



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

**Emnekode:** SYKSB3001

**Emnenavn:** Sykepleie, forskning og fagutvikling  
(Bacheloroppgave)

**Vurdering:** Individuell hjemmeksamen

**Kandidatnummer:** 29

**Antall ord:** 8983

**Leveringsfrist:** 21.02.2014

**Vurderingstype:** Ordinær

**Veileder:** Gjertrud Husøy



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## **BACHELOR**

### **OMSORG I FORANDRING - VED HJELP AV TEKNOLOGI**

”Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag” – Kåre Hagen

Antall ord: 8987

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	PROBLEMSTILLING	1
1.3	BEGRUNNELSE FOR VALG, AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	1
<b>2</b>	<b><u>TEORI</u></b>	<b>3</b>
2.1	OMSORG	3
2.2	OMSORGSTEORI MED KARI MARTINSEN	3
2.3	HJEMMESYKEPLEIE	5
2.4	VELFERDSTEKNOLOGI OG OMSORGSTEKNOLOGI	5
2.5	ETIKK	7
<b>3</b>	<b><u>METODE</u></b>	<b>9</b>
3.1	GENERELT OM METODE	9
3.2	LITTERATURSTUDIE	9
3.3	LITTERATURSØK OG FREMGANGSMÅTE	10
3.3.1	TABELL 1 - CINAHL	11
3.3.2	TABELL 2 – CINAHL	11
3.3.3	TABELL 3 – MEDLINE (OVID)	12
3.3.4	TABELL 4 – CINAHL	12
3.3.5	TABELL 5 – CINAHL	13
3.4	KRITISK VURDERING OG FORSKNINGS ETIKK	13
<b>4</b>	<b><u>PRESENTASJON AV ARTIKLER</u></b>	<b>15</b>
4.1	USING ASSISTIVE TECHNOLOGY SERVICES AT DIFFERING LEVELS OF CARE: HEALTHY OLDER COUPLES' PERCEPTION.	15
4.2	WHAT MATTERS TO OLDER PEOPLE WITH ASSISTED LIVING NEEDS? A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF THE USE AND NON-USE OF TELEHEALTH AND TELECARE*	16
4.3	THE DUALITY IN USING INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY IN ELDER CARE	17
4.4	A PILOT STUDY OF HOW INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY MAY CONTRIBUTE TO HEALTH PROMOTING AMONG ELDERLY SPOUSAL CARE IN NORWAY	17

4.5 ETHICS OF USING ASSISTIV TECHNOLOGY IN THE CARE OF COMMUNITY-DWELLING ELDERLY PEOPLE: AN OVERVIEW OF THE LITTERATURE	18
<b>5 DRØFTING</b>	<b>20</b>
5.1 PASIENTENS OPPLEVELSE AV BRUKEN AV TEKNOLOGISKE HJELPEMIDLER I HJEMMET	20
5.2 OMSORG SOM SOSIAL RELASJON	22
5.3 SYKEPLEIERENS OPPLEVELSE AV TEKNOLOGISKE HJELPEMIDDEL	23
5.4 ETISKE DILEMMAER VED BRUK AV TEKNOLOGI	24
<b>6 OPPSUMERING</b>	<b>27</b>
<b>REFERANSELISTE</b>	<b>28</b>

#### **VEDLEGG 1 - RESULTATTABELL OVER ALLE ARTIKLENE**

#### **VEDLEGG 2 - SJEKKLISTE OVERSIKTSARTIKKEL:**

"ETHICS OF USING ASSISTIVE TECHNOLOGY IN THE CARE FOR COMMUNITY DWELLING ELDERLY PEOPLE: AN OVERVIEW OF THE LITERATURE"

#### **VEDLEGG 3 - SJEKKLISTE KVALITATIV STUDIE:**

"WHAT MATTERS TO OLDER PEOPLE WITH ASSISTED LIVING NEEDS? A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF THE USE AND NON-USE OF TELEHEALTH AND TELECARE\*"

#### **VEDLEGG 4 KVALITATIV STUDIE:**

"THE DUALITY IN USING INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY IN ELDER CARE"

#### **VEDLEGG 5 - SJEKKLISTE KVALITATIV STUDIE:**

"USING ASSISTIVE TECHNOLOGY SERVICES AT DIFFERENT LEVELES OF CARE: HEALTHY OLDER COUPLES' PERCEPTIONS"

#### **VEDLEGG 6 - SJEKKLISTE KVALITATIV STUDIE:**

"A PILOT STUDY OF HOW INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY MAY CONTRIBUTE TO HEALTH PROMOTION AMONG ELDERLY SPOUSAL CARERS IN NORWAY"

#### **VEDLEGG 7 - BEKREFTELSE**

## SAMMENDRAG

**Tittel:** Omsorg i forandring – ved hjelp av teknologi

**Bakgrunn for valg av tema:** Antall eldre pasienter i hjemmesykepleien kommer til å øke drastisk til 2040, noe som fører til økt utfordringer for sykepleiere. I min praksis fikk jeg møte pasienter med ulike teknologiske hjelpemidler slik som trygghetsalarmer, ovnvakt og omgivelseskontroller. Gjennom sykepleiere fra andre land har jeg fått lære mer om informasjon og kommunikasjonsteknologi. Dette gjorde meg interessert i å se nærmere på teknologiske hjelpemidler og bruken av disse.

**Problemstilling:** *Hva er pasienters erfaring med teknologisk utstyr i eget hjem, og hvilke sykepleiefaglig og etiske utfordringer kan oppstå i møte mellom teknologi og omsorg.*

**Oppgavens hensikt:** Hensikten med oppgaven er å se nærmere på hvordan pasienter opplever bruken av teknologiske hjelpemidler når de bor hjemme, og hvilken utfordringer sykepleier har der teknologi og omsorg møtes.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Det er gjort søk i CINAHL og MEDLINE (OVID) der det er lagt vekt på søkeordene: Home health care, Home care, Technology, Ehealth, Telemedicine, Telehealth, Telecare, ICT, Information and communication technology, Elder care, Older people, Elderly people og Ethics. Det ble inkludert 5 artikler, som alle er skrivne av europeiske forfattere. Alle studiene som er inkluderte, er fra 2006 til 2013.

**Resultat:** Funnene viser at pasienter har ulike meninger om bruken av teknologiske hjelpemidler. Teknologiske hjelpemidler kan øke selvstendighet og sikkerhet for pasienter, men kan óg gi manglende privatliv. Relasjon mellom pasient og sykepleier er viktig, samt at sykepleiere er kunnskapsrike og motiverte. Det er viktig å sette pasienten i fokus når en møter etiske utfordringer.

**Oppsummering:** Teknologiske hjelpemidler kan være et godt hjelpemiddel for eldre pasienter som ønsker å bo hjemme så lenge som det er mulig. For at pasienter som ønsker å bruke teknologiske hjelpemiddel er det viktig å ha en god relasjon med sykepleiere som gir omsorg, samt at sykepleiere er kunnskapsrike og motiverte. Teknologiske hjelpemiddel skal ikke komme som en erstatning for menneskelig omsorg, men som et supplement.

**Nøkkelord:** Omsorg, teknologi, hjemmesykepleie, eldre pasienter, sykepleier og etikk.

## ABSTRACT

**Title:** Change in care – using technology

**Background for the chosen theme:** The number of elderly patients in home care is going to increase drastically within 2040, leading to increased challenges for nurses. In my practice I met patients with various technological aids such as security alarms, heater guard and environment controls. Through nurses from other countries I have been learning more about information and communication technology. This made me interested to look into technological aids and their use.

**Problem:** *What are the patients experiences with technological equipment in their own home, and what are the nursing professional and ethical challenges that may arise in the encounter between technology and care?*

**The purpose of this study:** The purpose of the study is to examine how patients experience the use of technological aids when they live at home, and what challenges nurse where technology and caring meet.

**Method:** This is a literature study. Where there has been done a search in CINAHL and MEDLINE (OVID). The keywords where: *Home health care, Home care, Ehealth, Technology, Telemedicine, Telehealth, Telecare, ICT, Information and communication technology, Elder care, Older people, Elderly people & Ethics*. There was included 5 articles, which all were written by European authors. All studies included in this paper are from 2006 to 2013.

**Result:** The findings show that patients have different opinions about the use of technological aids. Technological aids can increase independence and safety for patients, but can also give patients lack of privacy. Relationship between patient and nurse is important, and that nurses are knowledgeable and motivated. It is important to put the patient in focus when facing ethical challenges.

**Summary:** Technological aids can be a great aid for the elderly who want to stay at home as long as possible. For patients wishing to use technological aids, it is important to have a good relationship with the nurses who provide care, and that the nurse is knowledgeable and motivated. Technological aid should not come as a replacement for human care, but as a supplement.

**Keywords:** Care, technology, home care, older patients, nurse and ethics.

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dagens samfunn strever vi med å kunne gi alle en verdig og like god behandling. Hvordan skal vi kunne klare dette når forskning viser at eldrebølgen vil slå inn snart, og at det 2040 vil være dobbelt så mange som er 80 år og flere over 90 år? Eldre er den største pasientgruppen i hjemmesykepleien, og den demografiske utviklingen innebærer at hjemmesykepleien vil være en viktig helse- og omsorgstjeneste for de eldre (Birkeland & Flovik, 2011, S. 183).

Omsorgsteknologi vekte min interesse etter en samtale med en sykepleier fra Finland, som arbeidet med prosjektet VIRTU som handler om å kommunisere med eldre i hjemmet via en smart-tv med kamera (Karppi, Tuominen, Eskelinen, Fischer & Rasu, 2013). I November 2013 delte Helse- og omsorgsdepartementet ut prosjektmidler til kommuner som vil være innovative og jobbe i nye baner med teknologi som hjelpemidler (Høgskolen Stord/Haugesund, 2013). Gjennom utdanningen min har jeg hatt praksis i hjemmesykepleien, hvor teknologien kom nærmere frem. Sykepleieren brukte administrativ teknologi i form av Iphone og Ipad for å dokumenterer viktige opplysninger i pasientjournalen. Alle pasientene i hjemmesykepleien hadde også trygghetsalarm med toveis kommunikasjon. Flere pasienter brukte omgivelseskontroller som er en fjernkontroll som kan styre dører, tv, gardiner, og andre daglige gjøremål en ikke kan utføre på egen hånd.

## 1.2 Problemstilling

*Hva er pasienters erfaring med teknologisk utstyr i eget hjem, og hvilke sykepleiefaglig og etiske utfordringer kan oppstå i møte mellom teknologi og omsorg.*

## 1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven vil det bli fokusert på pasienter som bruker teknologiske hjelpemidler i eget hjem som er knyttet til hjemmesykepleien og hvordan de opplever omsorg fra sykepleiere. Pasient, bruker og tjenestemottaker blir ofte brukt om hverandre i hjemmesykepleien. Birkeland & Flovik (2011, s. 20) sier at begrepet pasient blir knyttet opp mot et menneske som har fått rett på helsehjelp, er syk og har behov for å få hjelp av helsepersonell. Derfor vil

det i denne oppgaven bli brukt begrepet ”pasient”. Fokuset er på teknologi som kan hjelpe pasienter å utføre dagligedagse handlinger.

