



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	25-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 38

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Teknologi for trygghet i hjemmetjenesten

**Antall ord \*:** 8425

**Engelsk tittel \*:** Technology to provide safety in home care services

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen Nei**  
**konfidensiell materiale?:**

**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Teknologi for trygghet i  
hjemmetjenesten

Technology to provide safety in home  
care services

## 38

Bachelor i sykepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap.  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,  
Campus Haugesund  
Innlevering 25.04.19 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskolen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

**Tittel:** Teknologi for trygghet i hjemmetjenesten

**Bakgrunn:** Utviklingen med bruk av teknologi i hjemmetjenesten har gått raskt i de norske kommunene de siste årene. Målet i eldreomsorgen er endret fra trygghet i institusjon til trygghet i eget hjem. Hjemmesykepleien vil med dette spille en sentral rolle, og vil få et økende press på både kompetansen og kvaliteten i tjenesten.

**Problemstilling:** Lengst mulig i egen bolig– kan teknologi bidra til trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenester?

**Hensikt:** Å belyse ulike faktorer teknologi kan påvirke med tanke på trygghet for mottakere av hjemmetjenester, og hvordan sykepleie i hjemmetjenesten kan utnytte denne kunnskapen til å bidra til de rette forutsetningene ligger til grunn for at pasienten opplever trygghet i hjemmet.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie basert på utvalgte forskningsartikler, fag og pensumlitteratur.

**Funn:** Artikkelen viser at teknologi kan gi økt trygghet og sikkerhet, som kan bistå eldre mottakere av hjemmetjenester til å bo lengst mulig i egen bolig. Faktorene som påvirker er blant annet kunnskap og kontroll i forbindelse med hjelpemidlene, relasjonen til- og oppfølgingen fra hjemmetjenesten.

**Konklusjon:** Teknologien kan bistå pasientene, og føre til økt trygghet på bakgrunn av faktorene som nevnes. Men det er trolig ikke alltid en enkel løsning for tjenesten. Det er nødvendig med tilpasset oppfølging, med økt fokus på relasjonen som ligger i bunn og hvordan denne opprettholdes med tanke på avstanden fra pasienten.

Nøkkelord: Teknologi, Trygghet, Relasjon, Sykepleie, Eldre mottakere av hjemmetjenester.

## **Abstract**

**Title:** Technology to provide safety at home

**Background:** The development with the use of technology in the home service has been rapid in the Norwegian municipalities in recent years. The goal of care for the elderly has changed from safety in the institution to safety in the home. Home care service will with this play a central role and will have increasing pressure on both the competence and the quality of the service.

**Research question:** Aging in place – can technology provide safety for older receivers of home care service?

**Aim:** The study is conducted to examine how various measures can affect the use of technology in home care services and how nurses can use this, so the experience of safety is based on the right conditions.

**Method:** This literature study is based on curriculum and research papers.

**Findings:** Research shows that technology can provide increased security and safety, which can assist the elderly at home living to stay as long as possible in their own home. The factors that influence are knowledge and control in connection with the aids, and the relation to home care services.

**Conclusion:** The technology can assist the patients, but it is not always an easy solution for the service. The technology requires follow-up, and increased focus on maintaining the relation between the patient and the service regard to the distance from the patient.

Keywords: Technology, Safety, Relation, Home nursing, Older receivers of home care service.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensning og presisering.....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	3
1.5 Oppgavens formål .....	3
1.6 Oppgavens disposisjon .....	3
<b>2. Teori</b> .....	<b>4</b>
2.1 Hjemmesykepleie.....	4
2.2 Teknologi i hjemmesykepleien.....	6
2.3 Trygghet .....	7
2.4 Relasjon som fremmer trygghet.....	8
2.5 Ethiske utfordringer med bruk av teknologi.....	9
<b>3. Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Definisjon av metode .....	11
3.2 Litteraturstudie som metode .....	11
3.3 Litteratursøk og fremgangsmåte .....	12
3.4 Kildekritikk, avgrensning og etiske vurderinger .....	12
<b>4. Resultater</b> .....	<b>14</b>
4.1 Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. (2018).....	14
4.2 Hvilken nytte har eldre hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? (2017).....	15
4.3 Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project. (2017) .....	16
4.4 eHomecare and safety: The experience of older patients and their relatives. (2017). 17	
4.5 Older people negotiating independence and safety in everyday life using technology: Qualitative study. (2018).....	17
4.6 Hovedfunn .....	18
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>20</b>
5.1 Tillit til tjenesten og teknologien .....	20
5.2 Betydningen av å bo hjemme .....	23
5.3 Trygghet som forutsetning.....	25
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>28</b>
<b>Vedlegg 1: Tabell over søkeprosessen</b> .....	<b>1</b>
<b>Vedlegg 2: Sjekkliste for kvalitativ forskningsmetode</b> .....	<b>1</b>

# 1. Introduksjon

Ny teknologi blir løftet frem som bærebjelken i fremtidens helsevesen. Ikke bare skal det være med på å løse de store utfordringene med mangel på helsepersonell, men bidra til økt mestring og trygghet for pasienten. Utviklingen med bruk av teknologi i hjemmetjenesten har gått raskt i de norske kommunene de siste årene. Fra 2013 til 2016 var over 200 prosjekter aktive, og litt over halv parten av landes kommuner har i dag innført velferdsteknologiske løsninger (Knarvik, Rotvold, Bjørvig, Bakkevoll, 2017, s.11). En av målgruppene for teknologiområdene har vært trygghets- og mestringsskapende teknologier for eldre (Knarvik, et.al, 2017, s.8). Det påpekes blant annet i rapporten «innovasjon omsorg» av Norges offentlige utredninger (NOU) at det ikke skal fjerne omsorg og nærhet, men gi mennesker bedre mulighet til å mestre egen helse (NOU, 2011:11).

Det er stort fokus på forebyggende tjenester og en aktiv aldring, som sammen skal bidra til at flere klarer å bo hjemme lengst mulig. Dette var allerede målet bak samhandlingsreformen fra 2012. Samhandlingsreformens intensjon var at flere pasienter skulle behandles i kommunehelsetjenesten fremfor i sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.37). Hjemmesykepleien vil med dette spille en sentral rolle, og vil få et økende press på både kompetansen og kvaliteten i tjenesten.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Trygghetsalarmen har vært en del av hjemmebaserte tjenester så lenge jeg kan huske. Denne blir nå videreutviklet med trygghetspakker, og mer trygghet-og sikkerhetsteknologi. Med disse store visjonene om trygghet i hjemmet med bruk av teknologi, blir ikke bildet av sykepleiers og pasients relasjon like tydelig. Erfaringer fra praksis har lært meg at pasientens relasjon til hjemmesykepleien er av stor betydning for opplevelsen av trygghet i eget hjem - uavhengig av målet om selvstendighet. Det er utbredt at trygghet er viktig for å nå målet om at eldre skal bo lengst mulig i egen bolig.

## 1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i dets relevans for dagens hjemmesykepleie og av egen interesse, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Lengst mulig i egen bolig- kan teknologi bidra til trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenester?

### 1.3 Avgrensning og presisering

Jeg vil fokusere på faktorer som kan skape trygghet hos pasienter som er mottakere av hjemmetjenester i denne oppgaven. Hvordan teknologiske hjelpemidler kan bidra til dette, og hvordan sykepleiers rolle blir med tanke på relasjonens betydning for å skape trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenester. Jeg har brukt forskningsartikler som tar utgangspunkt i brukerperspektivet, slik at pasientens opplevelse av de teknologiske hjelpemidlene kommer frem. Betegnelsen «bruker» er et utbredt begrep for å omtale mottakere av hjemmetjenester i praksis, dette kan mistolkes som mottakere av praktiskbistand, eller i denne oppgaven som brukere av teknologi. Av denne grunn vil begrepet «pasient» eller «mottakere av hjemmetjenester» bli brukt videre. I pasient- og brukerrettighetsloven (§1-3, 1999) er 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.

(pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Mottakere av hjemmetjenester er mennesker i alle aldre og med ulike hjelpebehov. Eldre som er mottakere av hjemmesykepleie er heller ingen homogen gruppe (Fjørtoft, 2016, s. 63). Målgruppen og mottakere av helsetjenester i denne oppgaven består av eldre mennesker som kan ha behov for trygghets- og sikkerhetsteknologier, med aktive vedtak om tjenester i hjemmetjenesten. En av målgruppene for utviklingen av trygghets- og sikkerhetsteknologier i hjemmetjenesten vil være mennesker med kognitiv svikt, men denne oppgaven omhandler pasienter med samtykkekompetanse, og med bakgrunn i oppgavens rammer vil jeg ikke presentere eller diskutere de mange faktorene som teknologi for personer med kognitiv svikt kan innebære. Jeg ønsker videre å avgrense oppgaven til å omhandle eldre over 60 år, som har samtykke kompetanse.

