

Kandidatnummer: 5169

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan sykepleier kan skape følelse av trygghet hos hjemmeboende eldre som anvender velferdsteknologi- sykepleierens perspektiv



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger 5/4/2022]



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Framtidens utfordringer i helse og omsorgstjenesten er eldrebølgen, mangel på helsepersonell og demografiske utfordringer. Mange hjemmeboende eldre føler seg ensomme og utrygge og føler seg at de får for lite hjelp. Samtidig øker stadig antallet mottakere av hjemmesykepleie. Velferdsteknologi kan gi nye muligheter til selvstendighet og trygghet slik at eldre kan klare seg på egenhånd i dagliglivet. Jeg ønsker derfor å undersøke hvordan sykepleiere kan skape trygghet hos hjemmeboende eldre som bruker velferdsteknologien.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å forklare hvordan sykepleier kan skape følelse av trygghet hos hjemmeboende eldre som anvender velferdsteknologi-Sykepleierens perspektiv.

Metode

Metoden benyttet i oppgaven er en integrativ litteraturoversikt hvor fem forskningsartikler ble analysert. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant bakgrunns litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget i oppgaven.

Resultater

For å skape trygghet ved bruke av velferdsteknologi til hjemmeboende eldre er det viktig at sykepleieren skal også yter omsorgen i tradisjonelt møter. Dette innebærer blant annet å ha en god relasjon til pasienten, god kartlegging av pasientens behov og ressurser, tett oppfølging av pasienter og pasientopplæring knyttet til velferdsteknologi. Teknologien skal også bidra til å forebygge skade og forverring av sykdommer. Eldre hjemmeboende opplever trygghet hvis teknologien er brukervennlig, pålitelig og individuelt tilpasset. Det er mulig å yte kontinuerlig omsorg ved bruk av velferdsteknologien. Dette kan føre til at de eldre kan føle seg tryggere og godt ivaretatt i eget hjem.

Nøkkelord: Sykepleier, velferdsteknologi, hjemmeboende eldre, trygghet

Summary

Background

The challenges of the future health care services are the aging population, lack of health personnel and demographic challenges. Many elderly people living at home feel lonely and insecure and feel that they receive too little help. At the same time, the number of recipients of home nursing care is constantly increasing. Welfare technology can provide new opportunities for elderly to manage their daily life independently and safely. I therefore want to investigate how nurses can create feeling of safety for home dwelling elderly using welfare technology.

Purpose

The purpose of the thesis is to explain how the nurses can create a feeling of safety among home dwelling elderly using welfare technology - Nurse's perspective.

Method

The method used in the thesis is an integrative literature review where five research articles were analyzed. The result from the research articles, relevant background literature and own reflections form the basis of the thesis.

Results

To create safety through the use of welfare technology for home dwelling elderly, it is important that the nurse also provides the care in traditional way. This means, among other things, having good relationship with the patient, good mapping of the patient's needs and resources, close follow-up of patients and patient training related to welfare technology. The technology will also help prevent injury and exacerbation of diseases. Older home dwellers experience safety if the technology is user friendly, reliable, and individually adapted. It is possible to provide continuous care using the welfare technology. This can lead to elderly feeling safe and well taken care of in their own home.

Keywords: Nurses, welfare technology, home dwelling elderly, safety, security.

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt.....	1
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Presisering og avgrensing av oppgaven:	2
1.5	Oppgavens oppbygging	2
2	TEORI	3
2.1	Aldring.....	3
2.2	Hjemmesykepleien	3
2.3	Trygghet og sikkerhet.....	4
2.4	Følelse av trygghet knyttet til å bo hjemme	5
2.5	Velferdsteknologi	5
2.6	Kari Martinsens omsorgsfilosofi	7
2.7	Velferdsteknologi og etikk	8
2.8	SEIPS modell.....	9
3	METODE	11
3.1	Hva er metode?.....	11
3.2	Litteraturoversikt	11
3.3	Søkeprosessen.....	12
3.3.1	PICO skjema	12
3.3.2	Søkestrategi	12
3.3.3	Valg av søkeord.....	13
3.4	Kildekritikk.....	13
4	RESULTAT	15
4.1	Pasientens perspektiv.....	17
4.1.1	Pasientens helsetilstand	17

4.1.2	Pasientens holdninger til velferdsteknologi	18
4.1.3	Pasientopplæring	18
4.2	Sykepleierens perspektiv	18
4.2.1	Sykepleierens holdninger til velferdsteknologi.....	19
4.2.2	Sykepleierens funksjoner rettet mot brukere av velferdsteknologi.....	19
4.3	Velferdsteknologisk perspektiv	19
4.3.1	Teknologiske begrensninger	19
4.3.2	Teknologiens forebyggende funksjon	20
4.4	Organisatorisk perspektiv:	20
4.4.1	Implementering av velferdsteknologi.....	20
4.4.2	Opplæring av helsepersonell	20
4.4.3	Nye rutiner og arbeidsoppgaver	21
5	DISKUSJON	23
5.1	Metodediskusjon.....	23
5.1.1	Land og arena for studiene	23
5.1.2	Forskerens bakgrunn	23
5.1.3	Studiens deltakere	23
5.1.4	Kvalitativ tilnærming som metode:.....	24
5.2	Resultatdiskusjon:.....	24
6	KONKLUSJON	28
	REFERANSER	29
	VEDLEGG 1: SØKELOGG	33

Antall ord: 8067

1 INNLEDNING

Antall eldre kommer til å stige frem mot 2050 i Norge. Dette vill kunne skape en ny eldrebølge (Romøren, 2018, s. 30). Det kan gi dagens kommunale omsorgstjenester flere og mer krevende oppgaver (Meld. St. 29, 2012-13, s. 11). På andre side skal den nye senior generasjonen ha store forskjeller både i velstand, levealder, utdanning og bakgrunn enn tidligere eldre generasjon (Meld. St. 29, 2012-13, s. 55). Antall helse og omsorgstjenestemottakere har økt betydelig siden 2009 (Meld. St. 15, 2017-18, s. 39). Etter samhandlingsreformen er det oppdaget at sykepleiere i kommunehelsetjenesten krever at sykepleiere skal ha tettere oppfølging av pasienter, komplekse arbeidsoppgaver og et økt behov for fag kompetanse (Østby, 2019). Framtidens omsorgsutfordringer er blant annet flere eldre med hjelpebehov, knapphet på helse- og sosialpersonell og manglende samhandling og medisinsk oppfølging, men det kommer også med muligheter (Meld. St. 29, 2012-13). På grunn av økende antall pleietrengende og økende mangel på tilstrekkelig ansatte i helsesektoren kan det oppstå en «omsorgskrisen». Til å motvirke denne krisetilstanden har ulik velferdsteknologi blitt fremmet som noen av de viktigste verktøy (Corneliussen & Dyb, 2017, s. 5). Bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gir mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse. Dette kan bidra til at flere kan bo lengre i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologien kan også skape større trygghet for brukeren og avlaste pårørende fra unødvendig bekymring (Meld. St. 29, 2012-13, s. 109). Velferdsteknologi gir store gevinster i form av sparetid, unngått kostnader og økt livskvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte (Melting J.B., 2017, s. 8)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I min praksis i den kommunale omsorgstjenesten spesielt i hjemmesykepleiepraksis traff jeg mange eldre pasienter. Noen klarte seg godt hjemme, andre hadde større hjelpebehov. Mange ønsker å bo seg hjemme med hjelp av hjemmesykepleier, men noen av de føler seg ensomme og utrygge. Eldreomsorgens mål er trygghet i eget hjem (Fjørtoft A.-K., 2016, s. 19). Velferdsteknologi kan imidlertid gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet til å klare seg på egenhånd i dagliglivet (NOU 2011:11, s. 99).

1.2 Hensikt

Oppgavens hensikt blir å forklare hvordan sykepleier kan skape følelse av trygghet hos hjemmeboende eldre som anvender velferdsteknologi- et sykepleierens perspektiv. Jeg ønsker

først og fremst å se nærmere på hvordan opplever slike eldre pasienter trygghet knyttet til velferdsteknologi.

1.3 Problemstilling

Hvordan sykepleier kan skape følelse av trygghet hos hjemmeboende eldre som anvender velferdsteknologi- sykepleierens perspektiv

1.4 Presisering og avgrensing av oppgaven:

Oppgaven avgrenses til hjemmeboende og kroniske syke eldre som bor i eget hjem og mottar hjelp av kommunal hjemmesykepleie. Et gjennomgående hovedfokus er på deres opplevelse av trygghet knyttet til bruk av velferdsteknologi og hvordan hjemmesykepleiere fremme den.

1.5 Oppgavens oppbygging

Teorikapitlet omhandler relevant bakgrunnsstoff for oppgaven. Temaene som inngår i kapitlet, forklarte jeg om aldring, hjemmesykepleien, trygghet og sikkerhet, følelse av trygghet knyttet til å bo hjemme, velferdsteknologi, Kari Martinsens omsorgsfilosofi, velferdsteknologi og etikk og SEIPS modell. Videre har jeg metodekapitlet. Her beskrives metode og hvilken metode jeg har anvendt, samt fremgangsmåten for denne oppgaven. Deretter kommer resultatkapitlet, hvor resultatene fra artiklene presenteres i hovedfunn og underkategorier. I diskusjonskapitlet drøftes metoden som er anvendt og resultatene fra artiklene. Her blir relevant bakgrunnsstoff og egne refleksjoner inkludert.