Sykepleiere er en av to store hovedgrupper som jobber i hjemmesykepleien. Hjelpepleiere og ufaglærte er to andre grupper. Pasienter i heimesykepleien er også ofte knyttet til fastlege, legevakt, ergoterapeuter, fysioterapeuter m.m. Det vil i denne oppgaven bli fokusert på sykepleierens opplevelse av teknologiske hjelpemidler og de etiske utfordringer som oppstår, der teknologi og omsorg møtes



## 2 TEORI

Denne oppgaven vil bygge seg på Kari Martinsen sin omsorgstenkning. Hun sier at omsorg er et tre dimensjonalt begrep som bygger på relasjon-, praktisk- og moralsk omsorg.

### 2.1 Omsorg

Vi mennesker lever i en relasjonell verden der vi ofte forholder oss til andre folk. Vi er en del av et felleskap, som medfører rettigheter og forpliktelser, hvor vi er avhengige av hverandre. Denne avhengigheten er fundamental og vi kan tenke oss paradokset : ”kun i avhengighet er vi frie”. Vi mennesker er skapte til å ta vare på hverandre, og derfor er omsorg grunnleggende for oss som mennesker fra vi starter livet til det slutter (Alvsvåg, 2010, s. 417). Når vi ser på ordet ”omsorg” tenker vi ofte på det å ”bry seg om” og ”omtenksomhet”. På Engelsk brukes ordet ”care” som betyr barmhjertighet eller nestekjærlighet (Eide & Eide, 2007, s. 32).

Vetlesen (2001, s. 27), sier at omsorg er det grunnleggende i alle menneskers liv. Det er ikke noe som er bestemt av fasen vi er i. Behovet for omsorg kommer uten at en bestemmer det, og er ikke noe vi kan gjøre oss uavhengige av.

I yrkessammenheng kan omsorg ha ulike konkrete uttrykk alt etter hva vi arbeider med. Behandling, pleie og oppdragelse er alle et uttrykk for omsorg i ulike yrkessammenheng, men dette avhenger av omsorgens kvalitet. Vi snakker da både om den konkrete handlingen som omsorg blir utført i, og hvordan den blir utført på. Pasienter er avhengige av at helsepersonell kan utføre rett handling på den rette og gode måten (Alvsvåg, 2010, s 417-418). Eide & Eide (2007, s. 33) sier at omsorg handler om å hjelpe andre til bedre egenomsorg, som er en viktig egenskap for sykepleiere som har omsorgsansvaret for pasienten.

### 2.2 Omsorgsteori med Kari Martinsen

Kari Martinsen sier at vi i yrkesmessig sammenheng har god kjennskap til ordet omsorg, men at det ofte byttes ut med ord som: ”Bekymre seg for”, ”vise omtanke”, ”ta hensyn” og ”hjelpe”. Martinsen mener at omsorg har tre fenomener. Omsorg er relasjonell, praktisk og moralsk (Martinsen, 1989, s. 67).

Den relasjonelle dimensjonen bygger på at mennesket er avhengige av andre, at menneske er grunnleggende relasjonelle og er avhengig relasjon med andre for å utvikle seg

og leve (Gjengedal, 2000, s. 41). Det må være minst to personer for å kunne vise omtanke for hverandre, og hjelpe ut i fra situasjonen en er i (Alvsvåg, 2010, s. 19). Martinsen (1989, s. 69) definere relasjonell omsorg slik :

Den ene har omtenkksomhet og bekymring for den andre. Når den ene lider, vil den andre ”sørge” (i betydningen lide sammen med) og *sørge for* å lindre smerten. [...] Omsorgen er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens. I omsorgen er forholdet mellom mennesker det vesentligste. Omsorgen er en sosial relasjon. Med andre ord, min eksistens forutsetter andre. [...] uten andre mennesker har min dagligverden ingen mening. [...] Mennesket vesenstrekk er at det er til *for andres skyld* – for sin egen skyld. Videre at jeg aldri kan forstå meg selv eller realisere meg selv alene eller uavhengig av andre. Omsorg vil altså si å måtte ta hensyn til andre, for min egen skyld.

Videre mener Martinsen at omsorg er praktisk og konkret, der vi må forstå den andres situasjon for å kunne handle riktig (Alvsvåg, 2010, s. 19). Martinsen sier at en kan lese mye om omsorgsteorier i litteraturen, men at det ikke er det samme som å oppleve det i praksis. Hun mener at en ikke fullt ut kan forstå omsorgsteorien dersom en ikke praktiserer dem (Gjengedal, 2000, s. 44). Martinsen (1989, s. 71) sier:

Omsorg har med *forståelse* for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaringer fra, vi kan forstå. På den måte vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til *sin* situasjon.

Til slutt mener Martinsen at omsorg er moralsk. Det handler om å være der for en annen person, og hjelpe han i sin situasjon uten å forvente noe tilbake. Omsorgen bygger på en riktig forståelse av situasjonen samt gi en god vurdering av hvilke mål som ligger i omsorgssituasjonen (Alvsvåg, 2010, s. 419 – 420). Martinsen (1989, s. 71) sier:

Skal omsorgen være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en *holdning* (stemning, ”Befindlichkeit”) som anerkjenner den andre ut fra *hans* situasjon. [...] å anerkjenne den andre vil si at jeg ikke nødvendigvis venter meg noe tilbake. Jeg er hos den andre og ”sørger for” den andre i hans situasjon på en slik måte at jeg verken

overvurderer eller undervurderer hans evne til selvhjulpenhet. Min omsorg er uekte hvis jeg ”griper inn i” for å forandre den andres situasjon uten å anerkjenne vedkommende. Da gjør jeg dette ut fra mine forutsetninger. Forholder jeg meg likegyldig til den andre, er også omsorgen uekte.

### **2.3 Hjemmesykepleie**

Hjemmesykepleie er et begrep som blir brukt til sykepleie som utføres til de som stiller krav til å få helsehjelp i eget hjem. Pasientrettighetsloven §1-3 definerer helsehjelp som en ”handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som er utført av helsepersonell”. Hjemmesykepleiens mål er at brukere skal kunne være i sitt eget hjem så lenge det er ønskelig og faglig forsvarlig. Pasienter som får vedtak om hjemmesykepleien kan ha bruk for å få hjelp med å dekke sine grunnleggende behov, sårstell, legemiddelhåndtering og tekniske prosedyrer (Birkeland & Flovik, 2011, s. 20-21).

Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i deres 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 sentral. 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 og helsefremmende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie (Birkeland & Flovik, 2011, s. 39-40).

Hjemmet blir sett på som noe som opprettholder pasienten private sfære, og uavhengighet (Birkeland & Flovik, 2011, s. 44).

### **2.4 Velferdsteknologi og omsorgsteknologi**

Velferdsteknologi er en it-basert løsning som brukes i helse- og omsorgssektoren. Dette er teknologi som skal hjelpe pasienter å føle trygghet og sikkerhet, samt øke selvstendighet, medbestemmelse og livskvalitet (Birkeland & Flovik, 2011, s. 187). Omsorgsteknologi blir definert som: ”Teknologi som spesielt kan være nødvendig hjelpemidler for personer med ulike former for helseproblemer og omsorgsbehover”. (Dale, Dale, Fensli & Fensli, 2010, s.

182). Omsorgsteknologi er viktig for fremtidens eldre. Den gir muligheter for å føle seg trygg og mestre det å bo i sitt eget hjem lengst mulig (Teknologirådet, 2009, s. 7). I denne oppgaven blir det lagt hovedvekt på omsorgsteknologi, selv om velferdsteknologi og omsorgsteknologi blir mye brukt om hverandre.

Velferdsteknologien og omsorgsteknologi er ikke bare laget for at pasienten skal få en lettere, tryggere og mer selvstendig hverdag, men også hjelpe dem som arbeidere i helse- og omsorgssektoren. Det er óg for å gi hjemmesykepleien muligheten til å forbedre, forenkle og effektivisere (Birkeland & Flovik, 2011, s. 187), samt gi pårørende avlastning (Teknologirådet, 2009, s. 16). Det er allikevel viktig at teknologien ikke er en erstatning av helsehjelp og personlig omsorg (Birkeland & Flovik, 2011, s. 190).

Velferdsteknologi startet utviklingen sin i 1990 årene og har gjort det mulig for brukere å bo i eget hjem mye lengre enn før. Det er flere pasientgrupper som bruker teknologiske hjelpemiddel, deriblant syke, funksjonshemmet og eldre. I hjemmesykepleien kan velferdsteknologiske løsninger hjelpe pasienten med dagligdagse gjøremål som ernæring, personlig hygiene og legemiddelhåndtering (Birkeland & Flovik, 2011 s. 187).

Noen av de aktuelle teknologiene er: kroppssensorer, smarthusteknologi, springsteknologi, automatiserte maskiner, sosiale robotter, administrative teknologi og internettløsninger. Selv om det er ulike teknologiske utstyr som blir brukt i møte med eldre hjemmeboende, vil det i denne oppgaven bli lagt fokus på smarthusteknologi og internettløsning. For å forstå smarthusteknologi er det logisk å benevne to andre teknologier hvor smarthusteknologien har sitt opphav. Konvensjonell teknologi er den aktive handlingen vi gjør når vi skal skru på lyset, tv og andre gjenstander. Omgivelseskontroll er en teknologisk fjernkontroll som hjelper brukeren å utføre konvensjonelle oppgaver uten å fysisk reise seg. Det brukes fjernkontroll for å utføre handlinger som å styre lys, tv, dører, etc. Omgivelseskontroll kan være knyttet til smarthusteknologi, men ofte er det ikke det. Dersom det er installert et nettverk bør en knytte smarthusteknologi sammen med omgivelsekontroll (Laberg, Aspelund & Thygesen, 2004, s. 8 - 9). Smarthusteknologi er sensorteknologiske løsninger som er installerte i hjemmet til brukeren. Dette kan være blant annet varsling, overvåke eller å hjelpe å utføre handlinger slik som å styre lys, lyd, dører og vinduer (Birkeland & Flovik, 2011, s. 188). Laberg et al (2004, s. 9), sier at dette kan være forhåndsstilte innstillinger som utfører en automatisk handling, dersom det er forandring med pasienten. Dette kan for eksempel være at lyset automatisk går på dersom pasienten reiser seg ut av sengen om natten. Teknologien kan óg løse ut såkalt passive alarmer hos pårørende eller hjemmesykepleien, som utløses av bestemte forhånds kriterier. Dette kan for eksempel

være dersom pasienten ikke kommer tilbake til sengen etter bestemt tidspunkt.

Internettløsning gjør det blant annet lettere for pasienten å holde kontakt med pårørende og helsepersonell (Birkeland & Flovik, 2011, s. 188).

Omsorgsteknologien gir flere etiske utfordringer for hjemmesykepleien i form av trygghet, ensomhet og personvern (Birkeland & Flovik, 2011, s. 189). Laberg et all. (2004, s. 24), mener at en da spesielt tenker på teknologi som hjemmesykepleien styrer, f.x overvåking, og ikke den teknologi som pasienten har kontroll på selv, f.x omgivelsekontroll. Det må derfor utføres en etisk vurdering av hvert tilfelle der det er spørsmål om teknologi skal integreres i brukerens hjem og privatliv. Det kreves at det er rettslig grunnlag for bruken av tiltak som er inngripende. Dette er informert samtykk eller lovhjemmel (Laberg et all. 2004, s. 26). Det må bli basert på retningslinjer for innhenting og lagring av informasjonen (Birkeland & Flovik, 2011, s. 189).

