



*”Du må ha vært der fysisk for å forstå
ka du skal se etter”*

En studie av sykepleieres refleksjoner om
bruken av teknologi i hjemmebasert omsorg

May-Wenche Undheim

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

November 2012

Summary

Nurses face challenges that require innovations both concerning organizing health care services and using care technology solutions.

This master work focuses on challenges and boundaries in implementing videoconferencing technology in home based nursing care. The study is limited to dealing with patient supervision as part of home care services. The study has been conducted in a municipality where videoconferencing technology has not been implemented as part of care activities. The study is based on registered nurses' experiences in conducting patient supervision and their thoughts and reflections on taking technological solutions into use in such practice. The study has a qualitative approach and data collection is carried out with focus group interviews.

The importance of physical presence is a central aspect of how patient supervision is performed today. In a possible use of videoconferencing technology for patient supervision the physical presence will be broken. As the physical presence ceases, central basic structures for human existence will be affected, and will impact patient supervision exercised by use of videoconferencing technology.

To do good for the other one is a vital and guiding principle in nursing care activities. Through the action "to see to" the patients, nurses perform activities aimed at safeguarding the patient or to ensure that the patient is well. These activities are both visible and invisible and are expressed through reflections on existing practices.

To be able to speak about the challenges registered nurses see in taking videoconferencing technology into use in patient supervision, this will be discussed on the basis of the practice the registered nurses are familiar with. Through reflection over existing practice and a possible future practice where videoconferencing may be taken into use, observations, sensitivity, knowledge and dialogue appear as key action aspects being challenged by the use of videoconferencing technology. These key action aspects are discussed in view of relevant theory, and possible use of videoconferencing technology appears through reflection and awareness of today's practice.

Keywords: Welfare technology, care technology, home based nursing, telecare, homecare, telenursing, spatial care, invisible work

Sammendrag

Sykepleiere står overfor utfordringer som krever nytenkning både i henhold til å organisere helsetjenesten, samt å ta i bruk omsorgsteknologiske løsninger.

Denne masteroppgaven fokuserer på utfordringer og begrensninger ved å innføre videokonferanseteknologi i hjemmebasert omsorg. Det er gjort en avgrensning slik at det er arbeidsformen tilsyn som studeres. Studien er gjennomført i en kommune der slik teknologi ikke er tatt i bruk i forbindelse med omsorgsarbeid. Det tas utgangspunkt i sykepleieres erfaringer med å utøve tilsyn samt deres tanker og refleksjoner om det å ta i bruk teknologi i slik praksisutøvelse. Studien har en kvalitativ tilnærming og datainnsamlingen er utført ved hjelp av fokusgruppeintervju.

Betydningen av å være fysisk tilstede er et sentralt aspekt ved hvordan tilsyn utføres i dag. Ved en mulig bruk av videokonferanse blir denne fysiske tilstedeværelsen brutt. I det den fysiske tilstedeværelsen brytes, endres også sentrale grunnstrukturer for menneskelig eksistens, hvilket også får konsekvenser for et tilsyn utøvet over videokonferanse.

Å gjøre godt for den andre er et sentralt og bærende aspekt i omsorgshandlingen til sykepleierne. Gjennom handlingen ”å se til” pasientene utøver sykepleierne handlinger rettet mot å trygge pasienten eller å ha kontroll på at det går bra med pasientene. Disse handlinger er både synlige og usynlige men kommer til uttrykk gjennom refleksjoner over eksisterende praksis.

For å kunne si noe om utfordringene sykepleierne ser ved å ta i bruk videokonferanse i tilsyn blir dette diskutert med utgangspunkt i den praksis sykepleierne kjenner i dag. Gjennom refleksjon over denne og en tenkt praksis der videokonferanse skal tas i bruk fremkommer observasjon og sanselighet, kunnskap og dialog som sentrale handlingsaspekter som utfordres ved bruk av videokonferanseteknologi. Disse sentrale handlingsaspekter blir drøftet i lys av aktuell teori, og muligheter for bruk av videokonferanse fremkommer gjennom refleksjon og bevisstgjøring av praksis i dag.

Søkeord: velferdsteknologi, omsorgsteknologi, hjemmesykepleie, telecare, homecare, telenursing, spatial care, invisible work

Forord

Dette har vært en interessant, lærerik men også krevende og arbeidsom prosess. Jeg er glad for å ha fått muligheten til å studere og fordype meg i dette mastergradsarbeid, og satt søkelyset på problemstillinger av betydning for fremtiden.

Det er mange som skal takkes for hjelp og støtte i denne perioden. Min arbeidsgiver Studiesenteret Finnsnes som har lagt forholdene til rette slik at jeg kunne realisere denne drømmen. Min mamma som tar holdt stabiliteten i hjemmet og tatt seg av barna, og takk til de som har måttet klare seg uten henne. Min pappa som har stilt opp når jeg trengte det. Deres støtte har vært uvurderlig i perioder der min mann har vært på arbeid langt fra hjemmet. Takk til min mann og mine barn som har holdt ut med meg i en stresset tid. Min gode studievenninne Marita som har fulgt meg på reisen – både på opp og nedturer. Min veileder Cathrine Arntzen.

Jeg takker også mine gode støttespillere som har sparket meg bak, holdt mitt pågangsmot oppe, lest med granskende øyne, gitt meg mat og teknisk support.

Finnsnes, oktober 2012

May-Wenche Undheim

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.	1
1.2 Problemstilling, oppbygging og avgrensning av oppgaven	2
1.3 Oppbygging og avgrensning	3
2.0 Bakteppe for problemstillingen.....	5
2.1 Hjemmetjenesten som arbeidsfelt.....	5
2.2 Omsorgsteknologi/velferdsteknologi.....	6
2.3. Tidligere forskning på området	9
3. 0 Teoretiske perspektiver – teoretisk rammeverk.....	13
3.1 Omsorg, sykepleie og praktisk kunnskap	13
3.2 Om sansning.....	16
3.3 Dialog.....	18
3.4 Teknologi og sykepleie	19
4.0 Metode.....	21
4.1 Perspektiv og tilnærming	21
4.2 For forståelse og det å forske i eget felt.	22
4.3 Fokusgruppeintervju	24
4.4 Planlegging og kontakt med feltet	25
4.4 Utvalg av informanter	26
4.5 Gjennomføring av intervjuene	28
4.6 Transkribering	30
4.7 Analyse og bearbeiding av data	31
4.8 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	33
4.9 Etske betraktninger	34
4.10 Kritikk av metode	34
5.0 Presentasjon av funn.....	37
5.1 Ulike typer tilsyn.....	37
5.2 Aspekter som kjennetegner et tilsyn.	40
5.3 Utdfordringer med bruk av teknologi i tilsyn.....	43
5.4 Oppsummering presentasjon av funn.....	47
6.0 Romlig tilstedeværelse i tilsyn – utfordringer ved bruk av teknologi	49

6.1 "Et tilsyn er mer enn et besøk"	49
6.2 Sanselighet i tilsyn - om å observere.....	50
6.2.1 "Å følge opp"	51
6.2.2 "Å se etter noe"	52
6.2.3 "Å lukte"	54
6.3 Kunnskap i tilsyn - om å forstå	56
6.3.1 "Å se noe mer i lys av forståelsen"	56
6.3.2 "Å se, kartlegge og vurdere"	58
6.4 Relasjon i tilsyn.....	61
6.4.1 "Å være tilstede og engasjert"	61
6.4.2 "Å snakke med"	64
7.0 Oppsummering og avslutning	67
Referanseliste.....	71
Vedlegg 1 Intervjuguide	75
Vedlegg 2 Informasjonsskriv	76
Vedlegg 3 Samtykkeerklæring.....	77
Vedlegg 4 Svarbrev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.....	78

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Helsevesenet står overfor store utfordringer i framtiden med hensyn til økende antall eldre, nye brukergrupper, knapphet på helse- og sosialpersonell og frivillige omsorgsytere (St. Meld nr. 25, 2005-2006). I Nasjonal helseplan (2006) ble bruk av IKT framhevet som et viktig hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål.

I Samhandlingsreformen, legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Myndighetenes strategi for å løse kommunale pleie- og omsorgsutfordringer gjør det nødvendig med kvalitets- og utviklingstiltak i tjenesten. Sentrale kvalitets- og utviklingstiltak er å øke kompetansen i pleie- og omsorgstjenesten, utvikle tettere samarbeid med familie og pårørende, styrke bruk av velferdsteknologi og nye organisasjonsformer (St. meld. nr. 47, 2008-2009).

Undersøkelser viser at de fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig (Leland 2001) Dette er et ønske den norske velferdsmodellen i flere år har lagt opp til å etterkomme (Sosial og helsedepartementet 1997), og som også følges opp i regjeringens Samhandlingsreform (ibid).

Regjeringen oppnevnte i 2009 et utvalg til å utrede nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Utvalget har fått navnet Hagenutvalget etter sin leder og utvalgets innstilling foreligger som NOU 2011:11. Hagenutvalget hevder at økt bruk av velferdsteknologi kan gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet, og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Det hevdes også at omsorgssektoren, på samme måte som de fleste andre sektorer, må gjøre seg nytte av og forbedre kvaliteten på sine tjenester ved bruk av teknologi. Det heter videre at i Norge har slik teknologi et betydelig uutnyttet potensial. Det handler både om å ta i bruk teknologi som allerede har vært tilgjengelig i lang tid, og utvikling av nye teknologiske hjelpemidler og løsninger i samarbeid med næringsliv og forskning (NOU 2011:11. s 98).

Det understrekes i samme NOU at teknologi aldri vil kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukere, pårørende og ansatte i helse- og sosialtjenesten (NOU 2011:11).

Den kommunale omsorgstjenesten består av virksomheter som drives med få ledere, høy personalfaktor, høy andel ufaglærte og ofte enkle hjelpemidler. Både behovet og potensialet for å ta nye innovative grep, og finne nye løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer er derfor stort. De kommunale omsorgstjenestene er en virksomhet med brutto driftsutgifter på om lag 70 milliarder kroner, som fordeler seg likt på sykehjem og hjemmetjeneste. Til tross for sin størrelse har denne sektoren i liten grad vært gjenstand for systematisk forsknings- og utviklingsarbeid. De kommunale omsorgstjenestene har et stort potensial for innovative grep og nyskapning i forhold til blant annet ny omsorgsteknologi, smarthusløsninger, osv. (ibid s 9).

Reformer, forskrifter og innsparinger vil utfordre den eksisterende arbeidskultur. Sykepleiere står overfor utfordringer som krever nytenkning både i henhold til å organisere helsetjenesten, samt også å ta i bruk omsorgsteknologiske løsninger. Sykepleierne må tilrettelegge og organisere en pleie som både er moralsk og etisk forsvarlig, samtidig som utgiftene skal reduseres, og arbeidet effektiviseres.

Gjennom min arbeidsgiver ble jeg invitert inn i et prosjekt vedrørende velferdsteknologi i en liten kommune i Troms. Prosjektets navn er ”Hjemme og trygg i Troms”¹. I kommunen er fibernettet godt utbygd, og alle offentlige og private organisasjoner samt private boliger har tilgang til nettet. Bredbåndfylket Troms AS og pleie og omsorgstjenesten i kommunen ønsker i dette prosjektet å prøve ut velferdsteknologi i form av videokonferanse i fibernettet. Teknologien skal gjøre det mulig for brukerne å kommunisere direkte med pleie- og omsorgstjenesten når de selv har behov for det. Formålet med prosjektet er å skape god samhandling mellom brukerne, deres familier, andre frivillige og pleie- og omsorgstjenesten (Bredbåndfylket Troms 2011). Prosjektet er i tråd med Regjeringens prioriteringer med hensyn til å ta i bruk smarthusløsninger og ny velferdsteknologi i helse og omsorgssektoren.

1.2 Problemstilling, oppbygging og avgrensning av oppgaven

Utvikling og anvendelse av ny teknologi og IKT-systemer ses på som viktige muligheter å utvikle i årene framover. Det hevdes at forholdene i Norge bør ligge godt til rette for bruken av teknologi i omsorgstjenesten. Vi har høy levestandard, mange mestrer teknologi og

¹ Prosjektbeskrivelsen er ikke offentlig. Jeg har, for å anonymisere kommunen og informantene, valgt å ikke legge ved denne prosjektbeskrivelsen

kommende generasjoner er vant til å bruke den (NOU 2011:11). Likevel ser en utprøving bare i beskjeden grad. Kommunene oppgir som hovedgrunn å være manglende kunnskap og økonomiske overføringer (Hoen og Tangen i NOU 2011:11). Til tross for at de politiske signalene er så tydelige og at relevant teknologi kan leveres er utprøving av teknologi i hjemmetjenesten gjort i liten målestokk. Man mangler fortsatt kunnskap om eldre personers behov for disse tjenestene og hvordan de skal tilpasses (Koch og Hägglund i Devik og Hellzen 2012).

Prosjektet ”Hjemme og trygg i Troms” vekket derfor min interesse. Her var det konkrete planer om å ta i bruk kjent teknologi i et arbeidsfelt jeg kjente godt. Å anvende videokonferanse i hjemmebesøk er så langt bare planer, ikke en etablert praksis. Jeg kunne derfor ikke studere sykepleiernes erfaringer i bruken av slik teknologi. Jeg ønsket derimot å få frem sykepleiernes refleksjoner vedrørende en eventuell bruk av videokonferanse med bakgrunn i deres eksisterende praksiserfaringer.

På bakgrunn av de innledende samtaler med kommunen og sykepleierne ble det tidlig klart at jeg ville avgrense bruken av teknologi til det man beskriver som tilsyn i hjemmetjenesten. Jeg så det som viktig å ta utgangspunkt i erfaringer fra eksisterende praksis, bevisstgjøre disse, for slik å igangsette refleksjoner om hvordan fagpersonene tenker om å bruke teknologien som et redskap i sitt arbeid. Jeg ønsker gjennom samtaler/intervju med sykepleierne å belyse aspekter ved eksisterende praksis, for slik å frembringe kunnskaper om denne som kan være til nytte når en arbeidskultur utfordres ved innføring av ny kommunikasjonsteknologi.

Min problemstilling er:

På hvilken måte utfordres sentrale aspekter ved tilsyn i hjemmebasert omsorg dersom en tar i bruk videokonferanseutstyr som lyd-bilde i en slik kontekst?

1.3 Oppbygging og avgrensning

Innledningsvis (kapittel 2) beskriver jeg nærmere arbeidsfeltet hjemmesykepleie, og jeg beskriver omsorgsteknologi. Derneft vil jeg i kapittel 3 presentere relevante teorier (teoretiske perspektiver/rammeverk). Jeg har gjort et utvalg av aktuelle teoretiske begrep. Kari Martinsens omsorgstenkning er lagt til grunn. I den praktiske dimensjon har jeg valgt å benytte meg av annen praktisk kunnskapsteori.

I kapittel 4 beskrives valg av metode og beskrivelse av forskningsprosessen. I kapittel 5 presenteres funn, og i kapittel 6 drøftes funn opp mot aktuelle teoretiske begrep, tidligere forskning og aktuell litteratur om tema. I drøftingen vil aspektene bli sett i forhold til en tenkt praksis der en vurderer å gjøre bruk av videokonferanse i hjemmebasert omsorg. Jeg har valgt å organisere drøftingen i fire deler; Innledningsvis vil jeg ramme inn tilsyn som arbeidsform slik det utøves i dag. Observasjon og sanselighet i tilsyn blir så trukket frem og drøftet. Den romlige tilstedeværelse vil bli utfordret ved en eventuell innføring av lyd/bilde teknologi, og denne utfordringen vil danne ”hovedbakgrunn” for drøftingen. Videre blir drøftingen konsentrert om sykepleierens bruk av kunnskap i tilsyn. Til slutt drøfter jeg relasjonen mellom pasienten og sykepleier sin betydning i tilsyn.

Studien er avgrenset til å gjelde tilsyn som arbeidsform. Bakgrunn for dette er at tilsyn er en definert arbeidsform i hjemmebasert omsorg denne kommunen, og fordi jeg anså muligheter for at videokonferanse kunne anvendes i denne arbeidsformen. Jeg har også avgrenset aktuell omsorgsteknologi til å omfatte bruk av videokonferanse i hjemmebasert omsorg. I oppgaven bruker jeg videokonferanse, lyd-bilde, kamera/skjerm og kommunikasjonsteknologi om hverandre, men det menes her det samme.

Informantutsagn er satt i anførsel og i kursiv.

2.0 Bakteppe for problemstillingen

I dette kapittelet vil jeg presentere hjemmetjenesten som arbeidsfelt, definere nærmere omsorgsteknologi og kort presentere tidligere relevant forskning.

2.1 Hjemmetjenesten som arbeidsfelt.

Hjemmesykepleien i Norge ble utviklet i 1970-80-årene, men pleie av syke i hjemmene har foregått lenge før denne tid. Menighetspleien startet for mer enn 100 år siden med å pleie hjelpetrequende i private hjem, og betraktes som grunnlaget for dagens hjemmesykepleie. I januar 1972 ble hjemmesykepleien en del av den offentlige helsetjenesten. I henhold til daværende ”Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleiervirksomhet.”, skulle hjemmesykepleien være et supplement og alternativ til institusjonsinnleggelse, når pasientens lege finner at behandling og/eller observasjon på forsvarlig måte kan finne sted utenfor sykehuset. (St. meld. nr.45, 1972-73). I 1982 hadde alle norske kommuner hjemmetjeneste, og fra 1984 ble hjemmesykepleien en lovpålagt tjeneste, hjemlet i kommunehelsetjenesteloven (Lov om helsetjenesten i kommunene 1982). Sykehjemmene ble overført kommunene, og slik fikk kommunene ansvaret for en samlet helse- og omsorgstjeneste (Birkeland og Flovik, 2011).

Før ble hjemmesykepleie rekvirert av lege. I de siste årene har New public management² (NPM) tenkningen gjort sin inngripen også i hjemmesykepleien. Pasienter i hjemmesykepleien skal etter en slik modell (NPM) ha et vedtak som angir hvilken helsehjelp de skal få. Vedtaket er en juridisk rettesnor for både pasient og de ansatte i hjemmesykepleien. Det gjøres en helhetlig vurdering av pasientens helse og livssituasjon i forhold til vurdering av riktig tjeneste. Vedtaket er veiledende for hva ansatte i hjemmetjenesten skal gjøre, men det er ikke bindende. Helsepersonell har alltid plikt til å yte nødvendig helsehjelp, uavhengig om det er fattet vedtak eller ei (Birkeland og Flovik, 2011).

Hjemmesykepleie er et felles begrep for all sykepleie som utføres i pasientens hjem uavhengig om det utføres av sykepleier eller annet helsepersonell (Birkeland og Flovik 2011).

² New Public Management (NPM) er en fellesbetegnelse på en rekke reformer som er blitt gjennomført innenfor offentlig sektor, særlig i vestlige land, siden 1980-tallet. Reformene representerer en ny måte å styre offentlig sektor på og tar sikte på å effektivisere og øke konkurransen mellom ulike offentlige tjenester, samt bedre styringen av disse. Konkurransen, effektivitet og service er viktige slagord (Stamsø 2010).

Pasientrettighetsloven § 1-3 definerer helsehjelp som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (Lov om Pasientrettigheter 1999).

Omsorg er et sentralt begrep i sykepleie. Omsorg står gjerne i opposisjon til andre rådende verdier i vårt samfunn. Det å klare seg selv, å være selvhjulpne og å være uavhengig rangeres gjerne høyere på verdiskalaen enn det å ta hensyn til og å hjelpe den andre. Samfunnets ideologi belønner den selvhjulpne og selvstendige, samtidig formidler helsevesenet på samme måte samfunnets verdier gjennom sin ”hjelp-til-selvhjelp”. Den syke skal slik behandles for å bli selvhjulpne (Martinsen 2008a).

Alle pasienter i hjemmesykepleien skal ha et vedtak som angir hvilken helsehjelp de skal få. Hvem som innvilges hjemmesykepleie og hvor mye hjemmesykepleie vedkommende skal få avgjøres stort sett av leder av tjenesten i kommunen eller av ansatte ved bestillerkontoret i de kommuner der de har organisert seg etter en slik bestiller-utfører modell (Birkeland & Flovik 2011).

Et tilsyn i følge Birkeland og Flovik (2011) betegnes som *en* type oppdrag i hjemmesykepleien. I all hovedsak omhandler det en type besøk som ikke inneholder noen form for praktiske handlinger eller fysisk hjelp i hjemmet. Tilsynsbesøkene har ikke vært vanlig å spesifisere, slik at tilsyn derfor lett kan få preg av inspeksjon. Hjemmesykepleier kommer altså hjem til pasienten for ”å se til” at alt er som det skal være, eller om det har skjedd endringer. Et tilsynsbesøk i hjemmet kan inneholde flere observasjoner, og ut fra gjeldende praksis kan tilsyn deles opp i flere funksjoner. Eksempler på slike funksjoner kan i følge Birkeland og Flovik (2011) være: *falltilsyn, tilsyn som sosial kontakt, tilsyn hos personer med demens, observerende tilsyn legemiddeltilsyn ernæringstilsyn og telefontilsyn* (ibid).

2.2 Omsorgsteknologi/velferdsteknologi

Omsorgsteknologi og velferdsteknologi brukes ofte om hverandre til tross for at velferd og omsorg ikke er synonyme. Det som er velferdsløsninger for en som er selvhjulpne, er omsorg for en som har behov for teknisk assistanse i sin hverdag (Haugset 2011).

Hagenutvalget bruker også begge formuleringene (omsorgs- og velferdsteknologi) og skiller ikke mellom dem. Utvalget definerer velferdsteknologi slik:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til øket 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 og innleggelse i institusjon (NOU 2011:11 s 99).

Det understrekes i samme NOU at teknologi aldri vil kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukere, pårørende og ansatte i helse- og sosialtjenesten.

Marie Aakre sier i sin artikkel ”Ja til omsorgsteknologi”:

”Teknologi er i utgangspunktet ikke måten vi ønsker å utøve omsorg på. Den ivaretar ikke møtet mellom mennesker, og omsorgen blir uten ansikt. Den kan aldri bli en erstatning for det forholdet vi bør ha til de svakeste blant oss. Subjekt-subjekt relasjonen er omsorgens forutsetning. Teknologi kan aldri bekrefte eller sikre menneskers verd, eller erstatte menneskelig kontakt, men den kan bidra til at kontakt opprettholdes. Den kan skape ensomhet og fremmedgjøring, men også dempe opplevelsen av det samme. (Aakre 2010 s.2).

I artikkelen til Marie Aakre referer hun til Sykepleieetiske råd i de 5 nordiske land som har drøftet teknologi og menneskeverd i omsorg og avgitt følgende uttalelse til refleksjon:

- Sykepleiere oppfordres til bevissthet om at ny teknologi i det godes hensikt ikke kan erstatter menneskelig kontakt.
- Mennesket har rett til å benytte teknologi som fremmer, selvstendighet og trygghet og som styrker egen frihet til fysisk aktivitet, psykisk stimulering og til å opprettholde kontakt med andre.
- Sykepleiere bidrar til at ny teknologi som kan styrke menneskets autonomi og egenomsorg gjøres kjent og tilgjengelig.
- Sykepleiere respekterer pasientens holdninger til bruk av omsorgsteknologi og ivareta personens interesser og verdighet når han eller hun mangler samtykkekompetanse.
- Sykepleiere oppfordres til å ta avstand fra ny teknologi som tas i bruk for å styrke lønnsomhet på bekostning av menneskelig verdighet og kontakt (Aakre 2010 s.2).

