

BACHELOROPPGAVE SPL 3903:

KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI
OG INTERAKSJONEN MELLOM
KREFTPASIENT OG SYKEPLEIER

FORFATTERE: Nebahate Mexhuani, 470750 og Lise Strøm Pedersen, 470614
VÅREN 2018

NTNU GJØVIK
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie

Dato: 18. mai 2018

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| SAMMENDRAG | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1.0 Innledning | 5 |
| 1.1 Introduksjon..... | 5 |
| 1.2 Sykepleiefaglig relevans..... | 5 |
| 2.0 Bakgrunn | 7 |
| 2.1 Joyce Travelbees syn på sykepleie..... | 7 |
| 2.3 Sykepleierens rolle i endring..... | 8 |
| 2.3 Begrepsavklaring..... | 10 |
| 2.3.1 <i>Kommunikasjon</i> | 10 |
| 2.3.2 <i>Velferdsteknologi</i> | 10 |
| 2.3.3 <i>Kreft</i> | 11 |
| 2.3.4 <i>Mestring</i> | 12 |
| 2.4 Hensikt med oppgaven..... | 12 |
| 2.5 Problemstilling..... | 13 |
| 3.0 Metode | 14 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode..... | 14 |
| 3.2 Sykepleieforskning..... | 15 |
| 3.3 Kvalitativ vs. Kvantitativ metode..... | 15 |
| 3.4 Inklusjonskriterier..... | 16 |
| 3.5 Strukturerte søk..... | 16 |
| 3.6 Analyse av resultatet..... | 19 |
| 3.7 Forskningsetikk..... | 20 |
| 4.0 Resultat | 22 |
| 4.1. Fremstilling av artikler i matrise..... | 22 |
| 4.1.1 <i>Artikkel 1</i> | 22 |
| 4.1.2 <i>Artikkel 2</i> | 23 |
| 4.1.3 <i>Artikkel 3</i> | 24 |
| 4.1.4 <i>Artikkel 4</i> | 25 |
| 4.1.5 <i>Artikkel 5</i> | 26 |
| 4.1.6 <i>Artikkel 6</i> | 27 |
| 4.2 Kommunikasjon mellom sykepleie og pasient..... | 28 |
| 4.3 Pasientens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi..... | 29 |
| 4.4 Sykepleierens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi..... | 30 |
| 5.0 Drøfting/ Diskusjon | 31 |
| 5.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient..... | 31 |
| 5.2 Pasientens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi..... | 33 |
| 5.3 Sykepleierens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi..... | 35 |
| 5.4 Etske utfordringer ved bruk av kommunikasjonsteknologi..... | 36 |
| 6.0 Konklusjon | 39 |
| LITTERATURLISTE | 40 |

SAMMENDRAG

| | | |
|----------------------------|---|--------------------------------|
| Tittel: | Kommunikasjonsteknologi og interaksjonen mellom kreftpasient og sykepleier. | Dato: 18. mai 2018 |
| Deltakere: | Nebahate Mexhuani og Lise Strøm Pedersen | |
| Veileder: | Lars Aune Svarthaug | |
| Nøkkelord: | Kreftpasient, velferdsteknologi, kommunikasjonsteknologi, sykepleierolle, kommunikasjon | |
| Antall sider/ord: 46/10023 | Antall vedlegg: 0 | Publiseringsavtale inngått: Ja |

Bakgrunn: Regjeringen har et fremsiktig mål om å kunne implementere velferdsteknologi i helsesektoren. Til tross for den økende alderssammensetningen i Norges befolkning, skjer det ingen økning i tilgangen på arbeidskraft. For å kunne tilby omsorg og sikker kvalitet til alle hjelpetrequende i framtida, er en nødt til å tenke nytt og finne nye spor og løsninger for å bedre og effektivisere helsevesenet. Her vil kommunikasjonsteknologi bli et godt hjelpemiddel, men stiller også spørsmål til etiske utfordringer.

Hensikt: Å utforske hvordan kommunikasjonsteknologi vil påvirke kommunikasjonen mellom kreftpasient og sykepleier. Travelbees kommunikasjonsteori blir brukt for å belyse viktige aspekter ved god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Metode: Denne bacheloroppgaven bygger på fag- og forskningsbarert kunnskap. Strukturerte søk ble gjennomført i databasene Cihnal Complete, PubMed og MedLine Ovid.

Resultat: Funnene fra de seks artiklene viser at kommunikasjonsteknologi blir sett på som positivt og innfrir forventningene med hensyn på å trygge pasienten og effektiviserer sykepleierens arbeidsoppgaver. Teknologien skaper en kontunierlig kontakt mellom kreftpasient og sykepleier, noe som bidrar til trygghet.

Konklusjon: Kommunikasjonsteknologi bidrar til bedre kommunikasjon mellom sykepleier og kreftpasient, men på grunn av for lite forskning rundt dette temaet er det vanskelig å se nytteeffekten av denne type teknologi.

ABSTRACT

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Title: | Communication technology and interaction between cancer patients and nurse. | Date: 18. may 2018 |
| Participants: | Nebahate Mexhuani og Lise Strøm Pedersen | |
| Supervisor: | Lars Aune Svarthaug | |
| Keywords: | Cancer patients, welfare technology, communication technology, nurse role, communication | |
| Number of pages/words: 46/10023 | Number of appendix: 0 | Availability: Open |
| <p>Background: The governments long term goal is to implement welfare technology in the health care. Despite the increasing age demographic in Norway there is still no increase in available workforce. In order to be able to offer good quality health care for the future population, innovation and new solutions will be required to make health care more efficient. Communication technology will be a good enabler for this, but will encounter ethical challenges.</p> <p>Aim: To explore how communication technology will influence the communication between cancer patient and nurse. Travelbees communication theory will be used to highlight important aspects concerning a good relationship between nurse and patient.</p> <p>Method: This bachelor's thesis is based on subject and research based knowledge. Structured searches were conducted in the databases Cihnal Complete, PubMed and MedLine Ovid.</p> <p>Result: Findings from the six articles show that communication technology is viewed as positive and meets expectations with regard to safeguarding the patient and the nurse efficiency. The technology enables continuous contact between cancer patient and nurse which contributes to safety.</p> <p>Conclusion: Communication technology enables better communication between cancer patient and nurse but due of lack of research on the topic, the value of such technology is difficult to identify.</p> | | |

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

I årene som kommer vil helsetjenesten stå overfor flere hjelpetrengende, færre hjelpende hender og begrensede ressurser (Hofmann, 2010). Det økende antallet eldre vil i fremtiden gi dagens kommunale omsorgstjenester flere og mer krevende oppgaver. Den nye eldregenerasjonen lever lenger på grunn av forbedret levevilkår og tilgang til bedre ressurser enn tidligere generasjoner. For å kunne tilby omsorg og sikker kvalitet til alle hjelpetrengende i framtida, er en nødt til å tenke nytt og finne nye spor og løsninger for å bedre og effektivisere helsevesenet (Meld. St. 29 (2012-2013)). Derfor er velferdsteknologi et viktig tiltak for å møte samfunnet utvikling (Hofmann, 2010). Målet med velferdsteknologi er å skape tryggere og bedre tjenester både for brukere, pårørende og omsorgspersonell i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Velferdsteknologi vil ikke bidra til å revolusjonere omsorgstjenestene i seg selv, men erfaringer viser at velferdsteknologi effektiviserer bruken av ressurser i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2011:11). Menneskelig omsorg og fysisk nærhet vil ikke bli erstattet av teknologi, men kan imidlertid gi mennesker muligheter til å klare seg på egenhånd. Velferdsteknologi kan utfordre folk til å ta mer ansvar for sitt eget liv og motivere til økt samspill med tjenesteansvarlige, nærmiljø, familie og frivillige (NOU 2011:11). Derfor vil vi videre i denne bacheloroppgaven sette oss mer inn i hvordan kommunikasjonsteknologi vil påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleierne er ofte de første pasienten kommer i møte med samtidig som det er sykepleieren pasienten tilbringer mest tid med gjennom hele sitt behandlingsforløp (Benner, 1995, s. 106). Henderson definerer sykepleierens funksjon som enestående, hvor sykepleieren skal hjelpe mennesker til å utføre handlingene de selv ville ha utført hvis de hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Gjennom sin kunnskap og funksjon skal sykepleieren hjelpe pasienten til å bli selvstendig så raskt som mulig (Mathisen, 2015, s. 120-128).

Et menneske som opplever å få en kreftdiagnose opplever både tap, sorg og lidelse samtidig som en mister kontrollen over eget liv. Å få en kreftdiagnose er en dyptgripende forandring i en persons livssituasjon (Sæteren, 2017, s. 288). God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient gir opphav til økt forståelse samtidig som det motiverer pasienter til å gjennomføre behandlingen (Johnsen og Engvold, 2013). Hos kreftpasienter er god kommunikasjon og samhandling vesentlig for å opprettholde en god informasjonsflyt, men ikke minst for å bli kjent med pasienten. Dette fører til at sykepleieren lettere vil forstå og møte pasientens behov, samtidig som sykepleieren kan hjelpe vedkommende til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Reitan, 2017, s. 111). I følge Kratmann (1989, som sitert i Alvsvåg, 1997) utøves god sykepleie gjennom gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier. Ved sitt nærvær viser sykepleier at en er tilgjengelig for pasienten, som igjen fører til at den kreftsyke pasienten føler seg sett og bekreftet som person.

Kreftpasienter befinner seg i en sårbar situasjon, som kan føre til at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier både blir krevende og komplisert. Hvordan pasienten opplever mistot eller håp avhenger av hvordan sykepleier formidler informasjonen. Gjennom kroppsspråk og fysiske tegn foregår det alltid fortolkninger om den aktuelle situasjonen. Sykepleier kommuniserer med pasienten ved både gjennom stemme, blikk, berøring, stillhet og nærvær (Lorentsen & Grov, 2016). Ved bruk av kommunikasjonsteknologi blir denne kontakten utfordrende fordi muligheten for å observere pasienten kan være begrenset og avhengig av teknologi. Her oppstår det utfordringer som krever nye løsninger og tenkemåter for å skape og opprettholde gode relasjoner mellom pasient og sykepleier (Nakrem, 2017, s. 74). Det at en sykepleier har gode tekniske ferdigheter samtidig som de utfører behandlingen på en god og sikker måte, vekker håp hos pasienten (Lorentsen & Grov, 2016).

2.0 Bakgrunn

I dagens samfunn har vi kommet langt med både tidlig presisering av krefttypen og bedre behandling av kreft. Selv om kreften blir behandlet og mange pasienter overlever, er det mange som sliter med helseproblemer som følge av den tøffe behandlingen. Noen av komplikasjonene som oppstår etter behandlingen er senskader, depresjon, angst, fatigue, osv. Disse symptomene påvirker livskvaliteten og mange opplever at disse tar stor plass i livet da kreft ofte er forbundet med smerte, lidelse og død. Dette fører til at kreftomsorgen står overfor flere utfordringer som dekker en mer persontilpasset kreftbehandling (Nasjonal kreftstrategi(2013-2017)).

Til tross for den økende alderssammensetningen i Norges befolkning, skjer det ingen økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere (NOU 2011:11). I Norge vil vi mangle hele 30.000 sykepleiere innen 20 år (NSF, 2018). Med denne utviklingen er en nødt til å finne nye måter å jobbe på for å få dekket pasientenes behov. Alle har i dag tilgang på smarttelefon og bruker internett flittig. De eldre vil i framtiden ha økt grad av mestringsevne og ressurser enn nåtidens pasienter, da særlig med tanke på bruk av moderne IKT-tjenester som nettbank, e-post o.l. De vil også forvente en omsorg som er individuelt tilpasset deres behov samtidig som de i større grad ønsker å ta del i egen helse og egenomsorgsbehov (Dale mfl., 2010). Dette gir helsevesenet og sykepleieren gode muligheter til å utnytte de tekniske plattformer som finnes for å kommunisere med pasientene på en mer effektiv måte. Gjennom kommunikasjonsteknologi kan sykepleieren få en mer kontinuerlig kontakt med pasienten, samt gi bedre oppfølging på individnivå. Slik samhandling mellom kommunene og pasientene vil gi store kvalitetsforbedringer (NOU 2011:11).

2.1 Joyce Travelbees syn på sykepleie

Travelbee mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om mennesker, enten direkte eller indirekte. Et mellommenneskelig forhold kommer ikke av seg selv. Det er primært en erfaring som finner sted mellom en sykepleier og den han/hun har omsorg for og det bygges fra dag til dag. Utøvelse av god sykepleie skal ikke dreie seg et mål i seg selv, men skal være et middel for å hjelpe et annet menneske. For å utøve profesjonell

sykepleie må en utføre to viktige funksjoner. En sykepleier skal både forebygge, samt hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 30-32). Sykepleieren skal ikke bare lindre fysisk smerte, men også gi omsorg for hele personen, og ikke bare en kroppsdel. Det er sykepleierens ansvar å sørge for at pasienten får den hjelpen han/hun trenger (Travelbee, 2001, s. 222).

Travelbee(2001) viser et helhetlig bilde av det unike mennesket samtidig som hun beskriver viktigheten av god kommunikasjon for å kunne oppnå sykepleierens mål og hensikt. All interaksjon gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med pasienten og ivareta hans/hennes behov. Non-verbal kommunikasjon betegner overføring av budskap uten bruk av ord, som ved gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Non-verbal kommunikasjon er en kontinuerlig prosess i dagliglivets møte ansikt til ansikt og ledsager alltid den verbale kommunikasjonen, som når to mennesker er i samtale. Ved bruk av kommunikasjonsteknologi mister sykepleieren relasjonen skapt av den non-verbale kommunikasjonen. Dette er viktige verdier når vi i denne bacheloroppgaven skal sette oss inn i nåtidens bruk av kommunikasjonsteknologi og hvordan denne påvirker kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier.

2.2 Sykepleierens rolle i endring

Sykepleierrollen har endret seg i takt med helse- og omsorgstjenesten helt siden Florence Nightingale (1820-1910). Sykepleierrollen har utviklet seg fra en beskrivelse av hva helsepersonell gjør, til hvordan ting gjøres og videre til å bruke et helhetlig syn på helse,- rehabiliterings- og omsorgsarbeid. De siste 30 årene har relasjonen mellom pasient og omsorgsyter kommet mer i fokus, hvor hver enkelt pasient nå sees som et unikt og uerstattelig individ. Dette har medført en endring i maktforholdet mellom sykepleier og pasient, hvor pasientene nå har mer kunnskap, informasjon og innblikk i egen helse (Nakrem, 2017, s.72). I takt med utviklingen av omsorgstjenestene blir arbeidsoppgavene til sykepleieren stadig endret til mer selvstendige arbeidsoppgaver som før var legenes ansvar. Regjeringen ønsker å stille nye krav til sykepleierens kompetanse, blant annet gjennom forskning (Meld. St. 47 (2008-2009)). Sykepleieren skal jobbe kunnskapsbasert gjennom å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, samt pasientens ønske og behov i en bestemt situasjon (Nortvedt mfl., 2012).

Regjeringen har som mål å vurdere om dagens videreutdanninger møter dagens reelle behov i helsetjenesten. Her vil de satse på å organisere helsetjenesten i team, som vil føre til at personellgrupper får nye roller og oppgaver (St. Meld. 26 (2014-2015)). Gjennom videreutdanning og høyere kompetanse mener regjeringen at sykepleieren kan overta rollen som kreftkoordinator. Koordinatorene skal koordinere raskest mulig behandling, gi informasjon til pasient og pårørende angående videre forløp, og følge pasienten gjennom hele kreftforløpet (Nasjonal kreftstrategi(2013-2017)). Dette gjør at sykepleieren får flere og viktige funksjoner i fremtiden. Hvilket i sin tur gjør at vi er nødt til å skaffe hjelpemidler som gjør hverdagen for sykepleieren enklere og mer effektiv. Med den teknologiske utviklingen i dagens samfunn er det naturlig også for helsevesenet å se i disse baner etter hjelp til forenkling av enkelte hverdagslige gjøremål. For å ta i bruk velferdsteknologi må opplæring og kompetanseheving av sykepleiere, pasienter og pårørende foregå både i forkant av, og parallelt med innføringen (Meld. St. 29 (2012-2013)). I følge Helsedirektoratet (2012) legges det vekt på at det tar tid og krever gjentakelser for å avlære og innarbeide nye vaner og rutiner. Dette må tas i betraktning dersom velferdsteknologi skal bli hensiktsmessig i pasientenes hverdag. Det må satses på å utdanne helsepersonell tilpasset de oppgavene som i framtiden vil dominere helse- og omsorgstjenestene (St. Meld 47 (2008-2009)).

2.3 Begrepsavklaring

2.3.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en atferd som involverer både fysisk og mentalt aktivitet både hos avsender og mottakeren av budskapet. Det er en gjensidig prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske - til - menneske forhold (Travelbee, 2001, s. 137). Gjennom god kommunikasjon kan man gi informasjon, men viktigst av alt er kommunikasjon en bidragsyter til å bli kjent med pasienten. Dette vil føre til god forståelse ovenfor pasientene og hva deres behov er, som igjen vil bidra til at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom. For å utøve god sykepleie er en avhengig av god kommunikasjon og samhandling (Reitan & Schjølberg, 2017).

Profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert, som betyr at man ser den andre som en hel person med iboende ressurser og muligheter, og ikke som en pasient. Her er hensikten å se hva pasienten verdsetter og setter pris på helsemessig (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Kommunikasjon foregår både verbalt og non-verbalt. Gjennom verbal kommunikasjon bruker vi tale eller tekst, mens non-verbal kommunikasjon innebærer kroppsspråk, ansiktsuttrykk, stemmeføring o.l. Kun gjennom fysisk tilstedeværelse får vi utnyttet hele spekteret av vår kommunikasjon (Reitan, 2017, s. 104).

2.3.2 Velferdsteknologi

For å møte den demografiske utviklingens utfordringer innefor helse- og omsorg, har velferdsteknologi fått økt oppmerksomhet både i Norge og internasjonalt de siste årene (Helsedirektoratet, 2012).

“Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne” (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Velferdsteknologi kan deles inn i fire forskjellige deler, ut ifra hvilket hjelpeområde disse har. Disse fire er *trygghets- og sikkerhetsteknologi*, *kompensasjons- og velværeteknologi*, *teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie*. Vi har valgt å begrense denne studien ved å kun inkludere *teknologi for behandling og pleie*, som gir mennesker mulighet til å ta del i egen helse ved å f.eks. bruke smarttelefon for å dokumentere sine symptomer og helsetilstand, samt til å kommunisere med helsevesenet (Meld. St. 29(2012-2013)). *Teknologi for behandling og pleie* omfatter teknologi som kan bidra til at pasientene får mulighet til å mestre egen helse og bli mer selvstendige og aktiv i eget liv, både med eller uten interaksjon med sykepleier. Videre vil velferdsteknologi lede til bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestenes ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Helsedirektoratet, 2012).

2.3.3 Kreft

Innenfor kreft har antall krefttilfeller nesten doblet seg de siste årene. I 2016 ble over 32867 personer diagnostisert med kreft. Av disse var det 15064 kvinner og 17763 menn. Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsykdommer og kan ramme alle aldersgrupper, men risikoen øker med alderen (Kreftforeningen, 2018).

Kreft er en fellesbetegnelse på rundt 200 ulike kreftformer. De har mange fellestrekk, men det er også mye som skiller dem fra hverandre. Ved kreft oppstår det mutasjon i cellens arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert og ikke utfører de oppgavene de friske celler ville ha gjort. Etter hvert skjer det en opphopning av kreftceller i organet der veksten starter, og det dannes kreftsvulst (Kreftforeningen, 2017). Det er ingen garanti for hvordan kreft utvikler seg, men mange av tilfellene har sammenheng med levemåten vår (Bertelsen mfl, 2011).

Gjennom forskning og nyere kunnskap har det kommet frem at kreftutviklingen er mer sammensatt enn hva man antok for 20 år siden. De siste årene har vi opplevd en liten revolusjon innen kreftbehandling. Pasienter som tidligere ikke hadde noe tilbud, kan i dag leve lengre og bedre med sin kreftsykdom. Per dags dato finnes det forskjellige behandlingsformer, som cellegift, kirurgisk behandling, strålebehandling, målrettede legemidler og immunterapi (Kreftforeningen, 2017). Gjennom behandlingen er det fare for

alvorlige bivirkninger. Derfor er det viktig å ha et mål for behandlingen hos den enkelte pasient, enten det er helbredelse, forlenget levetid eller symptomlindring (Lorentsen & Grov, 2016). Ved hjelp av flere og bedre behandlingsformer lever pasientene lengre med kreftsykdommen. Her vil derfor kommunikasjonsteknologi bli et nyttig hjelpemiddel for å mestre sykdommen, innhente kunnskap og kommunisere med helsevesenet (St. Meld 26 (2014-2015)).

2.3.4 Mestring

Mestring er et vidt begrep og innebærer ingen fasit; det går i bølger som avhenger av belastninger og endringer i livet. Mestring er en dynamisk prosess som inneholder både negative og positive følelser. Den er personlig og omhandler strategier for å beherske, tolerere, redusere ytre eller indre påkjenninger og følger av ulike påkjenninger. Slike strategier viser seg å være av hensikt for å ta vare på egen helse. Pasientens følelse av mestring kan forsterkes vesentlig gjennom god kommunikasjon med sykepleier. Dette fordi sykepleier lettere vil kunne avklare hva som er viktig for personen, samt samarbeide for å oppnå gode planer for å motivere pasienten. Å realisere pasientens eget helseprosjekt står sentralt når en hjelper pasienten til å nå sine mål. Dette er særlig viktig hos pasienter som må ha en god indre motivasjon for å utarbeide resultater (Eide & Eide, 2017).

2.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan kommunikasjonsteknologi vil påvirke relasjonen mellom kreftpasienten og sykepleieren. Samtidig vil vi se på hvordan denne typen teknologi kan bli et hjelpemiddel for sykepleieren samtidig som den gir kunnskap og trygghet for pasienten. God kommunikasjon styrker relasjonen mellom sykepleier og pasient, som igjen gir trygghet for pasienten. Travelbee tar frem viktige aspekter ved mellommenneskelige forhold i sykepleien. Hun trekker frem viktigheten av at sykepleieren bruker det kliniske blikket i møte med pasienten (Travelbee, 2001, s. 136). Dette er et høyst aktuelt tema da vi allerede i dag er i stort undertall av sykepleiere i Norge og derfor må finne måter å jobbe på som vil effektivisere, men samtidig gi kvalitetssikret omsorg. Gjennom litteraturstudien ønsker vi å se nærmere på om kommunikasjonsteknologi

bidrar til at pasienten unngår unødvendige sykehusinnleggelser samtidig som de har kontinuerlig kontakt med sykepleier.

2.5 Problemstilling

Gjennom denne bacheloroppgaven skal vi prøve å besvare problemstillingen; *Hvordan vil kommunikasjonsteknologi påvirke kommunikasjonen mellom kreftpasient og sykepleier?*

3.0 Metode

Metode anvendt i sykepleieforskning omhandler hvordan vi går fram for å finne relevant og pålitelig informasjon om den virkeligheten vi ønsker å undersøke, hvordan informasjonen kan analyseres og hva som er resultater og konsekvenser av slik forskning (Christoffersen mfl., 2015). Gjennom metode skal vi systematisk innhente informasjon og kunnskap for å belyse vår problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). I denne bacheloroppgaven skal vi benytte oss av litteraturstudie som metode.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie handler om å innhente og systematisere data fra skriftlige kilder. Videre skal en gå kritisk gjennom litteraturen og til slutt sammenfatte informasjonen i henhold til problemstillingen (Thidemann, 2015, s.79). Ved en litteraturgjennomgang skal en planlegge studien basert på forskning som allerede eksisterer på det relevante området, samt hvilke metoder som er benyttet. Systematiske litteraturstudier som baserer seg på data innhentet fra vitenskapelige artikler blir ofte brukt innenfor sykepleieforskning (Christoffersen mfl., 2015).

I dag har kravet om kunnskapsbasert praksis ført til at behovet for oversikter over relevante artikler på de ulike fagområdene har økt, noe som igjen medfører mer bruk av litteraturstudier. Derfor er det viktig at en litteraturstudie har en gjennomgående god struktur (Christoffersen mfl., 2015). Gjennom kunnskapsbasert praksis skal sykepleieren innhente kunnskap fra forskning, erfaring og pasienter i den kontekst han/hun er i (Nortvedt mfl., 2012).

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan kommunikasjonsteknologi vil påvirke kommunikasjonen og relasjonen mellom kreftpasient og sykepleier.

3.2 Sykepleieforskning

Sykepleieforskning har en lang tradisjon som går tilbake til 1820-tallet, men har ikke vært et krav før de siste tiårene. I dag er det et krav om at sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert, som går ut på at sykepleiere skal ta i bruk forskning for å ta faglige avgjørelser. Ved å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis skal sykepleierne bidra til at ny kunnskap anvendes innen eget fagområde (Christoffersen mfl., 2015). Innenfor helseforskning finnes et vidt spekter av kunnskap som er sentralt i menneskers helse. For å utvikle denne kunnskapen må en se på hvilket perspektiv som er brukt og hvordan utførelsen av denne forskningen er blitt utført (Drageset & Ellingsen, 2009).

3.3 Kvalitativ vs. kvantitativ metode

Kvalitativ forskning handler om å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser og erfaringer. Gjennom intervju, observasjon eller feltarbeid opparbeides det en dypere kunnskap da et mindretall av en gruppe individer blir intervjuet. Det utarbeides da en dybdekunnskap, hvor en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78). Fordelen med kvalitativ metode er at den i større grad tillater spontanitet og tilpasning i interaksjonen mellom forsker og deltaker (Christoffersen mfl., 2015). Ved å bruke kvalitativ forskning kan dette medføre en del etiske utfordringer, da spesielt med tanke på å innhente informasjon fra deltakere som er i en sårbar livssituasjon. Troverdigheten ved å intervju noen gjennom en kvalitativ forskningsstudie er knyttet til en åpen tilnærming, nøyaktighet, men også gode relasjoner og tilpasninger mellom forsker og deltaker (Drageset & Ellingsen, 2011).

Kvantitativ forskning er målbare enheter, tall, som gir objektive data og kan si noe om utbredelsen. Den gir eksempelvis et overblikk over hvor mange kreftpasienter som har smerter. Kvantitativ forskning vil gi nøyaktige data som kan settes inn i statistiske beregninger og formidles i form av tabeller. Den kjennetegnes ved breddekunnskap, hvor et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter innhentes. Data innhentes gjennom spørreundersøkelser med faste svaralternativ, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thidemann, 2015, s. 77-78; Christoffersen mfl., 2015). En type kvantitativ studie er randomiserte kontrollerte forsøk der hensikten er å finne ut av hvorvidt kliniske

intervensjoner har effekt. Studiedeltakerne blir tilfeldig valgt og blir deretter delt i to eksperimentgrupper. Den ene gruppen får oppfølging, hvorav den andre gruppen ikke får oppfølging. Dermed sammenlignes effekten av interaksjonen (Christoffersen mfl., 2015). De fleste artiklene brukt i denne bacheloroppgaven baserer seg på RCT(Randomiserte, kontrollerte forsøk).

3.4 Inklusjonskriterier

Artiklene som ble valgt følger en IMRaD-struktur. Vitenskapelige artikler innenfor helse og medisin følger som oftest en IMRaD-struktur, noe som understøtter at artikkelen er en pålitelig kilde (Thidemann, 2015, s. 68). Vitenskapelige artikler kvalitetssikres gjennom NSD. NSD er godkjent gjennom kunnskapsdepartementet og fører register over vitenskapelige publiseringskanaler. Artiklene er fagfellesvurdert og rangeres fra nivå 1 og nivå 2, hvorav nivå 2 er høy prestisje. Dette skaper en sikkerhet da artiklene er lest og godkjent av mennesker med kompetanse innenfor det valgte feltet (NSD, 2018).

Velferdsteknologi har utviklet seg betraktelig de siste årene og fått mye oppmerksomhet gjennom sin hurtige utvikling. Vi har derfor valgt å begrense søk av artikler fra år 2005-2018 for å få en mer konkret, oppdatert og tidsriktig oversikt. Siden det er få oppdaterte artikler om dette temaet i Norge, har vi valgt å inkludere artikler fra land også utenfor skandinavia. Artiklene skal inkludere kommunikasjonsteknologi for å belyse vår problemstilling. Kommunikasjonsteknologi er en type teknologi basert på sosial kontakt, som hjelper mennesker med å komme i kontakt med andre (Meld St. 29 (2012-2013)).

3.5 Strukturerte søk

For å kombinere de ulike søkeordene brukes boolske operatører, eller kombinasjonsord. AND brukes for å gi treff der hvor begge ordene er med, mens OR gir resultater hvor begge eller ett av ordene er med (Thidemann, 2015, s. 88). Søkene ble gjort strukturerte ved bruk av databasene PubMed, MedLine og Cinahl Complete.

Vi brukte søkeord som belyste vår problemstilling, da spesielt med fokus på kreftpasienter, kommunikasjonsteknologi og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. For å utbedre søket vårt, inkluderte vi også prostatakreft da dette utgjør en veldig stor gruppe innenfor kreft og det er gjort mer forskning på dette. Her ble det interessant å se hvordan kommunikasjonsteknologi påvirker kommunikasjonen mellom menn og sykepleier, da de færreste menn er flinke til å snakke om sine tanker og følelser. Kronisk sykdom ble også inkludert, da enkelte artikler betegnet kreft som en kronisk sykdom. Vi kom fram til valgte artikler ved å bruke artikler som inkluderte kreftpasient og kommunikasjon, lese gjennom overskriftene på treffene vi fikk, lese innholdsfortegnelsen på interessante overskrifter og å lese hele artikkelen hvor overskriften og innholdsfortegnelsen samsvarte til problemstillingen.

Videre ble Medical Subject Headings (MeSH) brukt som et hjelpemiddel for å komme frem til aktuelle søkeord. MeSH-termene er merket med stjerne(*). Søkeord som ble benyttet svarer til problemstillingen og finner sin relevans i temaet vi har valgt: cancer, cancer patients, chronic illness, *neoplasms *smartphone, *cell phone, technology, welfare technology, *telenursing, *telehealth, communication, relations, nurse-patient relations, *patient participation, ICT(information and communication technology), *prostatic neoplasm.

Artikkel 1:

| Database | Søkeord | Kombinasjoner | Antall treff |
|----------------|---|---------------|--------------|
| Medline - Ovid | 1. Moblie phone Cell phone* | OR | 10779 |
| | 2. Nursing | | 241970 |
| | 3. Noeplasms* Cancer patient | OR | 3034475 |
| | 4. | 1 AND 2 AND 3 | 7 |

Artikkel 2:

| Database | Søkeord | Kombinasjoner | Antall treff |
|---------------|---|---------------|--------------|
| Medline- Ovid | 1. Nursin care Telenursing* | OR | 130033 |
| | 2. Neoplasms* Cancer patient | OR | 3034773 |
| | 3. Mobil phone Cell phone* | OR | 10787 |
| | 4. | 1 AND 2 AND 3 | 8 |

Artikkel 3:

| Database | Søkeord | Kombinasjoner | Antall treff |
|----------|--|---------------|--------------|
| Medline | 1. Prostate cancer Prostatic neoplasms* | OR | 138312 |
| | 2. Smartphone* | | 1761 |
| | 3. Patient participation* | | 23651 |
| | 4. | 1 AND 2 AND 3 | 10 |

Artikkel 4:

| Database | Søkeord | Kombinasjoner | Antall treff |
|-----------------|---------------------------|---------------|--------------|
| Cinahl Complete | 1. Cancer patients | | 54 197 |
| | 2. Communication | | 124 981 |
| | 3. Mobile phone | | 1 621 |
| | 4. | 1 AND 2 AND 3 | 7 |

Artikkel 5:

| Database | Søkeord | Kombinasjoner | Antall treff |
|----------|---|---------------|--------------|
| MedLine | 1. Neoplasms* | | 3 032 827 |
| | 2. Home care services | | 44 254 |
| | 3. Technology Information technology | OR | 371 437 |
| | 4. | 1 AND 2 AND 3 | 13 |

Artikkel 6:

| Database | Søkeord | Kombinasjoner | Antall treff |
|----------|------------------------------------|------------------------|--------------|
| PubMed | 1. ICT | | 6 506 |
| | 2. Home care | | 730 792 |
| | 3. Chronic Illness | | 671 230 |
| | 4. Nursing Telenursing* | OR | 702 204 |
| | 5. | 1 AND 2 AND 3 AND 4 | 36 |

3.6 Analyse av resultatet

Å analysere resultat går ut på å systematisk granske artiklene med hensikt i problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 91). Aveyard (2014) beskriver analyse av resultater gjennom ulike trinn. I det første trinnet skal en lese artiklene kritisk og grundig, deretter leser man

resultatdelen i artiklene for å finne temaet. Temaet skal svare på problemstillingen i bacheloroppgaven og en vil etter hvert se en sammenheng i temaene i de forskjellige vitenskapelige artiklene. Videre skal de forskjellige artiklene vurderes og sammenlignes. I det store og hele skal man dynamisk arbeide fram og tilbake for å sammenligne, trekke likheter og ulikheter og granske temaer for å svare på problemstillingen. Hovedsynspunktene i artiklene vi har valgt går ut på bruken av kommunikasjonsteknologi, kreftpasientens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi og sykepleierens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi.

3.7 Forskningsetikk

God forskningsetikk skapes gjennom relasjonen mellom forskere, samt forholdet mellom forskere og andre mennesker. Forskningsetikk stiller også krav knyttet til forskernes samfunnsansvar. Etter andre verdenskrig stilles det nå høye krav for å sikre respekt for enkeltmennesket i forskning. Her har en også krav om fritt og informert samtykke (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Forskning er søken etter ny kunnskap med kritisk og systematisk gjennomføring. For å oppnå målet med forskning er det viktig med ærlighet, åpenhet, dokumenterbarhet og systematikk. Forskning i tråd med helsinkideklarasjonen er bygget på prinsipper som handler om respekt, rettferdighet, gode konsekvenser og integritet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Formålet med deklarasjonen er å beskytte pasienter mot farer som følge av forskning (Christoffersen mfl., 2015).

Helsinki-deklarasjonen er utarbeidet av Verdens legeforening (WMA) og baserer seg på etiske prinsipper for medisinsk forskning. Forskingen dreier seg i all hovedsak om mennesker og skal gi identifiserbart data (Den norske legeforening, 2013).

I Norge har vi Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og i samråd med lovverket har disse som oppgave å forvalte spørsmål om etisk forsvarlighet innenfor forskning. Disse skal være basert på respekt for menneskerettigheter og menneskeverd. Deres viktigste mål er å bevare at deltakernes velferd og integritet går foran vitenskapens og samfunnets interesser (Christoffersen mfl., 2015; Lov om medisinsk og

helsefaglig forskning, 2009). Ved bruk av velferdsteknologi behandles store mengder personopplysninger om pasienten utenfor vedkommendes egen kontroll. Dette kan virke svært belastende. Mange har tilgang på denne informasjonen, noe som kan utgjøre en fare for misbruk eller personvernkrænkelser (Helsedirektoratet, 2012). En annen utfordring er at teknologien ikke alltid er tilpasset den enkeltes behov og livsstil (Kiran & Nakrem, 2017). Kommunikasjonsteknologi vil her utfordre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, da pasienten kan bli et objekt i den store mengden med opplysninger.

4.0 Resultat

4.1 Framstilling av artikler i matrise

4.1.1 Artikkell 1

| | |
|--|--|
| Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land) | McCanne L, Maguire R, Miller M, Kearny N (2009). Patients` perceptions and experiences of using a mobile phone- based advanced symptom management system(ASyMS) to monitor and manage chemotherapy related toxicity. <i>European Journal of cancer Care</i> , 18.156-164. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2008.00938.x. Storbritannia. |
| Hensikt | Å vurdere hvordan kreftpasienter som får kjemoterapi klarer seg hjemme ved bruk av mobiltelefon som et hjelpemiddel mellom de og sykehuset. Målet er å fange opp symptomene tidligere slik at pasienten unngår sykehusinnleggelse. |
| Metode | Det er en randomisert kontrollert studie som består av to grupper(kontrollert og intervensjon). Studiet blir utført på 5 forskjellige tidspunkter (grunnbehandling, pre-syklus 2, pre-syklus 3, pre-syklus 4 og pre-syklus 5). Deltakerne er voksne pasienter som har bryst, lunge eller kolorektalt kreft. Totalt var det 112 pasienter som deltok, hvor 41 kvinner og 15 menn deltok i intervensjonsgruppen som også var i fokus under studiet. Studiet ble utført i syv forskjellige sykehus rundt om i Storbritannia. Inklusjonskriteriene var at pasientene var over 18 år, mottar poliklinisk kjemoterapi, de er fysisk og psykiske oppegående til å delta,og at de kan skrive og lese på engelsk. Eksklusjonskriteriene var pasientene som ikke oppfylte kravene. Pasientene fikk opplæring ved bruk av mobiltelefonen og hvordan de kunne fylle ut spørreskjemaet. Pasienten ble intervjuet og måtte fullføre spørreskjema før studiet startet for å se at de kunne håndtere teknologien. Pasientene som var med i intervensjonsgruppen ble bedt om å måle temperaturen ved hjelp av et elektronisk termometer hver gang de følte seg i dårlig form. De ble bedt om å skrive inn verdiene på spørreskjemaet for elektroniske symptomer på mobiltelefonen. På slutten av studiet ble 36 pasienter intervjuet for å få en mer dypere forståelse om erfaringer og opplevelsen av teknologien. |
| Resultat | Studiet viser at pasienter som mottar kjemoterapi har positiv oppfatning og erfaring ved bruk av mobiltelefon som et hjelpemiddel og kommunikasjonsmiddel mellom pasienten og sykehuset. De føler seg mer trygge både på seg selv og helsepersonellet. Pasientene følte at symptomene ble tidlig oppdaget og de fikk tilrettelagt for videre behandling. |
| Relevans for litteraturstudien | Studiet viser at denne typen informasjonsteknologi kan benyttes i fremtiden. Dette gir trygghet og skaper en positiv opplevelse. Denne studien er overførbar, da både Storbritannia og Norge ligger relativt likt mtp. utviklingen av teknologien. |

| | |
|---------------------|---|
| Etiske overveielser | Etisk godkjenning ble gitt på hver klinikk før studiet startet. |
|---------------------|---|

4.1.2 Artikkel 2

| | |
|--|---|
| Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land) | Maguire R, McCanne L, Miller M, Kearny N (2008). Nurses perception and experiences of using a mobile phone-based Advanced Symptom Management System(ASyMS) to monitor and manage chemotherapy-related toxicity, <i>European Journal Oncology Nursing</i> , 12, 380-386 DOI: 10.1016/j.ejon.2008.04.007. Storbritannia. |
| Hensikt | Hensikten er å vurdere hvordan sykepleiere håndterer bruk av mobiltelefon basert på svarene pasientene sender inn angående vitale symptomer som oppstår under behandlingen av kjemoterapi. Den ser også på hvordan hverdagen til sykepleiere blir påvirket ved bruk av telefonen. |
| Metode | Det er en blanding av semi-strukturert metode som besto av spørreskjema og intervju både før og etter studiet startet. Før studiet måtte sykepleieren svare på spørreskjemaet, og etter studiet ble de intervjuet på nytt. Det er totalt 36 sykepleiere som deltok fra seks av de syv forskjellige sykehusene i Storbritannia. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne måtte være over 18 år, at de var deltakere av ASyMS-studiet og at de brukte denne på klinikken. Det var viktig med skriftlig informasjon og samtykke. |
| Resultat av studiet | Sykepleieren fikk nøye opplæring på hvordan de kunne bruke mobilen/ telefonen og hvordan de kunne se resultatene som pasienten hadde sendt inn. Da studiet startet var mange skeptiske til å delta, da sykepleieren mente de hadde dårlig tid fra før, og at det var unødvendig å bruke mer tid på opplæring. Etter endt studie var 26 av sykepleiere positivt overrasket over hvor lett og lærerikt studiet hadde vært. De mente at denne informasjonsteknologien virkelig kunne bidra positivt i fremtiden. |
| Relevans for litteraturstudiet | Med nøye og god tid på opplæring kan denne type teknologi virkelig bidra til en forandring blant sykepleiernes arbeidsfordeling. Denne studien er overførbar, da både Storbritannia og Norge ligger relativt likt mtp. utviklingen av teknologien. |
| Etiske overveielser | Etisk godkjenning ble gitt på hver klinikk før studiet startet. |

4.1.3 Artikkel 3

| | |
|--|--|
| Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land) | Nyman, MH., Frank C., Eklof, AL., Blomberg, K., Sundberg, K., Wengström, Y. (2017) Patients perspective on Participation in Care With or Without the Support of a Smartphone App During Radiotherapy for Prostate cancer. <i>JMIR Mhealth and Uhealth</i> , 5(7) e 107. DOI: 10.2196/mhhealth.6829. Sverige. |
| Hensikt | Pasienter med prostatakraft får ofte behandling som polikliniske pasienter. Hensikten er å vurdere om en interaktiv smarttelefon kan aktivere pasientene til å være mer deltakende i egen omsorg. Den inkluderer daglig rapport av symptomer, en risikovurderings-modell og råd til selvomsorg samt gir umiddelbar tilgang til klinikken. |
| Metode | Denne studien er en eksperimentell studie som ble utført på to universitetssykehus i Sverige. Det var totalt 28 pasienter som deltok. Studiet gikk ut på en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Det var samme pasienter som deltok både i intervensjons- og kontrollgruppen. Før studien startet fikk pasientene standardbehandling som gikk ut på regelmessig kontakt med terapi personell og tilgang til en kontaktsykepleier om eventuelle behandlingsrelaterte bekymringer. Intervensjonsgruppen fikk en smarttelefon der de daglig kunne skrive inn symptomene, i tillegg til standardbehandling. Inklusjonskriterien var at pasienten var diagnostisert med prostatakraft og mottok adjuverende strålebehandling. |
| Resultat | Studien viser at den gruppen som brukte smarttelefonen rapporterte mindre symptombyrde enn de som ikke brukte telefonen. De som brukte appen følte seg mer trygge da de fikk svar fra sykepleier med en gang eller veiledning om hva de kunne gjøre. De som ikke brukte appen følte det til tider tok veldig lang tid å finne den riktige personen å prate med om symptomene. |
| Relevans for litteraturstudien | Pasienter som får kreft blir ofte tiltaksløse og glemmer at de selv kan delta i egen omsorg. Ved bruk av denne teknologien kan de bli mer selvhjulpne og reflekter litt mer rundt egen situasjon. Teknologien bidrar til å effektivisere kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, da sykepleieren vet hvilke symptomer pasienten har, samt hva som plager han. Pasientene kunne lett kommunisere med sykepleieren, som da førte til trygghet og mestringsfølelse. Denne studien er overførbar, da både Sverige og Norge ligger relativt likt mtp. utviklingen av teknologien. |
| Etiske overveielser | Etisk godkjenning ble gitt fra Regionale etiske gjennomgang systemet i Uppsala, Sverige. |

4.1.4 Artikkel 4

| | |
|--|--|
| Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land) | Girault, A., Ferrua, M., Lalloue, B., Sicotte, C., Fourcade, A., Yatim, F., Hébert, G., Di Palma, M., Minvielle, E. (2015) Internet-based technologies to improve cancer care coordination: Current use and attitudes among cancer patients. <i>European Journal of Cancer</i> , 51, 551– 557 DOI: 10.1016/j.ejca.2014.12.001. Frankrike. |
| Hensikt | Bruken av internettbaserte hjelpemidler for kreftpasienter er en sterk pådriver for å kunne forandre koordineringen i kreftbehandling. Studiens mål var å finne ut hvor mange av kreftpasientene som bruker internett, samt deres vilje til å bruke denne typen hjelpemiddel for å fremme egen helse. Samtidig var hensikten å analysere innflytelsen på sosiodemografi innenfor de som deltok på studien. |
| Metode | En spørreundersøkelse ble sendt ut i juni 2013, på Gustave Roussi hos sju pasientposter. Dette er et senter for kreftpasienter som årlig behandler +/- 160 000 pasienter. Svarene ble scannet inn på en datamaskin og satt i system. Statistikken undersøkte pasientenes bruk og holdninger til teknologien, samkjørt med alder, kjønn etc. |
| Resultat | