



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

**Brukernes erfaringer med velferdsteknologi i
hjemmesykepleien-en prosjektplan/Users`
experiences with welfare technology in home nursing-
A project plan**

Kristin Heinonen/kandidatnr:1

Totalt antall sider inkludert forsiden: 54

Molde, 12.05.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anne Marie Mork Rokstad

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 12.05.2020

Antall ord: 4394

Sammendrag:

Bakgrunn: Som et resultat av at oppgavene som kommunene skal ivareta øker både i bredde og kompleksitet, ser man nå at vi etter hvert står i fare for å mangle både hender og riktig kompetanse for å utføre den pleien brukerne av tjenesten har behov for, og rett på. I dagens samfunn er det derfor et stort fokus på velferdsteknologi som vil bli en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, og som vil kunne bidra til at brukere og innbyggere vil kunne ta mer aktive valg rundt egen helse, og gi dem muligheten til å påvirke eget helsetilbud. Målet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene innen utgangen av 2020.

Hensikt: Å undersøke hvilke erfaringer brukere av hjemmesykepleien har med velferdsteknologi som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har brukere av hjemmesykepleien med velferdsteknologi?

Metode: Studien har et kvalitativt design med en fenomenologisk tilnærming. Det blir gjennomført ti semistrukturerte intervjuer, hvor en intervjuguide blir benyttet. I analysen vil det bli brukt tekstkondensering av de meningsbærende enhetene.

Etiske overveielser: Jeg må være klar over at mine egne erfaringer vil påvirke mitt syn på fenomenet som undersøkes. Balansen mellom nærhet og avstand til personene som undersøkes er essensielt. Prosjektet er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Regional etisk komite (REK), og gjeldende retningslinjer for oppbevaring og behandling av datamaterialet vil bli fulgt.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, hjemmesykepleie, bruker, erfaringer

Abstract

Background: As a result of the services the municipalities are supposed to provide and maintain increasing in both volume and complexity, we now observe that, after a while, due to a lack of staff as well as proper competence, we run a real danger of falling short of providing the critical services the clients need and entitled to. Today's society has a focus on a welfare technology that will be one of the main pillars in the health and social services and which will be able to contribute to clients and citizens taking more autonomous and independent choices and will empower them to influence their own service situation. The goal is that welfare technology become an integrated part of the municipal health and social services by the end of the year 2020.

Purpose: To examine what experience users of home nursing have with welfare technology as a part of or instead of an existing municipal service.

Problem: What experience do users of home nursing with welfare technology have?

Methods: The study has a qualitative design with a phenomenological approach. Ten semi-structured interviews are conducted, where an interview guide is used. In the analysis, text condensation of the meaning-bearing units will be used.

Ethical considerations and required permissions: I must be aware of my own experiences and that it will influence my view of the phenomenon explored. Balance between having a professional distance to the persons studied and being close is essential. The project is reported to the Norwegian Center for Research Data (NSD) and the Regional Ethics Committee (REK), and standing guidelines for containing and handling of data materials will be complied.

Keywords: Technology/ welfare technology, home-nurse, user, experience

Innhold

1.0 Bakgrunn for valg av tema	10
1.1 Egen erfaring fra klinisk praksis	10
1.2 Utviklingen i hjemmesykepleien, og dens rammer og ansvarsområder	10
2.0 Systematisk litteratursøk	11
2.1 Systematisk litteratursøk og PICO-skjema	11
2.2 Manuelle søk og databasesøk.....	12
2.3 Tidligere forskning.....	13
2.3.1 Mestringsfølelse og selvstendighet	13
2.3.2 Stigmatiserende, forstyrrende og falsk trygghet	14
2.3.3 Interesse, kunnskap og kartlegging	14
3.0 Prosjektets tema	15
3.1 Hensikt	15
3.2 Problemstilling	15
3.3 Avgrensning	15
3.4 Begrepsavklaring og definisjoner	16
3.4.1 Velferdsteknologi.....	16
3.4.2 Bruker/pasient	16
3.4.3 hjelpebehov	16
4.0 Teoretisk perspektiv	17
4.1 Velferdsteknologi i hjemmesykepleien.....	17
5.0 Metode	18
5.1 Metode og vitenskapsteoretisk ståsted	18
5.2 Deltakere, inklusjons- og eksklusjonskriterier og utvalgets størrelse.....	18
5.3 Intervju	19
5.4 Analyse av innsamlede data	19
6.0 Ethiske overveielser og nødvendige tillatelser	20
6.1 Tilgang til forskningsfeltet og informert samtykke	20
6.2 Forforståelse.....	20
6.3 Konfidensialitet og vern av personopplysninger.....	21
6.4 Nødvendige tillatelser	21
7.0 Fremdriftsplan	21
8.0 Konklusjon og relevans	22
9.0 Referanser	23

- Vedlegg 1 PIO skjema
- Vedlegg 2 Søkeshistorikk
- Vedlegg 3 Inkluderte artikler
- Vedlegg 4 Informasjonsbrev til enhet
- Vedlegg 5 Samtykkeerklæring enhet
- Vedlegg 6 Informasjonsbrev deltakere
- Vedlegg 7 Samtykkeerklæring deltakere
- Vedlegg 8 Intervjuguide

1.0 Bakgrunn for valg av tema

1.1 Egen erfaring fra klinisk praksis

Velferdsteknologi er i vinden for tiden, og man hører om at dette har økonomiske gevinster. Helsearbeidere unngår mye stress og har bedre tid, og brukere som mottar velferdsteknologi inn i hverdagen opplever økt livskvalitet gjennom trygghet, selvstendighet og får sine fysiske, psykiske, åndelige og eksistensielle behov dekt. Brukerne blir mer selvstendige, mer aktive og kan bo hjemme lengre. Jeg har jobbet i hjemmesykepleien siden 2007 og har merket utviklingen de siste årene i henhold til oppgaver vi blir pålagt og den økende gruppen med både eldre og brukere med mer komplekse og sammensatte behov. Pleien blir stadig mer avansert og tiden vi har til rådighet strekker ikke til. Som en konsekvens av utviklingen står vi i fare for å mangle både hender og kompetanse etter hvert, og derfor kommer det stadig mer velferdsteknologi inn på markedet for at brukere skal kunne være mest mulig selvhjulpen for at helsepersonell skal kunne hjelpe de mest sårbare og trengende. Kommunen hvor jeg jobber er med i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, og jeg ser derfor at det blir mer og mer teknologiske hjelpemidler ute i feltet. Vi har tatt i bruk pivotel, multidosedispensere, trygghets/fallalarmer/GPS, e-låser og PDA, noe jeg alltid har vært skeptisk til da jeg har vært redd for at «varme hender» skal byttes ut til fordel for teknologien, og at vi som jobber innenfor helse vil ha liten mulighet til å følge opp brukere, oppdage tidlig forverring av tilstander, og skape utrygghet og ensomhet ute på bygda. Etter implementeringen av de forskjellige verktøyene har jeg fått erfart både positive og negative konsekvenser av dette.