2 TEORI

2.1 Aldring

Mensen (2008) hevder at alderdommen preges av to forhold: naturlige aldersforandringer og økt risiko for en rekke kroniske og alvorlige sykdommer (s. 53). Ranhoff (2008) forteller at aldersforandringer kommer gradvis og gir økt disposisjon for sykdom og problemer med å klare seg i dagliglivet (funksjonssvikt). Aldersforandring gir endring i de fleste organer og medfører redusert reservekapasitet og økt sårbarhet for sykdom og skader. Aldersforandring og sykdom kan føre til funksjonssvikt (s. 80). De skrøpelige eldre kan ha tre eller flere av nevnte kriterier som er lav fysisk aktivitet, muskelsvakhet, langsom ganghastighet, tretthet eller lav utholdenhet og vekttap uten at det er villet (s. 81). Målet for sykepleie til de skrøpelige gamle må primært være forebyggende (s. 84).

Fall, ensomhet og kognitiv svikt er tre av omsorgstjenestenes hovedutfordringer. Fallulykker, kognitiv svikt og ensomhet kan føre til redusert allmenntilstand, og nedsatt funksjonsevne eller motsatt. Denne onde sirkelen kan snus til en mulighetssirkel ved hjelp av forebyggende tiltak, innovative grep og riktig og fornuftig bruk av teknologi (NOU 2011:11, s. 30).

2.2 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. Det overordnede målet av hjemmesykepleiens arbeid er at den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem slik at den enkelte skal kunne leve et godt liv i sitt eget hjem og den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft A.-K., 2016, s. 17). I årene framover vil antallet eldre øke, samtidig som et helsepolitisk mål er selvstendighet i eget hjem lengst mulig (Meld. St. 29, 2012-2013).

Fermann & Næss (2008) hevder at den geriatriske pasientens behov for helsehjelp fra hjemmesykepleien kan være hjelp til å leve med vedvarende funksjonstap, multisykdom og polyfarmasi; hjelp til å mestre akutt sykdom og funksjonssvikt; hjelp til å fremme egen helse og rehabilitering etter akutt nedsatt funksjonsnivå; hjelp til å leve med uhelbredelig sykdom i livets siste fase og hjelp til å leve med demenssykdom (s. 239).

Det internasjonale rådet for sykepleiere utformet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Under punkt 2.8 står det «sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 9).

Retningslinjer hjelper å ivareta pasientens integritet som ivaretas når det stadig er endring i teknologiske og helsepolitiske områder som påvirker helsevesenet. I slike situasjoner er det viktig at sykepleiere tilbyr hensiktsmessig sykepleie med fokus på pasienten.

2.3 Trygghet og sikkerhet

Helsepersonelloven §1 (1999) sier at helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Aase K. (2015) beskriver pasientsikkerhet som å «være trygge og sikre (s. 16). Sikkerhet har to aspekter *safety* and *security*. *Safety* brukes for å beskrive sikkerhet mot uønskede hendelser som resultat av tilfeldigheter og *security* brukes for å beskrive sikkerhet mot uønskede hendelser som resultat av overlegg. Tilsvarende norske ord er «sikkerhet» til *safety* og «sikring» til *security*. Finn-Erik Vinje vurderer at «sikkerhet» er et hypernym begrep og brukes til å dekke alle uønskede hendelser uavhengig av om de er utilsiktede eller tilsiktede. Sikkerhet mot uønskede utilsiktede hendelser kan settes til «trygghet» mens sikkerhet mot uønskede tilsiktede hendelser kan settes «sikring» (NOU 2006:6, s. 38).

Tillit og trygghet er grunnleggende for at en god relasjon mellom mennesker skal kunne utvikle seg. Det å være trygg på seg selv kan beskrives som å våge, å mestre, å kunne erkjenne svakheter, å stole på seg selv, å vite hva en vil, og å kunne hevde seg overfor andre. En person som er trygg på seg selv har større mot til å ta kontakt med andre og er ikke redd for å bli avvist (Helgesen, 2017, s. 146).

Pasientsikkerhet beskrives som at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum. Pasientsikkerheten betyr at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme (Aase, 2015, s. 16).

Stokke et al. (2020) hevder at selv om satsingen på pasientsikkerhet er inkludert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vet vi lite om denne. I den moderne komplekse helse- og omsorgstjenesten er ikke årsakssammenhenger åpenbare og risiko for feil og skader er stor. Pasientsikkerhet og velferdsteknologi har gått som parallelle, men separat prosesser. Vi vet lite om hvordan velferdsteknologi påvirker pasientsikkerheten. Gode intensjoner og ny teknologi er ikke et automatisk gode for brukere, og menneskers og myndigheters handlinger har alltid uforutsigbare og utilsiktede konsekvenser (s.166). Eines et al. (2020) hevder at det også er

viktig med risiko og sårbarhetsanalyser for å forebygge uheldige feil og avvik når velferdsteknologiske løsninger foreslås- og implementeres.

2.4 Følelse av trygghet knyttet til å bo hjemme

Fjørtoft (2016) hevder at til tross for funksjonsnedsettelse, helsesvikt, skrøpelighet og ofte mange og sammensatte sykdommer, ønsker mange eldre å bo i eget hjem i stedet for institusjon. Det er fordi hjemmet for de fleste er privat og personlig og står for trygghet og identitet. Det er et sted hvor vi skaper sammenheng og mening i tilværelsen vår, men det må oppleves trygt. For å bo hjemme har mange eldre ofte behov for kompetent faglig tilsyn og oppfølging (s. 67). Ohm et al. (2019) hevder at likevel et hjem også er et vanlig sted for ulykker.

Eldres trygghet kan påvirkes av følelsen av å være hjemme, å ha kontroll over situasjoner, deres selvbestemmelse i å opprettholde vaner og daglig rutiner. De føler seg trygge hjemme når de føler at hjemmesykepleierne er kompetente nok til å utføre sitt arbeid og et godt forhold mellom hjemmesykepleier og eldre (Silverglow, 2020).

2.5 Velferdsteknologi

I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg defineres velferdsteknologi slik

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

Velferdsteknologiske løsninger kan bli et viktig verktøy i møtet med fremtidens demografiske utfordringer. Men også i det helsefremmende arbeidet og som et av flere verktøy for å forebygge fall, ensomhet og kognitiv svikt (Helsedirektoratet, 2012, s.22).

Satsing på velferdsteknologi har tre målsetninger: 1. Forbedre livskvalitet og forlenge hjemmeboende for eldre mennesker 2. Gjennom målsetning 1, hente samfunnsøkonomiske effekter som kan bidra til å løse fremtidens demografiske utfordringer (eldrebølgen) og 3. Bedrive innovasjon og utvikle teknologi som innovasjonsområde og økonomisk gevinst (Haugen H. N, 2017, s. 87).

Ulike typer velferdsteknologi er delt inn i fire hovedkategorier. Det er Trygghets- og sikkerhetsteknologi som agerer selv og krever inngripen fra bruker som for eksempel trygghetsalarm. Kompensasjons- og velværeteknologi som bidrar til selvhjulpenhet og reduserer bekymring hos pårørende som for eksempel medisindispenser. Teknologien for sosial kontakt som har preventiv effekt i forhold til å opprettholde god helse. Teknologi for behandling og pleie som telemedisin som bidrar til at helse- og omsorgstjenester i større grad kan utføres i hjemmet som alternativ til institusjon (NOU 2011:11, 2011).

Telemedisin er bruk av telekommunikasjon og informasjonsteknologi til å formidle helsetjenester over avstand uten at helsepersonell og bruker/pasienter møtes fysisk.

Telemedisin kan brukes til å formidle kontakt, lyd, bilder, film og levende kommunikasjon innenfor enheter eller mellom enheter. Dermed bidrar teknologien til å øke effektivitet og sikkerhet. Telemedisin har tre hovedfunksjoner sende og lagre informasjon, overvåkning av pasienter på avstand og online interaktiv kommunikasjon (Hauge H. N., 2017, s. 65-70).

Mobil helse eller M-helse er en allment tilgjengelig måte å praktisere medisin på der man bruker mobil teknologi som mobiltelefoner, bærbar elektroniske verktøy for pasient overvåking, PDA (personlige digitale assistenter) og andre trådløse verktøy. Mobil teknologi har åpnet nye muligheter for å samle data og formidle dem fra en kilde til en mottaker. (Hauge H. N., 2017, s. 72-79)

Avstandsmonitorering gjennom seks forskjellige mekanismer som er muligheter for tidlig intervensjon, bedre integrering av helsetilbudet, opplæring og rådgiving, økende tillit og tilfredshet, endring av helsepersonells oppgaver og økt effektivitet bidrar til lengre selvstendig liv for pasienter (Hauge H.N., 2017, s. 76-77).

Slike teknologier kan fungere som støtte både til pasient, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten men vil aldri kunne erstatte menneskelige omsorg og fysisk nærhet (NOU 2011:11, s. 98).