Pårørende er en svært viktig del av hjemmebaserte helsetjenester og for pasientens opplevelse av trygghet. Med bakgrunn i oppgavens rammer, blir ikke pårørende omtalt i særlig grad.

## 1.4 Begrepsavklaring

**Teknologiske hjelpemidler:** Teknologi som brukes i helse og omsorgstjenesten har mange navn. Denne oppgaven omhandler ulike trygghet- og sikkerhetsteknologier. Jeg går grundigere inn på dette i teorikapittelet. Med bakgrunn i at utviklingen av teknologi går fort, vil jeg ikke gå dypt inn på spesifikke funksjoner som fort vil bli utdatert.

**Hjemmesykepleie:** Sykepleie som blir gitt i hjemmet, med fokus på helhetlig omsorg og pleie.

**Eldre mottakere av hjemmetjenester:** Mennesker over 60 år med ulike hjelpebehov, og med vedtak om helsetjenester i kommunen.

**Relasjon:** Relasjonen som dannes mellom sykepleier og pasient. Denne er bygget på gjensidighet, forståelse, respekt og verdighet, som skal bidra til et godt samarbeid mellom de to partene.

## 1.5 Oppgavens formål

Formålet med denne oppgaven er å belyse ulike måter teknologiske hjelpemidler kan påvirke opplevelsen av trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenesten, og hvordan sykepleie i hjemmetjenesten kan bidra slik at de rette forutsetningene ligger til grunn for at pasienten føler trygghet.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

I det neste kapittelet kommer teoridelen, der mine teoretiske utgangspunkt vil bli introdusert. Deretter vil det bli gjort rede for metode, og hvilken metode som er brukt i denne oppgaven. Etter metoddelen vil forskningen som ligger til grunn for oppgaven presenteres under resultater. Videre vil jeg diskutere teori og forskningen opp mot problemstillingen i drøftingskapittelet. Til slutt vil konklusjonen i oppgaven legges frem.



## 2. Teori

Teorien som er inkludert under dette punktet er valgt ut for å gi et innblikk i ulike aspekter ved problemstillingen, og vil være med å legge grunnlaget for den videre diskusjonen under drøftingskapittelet.

### 2.1 Hjemmesykepleie

En enkel beskrivelse av hjemmesykepleie er «sykepleie i hjemmet» (Birkeland og Flovik, 2018, s.34). Hjemmet har en spesiell betydning for de fleste mennesker. Hjemmet er i følge Fjørtoft:

- et trygt sted der jeg kan være meg selv
- et uttrykk for hvem jeg er, og hva som er viktig for meg
- et symbol på selvstendighet og kontroll
- privat og personlig og atskilt fra det offentlige

(Fjørtoft, 2016, s.28)

Betydningen av å kunne bo hjemme, på tross av sykdom og et økt behov for hjelp i hverdagen kan bidra til et mer selvstendig og uavhengig liv (Birkeland og Flovik, 2018, s.37).

Hjemmesykepleien har som mål at eldre med hjelpebehov skal få bo hjemme så lenge det er fagligforsvarlig og kan defineres som:

Helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av helsepersonell til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der det primære er å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre står trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasienters opplevelse av sin situasjon er sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker en vid skala av oppgaver, fra besøk som har rent forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie.

(Birkeland og Flovik, 2018, s.34).

Fermann og Næss fremhever betydningen av kontinuitet i organiseringen av hjemmesykepleie

til eldre (2016, s.255). De skiller mellom den relasjonelle kontinuiteten og den administrative kontinuiteten. Hvor den relasjonelle kontinuiteten handler om den relasjonen som etableres mellom pasient og hjemmesykepleier, og den administrative kontinuiteten om forutsigbarheten om hvem som kommer og når de kommer (Fermann og Næss, 2016, s.255).

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). I begrepet fagligforvarlighet ligger en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan helsepersonell utøver hjelp til pasienter, ett av hovedelementene i dette kravet skal hindre at pasienter skades av helsehjelpen de mottar (Birkeland & Flovik, 2018, s.15).

De siste tiårene har hjemmesykepleien gjennomgått store strukturelle endringer med blant annet innføringen av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen ga føringer for at flere skulle bo lengst mulig i hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Følgende hovedområder ble prioritert i 2012:

1. Å forebygge fremfor å bare reparere.
2. Tidlig innsats fremfor sen innsats.
3. Å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen.
4. Å flytte tjenester nærmere der folk bor.
5. Flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre disse oppgavene.
6. Samle spesialiserte fagmiljø som er sterke nok til å kunne gi pasientene helsehjelp i kommunene i stedet for at de blir henvist til spesialisthelsetjenesten.
7. Bedre for pasientene – sterkere brukermedvirkning.

(Birkeland og Flovik, 2018, s.18)

Hjemmesykepleien er helt sentral dersom innsatsområdene i denne reformen skal nås. Tiltakene til hjemmeboende eldre skal ha en helsefremmende profil, med utgangspunkt i det pasienten synes er viktig i livet sitt (Fjørtoft, 2016, s. 68). Et helsefremmende perspektiv innebærer å styrke og bevare menneskers ressurser, mestring, integritet og opplevelse av mening (Fjørtoft, 2016, s.68). Birkeland og Flovik (2018, s.21) påpeker at det stilles forventninger til at hjemmesykepleien tar i bruk, og deltar i utviklingen av

velferdsteknologiske løsninger.

## 2.2 Teknologi i hjemmesykepleien

Begrepene velferdsteknologi, helseteknologi og omsorgsteknologi brukes ofte om hverandre (Birkeland og Flovik, 2018, s.150). Kommunesektorens organisasjon (KS), definerte velferdsteknologi i sin tverrfaglige opplæringspakke kalt «velferdsteknologiens ABC» som følgende:

Velferdsteknologi handler om teknologisk assistanse der velferd leveres gjennom teknologi som brukes av og understøtter pasienten, i samspill med kommune eller pårørende. Ulike typer teknologi kan understøtte og forsterke for eksempel trygghet, sikkerhet, daglige gjøremål og mobilitet i nærområdet.  
(Kommunesektorens organisasjon, 2016).

Når det anvendes til bruk i kommunens helsetilbud omtales teknologien ofte som omsorgsteknologi. Teknologien som utvikles innen omsorgsteknologi tar sikte på å øke tryggheten og sikkerheten i de eldre sitt hjem (Nakrem & Knutshaug, 2018, s.18-19). Hagenutvalget la i 2011 frem utredningen «innovasjon i omsorg» og delte inn teknologien etter funksjonsområde. Dette resulterte i de fire hovedkategoriene kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt, teknologi for behandling og pleie, og trygghets- og sikkerhetsteknologi (NOU 2011:11). Det er den sistnevnte kategorien oppgaven vil fokusere på.

Trygghets- og sikkerhetsteknologi omfatter teknologier som skal skape trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse (Nakrem & Knutshaug, 2018, s.18). Det har vært flere prosjekter i de norske kommunene de siste årene, blant annet i Lindås kommune, som har fått stor plass i media. I flere av prosjektene har trygghetspakker med ulikt innhold blitt testet ut. Etter den første dokumenterte effekten av utprøvingene i utviklingskommunene, ble det oppsummert i rapporten «første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger» (Helsedirektoratet, 2015). Her ble teknologiområdene varslings- og lokaliseringsteknologi og elektroniske dørlåser anbefalt, som integrerte tjenester i kommunens ordinære helse og- omsorgstilbud (Helsedirektoratet, 2015). Dette inkluderer teknologi som for eksempel fallalarm, ulike bevegelsessensorer og digital trygghetsalarm. I 2017 kom

«andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger» om innføring av digitalt tilsyn, oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem (Helsedirektoratet, 2017). Dette inkluderer passiv varslingsteknologi, som innebærer en eller flere sensorer som varsler til tjenesten ved for eksempel bevegelser, passering, fravær fra seng, fall og lignende (Helsedirektoratet, 2017). Trygghetsalarm er i dag den mest brukte løsningen i gruppen trygghets- og sikkerhetsteknologi (Helsedirektoratet, 2012).

I Helsedirektoratet sin rapport «anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier» påpeker de at hovedmålet er at hjemmeboende skal få økt trygghet til å bo lengre hjemme (Helsedirektoratet, 2016). Programmet skal gi en helhetlig og sammenhengende tjeneste til innbyggerne, og innebærer blant annet en responstjeneste og en utførendetjeneste. En responstjeneste defineres som «*en tjeneste som tar i mot, vurderer, dokumenterer og responderer på varsler fra velferdsteknologiske løsninger som tjenestemottakeren benytter*» (Helsedirektoratet, 2016). For å så kunne følge opp brukere av tjenestene må man ha en utførende tjeneste, som i denne oppgaven blir hjemmesykepleien, men som også kan være andre tjenesteytere som kommunen har tjeneste- eller samarbeidsavtale med (Helsedirektoratet, 2016).