1.2 Utviklingen i hjemmesykepleien, og dens rammer og ansvarsområder

Før 1971 lå hjemmesykepleien under Departement for familie- og forbrukersaker, og var mer å betrakte som en velferds- og støttetjeneste til gamle mennesker. I 1971 ble hjemmesykepleien overført til Sosialdepartementet via midlertidige retningslinjer, og ble senere lovregulert som kommunal tjeneste. Etter hvert ble hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten slått sammen, og vi har nå i dag kommunale pleie- og

omsorgstjenester. Hjemmesykepleien er blitt en del av hjemmebaserte tjenester og har utviklet seg fra å være en støttepillar til å bli den største bærebjelken i den kommunale omsorgstjenesten (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

Ifølge loven om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 3 §3-1 skal kommunene sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, og at kommunens ansvar omfatter alle pasient/brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, rusproblemer, skader/lidelser, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (lovdata.no). I 2018 var det ifølge kommunalt og brukerregister 233172 brukere som mottok helsetjenester i varierende grad (Helsedirektoratet.no).

Hjemmesykepleien er en offentlig helsetjeneste og er styrt av en rekke lover og forskrifter som omhandler tjenestene, hva de skal inneholde, og hvem som har ansvaret. Det er også en rekke lover som regulerer pliktene og rettighetene til både helsepersonell og brukere (Fjørtoft 2012).

Rammene i hjemmesykepleien har en avgjørende betydning for kvaliteten på tjenesten, og styrer og setter grenser for hva som skal gjøres, og hva som er riktig å gjøre. Det er flere ressursmessige rammefaktorer som påvirker tjenesten hos den enkelte bruker, og kan innebære både begrensninger og muligheter. Aktuelle rammefaktorer her er historiske rammer, lover og forskrifter, organisering og ledelse, ressursmessige rammer, tid og samhandlingsreformen (Fjørtoft 2012).

I følge «omsorg 2020» er behovet for at primærhelsetjenesten utformer nye løsninger ved å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurs, ta i bruk ny teknologi, nye faglige metoder og støtte lokalt innovasjonsarbeid for å bidra til gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester (Helse og omsorgsdepartementet 2015).

2.0 Systematisk litteratursøk

2.1 Systematisk litteratursøk og PICO-skjema

En systematisk litteraturoversikt brukes til å skaffe oversikt over allerede eksisterende forskningskunnskap innenfor et bestemt område. Jeg starter først med å formulere en problemstilling som oversikten skal belyse, deretter vil kunnskapen søkes, samles, vurderes og sammenfattes. På denne måten skapes ikke ny kunnskap, men nye erkennelser vil kunne finne sted (Malterud 2013). Etter å ha formulert en problemstilling

tilpasset det jeg ønsker å forske videre på, må jeg se videre på hvilke søkeord jeg vil benytte for å kunne finne relevant forskning på de forskjellige databaser. Før søkene starter forbereder jeg et PICO-skjema for systematisering av mine søkeord. Et PICO-skjema benyttes gjerne som et rammeverk når man jobber kunnskapsbasert. Med dette skjemaet deles problemstillingen opp, og man får strukturert problemstillingen på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene i PICO betegner momenter som ofte bør være med i et klinisk spørsmål (Nortvedt et al. 2008). Siden jeg i mitt prosjekt ikke skal sammenligne to typer tiltak, vil ikke C i PICO bli benyttet, og jeg vil derfor få et PIO-skjema. (Vedlegg 1).

2.2 Manuelle søk og databasesøk

For å få en oversikt over eksisterende forskningslitteratur relatert til fenomenet som undersøkes, ble det gjort artikkelsøk i databaser på høyskolens bibliotek. For å forenkle søkeprosessen ble inklusjons- og eksklusjonskriterier brukt for å lettere kunne velge bort artikler som ikke er relevante for mitt prosjekt. Jeg satte på ei begrensning til at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, og at de skulle være på et språk jeg mestrer, som norsk, dansk, svensk eller engelsk. Alle mine artikler skal være publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2. Før søking i bibliotekets databaser gjorde jeg noen søk i Google Scholar for å få en liten oversikt over om det er mye forsket på brukererfaringer med velferdsteknologi. Jeg søkte da med ordene velferdsteknologi hjemmetjenesten. Funnene jeg fant er at det er blitt mye forsket på velferdsteknologi, men da på bakgrunn av helsepersonellens erfaringer og lite brukererfaringer. Jeg fant 3 artikler i Google Scholar jeg ønsker å se videre på. Videre søkte jeg til SweMed+ for et enkelt søk med søkeordet velferdsteknologi. Der fikk jeg 14 treff. 3 av disse artiklene ønsket jeg å se videre på, og ble senere inkludert i prosjektet. Det viste seg at 2 av disse 3 var de samme som jeg hadde funnet på Google Scholar. Den 3. artikkelen jeg fant inn på Google Scholar søkte jeg etter i Oria, men uten hell. Denne ble derfor ekskludert. Deretter gikk søket videre i Oria, og søkeordene velferdsteknologi og hjemmesykepleie ble kombinert. Dette gav 10 treff på Oria, men hvor bare 2 av artiklene virket å være av interesse for min oppgave. Etter å ha lest igjennom abstract ble disse artiklene ekskludert da de ikke besvarte min problemstilling. Da jeg har lite erfaring med søk av artikler i databaser og finner dette vanskelig, bestilte jeg meg tim hos bibliotekar. Vi valgte først å søke i SweMed+ for å finne MeshTermer, deretter ble det søkt i Ovid Medline og Ovid Nursing med like søkeord. Dette gav flere artikler, hvor jeg gikk gjennom flere av abstractene. Ingen av artiklene ble inkludert da de ikke svarte på min problemstilling eller hensikt. Etter mye

leting av relevante artikler og lite hell, sendte jeg en mail til Trude Eines etter tips fra høyskolen. I tilbakemeldingen sendte hun med link til 2 artikler som jeg leste abstract på. En av artiklene har jeg valgt å inkludere. Det ble derfor inkludert 4 artikler totalt i mitt prosjekt. Disse var i nivå 1. For å finne ut om de valgte artiklene var publisert i godkjente tidsskrifter benyttet jeg NSD sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (nsd.no) I vedlegg 2 blir det beskrevet detaljert oversikt over søkehistorikk, søkeord og kombinasjonene som ble gjort med disse ordene.