Sterkere fokus på å utnytte de muligheter teknologien gir, vil ikke alene være avgjørende for omsorgstjenestens evne til å møte framtida. Hagenutvalget fremhever at velferdsteknologien kan understøtte en ny utvikling og være et av flere tiltak for å endre disse tjenestenes

innretning, med større vekt på ”hjelp til selvhjelp”, selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering (NOU 11:2011 s 98).

Teknologirådet sier i sine kommentarer til St. Meld 47 stilet til Helse og omsorgskomiteen at strategisk satsning på hjemmebaserte helsetjenester vil ha betydning for å kunne virkeliggjøre Samhandlingsreformens ambisjoner. For å muliggjøre dette vil både omsorgsteknologi, telemedisin, elektroniske pasientløsninger og nettbasert kommunikasjon bli viktige verktøy.

Andre land som for eksempel Skottland har allerede innført ny teknologi (teknologisk hjemmemonitorering (telecare) i hjemmebaserte tjenester med gode resultater i form av opplevd kvalitet hos brukeren, bedre ressursutnyttelse og lavere kostnader (Teknologirådet.no).

I Vågå er det igangsatt et prøveprosjekt der et gammelt hus fra 1850 tallet har fått installert høyteknologiske løsninger som kan fortelle alt fra når posten legges postkassa til automatisk å slå på tv når Dagsrevyen begynner. Det er installert diverse fallsensorer, automatisk lys i soverom når en setter føttene på gulvet osv. Beboeren ønsker å bo hjemme så lenge hun kan, og føler seg tryggere med teknologien (Fagbladet nr. 9, 2012).

I Danmark har man kommet mye lengre enn i Norge med å ta i bruk omsorgsteknologiske hjelpemidler. Danmark har for perioden 2009-2016 satt av et fond på tre milliarder kroner for å stimulere til å ta i bruk omsorgsteknologi. Lovverket i henhold til GPS og andre varslings og sporingshjelpemidler, ble i Danmark endret i 2010. I Odense kommune har man blant annet etablert en ny institusjon med et mangfold av teknologiske løsninger. I fellesrommet kan for eksempel beboerne selv følge med på hvem som ringer på om kveldene. Pleierne kan tilkalles rommet via bildeskjerm. Via nettbrett kan beboerne få oversikt over hvem av pleierne som er på jobb, og de kan melde seg på aktiviteter på dagsenteret, bestille ukas menyer og kommunisere direkte med familie via lyd-bilde. Pleierne ved denne institusjonen rapporterer at beboerne her ikke har fordommer mot ny teknologi, og opplever at pasientene får bestemme mer over eget liv. Beboerne blir slik mer uavhengige av pleierne noe som fører til økt livskvalitet og selvfølelse (Fagbladet nr. 9, 2012).

I en leilighet i Odense har en pasient daglige samtaler med sykepleier på Odense Universitetssykehus via sin KOLS koffert. KOLS-kofferten er en kommunikasjons-

teknologisk løsning med lyd-bildeutstyr som i tillegg kan utføre målinger som saturasjon³ med mer. Her får pasienten utført sine målinger samtidig som hun får utført en samtale med sykepleier fra sykehuset. Pasienten utfører selv målingene med kommunikativ assistanse fra sykepleier på skjerm (ibid).

I Vestfold har man etablert et interkommunalt samarbeidsprosjekt med 12 omkringliggende kommuner. Formålet med dette prosjektet er å styrke pårørende til kronisk syke hjemmeboende med hjelpebehov. Prosjektet har en forebyggende hensikt, og skal ved hjelp av IKT (kamera/PC mm) knytte pårørende sammen i nettverk. Utviklingen av sosiale relasjoner antas svært viktig for mennesker i en omsorgsrolle der de tidligere sosiale relasjoner er svekket (St. meld. nr. 47 2008-2009, s. 133).

I Sandefjord kommune har man i perioden 2004-2006 gjennomført et prosjekt der man har utprøvd videokommunikasjon for å øke kvalitet og effektivitet innenfor kommunens hjemmebaserte omsorgstjenester. Hovedmotivet for prosjektet har vært å finne ut om tryggheten for den enkelte bruker øker ved hjelp av IKT-hjelpemidler, og om det kan bidra til at personer med omsorgsbehov kan utsette eller å unngå å måtte benytte høyere omsorgstilbud som for eksempel sykehjem. Hjemmetjenestebrukerne og de ansatte opplevde videokonferanse som et nyttig verktøy både i daglig kommunikasjon, møter, flerparts-konferanser og kompetansehevende tiltak. De opplevde kommunikasjonen nærere enn en vanlig telefonsamtale. Brukerne gav uttrykk for trygghet ved bruk av slikt utstyr, og alle ønsket å fortsette med det (Norges Forskningsråd 2006).

2.3. Tidligere forskning på området

Jeg startet å gjøre søk i Bibsys og Munin og for å finne aktuell teori, og aktuelle masteroppgaver og doktoravhandlinger om tema. Deretter utvidet jeg mine søk i andre databaser i Helsebiblioteket. Helsebiblioteket er et elektronisk nettbibliotek som tilbyr helsepersonell og studenter tilgang til flere aktuelle databaser som Medline, Swemed+, Cochrane Library, PubMed, Ovid Nursing med flere. Følgende søkeord er brukt: velferdsteknologi, omsorgsteknologi, sykepleie, omsorg, telesykepleie, tid og rom, nærhet, trygghet, hjemmesykepleie, telecare, spatial care, invisible work, telemonitoring, technology,

³ Angivelse av oksygenmetning i blod

homecare, homecarers, nursing. Jeg har også gjort søk på fulltekstartikler som er lagt elektronisk ut på internett.

Helse- og omsorgsdepartementet har bestilt en rapport fra Kunnskapssenteret. Rapporten er forfattet av Bjørn Hoffmann, datert august 2010, og gir en oppsummering av ulike moralske og etiske utfordringer med velferdsteknologi i forhold til dagens helse- og omsorgstjenester. Rapporten gir en oversikt over flere utfordringer som gjør seg gjeldende for flere velferdsteknologier. Blant annet gjelder dette tid til menneskelig kontakt og relasjoner. Her konkluderes det med at moralske utfordringer må vurderes for hver enkelt velferdsteknologi (Hoffmann 2010).

Sykepleieren Line Silsand har i sin masteroppgave (2010); ”Det samme på en annen måte” skrevet om etablering av en telemedisinsk helsetjeneste til pasienter med hjemmedialyse. Hensikten med studien er å beskrive og diskutere hvilke utfordringer dialysesykepleierne kan komme til å møte ved etablering av denne tjenesten. Silsand fremhever at fysisk nærhet mellom sykepleieren og pasienten, og mellom sykepleierne er en grunnleggende dimensjon i arbeidet som blir tatt for gitt av alle parter. Telesykepleie innebærer at den fysiske tilstedeværelsen mellom sykepleier og pasient blir opphevet (Silsand 2010).

Senter for omsorgsforskning – Midt-Norge tilknyttet Høgskolen i Nord-Trøndelag har utarbeidet en rapport om ”Velferdsteknologi og hjemmeboende eldre” med undertittelen ”Hvilke gevinster er oppnådd med velferdsteknologi som kommunikasjonsstøtte for hjemmeboende eldre i kommunehelsetjenesten? – Og hva kan påvirke utbyttet? En systematisk litteraturstudie”. Her presenteres 32 artikler fra 13 land (Devik og Hellzen 2012).

Gevinstene som handler om økt kontakt med hjelpeapparatet og tilgjengelighet til tjenester framgår i en rekke av studiene i nevnte rapport. Dette gjelder studiene av Kobb m.fl 2003, Elliott m.fl 2007, Browning m.fl. 2011, McIlhenny m.fl. 2011, Nilsson m.fl 2006 (ibid). Ofte er studiene utprøvd i rurale strøk der både geografiske, kompetansemessige og økonomiske forhold legger premisser for tilbudet av omsorgstjenester.

Kobb med flere har evaluert effekt av et IKT-basert program for monitorering og helseveiledning for eldre med sammensatte kroniske sykdommer som bodde i rurale strøk. Et studium fra USA som viser reduksjon i antall sykehusinnleggelser, besøk på legevakt og antall liggedøgn på sykehus for intervensjonsgruppen samt høy grad av brukertilfredshet.

Studien viser også at pasientene gjennom teknologien kan oppleve økt trygghet fordi de raskt kan oppnå kontakt med helsepersonell via en skjerm (ibid).

Demiris med flere har gjort fokusgruppeintervju med 15 eldre og avdekket en manglende tro på egne evner til å mestre ny teknologi, og en engstelse for å være avskåret mulighet for personlig assistanse. Andre betenkeligheter handlet om inngripen i privatlivet og mulige trusler mot konfidensiell behandling (ibid). I en nyere kvalitativ studie var de eldre også opptatt av anonymitet og undertrykte behov for å kontrollere hvem som skulle ha tilgang på innsamlet informasjon (ibid).

Rapporten fra Senter for omsorgsforskning – Midt-Norge konkluderer med at de inkluderte studiene viser at velferdsteknologi i hjemmetjenester hos eldre kan være et hjelpemiddel for økt sykdomsinnsikt og egenomsorg. Teknologien kan fungere som bindeledd mellom brukere, familiemedlemmer og offentlige hjelpere. Gevinstene forutsetter at teknologien er tilpasset brukernes betingelser og at de fyller et behov. Teknologien skaper både muligheter og dilemma, kunnskapen er fragmentert og man kjenner fortsatt bare deler av feltet (Devik og Hellzen 2012 s. 30).

Den norske ergoterapeuten Hilde Thygesen har i sitt doktorgradsarbeid ”Technology and good dementia care” studert demensomsorg og hvordan teknologi som ”smart-hus” alarmer og monitorering inngår som praksis i dagliglivet. Hun fremhever at god demensomsorg fremstår som kompleks, dynamisk, innholdsspesifikk, relasjonell og materielt forskjelligartet. God omsorg er ikke noe man oppnår eller som er stabilt, men dannes i og gjennom praksis. Praksis er etisk i forståelsen av at den involverer veiing og balansering så vel som realisering og manifestering av verdier (Thygesen 2009).

I et studium ved Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling Universitetssykehuset Nord-Norge har Larsen med flere satt søkelyset på å identifisere og beskrive hemmende og fremmende faktorer i forhold til primærlegers bruk av telemedisinske tjenester. Legene vurderer telemedisin som hensiktsmessig og nyttig. Telemedisin blir brukt av legene i begrenset grad. Den mest anvendte tjenesten er knyttet til hud. Tjenesten blir vurdert til å bruke mer av primærlegenes tid. Bruk av telemedisin representerer en ny arbeidsmåte, og brukerne trenger opplæring. Den opplæring legene har fått er de stort sett fornøyd med.

I et annet prosjekt i regi av Nasjonalt senter for telemedisin i samarbeid med Kreftforeningen har en psykolog ved kreftforeningen i Tromsø gjort psykologoppfølging av kreftpasienter og pårørende. Oppfølgingen foregikk via videokonferanse med pasienter fra Nordland, Troms og Finnmark. Prosjektet strakk seg over to år, der de det første året kartla behovet og i løpet av det andre året gjennomførte samtaler. Det ble utført en tilfredshetsevaluering basert på tilbakemeldinger fra brukerne av tjenesten. Hensikten med dette prosjektet har vært å gi pasienter og pårørende mulighet til psykologoppfølging uavhengig av hvor de bor, og hvilke ressurser hjelpeapparatet i hjemkommunen har. Med denne muligheten kan kreftforeningen legge tilrette for psykososial oppfølging til pasientene nær hjemstedet. Prosjektet konkluderer med å ha nådd sine mål og at dette er en tjeneste som har bevisst sin eksistensberettigelse. Alle formidler at erfaringene med videokonferanse har svart til forventningene, og at de kunne tenke seg å benytte et slikt tilbud igjen. Relatert til ansikt til ansikt praksis er det ikke noen særskilt forskjell i tema som ble tatt opp. Sårbare tema kunne belyses. Alle formidlet at det ikke virket hemmende å samtale via lyd-bilde. En pasient skrev i sin evaluering: ”dette er et tilbud som skulle vært tilgjengelig for flere. Det er flott Kreftforeningen tenker på oss som bor i distriktene” (Marjala og Øvernes 2010).

3.0 Teoretiske perspektiver – teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for mitt teoretiske perspektiv og rammeverk for oppgaven. Jeg valgte å studere tilsyn som arbeidsform i en hjemmetjeneste. Jeg ønsker å frembringe aspekter ved denne praksis som utfordres ved en eventuell innføring av en teknologisk kommunikasjonsløsning. Jeg hadde ikke valgt ut teorien på forhånd. Gjennom analyse av min empiri, ble teoretiske perspektiver utkrystallisert. Omsorgsperspektivet til Martinsen vil her være sentralt. I den praktiske og moralske dimensjonen av omsorgen fremstår også kunnskapsperspektivet som sentralt. Disse perspektivene bruker jeg til å forstå og analysere ulike aspekter ved praksisen som vil komme til å utfordres ved bruk av teknologi. Mitt teoretiske rammeverk vil derav for det meste omhandle grunnleggende perspektiver og forståelser vedrørende menneskelig relasjon og samhandling.

3.1 Omsorg, sykepleie og praktisk kunnskap

I fagutøvelsen av sykepleie er omsorg en viktig grunnpilar. Jeg har i min forskning lagt Martinsens omsorgsperspektiv til grunn i min tenkning da den gjenspeiler tre dimensjoner i omsorgen som gir mening for meg. Det at omsorg har en relasjonell dimensjon, at den har en praktisk og moralsk dimensjon er alle begreper som gir mening i den videre analysen i min forskning. I den relasjonelle dimensjonen ligger de grunnleggende strukturer om hvordan mennesker møter hverandre. I mitt prosjekt vil kunnskap om denne dimensjonen være et viktig teoretisk tilfang da jeg anser at disse grunnleggende strukturer, på hvordan mennesker møter hverandre, vil komme til å utfordres i det en skal ta i bruk videokonferanse i en slik omsorgsutøvelse. Gjennom den praktiske og moralske handling ligger kjøreregler, samt normene for fagutøvelsen. Det er her den praktiske handling viser seg fram gjennom fagutøvelsen. I denne praktiske og moralske dimensjon ligger også et praktisk kunnskapsperspektiv som sykepleierne gjør bruk av i sin fagutøvelse, og som jeg tenker blir utfordret i det en skal utøve tilsyn på videokonferanse.

Martinsen (2008a) viser til Heidegger som med utgangspunkt i en slik dagligdags forståelse av hva omsorg er, gjør omsorgsbegrepet ”sørge” til noe av det mest sentrale i sin tenkning. Med utgangspunkt i det praktiske liv, og hvordan vi viser omsorg for hverandre, gjør Heidegger rede for de mest grunnleggende relasjoner mellom mennesker. Å analysere vårt

praktiske liv har en fundamental hensikt om å si noe om betingelsene for det å være menneske. En analyse av vårt praktiske liv og en analyse av hva omsorg er, kan ikke skilles fra hverandre. Det å undersøke det ene er samtidig å undersøke det andre. De er uatskillelige, og for å forstå mennesket er omsorg et grunnleggende begrep. I omsorgen er forholdet mellom mennesker det viktigste, altså en sosial relasjon. Sagt med andre ord; min eksistens forutsetter andre. (Martinsen 2008a).

Å utøve omsorg er ikke unikt for sykepleiere, men som nevnt en viktig grunnpilar i faget og fagutøvelsen (Kjøllestad 2010). Omsorgsbegrepet er språklig sammensatt av ”om” og ”sorg” som er beslektet med det tyske ordet ”sorgen” som kan oversettes med omtenksomhet, å bekymre seg for. Ut fra dette kan man si at omsorg alltid vil forutsette to parter. Den ene har omtenksomhet og bekymring for den andre. Omsorg har med hvordan vi forholder oss til den andre, hvordan vi viser omtanke til hverandre i vårt praktiske dagligliv (Martinsen 2008a). I mitt prosjekt kan det å sørge for den andre sees i samsvar med det hjemmesykepleier gjør i det hun drar på tilsyn til pasient med den hensikt om å trygge eller ha kontroll på at det går bra med pasienten. Hjemmesykepleier vil på denne måten ha en oppmerksomhet og bekymring for pasienten i denne relasjonen. Å analysere arbeidsformen, vil omhandle å analysere sykepleiernes praktiske handling i relasjon med pasienten i tilsynet. Denne praktiske handling vil ikke jf. Martinsen (2008a) kunne sees isolert fra omsorgen da en analyse av det praktiske livet og omsorg ikke kan skilles fra hverandre. I forståelsen av denne handlingen vil omsorg være et grunnleggende begrep.

I artikkelen ”Omsorg i Sykepleien – en moralsk utfordring”, viser Martinsen til hvordan de tre ulike dimensjoner av omsorgsbegrepet er viktig for sykepleierne. Det er en **relasjonell**, en **praktisk** og en **moralsk** dimensjon. I vår henvisthet til hverandre er tillit fundamentalt og bærende. Tillit er et interaktivt og etisk fenomen som er rettet mot den andre, og er sentralt og bærende i sykepleierens omsorgsutøvelse. Fordringen om å ta vare på den andres liv ligger i et hvert møte mellom mennesker. Det vår henvisthet til hverandre består i, kaller Løgstrup livsytringer. Tillit er en slik livsytring. Livsytringene er forutsetninger for at menneskers liv ikke skal gå til grunne. De er grunnleggende for at menneskelig samvær kan bestå og utfolde seg. Moralen viser seg i måten arbeidet utføres på (Martinsen 2005).

I det tillit er forutsettende for at menneskelig samvær kan bestå og utfolde seg, og moralen viser seg i måten arbeidet utføres på, tenker jeg tillit og relasjon vil være et sentralt

teoritilfang i forbindelse med å se for seg en relasjon på distanse utøvd med videokonferanse i tilsyn.

Tillit i elementær forstand hører til enhver relasjon og samtale. I en samtale utleverer man seg, samtidig som det stilles en fordring til den andre. Løgstrup sier: *”Det hører vort menneskeliv til, at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hinanden”* (Løgstrup 2008 s 17).

I den praktiske og moralske dimensjonen i omsorgsperspektivet til Martinsen inngår også den praktiske kunnskap sykepleierne benytter i sine handlinger. Dette er den type kunnskap som blir mest sentral for mitt prosjekt.

Aristoteles skilte mellom episteme, tekhné og fronesis i sitt kunnskapsbegrep. Episteme er demonstrativ kunnskap om noe som er evig og uforanderlig. For Aristoteles fantes det to typer praktisk kunnskap; tekhné som den ene, og fronesis som den andre. Fronesis omhandler det å kunne handle moralsk klokt (Nortvedt og Grimen 2006). Videre sier Nortvedt og Grimen (2006) at fronesis inkluderer tillærte ferdigheter for bedømmelse av situasjoner. Ferdighetene trenger ikke å bygge på teoretisk kunnskap. Slik kunnskap blir tilegnet gjennom erfaring (ibid).

Else Lykkeslet henviser til Johannesen (1988) når hun sier at det å ha praktisk visdom handler om å være klar over hva som er moralsk riktig i den enkelte situasjon (Lykkeslet 2003). Ut fra dette vurderer Lykkeslet begrepet ”moralsk rett handling” å inneholde et ønske om ”å gjøre det gode” eller å handle på best mulig måte i en praktisk situasjon (ibid).

Om det samme sier Vetlesen (2001) at begrepet fronesis ofte er sammenlignet med praktisk klokskap eller skjønn, som er nært knyttet til erfaring. Situasjoner i praksis er aldri helt identiske og handlinger skjer ut i fra skjønn basert på erfaringer fra tidligere erfaringer. Praktisk skjønn kan sammenlignes med det Aristoteles kaller dyd, og i dette ligger det en forutsetning der handlingene dreier seg om ”det gode for andre”. I det å gjøre det gode for andre ligger en forståelse av omsorg som handler om en moralsk forpliktelse (Vetlesen 2001).

I tolkning og forståelse av måten sykepleierne i studien innhenter kunnskap om pasientene i tilsyn, ser jeg behov for en kort redegjørelse for hvilket syn på mennesket og verden som er lagt til grunn. Bengtsson (2006) viser til Merleau-Ponty som hevder at ut fra det fenomenologiske syn på menneskets væren i verden, både er og bebor mennesket verden

samtidig. Dette er den tvetydige eksistensen som er like mye kropp som subjekt, som opptar Merleau-Ponty. Kroppssubjektet er den egne levde kroppen og i den finnes ingen motsetning mellom kropp og sjel, men danner i stedet en integrert helhet. Denne sammenflettede enheten er den levde kroppen. Gjennom den levde kroppen er mennesket subjekt for alle erfaringene og slik aldri identisk med objektet. Den levde kroppens forhold til andre mennesker er et forhold mellom levde kropper og kan derfor verken reduseres til noe reint subjektivt eller reint objektivt. Videre hevder Bengtsson (2006) med referanse til Merleau-Ponty at med den levde kropp som utgangspunkt befinner vi oss alltid i et interaktivt forhold til alt vi møter i verden. Den levde kroppen blir slik vår tilgang til verden (Bengtsson 2006).

I den praktiske og moralske omsorgsdimensjon vil også verdien av den praktiske kunnskapsformen til sykepleierne få spillerom. Den praktiske kunnskaps betydning blir slik også av betydning for den menneskelige relasjonelle samhandling. I det denne kunnskapsutvekslingen foregår i den dagligverden som sykepleierne er fortrolige med, er den gjennom et fenomenologisk perspektiv også uløselig knyttet til personen og konteksten. I mitt prosjekt vil dette ha stor relevans da den praktiske kunnskap frembringes og overføres i praktiske handlinger utført i tilsyn. I det en eventuelt skal gjennomføre tilsyn over videokonferanse vil naturlig nok denne kunnskapsformen utfordres i det den er uløselig knyttet til mennesket som har den og situasjonen den oppstår i.

3.2 Om sansning

Elstad viser til Aristoteles som hevder at sansning er en bevegelse eller en prosess, noe som vil si at den retter seg mot noe. Vi må forstå sansningen ut fra hva den er rettet mot (Elstad 1995). Gjennom moderne fenomenologi, jf. Merleau-Ponty, bygges dette videre til at vi ikke har et konstant forhold til det vi sanser på grunn av at det stadig blir brutt opp og oppretta på nytt ved at vi flytter blikket, hodet og kroppen i sansningen. Sansningen blir slik en bevegelse som selv beveger seg (Elstad 1995).

I mitt prosjekt vil forståelse av måten sykepleiere senser pasienter være avgjørende da slik sensing bringer inn viktig kunnskap om pasienten. For å forstå denne samhandling har jeg valgt å støtte meg til Martinsen og Merleau-Ponty.

I sansningen overvinnes vi avstander. Sansningen er allestedsnærværende i rommet, men vår kropp kan vi bare være ett sted i rommet. Sansorganenes bundethet til kroppen gjør at vi sanser kun et utsnitt av rommet, men allestedsnærværende oppheves ikke av den grunn. Det er kroppen som er begrensningen (Martinsen 2008b s. 116).

Å møte den andre med omsorg har å gjøre med å bli den andre tillit verdig. I tilliten ligger som nevnt en utleverthet som den andre parten er forbeholdt. For å bli tillit verdig i en yrkessammenheng argumenterer Martinsen for en autoritetsstruktur med svak paternalisme hvor sykepleieren handler ut fra faglig skjønn og interesse for den det gjelder for at den andres utleverthet skal bli imøtekommet og forstått. Dette er en form for faglig dyktighet med kombinasjon av fagkunnskaper og menneskekunnskap omsatt i praktisk handling (Martinsen 2005).