Helsepersonell må ha kunnskaper om teknologiske hjelpemidler, og i lag med pasienter være med å dele sine erfaringer med ingeniører slik at teknologien virker best. Bruk av teknologi krever at en har en kompetanse om dette, og kan gi veiledning og støtte til dem som bruker de, og deres pårørende (Birkeland & Flovik, 2011, s. 188-189).

## **2.5 Etikk**

Etikk er teorien om moral. Det handler om våres verdier og holdninger når vi møter etiske dilemmaer der det er konflikt mellom flere verdier, eller vi føler at verdiene våres blir truet. Selv om vi har lovverk som gir oss en pekepinn på hvordan vi skal håndterer en situasjon, må vi som sykepleiere også reflektere etisk over situasjonen, slik at vi får en moralsk handling (Brinchmann, 2008, s. 17). Moral er retningslinjer eller regler over hva som er rett eller galt i en praktisk situasjon, spesielt når det har med andre mennesker å gjøre (Brinchmann, 2008, s. 16).

Sykepleiere opplever dilemmaer hver dag i sitt arbeid. Det blir skilt mellom etiske dilemmaer, etiske problemer og etisk vanskelig situasjoner. Etiske dilemmaer er en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller fører til uønsket konsekvens. Etiske problemer har tre ulike kjennetegn: det kan være en verdikonflikt der det er usikkert hvilken kunnskap som er nødvendig for å ta rett beslutning, løsningen kan ha betydning for synet vi har på mennesket og deres relasjoner, og der kan vekke en forvirring (Slettebø, 2008, s. 43).

Vi prøver ofte å skille mellom faglige og etiske dilemmaer. Slettebø (2008, s. 44) sier at i teorien kan man ta en lang linje og sette faglig dilemma i en ende og etisk dilemma i den andre. Men det fungerer ikke slik i praksis. Da vil faglige og etiske dilemmaer være like. Nemlig fordi at etikk handler om verdier og folks ve og vel. Så når det faglige svikter, settes verdiene våres på spill.

Dale et all. (2010, s. 195) sier at sykepleiere har ansvar for sine handlinger og vurderinger, både personlig, etisk og faglig ansvar, samt å sette seg inn i lovverket. Sykepleierens grunnlag og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er et viktig hjelpemiddel når man har med etiske dilemmaer. I Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) står det følgende:

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

Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling. (s.9)

Sykepleieren skal i sitt arbeid sørge for at bruk av teknologi og viten- skapelige fremskritt lar seg forene med menneskers sikkerhet, verdighet og rettigheter. (s. 26)

Brodtkorb (2011, s. 310) sier at regler, prinsipper og prosedyrer er ikke nok i moralen. En må også bruke skjønn for å få bredden av et etisk problem, for å kunne ta en avgjørelse I en praktisk situasjon.

Teknologien kan nemlig ikke ta over sykepleierens holdninger og vurderinger. Laberg et al. (2004, s. 28) sier at teknologien skal hjelpe oss i utøvelsen av sykepleie, på en faglig og juridisk måte. Dette for å imøtekomme den enkeltes omsorgsbehov. En må passe på at det ikke erstatter den nødvendige menneskelige omsorgen som hvert menneske har behov for. Verdier som er viktige for omsorgsetikken er nærhet, omsorg og barmhjertighet, der relasjonen er i hovedfokus (Brodtkorb, 2011, s.31).

## **3 METODE**

### **3.1 Generelt om metode**

En metode er et redskap som hjelper oss i å finne data, slik at vi kan svare på en problemstilling som interesserer oss faglig (Dalland, 2012, s. 111-112).

Det er ulike metoder en kan bruke for å få svar på sin problemstilling. Dalland (2012, s. 112) trekker frem to metoder: den kvantitative metode som gir oss målbar data, og den kvalitative metoden, som hjelper oss å få fram det som ikke er målbart, altså meninger og opplevelser. For å velge rett metode må en finne ut av hva som er en bra fremgangsmåte og hva som er best praktisk mulig.

Siden det finnes et så stort utvalg av vitenskapelige artikler, kan det være vanskelig å finne det en leter etter. Det er viktig å se på artiklene på en systematisk måte. Forsberg og Wengström (2013, s. 17) sier at det er tre ulike måter å bruke litteratur som et utgangspunkt for et studie: en litteraturgjennomgang (Overview), et systematisk litteraturstudie (Systematic review) og en begrepsanalyse (Concept analysis). Videre skal jeg belyse litteraturstudie som metode gjennom litteraturgjennomgang og systematisk litteraturstudie.

### **3.2 Litteraturstudie**

Et litteratur studie bygger på skriftlige kilder i form av blant annet bøker, artikler, sykepleie forskning og vitenskapelig forskning. Der en systematisk søker, kritisk gjennomgang og til slutt sammenligner litteraturen for å best kunne svare på oppgavens problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2013, s.30). For å kunne besvare problemstillingen godt nok, må en ha god datasamling som er relevant for oppgaven. I Litteraturstudier brukes ofte den nyeste kunnskap en kan finne relevant til problemstillingen i form av forskningsartikler, men det er viktig å begrunne hvorfor den aktuelle artikkelen har relevans for tematikken i oppgava og problemstillingen (Dalland, 2012, s.139-140).

Alle forskere som er i en forskningsprosess begynner med en generell litteraturstudie, dette kalles óg for litteraturgjennomgang eller forskningsgjennomgang. Hensikten med en litteraturgjennomgang er for å se på helheten av artikler innenfor valgt tema. Artiklene skal beskrives og analyseres, men det er sjelden krav til at dette skal skje på en systematisk måte (Forsberg og Wengström, 2013, s. 25).

Et systematisk litteraturstudie kan gjennomføres dersom en finner nok artikler av god kvalitet som kan belyse problemstillingen og hjelpe med å konkludere (Forsberg og Wengström, 2013, s. 26).

Forsberg og Wengström (2013, s. 26) sier at det er flere positive sider med litteraturstudie, men de fremhever óg at det finnes flere negative sider. Dette kan være blant annet at forfatteren kan ha hatt tilgang til et begrenset antall artikler, eller at han bare velger forskning som støtter opp under hans egne meninger, eller at forfattere som forsker på samme tema, kan komme fram til ulike konklusjoner (Forsberg og Wengström, 2013, s. 26).

### **3.3 Litteratursøk og fremgangsmåte**

Temaet i oppgaven var godkjent før jeg startet søkeprosessen. Jeg brukte Høgskolen Stord/Haugesund sin bibliotekside for å finne fram til helsefaglige databaser som ble brukt for å gjøre litteratursøkene.

Det ble brukt aktuelle søkeord som var relevante for tematikken og problemstillingen til oppgaven. Etter flere søk på ulike databaser var det Cinahl og Medline som gav best resultat. Med mest relevante treff. Det ble benyttet søkeord på engelsk slik som: *Home health care, Home care, Ehealth, Technology, Telemedicin, Telehealth, Telecare, ICT, Information and communication technology, Elder care, Older people, Elderly people & Ethics*. Søkeordene ble kombinert med AND og OR, for å få best mulige kombinasjoner. Avgrensinger som full tekst ble brukt til siste søk, for å luke ut artikler som ikke var i full tekst. Det ble også brukt års avgrensinger, slik at artiklene ikke var eldre enn 10 år. Abstraktene ble først lest, før artikler som passet til tematikken i oppgaven ble lest i full tekst.



### 3.3.1 Tabell 1 - Cinahl

Søk i CINAHL 11.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Home Health Care		34601
S2	Ehealth		145
S3	Technology		53888
S4	Telemedicin		1
S5	Telehealth		2862
S6	Elder Care		1988
S7	S3 OR S4 OR S5		56088
S8	S1 AND S7		1666
S9	(S1 AND S7) AND (S6 AND S8)		9
S10	S9	Full text	4

Etter søk nr. 10, kom det opp 4 artikler, hvor av artikkel nr. 1 ble valgt ut: *Using assistive technology services at differing levels of care: healthy older couples' perceptions* (Harrefors, Axelsson & Sävenstedt, 2010).

### 3.3.2 Tabell 2 – Cinahl

Søk i CINAHL 10.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Technology		53994
S2	Ethics		32474
S3	Home Health Care		34601
S4	S1 AND S2 AND S3		19
S5	S4	Full text	6

Etter søk nr. 5, kom det opp 6 treff, hvor av artikkel nr. 1 ble valgt: *Ethics of using assistive technology in the care of community dwelling elderly people: An overview of the literature* (Zwijsen, Niemeijer & Hertogh, 2011).

### 3.3.3 Tabell 3 – Medline (Ovid)

Søk i MEDLINE (Ovid) 24.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	(Telehealth OR Telecare).mp.		1594
2	Older People.mp.		11413
3	1 AND 2		18

Etter søk nr. 3, kom det opp 18 treff, hvorav artikkel nr. 1 ble valgt ut: *What matters to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare\** (Greenhalgh, Wherton, Sugarhood, Hinder, Procter & Stones, 2013).

### 3.3.4 Tabell 4 – Cinahl

Søk i CINAHL 06.02.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Home health care OR Home care		53,167
S2	Ehealth OR Technology OR Telemedicin OR Telehealth		56,417
S3	Elder care		1,997
S4	S1 AND S2 AND S3		13
S5	S4	Full text. Publisert: 2004 -	5

Etter søk nr. 5, kom det opp 5 treff, hvorav artikkel nr. 3 ble valgt ut: *The duality in using information and communication technology in elder care* (Sävensted, Sandman & Zingmark, 2006).

### 3.3.5 Tabell 5 – Cinahl

Søk i CINAHL 12.02.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Home health care OR Home care Or Care Or Elder Care		640,666
S2	Ehealth OR Technology OR Telemedicin OR Telehealth Or ICT OR information and communication technology		56,587
S3	Elder OR Older people Or Elderly people		23,057
S4	S1 AND S2 AND S3		252
S5	S4	Full text, Publisert: 2004 -	65
S6	Norway		1,645
S7	S5 AND S6		2

Etter søk nr. 7, kom det opp 2 treff, hvorav artikkel nr. 1 ble valgt ut: *A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway* (Torp, Hanson, Hauge, Ulstein & Magnusson, 2008).

### 3.4 Kritisk vurdering og forsknings etikk

Alle skriftlige kilder må vurderes ved å bruke metodiske redskap i form av kildekritikk (Dalland, 2012, s. 223). Kildekritikk brukes som et redskap for å finne god litteratur til valgt problemstilling, samt hjelpe for å gjøre rede for valgt litteratur (Dalland, 2012, s. 68). Målet med kildekritikk er også for å hjelpe leseren til å sette seg inn i hvordan forfatteren har tenkt når han har skrevet oppgaven, hvilken artikler som har vært tilgjengelige, og hvilken kriterier som har vært i bruk (Dalland, 2012, s. 72 - 73). For å hjelpe oss å finne gode og riktige artikler bruker en kriterier som bygger opp under problemstillingen. Kriteriene kan være fag, nivå, tid, språk og geografi (Dalland, 2012, s. 70 – 71).

Før en starter å gjøre et systematisk litteraturstudie bør en se på etikken i forskningen. Forsberg & Wengström (2013, s. 69 - 70) sier at en må se etter at artiklene ikke er fusket til eller er uærlige. Dette kan forskeren gjøre ved å stjele eller plagiere data, vise misvisende dataanalyser, feilaktig inkludering eller ekskludering av data, eller ved å fabrikere data som passer forskerens problemstilling best. Når en velger en artikkel er det viktig at det er gjort en etisk vurdering av den, og at den eventuelt er godkjent av en etisk komité.