2.3 Tidligere forskning

Siden det var lite forskning å finne på brukerperspektiv ble det valgt å ta med artikler hvor helsepersonell uttalte seg på bakgrunn av erfaringer brukere hadde fortalt dem tidligere, inn i prosjektet. Gjennom disse 4 artiklene som ble inkludert var det allikevel noen gjentakende uttalelser. Jeg opplever gjennom søkene at det er blitt gjort lite forskning på hvilke erfaringer brukere av hjemmesykepleien har med velferdsteknologi. Det kommer også frem i en av artiklene. Denne sier at det er lite forskning om brukernes erfaringer om bruk av velferdsteknologi, og at vi i stor grad mangler kunnskap om hvordan teknologien påvirker og erfares av brukerne i kommunehelsetjenesten i Norge (Isaksen et al. 2017). Jeg synes dette er et viktig tema fordi teknologien vil bli en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, og ville kunne bidra til at innbyggere vil kunne ta mer aktive valg rundt egen helse, og gi dem mulighet til å påvirke eget helsetilbud. Det vil også kunne være med å bidra til kvalitet, og mer effektive helse- og omsorgstjenester. Jeg har valgt ut følgende tema fra tidligere forskning som er aktuelle for prosjektet: 1) mestringsfølelse og selvstendighet, 2) stigmatiserende, forstyrrende og falsk trygghet, 3) interesse, kunnskap og kartlegging.

2.3.1 Mestringsfølelse og selvstendighet

Mestringsfølelse og selvstendighet var noe informantene uttalte seg om i flere av artiklene. De opplevde en mestringsfølelse av å bli mer selvstendige og det å kunne benytte seg av velferdsteknologi som medisindispensere, trygghetsalarm og robotdusjer. Trygghetsalarmen var et veldig enkelt verktøy. Informantene fortalte også om at ved å kunne benytte disse verktøy var de ikke avhengige av å vente på at hjemmesykepleien skulle komme. De kunne for eksempel dusje når de selv ønsket og i det tempoet de selv ønsket. (Isaksen et al. 2017; Stokke, Randi, Ragnhild Hellesø og Maren Sogstad. 2019; Baccman, Charlotte og Linda Bergkvist. 2019).

2.3.2 Stigmatiserende, forstyrrende og falsk trygghet

Mange av informantene syntes det var vanskelig at andre mennesker skulle se at de hadde velferdsteknologi og at dette var et tegn på skrøpeligheit og at de ikke kunne greie seg alene i hverdagen. Alarmer på medisindispensere ble beskrevet som forstyrrende, og de ønsket ikke at alarmer skulle gå når de hadde besøk. Denne var også upraktisk å ta med seg når de skulle ut av leiligheten. Flere fortalte at de følte seg mer bunn til hjemmet og dermed ble mer inaktive og lite sosiale. De måtte sitte hjemme og vente på at medisinen skulle komme ut. Trygghetsalarmer brukte mange av informantene å putte under genseren for at den ikke skulle være synlig for andre. Mange la den også fra seg på nattbordet om natten, da de var redde for å utløse alarmer ved uhell. Denne mente det også gjorde at de ble mer inne i huset, da dekningen for alarmer var dårlig. GPS alarm hadde også blitt erfart som falsk trygghet for en av informantene da den mobile dekningen ikke hadde virket en gang han hadde gått seg bort. (Isaksen et al. 2017; Stokke, Randi, Ragnhild Hellesø og Maren Sogstad. 2019; Johannessen, Torunn Beate, Anne Lise Holm og Marianne Storm. 2019).

2.3.3 Interesse, kunnskap og kartlegging

Gjentakende i alle inkluderte artikler var viktigheten av kunnskap. Kunnskap og interesse for teknologi hos brukerne var viktige faktorer for å lykkes. De som benyttet seg av Ipad, mobiltelefoner og PC etc. i det daglige, hadde et bedre utgangspunkt enn de brukerne som ikke hadde benyttet seg av eller hadde interesse for slik teknologi. De trengte også mindre opplæring av velferdsteknologiske løsninger enn de som manglet interesse. Når det kommer til kunnskapen helsepersonell hadde, spilte denne en stor rolle. Hvis kunnskapen var mangelfull hos helsepersonell ble brukerne skeptiske og negative. Trygghetsalarmer ble ofte tatt av under dusj, brukerne hadde ikke fått beskjed om at denne tålte vann, og eksempler på når de kunne bruke alarmer ble ofte formidlet med at ved fall og de ikke kom seg opp fra gulvet kunne de bruke alarmer. Dette resulterte i at brukerne ikke turte å bruke alarmer i andre situasjoner enn ved fall. Helsepersonell hadde også ulike meninger om hva som var godkjente situasjoner å bruke trygghetsalarm i og hva som ble oppfattet som misbruk. Kartleggingen av hvilket velferdsteknologisk hjelpemiddel som passer den enkelte bruker var viktig. Det var viktig at brukeren fikk en medbestemmelse i dette da behovene til brukerne kunne tolkes på ulike måter. Det var også viktig å innhente informasjon fra helsepersonell som kjenner brukeren godt og som derfor kan komme med

forslag til teknologi. Det fremgår også at det er viktig med videre oppfølging av brukerne som har fått velferdsteknologi, om de fortsatt har samme behovet eller om det har endret seg. Et eksempel på dette kan være at brukeren etter noen år har utviklet en kognitiv svikt som gjør at han ikke kan benytte seg av en trygghetsalarm lengre, og at dette derfor resultere i falsk trygghet (Isaksen et al. 2017; Stokke, Randi, Ragnhild Hellesø og Maren Sogstad. 2019; Johannessen, Torunn Beate, Anne Lise Holm og Marianne Storm. 2019; Baccman, Charlotte og Linda Bergkvist. 2019).

3.0 Prosjektets tema

3.1 Hensikt

Hensikten er å undersøke hvilke erfaringer brukere av hjemmesykepleien har med velferdsteknologi som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste.

3.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer har brukere av hjemmesykepleien med velferdsteknologi?

3.3 Avgrensning

I dette prosjektet blir lokalisering for undersøkelse av fenomenet forbeholdt hjemmesykepleien. Altså de som bor i egne hjem eller i omsorgsboliger hvor det ikke er døgnbemanning.

Brukergruppen som utgjør brukergrunnlaget er personer som har behov for bistand i større eller mindre grad i hverdagen, og som har fått trygghets- og sikkerhetsteknologi og/eller teknologi for behandling og pleie som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste.

Jeg har valgt å ekskludere teknologi som omhandler kompensasjons- og velværeteknologi og teknologi for sosialkontakt, samt telemedisin og telehelse for å avgrense prosjektet.

3.4 Begrepsavklaring og definisjoner

3.4.1 Velferdsteknologi

I vid forstand er velferdsteknologi noe alle kan ta i bruk for å få det bedre. Den norske definisjonen av velferdsteknologi er:

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 (Nakrem, Sigrid & Johannes B. Sigurjonsson 2017, 18).

Hovedkategoriene innenfor velferdsteknologi er: trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie. (Nakrem, Sigrid & Johannes B. Sigurjonsson 2017).

3.4.2 Bruker/pasient

Definisjon av hvem som er pasient/bruker er konkretisert i pasient- og brukerrettighetsloven §1-3. Loven beskriver her at pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Bruker blir beskrevet som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (Lovdata.no).

3.4.3 Hjelpetbehov

En person må mestre en rekke funksjoner for å klare hverdagen i sitt eget hjem. Hjelpetbehov oppstår hvis en person ikke lengre greier å opprettholde disse funksjonene alene uten bistand fra andre personer. Disse hjelpetbehovene kan innebære hjelp til å dekke både fysiske, psykiske, åndelige og eksistensielle behov så alle mennesker har. Eksempler

på hjelpebehov kan være hjelp til personlig hygiene, husarbeid, egenomsorg, trygghet osv. og kan oppstå som følge av sykdom, skader/traumer, lite nettverk, etc. (Fjørtoft 2012).

