



Mer enn en telefon - mindre enn et besøk!

En studie av sykepleieres refleksjoner før implementering av toveis lyd-bilde kommunikasjon i hjemmetjenesten.

Marita Helèn Albertsen

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

November 2012

Sammendrag

Tema for denne masterstudien er innføring av lyd-bilde som kommunikasjonsteknologi i pasientmøter. Hensikten med studien er å få en kritisk refleksjon før en implementerer og tar i bruk slik teknologi. Hvilken funksjon skal den ha og hvem skal den tjene?

Studien har en kvalitativ tilnærming, og det empiriske datamaterialet er samlet inn gjennom fokusgruppeintervju med sykepleiere i en kommune hvor slik teknologi er tenkt implementert. Med utgangspunkt i dagens praksis delte sykepleierne sine refleksjoner over praksiserfaring og de utfordringer de i dag møter i form av mange pasienter, spredt bosetning i kommunen som gir geografiske utfordringer, knappe ressurser og en samhandlingsreform som tilrår mindre grad av institusjonalisering.

Sykepleierne jeg møtte har gjennom sitt arbeidsfelt (hjemme hos pasientene) blitt godt kjent med alle sine pasienter gjennom tette og kontinuerlige hjemmebesøk. De har dermed god innsikt i pasientenes sykdomstilstand, god oversikt over deres boforhold, deres hverdagsliv, deres hjemmesituasjon og pårørende, noe de ser på som viktig i deres omsorgsutøvelse. Når så ny teknologi som lyd-bilde introduseres i pleie- og omsorgstjenesten, åpner det for kritiske spørsmål. Vil slik type teknologi utfordre omsorgsutøvelsen? Med utgangspunkt i dagens praksis, har sykepleierne diskutert hvilke muligheter og utfordringer teknologi kan gi i forhold til omsorgsutøvelsen til deres pasienter.

Nøkkelord: velferdsteknologi, omsorgsteknologi, lyd-bilde, videokonferanse, hjemmesykepleie og implementering

Summary

The theme of this master thesis is introduction of videoconference in the home care environment. The purpose of the study is to gain a critical reflection before implementing and adopting such technology.

The study was done using a qualitative approach, and the empirical data was collected through interviews with nurses in a municipality where such technology is considered implemented. Based on current practice, nurses shared their thoughts about their experiences and the challenges they currently are facing, such as many patients, geographical challenges, due to scattered settlement in the municipality, few resources and a collaborative reform that recommends a lesser extent of institutionalization.

The nurses that I have met in my study have learned to know and become familiar with all their patients through their ongoing and continuous home visits. They have thereby good insight into their patients' medical condition, their living conditions, their everyday life, their home situation and their close relatives, which by the nurses are seen as an important part of their healthcare practice. When new technology as videoconference is introduced in to homecare service, it may lead to some critical issues. Will this kind of technology challenge the care practice? Based on current practice, nurses discussed the opportunities and challenges that the technology can lead to in their relation to the exercise of caring for their patients.

Keywords: welfare technology, videoconferencing, home caring, implementation

Forord

Så var jeg endelig i mål, klar for å trykke på send-knappen. En lang og lærerik prosess er ikke over, bare produktet av den. Det å være i et masterforløp har for meg vært en lang prosess hvor fremgangen ikke har vært like rask som ønskelig. Det er nærmest som å danse i utakt til musikk. Det nytter ikke å danse swing i valsetakt når musikken går mye, mye, hurtigere. Låten varer i 3 minutter og du rekker ikke å få med alle dansetrinnene før musikken er ferdig, men du klarer noen. Slik har jeg følt det i min prosess med skrive min masteroppgave. Data skal samles inn, den skal transkriberes og analyseres, søk etter forskning, finne riktig teori, presentere funn for så å ta de til diskusjon. Det har for meg vært mange koder å knekke, og ikke alle koder ble knekt til ønsket tid. Men nå er jeg i mål, endelig.

Jeg vil benytte anledningen til å takke de som har bidratt til at jeg har kommet i mål. Først og fremst min familie, Ronald og barna som har vært overbærende med meg og hjulpet meg frem ved å holde «fortet» så jeg har fått skrivefred. Stor takk til Studiesenteret Finnsnes som har latt meg være «kontorflyktning», og takk til alle som deler kontorfellesskap med Studiesenteret for teknisk support og trøstens ord, takk til veileder Cathrine Arntzen, takk til medstudenter som har stått på oppløpssiden og heiet meg frem til mål. Til sist vil jeg takke min kollega og medstudent May Wenche får god støtte og omsorg i prosessen; nå passerer vi målstreken!☺

Silsand, oktober 2012

Marita Helsen Albertsen

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Oppgavens hensikt	2
1.4 Oppgavens oppbygging	3
1.5 Velferdsteknologi	3
1.6 Hjemmetjenesten og dens arbeidsfelt	4
2.0 TIDLIGERE FORSKNING	7
3.0 TEORETISK TILNÆRMING	11
3.1 Teknologi og omsorg	11
3.2 Omsorgens dimensjoner	12
3.2 Omsorg, sykepleie og teknologi som redskap	14
3.5 Etikk og velferdsteknologi	16
4.0 METODE	19
4.1 Perspektiv og tilnærming	19
4.2.1 Å forske i eget felt	20
4.3.1 Fokusgruppentervju	22
4.3.2 Forberedelse av fokusgruppeintervju	22
4.3.3 Utvalg av informanter	23
4.3.4 Gjennomføring av intervjuene	25
4.4 Analyse og bearbeiding av data	26
4.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	28
4.6 Etske betraktninger	29
4.7 Kritikk av metode	30
5.0 PRESENTASJON AV DATA OG ANALYSE	31
5.1 Utforming av teknologi	31
5.2 Funksjonalitet	32
5.3 Brukergrupper	33
5.4 Nytteeffekten av teknologi i praksis	35
5.4.1 Kollegastøtte i ute i feltet	35
5.4.2 «Å kunne konsultere fastlegen og spesialisttjenesten fra stua»	36
5.4.3 Lyd-bilde som løsning på «tidsklemma»	37

5.4.4 Når avstanden er til hinder for hjemmebesøk	38
5.5 Praktiske og etiske utfordringer ved lyd-bilde	40
5.5.1 Daglig drift og organisering	40
5.5.2 «I tid og utid»	41
5.5.3 Implementering.....	42
5.6 Begrensninger ved lyd-bilde.....	43
5.7 Oppsummering funn: « <i>et supplement til dagens tilsynsordning</i> »	45
6.0 Diskusjon	47
6.1. Relasjonens betydning for omsorg.....	47
6.2 Videokonferanse- en utvidet telefon	49
6.2.1 Telefonsyn – en omsorg på avstand	50
6.2.2 Telefonsyn vs lyd-bilde.....	53
6.2.3 Begrenset innsyn- en av flere utfordringer for lyd-bilde	54
6.3 Utfordringer	55
6.3.1Moralen – etiske utfordringer ved lyd-bilde	56
6.3.2 Praktisk handling- gjennom lyd-bilde?.....	59
6.4 Muligheter	60
6.4.1 Hva kan lyd-bilde bidra med?.....	60
7.0 AVSLUTNING.....	65
7.1 Veien videre	66
Litteraturliste	67
Vedlegg 1 Intervjuguide	70
Vedlegg 2 Informasjonsskriv	71
Vedlegg 3 Samtykkeerklæring.....	72
Vedlegg 4.....	73

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Denne oppgaven handler om sykepleieres refleksjoner over velferdsteknologi i sine møter og samhandling med pasienter som bor hjemme i egen bolig. Hjemmetjenestens arbeidshverdag er utfordrende, oppdragene er mange og hjelpemidlene få.

Som sykepleier har jeg praksiserfaring fra sykehjem, hjemmesykepleie, legevakt og fastlegekontor. Det er ofte spredt befolkning og lange avstander. På en aftenvakt i hjemmetjenesten kan en sykepleier ha opp 14 pasienter på en radius på 60 km. Oppdragene varierer fra kveldsstell, sårstell til medisinske tilsyn, hvor man hovedsakelig bare skal se innom at pasientene har det bra og at de eventuelt har tatt sine medisiner. Til tross for sin alderdom og helseplager, kan det synes som de fleste eldre som bor hjemme har det relativt bra. De ønsker å bo hjemme så lenge det går. Eldrebølgen er i anmarsj og helsevesenet får stadig flere eldre som trenger sykehjems plass, samtidig som det vil være færre hjelpende hender. Kommunene trenger flere sykehjems plasser og i mellomtiden må hjemmetjenesten tangere utfordringer knyttet til hjemmebasert pleie.

Bredbåndsfylket Troms AS (BBFT) og helse- og omsorgstjenesten i en gitt kommune ønsker å prøve ut nye tjenester i fibernettet. Intensjonen er å utnytte muligheter som ligger i bredbåndsteknologien til å etablere nye former for samhandling og kommunikasjon i fylkeskommunale og kommunale etater, og mellom etaten og innbyggerne. Hensikten med dette prosjektet er å bruke muligheter som ligger i BBFTs infrastruktur for å tilby helse- og omsorgstjenester på nye og kreative måter. Elektroniske tjenester for toveis lyd – bilde kommunikasjon mellom hjemmeboende med helse og omsorgsbehov og hjemmetjenesten, vil bli implementert i fem til ti hjem. Tanken er at teknologien vil gjøre det mulig for pasientene å kommunisere med hjemmetjenesten ved behov, som både kan være uventede hendelser eller avtalt lyd- bilde samtaler. Det overordnede målet er å tilby omsorgsteknologiske hjelpemidler som gjør det mulig for eldre å bo lenger hjemme i egen bolig, og dermed utsette institusjonalisering. På bakgrunn av dette har jeg ønsket å gjøre en studie med sykepleiere i den aktuelle hjemmetjenesten for å få finne ut hvordan sykepleierne problematiserer bruk av teknologi i sin praksis.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Tema for masteroppgaven er knyttet til implementering av velferdsteknologi i hjemmetjenesten og hvilken betydning den kan få for deres praksis. Mitt forskerspørsmål er:

«Hvilke utfordringer og muligheter ser sykepleiere ved å skulle innføre kommunikasjonsteknologi som toveis lyd- bilde i hjemmetjenesten?»

Jeg ønsker å utforske hva sykepleierne i hjemmetjenestens holdninger til kommunikasjonsteknologi, hvordan de forholder seg til den, og hva de tenker om teknologiens betydning for hjemmeboende omsorgsmottakere. Holdninger og forforståelse vil kunne være påvirkende faktorer for hvordan de tenker om de muligheter og utfordringer slik teknologi tilfører.

1.3 Oppgavens hensikt

Målet med min forskning er få en kritisk refleksjon rundt tematikken velferdsteknologi *før* den innføres og tas i bruk. Velferdsteknologi lanseres som et virkemiddel for å møte utfordringer i helsevesenet med flere hjelpetrengende og færre hjelpende hender. Sykepleierne i den aktuelle kommunen har allerede måtte forholde seg til teknologi i sin arbeidshverdag i form av elektronisk pasientjournal, trygghetsalarm, elektronisk samhandling med fastlege (meldingsløft), dermed har de litt kjennskap til og erfaring med teknologiske hjelpemidler. De vil her kunne bidra med kunnskap som kan være viktig for implementeringen da de kjenner sin praktiske arbeidshverdag og sine brukere av hjemmetjenesten. Hva og hvem skal velferdsteknologien tjene? Hvilke muligheter og utfordringer ser de for sine pasienter og sin tjeneste?

Sykepleierne har kunnskaper om pasientenes omsorgsbehov, de daglige arbeidsrutiner og organisatoriske struktur i tjenesten. De vil således kunne forutsi noe om som i hvilke konkrete omsorgssituasjoner de tenker teknologien kan anvendes, og hvordan de tenker dette bør organiseres. Kritiske refleksjoner over dette mener jeg vil være viktig for implementeringen, for senere å nyttiggjøre seg av teknologien på en best mulig måte. Slik forskning vil kunne ha overføringsverdi til andre kommuner som skal implementere ny teknologi, til andre prosjektgrupper som skal igangsette nye prosjekter, og for teknologene som her vil kunne få reflekterte innfallsvinkler fra de som skal anvende deres teknologi.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 viser jeg til tidligere nasjonal og internasjonal forskning omkring elektronisk lyd-bilde kommunikasjon. Forskningen er knyttet til lyd-bilde bruk i hjemmebasert omsorg med relevans for min problemstilling. I kapittel 3 presenterer jeg teori som har betydning for drøfting av sentrale funn. Her vil jeg presentere teori om teknologi, omsorg og etikk. I kapittel 4 redegjør jeg for min metodiske tilnærming og en utfyllende beskrivelse av planlegging og gjennomføring av datainnsamling, forskningsetiske vurderinger, analyse og bearbeiding av datamaterialet. I kapittel 5 presenteres mine funn som i kapittel 6 drøftes opp mot tidligere forskning og teori. Oppgaven oppsummeres i kapittel 7.

1.5 Velferdsteknologi

Begrepene velferdsteknologi og omsorgsteknologi brukes om hverandre og er IT- baserte løsninger som brukes i helsevesenet. Det er stor optimisme knyttet til ny teknologi og tanken er at den skal kunne forsterke brukernes trygghet og sikkerhet. Den skal gi mulighet for økt selvhjelpenhet, medbestemmelse og uavhengighet (NOU 2011:11). Et annet begrep er smarthusteknologi som er en samlebetegnelse på integrert IKT, der de ulike komponentene kommuniserer med hverandre via et lokalt nettverk. Det lokale nettverket kan kommunisere med omverdenen via for eksempel internett, telefon eller mobiltelefon. Røykvarsler er et eksempel, der en kan kople varsling direkte til brannstasjon. I min studie vil velferdsteknologi dreie seg om toveis lyd-bilde som kommunikasjonsform, og kan sammenlignes med en videokonferanse. Jeg vil i det følgende bruke begrepene lyd-bilde og videokonferanse om hverandre, da de omhandler samme type teknologi.

For hjemmesykepleien vil velferdsteknologi være en selvfølge for pasienter i fremtiden da morgensdagens pasienter vil være kjent og vant med teknologibruk både i jobb og privat sammenheng (Birkeland & Flovik, 2011). Noen velferdsteknologiske hjelpemidler er allerede utprøvd innenfor enkelte områder i helsevesenet, men det er begrenset erfaring med bruk i private boliger. Bærum kommune startet i 2009 utprøvingen av omsorgsteknologi i form at støvsugerrobot og en trygghetspakke med blant annet fallsensor, sporingsløsninger og medisineringsautomat. Denne trygghetspakken ble tilbydd til omsorgsmottakere i kommunen. I Vestfold pågår et prosjekt som kalles *“Prosjekt TrygghetsNett”*, der målet er å hjelpe kroniske syke hjemmeboende med hjelpebehov og deres pårørende.

Prosjektet er organisert ved at hver kommune påtar seg å være vertskommune og drifter av nettverket for én målgruppe hver. Dette prosjektet er nevnt i Samhandlingsreformen, hvor det kan leses at:

“IKT kan bidra til å utsette institusjonalisering av brukerne, gjøre dem mer selvhjulpne og gi dem et bedre lokalt omsorgstilbud gjennom nettbaserte tjenester.” (St.mld 47, 2008-2009:134).

I Stortingsmelding 25 (2005-2006) henvises det til omsorgsteknologi, samtidig som det pekes på at teknologi bare kan være et supplement til den menneskelige omsorgen. Det vises likevel til at fremtidig teknologiutvikling vil kunne gjøre det mulig for personalet å få en bedre tidsbruk til primære omsorgsoppgaver og mindre tid til blant annet transport. Teknologien vil også kunne bidra til å utsette eller forhindre institusjonalisering og den kan bidra til større uavhengighet av det offentlige hjelpeapparatet (Ibid).

I kommunen hvor min studie er gjort, er det tenkt å starte et prosjekt med teknologiske trygghetstiltak i form av toveis lyd – bilde, som også gir økt mulighet for sosial interaksjon med andre mennesker. Hjemmet til brukerne vil bli utstyrt med en pc med software for kommunikasjon og innebygd kamera og mikrofon. Skjermen skal være trykkfølsom med få valgmuligheter og uten tastatur. Det er kun pc- skjermen den hjemmeboende trenger å forholde seg til. Denne løsningen vil da gi få, klare og intuitive valg for brukerne. Ved for eksempel å trykke på et ikon på skjermen vil brukeren komme i kontakt med hjemmesykepleier ansikt til ansikt via lyd- bilde. Vaktrommet til hjemmetjenesten er også utstyrt med pc, skjerm, kamera og mikrofon. Hovedfunksjonen vil her være å kommunisere med hjemmeboende pasienter eller deres pårørende. Denne teknologiløsningen er ikke en ny og revolusjonerende, men bruken av den i en slik kontekst er ny.

1.6 Hjemmetjenesten og dens arbeidsfelt

Hjemmetjenesten er en samlebetegnelse på hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Tjenesten ble fra 1972 en del av den offentlige helsetjenesten og ble lovfestet gjennom kommunehelsetjenesteloven fra 1984. Hjemmetjenesten skulle da være et supplement og alternativ til institusjonsinnleggelse, når behandling utenfor institusjon var forsvarlig

(Birkeland & Flovik, 2011). Dette innebar at hjemmetjenesten dro hjem til pasientene og bisto med medisinsk og/eller praktisk hjelp i hjemmet.

Hjemmesykepleien er i dag hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)

Loven forplikter helsehjelp i hjemmet, og tildeles etter vurdering og behov til de som bor, eller som midlertidig oppholder seg i kommunen. Hjemmehjelp/praktisk bistand tildeles etter vurdering til de som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming eller alderdomssvekkelse. Hjelpen tilpasses den enkelte ut fra faglig vurdering og tjenesteinnholdet utarbeides i samarbeid med bruker ved hjemmebesøk, og etterfølges av et skriftlig vedtak som vurderes fortløpende. Hjemmetjenesten er fortsatt et viktig alternativ til institusjonsinnleggelse, tjenesten har de siste år hatt en økning i pasientstrøm da kommunene ofte har ventetid på sykehjemsplasser.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

For å finne frem til tidligere forskning og relevant litteratur for min problemstilling, har jeg gjort søk i ulike databaser. Jeg startet mine søk i Munin for å finne masteroppgaver og doktoravhandlinger innenfor mitt tema. Etter hvert utvidet jeg søkene til databaser som Helsebiblioteket, som er et elektronisk offentlig nettbibliotek som gir helsepersonell og studenter innen medisin og helsefag tilgang til sentrale kunnskapskilder som Amed, Bibsys, Cochrane Library, Embase, Medline, PubMed, SweMed+, Ovid Nursing med flere. Med søkerord som *velferdsteknologi, omsorgsteknologi, lyd-bilde, videokonferanse, hjemmesykepleie og implementering* gjorde jeg søk i Munin og Helsebibliotekets databaser. Jeg fikk mange treff hvor jeg valgte ut de jeg fant relevant for mitt forskerspørsmål. Et relevant treff var artikkelen «*E-terapi som supplement i poliklinisk oppfølging av ungdom- en kvalitativ studie av terapeuterfaringer*» (Jøraas, Rimehaug, Birkeland og Arefjord, 2009) en fagartikkel publisert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Artikkelen er basert på en holdningsundersøkelse blant 1040 psykologer, og 95 % stilte seg positiv til kommunikasjonsteknologi i klinisk sammenheng med pasienter. I denne studien dreide teknologien seg til å være internett-mediert kommunikasjon (e-terapi). Tre psykologer med erfaring ved e- terapi ble intervjuet i forhold til sin bruk av denne kommunikasjonsform. Resultatet av studien har sin relevans for min forskning da den er basert på terapeutenes opplevelse av blant annet relasjon, opplevelse av kommunikasjon, opplevelse av terapeutrollen, og opplevelse av tid og tilgjengelighet. Erfaringene fra studien var stort sett positive, med unntak av noen tekniske problemer.

I rapporten NST- rapport 9-2003 med tittelen "*Implementering av telemedisinske tjenester; hemmende og fremmede faktorer*", har forfatterne Larsen, Gjerdrum, Obstfelder og Lundvoll Nilsen, identifisert og beskrevet hemmende og fremmede faktorer ved bruk av telemedisinske tjenester innenfor legetjenesten. Brukernes egne evne til å anvende teknologien i forhold til avsatt tid å praktisere og et sted for å henvende seg for hjelp ble viktig for brukerne.