Tøndel (2018) forklarer om trygghetsproduksjonen i teknologi/omsorg/alderdom-veven at det er fult mulig å produsere omsorg gjennom teknologi sammen med involvering av helsepersonell. Et hovedanliggende i velferdsteknologifeltet er å lage trygghet gjennom teknologi. Dette skal heve omsorgskvaliteten og kapasiteten og redusere det individuelle behovet for omsorg til gjengjeld for økt selvstyring. Trygghet fungerer som et tekno-politisk omsorgsverktøy i den lokale reguleringen av statsomsorgen. Trygghet som et konkret begrep

som smuldrer i det praktiske omsorgsarbeidet til å handle om en kontinuerlig omsorg- og visshet om at bruker og tjeneste gjøres sammen etter behov. (s.295).

2.6 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Her har jeg tatt utgangspunkt i Kari Martinsens filosofi for å forklare relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Kari Martinsen mener at sårbarheten er et grunnleggende trekk ved vår tilværelse og vi er sårbare og avhengige av hverandre slik at vi er utlevert til andres ivaretagelse. Sårbarheten kan være svakhet siden den kan vende mot oss og kan ødelegge oss. På motsatt side kan den være en styrke siden den er en forutsetning for medlevelse i andres lidelse og en oppfordring til ivaretagelse (Martinsen & Kjær, 2012, s.12).

Kari Martinsen vektlegger at menneskeoppfatning bygger på relasjoner mellom mennesker og det menneskelige fellesskapet har en sentral plass. Hun tar utgangspunkt i at alle mennesker er avhengig av hverandre fordi menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv. Hun mener at relasjoner blir sett på som fundamentale i menneskelivet. Den avhengigheten trer tydelig frem når man av ulike grunner befinner seg i en situasjon der man trenger hjelp som ved sykdom, skade og funksjonstap. På grunn av avhengighet mellom mennesker blir omsorg en grunnleggende forutsetning for hele menneskets eksistens. Gjennom den avhengigheten av andre mennesker kan den enkelte utvikle sin selvstendighet og realiserer seg selv (Kristoffersen, 2017, s.55).

Martinsens omsorgsteori tar utgangspunkt i Løgstrups skapelsesfenomenologi som forutsetter at alt liv bæres oppe av noen grunnleggende livsvilkår som er gitt ved selve skapelse. Disse livsvilkårene er livsytringer som er grunnleggende for vår eksistens og som vi ikke kan leve uten for eks. tillit, barmhjertighet. Disse grunnleggende livsvilkårene karakteriseres ved å være relasjonelle og moralske (Gjengedal, 2000, s.49).

Tillit er en grunnleggende verdi som er spontant til stedet i forholdet mellom mennesker. Den er også et uunnværlig fenomen i yrkesmessig omsorg. Pasienten viser ofte en spontant og umiddelbar tillit og etterlater noe av sitt liv til sykepleieren. Men den kan skape en etisk utfordring hos sykepleiere i noen situasjoner (Kristoffersen, 2017, s.61).

Martinsen beskriver omsorg som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret til den svake. Omsorg er et forhold mellom minst to

mennesker. Der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger. Den er omsorgens relasjonelle side. Omsorg er også en sosial relasjon som har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Solidaritet betyr likhet mellom mennesker og at alle kan bli omsorgstrengende og ha ubetinget rett til omsorg. Omsorgen ytes på grunnlag av personlig engasjement og innlevelse i pasientens situasjon, det vil si på pasientens premisser (Kristoffersen, 2017, s.58-61).

I følge av Martinsen er omsorg og moral nært forbundet og å handle moralsk ved sykepleierens side er å være i bevegelse fra seg selv til den andre for å handle til den andres beste (Kristoffersen, 2017, s.62).

Kari Martinsen (2017) hevder at sykepleien gjelder livsforståelse gjennom å sette pasienten i sentrum, faglig skjønn, moralsk dømmekraft og fagets grunnfortelling som roboten ikke kan. Omsorg krever en innsats av helsepersonell å være til stede hjertelig som er virkende kraft i sykepleierens medmenneskelighet. Tillit og trygghet kan forebygge usikkerhet og bekymringer som mennesker får når man er syk. Teknologien kan bli en forlengede arm til pasientens kropp hvor sykepleieren kan sanse og fornemme noe av pasientens tilstand via teknologien. Men menneskene kan bli ensomme når roboter (teknologien) tar mer og mer av menneskelige nærvær. En robot kan ikke gi energi og livsmot. Teknologi kan ikke skjønne hva som kan føre til uventede skader (s.21).

2.7 Velferdsteknologi og etikk

Det finnes mange og uensartede velferdsteknologier. Derfor er det ikke mulig å diskutere moralske og etiske utfordringer for velferdsteknologi generelt (Hoffmann, 2010, s. 34).

Velferdsteknologi har et formål om å bidra til trygghet for den enkelte, men har også potensial for overvåking. Dette kan også har negative konsekvenser for eksempel virkning på vår adferd og økt bevissthet om egen adferd som setter bånd på vår hverdagslige utvungenhet (Helsedirektoratet, 2012).

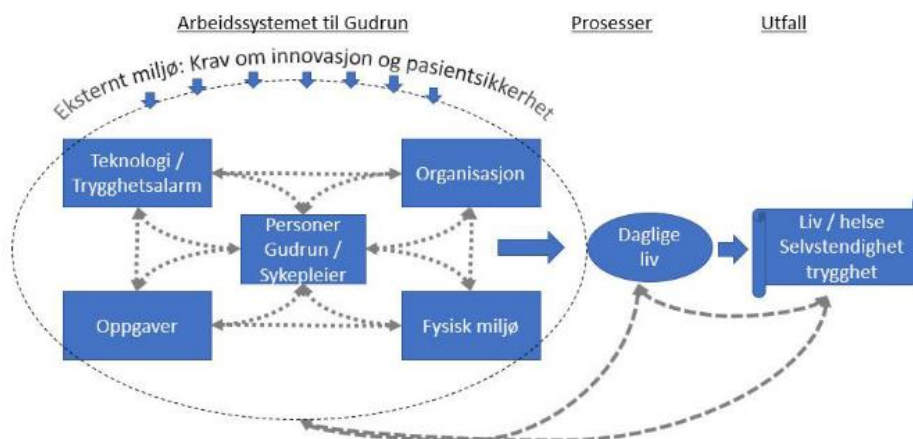
Retten til privatliv innebærer et vern for den fysiske og moralske integriteten. Personer med kognitiv svikt kan helt eller delvis mangle samtykkekompetanse. Rettslig grunnlag for å gi helse- og omsorgstjenester til personer uten samtykkekompetanse er i dagens lovverk fragmentert. Bruk av velferdsteknologi og spesielt lokalisering og varslingsteknologi reiser etiske og personvernmessige spørsmål spesielt når den benyttes i forhold til mennesker med demens eller alvorlig svikt i kognitive funksjoner (Helsedirektoratet, 2012, s.58).

Kjøllesdal (2010) hevder at teknologi og omsorg representerer ulike verdier. Effektivitet, hurtighet, produktivitet, ressursutnyttelse, forenkling og nøyaktighet er teknologiske verdier (s. 4). Det kan gjøre fare for at bruk av teknologi kan fremme instrumentell rasjonalitet på bekostning av omsorgsrasjonalitet. Omsorgsrasjonalitet betyr å handle rasjonelt overfor den enkelte pasient/bruker gjennom en dialog. For eksempel behovet hos vedkommende tilsier at det er nødvendig med personlig hjelp, men dette behovet bli møtt med teknologi blir det problematisk siden pasient mangler sosial kontakt som han har behov for. Derfor er det viktig med avveining av de ulike hensynene for å sikre riktig bruk av teknologi (Helsedirektoratet, 2012, s.60).

Bruk av teknologi kan utfordre tradisjonell måten å gi sikre tjenester på, men kan også true andre goder og verdier (Helsedirektoratet, 2012, s.61). Sykepleiere må ha kompetanse som omfatter både sykepleiefaglige, etiske, juridiske og teknologiske elementer for å stå rustet til å ivareta pasienter og pårørende på en god måte (Eines et al., 2020).

2.8 SEIPS modell

Stokke et al. (2020) har tatt utgangspunkt av SEIPS modellen (System Engineering Initiative for Patient Safety) for å forklare om pasientsikkerhet når teknologi tas i bruk. Den modellen benytter en *Human Factors system* tilnærming som beskriver det komplekse samspillet mellom mennesker, teknologi og omgivelser. Arbeidssystemets elementer er pasient/sykepleier i sentrum, teknologi, organisasjon, Det fysiske miljøet, oppgaver, eksterne faktorer, prosessene og utfall. De elementene har spesifikke attributter for eksempel pasienten har egenskaper som motivasjon, forventninger, kognitiv kapasitet, opplæring og så videre. Teknologien har egenskaper som design, brukervennlighet, robusthet, testrutiner og så videre. En organisasjon har egenskaper som hvordan den er organisert, administrering av tjeneste osv. Det fysiske miljøet består av omgivelsene der mennesker er i interaksjon, for eksempel infrastrukturen rundt hjem. Oppgaver er arbeidsprosessen som foregår for eksempel pasientens aktiviteter. Eksterne faktorer består av politiske føringer, kommunal styring, lovverk osv. Utfall er basert på prosessene som foregår i arbeidssystemet. Prosessene er dynamiske og påvirkes av endring i de ulike elementene. SEIPS modell er et rammeverk som er generisk og adaptiv til ulike kontekster. Pasientsikkerhetsarbeid må kontinuerlig gjøres for å ha en trygg hverdag gjennom bruk av teknologi og derfor for å forstå kompleks årsakssammenhenger SEIPS modellen kan tas i bruk.