4.0 Teoretisk perspektiv

4.1 Velferdsteknologi i hjemmesykepleien

Vi mennesker blir stadig eldre, og med økende alder øker også risikoen for en rekke sykdommer og utfordringer i dagliglivet. Vi har i dag et bedre behandlingstilbud enn før, noe som gjør at vi stadig kan leve lengre tross for alvorlig sykdom. At andelen eldre i befolkningen øker, er et karakteristisk trekk i det moderne samfunn, og helsetjenesten stilles ovenfor store utfordringer (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Flere store reformer på helse- og omsorgsfeltet de siste årene har også bidratt til at kommunene har fått ansvar for å yte tjenester til en voksende gruppe yngre mennesker også.

Kompleksiteten og bredden i oppgavene kommunene skal ivareta har økt gradvis over tid. Det er blitt kortere liggetid spesialisthelsetjenesten, og personer som før bodde i institusjon skal nå få hovedparten av sine tjenester i kommunen der de bor (Oppsummering av Fremtidens primærhelsetjeneste -nærhet og helhet 2014-2015).

Kortere liggetid på sykehus, nedbygging av institusjonsplasser, ønsker om å bo hjemme, og stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester gjør at det blir mangel på både hender og hoder med den riktige kompetansen etter hvert. Det vil derfor kreves nytenkning rundt hvordan vi best mulig kan bruke materielle og menneskelige ressurser (Oppsummering av Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2014-2015 og Nakrem, Sigrid & Johannes B. Sigurjonsson 2017). Bruken av velferdsteknologi i Norge øker, og stadig nye velferdsteknologiske løsninger kommer på markedet.

Ifølge St. Meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg skal velferdsteknologi være en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene innen utgangen av 2020. (Helse- og omsorgsdepartementet). For å bidra til at dette målet kan nås, ble Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) etablert i 2013 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Teknologi vil bli en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, og vil kunne bidra til at brukere og innbyggere vil kunne ta mer aktive valg rundt egen helse, og gi dem muligheten til å påvirke eget helsetilbud. Det vil også kunne være med å bidra til kvalitet, og mer effektive tjenester. Det åpner et mulighetsrom på flere måter (Nakrem, Sigrid og Johannes B. Sigurjonsson 2017). I Norge brukes ordet velferdsteknologi som et samlebegrep og omfatter også begreper som helse- og

omsorgsteknologi, m-helse, e-helse og telemedisin. Felles mellom disse er at de omhandler former for teknologi som skal gi større trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og aktivitet, samt bedre kommunikasjon. Hovedkategorier innenfor velferdsteknologi er trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (Nakrem, Sigrid og Johannes B. Sigurjonsson 2017).

5.0 Metode

5.1 Metode og vitenskapsteoretisk ståsted

Siden det er erfaringer jeg etterspør i min problemstilling ble kvalitativ metode et naturlig valg for min studie. Ved å bruke kvalitativ metode vil jeg ha mulighet til å studere deltakernes subjektive erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud 2013). Metoden er redskapet som benyttes i møte med en problemstilling som man ønsker å undersøke. Denne beskriver også hvordan en vil gå frem for å innhente eller etterprøve kunnskap. Hvilken metode som skal brukes avhenger av hvilket spørsmål som stilles (Nortvedt et al. 2008).

5.2 Deltakere, inklusjons- og eksklusjonskriterier og utvalgets størrelse

Deltakere som det skal innhentes erfaringer og informasjon fra i min oppgave er brukere av hjemmesykepleien som allerede har fått implementert velferdsteknologi i sin hverdag og som har dette som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste. Deltakerne kan ha ulike hjelpebehov, men det er ønskelig at de har velferdsteknologi som ligger under trygghets- og sikkerhetsteknologi eller pleie- og behandlingsteknologi. Deltakerne vil bestå av begge kjønn. Alle skal være over 50 år, og ingen skal ha stor kognitiv svikt. Antall deltakere i denne studien vil være på 10 deltakere, samt jeg vil ha to ekstra deltakere i bakhånd hvis noen plutselig skulle trekke seg. Når analysen starter, vil utvalget av deltakere ha stor betydning for hvordan vi vil være i stand til å belyse problemstillingen i studien. Jo mindre vi vet om hva vi ønsker å se nærmere på før intervjuene, jo større sjans er det for at utvalget vi har gjort gir magre og tilfeldige data (Malterud 2013).

5.3 Intervju

I mitt prosjekt har jeg valgt å bruke semistrukturerte intervjuer for å undersøke fenomenet, og dette innebærer at deltakerne vil bli intervjuet individuelt. Dette er ifølge Svartdal (2015) en av de vanligste intervjuformene i forskningssammenheng og innebærer et sett av forhåndsbestemte temaer som skal belyses. Rekkefølgen på temaene kan varieres og det gis rom for improvisasjon. Det vil i mitt prosjekt bli brukt en intervjuguide.

Individualintervju krever ro og tid, og de tar gjerne en til flere timer å fullføre (Malterud 2013). Intervjuet er antatt å vare i ca.1 time og deltakeren har mulighet til å selv velge hvor det er ønskelig å avholde intervjuet. Det er viktig at jeg som forsker passer på at det ikke blir for mye forstyrrelser og støy rundt oss, og at lokalet vi gjennomfører intervjuet er lyst, rolig og avslappende. Det vil bli benyttet lydbåndopptaker under intervjuet. Dette gjør at jeg har mulighet for å høre om igjen samtalen og har enklere å få tak i essensen fra samtalen. Jeg vil også skrive ned egne notater underveis.

5.4 Analyse av innsamlede data

Jeg vil i min studie bruke systematisk tekstkondensering som redskap for en tverrgående analyse hvor informasjon fra flere informanter vil bli sammenfattet. Georgi beskriver dette som en prosedyre der analysen gjennomføres i fire trinn:

- Å få et helhetsinntrykk
- Å identifisere meningsdannende enheter
- Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
- Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2013).

Data vil typisk være i form av meningsbærende ytringer om informantenes forforståelse og tolkning av situasjonen, snarere enn hva som objektivt sett er riktig, og slike data må nedtegnes og kodes. De første analysene tar utgangspunkt i informantenes opplevde erfaringer, mens det siste nivået organiserer analysene fra alle deltakerne i en felles strukturert beskrivelse. Her kreves det ifølge Svartdal (2015) at forskeren er i stand til å sette sine egne forståelsesformer til side, slik at informantenes kommer frem. En hovedutfordring med å håndtere kvalitative data er det store omfanget av informasjon som blir hentet ut ved et intervju og krever mye etterarbeid med bearbeiding og tolkning.