Line Silsand (2010) har i sin masteroppgave «*Det samme, på en annen måte*», sett på telemedisinske løsninger for dialyse. Silsand har bakgrunn som sykepleier og erfaring med dialyse til pasienter som kommer til sykehus for å få dialysebehandling. Hun har i sin

masteroppgave sett på etablering av telemedisinsk helsetjeneste til pasienter med hjemmedialyse. Silsands kvalitative studie bygger på intervju av fire erfarne dialysesykepleiere. Med utgangspunkt i dagens praksis i sykehusets avdeling, diskuterer hun hvordan dialysesykepleierne kan utfordres når den fysiske tilstedeværelsen mellom sykepleier og pasient blir opphevet. I avdelingen blir pasientene møtt av dialysesykepleier som tar ansvaret for pasienten under dialyse - behandlingen. Sykepleier har behandler-rollen ved å klargjøre pasienten, gi dialyse, følge med og observere pasientene under dialysebehandling og sykepleier avslutter behandlingen og gjør pasientene klar for hjemreise. Når hjemmedialyse innføres vil pasientene utfordre på sin egenomsorg og egeninnsikt i sin sykdom. Pasientene vil da måtte selv ta ansvar for egen dialyse, og de vil måtte ha kunnskap om egen sykdom. Dette er arbeidsoppgaver og ansvar som på et sykehus vil ligge hos dialysesykepleierne.

Silsands studie har stor overføringsverdi til min studie da de til tross for ulike temaer berører momenter av samme utfordringsgrad. Innføring hjemmedialyse vil gi både muligheter og utfordringer, hvor noen også vil gjelde innføring av lyd-bilde kommunikasjon i hjemmetjenesten. Utfordringer som utvelgelse av pasienter, ny teknologi, innføring og innlæring, brukervennlighet, dette med å få bistand i hjemmet via teknologi, oppfølging via skjerm, praktiske og organisatoriske utfordringer har stor overføringsverdi til min studie. Et særlig viktig moment er Silsands funn som viser hvordan arbeid over skjerm vil endre måten sykepleier og pasient tradisjonelt samarbeider på, blant annet er arbeidet som dialysesykepleier gjør i avdelingen må redistribueres til pasienten. Pasienten må både utføre og formidle fysiske undersøkelser, egne observasjoner av ulike symptomer. Dette vil også berøre pasienter i hjemmetjenesten som får lyd-bilde fordi de må kunne fremlegge sine observasjoner og symptomer til sykepleier via kamera. Dette vil ikke bare utfordre sykepleier, men også pasientens kunnskap og innsikt i egen sykdom og tilstand.

Annen forskning fra feltet er doktoravhandlingen til Hilde Thygesen (2009) hvor hun forsket på omsorgsteknologi, og allerede nevnte prosjekt fra Vestfold og Bærum. Thygesens doktoravhandling viser til flere hverdagsetiske dilemmaer ved teknologiske hjelpemidler og løsninger. Kontroversiell bruk av ny teknologi og smarthusløsninger med avanserte alarmer og varslingsutstyr som benyttes i dagens demensomsorg, knyttes til juridiske og etiske diskusjoner om overvåking og tvang. Dette til tross for forventninger om at ny teknologi vil spille en stadig større rolle i fremtidens demente. I denne konteksten har Thygesen studert

teknologiens rolle i demensomsorgen. Det stilles spørsmål til i hvilken grad teknologi kan bidra til god omsorg? Thygesen får frem den kompleksiteten og det arbeid som involveres for å lage gode omsorgsarrangement i den daglige omsorgsutøvelse, hvor teknologi inngår.

Ved å søke på NSTs hjemmeside fant jeg frem til mange interessante prosjekt, både pågående og framtidige prosjekt som omhandler lyd-bilde i form av videokonferanse. Et pågående prosjekt er « *Videocare: Desentralisert akutt psykiatri ved bruk av videokonferanse* ». Prosjektet er et forskningsprosjekt som har til formål å få økt kunnskap om bruk av videokonferanse i kontekst av spesialistvurdering av pasienter i akutte psykiatriske situasjoner. Prosjektet startet 01.01.12 og er ferdig 31.12.14. Andre prosjekt jeg fant var « *Videokonferanse mellom legfolk og medisinsk nødtelefon- støtte og hjelp i akuttmedisinske situasjoner* ». I dette prosjektet deltok 180 elever fra videregående, samt sykepleiere, med videotelefon i sin kommunikasjon med 113 som nødetat. Sykepleierne mente her at de bedre kunne veilede innringerne når de kunne se både pasient og gjenopplivningsforsøket, dermed mente de at videokonferanse kunne øke tryggheten, spare tid og gav en bedre behandling. Prosjekt som « *Videokonferanse (VK) hjem til pasienten* », presenteres som gode løsninger for videokonferanse mellom hjemmet og helsetjenesten. Et annet prosjekt på NSTs hjemmeside var en projektrapport fra « *Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse* ». I dette prosjektet utførte psykologer oppfølging i form av rådgivning, hjelp til å sortere og bearbeide påkjenninger en så alvorlig sykdom som kreft medfører for pasient og pårørende. Alle disse prosjektene har overføringsverdi til min studie på hver sin måte, dette fordi de viser til ulike erfaringer og muligheter som ligger i samme type teknologi. Det som skiller disse fra min studie er at jeg viser til et prosjekt som ikke er startet enda, mens NST og andre funn jeg viser til er pågående eller ferdige.

Internasjonalt blir Skottland ofte trukket frem som et foregangsland når det gjelder implementering av velferdsteknologi. På helsekonferansen i Bergen i mai 2012, kunne ny forskning fremlegges med gode resultater. I West Lothian, Skottland hadde kommunen etablert og innført såkalte «callsenter», hvor hjemmeboende og eldre kunne ringe og få kontakt med helsepersonell. Forskningen de fremla viste til stor nedgang i offentlige konsultasjoner, relatert til at «callsentrene» utgjorde stor trygghet for hjemmeboende innbyggere. Kontakten var via vanlig telefon og via PC med berøringsskjerm med enkel brukervennlighet. Hjemmeboende kunne ringe og meddele sin bekymring, de fikk stille

spørsmål og de fikk svar på det de lurte på. Helsepersonell som besvarte telefonene var opplærte og kunne gi råd og veiledning i forhold til henvendelsene.

Dette er forskning som har relevans for meg da den omhandler relasjonelle møter mellom pasient og hjelper via videokonferanse. Det som skiller min forskning fra alle ovennevnte artikler er at min forskning er basert på refleksjoner og tanker *før* slik teknologi tas i bruk, og kan således hverken svare for god bruk av den, eller gi data som kan evaluere bruken av den.

3.0 TEORETISK TILNÆRMING

Teorikapitlet inneholder en kort presentasjon av teori som mine funn drøftes opp mot i kapittel 6. Den teori jeg vil presentere er teori som omhandler omsorg som begrep, teori om teknologi og til slutt presenterer jeg etiske utfordringer ved velferdsteknologi.

3.1 Teknologi og omsorg

Teknologi som begrep er komplisert og brukes forskjellig ut fra profesjonsutøvelsens fagfelt og vitenskapelige tradisjon. Teknologi kommer av gresk og er sammensatt av ordene *techne*, som kommer av kunst eller håndverksferdigheter og *logos*, som betyr lære. Teknologi viser til praktiske gjøremål og inkluderer dermed teknikk, kunnskap, organisasjon og produkt (Moesmand & Kjøllestad, 2005). I min studie vil teknologien som redskap primært omhandle lyd-bilde teknologi som utgangspunkt for en bestemt type redskap- produkt, som igjen går inn i en større sammenheng. Samtidig vil jeg også i mitt teknologibegrep inkludere kunnskap, teknikk og organisasjon.

Teknologi og omsorg er begreper hentet fra to ulike vitenskapelige tradisjoner, henholdsvis naturvitenskap og humanisme. Disse to tradisjonene representerer også to ulike verdier, hvor noen i dag mener at disse to verdiene er uforenelige (Ibid). Dette kan vitne om et spenningsforhold mellom sykepleie og teknologi, hvor man på den ene siden anerkjenner den og på den andre siden fremmedgjør den. Hvis vi går til en intensivavdeling vil vi se teknologi og sykepleie godt forenet og sammenvevd for å ivareta pasientens tilstand. På en slik avdeling er teknologien anerkjent og godt integrert og har sin hensikt. Hvordan sykepleiere i dagens praksis forholder seg til teknologi avhenger av hvor de arbeider og hvordan de bevist tenker på teknologi som begrep (Ibid). Det er nærliggende å anta at det vil være forskjell på hvordan en sykepleier på intensivavdelingen og sykepleiere i hjemmetjenesten forholder seg til teknologi i hverdagen, da det er betydelig mindre teknologibruk i hjemmebaserte tjenester. Pasienter som bor hjemme har som regel ikke avanserte teknologiske hjelpemidler, da de på skal være selvhjulpne i størst mulig grad slik at de kan bo hjemme i egen bolig og ikke på institusjon. Samtidig er begrepet teknologi kanskje ikke så fremmed hvis en ser på hva det inneholder. Hjemmetjenesten kan benytte høyteknologiske hjelpemidler i dagens praksisutøvelse som de kanskje ikke ser på som teknologi. Dette kan være teknisk utstyr og

redskaper som elektronisk pasientjournal, EKG, blodtrykksapparat og måleapparat for å måle blodsukker, for å nevne noen. Men i hvor stor grad reflekterer man over dette som teknologi og ikke et diagnostisk hjelpemiddel?

Margarete Sandelowski (2000) har skrevet boken «*Devices & Desires - Gender, Technology, and American Nursing*» hvor hun viser teknologiens gradvise integrering i sykepleiens hverdag i USA. Her viser hun hvordan teknologi som en ny og fremmed «ting», et produkt som integreres i sykepleien og sykehusverdenen og blir til et uunnværlig hverdagsredskap. For å illustrere dette kan en trekke frem termometeret. En gang ble den introdusert for sykehusene som en ny oppfinnelse og teknologi for å vise grad av kroppstemperatur. Stetoskopet er et annet eksempel på en gang en nyoppfinnelse, men i dag et viktig diagnostisk redskap. I dag er dette eksempler på teknologi som har skapt et behov, som i dag er et gyldig og klinisk nødvendig redskap som helsevesenet ikke kan være foruten. Teknologi og bruken av teknologiske redskaper endrer vår tenkning og praksis på flere måter. Teknologi kroppsliggjøres når den inkorporeres i oss, og den har blitt en naturlig del av oss. Vi sier vi skal måle temperaturen, mens vi egentlig bare avleser det en termometer som et teknologisk måleinstrument har målt (Ibid). Fra å være et sykepleier-teknologisk redskap, har termometeret i dag blitt en viktig husholdningsartikkel som er å finne i de fleste hjem. Dette viser at teknologi ikke er nytt, vi bruker teknologi i større grad enn vi er klar over uten å reflektere over det. Mobiltelefon er et godt eksempel på avansert teknologi, men har så enkel brukervennlighet at de aller fleste behersker å bruke den.

3.2 Omsorgens dimensjoner

Kari Martinsens omsorgstenkning og filosofiske betraktninger står sentralt for mange sykepleiere. Hun har gitt omsorgsbegrepet et innhold som mange sykepleiere er fortrolig med, og som for mange sykepleiere er et fundament og i møte med pasienten. Jeg vil derfor bruke disse begrepene som inngangsport til å forklare informantenes holdning og problematisering av teknologien.

Martinsen (2008) beskriver omsorg som et ord vi kjenner fra dagliglivet hvor vi det forbinder det med å hjelpe til, ta hånd om andre, og stå andre nær. Omsorg kan da sies å forutsette to parter, hvor den ene sørger eller tar hånd om den andre. For Martinsen (Ibid) er omsorg et begrep hun har operasjonalisert i tre dimensjoner; relasjonelt, praktisk og moralsk.

1- Relasjonelt – ved at den som gir omsorg inngår i relasjon til den som mottar omsorg. Omsorg vil her alltid forutsette andre, og forholdet mellom mennesker blir vesentlig i omsorgen. Vi tar hensyn til andre for vår egen skyld, og dette har med forståelse av den andres situasjon å gjøre. For at vi skal kunne ha en god situasjonsforståelse, må vi være bundet i et fellesskap, dette kan være erfaringer, behov, kunnskap, regler eller virksomheter. Vi har noe felles i en daglig verden. Dette kan også være forholdet mellom pasient og sykepleier, hvor pasientens sykdom er felles men de har hver sin erfaring med den. Den syke har erfaring i opplevelsen av sykdom og sykepleier har erfaring med pasientens sykdom gjennom sin fagkunnskap og sin kjennskap til sykdomsopplevelse gjennom hva pasienten formidler. Sykepleier vil kunne forstå pasienten gjennom måten pasienten eller den hjelpetrengende forholder seg til sin situasjon.

2-Praktisk handling- hvor den som gir omsorg deltar i den andres lidelse. Martinsen (2008) viser til bibelens liknelse om den barmhjertige samaritanen som gikk bort til den skadde jøden og pleiet jødens sår, tok jøden med seg og fraktet ham til et herberge og ga videre pleie. Dette er en situasjonsbetinget og konkret handling som viser oss to ting. Den viser først og fremst at samaritanen deltar praktisk i den andres lidelse ved å gå inn i hans lidelse, samaritanen stiller seg ikke på sidelinjen eller utsiden og ser på. For det andre hjelper samaritanen den andre uten at han på forhånd kan vite om han får noe tilbake, hjelpen gis uten betingelser. Med dette mener Martinsen (Ibid) at når hjelpen gis ut fra den skadde eller hjelpetrengende tilstand, og ikke ut fra et forventet resultat, kan en si at den er betingelsesløs.

Samaritanen går inn i situasjon og hjelper den skadde ut fra de skader og den tilstand den skadde er i, han kan ikke forvente at han skal få noen gjenytelser eller at resultatet av sin hjelp til den skadde skal være et godt resultat. Dette mener Martinsen (2008) er et typisk trekk ved omsorgen og kaller dette for generalisert gjensidighet.

Dette betyr ikke at den som hjelper ikke får noe som helst igjen, men at den som hjelper ikke gjør det ut fra forventninger om å oppnå gjenytelser eller begrunner sin hjelp i å oppnå et bestemt resultat. Det er tilstanden og situasjonen til den hjelpetrengende jøden som utløser at samaritanen tar imot fordringen om å hjelpe. Denne lignelse kan overføres til en sykepleiers omsorgsutøvelse til hjemmeboende pasienter. Sykepleieren tar da del i pasientens situasjon og

utfører en aktiv deltakelse og handling for pasienten ut i fra hans tilstand, uten å kunne forvente en gjenytelse eller et resultat. Samtidig får sykepleier en fast ytelse i form av sin faste lønn fra arbeidsgiver, og sykepleier kan oppleve at hun faktisk får gjenytelse og ekstra påskjønn i form av at pasienten uttrykker takknemlighet, glede eller at sykepleier opplever en god følelse etter sitt pasientmøte. Dette er gjenytelser som kommer frem i situasjonen og kan ikke forventes på forhånd.

3- Moral i omsorgen- kommer til synet i form av kvaliteten på hjelperens handlinger i relasjon til den andre (hjelpetrequende). Omsorgen har med hvordan vi forholder oss til hverandre og tar ansvar for hverandre i vår praktiske hverdag. Omsorg er fundamental og en sosial relasjon mellom mennesker. Et fellesskap og med- tilværelse med andre hvor verdishyn menneskesyn vil danne grunnlag for moralske beslutninger. Omsorgen krever innlevelse og engasjement, en må kunne sette seg inn i den andres situasjon og tenke at rollene kan bytte. Vi tar hensyn til hverandre. Martinsen (2008:69) går så langt som å si at: «*omsorg vil også si å måtte ta hensyn til andre, for min egen skyld*». Med dette mener hun at vi er enkeltindivider som er avhengig av andre, og for å kunne ta hensyn og vise omsorg for andre må en kunne forstå den andres situasjon. Det vil kreve at en har en felles ramme som en kan forstå den andre ut i fra. Dette felles kan være normer, regler, behov eller virksomheter. Vi deler noe i hverdagen som vi har felles med andre. For at omsorgen skal være ekte, må vi anerkjenne den andre ut i fra hans situasjon. I dette ligger det at du ikke griper inn og gjør endringer i hans situasjon uten å anerkjenne vedkommende, hvis det skjer er omsorgen uekte. Ekte omsorg tar utgangspunkt i den andres situasjon og gir anerkjennelse for hans selvhjulpenhet uten å overvurdere eller undervurdere den. For å kunne handle moralsk klokt til det beste for pasienten kreves kunnskap, kompetanse og faglig skjønn. Kunnskap ligger i sykepleiers fagkunnskap, kompetanse erverves gjennom erfaring i sykepleieutøvelsen, og faglig skjønn er å bruke vår kunnskap og kompetanse tilegnet pasientens unike situasjon (Martinsen, 2008).

3.2 Omsorg, sykepleie og teknologi som redskap.

I sykepleie vil omsorgsutøvelse være knyttet til lønnet omsorgsarbeid og sykepleie, samtidig som omsorgsarbeid er mer enn sykepleie. En sykepleier bruker praktiske ting i sin utførelse av sykepleie, hvor den enkelte bruksting har en sammenheng og et formål. Men, sier Martinsen (2008:70) «*for overhodet å bruke noe må en på forhånd ha forstått formålet med bruken*», og

det vil også si sammenhengen som bruken av tingen inngår i. Vi treffes andre mennesker gjennom vår praktiske omgang av tingene, og måten vi bruker tingene på gjenspeiler våre holdninger og forståelse for andres situasjon. Teori og praksis sammensmeltes til en enhet. Gjennom en praktisk arbeidssituasjon er sykepleier og pasient blitt kjent med hverandre, og sykepleier kan anerkjenne pasienten med sine ressurser og begrensninger.

«Sykepleie dreier seg om å forholde seg lyttende og mottakende til det som kommer til sykepleieren i inntrykket hun får av pasienten» (Martinsen, 2012:43).

Omsorgen i sykepleien vil vise seg gjennom sykepleiers holdninger, omgang og handlag med ting og redskaper, som i min studie vil være teknologi.

Sykepleie er blitt sett på som en blandingspraksis hvor de utøver sitt virke mellom pasient og sykdom, mellom pasient og lege, mellom pasient og teknologi. Dette omtaler Margrete Sandelowski (2000) som en praksis hvor sykepleieren praktiserer «*in-between*», altså et slags mellomledd i behandlingsskjeden. Sandelowski I dag utfører sykepleiere enkelte undersøkelser på vegne av legen fordi de behersker denne type teknologi. Dette kan være undersøkelser som scoop, ekg, rektoskopi mm. I hjemmetjenesten vil dette kunne være sykepleiers undersøkelser i form av blodtrykksmålinger, blodsuktermålinger eller avlesing av telemetri på vegne av fastlege eller sykehuslegen.

I omsorgsutøvelsen bruker sykepleier fagkunnskap i måten hun anvender tingene på overfor pasienten. En sykepleiers fagkunnskap og erfaring gjennom praksisutøvelse gjør at hun som sykepleier kan utvise omsorg gjennom sin bruk og sitt grep om de redskaper hun bruker gjennom pleie av pasienten. Redskaper kan være vaskeklut, et bekk, en tannbørste eller annen teknologi. Grepet om vaskekluten og temperaturen på vannet vil ha betydning for om pasienten opplever sykepleiers grep som godt eller mindre godt. Sykepleier kan gjennom sin erfaring og kunnskap som medmenneske, og sin fagkunnskap søke å forstå pasientens situasjon. Med sin sykepleiebakgrunn kan hun bruke sine redskaper på en slik måte at pasienten kjenner seg igjen i situasjonen, og situasjonen mellom dem kjennes trygg og kjent og ikke fremmed (Martinsen, 2008).

