teknologien. Det brukeren sa var, at dersom han hadde klart å få seg en robot hånd/arm, hadde han ikke hatt behov for hjelp fra kommunen. Dermed hadde han heller ikke fått den omsorgen han får nå av sykepleiere. Det viste seg at brukeren vil være selvstendig og uavhengig, men trengte menneskelig kontakt og omsorg. I St. Meld. nr. 29 (2012-2013) understreker at velferdsteknologi handler ikke om teknologi, men om mennesker. Med dette mener de at velferdsteknologien vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Velferdsteknologien skal bidra til at omsorgsarbeidere legger mer vekt på direkte brukerrettet arbeid (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013).

De fire etiske prinsippene handler om plikten til å gjøre godt mot andre, å ikke skade andre, å respektere personens avgjørelse og plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2005). Dersom jeg skal handle ut i fra disse fire prinsippene vet jeg at omsorgsteknologi gir personer med nedsatt funksjonsevne tilgang til verden, dette gjør dem sosiale, og kan føre til bedre livskvalitet. I en verden som er omringet av teknologi, vil teknologien spille en større rolle hos voksne enn eldre (Perry, el. at., 2008). Det er flere og flere som foretrekker å være sosiale ved bruk av teknologi, enten i form av mobiltelefoner eller datamaskiner (Pols & Moser, 2009; Perry, el. at., 2008). Dersom dette kan føre til økt sosial isolasjon er det en potensiell konsekvens som bør tenkes nøye gjennom (Perry, el. at. 2008). På den ene siden kan teknologien gi brukeren kontroll over livet sitt dersom han er med på å ta avgjørelser. På den andre siden kan dette krenke brukeren dersom han må bruke teknologien uten sin vilje. Derfor bør valg av teknologi som hjelpemiddel gjøres i brukerens premisser. Sykepleierne bør legge vekt på autonomien eller brukermedvirkning, og legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med brukeren (Nortvedt et. al., 2007). En kan også hevde at teknologien kan utfordre oss i å være rettferdig ettersom behov for omsorgsteknologien også er utfordrende, siden det ikke er klart definert (Hofmann, 2010). Derfor må en balansere mellom enkeltes behov og ønske. Det er mulig at den som mestrer teknologi godt kan få mer hjelp og nyttiggjøre seg av teknologien mer (Hofmann, 2010). Sykepleieren må handle ut fra prinsippet om ansvaret for svake (Martinsen, 2003). Dermed er det viktig å vite hva brukeren ikke klarer, og de forholdene som hindrer han i å bruke

teknologien. Vel så viktig er det å gjøre oppmerksom på det han mestrer godt, vet jeg fra min praksis erfaring.

Det å være hjemme hos brukeren, utfordrer oss ved at vi møter flere etiske dilemmaer enn ellers. Her krysser vi grensen mellom det private og det offentlige i samfunnet (Solheim & Aarheim, 2004). Min erfaring fra praksis er, at pårørende er med på å ta avgjørelser i mange tilfeller. Vi mennesker er preget av følelser og rammene rundt oss, og dette kan påvirke avgjørelsene brukeren tar. Derfor må sykepleieren ta hensyn til dette, og observere forholdene som hindrer brukeren i å uttrykke for sin egentlige vilje (Solheim & Aarheim, 2004). Det er mulig at omsorgsteknologi gir mange fordeler for personer med nedsatt funksjonsevne, men om den er riktig eller galt er ikke enkelt å vite nå. Jeg tror en må vurdere hver enkel teknologi hver for seg, som Hofmann (2010) påstår. Det spiller også en rolle om hvem brukeren er, når vi skal sette de etiske utfordringer i et etisk rammeverk. For eksempel med en person er dement, og har aldri brukt teknologien vil det være større etiske utfordringer. Jeg mener at det er brukeren selv som vet best om han trenger å bruke omsorgsteknologi som et hjelpemiddel. Vi sykepleiere må respektere autonomien til brukeren dersom han ikke vil bruke omsorgsteknologi som et hjelpemiddel.

4.3.Selvstendigjøring av personer med nedsatt funksjonsevne

Jeg tror teknologi tilbyr personer med nedsatt funksjonsevne muligheter til å delta i livet på måter som kanskje ikke tidligere har vært mulig. I studien til Stumbo, Martin & Hedrick (2009), kommer det fram at 62 % av de i arbeidsfør alder var i stand til å redusere avhengigheten av sin familie medlemmer. 92 % sysselsatte rapporterte at teknologien hjalp dem å jobbe bedre og fortere.

For det første handler det om å dekke de grunnleggende behov hos brukeren. Som sykepleier er det viktig at vi nærmer oss brukeren på en helhetlig måte, og ivaretar hele menneskets behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Når en person har nedsatt funksjonsevne, vil brukeren ofte føle seg avhengig og hjelpetrengende. Dermed er det viktig at sykepleieren bruker de fysiske og mentale ressurser brukeren har, i alle oppgaver der det er mulig (Lunde, 2011).. Det å være avhengig og ikke klare seg selv blir sett på som negativt, og dette kan føre til mangel på respekt i omgivelsene rundt brukeren For det andre, er det viktig å gi omsorg og være der for brukeren selv om

brukeren lever et selvstendig liv. Jeg er enig med Martinsens (2003) omsorgsfilosofi, det grunnleggende med mennesker er at vi er avhengig av hverandre. Dermed skal omsorg være betingelsesløs og generalisert gjensidig hvor vi viser omsorg uten å ha et mål om at brukeren skal bli frisk eller gjenvinne tap, og med det samme uten å forvente noe tilbake. I praksis erfarte jeg også at brukeren la vekt på at sykepleieren skulle være interessert i han som et menneske, ikke bare som bruker. For eksempel, ved å snakke om hverdagslige ting, og ikke bare om de prosedyrene jeg skulle utføre.

Ordet Empowerment kan bety styrke, kraft eller makt. Det handler om å forstå situasjonen, utvikle en tro på at en kan finne fram til løsninger og mening i å finne løsning (Askheim, 2012). Sykepleie til personer med nedsatt funksjonsevne handler om å styrke brukerens ressurser, og gi han mestringsfølelse. Dette krever også forståelse i brukerens livssituasjon, og hva muligheter og begrensninger brukeren har i situasjonen (Martinsen, 2003). For at jeg skal kunne styrke brukeren, slik at han kan styre livet mot egne mål og behov, må jeg som sykepleier gi ifra meg makt. Med det mener jeg at brukeren og sykepleieren deler makt. Videre skal sykepleier hjelpe brukeren til å utvikle makt/kraft til å ta ansvar for eget liv. Dette gjør at brukeren opplever å ha kontroll over eget tjenestetilbud. Videre vil brukeren også oppleve å bli sett på som en likeverdig samarbeidspartner som klarer å ta større ansvar i eget liv. På en annen side, skal ikke brukeren få bestemme alt og ha kontroll over oss. Det er ikke alltid brukeren vet hva som er best for han. For eksempel, når brukeren er i en forvirret tilstand. Den andre brukeren jeg møtte i praksis, hadde også drømmeyrket sitt, og jobbet selvstendig ved hjelp av teknologiske hjelpemidler. Jeg ble også fascinert og imponert over hvor mye han klarte selv og hvor mye kunnskap han hadde om teknologien og generelt ellers. Jeg kunne se at det ga brukeren en mestringsfølelse, det å forsørge seg selv og ha makt til å gjøre det kan ville. Teknologien er avgjørende for enkelte personer å nærme seg enda et nivå med personer uten nedsatt funksjonsevne og sine jevnaldrende. Ved hjelp av omsorgsteknologi kan brukeren også bli mer integrert i samfunnet. (Stumbo, Martin & Hedrick, 2009).

En av brukerne jeg møtte i praksis hadde også personlig assistent i tillegg til hjemmesykepleie. En personlig assistent kan hjelpe personer med nedsatt funksjonsevne i praktiske gjøremål. Dette er et godt alternativ til personer med

nedsatt funksjonsevne. Sykepleie derimot har et faglig ståsted med kunnskapbasert og erfaringbasert praksis som kan være det beste alternativet for god pleie og omsorg. I st. meld. nr. 40 (2002- 2003) står det at tiltakene for personer med nedsatt funksjonsevne skal legge til rette for at alle skal ha muligheter til aktiv deltakelse i samfunnet. Dette skal skje ut fra deres premisser. Det er sykepleierens oppgave å gjøre oppmerksom på hvor viktig det er for personer med nedsatt funksjonsevne å forsørge seg selv og sine gjennom arbeid og egen inntekt. Sykepleier skal vite de barrierene som setter hinder for dem i å få arbeid eller å være i arbeid. På den andre siden, kan dette være utfordrende ved at bygninger og utemiljø ikke alltid er tilpasset til personer med nedsatt funksjonsevne. For eksempel, dører som åpner automatisk, gang som er tilpasset til rullestol brukere. Det er også sykepleier som vet behovene til brukeren. Jeg som sykepleier skal formidle det jeg vet om brukeren og hans behov til andre faggrupper. Med et godt tverrfaglig samarbeid skal jeg tilrettelegge et miljø slik at brukeren får et mer selvstendig liv. I forskningen (Stumbo et. al., 2009) kommer det også fram at teknologi som hjelpemiddel kan redusere psykologisk og fysisk stress og forberede subjektive livskvalitet og selvfølelse hos personer med nedsatt funksjonsevne. Dette viser altså hvor mye omsorgsteknologi kan bidra til å øke selvstendighet og uavhengig hos personer med nedsatt funksjonsevne.

5. Svakheter og styrke

Oppgaven min handler om omsorgsteknologi til personer med nedsatt funksjonsevne. Jeg har brukt forskjellig litteratur til å svare på problemstillingen min. Jeg har også tatt utgangspunktet i offentlige dokumenter/rapporter som fokuserer veldig mye på velferdsteknologi. Omsorgsteknologi er klart et spennende tema. Men, jeg syns det har vært veldig krevende å finne litteratur som var sykepleierrettet. I starten av oppgaveskriving var jeg bestemt på å fokusere på omsorg, det tverrfaglige samarbeidet til personer med nedsatt funksjonsevne. Jeg har lest og hørt at det er veldig mye fokus på det etiske aspektet i omsorgsteknologi. Derfor valgte jeg å fokusere litt mindre grad på etikken i oppgaven min. Etterhvert som jeg gikk dypere inn i litteraturene, innså jeg at etiske og moralske utfordringer spiller en viktig rolle i oppgaven min. De fleste litteraturene og forsknings artikler jeg fant fokuserte også på de eldre, som gjorde det vanskelig for meg å svare på problemstillingen min som hadde alders avgrensing på 19-30 år. Det krevde litt mer søking og lesing for å finne litteratur om personer med nedsatt funksjonsevne, siden fokuset er hos eldrebølgen som skal dobles i årene framover. Selve begrepet omsorgsteknologi og velferdsteknologi har forvirret meg i liten grad, ettersom de blir brukt om hverandre.

Derimot har det vært en styrke i oppgave å bruke omsorg, etikk og Empowerment fra pensum litteratur for å svare på problemstillingen min. Det har også vært lett for meg å bruke Martinsen som omsorgsteoretiker til å argumentere for personer med nedsatt funksjonsevne. Jeg er enig med Martinsen (2003), at omsorg skal være betingelsesløs. Jeg kunne ha valgt Orem som fokuserer på egenomsorg. Og fokusert på habilitering og det tverrfaglige samarbeidet. Da, hadde denne oppgaven tatt en annen retning. Styrken i oppgaven har også vært erfaringer fra praksis. Selv om det har vært liten hendelser eller situasjoner. Videre har rapporten til Hofmann (2010) hjulpet meg med å drøfte de etiske og moralske utfordringer. Jeg har valgt nyere forskningsartikler og nasjonale føringer som også har vært en styrke for oppgaven min. Dermed har det gjort det lettere for meg å vite hva jeg skal fokusere på i min oppgave. Jeg kunne ha tenkt meg å fokusere på omsorgsteknologi eller personer med nedsatt funksjonsevne og holdninger til sykepleiere dersom jeg fikk sjansen til å skrive oppgaven på nytt.

6. Konklusjon

Problemstillingen min var «Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til å øke selvstendighet og uavhengighet til personer med nedsatt funksjonsevne ved hjelp av omsorgsteknologi».

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Jeg synes denne setningen har vært grunnlaget for hvordan jeg som sykepleier har gått for løse problemstillingen min. Det jeg har kommet fram med denne oppgaven er at selv om omsorgsteknologien kan være utfordrende for sykepleiere, synes jeg selv at det er viktig at vi tar inn over oss mulighetene som teknologien tilbyr. Slik at vi som sykepleiere kan gi mer av den primære omsorgen. Derfor må vi sykepleiere være åpent for nye løsninger som regjeringen setter og det brukeren ønsker etter sine behov. Dermed er det viktig at sykepleieren oppdaterer sin kunnskap og kompetanse, slik at hun/han kan gi kunnskapsbasert praksis. I St. Meld. nr. 29 (2012-2013) presiserer de at «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi men, om mennesket», derfor er det viktig at en fokuserer mer på den primære omsorgen. Dermed skal ikke omsorgsteknologi erstatte menneskelig kontakt eller omsorg som blir gitt av sykepleieren. Denne oppgaven har også ført meg til å tenke gjennom etiske og moralske utfordringer ved omsorgsteknologi nå som jeg har gått i dybden av ordet omsorgsteknologi. For å gi en forsvarlig sykepleie, er det viktig med å sette etiske problemer i et etisk rammeverk, og da spiller etiske komiteer i kommunen en stor rolle. For at jeg som sykepleier skal gi en forsvarlig pleie, er det viktig at jeg handler ut fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), og de etiske rammeverk. Videre er det viktig at vi ivaretar hele menneskets behov. Jeg som sykepleier står nær brukerne, og kjenner til deres behov. Som sykepleier har jeg et faglig ståsted, og kan videre formidle det jeg vet om brukeren til andre faggrupper. Dermed skal jeg tilrettelegge et miljø som kan øke brukerens selvstendighet og uavhengighet. Det er også viktig at jeg styrker brukerens ressurser og troen på seg selv, slik at kan få makt til å nå ønskene og behovene sine.

Litteraturliste

- Askheim, O., P.(2012). Empowerment – ulike tilnærminger.
I O. P. Askheim & B. Starin (Red). *Empowerment i teori og praksis*.(21-33).
Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Brinchmann, B., S. (2005). De fire prinsippers etikk- velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.),
Etikk i sykepleien.(74-87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Dalland, O. & Tygstad, H.(2012). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland (Red.),
Metode og oppgaveskriving.(s.63-81).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eimhjellen, R. S. (2004). Mennesker med utviklingshemming.
I M. Solheim & A.K. Aarheim (Red).
Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie.(192- 205).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Henriksen, P. & Haslerud V. C. D.(2011). Engelsk blå ordbok.
Oslo: Kunnskapforlaget.
- Hofmann, B.(2007). Vi vil jo ha ultralyd! Om teknologiens verdier.
I Å. Slettebø & P. Nortvedt (Red). *Etikk for helsefagene*.(104-122).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn.
I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red).
Grunnleggende sykepleie. Bind I: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansva.(281- 336).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten.
I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red).

Grunnleggende sykepleie. Bind III: Pasientfenomener og livsutfordringer.(337- 381).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient.
I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red).
Grunnleggende sykepleie. Bind I: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.(83- 127).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen, K.(2003). Innledning. *Omsorg, sykepleie og medisin.*(13-34).
Universitetsforlaget.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007).
Å arbeide og undervise kunnskapbasert.
Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Lunde, P., H. (2011). *Forflyningskunnskap.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solheim, M. & Aarheim, K., A. (2004). Innledning. I M. Solheim & A.K. Aarheim (Red).
Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie. (15-23).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red).
Grunnleggende sykepleie. Bind III: Pasientfenomener og livsutfordringer.(105- 126).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ciprinano, P. F. (2012). The importance of knowledge-based technology.
Nursing Administration Quarterly, 36 (2), 136-146.

Perry, J., Beyer, S. & Holm, S. (2009).
Assistive technology, telecare and people with disabilities: ethical considerations.
Journal of Medical Ethics, 35 (2), 81-86.

Pols, J. & Moser, I. (2009).

Cold technology versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies.

Alter, European Journal of Disabilities Research, 3 (2), 159-178.

Stumbo, N. J., Martin, J. K. & Hedrick, B. N. (2009).

Assistive technology: Impact on education, employment and independence of Individuals with physical disabilities.

Journal of Vocational Rehabilitation, 30, 99-110.

Haugset, A., S. (2010). *Lite kunnskap om omsorgsteknologi.*

Hentet 05. September 2013 fra

<http://omsorgsforskning-midt.no/default.asp?id=36>

Kjøllesdal, Astrid. (2010). Er teknologisk kompetanse omsorg?

Sykepleien, 2010 98(08): 75-77

DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0068

Kunnskapssenteret (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi.* Hentt 12. September 2013 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/10287.cms>

Statistisk sentralbyrå (2013). Personer med nedsatt funksjonsevne.

Indikator for levkår og likestilling. Hentet 07. Oktober 2013 fra

http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/99595?_ts=13d1b366718

Norsk Sykepleieforbundet (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.*

Hentet 11. Oktober 2013 fra https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Sykepleien. (29. Oktober 2009). *Teknologi i helsetjenesten.* Hentet 05. September 2013 fra

<http://www.sykepleien.no/tema/288597/teknologi-i-helsetjenesten>

Meld. St. 25 (2005-2006). (2006). Mestring, mulighet og mening. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/9.html?id=200983>

Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). Morgendagens omsorg.

Hentet 09. Oktober 2013 fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013/8.html?id=723383>

Meld. St. 40 (2002-2003). (2003). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

Hentet 26. September 2013 fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-40-2002-2003-/1.html?id=197130>

NOU 2009: 14.(2009). *Et helhetlig diskrimineringsvern:*

Barn-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Hentet 05. September 2013 fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2009/nou-2009-14/13.html?id=568801>

NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg:*

Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 03. Oktober 2013 fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?showdetailedtableofcontents=true&id=646812>

Helsedirektoratet (2012), Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030.

Hentet 02. Oktober 2013 fra

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Publikasjoner/2012%2007%20Vedtatt%20velferdsteknologirapport%20IS-1990.pdf>