Sykepleieren vil slik ha sitt fags regler, prosedyrer og faktakunnskap i skjønnet, men bare ut fra erfaring kan det anvendes riktig. En slik faglig dyktighet hvor menneske- og fagkunnskap praktiseres, er nær knyttet til et yrkes tradisjon. Denne kunnskapen kan vanskelig formidles i språk og begreper, men viser seg gjennom en "taus" kunnskap i mesterens håndlag hvor fagets normer, prosedyrer, og faktakunnskap er integrert. Kunnskap bygges slik opp av et repertoar av erfaringsbasert kunnskap om pasientsituasjoner for en bestemt sykepleiepraksis. De utgjør en type sykepleier - pasientsituasjoner med visse typiske trekk, og med bakgrunn i slike situasjoner handler sykepleierne i de nye situasjonene. Sykepleiesituasjonene gir et mer nyansert bilde av situasjonen enn teorier alene kan formidle. Den faglige dyktige sykepleier handler ut fra intuisjon. Sykepleieren vet hva som skal gjøres ut fra erfaringer fra lignende situasjoner og hun kan gjenkjenne mønstre ved situasjonene (ibid).

Molander (1996) viser til Schön og hevder den kjente situasjon blir mønstre eller et forbilde for tolkninger av nye situasjoner. Det trenede øyet "ser" likheter og handler ut fra dette. Dette kan skje med eller uten refleksjon i handling. En samling bilder, tolkninger og handlinger kan sees som basen for kunnskap i handling, men delene forutsetter at den forstås ut fra en helhet. Den erfarne praktikers kunnskap i handling karakteriseres av refleksjon i handling, hvilket ikke betyr at han/hun alltid reflekterer, men at hun/han har en beredskap til det. Refleksjonen inngår med dette i kunnskap-i-handling (Molander 1996).

Lykkeslet (2003) viser til denne dimensjon av sykepleierkunnskap som en bevegelig handlingskunnskap. Det er en tilstedeværelse der man er og gjør samtidig. Strukturene i denne tilstedeværelsen er å kjenne pasienter, å leve med pasienters liv, å se pasienter og å sense pasienter. Det er kunnskap som skapes i situasjoner, og det er en tilstedeværende kunnskap som utvikles av å være tilstede i ulike sykepleiesituasjoner. Den bevegelige handlingskunnskapen skapes altså i situasjoner der sykepleierne samhandler med pasienter. Den skapes og får sin form i samspillet mellom sykepleier og pasient, og den lever i praktiske situasjoner og fungerer der. Slike praktiske situasjoner vil ha sin egen logikk ut fra sitt landskap. Utfordringen for sykepleieren vil her være å finne de ulike situasjoners logikk, hvilket har å gjøre med å finne frem hvilken type situasjon dette er, samt vite hva som har gyldighet her (Lykkeslet 2003).

Kunnskapsperspektivet som utkrystalliserte seg i det empiriske materialet var det praktiske kunnskapsperspektivet som kom til uttrykk både gjennom dialogen, relasjon og i handlingen. Det vil derfor være det praktiske kunnskapsperspektiv som vil bli vektlagt mest i oppgaven.

I henhold til å forstå hvordan sykepleierne i min studie innhenter kunnskaper om pasienten og iverksetter tiltak i hjemmet, tenker jeg den praktiske kunnskapsdimensjonen har betydning for mitt prosjekt. Dette fordi denne type kunnskap vil komme til å utfordres dersom en skal ta i bruk videokonferanseteknologi i tilsyn.

3.3 Dialog

I all menneskelig samhandling har kommunikasjon en sentral plass. Det både i utøvelsen av omsorg, men også som del av den relasjonelle handling i kunnskapsinnbringelse i sykepleiernes fagutøvelse. Skjervheim (2001) hevder det er i tale og skrift vi kommer i kontakt med hverandre. Våre konstateringer av fakta fester vi i språklige formuleringer, likeledes våre vurderinger, rettleidninger og påbud. Han viser til tre alternative holdninger til hvordan en møter andre i språket. Det første alternativet tar utgangspunkt i en treleddet relasjon, mellom den andre, jeg selv og saken som foregår slik at de to deler saken med hverandre. Jeg er her engasjert i den andre via saken vi deler. Jeg og den andre er medsubjekt med en felles sak. Den andre han viser til er to toledda relasjoner. Valget her er at jeg ikke lar meg engasjere i saken, men konstaterer fakta uten å bry meg om saken den andre referer til. Her er jeg i relasjon med min sak, faktum, og min sak, som er den andre i relasjon til sin sak.

Her er jeg, og det den andre gjør, et faktum i min verden. Vi deler ikke saken lengre og lever slik i hver vår verden der den andre er et faktum for meg i min verden. Det tredje alternativet han viser til er der jeg istedenfor å høre etter hva den andre har å si, lytter til lydene som den andre produserer, og med det gjøre den andre til et fysisk objekt i sin verden. I dagliglivet er det ikke snakk om å innta det ene alternativet framfor det andre, men alle tre holdningene på samme tid. Av denne grunn er den mellommenneskelige relasjon ikke entydig, men tvetydig. I denne tvetydighet er vitenskapene om mennesket opphengt, og her ligger rota til de kompliserte grunnlagsproblemene når det gjelder disse vitenskapen (Skjervheim 2001).

Disse tre alternative holdninger til hvordan møte hverandre i språket tenker jeg har relevans for mitt prosjekt da det omhandler ulike perspektiver å se mennesket og verden på. Det vil ha betydning for hvordan sykepleiere i fremtiden forholder seg til, og hvordan de lar seg engasjere i pasientenes utleverthet. Dette engasjementet er av stor betydning for hvordan menneskelige grunnstrukturer styrer vår innlevelse, omsorgsperspektiv og kunnskapsperspektiv.

I mitt prosjekt fremkommer noen klare områder der grunnstrukturer i den mellommenneskelige samhandling utfordres og vil derav i et slikt teknologisk fremtidsperspektiv utfordres ytterligere. Synet som ligger til grunn for hvordan en ser på mennesket og verden er forskjellig ut fra grunnlagstenkningen bak begrepene omsorg og teknologi. Jeg vil ikke i mitt prosjekt gå så mye videre inn i dette, men ser at dette er noe som fremstår som aktuelt i det en i fremtiden står overfor en virksomhet som hjemmetjenesten, der en økning i teknologibruk er sentral i henhold til å møte en framtid der behovet for helsearbeidere er enormt, samtidig som kostnadene skal reduseres.

3.4 Teknologi og sykepleie

Moesmand og Kjøllestad (2005) viser til teknologi som et komplisert begrep som brukes forskjellig ut fra profesjonsutøvelsens fagfelt og dennes vitenskapelige tradisjon. Ordet teknologi kommer fra gresk og er sammensatt av ordene *tekhne* som betyr kunst og håndtverksferdigheter og *logos* som betyr lære (Moesmand og Kjøllestad 2005). I min studie er den teknologiske redskap videokonferanse som skal tas i bruk i tilsyn i hjemmetjenesten. Teknologi og menneske kan sees i lys av en dualistisk tenkemåte der teknologi stammer fra den naturvitenskaplige tenkemåte og mennesket fra det humanvitenskaplige tenkesett.

Sykepleiere i praksis kan ha ulikt forhold til hvordan teknologi og omsorg preger hverdagen avhengig av hvor de arbeider og hvor bevisste de er på begrepenes innhold.

Teknologibegrepet bør, slik jeg ser det, diskuteres både ut fra et pasient og et sykepleierperspektiv. Pasienten har behov for omsorgsfulle møter med teknisk dyktige sykepleiere.

Teknologi er ikke nytt i sykepleiepraksis, den har vært del av praksisen gjennom årtier, og det tilkommer stadig nye teknologi som integreres i hverdagen til sykepleierne. I boka *Devises & Desires* av Sandelowski (2000), viser hun til hvordan teknologien har tilkommet samfunnet, og blitt tatt i bruk og inkorporert i sykepleierne sitt arbeid over lang tid i Amerika. Hun viser tilbake til den spede start der termometeren var ny og hvordan denne, stetoskopet og andre elementære teknologiske ting har blitt integrert og inkorporert i hverdagen over tid (Sandelowski 2000).

Heidegger referert av Martinsen (2008a) fremhever arbeidet som grunnlaget, som binder mennesker sammen. Forholdet mellom menneskene blir bekreftet gjennom arbeidet. Det praktiske arbeidet, håndverket, blir vist til som det mest ideelle, fordi det ikke er så spesialisert at sammenhengen har gått tapt. I praktisk arbeid bruker vi ting. Den enkelte bruksting henviser til en større sammenheng. Den fremstilte tingen viser hen til andre mennesker, til brukeren av f. eks senga, bekkenet, glasset osv. og for å bruke noe må en på forhånd ha forstått formålet med bruken, samt sammenhengen tingen inngår i (Martinsen 2008a).

I sykepleiepraksis er det nettopp dette med at sammenhengen teknologien skal brukes i ikke må gå tapt, for da tapes nytteeffekten også. For å kunne ta i bruk videokonferanse i tilsyn i hjemmetjenesten, som det omhandler i mitt prosjekt, må man på forhånd forstå formålet med bruken, samt sammenhengen teknologien inngår i.

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for designet jeg har valgt for min masteroppgave. Videre vil jeg redegjøre for min forforståelse, samt utfordringer i henhold til å forske i eget felt. Deretter vil jeg redegjøre for forberedelser til intervju, utvalg av informanter, selve intervjuprosessen, transkribering, og analyseprosessen, samt forskningsetiske refleksjoner, troverdighet og metodekritikk. Da jeg har utført datainnsamlingen sammen med en medstudent, vil jeg i deler av dette kapittel noen ganger skrive i jeg form, noen ganger benytter jeg vi form, samt noen ganger min medstudent og jeg. Dette for å få frem når vi har arbeidet sammen, og når det er mine valg som er gjeldende.

4.1 Perspektiv og tilnærming

I min studie benytter jeg en hermeneutisk tilnærming. Jeg benytter kvalitativt forskningsintervju, fokusgruppeintervju, som metode i innhenting av data om fenomenet jeg studerer. Jeg valgte å studere fenomenet tilsyn som arbeidsform, peke på de mest sentrale kvaliteter og egenskaper ved dette, som vil kunne endres dersom en tar i bruk videokonferanse i en slik kontekst. Jeg tilstreber å skaffe meg innsikt i sykepleiernes erfaringer med å utøve tilsyn i dag, samt deres tanker om å ta i bruk teknologi i slik praksisutøvelse. Mitt mål er å oppnå en refleksjon hos sykepleierne om deres praksis i dag, og gjennom denne refleksjon frembringe kunnskap om hvordan sykepleierne ser for seg en annerledes fagutøvelse med bruk av videokonferanse teknologi tilsyn. Å studere tilsyn som arbeidsform blir slik en måte jeg tilnærmer meg fenomenet på. Jeg søker etter meningsstrukturer ved denne arbeidsformen for slik å kunne forstå og fortolke sykepleiernes refleksjoner over å skulle bruke videokonferanse i denne kontekst.

Kvalitativ metode vil være en egnet fremgangsmåte for å kunne svare på problemstillingen. Kvalitative metoder egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Materialet består av tekst, som kan representere samtaler eller observasjoner (Malterud 2003). I følge Pollit & Beck arbeider forskeren i den kvalitative metode mer for å oppnå innsikt og forståelse for menneskelig erfaring og adferd ved å gå i dybden av det som forskes på. Forskningen baserer seg på små

utvalg og det er et subjekt – subjekt forhold mellom forsker og informant (Pollit og Beck 2008).

I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som viser mot en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver, og beskrive verden slik den oppleves av informantene (Kvale og Brinkmann 2009). I min forskning studerer jeg kvaliteter og egenskaper ved tilsyn. Dette er ikke en fenomenologisk studie i seg selv, men noen begreper innen fenomenologien vil bli trukket inn for å gi innsikter i noen av aspektene ved tilsynet.

Den moderne fenomenologi ble grunnlagt av den tyske filosofen Edmund Husserl rundt 1900, den ble videreutviklet som eksistensfilosofi av Martin Heidegger og senere eksistensialistisk og dialektisk retning av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty. Fenomenologiens geskjeft var til å begynne med bevissthet og opplevelse. Senere ble den av Husserl og Heidegger utvidet til å omhandle menneskets livsverden. Merleau-Ponty og Sartre ønsket også at fenomenologien skulle ta hensyn til kroppen og mennesket i historisk sammenheng (Kvale og Brinkmann 2009). I henhold til den fenomenologisk hermeneutiske tradisjon er det ikke nok å se og beskrive saken, men den må også forstås og tolkes. Dette er den hermeneutiske sirkels forhold mellom saken og forståelsen av den, og innebærer at saken ikke kan fremtre helt uten forutsetning (Husserl 1992). Ordet fenomen kommer fra gresk og betyr ”det som viser seg” og det er i denne betydning fenomenologien bruker det. Det er her av særskilt interesse at det ikke kan finnes noe som viser seg uten at det finnes noen som det viser seg for (Bengtsson 2006). I forhold til mitt prosjekt er jeg et medsubjekt i forskningsprosessen. Jeg er gjennom den hermeneutiske sirkels bevegelser en medskapere av data. Det blir derfor viktig å være klar over dette som en kvalitet og ikke en bias i min rolle som forsker i den hermeneutiske forskningsprosessen.

4.2 Forforståelse og det å forske i eget felt.

I all forskning vil forforståelsen være sentral. Forforståelsen er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjekter. Ryggsekkens innhold påvirker måten vi samler inn og leser våre data. Denne bagasjen kan i beste fall gi næring og styrke til prosjektet, men kan i verste fall bli en tung bær som gjør at vi må avbryte reisen fordi alt handler om det vi bærer med oss, og ikke det vi ser langs veien (Malterud, 2006). Det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom forskerens teoretiske utgangspunkt og tendenser i et datamateriale. Forskerens

vitenskapsteoretiske forankring har betydning for hva hun eller han søker informasjon om, og danner et utgangspunkt for den forståelsen forskeren utvikler (Thagaard 2008).

Jeg har arbeidserfaring fra hjemmetjeneste, og vil slik ha kunnskap om måten sykepleierne arbeider på som del av min forforståelse. Denne kunnskapen er vanskelig å legge til side i forskningen, og det blir derfor viktig å klargjøre forforståelsen slik at den kan brukes positivt, og ikke blir et hinder i min forskning. I min forskning opplevde jeg at denne erfaring om hjemmetjenesten som arbeidsarena både åpnet for nye forståelser, men også lukket for noen nye. I intervjuet kan min erfaring være positiv med det at jeg forstår, og har en felles forståelsesramme og verdigrunnlag med informantene. De behøver ikke forklare alle detaljer like inngående, da jeg har en erfaring fra det de snakker om. På denne måten åpnet min forforståelse for mer kunnskap om det aktuelle tema. Å ha slik felles forståelsesrammer kan også lukke for utvida kunnskap. I intervjuet er jeg oppmerksom på at jeg noen ganger nikker forstående til det som blir sagt. Ved flere anledninger ser jeg i ettertid at det kunne vært interessant å stilt oppfølgingsspørsmål for å få vite mer. I stedet lukker jeg med å ha for mye felles med informantene. Det er noe selvsagt og underforstått som blir felles med informantene med at jeg både er forsker og sykepleier. Lykkeslet (2003) omtaler dette selvsagte og underforståtte som en del av *felleskunnskapen* til sykepleierne som også kan sees på som en utfordring når sykepleiere skal forske i eget felt (Lykkeslet 2003). Paulgaard (1997) omtaler dette som kulturblindhet og det er, slik jeg tolker Paulgaard, min kulturfortrolighet, altså min nærhet og ubevisste forforståelse som er årsak til at dette kan skje (Paulgaard 1997).

Kulturfortolighet til Paulgaard ser jeg kan bety at jeg for eksempel ikke stiller viktige oppfølgingsspørsmål der jeg kunne og burde ha gjort det i fokusgruppeintervjuet. I fokusgruppediskusjonen blir jeg som forsker del i denne felleskunnskapen sykepleierne i studien har seg i mellom, og blir kulturblindet. Paulgaard (1997) hevder, at kravene om at forskeren skal kunne forlate sin egen verden og arbeide ut fra et prinsipp om ikke-viten, kan sees som et uttrykk for at forskerens subjektive forforståelse representerer en feilkilde som sperrer for tilgangen til andre aktørers meningsforståelse (Paulgaard 1997). Dersom denne subjektive forforståelsen i min forskning skulle sees på som en feilkilde, ville verdifull data kunne gått tapt da min subjektive forforståelse også er med og bestemmer hva jeg ser etter i datainnsamlingen min. Med bakgrunn i dette vil min eventuelle feilkilde som sperrer for

innsikt, også være en forutsetning for innsikt. Det er gjerne dette Paulgaard (1997) referer til når hun sier man er verken innenfor eller utenfor, men begge deler i forskning i eget felt (ibid). Uten slik innsikt og felles kunnskap med informantene ville min forskning, slik jeg ser det, bli fremmed og distansert. Jeg vil her igjen støtte meg til Paulgaard som hevder at en som kommer innenfra vil, ha problemer med å oppnå analytisk distanse, mens en som kommer utenfra, vil ha problemer med å komme innenfor hva forståelse angår (Paulgaard 1997). Forforståelsen kan da sees på som en forutsetning til innsikt i det jeg forsker på. Paulgaard formulerer det slik: *”Forståelse vil alltid innebære et prinsipp om oversettelse på bakgrunn av den forståelse forskeren har”* (ibid).

4.3 Fokusgruppeintervju

Kvale & Brinkman (2009) skriver at fokusgruppeintervju har som mål å få frem forskjellige synspunkter om et tema, og er velegnet når en ønsker å undersøke nye områder ettersom en i fellesskap i gruppen kan bringe frem flere spontane synspunkter som ellers ikke vil være tilgjengelig. Denne intervjuformen er friere i uttrykksformen og tillater at informantene kan fortelle gode eller dårlige historier, eller erfaringer som angår tematikken (Kvale & Brinkmann 2009).

Fokusgruppeintervju ble som nevnt valgt som metodisk tilnærming i denne studien. Jeg valgte fokusgruppeintervju da jeg skulle inn i et emne, en tematikk, om bruk av en teknologisk løsning som frem til nå ikke har vært i bruk i denne hjemmetjenesten. I det en skal kunne reflektere over noe som i fremtiden kan bli aktuelt, tenkte jeg at fokusgruppeintervju ville passe best i det henseendet at det er noe nytt og uerfart informantene skulle snakke om. Å utføre fokusgruppeintervju i slikt henseende vil kunne gi meg som forsker et bredere innsyn i sykepleiernes tanker og refleksjoner over et gitt tema som her er bruk av videokonferanse som en form for kommunikasjonsteknologi i hjemmetjenesten. Bente Halkier viser til David Morgan, en av de mest siterte fokusgruppeforskere, når hun definerer fokusgruppe som en forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt. Kjennetegnet på en fokusgruppe er altså en kombinasjon av gruppesamhandling og forskerstyrt emnefokus (Halkier 2010: s. 10).

4.4 Planlegging og kontakt med feltet

Jeg startet med å bearbeide den allerede utarbeidede intervjuguide. Intervjuguiden var laget med bakgrunn i min/våre problemstillinger og ut fra det tema vi ønsket å belyse. Bearbeidet intervjuguide er vedlagt som vedlegg 1. Å ha en intervjuguide skulle hjelpe oss til å holde et visst fokus mot de tema vi ønsket kunnskap om. Vi så for oss to intervju, ett for hvert tema. Deretter utarbeidet vi informasjonsskriv og samtykkeskjema. Vedlagt som vedlegg 2 og 3.

Med henvisning til det planlagte prosjektet "Hjemme og Trygg i Troms" tok vi kontakt med ledere for hjemmetjenesten og sykehjemmet i kommunen for å forhøre oss om muligheten til å kunne gjennomføre vår datainnsamling til masteroppgaver her. Første henvendelse var gjort pr telefon til en av lederne, som ønsket prosjektene våre velkommen. Vi sendte deretter brev til ledere i den aktuelle hjemmetjeneste/sykehjem der vi redegjorde skriftlig for vår henvendelse. Vi vedla informasjonsskriv med temaguide og samtykkeskjema til ti informanter som lederne skulle dele ut til de aktuelle informantene. Det arbeidet ca 13 sykepleiere i hjemmetjenesten.

Vi så for oss en fokusgruppe på 6-8 personer, men sendte 10 informasjonsskriv, og slik tok høyde for at noen kanskje ikke ønsket å delta. En uke etter informasjonsbrevene var sendt ut, fulgte vi opp med en telefon til en av lederne. Her fikk vi avtalt et uformelt møte, først med de to lederne og etterpå med alle inviterte informanter. Dette møtet hadde til hensikt å informere mer inngående om våre masterprosjekt, slik at informantene skulle kunne vurdere sin medvirkning på et informert grunnlag. Til dette møtet møtte 2 ledere og 4 sykepleiere. Vi presenterte oss selv som masterstudenter, samt også som sykepleiere, og fortalte hva vi jobbet med i det daglige. Vi fikk vite at prosjektet "Hjemme og Trygg i Troms" ikke var igangsatt, og at de ansatte bare hadde fått litt informasjon om det som var tenkt igangsatt. Vi benyttet også dette uformelle møtet til å presentere tema for våre masteroppgaver, og forklarte hvordan intervjuprosessen vil foregå. Vi informerte om at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd, og at det var viktig å inneha en viss struktur slik at ingen snakket i munnen på hverandre under opptakene (dette ville vanskeliggjøre transkriberingen og viktig data vil slik kunne gå tapt). Sykepleierne fikk deretter stille spørsmål som vi svarte på. Sykepleierne viste stor interesse for prosjektet, og vi fikk de fleste samtykkeskjemaene ferdig utfylt allerede på dette møtet. De øvrige skjemaer fikk vi tilsendt pr post i etterkant av møtet.

Etter møtet opplevde vi at vi hadde etablert en god kontakt med sykepleierne, samt etablert et godt utgangspunkt for det videre arbeidet.

Da vi har hvert vårt tema valgte vi som nevnt å dele intervjuet i to. Dette ble gjort også ut fra praktisk tilretteleggelse av intervjutidspunkt. Vi anså det også som svært arbeidskrevende både for informantene og oss selv å skulle sitte i intervju i kanskje tre timer. Ved at vi delte intervjuet i to, kunne vi få intervjuene utført i sykepleiernes arbeidstid begge ganger, hvilket vi anså som positivt for fremmøte. Vi bestemte oss for å gjennomføre det tema som omhandlet det mer generelle, om kommunikasjon og kommunikasjonsformer, i det første intervjuet. Tema som omhandlet mitt prosjekt det mer spesielle, eksisterende praksis, ble behandlet i det andre intervjuet. Vår intervjuguide bestod av 13 åpne spørsmål fordelt på to tema. Spørsmålene ble utarbeidet med bakgrunn i hva vi tenkte var relevant å få vite noe om for å besvare våre problemstillinger. Mitt prosjekt, som omhandler å peke på aspekter ved praksisutøvelsen tilsyn i dag som utfordres ved en eventuell bruk av videokonferanse i en slik kontekst, vil kunnskaper om eksisterende praksis ligge til grunn for hvordan informantene skulle se for seg en tenkt praksis med bruk av videokonferanse i en slik kontekst.

Informantene hadde fått intervjuguiden tilsendt på forhånd.

De potensielle informantene fikk være med å bestemme tid og sted for intervjuene, og vi innrettet oss etter deres ønsker. Med stor velvilje for tilrettelegging fra deres ledere, ble de frigjort fra arbeidsoppgaver den tiden intervjuene skulle finne sted.