3.5 Etikk og velferdsteknologi

Effekten og utbytte av velferdsteknologi i hjemmebasert pleie er så langt relativt ukjent og udokumentert. Det er derfor på sin plass stille noen etiske spørsmål til slik teknologi og bruken av den. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Nasjonalt kunnskapssenter i oppdrag å gi en oversikt over etiske utfordringer man vil kunne møte ved innføring og bruk av velferdsteknologi. Den konkluderer med at det foreligger lite litteratur om nytten og virkning av slik teknologi. Notatet fant at moralske og etiske utfordringer dreier seg om ulike aspekter som verdighet og integritet, her kommer individets autonomi inn med retten til selv å kunne bestemme og ta egne valg. Det er særlig tre utfordrende dilemmaer jeg ønsker å trekke frem i dette kapittel:

- 1 - Ulike typer velferdsteknologi vil også medføre en inngripen av enkeltindividets private sfære på flere områder i følge Hoffman (2010). Når et hjem utstyres med ulike teknologiske hjelpemidler vil noen kunne føle at hjemmet deres institusjonaliseres. Dette kan virke invaderende, og det kan bli synlig for deres omgivelser at her bor det hjelpetrequende.
- 2 - Når teknologien dreier seg om kommunikasjonsteknologi som i min studie, vil en kanskje måtte benytte tredjepartsleverandør av nettverk og service på teknologisk utstyr. Dette vil kunne utfordre hjemmeboendes privatliv og konfidensialitet ved at en dataingeniør kommer for å rette opp datafeil på utstyr, eller en nettverksleverandør. Dette vil for hjemmeboende medføre nye involverte grupper som de må forholde seg til, og i mange tilfeller vil dette også berøre pårørende som bor sammen med hjelpetrequende, ektefelle, samboer eller barn.
- 3 - Velferdsteknologi utfordrer også helsepersonell da de må sette seg inn og lære å beherske ny teknologi. I min studie vil de måtte lære seg å kommunisere gjennom lyd-bilde, dette utfordrer også deres teknologiske kompetanse fordi de må vite hvordan utstyret virker. Når dette er innført i tjenesten har de også ansvar for å bruke teknologien som redskap, et nytt ansvarsområde.

Hoffmann (2010) stiller spørsmål om hvem som har nytte av velferdsteknologien, er det helsepersonell, pårørende, samfunnet, industrien eller pasienten? Uten at rapporten konkluderer med et entydig svar, henstiller den til at velferdsteknologien må utformes ut fra hvilken rolle den vil spille, og at de er brukervennlige og har de riktige løsninger for konteksten den skal brukes i. På Helse- og omsorgskonferansen i Trondheim i november

2011, åpnet helseminister Strøm Eriksen med å ønske velferdsteknologien velkommen som et supplement- og ikke et substitutt. Men hun sa ingenting om *hva* den skulle supplere, derimot poengterte hun at den skulle komme pasientene til nytte. I rapporten viser Hoffmann til Holmström (2007), og skriver:

«Selv om man ikke kan dømme om fremtidens velferdsteknologi, tyder litteraturgjennomgangen i stor grad på at dagens velferdsteknologi ikke kan erstatte det personlige møtet mellom den som yter og den som trenger hjelp».

4.0 METODE

Det er problemstillingen som bestemmer hva som vil være den mest relevante metode man skal anvende for å komme frem til hensiktsmessige og relevante data. Som tidligere introdusert er tema for min oppgave knyttet til hvilke tanker og refleksjoner sykepleiere har om å skulle ta i bruk velferdsteknologi i sin praksis, om muligheter og utfordringer. For å få frem dette har jeg valgt kvalitativ metode, som i følge Kirsti Malterud (2003), er egnet for å presentere mangfold og nyanser, og det er dette nyanserte mangfold jeg vil få frem i min studie. For å få svar på min problemstilling, har jeg valgt fokusgruppeintervju som kvalitativ metode, gjennomført med sykepleiere fra hjemmetjenesten i en kommune som snart skal ta i bruk slik teknologi gjennom et prosjekt. Som jeg presenterte i kapittel 1.2 ønsket jeg å få frem sykepleiernes tanker og hvordan de forholder seg til en ny type teknologi, og da vil kvalitativ metode være egnet.

«Vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiv er og holdninger» (Malterud, 2003:32).

Målet med metoden er å utforske temas meningsinnhold slik informantene opplever det innen deres naturlige sammenheng, som her i min forskning er hjemmetjenesten hvor de jobber. Deres meningsinnhold vil være basert på deres forståelse av tema samt deres erfaringer og opplevelser fra tidligere. Dette tenker jeg er deres forforståelse (Gadamer, 2003), som her vil være en form for forkunnskap og forforståelse basert på disse erfaringer.

4.1 Perspektiv og tilnærming

Jeg har valgt en hermeneutisk tilnærming i denne studien, da jeg ønsker å få vite hvilke muligheter og utfordringer sykepleiere ser i å skulle ta i bruk ny teknologi i sin praksisutøvelse. Ved en hermeneutisk tilnærming vil forforståelsen være utgangspunktet når erfaringer og refleksjoner skal deles og diskuteres med informantene og når datamaterialet skal analyseres og fortolkes, for så å komme frem til en ny forståelse og en ny forforståelse. Gadamer (2003) sier at hermeneutikk er en sirkelbevegelse hvor bevegelsen går fra helhet til del, og tilbake til helheten. Hermeneutikken har til oppgave å gjenopprette enten manglende, eller svekket forståelse av noe. I min studie søker jeg sykepleiernes forståelse av ny

teknologibruk i deres tjeneste. Jeg som forsker har også min forforståelse med i møtet med informantene.

Når de beskrev og argumenterte for og imot bruk av lyd-bilde i deres praksishverdag fordrer det at jeg som forsker har innsikt og forståelse i deres arbeidshverdag, hvordan hjemmetjenesten er organisert, og hvordan de utøver sin sykepleie i pasientens eget hjem. Den hermeneutiske tolkningen innbar for meg å finne mening i det informantene fortalte, for så å fortolke det. Det handlet for meg om å få en dialog med datamaterialet som skreven tekst. Jeg måtte bruke tid på å lære meg å lytte til teksten og stille spørsmål til teksten for å forstå meningen av innholdet. Ved å triangulere mellom helheten og delene og min egen forforståelse, er jeg i bevegelse i den hermeneutiske sirkel. Sirkelen er endeløs og indikerer at tolkningen egentlig ikke er endelig, heller ikke forståelsen. Gjennom å tolke og forstå det som informantene uttrykte, kom jeg frem til en ny forståelse av temaet som jeg kan fortsette å fortolke. Forståelsen kan utvides gjennom tolkning og forståelse, for så å tolke dette på ny og få ny forståelse (Ibid).

4.2.1 Å forske i eget felt

Forskning i eget felt vil her dreie seg om å omhandle feltet hvor jeg som forsker har min faglige bakgrunn. Metodologiske utfordringer ved å forske i eget felt er for meg flere. Min nærhet til forskningsfeltet som er hjemmetjenesten, min åpenhet til feltet, min forforståelse og ikke minst min relasjonsutvikling til forskningens deltakere. Å forske i eget felt innebærer blant annet å fortolke og analysere datamateriale som er innsamlet gjennom intervjuer. Jeg har min bakgrunn fra blant annet hjemmetjenesten, og har møtt mange av de samme utfordringer det er ved å gi god omsorg i eget hjem. Teknologiske hjelpemidler var i varierende grad optimale, og ikke alle brukerne av hjemmetjenesten så nødvendigheten av slike hjelpemidler, det var heller ingen selvfølge at alle hjemmeboende hadde hustelefon.

Om det å forske i eget felt sier Malterud (2003), gir både fordeler og utfordringer. Fordelen er at forskeren har forståelse om mange fenomener som de utenfor feltet ikke har. Denne forståelsen vil være forskerens forforståelse. Som forsker i eget felt vil jeg som sykepleier inneha mye kunnskap og forståelse om sykdom, helse og helsevesen. De ulike erfaringer jeg bærer med meg, vil være med å bestemme det jeg forstår og hvordan jeg forholder meg til min empiri. Med min bakgrunn fra hjemmetjenesten vil min feltkunnskap og forforståelse

også dekke samarbeidsparter og som legevakt, fastlege, avlastningsmuligheter, tildeling av sykehjemsplasser lokalbefolkningen, og avstand til ulike institusjoner. Dette er kunnskap som både styrker forståelsen av fagområdet jeg går inn i, og som vil kunne være tillitsbærende i møte med informantene. Når informantene snakket om for eksempel tidsbruk, så forsto jeg hva de mente og hvordan tidsbruken kan være en frustrasjon i tjeneste når tiden ikke strekker til og avstanden til neste pasient er lang. Jeg har kjentskap til pleiekulturen i hjemmetjenesten, som for øvrig er ganske så annerledes enn ved institusjon. Det å trø over andres dørstokk er spesielt i omsorgsutøvelsen da pasientens stue er sykepleierens arbeidsfelt. Dette er erfaring som har vært med å forme meg som sykepleier og person.

Utfordringen ved å forske i eget felt er at min feltkunnskap og forforståelse kan gjøre meg feltblind ved at jeg ser alt fra min egen synsvinkel. Min erfaring fra hjemmetjenesten kan bli så fremtredende at jeg kan overse viktige utspill fra informantene ved at jeg tror jeg vet hva de mener. Paulgaard (1997) poengterer viktigheten av at forskerens subjektive forforståelse kan sperre for tilgang til andres meningsforståelse, og dermed opptre som en feilkilde som forstyrrer forskningsresultatet.

Min forforståelse rommer også det å måtte forholde seg til ny teknologi som en del av arbeidshverdagen. Jeg har erfaring og opplevelser som påvirker min holdning og forventning til noe nytt som skal implementeres, på godt og vondt.

Når jeg skriver at jeg ønsker en kritisk refleksjon rundt tematikken før den tas i bruk, er dette basert på min forforståelse som er kritisk til hvordan lyd-bilde kommunikasjon faktisk vil bli anvendt. Min utfordring er å ikke overføre mine egne kritiske tanker til feltet, men å stille meg åpen for å kunne se nye sammenhenger og kunne stille spørsmål til det som trer frem av intervjuene. Dersom jeg ikke er dette bevisst eller reflekterer over dette vil dette kunne farge min empiri slik at jeg ser det jeg ønsker å se, og at min empiri da ikke vil gi et representativt bilde for hvordan mine informanter gjør seg kritiske refleksjoner rundt tematikken. I følge Gry Paulgård (1997) vil dette være en forskningsmessig misvisning eller «*bias*», som også kan ses på som en usannhet. Min forforståelse og kjennskap til hjemmetjenesten som felt opplevde jeg som både styrke og svakhet. Jeg har opplevd dette som styrke i min studie fordi det har gitt meg en bedre forutsetning til å forstå hjemmetjenesten som felt og dens pleiekultur, enn om jeg ikke hadde kjennskap til fag og felt. Jeg opplevde også svakheten i form av at min erfaring gav meg en forforståelse som lett kunne gjort meg «*feltblind*» ved at

jeg til tider følte at avstanden til feltet ikke ble stor nok. Mange utsagn fra informantene forsto jeg stilltiende uten å spørre ut om eksakte ting, jeg bare antok at jeg forsto hva de mente. Dette prøvde jeg å være oppmerksom på ved å være bevisst min rolle som forsker og se og lytte åpent gjennom «*forskerbillene*» for å holde meg objektiv og ikke subjektiv til feltet.

4.3.1 Fokusgruppintervju

For å svare på min problemstilling har jeg valgt kvalitativ metode med fokusgruppintervju som form. Kvale & Brinkman (2009) skriver at fokusgruppintervju 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 ut fra deres erfaringer som tema berører. For min studie vil fokusgruppintervju gi meg som forsker er innsyn i sykepleiernes tanker og refleksjoner over tema. I fokusgruppe bestemmer intervjueren emnet, og mitt emne er kommunikasjonsteknologi. Gruppespillet og forskerstyrt emnefokus er velegnet for å produsere data som danner empiri. Det spontane som kommer frem i diskusjon er momenter som vil være fraværende fra enkeltintervju. Den ene informanten vil trigge noe hos den andre, og spillet i fokusgruppen er i gang. Refleksjoner skapes og erfaringer rundt tema deles i gruppen (Halkier, 2010).

4.3.2 Forberedelse av fokusgruppintervju

Etter som vi er to mastergradsstudenter som skriver masteroppgave ut fra samme prosjekt, har vi utført datainnsamlingen sammen. Vi har samarbeidet om informasjonsskriv, samtykkeskjema og temaguide. Vi har utført fokusgruppintervjuene sammen, men transkribert, analysert, og bearbeidet data hver for oss. Intervjuene ble tatt opp på hver vår lydopptaker og vi har oppbevart disse hver for oss, og er blitt slettet etter krav fra NSD. Det transkriberte materialet er blitt makulert.

For rekruttering av informanter tilskrev vi ledere for hjemmetjenesten og sykehjemmet i den kommunen våre informanter jobber, og prosjektet vi skriver fra er tenkt utført. Vi sendte ferdige infoskriv til 10 informanter med temaguide og samtykkeskjema. Selv om vi ønsket en

fokusgruppe på 6-8 personer informanter, så sendte vi infoskriv til 10 med tanke på at kanskje ikke alle ville delta. En uke etter infobrevene 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. Til dette møte møtte 2 ledere og 4 sykepleiere. Vi presenterte oss selv som mastergradsstudenter, men også som sykepleiere med nærhet til faget og hva vi jobbet med til daglig. Dette så vi fort var et meget smart trekk, da vi fikk en fin tone og kjemi i gruppa. Vi som uerfarne intervjuere lærte oss navnene til de som kunne bli våre informanter, og knyttet stemmene til deres navn. Dette gjorde transkriberingen lettere ved at vi uten problemer gjenkjente informantenes stemmer fra lydopptakene. Vi benyttet anledningen i dette uformelle møtet til å presentere tema for våre masteroppgaver, og å forklare hvordan intervjuprosessen vil foregå (med lydbånd, viktigheten med å ha struktur slik at ingen snakket i munnen på hverandre ol). De fikk stille spørsmål som vi svarte på. Vi ble enig om lokalisasjon (egnet lokale) for intervju og tidspunkt. Vi som intervjuere hadde et krav om å kunne få sitte uforstyrret uten unødvendige avbrytelser, og at rommet ikke måtte være for stort med hensyn i gjenklang i lydbåndopptakeren.

Siden vi har to tema valgte vi å dele intervjuet i to omganger, dermed kunne vi få det utført i deres arbeidstid begge ganger. De fikk være med å bestemme tid og sted, og vi innrettet oss. Med stor vilje fra deres ledere ble de frigjort fra arbeidsoppgaver disse to dagene mens intervjuet foregikk. Dette var tydeligvis et bra tiltak for når møtet var ferdig kom 5-6 informanter med sine samtykkeskjemaer ferdig signert. Vi forventet ikke å få noen da, og hadde satt en frist om 3 uker. Veldig positivt følte vi.

4.3.3 Utvalg av informanter

For å få innblikk i sykepleiernes tanker, holdninger og erfaringer måtte jeg spørre sykepleiere med både kjennskap og erfaring med hjemmetjenesten som praksisfelt. Kriteriene for utvelgelse gav betydning for hvilke informanter jeg fikk. Mine inklusjonskrav var følgende:

- Sykepleier
- Må ha fast stilling tilknyttet hjemmetjenesten/eller langtidsvikariat

Grunnen til at jeg ønsker sykepleier perspektivet og ikke andre profesjoner, er at sykepleierne har en felles grunnutdanning, og dermed felles fag- forståelse for sykdom, helse og omsorg til

pasientene. Sykepleierne har også et felles overordnet sykepleiefaglig ansvar for pasientene i tjenesten. Med overordnet ansvar mener jeg her at hjemmetjenesten består av flere profesjoner som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Disse rapporterer ofte til sykepleier som her har den høyeste faglige kompetanse, og konsulterer ofte sykepleierne når det er spørsmål eller usikkerhet i forhold til pasientens tilstand. Selv om kravet var sykepleier valgte vi å inkludere en sykepleierstudent som hadde fullført 2 år på sykepleierutdanningen, og hadde nå tatt permisjon fra studiene for å jobbe i en stilling i hjemmetjenesten. Hennes erfaring som sykepleierstudent, og at hun nå innehar en stilling i hjemmetjenesten tenkte vi ville være interessant for studien.

Når fast stilling i hjemmetjenesten stilles som krav, er det fordi sykepleiere i faste stillinger har en bedre kontinuitet og oversikt enn tilfeldige vikarer. Sykepleiere i fast stilling eller langtidsvikariat vil også ha den erfaring som er ønsket for å kunne se for seg hvordan en endring i tjenesten vil kunne påvirke deres praksis.

Presentasjon av informantene med fiktive navn:

Anna, 47 år. Har jobbet 23 år som sykepleier hvor 10 år er tilknyttet hjemmetjenesten.

Nora, 40 år. Har jobbet 13 år tilknyttet hjemmetjenesten.

Kari, 26 år. Sykepleierstudent som nå jobber i fast stilling i hjemmetjenesten.

Aud, 54 år. Har jobbet i tjenesten siden 1994 avbrutt av videreutdanning.

Hanna. 43 år. Har jobbet 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 og har jobbet i tjenesten i over 5 år med unntak av sykepleierstudenten. Til første intervju møtte alle 7 informantene, mens bare Anna, Hans og Aud møtte til intervju 2.

4.3.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuet ble foretatt i et av møterommene på kommunehuset, min medstudent og jeg møtte 2 timer i forkant for å teste lyd kvaliteten på lydopptakerne, fjernet støy- faktorer, organiserte plassering av informantene i forhold til opptakerne. Vi hadde to opptakere, en hver, samtidig var det en kvalitetssikring for hvis mot formodning den ene skulle slutte å virke. På forhånd hadde vi tatt med hjemmebakket kake som ikke laget lyd (stille mat) kokt kaffe, frukt og te. Når intervjuet startet stilte 7 av 9 sykepleiere. En av informantene (den syvende) hadde ikke vært på det uformelle møtet vi hadde i forkant, derfor informerte vi henne før vi startet slik at alle informanter hadde lik informasjon i forkant av intervjuene. Intervjuet forløp uproblematisk, varte i 100 minutter og ble transkribert til 35 sider datamateriale.

Det andre intervjuet ble foretatt en uke etterpå. Her møtte kun 3 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 overveiet om vi kunne gjennomføre intervjuet da gruppen er under anbefalt størrelse av informanter, men valgte å gjennomføre, og intensjonen for fokusgruppeintervju ble ivaretatt. I følge Bente Halkier (2010) rapporterer fokusgruppelitteraturen om vellykkede grupper på så vel 3-4 deltakere som på 10-12. Intervjuet varte i 110 minutter og ble transkribert til 52 sider. Begge intervjuene ga til sammen 87 sider datamateriale.

Intervjuene ble gjennomført i to omganger hvor hvert vårt tema og forskerspørsmål ble diskutert. Mitt tema i første intervju og min medstudents tema i andre intervju. I ettertid kan man stille spørsmål til hvor lurt det var ettersom fokusgruppen ble redusert fra 7 til 3. For mitt tema som her omhandlet det generelle, var det helt klart avgjørende at 7 informanter møtte da jeg ville ha mange forskjellige perspektiver og synspunkter for en kritisk refleksjon før lyd- bilde teknologi tas i bruk. Min medstudent fungerte som moderator for meg og jeg for henne. Som moderator hadde vi til oppgave å presentere emnene som skulle diskuteres, og legge til rette for diskusjon slik ordveksling kunne skje i en atmosfære som tillot motstridende synspunkter. Det er ikke som mål å skape enighet i gruppen, men å kunne få uttrykke sine synspunkter rundt de emner som presenteres (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi fulgte ikke denne oppskriften slavisk da vi fant det mest naturlig at jeg presenterte mitt tema og mine emner til diskusjon.

Etter emnene var presentert inntok min medstudent moderatorrollen ved at hun la til rette for ordveksling slik at alle i gruppen fikk si sine meninger og dele sine synspunkter i gruppen. Atmosfæren i gruppen opplevde jeg som god, alle som ville si noe fikk si det de satt inne med, samtidig som vi la vekt på at de som ikke følte for å si noe ikke skulle føle seg presset til å være aktiv i diskusjonen.

Informantene snakket klart og tydelig etter tur og orden slik vi hadde informert om på forhånd. Dette gjorde transkriberingen håndterlig. På en annen side var det under transkribering at man fikk lyst, og så behov for å spørre mere og dyptgående på enkelte emner. Dette var utfordrende for uerfarne forskere, og vi så at det var ønskelig med flere oppfølgingsspørsmål. Dette er erfaring jeg tar med meg videre.