6.0 Etiske overveielser og nødvendige tillatelser

6.1 Tilgang til forskningsfeltet og informert samtykke

Siden flere kommuner på Nordmøre er med i det Nasjonale velferdsprogrammet finner jeg det naturlig å spørre rundt i de enkelte kommunene her etter deltakere til mitt prosjekt. Jeg tar først kontakt pr telefon og samtaler med enhetslederne på de forskjellige enhetene til hjemmesykepleien. Her gis informasjon om prosjektet, og hvis de ønsker å være med vil kommunen motta både muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet. Dette informasjonsskrivet vil være et informasjonsskriv til tjenesteyterne som skal forspørre deltakere til mitt prosjekt, samt et informasjonsskriv til deltakere med samtykkeerklæring. Informasjonsskrivet til tjenesteyterne vil beskrive hva undersøkelsen går ut på, og den vil inneholde eksklusjons- og inklusjonskriteriene for deltakerne. Først når samtykkeerklæringen er underskrevet og innhentet vil deltakerne bli kontaktet av meg pr tlf. for å avtale direkte med deltaker om når intervjuet skal finne sted, og hvor de ønsker at intervjuet skal avholdes. Kvalitative data omhandler menneskers erfaringer, holdninger og tanker, og kvalitative metoder brukes ofte til å utforske saker og relasjoner som er viktige for folk. Dette stiller strenge krav til informert samtykke. Deltakerne skal informeres om hva studien går ut på, studiens hensikt og mulige risikoer ved å delta (Brinchmann 2016). De skal også kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om de ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud 2013). Alle deltakere i dette prosjektet vil motta både informasjonsskriv om prosjektet og en samtykkeerklæring de skal underskrive på før de deltar. De har også rett til å trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi årsak.

6.2 Forforståelse

Ifølge Malterud (2013) vil forskerens ståsted, faglige interesser, motiv og personlige erfaringer være med å påvirke prosjektet. Det er viktig at jeg er klar over at mine erfaringer som sykepleier vil kunne påvirke dette prosjektet gjennom min forforståelse. Dette vil kunne vise seg gjennom hvilken problemstilling jeg ønsker, hvilket perspektiv som velges, hvilke metoder jeg vil benytte, utvalget jeg anser som relevant, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene, og hvordan konklusjon vektlegges og formidles. Det er derfor viktig at jeg utviser refleksivitet og her viser vilje og evne til å sette spørsmålstejn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke.

6.3 Konfidensialitet og vern av personopplysninger

Deltakere i min studie skal føle seg trygge på at ingen andre enn jeg som forsker vet hvem de er, slik at de kan gi ærlig og åpen informasjon uansett hva det gjelder. Et viktig aspekt i forskningsetikken er konfidensialitet i behandling av personopplysninger. Det skal være med å sikre at deltakernes er trygge og at ingen får kjennskap til fortrolige opplysninger. Ved å trygge deltakerne med dette vil man også sikre at man får mest mulig korrekte data som ikke er påvirket av forsøkspersoners angst for represalier eller annet (Brinchmann 2016).

6.4 Nødvendige tillatelser

Da jeg skal innhente personopplysninger på deltakerne i studien, samt bruke lydbåndopptak under intervjuene vil mitt forskningsprosjekt bli meldt inn til både Regional etisk komite (REK) og Nasjonalt senter for forskningsdata (NSD) før igangsetting. Ifølge Forskningsetikkloven §4 skal forskere opptre med aktsomhet for å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Dette gjelder også under forberedelser til forskning, rapportering av forskning og andre forskningsrelaterte aktiviteter. (Lovdata 2017).

7.0 Fremdriftsplan

Aktivitet	Frist
Ferdigstille prosjektplan	Mai 2020
Sende inn til REK og NSD	Sommer 2020
Kontakte og gi skriftlig og muntlig informasjon til kommune	Høst 2020
Rekruttere deltakere	Høst 2020
Ringte deltakerne for å avtale tidspunkt og sted for intervju	Høst 2020
Gjennomføre intervjuene	Høst/ vinter2020
Ferdigstille dataanalyse	Sommer/høst 2021
Ferdigstille og levere inn Masteroppgaven	Mai 2022

8.0 Konklusjon og relevans

Denne studien mener jeg kan være et viktig bidrag til økt fokus på brukererfaringer med velferdsteknologi. Det er svært lite forskning som sier noe om brukernes erfaringer.

Temaet og problemstillingen er relevant både for å kunne gi brukerne riktig oppfølging, trygghet og mestringsfølelse. Jeg vil påstå at med riktig velferdsteknologi til riktig bruker, samt god kunnskap og opplæring vil dette bidra til økt gevinstrealisering på flere plan både for bruker, helsepersonell og samfunnsøkonomi.

Jeg ser behovet for gode kartleggingsverktøy, opplæring, holdninger og kunnskap for at velferdsteknologi skal fungere godt ute i hjemmene, og det er gjennom brukererfaringer vi kan øke kvalitet og effektivisert på våre tjenestetilbud.

Som AKS kan vi ha en viktig rolle i implementering av velferdsteknologi med vår kunnskap, kartlegging og tverrfaglige samarbeid, for at tjenestene vi yter skal holde en høy standard.

Jeg tror at den eldre generasjonen som lever nå, ikke har den samme nytten av velferdsteknologi som den neste generasjon eldre, samt den yngre befolkningen i dag. Med dette mener jeg at velferdsteknologi i fremtiden kan være et godt alternativ for mange i befolkningen, hvor man kan merke en økt gevinstrealisering på flere plan, både økonomisk, tidsbesparende og selvstendighet ute hos brukeren. Dette fordi vi som vokser opp nå har større forutsetninger for å kunne bruke teknologien på en riktig måte enn de eldre i dag da vi allerede fra barneårene er mer vant med teknologi generelt.

Teknologien vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Fysiske besøk, det kliniske blikket og de «varme hendene» kan ikke byttes ut til fordel for teknologien, men teknologien kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes til brukerrettet arbeid.

9.0 Referanser

Baccmann, Charlotte og Linda Bergkvist. 2019. Welfare technology and user experience: a study of seniors expectations on and first impressions of a robotic shower. *Proceedings of the 52nd Hawaii International Conference on System Sciences*. Honolulu, Hawaii, USA: University & Hawaii at Manoa, 4297-4306

Brinchmann, Berit Støre. 2016. *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, Ann-Kristin. 2012. *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Helse- og omsorgsdepartementet. «Morgendagens omsorg» St. meld. Nr.29 (2012-2013). Oslo: Helde og omsorgsdepartementet. Lest 13/2-2020

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Isaksen, Jörn, Kaia B Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke og Line Melby. 2017. Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgstenkning* 3 (2) 117-27.

Johannesen, Torunn Beate, Anne Lise Holm og Marianne Storm. 2019. Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 5 (3) 71-83.

Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylén Ranhoff. 2008. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kommunalt pasient- og brukerregister. Lest 13/2-20

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/e124ce26-5116-4135-92f7-49fc7ca2db3a?e=false&vo=viewonly>

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. Lest 13/2-2020.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om pasient- og brukerrettigheter. Lest 13/2.2020

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nakrem, Sigrid og Johannes B. Sigurjonsson. 2017. *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleieforbund.