Vi ba om å få tilgang til et rom der intervjuene kunne finne sted. Rommet bør ikke være for stort med hensyn i gjenklang og støy i lydbåndopptakeren. Vi ba også om tilretteleggelse for å kunne få sitte uforstyrret uten unødvendige avbrytelser under intervjuet. Vi avtalte tidspunkt for intervjuene og fikk lovnad om egnet rom.

4.4 Utvalg av informanter

Hjemmetjenesten der datainnsamlingen er utført har ansvar for hjemmesykepleie, praktisk bistand i hjemmet (hjemmehjelp), psykiatritjenesten, rehabilitering, betjener trygghetsalarmer, avlastning og omsorgslønn. Pasientgrunlaget er mellom 96 og 106 hjemmeboende pasienter, hovedsakelig eldre. I deres tjeneste jobber det sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. I tillegg var det ansatt en sykepleierstudent som hadde permisjon fra studiene.

På ukedagene er det tre på dagvakt og en på aftenvakt. De har ingen døgnkontinuerlig tjeneste, og dermed ingen nattevakter. I helgene er bemanningen to på dagtid og en på aftenvakt. En dagvakt går fra klokken 8-15 mens aftenvaktene går fra klokken 15-22. Pasientgrunnet pr vakt er på dagtid om lag 22-28 pasienter, hvorav to til tre pasienter får besøk to ganger i løpet av vakta. Aftenvakten har om lag 15 pasienter. Pasientene bor spredt i kommunen og det er ca 60 minutters kjøring fra det ene ytterpunktet til det andre ytterpunktet i kommunen. Til tider brukes mye tid i bilen for å komme seg imellom.

Da dette er en kvalitativ undersøkelse vil utvalg av informanter måtte baseres på strategiske utvalg. At det baseres på strategiske utvalg, menes i følge Thagaard (1998) at en som forsker velger ut informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver.

I det vi ønsket innblikk i sykepleiernes tanker, holdninger og erfaringer med hjemmetjenesten som arbeidsarena, valgte vi følgende inkluderingskriterium:

- ❖ Sykepleier
- ❖ Fast stilling tilknyttet hjemmetjenesten (eventuelt vikariat over tid)

Vi valgte å gjennomføre fokusgruppeintervjuene med bare sykepleierne. Informantene var slik en homogen gruppe. Det at vi valgte bare sykepleiere har å gjøre med at vi, som forskere og sykepleiere, har med oss en forforståelse inn i prosjektet om at en enhver profesjon vil ha noen like og noen ulike arbeidsoppgaver ut fra kompetanse, og at det i en fokusgruppediskusjon ville kunne oppstå misoppfatninger i diskusjonene dersom gruppa hadde ulik profesjonsbakgrunn. Det er sykepleierne som har det overordnede ansvar for tjenesten, samt at det er utfordringer sykepleierne ser ved å skulle ta i bruk en teknologi i sin tjeneste som er fokus for undersøkelsen, tenker jeg det er en fordel at gruppa er homogen med hensyn til profesjonsbakgrunn. I en utvelgelse der vi bare intervjuer sykepleiere vil vi sikre oss at våre data fremkommer ut fra et felles kunnskapsgrunnlag og ansvarsområde i tjenesten. Malterud (2003) sier at en for å etablere et relevant strategisk utvalg må vi først finne ut hvilken retning det er relevant å rette søkelyset, slik at vi ikke samler data om noe helt annet enn det vi vil se på (Malterud 2003).

Presentasjon av informantene med fiktive navn.

- Anna, 47 år. Har arbeidet i 23 år som sykepleier, hvorav 10 år i hjemmetjenesten.
- Nora, 40 år. Har arbeidet i 13 år i hjemmetjenesten.
- Kari, 26 år. Sykepleierstudent som nå arbeider i fast stilling i hjemmetjenesten.
- Aud, 54 år. Har arbeidet i hjemmetjenesten som sykepleier siden 94 avbrutt av videreutdanning.
- Hanna, 43 år. Har arbeidet i tjenesten i 9 år.
- Signe, 40 år. Sykepleier siden 95, og 12 år i hjemmetjenesten.
- Hans, 44 år. Sykepleier i 18 år i hjemmetjenesten.

Alle informantene er tilknyttet hjemmetjenesten. Med unntak av sykepleierstudenten har informantene arbeidet i tjenesten i 9 år eller mer. Ett av gruppemedlemmene faller da utenfor inklusjonskravet da hun ikke er ferdig sykepleier enda. Vi gjorde et bevisst valg om å la henne delta likevel, fordi vi vurderte henne ut fra engasjement, erfaring fra hjemmetjeneste i en bykommune og ferske utdanning.

4.5 Gjennomføring av intervjuene

Da vi er to studenter som skriver masteroppgave med bakgrunn i samme prosjekt i samme kommune, er fokusgruppeintervjuene utført og transkribert sammen, men vi har analysert og bearbeidet data hver for oss. Min medstudent fungerte som moderator for meg og jeg for henne. Moderatorens oppgave er å presentere emnene som skal diskuteres, samt legge til rette for diskusjon slik at ordvekslingen skjer i en atmosfære som tillater motstridende synspunkter. Målet er ikke å skape full enighet i gruppene, men å få uttrykt synspunkter rundt emnene som presenteres (Kvale & Brinkmann 2009).

Min medstudents tema ble diskutert i første intervju og mitt tema det andre intervjuet. Jeg har i oppgaven benyttet data fra begge intervjuene i henhold til relevans for problemstillingen. Informantene snakket klart og tydelig og ikke i munnen på hverandre, slik vi hadde informert om på forhånd. Dette gjorde transkriberingen håndterlig i etterkant av intervjuene.

Vi fikk tildelt et møterom i kommunens administrasjonsbygg til gjennomføringen av begge intervjuene. Rommet var innredet med et konferansebord. Alle fikk plass rundt bordet. Min medstudent og jeg møtte to timer i forkant av intervjutidspunktene for å blant annet teste lyd kvaliteten på lydopptakerne. Vi fjernet støy- faktorer, organiserte plassering av

informantene i forhold til opptakerne. Vi hadde hver vår lydbåndopptaker som vi brukte samtidig, for å kvalitetssikre dersom den ene skulle slutte å virke. På denne måten kvalitetssikret vi også at stemmene til de informantene som ble sittende lengst unna mikrofonen. Vi hadde med oss kake og frukt som ikke laget lyd (stille mat), vi kokte kaffe og te. En av informantene var ikke tilstede på det uformelle møtet vi hadde i forkant av intervjuene, derfor repeterte vi informasjon som var gitt på dette møtet, slik at alle informanter hadde lik informasjon før intervjuet startet. Introduksjonen er i følge Halkier 2010 noe av det viktigste i fokusgrupper. I introduksjonen skapes rammer for det sosiale rommet for intervjuet, altså samspillet i gruppen (Halkier 2010). Det møtte sju av totalt ni sykepleiere til det første intervjuet. Intervjuet varte i 100 minutter og ble transkribert til 35 sider.

Intervju nummer to ble foretatt en uke etter det første var gjennomført. Til dette intervjuet møtte kun tre informanter. En av informantene hadde på første intervju meldt sitt fravær grunnet jobbreise, en var syk og to andre var hjemme fra jobb på grunn av syke barn. Vi vurderte å ikke gjennomføre intervjuet da antall personer i gruppen var under anbefalt gruppestørrelse. (En del av litteraturen om fokusgrupper, har formening om at gruppestørrelsen bør være rundt 6-12 personer). Vi valgte likevel å gjennomføre intervjuet, da vi mener intensjonen for fokusgruppeintervju ble ivaretatt. I følge Bente Halkier rapporterer hun om vellykkede fokusgrupper på så vel 3-4 deltakere som på 10-12 (Halkier 2010 s. 39). Intervjuet foregikk på samme måte som det første. Intervjuet varte i 110 minutter og ble transkribert til 52 sider. Begge intervjuene ga til sammen 87 sider transkribert datamateriale.

Informantene var kjente og trygge på hverandre og diskuterte livlig de emner som dukket opp. Det spontane som kommer frem gjennom diskusjonen i gruppa, vil vanskelig la seg frembringe bare gjennom enkeltintervju. Dette spesielt da temaet omhandler noe nytt og eksplorativt som ingen enda har erfaring med. Gjennom samspillet i fokusgruppa, vil den ene informanten trigge noe hos den andre. Refleksjoner skapes og erfaringer rundt tema, samt refleksjon over den praksis de har i dag og en tenkt fremtidig praksis deles i gruppen.

Innimellom var det vanskelig å følge informantene i diskusjonen. En informant besvarte for eksempel en tredje informants utsagn, mens informant to nylig hadde snakket. Jeg forsøkte i størst mulig grad å la informantene snakke fritt, uten for mye innblanding av meg. Noen ganger måtte jeg bryte inn for å holde informantene i temaet. Informantene snakker gjerne ut

fra bilder på det de gjør. Slike bilder blir gjerne formidlet gjennom hverdagspråket som fortellinger. Den ene fortellingen avløser gjerne den andre og noen ganger i løpet av intervjuet, havnet informantene litt på siden av det tema som skulle diskuteres. Informantene lot seg enkelt innhente lede inn på tema for intervjuet.

Vi hadde på forhånd orientert oss om informantene hadde fått noe mer informasjon om prosjektet ”Hjemme og Trygg i Troms” som eventuelt skulle igangsettes i deres kommune. Da de ikke hadde fått mer informasjon, valgte vi til hvert av intervjuene å presentere en liten videosnutt som omhandler bruk av videokonferanse i hjemmetjenesten. Vi valgte å gjøre dette da vi ønsket at informantene skulle ha et noenlunde likt utgangspunkt og referanse for diskusjon i fokusgruppa. Videokonferanse teknologi er ingen ny teknologi og informantene vil med stor sannsynlighet ha ulike referanser og erfaringer på slikt utstyr i bruk.

4.6 Transkribering

Det at vi hadde møtt informantene på forhånd medførte at transkriberingen var enklere da vi gjenkjente informantenes stemme på lydopptakene.

Begge intervjuene ble transkribert oss selv like etter at intervjuene var gjennomført. Før vi startet selve transkriberingen hørte vi på opptakene flere ganger. Begge intervjuopptakene var av god lyd kvalitet, dog var det ene av noe bedre kvalitet enn det andre. Ved å ha transkribert intervjuene selv gav god innsikt i selve intervjuprosessen vi hadde gjennomført, og det informantene hadde formidlet. Jeg laget et ”kart” der jeg tegnet bordet vi satt ved og satte navn på informantene der de satt. Dette hjalp meg å holde oversikt over hvem som snakket under transkriberingen. Jeg startet å transkribere på bokmålsdialekt, men gikk etter hvert over til å benytte dialekt. Det var spesielt en informant jeg ikke fant mulig å transkribere etter på bokmål. Vedkommende hadde en dialekt som rett og slett ikke lot seg omskrive til bokmål da hennes utsagn endret mening dersom vi skulle skrive om til bokmålsform. Jeg opplevde materialet ble mer distansert og uekte dersom alt skulle skrives om i bokmål. For å holde bedre orden og struktur fikk hver informant sin egen linje i utskriften. Dette bidro til at jeg under transkriberingen også gjorde flere oppdagelser på hvordan min tolkning innvirker på talespråket i en kommunikasjonsprosess. Det var flere steder i intervjuet hvor en av informantene påbegynner en setning, en annen fortsetter og jeg som intervjuer tolker ubevisst

det som sies. Noen steder ble utfordringen å finne ut av hvilken informant som utfyller/fortsetter eller svarer hvem i gruppediskusjonen. En annen erfaring jeg gjorde er hvordan et punktum eller en kommaplassering kan endre en setnings mening. Jeg utøvde forsiktighet her, og der jeg var i tvil, lyttet jeg gjennom flere ganger for slik å få med den riktige teksten. Etter at jeg hadde transkribert ferdig teksten, hørte jeg gjennom intervjuene mens jeg fulgte med i det transkriberte materiale, dette for å kvalitetssikre datamaterialet mitt.

Under og etter transkriberingen fremkom en del områder der jeg i ettertid ser at jeg godt kunne vært mere dyptgående og stilt flere oppfølgingsspørsmål. I tillegg til at gruppa var homogen med hensyn til profesjon, og at de hadde lang erfaring, er alle informantene tilknyttet samme arbeidsplass. Dette kan i en intervjusituasjon medføre en innforståthet blant informantene slik at emner kan bli tatt for gitt og ikke bli berørt. Det er vanskelig å si sikkert om dette skjedde i mitt intervju, men ut fra at jeg også har en felleskunnskap med informantene i form av min profesjon, tenker jeg det er nokså trulig at det kan ha skjedd. Dog er det viktig å fremme at kjennskap til deres praksis også må sees på som viktig da jeg vil ut fra samme felleskunnskap kunne forstå deler av deres praksis og verdigrunnlag ut fra min bakgrunn som sykepleier. Her ville i så fall en helt utenforstående kunne kommet til kort i forståelsen slik at tolkningen hadde blitt mangelfull.

4.7 Analyse og bearbeiding av data

Før jeg startet opp med analyse av det transkriberte materialet hørte jeg gjennom intervjuene gjentatte ganger. Jeg har valgt å benytte Bente Halkier (2010), som referanse og støtte i analysearbeidet av mine skriftlige data. Halkier (2010), viser til at i analyse av innhold trenger man tre verktøy. Disse redskapene er koding- kategorisering- og begrepsdannelse. Hun viser til koding som en prosedyre hvor man kondenserer et stort datamateriale ved å gi en tematisk hovedoversikt til hver databit som meningsmessig henger sammen. Dette vil kunne gi en innholdsmessig oversikt over hva det ble snakket om under intervjuene (Halkier 2010). Med utgangspunkt i mitt forskerspørsmål organiserte jeg hele datamaterialet i mange koder. Denne kodingen foregikk ved at jeg satte markører i marginen i materialet. Markørene fikk navn ut fra det informantene snakket om. Deretter gikk jeg gjennom alle markørene for å se hvem som omhandlet det samme. Deretter brukte jeg kodene for å lage tematiske overskrifter til hver analyseenhet som var meningsmessig sammenhengende.

Denne tematiske kodingen har sammenheng med problemstillingen og intervjuguiden.

Temaene jeg fant fram til var:

- ❖ Tilsyn ut fra dagens praksis,
- ❖ Erfaringer med tilsyn uten fysisk tilstedeværelse (telefontilsyn),
- ❖ Sansenes betydning for tilsyn,
- ❖ Kunnskap, kompetanse og egnethet i tilsyn,
- ❖ Den gode dialogen ”Å komme innpå” å opparbeide tillit i tilsyn
- ❖ Hjemme og trygg lengre
- ❖ Mulig bruk av lyd-bilde i tilsyn
- ❖ Begrensninger ved bruk av lyd-bilde i tilsyn
- ❖ utfordringer ved bruk av lyd-bilde i tilsyn
- ❖ utfordringer med hensyn til organisering

På denne måten fikk jeg en mer systematisk oversikt over det store datamaterialet. På veien hit benyttet jeg fargekoder hvor hver farge representerte tema. Under hvert av disse temaene ble teksten organisert. I det videre arbeidet ble disse temaene organisert i tre hovedkategorier med underkategorier. Jf. Halkier (2010) er dette prosessen der jeg som forsker setter de forskjellige kodene i forhold til hverandre for å se om noen av kodene henger sammen, om noen står i motsetning til hverandre eller har konsekvenser for hverandre. Kategorisering kan slik forstås som en ytterligere kondensering av datamaterialet, altså at flere koder samles under en kategori (Halkier 2010 s.87).

Etter en ny runde der temaene ble sett opp mot hverandre, kom jeg fram til tre hovedkategorier for mitt materiale. Disse er:

1. *Typer tilsyn,*
2. *Aspekter/kjennetegn ved tilsyn og*
3. *Utfordringer med bruk av teknologi i tilsyn.*

Jeg laget meg tre matriser, en for hver kategori og organiserte den kondenserte teksten inn i aktuell kategori. Innenfor disse tre kategoriene utførte jeg en systematisk gjennomgang, kondensering og koding i form av foreløpige markører på mindre biter av datamaterialet/analyseenheter jf. Coffey og Atkinson referert av Halkier (Halkier 2010). Hver hovedkategori fikk flere underkategorier. Som for eksempel aspekter/kjennetegn ved tilsyn fikk følgende underkategorier: *Tilsyn mer enn et besøk, Sanselighet i tilsyn, dialog i tilsyn om kartlegging og vurdering i tilsyn.*

Begrepsdannelse er det siste av de tre redskapene som (Halkier 2010) refererer til. Her skal jeg plassere koder og kategorier i forhold til data igjen, og i forhold til valgte teoretiske begreper. Her ser man etter temaer, gjentakelser, mønstre. Det er også viktig å se etter variasjoner, brudd og paradokser for ikke å bare få oppfylt egne paradokser (Halkier 2010)

I studien heftet jeg de foreløpige kodene og kategoriseringene med kunnskapsbegrepet, hvorav praksiskunnskap blir sentralt og fremtredende i materialet. Sanselighet, relasjon og tillit, samt kommunikasjon og nærvær er også umiddelbare analytiske begrep som får betydning for den videre analysen av mitt datamateriale. Begrepene ble sammenlignet på tvers av fokusgruppeutskriften for å se hva som dannet mønstre og for å se hvor begrepsdannelse ikke henger sammen. Det som tydelig fremkom gjennom en slik sammenholdning var at bruk av kunnskap i fagutøvelse i tilsyn er et svært sentralt begrep som går igjen gjennom hele materialet.

4.8 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Når det gjelder validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning finnes det ingen test som slik kan teste forskningen, men god forskningsetikk, klarhet og sammenheng i det som forskes på og valg av egnet metode samt refleksjon, er avgjørende for betydningen for forskningens reliabilitet (Pollit & Beck 2008). I undersøkelser med fokusgrupper fordrer validitet først og fremst en utførelse av et systematisk arbeid og gjør det gjennomskuelig for andre, og at en argumenterer analytisk overbevisende nok til at andre aksepterer resultatene (Halkier 2010).

Begrepet overførbarhet impliserer på en bedre måte enn generaliserbarhet at det finnes grenser og betingelser for hvordan de funn en har gjort seg kan gjøre seg gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført (Malterud 2003).

Undersøkelsen vil kunne ha relevans for andre kommuner dersom de skulle ta i bruk lignende utstyr i sin tjeneste. Jeg har gjennom forskningen frambrakt kunnskaper om aspekter ved en arbeidsform i en hjemmetjeneste i dag, som vil kunne ha relevans og overføringsverdi til andre tjenester. Jeg har gjennom en teoretisk tilnærming hatt søkelys på de mest elementære aspekter ved et møte mellom en pasient og en hjemmesykepleier i et tilsyn, og gjennom systematisk organisering av datamaterialet gjort en tolkning av dette. Gjennom en hermeneutisk forståelsesorden og tolkning har jeg frambrakt kunnskaper om hvordan

eksisterende praksis vil kunne bli utfordret dersom en skal ta i bruk videokonferanse i en slik kontekst.

4.9 Etiske betraktninger

Før jeg startet datainnsamlingen søkte jeg i samarbeid med veileder til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste) om godkjenning av innhenting av relevant data og oppbevaring av datamaterialet mens prosjektet pågikk. Godkjenning fra NSD ligger som vedlegg.

Alle informantene i studien fikk informasjonsskriv og samtykkeskjema. Det ble i informasjonsskrivet opplyst om at deltagelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. De ble også informert om at intervjuene ville bli tatt opp på bånd, transkribert umiddelbart etter intervjuene. Intervjuene ble tatt opp på hver vår lydopptaker, og vi har oppbevart disse hver for oss i låsbart skap/skuff. Lydopptakene vil bli slettet innen utgangen av juni 2012, etter krav fra NSD. Det transkriberte materialet vil også bli makulert etter gjeldende regler. Det ble ikke opprettet elektroniske lydfiler på pc.

Prosjektet ”Hjemme og trygg i Troms” er initiert av Bredbåndsfylket Troms i samarbeid med den aktuelle kommune. Det foreligger en prosjektbeskrivelse, men denne er ikke publisert. Jeg har, for å anonymisere kommunen og informantene, valgt å ikke legge ved denne prosjektbeskrivelsen.

4.10 Kritikk av metode

Da jeg ikke har erfaring med å forske samt å gjennomføre fokusgruppeintervju forløp ikke selve prosessen helt uproblematisk. Det var til tider vanskelig å holde fokus i intervjuene da informantene ofte vandret mellom de ulike tema i diskusjonen. En informant formidlet noe som inspirerte en annen til diskusjon. En tredje informant henviser til et av de forgående temaer hvor neste informant hiver seg inn i denne diskusjonen igjen. Under og etter transkribering og analyse av data ser jeg i ettertid at jeg ikke var styrende nok i intervjuprosessen. Mange sentrale temaer ble diskutert hvor viktige ting ble sagt og alle, inkludert meg selv, nikket enig, uten at det ble satt ord på eller klarert hva jeg var enig i.

Underveis i intervjuprosessen burde jeg stilt flere oppfølgings spørsmål for å avklare og utdype informantenes utsagn. Jeg oppdaget dessverre ikke dette før under analyseprosessen. Det ble svært tydelig i det talen skulle gjengis i skriftlig språk. Sykepleierne i studien benyttet flere ganger begreper som jeg nikket stilltiende til som om jeg forsto hva de mente, ut fra hva jeg selv la i min forståelse for begrepet. Min subjektivitet og forforståelse er i stor grad med meg inn i intervjuet, og dette innvirket i mer eller mindre grad når jeg har fortolket deres utsagn. Det er dette som kjennetegner denne type forskning. Jeg som forsker blir slik medskaper i den data som produseres gjennom forskningsprosessen.

Å bruke videosnutt for å skape en felles forståelsesramme i et fokusgruppeintervju, ser jeg i ettertid også kan påvirke informantene til å vende blikket bare mot videosnutten og ikke mot deres egen praksis. I denne studien ble dette valget gjort som et bevisst valg. Dette etter å ha vurdert konsekvensene som verre at det kanskje sitter informanter med svært negative erfaringer om videokonferanse i bruk i andre kontekster, og at dette kan forringe fokusgruppediskusjonen mer enn om de fikk en felles ramme for hva det kan være.

5.0 Presentasjon av funn

Med bakgrunn i data og analyser, har jeg valgt å presentere funnene etter følgende inndeling.

1. Ulike typer tilsyn
2. Egenskaper/kjennetegn ved tilsyn
3. utfordringer med bruk av teknologi i tilsyn.

5.1 Ulike typer tilsyn.

I kommunen der jeg gjorde datainnsamlingen omtales hjemmebesøk der en ikke har en klart definert praktisk handling som "tilsyn". Tilsyn regnes likevel som et oppdrag som er nedfelt på arbeidslista, og kan beskrives som et besøk som ikke bare er et besøk. Som en av informantene uttrykte det:

"så er det alltid en mening med tilsynet. Vi ser jo etter spesifikke ting, og selv om vi ikke gjør noe praktisk, så har det kjempestor betydning å ha kontroll på at det går bra med personen vi er hos".

Informantene skisserte flere typer tilsyn alt etter hva hensikten med tilsynene er. Tilsynene utføres med hjemmel i lovverket og blir gjerne opprettet på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra pårørende eller andre. Bakgrunn for vedtak om slike tilsyn kan være at pasienten "roter" med medisiner, mistanke om en begynnende kognitiv svikt, kartlegging av funksjonsnivå, eller rett og slett bare **å se til** pasienten eller **trygge** hverdagen ved å stikke innom eller ta en telefon. Det å ta en telefon er noe informantene kaller for et "telefontilsyn".