4.4 Analyse og bearbeiding av data

For å analysere datamaterialet har jeg støttet meg til Bente Halkier (2009), som viser til at i analyse av innhold trenger man tre redskaper: 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 da kunne gi en innholdsmessig oversikt over hva det ble snakket om under intervjuene.

Jeg startet mitt analytiske arbeid ved å nøye gjennomgå det transkriberte materialet på 87 sider. Hvert utsagn ble kodet i margin med en tekstmarkør som henviste til utsagnenes innhold. Utsagn som: «*ja så kan du se problemstillingen, det er ikke sikkert de klarer forklare det skikkelig!*» ble kodet med tekstmarkøren – «*å visualisere*»-. Slik gikk jeg gjennom datamaterialet og kodet deres utsagn med koder etter innhold.

Med utgangspunkt i mitt forskerspørsmål organiserte jeg så hele datamaterialet først inn i to hoved kategorier: **muligheter og utfordringer**. Jeg laget meg to matriser, en for hver kategori og organiserte teksten inn i aktuelle kategori, alt etter om de var en mulighet eller en utfordring. Underveis i denne prosessen så jeg at noen muligheter også kunne presenteres som utfordring, og at enkelte utfordringer helt klart ville gi noen begrensninger for bruk av lyd-bilde. Dermed trengte jeg en kategori til; **begrensninger**. Når all data var nøye gått igjennom og plassert under sin hovedkategori, startet en ny og lang prosess. Innenfor disse tre kategoriene utførte jeg så en systematisk gjennomgang av hver kategori som fikk sin egen

kategoriske matrise. I denne matrisen ble teksten på nytt gått igjennom og en ny kondensering startet, og en ny koding i form av foreløpige markører på mindre biter av datamaterialet/analyseenheter ((Coffey og Atkinson1996: 32-45) i Halkier, 2010). Deretter brukte jeg kodene for å lage tematiske overskrifter til hver analyseenhet som var meningsmessig sammenhengende.

Analyse av begrensninger	
«men noe av det første du legger merke til når du kommer inn i et hus, lukta i huset»	-Lukt
«luktesansen forteller meg om noe korsen det er i huset, for øvrig. For stinke det eh eh urin og diverse sånt nåkka, så veit du at personen som er der inne antakelig ikke har det helt bra.»	

Disse utsagn ble kodet med *lukt*, da de er meningsmessig sammenhengende med informantenes utsagn.

Når mine tre hovedkategorier var organisert i hver sin matrise, startet en ny runde med kondensering av datamaterialet hvor jeg sammenlignet de ulike kodene i forhold til hverandre, og i motsetning til hverandre. Noen koder passet inn under flere kategorier for eksempel: “ *et supplement- ikke et substitutt*” kan være både en mulighet og en utfordring, men ikke nødvendigvis en begrensning.

For å få en god oversikt over sammensetninger og motsetninger laget jeg en tredelt matrise, her fikk hver kategori sin del. Kodene ble plassert inn under den kategori jeg fant ut den tilhørte, noe som viste seg å bli en dynamisk og ny lang prosess. Koder ble flyttet på mellom kategoriene, samme koder ble plassert under flere kategorier og koder ble slått sammen. Etter denne kategoriseringen satt jeg til slutt med mine tre hovedkategorier som igjen hadde 4-6 hovedtemaer under hver kategori.

Følgende hovedtema fremkom:

MULIGHETER	UTFORDRINGER	BEGRENSNINGER
<i>Å få bo hjemme, lenger</i>	<i>Implementering</i>	<i>Begrenset innsyn</i>
<i>Å kunne nå flere</i>	<i>Etiske utfordringer</i>	<i>Begrenset sansemulighet</i>
<i>Muligheter for innsyn</i>	<i>Supplement vs substitutt</i>	<i>Teknologiske krav</i>
<i>Supplement</i>	<i>Å sense på distanse</i>	<i>Begrenset bruk</i>
<i>Omsorg på distanse</i>	<i>Organisatoriske -</i>	<i>Brukervennlighet</i>
<i>Endringsvilje hos personalet</i>	<i>utfordringer</i>	
	<i>Tid og ressursbruk</i>	

Alle hovedtemaene fikk da beslektede undertema/ subtemaer.

Den siste redskapen i min analyse er begrepsdannelse. Her plasserte jeg kategorier og koder i forhold til datamaterialet igjen, og i forhold til teoretiske begrep basert på hva som ble fremtredende i mitt materiale. Bente Halkier (2010) viser til at man i denne prosessen leker djevelens advokat overfor de koder man til nå har brukt ved å sette de opp mot hverandre på et reflekterende vis. Enkelte teoretisk begrep skilte seg her ut, og det er begreper som *omsorg, kompetanse, tid og nærhet*. På bakgrunn av dette har jeg har valgt omsorg som begrep og teoretisk perspektiv som jeg vil basere min drøfting av funn ut fra. Gjennom hele mitt datamateriale og analyse går omsorgen igjen som en overordnet paraply, som omfavnet etiske avveininger i informantenes møter og relasjon med pasientene. Vil omsorgen bli utfordret av teknologi som lyd-bilde?

På grunn av oppgavens begrensning vil jeg ikke kunne drøfte alle temaene, men kun et utvalg. Temaene jeg har valgt å drøfte vil bli presentert og diskutert i eget diskusjonskapittel.

4.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Det har vært viktig for meg som forsker å få frem sykepleiernes kritiske røster i form av refleksjoner av velferdsteknologi og konteksten den skal brukes i. Ofte tas bestemmelser som berører sykepleiernes daglige praksis, på ledernivå hvor sykepleierne i feltet ikke er forespurt eller at noen har rådført seg med dem, som kanskje kjenner feltet best. En leder vil nok kunne se annerledes på innføring av lyd-bilde i hjemmetjenesten, enn sykepleierne i feltet. Kanskje er det fordi de har ulikt fokus for hva og hvem teknologien skal tjene.

Jeg ønsket konkret å undersøke hvordan sykepleiere tenker å forholde seg til ny teknologi i sin tjeneste. I følge Bente Halkier (2010) innebærer dette blant annet at fortolkninger og analyser til en viss grad harmoniserer med det empiriske feltet, og at de teoretiske begrepene og kategoriene og metodiske verktøyene man har brukt samsvarer med prosjektets kunnskapsinteresser. Jeg har i eget kapittel redegjort for mine bruk av metodiske redskaper (koding-kategorisering og begrepsdannelse), og mine teoretiske begrep. Ved å ha redegjort for en systematisk gjennomgang av min empiri, hvor jeg har forklart og begrunnet min analyse på en slik måte at den er gjennomskuelig for andre, mener jeg er overbevisende nok til at mine resultat er akseptable. Dette mener jeg gir validitet for min studie.

Reliabilitet eller pålitelighet, er en forutsetning for validitet (gyldighet) og:

*«dreier seg om å gjøre måter å produsere og bearbeide data eksplisitte og gjennomskuelige for andre, slik at andre kan vurdere om det er gjort et ordentlig stykke håndverk»
(Halkier,2010:128).*

Mitt håndverk er mine min analyse med mine matriser som jeg i eget kapittel har presentert utdrag fra, for å vise (gjøre gjennomskuelig) hvordan jeg har brukt analyseredskapene og kommet frem til mine funn. Fokusgruppentervju var i min studie en relevant metode for min problemstilling da den fordrer til en refleksiv diskusjon mellom informantene.

Når det gjelder generalisering, er min studie kvalitativ og kan dermed ikke etterprøves ved hjelp av sannsynlighetssampling, som gjør at man kan tillate seg å generalisere statistisk. Min kvalitative forskning har gitt et datamateriale som er produsert via en liten gruppe informanter. Informantene er selektivt utvalgt og informantene har argumentert fra sin sykepleieprofesjons- synsvinkel. Jeg vil allikevel hevde at min studie har overføringsverdi til andre prosjekter da den inneholder momenter som vil være gjenkjennende i å skulle innføre ny teknologi i en virksomhet.

4.6 Ethiske betraktninger

Før datainnsamlingen startet søkte jeg i samarbeid med veileder NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste) om godkjenning for innhenting av relevant data og oppbevaring av datamaterialet mens prosjektet pågikk. Godkjenning fra NSD ligger som vedlegg. Alle informantene fikk infoskriv og samtykkeskjema i forkant av

fokusgruppeintervjuet. Her ble de opplyst om at deltagelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. Det informertes også på forhånd at intervjuene ville bli tatt opp på bånd, transkribert og at materiale ville bli oppbevart konfidensielt, samt all data i form av lydbånd og transkribert data ville bli slettet etter oppgavens innlevering. Ingen personopplysninger skulle oppgis. Alle som møtte til intervju hadde returnert og signert samtykkeskjema. Under intervjuet fremkom det kommentarer som var veldig interne for gruppa, disse har jeg valgt å ikke transkribere da de på grunn av sin interne karakter kunne bli for gjenkjennende og vanskelig å anonymisere, og er følgelig da heller ikke tatt med som grunnlag for analysen. Med hensyn til anonymisering er ikke prosjektskisse vedlagt da den inneholdt navn og identifiserbare opplysninger.

4.7 Kritikk av metode

Som uerfaren forsker så jeg at å gjennomføre fokusgruppeintervju ikke var helt uproblematisk. Det var utfordrende og til tider vanskelig å holde fokus da informantene gikk litt fra tema til tema. En informant sa noe som inspirerte en annen til diskusjon som der og da hørtes og kjentes riktig, men under transkribering og analyse av data ser en i ettertid at en ikke var styrende nok. Flere viktige ting ble sagt og alle nikkete stilltiende enig, uten at det ble satt ord på det. Jeg burde stilt flere oppfølgingsspørsmål for å avklare og utdype informantenes utsagn. Dette ble ikke klart for meg før under analyseprosessen. Hva mente de her? De snakket om at sykepleierne har en plattform, men jeg spurte aldri hva den inneholdt eller rommet. Under intervjuet nikkete jeg stilltiende som om jeg forsto hva informantene mente ut fra hva jeg selv la i min forståelse for begrepene de diskuterte (Jfr kap 4.2.1). Dette ble en liten utfordring for min subjektivitet når datamaterialet skulle analyseres. Jeg måtte hele tiden streve etter å holde seg på utsiden for å se inn, og ikke bevege med på innsiden. Dermed ble min objektivitet utfordret av min subjektive forforståelse, som mulig har fått innvirket i mer eller mindre grad når jeg fortolket deres utsagn. Dette tas til etterretning for eventuell videre forskning.

5.0 PRESENTASJON AV DATA OG ANALYSE

Etter bearbeiding av min empiri har jeg funn som jeg i dette kapitlet vil presentere. Jeg har valgt å bygge presentasjonen kronologisk slik at en kan følge en kritisk refleksjon sett fra et sykepleieperspektiv fra informantenes tanker om teknologien, til bruk i hjemmetjenestens praksishverdag. Dermed vil jeg først presentere hvordan informantene reflekterte generelt over teknologien i kapittel 5.1, 5.2 og 5.3. I kapittel 5.4 presenteres hvilke muligheter informantene så ved – lyd bilde, og utfordringene i kapittel 5.5 og begrensinger i kapittel 5.6 Til slutt har jeg valgt å oppsummere mine funn i kapittel 5.7. Sentrale funn vil bli trukket frem til diskusjon i kapittel 6.

5.1 Utforming av teknologi

Det å skulle se for seg et teknologisk redskap uten å ha noe spesifikt å knytte det til skapte livlige diskusjoner hvor de bidro med sine tanker om utformingens art, alt etter deres egne teknologiske ferdigheter og kunnskaper. Teknologisk så de for seg lyd-bilde teknologien, som en bilde-telefon som ville være lett å betjene, altså med veldig enkel brukervennlighet.

«eg tenke at vi....dette er jo egentlig en bildetelefon, det er det vi snakker om, vi snakker om en bildetelefon som skal være lett å betjene, ikke sant? Som går gjennom fibernettet, det betyr at det blir gode signaler, det blir ikke dyrt å ringe, og man kan ringe så mye man vil.»

Med gode signaler og en bildekvalitet som vil være pålitelig, mente informantene at denne teknologien kunne gi en mulighet for å kunne brukes som et godt redskap for å kommunisere med pasienter på samme måte som de i dag gjør via en vanlig telefon, men at du vil se i tillegg.

«...det er jo på en måte en utvidet telefonsamtale bare at man ser».

I utsagnet konkluderte de med lave ringekostnader uten at de tok kostnadene for lyd-bilde til noen videre diskusjon. Dette tolker jeg som at de tenker at pasientene bærer disse kostnadene på lik linje som de bærer vanlige kostnader for telefonbruk.

Når de snakket om brukervennligheten som også var et viktig tema, henviste de også der til deres kjentskap til mobiltelefoni og en tenkt mobil løsning.

«fjor eg tenke at den l6sningen m6 bli s6 enkel p6 en s6nn....hvis vi no tar utgangspunkt i en galaxy tab (?) som er s6 stor (tegner i lufta) ...at du har fire taster du kan trykke p6. Noen f6 muligheter, datter osv. Da kan du trykke p6 en tast s6 er du koplet opp p6 den skjermen.»

De diskuterte brukervennligheten og skisserte l6sninger som er helt i tr6d med hva Bredb6ndsfylket tenker, med kun en skjerm og inga tastatur men f6 og intuitive ikon p6 skjermen som gj6r det enkelt for brukeren 6 ringe via lyd-bilde. En annen informant sa det s6 klart og tydelig: *« ja, det m6 p6 en m6te v6re idiotenkelt, tenker eg!»* Deres erfaring blant pasientene de i dag g6r hjemme hos, viste at de fleste eldre har vanskelig eller tungt for 6 l6re inn nye ting.

«..men mange eldre har jo problemer med 6 l6re seg nye ting.....de har problemer med 6 l6re seg 6 bruke en ny vaskemaskin fordi knappene er annerledes.....s6 da kan de f6 litt s6nn knottfobi....Teknologien m6 p6 en m6te v6re idiotenkelt.....det m6 ikke bli for mange duppeditter».

Det at knappene var annerledes var nok til at pasienten ble forvirret og ikke forsto hvordan den skulle brukes. Pasienten lot v6re 6 bruke den inntil hjemmetjenesten kom p6 tilsyn, og da kunne forklare 6 veilede pasienten inntil han forsto bruken av sin nye vaskemaskin. Ved 6 dra dette eksemplet fikk informanten fremhevet at hvis ikke brukervennligheten er *«idiotenkelt»*, ville det v6re en fare for at pasientene ikke kom til 6 benytte lyd-bilde fordi. Informantene konkluderte med at teknologibruken m6tte v6re s6 innlysende enkel i bruk at den ble fremmende og ikke hemmende.

5.2 Funksjonalitet

N6r informantene beskrives hvordan de tenker lyd-bilde teknologien skal v6re utformet er et ogs6 med tanke for lyd-bildes funksjon i tjenesten. De diskuterte hvordan den kunne komme pasientene og hjemmetjenesten til gode. Dette f6rte de inn i en interessant diskusjon hvor de da reflekterte over deres praksis i dag, og prospektive tanker for hvordan morgendagens praksis vil kunne v6re mulig ved lyd-bilde.

Informantene 6nsket 6 komme tidlig inn med bes6k og bistand, for 6 etablere kontakt mellom hjemmetjenesten og hjemmeboende, som de kunne bygge p6 n6r hjelpebehovene meldte seg.

Det var under denne diskusjonen det ble så veldig tydelig for informantene hva de tenkte teknologien kunne bidra med, hvilke funksjon teknologien skulle tjene. *«Et tillegg til den tjenesten vi allerede har!»*

De ønsket teknologien velkommen for å komplettere den tjenesten de server til sine pasienter, for å gi noe i tillegg og ikke istedenfor. De så en mulighet til å utvide sine hjemmebesøk og de kunne nå flere brukere via lyd-bilde enn det de karte i dag. Muligheten lå i å kunne utføre bistand via lyd-bilde, ikke som en erstatning for den fysiske bistand eller besøk, men som et tillegg i mellom og utover hjemmebesøkene de i dag utførte. Dette tolker jeg til at informantene ser på lyd-bilde som et mulig arbeidsredskap som skal komme pasientene til gode i form av at hjemmetjenesten da vil være mer tilgjengelig for pasientene. Noe de mente ville være trygghetsskapende for den hjemmeboende pasienten. Ei sa:

«ja, det synes jeg er viktig....at de kan få føle den tryggheten» dette utsagn ble supplert med:

«alternativet vil jo da være at hvis du ikke kan gi tilbudet....så måtte de inn på sykehjem»

Pasientene ville få en mulighet til visuell kontakt med sykepleier på vakt ved behov. Dette ville være en funksjon som informantene mente kunne være trygghetsskapende fordi det kunne gi pasientene en følelse av økt tilstedeværelse fra hjemmetjenesten. En økt tilstedeværelse mente informantene også ville gi hjemmetjenesten en trygghet i den forstand at de kunne følge med, observere og *«se»* til pasientene oftere. Effekten, eller gevinsten mente informantene kunne ligge i at da kunne kanskje pasientene bo lenger hjemme i egen bolig.

« ...ja, så at de får være heime lenger.....og samtidig oppleve trygghet»

5.3 Brukergrupper

For å kunne utføre tilsyn via lyd-bilde, så informantene at dette ville være en tilsynsform som ikke ville passe for alle typer pasienter. Selve utvelgelsen mente de ville bli et organisatorisk utfordrende arbeid, men de hadde en formening om hvilke pasientgrupper eller brukergrupper som ville kunne gjøre seg nytte av slik teknologi. Her så de for seg flere brukergrupper. Den første var alle de pasientene som de i dag utfører telefontilsyn til. Disse pasientene mente de var så kognitivt oppegående og selvhjulpne slik at de ville ha gode forutsetninger for å innlære ny teknologibruk og dermed et alternativ for lyd-bilde.

En annen gruppe de trakk frem var pårørende til pasienter med tungt pleiebehov hvor hjemmetjenesten bisto med ulik hjelp. For denne brukergruppen tenkte informantene at lyd-bilde kunne komme pårørende til god hjelp og litt avlastning ved at hjemmetjenesten kunne bistå med råd og veiledning via lyd-bilde. Samtidig tenkte de at hvis hjemmetjenesten «så» innom pasientene via lyd-bilde, kunne det være avlastende tiltak til pårørende ved at de fikk et lite pusterom i en pleietung hverdag. Dette pusterommet kunne ifølge informantene være at de fikk en avtalt tid for eksempel en time eller to for å handle eller gjøre andre ærender. Det kunne også være at de ville slappe av, dra på besøk eller annet hvor hjemmetjenesten i denne tiden bisto med tilsyn via lyd-bilde. Skulle noe tilstøtte ville hjemmetjenesten dra på hjemmebesøk for å gi nødvendig hjelp.

«vi har jo...eg ser for meg en konkret pasient som...som er veldig funksjonshemma men egentlig i hauet....som kanskje kan klare å være aleina med kanskje ei sånn løsning. Der samboer kan fare mer ut på tur, og vi kan ringe av og til og...det tenke eg vi kunne gjort allerede i neste vekte.»

Informantene så et behov for å ivareta pårørende som en ressurs. Et tiltak i form av lyd-bilde ville da ha en forebyggende effekt ved at hvis pårørende fikk nok avlastning, ville de kanskje kunne pleie sine hjemme lenger. Hjemmetjenesten kunne da komme tidligere inn med nødvendige tiltak.

De så også en mulighet for å forebygge reinnleggelser på sykehus av ferdigbehandlede utskrevne pasienter. Her tenkte de det ville være en fin mulighet for pasienten å kunne benytte lyd-bilde for å ta kontakt med sykepleierne i hjemmetjenesten hvis de hadde behov, men også en mulighet for sykepleierne til å ta kontakt for å følge opp den hjemkomne pasient.

«Eller...den ferdigbehandla kreftpasienten....som kanskje trenger tilsyn noen til...litt sånn usikker å bare....slippe sykehus...og....sykehjem.....og...ja....og hvor det er langt å reise, vi prioriterer det ikke fordi det ikke er noen direkte helseeeehjelp som skal gjøres.....det er på grensa til at du trenger tilsyn...eh...men likavel så hadde det vært en ekstra god tjeneste å gi. Det å kunne kople seg opp....og si hei.....går det bra....og....ja.»

Sykepleierne vil her kunne bidra med informasjon og rådgivning i forhold til pasientens tilstand og situasjon.