Omsorg 2020. 2015. «Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.» Lest 13/02-2020
https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf

Oppsummering av Fremtidens primærhelsetjeneste -nærhet og helhet. 2014-2015. Lest 13/2-2020. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fremtidens-primarhelsetjeneste--narhet-og-helhet3/oppsummering-fremtidens-primarhelsetjeneste--narhet-og-helhet/id2410492/>

Register over vitenskapelige publiseringskanaler.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Stokke, Randi, Ragnhild Hellesö og Maren Sogstad. 2019. Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? -trygghetsalarm som case. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 5(3)7-20.

Svartdal, Frode. 2015. *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg 1

	P (Population/problem)	I (Intervention)	C (Comparator)	O (Outcome)
Norske ord	hjem* pasient* bruker*	velferdsteknologi*		erfar* opplev*
Engelske ord	home* nurs* patient* user*	technolog* telecare telemedicine		experienc*

Vedlegg 2 Søkeshistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
home*.mp or Home Care Services/	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	15390	0	0	0
nurs*.mp	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	106523	0	0	0
Nursing/ or nursing.mp	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	87866	0	0	0
nurs*.mp or Nursing/or nursing.mp	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	106523	0	0	0
home*.mp. or Home Care Services/ and nurs*.mp. or Nursing/ or nursing.mp	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	9700	0	0	0
patient*.mp.	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	102001	0	0	0
user*.mp.	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	3702	0	0	0
patient*.mp or user*.mp.	12.03.20	Ovid Medline/Ovid Nursing	104069	0	0	0

home*.mp. or Home Care Services/ and nurs*.mp. or Nursing/or nursing.mp and patient*.mp. or user*.mp.	12.03.2 0	Ovid Medline/Ovi d Nursing	4909	0	0	0
limit home* .mp.or Home Care Services/ and nurs*.mp. or Nursing/or nursing.mp. and patient*.mp. or user*.mp. to (yr=`2009- Current` and Danish or English or Norwegian or Swedish))	12.03.2 0	Ovid Medline/Ovi d Nursing	1572	0	0	0
Technology/or technolog*.mp	12.03.2 0	Ovid Medline/Ovi d Nursing	7241	0	0	0
Telemedicine/or telecare.mp	12.03.2 0	Ovid Medline/Ovi d Nursing	685	0	0	0
telemedicine.mp. or Telemedicine/	12.03.2 0	Ovid Medline/Ovi d Nursing	690	0	0	0
Technology/or technolog*.mp. orTelemedicine/or	12.03.2 0	Ovid Medline/Ovi d Nursing	7686	0	0	0

telecare.mp. or telemedicine.mp. or Telemedicine/						
limit home*.mp. or Home Care Services/ and nurs*.mp. or Nursing/or nursing.mp. and patient*.mp. or user*.mp. to (yr=`` 2009_Current'' and (Danish or English or Norwegian or Swedish)) and Technology/or technolog*.mp. or Telemedicine/or telecare.mp or telemedicine/or telecare.mp.	12.03.2 0	Ovid Medline/Ovi d Nursing	99	14	0	0
Experience*.mp.		Ovid Medline/Ovi d Nursing	30686	0	0	0
Limit home*.mp. or Home Care Services/ and nurs*.mp. or Nursing/or nursing.mp and patient*.mp. or user*.mp. to (yr=''2009_Current		Ovid Medline/Ovi d Nursing	28	10	2	0

<p>” and (Danish or English or Norwegian or Swedish)) and Technology/or technolog*.mp. or Telemedicine/or telecare.mp or telemedicine.mp.or Telemedicine/and experience*.mp</p>						
<p>Qualitative Research /or quantitative*.mp.</p>		<p>Ovid Medline/Ovid Nursing</p>	<p>14480</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Home*.mp or Home Care Servises/ and nurs*.mp or Nursing/or nursing.mp. and patient*.mp. or user*.mp. limit to (yr”2009_Current” and (Danish or English or norwegia or Swedish)) and Technology/or technolog*.mp. or Telemedicine/or telecare.mp. or telemedicine.mp. or Telemedicine/ and</p>		<p>Ovid Medline/Ovid Nursing</p>	<p>12</p>	<p>12</p>	<p>1</p>	<p>0</p>

experience*.mp. and Qualitative Research/or quantitative*.mp.						
Velferdsteknologi	10.03.2 0	SweMed+	14	14	3	3
Velferdsteknologi og hjemmesykepleie	10.03.2 0	ORIA	10	2	0	0

Vedlegg 3: Oversiktstabell inkluderte artikler

Artikkel 1							
Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ instrument	Deltakere / frafall	Hovedfun n	Etisk vurd ering	Kva litet
Isaksen, Jørgen, Kaia B Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke og Line Melby. 2017. Norge. Tidsskrift for omsorgst enkning.	Hvilken nytte har hjemmeb oende med hjelpbeh ov av velferdste knologi? knologi?	Å undersøk e hvilke erfaringer utprøving er av velferdste knologi kan gi hjemmeb oende brukere av omsorgstj enester.	Kvalitativ studie. Individuelle intervjuer med brukere og fokusgruppe intervju med ansatte i to kommuner. Intervjuguid e ble benyttet. Intervjuene ble tatt opp på lydfiler.	6menn og 9kvinner. 2 Deltakere trakk seg fra studien. Disse to opplevde at ulempene oversteg nyttens.	Mange var tilfreds med teknologi en og opplevde glede, økt mestring, og selvstendi ghet. Stolthet ble også nevnt. Noen var skeptisk i starten, men mer fornøyd etter hvert. Flere informant er ønsket ikke	NSD	God . Niv å 1

					teknologi en etter endt studie; ansatte mente det var overflødi g, eller informant er mente det var forstyrren de i hverdage n. Noen var bekymret over den økonomis ke biten. Noen følte trygghet, mens andre følte falsk trygghet. Noen opplevde at automatis k		
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>pilledispen- nser bandt dem til hjemmet, upraktisk å ta med seg grunnet str. Noen følte at det teknologi en var stigmatise- rende. Flere informant er beskrev at interesse og kunnskap om teknologi var viktige faktorer for å lykkes.</p>		
Artikkel 2							

<p>Stokke, Randi, Ragnhild Hellesø og Maren Sogstad. 2019. Norge. Tidsskrift for omsorgstjenking.</p>	<p>Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? – trygghetsalarmen som case.</p>		<p>Empirisk studie. Gjort med observasjoner av helsepersonell i jobb, og 22 dybdeintervjuer med ulike aktører. Intervjuene ble tapet og transkribert ordrett.</p>	<p>Deltakere innebar både sluttbrukere, helsepersonell i hjemmetjenesten, pårørende, ledere og nøkkelpersonell.</p>	<p>Trygghetsalarmen som teknologi var enkel å bruke. Ulike forventninger og usikkerhet til å ha og bruke trygghetsalarm. Eksempler som ofte ble brukt ved utdeling av trygghetsalarmer var at de kunne brukes f. eks hvis brukerne hadde falt og ikke kom seg opp igjen. Derfor var det</p>	<p>NSD</p>	<p>Nivå 1.</p>
---	---	--	---	---	---	------------	----------------