Det fattes et vedtak som sier noe om tilsynets art, altså et vedtak om et tiltak; om et besøk med en hensikt. Ordlyden i et slikt vedtak kan f. eks være: *"Du innvilges hjemmesykepleie til tilsyn og samtale 2-3 ganger pr uke. Dag og klokkeslett avtales mellom deg og hjemmesykepleier".* Når jeg spør om hva de gjør for å følge opp et slikt vedtak svarer en av informantene slik: *"Vi drar dit, sitter ned, vi lytter og ser selvfølgelig hvordan vedkommende har det".* En annen informant sier: *"Det som hyppigst skjer er vel at vedkommende har begynt å rote med medisinen".* En tredje informant sier: *"Ja enten en kognitiv svikt eller en fysisk sykdom, eller det kan rett og slett handle om utrygghet... at man rett og slett er der for å trygge den personen det gjelder".*

Kartleggingstilsyn - men ”ei meining med snokinga”.

En type tilsyn informantene i studien beskriver er det jeg har valgt å kalle kartleggingstilsyn. Dette er en type tilsyn hvor hjemmetjenesten har mottatt en bekymringsmelding fra f eks pårørende, postmann eller andre og hjemmesykepleier drar på et besøk til personen det gjelder. Ofte er ikke besøkets hensikt klart definert på forhånd. Hjemmesykepleier observerer personen og omgivelsene rundt gjennom besøket, samt danner seg en formening om hvordan det står til i dette hjemmet. På bakgrunn av denne kartleggingen, fattes det vedtak om hvilket hjelpetiltak personen blir tilbudt. En informant i intervjuet beskriver det slik:

”Du sjekker jo hvordan det er når du kommer inn døra. Man har jo en viss formening om korsen det kan og bør være i en heim. En ser jo etter ting som ikke stemmer. Vi ser jo og lukte jo. Vi gjør oss tura, kanskje låner vi toalettet/badet, ser korsen det ser ut der. Kanskje man spør om dem har mat i kjøleskapet, om dem ordner seg mat og slikt; altså du gjør masse observasjoner i boligen mens du er der, uten at du egentlig snoker, tenker eg. Det er i så fall ei meining med snokinga. I samtalen med mennesket, vil man finne ut av korsen den kognitive funksjonen er, eller om det er fysiske svikter”.

Bestillingstilsyn eller oppfølgingstilsyn. - ”Bestille det som skal sees etter” -

En annen type tilsyn informantene viser til er det jeg har valgt å kalle bestillingstilsyn eller oppfølgingstilsyn. Et slikt tilsyn kan bestilles av spesialisthelsetjenesten eller fastlegen til pasienten, sier informantene. Disse tilsyn kan omhandle en midlertidig eller varig oppfølging etter f eks sykehusinnleggelse eller legebepesøk. Dette kan for eksempel være observasjoner etter oppstart av f eks nye medisiner, sår osv. En informant sier det slik:

”Noen har vi via sykehuset. De trenger oppfølging etter et sykehusopphold, for eksempel. De kan ha oppdaga noe fysisk der, eller så er det rett og slett hjelp etter et beinbrudd. Kanskje kan det også være mistanke om en kognitiv svikt. Eller at pasienten har starta med nye medisiner”.

I noen tilfeller kan det også være sykepleier som ”bestiller” tilsyn av f eks en ufaglært. I slike tilfeller blir det sagt hva som skal sees etter og eventuelt følges opp i tilsynet. Dette er noe sykepleier kan gjøre i de tilfeller der en relasjon allerede er etablert. Sykepleier har vært hos pasienten, og kan derfor ”bestille” gjøremål hos pasienten, av en som ikke har fagutdannelse. Da er det som skal sees etter på en måte avklart på forhånd. En av informantene sier:

”Jeg tror dersom du skal sende en ufaglært på et tilsyn, så kan det ikke være det første tilsynet etter en bekymring eller bestilling. Dersom du senere skal sende, så må det nok være at du legger det opp som en bestilling hos denne pleieren da. Det må på en måte være litt avklart på forhånd de den pleieren skal se etter. Altså må tilsynet være etablert, slik at du som sykepleier vet noe om hvordan forholdene der i hjemmet er og at du slik kan bestille det som skal sees etter”.

Telefontilsyn - ”Se med telefonen”

Det å ta en telefon til pasienten ble av informantene beskrevet som et ”telefontilsyn”. I denne kommunen er det lange kjøreavstander og i noen tilfeller der det blir travelt, kan et og annet tilsyn bli erstattet ved at de ringer pasienten for å høre om alt er ok i stedet for å kjøre dit. Et telefontilsyn er noe de har både positive og negative erfaringer med. Informantene sier dette er en grei måte å finne ut om pasienten har det bra, men ved å gjennomføre tilsynet på en slik måte, mister de også noe informasjon om pasienten. De beskriver en pasientsituasjon fra praksis der de over en periode praktiserte bare telefontilsyn, der de etter hvert fant ut at det meste hadde gått over styr til tross for jevnlig telefontilsyn. Spesielt dette med mat og ernæring hadde gått galt til tross for at pasienten fikk brakt middag fra et sentralkjøkken i kommunen, og hjemmesykepleierne utførte jevnlig telefontilsyn. En informant beskriver dette slik:

”vi klarte ikke å fange opp matsituasjoner og slikt, vi kunne ikke se med telefon hvor mange middager som lå i skuffa, eller hvor mange middager som lå uspist i mikroen”.

Det ultimate tilsyn – ”det er jo det vi skulle ønske..”

For noen år tilbake, drev hjemmetjenesten en slags oppsøkende virksomhet blant bygdas eldre, der de også besøkte friske hjemmeboende eldre som ikke var innskrevet i hjemmetjenesten, men som de visste om. Hensikten med slike tilsyn var nettopp dette med å **se til** og **gjøre vurderinger** med hensyn til normalsituasjonen, for slik å kunne komme tidlig inn med hjelpetiltak dersom dette skulle bli nødvendig. På denne måten mente de pasienten ville få en tryggere hverdag, samt også kunne bo lengre hjemme. På spørsmål om hva de så etter i slike tilsyn svarte en av informantene:

”Jeg så jo, vurderte jo om dette var et hjem det var hyggelig å komme til; altså om det var normalt reint, om det var ok temperatur inne, blomster i vinduet, og mange slike små ting som indikerer en ok egenomsorg”.

En annen informant sier:

”Det er jo det vi skulle ønske vi hadde tid til. Vi veit jo at der sitter så uendelig mange gamle som jeg kjenner, som ikke er inne i vårt system, men hva gjør vi? Det er klampen i botn, så kikker vi opp der, er det lys er alt ok, så drar vi rake veien forbi, fordi vi ikke har tid til å hevle med det. Men dersom vi ikke ser lys en dag, da reagere man jo på det, og da stoppe man jo, kakke på døra og spør hva dette er...”

Informantene beskrev dette som ”*det ultimate tilsyn*”. Det er en type tilsyn som ikke nødvendigvis utløses av rett til helsehjelp, men som har en type forebyggende virksomhet. De kommer tidlig inn, kartlegger normalsituasjonen og funksjonsnivå tidlig, og kan slik fange opp eventuelle utfordringer som kan komme til dukke opp. En av informantene sier:

” ... Det er jo en måte å holde folk lengre hjemme på. Så vi trygge dem i deres hverdag der dem bor. Er det problemer, så er vi i stand til å fange dem opp, og gjøre noe med det”.

5.2 Aspekter som kjennetegner et tilsyn.

I tillegg til at informantene delte inn tilsyn etter hensikten de skulle fylle, snakket de også om sentrale aspekter som kjennetegner tilsynet.

”Vi bruke snytskaftet og auan i tilsynet”

Å bruke sansene i tilsynet ble av informantene beskrevet som viktig. De benytter gjerne alle sanser i møtet med pasienten. De sier de observerer pasientene og omgivelsene rundt. Det er ikke alltid det er så tydelig hva de ser etter, men de ser, lukter, hører og senser.

Flere av sykepleierne i denne studien sier at det første de legger merke til når de kommer inn i et hus er lukta i huset. Dersom det ikke lukter bra i huset, brukes synssansen for slik å kunne finne ut mer om tilstanden i heimen. De gjør seg ærender rundt om i huset, f eks på toalettet, i skap med mer, for slik å finne ut hva som eventuelt ikke lukter så godt. I noen tilfeller kan det være melk som er satt i matskapet istedenfor i kjøleskapet, eller det kan være urinlukt fra tøy, eller et sår som begynner å lukte. Gjennom samtale med pasienten innhenter de mer informasjon. Disse observasjonene forteller noe om pasientenes tilstand og egenomsorg.

En av informantene i gruppa sier:

”Vi observerer hvordan det er hos den vi er hos. Det både i forhold til det som er beskrevet i profil og siden sist vi var der. Du ser etter nye problemstillinger, du sitter ned, tar deg tid, prate med vedkommende, lytte til hva vedkommende har å si. Det er jo stort sett det vi gjør på tilsyn...”

Sykepleierne understreker også viktigheten av å kjenne til omgivelsene rundt pasientene. De beskriver eksempler der de på forhånd vet noe om hvordan det skal lukte i de forskjellige hjem. For eksempel i noen hus skal det lukte fjøs i yttergangen, i et annet hus skal det lukte fiskeslog på trappa. Dette er normalt i disse hjemmene, og har sammenheng med hva disse menneskene driver med (landbruk og fiske). Dette er viktige observasjoner som sier noe om at ting faktisk er som de skal være. For å kunne gjøre slike observasjoner og vurderinger, mener sykepleierne i studien at de må ha erfart dette med fysisk nærvær i disse hjemmene. *”Av med jakken, sett deg ned og takke ja tel kaffe og sånn og prate gjerne då om dagligdagse ting, samtidig som du bruke snytskaftet og auan mens du snakke”*.

På denne måten mener informantene at de ivaretar pasienten, forebygger og er slik forutseende for tilkommende utfordringer i hjemmet. Pasientene vil i følge informantene også kunne trygges i sitt hjem, og vil slik kunne bo lengre hjemme, hvilket de hevder de fleste eldre ønsker.

”Å smøye det oppunder for å få tel en samtale”

Et annet aspekt informantene trekker fram som er sentralt i tilsyn er dialogen eller samtalen i møtet. Informantene mener det er viktig hvordan samtalen legges opp da mange observasjoner blir gjort gjennom dialogen. Også gjennom såkalt dagligdags ”small talk” gjør sykepleierne sine observasjoner. En informant sier:

«ja for når noen sier at eg begynner å rote, eg begynne hvis å glemme litt. Da er det et tegn på at da kan du komme inn, smøye det oppunder for å få tel en samtale... Eg meine jo at du stenger av samtalen hvis du sei; ja vi glemmer no alle sammen.»

”Å bygge opp tillit”

I følge informantene blir opparbeidelse av tillit sentralt, da samtalen ofte omhandler følelser og de nære ting. Det at en pasient i en samtale f eks erkjenner at han/hun begynner å glemme,

blir av en informant sett på som en utleverthet i form av en blottleggelse, en annen sammenligner det med å måtte kle seg naken mens noen ser på. I slike situasjoner blir det særdeles viktig hvordan hjemmesykepleieren tar i mot denne utlevertheten.

Hjemmesykepleieren må kunne forstå og ta i mot, samt gjøre noe med denne utlevertheten. Det foregår en observasjon også gjennom kommunikasjonen. De benytter kunnskap og erfaring for å forstå det de observer, for slik å kunne ta i mot pasientenes utleverthet, samt gjøre noe med det. For å sette et bilde på dette viser jeg til en av informantenes utsagn:

”I det øyeblikket at en person sier at; jeg begynner vist å glemme, da blottes du deg. Det blir som å kle seg naken, og dersom du sier at: ja men eg sto med ryggen til så det er ikke så farlig..., stenges samtalen av, men sier du så: ja eg såg det.. og skal vi prøve å gjøre noe med, da møte du pasienten og du bruke vettet som sykepleier”.

En annen informant sier: *”Det å avsløre at du er glemsk, det er.... Det ordet å blottlegge seg er egentlig ganske godt, du blottlegger noe av deg selv som du ikke ønsker å vise”.*

En tredje informant sier:

”..så blir du innmari sårbar i det øyeblikket. Og hvis det da sitt foran deg en person som ikke er i stand til...å ta imot å skjønne at..at..no har motparten gjort seg mer sårbar. Så har du gjort mer skade enn nøtta. Og det der eg meine, der kjæm vårres kompetanse inn. Vi forstår og vi er i stand til å gjøre noe med det”

Gjennom disse utsagn ser vi en type praksis på tilsyn der pasienten og sykepleieren møtes fysisk ansikt til ansikt i samme rom. I gjentatte møter over tid, bygges det opp en tillit mellom sykepleier og pasient. I møtene utleverer pasienter gjerne sensitiv følelsesladet informasjon om seg selv som kan ha betydning for hjelpen som gis. Sykepleierne stilles overfor et valg om å ta i mot utlevertheten eller ignorere den. Dette omhandler i følge informantene om tillit i møtet og hjemmesykepleierens kompetanse på å ta i mot utlevertheten.

”En plattform å jobbe ut fra”

Informantene i studien viser til at de med bakgrunn i det de har sanset i tilsynet, gjør vurderinger og iverksetter tiltak på bakgrunn av det de har sett, hørt, luktet og følt. En av informantene påpeker av denne grunn også fordeler med at det er sykepleier som gjennomfører tilsyn da sykepleieren har særlig kompetanse for å gjøre slike vurderinger. Hun sier:

”Dersom det er en sykepleier som kommer på tilsyn, vil hun ikke bare kjenne urinlukt, men hun vil også kunne kjenne om det er en urinveisinfeksjon, bare ut fra å lukte og vurdere tilstanden”.

De benytter altså fagkunnskaper i slike vurderinger. I uttrykket *Plattform* inngår også kunnskap og kompetanse i henhold til de observasjoner de gjør seg i tilsynet. De referer da gjerne til fagkunnskap i observasjonene, og kunnskaper og erfaringer om pasienten og omgivelsene rundt i disse møtene. En informant sier det slik:

”Det ligger så mye mer bak tilsynet. Vi har en pakke med oss inn. Denne pakker vi opp å bruke den for å finne ut hvordan mennesket har det og om det er noe vi bør hjelpe dem med”.

En annen informant fortsetter:

”Det er en kunnskapsbasert observasjon vi gjør, men jeg tenker du også har en kompetanse innenfor... hva skal jeg si ... menneskekunnskap som du også benytter. Du er avhengig av å etablere en relasjon. Du må komme innpå. Det er det som er selve arbeidsplattformen vår, og vi må ha en slik plattform å arbeide ut fra”.

Plattform kan slik sees som noe informantene har felles i sitt arbeid. Dette felles, er fundamentert på noe kjent. Dette kjente tolker jeg som et mønster for eksisterende praksis slik arbeidet utføres i dag uten bruk av teknologi. Det at det blir omtalt som plattform og fundament, tenker jeg har med ordassosiasjoner å gjøre. En plattform er noe du står på og et fundament er gjerne også assosiert til noe som har med grunnlag å gjøre. Plattformen blir da fundamentet, eller grunnmuren de står på i det de eventuelt skal ta i bruk en ny teknologi i sin praksisutøvelse.

5.3 utfordringer med bruk av teknologi i tilsyn.

Informantene ble utfordret til å si noe om både muligheter, utfordringer og begrensninger de ser ved en slik praksis. Jeg har valgt å organisere disse tre under ett, og har valgt å kalle de utfordringer. Utfordringer kan slik sees både som muligheter og begrensninger, slik jeg ser det.

Du må ha vært der fysisk for å forstå ka du skal se og spørre etter.”

Det fysiske nærværet får stor oppmerksomhet i det informantene blir bedt om å tenke seg en praksis der de skal bruke lyd-bilde i tilsyn. I denne konteksten blir det i følge sykepleierne i

denne studien særdeles viktig at de først har vært fysisk til stede hos pasientene i deres hjem. De understreker at de må ha vært der med alle sansene i observasjonen for å kunne muliggjøre observasjon gjennom kamera og skjerm. *”Du må liksom ha vært der for å vite hva du kan se og spørre etter - før du kan dra dit via et sånt lyd-bilde apparat”*. De må ha et utgangspunkt fundamentert på fysisk tilstedeværelse, for slik å kunne se og forstå hva de eventuelt skal se etter ved eventuelt bruk av lyd-bilde teknologi i denne konteksten.

Informantene refererer stadig til det de kaller ”plattform”. Denne plattformen er slik også det man kan skaffe seg ved å ha vært fysisk tilstede hos pasientene sier de. En av informantene sier:

...som vi har snakka om tidligere, vi må ha et utgangspunkt for å ha en dialog med dem over lyd-bilde. Det utgangspunktet må være fundamentert på fysisk på et fysisk møte.

Plattformen blir slik jeg ser det en beskrivelse på deres erfaringer fra tilsyn etter dagens praksis der de møtes fysisk i tilsynet.

”Å komme inn døra med teknologien før vi sjøl kjem inn i rommet”

Andre utfordringene informantene beskriver er flersidig. Det fremkommer en del etiske refleksjoner om hvordan de skal besøke en pasient via teknologi. Kan pasienten velge om han/hun vil lukke opp, eller ikke? Videre nevnes utfordringer med hensyn til den relasjonelle kontakten mellom sykepleier og pasient. De snakker om møter som før var personlig, blir nå ”offentlig” med bruk av teknologi. Det skjer noe med nærværet. Du kan ikke gi en klem bak kameraet. *”Noen pasienter trenger en klem, eller å bli tatt på,”* sier en informant.

Videre sier en annen informant:

”Vesst vi skulle på tilsyn hos en ny bruker med et slikt kamera og skjerm, og så si: den her skal vi ringe deg opp å besøke deg med. Hva slags relasjon greide vi å bygge opp til denne brukeren dersom vi kom med teknologien inn døra før vi kom inn med oss selv?”

De engster seg også for at det skal bli for ”lettvindt” å bare trykke på knappen for å se til pasientene. De snakker om å miste noe, ikke få brukt seg selv like godt. At noe ikke blir det samme lengre. Når det gjelder utfordringer med hensyn til organisering, snakker informantene en del om hvem som skal utføre slike tilsyn med lyd-bilde, at det er sykepleierne som har best

fagkompetanse og derfor best vurderingsevne. De er redd for å bli mer likegyldig og mindre bryende overfor pasientene dersom slik teknologi tas i bruk. En informant beskriver det slik:

”Det vil være forskjell på hvordan ho (navngir en sykepleier) svarer pasienten dersom han sier at han begynner å glemme... Hun vil ikke si at det gjør vi jo alle... Nei, hun vil finne innpass å svare: ja, det stemmer kanskje det, kanskje skal vi ordne en legetime, samt at hun vil automatisk gjøre observasjoner som gir ytterligere informasjon om pasientens tilstand.”

Informanten fortsetter etter en pause: *”...og det er kanskje derfor jeg ubevisst vil trekke frem behovet for at det er sykepleiere som burde gjøre slike tilsyn”.*

”Hadde vi hatt plattformen som fundament ser vi muligheter”

I det plattformen ligger til grunn som et fundament for en annerledes praksis med bruk av teknologi i utøvelsen av tilsyn, ser informantene flere muligheter med å ta i bruk slikt utstyr. Dog er de svært opptatt at teknologien alene ikke skal erstatte de fysiske møtene, men at teknologien kan være et supplement i hverdagen. En informant sier:

”Sånn på dagligbasis må vi ha den plattformen der. Det fysiske må være der. Det må vi etablere først, så kan vi bruke teknologi i tillegg.”

Mulighetene for bruk av lyd-bilde knyttes gjerne som nevnt til eksisterende praksis slik den fremstår i dag. Det nevnes lange kjøreavstander der mesteparten av tiden brukes i bilen der de ser muligheter med å kunne nå flere brukere via teknologien. Altså flere kan få besøk med teknologi innenfor den knappe tiden en har til rådighet.

”Det kan jo hende en bruker kan bo lengre hjemme dersom han kan få noen besøk med lyd-bilde. La oss si han (sykepleierens navn nevnes) som bor ytterst utpå (stedsnavn nevnes) der vi rett og slett ikke har timer nok i uka til å kjøre ut til han så ofte som vi egentlig burde. Kanskje vi kunne utsette institusjonsoppholdet ved å se til han via sånn lyd-bilde”.

Videre blir mulighetene for bruk av teknologi knyttet til hensikten med tilsynet. F eks dette med å følge opp pasienter, her nevnes blant annet oppfølging av nylig utskrevne pasienter fra sykehus, eller at en kan supplere antall tilsyn hos en pasient med bruk av slik teknologi. Flere pasienter vil slik kunne få en tryggere hverdag ved at de får oftere tilsyn. En annen fordel som trekkes fram er muligheten til å også se til pasientene der de ellers foretar telefontilsyn. Et slikt møte blir mer personlig enn om de bare skulle tatt en telefon. En av informantene sier:

”Husker dere han der vi drev og ringte til. Alt var vell til vi kom dit. Da fant vi det meste med matsituasjonen over styr. Hadde vi da hatt en sånn billedtelefon hadde vi kanskje fanga dette opp tidligere. For med bare en slik vanlig telefon fanga det ikke opp”.

De trygger pasienten ved å kunne tilby oftere og flere tilsyn. De trygger seg selv ved å ha mulighet til økt kontroll på at pasientene har det bra, og pårørende blir tryggere når de vet at deres kjære blir sett til. Videre vil de kunne forsikre seg om at pasienten har tatt morgen medisinen sin ved å gjøre slike morgentilsyn hos noen pasienter der man allerede har en mistanke om at de glemmer medisiner osv. Vanligvis ville de kanskje måttet vente til langt på dag før hjemmesykepleier kom på tilsyn. Informanten sier:

”Vi har jo en del pasienter som vi mener er i et grenseland hvor vi begynner å snakke om at vi burde kanskje vært innom og sjekket litt oftere i forhold til dosetter, fordi vi er litt utrygge på om de virkelig får i seg rett mengde til rett tid og rett sort”.

De ser også muligheter med å kunne konsultere fastlege, spesialisthelsetjeneste og hjemmetjenesten innad ved bruk av lyd-bilde. En annen informant sier:

”Den derre kreftpasienten som jeg har fulgt opp, ville jo kunne fått en enda mer profesjonell oppfølging ved hjelp av slik lyd-bilde. Hun er jo ferdigbehandlet fra sykehuset sin side, men jeg kunne jo snakket med henne over lyd-bilde, og hun ville føle hun får en oppfølging på din situasjon og dette ville trygge hennes hverdag sånn like etter utskrivningen fra sykehuset”.

”Å være i rommet på en annen måte”

Begrensningene sykepleierne er opptatt av går mer på de tingene en taper bak kamera og skjerm. Her blir sansene, spesielt luktesansens betydning, og tap av denne sentral. De mister noen sanselige observasjoner som ansees som svært viktig. De enes om at de ved hjelp av kamera og skjerm kommer inn i rommet da også, men at det blir på en annen måte og at noe går tapt på veien. Du mister luktesansen, synsfeltet blir begrenset og du kan ikke føle verken fysisk eller med kroppen når du ikke er ordentlig i rommet. På denne måten mister de verdifull informasjon om pasienten, som er viktig informasjon for pasientens helsetilstand. Å utføre kartleggingstilsyn hevder de blir vanskelig å utføre med teknologi, da pleieren mister mye sansbar informasjon ved slike møter. I slike tilsyn **må** en være fysisk hos pasienten, da alle sansene får stor betydning i observasjon du gjør i det pleieren skal kartlegge et hjelpebehov. En informant i gruppa sier:

”Eg e jo på sett og vis i rommet, men det er som jeg sier; lukter det derre kameraet? Sender det signaler tilbake til meg om at jeg bare kan komme inn der å lukte (snufs) om det lukter svidd eller andre lukter? Nei, det gjør det ikke, og da må du være der før å få med deg”.