I dette studie har jeg lagt vekt på å bruke primærkilder i form av forskningsartikler og pensumlitteratur, men óg sekundærkilder i form av ulike bøker og fagartikler. Det var ónskelig at artiklene som ble valgt ut var godkjente av en etisk komité. 4 av 5 artikler var godkjente av en etisk komité og var óg primærkilder, mens artikkelen til Zwijsen et al. (2011), er en sekundærkilde og belyser ikke noen etisk komité, men artikkelen var godkjent for publisering og passet godt til tematikken i oppgaven. Når søket fant sted ble det fokusert på artikler som ikke var eldre enn 10 år, da forskning stadig er i forandring. Det ble og lagt vekt på at artiklene var skreven av nordiske forfattere, for at det best skulle belyse situasjonen i Norge. 2 av artiklene (Greenhalgh, et al, 2013 & Zwijsen et al, 2010) som ble valgt ut er skreven av europeiske forfattere men ble tatt med da de belyste tematikken og problemstillingen i oppgaven svært godt. Det er brukt sjekklister på alle artiklene som ble brukt i denne oppgaven, som er hentet fra kunnskapscenteret (2008) for å se om artiklene var gode. Se vedlegg 2-6. Resultatene fra artiklene er oppsummerte i en resultattabell, se vedlegg 1.

Det blir vektlagt i oppgaven å referere og bruke kildehenvisningene rett, for å unngå plagiat. Oppgaven er skrevet i APA-standard. Siden det blir brukt erfaringer fra praksis, blir det passet godt på at pasienter, praksissted og personal blir anonymisert.

## 4 PRESENTASJON AV ARTIKLER

### 4.1 Using assistive technology services at differing levels of care: Healthy older couples' perception.

Av: Harrefors, C., Axelsson, K. & Sävenstedt, S. (2010)

Denne svenske studien handler om å få en forståelse for eldres meninger om bruken av teknologiske hjelpemidler.

Studie er godkjent av en etisk komité og er bygget opp som et kvalitativ forskning studie. Det deltok 12 par (24 personer) som var fra seks forskjellige bygder i nord Sverige. Studie ble utført som intervju i hjemmet til personene. Med spørsmål som var åpne og individuelle, det var utarbeidet 6 scenarier som grunnlag for intervjuet, for å få fram både egne og partners meninger avhengig av hva omsorgsbehovet var. Det var satt noen kriterier for deltakeren: det var at alle skulle være par over 70 år, og hatt samme adresse de siste 5 årene, de skulle ikke være i arbeid, og skulle ikke motta noen profesjonell hjelp eller bruke teknologiske hjelpemidler når intervjuet tok plass.

Funnene i studiet viser at tre hoved kategorier 10 underkategorier og et tema ble funnet. Temaet omhandler om det er en fordel eller følelsen av trussel ved bruk av teknologiske hjelpemiddel avhenger av hva en kan gjøre selv og hvilket omsorgsbehov en har. En av hoved kategoriene går ut på at teknologiske hjelpemidler åpner en mulighet for pasientene, både med tanke på å få hjelp til det en har bruk for raskt, men óg at en kan bo hjemme lengre. En annen hoved kategorien handler om at det er vanskelig å se hvilken konsekvenser teknologiske hjelpemidler bringer med seg. Deltakeren viste at teknologiske hjelpemidler var kommet for å bli, og at de kunne gi lettelse i arbeidet for helsearbeidere. Men de viste óg at teknologiske hjelpemiddel kunne ha en innvirkningen på forholdet mellom partnere og at teknologiske hjelpemiddel stilte krav til brukeren av dette. Den siste hoved kategorien handler om redsel ved bruk av teknologiske hjelpemiddel, når man er avhengig av hjelp fra andre. Deltakeren mente at teknologiske hjelpemiddel ikke skulle ta over menneske kontakten. De følte seg usikker når de var fullt avhengige av teknologiske hjelpemiddel, de følte óg at det kunne bli en trakassering mot deres private sfære. Studie viser at eldre ser positivt på bruken av teknologiske hjelpemiddel, men at de óg er redd for at den menneskelige kontakten skal forsvinne. Det er snakk om et spørsmål om tillit eller trussel, og at mennesker som jobber med dette må ha de grunnleggende menneskelige verdiene i grunn.

#### **4.2 What matters to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare\***

Av: Greenhalgh, T., Wherton, J., Sugarhood, P., Hinder, S., Procter, R. & Stones, R. (2013).

Denne Engelske studien er en kvalitativ studie som tar for seg å utvikle en fenomenologisk og sosi-materiel informert teoretisk modell av tekniske hjelpemidlers adaptasjon og bruken av den hos eldre mennesker. Forskerne prøver å svare på hva som betyr noe for mennesker med omsorgsbolig behov, og hvordan de opplever sykdom, med fokus på flerdiagnostikk, og dens påvirkning på teknologiske hjelpemidler, samt hvordan materielle teknologiske hjelpemidler har innvirkning på å leve hjemme, og hvordan teknologi sammen med helse og omsorgstjenesten fungerer sammen. Data ble samlet fra 40 mennesker mellom 60-98 år, med ulike diagnoser, hus og sosiale situasjoner. Det ble brukt semi strukturert intervju hvor deltakerne snakket om fortid og nåtid. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkriberte etterpå. Pasientene fikk digitalt kamera og en scrapplebok som de kunne bruke frivillig. Forskerne fikk en visning av hjemmet, hvor de tok notater som ble brukt i forskningen. Hovedfunnene bygger på deltakernes egne ord. Samt en kombinasjon av objektive medisinske diagnoser og subjektive utfordringer basert på daglige oppgaver. Ut i fra intervjuene kom det fram 4 temaer: hva som betydde noe for mennesker som har omsorgsbolig behov, materiell karakter og kapasitet, virkelige hendelser ved å bruke eller velge å ikke bruke teknologiske hjelpemidler, og til slutt, bricolage og rollen av bricoleur (bricolage betyr å bruke ting som er tilgjengelige, i dette studie gjelder det teknologi slik som ipad, tv, mobiltelefoner og apper. Bricoleur blir brukt om folk som bruker bricolage). Funne har vist at opplevelser av sykdom og omsorgsbolig behov til eldre mennesker er mangfoldige og unike, og at det derfor ikke egner seg til en standardisert teknologisk løsning, men heller individualiserte teknologiske løsninger som passer for hver enkel person. Forskerne konkluderer med et utsagn fra EFORTT forskningsteam, som sier at teleomsorg ikke er et teknologisk reparasjon som skal erstatte tradisjonell helsehjelp, det er ikke en enkel løsning mot demografisk aldring, omsorgs/personlig/budsjett krise i aldrende samfunn, da teleomsorg ikke gir omsorg av seg selv. Videre sier forskerne at det er bruk for mer forskning på etnografisk og narrativ forskning på bricolage og bricoleurs som kan belyse hvordan en bedre kan vise omsorg for hvordan noen med bruk for assistert hjelp er, eller kan være utført ved hjelp av teknologi.

### **4.3 The duality in using information and communication technology in elder care**

Av: Sävenstedt, S., Sandman, P. O. & Zingmark, K. (2006)

Denne Svenske studien er en kvalitativ studie som tar for seg å belyse verdier og holdninger hos profesjonelle pleiere, som gir omsorg til eldre mennesker som bruker informasjon- og kommunikasjon teknologiske hjelpemidler. Ti pleiere i hjemmesykepleien eller sykehjem fra nord Sverige deltok i intervju, med arbeidserfaringer som varierte mellom 3 og 26 år. Der det først ble vist en film/presentasjon om de mest aktuelle informasjon og kommunikasjon teknologiske hjelpemidlene. Etter filmen/presentasjonen ble det stilt noen spørsmål om følelser de fikk om ulike teknologiske hjelpemidler, etterfulgt av spørsmål om bruken av dette i deres arbeidsmiljø. Intervjuene ble innspilt på tape og deretter transkriberte. Funnene fra intervjuene identifisert både menneskelig og umenneskelig omsorg. Funnene ble delt inn i 2 hovedkategorier og 5 underkategorier. Hovedkategoriene gikk på konsekvensene fra omsorgsperspektiv med spørsmål om overfladisk og ekte omsorg, fangenskap og frihet, verdighet og uverdighet. Og konsekvensene fra omsorgspersons perspektiv med spørsmål om distansering og engasjement, trussel og hjelpemiddel. Forfatteren konkluderer at det er en redsel for umenneskelig omsorg fra pleierne. Det er viktig å diskutere potensialene med informasjon og kommunikasjon teknologi og balansen mot eksisterende frykt. Til slutt sier forfatteren at det bør bli mer fokus på en etisk diskusjon. Og at dette trenger å forskes videre på.

### **4.4 A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promoting among elderly spousal care in Norway**

Av: Torp, S., Hansson, E., Hauge, S., Ulstein, I. & Magnusson, L. (2008)

Dette Norske pilot studiet er en delt kvalitativ og kvantitativ studie som prøver å undersøke om bruken av informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT) hos uformelle omsorgspersoner for skrøpelige eldre mennesker som bor hjemme, ville gjøre dem i stand til å få mer kunnskap om kronisk sykdom, omsorg og mestring, etablere et uformelt støtte nettverk og reduserer stress og relaterte psykiske helseproblemer. Det deltok 19 par i studiet. Kriteriene for å delta i studiet var: å være nær pårørende med en person med diagnosen hjerneslag eller demens, som bodde i samme hus. Ønsket om å fortsette å ha omsorg for pårørende i hjemmet. Være ca. 60 år, og vært omsorgsperson i mindre enn to år. Norsk som sitt første språk og ikke være en kyndig IKT-bruker.

Først var det strukturerte intervjuer, etterfulgt av spørreskjema ved prosjektstart og etter 1 år, med temaene: kunnskap, sosial kontakt og støtte, stress og helse. I tillegg ble omsorgspersonene (pårørende til pasienten) intervjuet i fokusgrupper etter å ha deltatt i studien i ca. 6-8 måneder, ved bruk av semi strukturerte intervjuer, for å få mer dybde forståelse om samme temaene som ved spørreskjemaet. Loggdata av pleierens bruk av IKT ble óg samlet inn. Det ble og gjennomført intervjuer med fagfolk som deltok i prosjektet (en hjelpepleier og en sykepleier).

Hovedfokuset i denne studien er basert på data fra fokusgruppeintervjuene anvendt. Men for å utdype og validere funnene i intervjuene blir resultatene fra spørreskjemaene óg presentert. Studie viser at omsorgspersonene brukte relativ omfattende bruk av IKT-basert tjenester. IKT-opplæring ble ansett som tilstrekkelig. Studiet viser óg at omsorgspersoner utviklet sin kunnskap fra informasjonsprogrammer, andre omsorgspersoner og internett. Deltakerne i studiet viste at det var en positiv endring i hensyn til å ta kontakt med familie og venner, og andre i samme situasjon ved hjelp av bildetelefon og diskusjonsforum. Det var ikke noe tydelig økning i stress og psykiske helseproblemer. Det ble vist til flere positive sider ved kunnskap og sosialt nettverk. De fysiske belastningene var mindre på grunn av økt kunnskap. Positive faktorer var bedre humør og støttende venner. Flere deltakere rapporterte at studiet kunne være stressende for ektefeller med demens. En situasjon ble så stressende at paret sluttet i prosjektet etter ca. 1 år.