## 2.3 Trygghet

Trygghet er et begrep som kan være vanskelig å skulle definere. Det er et begrep de fleste har et forhold til, men som vi gjerne legger forskjellig til grunn for. Trygghet kan skille seg fra sikkerhet, og blir ofte betegnet som en opplevelse. Sikkerheten kan kvalitetssikres, men trygghet er mer problematisk å kvalitetssikre. Innenfor sykepleien er det vanlig å se på trygghet som et behov (Thorsen, 2011, s.110). Den humanistiske psykologen Abraham Maslow beskriver hvordan behovene er hieratisk oppbygd, og trygghet eller «Safety needs» på engelsk er ett av de grunnleggende behovene (Thorsen, 2011, s.110). Maslow sitt syn på trygghet kan sammenlignes med behov for forutsigbarhet og beskyttelse, og skiller ikke mellom sikkerhet og trygghet i denne beskrivelsen.

Sykepleier Kerstin Andersson (1984, referert i Thorsen, 2011, s.119) har analysert begrepet trygghet og tar utgangspunkt i pasientens opplevelse. Hun skiller her mellom ulike dimensjoner ved trygghet. Disse er trygghet som en følelse, indre trygghet og ytre trygghet.

Den indre tryggheten forklares som en indre tilstand, som kan komme ved en positiv oppvekst eller i en forankring i et livssyn (Thorsen, 2011, s.119). Den ytre tryggheten kan knyttes til våre relasjoner til omverden. og deles igjen inn i tre dimensjoner. Jeg vil gå nærmere inn på disse ulike dimensjonene som er følgende:

**Relasjonstrygghet:** Denne forklares som opplevelsen knyttet til gode og nære relasjoner. Opplevelsen av tilgjengelighet er viktig i denne sammenhengen, at andre er der når de trengs (Thorsen, 2011, s.119). De trygge relasjonene er preget av åpenhet, gjensidighet, forståelse, ærlighet, akseptasjon og evnen til å nå hverandre (Thorsen, 2011, s.119). Tryggheten kan i denne dimensjonen forstås som rasjonell, og at den kan vokse frem i samvær med mennesker som vil oss vell.

**Stole-på-andre-trygghet:** Denne dimensjonen av trygghet forklarer Anderson som når vi er i situasjoner som vi ikke selv har kontroll over. I slike situasjoner ligger store deler av vårt liv i andres hender (Thorsen, 2011, s.120). Det kan dreie seg om situasjoner der livet er truet, og vi er avhengig av hjelp, og at de som skal hjelpe mestrer det de er satt til å utføre (Thorsen, 2011, s.120).

**Kunnskaps - og kontrolltrygghet:** Det handler om å ha kunnskap og vite hvordan situasjonen er. «*Det handler om å vite at man klarer saker og ting, og at man behersker ulike situasjoner ...*» (Andersson, 1984, s.14, referert fra Thorsen, 2011, s.120). Dette kan betegnes som en sykepleiers trygghet av erfarings- og kunnskapsbasert praksis. Pasienter har ulike forutsetninger for å ha kontroll på situasjoner basert på kunnskap, og ulike fremgangsmåter for å skape trygghet i situasjoner hvor kontroll og kunnskap mangler.

## 2.4 Relasjon som fremmer trygghet

På 1960-tallet tok sykepleiefaget en dreining fra den medisinske orienteringen i retning av de humanistiske verdiene, dette ble en viktig utvikling for det vi i dag kaller sykepleiens mellom-menneskelig aspekt (Kristoffersen, 2016, s. 23). Sykepleieteoretikeren, Joyce Travelbee var opptatt av betydningen av å etablere et mellom-menneskelig forhold mellom sykepleier og pasient. Travelbee bruker uttrykket menneske-til-menneske, og beskriver det som en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for

(Travelbee, 1999, s.177). Travelbee presenterer fem faser som gjeldene for å etablere et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999, s.186). Disse fasene er følgende:

- Innledende møtet
- Fremvekst av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

(Travelbee, 1999, s.172).

Travelbee la vekt på at det er bare mennesker som kan bygge opp den mellom-menneskelige relasjonen, ikke kategorier eller merkelapper (Travelbee, 1999, s.188). Travelbee brukte ikke termen sykepleier-pasient i sine tekster, dette for å tydeliggjøre at det er mennesket i «pasienten» som er viktig. Travelbee (1999, s.35) poengterer at en måte sykepleieren kan bistå pasienten er å bidra til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Dette gjøres ved å etablere en tilknytning (mellom-menneskelig relasjon) som formidler at pasient blir forstått og ikke er alene. Sykepleieren må innse at alt samvær med pasienten er anledning til læring (Travelbee, 1999, s.178), og det er nødvendig som helsepersonell å være ydmyk til dette.

## 2.5 Ethiske utfordringer med bruk av teknologi

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs (International council of nurses) etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleieforbund, 2011, s.5). I retningslinjene står blant annet dette:

*1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (s.7).*

*2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (s.8).*

*2.8 Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den*

*teknologiske og helsepolitiske utvikling (s.9).*

Disse tre retningslinjene ble tatt med som krav som blir viktig i sykepleierens møte med den nye teknologien i helsevesenet. I 2010 utarbeidet, Erik Hoffman, professor i medisinsk etikk og forsker ved kunnskapssenteret, en systematisk oversiktsrapport om etiske utfordringer ved velferdsteknologi for helse- og omsorgsdepartementet. Det trekkes frem at det er nær sammenheng mellom estetikk, etikk og menneskelige faktorer, og at teknologi brukt i hjemmet må virke «hjemlige» (Hoffman, 2010, s.25). Det ble trukket frem blant annet at autonomi, integritet og verdighet kan reise etiske utfordringer. Begge disse forhold kan endre forholdet til hjemmet og reise spørsmål om redusert privatliv og krenkelse av integriteten, som er det urørlige hos mennesker (Hoffman, 2010, s.28). Tid til menneskeligkontakt og relasjoner trekkes frem som andre viktige etiske utfordringer. Dersom teknologi erstatter menneskelig omsorg og kontakt, vil det være kontroversielt i følge rapporten, og det kan reises spørsmål om hvorvidt teknologien da faktisk bidrar til velferd (Hoffmann, 2010, s.17). Angående teknologi og rasjonalitet trekkes det frem i rapporten at teknologi og omsorg uttrykker ulike rasjonalitetsformer (Hoffman, 2010, s.20). Det er nye ansvarsområder for helsepersonell og pårørende, i tillegg til en tredjepart som skal utvikle teknologien. Dette kan by på nye etiske utfordringer og påkaller derfor etisk refleksjon i følge Hoffmann (2010). Tilslutt reiser Hoffman (2010) spørsmål om interessekonflikter; hvem teknologien tjener: pasienter/brukere, helse- og omsorgspersonell, helsetjeneste ytere eller industrien?

## 3. Metode

### 3.1 Definisjon av metode

Metoden kan beskrives som et redskap, som hjelper oss til å samle inn data. Den bestemte metoden kan beskrives som det å følge en viss vei mot et mål (Dalland, 2017, s.54). Det finnes allmenngyldige krav til de ulike metodene, og forskeren utfordres til å beskrive denne veien og gjøre rede for valgene som er tatt underveis (Dalland, 2018, s.53-54). Metoden skal blant annet gjøre at det er mulig å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2018, s.51).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave, og metoden som blir brukt er litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode som baserer seg på hva som er blitt publisert av tidligere forskning på et valgt tema (Porter, 2008). Litteraturstudier innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann 2015, s.79). I litteratur om litteraturstudier skiller en mellom systematisk litteraturoversikt og allmenn litteraturoversikt (Thidemann, 2015, s.81). En systematisk oversikt er en vurdering og oppsummering av relevant forskning og eksisterende kunnskap innen et bestemt forskningsområde, mens i en allmenn litteraturstudie beskrives bare et antall utvalgte artikler (Thidemann, 2015, s.81), som er den typen litteraturstudie denne oppgaven er.

Jeg ønsker i min litteraturstudie å svare på problemstillingen gjennom blant annet analysering av begrepet trygghet, som er en opplevelse. Det blir derfor relevant å bruke studier som har brukt kvalitativ metode, som tar utgangspunkt i opplevelsen til brukerne av teknologiske hjelpemidlene. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2018, s.53). I de kvalitative studiene kan også elementer av kvantifisering oppstå, men det er først og fremst knyttet til måten man samler data på (Dalland, 2018, s.53). «Kvalitative datainnsamlingsmetoder er hensiktsmessige når en vil ha svar på spørsmål som: *Hva betyr ...? eller Hvordan opplever ...?*» (Thidemann, 2015, s.78). Det handler ofte om å finne meningssammenhenger, og datainnsamlingen foregår ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015, s.78). Gjennom bruk av kvalitative forskningsartikler med brukerperspektiv ønsker jeg å undersøke hvordan



teknologi kan føre til trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenester, og hvordan benytte dette i sykepleie til pasientene.