Videre sier en informant:

”Du er i rommet, men på en annen måte. Det er ikke et tredimensjonalt bilde holdt eg på å sei. Dem ser bare litt av meg. Dem ser verken bredda eller vidda eller vidda rundt ekvator...”.

”Teknologien kan ikke alene være tilbudet vi gir”, sier en annen informant. Det fysiske må være der og slik ligge til grunn for det de ser etter dersom teknologien skal kunne tas i bruk i denne konteksten. En plattform med dens innhold blir altså fundamentet, og må i følge informantene slik ligge til grunn før en kan ta i bruk en slik teknologi i arbeidet.

”Den nærheta, kan ut fra forutsetninger kunne bli nær også på et slikt skjerm bilde, hvis man i utgangspunktet har et nært forhold”.

Her forstår jeg at informanten trekker paralleller fra eksisterende praksis der dette med å ha etablert en nær relasjon må være fundamentet for en relasjon hvor en gjør bruk av videokonferanse.

5.4 Oppsummering presentasjon av funn.

Sykepleierne i denne studien sier de bruker tid hos pasientene. De bruker **alle sanser** i møtene for å kunne observere, kartlegge og iverksette tiltak hos pasientene. De **forebygger** noe kommende ved å være tilstede, observere og kontrollere at det går bra med pasientene. De følger opp pasienter etter utskriving fra sykehus eller etter ordre fra fastlege. De drar innom for å **se til** pasienten. De trygger hverdagen til pasientene der de bor ved at de ser innom pasientene. På denne måten mener de at institusjonaliseringen kan utsettes i tid.

Informantene sier det er en mening med besøket, de bruker tid (sitter ned) og observerer. Det er av betydning å ha kontroll på at det går bra hos personen de er hos. De er der fysisk og trygger pasienten i hjemmet. En del aspekter går igjen når informantene beskriver det de faktisk gjør i de forskjellige tilsynene. Disse aspektene kan oppsummeres i følgende: **”Å se, å høre, å føle, å lukte, å snakke med, å følge opp, å kartlegge og vurdere, å være tilstede”.**

Disse aspektene blir viktige referanser når praksis utfordres ved at en ny teknologi som lyd-bilde skal tas i bruk i tilsyn i hjemmebasert omsorg. Plattformen omhandler slik et mønster på en eksisterende arbeidsform som et tilsyn i dag representerer, der pasienten og sykepleieren møtes fysisk ansikt til ansikt i samme rom. I denne plattformen ligger også både teoretiske kunnskaper og praktiske erfaringer.

I det sykepleierne ser for seg en praksis der lyd-bilde teknologi skal benyttes i tilsyn, blir fokus på fysisk tilstedeværelse et sentralt aspekt ved tilsynet. En forutsetning for en god relasjon på ved bruk av kamera og skjerm, er i følge informantene at en har vært fysisk tilstede hos pasienten, og tillit har blitt bygget opp over tid. En plattform basert på fagkompetanse og erfaring med slik fysisk tilstedeværelse hos pasienten blir viktig fundament i det teknologien tas i bruk. Informantene ser også noen klare begrensninger i bruk av videokonferanse. Disse begrensninger går mer i retning av det en taper bak kamera og skjerm. Sanselige observasjoner hvorav luktesansen og dennes betydning for observasjon blir mest sentral.

6.0 Romlig tilstedeværelse i tilsyn – utfordringer ved bruk av teknologi

Gjennom fokusgruppeintervju har jeg satt søkelyset på hvordan tilsyn i hjemmebasert omsorg gjennomføres i en valgt kommune. Det var viktig for meg å få innsikt i hva tilsyn er, og hvordan de gjennomføres for å kunne identifisere utfordringer og muligheter ved eventuell bruk av videokonferanseteknologi i en slik kontekst. Slik teknologi er ikke ny, det nye er konteksten teknologien tas i bruk i.

Gjennom analysen av datamaterialet fremkom følgende fire utsagn som sentrale:

1. *"Et tilsyn er noe mer enn et besøk"*
2. *"Vi ser til pasientene"*
3. *"Vi trykker pasienten i sitt hjem"*
4. *"Det er viktig å ha kontroll på at det går bra med pasienten vi er hos"*.

I den videre analysen av "å se til pasientene" fremkommer følgende handlingsaspekter: *"Å se, å høre, å føle, å lukte, å snakke med, å følge opp, å kartlegge og vurdere, å være tilstede"*. Alle disse aspektene inngår i studiens mest sentrale funn; *"Et tilsyn er mer enn et besøk"*.

6.1 *"Et tilsyn er mer enn et besøk"*

I et vedtak om innvilgelse av hjemmesykepleie i denne aktuelle kommunen heter det: *"Du innvilges hjemmesykepleie til tilsyn og samtale 2-3 ganger pr uke. Dag og klokkeslett avtales mellom deg og sykepleier"*. Pasienten skal altså tilses 2-3 ganger pr uke, og sykepleierne i studien sier i forhold til dette at de drar dit, sitter ned, og selvfølgelig ser hvordan personen har det. Videre sier de at årsaken til slike tilsyn gjerne kan være at personen har begynt å rote med medisin, har fått en kognitiv eller fysisk svikt som skal følges opp, eller at det rett og slett handler om utrygghet hos pasienten.

Ordet *"tilsyn"* jf. Bokmålsordboka (internett) kommer av å tilse og har å gjøre med overvåking og kontroll. Det omhandler å være under tilsyn av noen eller ha tilsyn med noe(n). Ordet er todelt og ordet *"til"* omhandler i følge ordboka blant annet om bestemmelsessted eller om en bevegelse i retning av noe. Ordet *"syn"* omhandler blant annet – evne til å se, noe

som en ser, et skue eller en synsmåte, eller en oppfatning av et annet syn på saken. Ordet tilsyn har direkte relevans til innholdet i tilsynet informantene i studien refererer til. Å analysere det informantene legger i handlingen *"å se til"* blir derfor sentralt i mitt forsøk på å skaffe meg en dypere forståelse i utfordringene ved å ta i bruk videokonferanse.

I det *"å se til pasienten"*, vil det slik jeg tolker det, være handlinger informantene utfører, rettet mot å trygge pasienten eller mot det å ha kontroll på at pasienten har det bra. Det er disse handlinger som gjør tilsynet til noe mer enn et besøk. Handlingene er nødvendigvis ikke direkte knyttet til en konkret hensikt i selve tilsynet, men er mer rettet mot at pasienten overordnet skal føle trygghet. I tillegg skal sykepleieren kunne føle at hun har kontroll på at pasienten har det godt. At pasienten føler trygghet og at sykepleieren har kontroll på at pasienten har det godt er, slik jeg tolker det, en del av verdigrunnet i sykepleiernes praksis. I det *"å se til"* ligger både handlinger som er *"synlige"* og *"usynlige"*. De synlige handlinger i tilsyn er knyttet til mer konkrete oppgaver som det å se til om pasienten har tatt medisinerne sine (medisintilsynet), eller det å følge opp pasienter med konkrete oppgaver etter for eksempel et sykehusopphold.

Det å bruke sansene, samt det å få en følelse av at det er *"noe"*, er handlinger som informantene refererer til som *"usynlige"*. De usynlige handlinger er ikke fattet i vedtak. Som en informant sier: *"Det står jo ikke på arbeidslista at jeg skal lukte etter noe, men jeg gjør det jo"*. I besøk der hjemmesykepleier *"gjør noe fysisk"*, som sykepleierne sier, defineres disse oppgavene i vedtaket. På arbeidslista er dette gjerne angitt som f.eks. medisintilsyn eller bare tilsyn. Andre *"usynlige"* oppgaver kan være å gjøre en kartlegging av pasientens totale helsetilstand etter for eksempel en bekymringsmelding fra pårørende eller andre. Vedtaket er kontrakten mellom pasienten og hjemmetjenesten, og innbefatter slik de konkrete gjøremål i besøket. Et tilsyn er et slags besøk, da hjemmesykepleier fysisk kommer inn i hjemmet til pasienten, men som en av informantene sier: *Det er "noe mer enn et besøk, vi ser jo etter spesifikke ting selv om vi ikke gjør noe praktisk"*.

6.2 Sanselighet i tilsyn - om å observere

Informantene understreker betydningen av observasjon som en viktig handling i tilsynet. De gjør observasjoner både i forhold til det som er beskrevet i tidligere rapporter, eller siden sist de var hos pasienten, eller de ser etter nye problemstillinger. En av informantene i studien

sier: *”vi observerer hvordan det er hos den vi er hos.”* En annen informant uttrykker det slik: *”Vi observerer jo hvordan folk egentlig har det med å stille spørsmål, og prate med dem samtidig som du gjør masse observasjoner i boligen mens du er der, uten at du egentlig snoker, tenker jeg”*.

Informantene sier de bruker alle sanser i møtet med pasienten. En informant sier: *”Du får fortere opplysninger, flere opplysninger for i det personlige møtet bruker du så utrolig mye flere sanser. Du får alle sansene på en gang. Du ser, du hører, du får med deg det udefinerbare i rundt i den samtalen der”*. I det fysiske møtet har en mulighet til å benytte alle sansene i observasjon, og en får altså flere opplysninger og fortere opplysninger. Du får også mulig tilgang til det ”udefinerbare” i det fysiske møtet. Det å få tilgang til det udefinerbare, velger jeg å se i sammenheng med dette ”noe” som de lar seg berøre av i møtet. I det de kan bruke alle sansene, vil de kunne sense noe i møtet. Med bakgrunn i det de senser, har de en åpenhet og rettethet i relasjon. De vet nødvendigvis ikke hva de ser etter, men de senser noe. Sansningen er i følge Løgstrup, referert av Martinsen, ikke avhengig av forståelsen, men forståelsen er altså avhengig av den. Vi forstår på sansningens vilkår. (Martinsen 2008b).

Observasjon er, og har alltid vært, sentralt i sykepleierfunksjonen. I Rikke Nissens lærebok for sykepleiere fra 1877, jf. Martinsen (2008b), var det avgjørende å kunne iaktta forandringer hos den syke og å sette de enkelte symptomer inn i en praktisk sammenheng. Innlevelse i pasientens situasjon og observasjonsevnen hadde slik forrang (Martinsen 2008b). I dag er det vanlig å snakke om sykepleieobservasjon der en før snakket om iakttakelse.

6.2.1 ”Å følge opp”

I oppfølgingstilsynet sier informantene at de *”ser ting som eventuelt har forandret seg siden sist”*. Hensikten med hva som sees etter er gjerne tydeligere i oppfølgingstilsynet, alt etter hva som skal følges opp.

Det som kan kjennetegne et oppfølgingstilsyn er i følge informantene at det gjerne inngår en bestilling på det som skal sees etter. En informant sier: *”Noen pasienter får vi fra sykehuset eller vi får ei bestilling fra fastlegen”*. I slike tilsyn fremgår det tydelig gjennom bestillingen hva som skal gjøres eller *”sees etter”*, og informantene ser muligheter der slike tilsyn kan supplere, og i noen tilfeller til og med erstattes med videokonferanse. I et tilsyn der de for

eksempel skal følge opp en kreftpasient som nylig er utskrevet fra sykehus til hjemmet, ser de muligheter til å yte en profesjonell kontinuerlig oppfølging ved lyd-bilde. Gjennom en slik kontakt via videokonferanse vil de med teknologi kunne holde kontakten. I motsetning til en vanlig telefonsamtale ville de kunne observere pasientens for eksempel hudfarge, hårvekst osv. De ville kunne stille spørsmål ut fra det de ser og hører.

Informantene ga også eksempler på at noen oppfølgingstilsyn, der fastlegen har bestilt oppfølging av for eksempel medisinendring, kunne vært gjort via lyd-bilde. De ville da kunne se pasienten mens de pratet med han/hun og det ville kunne gi en bedre kommunikasjon enn bare med en telefon. Et annet eksempel er når sykepleierne i studien trakk frem oppfølging av pasienter, som noen ganger kunne glemme å ta morgenmedisin, eller ikke hadde kledd på seg. Her mente de at ved å kunne gjøre et morgentilsyn via lyd-bilde, kunne de både observere og se til at pasientene tok morgenmedisinen til riktig tid og eventuelt kledde på seg.

Bruk av videokonferanse i oppfølging av pasienter er prøvd ut i flere prosjekter. De prosjektene jeg kjenner til er først og fremst knyttet til kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten med oppfølging av kreftpasienter av psykolog (Marjala og Øvernes 2010), og kontakt mellom fastleger og spesialist (Larsen, Gjerdrum, Obstfelder og Lundvoll Nilsen 2003). Resultatene er stort sett positive og bekrefter antagelsen informantene i mitt prosjekt har, om bruk av videokonferanse i oppfølgingstilsyn.

Informantene mener altså gjennom disse eksemplene det er mulig å anvende slik teknologi i oppfølging av pasienter. De understreker sterkt at det i alle disse eksemplene er en forutsetning at de har kjennskap til pasienten fra før. *"Har du vært der før, vet du mer hva du skal se etter"* sier en informant. En annen informant uttrykte det samme slik: *"Uten slik kjennskap til, og kunnskap om omgivelsene rundt pasienten ville viktig informasjon gå tapt"*.

6.2.2 "Å se etter noe"

Når informantene beskriver det de kaller kartleggingstilsyn sier de at de *"ser etter ting som ikke stemmer"*. De snakker om å se etter "noe", som ikke er definert i noe vedtak, men som er innforstått og selvfølgelig å se etter, uavhengig av om det foregår en praktisk handling eller ei. I slike tilsyn fremhever informantene betydningen av å kunne bruke sansene. Dette tolker jeg til å kunne omhandle at de i kartleggingstilsynet må være mer åpen for hva som sees etter, og

derav mer avhengig av alle sanser i slik observasjon. Å være åpen for hva som møter sykepleieren i kartleggingstilsynet kan forstås som at sykepleieren er i en oppmerksomhet rettet mot pasienten og omgivelsene rundt. Hun synes å ha fagligheten med inn i tilsynet, og er ved å være tilstede i rommet, faglig oppmerksom rettet mot pasienten og omgivelsene rundt.

Når informantene i studien snakker om *"å gjøre seg tura rundt om i huset, kanskje låne toalettet eller badet"*, vil de ved hjelp av sansene se ting som ikke stemmer. En informant uttrykker dette slik: *"Vi ser jo etter spesifikke ting, selv om vi ikke definerer det så veldig.... vi er jo sånn usikker på åssen de klarer å fungere i det daglige"*. Informantene kaller dette *"å kartlegge"*

Det kan se ut som at de erfarer pasienten og omgivelsene rundt ved å la seg berøre av de inntrykk som måtte komme i et tilsyn. I sansningen treffes de av noe og med bakgrunn i tidligere erfaringer og refleksjon, *"ser"* sykepleierne noe mer. I relasjonen lar de seg berøre av *"noe"* som gir inntrykk. *"Av inntrykk kan vi få innfall"*, sier Martinsen med referanse til Løgstrup (Martinsen 2008c). Innfallet har betydning som erkjennelse og kunnskapskilde. Det skapes på innfallet, men er alltid foranlediget av noe (ibid). En slik forståelsesorden kan slik sees i sammenheng med hvordan sykepleierne får mulighet til å innhente kunnskap om pasientene ved hjelp av sansene når de er fysisk tilstede i tilsynet.

Informantene trekker frem bekymringer for å ikke få sett det samme gjennom et kamera, som dem får ved å være fysisk tilstede hos pasienten. Som en av informantene uttrykker det: *"Det er jo begrensa det du ser gjennom en sånn derre pc skjerm, og du må jo vette ka du skal se etter"*.

Informantene fremhever at man gjennom videokonferanse har manglende mulighet til å skaffe seg informasjon om pasientene, på grunn av at sansningen ikke er fullverdig i det de ikke kan være kroppslig tilstede. Ved gjentatte besøk vil de kunne *"se noe mer"* hevder de. *"Å se mer"*, kan her tolkes som at du gjennom gjentatte fysiske møter, er kontinuerlig tilstede hos pasienten, og gjennom slik kontinuitet også ser noe mer gjennom den totale sansningen. Når informantene fremhever betydningen av å være fysisk og kontinuerlig tilstede hos pasienten i kartleggingstilsynet, kan dette forstås i lys av Merleau-Ponty ved at det er den sansende kroppen som er vår tilgang til verden. Det er fordi vi er kroppslig at sansningen er

kontinuerlig. Sanseverden som vi beveger oss gjennom er både synlig og usynlig. Vi blir berørt av sanseinntrykket (Merleau-Ponty 1994). Martinsen (2008c) sier at vi i inntrykket blir beveget sansemessig av noe. I inntrykket er vi åpne for oss selv, og det inntrykket kommer av. (Martinsen 2008c). Når sykepleierne i studien *"er mer åpen"* slik som de sier de er i kartleggingstilsynet, kan dette forstås ut fra at de ved å ha mulighet til å bevege seg i rommet og gjennom rom, gjennom samtale med pasienten, utsettes for forskjellige inntrykk. Ut fra en fenomenologisk forståelsesramme om at vi i sansningen er i verden, står overfor verden, og er i et forhold til verden samtidig, vil muligheten for å kunne fatte en hel situasjon fullt ut kunne reduseres ved bruk av lyd-bilde. Sagt med Martinsen: *"I inntrykket er vi berørt av noe som berører oss og vi fatter noe"* (Martinsen 2008c s.24). Å bli berørt av dette "noe" som kan sette sykepleierne i en undring, og som også vil kunne sees i sammenheng med det Martinsen omtaler som å se mennesket gjennom et deltagende øye hvor øyets forståelse er ledet av sansningen (Martinsen 2002). Å forstå sansningen tenker jeg kan omhandle at sykepleierne i studien innehar en profesjonell omsorgsrolle som fagprofesjon. Ved bruk av fagkunnskaper og gjennom å være i en oppmerksomhet rettet mot den andre, i lys av omsorgens relasjonelle handling, ser sykepleieren noe mer enn det som kan registreres ut fra et rent registrerende øye. Ut fra den fenomenologiske tradisjon og Merleau-Pontys vektlegging av at det er kroppen som er sentrum for erfaring og erkjennelse, rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet (Merleau-Ponty 1994). Bevisstheten til sykepleieren er slik alltid rettet mot noe og er alltid om noe. Den erfaringen de gjør seg kan sees som del av kunnskapen de innhenter om pasienten og omgivelsene rundt, og sentrum for disse erfaringene er kroppen. De vil slik ha mulighet til å forstå pasienten via pasienten og pasientens omgivelser. I det sykepleieren beveger seg gjennom rommene og som de sier: *"på en måte snoker"*, kan det forstås som at de forsøker de å tyde inntrykk de får gjennom bruk av sansene. Å være tydende vil i følge Martinsen med henvisning til Løgstrup si å være sansende og sårbart tilstede i situasjonen (Martinsen 2012).

6.2.3 "Å lukte"

En av informantene sier at det første hun legger merke til når hun kommer inn i et hus er lukta i huset. *"Lukt forteller hvordan pasienten for eksempel ivaretar personlig hygiene, hus og slikt"*, sier en informant. Videre sier informanten at lukta alene ikke er så viktig, men sammen

med andre sanser blir lukta styrende for det som blir sett etter og snakket om. Som helsearbeidere blir vi lært til å se på en spesiell måte (Alvsvåg 2003).

Ut fra lukta ser sykepleieren etter avvik fra det normale, eller det en forventer å finne i denne heimen. *”Vi observerer pasientene og omgivelsene rundt, vi ser etter ting som ikke stemmer eller (..)”*, sier en annen informant. En tredje informant sier: *”Vi ser jo og lukte jo. Vi gjør oss tura i huset, kanskje låne vi toalettet/badet og ser korsen det ser ut ser. Vi spør om dem har mat i kjøleskapet. I samtalen vil man finne ut korsen den kognitive funksjon er eller om det er det fysiske som sviker”*.

Dette kan ses i sammenheng med det Alvsvåg hevder med henvisning til Wolf (1990) når hun snakker om hvordan vi ser. Vi har briller på som styrer mer eller mindre det vi ser etter.

Rapport, pasientens plager og lignende er medstyrende i hva vi ser etter. Våre spørsmål til pasienten blir formulert etter det vi har lært om slike symptomer og tilstander. Syn og hørsel blir viktige kunnskapsinnbringende kilder i sykepleiesammenheng, men er også de sanser som i størst mulig grad kan påvirkes av våre tanker, fordommer, erfaringer og kunnskaper. Vi kan styre syn og hørsel, vi kan velge å se eller overse, men det er svært vanskelig å la være å lukte å kjenne det vi berører eller smaker” (Alvsvåg 2003 side 112).

Å bruke *”snytskaftet”* (nesen) å lukte med ble altså av informantene beskrevet som viktigste *”redskap”* i tilsynet. Lukt forteller mye, hevdet de. Sykepleierne sier de også bruker luktesansen for å avdekke lukter som kan fortelle noe mer om de faktiske forhold i hjemmet de er i. I noen tilfeller fremskaffet lukt å få en følelse av at noe ikke var som det pleide å være, og slik måtte utredes videre. Fravær av forventet lukt var en like viktig kilde til kunnskap om pasientens situasjon. Her fremkom eksempel der sykepleier går inn med en forforståelse om at det her for eksempel skulle lukte fjøs i yttergangen. Ved fravær av denne lukta i gangen, kunne dette gi sykepleieren indikasjoner om at noe ikke var som det burde, og måtte tas rede på gjennom andre observasjoner i samhandling med pasienten. Gjennom sansning, fysisk tilstedeværelse, bruk av fagkunnskap, samt bruk av tidligere erfaring/kjennskap til pasienten, er lukta sykepleierne lukter med å forme tolkningen av det de erfarer. Lukt kan lede til *”å se etter noe”* og tydingen vil jf. Martinsen være i bevegelsen mellom sansning og forståelse der forståelsen skjer på sansningens vilkår (Martinsen 2012).

En av informantene i studien sier:

”Eg e jo på sett og vis i rommet, men lukter den derre teknologien? Sende den tilbake sånne signala til meg om at eg bare kan komme inn der og lukte? Eller sende den signala om at det lukte svidd eller brent eller ka? Nei vi miste nåkka”.

Via lyd-bilde ser informanten mulighetene ved å kunne være tilstede i rommet, men de vil ikke kunne forstå det samme uten mulighet for å lukte. Dette tenker jeg vil kunne ha å gjøre med at å deres forståelse skjer på sansningens vilkår. De vil derfor kunne miste en vesentlig mulighet til observasjon gjennom bruk av videokonferanse. En annen informant sier: *”Du vil ikke kunne se det samme gjennom kamera og skjerm”* Med dette viser informantene til at en med kamera vil ha begrenset innsyn i rommet.

6.3 Kunnskap i tilsyn - om å forstå

Når informantene snakker om at *”de ser til pasientene”*, og de *”gjør noe mer i tilsynet”*, kan det virke som om de også snakker om hvordan de bruker kunnskaper i møte med pasientene. De uttrykker at det ligger så mye mer bak et tilsyn. En informant sier: *”Det er ikke alt som står skrevet i prosedyrene”*. En annen sier: *”Vi har en pakke med oss inn. Denne pakker vi opp og bruker den for å finne ut korsen mennesket har det”*. Videre sier de at de utfører en kunnskapsbasert observasjon, samtidig som de benytter en menneskekunnskap i møtet og er derfor avhengige av å etablere en relasjon. *”Du må komme innpå”*, som de sier. En annen informant beskriver dette slik: *”Vi har en plattform og den er fundamentert på fysiske møter”*. *”Plattformen”*, er slik jeg forstår det, et symbol på noe fundamentalt ved deres praksis som gjør praksis kjent for dem. *”Plattformen”* uttrykker på en måte et bilde av innholdet i deres praksis i dag, der de gjør bruk av fagkunnskap.