Figur 1 Basert på SEIPS-modellen utviklet av Carayon et al. (2006), viser figuren de ulike elementene i modellen hvor pilene illustrerer interaksjoner mellom elementene i arbeidssystemet.

Figur: 1 SEIPS modellen (Stokke et al., 2020, s. 167)

3 METODE

3.1 Hva er metode?

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metode trenger krav om ærlighet, sannhet, å tenke og systematisere våre tanker og å overholde intellektuelle stander i vår argumentasjon. Metoden er redskap som hjelper å undersøke og å samle data. (Dalland, 2017, s. 52).

I den samfunnsvitenskapelige metodelæren skilles det mellom kvantitative eller kvalitative metoder. (Johannesen et al., 2019, s. 27). Dalland (2017) hevder at både kvalitativt og kvantitativt orientert metoder bidrar til en bedre forståelse av de samfunnet vi lever i og av hvordan enkelte mennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. De kvantitative metodene gir data i målbare enheter og kvalitative metodene hjelper å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. (s. 52).

Kvantitative metoder utføres ved systematiske spørreskjema med faste svaralternativer og ved systematisk og strukturert observasjoner. Den hjelper forskere til å gå i bredden for eks. i antall populasjon og innhente et lite antall opplysninger om mange observasjoner. Data som samler seg under denne metoden heter «harde» data som man kan telle. Ved bruk av denne metoden ser forskeren fenomenet utenfra og forskeren tilstreber nøytralitet og avstand (Dalland, 2017, s. 52).

Kvalitative metoder utføres ved intervju preget av fleksibilitet uten faste svare alternativer og ustrukturert observasjoner. Den hjelper forskere til å gå i dybden og trenger mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Data som samler seg under denne metoden heter «myke» data som kan tolkes. Ved denne metoden ser forskeren fenomenet innenfra og forskeren erkjenner påvirkning og delaktighet. (Dalland, 2017, s. 52)

3.2 Litteraturoversikt

Litteraturstudie som metode « ...*Handlar alltså om att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område, eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde*» (Friberg, 2017, s. 141)

Johannesen et al. (2019) hevder at et forskningsprosjekt starter ofte med en litteraturgjennomgang som betyr at å finne fram forskningen som allerede finnes på områder og hvilke metoder som er benyttet på feltet. Litteraturgjennomgang kan være et utgangspunkt

til empirisk undersøkelse. Systematisk litteraturstudier kan basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler eller rapporter. Litteraturstudie skal ha en tydelig problemstilling, beskrive hvilke søkestrategier som er benyttet for å finne primærstudier og på hvilket grunnlag de inkluderes eller ekskluderes i egen studie (s. 103).

Friberg (2017) forklarer at avgrensninger av artikler skal tydelig vises og forklaring av hvordan og hvorfor en artikkel er inkludert er viktig. Nøye dokumentasjon og rapportering av nøkkel ord, avgrensninger, søkeveier og hvilke databaser er brukt gir bedre forståelse til leseren hvordan det endelige valget av artikler gikk. Videre har diskutert Friberg (2017) om helikopter perspektiv er viktig for å velge en artikkel og hvilke aspekter er synlige og ikke synlige er viktig å vite. Derfor er det viktig å lese abstrakt først med kritisk blikk.

3.3 Søkeprosessen

Jeg har innledningsvis gjort søk i Oria, Idunn og leste pensumlitteratur om velferdsteknologi for å få en oversikt over temaet og hva som var å finne av forskning. Jeg brukte søkeord som velferdsteknologi, trygghet, eldre og/eller syke hjemmeboende eldre.

3.3.1 PICO skjema

Jeg har videre satt problemstillingen inn i PICO for å bedre kunne bygge opp et systematisk søk.

Tabell 1

Pasient/Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Hjemmeboende eldre Og eldre hjemmeboende pasienter	Velferdsteknologi, Telehelse og Telemedisin.		Trygghet/sikkerhet

3.3.2 Søkestrategi

Strukturert litteratursøking er gjort samt med brukt av eksklusjonskriterier som skal avgrense søkeresultatene. Jeg brukte avgrensningskriterier som at artikkelene ikke skulle være eldre enn 10 år. Jeg valgte å utelukke geografiske steder som ikke var områder som USA, Europa, Norge. Artikler som ikke var skrevet på engelsk og norsk ble ekskludert. Jeg valgte artikler som følger IMDaR strukturer.

Jeg har hovedsakelig brukt databasen «Oria» som har kommet med flere relevante resultater. I tillegg har jeg brukt Innomed, British Nursing Index og Cinahl. De databasene er tilgjengelige på universitetsbiblioteks nettside og inneholder aktuell forskning for sykepleiefaget.

3.3.3 Valg av søkeord

Jeg har søkt med relevante søkeord for å finne fram relevante forskningsartikler. Jeg ville søke om hvordan sykepleier kan skape følelse av trygghet hos hjemmeboende eldre som anvender velferdsteknologi. Derfor ble relevante søkeord «velferdsteknologi» «eldre» AND/OR «pasienter» AND «hjem» AND «trygghet» AND/OR «sikkerhet». På engelsk ble «Telecare» OR «Telenursing» OR «Telemedicine» OR «Telehealth» OR «Telecare»; «Elderly» OR «Aged», «elder», «Older» OR «Geriatric»; «Safety and security»; «Quality of life» brukt. Forskjellige kombinasjoner av disse søkeordene er gjort i forskjellige databaser. Etter treff på søkeresultater, leste jeg overskrift av artikler. Hvis artikkelens overskrift er i samsvar med problemstillingen leste jeg abstraktene til de ulike artiklene og valgte artikler på bakgrunn av dette.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler å finne frem den litteraturen som best belyser din problemstilling og redegjøre den litteraturen du har anvendt i oppgaven din. Kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet for oppgavens troverdighet og faglighet. Derfor er det viktig å tydeliggjøre hvorfor en bestemt type litteratur er valgt og hvordan utvalget er gjort. (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152).

Jeg har ikke inkludert artikler som mangler relevans for oppgavens hensikt. Jeg ønsker å finne fram til artikler som omhandler hjemmeboende eldre som bruker velferdsteknologi. Derfor ble alle andre forskningsartikler med fokus på grupper utenom eldre ble ekskludert. Jeg inkluderte artikler med ulike typer velferdsteknologiløsninger. Mange artikler kom med eksempler om bruk av trygghetsalarm. Kanskje er det på grunn av at den teknologien er mest brukt og relatert til trygghetsfølelse hos hjemmeboende eldre. Veldig få av treffene mine handlet om bare kroniske syke eldre eller eldre med sammensatte sykdommer som var hjemmeboende. Da jeg leste gjennom artiklene, vurderte jeg i hvilken grad artiklene belyste hensikten av oppgaven. Jeg så på hva forskerne undersøkte, hvilke metode de benyttet seg av, og om resultatene deres var overførbare for å belyse oppgavens hensikt. For å vurdere artiklenes gyldighet og holdbarhet vurderte jeg om artiklene fulgte krav om innhold og form etter IMRaD strukturen. Hvis

artiklene er publisert i noen tidsskifter har jeg sjekket de for å avgjøre om artiklene kom fra en troverdig kilde med relevant forskning i sykepleiefaget. Jeg undersøkte hvilke eksklusjons kriterier som var brukt for utvalget av deltakere samt hvilke statistiske metoder som er anvendt. Jeg har også sjekket om hvis etisk hensyn er ivaretatt i gjennomførelsen av forskningen. De fem mest relevante artiklene er valgt for å besvare problemstillingen. Alle disse fullfører overnevnte kriterier. Utvalgte artikler er ikke eldre enn 10 år. I utgangspunktet var det ønskelig å se på både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, men i løpet av søkeprosessen har jeg funnet relevante kvalitative studier som ble inkludert. I tillegg til det er en *clinical review* er inkludert.

4 RESULTAT

I tabell 2 vises en oversikt over de utvalgte artiklene.