### 3.3 Litteratursøk og fremgangsmåte

I starten av prosessen ble det søkt på begrepene velferdsteknologi og omsorgsteknologi på Google og i Oria for å få en inngang til temaet. Her fant jeg flere rapporter og retningslinjer om planer og styringsdokumenter for den teknologiske utviklingen i helsevesenet. I denne prosessen fant jeg i tillegg flere fagartikler som diskuterer ulike problemstillinger for implementering av teknologi. På biblioteket har jeg søkt etter og fått hjelp av bibliotekarer for å finne annen relevant teori til oppgaven.

Jeg brukte i hovedsak databasene Pubmed, Cinhal og Svemed+ gjennom biblioteket på HVL for søk etter forskningsartikler. Det ble utført søk med søkeordene «hjemmeboende», «eldre», «hjemmesykepleie», «trygghet», «sensor teknologi», «teknologi», «velferdsteknologi» og «omsorgsteknologi» på både norsk og engelsk. Jeg brukte MeSH i Svemed+, som fikk meg inn på MesH-taggene «elderly», «safety», «home care service» og «self-help device». Sistnevnte ble for upresis, siden dette inkluderer alt av hjelpemidler. Jeg fortsatte søk med å inkludere “e-health”, “technology”, “assistive devices”, “assistive technology”, “assistive technology devices”, “smart homes”, “eHomecare”, “assisted living” og “telecare”. Jeg kombinerte søkeordene i kombinasjoner med OR og/eller AND. Avgrensinger ble brukt, blant annet at artiklene var skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk. Søkene ble avgrenset til publikasjoner innen de 5 siste årene. Etter mange omfattende søk fikk jeg et treff med søkeordene «Technology» AND «Safety» AND «Home care service». På dette søket ble det etter lesing og vurdering funnet flere relevante artikler. Til slutt valgte jeg ut artikler som kunne bidra til å besvare problemstillingen. De utvalgte studiene har deltakere som er eldre mottakere av hjemmetjenester og innen kategorien trygghetsskapende teknologier. Se vedlegg 1 for søketabell.

### 3.4 Kildekritikk, avgrensning og etiske vurderinger

Materialet som er innhentet bygger på min tolkning av stoffet, og det er derfor viktig at min forforståelse og begrunnelse av hvorfor den ulike litteraturen og forskningen er tatt med kommer tydelig frem. Det er benyttet pensumlitteratur i oppgaven, dette innebærer flere sekundærkilder. Sekundærkilde og annenhåndskilde er en oversatt utgave av den primære

kilden (Dalland, 2018, s.162). Dette har jeg tatt høyde for ved å oppsøke primærkilden der dette har vært relevant og mulig, eller undersøkt flere kilder der det er usikkerhet om troverdigheten. Sekundærkildene som er benyttet er hovedsakelig pensumlitteratur som er godkjent gjennom Høgskolen på Vestlandet. Det er betydningsfullt at det i oppgaven legges vekt på akademisk redelighet. Dette gjøres ved å holde orden på det som leses, med en litteraturliste som stadig oppdateres (Dalland, 2018, s.24). Underveis har det vært fokus på å henvise til kilder på en måte slik at leser lett kan finne frem til kildene det henvises til, som har bidratt til denne oppgaven.

Jeg har brukt sjekkliste for kvalitative studier i gjennomgangen og den kritiske vurderingen av artiklene. Det ble vurdert om artiklene var vitenskapelige artikler. Dette ble gjort blant annet gjennom å undersøke om artiklene hadde IMRoD struktur, som står for introduksjon, metode og diskusjon. Det ble vurdert om artiklene hadde brukerperspektiv og kvalitativ studie som metode som kan svare på problemstillingen. Det er nevnt under hver artikkel hvordan den etiske refleksjonen ble gjort av de enkelte forskningsartiklene. For å vurdere relevansen for problemstillingen har det blitt tatt hensyn til som Dalland (2018, s.159) fremhever om kilden forteller noe om spørsmålet jeg stiller, at den belyser det, og på hvilken måte jeg kan bruke den i oppgaven.

## 4. Resultater

### 4.1 Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. (2018)

Av Cecilie Karlsen, Carl Erik Moe, Kristin Haraldstad og Elin Thygesen

**Hensikt:** Denne studien ønsket å gi en dypere forståelse for hvordan bruken av telecare påvirker eldre hjemmeboende og deres pårørende. Forskerne trekker frem at tidligere studier har vist at implementering av teknologi er en komplisert prosess, og forskerne mener det fortsatt er for dårlig forståelse for de eldre sine erfaringer med bruk av telecare.

**Utvalg og metode:** Artikkelen er en kvalitativ studie, der 18 eldre hjemmeboende ble intervjuet. Det er brukt hermeneutisk metode for å gi en dypere forståelse for deltakernes opplevelse ved bruk av teknologien. Utvalget inkluderte eldre hjemmeboende over 60 år. Semistrukturerte intervjuer ble gjort i forkant av studien, deretter oppfølgingsintervjuer fem til seks måneder etter de hadde tatt i bruk teknologien. Telecare som det omtales i studien inkluderte sensor-monitorering som sengesensorer, bevegelsessensorer, fallsensor og dørsensor.

**Funn/Resultat:** Deltakerne opplevde økt trygghet og sikkerhet på grunn av muligheten til å forebygge og oppdage ulykker, samt muligheten til å varsle og få hjelp. Deltakerne opplevde økt selvstendighet i hverdagen, som gjorde det mulig å bo lengre hjemme. Pårørende opplevde at telecare ga en trygghet, men at det i noen tilfeller ga økt ansvar i forhold til bekymring og stress. Dette på grunn av at den eldre ble boende lengre hjemme enn det var forsvarlig. Forskerne trekker frem spørsmålet «hva er viktig for deg?». Det fremheves at dette spørsmålet burde bli rutinemessig implementert i praksis i forkant av all installering av telecare i hjemmet. Det kommer frem at økt oppmerksomhet rundt identifisering av utfordringer som telecare ikke kan møte er nødvendig.

**Kritisk vurdering:** Artikkelen er fagfellevurdert og en original-artikkel publisert i et anerkjent tidsskrift for sykepleiere. Den fyller kriteriene for sjekkliste for kvalitative studier. Se vedlegg 2 for vedlagt sjekkliste.

## 4.2 Hvilken nytte har eldre hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? (2017)

Av Jørn Isaksen, Kaia Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke, og Line Melby.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer eldre brukere av omsorgstjenester hadde av velferdsteknologi.

**Utvalg og metode:** Denne studien ble gjennomført i to norske kommuner, som deltok i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (DNV) med fellesprosjektet «trygg hjemme». Disse prosjektene skulle utvikle tjenester som bidro til at mennesker som hadde behov for bistand fikk økt trygghet i eget hjem, og samtidig mestret eget liv og helse. Det er en kvalitativ studie hvor de gjennomførte semi-strukturerte intervjuer med 15 deltakere. De inkluderte blant annet velferdsteknologi som mobile trygghetsalarmer, brannvarslere med toveis kommunikasjon til brannvesenet og optiske sengevarslere.

**Funn/Resultat:** Resultatene viser at deltakerne var tilfredse med velferdsteknologien og at den ga hverdagen et positivt bidrag. Det kommer frem at det i større grad handlet om gleden ved å mestre velferdsteknologien, og at dette ga en egenverdi utover direkte praktisk nytte. Funnene viser at forutsigbarhet var en annen forutsetning for økt trygghet med bruk av velferdsteknologi. Flere av informantene beskrev interesse og kunnskap som viktige faktorer for å lykkes med implementeringen, både for ansatte og pasienter. Kompetanse hos de ansatte til å kunne skille mellom et praktisk bistandsbehov og tilstedeværelse for å fremme trygghet ble trukket frem. Teknologiske løsninger kan bidra til praktisk selvstendighet, men samtidig skape ensomhet og utrygghet. Det er derfor helt nødvendig å ha god oversikt over den enkelte pasientens behov, ønsker og ressurser, samt en god oversikt over ulike teknologiers muligheter og begrensninger skriver forskerne.

**Kritisk vurdering:** Studien fyller alle krav i sjekklisten for kvalitative studier og er fagfellevurdert. Studien har tatt utgangspunkt i brukerperspektivet og har flere relevante funn for å besvare problemstillingen. Den inkluderer derimot både eldre med funksjonsnedsettelse og personer med psykisk utviklingshemming. Den har likevel relevante funn som kan svare på problemstillingen om hva som kan bidra med trygghet for eldre personer som er mottakere

av hjemmetjenester.

### 4.3 Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project. (2017)

Av Mari S. Berge

**Hensikt:** Denne studien ønsker å forstå perspektivet til mennesker som bruker telecare. Den ønsker å se på effekten av hvordan og hvorfor telecare påvirker brukere i forskjellige situasjoner.

**Utvalg og metode:** Studien ble gjennomført i Norge. Det ble utført kvalitative intervjuer av 17 brukere. Første intervjuet ble gjennomført i forkant av installasjonen for å få innsikt i forventningene. Deretter ble det nye intervju fem uker senere for å se hvilke utfordringer som har oppstått, og til slutt et intervju ti måneder senere for å undersøke effektene.

Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 82 år.

Begrepet «telecare» blir brukt for å omtale teknologien, og inkluderer sensor-monitorering. De skiller mellom første generasjonssensor som trygghetsalarmen, og andre generasjonssensorer som kan oppdage endringer i aktivitetsmønsteret. Slike sensorer inkluderer senge-sensor, bevegelsessensor, fall sensor og dørsensorer.

**Funn/Resultat:** Funnene viser at det er en forutsetning at bruker ser nytten og aksepterer telecare for at det skal være en fordel. Denne studien viser at det er store forskjeller i hva som påvirker nytteverdien for de ulike brukerne. Studien understreker at når man skal se på effekten av telecare, burde spørsmålet være for hvem, hvorfor, når og i hvilken sammenheng har det nytteverdi? I følge studien til Berge, vil eldre hjemmeboende slutte å bruke teknologien om den ikke fyller det behovet som var forventet.

**Kritisk vurdering:** Forfatteren oppgir at det ikke foreligger noen interessekonflikter. Artikkelen fyller kriteriene for sjekklisten over kvalitative studier. Det er tatt utgangspunkt i brukerperspektivet og den har relevante funn for å besvare problemstillingen.

#### 4.4 eHomecare and safety: The experience of older patients and their relatives. (2017)

Av Charlotta Åkerlind, Lene Martin og Christine Gustavsson.

**Hensikt:** Denne studien ønsket å undersøke hva eldre hjemmeboende og deres pårørende mente trygghet innebar for dem og beskrev hvordan de opplevde trygghet i deres hverdag ved bruk av teknologiske hjelpemidler.

**Utvalg og metode:** Det er brukt en kvalitativ metode med individuelle intervjuer av 12 deltakere. Studien ble gjort i Sverige i perioden 2013-2016. Det ble inkludert eHomecare (teknologi) som blant annet kamera for digitalt natt-tilsyn.

**Funn/Resultat:** Studien deler inn funnene i to hovedkategorier der de skiller mellom trygghet som en del av hverdagen og trygghet som følge av teknologien. Studien trekker frem at deltakerne var opptatt av et sosialt nettverk, trygge ytreomgivelser og eksistensielle behov for trygghet i hverdagen. Dette innebar forutsigbarhet i hjelp fra pårørende, naboer og hjemmesykepleien, samt trygghet i sitt eget hjem med tanke på kriminalitet og ulykker. Digitalt natt-tilsyn bidro med en trygghet for deltakerne. Dette gjorde at de ble mindre redd for å falle på natten.

**Kritisk vurdering:** Artikkelen er fagfellevurdert og fyller kriteriene med bruk av sjekklister for kvalitative studier. Deltakerne ga skriftlig samtykke og hadde muligheter til å trekke seg underveis fra studien. Den har blitt godkjent av «Ethical Review Board of Uppsala, Sweden». Studien tar utgangspunkt i brukerperspektivet og har interessante funn for å besvare problemstillingen.

#### 4.5 Older people negotiating independence and safety in everyday life using technology: Qualitative study. (2018).

Av Randi Stokke

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan brukere av trygghetsalarmen har nytte av denne. Studien fokuserer spesielt på opplevelsen av trygghet og selvstendighet.

**Utvalg og metode:** Studien brukte kvalitativmetode og ble utført i Norge. Det ble utført

strukturerte intervjuer av 22 deltakere som var mottakere av hjemmetjenester under undersøkelsen, og som hadde installert trygghetsalarm i minst ett år i forkant av undersøkelsen.

**Funn/resultat:** Det legges vekt på hvordan teknologien er et mellomledd mellom helsepersonell og pasient. Tryggheten de eldre hjemmeboende får av alarmer er blant annet muligheten det gir til å tilkalle hjelp. Studien trekker frem at trygghetsalarmen er en aktiv-teknologi, der bruker selv må trykke for hjelp. En av deltakerne påpekte at tillit til teknologien var viktig for trygghet, og at han derfor trykket på knappen innimellom for å se at den virket. Det kommer også frem eksempler der brukere har vært skeptisk til stigmatisering rundt alarmer, og hvordan dette endret seg da de samme brukere så nytteverdien i den. Studien konkluderer blant annet med at implementering av teknologi er en prosess som trenger oppfølging over tid i de enkelte tilfellene for å evaluere bruken. Selv trygghetsalarmen som er et etablert og normalisert teknologisk hjelpemiddel vil aldri bli ferdig evaluert.

**Kritisk vurdering:** Studien er fagfellevurdert og er en original artikkel. Den fyller kravene i sjekklisten for kvalitative studier. Den har interessante funn for å svare på problemstillingen.

#### 4.6 Hovedfunn

Artiklene viser at teknologi kan bidra med en opplevelse av trygghet for pasienter med bakgrunn i at det gir muligheter til å varsle og få hjelp når det trengs. Nyttverdien blir fremhevet som viktig for opplevelsen av trygghet. Tillit til teknologien og forutsigbarhet kommer frem som vesentlige faktorer. Tillit og forutsigbarhet både til at teknologien virker, men også til tjenesten om at helsepersonell har kunnskap om den, og at det blir fulgt opp. Flere av studiene viser at eldre opplever trygghet av muligheten til å bli boende lengre hjemme, og at dette er en motivasjonsfaktor. Det bidrar til at de ser løsninger på ulike utfordringer. En av studiene trekker derimot frem at teknologiske hjelpemidler ikke er foretrukket fremfor hjelp av hjemmetjenesten. Teknologiske løsninger kan bidra til praktisk selvstendighet, men samtidig skape ensomhet og utrygghet. I den ene studien som tar med opplevelser av trygghet både med og uten bruk av teknologi, kommer det frem at eksistensielle behov og forutsigbare relasjoner er viktig for opplevelsen av trygghet. Flere av artiklene berører hvordan teknologien kan fungere for pasienter med kognitiv svikt. Det kommer frem at dette er en av hovedgruppene for utviklingen. Jeg vil ikke gå dypere inn på

dette området enn det som ble beskrevet i avgrensningen, da det omhandler fremdeles eldre mottakere av hjemmetjenester som er samtykkekompetente.



## 5. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen i lys av den utvalgte forskningen og teorien som er blitt presentert tidligere i oppgaven. I artiklene som har bidratt til oppgaven er det brukt ulike begrep for å omtale teknologien, som blant annet «Telecare», «Omsorgsteknologi», «Velferdsteknologi» og «eHomecare». Videre i dette kapittelet vil begrepene «teknologiske hjelpemidler» og «teknologien» bli brukt for å omtale de samme hjelpemidlene. Der det anses som nødvendig for forståelsen av diskusjonen vil jeg utdype hvilken teknologi og hvilken funksjon det er snakk om.

*«Lengst mulig i egen bolig– kan teknologi bidra til trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenester?»*

### 5.1 Tillit til tjenesten og teknologien

Å ha tillit til de teknologiske hjelpemidlene kommer frem som en forutsetning for økt trygghet i flere studier (Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke & Melby, 2017; Stokke, 2018). Dette blir påpekt blant annet i forbindelse med at pasienten må stole på at de teknologiske hjelpemidlene virker (Isaksen et. al., 2017). Stokke (2018) legger derimot vekt på tjenesten sin rolle, og at teknologien er et mellomledd mellom helsetjenesten og pasienten. Her legges det vekt på oppfølgingen fra hjemmetjenesten. Responstjenesten har i det tilfellet den er involvert et ansvar for å ta i mot og rapportere videre henvendelser fra pasienter (Helsedirektoratet, 2016). Dette kan være fra både den passive eller den aktive teknologien. Ved å ta i mot henvendelsene på en sentral uten kjennskap til pasientene kan det tenkes at det kan være problematisk å vurdere disse. Denne utfordringen er ikke nevnt i de utvalgte artiklene, men kan trolig i et brukerperspektiv bli flere stasjoner å opparbeide tillit til. Relasjonens betydning til tjenesten blir trolig i dette tilfelle delt mellom responstjenesten og hjemmetjenesten som utførendetjeneste. Hvordan man håndterer alarmen har av erfaring stor betydning for tilliten til tjenesten. Å ha tillit til tjenesten, er i følge Eide og Eide (2017, s.315) avgjørende for å føle trygghet.