#### **4.5 Ethics of using assistiv technology in the care of community-dwelling elderly people: An overview of the litterature**

Av: Zwijsen, S. A., Niemeijer A. R. &Hertogh, C. M. P. M. (2011)

Denne Nederlandske studien er et systematisk litteraturoversikt over international litteratur som finnes på internettet som fokuserer på de generelle etiske utfordringer ved bruk av teknologiske hjelpemidler i hjemmet. Det var bare 46 studier som møtte kriteriene til forfatterene. Forfatterene drog fram 3 overordnede temaer fra studiene: Personlig bosituasjon, omverden og utformingen av teknologisk hjelp. Privatliv, autonomi, påtrengende, stigma, menneskekontakt, individualitet, økonomi og sikkerhet var hovedvekten på studiet. Studiet viser at eldre mennesker ønsker å leve hjemme så lenge som mulig, og er derfor villige til å gi avkall på blant annet autonomi og privatliv. Studiet viser at det må være en balanse mellom fordelene av en felles tilnærming og en individuell tilnærming og følelsen av stigmatisering som kan oppstå ved bruk av teknologiske hjelpemiddel. Forfatterne konkluderer med at etiske



debatter ikke har vært nok vektlagte i studiene, derimot har autonomi blitt mer fremhevet. Det kan være mer aktuelt å se på mennesker som sosiale, avhengige og gjensidige for å få et bedre lys over etikken i forhold til bruken av teknologiske hjelpemidler. For å forstå etikk og teknologiske hjelpemidler mener forfatterne at begrepene privatliv, autonomi, stigmatisering, menneskelig kontakt, individuell tilnærming og prisgunstighet må ses på hver for seg opp imot etikk for å få et bedre bilde.

## 5 DRØFTING

I denne delen vil jeg prøve å belyse problemstilling: *Hva er pasienters erfaring med teknologisk utstyr i eget hjem, og hvilke sykepleiefaglig og etiske utfordringer kan oppstå i møte mellom teknologi og omsorg.* Ved bruk av funnene i artiklene, teori og egen erfaring i møte med teknologi. I teorien var det brukt ord som ”Smarthusteknologi” og ”internettløsning” mens forskere bruker ulike uttrykk for disse typene teknologier. Zwijsen et al (2011) og Harrefors et al (2010) bruker ”Assistive technology”. Torp et al (2008) og Sävenstedt et al (2006) bruker ”Information and communication technology”, mens Greenhalgh et al (2013) bruker ”Telehealth and telecare”. For å gjøre drøftingen lettere kommer jeg å bevist bruke ordene *teknologi og teknologiske hjelpemiddel*, og eventuelt forklare typen teknologi dersom dette ses nødvendig. Det vil først bli fokusert på pasientens opplevelser i møte med teknologien, så omsorg som sosial relasjon, etterfulgt av sykepleierens opplevelser i møte med teknologi og til slutt sykepleierens faglige og etiske utfordring.

### 5.1 Pasientens opplevelse av bruken av teknologiske hjelpemidler i hjemmet

Harrefors et al (2010) sier at flere pasienter ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Flere pasienter trenger hjelp, og her kan teknologi komme inn i bilde. Teknologien er kommet for å være, og pasienter er klare over dette. Teknologien åpner muligheten for å bo lengre hjemme, enn uten teknologi (Sävenstedt et al 2006). Det er derfor naturlig å bli kjent med ulike teknologiske hjelpemidler, og lære å bruke disse når en blir syk og ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, som et alternativ for å flytte på sykehjem. (Harrefors et al, 2010). Hensikten med teknologiske hjelpemiddel er å forsterke og støtte under pasientens trygghet og sikkerhet. Den er utviklet for at pasienten skal få en lettere hverdag, med økt medbestemmelse, selvstendighet og bedre livskvalitet (Birkeland & Flovik, 2011, s. 187).

Det er viktig å lære om teknologiske hjelpemidler før en blir veldig syk. Det å bli introdusert til teknologiske hjelpemidler og ikke ha kontroll, ble beskrevet som å bli krenket og glemt av det offentlige helsevesenet. Dette ble sett på som en trussel til personlig integritet (Sävenstedt et al, 2006, Harrefors et al, 2010). Selv om flere eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig sier Sävenstedt et al (2006) at det var sikrere å bo på sykehjem, da deltakeren i studiet sa at de var redde for at noe kunne gå galt med teknologien. Det må derfor være mulig for pasienter å komme på institusjon dersom de ønsker dette, og det øker

trygghetsfølelsen deres. Torp et al (2008) viser at opplæring av bruken av teknologiske hjelpemidler, i form av informasjon og kommunikasjonsteknologi, slik som videotelefon, var tilstrekkelig nok til å forstå og kunne bruke de viktigste egenskapene til teknologien. For å bruke teknologiske hjelpemidler, krever det at pasienter og pårørende får nødvendig opplæring og veiledning fra sykepleiere som har kunnskaper om teknologiske hjelpemidler (Birkeland & Flovik, 2011, s. 189). Pasientene jeg møtte i min praksis i hjemmesykepleien opplevde at det ikke alltid var tilstrekkelig med opplæring i bruken av teknologiske hjelpemidler. De følte seg ikke alltid trygge i bruken av disse. For noen pasienter er det óg viktig at en person, helst partner, kunne være til støtte. Når en ikke har en støttende person uttrykte pasientene stor usikkerhet og redsel (Harrefor et al, 2010).

Det er ulike meninger om teknologiske hjelpemidler fra pasienten sin side. Greenhalgh et al (2013) sin studie viser til at pasienter både så på teknologi som sendt fra gud, men óg som en plage, da det var vanskelig å bruke. Harrefors et al (2010) sier at en positiv side ved teknologien er at man føler seg mer sikker i sitt eget hjem. Men med dette var det inneforstått at teknologien og omsorgen hadde samme kvalitet som på institusjoner. Ensomhet og isolering er et stort problem i hjemmesykepleien. Flere studier viser til ókt redsel ved bruk av teknologi, da pasientene kan føle seg mer ensom, isolert og få en følelse av å bli innelåst i sitt eget hjem, da hjemmesykepleien kan være det eneste besøket de får i løpet av en dag (Sävenstedt et al, 2006, Greenhalgen et al, 2013, Zwijsen et al, 2010). Zwijsen et al (2010) sier at en av de negative sidene til teknologiske hjelpemiddel er at de kan være påtrengende. Påtrengende ble forklart som det å være uønskede merknad/fremtredende.

Zwijsen et al (2010) sier at selv om assistert teknologi kan óke selvstendigheten og autonomien til eldre pasienter, er det flere som er redd for at det motsatte kan skje. Pasientene i studiet til Greenhalgen et al (2013) var opptatte av å gjøre ting og aktiviteter som gav dem en følelse av selvstendighet, noe teknologien kunne hjelpe dem med. Hjemmet blir assosiert med en arena som kan hjelpe til å opprettholde pasienters private sfære og uavhengighet (Birkeland & Flovi, 2011, s. 44). Noe jeg også så i min praksis i hjemmesykepleien. Pasientene som hadde omgivelseskontroller og trygghetsalarmer så på dette som et hjelpemiddel til å være mer selvstendige. Noen pasienter visste ikke helt hvordan omgivelseskontrollen skulle brukes, men de prøvde så godt de kunne. Andre visste akkurat hvordan den skulle brukes og hadde flere funksjoner lagret i den. En pasient så på omgivelseskontrollen som det mest ”hellige” i hjemmet, da pasienten kunne styre hva som skjedde i løpet av dagen, slik som hvem pasienten skulle sleppe inn, og om gardinene skulle

trekke for eller fra. Pasienten opplevde dette som selvstendighet, og var takknemlig for å slippe å være til bry for hjemmesykepleien.

## **5.2 Omsorg som sosial relasjon**

Harrefors et al (2010) sier at det er blitt vanskeligere og mer krevende å gi god omsorg til eldre pasienter som bor hjemme. Deltakerne i studiet innså at teknologi kunne gjøre arbeidet lettere for sykepleiere. En av deltakeren i studiet uttrykte at teknologi aldri møtte deg i et dårlig humør, og gjorde heller ikke forskjell på mennesker, slik at omsorgen ble lik for alle.

Assistert teknologi har flere positive sider, blant annet gir det nye muligheter for hvordan pasienten kommuniserer med sykepleieren. Det er raskere å ta kontakt med sykepleiere dersom det måtte skje noe, ved for eksempel hjelp av trygghetsalarm eller videotelefon (Harrefors et al, 2010, Zwijsen et al, 2010). Greenhalgen et al (2013) sitt studie viser derimot at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier via telefon kunne oppleves som upersonlig og distansert. Selv om slik kommunikasjon er en god løsning, er det tydelig at pasienter ikke ønsket at teknologien skal ta over det menneskelige forholdet som pasienter har med sykepleiere. Det er viktig for pasienter å høre menneskelige lyder og oppleve menneskelig kontakt, spesielt er dette med fysisk nærhet viktig for pasienter med kommunikasjonsvansker. (Harrefors et al, 2010, Sävenstedt et al, 2006).

Ensomhet og sosial isolasjon er et stort problem i hjemmesykepleien, men videokonferanse eller enkel smarttelefon kan hjelpe å reduserer dette problemet (Zwijsen et al. 2010, Sävenstedt et al. 2006). Sävenstedt et al (2006) sier at god omsorg blir knyttet opp mot ekte relasjoner og sosiale interaksjoner, men det er fare for at teknologisk kommunikasjon kan gjøre at den nærhet og intimitet en opplever når man har en ansikt til ansikt kommunikasjon vil bli erstattet med en form av overfladisk kommunikasjon.

Martinsen (1989, s.15) sier at mennesket er avhengig av hverandre for å utvikle oss og leve. Videre mener Martinsen (1989, s. 69) at omsorg er en sosial relasjon, der vi har solidaritet for andre. Solidaritet er forståelsen vi har for situasjonene til den som trenger omsorg. Dette gjøre vi ved å opparbeide praktisk erfaringer, slik at vi kan sette oss inn i den andres situasjon og gi bedre omsorg ut i fra pasientens behov (Martinsen, 1989, s. 71). Omsorg er altså en sosial relasjon, der vi med forståelse for pasientens situasjon kan gi best mulig omsorg. I min praksis i hjemmesykepleien opplevde jeg det at pasienter med teknologiske hjelpemidler følte seg mye mer trygge på utstyret og sin situasjon, dersom sykepleieren som gav omsorg hadde en relasjon til pasienten, og hadde sett seg inn i dens

situasjon. Alvsvåg (2010, s. 419-420) bygger under på dette og sier at opplevelsen av omsorg kommer frem i hvordan vi utfører en handling. Handlingene kan være blant annet informasjon og kommunikasjon. Relasjonen vi har til pasientene gjør oss i bedre stand til å utføre handlinger på en god og omsorgsfull måte.

Deltakerne i Grennhalg et al (2013) sitt studie mener at en relasjon til pårørende og venner er veldig viktig. Assistert teknologi gir nye muligheter for brukere å kommunisere med venner og pårørende på (Torps et al, 2013), selv om det er en fare for at teknologien kan ødelegge forholdet mellom pasienten og partner (Harrefors et al, 2010). Selv om jeg ikke har møtt pasienter som har brukt informasjon og kommunikasjonsteknologi, i form av videotelefon, var flere av pasientene takknemlige for bricolage. Greenhalg et al (2013) sier at bricolage er teknologiske hjelpemidler som er lett tilgjengelige, for eksempel mobiltelefoner og smarttelefoner som er lette å handtere. Pasientene brukte hyppig telefon for å kommunisere både med hjemmesykepleien og opprettholde forhold de hadde med venner som ikke fysisk hadde mulighet å komme på besøk, der pasienten heller ikke fysisk hadde mulighet å gå på besøk.