Tabell 2

Forfatter, årstall, land	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
Johannessen T.B., Storm M., Holm A.L. (2019a) Norge	å utforske hjemmepleieres oppfatning av sikkerhet knyttet til bruk av telepleie av eldre voksne	Hjemmesykepleiere/helsepersonell	Kvalitativ metode. deltakerne har minimum seks års erfaring med velferdsteknologi. Ti kvinnelige hjemmesykepleiere rekruttert fra to norske kommuner.	Oria
Johannessen T.B., Holm A.L., Storm M. (2019b) Norge	Å utforske hva ledere og helsepersonell opplever som er viktig for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste.	Ledere Helsepersonell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste.	Kvalitativ metode Fire fokus gruppe med til sammen 20 deltakere fra ti kommuner	Oria
Isaksen J., Paulsen K.B., Skarli J., Stokke R., Melby L. Norge	Å utforske hvilke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester	Brukere, Ansatte i to kommuner	Kvalitativ metode Individuelle intervjuer med brukere og fem fokus gruppeintervjuer med ansatte i to kommuner	Cinhal

Forfatter, årstall, land	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
Schulver W., Killington M., Crotty M. Australia	å undersøke helsepersonells syn på telehelse og deres implikasjoner for implimentering til ordinære helsetjenester for eldre mennesker.	Klinikere og helsepersonell, omsorgsarbeidere	Kvalitativ metode Det ble gjennomført syv fokusgruppeintervjuer med klinikere og omsorgsarbeidere som yter tjenester til eldre mennesker i områder med rehabilitering og palliativ omsorg til landsbygda og store byer.	Cinhal
McLean S., Protti D., Sheikh A. UK	Clinical review	Helsepersonell, pasient	Å identifiserte systematiske oversikter og originale forskningsstudier om telehelsetjenester og langsiktige forhold	British Nursing Index.

Utvalgte artiklene viser følgende kategorier og underkategorier når det gjelder trygghet knyttet til bruk av velferdsteknologi hos eldre pasienter.

Tabell 3

Hovedkategorier	Underkategorier
Pasients perspektiv	Pasientens helsetilstand
	Pasientens holdninger til velferdsteknologi
	Pasientopplæring
Sykepleierens perspektiv	Sykepleierens holdninger til velferdsteknologi
	Sykepleierens funksjoner rettet mot brukere av velferdsteknologi
Velferdsteknologisk perspektiv	Teknologiske begrensninger
	Teknologiens forebyggende funksjon
Organisatorisk perspektiv	Implementering av velferdsteknologi
	Opplæring av helsepersonell
	Nye rutiner og arbeidsoppgaver

4.1 Pasientens perspektiv

Pasientens perspektiv på velferdsteknologi inneholder tre underkategorier. Pasientens helsetilstand, pasientens holdninger til velferdsteknologi og pasientopplæring.

4.1.1 *Pasientens helsetilstand*

Funnene i artiklene viser at helsetilstanden til eldre pasienter spiller en større rolle i nytten av velferdsteknologien. McLean et. al. (2011) forklarer at velferdsteknologiens akseptabilitet er avhengig av pasientens alder og kognitiv funksjon. Tilstander som begynnende demens eller psykiske problemer kan påvirke pasientens evne til å bruke teknologien. Eldre med syn-, hørsel- og fingerferdighetsvansker på grunn av alderdommen kan slite med teknologien selv om de er mentalt kompetente. Johannessen et. al (2019a) hevder at demente pasienter har større problemer med å forholde seg til, administrere og forstå funksjonene til forskjellige velferdsteknologier for eksempel mobil trygghetsalarm. Bruk av den kan gi følelse av «falsk trygghet» siden de ikke alltid kan benytte den (Johannessen et. al 2019b). Slike pasienter kan ha mer aktivt og selvstendig liv, når de med «potensielle» behov får tildelt velferdsteknologi tidligere i sykdomsfase. Det hjelper å forebygge skade og uønskede hendelser (Johannessen et

al., 2019b). Isaksen et al. (2017, s.120) hevder at personer med et stort bistandsbehov i mindre grad får mulighet til å oppleve nytten av teknologiske hjelpemidler sammenlignet med personer som har et lavere bistandsbehov.

4.1.2 Pasientens holdninger til velferdsteknologi

Individuelt tilpasset teknologi påvirker pasientens holdninger på en positiv måte. Den gir opplevelse av å være nyttig (Isaksen et al., 2017). Det er også avgjørende at velferdsteknologiløsninger som tilbys er tilpasset hver brukers individuelle evner, ferdigheter og ressurser. Hvis eldre pasienter gjentatte ganger finner velferdsteknologien upålitelig eller vanskelig å forstå, kan de utvikle en negativ holdning til velferdsteknologien og ikke bry seg om å bruke den (Johannessen et. al, 2018). Det er også viktig med hvordan teknologien påvirker pasientens identitet. Isaksen et al. (2017) opplyser at velferdsteknologien kan virke som stigmatiserende fordi dette kan bidra til identitet som brukere ikke ønsker å ha. Velferdsteknologiens nytteverdi spiller også en viktig rolle i dannelse av pasientens holdninger. Isaksen et al. (2017, s.121) opplyser om mobil trygghetsalarm med innebygget GPS-sporing teknologi at ingen av de opplevde det ubehagelig at noen kunne vite hvor de befant seg istedenfor opplever de trygghet at noen kunne finne ut hvor de var. Brukerne følte også en økt grad av selvstendighet og egenkontroll.

4.1.3 Pasientopplæring

Johannessen et al (2019b) forteller at det er viktig at brukere skal få informasjon om og opplæring i de velferdsteknologiske løsningene de anvender. Mange brukere, særlig demente har behov for å gjenta informasjon de har fått tidligere. Det er også avgjørende for å komme tidlig inn med teknologi til personer med begynnende demens slik at de kan få informasjon, kunnskap og praktisk erfaring så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. McLean et. al. (2011) mener at det er et stort behov for pasientopplæring ved bruk av telehelse for å etablere tillit til bruken.

4.2 Sykepleierens perspektiv

Sykepleierens perspektiv på helseteknologi inneholder to underkategorier som er sykepleierens holdninger til velferdsteknologi og sykepleierens funksjoner rettet mot brukere av velferdsteknologi.

4.2.1 Sykepleierens holdninger til velferdsteknologi

To av artiklene tydeliggjør at sykepleierens holdninger er viktig når velferdsteknologi tas i bruk. Hvis teknologien er vanskelig å forstå og administrere til helsepersonell kan det føre til skade hos eldre og kan hemme sykepleierens opptak og bruk (Johannessen et. al, 2019a). Shulver et al. (2016) understreker hvordan erfaring med velferdsteknologi bidrar til positive holdninger blant helsepersonell. Det er fordi helsepersonell uten eksponering for telehelse rapporterte flere forbehold om sikkerheten og egnetheten. I motsetning blir det mer akseptabelt for helsepersonell som har erfaring med telehelse. Shulver et al. (2016) hevder at erfarne klinikere var mer aksepterende og pragmatiske med hensyn til risikoen som var involvert mens de brukte telepleien. De tenker at risiko og pasientsikkerhet kan planlegges og styres som en integrert del av tjenestetilbudet via telehelse (s.9).

4.2.2 Sykepleierens funksjoner rettet mot brukere av velferdsteknologi.

Johannesen forteller i sine artikler om at god kartlegging av pasienten kan føre til riktig valg av teknologi og dermed bidra til pasientsikkerheten. Johannessen et al. (2019b) hevder at for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi er det viktig at sykepleiere har god dialog med pasient for å kartlegge brukerens behov, ønsker, utfordringer og ressurser slik at helsepersonell kan få et godt bilde over hvilken type velferdsteknologisk løsning som passer til den enkelte bruker. McLean et. al. (2011) opplyser også at hver enkeltes egnethet må vurderes nøye for telehelse intervensjoner.

Det er også viktig at hvis eldre pasienter opplever at velferdsteknologien er vanskelig å bruke skulle de følges tett opp med helsepersonell (Johannessen et al., 2019a).

4.3 Velferdsteknologisk perspektiv

Denne kategorien inneholder teknologiske begrensninger og teknologiens funksjon og evne til å forebygge skade og forverring av sykdomstilstand.

4.3.1 Teknologiske begrensninger

Johannessen et. al (2019a) forklarer at teknologiske begrensninger som at teknologien ikke fungerer som den skal kan føre til følelse av utrygghet og usikkerhet hos pasienter. Upålitelig teknologi og vanskeligheter med å forstå dens funksjoner kan føre til skade på eldre på flere måter. Teknologien selv har visse begrensninger da de ikke kan være nyttige for tiltenkt formål,

for eksempel GPS-posisjonering som kan forsvinne hvis pasienten befinner seg i et område dekket av trær, i en bygning eller i en bil.

4.3.2 Teknologiens forebyggende funksjon

Isaksen et al. (2017) hevder at utforming og funksjonalitet kan være avgjørende for brukerens vilje og evne til å ta den i bruk.

Johannessen et. al (2019a) hevder at velferdsteknologi kan forebygge skade hos eldre pasienter. GPS i mobil sikkerhetsalarm hadde blitt brukt flere ganger for å lokalisere savnende pasienter med demens og dermed forhindre mulig skade. Medisindispenser hindrer pasienter å ta for mye medisiner samt sørger for at riktig medisin leveres til pasienten til rett tid. Den varsler også helsepersonell hvis medisin ikke utleveres fra dispenseren. Ved slike møter opplever eldre pasienter trygghet. Bruk av video-konsultasjon gir mulighet for klinisk observasjon hos KOLS-pasienter som bidrar til å forhindre forverring av KOLS og unngå sykehusinnleggelses.

McLean et. al. (2011) opplyser også at det er redusert antall av akutt forverring av astma og sykehusinnleggelses er redusert hos pasienter ved bruk av telehelse. Det er også funnet at det er forbedring av glykemisk kontroll hos diabetespasienter ved bruk av telehelse. Flere helsepersonell var skeptisk til bruk av telehelse på grunn av pasientsikkerhets bekymringer for eksempel ved forekomst av akutt forverring av sykdom, men i mange tilfeller kan slik forverring forventes på forhånd og kan forebygges eller relaterte tiltak kan iverksettes.