Pasienten vil kunne komme med sine symptomer og sykdomsopplevelse eller andre problemstillinger som de trenger en fagperson til å svare på. Ved slik å følge opp pasientene mente de at de kunne bidra til at de fikk være hjemme istedenfor på sykehus.

5.4 Nytteeffekten av teknologi i praksis

Informantene snakket mye om hva nytteeffekten av lyd-bilde kunne medføre, og de kom frem til at en slik teknologi ville åpne for helt nye muligheter, som å kunne innhente nødvendig ekspertise mens de er hjemme hos pasienten.

5.4.1 Kollegastøtte i ute i feltet

Ved å vise til deres arbeidshverdag i dag hvor de jobber ganske så alene ute i feltet, med telefon og bil som eneste kommunikasjonsmiddel for å nå sine kollegaer, så de nå en mulighet til å kunne innhente støtte eller rådgivning mens de har hjemme hos pasienten. Med lyd-bilde ville de her kunne ringe fra pasienten til sykepleier på deres vaktentral og visuelt vise for eksempel et sår til kollega for å få bistand. Sykepleier inne på vaktentralen ville da få se problemstillingen som kan være vanskelig å forklare med bare ord. Har dette såret sett slik ut lenge? Væsker det mindre fra såret i dag enn det gjorde i går? Er bandasjen lagt på riktig? Slik så informantene en stor mulighet til å anvende lyd-bilde som et hverdagsredskap i daglig pleie hos pasientene. De vil være lettere tilgjengelig for hverandre, og dette vil kunne gi trygghet for personalet.

« Det er jo slik det er i hjemmetjenesten, og for så vidt inne på sykehjemmet også.....men i hvert fall i forhold til hjemmetjenesten, så er du aleine der ute. Hadde du jobba på et sykehus så har du flere sykepleiere rundt deg hele tiden....og kan hanke noen fort inn å.....Men vi lever i et såpass lite fagmiljø, at jeg tror det hadde vært en fordel sånn sett.»

Ved lyd-bilde mente informantene at her kunne de vise til kollega for å gjøre en bedre vurdering, og gi en bedre dokumentasjon i pasientjournalen. Altså ville de forsterke rapporten med teknologien. De tenkte seg her at dette kunne bidra til en bedre kontinuitet i pasientens sårbehandling ved at kanskje samme sykepleier får mulighet til å se visuelt hvordan såret lar seg gro og tilhele i forhold den aktuelle sårprosedyren.

Et sår kan forandre seg både til det bedre eller til det værre i løpet av 1-2 dager, og det kan være vanskelig for sykepleier å huske eksakt hvordan det så ut for dager siden. Hvis en ved lyd-bilde kan tilstrebe at kontinuiteten søkes sikret i form av kanskje 2 sykepleiere kan ta ansvar for samme pasient ved at de veksler mellom å være fysisk ute og via lyd-bilde, tenkte informantene at dette kunne forbedre og kanskje til og med forkorte sårbehandlingen. Ut fra dagens praksis beskrev informantene at det er forskjellige sykepleiere som steller et og samme sår fordi de jobber til ulike tider, noe som har med deres turnus å gjøre.

5.4.2 «Å kunne konsultere fastlegen og spesialisttjenesten fra stua»

Informantene lot seg også friste til å trekke den litt lenger ved at de så en fordel ved å kunne ringe fra pasienten til lege via lyd-bilde, for å konsultere lege ved behov. Det kunne også her være sår, men også utslett eller annen oppfølging hvor lege kunne innhente nødvendige opplysninger gjennom å se og snakke med pasienten via lyd-bilde. Dette kunne være både fastlegen og spesialisten på sykehuset, dermed kunne lyd-bilde bidra til at pasienten fikk sin polikliniske time hjemme i egen stue. For legen og spesialisten ville det kanskje ikke bety noen stor besparelse i tid, men for pasienten mente informantene at en slik mulighet ville være en enorm både tidsbesparelse og et belastningsfritak med stor verdi for pasienten. Denne muligheten så informantene fordi de hadde delvis erfaring med noe lignende gjennom et vellykket prosjekt de hadde vært med på med Hudavdelingen, et prosjekt de også videreførte og forankret i tjenesten fordi det var så vellykket.

«Et prosjekt vi klarte å videreføre var jo det med kamera vi fikk fra Hudavdelingen, det var jo da vi begynte å ta bilder av sår. Hudavdelingen hadde et prosjekt hvor vi sendte bilder av sår til dem, og etter det så begynte vi å legge inn i Profil alle sårbildene våres. Så det klarte vi å videreføre.»

En annen informant supplerte denne uttalelsen med:

«Å, det er kjempe bra å hente fram gamle bilder når sår begynner å blusse opp igjen.»

Dette prosjektet de viste til, gav dem noen positive erfaringer og en nytteverdi de fortsatt har i dag. De har tilført tjenesten noe kvalitativt bra ved å ha muligheten til å få konsultert ulike sår direkte med Hudavdelingen. Kanskje er det denne gevinsten som gjør at de var så åpne for å se nye muligheter ved å skulle innføre lyd-bilde i tjenesten.

5.4.3 Lyd-bilde som løsning på «tidsklemma»

Informantene beskrev en liten kommune hvor hjemmetjenestens sone var geografisk utstrakt men oversiktlig. Pasientene bodde i egen bolig og hadde varierende behov for hjelp og bistand som var individuelt tilpasset den enkelte pasienten. Dette kunne variere mellom et morgenstell hvor de hjalp pasienten med personlig hygiene- påkledning og frokost, til de helt enkle besøkene hvor de bare så til pasienten at de hadde det bra.

Besøkene ble beskrevet som en type tilsyn som besto av hjemmebesøk med individuell bistand fra hjemmetjenesten. Noen av kortere varighet en andre, alt ut fra hva de trengte bistand til.

Korte besøk hvor pasientene ikke trengte fysisk pleie eller fysisk bistand var av slik kort varighet, ofte 5-10 minutter. Deres tjeneste hadde når intervjuene fant sted ca 100 pasienter som bodde spredt i kommunen, med varierende behov.

Med så mange pasienter og lange avstander beskrev informantene mye tid og tidsbruk for å forflytte seg mellom pasientene. Mellom to ytterpunkter brukte de 1 time i kjøretid fra den ene pasienten til neste. Dette var tidsbruk de heller ville brukt på pasientkontakt og pasientnærvar.

«Ja sånn som det er i dag, så bruker vi jo mesteparten av dagen i bilen. Vi bruker utrolig lite tid hos pasienten fordi at.....du kjører fra den eiene enden av kommunen til den andre.....så går tida.»

Med så lange avstander vil tiden som går til forflytning mellom pasientene i mange tilfeller være større enn tiden de har til rådighet hos pasienten. En tidsbruk en må se på som tosidig. På den ene siden kan man se på den som en tidstyv som stjeler tid fra pasientnær tid, men på den andre siden vil det i mange situasjoner være helt nødvendig tidsbruk for at pasienten skal sin nødvendige hjelp.

For en del eldre hjemmeboende med hjelpebehov, vil slike tilsyn kunne være de eneste besøkene de fikk:

«Det er jo de som sitter og venter til langt ut på dagen til vi kommer, vi er kanskje de eneste som går hos de.....at de ser fram til det.!»

For noen ble disse besøkene på en måte et ukentlig eller daglig høydepunkt, et besøk de gledet seg til, noe å se fram til i sin hverdag. Når informantene her sier at noen venter til langt ut på dagen før de kommer, tolker jeg denne tidsbruken i et annet lys. Her er tiden noe pasienten bruker for å motta et ventet og planlagt besøk. Tiden her er pasienten ventetid, når kommer de?

I hjemmetjenesten er det vanskelig å fastsette klokkeslett for besøk til de som er mest selvhjulpne og oppegående, fordi de må prioritere først de som trenger hjelp til å få stå opp om morgenen. Dette betyr at hvis hjemmetjenesten skal komme hjem til deg på et tilsyn for å sjekke om du har tatt dine medisiner, så kan de kanskje komme et sted mellom klokken 10 – 13. Alt etter hvor lang tid de bruker hos de første pasientene, og hvor mye tid de bruker i forflytning. Selve besøket vil kanskje bare ta 5-8 minutter mens ventetiden for pasienten vil kunne være over timer. Dette forteller oss at også pasientene bruker mye av sin tid til å være tilgjengelig for å kunne ta imot tilsyn fra hjemmetjenesten.

Tidsintervallet for tilsynene ble satt ut fra hjelpebehovet, dermed fikk noen tildelt 10 minutter mens andre kanskje 40 minutter og noen enda mer. Et hjemmebesøk til en pasient for å se at han har tatt sine medisiner vil være et tilsyn som ikke tar mer enn 5-minutter, mens en funksjonshemmet som trenger hjelp til morgenstell og hjelp for å stå opp vil kunne ta 40-50 minutter. De prioriterte pasientene etter deres hjelpebehov og tidfestet besøkene så godt de kunne etter dette. Dette innebar at alle som trengte hjelp til morgenstell fikk sine besøk mellom kl 8-9, mens de som ikke trengte fysisk hjelp fikk tilsyn i løpet av dagen. Enkelte ganger kunne dette være etter at de var ferdig med alle morgenstell og andre ganger tidligere hvis det passet med øvrige oppdrag. Informantene ønsket at tidsbruken i bil skulle komme pasientene mere til gode i form av flere og hyppigere tilsyn. Som de selv sa det: «*For det er langt mellom frokost og kvelds!*».

5.4.4 Når avstanden er til hinder for hjemmebesøk

Når avstanden er så stor som i denne kommunen, vil avstanden kunne være til hinder for fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Informantene viser til at de i dagens praksis supplerer hjemmebesøk med telefon, såkalte telefontilsyn til enkelte pasienter:

«*ja for det er ikke tid til å kjøre til(stedsnavn) for å ta den sjekken.*»

Dette forklarte informantene innebar at de istedenfor fysiske besøk ringte til pasienter og samtalte med dem. Dette var pasienter uten de store fysiske hjelpebehovene som stell eller hjelp til påkledning, men snarere de som trengte en liten påminnelse for å ta sine medisiner eller sjekke om de faktisk hadde tatt de. Det kunne også være pasienter som de bare ringte til for å høre om de hadde det bra. Dette kunne være pasienter som var tidvis alene fordi pårørende var bortreist. Disse pasientene kunne det være mer av på sommeren i ferietiden enn ellers i året. I en slik kontekst kunne informantene se lyd-bilde som et hjelpemiddel for å kvalitetssikre tjenesten, spesielt i henhold til medisintilsyn.

« ja for det er litt fint om du ser furixen som lå igjen i dosetten, ...og då får du den klokka ni og ikke når vi kommer kl 13. Det er jo det positive resultatet det, at du får medisinen til rett tid.»

Et medisintilsyn over telefon ut fra dagens praksis, ga ikke informantene noen indikasjoner på om hvorvidt medisinerne var tatt eller om pasienten ville ta sin medisin på sykepleiers oppfordring over telefon. Ved lyd-bilde vil sykepleier kunne be pasienten holde sin mediseske (dosett) foran kamera, og sykepleier ville da se om medisinerne var tatt ut fra dosetten eller om det lå tablettar igjen i dosetten. Hvis det lå tablettar igjen i dosetten, ville informantene kunne be pasienten ta de, gjerne mens de var på lyd-bilde og faktisk da kunne se at medisinen ble tatt. Her poengterte informantene at lyd-bilde ville supplere telefontilsyn og samtidig gi en bedre kvalitetssikring for tilsynet, uansett hvilken hensikt tilsynet skulle ha.

« ...vi kjæm jo ikje å slenge en skjerm til dem for at vi ikje vil gidde å ha meir med dem å gjøre fysisk....Det er jo for at vi vil komme oftere innom til dem.»

Informantene poengterte også at bruk lyd-bilde ville kunne gi dem bedre oversikt ved at de kunne observere pasientene oftere. Her så de for seg pasienter de i dag fulgte opp ved telefontilsyn som var relativt oppegående og selvhjulpen, men har lang avstand fra hjemmetjenesten, kunne få fastsatte fysiske tilsyn kanskje 1 dag i uka, for så å få ekstra tilsyn gjennom lyd-bilde. Ved å kunne «se innom ham» via kamera 2-3 ganger i uka kunne de bedre observere og lytte til det pasienten kunne formidle.

« Det betyr at vi sparer en del kjøring, og de tilsynene vi utfører kan da utføres med en mye høger kvalitet enn om at vi skulle ha mange små fysiske tilsyn mange gang for dag.»

Kvaliteten mente de ville ligge i tiden de ville være tilgjengelig og tilstede for pasienten via lyd-bilde. Informantene så for seg at dette ville bli kvalitativt bedre for begge parter med kanskje 15 minutters samtale via kamera, enn 5 minutter i døra fordi det tok så lang tid å kjøre. Her ville de omsette kjøretiden med pasienttid.

5.5 Praktiske og etiske utfordringer ved lyd-bilde

Innføring av ny teknologi vil gi sykepleierne etiske utfordringer i sine hverdagsmøter med den hjemmeboende pasienten. Dette er utfordringer både hjemmetjenesten og pasientene med deres pårørende kan bli berørt av i mer eller mindre grad. Hvordan skal dette organiseres og hvem skal organisere dette?

5.5.1 Daglig drift og organisering

Informantene reflekterte også kritisk over hvilke utfordringer ny teknologi som lyd-bilde vil kunne medføre, ikke bare for pasientene men også for sykepleierne som bruker av den. Organisatoriske utfordringer, etiske og moralske utfordringer samt, egne holdninger og praktiske utfordringer ble løftet frem til diskusjon av informantene. Dette ville utfordre deres organisatoriske struktur i blant annet utvelgelse av pasienter som brukere, i form av hvordan og i hvilke pasientsituasjoner skal lyd-bilde teknologi anvendes. Organisering av tjenesten og daglig drift mente de ville ligge på et ledernivå, og en leders tanke om lyd-bildes formål og funksjon ville ikke nødvendigvis være de samme som ansattes.

«Kjenner jeg (leder) må passe meg litt her,for jeg kunne lett si at ok, ...nå tar vi fem- seks kjappe tilsyn via kamera.....så slipper vi kjøring.....Den er litt skummel kjenner jeg....»

Informantene kom stadig tilbake til at teknologien ikke måtte erstatte fysiske besøk, samtidig som de så at dagens telefontilsyn kunne styrkes med lyd-bilde ved at du ser i tillegg til å hører. Lyd-bilde ville bli mer enn en telefonsamtale selv om det var mindre enn et besøk. Utfordringen her så de ville ligge i hvorvidt det ville bli en vellykket samhandling mellom pasient og sykepleier. For at dette skulle bli vellykket, mente informantene at de måtte ha en allerede etablert fysisk kontakt med pasienten, altså at de har inngått en relasjon *før* de tar i bruk lyd-bilde.

«...i hvert fall i forhold til eldre folk, de er jo ikke vant til en sånn måte.....det er jo respektløst synes jeg.....å ikke møte opp personlig. Det er jo vanlig høflighet og gode manera...det er jo det de eldre er vant til....at du kjæm å pikke på døra og sett deg ned..»

Pasientfokus sto sentralt, hvis man har et fysisk nærvær som grunnlag trodde de at man vil kunne oppnå stor grad av nærhet, på avstand. Samtidig rettet de søkelyset på hvordan dette ville utfordre deres faglige integritet ved å skulle gi omsorg på avstand, via et lyd-bilde kamera. Vil teknologien true omsorgsutøvelsen? De kjente på deres moralske ansvar om å hjelpe, og hvordan ville denne hjelpen bli når de ikke skulle gi den i samme rom som pasienten?

«...at..æ sitt på skjærm enn at æ stikk innom og faktisk er der fysisk, at det kan være utfordranes for mæ...Ja, gjør æ en god nok jobb? Gjør æ nok? Blir det bra?»

Fremtoning, det å inngå relasjon og bygge tillitt mellom partene var viktig for informantene, og dette så de på som store etiske utfordringer. Hvilke forutsetninger har deres brukere til å kunne lære seg bruk av ny teknologi? Hvilke kjennskap og tradisjoner har de fra før av?

«..kan bli ei utfordring å finne brukere som kan mestre sånne duppeditter...!»

Det kom helt klart fram at noen kriterier måtte ligge til grunn for å kunne mestre å beherske bruken av lyd-bilde. Hvem som skulle stille kravene og stå for utvelgelse av brukere så de på som et overordnet lederansvar å organisere. Samtidig trakk de frem at pasienter med kognitivt svikt burde skjermes fra implementeringen da dette ville kunne påføre dem unødig belastning som igjen ville kunne gi dårlig mestringsfølelse. De trakk også frem hvorvidt pasientene ville få mulighet er til å reservere seg fra en slik teknologibruk i sitt hjem. Ville alle pasientene få et tilbud som de selv kunne bestemme om de ville takke ja til? Informantene ønsket å være med i debatten om lyd-bilde, dele sine tanker og komme frem med sine synspunkter og meninger, men de overlater alle avgjørelsene til leder.

5.5.2 «I tid og utid»

Et annet viktig etisk aspekt informantene trakk frem og diskuterte var dette med treffetidspunkt for lyd-bilde. Hvem ringer hvem, og til hvilken tid? De var veldig klar på at dette måtte ikke bli en slags overvåking, hvor sykepleier kunne ringe pasientene *«i tid og*

utid» uten annet formål enn bare for å se. Selv om sykepleierne hadde sin hensikt ved å se og ved å ta kontakt via lyd-bilde, så ville dette kunne få pasienten og kanskje til og med hans pårørende til å føle seg overvåket.

«Jeg fortalte ei om dette prosjektet, og at jeg skulle på gruppeintervju. Hun lurte på hva det handlet om, og hun sa; Overvåket?! Overvåket i sin heim?! Nei, det viste hun ikke om hun ville gå med på. Men det kommer jo litt an på hvordan du legger det fram og hva som er hensikten med å installere en slik teknologi. For ho, liksom; kan dåkker bære gå inn å se ka eg gjør til ei kvær tid?»

De hadde helt klare tanker om hvordan teknologien *burde* være, for å ivareta både pasientens autonomi og integritet. De så for seg at når sykepleier ringte til pasienten via lyd-bilde, måtte pasienten svare før du fikk kontakt. Som ved en helt vanlig telefonsamtale. Så kom de til sakens kjerne, ville dette gi pasienten mulighet til å velge og enten avvise samtalen eller akseptere den?

En egen på/av knapp for å kople opp lyd og bilde, eller bare lyd ville gi pasientene muligheter til å ta valg, valg som informantene mente var viktig for å hindre følelsen av å være overvåket.

5.5.3 Implementering

Implementeringen ble en naturlig diskusjon. Hvordan skulle dette innføres, innlæres og igangsettes? Her ville de få frem alle hemmende og fremmede faktorer som de selv kjente til, og brukte seg selv som kilde ut fra tidligere implementerte prosjekt. Informantene mente selv de hadde gode erfaringer fra da de implementerte elektronisk pasientjournal, der de erfarte en vellykket metode for hvordan og hva som bidro til at alle faktisk fikk det til.

«..det var litt opplæring først, men så tar det jo litt tid før alt er på plass. Du glømmer bort det du satt på kurs og gjorde, så det viktigste var å lære to og to sammen...du dro med deg en som kunne det, så skrev du rapporten selv med veiledning fra den som kunne det. Så lære det ved å gjøre det under veiledning hele tiden. Det tror jeg må til nå også».

Metoden gikk ut på at utvalgte medarbeidere fikk grundig opplæring og avsatt tid for å bruke den nye teknologien. I neste runde ble en ny gruppe gitt opplæring ved hjelp og støtte fra den første gruppen. Slik underviste og veiledet de hverandre, og på den måten følte de at implementeringen gikk smertefritt. Informantene viste med dette eksemplet hvordan de selv

kan bidra som ressurs i en implementeringsprosess. Ved å utvelge en liten gruppe, gis de fullgod og komplett opplæring og tid til egentrening for å mestre teknologien tenkte informantene at denne gruppen ville da kunne fremstå som «superbrukere», og dermed kunne være en opplærings og innlærings ressurs for resten av personalet.

Hvis lyd-bilde ble godt integrert i personalet, trodde informantene at det ville det bli enklere for dem å få pasientene med på lag. Med dette mente de at personalets tro og tillitt til lyd-bilde og bruken av den, ville påvirke pasientenes tro og tillitt til den. Dette kan vel ses på som placebo vs. nocebo effekt. Har personalet tro på teknologien er det lettere å få pasientene med seg, har personalet derimot mistillit til teknologien vil derimot kunne bli vanskelig å få pasienten til å få tillit til noe en selv ikke tror på.

5.6 Begrensninger ved lyd-bilde

En slik teknologi vil også ha begrensninger, det vil i pasientsammenheng alltid være enkelte funksjoner den kan tjene og noen funksjoner den ikke kan tjene. I de pasientsituasjoner hvor det kreves fysisk hjelp, konkluderte informantene at lyd-bilde ikke kunne brukes fordi man ikke kan hjelpe pasienten ut av sin seng, eller kle på pasienten gjennom lyd-bilde. Her kommer teknologien til kort.

Informantene trakk fram klare begrensninger ved lyd-bilde som er viktig å ha med seg når en skal planlegge å implementere den, da disse begrensningene vil sette ramme for hva den godt egner seg til og hva den ikke vil egne seg til. Når informantene snakket om å kunne erstatte enkelte telefonsyn med lyd-bilde, snakket de om de allerede etablerte tilsynene hvor de som sykepleiere eller fagpersoner hadde vært fysisk hjemme og foretatt en kartlegging.

Når informantene kartlegger under et hjemmebesøk var det nødvendig å være fysisk tilstede og gjøre seg gode observasjoner, det ville også kunne være nødvendig og se seg rundt i boligen for å se etter nødvendige tiltak for utbedring. Det kunne være å fjerne dørstokker for at mannen i huset skulle kunne gå inne med rullator (gå-stol). Dermed så informantene at lyd-bilde ikke ville egne seg for å kartlegge en hjemmesituasjon. Den eneste måten å gjøre en god kartlegging på var ifølge informantene personlig oppmøte hjemme hos pasienten, da kunne du bruke alle dine sanser til å observere hjemmesituasjonen, samtidig som du vil kunne snakke

med pasienten selv og om mulig hans pårørende. Dette begrunnet de med en situasjon fra deres praksis, hvor de bare utførte telefonsyn og ingen fysiske besøk hos en pasient.

«Vi hadde jo ei dame....det er ikke så lenge siden....vi hadde sånn telefon-ringe-tid...å da klarte vi ikkje fange opp matsituasjonen...og sånne ting.»

Dette mente informantene at de heller ikke ville kunne fange opp med lyd-bilde, da slik teknologi bare gir innsyn i forhold til hva kameravinkelen kan vise, altså et begrenset innsyn. Lyd-bilde vil ikke gi mulighet for å kikke i pasientens kjøleskap, eller i mikrobølgeovnen for å se etter matrester eller noe som kan gi en indikasjon på pasientens ernæringstilstand.

En annen begrensing informantene trakk frem var dette med tap av sanser når du skal sense på avstand. Lukt og luktesansen blir fraværende, og luktas betydning for en god observasjon ble vesentlig.

«Hvis du åpne ytterdøra, vesst det er nåkka som slår imot deg....så automatisk så går auan rundt, og du liksom ser; ka e dettan herran ? Du blir meir aktpågiven og oppmerksom på person eller personan i huset, og ka er dettan herran?»

Det å komme inn i et hus å kjenne ei lukt, mente informantene ville fortelle noe om hvordan det er i huset, den sier noe om folkene de skal inn til. Lukta gir en liten indikator for hva du har i vente, eller hva du kan forvente når du kommer inn. Lukter det grønnsåpe vil det kunne si noe om at folkene i huset enten nettopp har vasket, eller at de alltid har det rent. Lukter det urin og kanskje avføring, vil det si oss noe annet. Slik løftet informantene frem luktas hensikt i observasjonene og så det som en klar utfordring og ikke kunne bruke lukta som sans gjennom lyd-bilde.

Et annet moment informantene trakk frem, var at når en har blitt kjent med hvordan et hjem lukter, så vil også plutselig mangel eller fravær av lukt også kunne fortelle oss noe som kan være alarmerende. Hvis pasienten de skal besøke for eksempel er alkoholiker, og drikker i perioder, så vil både lukta av alkohol eller mangel på alkohol lukt si oss noe om hvilken tilstand pasienten er i.

«Og så er det dissan som det lukter alkohol hos. Da kan du jo møte to forskjellige daga, fullstendig...du kan møte..vell den ene dagen...og så den andre dagen så kan dæm være en helt anna...Ok, nå er det tørr dagan liksom..emmm»

5.7 Oppsummering funn: «et supplement til dagens tilsynsordning»

Informantene så på toveis lydbilde som en utvidet telefonsamtale som kunne supplere dagens tilsynsordning. De ønsket lyd-bilde velkommen som et supplement og ikke et substitutt.

« Ja, for det er så absolutt et supplement til den tjenesten vi har i dag..... det ser jeg at det vil bli.....at det er det vi kommer til å bruke det som..... At vi heile tida må ha i bakhodet... at det at lyd-bilde skal IKKE erstatte.....pleierne.....heime hos brukeran..»

Ved å supplere dagens hjemmebesøk eller tilsynsordning med tilsyn på distanse gjennom lyd-bilde, kunne informantene observere pasientene hyppigere og komme tidlig inn med tiltak for legge forholdene til rette for at pasienten skulle kunne bo hjemme, lenger. Ved å kunne se til pasientene via lyd-bilde ville dette kunne bli et bedre alternativ til pasienten når avstanden setter begrensinger eller er til hinder for tilsynsbesøk. Lange geografiske avstander gir mye tidsbruk i bilen. Ved lyd bilde kommunikasjon ville de kunne ta flere tilleggs tilsyn med bedre kvalitet enn i dagens praksis hvor mye av tiden går til å forflytte seg mellom pasientene. Mulighetene måtte være begge veier, at begge parter kan ta kontakt med hverandre via lyd-bilde. I følge informantene kunne lyd-bilde gi pasientene en bedre mulighet for å kontakte hjemmetjenesten ved behov:

«Eg tenke at....atdet må være mulig for pasientan å påkalle....eh vårres oppmerksomhet....at dæm kan sei at : hør herno har det skjedd sånn og sånn.....kan dokker komme...?»

Her kunne pasienten visuelt legge frem sin problemstilling for sykepleier. Informantene konkluderte med at i de tilfeller hvor de i dag brukte telefon i tilsyn ville de kunne bruke lyd-bilde til det enda bedre for pasienten. I alle pasientsituasjoner hvor de ikke trengte å gi fysisk hjelp og der det ikke var påkrevd med fysisk tilstedeværelse, så informantene for seg at de kunne benytte lyd-bilde i sin pasientkontakt som et tillegg til fysiske tilsyn, og istedenfor telefon. Selv med tap av luktesans ville bilde bli i tillegg til lyden og en bedre løsning for dem og for pasienten. Lyd-bilde var tross alt mer enn en telefon, selv om det var mindre enn et besøk. Men, det ville aldri kunne erstatte den fysiske kontakten og den fysiske hjelpen sykepleierne gir til pasientene. Lyd-bilde vil i så måte bare kunne tjene som et supplerende tillegg og ikke en erstatning. Det var informantene veldig tydelig og bestemt på.

6.0 Diskusjon

I dette kapitlet henter jeg frem sentrale funn som jeg drøfter mot relevant teori. Når teknologi presenteres for omsorgsutøvere, er det naturlig at noen stiller spørsmål ved hvordan dette vil fungere i praksis. Informantene stilte spørsmål og reflekterte over lyd-bilde i forhold til omsorg, relasjoner, og ansvar for sine pasienter på en måte som var sammenfallende og nær omsorgstenkningen til Kari Martinsen. Med utgangspunkt i Martinsens operasjonalisering av omsorgsbegrepet, vil jeg i dette kapitlet drøfte hvordan lyd-bilde kan utfordre omsorgens dimensjoner og samtidig gi nye muligheter. Som et bakteppe for kapitlet, starter kapittel 6.1 med relasjonens betydning for omsorgen. Kapittel 6.2 viser hvordan teknologi anvendes i dagens praksis, deretter vil moralske og praktisk handling gjennom lyd-bilde tas opp i kapittel 6.3. Kapittel 6.4 viser muligheter lyd-bilde kan bidra med.

6.1. Relasjonens betydning for omsorg

Det tar tid å inngå relasjoner, og bli kjent med den enkelte pasients historie, kartlegge pasientens individuelle behov, bli kjent med pasientens rutiner og vaner. For å være i stand til å gi pasienten god og individuelt tilpasset hjelp, kreves det i følge Birkeland & Flovik (2011) rutine, erfaring og kreativitet som er tilpasset pasientens ønsker og behov. Det som informantene beskrev om sine møter med hjemmeboende pasienter tenker jeg er i tråd med Kari Martinsen (2008) når hun sier at omsorg er å inngå relasjon med pasienten.

En av informantene beskrev det slik:

«..men jeg tenker...vi har jo, det er jo enda flere utfordringer når du kjæm på et besøk,man kjæm jo inn, man ser seg jo litt rundt, man lukte litt, så sett vi oss ned (tar seg tid), kanskje kler vi av oss jakken og kanskje takke ja til en kopp kaffe og tar en prat og den dærr dialogen med den personen er jo utrulig viktig korsen du legg den opp da....om vi kjæm inn på nåkka eller om vi hold på et nivå som er litt sånn overfladisk».

Her beskriver informanten hvordan hun møter pasienten i et hjemmebesøk, for å samle inn data eller informasjon om pasienten. Utsagnet inneholder mange aspekter ved et hjemmebesøk som vil ha stor betydning for om relasjonen oppleves som god, eller mindre god. Samtidig påpeker utsagnet at omsorgens tre aspekter, relasjonelt- praktisk handling- og moralen i handlingen, ikke kan sees på som tre adskilte enheter. De er vevet inn i hverandre

ved at i det øyeblikk sykepleier utfører en praktisk handling for pasienten, har sykepleier samtidig berørt det relasjonelle og moralske aspekter.

Omsorgens tre dimensjoner kan da sees på som en sirkelbevegelse hvor disse tre dimensjonene til sammen utgjør sirkelen. Denne sirkelen velger jeg å se på som en omsorgens sirkel, hvor sykepleier i sine pasientmøter har med seg hele sirkelen, og ikke deler av den. Jeg vil likevel i det følgende se på hvordan lyd-bilde kan påvirke den relasjonelle dimensjonen.

Ser vi på Martinsens (2008) beskrivelse av dagliglivets omsorg, kan vi si at i utsagnet kommer sykepleier hjem til pasienten for å hjelpe til, ta hånd om han eller å stå han nær. Jeg tenker her at hvor nær sykepleier og pasienten kommer hverandre, vil være betinget i hvordan de relasjonelt treffer hverandre. Med dette mener jeg hvordan de appellerer til hverandre der den ene part skal utlevere noe av seg selv og den andre part skal ta det imot for å rette nødvendige hjelpende tiltak. Dette kan også få betydning for om møtet mellom sykepleier og pasient oppleves som godt, og om pasienten opplever at han eller hun blir sett og hørt.

Informanten sier i utsagnet at: «*kanskje kler vi av oss jakken og kanskje takke ja til en kopp kaffe og tar en prat*». Sykepleieren kan altså her velge å ta seg tid, eller ikke å ta seg tid.

Velger sykepleieren å ta av seg jakken og ta seg tid til å sette seg ned for en prat over kaffekoppen, vil pasienten kanskje føle at hun eller han og sin situasjon er viktig og at hun da kan få tillitt til sykepleieren. For Martinsen (2005) er tillitt i relasjon bærende i omsorgen.

Hvordan sykepleieren i utsagnet bruker dialogen for å bli kjent med pasienten, er årvåken og sensitiv for å ta i mot pasientens utleverthet, vil ha betydning for pasientens opplevelse av tillitt i relasjonene. Sykepleieren bruker sine sanser i relasjonen ved at: «*man ser seg jo litt rundt, man lukte litt, så sett vi oss ned*». Hvordan sykepleieren overveier og vurderer det hun ser, lukter og tar imot pasientens formidling gjennom dialogen vil danne grunnlag for den praktiske handling.

Handlingen vil igjen være et resultat av sykepleierens innlevelse og engasjement i pasienten. Dette finner jeg sammenfallende med Skjervheim (2001), som skriver om det å være deltager eller tilskuer. I utsagnet kan sykepleier velge om hun vil være deltagende eller tilskuer i forhold til pasienten. Når sykepleieren kommer hjem til en pasient, kan pasienten i dette møtet fremstilles som et objekt eller et subjekt, alt etter om sykepleieren er deltagende eller tilskuer. Møtet mellom disse parter deler Skjervheim (Ibid) opp i tre deler: den andre- meg selv- og saksforholdet. I dette møtet vil saksforholdet være pasienten og pasientens sykdom, problem eller behov for hjelp. Sykepleieren kan her tilnærme seg

pasientens saksforhold (problem) på to fundamentalt ulike måter. Hvis sykepleieren velger å være deltaker, vil sykepleieren rette sin oppmerksomhet mot pasientens uttrykte problem (saksforholdet). Dette innebærer at sykepleier deltar i pasienten ved å la seg engasjere i pasientens problem. Ved å være deltaker tar sykepleieren pasientens problem og det pasienten uttrykker på alvor, og de kan sammen komme frem til en god løsning. Velger derimot sykepleier å ikke la seg engasjere i pasienten i forhold til sin sak, men bare til saksforholdet som et faktum, deler de ikke samme syn på saksforholdet (problemet). Da konstaterer bare sykepleier pasientens problem uten at sykepleieren går inn på det, eller kanskje som informanten selv uttrykte det: «....om vi kjæm inn på nåkka eller om vi hold på et nivå som er litt sånn overfladisk».

Da er sykepleier tilskuer til et objekt, og objektet er her pasientens problem. I stedet for å la seg engasjere ved å gå inn i saken, velger sykepleieren da å observere saken som en tilskuer (Skjervheim, 2001). Hvilken tilnærming sykepleier velger å innta i forhold til pasienten vil kunne ha stor betydning for relasjonen og hvordan pasienten får tillitt til sykepleieren og pasientens opplevelse av omsorg.

Omsorgsutøvelse og det å inngå relasjoner har for informantene til nå vært betinget i fysisk nærvær og fysiske hjemmebesøk hos pasientene. Men både Martinsen (2008) og Skjervheim (2001), viser her at sykepleieren kan på en måte velge hvilken relasjon hun vil ha til pasienten, ved enten å være deltaker eller tilskuer, eller om hun vil la seg engasjere i den andre eller ikke engasjere seg. Ut i fra dette kan en si at det ikke er det fysiske nærværet som betinger en god relasjon eller en god omsorgsutøvelse, men derimot sykepleiers måte (holdning) å møte pasienten. Vil det da være mulig å inngå relasjon eller bevare en etablert relasjon fra distanse, via lyd-bilde?

6.2 Videokonferanse- en utvidet telefon

Informantene så for seg lyd-bilde teknologien som en utvidet telefon ved at du ser i tillegg, som i en videokonferanse. Jeg vil i de neste avsnitt diskutere hvordan informantene forholder seg til teknologi de har kjentskap til, og hvordan de ser for seg ny teknologi i samme kontekst.

6.2.1 Telefonsyn - en omsorg på avstand

Informantene utfører allerede i dagens praksis enkelte tilsyn fra distanse via telefon uten at de problematiserte dette. For enkelte pasienter ble det vurdert tilstrekkelig med avtalte jevnlig telefonsamtaler istedenfor for fysiske hjemmebesøk, dette kalte informantene telefonsyn. De pasientene som får slike tilsyn har jeg tidligere presentert som de mest selvhjulpne, og som har relativt god funksjonsevne, eller at de bor sammen med pårørende som er ressurssterke.

Informantene la stor vekt på at de i forkant av disse telefonsynene hadde vært på fysisk hjemmebesøk og samlet nødvendig informasjon, og kartlagt hjemmesituasjonen. En slik kartlegging tar i følge Birkeland & Flovik (2011) utgangspunkt i pasientens grunnleggende behov, boligens fysiske utforming sett i forhold til pasientens funksjonsevne, eventuelt pårørendes vurdering av situasjon og hjemmetjenesten tilstreber tilstrekkelig informasjon om de tjenester de kan innvilge slik at konflikter og misforståelser kan unngås.

Telefonsynene fungerer slik at informantene ringer for å snakke med disse pasientene, de samtaler med dem, spør gjerne hvordan det går med dem, lytter til hva de svarer og måten de svarer på. Av og til har telefonsynet en spesifikk hensikt hvor hjemmetjenesten spør etter helt konkrete ting som: «*har du spist middagen din i dag?*», mens andre ganger bare samtaler de med pasienten for å holde oppsyn med hjemmesituasjonen og hvordan pasienten utfører dagliglivets aktiviteter. Relasjonen mellom pasient og sykepleier er da ikke i form av fysisk nærhet eller nærvær, men det vil likevel være mulig å føle nærhet i relasjonen til tross for at partene her er fysisk adskilt. Sykepleier vil da måtte engasjere seg i pasienten gjennom telefonsamtalen, ved å stille de gode spørsmålene som kan gi informative svar på det man vil sjekke ut. Dette fordrer at sykepleier og pasient taler sammen på en slik måte at de sammen forstår hva de samtaler om (Martinsen, 2005). Svarene og måten pasienten svarer på vil være av betydning for hvordan sykepleier tar i mot, overveier og vurderer det som formidles. Kanskje utfordres sykepleieren i denne tilsynsformen til mer aktivt deltagelse enn ved et fysisk besøk. En av grunnene til dette vil være at sykepleieren har en begrenset sansning da telefon bare gir informasjon via hørselen, og det hun senser er det pasienten utleverer gjennom sine uttrykte ord i samtalen og begrenset nonverbal kommunikasjon.

Hvis sykepleier skal være deltagende med innlevelse og engasjement vil hun lytte til det pasienten sier med ord og ved å lytte aktivt til det pasienten formidler men sin stemme

(Thornquist, 2009). Stemningen og tonefallet vil da være av informativ betydning. Hørselen som sanseorgan vil være den fremtredende sensor i observasjonen av pasienten gjennom telefon, da den forteller noe om hvordan pasienten har det. Sykepleier vil kunne lytte til pasientens åndedrag i samtalen, hvis pasienten snakker besværet kan det tyde på at pasienten er tungpustet, engstelig eller kanskje har smerter. Da må sykepleier vurdere gjennom dialogen hva som vil være et godt tiltak. Med andre ord så senser sykepleier med de sansene hun har tilgjengelig for å få et helhetlig bilde av hvordan pasienten som kanskje er 25 km unna har det. Er det samsvar med det pasienten sier og det sykepleier senser? Måten sykepleier stiller seg åpen og mottakelig for det pasienten uttrykker, og måten sykepleier fører dialog med pasienten vil ha betydning for relasjonen. Kari Martinsen (2012) kaller det for en stemthet i situasjonen, det er en stemthet som gir sykepleier rom for sansning og forståelse. Dette vil gjelde i alle typer for pasientmøter, ikke bare i telefon-tilsyn men også i fysiske pasientmøter. Stemtheten kan sees på som et rom, og i dette rommet hvor stemtheten trer frem kan kalles et fiktivt rom som er et sanserom hvor sansningens stemthet kan tre frem og setter forståelsen i bevegelse. Dette tolker jeg som at sykepleier lar seg bevege ved å engasjere seg for å ta imot det pasienten utleverer av seg selv. Dette utleverte kan være pasientens følelser, minner, erindringer og erfaringer som setter tankene i sving for å danne seg et bilde over den andre (Ibid).

«Det fiktive rommet er med andre ord et rom åpent for samtaler, for fortellinger, for skapende fantasi, innfall, undring og tenkning, og for det uventede og risikofylte» ((Mark, 2009) i Martinsen, 2012: 38,39).

Det fiktive rom kan være en tillitsfull relasjon mellom pasienten og sykepleier, hvor sykepleier har en omsorgsrelasjon og ansvar for pasienten. Pasienten uttrykker seg verbalt og kroppslig slik han fremtrer med lukter og stemninger. Sykepleier kan velge å stille seg åpen for de inntrykk dette skaper i deres møter. I min studie vil det fiktive rommet i telefontilsynet være den stemtheten og atmosfæren som trer frem i samtalen mellom sykepleier og pasient gjennom telefon, og måten sykepleier bruker sin kunnskap og erfaring for å forstå pasientens behov i øyeblikket. Det er dette jeg tror informantene mener når de sier at de generelt bruker sansene sine i observasjon. De ser, de lytter, de lukter, de føler og de kjenner på stemningen i rommet. For informantene var dette viktig observasjon som gav de mulighet for å kunne forebygge ved å sette inn nødvendige tiltak til riktig tid. Et tiltak kunne være at de for en

periode øker telefontilsynene fra ukentlig til daglig, et annet tiltak kunne være at de valgte å dra hjem til pasienten for å vurdere og kanskje utføre et aktivt oppdrag sammen med pasienten. Informantene beskrev at de da gjorde observasjoner som de baserte den videre oppfølging og pleie på. Kanskje må de inn med mere praktisk hjelp og bistand, enten for en periode eller permanent. Informantene mente at for pasientene ville det være en trygghet å vite at hjemmetjenesten kommer for å se til dem, at det går bra. En av informantene oppsummerte dette slik:

«Nei, ka vi gjør..vi..vi observere jo kossen e den vi er inne hos i dag i forhold til det som har vorre beskrevet tidligere...Sette deg ned, prate med vedkommende og høre, lytte til ka vedkommende sei..Det er jo stort sett det vi gjør i tilsyn hos folk. Det er jo en måte å holde folk lenger heime på. Så vi trygge dæm i dæmnes kværdag..dær dæm bor.Er det problema, så er vi i stand tel å fange det opp å gjøre nåkka med det før dæm kjæm på sykehjemmet. Vi kan holde dæm heime mykje lenger med å fare innom en gang i vekka, ...kvær dag,..alt etter som ka vi ser».

Det fysiske besøket må her da kunne sees på som et fysisk nærværende og en forebyggende pleie og omsorgsrelasjon, som har til hensikt å utsette institusjonalisering ved at hjemmeboende kan få bo lenger hjemme i egen bolig. Når tilsynet skjer via telefon, vil relasjonen ikke være av fysisk nærhet men fra distanse. Hvor nær sykepleier og pasienten kommer hverandre, tenker jeg også her vil være betinget i hvordan de relasjonelt treffer hverandre. For at sykepleier skal kunne gjøre en god observasjon av pasienten, må sykepleier kunne anvende sin erfaring og faglige skjønn på en kreativ måte for å skape en god dialog der pasienten kan gi svar som indikerer om hjemmetjenesten bør gjøre endringer i forhold til de konkrete tjenester de yter for pasienten per dato (Martinsen 2005). Da vil telefontilsyn kunne ha samme verdi som et fysisk tilsyn, der de ser etter avvik enten via fysisk besøk eller telefonkontakt, nærtilsyn eller fjerntilsyn. Men vil telefontilsyn være til å stole på?

I utsagnet ovenfor sa informanten at de i sine tilsyn blant annet: *«Sette deg ned, prate med vedkommende og høre, lytte til ka vedkommende sei..»* Når tilsynet skjer via telefon vil dette være fullt mulig, sykepleier kan *«sette seg ned»* ved å ta seg tid til å samtale og lytte til pasienten. Sykepleieren vil derimot ikke kunne *se* pasienten og det å *lukte* uteblir, vil hørselen bli det sentrale sanseorgan. Ved å ta seg tid, å lytte aktivt og være åpen til det som formidles, vil sykepleieren kunne utvikle en nærmest «klinisk hørsel» som hun trekker inn det fiktive rommet. Selv om sansningen i dette fiktive rom er begrenset, vil sykepleier med sitt

engasjement for pasienten kunne skape den stemningen som kan sette tankene i sving for å danne seg et bilde, en oversikt og forståelse av pasientens situasjon (Martinsen, 2012).

6.2.2 Telefonsyn vs lyd-bilde

Erstattes telefonsyn med tilsyn via lyd-bilde som en slags videokonferanse, vil sykepleieren kunne se i tillegg til å høre og lytte. Det å få et visuelt innsyn til pasienten vil gi sykepleier et synlig bilde på hvordan pasienten har det. Siden lyd-bilde er toveis kommunikasjon, vil også pasienten få se den han eller hun samtaler med og utleverer seg til.

Kontakten blir ifølge informantene dermed av mer personlig karakter, noe som kan gi en følelse av nærhet, selv på avstand. En sa:

«men det blir litt mer personlig med bildet, det er det jeg prøver å se for meg. For eksempel hvis ho (navn) kjenner en pasient fra før av, så tar hun et sånt tilsyn over kamera istedenfor å kjøre ut eller ringe, og pasienten kjenner då ho....ho treng nesten ikke si navnet sitt fordi det lyse håret og trøderdialekta.....ikke sant? Jeg tror det blir mere personlig....»

Når kontakten oppleves som personlig, vil det kunne skape trygghet og tillit i relasjonen fordi en føler nærhet til den man samtaler med. En vil kunne se den andres ansikt og lese dens ansiktsuttrykk. Ansiktsuttrykket vil gi den andre et grunnlag for å sense det hun eller han ser i tillegg til det som sanses gjennom å lytte. Det er ikke alltid det verbale er tilstrekkelig, da bruker vi kroppen og vi kan fortelle mye om oss selv gjennom kroppen. Sykepleieren vil kunne se på ansiktets mimikk om vedkommende for eksempel er lei seg, er trist eller om personen er glad. Øynene vil kunne fortelle oss om pasienten vi har foran oss viser tillitt eller mistillit, om personen er engstelig eller smertepåvirket. Dette vil vi kunne «lese» av ansiktet i form av rynker, rykninger, grimaser, hudfarge og ansiktsdrag. Vi forstår pasienten ut fra hvordan vi forstår pasientens kroppslige uttrykk (Thornquist, 2009). Hvis sykepleier og pasient har en etablert relasjon vil sykepleier kunne tolke pasientens uttrykk og observere ved å se at noe er galt. Når partene kjenner hverandre vil de også kjenne hverandres uttrykk og kan således se når noe er annerledes. Det kan være at sykepleier ser at pasienten er blek, ser at pasienten er sliten eller ser smertepåvirket ut. Dette vil være viktige observasjoner for sykepleieren for å kunne møte pasienten i den livsfase eller livssituasjonen han befinner seg i. Sykepleieren vil da kunne rette nødvendige tiltak. Samtidig vil man ved å se den andre kunne se om det er samsvar med det pasienten formidler og det du faktisk ser.

Dette reflekterte informantene over, og en av informantene sa:

«...noen kan og glatt si at de har det bra....men så kan du jo se på de at de ikke har det bra. Kanskje jeg skal komme en tur, ja kanskje det. Det kan jo bli sånn også.»

Lyd-bilde gir noen muligheter for hjemmetjenesten ved at de kan utfylle sine telefontilsyn ved at de vil kunne se i tillegg til å høre, dette vil gi en bedre oversikt og observasjon av pasienten. For pasienten vil det bety at han kan vise frem sitt utslett eller vise hvor på kroppen smertene sitter slik at sykepleier får se det som pasienten kanskje ikke klarer å forklare eller sette ord på. Dette vil være viktige observasjoner og informasjon som er vanskelig å få fram gjennom telefon, men et fortrinn i et lyd-bilde tilsyn. I denne konteksten vil lyd-bilde ikke bare være et supplement, men et substitutt hvor en kan erstatte telefontilsyn med lyd-bilde som da vil kunne bli et bedre tilbud en det som allerede er i dagens telefontilsyn. Når informanten sier at: *«...noen kan og glatt si at de har det bra....men så kan du jo se på de at de ikke har det bra»*, så viser det at hun har utvidet sine sanser ved å se, og det at hun ser gir sykepleieren en annen og her en bedre forståelse av situasjonen fordi det pasienten sier samsvarer ikke med det hun faktisk ser. Denne informasjon ville ikke være like synlig gjennom et telefontilsyn. En uerfaren sykepleier kunne da tatt pasientens ord for at han hadde det bra og dermed avsluttet telefonsamtalen. Det at du ser og dermed øker dine sanselige redskaper fører til at du får mere og kanskje en bedre informasjon av observasjonen. Når dette så skal omsettes til et hjelpende tiltak, vil også kreve at du som sykepleier har ditt faglige skjønn med. Her vil det nok være forskjell på en erfaren og uerfaren sykepleier, den erfarne sykepleier vil ha sitt fag og faglige regler, prosedyrer og faktakunnskaper med i sitt skjønn (Martinsen, 2005).

Når du skal observere gjennom et kamera som lyd-bilde, vil det også by på noen utfordringer da du nødvendigvis ikke alltid vil kunne se det du ser etter, selv om du er en erfaren sykepleier. Det vil være av stor betydning for hvor mye av pasienten du ser, og hvor mye av pasientens omgivelser du kan se gjennom et web kamera. Dette utdyper jeg nærmere i neste avsnitt.

6.2.3 Begrenset innsyn- en av flere utfordringer for lyd-bilde

Observasjonen gjennom lyd-bilde vil være basert på innsynsformen og betinger da en god lyd og bildekvalitet. Det vil være avgjørende for observasjonen hvor mye kamera klarer å

fremvise av omgivelsene til den som ser. I denne settingen vil lyd-bilde kunne sees på som en videokonferanse med en tv- skjerm, der du ser den andre som en person gjennom en tv-skjerm med det innsynet den gir. Dersom sykepleiers hensikt er å sjekke om pasienten har tatt sine medisiner, vil pasienten kunne holde sin medisindosett foran kamera og sykepleier vil da kunne se om medisinen er tatt. Da kan vi si at lyd-bilde har utvidet sykepleierens sanser ved at hun nå kan se det hun ikke kunne se gjennom telefon, blikket er utvidet (Thornquist, 2009). Sykepleier vil ikke kunne se noe utover dette, og hvor mye pasienten klarer å fremvise foran kamera vil også avhenge av funksjonsevne og bevegelsesnivå. En slagrammet person med nedsatt bevegelse vil kunne ha problemer med å holde sin medisindosett foran kamera, dermed vil innsynet være ytterligere begrenset. Dette begrenser sanseligheten i observasjonen, og dermed utfordres også det fiktive rom hvor sykepleier søker å forstå pasienten og pasientens situasjon (Martinsen, 2012).

Når informantene er på fysisk hjemmebesøk hos pasienten bruker de tid på å se seg rundt i hjemmet, noe de mente var en viktig del av observasjonen:

«men det er jo en hensikt med å kunne få se seg rundt i huset samtidig og....har du rydda inn pålegget etter frokosten,..nå har den stått framma et par timer hvis det stemmer at du spiste frokost klokka ni og ?...ja så du hjelper de litt i dagliglivet der for at du vet hva du skal se etter».

Når du skal observere slik som utsagnet sier, vil du gjennom lyd-bilde ikke få alle disse observasjonene fordi du ikke har alle sansene tilgjengelig og du er ikke i samme rom som pasienten. Sykepleier vil kunne se og lytte gjennom lyd-bilde, men du vil ikke kunne få se seg rundt i huset hvis ikke lyd-bilde er av mobil løsning. En stasjonær datamaskin med web-kamera vil begrense et slikt innsyn, samt at det stilles krav til at teknologien er til å stole for eksempel at synkronisering av lyd og bilde er så bra at både sykepleier og pasient kan stole på at de ser det de ser og hører det de hører.

6.3 utfordringer

Når omsorg skal utøves til pasienter som ikke fysisk er i samme rom, vil avstanden kunne utfordre blant annet den sosiale relasjonen mellom partene, som da igjen vil kunne utfordre den moralske handling. Med referanse til Kari Martinsens (2008) moralske dimensjon i

omsorgen, vil jeg i det videre ta til diskusjon noen av de moralske aspekter informantene påpekte.

6.3.1 Moralen – etiske utfordringer ved lyd-bilde

Informantene trakk frem deres faglige integritet som sykepleiere og hvordan denne integriteten og deres omsorgsutøvelse kunne bli utfordret via lyd-bilde. Når en av informantene sier: «*Gjør æ nok? Blir det bra?*», viser hun til det moralske ansvar om å hjelpe og om kvaliteten på den hjelpen de gir vil være god nok for pasienten. Dette er helt i tråd med den moralske dimensjon i omsorgen. For at sykepleieren skal kunne føle at hun gjør en god nok jobb og at den hjelpen hun gir er bra nok, krever det at sykepleier klarer å anvende sin kunnskap og sitt faglige skjønn til en moralsk klok handling med utgangspunkt i pasientens situasjon (Martinsen, 2008). Så kan man spørre hva er en god moralsk handling, og kan man handle moralsk godt for den andre gjennom lyd-bilde? For å svare på dette spørsmålet vil jeg hente frem utsagnet fra kapittel 6.1.2, der en av informantene sier: «*..noen kan og glatt si at de har det bra....men så kan du jo se på de at de ikke har det bra...*» Hva sykepleieren velger å gjøre med det hun ser i observasjonen av pasienten, vil være av avgjørende betydning for om handling kan sies å være moralsk god eller ikke. Vil sykepleier være deltager ved å engasjere seg i pasientens situasjon, eller velger hun å være tilskuer ved kanskje å overse det hun faktisk ser til forrang for det verbalt uttrykte?

Når Martinsen (2008: 146) snakker om omsorg og moral er hun inspirert av K. E Løgstrup, som sier at: «*Vi er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre*». Ser vi dette i forhold til informantens utsagn, vil jeg tolke Løgstrups henvisning til at sykepleieren oppgave vil være å engasjere seg i pasientens lidelse og situasjon for å kunne hjelpe pasienten med å få det bedre. Når så informantene sier: «*Kanskje jeg skal komme en tur, ja kanskje det*» er det en måte å våge seg inn i det som gjør at pasienten ikke har det bra. Er det smerte? Er det tristhet, ensomhet? Sykepleier vet ikke hva som plager pasienten, men våger å reiser på hjemmebesøk for å være tilstede sammen med ham i situasjonen. Hvordan sykepleieren beveger seg frem mot pasienten i sin søken etter å forstå han, vil være en moralsk utfordring som vil gjelde i alle pasientmøtene, ikke bare over lyd-bilde, men også ved fysiske pasientmøter.

Ingen av informantene hadde noen form for innsigelser i utførelsen av telefonsyn. Det får meg til undres litt, er det fordi de ikke ser på telefon som teknologi? Eller er det fordi telefon

er blitt så dagligdags slik Sandelowski (2000) beskriver, og så inkorporert i oss at vi har sluttet å reflektere over den som avansert teknologi? I telefonsyn anvender sykepleieren telefonen som et redskap i sin bevegelse frem mot pasienten. Når dette så skal overføres til lyd-bilde, er telefon som redskap byttet ut til en annen type teknologi. Dette mente informantene kunne være en utfordring, men når de uttrykker at utfordringen kan ligge i «*gjør æ nok, blir det bra?*», så tenker jeg at den største utfordringen ligger vel da kanskje i sykepleierens moral og holdning overfor den andre, og ikke nødvendigvis i redskapen de bruker i relasjonen for å gjøre den andre godt. En av informantene sa det slik:

« Det blir som å bruke EKG apparat, eller sette en veneflon ellerdu bruker EKGdu bruker intensivovervåking på sjukehuset, du kan bruke en videoskjerm i hjemmesykepleien. Altså du lærer ikke å bruke et EKG apparat i forbindelse med sykepleierverdiene dine,dem har du der og de skal du bruke».

Ut fra dette kan man forstå det slik at det er ikke telefon eller lyd-bilde som teknologi som utfordrer omsorgen, men hvordan sykepleier bruker slike redskap i akkurat dette møtet for å ivareta pasientens behov i akkurat denne situasjonen. Telefon er i dag et supplement for fysisk besøk, kanskje værers informantene en fare for at lyd-bilde skal erstatte fysiske besøk.

Skal telefonsyn byttes ut med tilsyn over lyd-bilde, vil det by på etiske dilemmaer som ikke bare vil berøre pasienten, men også hjemmets sfære og pasientens pårørende. Hva vil det si å få en datamaskin med integrert lyd-bilde plassert i sitt hjem, i sin stue? Hvordan inngriper dette på hjemmets privatliv? Med referanse i Hoffman (2010) som viser til Hansen (1988) hevder han at velferdsteknologi påkaller en etisk refleksjon fordi teknologien endrer fysisk miljø, sosial kontekst og menneskelige verdier. Når et hjem, som i min studie skal utstyres med teknologi som lyd-bilde, vil ikke teknologien i seg selv nødvendigvis bli en stor inngripen i hjemmets fysiske rom da slik teknologi ikke tar så stor fysisk plass eller trenger å endre det fysiske miljøet. Opplevelsen av å ha slik teknologi kan likevel gi en følelse av stor inngripen i hjemmets private sfære. Teknologi som lyd-bilde vil kunne utfordre de pasienter som ikke har kjentskap datateknologi ved at de må lære seg å beherske ny teknologi. De må vite hvordan de skal bruke lyd-bilde og hvordan de må sitte foran kamera for at sykepleier skal kunne se dem, hvordan de besvarer et oppkall og hvordan de ringer til hjemmetjenesten fra lyd-bilde.

Hvis det oppstår feil, hvem skal de kontakte da. Hjemmetjenesten? Servicefirma? Dette kan for mange og spesielt eldre, virke inngripende og uoverkommelig, og kan dermed bli en

hemnende faktor i implementeringen av lyd-bilde. Mange eldre er følsomme for å få fremmede inn i hjemmet, og hvis ukjente tredjepartsleverandører må komme hjem for å se på lyd-bilde teknologien vil dette kunne føles invaderende og kanskje til og med uønsket (Birkeland & Flovik, 2011). Det kan bli mye å forholde seg til, og når eldre skal lære seg ny teknologi kunne informantene i et av sine utsagn vise til et helt konkret eksempel som illustrerte akkurat dette:

«...men mange eldre har jo problemer med å lære seg nye ting...de har problemer med å lære seg å bruke en ny vaskemaskin fordi knappene er annerledes...så da kan de få litt sånn knottfobi... Teknologien må på en måte være idiotenkel...det må ikke bli for mange duppeditter».

Når informanten her sier at mange eldre har problemer med å lære seg bruk av ny teknologi, vil kunne tro at brukervennlighet være en forutsetning for både innlæring og den videre bruk av teknologi enten det er en vaskemaskin eller lyd-bilde. Hvis pasienten som potensiell bruker av lyd-bilde ikke får til å bruke den fordi teknologien virker komplisert, vil dette kunne resultere i det som informanten kaller «knottfobi». En slik fobi vil kunne virke en hemnende for pasientens interesse av å lære bruk av ny teknologi og holdning til å bruke den. Dette vil være praktiske utfordringer som er viktig å få avklart tidlig. Ser vi på rapporten «Implementering av telemedisinske tjenester; hemnende og fremmede faktorer» påpeker forfatterne (Larsen, et. al. 2003) at grunnlaget for å ta ny teknologi i bruk betinget enkel brukervennlighet og at teknologien fungerer.

I forhold til lyd-bile vil kravene til god lyd- og bildekvalitet være en betingelse, slik at teknologien kan fremstå som troverdig og at begge parter kan stole på det de hører og ser gjennom lyd-bilde. Hvis teknologien ikke innfrir var informantene helt tydelig på at de da ville forkaste den. Som de sa:

«..og blir det en masse teknisk virrvarr av det så tar vi det bort med en gang, for det her fungerer ikke. Bort med det!».

Med dette mente ikke informantene å utelukke at det kunne bli utfordringer knyttet til bruken av lyd-bilde i en innkjøringsfase, men de poengterte at med hensyn til pasientene ville de ha lav terskel for å avstå fra videre bruk av teknologi de ikke mestret å bruke. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST), har i samarbeid med Kreftforeningen utarbeidet en rapport som omhandler videokonferanse mellom terapeut og pasient.

Rapporten heter «*Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse*», og forfatterne av rapporten (Marjala & Øvernes, 2010) påpeker her at en må være forberedt på at teknisk feil kan skje, for eksempel at det kan oppstå brudd i sendingen mens en samtaler via lyd-bilde og at det er viktig å avklare hvis så skjer om hvem av partene som skal kople opp sendingen igjen. For hjemmetjenesten kan det kanskje være en organisatorisk løsning at de som omsorgsgiver tar dette ansvaret. Dette ville fritta pasienten og pasienten for en kanskje uønsket belastning og pasienten ville kanskje føle seg ivaretatt, selv om det skulle bli tekniske feil. Rapporten fra NST viste til at de største utfordringene de møtte på var av mer organisatorisk art, som å fastsette ringetid og at partene fikk sitte uforstyrret under samtalen. I likhet med mine informanter, ble det i forkant av NSTs prosjekt antatt at det å ha et fysisk møte i forkant for å etablere en relasjon ble viktig. Dette viste seg å ikke være nødvendig i alle tilfeller og pasientene ga tilbakemelding på at kommunikasjonsformen opplevdes som god, og det ble vektlagt som god erfaring å kunne se samtalepartneren, altså blikk- kontakt når de pratet med hverandre (Ibid).

Ser vi denne rapporten i forhold til Kari Martinsens (2008) omsorgsdimensjon viser dette at hvis man skal gi omsorg på distanse gjennom lyd-bilde, og samtidig gi en følelse av nærhet på avstand, må man overveie de etiske utfordringer som kan være moralske men også av praktiske og organisatoriske.

6.3.2 Praktisk handling- gjennom lyd-bilde?

Den tredje dimensjonen ved Martinsens (2008) operasjonalisering av omsorgsbegrepet er *praktisk handling*, hvor den som gir omsorg deltar i den andres lidelse. En kan her forstå at dette med å delta som en form for aktiv handling. Når informantene er på hjemmebesøk deltar de i pasientenes lidelse ved at de enten gir fysisk hjelp eller at de ser til dem og samtaler med dem for å observere om det er endring av deres tilstand. De kommer for en hensikt, og det de gjør i denne hensikten velger jeg å tolke til en aktiv handling. Da må en kunne se på samtalen og de observasjonene sykepleier gjør som en deltagelse, og dermed en aktiv og praktisk handling selv om de ikke gir noen form for fysisk hjelp. Det å føle at man blir lyttet til kan for pasienten som utleverer seg, gi en følelse av at man blir sett, hørt og tatt på alvor (Thornquist, 2009). Dette trenger ikke nødvendigvis å foregå i samme rom som pasienten, en av informantene sa:

«Man klarer jo å roe ned en pasient over telefon, asså, når man er litt kjent med pasienten, så klarer man jo det. Det vil jo ikke bli sånn fysisk kontakt, sånn stryke på, det vil det jo ikke bli. Det vil jo bli en omsorg i det».

Her vedkjenner informanten, som i utgangspunktet hadde stor skepsis til lyd-bilde, at omsorg kan gis på avstand. Ut fra dagens praksis gir de omsorg på distanse når de utfører telefontilsyn. Disse tilsyn kan vi allerede sagt kan endres til tilsyn via lyd-bilde. Da vil lyd-bilde tilsynet være den praktiske handling, hvor lyd-bilde er redskapen sykepleier bruker i sin utførelse av denne handlingen. Når informanten sier: *«Det blir jo en omsorg i det»*, så vil omsorgen i følge Martinsen (2008) ligge i måten sykepleieren gjør grep om redskapen, som her vil være lyd-bilde. For at det skal bli omsorg i tilsynet, må sykepleier bruke lyd-bilde som praktisk redskap i sin relasjon med pasienten på en slik måte at hennes handling vil være moralsk klok og for pasientens beste. Sykepleierens kommunikasjon, gjennom lyd-bilde og måten hun bruker sin stemme og forholder seg i situasjonen med sitt kroppsspråk vil ha betydning for relasjonen. Fremtoningen til sykepleier i sin tilnærming til pasienten vil her avsløre sykepleiers holdninger, som da kan bli vurdert som god eller dårlig. Dette viser hvor sammensmeltet omsorgens tre dimensjoner er, og at de ikke kan sees som adskilte enheter hvor sykepleier kan velge hvilken av de tre dimensjoner hun vil bruke i sin handling. Sykepleierens oppfatning av pasienten og forståelse for situasjon samt holdninger til lyd-bilde som redskap og supplement til tjenesten, vil ha stor betydning for om omsorgen vil oppleves som god eller mindre god (Ibid).

6.4 Muligheter

Informantene trakk frem nye muligheter ved videokonferanse, muligheter som de ønsket velkommen for å supplere hjemmetjenesten. Med omsorg for pasienten i fokus reflekterte de over hvordan videokonferanse vil kunne bidra til bedre tidsbruk for å få mere pasienttid med pasientene og en mulighet for en kvalitetssikring av tjenesten.

6.4.1 Hva kan lyd-bilde bidra med?

Videokonferanse har lenge vært brukt som et fungerende og effektivt verktøy innen undervisning, kompetanse og møtevirksomhet. Med utgangspunkt i å endre telefontilsyn med

tilsyn via lyd-bilde, vil det ligge muligheter for utvidet bruk i hjemmetjenesten som vil være nytenkende og i tråd med nasjonale planer som «*Samhandlingsreformen*» (St.mld 47) og «*Innovasjon i omsorg*» (NOU: 2011:11), som hver for seg oppfordrer til mere teknologibruk (IKT) som supplement i helse- og omsorgstjenester.

Når informantene sier at lyd-bilde skal være et supplerende tillegg til det de allerede har, så ligger det i utsagnet at dagens tilbud ikke skal reduseres eller minskes, men at det som er skal bli bedre. De ønsker altså å ta i bruk lyd-bilde (videokonferanse) for å bedre kvaliteten på sine tjenester overfor hjemmeboende pasienter. Hva kan så lyd-bilde bidra med for å oppnå dette? Informantene så en nytteeffekt av lyd-bildes mulighet for kvalitetssikre tjenesten som jeg har valgt å oppsummere til særlig fire områder i tillegg til å endre telefontilsyn til tilsyn via lyd-bilde:

- Bedre tidsbruk.
- Forebygge reinnleggelser institusjon
- Kollegastøtte i feltet
- Å kunne konsultere fastlegen og spesialisttjenesten fra stua

I Norge er videokonferanse enda nytt og lite utprøvd i hjemmebasert eldreomsorg, men ser vi hva andre omsorgsutøvere har gjort, vil vi kunne høste erfaringer fra deres prosjekt av betydning. Ved en psykiatrisk sengepost ved Universitetssykehuset Nord-Norge, har de benyttet videokonferanse i behandling av alvorlig psykisk syke. Dette gikk ut på at behandler samtalte med en utvalgt pasientgruppe gjennom videokonferanse (lyd-bilde). Det var kommet et overordnet ønske om mindre tvangsbruk innenfor psykiatrien, og videokonferanse ble utprøvd som et redskap for å nå dette målet. I 2010 hadde de over 500 tvangsinnleggelser, og avdelingsleders erfaring var at telemedisin kunne ses på som et bidrag for å redusere antall tvangsinnleggelser, fordi de kan samtale med pasienten hjemme istedenfor å frakte de inn under tvang (Henriksen, 2010). Selv om pasientgruppene og formålene her er ulike, så vil teknologien være av samme type, og den viser her at det er mulig å opprettholde en etablert relasjon gjennom lyd-bilde. Måten lyd-bilde brukes til for å samhandle med den hjemmeboende pasienten våre informanter vil møter vil være av samme art. Mens psykiatrien har til hensikt å unngå, eller å redusere antall tvangsinnleggelser, ønsker hjemmetjenesten å bruke teknologien for å utvide og nå frem til flere for å tilby helse og omsorgstjenester. Informantene har også som formål å kunne redusere innleggelser eller reinnleggelser a v

ferdigbehandlede sykehuspasienter, som kreftpasienten. Her ser de en mulighet for å bruke videokonferanse for å følge opp en pasientgruppe som kan være i en behandlingsmessig gråsoner:

«...litt sånn usikker å bare...slippe sykehuset...og...sykehjem...og ...ja...Og hvor det er langt å reise, vi prioriterer det ikke fordi det er ikke noen direkte helsehjelp som skal gjøres....det er på grensa til at du trenger tilsyn..»

Informantene mente at det ville være en grei tjeneste å gi for en pasientgruppe de i dag ikke kan prioritere på grunn av ressursmangel. Ser på rapporten «*Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse*» (Marjala & Øvernes, 2010), kan det se ut til at forfatterne av rapporten bekrefter informantenes tanke. Deres prosjekt ga mulighet for psykologisk oppfølging uavhengig av hvor de geografisk bodde, og uavhengig av hjemkommunens hjelpeapparat. Gjennom videokonferanse kunne kreftpasienter og deres pårørende få oppfølging i form av råd og veiledning. Dette er helt i tråd med informantenes tanke rundt ferdigbehandlede kreftpasienter som er utskrevet fra sykehus til eget hjem. Informantene så her at de kunne bistå med samme type hjelp, da fra et sykepleiernivå og ikke psykolog. Sykepleierne kunne da være behjelpelig med å være en oppfølgende støtteenhet som kunne bistå med praktisk hjelp ved behov, gi råd og veiledning i forhold til pasientens behov. Dette kunne være behov som kostveiledning i forhold til ernæringsbehov, guiding og veiledning gjennom trykkesystemet eller annet. Samtidig kunne de se hverandre gjennom lyd-bilde og bekrefte pasienten på en omsorgsfull måte:

«Du ser bedre ut i dag, har du fått sove godt i natt...eller har du bedre effekt av smertestillende?»

For kreftpasienten ville et slikt omsorgstilbud kunne være en god hjelp for å mestre hverdagen og sitt daglige liv. Når denne pasientgruppen er på innlagt på sykehus følger de sykehusets rytme og rutiner for måltider, behandling, søvn, besøk og slike ting.

Mens de er på sykehuset blir de ivaretatt av sykehusets ansatte og de vil der kunne dele sine spørsmål, tanker og erfaringer med kanskje andre pasienter, med legen eller sykepleieren på avdelingen. Når de er ferdigbehandlet er de kanskje overlatt til seg selv og den videre oppfølging går gjennom fastlegen. Hvis hjemmetjenesten kunne gjøre noe av kjøretiden om til pasientnær tid via lyd-bilde ville de kunne nå ut til denne pasientgruppen i tillegg til de

pasienter de har fra før av. Informantene påpekte her at de ønsker å bruke videokonferanse for å kvalitetssikre tilsyn de gir i dag ved at de kan utnytte tidsbruken annerledes og slik kunne gi en bedre tjeneste:

« Det betyr at vi sparer en del kjøring, og de tilsynene vi utfører kan da utføres med en mye høger kvalitet enn at vi har mange små tilsyn mange gang for dag».

Tilsynene vil da kunne få en bedre tidsramme enn hva de har ved fysiske besøk i dag, ved at de istedenfor «5 minutter i døra» vil kunne sette av 15-20 minutter gjennom videokonferanse. Videokonferanse gir en mulighet for bedre tidsbruk, hvor noe av kjøretiden omgjøres til tilsyn gjennom lyd-bilde og dermed vil de kunne øke sin tilgjengelighet for sine pasienter og deres pårørende. I prosjektet som er tenkt startet er det som tidligere nevnt snakk om en toveis kommunikasjon, hvilke betyr at pasienten også kan ringe til sykepleier ved behov noe informantene mente ville være trygghetsskapende. Hjemmetjenesten har ingen natt tjeneste for sine hjemmeboende pasienter da den ikke er bemannet på natt. I dagens praksis betyr det at de som ikke har trygghetsalarm ikke kan ringe sykepleier mellom klokken 2200 og 0800, når dagvaktene kommer på jobb. I prosjektet vil alle innkomne samtaler gå til det lokale sykehjemmets vaktrom som alltid er bemannet, døgnet rundt. Dette betyr at gjennom lyd-bilde vil pasienten få mulighet til kontakt når behovet er der, og ikke etter hvilke klokkeslett sykepleier er vakt. Dette øker tilgjengeligheten for pasientene og dermed også tryggheten. Som en av informantene sa:

«Jeg synes det er viktig...at de kan få føle den tryggheten».

Line Silsands (2010) masteroppgave og Marjala & Øvernes (2010) rapport viser at det er en mulighet å kunne gi trygghet og nærhet fra avstand, uten fysisk å være i samme rom som pasienten. Silsand (2010) snakker om telesykepleie, der jeg i min studie snakker om tilsyn via lyd-bilde eller videokonferanse, men begge innebærer at sykepleier og pasient møtes til samtale og samarbeid over skjerm. Mens Silsand (Ibid) diskuterer at brudd i fysisk nærhet vil blant annet føre til at arbeidsoppgaver som tidligere har vært utført av sykepleier nå vil overføres til pasienten, vil det i min studie avlaste pasienten ved at sykepleieren kan observere og samtale med pasienten for å få en bedre forståelse av pasientens tilstand og situasjon. Det sentrale for begge studier er å gi omsorg fra distanse.

Når sykepleier skal observere pasienten innebærer dette at sykepleier ikke bare ser, men bruker sin erfaring og kunnskap i dialogen med pasienten for å kunne rette tiltak som er tilpasset pasientens behov. Noen ganger kan det være nok å bare samtale, da er det samtalen som er tiltaket. Samtalen kan inneholde råd og veiledning eller at pasienten kan få svar på spørsmål eller noe han lure på. Dette kan være betryggende for pasienten, slik Marjala & Øvernes (2010) viser til i rapporten om kreftpasienten som gjennom videokonferanse får oppfølging i form av psykologsamtaler. Rapporten viser også at teknologien vil være egnet for sykepleier å kunne innhente kollegastøtte, og for pasientene til å konsultere både fastlegen og spesialisten fra stua, som informantene foreslo. Sykepleier vil her kunne delta sammen med pasienten og supplere legen med opplysninger som vil være viktig for legen når han skal ta en medisinsk beslutning vedrørende pasientens tilstand. Det er ikke alltid pasienten selv klarer å formidle alle opplysninger til legen, da vil det være en kvalitetssikring å ha sykepleier som kjenner til medisindosering, sårprosedyre, kost og ernæring etc.

7.0 AVSLUTNING

«*Mer enn en telefon – mindre enn et besøk*», er en studie av sykepleieres refleksjoner *før* implementering av videokonferanse i hjemmetjenesten. Jeg har møtt sykepleiere gjennom 2 fokusgruppeintervjuer, hvor de har fått diskutert og problematisert teknologi i forhold til sine pasientmøter. Informantene har fritt fått diskutert muligheter og utfordringer ved teknologiens funksjonalitet, nytteeffekt og etiske dilemmaer som til sist kan påvirke omsorgsutøvelsen. Velferdsteknologi er lansert som en mulig løsning for eldreomsorgen, og teknologien er kommet for å bli. Jeg har i min studie klart å få frem sykepleiernes stemme i forhold til å si noe om hvilket formål og funksjon slik teknologi bør ha og kan ha i deres tjeneste. Målet mitt var å få en kritisk refleksjon, dette oppnådde jeg. Informantene diskuterte teknologi som noe de var villig til å utprøve, under visse kriterier. Kriteriene var: pasienten i fokus, og teknologi som supplement.

Jeg har gjennom min drøfting fått frem ulike muligheter, utfordringer og noen av de begrensinger det vil være ved bruk av videokonferanse i hjemmetjenesten. Informantene har fritt kunne diskutere deres tanker og teknologi og hvilken betydning denne type teknologi vil kunne ha for hjemmeboende omsorgsmottakere. Når teknologi skal brukes i omsorgsutøvelsen vil holdninger til teknologi og bruken av den være av betydning. Det er teknologien i seg selv som utfordrer omsorgsutøvelsen, men bruken av den og måten den brukes på som vil være utfordrende for en god relasjon.

Jeg har gjennom min studie funnet frem til at det er ikke nødvendigvis det fysiske nærværet som betinger en god relasjon eller en god omsorgsutøvelse, men derimot sykepleiers holdning i sitt møte med pasienten gjennom teknologien. Sykepleier må se teknologien i sammenheng med et bestemt formål for pasienten, da blir teknologien en situasjonsbetinget redskap for å gi omsorg for den andre ut fra en sammenheng. Som Martinsen (2008:70) selv sier: «*for overhodet å bruke noe må en på forhånd ha forstått formålet med bruken*», og det vil også si sammenhengen som bruken av teknologi inngår i, som her er hjemmetjenesten.

7.1 Veien videre

Hvis velferdsteknologi skal implementeres i pleie- og omsorgssektoren vil det være viktig å ta en gjennomgang for hvilken funksjon og formål den skal ha og hvilke oppgaver skal den løse? Det er store forventninger til velferdsteknologi som lanseres som løsning for å frigjøre pleierne fra tunge løft, fra administrasjon, transport den skal kunne utsette institusjonalisering. Politikere og regjering ønsker slik teknologi velkommen og virker nesten litt utålmodig etter å ta den i bruk. Når dette enda er nytt og lite utprøvd, tror jeg det er desto viktigere å ta seg tid til en kritisk gjennomgang for hvilken type teknologi ønsker man, til hvilke formål og hvem som skal bruke den. Det er fremdeles noen ukjente utfordringer som vil kunne påvirke slik bruk. Blant annet er det mange teknologiske aktører på banen som hver for seg utvikler teknologi for samme formål, men med varierende kvalitet. Her ser jeg en utfordring for de som skal implementere teknologien, det kan bli utfordrende å finne frem til de riktige aktørene med den beste løsning. Det finnes ingen nasjonale register over informasjon om teknologi, hva som allerede er laget og hvem som har utviklet ulike løsninger. Dette burde helse – og omsorgsdepartementet få opprettet slik at kommunene lettere kan finne frem til godkjente og anbefalte løsninger når de i neste omgang skal anskaffe og implementere dette.

Litteraturliste

- Birkeland, A, & Flovik, A.M.(2011) *Sykepleie i hjemmet*.
Oslo: Akribes
- Bowes, A (2012) *Telecare for older people: promoting independence, participation and Identity*. Upublisert papir presentert på Helsekonferansen i Bergen
- Everett, E.L & Furuseth,I. (2004) *Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre*.
Oslo: Universitetsforlaget
- Gadamer, H.G. (2003) *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*.
(Artikler hentet fra bind 1 og 2 av *Gesammelte Werke*. Oversatt av Helge Jordheim)
s. 33-45 Oslo: Cappelen
- Halkier, B. (2010) *Fokus-grupper*. Oslo: Gyldendal
- Henriksen, K, Sykepleieforbundet.no « *Telemedisin i psykisk helsevern*» 23.3.2010
<https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/342130/Telemedisin-i-psykisk-helsevern>
Lokalisert 22.10.2012
- Hoffmann, B. (2010) *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Notat fra Kunnskapssenteret
Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010 s 2-35
- Hofstad, E (2009) *Kostnadseffektiv omsorgsteknologi*. Sykepleien.no 30.10.09
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=288769
Lokalisert 23/10-2012
- Jøraas, T. Rimehaug,T, Birkeland, S. M & Årefjord, K (2009) *E-terapi som supplement i poliklinisk oppfølging av ungdom- en kvalitativ studie av terapeuterfaringer*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 46 (4),6
- Kjøllesdal, A (2010) *Er teknologisk kompetanse omsorg?* Sykepleien (08): 75:77
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det Kvalitative forskningsintervju*.
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 kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) kap 3
<http://www.lovdata.no/all/tl-20110624-030-003.html> Lokalisert 10/2-2012
- Malterud, K.(1996) 2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*.
Oslo: Universitetsforlaget.

- Marjala, K & Øvernes, E (2010) *Psykologsamtaler til voksne kreftpasienter og pårørende via videokonferanse*. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Tromsø
- Martinsen, K.(2012) *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe
- Martinsen, K.((1989) 2008) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta, Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo, Akribe
- Norsk Forskningsråd (2006) *Sluttrapport SEKOM*. Prosjektnummer 1638/240 (169102/199). Oslo
- Norsk Helsenet (2008) *Rapport fra arbeidsgruppen: Videokonferanse for kompetanseheving*.
- Nortvedt, P. & Grimen, H.(2006) *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Trondheim, Gyldendal
- 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:Fossaskåret et al (red): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget
- 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
- 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) *Fremtidens alderdom og ny teknologi*. Rapport 1
- Thornquist, E. ((1998) 2009) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal
- 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

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/fagutvikling/etikk/545098/ja-til-omsorgsteknologi> Lokalisert 22/10-2012

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

Aas Monrad, I. H. Sykepleien.no (2005) 93(9): 46-48 «Fjernstyrt sykepleie»
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117330/fjernstyrt-sykepleie> Lokalisert 22/10-2012

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

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: 29.09.2011

Vår ref: 27955 / 3 / M55

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27955	<i>Implementering av omsorgsteknologi sett fra et sykepleier perspektiv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nils Henriksen</i>
Student	<i>Marita Albertsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marita Albertsen, Forraveien 21, 9303 SILSAND

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