Teknologi er særlig sårbar i helsetjenesten, fordi feil bruk eller teknisk svikt kan skade pasienten (Nakrem, 2017, s.70). Det er et krav at sykepleier holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny

kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2011, s.7). Det er også mulig i strid med Helsepersonelloven (1999, §4) om å ikke yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester ved å ikke få opplæring eller anskaffe seg kunnskap som er påkrevd innen eget fagområde. Det blir trukket frem som nevnt tidligere at tillit til teknologien er en forutsetning for trygghet, og flere pasienter hadde behov for å teste utstyret for å sikre at det fungerte (Stokke, 2018). Teknisk svikt kan ikke unngås, men forståelse fra både ansatte og pasienter kan sørge for riktig bruk av teknologien (Karlsen, Ludvigsen, Moe, Haraldstad, Thygesen, 2017). Det blir derfor nødvendig med kvalitetssikring gjennom kontrollrutiner, samt kompetansebygging etter hvilken teknologi som tas i bruk (Nakrem, 2017, s.71).

Eide og Eide (2017, s.57) skriver at behovet for kompetanse ikke alltid behøver å være et behov for kunnskap, men et behov for å mestre og ha en viss kontroll over situasjonen man er i. Berge (2017) nevner i sin studie at teknologien i enkelte tilfeller ga utrygghet i form av at det var en ny situasjon de eldre ikke hadde kontroll over. Kerstin Andersson skriver at kunnskaps- og kontrolltrygghet er avgjørende for å kunne vite at man håndterer ulike situasjoner (Thorsen, 2011, s.120), og som igjen er avgjørende for opplevelse av trygghet. Mennesker har ulike forutsetninger for å ha kontroll på situasjoner basert på kunnskap, og ulike fremgangsmåter for å skape trygghet der kunnskap mangler (Thorsen, 2011, s.120). Hvis eldre skal ha tillit til teknologien, så blir det trolig en viktig sykepleieoppgave å tilrettelegge for at pasienten får opplæring og kontroll over egen situasjon basert på eget utgangspunkt. I denne sammenheng blir kommunikasjonens betydning stor, og evnen til å oppfatte og kartlegge hva som er viktig for den enkelte. Dersom det ikke er forståelse tilstede kan opplevelsen av sikkerhet bli fraværende, og pasientens autonomi kan bli truet av at en passiv holdning til de teknologiske hjelpemidlene blir mistolket som aksept av tjenesten (Sanchez og Taylor, 2017). Derfor blir relasjonen mellom pasient og tjeneste av stor betydning.

Interesse og kunnskap om de teknologiske hjelpemidlene var viktige faktorer for å lykkes, både fra ansatte og pasienter (Isaksen, et.al, 2017). Dette kommer frem med et fokus på både kunnskap om teknologiens funksjon, oppfølgingen fra tjenesten, men også opplevelsen om at det har nytteverdi for det behovet det skal fylle. Noen pasienter opplevde et gap mellom hva teknologien skulle gjøre og deres eget behov (Karlsen et. al., 2017). Spørsmålet «hva er viktig for deg?» burde blitt implementert i forkant av all implementering (Karlsen, Moe, Haraldstad, Thygesen, 2018). En viss standard i utarbeiding av teknologien er derimot nødvendig for å

bevare et forsvarlig nivå av funksjonalitet og sikkerhet i følge Kiran og Nakrem (2017, s.106). Det kan være en utfordring at teknologien som blir utviklet ikke kan skreddersys alle de ulike behovene, som er en viktig del av personsentrert omsorg, og kan sees på som en bekymring knyttet til å ta i bruk teknologiske løsninger i kommunen. I Travelbee sitt perspektiv ville sykepleien blitt upersonlig, overflatisk og mekanisk om ikke mennesket i pasienten ikke ble anerkjent (Thorsen, 2011, s.120). Teknologien kan på den andre siden tilpasses, og det finnes flere eksempler på dette. Travelbee påpeker at ved observasjoner, må det alltid holdes for øye hva observasjonen tjener til (Travelbee, 1999, s.179). En kan tilpasse hvilke teknologiske hjelpemidler som blir implementert hos pasienter, og det kan undersøkes ulike tilpasninger som kan gjøres ved de ulike hjelpemidlene.

Hoffman problematiserer nytteverdien av teknologien, og reiser spørsmål om interessekonflikter for hvem teknologien egentlig tjener (Hoffman, 2010). Når teknologi skal brukes i omsorgsutøvelsen vil helsepersonellens holdninger til teknologien og bruken ha stor betydning (Kleiven, 2017, s.92). Som helsepersonell styres man ofte av en sterk omsorgsrasjonalitet, og tenker ut fra hva omsorg er og hvem den skal gagne (Kleiven, 2017, s.92). Travelbee (1999, s.178) mener at enkelte av sykepleieres behov må være dekket dersom arbeidet skal oppleves som tilfredsstillende. Menneskemøter og det å danne meningsfulle relasjoner som gir innsikt og bedre samarbeid med pasienter er av erfaring en viktig del av en sykepleiers hverdag. Samtidig møter helsepersonell en sterk effektiviseringsrasjonalitet i et økonomisk presset helsevesen (Kleiven, 2017, s.92). Med tanke på dette blir prioriteringen om hvordan ressursene skal benyttes en viktig evaluering. Det å få sette av nok tid og ressurser til å vurdere hver enkelt pasient sitt potensial for å prøve et teknologisk hjelpemiddel er det optimale (Kleiven, 2017, s.96). Deretter la pasienten få tilstrekkelig tid til å prøve ut dette med tett oppfølging. Da kan denne typen omsorg bli akseptabel ut fra en etisk og omsorgsrasjonell tankegang (Kleiven, 2017, s.96). Deretter kan følgene bli at tid blir fristilt og tjenesten blir effektivisert.

Å ha tillit til teknologien innebærer flere faktorer enn at selve hjelpemiddelet fungerer. Det er et mellomledd mellom flere aktører, som krever oppfølging. Kunnskap og kontroll kan oppnås på flere måter. Eksempelet om pasienten som trykket på alarmer for å få bekreftelse på at den virket (Stokke, 2018), viser et bilde på hvordan tillit kan oppnås. Det blir sett på som en forutsetning at teknologien fyller et behov, og at det har nytteverdi for dette formålet. Det samme gjelder oppfølgingen fra hjemmetjenesten og hvordan tillit kan bygges ved gjentatte

bekreftelser på at det fyller behovet. Tillit, i følge Travelbee (1999, s.215) er et resultat av gjentatte tillitsskapende interaksjoner i sympati og medfølelsesfasen, og som avløses av trygghet. Trygghet blir altså sett på som et steg videre fra tillit. Relasjonen til hjemmetjenesten blir på denne måten viktig for å opprettholde og bevare tilliten.

## 5.2 Betydningen av å bo hjemme

Flere av artiklene oppgir at de eldre ga sterkt uttrykk for at de ønsket å bo lengst mulig hjemme og være så uavhengig som mulig (Berge 2017; Karlsen, Moe, Haraldstad, Thygesen, 2018; Karlsen, et. al., 2017). Det kommer frem at det var overraskende høy toleranse for tekniske problemer med de teknologiske hjelpemidlene, de fleste eldre så på dette som en del av startfasen (Berge, 2017). Berge (2017) påpeker at dette kan vise et bilde på hvor mye som står på spill for denne gruppen. Identiteten er nært forbundet med hjemmet, hvor minner ligger nært og de får daglige påminnelser om livet de har og har levd (Berge, 2017). Hjemmet symboliserer uavhengighet og kontroll (Berge, 2017). Dette kan sees i sammenheng med Fjørtoft (2016, s.28) sin beskrivelse av hjemmet som et uttrykk for hvem vi er, og hva som er viktig for oss.

Teknologi kan gjøre det mulig å bo lengre hjemme, men det kan også fremmedgjøre hjemmet (Kiran & Nakrem, 2017, s.106). Et eksempel kan være sensorteknologi som skal gi økt selvstendighet og en opplevelse av sikkerhet og trygghet. Dette kan også gi helsetjenesten unødige mye informasjon om pasienten, som kan føre til usikkerhet i form av at de føler seg overvåket. Hoffmann (2010, s.25) påpekte at dette var områder som krever etisk refleksjon. For i hvilken grad kan dette true integriteten til pasientene? Det reiser spørsmål om redusert privatliv (Hoffman, 2010, s.28), og i hvilken grad det er inngripende i pasientens liv (Isaksen, et.al, 2017). Personvernet ble ikke sett på som et problem av de eldre hjemmeboende, på bakgrunn av at teknologien hadde som formål å bidra til at de kunne bli boende trygt i egen bolig (Karlsen, et. al., 2017). Dette vekker nye undrende spørsmål, som blant annet hvilken kunnskap de eldre har om hvilke data som samles, og det faktum at risikoen ble foretrukket forutsetter da at pasientene opplever nytteverdi av teknologien. «*Det blir viktig å vurdere risiko opp mot frihet – hva er faglig forsvarlig, og i hvilken grad er tiltaket inngripende i pasientens liv?*» (Isaksen, et. al., 2017)». Helsepersonell er lovpålagt å ikke lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg opplysninger uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, §21 a). Det blir her en viktig sykepleieoppgave å vise forsiktighet

med å være inngripende i sider pasienter ikke ønsker å dele. Samtidig som helsepersonell har et ansvar for å sikre fagligforsvarlighet i helsetjenester, så har pasienten som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og skal derfor samtykke til all helsehjelp som blir gitt (Pasientrettighetsloven, 1999, §4-1). Åpenhet og gjensidig forståelse rundt forholdene med datainnsamling fra teknologien blir viktig for å etablere tillit og et godt samarbeid mellom pasient og tjeneste. Den overflødig informasjonen som samles gjennom de teknologiske hjelpemidlene er nødvendig for at den skal tjene sitt formål, så hvordan informasjonen brukes blir det vesentlige. Det er derfor av stor og avgjørende betydning at tillit og gode relasjoner mellom pasient og hjemmetjeneste blir opprettet så tidlig som mulig. Slik at informasjonen kan tilpasses.

