



Høgskulen  
på Vestlandet

## EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 509

Antall ord: 9000

---

---



Høgskulen  
på Vestlandet

*BACHELOR*

*Omsorgsteknologi*

*&*

*samhandling*

*Bachelor i sykepleie*

*HVL - Haugesund*

Kull 2014

Kandidatnr.: 509

Antall ord:9000

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I de kommende årene vil andelen eldre øke betraktelig og det vil føre til mindre tilgang av helsepersonell. Hjemmesykepleien vil spille en sentral del i helsetjenesten, og sykepleierne fremstår som et viktig bidrag. Omsorgsteknologi kan gi eldre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan bo lenger i eget hjem.

**Problemstilling:** *Hvordan kan omsorgsteknologi påvirke sykepleierens samhandling med eldre i eget hjem?*

**Hensikt:** Å få økt kunnskap om og forståelse av faktorene som kan påvirke samhandlingen mellom sykepleieren og eldre ved innføring og bruk av omsorgsteknologi.

**Metode:** Litteraturstudie basert på relevant fag og pensumlitteratur. Alle inkluderte studier er fra 2014 til 2017. Systematisk litteratursøk foregikk i databasene CINAHL og ProQuest.

**Funn:** Funnene viser at det er ulike faktorer som kan påvirke sykepleierens samhandling. Ved å jobbe bevisst med utfordringene som kan oppstå, kan innføring av omsorgsteknologi være positivt for samhandlingen mellom sykepleier og eldre

**Konklusjon:** Samhandlingen mellom sykepleier og pasient kan bli negativt påvirket ved bruk av omsorgsteknologi. Likevel ser man at flere pasienter har glede av omsorgsteknologi og at mange av utfordringene ved bruk av omsorgsteknologi er grunnet i dårlig opplæring og usikkerhet. Ved å være bevisst på utfordringene kan sykepleierens samhandling til eldre være god ved bruk av omsorgsteknologi.

**Nøkkelord:** Omsorgsteknologi, samhandling, eldre hjemmeboende , sykepleier, faktorer

## Abstract

**Background:** In the coming years, the proportion of elderly will increase significantly and it will lead to less access by health personnel. HomeCare nursing will play a central role in the Homehealth service, and nurses appear to be an important contribution. Telehealth can give older people the opportunity to master their health, and help more people to stay longer in their homes.

**Question:** *"How can telehealth affect the nursing`s interaction with the elderly in their own homes?"*

**Aim:** To increase knowledge and understanding the factors that can affect the interaction between nurses and elderly when introducing and using telehealth.

**Method:** A literature study based on relevant subjects and curriculum literature. All included studies are from 2014 to 2017. Systematic literature searches were conducted in CINAHL, ProQuest, Coghane, PubMed, Medline and Idunn.

**Findings:** There are various factors that can affect the nurse`s interaction. By working deliberately with the challenges that may arise, the introduction of telehealth can be positive for the interaction between nurses and elderly.

**Conclusion:** The interaction between nurse and patient can be adversely affected by the use of telehealth. Nevertheless, it is seen that more patients benefit from telehealth and that many of the challenges associated with the use of telehealth are due to poor training and insecurity. By being aware of the challenges, the nursing`s interaction with the elderly can be good by using telehealth.

**Keywords:** Telehealth, Interaction, Elder Care at home, Homehealth Care, Factors

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	<b>6</b>
1.2 Oppgavens hensikt.....	<b>6</b>
1.3 Problemstilling .....	<b>7</b>
1.4 Begrepsavklaring.....	<b>7</b>
1.5 Avgrensning og presisering av oppgaven.....	<b>7</b>
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>8</b>
2.1 Hjemmesykepleie .....	<b>8</b>
2.2 Velferdsteknologi og omsorgsteknologi .....	<b>9</b>
2.3 Samhandling .....	<b>11</b>
2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee – mellommenneskelige kontakt .....	<b>15</b>
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Definisjon av metode .....	<b>17</b>
3.2 Litteraturstudie som metode .....	<b>17</b>
3.2.1 Forskningsetikk .....	<b>18</b>
3.3 Litteratursøk .....	<b>18</b>
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>19</b>
Artikkel 1 av Radhakrishnan et al (2016) .....	<b>19</b>
Artikkel 2 av Roberts et al (2015) .....	<b>20</b>
Artikkel 3 av Brewster et al (2014) .....	<b>20</b>
Artikkel 5 av Radhakrishnan et al (2016) .....	<b>21</b>
Artikkel 6 av Guise & Wiig (2017) .....	<b>22</b>
Artikkel 4 av Guise et al (2014) .....	<b>22</b>
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>23</b>
4.1 Menneskelig kontakt.....	<b>23</b>
4.2 Teknologiens funksjon og utforming .....	<b>26</b>
4.4 Sykepleierens holdning til teknologi.....	<b>28</b>
4.5 Eldre sin påvirkning .....	<b>29</b>
4.3 Trening og opplæring .....	<b>30</b>
<b>5.0 Avslutning</b> .....	<b>32</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>33</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>37</b>
Tabell 1.....	<b>37</b>
Tabell 2.....	<b>38</b>
Tabell 3.....	<b>39</b>
Tabell 4.....	<b>39</b>
Tabell 5.....	<b>40</b>

## 1.0 Introduksjon

I de kommende årene vil andelen av eldre øke betraktelig og det vil bli mindre tilgang til helsepersonell. Eldre vil utgjøre den delen av befolkningen som vil ha størst behov for kommunale tjenester . Velferdsteknologi antas å være en av løsningene på dagens og fremtidens omsorgsutfordringer i kommunene (Meld. St. (2012-2013)). Hjemmesykepleien vil spille en sentral rolle i helsetjenesten, og sykepleierne fremstår som et viktig bidrag. Framtidens sykepleiere må lære seg å leve med omorganisering og mulig løsere strukturer og faggrenser. Uansett hvilke funksjoner framtidens hjemmesykepleier vil ha, må pasientens behov for sykepleie være i sentrum (Fjørtoft, 2016, s. 224).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som student og med flere års erfaring i hjemmebaserte tjenester har jeg opplevd innovasjon på ulike måter. Teknologi åpner for muligheter, men den viser også sine begrensninger. Velferdsteknologi kan hjelpe til med å gi brukerne en lettere, tryggere og mer selvstendig hverdag, gjøre arbeidssituasjonen lettere for de ansatte og gi helsetjenestene mulighet til forbedring, forenkling og effektivisering. Likevel har jeg observert at velferdsteknologi ikke fungerer for alle. Integrering av teknologi krever innsats fra alle parter for at teknologien skal være vellykket. Å presentere ny teknologi for eldre brukere som har vært i systemet lenge, kan være en utfordring. Dette gav meg motivasjon til å utforske hva jeg som fremtidig sykepleier kan komme til å møte i årene som kommer. Temaet er høyaktuelt, da velferdsteknologi skal hjelpe morgendagens eldre til å bo lenger i sitt eget hjem.

### 1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap og forståelse for bruk av omsorgsteknologi blant eldre og sykepleiere. Sykepleierne utøver yrket sitt i en kultur som befinner seg i en kryssild mellom tradisjon, innovasjon og markedsøkonomi. Samtidig skal det være kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Teknologi blir mer brukt i hjemmet og det blir tatt i bruk ulike

teknologiske kommunikasjonsmidler som kan både utfordre og gjøre sin nytte blant eldre og sykepleiere.

### 1.3 Problemstilling

Hvordan kan omsorgsteknologi påvirke sykepleierens samhandling med eldre i eget hjem?

### 1.4 Begrepsavklaring

**Innovasjon:** Ørstavik (2015) omtaler begrepet innovasjon som en nyskaping - en menneskeskapt endring av verdiskapende aktiviteter

**Holdninger:** En holdning er samsvar mellom tre observante dimensjoner, som oppfatninger (kognitivt), som følelser overfor (affektivt) og som impuls til atferd (handlingsimpuls) (Bondevik, 2012,s.145).

**Omsorg:** Omsorg er å ta vare på og å bry seg om noen. Når en viser omsorg overfor en person, bryr en seg om hvordan vedkommende har det, og en prøver å gjøre det beste for han eller henne (Martinsen, 1989 s.68-69).

### 1.5 Avgrensning og presisering av oppgaven

I oppgaven vil det bli fokusert på om omsorgsteknologi kan påvirke sykepleierens samhandling med eldre pasienter i eget hjem. Med eldre menes pasienter som er 65 år eller eldre som får hjelp fra hjemmesykepleie. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) blir begrepet ”pasient” definert som;

en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.

(Sitert pasient- og rettighetsloven, 1999).

Det forstås at man må være i kontakt med profesjonelle hjelpere for å være pasient i lovens forstand. Av den grunn vil begrepet ”pasient” bli brukt i denne oppgaven.

Fokuset i denne sammenstillingen begrenses videre til å gjelde teknologiske verktøy hvor formålet er kommunikasjonsstøtte, herunder audiovisuelle systemer for direkte kontakt (virtuelle besøk) og symptomovervåking (telemonitorering) i hjemmet.

## 2.0 Teori

### 2.1 Hjemmesykepleie

Hovedformålet for hjemmesykepleien er at brukere skal få bo hjemme så lenge som mulig, så lenge det er faglig forsvarlig og ønskelig. Det kreves kompetanse og formelle krav til å utøve helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2014, s.21). Helsehjelp defineres som;

Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell (sitert i pasientrettighetsloven (1999)).