4.4 Organisatorisk perspektiv:

Denne kategorier inneholder tre underkategorier som implementering av velferdsteknologi, opplæring av helsepersonell og nye rutiner og arbeidsoppgaver.

4.4.1 Implementering av velferdsteknologi

McLean et al. (2011) hevder at klare mål er nødvendig for effektiv og sikker implementering av telehelsetjenester som kan forbedre tilgangen, øke tilfredsheten, unngå akuttinnleggelses og redusere kostnadene.

4.4.2 Opplæring av helsepersonell

McLean et al. (2011) opplyser at integrering av telehelse i helsetjenesten krever opplæring av helsepersonell. Johannessen et al. (2019b) hevder at hvis de velferdsteknologiske brukerne opplever at ansatte har lite kunnskap kan de bli negative og skeptiske mot velferdsteknologien.

Derfor er det avgjørende at helsepersonell får nødvendig opplæring om de velferdsteknologiske løsningene som benyttes. Det kan også hjelpe de å komme med forslag som samsvarer med behovet til den enkelte bruker. Det er også viktig for å sikre at brukerne får rett informasjon.

4.4.3 Nye rutiner og arbeidsoppgaver

Funnen i alle artiklene viser at innføring av velferdsteknologi fører til endring i sykepleierens arbeidsoppgaver og krever nye rutiner.

Det er avgjørende at de velferdsteknologiske løsningene følges tett opp av helsepersonell gjennom bruk av rutiner. Dette kan skape trygg og sikker bruk av velferdsteknologi. Men dette kan fort bli glemt av helsepersonell selv om det står som arbeidsoppgave på arbeidsliste. Slik «sårbarhet» hos helsepersonell kan gi falsk trygghet (Johannessen et al., 2019b).

Isaksen et al. (2017) argumenter at endring må gjøres slik at ansatte må tenke og agere på nye måter og tjenesten må leveres annerledes siden tjenesten de yter kan ha nytt innhold. Kompetanse hos ansatte til å kunne skille mellom praktisk bistandsbehov og tilstedeværelse for å fremme trygghet er viktig.

Johannessen et. al (2019b) hevder at bruk av velferdsteknologien i mange tilfeller innebærer nye og endrende arbeidsoppgaver. For å benytte den velferdsteknologien må helsepersonell ha tidlig avklarte roller og ansvar slik at velferdsteknologien kan benyttes på en god måte. For å legge til rette for trygg bruk av velferdsteknologiske løsninger innebærer det at helse- og omsorgstjenesten må se på arbeidssystemet som en samhandlende helhet av ulike forhold som kan ha betydning for trygg og sikker bruk av teknologi. McLean et al. (2011) foreslår at helsepersonell skal få tildelt tid og ressurser til å respondere til ekstra arbeid som er skapt av telehelse

Funnen i Shulver et al. (2016) sin artikkel viser at det var nødvendig med ulike og alternative måter å tenke og håndtere risikoen på når det er fravær av fysisk nærhet til pasienten. Det krever nye måter å praktisere på og nye måter å håndtere de iboende utfordringene på for å tilby tjenester via telehelse. De mener at risiko knyttet til telehelse kan lindres ved å ha noen støttespillere sammen med pasienten for eksempel helsepersonell, omsorgsgivere, pårørende og så videre. Det kan øke trygghet. På en slik måte, Gjennom telehelse forandres ansvar i omsorgsnettverk og disse delegeres på nye måter.

McLean et al. (2011) hevder at det kan skje forandring i roller og ansvar til sykepleiere siden sykepleiere kan bli involvert i klinisk beslutningsprosesser som krever mer opplæring når telehelse er brukt.

5 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg diskutere integrativ litteraturoversikt som metode for å belyse min hensikt i oppgaven. Her vil jeg trekke inn kildekritikk og diskutere de utvalgte artikkelens gyldighet og relevans. Resultatdiskusjon kommer avslutningsvis i kapittelet. Her diskuterer jeg mine resultater og setter det i sammenheng med teorien for å danne en ny helhet. Jeg vil også inkludere mine personlige refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 *Land og arena for studiene*

Det utvalgte studiene ble utført i Norge, Australia, Edinburgh og Canada. Dette er land som jeg tenker er representative for det norske helsevesenet. Det disse helsevesenene har i til felles er at de er finansiert av staten, og organisert som spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Nesten alle forskningsartiklene tar utgangspunkt i at helsetjenester står overfor store utfordringer som aldrende befolkning, økende antall pasienter som lever med kroniske sykdommer, geografisk avstand mellom helsetjeneste og pasienten eller pasienter med begrenset mobilitet og økte forventninger til pasientsentrert helsevesen. Telehelsetjenester er en potensiell løsning på utfordringene, men tilgjengelighet og effektivitet og sikkerhetshensyn knyttet til bruk trenger nøye vurdering. I tillegg er utvalget av forskningsartikler gjort med tanke på relevans for oppgaven.

Jeg ønsket å innhente data fra en forskningsarena som var aktuell for hjemmeboende eldre pasienter med/uten kronisk sykdom som bruker velferdsteknologiske løsninger for å klare seg hjemme ved hjelp av helse og omsorgstjenester.

5.1.2 *Forskerens bakgrunn*

For å kunne verifisere artiklenes gyldighet undersøkte jeg forskerens faglige bakgrunn og deres kompetanse for å forske på valgt tema. Samtlige artikler ble forfattet av forskere med medisinskfaglig bakgrunn som sykepleiere, Ph.d.. studenter, universitetslektorer og forskergrupper.

5.1.3 *Studiens deltakere*

Deltakerne i de ulike studiene inkluderer sykepleiere med minimalt seks måneders arbeidserfaring med velferdsteknologi (Johannessen et al. 2019a), både ledere og helsepersonell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste er inkludert for å få med erfaringer fra både

innføringsprosesser og praktisk bruk av teknologien ute i tjeneste (Johannessen et al., 2019b). Artikkelen til Isaksen et al. (2016) inneholder individuelle intervjuer med brukere og fem fokusgruppeintervjuer med ansatte i to kommuner som deltok i et felles prosjekt i velferdsteknologiprogrammet. Schulver et al. (2016) sin forskning inneholder syv fokusgruppeintervjuer gjennomført med klinikere og omsorgsarbeidere som ga tjenester til eldre mennesker innen områdene rehabilitering og alliert helse, eldreomsorg og palliativ omsorg til landlige og urbane områder. I studien er «rural» definert som områder som betjenes av det lokale landlige helsenettverket, og «urbane» ble definert som områder innenfor Adelaide-regionen (hovedstaden i Sør-Australia). Alle fokusgruppene besto av klinikere og omsorgsarbeiderteam som allerede kjente og jobbet med de andre deltakerne i gruppen.

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode:

Samtlige av mine valgte studier benytter seg av kvalitativ metode for å besvare sine problemstillinger unntatt en artikkel som er clinical review. Bruk av kvalitativ metode gir muligheter for å utforske menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Johannessen et al., 2019b, s. 73). Fire utvalgte studier bruker intervjuer for å utvikle data om et tema, hvor samspillet mellom deltagerne er sentralt

Johannessen et al. (2019a) brukte en semistruktuert intervjuguide som inkluderte spørsmål som; kan dere diskutere hvordan velferdsteknologien (telecare) sikrer sikkerhet hos eldre mennesker? Spørsmål i intervjuguiden til Johannessen et al. (2019b) inneholdt hvilke forhold og tiltak opplever dere bidrar til å fremme trygghet og sikkerhet for brukere av velferdsteknologi? Hva opplever dere som ledere og helsepersonell som viktige behov og forutsetninger? og hvilken måte kan helse og omsorgstjenesten best mulig legge til rette for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi? Isaksen et al. (2017) og Schulver et al. (2016) inkluderte ikke hvilke spørsmål de brukte under intervjuene. Etter intervjuene ble gjennomført samlet de data som ble transkribert og hovedkategorier og underkategorier ble dannet for å vise resultatene.

5.2 Resultatdiskusjon:

I følgende delkapittel vil jeg diskutere mine hovedfunn i sammenheng med teori og egen refleksjon. For derav å forklare hvordan sykepleier kan skape følelse av trygghet hos hjemmeboende eldre som anvender velferdsteknologi? SEIPS modell gir utgangspunkt at trygghet hos pasienter er avhengig av interaksjoner mellom pasient selv, helsepersonell,

teknologi, oppgaver, organisasjon og fysisk miljø. Faktorer Pasient, helsepersonell, teknologi og organisasjon kommer tydelig frem i mine funn som er diskutert nedenfor.

Funnene viser at for å skape trygghet er det *viktig å sette pasienten i fokus*. I sin omsorgsteori argumenter Kari Martinsen (2017, s.21) for at sykepleien utøves ved å sette pasienten i sentrum, faglig skjønn, moralsk dømmekraft og fagets grunnfortelling. Dette er noe hun mener roboter ikke kan. Når man benytter teknologien, er det derfor viktig å ha pasienten i fokus. For trygg og sikker bruk av velferdsteknologi er det viktig at løsningene som tildeles er i samsvar med brukerens ønsker, behov og ressurser (Johannessen et al., 2019b). Å ha god oversikt over den enkeltes behov, ønsker og ressurser er viktig når man bruker velferdsteknologi slik at man kan ta hensyn til enkeltes preferanser og individuelle tilpasning som kan gi opplevelse av at teknologien er nyttig for brukere (Isaksen et al., 2017). Det er også viktig med risiko og sårbarhetsanalyser for å forebygge uheldige feil og avvik når velferdsteknologiske løsninger foreslås- og implementeres (Eines et al., 2020). For eksempel er det vanskelig å lære bruk av ny teknologi hos demente pasienter og eldre med syns-, hørsels- og fingerferdighetsproblemer (MacLean et al., 2011). Schulver et al. (2016) forklarer at bruk av *telecare* rettet mot personer med mildere symptomer på sykdom, har behov for nøye overvåkning og regelmessig tilbakemelding. Dette gir bedre resultat knyttet til behandling av sykdom og forhindring av sykdomsforverring. I denne artikkelen er det videre foreslått at støttespillere kan hjelpe å lindre risikoen knyttet til bruk av telehelse og kan øke trygghet blant eldre pasienter.

En annen viktig faktor er *å skape tillit* til teknologien blant eldre. Kari Martinsen forklarer at vi ikke kan eksistere uten livsvilkårene som blant annet tillit, barmhjertighet. Spontan og umiddelbar tillit er til stede mellom sykepleier og pasient (Gjengedal, 2000). Alle mennesker er avhengige av hverandre og det blir tydelig når en trenger hjelp for eksempel ved sykdom og derfor blir omsorg til den svake en grunnleggende forutsetning for vår eksistens. Gjennom den avhengigheten utvikler mennesker sin selvstendighet og realiserer seg selv (Kristoffersen, 2017). Når man bruker teknologien til å utføre noen av sykepleierens oppgaver, blir det avgjørende at pasienten skal etablere tillit til teknologien. For å etablere tillit til teknologien hos pasienten er det nødvendig at pasienten får opplæring som må tilpasses til pasientens teknologiske ferdigheter (MacLean et al., 2011). Opplæring hos brukere kan øke trygghet og forhindre skade på pasienter som følge av feil bruk (Johannessen et al., 2019b). Etter pasient og brukerrettighetsloven §3-2 er det viktig at pasienten skal få nødvendig informasjon og i helsepersonelloven § 10 må helsepersonell gi nødvendig informasjon til pasienten. Isaksen et

al. (2017) hevder at når pasienten opplever økt grad av selvstendighet og selvbestemmelse gjennom bruk av velferdsteknologi opplever de økt grad av trygghet. For eksempel ved å slippe å bruke ansatte til medisintdeling eller økt mobilitet med mobil trygghetsalarm.

Hvis eldre som bruker velferdsteknologi får *tett oppfølging av sykepleiere* hjelper det å skape trygghet. Kari Martinsen (2017) argumenter at å være til stede hjertelig, er viktig for at helsepersonell skal kunne yte god omsorg. Det er en virkende kraft i sykepleierens medmenneskelighet. Bruk av teknologien kan bli en forlengede arm til pasientens kropp hvor sykepleieren kan sanse og fornemme noe av pasientens tilstand via teknologien. For å bo hjemme har mange eldre ofte behov for kompetent faglig tilsyn og oppfølging (Fjørtoft, 2016). Det er fullt mulig å produsere omsorg gjennom teknologi sammen med involvering av helsepersonell hvor trygghet produseres ved kontinuerlig omsorg- og visshet om at bruker og tjeneste gjøres sammen etter behov (Tøndel, 2018). Slike teknologier kan fungere som støtte både til pasient, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten men vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet (NOU 2011:11, s. 98). Eldre pasienter kan synes det er vanskelig å bruke velferdsteknologien, og derfor må velferdsteknologien som brukes av eldre følges opp tett av hjemmetjenesten (Johannessen et al., 2019a). Dette kan gjøres gjennom bruk av rutiner (Johannessen et al., 2019b). Men menneskene kan bli ensomme når roboter erstatter menneskelig nærvær (Kari Martinsen, 2017). Det kan bli etisk utfordrende hvis pasient ønsker sosial kontakt og ikke får dette på grunn av teknologien. Derfor er det viktig at ansatte har kompetanse til å skille mellom praktisk bistand og tilstedeværelse for å fremme trygghet (Isaksen et al., 2017). Når det er risiko knyttet til fravær av fysisk nærhet til pasienten blir det nødvendig med ulike og alternative måter å tenke på og håndtere risikoen (Shulver et al., 2016). For eksempel risiko av akutt forverring av sykdom. Det kan påvirke negativt på trygghet hos pasienten og kan forventes og forebygges ved økt intensitet av overvåkning (MacLean et al., 2011). Dette kan føre til nye og endrende arbeidsoppgaver til helsepersonell. For å legge til rette for trygg bruk av velferdsteknologiske løsninger innebærer at helse- og omsorgstjenesten må se på arbeidssystemet som en samhandlende helhet av ulike forhold som kan ha betydning for trygg og sikker bruk av teknologi (Johannessen et al. 2019b).

Riktig og tilstrekkelig kompetanse blant helsepersonell er en forutsetning for å oppnå god pasientsikkerhet (Norsk sykepleieforbund, 2012). Sykepleiere må ha kompetanse som omfatter både sykepleiefaglige, etiske, juridiske og teknologiske elementer for å stå rustet til å ivareta pasienter og pårørende på en god måte (Eines et al., 2020). Funnene i artikkelen av Johannessen

et al. (2019b) viser at for å bruke velferdsteknologiske løsninger er det viktig at helsepersonell skal ha god kunnskap og ferdigheter om de. Hensiktsmessig opplæring kan skape selvtillit og endre helsepersonell sine holdninger til teknologien. Det kan sikre at brukerne får rett informasjon, kompetent opplæring og at løsningen som tilbys er i samsvar med brukernes behov. I tillegg kan lav kompetanse hos helsepersonell skape utrygghet hos brukere når teknologien ikke virker og når brukeren har behov for rask og kompetent bistand. Shulver et al. (2016) opplyser at erfarne klinikere var mer aksepterende med hensyn til risikoen som var involvert mens de brukte telepleien. De tenker at risiko og pasientsikkerhet kan planlegges og styres som en integrert del av tjenestetilbudet via telehelse.

Helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (Hpl §1, 1999). Derfor er det nødvendig å ha klare mål når man introdusere telehelsetjenester til helsetjenester som kan gi effektiv og trygg implementering av telehelsetjenester (MacLean et al., 2011). Pasientsikkerheten betyr at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme (Aase K., 2015 s. 16). Så når man bruker teknologien til å yte omsorg er det viktig at pasient er trygg og sikker på bruk av den. For trygg bruk av velferdsteknologi er det viktig å vite *velferdsteknologiens begrensninger og funksjoner*. Eldre aksepterer ofte teknologier som er enkle å forstå og som oppleves trygge, nyttige og brukervennlige (Johannessen et al., 2019b, Isaksen et al. 2017). I sin artikkel forklarer Johannesen et al. (2019a) at Velferdsteknologi kan fungere som en fysisk sikkerhetsbarriere for å forebygge og redusere konsekvensene av uønskede hendelser. Dermed fungerer dette som et viktig verktøy for å øke pasientsikkerheten. Upålitelig teknologi og funksjoner som er vanskelig å forstå kan føre til skade på eldre voksne på mange måter. Teknologien som er utilstrekkelig i sine funksjoner kan gi falsk trygghet til brukere og helsepersonell. Sikkerheten er avhengig av at teknologien fungerer som den skal, brukes riktig og er designet for brukerne. For å sikre at teknologien fungerer optimalt er det nødvendig å ha tilgjengelig leverandør og faste rutiner på teknologien hjemme hos brukerne. Å følge opp faste rutiner er viktig for sykepleiere. Da de på grunn av sin «sårbarhet», for eksempel at de glemmer, ikke klarer å følge opp rutiner. Dette kan gi falsk trygghet.

6 KONKLUSJON

På bakgrunn av funnene kan jeg konkludere med at velferdsteknologi kan bidra til at sykepleiere ivaretar hjemmeboende eldre pasienter. Flere faktorer bidrar til opplevelse av trygghet for eldre pasienter som bruker velferdsteknologi. Å sette pasienten i fokus er avgjørende. For å skape trygghet hos hjemmeboende eldre er det viktig at sykepleierne kartlegger pasientens behov, ønsker, forventninger gjennom fortrolige samtaler og tar avgjørelser sammen med pasienten om hvilke teknologiske tilbud som passer til den enkelte pasienten. Gjennom denne prosessen er det viktig å se hele bildet over pasientens evne til å bruke og lære om ny teknologi. I noen tilfeller trenger pasienten sykepleierens tilstedeværelse i stedet for teknologien. En god relasjon mellom sykepleiere og eldre pasienter er grunnlaget for at pasienten får tillit til å få hjelp ved behov. I slike situasjoner bruk av velferdsteknologi kan gi etiske utfordringer sammenlignet med det tradisjonelle møtet mellom pasient og sykepleier. Dette bør unngås. Pasienten skal også få nødvendig informasjon om teknologien i tillegg til tett oppfølging av sykepleieren. Dette skal sikre riktig bruk av teknologien. Teknologiske kompetente sykepleiere er en annen viktig faktor for å skape trygghet blant eldre pasienter. Opplæring skal hjelpe med å skape tilstrekkelig teknologisk kompetanse blant sykepleiere. Økt teknologibruk kan føre til mer ansvar og nye roller for sykepleiere. Derfor kan det være behov for organisatoriske endringer. Teknologien som tilbys må tilpasses den enkeltes behov og den må være brukervennlig og pålitelig. Dette gjør at pasienten kan få økt tillit, og dermed økt trygghet til teknologien. Det er også behov for videre kontinuerlig forskning om pasientsikkerhet ved bruk av velferdsteknologien innen helse- og omsorgstjenesten.