6.3.1 ”Å se noe mer i lys av forståelsen”

Sykepleierne i studien benytter billedlige fortellinger for å beskrive innholdet i *”plattformen”*. Et eksempel er der en informant trekker frem en sykepleiers utvidede kompetanse i utførelsen av tilsyn der sykepleieren ikke bare registrerer lukt av urin, men også kan gjenkjenne lukt fra bakterier. Slik kan hun da konkludere med at hun har å gjøre med en pasient med urinveisinfeksjon, og dette kan ha å gjøre med at sykepleieren ser mer. Med bakgrunn i tidligere erfaringer og bruk av fagkunnskap gjenkjenner hun symptomer på

urinveisinfeksjonen på grunn av at hun har erfart pasienter med slike symptomer tidligere. Det kan virke som om erfaringen setter sykepleieren i ”undring”, og at hun slik settes i stand til å se helheten. For å kunne gjøre en slik tydning jf. Martinsen (2012) foreligger både sansning og bruk av fagkunnskap.

Når informantene snakker om ”Å sense noe mer utenom de vanlige gjøremål i tilsynet”, kan dette ha å gjøre med hvordan sykepleierne i regi av fagutøvelsen innhenter kunnskap om pasienten. Når en informant i studien sier: ”en sykepleier vil kunne se noe mer enn at såret fremstår som rødere i kantene og væsker mer”, tenker jeg det er pakken som blir pakket ut sykepleierne refererer til. Det vil med bakgrunn i pakken igangsettes en følelse av at noe er på gang med såret. Sykepleieren fornemmer at noe er i endring. Via kamera og skjerm vil denne pakken bare i begrenset grad kunne pakkes ut og brukes fra kontoret. Sykepleieren vil kunne se at for eksempel såret fremstår som rødere i kantene og at det kanskje væsker mer, men hun vil ikke kunne la seg berøre på samme måte da hun ikke er fysisk tilstede med alle sansene hos pasienten. Hun vil for eksempel ikke kunne kjenne lukt og hun vil ikke kunne ”se mer” enn de patologiske beskrevne data vedrørende såret. Det igangsettes en refleksjon som krever en ny fortolkning. Men her må sykepleieren ut til pasienten for å kunne innbringe ytterligere kunnskap om såret og pasienten. Det sykepleieren i studien refererer til er gjerne noe som er uttalt, men samtidig verdifullt i sykepleiernes praksis. Det blir gjerne beskrevet som inntrykk, og gjort forståelig gjennom noen felles forståelser om praksis og uttalt i beskrivelse av bilder og følelser gjennom dagligspråket.

Dette kan sees i sammenheng med Nortvedt og Grimens(2004) terminologi sensibilitet og refleksjonsevne hos sykepleieren. Sensibilitet er den kunnskap om pasientens subjektive situasjon som etableres gjennom empati og følelsesmessig mottakelighet. Denne forståelse er ofte situasjonsbestemt, umiddelbar og vanskelig å artikulere i språk. Refleksjon vil her omhandle å tenke begreper og å sammenstille og analysere situasjoner og personer (Nortvedt og Grimen 2004). Ut fra et fenomenologisk utgangspunkt omhandler dette at sykepleierne er oppmerksomt rettet mot pasienten og gjennom denne oppmerksomheten skapes inntrykket som de lar seg bevege av. Dette er det Elstad (1994) kaller det umiddelbare uttrykket. Det er noe som ikke først og fremst viser seg som et bilde, men er noe bevegelig, uferdig og usett som man blir ”slått” av, og de oppfatter det nye og uklare (Elstad 1994). Slik jeg ser det er det dette å kunne bli slått av noe, dette uferdige, som vanskelig kan komme til uttrykk bak

kamera og skjerm. Når sykepleieren snakker om å få en slik følelse av noe, omhandler det, slik jeg ser det, at sykepleierne i studien benytter praktisk kunnskap i møtet. De blir beveget av noe i sanseintrykket, som setter dem i en undring. Denne undringen fører til at de ved hjelp av sanseintrykk og tidligere erfaring gjenkjenner noe i situasjonen. Molander sier med henvisning til Grimen at situasjonen får ansikt, og sykepleieren gjenkjenner trekk ved ansiktet (Molander 1996).

Som tidligere nevnt vil man via lyd-bilde også kunne se om såret er blitt rødere i kantene og væsker mer. Slik kan man også via lyd/bilde skape en bekymring hos pleierne, men man kan ikke følge opp denne bekymringen via lyd bilde. For å kunne følge opp en slik bekymring og innhente ytterligere kunnskap om såret og pasienten, må sykepleierne være fysisk tilstede hos pasienten. En tilstedeværelse via lyd/bilde teknologi vil derfor begrense mulighetene til det informantene beskriver som *"å se mer"*. I eksemplene der sykepleieren sender noe mer når hun sier det ikke bare lukter urin, men at det også foreligger en urinveisinfeksjon, samt eksemplet om såret der sykepleieren fornemmer noe tilkommende, er begge eksempler der slik kunnskap vanskelig lar seg formidle gjennom lyd-bilde. I den grad slik kunnskap kan oppstå bak en skjerm, vil den slik jeg ser det bare i begrenset grad kunne fremtre situasjonsbetinget da vesentlige sansedata vil mangle.

6.3.2 "Å se, kartlegge og vurdere"

Når sykepleieren i studien sier at hun drar dit, sitter ned, takker ja til kaffe og snakker om dagligdagse ting, samt bruker *"snytskaftet"* og *"auan"* mens hun *"snoker"* rundt, tenker jeg det er sykepleieren som billedliggjør hvordan hun i praksis går fram i det hun kartlegger, innhenter og frembringer kunnskaper om pasienten.

Kunnskap som opptrer og frembringes i situasjonen kan med referanse til Lykkeslet (2003) forstås som den dimensjon av sykepleiekunnskap som er en bevegelig handlingskunnskap. For å kunne forstå aspekter ved den bevegelige handlingskunnskapen og dennes konsekvenser for praksis jf Molander (1996) og Lykkeslet (2003), har jeg valgt å støtte meg til Lykkeslet (2003) som gjennom sin studie har kommet fram til at handlingskunnskapen inneholder dimensjonene å være og å gjøre. Dette er en tilstedeværelse hvor man er og gjør samtidig. Væredimensjonen inneholder to dimensjoner; forbundenhet og forståelse. Gjøredimensjonen inneholder også to dimensjoner; å avpasse og å utforske/oppdage (Lykkeslet 2003). Ut fra

dette kunnskapsperspektivet om at handlingskunnskapen er bevegelig, og omhandler ”å være og gjøre” samtidig, ser jeg paralleller til mitt eget prosjekt. I det sykepleierne i mitt prosjekt sier de ”ser til” pasientene, kan det også forstås som at også de er i en ”være og gjøre” situasjon. Det er nettopp denne ”være og gjøre” situasjonen som gjør tilsynet til noe mer enn et besøk. Som fagutøvende sykepleier er de gjennom arbeidsformen tilsyn på besøk hos pasienten. Kunnskapen har mulighet til å tre frem i bevegelsen ”å se til” og denne handlingens innhold.

Kunnskapsinnbringelse kan slik knyttes til den spesifikke situasjon hvor sykepleierne er tilstede i situasjonen, og gjennom yrkesutøvelsen bruker tidligere kunnskap og erfaringer i det de innhenter ytterligere kunnskap om pasientene. Kunnskapen er slik helt avhengig av tilstedeværelse i situasjonen for å forstå situasjonens logikk (Lykkeslet 2003). I handlingen ”å se til” fordrer det at sykepleierne er tilstede i rommet hos pasienten, samtidig som de utfører handlinger, jf. gjøre dimensjonen. Dette kommer til uttrykk i følgende informantutsagn: ”Vesst du åpne ytterdøra, vesst det e nokka som slår mot deg, så automatisk så går auan rundt om og liksom og ser ka dettan heran e”. I denne handlingen har sykepleierne mulighet til å være fagutøvende sanselig tilstede i situasjonen. Som tidligere referert til er det dette Martinsen uttrykker når hun sier at tolkningen eller tydingen foregår på sansningens vilkår (Martinsen 2012). Når informantene referer til at de senser noe ved pasienten, kan det være slik jeg ser det, at de har gjenkjent noe i tydingen som setter dem i en undring. De har funnet fram til hva som har gyldighet i situasjonen. De har jf. Lykkeslet (2003) funnet denne situasjonens logikk.

Denne type kjennskap er, slik jeg ser det, også forutsetninger for den bevegelige handlingskunnskapen som utvikles i den enkelte situasjon. Når informantene i studien referer til eksempelet der de er forberedt på å lukte fjøs i yttergangen, og ikke lukter det en dag de kommer dit, er dette også en situasjon der den bevegelige handlingskunnskapen kommer til uttrykk. Fjøsdukt i denne yttergangen forteller at ting er som de skal være. Det er en tidligere frembrakt kunnskap om situasjonens logikk i denne heimen. Fravær av slik lukt tilsier at noe ikke er som det skal være, og en ytterligere kartlegging av situasjonen utøves. ”Du må ha vært der før for å vite hva du skal se og lukte etter”, sa en av informantene i min studie. Dette er også et godt eksempel på hvor den bevegelige handlingskunnskapen blir synlig.

Når informantene skal se for seg bruk av lyd-bilde blir denne handlingskunnskapens relevans framtreddende i måten de artikulere seg på. En av informantene sier: *"Du kan jo ikke lukte med det derre kameraet"* eller *"du ser jo ikke bredda rundt ekvator"* er dette begge, slik jeg forstår det, måter å billedliggjøre samhandlingen hvor kunnskapsfrembringelsen skjer i. Det de billedliggjør kan være at kartet de har i dag ikke lengre vil kunne stemme overens med terrenget dersom de skulle gjøre det samme via lyd-bilde. Når sykepleierne i studien sier de er redd for å ikke se det samme gjennom kamera, tenker jeg det nettopp omhandler at de er bekymret for at viktig kunnskap om pasienten skal gå tapt gjennom en slik måte å erfare pasienten og pasientens omgivelser på. Når viktig sansedata fra lukt og syn ikke kan oppfattes, samt at romopplevelsen ikke er den samme, vil muligheten til kunnskapsinnbringelse om pasienten reduseres. I det romopplevelsen endres, altså ved å være i rommet bak et kamera, utfordres handlingskunnskapen til sykepleierne. Jf. Lykkeslet (2003) er de ikke lengre nærværende, og tilstedeværelsen med dennes strukturer er brutt. Forståelsen som del av handlingskunnskapens grunnstrukturer vil derfor utfordres med bruk av videokonferanse i en slik kontekst, og forståelsen tolket med Martinsen (2012) vil derfor ikke lengre skje i sin fullhet på sansningens vilkår, da muligheten for å sense pasientene er endret. På samme måte vil fagutøvelsen påvirkes ved bruk av lyd-bilde teknologi i tilsyn.

Ingunn Elstad sier: *"Overfor sjuke folk treng ein likevel ei utvida forståing. Det dreier seg ikkje bærre om å ta stilling til det som pasienten seier, men også til korleis det går med han og korleis han har det"* (Elstad 1995 s 115). Den "utvida" forståinga som Elstad refererer til her, kan sees i sammenheng med sykepleiernes bruk av handlingskunnskap i observasjon i møte med pasienten. Jeg velger å forstå dette ut fra at det er en bevegelig sanselighet det her er snakk om. Det er en kontinuitet i sansningen og tydingen jf. Martinsen (2012) som skjer i bevegelsen mellom sansning og forståelse.

Det ligger altså et kunnskapssyn til grunn for hvordan sykepleierne innhenter kunnskap om pasienten. Når en av informantene uttrykker det slik: *"Vi ser jo og vurderer. Er det problemer, så er vi jo i stand til fange det opp og gjøre noe med det"*, kan se det ut til at informantene benytter sine fagkunnskaper - for å forstå og vurdere, samt at praktiske ferdigheter utøves i tiltaket som iverksettes, altså i selve handlingen. Det er som nevnt ikke mulig å være tilstede og gjøre samtidig via lyd-bilde. Derimot ser informantene en mulighet for bruk av lyd-bilde for å konsultere fastlegen eller spesialisthelsetjenesten (for eks

sårveiledning) fordi da vil de være tilstede hos pasienten. Fastlegen eller spesialisten vil kunne be sykepleieren undersøke ting for seg som han ikke vil kunne innhente alene via lyd-bilde og slik vil en kunne frembringe kunnskap i situasjonen. Dette er en type bruk av teknologi som har vært utprøvd og med gode resultat (Larsen, Gjerdrum, Obstfelder og Lundvoll Nilsen 2003).

6.4 Relasjon i tilsyn

I det følgende vil jeg forsøke å belyse det relasjonelle aspekt ved arbeidsformen tilsyn i dag og ut fra informantenes refleksjoner peke på utfordringer og muligheter informantene ser med å ta i bruk videokonferanse i tilsyn.

Praksis med tilsyn i dag er at sykepleierne drar på gjentatte besøk til pasienten. Omsorg har å gjøre med å knytte bånd, og har med avhengighet og relasjon å gjøre. Det er gjennom avhengighetsforhold at mennesket utvikler sin selvstendighet (Martinsen 2005). Det å knytte bånd er også noe informantene i studien var opptatt av i det de beskriver viktigheten av å etablere en relasjon i møtet med pasienten.

6.4.1 "Å være tilstede og engasjert"

I møte mellom sykepleier og pasient er informantene opptatt av at pasientene ofte blottlegger seg selv i samtalen. En av informantene uttrykker dette slik:

"Så blir du så innmari sårbar i det øyeblikket. Og hvis det då sitt forran deg en person som ikke er i stand til å ta imot og skjønne at at no har motparten gjort seg meir sårbar så har du gjort meir skade enn nøtta. Og det er der ei meine våres kompetanse kjem inn"

I følge informantene er det viktig hvordan sykepleierne forstår, tar i mot, samt gjør noe med pasientens utleverthet. En informant sier:

"I det øyeblikket at en person sier at; jeg begynner visst å glemme, da blotter du deg. Det blir som å kle seg naken, og dersom du sier at: ja men eg stod med ryggen til så det er ikke så farlig..., stenges samtalen av, men sier du så: ja eg såg det, og skal vi prøve å gjøre noe med det, da møte du pasienten og du bruke vettet som sykepleier".

Tillit er i følge Løgstrup en del av det fundamentalt grunnleggende i møtet mellom mennesker. Slik er tillit en livsytring som ikke skal begrunnes og er en forutsetning for at

menneskelig samvær kan bestå og utfolde seg (Løgstrup 2008). Tillit er et sentralt utgangspunkt for dialogen. En dialog forutsetter en subjekt – subjekt tilnærming der pasient og sykepleier forstår hverandre via det Skjervheim (1996) kaller den felles sak. I overnevnte informantutsagn er det det, at pasienten sier, at han har begynt å glemme som er *saken*, sykepleieren og pasienten er felles om. Gjennom tillit til sykepleieren deles en utleverthet, en sak, med en fordring om å bli tatt i mot. Informanten assosierer til at pasienten blottet seg. Kanskje fordi hun har erfaringer fra at dette er et ømfintlig og vanskelig tema å snakke om. Sykepleieren har et valg om å delta i pasientens utleverthet ved å la seg engasjere i denne som deres felles sak, eller bare konstatere det pasienten sier uten å la seg engasjere. Idet sykepleieren svarer: *”ja eg såg det, og skal vi prøve å gjøre noe med det”*, velger hun å møte pasientens utleverthet ved at hun engasjerer seg, og slik deltar i dialogen med pasienten via deres felles sak. Dette beskriver Skjervheim (1996) som en treleddet relasjon, mellom pasienten, sykepleieren og saken som de har felles. Dersom sykepleieren svarer: *”ja men eg stod med ryggen til så det er ikke så farlig...”*, stenges samtalen av, og sykepleieren velger å ikke delta i pasientens utleverthet. Sykepleieren konstaterer da kun fakta om at pasienten begynner å glemme. Her deles ikke utlevertheten som sak lengre, og sagt med Skjervheim (1996), har en å gjøre med en toledda relasjon, der sykepleieren ikke engasjerer seg i pasientens utleverthet, saken, men bare konstaterer som faktum at pasienten referer til denne sak. Om dette sier Løgstrup (2008):

”Med vor blotte holdning til hinanden er vi med til at give hinandens verden dens skikkelse. Hvilken vidde og farve den andens verden får for ham selv er jeg med til at bestemme med min holdning til ham. Jeg er med til at gøre den vid eller snæver, lys eller mørk, mangfoldig eller kedelig – og ikke mindst er jeg med til at gøre den truende eller tryk” (Løgstrup 2008 side 28).

Uten engasjement i den andre vil de heller ikke, slik jeg ser det, kunne fremskaffe supplerende kunnskap om pasienten. Slik kunnskap kan ikke løsrives fra subjektet, men vil alltid måtte forstås ut fra sin egen kontekst, en felles sak. I en sykepleier - pasient relasjon er ikke engasjement en egenskap som vi av og til har og av og til ikke har. Som mennesker kan vi ikke velge å være engasjert, i og med at vi allerede er i verden og er engasjert. Engasjement blir slik i følge Skjervheim en grunnstruktur i menneskets tilværelse, og det vi kan velge er hva vi vil la oss engasjere i (Skjervheim 1996). Å være engasjert har også med omsorg å gjøre. I det sykepleieren engasjerer seg i pasientens sak jf. Skjervheim (1996), engasjerer hun seg i den andre med en sensitivitet i relasjon som tar hensyn til den andres situasjon. Hun må

ikke bare ha kunnskap, men hun må også være delaktig i den andres situasjon. Sykepleieren er henvist til pasienten med en fordring om å gjøre hans situasjon best mulig (Martinsen 2005). I min studie er sykepleierne opptatt av at de i tilsynet trygger pasienten, og har kontroll på at pasienten har det bra.

Det er noe forutgående for sansningen som fører til et innfall som får deres tanker i gang. Sykepleieren blir berørt av noe i situasjon. Å bli slik berørt av noe kan sees i sammenheng med det Skjervheim (1996) mener med å la seg engasjere i saken. Innfallet oppstår under menneskeskapte betingelser, og at en arbeider med noe over tid, og har rom i seg og omkring seg til å la det komme (Martinsen 2008). Den innfallsbaserte erkjennelsesform vil slik forutsette at sykepleieren er i det som inntrykket berører og beveger henne i. Hun er engasjert i saken og blir gjennom dagligspråket, som er det språk vi berøres av, berørt av inntrykket. Ved sine vide og ikke fastlagte uttrykksformer kan dagligspråket åpne for den betydning som selv presser seg på i sansningen av det vi er berørt av. I innfallet faller noe oss inn på bakgrunn av inntrykket (Martinsen 2008c). Med bakgrunn i denne forståelsesformen kan vi forstå viktigheten og verdien av sykepleierens ”usynlige” arbeid i tilsyn. Sykepleierne kaller det å observere, men i observasjon tenker jeg det også foregår en kunnskapsfremming med bakgrunn i den måten sykepleierne engasjerer seg i pasientens situasjon på.

En informant i studien skisserer et besøk med videokonferanseteknologi som *”å komme inn døra med teknologien før vi sjøl kjem inn”*. Det å skulle besøke noen ved å bare *”å trykke på en knapp”*, som informantene beskriver det, og snakke med pasienten slik, blir av en sykepleier i studien beskrevet som at *”møtet”* blir offentlig. *”Du er for så vidt til stede i rommet men det blir på en annen måte,”* sier de. De snakker om å miste noe eller ikke få brukt seg selv dersom de skulle besøke noen via lyd- bilde. Slike utsagn tenker jeg har å gjøre med nettopp dette med grunnstrukturer i menneskets eksistens. Kameraet blir et filter og et brudd i nærværet i relasjon mellom sykepleieren og pasienten, og opplevelsen av å se pasienten som et medsubjekt kan også endres gjennom kameraet. I det informantene sier de er redde for å bli *”likegyldig”* overfor pasientene kan det sees i sammenheng med at de er redde for at deres engasjement for pasientenes utleverthet, altså grunnstrukturen, jf. Skjervheim (1996) i den menneskelige eksistens, utfordres i det samtalen skal foregå via videokonferanse. Sykepleierne blir da kunne bli tilskuere til pasienten og ikke subjektivt engasjert i saken via den andre. Pasienten kan da som ytterste konsekvens bli redusert til et objekt i sykepleierens

syn gjennom kamera. De er ikke kroppslig i rommet, og vil derfor heller ikke kunne legge til grunn kroppslige sansedata i engasjementet. Opplevelsen av å være i rommet på denne måten (via teknologi) utfordrer sykepleiernes engasjement i saken. Å være engasjert via saken, i en subjekt til subjekt tilnærming i en treleddet relasjon, som Skjervheim (1996) refererer til, kan da som ytterste konsekvens, bli endret til en subjekt til objekt relasjon hvor sykepleieren bare registrerer data ut fra det hun sansende adskilt ser og hører gjennom kamera og skjerm. Altså konstaterer hun her bare fakta uten å la seg engasjere i saken via den andres utleverthet. Da den samlede sansning i relasjon også blir svekket ved bruk av lyd-bilde i denne kontekst, kan man ut fra dette forstå at sykepleierne i studien uttrykker engstelse for å bli mindre bryende over for pasientene dersom tilsyn skulle utføres med lyd bilde. Å bli mindre bryende kan sees i sammenheng med at sykepleierne i studien er engstelige for å miste engasjementet for pasienten og slik utfordre den treleddede relasjon jf. Skjervheim (1996).

Sykepleieren som kan velge om hun vil la seg engasjere i pasientens sak eller ikke, og det er derfor sykepleierens holdninger til å la seg engasjere i saken som fortsatt gjelder. Velger sykepleieren å ikke la seg engasjere i pasientens sak, er hun tilskuer og ikke deltaker i relasjon,. Dette uavhengig av om dialogen foregår over videokonferanse eller ei. Ufullstendige sansedata vil kunne, slik jeg ser det, føre til at muligheten til engasjement hos sykepleieren svekkes gjennom at hun i relasjonen over lyd-bilde bare erverver seg sansedata fra syn og hørsel (det hun ser gjennom kamera og det pasienten sier).

6.4.2 "Å snakke med"

Informantene sier de bruker *tid* hos pasienten. Tid til å sitte ned og ta en kopp kaffe, snakke om dagligdagse ting, blir trukket frem som viktige handlinger i tilsynet. "*Vi gjør mange observasjoner gjennom sånn dagligdags "smalltalk" "*", sier en annen av sykepleierne. Tiden informantene snakker om her er ikke nødvendigvis klokketiden, men at det å etablere tillit i relasjon er noe som skjer gjennom gjentatte møter. Martinsen (2005) hevder at kunnskap og tid fremmer samtalen. Hun sier videre at dette handler om en annen tid enn dagens oppfatning av tid som er hastig og travel. Travelhet virker ødeleggende på samtalen, og det "å være langsom" i de korte møtene er det som er den store kunsten (Martinsen 2005, s.43)

I sykepleiepraksis fremstår tillit i pasient-sykepleier relasjonen som den fundamentale forutsetning som må foreligge for å kunne forstå den andres situasjon. Informantene snakker

om hvordan de må ”smøye det oppunder” for å få til en åpen og god samtale. I dette uttrykket forstår jeg at de i ”small talk”, ”engasjerer seg i den andre”, er ”langsom i de korte møtene” og lirker frem informasjon i sin kartlegging av pasienten.

Der informantene sier de innhenter kunnskap om pasienten og hans situasjon beskriver de betydningen av ”small talk”. For å få tak i viktig informasjon må de noen ganger som de sier: ”smøye det oppunder”. Med dette forstår jeg at de utnytter ”å være og gjøre dimensjonen”, jf. Lykkeslet (2003), og det å være langsom i de korte møtene jf. Martinsen (2005) Slik etableres relasjon. Jeg forstår informantene slik at det å bygge tillit gjennom ”small talk” og ”det å smøye det oppunder” vil ikke være mulig å ivareta på samme måte via lyd-bilde kommunikasjon.

Når det gjelder bruk av lyd-bilde i forhold til å bygge tillit sier en av informantene:

”Eg trur ikkje det første møtet, altså mitt første møte med en pasient vil ikkje æ ha tatt over kamera. Da ville æ ha vært der i lag med han/ho og så når vi ikkje hadde fått begynt å bygd en relasjon så er det kanskje greit å ta det sånn. For da kjenner du den personen litt, og du veit ansiktsuttrykk.”

En annen informant følger opp og sier:

”I hvert fall i forhold til eldre folk, de er jo ikke vant til en sånn der måte. Det er jo respektløst syns eg å ikkje møte opp personlig. Det er jo vanlig høfligheit og gode manera. Det er jo det de er vant til, at du kjem å pekke på døra, at du sett deg ned og tar en kopp kaffe. Då blir det jo veldig rart og Nei ring og du får meg på tv, skru på lyden ja”.

Jeg tolker dette slik at informantene ikke helt avviser bruk av lyd-bilde i etablering og opprettholdelse av et tillitsforhold. De understreker imidlertid betydningen av at det første møtet er personlig. Jeg forstår det videre slik at de mener man i det videre forløpet må ta hensyn til hvilken pasient en har foran seg, og respekt for det mennesket du skal besøke. En av informantene uttrykker dette slik: ”vi må ha et utgangspunkt for å ha en dialog med dem over lyd-bilde. Det utgangspunktet må være fundamentert på et fysisk møte.” En annen informant sier: ”Skal vi få utnytta en sånn avstand, en sånn distansert samtale med pasientan, så må vi ha et utgangspunkt. Og vi må ha etablert den der fysiske kontakten, oppretta et forhold”. En tredje informant supplerer: ”Et tillitsforhold mellom oss”.

I disse utsagnene tenker jeg ”grunnstrukturene” ved den menneskelige eksistens er ivaretatt ved at det tidligere er gjennomført fysiske møter. Med bakgrunn i kjennskap og kunnskap om

pasienten og omgivelsene rundt, er forutsetningene for engasjement bedre tilstede. En treleddet relasjon jf. Skjervheim (1996) vil slik også være mulig via lyd-bilde. Det som blir viktig er at sykepleieren i dette møtet bevisstgjøres det hun eventuelt ikke kan innhente av kunnskaper om pasienten gjennom lyd/bilde. Hun må også være innforstått med betingelsene praktisk kunnskap har for å kunne komme til uttrykk, slik at videokonferansen bare blir brukt i de tilfeller der det ikke får konsekvenser for målet med tilsynet.

Gjennom å være tilstede i rommet med den rettethet mot pasienten og omgivelsene rundt, ligger mulighetene for at det kan foregå en sansning, en dialog, og bruk av fagkunnskap som er viktig for den totale kartlegging og vurdering av pasienten. Hensikten med dette er ut fra det informantene sier, at de ønsker å ha kontroll på at pasienten skal ha det bra. Dette er slik jeg ser det den praktiske kunnskap som er i bevegelse, og som kommer til uttrykk gjennom kunnskap om grunnleggende strukturer i kunnskapsperspektivet og omsorgsperspektivet til sykepleierne, og er slik del av deres profesjon. Det essensielle ved den praktiske kunnskapen er at dens form og innhold ikke lar seg løsrive fra den som har den og de situasjoner der den blir lært og anvendt. Den praktiske kunnskapen er indeksert; den opptrer med merker som viser hvor den kommer fra, hva den anvendes til og hvem som har den (Nortvedt og Grimen 2004). En sykepleier sier om å være tilstede med med lyd-bilde: *"Man er ikkje tilstede. Sånn fysisk tilstede, både lukta og kjent på, hørt på og sånn på den måten vært i samme rom og i samme situasjon"*. Sykepleieren bekrefter her at denne fysiske tilstedeværelsen betinger den totale sansningen og å være i samme rom omhandler å være fysisk sammen i situasjonen.

7.0 Oppsummering og avslutning

I min studie har jeg valgt å se på arbeidsformen tilsyn i hjemmebasert omsorg i en kommune der det forelå planer om et forsøksprosjekt med bruk av videokonferanseutstyr i en slik kontekst. Kjent teknologi skulle gjøre det mulig for brukerne å kommunisere direkte med pleie- og omsorgstjenesten når de selv hadde behov for det. Formålet med prosjektet var å skape god samhandling mellom brukerne, deres familier, andre frivillige og pleie- og omsorgstjenesten. (Bredbåndfylket Troms 2011 Jf. fotnote side 2). At jeg valgte tilsyn som arbeidsform, har å gjøre med at jeg ønsket å avgrense oppgaven. I tillegg er tilsyn en oppgave som jeg anså at videokonferanse kunne anvendes. Et tilsyn er en definert arbeidsform i denne kommunen, i noen andre kommuner brukes ikke tilsyn som en definert arbeidsform, men selve handlingen ”å se til” pasientene finnes også her.

Jeg har gjennom fokusgruppeintervju med sykepleiere i hjemmetjenesten i denne kommunen frembrakt refleksjoner om hvordan tilsyn utføres, og slik frembrakt kunnskaper om utfordringer ved en eventuell bruk av videokonferanse i deres praksis. I beskrivelsen av tilsyn sier informantene at de bruker tid hos pasientene. De bruker *alle sanser* i møtene for å kunne observere, kartlegge og iverksette tiltak hos pasientene. De *forebygger* noe kommende ved å være tilstede, observere og kontrollere at det går bra med pasientene. De følger opp pasienter etter utskriving fra sykehus eller etter ordre fra fastlege. De trygger hverdagen til pasientene der de bor ved at de *ser til* pasientene. På denne måten mener de at institusjonaliseringen kan utsettes i tid.

Informantene sier det er en mening med besøket, de bruker tid (sitter ned) og observerer. Det er av betydning å ha kontroll på at det går bra hos personen de er hos. De er der fysisk og trygger pasienten i hjemmet. En del aspekter går igjen når informantene beskriver det de faktisk gjør i de forskjellige tilsynene. Disse aspektene kan oppsummeres i følgende: *”Å se, å høre, å føle, å lukte, å snakke med, å følge opp, å kartlegge og vurdere, å være tilstede”*.

Gjennom ”å se til” pasientene utfører de handlinger som gjør tilsynet til noe mer enn et besøk. Den praktiske kunnskapsdimensjonens plass blir fremtredende og kommer til uttrykk gjennom samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Det er sansningen, dialogen, relasjonen og måten sykepleierne bruker tidligere erfaringer og kunnskap på som blir sentral i en diskusjon der en kommunikasjons teknologi er tenkt brukt. Det er nettopp i bevegelsen

gjennom samhandlingen mellom mennesker den bevegelige handlingskunnskapen frembringes og uttrykkes. Ved en eventuell bruk av videokonferanse vil man få et brudd i grunnstrukturene og slik, forutsetningene, for at denne kunnskapsformen skal kunne finne sted.

Informantene i studien ser muligheter for bruk av videokonferanseteknologi i tilsyn. De gir konkrete eksempler der dette vil kunne være et godt supplement til tradisjonelle tilsynsbesøk. Med de store avstandene det er innad i kommunen mener informantene at bruken av videokonferanse ville kunne være et godt supplement. De mener at slik teknologi også kan styrke kvaliteten i arbeidet, og tilføre dette en dimensjon man ikke har i dag. Det er gjerne i situasjoner der de føler de burde vært oftere hos pasientene, eller i situasjoner der de skal følge opp noe særskilt, at de mener teknologi kan anvendes. Det å følge opp noe særskilt kan for eksempel være å kontrollere om pasienten har tatt morgenmedisinen. Andre eksempler er bruken av teknologi i kunnskapsutveksling mellom kollegaer og med fastlege/spesialist. Dersom pasientene først har slikt utstyr i hjemmet, vil de også kunne bruke dette i kontakt med pårørende og venner og slik ytterligere bidra til økt trygghet.

De ser også for seg en mulig bruk der de kunne følge opp ”ferdigbehandlede” pasienter etter sykehusopphold. Slike pasienter er ofte utrygge og ville i følge sykepleierne i studien kunne bli tryggere dersom de fikk en tettere oppfølging i en slik periode av hjemmetjenesten via lyd-bilde.

En forutsetning for en god relasjon ved bruk av kamera og skjerm, er i følge informantene at en har vært fysisk tilstede hos pasienten, og tillit har blitt bygget opp over tid. En ”plattform” basert på fagkompetanse, og erfaring basert på fysisk tilstedeværelse hos pasienten blir viktige fundament i det teknologien tas i bruk. Bruken av teknologi må være et supplement i praksisen og ikke en substitutt.

Informantene ser også begrensninger i bruk av videokonferanseutstyr i tilsyn. Disse begrensninger går mer i retning av det en taper bak kamera og skjerm, slik som sanselige observasjoner hvorav luktesansen og dennes betydning for observasjon blir særlig trukket frem. Informantene fremhever at man gjennom videokonferanse har manglende mulighet til å skaffe seg informasjon, på grunn av at sansningen ikke er fullverdig i det at de ikke kan være kroppslig tilstede i rommet hos pasienten.

Ved samhandling via lyd-bilde teknologi vil grunnstrukturene i menneskelig samhandling bli endret, og sykepleierne mister også en vesentlig mulighet for kunnskapsinnbringelse i handlingskunnskapens situasjonsbetingede rom og tidligere innbrakte erfaringer. Det er ikke mulig å både ”være og gjøre” samtidig via videokonferanse.

Informantene påpeker at kamera blir et filter og slik skaper et brudd i nærværet i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Opplevelsen av å se pasienten som et medsubjekt vil slik kunne bli endret gjennom kameraet. Informantene er ”redd for å bli likegyldig” og at deres engasjement i den felles saken med pasienten forringes.

Hagenutvalget hevder at økt bruk av omsorgsteknologi kan gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet, og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Det hevdes også at omsorgssektoren, på samme måte som de fleste andre sektorer, må gjøre seg nytte av og forbedre kvaliteten på sine tjenester ved bruk av teknologi. Utvalget mener de kommunale omsorgstjenestene har et stort potensial for innovative grep og nyskaping i forhold til blant annet ny omsorgsteknologi. (NOU 2011:11)

Eksisterende arbeidskultur vil gjennom en slik utvikling bli utfordret. Sykepleiere står overfor utfordringer som krever nytenkning både i henhold til å organisere sykepleietjenesten, samt også å ta i bruk omsorgsteknologiske løsninger. Sykepleierne må tilrettelegge og organisere en pleie som både er moralsk og etisk forsvarlig, samtidig som utgiftene skal reduseres, og arbeidet effektiviseres.

Jeg har forsøkt å forstå aspekter ved praksis i dag for slik å forstå utfordringer ved bruk av videokonferanse i tilsyn. Min viktigste erfaring etter å ha gjennomført denne undersøkelsen, er at hensikten med bruken må tydeliggjøres i hver praksissituasjon. Praksiskunnskapen som viktig dimensjon og del av sykepleiernes kunnskapsformer utfordres sterkt i det det oppstår brudd i grunnstrukturene for kunnskapsinnbringning gjennom menneskelig samhandling. En må derfor være seg bevisst hensikten i en eventuell bruk av videokonferanse da innbringelse av slik kunnskap om pasientene vil kunne forringes ved slik bruk.

Jeg er enig med Hagenutvalget (NOU 2011:11) i at forholdene i Norge bør ligge godt til rette for bruken av teknologi i omsorgstjenesten. Vi har høy levestandard, mange mestrer teknologi og kommende generasjoner er vant til å bruke den. Gjennom mitt mastergradsarbeid har jeg fått økt innsikt i dette nye spennende feltet. Jeg mener videokonferanse kan fungere som et

supplement til tradisjonelle hjemmebesøk og være et bindeledd mellom hjemmeboende pasienter og sykepleierne. Rapporten fra Senter for omsorgsforskning – Midt-Norge konkluderer (som tidligere nevnt) blant annet med at teknologien skaper nye muligheter, men også nye dilemma (Devik og Hellzen 2012). Dette kan ses i sammenheng med min studie der informantene uttrykker at de for eksempel er engstelig for ”å komme med teknologien inn døra før dem sjøl”.

I rapporten fra Kunnskapssenteret om etiske utfordringer med velferdsteknologi (Hoffmann 2010) kommer det fram som resultat at en utfordring er tid til menneskelig kontakt og relasjoner. Dette understøttes av mine funn som går på viktigheten av å være fysisk tilstede for å være i stand til å bygge relasjoner.

Det kunne vært interessant å fulgt opp dette arbeidet med en undersøkelse av erfaringer med bruk av lyd-bilde i tilsyn, og da også med fokus på brukerperspektivet.

Mitt studium har vært avgrenset til en type teknologi og en avgrenset del av omsorgstjenesten. Likevel vil jeg hevde at mange av de problemstillinger som er reist i dette arbeidet har overføringsverdi til andre felt og annen type omsorgsteknologi.

Sentrale spørsmål i forbindelse med lyd/bilde i tilsyn blir: Hva ønsker en å oppnå? Fører det til en bedre praksis? Hva mister en på veien?

En av informantene oppsummerer det slik: ***”Vi må hele tiden ha i hane at den teknologien ikke kan erstatte pleiarn heime hos pasienten”.***

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (1995). Det gode blikket og de gode hendene. Martinsen, K. (red.)
I: *Den omtenkssomme sykepleier*. Otta: Tano.
- Bengtsson, J. (2006). En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning.
Bengtson, J. (red). I: *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer*.
Livsverdensfenomenologiske bidrag. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Bokmålsordboka
<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=tilsyn&ordbok=bokmaal>
- Devik Andreassen, S & Hellzen, O (2012) Velferdsteknologi og hjemmeboende eldre.
En systematisk litteraturstudie. *Hvilke gevinster er oppnådd med velferdsteknologi som kommunikasjonsstøtte for hjemmeboende eldre i kommunehelsetjenesten? – Og hva kan påvirke utbyttet?* Rapport nr. 79. Steinkjer. Høgskolen i Nord – Trøndelag.
- Elstad, I. (1995). Er der noko fra før? I: *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Del II (forf.: Elstad.I. & Hamran, T.) Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Everett, E. L. & Furseth, I.(2004). *Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagbladet nr. 9, 2012
- Gadamer, H. G. (2003) *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. (Artikler hentet fra bind 1 og 2 av *Gesammelte Werke*. Til norsk ved Helge Jordheim.) Oslo: Cappelen.
- Halkier, B. (2010). *Fokus-grupper*. (oversatt til norsk av Kristin Gjerpe). Oslo: Gyldendal
- Hjalmarson, Marie (2009). *New Technology in Home Help Services –A Tool for Support or an Instrument of Subordination?* Gender, Work and Organization. Vol. 16 No. 3 2009
- Hoffmann, B. (2010) *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Notat fra Kunnskapssenteret Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Hofstad, Eivor (2009). *Kostnadseffektiv omsorgsteknologi Sykepleien* Hentet fra
<http://www.sykepleien.no/nyhet/288769/kostnadseffektiv-omsorgsteknologi> (22.10.12)

- Husserl, E. (1992). *Cartesianske meditationer. En innledning til fenomenologien*. Daidalos
- Kjøllestad, A. (2010). Er teknologisk kompetanse omsorg? *Sykepleien* 98(08):75-77
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det Kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal.
- Larsen, F., Gjerdrum, E., Obstfeller, A., & Lundvoll Nilsen, L. (2003). *Implementering av telemedisinske tjenester: hemmende og fremmende faktorer*. NST- rapport: 9-2003. Nasjonalt senter for telemedisin – Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven), 19.11.1982 (www.Lovdata.no.)
- Lykkeslet, E. (2003) *Bevegelig handlingskunnskap. En studie i sykepleiens praksis*. Avhandling levert til forsvar for graden dr.polit., Institutt for pedagogikk, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring*. (3. utg.). Viborg, Gyldendal.
- Malone, R.E. (2003). Distal nursing. *Social Science & medicine* 56 (2003)2317-2326
- Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. (2. utg.). Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K.(2012). *Løgstrup og sykepleien*. Otta: Akribe
- Martinsen, K.(2002). *Øyet og kallet*. Poland: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K.(2008a). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2.utg.). Otta: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K.(2008b). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2008c) Innfallet og dets betydning i liv og arbeid. Metafysisk inspirerte overveielser over innfallets natur og måter å vise seg på. *Klinisk sykepleie* årgang 22 nr 1
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*.(Til dansk ved Bjørn Nake, innledning ved Dag Østerberg) Valdres: Pax Forlag.

Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Diadalos.

Nasjonal helseplan 2006

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk.pdf

Norsk Forskningsråd (2006). Sluttrapport *Sentralisert elektronisk kontakt (SEKOM)*, Prosjektnummer 1638/240 (169102/199) Oslo.

Nortvedt, P. & Grimen, H. (2006). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NOU 2011:11. *Innovasjon i Omsorg*. Norges offentlige utredninger. Helse og Omsorgsdepartementet.

Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur-innenfra, utenfra eller begge deler? I: *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (Fossaskåret et al (red)) Oslo: Universitetsforlaget.

Polit & Beck (2008). *Nursing research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise, 8th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Sandelowski, M. (2000) *Devices & Desires. Gender, Technology and American Nursing*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Silsand, L. (2010) "Det samme, på en annen måte" *Hjemmedialyse- etablering av en ny helsetjeneste* Mastergradsoppgave i helsefag, institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.

Skjervheim, H. (2001). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Otta: Aschehoug.

Stamsø, M.A. (2010). New public management-reformer i offentlig sektor. I: *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Stamsø M.A. (red). Oslo: Gyldendal.

St. meld nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted-til rett tid*.

Teknologirådet (2009) *Notat fra Teknologirådet om St. meld.nr 47(2008-2009)*

<http://www.teknologiradet.no>

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Thygesen, H. (2009) *Technology and good dementia care. A study of technology and ethics in everyday care practice*. Centre for Technology, Innovation and Culture (TIK) Faculty of Social Sciences, University of Oslo.

Vetlesen A.J. (2001). Dydenes gjenkomst og omsorgens grunnlag. Om utfordringene i kjølvannet i den "nye" kapitalismen. I: Ruyter & Vetlesen (red.), *Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal.

Zahavi, D. (2010). *Fænomenologi*. Gylling, Roskilde: Universitetsforlag.

Aakre, M. (2010) Ja til omsorgsteknologi. Vi kan ikke si nei til teknologi i helsevesenet. Men vi må aldri tro at teknologien kan erstatte menneskelig kontakt.

http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/vis/etikk?p_document_id=545098

Lokalisert 22.10.12

Aanestad, M. & Olaussen, I. (2010). *IKT og samhandling i helsesektoren. Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.

Aas Mondrad, I.H. (2005) Fjernstyrt Sykepleie. *Sykepleien* 93(9):46-48

Vedlegg 1 Intervjuguide

Tema: Kommunikasjon og kommunikasjonsformer:

- Hvilke typer kommunikasjonsteknologi er i bruk i hjemmetjenesten i dag?
- Hvilke andre kommunikasjonsformer kjenner dere til?
- Hvilke utfordringer og muligheter ser dere ved å innføre kommunikasjonsteknologi som lyd-bilde i hjemmetjenesten?
- Hvilke tanker har dere om hvordan toveis lyd-bilde anvendes i deres omsorgsutøvelse? – i hvilke pasientsituasjoner?
- Hva tenker dere om å ta i bruk av toveis lyd-bilde som hjelpemiddel i utøvelsen av tilsyn?

Tema: Eksisterende praksis:

- Hvordan utfører dere tilsyn i dagens praksis?
 - Beskriv et tilsyn
- Hvilken hensikt har tilsynet?
- Hvilke omsorgsoppgaver utføres i et tilsyn?
- Hvorfor utøves tilsyn?
- Hva inneholder/romer et tilsyn?
- I et vedtak i deres hjemmetjeneste heter det: Du innvilges hjemmesykepleie til tilsyn og samtale to til tre ganger pr uke. Dag og klokkeslett avtales mellom deg og hjemmesykepleien. Hva gjør dere i henhold til dette vedtaket i praksis?
- Er fysisk tilstedeværelse viktig i et slikt tilsyn?

Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i 2 forskningsprosjekt om muligheter og utfordringer ved å ta i bruk kommunikasjonsteknologi som toveis lyd-bilde i hjemmetjenesten.

Tittel på prosjektene er:

Kunnskap om trygghet i rom – et fundament for trygghet på distanse.

-En studie av sykepleieres erfaringer i utøvelsen av trygghetsskapende tilsyn i hjemmetjenesten

Implementering av omsorgsteknologi sett fra et sykepleierperspektiv

- En studie av sykepleieres refleksjoner og forforståelser før implementering av to veis lyd-bilde kommunikasjon i hjemmetjenesten.

Bakgrunn og hensikt:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et gruppeintervju som del av vårt mastergrads studie, angående å ta i bruk ny kommunikasjonsteknologi i hjemmetjenesten hvor du jobber. Vår studie vil være å forske på eksisterende praksis slik den fremstår i dag, samt dine refleksjoner over denne og det å skulle ta i bruk ny teknologi i din praksis. Hensikten er å få belyst elementer av eksisterende praksis for slik å frembringe kunnskaper som kan være til nytte for implementering av omsorgsteknologi.

Hva innebærer gruppeintervju?

Vi er to mastergradsstudenter i helsefag, som i felleskap ønsker å gjøre et gruppeintervju med 6 sykepleiere på fra din arbeidsplass. Du er valgt ut som en av informantene, og vil bli intervjuet i henhold til gitte tema knyttet til vår forskning. Intervjuet vil foregå i et gruppespill mellom deg og 5 av dine kollegaer. Varigheten vil være ca 2 timer, og intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og intervjuene vil bli utskrevet som datamateriale.

Hva skjer med informasjon fra gruppeintervjuet?

Forskningen er på forhånd meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og vi forholder oss til deres reglement for oppbevaring og makulering av datamateriale.

Ingen personopplysninger blir oppgitt da fiktive navn vil bli benyttet. Lydbåndopptak vil bli slettet og utskrevne intervju vil bli makulert når studien er ferdigstilt. Normert tid for vår studie er satt til våren 2012. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av disse når de publiseres. Opplysningen som fremkommer av gruppeintervju skal analyseres og sammen med litteratur vil dette være grunnlagsmateriale for våre mastergradsoppgaver.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen og returneres til returadressen.

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjekt.

Jeg (skriv ditt navn her)_____

Har lest gjennom informasjon og samtykker i å delta i mastergradsprosjekts gruppeintervju.

Dette innebærer at jeg stiller til gruppeintervju etter avtale med mastergradsstudentene:

Jeg deltar frivillig og jeg mottar ingen økonomiske insentiver for min deltakelse.

Sted_____ Dato_____

Signatur_____

Kontaktadresse_____

Mobilnr._____ Epost_____

Skjema returneres i ferdig utfylt stand til:

Vedlegg 4 Svarbrev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Nils Henriksen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 23.09.2011

Vår ref:27967 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27967


Kunnskap om trygghet i rom. Et fundament for trygghet på distanse? En studie av sykepleieres erfaringer i utøvelsen av trygghetsskapende tilsyn i hjemmetjenesten
Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder
Nils Henriksen
May Wenche Undheim


Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: May Wenche Undheim, Engelsletta 11, 9310 SØRREISA

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme indirekte personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men all den tid lydopptakene ikke behandles på eller overføres til en datamaskin, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.