Hjemmesykepleie er i tillegg en offentlig helsetjeneste som blir styrt innenfor organisatoriske, ressursmessige, offentlig og juridiske rammer (Fjørtoft, 2016, s.145). Hjemmesykepleie blir definert som;

Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie.

(Sitert Birkeland & Flovik, 2014, s.15)



Sykepleierens funksjoner er omfattende, rollen kompleks og forventningene høye fra ulike hold. Dette kan være fra brukere av tjenesten som skal gis, fra kolleger, fagmiljøet som helhet, fra arbeidsgiver, ledelse og samfunnet for øvrig. Omsorgsrollen i dag er mer rettet mot å styrke pasienten på ulike måter. Eksempler på dette kan være mestring, egenomsorg, medvirkning og selvbestemmelse (Eide & Eide, 2007, s. 33-34).

## 2.2 Velferdsteknologi og omsorgsteknologi

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg defineres velferdsteknologien slik:

Teknologi som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.

Omsorgsteknologi blir definert som;

Teknologi som spesielt kan være nødvendige hjelpemidler for personer med ulike former for helseproblemer og omsorgsbehov.

(Sitert Dale, Dale, Fensli & Fensli, 2010, s. 182).

Begrepene velferdsteknologi og omsorgsteknologi beskriver begge teknologier som har til hensikt å understøtte og forsterke brukerens sikkerhet, øke selvstendighet, medbestemmelse og livskvalitet (Birkeland & Flovik, 2011, s. 178-179). Det omfatter et tiltak som kan gi støtte og stimulans ved kognitiv svikt, støtte til sosial kontakt og bidra til trygghet i hjemmet (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 207). Helsedirektoratet (2012) bruker begrepet som en teknologisk løsning som kan nyttiggjøre seg for økt mestring, samfunnsdeltakelse, livskvalitet og et viktig verktøy når andelen eldre i samfunnet øker. Ulike velferdsteknologiløsninger kan hjelpe både brukere som bor i eget hjem, pårørende og ansatte (Birkeland & Flovik, 2011, s.

178-179, NOU 2011:11). Utvalget i regjeringen mener velferdsteknologi kan være et av flere tiltak for endre tjenestenes innretning og imøtekomme samfunnsutviklingen der flere hjemmeboende som er hjelpetrequende og færre helsepersonell, med større vekt på hjelp til selvhjelp, selvstendighet, sosiale deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering. Teknologien skal ikke være en kompensasjon for helsepersonell, men skal utfordre folk til å ta ansvar, både for velferdsordningene, sitt eget liv og i relasjonene til andre mennesker i det daglige (NOU 2011:11).

Implementering av velferdsteknologi kan muliggjøres ved samarbeid mellom brukere, helsepersonell og ingeniører . Det er behov for erfaringer fra pasienter og helsepersonell. Og, helsepersonell må få kunnskap om velferdsteknologi gjennom utdanning og kurs, få praktisk erfaring og veilede pasient og pårørende (Birkeland & Flovik, 2011, s.181).

Tjenesteinnovasjon bør tas til etterretning ved bruk av velferdsteknologi i helse-og omsorgstjenesten. Samspillet mellom teknologi og endring av atferd, og hvordan disse påvirkes hverandre baserer seg på dette (Ingstad, 2013, s. 220).

Ny teknologi blir sett på en god måte å tilføre god omsorg til eldre. Dette i form av å gi støtte, gi nødvendig trygghet og sikkerhet til et økende antall eldre hjemmeboende. Eldre foretrekker å bo lengst mulig hjemme fordi det gjør det mulig å bevare selvstendigheten og uavhengigheten. Samtidig fryktes det at teknologien vil erstatte menneskelig omsorg, som vil gjøre eldre mer utsatte, isolerte og ensomme med omsorg på avstand (Moser & Thygesen, 2013, s.146).

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi er ikke bare ny teknologi som bygger kun på pleie, behandling og rehabilitering. Det er en ny tilnærming som endrer forholdet, roller og ansvar mellom pasienter, pårørende og helsepersonell. Helsepersonell må lære å tolke data og evaluere pasientens tilstand og behandling fra for eksempel virtuelle besøk eller telemonitorering. Dette må gjøres uten mulighet for å observere pasientens helhetlig som man gjør ved personlig kontakt (Dinesen & Rose, 2013, s.206).

Det kreves organisasjonskultur og et arbeidsmiljø som fremmer innovasjon. Dette forutsetter at ansatte støtter hverandre og får støtte av ledelsen. Samarbeid skaper helhetlig innovasjon som kan skape en bærekraftig velferdsteknologi (Ingstad, 2013, s.228-229). Når velferdsteknologi tas i bruk er det nødvendig å tenke nytt om hvordan man skal organisere

arbeidet. En vellykket implementering avhenger 20 prosent av teknologien og 80 prosent av organisasjonen (Helsedirektoratet, 2012).

Endringer kan ofte være vanskelig å gjennomføre da etablerte teknologier og arbeidsmønstre må vike for det nye. Konflikt mellom det nye og kjente og det gamle og trygge kan prege ansatte. Det kan oppleves som en trussel. Også for pasientene kan innovasjon oppleves som en trussel dersom de ikke blir lyttet til og ikke tas individuelle hensyn (Ingstad, 2013, s.229-230).

Moderne helsetjeneste preges av raskere avgjørelser og håndtering av nye situasjoner på løpende bånd. Det høye kunnskapsnivået og den avanserte teknologien kan føre til en økende avstand mellom helsepersonellet og den enkelte pasient. Pasienten kan oppleve fremmedgjøring og maktesløshet i forhold til sin egen helse (Romsland, 2006, s. 149-151).

Velferdsteknologi utvikles for grupper som tradisjonelt ikke har brukt avansert teknologi. Hos dagens eldre kan dette være en utfordring da det stilles spørsmål om hvilken helseteknologi som er hensiktsmessig, og hvordan de bør utvikles og brukes (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 207). Fremtidens eldreomsorg vil i større grad være knyttet til den enkeltes evne og vilje til å ivareta sin egen helse og egenomsorg. Dette til tross for komplekse og sammensatte sykdomstilstander og store omsorgsbehov (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Den ”nye” eldre generasjonen vil ha et utgangspunkt for å kunne tilegne seg nye teknologiske løsninger enn det som har vært tilfellet for tidligere generasjoner (Dale, Dale, Fensli & Fensli, 2010, s.182).

## 2.3 Samhandling

Samhandling er samspillet mellom to eller flere aktører som handler med hverandre. Samhandling er som oftest direkte kommunikasjon, men kan også være kroppsspråk, kjærtegn etc. Felles er at det opprettholder eller utvikler mellom partene. (Noack, 2014) Et eksempel på en samhandling kan være når en pasient skal stelle et sår og løser dette i samspill med sykepleier.

Begrepet kommunikasjon har sitt opphav fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles. Man skaper, utveksler og avdekker mening. Mellommenneskelig

kommunikasjon skjer når atferd blir gitt mening. Dette blir skapt i fellesskap. Mening er resultatet av samspillet mellom innholdet, hvordan budskapet er kodet, i hvilke kontekst budskapet formidles og hvordan budskapet blir tolket (Røkenes & Hanssen, 2012, s.215).

Relasjon betegnes som at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtale brukes begrepet forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Relasjon er det som gjør at vi kan samhandle (Eide & Eide, 2007, s. 17). Et eksempel på en relasjon kan være forholdet mellom en sykepleier og en pasient.

Relasjoner, kommunikasjon og samhandling påvirker hverandre. Relasjoner knytter partene sammen, samhandlingen utøver samspillet og kommunikasjonen skaper mening og utveksler budskapet. Kommunikasjonen er selve innholdet i samhandlingen. En relasjon holder oppe samhandlingen og kommunikasjonen mellom partene, slik at de kan øke forståelsen for hverandre, utvide opplevelsesfellesskapet og føle kontakt (Røkenes & Hanssen, 2012, s.212)

Relasjonspyramiden er en samhandlingsprosess hvor en kan skape en god relasjon. Pyramiden er bygd opp av fire elementer som er samhandling, relasjon, forståelse og handling. Prosessen skaper tillit, trygghet og tilknytning som bidrar til en trygg relasjon. I en trygg relasjon er det lettere å forstå hverandre. Når en forstår den andre kan en på en hensiktsmessig måte handle overfor den andre. Å føle seg forstått er viktig i seg selv for å skape endring.

Relasjonspyramiden beskrives som en sirkulær prosess. Hvis fagpersonens handlinger styrker relasjonen, kan partene oppnå en god samhandlingssirkel. Det kan gi rom for utvikling og endringer. Det kan også virke motsatt. Bidrar handlingene til en svekket relasjon, kan det dannes en negativ samhandlingssirkel. Det fører til negative følelser, en opplevelse av avstand og manglende forståelse for den andre, noe som gir et dårligere grunnlag for å handle hensiktsmessig (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27).

Omsorgsverdier og humanistisk menneskesyn påvirker sykepleiernes holdninger og handlinger i utøvelse av sykepleie. Ved samhandling av sykepleier og pasient, er det flere aspekter som spiller inn (Andersen, 1995, s.15-16).

#### **Ansvar:**

For å gi den hjelpen pasienten har behov for har sykepleieren ansvar å skape kontakt. På grunn av sykepleierens posisjon er det primært sykepleieren som legger premissene for det

forholdet som skal utvikle seg til pasienten. Kontakt med pasienten yter for individuell og helhetlig omsorg. Det avgjør kvaliteten av det en foretar seg. Sykepleie bygger på bestemte verdier som kommer til uttrykk gjennom holdninger og handlinger. (Andersen, 1995, s.15-16).