Berge (2017) beskriver to kontekster som en trussel for tryggheten. Den ene er alderdom og sykdom, og den andre er utfordringen til å håndtere hverdagen på samme måte som før (Berge, 2017). De teknologiske hjelpemidlene kan bidra til å dekke praktiske behov, som følge av aldring, men det kan også føre til isolasjon og ensomhet (Berge, 2017; Karlsen et. al., 2017; Karlsen, et. al., 2018; Stokke, 2018). Dette kan understreke at teknologien fylte et behov, men i noen tilfeller gjorde den at nye behov kom til syne (Karlsen et. al., 2018). Relasjonens betydning i denne sammenhengen blir viktig for å fange opp de ulike behovene. Den relasjonelle tryggheten er i følge Andersson opplevelsen av gode og nære relasjoner (Thorsen, 2011, s.120). Disse relasjonene er preget av åpenhet, gjensidighet, forståelse, akseptasjon og evnen til å nå hverandre (Thorsen, 2011, s.120). Gjensidighet og åpenhet mellom pasient og tjeneste i forbindelse med tiltak som blir prøvd ut er en forutsetning, slik at pasienten har samme forståelse for tiltaket. Travelbee (1999) trekker frem flere av de samme punktene som grunnleggende for etablering av menneske-til-menneske forholdet mellom pasient og sykepleier.

Helseutfordringer og aldring var en trussel for pasientens trygghet, og dette påvirket videre utrygghet i forhold til det å fortsette å bo i egen bolig (Berge, 2017). Teknologiske hjelpemidler var foretrukket over å flytte på sykehjem, men det var i mange tilfeller ikke ønsket å bytte ut hjelp fra hjemmetjenesten med teknologi (Karlsen, et.al, 2018). Av erfaring må noen eldre motiveres for å bruke alarmer om det er en aktiv teknologi, og trygges på at dette ikke vil ta fra dem uavhengigheten ved for eksempel et fall. Trygghet produseres like mye gjennom annerkjennelse, verdighet og inkludering, som gjennom alarmer (Tøndel, 2018, s.295). Hva helseprosjektet til den enkelte pasient består av er i følge Eide og Eide (2017)

avgjørende kunnskap for å hjelpe. Dette kan sees i sammenheng med at det er en forutsetning at det er etablert gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999). Det handler om erkjennelsen at hver enkelt pasient fyller sin egen rolle, og hjemmetjenesten må møte pasienten på deres premisser. Spørsmålet burde ikke være om teknologien har effekt, men for hvem, hvorfor, når og i hvilken kontekst som Berge (2017) legger vekt. Å erkjenne dette vil trolig bidra til å opprettholde integriteten til pasientene.

Den administrative kontinuiteten i hjemmetjenesten påvirker allerede forutsigbarheten om hvem som kommer og når de kommer (Fermann og Næss, 2016, s.255). Det er utbredt at pasienten mener det er sjeldent at samme pleier kommer til samme pasient over tid. Fermann og Næss (2016, s.255) skriver at ideelt sett burde antall pleiere per pasient begrenses. Den administrative kontinuiteten kan igjen påvirke den relasjonelle kontinuiteten som handler om den relasjonen som etableres mellom pasient og hjemmesykepleier (Fermann og Næss, 2016, s.255). Travelbee (1999) la vekt på relasjonens betydning for all sykepleie, og dette for å legge grunnlag for evnen til å oppfatte pasientens behov. Hvert møte mellom sykepleier og pasient er en mulighet til å gi omsorg og øke tilliten mellom partene (Travelbee, 1999, s. 215). Alarmen kan rettferdiggjøre sykepleierens tilstedeværelse hjemme hos pasienten og det gir muligheter til samspill utenom et hastig besøk «på bestilling» (Tøndel, 2018). Det er av erfaring ikke alltid hjemmesykepleien klarer å holde avtalt tid, og skape kontinuitet tilpasset pasientens hverdag. På denne måten kan teknologien bidra til å skape kontinuitet og trygghet ved å unngå brudd på avtaler, opprettholdelse av relasjonell kontakt, og støtter på denne måten opp under motivasjon og mestring (Eide og Eide, 2017, s.57).

Hjemmet er viktig for opprettholdelse av uavhengighet og kontroll. De eldre sin motivasjon for å ta i bruk teknologiske hjelpemidler kan være nært knyttet til opprettholdelse av verdighet gjennom uavhengighet og kontroll. Hjemmetjenesten har på denne måten en viktig oppgave til å understøtte disse faktorene ved bruk av teknologiske hjelpemidler.

### **5.3 Trygghet som forutsetning**

Teknologiske hjelpemidler kan true identiteten med negative konnotasjoner for de eldre som «hjelpeløse» og «svake» (Karlsen et. al., 2017). Sykepleiere skal ivareta pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen, i følge retningslinjene til Norsk sykepleieforbund (2011, s.9). De teknologiske hjelpemidlene ble beskrevet av flere

pasienter som livreddende (Stokke, 2018). Dette kommer fra opplevelser der de har hatt et fall og i etterkant har vært immobilisert. Historiene forteller at de hadde blitt liggende i timer om ikke noen tilfeldig hadde kommet på besøk. Slike opplevelser har i ettertid skapt trygghet med tanke på gjentatte fall (Stokke, 2018). Den aktive teknologien brukes for å komme i kontakt med hjemmetjenesten. Angst, ensomhet og utrygghet kan ligge bak disse henvendelsene. Det blir her viktig å etablere en kultur i hjemmetjenesten hvor en møter alle alarmer med respekt og ser menneskene bak alarmen. Travelbee (1999, s.175) beskriver ulike typer interaksjoner mellom sykepleier og pasient, og tar frem et eksempel med sykepleiere som begrenser seg til utelukkende å utføre handlinger som de er formelt pålagt (Travelbee, 1999, s.175-176). Ved å ivareta behovet for sikkerhet og pasientens mulighet til å tilkalle hjelp vil dette trolig dekke et forsvarlighetskrav. Studien som har undersøkt både trygghet som følge av teknologi og som del av hverdagen trekker derimot frem at deltakerne var opptatt av et sosialt nettverk, trygge ytreomgivelser og eksistensielle behov for trygghet i hverdagen (Åkerlind, Martin & Gustavsson, 2017).

Isaksen og Stokke (2017) problematiserer begrepet velferdsteknologi i sin artikkel «utfordringer med velferdsteknologibegrepet». De påpeker at velferdsteknologi ikke skaper velferd og omsorgsteknologi ikke skaper omsorg, men at det kan gi bedre eller dårligere velferd og omsorg avhengig av hvordan man tar det i bruk (Isaksen & Stokke, 2017). De fleste eldre hjemmeboende har trygghetsalarm, men mange opplever det likevel som vanskelig å bruke denne tjenesten. De ønsker ikke å være en belastning for andre. En av årsakene kan være at sykepleiere signaliserer at det er travelt, de har liten tid og mye press på seg. Det er derfor avgjørende hvordan hjemmetjenesten møter disse pasientene, og hva som signaliseres. Sykepleier skal ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg i følge retningslinjene til Norsk sykepleieforbund (2011, s.8). 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). Det fins ingen snarvei her, og sykepleier må ta hensyn til hvert enkelt menneske slik det er (Thorsen, 2011, s.113). Om ikke mennesket blir hørt, kan krenkelsen ligge på lur i følge Thorsen (2011, s.126).

## 6. Konklusjon

Jeg startet innledningsvis med å påpeke at ny teknologi blir løftet frem som bærebjelken i fremtidens helsevesen. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått innsikt i ulike sider ved bruk av teknologiske hjelpemidler. Det er ingen tvil om at ny teknologi vil være svært viktig i årene som kommer, men for å skape trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenester blir trolig relasjonen i bunn mellom hjemmetjenesten og pasient like viktig, slik at de teknologiske hjelpemidlene skal tjene sitt formål.

Tilbake til problemstillingen: *lengst mulig i egen bolig– kan teknologi bidra til trygghet for eldre mottakere av hjemmetjenester?*

Jeg har i denne oppgaven pekt på flere faktorer som kan påvirke tryggheten for eldre hjemmeboende med hjelp av teknologi, og hjelp fra hjemmetjenesten. Det er gjort en god del forskning på temaet de siste årene, men det er behov for mer forskning etter hvert som flere tar det i bruk, for å undersøke effektene og hvordan det fungerer i det daglige omsorgsarbeidet. Det kan om det blir brukt på rett måte føre til en bedre hjemmetjeneste for de eldre, og dermed økt trygghet. Gjensidig forståelse og åpenhet rundt implementering og oppfølging av de teknologiske hjelpemidlene vil trolig kunne gi en bedre hjemmetjeneste. Dette forutsetter at det er dette målet vi setter oss, og ikke å erstatte omsorg og nærhet, som det påpekes i NOU 11:2011 at det ikke skal, men gi mennesker bedre mulighet til å mestre egen helse (NOU, 11:2011).



## Referanseliste

- Berge, S. M., (2017) Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project. *Journal of Rehabilitation and assistive technologies. Journal of Rehabilitation and Assistive technologies*. Volum 4: 1-10. Doi: 10.1177/2055668317693737 journals.sagepub.com/home/jrt
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6 utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget
- Fermann, T., Næss, G. (2014) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. Kirkebold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg. s. 238-261). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. (06/2012). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>
- Helsedirektoratet (2015) *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. (12/2015). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1139/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>
- Helsedirektoratet (2017) *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. (01/2017). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 2008–2009). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29.). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/sec3>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hofmann, B. (2010) *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Isaksen, J., Paulsen, K., Skarli, J., Stokke, R., & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 02 / 2017 (Volum 3). Doi: 10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09
- Isaksen, J., Stokke, R. (2017) Utfordringer med velferdsteknologibegrepet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 02/2017. (Volum 3, s.91-93) Doi: 10.18261/issn.2387-5984-2017-02-06
- Karlsen, Moe, Haraldstad & Thygesen (2018) Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. *Wiley. Journal of clinical nursing*. (28; 1300-1313) Doi: 10.1111/jocn.14744
- Karlsen, C., Ludvigsen, M. S., Moe, C. E., Haraldstad, K., Thygesen, E., (2017). Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. Doi: 10.11124/JBISIR-2017-003345
- Kommunesektorens organisasjon. (2016). *Velferdsteknologiens ABC*. Oslo: KS og Helsedirektoratet; 2016. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologiens-abc>
- Knarvik, U., Rotvold, G. H., Bjørvig, S., Bakkevoll, P. A. (2017). *Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi*. (12-2017). Hentet fra: [https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/NSE-rapport\\_2017-12\\_Kunnskapsoppsummering-Velferdsteknologi%20\(2\).pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/NSE-rapport_2017-12_Kunnskapsoppsummering-Velferdsteknologi%20(2).pdf)
- Kristoffersen, Nina, Jahren (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. H. (Red) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (3 utg, s. 16- 79). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knutshaug, T. J., Nakrem, S. (2017) Velferdsteknologi. – Hva hvorfor og hvordan? Sigurjónsson, J., B., Nakrem, S. (red) *Velferdsteknologi i praksis*. (s. 15-31). Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Martinsen, K. (2017). Fra diakonisse til robot. *Klinisk sykepleje*, 01/2017 (Volum 31), 20-32. Doi: 10.18261/issn.1903-2285-2017-01-03
- Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi, omsorg og etikk. Nakrem, S. Sigurjónsson, J. B. (Red). *Velferdsteknologi i praksis*. (s. 67-80). Oslo: Cappelen damm akademisk
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer* [Internett]. Revidert utgave. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra: < <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile> > [Lest. 02. Mars 2019].
- 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 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen, I. N. (2017). Design for endring av praksis. Nakrem, S. Sigurjonsson, J. B. (Red). *Velferdsteknologi i praksis*. (s. 34-47). Oslo: Cappelen damm akademisk
- Porter, Stuart (2008) *First steps in research – A pocketbook for healthcare students*. China Elsevier Limited: China.
- Stokke, R. (2018) Older people negotiating independence and safety in everyday using technology: qualitative study. *Journal of medical internet research* vol. 20. Iss 10. Doi: 10.2196/10054
- Sanchez, V. G., Taylor, I. (2017). Etics of smart house welfare technology for older adults: A systematic literature rewiew. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, (33:6, 691-699) Doi: 10.1017/S0166462317000964
- Travelbee, J. (1999). *Mellom-menneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Thorsen, R. (2011) Trygghet. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. (Red) *Grunnleggende sykepleie bind 3 - Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg. s. 105-126). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tøndel, G. (2017). Omsorgens materialitet: Trygghet, teknologi og alderdom. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Årg 4. Nr. 3. Doi: 10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-11
- Åkerlind, C., Martin, L., Gustafsson, C. (2017) eHomecare and safety: The experiences of older patients and their relatives. *Geriatric nursing* 0197-4572. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.08.004>

## Vedlegg 1: Tabell over søkeprosessen

Database	Søkeord	Treff	Antall leste	Antall brukt
Cinahl	Assistive technology and aging in place	40	5	0
ScienceDirect	Self-help device or Assistive technology and aging in place	20	3	0
Epistemonikos	Self-help device or Assistive technology and home care and safety	12,700	0	0
Svemed+	Self-help device and elderly and safety	10	3	1.(Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke, Melby, 2017)
Cinahl	Assistive technology and home care service	155	12	0
Pubmed	Telecare and elderly	270	8	0
Pubmed	Technology and safety and home care service	125	27	1. (Karlsen, Moe, Haraldstad, Thygesen, 2018) 2. (Karlsen, Ludvigsen, Moe, Haraldstad, Thygesen, 2017) 3. (Åkerlind, Martin, Gustavson, 2017) 4. (Stokke, 2018)

### Søk i Pubmed

DATABASE: PUBMED 23.03.19					
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)	Lest Tittel (antall)	Lest sammendrag (antall)
1	Technology	5 år, full tekst	589693		
2	Safety	5 år, full tekst	205783		
3	Home care service	5 år, full tekst	13627		
4	1 AND 2 AND 3	5 år, full tekst	125	125	27

Det ble valgt ut følgende artikler etter søket i «Pubmed» basert på relevans til problemstilling

og etter kritisk vurdering av flere artikler.

Følgende artikler ble valgt ut:

- Caring by telecare... (Karlsen, Moe, Haraldstad, Thygesen, 2018)
- Older people negotiating independence and safety... (Stokke, 2018)
- Systematisk oversikt – experiences of community dwelling.....(Karlsen, Ludvigsen, Moe, Haraldstad, Thygesen, 2017).
- eHomecare and safety – the experience of older patient and their relatives.. (Åkerlind, Martin, Gustavson, 2017)

Forfatter Mari S. Berge ble søkt opp i «ORIA», ettersom hun var nevnt i flere av artiklene mine – fikk opp artikkelen: Telecare- where, when, why and for whom does it work? (2018) på søket. Artikkelen ble kritisk vurdert og deretter inkludert i oppgaven.

## Vedlegg 2: Sjekkliste for kvalitativ forskningsmetode

Sjekkliste for kvalitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter (2014).

Her viser jeg et eksempel der jeg har kritisk vurdert artikkelen: «Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers» Av Cecilie Karlsen, Carl Erik Moe, Kristin Haraldstad, Elin Thygesen

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Uklart</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nei</b> <input type="checkbox"/>
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Uklart</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nei</b> <input type="checkbox"/>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Uklart</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nei</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Kommentar:</b> Studien tar utgangspunkt i brukerperspektivet og har flere relevante funn om opplevelsen med bruk av teknologiske hjelpemidler i hjemmet.		
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Uklart</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nei</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Kommentar:</b> Inkluderingskriteriene var at de var over 60 år, var mottakere av hjemmetjenester, og hadde nylig startet å bruke teknologiske hjelpemidler. Forskerne samarbeidet med hjemmetjenesten i forbindelse med rekruttering. Deltakerne var samtykkekompetente.		
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> <i>TIPS:</i> <i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Uklart</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nei</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Kommentar:</b> Det ble utført semistrukturerte dybde intervjuer av 18 deltakere, med nye oppfølgings intervjuer etter fem til		





<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>• Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>X</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
	<p><b>Kommentar:</b> Det oppgis at det er ingen interessekonflikt i studien. Deltakerne var frivillig med i studien, med muligheter for å trekke seg. Alle deltagerne ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien. De ble garantert at datainnsamlingen var anonym og taushetsbelagt.</p>		

## HVA ER RESULTATENE?

	<p><b>Ja</b></p> <p>X</p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>• Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b> Funnene var at teknologien bidro til økt trygghet og sikkerhet, samt økt selvstendighet. De konkluderer med at en kartlegging av individuelle behov bør vurderes, og identifisere behov som teknologien ikke kan møte.</p>		

## KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>• Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Funnene kan gi bedre forståelse for hva som er viktig i oppfølgingen fra tjenesten i praksis.</p>
--	---