### **5.3 Sykepleierens opplevelse av teknologiske hjelpemiddel**

Sävenstedt et al (2006) sier at teknologiske hjelpemidler kan være hjelpsomt på ulike måter, men det gir óg personalet en følelse av trussel, denne trusselen kommer av økonomiske grunner, der sykepleieren er redd for at antall ansatte blir redusert. Siden teknologisk bruk er nytt, både på arbeidsplassen og privat, er ikke eldre sykepleiere vant med å bruke teknologi. På grunn av usikkerheten rundt teknologien ønsket ikke eldre sykepleiere å delta med å utvikle teknologiske hjelpemidler. Birkeland & Flovik (2011, s. 188-189) sier at det er viktig at sykepleiere og annet helsepersonell i lag med pasienten hjelper til med utviklingen av teknologiske hjelpemidler, ved å samarbeide med ingeniører som lager de teknologiske hjelpemidlene slik at teknologien får best resultat. For at dette skal fungere må sykepleieren ha opparbeidet seg kunnskap om teknologiske hjelpemidler, enten gjennom utdanningen sin, eller ved å ta kurs. Sävenstedt et al (2006) sier at selv om helsepersonellet ikke ønsker å ta i bruk teknologiske hjelpemidler, er det ledelsen som må ta stilling til om det skal brukes, i henhold til om det er det beste for den eldre pasienten, men problemet ligger i at det ofte er vanskelig å finne ut hva som er best for brukeren. Teknologiske hjelpemiddel er ikke bare oppfunnet for å gi pasienten en tryggere, lettere og mer selvstendig hverdag, men óg for å gi tjenesten en mulighet til å effektiviserer, forbedre og forenkle, samt å gjøre arbeidssituasjonen

til sykepleieren lettere (Birkeland & Flovik, 2011, s. 187). Sävenstedt et al (2006) sier at i noen tilfeller kan teknologiske hjelpemiddel øke tryggheten til de ansatte, dette kan være f.x fjernovervåking på en nattevakt, der det er lite bemanning.

Det er viktig at personen som kontrollerer den eldre personen via teknologiske utstyr har en form for relasjon til pasienten, og kan sette seg inn i situasjonen og forstå problemene til pasienten. Det kan ikke være hvem som helst, for da forandrer det seg fra støtte til overvåking (Sävenstedt et al, 2006). Martinsen (1989, s.16) sier at omsorg bygger seg på gjensidighet som blir best ut i fra pasientens situasjon, der det kreves at sykepleieren har en situasjonsforståelse. Dette er for å skape en balanse mellom hva pasienten klarer selv og hva han trenger hjelp til. Det er viktig at sykepleieren har respekt for pasientens selvbestemmelse. Gjensidighet og situasjonsforståelse oppnås best dersom det er en relasjon mellom sykepleier og pasienten en har omsorgen for.

Sävenstedt et al (2006) sier at det er bruk for høyt motiverte medarbeidere for å være nær og omsorgsfull med en eldre person som har omsorgsbehov som ikke alltid er så lett å tolke. Martinsen (1989, s. 69) sier at omsorg handler om hvordan vi viser omtanke for andre. Det kan være lettere å velge fjernovervåking istedenfor personlig kontakt. Pleiere kan velge å ta avstand fra pasienten og velge den enkleste løsningen. I min praksis opplevde jeg at sykepleiere valgte å ta et telefonsyn istedenfor å gå hjem til pasienten på et vanlig tilsyn, og vise pasienten omsorg ved å være fysisk tilstede og ha en samtale med pasienten.

#### **5.4 Ethiske dilemmaer ved bruk av teknologi**

Bruken av teknologiske hjelpemiddel gir flere etiske utfordringer i hjemmesykepleien. Sävenstedt et al (2006) sier at det er en tynn linje mellom verdighet og uverdighet ved bruk av teknologiske hjelpemidler i hjemmet. Pasienter er ofte redd for at bruken av teknologiske hjelpemidler gjør at de ikke blir sett på som en individuell person med ulike omsorgsbehov (Harrefors et al, 2010). Sävenstedt et al (2006) sier at det er viktig at en bare bruker teknologiske utstyr når en tror det kan være til nytte for brukerne.

Det er usikkert om teknologi gir en menneskelig eller umenneskelig omsorg. På den ene siden er en redd for at teknologien vil utvikle seg til en umenneskelig omsorg til eldre mennesker, der hovedfokuset går på effektivisering og bruk av fjernkontroll/fjernovervåking. Men på den andre siden kan en se på det som en mulighet til å utvikle en økt velvære og assistere den individuelle eldre personen og hans omsorgsbehov, slik at pasienten opplever økt selvstendighet, mindre avhengighet og økt sikkerhet (Sävenstedt et al, 2006). Dette kan

oppleves som et etisk dilemma. Brinchmann (2008, s.16-17) sier at etikk handler om våre holdninger og verdier. Et etisk dilemma kan oppstå når en må velge mellom de ulike verdier og holdninger en har, der en helst ville ha alle alternativene (Slettebø, 2008, s. 43).

Teknologien åpner for etiske dilemmaer på grunn av at våre verdier blir satt på spill. En ønsker at pasienten skal få økt selvstendighet og sikkerhet, men en ønsker óg at pasienten skal bli sett på som et eget individ.

Det skal ikke mye til for å gå fra fjernkontroll til fjerovervåkning når en bistår eldre mennesker i henhold til deres omsorgsbehov (Sävenstedt et al, 2006). Zwijsen et al (2010) støtter under dette, og sier at både de som gir omsorg og de som får omsorg er redde for at teknologien kan gå utover pasientens private sfære. Da bruken av fjernovervåking stjeler all følelse av privatliv. En vet ikke alltid hvilken informasjon som blir delt, og til hvem den blir det med. dette er spesielt et etisk dilemma dersom pasienten ikke selv kan bestemme når fjernovervåking skal slås på. (Zwijsen et al, 2010, Harrefors et al, 2010). Zwijsen et al (2010) sier at det ikke er kommet en protokoll for hvordan man lagrer informasjon som blir delt, men at det bare er den informasjonen opp mot når en alarm blir utløst som blir delt. Selv om sykepleiere er usikre om bruken av overvåkningsteknologi og dens effekt på privatlivet til pasienten mener Zwijsen et al (2010) at pasientene ikke har et problem med dette. De så på teknologien som et vennlig øye som passet på dem. Noen pasienter mener at privatlivet i den moderne verden allerede er krenket og at overvåking ikke gjør noen videre skade. De fleste pasientene mener at behovet for teknologiske hjelpemidler overkjører redselen for å miste privatlivet. Så lenge det er en hensiktsmessig balanse mellom behov for omsorg ved hjelp av teknologiske hjelpemiddel og privatliv føler de ikke at privatlivet blir krenket. Selv om en ser på teknologien som inngripende på pasientens privatliv eller ikke, er det viktig at en tar vare på hver enkeltes omsorgsbehov. Teknologien skal ikke være en dårlig erstatning for den nødvendige og viktige menneskelige omsorgen, nærheten og helsehjelpen pasienten har rett og behov for. (Teknologirådet, 2009, s 29, Birkeland & Flovik, 2011, s. 190). Harrefors et al (2010) understreker at omsorgen man gir til eldre, med eller uten teknologiske hjelpemidler, må bygges på respekt til pasienten.

Hovedfunnene i studiet til Harrefor et al (2010) viser en blandet følelse av fordel eller trussel ved bruk av teknologiske hjelpemiddel, dette varierer etter hvilket omsorgsbehov pasienten har. Fordel ble knyttet opp imot følelser slik som håp og tillit, mens trussel var koblet opp i mot følelsen av å miste kontroll og mangle tillit. Alvsvåg (2010, s. 419-420) sier at god omsorg bygge seg på at en har rett forståelse av situasjonen en er oppi og kan gi en god vurdering av hvilke mål som ligger i omsorgssituasjonen (Alvsvåg, 2010, s. 419-420). Denne

tankegangen kommer fra Martinsen (1989, s. 71) som sier at omsorg er moralsk, der vi som sykepleiere gir omsorg til en pasient uten å forvente noe tilbake. Dette gjør vi ved å ha en relasjon til pasienten, og kunne sette oss inn i hans situasjon, slik at vi verken undervurdere eller overvurderer pasientens egen evne til å være selvstendig. Dersom en hjelper pasienten for mye, tar en vekk selvstendigheten til pasienten, og omsorgen blir sett på som uekte. Det samme gjelder om en er likegyldig til pasienten en gir omsorg til. Omsorgsetikken har nærhet, barmhjertighet og omsorg som viktige verdier, men relasjonen er i hovedfokus (Bordtkorb, 2011, s. 310).

Det er viktig at teknologien ikke tar over for sykepleierens egne holdninger og vurderinger. Som sykepleier har en et ansvar for sine handlinger hvor det ligger en etisk vurdering til grunne (Dale et al, 201, s. 195). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at en må se pasienter som enkelte individer, og at det skal være et samspill mellom sikkerhet, verdighet og rettigheter når en har med teknologi og andre mennesker å gjøre. Sykepleieren tenke på hva som er det beste for pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8, 9, 26). Der en velger beste alternativ ut i frå pasientens omsorgsbehov.



## 6 OPPSUMERING

Forskning viser at antall eldre kommer til å øke kraftig de neste årene framover, samtidig vil antall helsepersonell reduseres. Flere eldre ønsker å bo så lenge som mulig i eget hjem. For å få dette til er teknologiske hjelpemidler tatt mer i bruk. Pasienter har ulike meninger om bruken av teknologi, noen ser på det som et godt og viktig redskap som øker selvstendighet og sikkerhet, mens andre opplever at teknologiske hjelpemidler er vanskelige å bruke og at det fører til at den personlige sfæren blir brutt ned. Ensomhet og sosial isolasjon er en stor utfordring i hjemmesykepleien, noe teknologiske hjelpemidler kan gjøre noe med. Noen pasienter mener at teknologiske hjelpemidler i form av kommunikasjonsteknologi er en god løsning, men kan føre til redusert antall besøk fra hjemmesykepleie. Det er da uvisst om dette fører med seg økt ensomhet og isolasjon, da hjemmesykepleien kan være eneste besøket pasienten får på flere dager, eller om det vil gjøre at pasienten får en bedre hverdag, som gjør det lettere å ta kontakt med hjemmesykepleien, familie og venner. Teknologiske hjelpemidler kan være til stor hjelp i praksis. Men flere sykepleiere er redde for at dette kan være vanskelig å håndtere, og redusere antall helsepersonell. Teknologiske hjelpemidler åpner altså for flere etiske dilemmaer for sykepleiere, der verdiene og holdningene våre kommer i konflikt. For å møte morgendagens eldre pasienter, må sykepleiere være etisk reflekterte, kunnskapsrike, motiverte, sette pasienten i sentrum og behandle pasienten med respekt. Teknologiske hjelpemidler skal ikke komme som en erstatning for menneskelig omsorg, men som et supplement.

## REFERANSELISTE

- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstekning. I U. Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2*. (3. Utg. s. 417 - 450). Oslo: Akribe.
- Brinchmann, B. S. (2011). Innledning. I B. S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleien* (2. Utg. S. 15 – 21). Oslo: Gyldendal akademisk)
- Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.). *Grunnledende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4. Utg. S. 306-326). Oslo: Akribe.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Dale, B., Dale, J. G., Fensli, M. M. F. & Fensli, R. (2010). Omsorg og teknologi: i dag og i morgen. I A. J. W. Andersen, I. B. Larsen & O. Söderhamn (red.). *Utdanning til omsorg: i fortid, nåtid og framtid*. Oslo: Gyldendal akademisk,
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *At göra systematiska litteraturstudier* (3 utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. IH. Alvsvåg & E. Gjengedal (Red.). *Omsorgstekning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 37 – 55). Bergen: Fagbokforlaget.
- Harrefors, C., Axelsson, K. & Sävenstedt, S. (2010). Using assistive technology services at differing levels of care: healthy older couples' perceptions. *Journal of advanced nursing* 66(7), 1523-1532. Doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05335.x hentet den 11. Januar 2014 fra:  
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9d4ef986-f065-4b02-a956-cd29be2277f5%40sessionmgr4002&vid=15&hid=4114>
- Høgskolen Stord/Haugesund (2013, 6. Desember). *Sjukepleiarar får tekno-lab*. Hentet 7. Januar 2013 fra: <http://www.hsh.no/nyheter/index.php?arkiv=2013120000002372>
- Karppi, M., Tuominen, H., Eskelinen, A., Fischer, R. S, & Rasu, A. (Red.). (2013). *Active Ageing Online*. Finland: Turku University of Applied Sciences.

- Kunnskapsenteret (15. Mai 2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 03. Februar 2014 fra : <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>
- [Laberg, T., Aspelund, H. & Thygesen, H. \(2004\). \*Smarthusteknologi – planlegging og drift i kommunale tjenester\*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet. Hentet den 04. Februar 2014 fra:](#)  
[http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Deltasenteret/Publikasjoner/IS-1216\\_Smarthusteknologi\\_planlegging\\_og\\_drift\\_i\\_kommunale\\_tjenester.pdf](http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Deltasenteret/Publikasjoner/IS-1216_Smarthusteknologi_planlegging_og_drift_i_kommunale_tjenester.pdf)
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk filosofisk essay*. Oslo: Tano. Hentet fra:  
<http://www.nb.no/nbsok/nb/ea5b177b40ba878b9f09bb5a591feb03?index=1#7>
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleieforbund. Hentet den 12 februar 2014 fra:  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Slettebø, Å (2008). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (red). *Etikk i sykepleie* (2 utg., s. 42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stefan, S., Sandman, P. O. & Zingmark, K. (2006). The duality in using information and communication technology in elder care. *Journal of advanced nursing* 56 (1), 17-25. Doi: 10.1111/j.1365-3648.2006.03975.x hentet den 06. Februar 2014 fra:  
<http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fdb4dcfa-af89-42a6-bbcd-ff97750d396a%40sessionmgr112&vid=68&hid=119>
- [Teknologirådet \(2009\). \*Fremtidens alderdom og ny teknologi\* \(Teknologirådet rapport nr. 01, 2009\). Oslo. Hentet den 04. Februar 2014 fra: <http://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/16/2013/08/Rapport-Fremtidens-alderdom-og-ny-teknologi.pdf>](#)
- [Torp, S., Hanson, E., Hauge, S., Ulstein, I. & Magnusson, L. \(2008\). A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. \*Health and Social Care in the Community\* 16\(1\), 75-85. Doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00725.x. Hentet den 12. Februar 2014 fra: <http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=05aa9a4c-a154-49ac-9c57-c0b23b0bc978%40sessionmgr112&vid=18&hid=119>](#)
- Vetlesen, A. J. (2001). Omsorg – Mellom avhengighet og autonomi. I K. W. Ruyther, A. J. Vetlesen (red.) *Omsorgens tvetydighet* (s. 41-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Zwijzen, S. A., Niemeijer, A. R. & Hertogh, C. M. P. M. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the

litterature. *Aging & Mental Health* 15(4), 419-427. Hentet den 10. Januar 2014 fra:

[http://ezproxy.hsh.no:2078/pdf25\\_26/pdf/2011/57E/01May11/60040913.pdf?T=P&P=AN&K=2011031042&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep684yNfsOLCmr0yep7FSrky4SreWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA](http://ezproxy.hsh.no:2078/pdf25_26/pdf/2011/57E/01May11/60040913.pdf?T=P&P=AN&K=2011031042&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep684yNfsOLCmr0yep7FSrky4SreWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA)

## VEDLEGG 1 - RESULTATTABELL OVER ALLE ARTIKLENE

Forfatter, Artikkel & Tidsskrift	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p><b>Torps, S., Hansson, E., Hauge, S., Ulstein, I &amp; Magnusson, L. (2008).</b></p> <p><i>A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway</i></p> <p><b>Health and Social Care in the Community</b></p>	<p>Målet med dette Norsk pilot intervensjonsstudie var å undersøke om bruken av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) ved uformelle omsorgspersoner for skrøpelige eldre mennesker som bor hjemme ville gjøre dem i stand til å få mer kunnskap om kronisk sykdom, omsorg og mestring, etablere en uformell støtte nettverk og redusere stress og relaterte psykiske helseproblemer.</p>	<p>En multi metode evaluering modell ble brukt for å samle både kvantitativ og kvalitativ data. I første omgang var det strukturerte individuelle intervjuer, etterfulgt av selv administrerende spørreskjema ved prosjektstart og etter 1 år (tema: kunnskap, sosial kontakt og støtte, stress og helse). I tillegg ble omsorgspersoner (påførende) intervjuet i fokusgrupper etter å ha deltatt i studie i ca. 6-8</p>	<p>19 par deltok i studiet. Kriteriene for å delta i studie: være nær påførende med en person med diagnosen hjerneslag eller demens og bo i samme hus Ønske å fortsette å ha omsorg for påførende i hjemmet. Være ca. 60 år og vært omsorgsperson for mindre enn to år. Hadde norsk som sitt første språk. Ikke kyndig IKT- Bruker.</p>	<p>I denne studien er hovedfokuset fra omsorgspersoner (påførende) fokusgruppeintervju data anvendt. Men for å utdypa og validere funnene i intervjuene blir resultatene fra spørreskjemaene og presentert. Studie viser at omsorgspersoner brukte relativt omfattende bruk av IKT basert tjenester. IKT opplæring ble ansett som tilstrekkelig. Studie viser og at omsorgspersoner utviklet sin kunnskap fra</p>

		<p>måneder (det var brukt semi strukturert intervju retningslinjer, for å få mer dybde informasjon om samme temaer som var på spørreskjema: kunnskap, sosial kontakt og støtte, og til slutt, stress og helse). Loggdata av pleierens bruk av IKT ble samlet inn, og intervjuer ble gjennomført med fagfolk som deltok i prosjektet (en hjelpepleier og en sykepleier).</p>		<p>informasjonsprogrammer, andre omsorgspersoner og internett. Deltakerne i studie viste at det var en positiv endring i hensyn til å ta kontakt med familie og venner, og andre i samme situasjon ved hjelp av bildetelefon og diskusjonsforum . Det var ikke noe tydelig økning i stress og psykiske helseproblemer. Det ble vist til flere positive sider ved kunnskap og sosialt nettverk. De fysiske belastningene var mindre grunn av økt kunnskap.</p>
--	--	---	--	---

				Positive faktorer var bedre humøret og støttende venner. Flere deltakere rapporterte at studie kunne være stressende for ektefeller med demens. En situasjon ble så stressende at paret sluttet i prosjektet etter ca. 1 år.
<p><b>Harrefors, C. Axelsson, K. &amp; Sävenstedt, S. (2010).</b></p> <p><i>Using assistive technology services at differing levels of care: Healthy older couples' perceptions.</i></p> <p><b>Journal of Advanced Nursing.</b></p>	<p>Målet med dette studie var å beskrive hvilken mening friske par har om bruk av assistert teknologi</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Det ble forklart muntlig og skriftlig ulike scenarios før intervjuet fortsatt, som var individuelt, med åpne spørsmål. Det ble brukt lydopptaker.</p>	<p>Det deltok 24 personer (12 par) fra 3 ulike områder. Kriteriene var at det skulle være friske par som hadde bodd sammen de siste 5 årene, over 70 år, uten arbeid og ikke mottok profesjonell hjelp.</p>	<p>Studie viste at det var 3 hoved tema (10 underkategorier) utformede et tema som gikk på fordel/trussel ved bruk av teknologi, avhengig av omsorgsbehov. De 3 temaene var: assistert teknologi gir en mulighet, vanskelig å forutse konsekvensene</p>

				ved bruk av assistert teknologi og til slutt frykten for assistert teknologi når man er fullt avhengig av hjelp.
<p><b>Zwijsen, S. A. Niemeijer, A. R &amp; Hertogh, C. M. P. M. (2011)</b></p> <p><i>Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature.</i></p> <p><b>Aging &amp; Mental Health.</b></p>	<p>Målet med dette studie er å gi en oversikt over den Internasjonale litteratur som omhandler viktige etiske vurderinger når en bruker assistert teknologi.</p>	<p>Dette studie er en oversiktsartikkel . Der det ble søkt på ulike databaser slik som: CINAHL, PubMed, Embase, PsycINFO, Cocrane.</p>	<p>Det ble 46 artikler ble valgt ut med fokusert på bruk av assistert teknologi til eldre inkludert eldre med demens sykdom. Det ble ikke spesifisert type teknologi, og det ble heller ikke spesifisert type demens sykdom.</p>	<p>Forfattere drog fram 3 overordnede temaer fra studiene: Personlig bosituasjon, omverden og utformingen av teknologiske hjelp. Underkategorien e omhandler: privatliv, autonomi, påtrengende, stigma, menneskekontakt, individualitet, økonomi og sikkerhet var hovedvekten på studie. Forfatteren</p>



				konkluderer med at underkategoriene må forskes videre på individuelt opp imot etikk for å få et bedre bilde.
<p><b>Greenhalgh, T. Wherton, J. Sugarhood, P. Hinder, P., Procter, R. &amp; Stones, R. (2013).</b></p> <p><i>What matters to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare</i></p> <p><b>Social Sciences &amp; Medicin.</b></p>	<p>Hensikten med studie er å vise hva som betyr noe for mennesker med omsorgsbehov, hvordan sykdom påvirker bruken av teknologi,</p>	<p>Bruk av etnografiske metoder ble det dannet et bilde av bruken, og ikke bruken av teknologiske hjelpemidler. Dataen ble vurdert fenomenologisk. Det ble bruk semi-strukturerte intervjuer, pasientene fikk og utlevert digital kamera og scrappebok som de kunne bruke frivillig og uttrykke seg slik de ville. Forskerne fikk visning av hjemmet, hvor</p>	<p>40 mennesker fra London og Manchester (som er preget av etniske og sosiøkonomsike mangfold med en overvekt av fattigdom og nød) mellom 60-98 år deltok i studie.</p>	<p>Hovedfunnene bygger på deltakernes egne ord. Samt en kombinasjon av objektive medisinske diagnoser og subjektive utfordringer basert på daglige oppgaver. Ut i fra intervjuene kom det fram 4 temaer: Hva som betydde noe for mennesker som har omsorgsbolige behov, materiell karakter og kapasitet, virkelige hendelser ved å</p>

		de tok notat som ble brukt i studie.		bruke eller velge å ikke bruke teknologiske hjelpemidler, og til slutt, bricolage og rollen av bricoleur (bricolage betyr å bruke ting som er tilgjengelige, i dette studie gjelder det teknologi slik som ipad, tv, mobiltelefoner og apper. Bricoleur blir brukt om folk som bruker bricolage).
<b>Sävenstedt, S., Sandman, P. O. &amp; Zingmark, K. (2006).</b>  <i>The duality in using information and communication technology in elder care.</i>	Hensikten med studie er å illustrere verdier og meninger fra helsepersonell for eldre om bruken av informasjon- og kommunikasjon s teknologiske hjelpemidler.	Bruk av intervju for å få en kvalitativ mening om temaet. Det ble vist en film/presentasjon på 5 minutter, og deretter stilt spørsmål. Det ble lydopptaker, hvor materialet	10 helsepersonell, i nord Sverige som jobbet i hjemmesykepleien eller i sykehjem ble intervjuet. 2 registrerte sykepleiere, 3 ledere av hjemmesykeplei	Funnen har vist at informasjon og kommunikasjon s teknologiske hjelpemidler stiller spørsmål med menneskelig eller umenneskelig omsorg. Det ble

<p><b>Issues and Innovation in Nursing Practice.</b></p>		<p>deretter ble transkribert og lest.</p>	<p>en eller sykehjem og 5 innmeldte sykepleiere. Det var 2 menn og 8 kvinner, i en alder fra 27- 62 år, som hadde arbeidet innen pleie imellom 3-26 år.</p>	<p>delt inn i 2 hovedkategorier og 5 underkategorier. Hovedkategoriene gikk på konsekvensene fra et omsorgsperspektiv med spørsmål om overfladisk og ekte omsorg, fangenskap og frihet, verdighet og uverdighet. Og konsekvensene fra omsorgspersonens perspektiv med spørsmål om distansering og engasjement, trussel og hjelpemiddel</p>
--	--	---	---	--

## VEDLEGG 2 - SJEKKLISTE OVERSIKTSARTIKKEL:

”Ethics of using assistive technology in the care for community dwelling elderly people:  
An overview of the literature”

1. Er formålet med oversikten klart formulert	<u>JA</u> UKLART NEI
2. er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene?	<u>JA</u> UKLART NEI
3. Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?	<u>JA</u> UKLART NEI
4. Er risiko for bias (systematisk feil) på de inkluderte studiene vurdert?	<u>JA</u> UKLART NEI
5. Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte?	<u>JA</u> UKLART NEI?
6. Hva forteller resultatene?	Kommentar: Resultatet av alle 46 inkluderte artiklene førte til 3 hovedtemaer og 8 underkategorier. Hovedkategoriene går på personlig bosituasjon, omverden og utformingen av teknologiske hjelp.
7. Hvor presise er resultatene?	Kommentar: Resultatet virker presist. Forfatterne har brukt tabell slik at det er lett å sjå hvilken artikkel hver av hovedkategorien og underkategoriene kommer fra

### VEDLEGG 3 - SJEKKLISTE KVALITATIV STUDIE:

”What matters to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare\*”

<b>1. Er formålet med studie tydelig?</b>	<b><u>JA</u></b> UKLART NEI
<b>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b><u>JA</u></b> UKLART NEI
<b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b>	Kommentar: Det var 40 deltakere i studie som var fra to områder (London og Manchester) som er preget av etniske og sosioøkonomiske mangfold med en overvekt av fattigdom og nød.
<b>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</b>	Kommentar: Datainnsamlingen bygget seg på en etnografisk metode, samt vurdert fenomenologisk. Det ble bruk semi-strukturerte intervjuer, pasientene fikk og utlevert digital kamera og scrappebok som de kunne bruke frivillig og uttrykke seg slik de ville. Forskeren fikk visning av hjemmet, hvor de tok notat som ble brukt i studie.
<b>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b>	Kommentar: Datainnsamlingen foregikk i pasientens egen hjem.
<b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b>	Kommentar: Det kom klart frem hvordan analysen ble gjennomført. Dette skjedde via standardiserte retningslinjer for studie.
<b>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge</b>	Kommentar:

<b>data (funnene) ?</b>	
<b>8. Er etiske forhold vurdert?</b>	<p>Kommentar:</p> <p>Det kommer ikke tydelig fram om studie har gått igjennom en etisk komité. Men det blir allikevel nevnt i en setning i studie. Studie ble forklart for deltakeren.</p>
<b>9. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b>	<p>Kommentar:</p> <p>Hovedfunnene bygger på deltakernes egne ord. Samt en kombinasjon av objektive medisinske diagnoser og subjektive utfordringer basert på daglige oppgaver.</p> <p>Ut i fra intervjuene kom det fram 4 temaer: Hva som betydde noe for mennesker som har omsorgsbolige behov, materiell karater og kapasitet, virkelige hendelser ved å bruke eller velge å ikke bruke teknologiske hjelpemidler, og til slutt, bricolage og rollen av bricoleur</p>

## VEDLEGG 4 KVALITATIV STUDIE:

”The duality in using information and communication technology in elder care”

<b>1. Er formålet med studie tydelig?</b>	<b><u>JA</u></b> UKLART NEI
<b>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b><u>JA</u></b> UKLART NEI
<b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b>	Kommentar: Det deltok 10 sykepleiere fra enten sykehjem eller hjemmesykepleien. Målet var å få ulike syn fram, ved at deltakeren i studie hadde ulik lengde erfaring. Alle hadde brukt generell IKT teknologi, men ingen hadde brukt IKT teknologi som var spesiell designet til elder personer.
<b>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</b>	Kommentar: Bruk av intervjuer for å få en kvalitativ mening om temaet. Det ble vist en film/presentasjon på 5 minutter, og deretter stilt spørsmål. Det ble lydopptaker.
<b>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b>	Kommentar: Intervjuene ble gjort i Sverige.
<b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b>	Kommentar: Lydopptakene fra intervjuene ble lyttet til og deretter transkribert og lest og diskutert flere ganger. Oversatt til engelsk og deretter sammenliknede med original intervjuene av alle forfatterne.
<b>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene) ?</b>	Kommentar:
<b>8. Er etiske forhold vurdert?</b>	Kommentar: Studie vart godkjent av ”Ethics Research

	Committee of the Medical Faculty of Umeå University Sweden”. Deltakerne gav informert samtykke og ble lovet konfidensialitet.
<b>9. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b>	Kommentar: Funnen har vist at informasjon og kommunikasjons teknologiske hjelpemidler stiller spørsmål med menneskelig eller umenneskelig omsorg.



## VEDLEGG 5 - SJEKKLISTE KVALITATIV STUDIE:

”Using assistive technology services at different levels of care: healthy older couples’ perceptions”

<b>1. Er formålet med studie tydelig?</b>	<b><u>JA</u></b> UKLART NEI
<b>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b><u>JA</u></b> UKLART NEI
<b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b>	Kommentar: Deltakerne ble informerte om studie via en pensjonistordning. Det deltok 24 personer (12 par) fra 3 ulike områder. Kriteriene var at det skulle være friske par som hadde bodd sammen de siste 5 årene, over 70 år, uten arbeid og ikke mottok profesjonell hjelp.
<b>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</b>	Kommentar: Det ble forklart muntlig og skriftlig ulike scenarios før intervjuet begynte. Intervjuene var individuelle, med åpne spørsmål.
<b>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b>	Kommentar: Intervjuene tok sted i brukerens sitt hjem.
<b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b>	Kommentar: Intervjuene ble tatt opp på og transkribert. Etterfulgt av at de ble leste flere ganger igjennom. For å finne hovedfunn. Rigour i studien ble etablert av nøye planlegging og gjennomføring av alle trinnene i studien
<b>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene) ?</b>	Kommentar:
<b>8. Er etiske forhold vurdert?</b>	Kommentar: Studie var godkjent av en etisk komité.

**9. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?**

Kommentar:

Studie viste at det var 3 hoved tema (10 underkategorier) utformede et tema som gikk på fordel/trussel ved bruk av teknologi, avhengig av omsorgsbehov. De 3 temaene var: assistert teknologi gir en mulighet, vanskelig å forutse konsekvensene ved bruk av assistert teknologi og til slutt frykten for assistert teknologi når man er fult avhengig av hjelp.

## VEDLEGG 6 - SJEKKLISTE KVALITATIV STUDIE:

**”A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway”**

<b>1. Er formålet med studie tydelig?</b>	<b><u>JA</u> UKLART NEI</b>
<b>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b><u>JA</u> UKLART NEI</b>
<b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b>	Kommentar: Kriteriene for å være deltakerne var nære pårørende, hadde vært omsorgspersoner i mer enn 2 år og ønsket å forsetta å være omsorgsperson, eldre enn 60 år, nybegynnere på datamaskin og hadde norsk som første språk. 19 eldre pårørende deltok i studie som foregikk på to ulike steder i Norge.
<b>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</b>	Kommentar: Det ble brukt både en kvantitativ og kvalitativ metode for å få frem data. Først individuelle intervjuer, så spørreskjema ved start og etter 1 år. Etterfulgt av intervjuer i fokusgrupper. Loggdata fra IKT bruken fra pleierne ble og brukt.
<b>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b>	Kommentar: Spørreundersøkelsen foregikk hjemme. Intervjuene foregikk på en rehabiliteringsenhet, som deltakerne kjente godt.
<b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b>	Kommentar: Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Etterfulgt av at de ble leste flere ganger igjennom, sammen med observasjoner og refleksjonsnotat rett etter intervjuene.

	<p>Intervjuene ble lest gjennom flere ganger. Deltakerne fikk en oppsummering av analysen slik at de kunne komme med kommentarer.</p>
<p><b>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene) ?</b></p>	<p>Kommentar:</p>
<p><b>8. Er etiske forhold vurdert?</b></p>	<p>Kommentar:</p> <p>Studie er godkjent av ”The reaserch committee for medical research ethics” i sør Norge, og ”the norwegian data inspectorate”.</p>
<p><b>9. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p>	<p>Kommentar:</p> <p>Selv om studie er en delt kvantitativ og kvalitativ kom hovedvekten av funnene fra dataen fra fokusgruppeintervjuene. Som ble validerte og utdypet ved bruk av resultatene fra spørreundersøkelsen. Hovedfunnene viser at den fysiske og psykiske belastningen pårørende kjenner på var minsket på grunn av økt kunnskap, som ble tilegnet seg via informasjonsprogrammer, andre omsorgspersoner og internett. det var tilstrekkelig med opplæring av bruken av teknologiske hjelpemiddel. Videotelefoner gjorde kontakten med familie og andre i samme situasjon mye lettere.</p>

## VEDLEGG 7 – BEKREFTELSE

### BEKREFTELSE

Jeg gir med dette samtykke til at Bacheloroppgaven min kan publiseres på Internet gjennom biblioteket sitt elektroniske system (Bibsys) – merket med mitt navn.

*Publisering er aktuelt for oppgaver med karakteren A eller B, samt unntaksvis for oppgaver der veileder/sensor måtte mene at tema/innhold er såpass spesielt at oppgaven bør offentligjøres selv om ikke karakterkravet oppfylles.*

Tittel på oppgaven:

Om sorg i forandring - ved hjelp av teknologi

Navn:

Gloria Hansen

Kandidat. nr.

29

År/Termin:

2014

Kull: 2011

Dato: 20/2-14

Signatur: Gloria Hansen