### **Respekt:**

Ved respekt innebærer at pasienten kan vokse og utfolde seg som man er. Man tilkjenner pasientens egenverd og autonomi slik at sykepleier kan oppnå tillit og gi den hjelpen som gis. Å gi pasienten opplevelse av å føle seg verdsatt og respektert, og å være medspiller spiller en viktig rolle for følelse for selvbestemmelse. Omstendighetene når sykepleier og pasient møtes er spesielle. Pasienten søker hjelp og sykepleieren kan gi hjelp. Det blir en gjensidig avhengighet der begge parter har opplysninger som motparten trenger. Sykepleierens kunnskap og ferdigheter mot pasientens kunnskap og viten om seg selv. Begge parter må spille en aktiv rolle i samhandlingen og problemløsningen. Gjensidighet er viktig for at pasienten skal føle seg verdsatt og ha mulighet til å vokse og utvikle seg (Andersen, 1995, s.16-17).

### **Personlig engasjement;**

Engasjement åpner for samarbeid og åpenhet mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren våger å bli kjent med seg selv, sine egne reaksjoner og sitt forhold til andre mennesker. Pasientens forventninger til seg selv og andre, hvilke ressurser og begrensinger vedkommende har, forutsetter at sykepleieren engasjerer seg. Å danne nærhet, involvere seg og gå inn i bestemte situasjoner, og risikere å bli berørt følelsesmessig har en betydning for å oppnå kontakt med pasienten. Engasjement og interesse viser at sykepleieren ser mennesket i pasienten. Engasjement handler også om å vise interesse, noe som igjen uttrykkes gjennom alle handlingene våre, både verbalt og nonverbalt (Andersen, 1995, s.18-19).

### **Empati:**

Andersen (1995, s.19-20) betegner empati som den andres opplevelse en ser inn i og ønsker å forstå. Opplevelse av nærhet og kontakt som bygger på interesse for andre, og evne og vilje til å bruke egen kunnskap og erfaring til å tolke en annens kommunikasjon. Sykepleieren ønsker å forstå hvordan pasienten har det. Av og til kan sykepleieren gjenkjenne pasientens følelser da sykepleieren kan ha erfaringer med samme type følelser. Likevel er det viktig at sykepleieren bearbeide sine egne, personlige opplevelser for at det skal ha nytte i samhandlingen med pasienten. Å identifisere seg i slike situasjoner kan også gi en følelse av å være maktesløs og utilstrekkelig i yrket. Følelse av uten evne til å hjelpe pasienten kan være

vanskelig. Det er derfor viktig å bearbeide sine egne følelser for en som skal være hjelper (Andersen, 1995, s.19-20).

### **Pasientens tillit til sykepleien:**

Tillit og omsorg er grunnleggende trekk for mennesket. Tillit ytrer seg på mange måter, gjennom handlinger, holdninger, taushet eller ord. Utspill av gjensidig tillit forventes med samme holdning og stiller seg til rådighet. Gjenspeiles ikke tilliten vil det legge grunnlaget for mistillit. Pasienten kan da føle seg forrådt, ha blottet seg og sagt noe som var meningsløst og forgjeves. Hvordan tilliten mottas bestemmes av den enkeltes situasjon, av omstendighetene rundt vedkommende, av hvem og hvordan den andre er. Sykepleieren oppfattes som medmenneske og som fagperson. Men det er sykepleierens holdning og væremåte som vil være betinget om tillit og fortrolighet dannes (Andersen, 1995, s.20-21).

Kommunikasjon mellom nonverbale kanaler, som berøring er ofte en del av den daglige omsorgen for pasienter. Berøring kan føre sykepleier og pasient nærmere på kortere tid. Dette gjelder spesielt for personer med nedsatt sanseevne. Berøring har flere funksjoner; å formidle kontakt, sympati og omsorg, å gjøre oppmerksom på at en vil innlede en samtale og holde på oppmerksomheten under samtalen. Nonverbal bekreftende kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Det kan være et hjelpemiddel til at pasienten kan kunne åpne seg, dele tanker og følelser, en relasjon og en stimulus til den andre til å bruke sine egne ressurser så godt som mulig (Eide & Eide, 2007, s. 199 - 211).

All samhandling mellom mennesker handler om relasjoner og kommunikasjon. Den gode samtalen eller hverdagspraten er kanskje den pasienten setter mest pris på. Den gode samtalen er en samtale mellom en profesjonell fagperson og en tjenestemottaker. Det er ulike roller og ulik kompetanse, men er likeverdige som mennesker. Samtalen er en hjelp til å bli kjent og få kontakt, og det kan også være et mål i seg selv. En god samtale innebærer tillit og gir en verdifull og stimulerende opplevelse. Det er en mulighet til å bli sett og hørt, og til å dele tanker og følelser. For å få en god samhandling med pasienten må vi tilpasse kommunikasjonen til den enkelte. Alt som påvirker evnen til å kommunisere, må vi ta hensyn til. Det stiller krav til sykepleierens kunnskap og kommunikasjonsferdigheter. Eksempler på dette kan være ulike livssituasjoner og ulike faktorer, som mental svikt, manglende språk eller

fremmedspråklig, nedsatt syn. Det handler om å forsøke å forstå personen og møte en der man er. Slike faktorer kan påvirke samhandlingen (Fjørtoft, 2016, 197-199).

Ulike faktorer påvirker pasientens liv, både fysisk, psykisk og sosialt som pasienten forholder seg til, i familie-, arbeids- og samfunnsliv. Å leve i samspill med sitt miljø, påvirker omgivelsene og påvirker selv sine omgivelser fra fødsel til død. Som sykepleier er det viktig å nærme seg pasienten på en helhetlig måte og som bygger på pasientens opplevelse av sin situasjon. Man kan ikke bare kartlegge pasientens tilstand, faktorene rundt pasienten må også tas hensyn til. Det vil ha av betydning for å identifisere et problem og iverksette hensiktsmessige tiltak (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s.97-98).

Å etablere en terapeutisk relasjon spiller i sammenheng med sykepleierens holdninger og væremåte. Det viser hvordan vi er som personer og hvordan man reagerer i situasjoner. Uttrykkene kan utspille seg gjennom bruk av kroppen, i stemme og blick. Sykepleierne har et ansvar for sine holdningsmessige reaksjoner og det er av og til nødvendig å tilpasse væremåten sin til den aktuelle situasjonen. Samhandlingen er sentralt for opplevelsen av kvalitet, slik pasienten vurderer det (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s107).

## 2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee – mellommenneskelige kontakt

Joyce Travelbee sin sykepleietenkning bygger på å skape et likeverdig menneske til menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Forholdet baserer seg ved hjelp av sykepleierens tre metoder; kommunikasjon, bruke seg selv terapeutisk og en målrettet intellektuell tilnærming. Hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper et individ, familie eller samfunn med å mestre, forebygge og finne mening i lidelse og sykdom (Travelbee, 1999, s.73-80).

All interaksjon mellom sykepleier og pasient skjer gjennom kommunikasjon ifølge Travelbee. En sykepleier ville måtte forholde seg til alle typer mennesker, enten om det er indirekte eller direkte. Kommunikasjon er en prosess for å etablere et menneske til menneske-forhold. Når

mennesker møtes, utspiller det seg en atferd som involverer fysisk og mental aktivitet både hos avsenderen og mottakeren av budskapet. Interaksjon og observasjon om hverandre, utveksling av tanker, følelser og holdninger er tilstede og det hjelper sykepleieren i å få innsikt til å finne den sykes behov. Det blir en kontinuerlig prosess der som partene kommuniserer både ved hjelp av verbale og non-verbale uttryksmidler. Kommunikasjonsferdigheter og teknikker er det noe sykepleier må arbeide med og utvikle. Dette for å oppnå bestemte hensikter eller resultater . Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten. Det gjør det mulig for sykepleieren å observere og identifisere hvilke behov pasienter trenger (Travelbee, 1999, s.136-138).

Travelbee beskriver kommunikasjonsferdigheter og teknikker som nødvendig for sykepleieren, da det har en verdi for å ville oppnå bestemte hensikter eller resultater. Å vite hvorfor og hva en ønsker å oppnå med teknikkene er viktig å stille seg da teknikkene ikke nødvendigvis fører fram til et godt kontaktforhold (Kristoffersen, 2011, s.221-222).

Å bruke seg selv terapeutisk vil si bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke (Travelbee, 1999, s. 44). Travelbee (1999, s.143-144) skriver at observasjon er en viktig brikke på veien til sykepleieintervensjon. Pasientens behov og problemer vurderes for at det skal kunne planlegges hensiktsmessige sykepleiehandlinger, vurdere effekt i behandlingstiltak som er opprettet, samle informasjon og videreformidle tilstand, forebygge komplikasjoner og følgetilstander, og å observere sykdomstegn. Observasjon er i tillegg en prosess for å lære å kjenne pasienten som et individ. Dette er viktig for etableringen av et menneske til menneske forhold og et helhetlig syn på pasienten, og ikke bare sykdomstegnene.

Ifølge Travelbee (1999, s.42) er en målrettet intellektuell tilnæringsmåte nødvendig for å etablere og opprettholde mellommenneskelig kontakt. Tilnæringsmåten innbefatter evnen til å omsette det en har lært, i kreativ og intelligent handling, med sikte på å ivareta sykepleiebehov hos den enkelte, familien eller samfunnet. Å tenke logisk, reflektere, resonere og overveie er viktige egenskaper hos sykepleieren.



## 3.0 Metode

### 3.1 Definisjon av metode

Metode sier noe om hvordan man skal tilstrebe for å fremskaffe eller å etterprøve kunnskap. Det er et redskap som brukes med noe vi vil undersøke, for å finne gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2013, s.111-112). Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.

(sitert i Dalland, 2013, s.111).

Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder. Den **kvantitative metoden** karakteriseres ved at den gir data i form av målbare enheter, forskeren ser fenomenet utenfra, og datasamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet. Tilnærmingen blir et jeg-det-forhold da det går i bredden og innhenter et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Fremstillingen tar sikte på å formidle forklaringer. Den **kvalitative metoden** tar derimot sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Metoden går mer i dybden og innhenter flere opplysninger om få undersøkelsesenheter. Datasamlingen skjer i direkte kontakt og det blir et mer jeg-du-forhold. Fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2013, s.112).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Oppgaven bygger på troverdighet og faglighet ved at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet (Dalland, 2013, s.67). Det er vanlig å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler og rapporter. Litteraturstudie kan gjøres på ulike måter, og ambisjonen må være å ha en god struktur i både gjennomføring og rapportering. Noen krav må være oppfylt som problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse diskusjon av materialet samt en rapport (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-63).

En litteraturstudier innebærer et systematisk søk, kritisk vurdering og samle litteraturen innom et valgt emne eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30).

Begrepsanalyse kan gjøres i form av en litteraturstudie eller en empirisk studie. Hensikten med begrepsanalyse er å tydeliggjøre og øke forståelsen av de konkrete fenomenet ( Forsberg og Wengström, 2013, s.32).

### 3.2.1 Forskningsetikk

Forskningsetikk har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Dalland (2013, s.96) skriver at etikk har som formål å gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Han påpeker at det å vinne ny kunnskap og innsikt ved hjelp av forskning skal ikke skje på bekostning av enkeltpersonens integritet og velferd (Dalland, s. 96). Forskningsetiske komiteer er derfor etablert for å ivareta enkelt-personers og samfunnets interesser innen forskning (Dalland, 2013, s.98). Forskningsetikk innbefatter blant annet anonymitet, taushetsplikt og informert, frivillig samtykke (Dalland, 2013, s.102-105).

### 3.3 Litteratursøk

For å finne relevante helsefaglige forskningsartikler til min problemstilling, ble det utført systematisk litteratursøk. Systematisk søking, vurdering og kritisk vurdering bidrog til å finne de rette artiklene. Det ble utført en rekke søkeprosesser i databasene CINAHL, Svemed+, Idunn, ProQuest, PubMed, Medline og Cochrane. Både norske og engelske ord ble brukt for å søke etter artikler. CINAHL og ProQuest ble mest brukt under søkeprosessen. Søkeordene jeg konsentrerte meg om var *Telehealth, Telecare, eHealth, ICT, Information and communication technology, telemedicin, Elderly, Elder care, Older people, Home health care og Home care..* Søkeordene har blitt kombinert med AND og OR for å få best mulig kombinasjoner. Avgrensninger ble brukt, blant annet årsbegrensning da forskningsartiklene ikke skal være mer enn fem år, aldersbegrensning og fagfelleevaluering. Se vedlegg 1. Artiklene er basert på kvalitativ forskning. På grunn av kvalitativ forskning er basert på små utvalg valgte jeg også systematisk litteraturstudier for å styrke evidensene for min problemstilling. Etter mye omfattende søk kom jeg frem til relevante artikler. Søkene gjorde det utfordrende da begrepet omsorgsteknologi er et begrep med variasjoner og vide definisjoner

## 4.0 Resultater

Ved kritisk vurdering brukte jeg retningslinjer for kritisk vurdering. Retningslinjene fant jeg i Nortvedt, Jamtvedt & Graverholt (2012,s. 67-158) sin arbeidsbok.

### Artikkel 1 av Radhakrishnan et al (2016)

#### **Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A Systematic Review**

Av: Radhakrishnan, K., Xie, B., Berkley, A & Kim M. (2016)

Artikkelen handler om identifisering av funn og implikasjoner der hjemmesykepleie bruker fjernovervåking til pasienter med kronisk sykdom for økt selvstendighet. Forfatterne kategoriserte 6 overordnede temaer fra studiene: Oppfatning om effektivitet, tilpasning av fjernovervåking til pasientsentrert omsorg og behov, samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike helsetjenestene, organisasjonskultur og prosess i hjemmesykepleien, og kvaliteten over fjernovervåkningen. Studien viser at pasienter med kronisk sykdom (diabetes, KOLS, hypertensjon og hjertesykdommer) er mer fornøyd med fjernovervåking enn helsepersonell. Fjernovervåkningen får pasientene til å føle seg mer selvstendig, trygg og klarer å mestre sykdommen bedre, til tross for ulike tekniske problemer. Helsepersonell er mer skeptisk da problemstillinger som pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet og følelse av trussel mot sykepleierens identitet preger dem. Forskerne anbefaler videre undersøkelse om implementering av telemonitorering er bærekraftig nok i hjemmesykepleien.

#### Kritisk vurdering:

Artikkelen er relevant for min oppgave fordi resultatene av studien trekker frem viktige faktorer som kan ha betydning for sykepleierens samhandling. Studien er en systematisk oversikt. Artikkelen tilfredsstillende alle kriteriene ved sjekkliste over systematisk litteraturstudier og er fagfellevurdert.

## Artikkel 2 av Roberts et al (2015)

### **Striking a balance between in-person care and the use of eHealth to support the older rural population with chronic pain.**

Av: Roberts, A., Philip, L., Currie, M., & Mort, A. (2015).

Hensikten var å få et innblikk over hvordan samspillet mellom helsepersonell og eldre fungerer i hjemmet. Deltakerne bestod av seks eldre og seks helsepersonell. Datasamlingen baserer seg på detaljert observasjon av et hjemmebesøk etterfulgt av separate semistrukturerte intervjuer av helsepersonell og eldre. I tillegg reflekterer partene over deres erfaringer og holdninger til bruken av teknologi i privatlivet deres, og i arbeid, og hvilke rolle IKT kan spille en rolle for helsetjenester, generelt og for eldre mennesker som lever med kroniske smerter, spesielt for de som bor i landlige områder. Pasienter og helsepersonell tror på personlig omsorg fremmer det generelle trivselet hos eldre mennesker med kroniske smerter. Likevel er eldre åpne for å prøve IKT. Selv om de ikke kan forventes å erstatte eksisterende modeller for omsorg, kan IKT gi muligheter til å opprettholde og forbedre disse interaksjonene.

#### Kritisk vurdering:

Artikkelen er en kasusstudie og er relevant for min oppgave fordi resultatene trekker frem erfaringer som har betydning for samhandlingen. Studien fremstår som troverdig på grunnlag av forskerens refleksivitet. Funnene virker sannferdig og overbevisende da resultatene underbygges av direkte utdrag fra dataene. Studien er etisk godkjent.

## Artikkel 3 av Brewster et al (2014)

### **Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review**

Av: Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C., & Hawley, M. (2014).

Studien er en Mixed-Method oversiktsartikkel. Studien handler om sykepleiers vurderinger om aksept ved bruk av telemonitorering til KOLS og kronisk hjertesyke pasienter. Det ble

identifisert flere faktorer som påvirket sykepleiernes aksept for telemonitoreringen. Negative konsekvenser av arbeidsendring, sykepleie-pasient interaksjonen, troverdighet og autonomi, og tekniske problemer. Mangelen på aksept av ny arbeidsform hos sykepleierne viser seg å være en barriere for implementering av telemonitorering.

#### Kritisk vurdering:

Artikkelen er relevant fordi den trekker frem utfordringer som kan ha noe å si for samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Forskerne har søkt etter relevante typer studier, både kvantitative og kvalitative. Fjorten artikler oppfylte inkluderingskriteriene. Studiene ble ikke utelukket på grunnlag av kvalitet eller studiedesign, men studiene samlet, var likevel av akseptabel kvalitet.

#### Artikkel 5 av Radhakrishnan et al (2016)

##### **Unsustainable HomeTelehealth: A Texas Qualitative Study**

Av: Radhakrishnan, K., Bo, X., & Jacelon, C. S. (2016).

En kvalitativ studie gjennomført ved hjelp av semistrukturerte intervjuer bestående av deltakere på ni pasienter og tretten sykepleiere og en tekniker, og en lege fra geriatrisk avd. på sykehus tilknyttet hjemmesykepleie. Studien undersøkte hvorfor et telemonitoreringsprogram ble nedlagt etter et tiår med bruk. Studien baserer seg på deltakernes perspektiv av programmet, årsakene til nedleggelsen, forslag til hvordan telemonitorering kan forbedres og helsepersonellens erfaringer om adopsjonen. Dataanalysen avslørte fem temaer om bærekraften i programmet; innvirkning på pasientsentrert resultater, innvirkning på kostnadseffektivitet, kommunikasjon og samarbeid, brukervennlighet i teknologi og kulturen i hjemmesykepleien. Deltakerne delte utfordringer og gleder av programmet. Studien viste at pasienten reduserte sin mestring i å håndtere sin sykdom og stolte heller mer på hjemmesykepleien. De fleste deltakerne var likevel fornøyde med programmet.

#### Kritisk vurdering:

Jeg har valgt å inkludere denne artikkelen da jeg anser funnene som relevant for min problemstilling. Det var ikke nødvendig med etisk godkjenning, men de fulgte likevel etiske retningslinjer for forskning. Studien fremstår som troverdig på grunnlag av forskerens refleksivitet, selv om generalisering av befolkning var av etniske grupper.

## Artikkel 6 av Guise & Wiig (2017)

### **Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: A focus group study.**

Av: Guise, V., & Wiig, S. (2017).

6 fokusgrupper med 24 deltakere deltok i denne studien. Utvalget bestod av 23 kvinner og 1 mann. Studien innebærer intervjuer fra 26 deltakere fra ulike helsetjenester i Norge. Studien baserer seg på fem hovedfunn etter intervjuer fra helsepersonell; formålstrening gir selvtillit og endrer holdninger, opplæringsbehov avhenger i evnen til å takle telekommunikasjon, tidspunkt for trening, at opplæring skal legge til rette for praktisk innsikt i pasientperspektivet og treningsinnhold som må fokusere på teknologiprosessen. Egnets forberedelser og opplæring for bruk av telekommunikasjon er viktig for helsepersonell og må tas seriøst av helsepersonell. For å legge til rette for kunnskap, ferdigheter og holdninger som kreves for nye arbeidsformer og muliggjøre kvalitet og sikkerhet i telepraksis, skal personalet få opplæring som en del av telekommunikasjonsprosedyrer.

#### Kritisk vurdering:

Artikkel tar opp hva trening og opplæring kan bidra med ved innføring av teknologi. Artikkelen er fagfellevurdert. Siden fokuset var på hjemmebaserte tjenester, ble ikke relaterte fagområder som telerehabilitering og telepsykiatri konsultert. Det kan være relevant med bredere omfang eller komparativ design med fokus på opplæring i ulike fagområder. Jeg valgte å inkludere denne studien likevel da studien er basert på hjemmesykepleie. Den undersøkte heller ikke hvordan medarbeideres beredskap for forandring i forbindelse med telekommunikasjonsbruk påvirker deres syn på pasienten.

## Artikkel 4 av Guise et al (2014)

### **Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature.**

Av: Guise, V., Anderson, J., & Wiig, S. (2014).

Studien handler om pasientsikkerhetsrisiko forbundet med telekommunikasjonsbruk i hjemmet. Det ble identifisert elleve typer pasientsikkerhetsrisikoer som oppstod ved IKT-bruk; Hjemmesykepleieoppgaver og praksis, personlige egenskaper og evner, teknologiske problemer og enheter, organisatoriske problemer og miljøfaktorer. For å unngå og minimere potensiell skade for pasientene er det nødvendig med å forbedre forståelsen av identifiseringen og beskrive pasientsikkerhetsrisiko knyttet til telekommunikasjonstjenester.

### Kritisk vurdering:

Artikkelen er en systematisk oversiktsstudie med en narrativ oversikt. Studien inneholder kvalitative og kvantitative artikler. Fokuset var å identifisere bevis for pasientsikkerhetsrisiko og hvordan det er linket adressert i opplæring. 22 artikler var inkludert i studien. Alle data som var inkludert i studien var tidligere publisert og tilgjengelig for offentligheten. Studien krever derfor ikke etisk godkjenning.

## 4.0 Drøfting

I denne delen vil jeg se nærmere på problemstillingen jeg har satt meg;

### **Hvordan kan omsorgsteknologi påvirke samhandlingen mellom sykepleier og eldre i eget hjem?**

I teorien er det brukt ord som ”velferdsteknologi” og ”omsorgsteknologi”. I artiklene bruker forskerne ulike uttrykk for teknologien. Radhakrishnan et al (2015) og Brewster et al (2014) bruker ordet ”Telehealth”. Guise & Wiig (2017) og Guise et al (2014) bruker ”Telecare”, Radhakrishnan et al (2016) ”Telehome-care programs” og Roberts et al (2015) ”eHealth” og ”ICT”. På grunnlag av disse ulike begrepene velger jeg å bruke ordene **teknologi** og **teknologiske hjelpemidler**. Ser jeg at det er nødvendig med å forklare typen teknologi, utdyper jeg det. I oppgaven fokuseres det på menneskelig kontakt, teknologiens funksjon og utforming, trening og opplæring, sykepleierens holdninger til teknologi, og sist om eldre. Artiklene jeg har valgt er eldre som er samtykkekompetente og har samtykket i å delta. Etske anvendinger er blitt vurdert.

### 4.1 Menneskelig kontakt

Teknologien fungerer i forhold til mennesker og relasjonen dannes mellom sykepleier, teknologi og pasient. Hvordan det fungerer, er avhengig av måten hver enkelt påvirker hverandre (Pols, 2012).

Teknologi innebærer nye muligheter, blant annet for hvordan pasienten kan kommunisere med sykepleieren. Bedre og raskere tilgang til helsepersonell gjør at pasientene opplever økt trygghet og sikkerhet, ved for eksempel, telemonitorering og virtuelle besøk (Radhakrishnan et al, 2016; Brewster et al, 2014; Radhakrishnan et al, 2015; Guise & Wiig, 2017). Pasienten får i tillegg økt forståelse, tillit til (Radhakrishnan et al, 2015), forbedret informasjon og

kunnskap til å håndtere sin tilstand. Det bidrar til økt selvstendighet, mestring og livskvalitet (Radhakrishnan et al, 2016; Radhakrishnan et al, 2015).

Det er delte meninger om teknologien påvirker kommunikasjonen. Noen sykepleiere synes at den tradisjonelle personlige kontakten ble erstattet med en upersonlig, redusert og distansert kommunikasjon (Radhakrishnan et al, 2015; Brewster et al, 2014). Sykepleierne mente at direkte kontakt med pasienten gav samhandlingen et mer personlig preg i vurderingen. De opplevde også bedre kvalitet på informasjon og undervisning til pasienten (Radhakrishnan et al, 2015). Personlig besøk i pasientens hjem og ”å kjenne pasienten” gjennom fysisk tilstedeværelse, berøring, visuell observasjon og verbal kommunikasjon anses ofte som grunnleggende verdier for sikker helsepraksis (Guise et al, 2014). Sykepleierne har en verdi og arbeidsglede i å ha personlig kontakt med pasientene (Brewster et al, 2014). Travelbee (1999, s.173) skriver at sykepleieren samhandler med den syke når det gis direkte fysisk omsorg, gir helsefremmende undervisning eller tilrettelegger den sykes aktiviteter. Pasientene ser også verdien av å ha personlig kontakt med sykepleier (Roberts et al, 2015).

Enkelte pasienter er bekymret for at teknologien skal erstatte kontakten. NOU (2011:11) sier at teknologi skal kompensere og ikke erstatte. Teknologien vil ikke kunne erstatte den personlige tilstedeværelsen til et menneske (Teknologirådet, 2009). Sykepleierne på sin side kan føle seg truet hvis de føler at teknologien kan erstatte oppgavene de gjør (Brewster et al, 2014). Endringer kan ofte være vanskelig å gjennomføre da etablerte teknologier og arbeidsmønstre må vike for det nye. Konflikt mellom det nye og kjente og det gamle og trygge kan prege ansatte. Også for pasientene kan innovasjon oppleves som en trussel dersom de ikke blir lyttet til og ikke tas individuelle hensyn (Ingstad, 2013, s.229-230). På den andre side, pasienter som brukte teknologi, hadde ikke den samme oppfatningen. De mente at teknologien reduserte deres angst og økte deres mestring (Brewster et al, 2014). I en kvalitativ studie (Kajander & Storm, 2017) beskriver pasienter opplevelsen med et virtuelt besøk. Pasientene opplevde det som et nært fysisk møte og fikk en følelse av bedre kontakt når de så hverandre. Pasientene opplevde også en annerledes atmosfære med mer ro, tid til betenkningstid, opplevelse av avsatt tid og sykepleierens fulle oppmerksomhet (Kajander & Storm, 2017). Samtidig kan bruk av ulike teknologiske hjelpemidler være fysisk og mentalt slitsomt. Flere opplevde at de ble slitne av problemer som oppstod med teknologien og at de deretter strevde med å være sosiale (Roberts et al, 2015). Sykepleierens tilbakemeldinger og respons med telemonitorering virker positivt for pasienten da det oppleves kontinuitet og mindre personal å forholde seg til (Radhakrishnan et al, 2016). Som ansatt i hjemmesykepleien har jeg opplevd flere ganger fortvilende pasienter . Å være den tiende



personen som kommer på hjemmebesøk, på samme dag, kan være frustrerende. Det kan føre til at pasienten blir utrygg og skeptisk i møte med nytt helsepersonell. En kan spørre seg selv hvordan det ville påvirket relasjonen og samhandlingen til hverandre.

Et hjemmebesøk har en positiv innvirkning på pasientens mulighet til å opprettholde sosial og personlig interaksjon. Oppdatering om hva som skjer i samfunnet, samtaler om pasientens engasjement, bruk av humor og fysisk kontakt hjelper pasienten til å føle tilhørighet, selv om de sjelden forlater sitt hjem. Det hjelper pasienten å forbli engasjert i lokalsamfunnet (Roberts et al, 2015) og kan gi grunnlag for ”den gode samtale” (Fjørtoft, 2016, 197-199). Travelbee (1999, s.143-144) skriver at når en sykepleierprosedyre utføres hos en pasient, er det ikke kun prosedyren det fokuseres på, men hele mennesket er i sykepleierens oppmerksomhet. Man går inn for å lære det mennesket å kjenne. Man ser vedkommende sin situasjon og omgivelser som en helhetlig kontekst, ikke bare på deler eller aspekter ved helheten (Travelbee, 1999, s.143-144). Eksempler på dette kan være hos en diabetiker. I samtalen blir det formidlet at pasienten har forståelse for hva som virker inn på blodsukkeret. Hvis sykepleier er hjemme hos pasienten og hjelper til med blodsukkermåling, insulin og tilrettelegging av måltid, har en mulighet til å observere helheten. Hva har bruker av mat i kjøleskapet? Stemmer det med det bildet pasienten formidler med forståelse? Hva er egentlig diabeteskost og hvor mye kan en spise for eksempel av frukt for at det skal være greit for blodsukkeret?

I min tid i hjemmetjenesten møtte jeg en pasient som hadde et stabilt blodsukker gjennom dagen, bortsett fra om morgenen. Hver morgen hadde hun et forhøyet blodsukker noe som var litt merkelig da hun sa hun ikke hadde spist noe i løpet av natten. Når jeg kommer inn på soverommet hennes ser jeg at det står et glass på nattbordet. Da kommer det frem at hun hver natt drikker juice, noe som igjen virker inn på blodsukkermålingen som blir gjort om morgenen. Dette blir byttet ut med vann og målingene blir stabile. Dette er observasjoner en kan gå glipp av ved teknologi.

## 4.2 Teknologiens funksjon og utforming

Tekniske problemer kan påvirke kvaliteten på kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Guise et al, 2014). utfordringer som installasjonsproblemer (Brewster et al, 2014), dårlig bildekvalitet, tungvinte løsninger, dårlig tale, en rekke tilkoblings- og overføringsproblemer preger teknologien (Radhakrishnan et al, 2016). Det kan hindre opplevelsen av å etablere gode relasjoner (Radhakrishnan et al, 2016) og føre til mangel på motivasjon og vilje til å engasjere seg, hos begge parter (Guise et al, 2014). I et FOUSAM-prosjekt (Hjorth, 2015) med virtuelle besøk som ble gjennomført i hjemmetjenesten som jeg jobber i, dukket det opp forskjellige uventede situasjoner med utstyret. En pasient som var redd for lynnedslag og brann, dro ut stikkkontakten til skjermen hver kveld når hun la seg. Dette medførte at sykepleieren som skulle ta videoanrop måtte innom og sette i stikkkontakten hver morgen. En annen pasient var redd for å bli overvåket. Hun skrudde derfor av videokanonen slik at når anropet ble gjennomført, kunne sykepleieren høre, men ikke se henne. Dette medførte et ekstra tilsyn for å skru på videokanonen. I Brewster et al (2014) sin studie forteller sykepleierne at de må fokusere på å ordne tekniske problemer fremfor å konsentrere seg om pasienten. Det hemmer samtalen og relasjonsbyggingen (Brewster et al, 2014). Likevel rapporterte pasienter hovedsakelig teknologien som praktisk og brukervennlig (Radhakrishnan et al, 2016; Radhakrishnan et al, 2015).

Det er viktig at sykepleierne får tillit til teknologien og opplever den som pålitelig. Ansatte føler at de har et etisk ansvar av faglig oppfølging som ikke blir oppfylt ved erstatning av ansikt til ansikt kontakt med teknologi. Bekymring over at de ikke får de samme observasjonene som i et tradisjonell hjemmebesøk bidrar til mangel på tillit til teknologien. Behov for å se pasienten fysisk er nødvendig for å forsikre seg at pasientens tilstand blir riktig vurdert (Brewster et al, 2014). Pasientens subjektive mening om sin tilstand er like viktig som vitale målinger når pasienten skal vurderes (Radhakrishnan et al, 2016; Brewster et al, 2014). Teknologi blir sett av ansatte som et system hvor faglig kritisk skjønn ikke er sentralt og derav setter pasienter med risiko for potensiell skade (Brewster et al, 2014). Travelbee (1999, s.143-144) skriver at observasjon er en viktig brikke på veien til sykepleieintervensjon. Pasientens behov og problemer vurderes for at det skal kunne planlegges hensiktsmessige sykepleiehandlinger, vurdere effekt i behandlingstiltak som er opprettet, samle informasjon og videreformidle tilstand, forebygge komplikasjoner og følgetilstander, og å observere sykdomstegn. Observasjon er i tillegg en prosess for å lære å kjenne pasienten som et individ. Dette er viktig for etableringen av et menneske til menneske forhold og et helhetlig syn på

pasienten, ikke bare sykdomstegnene (Travelbee, 1999, s.143-144). Å stole på teknologi ble ofte forbundet med risiko da helsepersonalet ikke stolte på sikkerheten og troverdigheten til utstyret (Brewster et al, 2014). For eksempel kan problemer med dårlig systemintegrasjon med det nye og det eksisterende telesystemet hindre tverrfaglig arbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell (Guise et al, 2014). Er ikke utstyret til å stole på, ser ikke personalet hensikten med å bruke teknologien (Brewster et al, 2014). Sett i et slikt lys kan det derfor være bra at sykepleierne viser ”sunn” skepsis mot bruk av teknologi.

Ved utprøving av videokommunikasjon i hjemmetjenesten i min kommune, viste det seg at i tillegg til å oppleve utstyret som pålitelig, var opplevelsen nytteverdien vel så viktig. Hvis sykepleierne ikke så hensikten i videokontakten med pasienten ble dette boikottet og pasienten fikk vanlig tilsyn i stedet. Et eksempel var en pasient som bodde i en omsorgsbolig og hadde videotilsyn på kveld. Sykepleierne var imidlertid inne på boligene hos andre brukere og gikk forbi døren til den aktuelle pasienten. Planen var at de skulle ut i kommunebilen og ta videotilsynet, men hvis utstyret ikke fungerte måtte de inn igjen på huset. Dette så ikke mange nytteverdien i og enkelte av sykepleierne valgte derfor å ta vanlig tilsyn uten å prøve seg på videotilsyn først.

Pasienter deler denne erfaringen om dårlig pålitelighet. Dette kan medføre at pasienten ikke bruker teknologien (Guise et al, 2014). Likevel har teknologi økt pasientens tillit til å håndtere sin helsetilstand, bedret livskvalitet og trygghet (Radhakrishnan et al, 2015).

Hvordan teknologien er tilpasset pasientens behov og hvordan det blir presentert kan få konsekvenser for relasjonen. Det er viktig at teknologien er skreddersydd, og det må settes kriterier hos de eldre for å få en optimal nytteverdi av teknologien. Det må tas hensyn til deres kognitive og motoriske ferdigheter, samt deres helse og kunnskapsnivå på teknologi. Uten mål eller relevans for pasientens situasjon, er teknologien mer til byrde enn til hjelp (Radhakrishnan et al, 2016). Birkeland & Flovik (2014, s.181) sier at det er viktig med samarbeid mellom pasienter, helsepersonell og ingeniører, slik at de sammen kan hjelpe hverandre med utviklingen av teknologien, og skape et best mulig resultat.

Sikkerhet og effekt av omsorg baserer seg på organisasjonens struktur, kultur og forhold. Radhakrishnan et al, (2016) sin studie kommer det frem at innføring av teknologi som oftest blir besluttet av ledelsen i en organisasjon. Potensielle økonomiske fordeler, som å få ned servicekostnader og tilstrebe et kostnadseffektivt budsjett er viktige faktorer blant ledelsen for innføring av teknologi (Radhakrishnan et al, 2016). Selv om finansiering har mye å si for ledelsen, kan det være dårlig kultur fra organisasjonen sin side å ikke involvere

sykepleiere og pasienter i prosessen (Radhakrishnan et al, 2015). Lederens tillit regulerer personalets motivasjon og produktivitet, noe som er avgjørende for innflytelse og påvirkning (Spurkeland, 2012, s.36-37). Hvis ikke sykepleieren og pasienter blir hørt, kan det føre til motstand. Sykepleiers mangel på kunnskap kan resultere i motvilje mot å presentere teknologitjenester til pasienter (Guise & Wiig, 2017). Sykepleiere kan føle at deres profesjonelle identitet og jobbsikkerhet blir truet. I tillegg kan nye og ukjente arbeidsoppgaver og rutiner oppfattes som mer arbeidskrevende. Dette kan medføre at teknologisystemet blir vanskelig å gjennomføre og opprettholde (Radhakrishnan et al, 2016). I relasjonsledelse er likeverdighet en bærende verdi for å oppnå aksept og balanserte relasjoner (Spurkeland (2012, s.47-48). Brewster et al (2014) sin studie fikk ansatte og pasienter delta i utformingen av teknologien. En praksis bygget på fellesskap og felles læring hjalp pasientene til mestring og til å føle seg likeverdig i omsorg sammen med helsepersonellet.

#### 4.4 Sykepleierens holdning til teknologi

En av de store barrierene for implementering av teknologi er de negative holdningene hos sykepleierne (Brewster et al, 2014; Radhakrishnan et al, 2016; Guise & Wiig, 2014; Radhakrishnan et al, 2015). Sykepleierne ser på teknologien mer som ekstra ansvar enn som et verktøy. Økt arbeidsmengde og endringer i arbeidsrutinene gjør at aksept for integrering av teknologi er lav (Brewster et al, 2014). Økt arbeidsbelastning påvirker kapasiteten til å utføre oppgaver på en trygg og riktig måte. Dette kan igjen føre til usikre pasientpleieforhold da det fører til høyere sannsynlighet for å ta feilvurderinger (Guise et al, 2014).

Påvirkning av hverandres oppfatninger om teknologi gir også grunnlag for om teknologi blir akseptert eller ikke blant helsepersonell (Brewster et al, 2014). Helsepersonellens dårlige holdninger gjenspeiles blant annet på vanlige myter om at eldre er generelt lite interessert i teknologi, og har manglende evne til å ta i bruk og ha forståelse for teknologi (Brewster et al, 2014), er umotivert og kognitivt ute av stand til å bruke nye teknologiske hjelpemidler (Guise & Wiig, 2017). Holdningsbegreper som respekt, innlevelse og ærlighet er holdninger som avgjør hvordan vi kommuniserer i forhold til de eldre. Vi kommuniserer gjennom holdninger som ”inneholder en tro eller viten om hvordan eldre er”, og bestemmer hvilke ”forventninger” vi stiller til dem (Asheim, s. 255-256, 1997). Travelbee (1999) skriver at for å bruke seg selv terapeutisk er det vesentlig at man vet hvordan ens egen atferd virker på andre. Det vil gi muligheten for å etablere nye og mer virksomme relasjoner til andre.

Negative holdninger kan forhindre eldre i å engasjere seg med teknologiske hjelpemidler. Dette kan være på grunn av helsepersonellens mangel på praktiserende kunnskap (Guise & Wiig, 2017). Det handler ikke bare om å lære å mestre ny teknologi, men i tillegg å lære å tilpasse seg nye arbeidsprosesser, og hvordan man best kan tilpasse tradisjonelle faglige roller og arbeidspraksis i nye måter å tilby helsetjenester på (Brewster et al, 2014). Endringer i personalets arbeidsbelastning, roller og ansvar kan føre til negativ innvirkning på deres evne til å utføre tradisjonelle oppgaver og ansvar (Guise et al, 2014). Å ha tilgang til opplæring og trening kan derfor fremme holdningsendringer, bygge trygghet og tillit blant medarbeidere (Guise & Wiig, 2017).

#### 4.5 Eldre sin påvirkning

Det er delte meninger blant helsepersonell hvorvidt eldre takler og er interessert i ny teknologi (Guise & Wiig, 2017). Eldre er mer positiv til implementering av teknologi enn sykepleierne (Brewster et al, 2014; Roberts et al, 2015).

Hva som påvirker eldres ønske om å ta i bruk teknologi har en forbindelse med opplevelse av nytteverdi (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 207), brukervennlighet (Radhakrishnan et al, 2015) og om å få bo lengst mulig hjemme (Roberts et al, 2015; Radhakrishnan et al, 2015).

Velferdsteknologi utvikles for grupper som tradisjonelt ikke har brukt avansert teknologi. Hos dagens eldre kan dette være en utfordring da det stilles spørsmål om hvilken helseteknologi som er hensiktsmessig, og hvordan de bør utvikles og brukes (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 207).

Alle mennesker er forskjellige og har ulike grunnleggende behov, men disse kan modifiseres og endres gjennom den enkeltes kultur. Selv om alle individer har de samme grunnleggende behov, kan styrken og intensiteten i disse variere, og de kommer til uttrykk på forskjellige måter (Travelbee, 1999, s.57). For at teknologi skal være gunstig for eldre må de være engasjert, lærevillig, datakyndige og ta ansvar for sin egenomsorg. Det er ikke alle eldre som oppfyller disse kriteriene (Roberts et al, 2015). Forhold som baserer seg på hvor pasienten er i sykdomsprosessen, komorbiditet, sosiodemografiske variabler, eHealth literacy, Health Literacy, motivasjon, sosioøkonomiske vilkår, nettverk, helsetilstand, fysisk evne, kognitivt nivå, funksjon og interesse påvirker for integreringen av teknologi (Radhakrishnan et al, 2015). Mange studier har en tendens til å utelukke pasienter med karakteristiske

begrensinger som nedsatt hørsel, dårlig syn etc. Dette er viktig å ha med hvis teknologien skal fungere etter pasientens behov, situasjon og kontekst (Radhakrishnan et al, 2016).

Teknologien baserer seg ikke kun på eldres behov. Teknologiens infrastruktur og ergonomiske utfordringer, som for eksempel vekt og berøring, kan skape utfordringer for de eldre. Behovet for brukermedvirkning i design og utvikling av teknologi blir en viktig faktor for at eldre vil ta i bruk teknologien (Roberts et al, 2015). I tillegg har helsepersonellens kognitive, perseptuelle og fysiske evner, behov og begrensninger en avgjørende forutsetning for integrering av teknologi (Guise et al, 2014).

### 4.3 Trening og opplæring

For at helsepersonell og pasienter skal klare å håndtere teknologi er det svært viktig med trening og opplæring. Dette kan bidra til økt selvtillit, kjennskap til og forståelse av teknologien, og bedre samhandlingen mellom pasient og sykepleier (Brewster et al, 2014). Bruk av velferdsteknologi innebærer endringer både for ansatte, pasienter, pårørende og ledelsen. Implementering og bruk av ny teknologi krever kompetanse i riktig bruk og helsepersonell må få kunnskap om dette gjennom utdanning, kurs og i praksis. Pasienter i hjemmet er preget av sykdom, alderdom eller funksjonshemming, og situasjonen kan endre seg raskt (Birkeland & Flovik, 2014, s.181-183). Mangel på kunnskap, ferdigheter og forståelse av teknologien preger både helsepersonell og pasienter (Guise et al, 2014), og flere sykepleiere deler erfaringer med at de mangler opplæring og trening (Radhakrishnan et al, 2016; Radhakrishnan et al, 2015; Brewster et al, 2014, Guise et al, 2014). Dette kan føre til at teknologien ikke blir brukt som planlagt eller at den ikke blir brukt i det hele tatt (Guise & Wiig, 2017). Relasjonspyramiden baserer seg på å skape en god relasjon. Det innebærer at de fire elementene må være tilfredsstillende (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27). Har man ikke forståelse, føler man seg ikke trygg. Det kan få konsekvenser for relasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27). Vellykket bruk av teknologi vil blant annet være avhengig av pasientens evne til å bruke tekniske hjelpemidler (Guise & Wiig, 2017). Videre må teknologien være brukervennlig slik at ansatte kan føle seg trygg på å introdusere produktet til pasientene (Brewster et al, 2014).

Opplæring med fokus på hele teknologiprosessen er en forutsetning for å få en bærekraftig teknologi. For å legge til rette for kunnskap, ferdigheter og holdninger som kreves for nye arbeidsformer, og muliggjøre kvalitet og sikkerhet i praksis, er det nødvendig med en

opplæring som fokuserer på personlig tilnærmet omsorg selv om sykepleie-pasient forhold er på avstand. Dette inkluderer innsikt i kommunikasjonsferdigheter og teknikker som er egnet for å skape effektiv, tillitsfull og støttende relasjoner. Dette bidrar til gode kliniske vurderinger og bevaring av sikre kliniske forhold på avstand (Guise & Wiig, 2017).

Kristoffersen (2011, s. 221-22) skriver at Travelbee så kommunikasjonsferdigheter og teknikker som verdifulle til å danne et godt kontaktforhold. Samtidig var det viktig å være fortrolig med sine metoder da teknikkene ikke automatisk førte fram til en god relasjon (Kristoffersen, 2011, s.221-222).

Opplæring vil legge vekt på et positivt syn på at teknologi vil fungere som en måte å støtte, ikke erstatte eksisterende faglige kompetanser og omsorgsprosesser (Brewster et al, 2014; Guise & Wiig, 2017).

Ansattes støtte for innføring av teknologi er nødvendig for en bærekraftig og vellykket implementering. Det muliggjør også teknologien for videreutvikling. Å jobbe på en måte som er ny og ukjent kan være skremmende, og redsel for ”nye ting” kan være en barriere for helsepersonellet (Brewster et al, 2014). Ulike helsepersonell vil ha ulike interesser og evner når det gjelder å jobbe på nye måter med ukjente tekniske hjelpemidler, og det er viktig å legge til rette for helsepersonellens ulike holdninger og forutsetninger (Guise & Wiig, 2017). Eldre medarbeidere har mer aversjon mot teknologi enn yngre på grunn at de ofte har større behov for trening. Likevel, med rett opplæring og støtte kan de bli positive til teknologien (Guise & Wiig, 2017).

Ansatte har behov for å kjenne på at de kan bruke sin kunnskap og dømmekraft i omsorgen som ytes til pasientene med teknologi. Hjelp fra teknisk/service support og læring av å gjenkjenne og håndtere tekniske problemer, bidrar til forbedringer og mer aksept (Brewster et al, 2014). Tilgang til brukerstøtte er avgjørende for å levere trygge og pålitelige helsetjenester (Guise et al, 2014).

Min erfaring i forhold til innføring av velferdsteknologi er at det blir gitt god opplæring i forkant av oppstart, men at det i flere tilfeller oppstår situasjoner som gjør at oppstartdato blir utsatt. Utsettelsene gjør at det som sykepleierne har fått opplæring i, blir glemt, noe som kan skape usikkerhet og negativitet. Det er derfor viktig at opplæringen blir gitt tett opp til oppstart og ved eventuelle forsinkelser bør det være en repetisjon av dette for at sykepleierne skal føle mestring og være positive.

## 5.0 Avslutning

I starten av oppgaven stilte jeg meg spørsmålet, hvordan kan omsorgsteknologi påvirke samhandlingen sykepleierens samhandling til eldre i eget hjem?

Jeg har nå pekt på flere faktorer ved omsorgsteknologien som kan påvirke sykepleierens samhandling med eldre pasienter i eget hjem. Helsepersonell kan oppleve at omsorgsteknologi bryter med verdier og kultur som kjennetegner den tradisjonelle omsorgen. Teknologi skaper endringer i relasjoner og praksiser, noe som kan få konsekvenser for omsorgen som gis. Og pasienter kan bli engstelige for å miste den menneskelige kontakten med sykepleieren og streve med å forstå teknologien.

Det er vel ingen tvil om at omsorgsteknologi vil være svært viktig i hjemmesykepleie i årene som kommer. Jeg har funnet noe forskning på området, men det vil nok være behov for mer forskning etter hvert som flere tar det i bruk. Teknologien i samfunnet utvikles svært raskt og man må anta at stadig nye teknologiske hjelpemidler vil bli tilgjengelig i velferdsmarkedet. Ved å jobbe bevisst med utfordringene som kan oppstå, kan innføring av omsorgsteknologi være positivt for samhandlingen mellom sykepleier og eldre. Følgende punkt nevnt i oppgaven vil være særlig viktig å ta hensyn til:

- Sørge for at den menneskelige kontakten ivaretas, selv om den blir mer distansert
- Sikre at utstyret som tas i bruk er brukervennlig og sikkert
- Skape interesse for teknologien hos de eldre
- Få sykepleierne med på laget og sikre at de finner positive elementer som teknologi kan tilføre deres arbeidsdag
- Gi god opplæring og trening, både til sykepleier og pasient
- Aksept hos sykepleierne ved bruk av omsorgsteknologi



## Litteraturliste

- Andersen I. D. (1995). Sykepleieprosessen. I N.J. Kristoffersen (red.). *Generell sykepleie 2: Pasient og sykepleier – samhandling, opplevelse og identitet*. (1.utgave, 4. Opplag 2000, s. 11-59). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger? – Studier i dydsetikk*. Otta: Tano Aschehoug
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014) *Sykepleie i hjemmet*. (2.utg.). Oslo: Akribe
- Bondevik, M. (2012). Sykepleie til eldre-grunnleggende prinsipper. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri – en innføring*. (3.utg., s. 143-153). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C., & Hawley, M. (2014). Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 21-33.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Bordtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s.197-209). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dale, B., Dale, J. G., Fensli, M. M. F., Fensli, R. (2010). Omsorg og teknologi: i dag og i morgen. I O. Söderhamn (red.). *Utdanning til omsorg- i fortid, nåtid og framtid*. (1.utg., s.180-198). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dinesen, A. B. & Rose, C. (2013). Patienternes opplevelse af velfærdsteknologi – muligheder og begrænsninger. I T. U. Fredskild (Red.). *Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet*. (1.utg., s.205-221). Gads Forlag

- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg., 7. Opplag 2013). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2013). *At göra systematiska litteraturstudier* (3.utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Guise, V., & Wiig, S. (2017). Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: A focus group study. *BMC Health Services Research*, 17  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1186/s12913-017-2098-2>
- Guise, V., Anderson, J., & Wiig, S. (2014). Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature. *BMC health services research*, 14(1), 588.
- Hansen, A. J. (2013). Hvad er velfærdsteknologi, og hvilke typer velfærdsteknologi findes det?. I T. U. Fredskild (red.). *Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet*. (1.utg, 2.opplag, 2013, s. 19-38). Danmark: Gads Forlag
- Helsedirektoratet (2012). Velfærdsteknologi. Fagrapport om implementering av velfærdsteknologi i de kommunale- og omsorgstjenestene 2013-2030. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hjort, G.H.B (2015, 28.mai). *Et velfærdsteknologiprojekt med utprøving av videokommunikasjon mellom hjemmetjenesten og hjemmeboende brukere med KOLS.* Hentet fra <http://www.helsetorgmodellen.net/nyheter/fousam-prosjekt-trygghet-i-eget-hjem/>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I E. A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleierens grunnlag rolle og ansvar*. (2.utgave, 2. Opplag 2012, s. 83-133). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk filosofisk essay*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Noack, T. (2014, 12.mars). Samhandling. Hentet fra <https://snl.no/samhandling>
- Melby, L. & Tjora, A. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (1.utg.,1.opplag, s.13-27). Oslo: Gyldendal akademisk
- Moser, I. & Thygesen, H. (2013). Velferdsteknologi og teleomsorg: Nye idealer og former for omsorg. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (1.utg.,1.opplag, s.144-158). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G. & Graverholt, B. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm AS
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 20. Januar 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pols, J. (2012). *Care at a distance. On the Closeness of technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Radhakrishnan, K., Bo, X., & Jacelon, C. S. (2016). Unsustainable HomeTelehealth: A Texas Qualitative Study. *Gerontologist*, 56(5), 830-840. doi:10.1093/geront/gnv050
- Radhakrishnan, K., Xie, B., Berkley, A., & Kim, M. (2016). Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A Systematic Review. *Health services research*, 51(1), 48-75.

Roberts, A., Philip, L., Currie, M., & Mort, A. (2015). Striking a balance between in-person care and the use of eHealth to support the older rural population with chronic pain. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.3402/qhw.v%v.27536>

Romsland, G. I. (2006). Tverrfaglig samarbeid og etikk. I P. Nordtvedt (red.). *Etikk for helsefagene*. (1.utg, s.149-169). Oslo: Gyldendal akademisk.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller briste – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse – Resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen-rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1?q=samhandlingsreformen#match_0)

Teknologirådet (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi* (Teknologirådet rapport nr. 01, 2009). Oslo. Hentet den 11. Januar 2017 fra <https://teknologiradet.no>

Travelbee, J. (1999). *Interpersonal Aspects of Nursing* (1.utg 1999, 5. Opplag 2007). USA: F.A. Davies

Ørstavik, F. (2015, 20.april). *Innovasjon*. Hentet fra <https://snl.no/innovasjon>

## Vedlegg

### Tabell 1

Søk i CINAHL 06.04.2017

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Professional-patient relations OR nurse-patient relations		40 203
S2	S1 AND information and communication technology OR ICT OR digital engagement OR social networkin sites OR telecare OR telehealth OR telemedicine		183
S3	S1 AND S2	2013-2017	56
S4	S1 AND S2	2013-2017	4
S5	S1 AND S2 AND social health OR social engagement OR socisl influence OR social relations	2013-2017	3
S6	S1 AND S2 AND loneliness OR depression OR quality of life OR social isolation	2013-2017	4

Etter søk nr 6 kom det opp 4 treff, hvorav artikkel ble valgt: *Barriers and Facilitators for sustainability of Tele-Homecare Programs: A systematic Review* (Radhakrishnan, Xie, Berkley & Jacelon, 2016)

## Tabell 2

Søkt i CINAHL 06.04.2017

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Professional-patient relations OR nurse-patient relation		40 203
S2	S1 AND information and communication technology OR ICT OR digital engagement OR social networkin sites OR telecare OR telehealth OR telemedicine		183
S3	S1 AND S2	2013-2017	56
S4	S1 AND S2	2013-2017, aged 80 and over	4

Etter søk nr 4 kom det opp 4 treff, hvorav artikkel ble valgt: *Unsustainable Home Telehealth: A Texas Qualitative Study* (Radhakrishnan, Xie & Jacelon, 2016)

## Tabell 3

Søkt i ProQuest 12.04.2017

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	eHealth	2014-2017, Peer review	2495
S2	S1 AND elder care	2014-2017, Peer review	949
S3	S1 AND S2 AND social interaction	2014-2017, Peer review	466

Etter søk nr.3 kom det opp 466 treff, hvorav nr.1 ble valgt: *Striking a balance between in-person care and the use of eHealth to support the older rural population with chronic pain* (Roberts, Philip, Currie & Mort (2015)).

## Tabell 4

Søkt i ProQuest 12.04.2017

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Human interaction	2014-2017, peer review	205 342
S2	S1 AND eHealth OR telehealth OR telecare OR telemedicine	2014-2017, peer review	1622
S3	S1 AND S2 AND nurse	2014-2017, peer review	682
S4	S1 AND S2 AND S3 AND training	2014-2017, peer review	496

Etter søk nr. 4, kom det opp 496 treff, hvorav nr. 12 ble valgt: *Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group* (Guisse & Wiig, 2017).

## Tabell 5

CINAHL 10.04.17

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Telehealth OR telecare OR ICT		4633
S2	S1 AND human factors OR interaction OR attitude		472
S3	S1 AND S2	2004-2017	406
S4	S1 AND S2	2012-2017	198
S5	S1 AND S2	2012-2017, full text	72

Etter søk nr 5, kom det opp 72 treff hvorav artikkel: *Factors affecting frontline staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review* (Brewster, Mountain, Wessels, Kelly & Hawley (2014).

## Tabell 6

Google Scholar 09.04.17

Nummer	Søkeord
S1	Siri Wiig & Veslemøy Guise

Artikkel ble søkt på google scholar da jeg hadde en annen forskningsartikkel fra de samme forfatterne. Det resulterte i: *Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature* (Guise, Anderson & Wiig, 2014).