					<p>usikkerhet blant brukerne om når de kunne benytte seg av teknologien.</p> <p>Usikkerhet om hva som var gyldig grunn til å bruke alarmer, og hva som var misbruk.</p> <p>Mange går med alarmer under klærne da de ikke ønsker å vise frem til andre at de har dette. Ble sett på som skrøpelig,</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

					andre synes ikke dette er et problem. Artikkelen viser også at det er store forskjeller i holdningene og forventningene til teknologien mellom de ulike aktørene. Flere av brukerne la fra seg alarmen på nattbordet om natten. Mange tok den av i dusjen da		
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>de var usikre på om den tålte vann. Flere av brukerne hadde den alltid på seg og følte en trygghet. Det kom også frem at kartlegging av brukere til de enkelte teknologiene var dårlig, og at når de først hadde fått teknologi var det ingen som tok en evaluering senere i</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

					forløpet, og dermed kunne gi en falsk trygghet. Flere av brukerne fortalte at de kunne være mer aktive i egne hjem når de hadde alarmen, andre brukere beskrev at de ble mer inaktive da de ikke kunne gå utenfor huset da de var redde for at alarmen ikke skulle		
--	--	--	--	--	--	--	--

					virke hvis de gikk for langt.		
Artikkel 3							
Johannes sen, Torunn Beate, Anne Lise Holm og Marianne Storm. 2019. Norge. Tidsskrift for omsorgstjenking.	Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste.	Å utforske hva ledere og helsepersonell opplever som viktig for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.	Studien har et eksplorativt, kvalitativt design. Det ble gjennomført 4 fokusgruppeintervjuer.	Ti ledere fra åtte kommuner og ti helsepersonell fra to kommuner.	Nødvendig med kunnskap om teknologien for å kunne komme med forslag om teknologi som samsvarer med behovet til den enkelte bruker. Brukere kan bli skeptisk og negative hvis ansatte har lite kunnskap.	NSD .	Nivå 1.

					Kartlegging for hvilke brukere som skal ha de forskjellige teknologiene bør være basert på dialog med brukerne og innspill av helsepersonell som kjenner dem godt. Brukerne s behov kan oppfattes ulikt.		
Artikkel 4							
Baccman, Charlotte og Linda	Welfare technology and user experienc		Studien har både en kvantitativ del og en	Det deltok 5 eldre personer	Flere informanter beskrev at	Ethical Vetting	Nivå 1.

<p>Bergkvist . 2019. Sverige. Hawaii International Conference on System Sciences.</p>	<p>e: a study of seniors` expectations on and first impressions of a robotic shower.</p>		<p>kvalitativ del.</p>	<p>i den kvalitative delen av studien. I den kvantitative delen deltok 16 menn og 7 kvinner. I den kvantitative delen ble et spørreskjema benyttet for å innhente opplysninger. I den kvalitative delen ble det gjennomført semistrukturerte intervjuer .</p>	<p>de følte seg håpefulle og uavhengige av andre til å dusje. De fikk bruke så mye tid de ønsker, og de kunne ta dusjen når de selv ønsket og ikke når helsepersonell hadde tid. De beskrev også at det var store forskjeller mellom hvordan de ulike pleierne</p>	<p>Boards in Uppsala.</p>
---	--	--	------------------------	---	--	---------------------------

					utførte jobben, og at det kunne være vanskelig å ta imot hjelp fra det motsatte kjønn. Flere av informantene ville ikke benytte seg av dusjen etter at de prøvde den en gang, mens andre ville gjerne bruke den flere ganger. Noen var bekymret for om teknologi		
--	--	--	--	--	--	--	--

					en ville virke som de ønsket, og om de skulle greie å benytte seg av teknologi en. Det kommer frem som et tema at det kan komme fra informasjonen som blir gitt, og om organisasjonen har kunnskap om teknologi en. De som hadde erfaring med teknologi ifra før var mer		
--	--	--	--	--	--	--	--

					positive og sikre på at de ville kunne benytte seg av teknologi en.		
--	--	--	--	--	---	--	--

Informasjonsbrev om deltakelse i forskningsprosjektet Velferdsteknologi i hjemmesykepleien.

Takk for en hyggelig telefonsamtale den (dato). Din kommune er med i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet, og har derfor blitt forespurt om å delta i et forskningsprosjekt.

Som nevnt under telefonsamtalen vi hadde så omhandler forskningsprosjektet velferdsteknologi, og brukernes erfaringer med disse verktøyene. Velferdsteknologi har de siste årene fått større plass og oppmerksomhet i primærhelsetjenesten, og ifølge St. Meld 29 (2012-2013) skal velferdsteknologi være en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene ved utgangen av 2020. Man ser likevel at forskning på dette området mangler, og da særlig hva gjelder brukerperspektiv.

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer brukere av hjemmesykepleien har med velferdsteknologi som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste. Jeg ønsker å innhente informasjon fra brukere gjennom individuelle intervjuer av flere brukere. Intervjuet finner sted etter deltakers ønsker, og varer ca. 1 time. Deltakerne jeg ønsker å innhente informasjon fra i min studie er brukere av hjemmesykepleien som allerede har fått implementert velferdsteknologi i sin hverdag. Deltakerne kan ha ulike hjelpebehov, men det er ønskelig at de har teknologier som ligger under gruppene trygghets- og sikkerhetsteknologi eller pleie- og behandlingsteknologi. I disse gruppene inngår trygghetsalarmer, GPS, fallalarmer, medisindispensere, e-låser med flere. Alle deltakere skal være 50 år eller eldre og deltakere av begge kjønn blir inkludert. De med stor kognitiv svikt blir ekskludert.

Nasjonalt senter for forskningsdata (NSD) og Regional etisk komite (REK) er blitt kontaktet og retningslinjer med henhold til personvern vil bli fulgt.

Håper på en positiv respons og at dette er noe dere ønsker å delta i. Vedlagt i dette brevet finner du informasjonsskriv om deltakelse i forskningsprosjektet som er beregnet til brukerne som samtykker til å delta. Du finner også et skriv med samtykkeerklæring som formaliserer at din kommune godkjenner, og har fått informasjon om forskningsprosjektet. Ta gjerne kontakt om det er noe du/dere lurer på eller om det ønskes ytterligere informasjon.

- Molde Høyskole ved Anne Marie Mork Rokstad – professor og veileder med forskningskompetanse. Telefon: 71195786. Epost: Anne.M.M.Rokstad@himolde.no eller Kristin Heinonen - Mastergradstudent i Avansert klinisk sykepleie. Telefon: 45xxxx02. Epost: kristin****@stud.himolde.no

Med vennlig hilsen

Anne Marie Mork Rokstad og Kristin Heinonen

Samtykkeerklæring

Vi _____ kommune har fått og lest gjennom informasjon angående forskningsstudiet, og vi samtykker til at det innhentes opplysninger fra brukere i hjemmesykepleien til prosjektet.

Samtykket av

Sted og dato

Vil du delta i forskningsprosjektet Velferdsteknologi i hjemmesykepleien?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer brukere av hjemmesykepleien har med velferdsteknologi som en del av eller i stedet for en eksisterende tjeneste.

Bakgrunn og formål med studien.

Jeg studerer avansert klinisk sykepleie ved Høyskolen i Molde, og holder nå på med avsluttende masteroppgave. Jeg har i den forbindelse ønsker om å undersøke hvilke erfaringer brukere av hjemmesykepleien har med velferdsteknologi.

Som et resultat av utviklingen opp gjennom årene i primærhelsetjenesten, samt økning antall eldre og syke som bor hjemme og har større hjelpebehov, er det også blitt en økning i bruk av velferdsteknologi. Det er tidligere blitt gjort mange studier angående velferdsteknologi, men likevel er det lite forskning som tar for seg erfaringene dere som brukere har med teknologien.

Velferdsteknologi har som hensikt å bidra til at brukere og innbyggere vil kunne ta mer aktive valg rundt egen helse, og gi dem muligheten til å påvirke eget helsetilbud. Den vil også kunne være med på å øke kvalitet og effektivisere helse- og omsorgstjenester. Det er derfor viktig at vi har kunnskap om hvilke erfaringer dere som bruker velferdsteknologi har, for at vi skal kunne gi gode omsorgstjenester. Din erfaring er i så måte et viktig bidrag her.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Kristin Heinonen (masterstudent) i samarbeid med veileder ved Molde høyskole er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet er også blitt meldt inn til Regional etisk komite (REK) og Nasjonalt senter for forskningsdata (NSD).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Siden flere av kommunene på Nordmøre har deltatt i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet i flere år, så jeg det naturlig å velge deltakere fra disse kommunene, da dere allerede har fått startet opp med velferdsteknologiske løsninger. For å finne deltakere kontaktet jeg de forskjellige enhetene i disse kommunene som skulle hjelpe meg å rekruttere deltakere som oppfyller mine kriterier for deltakelse i denne studien. Alle deltakerne skal ha velferdsteknologi som innebærer trygghets- og sikkerhetsteknologi eller pleie- og behandlingsteknologi, altså trygghetsalarmer, GPS, fallalarm, medisindispensere og e-låser. Jeg ønsker å ha med deltakere av begge kjønn, og alle skal være over 50 år.

Hva det innebærer å være med i denne studien.

I denne studien ønsker jeg å innhente informasjon fra flere brukere som har velferdsteknologi som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste, ved bruk av intervju. Hver deltaker vil bli intervjuet x1, og intervjuet antas å vare i ca. 1 time. Du får velge hvor du ønsker at intervjuet skal foregå, men det er viktig at lokalet er lyst og at det er lite støy når vi holder på. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd, og jeg vil gjøre egne notater underveis. Målet for samtalen er å ha en åpen dialog hvor du som bruker får fortelle dine erfaringer. Hvis du sier ja til å delta vil du bli kontaktet av meg per telefon, og vi blir enige om hvor du ønsker at intervjuet skal foregå.

Det er frivillig å delta.

Det er frivillig om du vil delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller du senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger.

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Informasjonen som blir innhentet under intervjuet blir anonymisert, og håndteringen av disse vil være forbeholdt meg og min veileder. Mens prosjektet pågår vil både lydbåndopptak og nedskrevne tekster oppbevares utilgjengelig for andre, innelåst i et skap hos meg. Studiet er meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk (REK), samt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), og retningslinjer med henhold til personvern vil bli fulgt. Når forskningsprosjektet er ferdigstilt vil ingen av opplysningene du har gitt oss kunne spores tilbake til deg. Dine erfaringer vil bli anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/ oppgaven er godkjent, noe som etter planen er våren 2022. Alle opplysninger og alle opptak og notater vil bli slettet når oppgaven er ferdigstilt.

Dine rettigheter.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Molde Høyskole har NSD- Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Molde Høyskole ved Anne Marie Mork Rokstad – professor og veileder med forskningskompetanse. Telefon: 71195786. Epost: Anne.M.M.Rokstad@himolde.no eller Kristin Heinonen - Mastergradstudent i Avansert klinisk sykepleie. Telefon: 45xxxx02. Epost: kristin****@stud.himolde.no
- Vårt personvernombud: Høyskolen i Molde.
Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55582117.

Dersom du synes dette høres interessant ut og ønsker å delta, ber jeg deg om å fylle ut og signere samtykkeskjema som ligger som et vedlegg i dette brevet. Samtykkeskjema returneres i vedlagt konvolutt med forhåndsbetalt porto til Kristin Heinonen, 6530 Averøy.

Med vennlig hilsen

Kristin Heinonen & Anne Marie Mork Rokstad

Vedlegg 7

Samtykke til deltakelse i forsknings prosjektet Velferdsteknologi i hjemmesykepleien

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Velferdsteknologi i hjemmesykepleien, og har i fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker med dette til å delta i studien som omhandler brukernes erfaringer med velferdsteknologi som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste.

Sted og dato

Sted og dato

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Sted og dato

Sted og dato

Deltaker:

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon nr: _____

Intervjuguide.

Før intervjustart:

- Presentere meg selv
- Informere om prosjektet – antatt varighet på intervju, hva skjer med data som blir innsamlet, anonymisering og lov til å trekke seg underveis.

Temaområder	Eksempler på spm	Oppfølgingsspm
Innledning	<ul style="list-style-type: none"> • Alder? • Bor alene? • Funksjonsnivå/hjelpebehov? 	<p>Hvem bor du sammen med?</p> <p>Har du eller har hatt hjemmesykepleie?</p>
Velferdsteknologi	<ul style="list-style-type: none"> • Hva vet du om velferdsteknologi? <p>Forklar hva det er og hvilke som finnes hvis deltaker ikke vet hva det er.</p>	<p>Hvilken teknologi benytter du?</p> <p>Hvem gav deg informasjon om dette verktøyet?</p> <p>Var det noen andre som ønsket at du skulle ha det? I såfall hvem?</p> <p>Hvor lenge har du benyttet deg av denne teknologien?</p>
Holdninger/ erfaringer	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan erfarer du teknologien du bruker? • Har du den som en del av eller i stedet for en eksisterende tjeneste? 	<p>Hvordan var opplæringen av bruken?</p> <p>Er det et enkelt verktøy? (Hvis trygghetsalarm)</p> <p>når bruker du den?</p> <p>Fordeler?</p> <p>Ulemper?</p>

Avslutning	<ul style="list-style-type: none">• Er det noe du kunne tenkt deg var annerledes?• Mestrer du de daglige gjøremål som følge av denne teknologien?	Er du mer aktiv? Føler du deg trygg? Får du den hjelpen du trenger? Er du usikker på hvordan du bruker teknologien, eller når du kan bruke den?
------------	--	--

Tusen takk for at du tok deg tid til å være med å besvare mine spørsmål til dette prosjektet 😊