Til slutt vil jeg si at teknologien ikke bør erstatte den tradisjonelle måten å yte omsorg på, altså gjennom det fysiske møtet. Bruk av velferdsteknologi kan bli et verktøy for å bekjempe framtidens utfordringer gjennom å bidra til at sykepleieren kan tilby helsehjelp av god kvalitet, kan det bli et verktøy for å bidra at sykepleieren kan tilby en god kvalitet helsehjelp. Denne helsehjelpen vil være lett tilgjengelig og pasienten kan oppleve økt kontroll, mestring og oversikt over egen sykdom. I tillegg opplever de at de er godt ivaretatt hvis det oppstår noen endringer i deres sykdomsbilde. Dette kan gi opplevelse av trygghet i eget hjem.

REFERANSER

Aase, K., (2015) *Pasientsikkerhet teori og praksis*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS

Alsvåg, H. & Gjengedal, E. (red.), (2000) *Omsorgstenkning En innføring i Kari Martinsens forfatterskap* Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.) Gyldendal Akademisk

Eines, T. F., Glærum, M., & Grønvik, C. K. U. (2020). Hvilke vurderinger må sykepleiere gjøre før velferdsteknologi tas i bruk? *Sykepleien* 2020 108 (81889) (e-81889)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.81889

Fermann, T., Næss, G. (2018). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff, (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2 utg., s. 51-57). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjørtoff, A.-K. (2016) *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.) Fagbokforlaget.

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.

Gjengedal, E. (2000) Omsorg og sykepleie I: H. Alsvåg & E. Gjengedal, (Red.). *Omsorgstenkning: En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget, s.37-55.

Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helgesen, A.K. (2017) Sosial kontakt I N.J.Kristoffersen, A. Nortvedt, E.-A Skaug, G.H. Grimsbø, (Red.), *Grunnleggende sykepleie Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Bind 3 (3. utg., s. 146) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2012) *Velferdsteknologi Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030* Helsedirektoratet Avdeling Omsorgstjenester. (<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/> /attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20vel

[ferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf\)](#)

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v.([LOV-2021-06-18-116](#)) Lovdata.
<https://lovdata.no/pro/#document/LTI/lov/1999-07-02-64>

Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
https://fhi.brage.unit.no/fhixmlui/bitstream/handle/11250/2378402/NOKCnotat_Hofmann_2010_sep.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R., & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 117-127. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen L. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.) Abstrakt forlag AS

Johannessen, T. B., Storm, M., & Holm, A. L. (2019a). Safety for older adults using telecare: Perceptions of homecare professionals. *Nursing open*, 6(3), 1254-1261.
<https://doi.org/10.1002/nop2.328>

Johannessen, T. B., Holm, A. L., & Storm, M. (2019b). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse-og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 71-83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>

Corneliussen, H. & Dyb, K., (2017). Kapittel 9: Om teknologien som ikke fikk være teknologi - diskurser om velferdsteknologi. I *Immateriell kapital* (s. 165-181). Universitetsforlaget.
<https://doi.org/10.18261/9788215028163-2017-09>

Kjøllestad, A. (2010). Er teknologisk kompetanse omsorg. *Sykepleien 2010* 98 (8) (75-77)
DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0068

Kristoffersen N.J., (2017) Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise I N.J.Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø Grunnleggende sykepleie pasientfenomener, samfunn og mestring. Bind 3 Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 15-77

Martinsen, K. & Kjær, T. (2012) *Løgstrup og sykepleien* Akribe

Martinsen, K. (2017). Fra diakonisse til robot. *Klinisk sygepleje*, 31(1), 20-32.

<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-01-03>

McLean, S., Protti, D., & Sheikh, A. (2011). Telehealthcare for long term conditions. *Bmj*, 342. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d120>

Meld. St. 15. (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre: 2017-2018*.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg: 2012-2013*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Melting, J.B. (2018). Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram I Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

Mesen, L. (2018). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H.Ranhoff, (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2 utg., s. 51-57).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*.

Oslo: Norsk sykepleierforbund.

NOU 2002:6 (2006) *Når sikkerhet er viktigst- beskyttelse av landets kritiske infrastrukturer og kritiske samfunnsfunksjoner* Justis- og politidepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/c8b710be1a284bab8aea8fd955b39fa0/no/pdfs/nou200620060006000dddpdfs.pdf>

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

Informasjonsforvaltning

Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Ohm, E., Madsen, C., & Alver, K. (2019). *Skadebildet i Norge. Fordeling etter utvalgte temaområder*. Folkehelseinstituttet.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/skadebildet-i-norge_rapport_2019.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter, (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Romøren, T. I. (2018). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff, (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2 utg., 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Silverglow, A., Lidèn, E., Berglund, H., Johansson, L., & Wijk, H. (2021). What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing open*, 8(1), 191-199. <https://doi.org/10.1002/nop2.618>

Shulver, W., Killington, M., & Crotty, M. (2016). ‘Massive potential’ or ‘safety risk’? Health worker views on telehealth in the care of older people and implications for successful normalization. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 1-15.

<https://doi.org/10.1186/s12911-016-0373-5>

Stokke, R., Furnes, M., Vifladd, A. & Odberg, K.R., (2020) Pasientsikkerhet og velferdsteknologi-parhester i utakt. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 165-171

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-12>

Tøndel, G. (2018). Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 287-297. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-11>

Ranhoff, A. H. (2018). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2 utg., s. 79-91).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Østby, B. A. (2019). Valg 2015: Samhandlingsreformen – flere oppgaver og for lite fagkompetanse. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2015/08/samhandlingsreformen-del-av-problemet>

VEDLEGG 1: SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensnings	Antall treff	Lesteabstakt	Lesteartikler	Antall valgte artikler
10/04/2022	Oria	Velferdsteknologi AND Sikkerhet OR Trygghet AND Gammel OR Eldre AND Pasienter	Språk: Engelsk, norsk, swedish, danish, Artikles, siste 10 years	380	12	5	Johannesse, Holm, Storm (2019a) (2019b) Tøndel G. Omsorgens materialet (2018) Randi S., Furnes M., Vifladd A., Odberg K. (2020) DOI: https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-12
11/04/2022	Oria	Velferdsteknologi AND Sikkerhet OR Trygghet AND Gammel OR Eldre AND Pasienter	Språk: Engelsk, norsk, Svensk Dansk, Artikler, siste 10 år	6464	8	3	0
11/04/2022	Oria	Velferdsteknologi AND Pasient AND Trygghet AND Sikkerhet	Språk: Engelsk, norsk, Swedish, Danish, Artikler, siste 10 år	29	10	7	Isaksen J. et al (2017)
12/04/2022	British Nursing Index	Tele* AND Old AND Patient* AND Safe	Språk: Engelsk, Artikler, siste 10 år	3814	5	3	1 Karlsen C., Haraldstad K., Moe C., Thygesen E. (2017) Silverglow, Liden, Berglund, Johansen, Wijk (2020)
13/04/2022		Telecare* AND Safety					Telehealth care for long term conditions MacLean et al. (2011)

	Cinahl	S1: Telemedicine OR Telehealth OR Telecare S2: Patient safety S3: elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric	Språk: Engelsk, Artikles, siste 10 years	85	1	1	Shulver, Killington, Crotty Massiv potential or safety risk (2016)

Søk	Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Utvalgte artikler
S1	Cinahl	Telehealth OR Telecare OR Telemonitoring OR Telepractice OR Telenursing OR Telecare	0	32563	0	0	0
S2		Elderly OR Aged OR elder OR older OR Geriatric OR Elderly people OR geriatric people OR senior	0	11782 16	0	0	0
S3		S1 + S2		5159	0	5	Jiang et al. (2022) https://doi.org/10.1186/s12877-021-02702-z
S4		Safety and Security	Fra årstall: 2012- 2022	2768			

Kandidatnummer: 5169

			Artikler				
S5		S3+S4	Fra årstall: 2012- 2022 Artikler Språk: Engelsk	26			1. Karlsen et al. (2018) DOI: https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003345 2. Karlsen, Moe, Haraldstad, Thygesen (2018) DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.14744 3. Hsni-Kai Chou et al. (2012) https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e318263d916
S6		Quality of life	Fra årstall: 2012- 2022 Artikler Språk: Engelsk	61608	0	0	0
S7		S1+S2+S6		226	10	4	1. Rodrigues et al (2020) https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216462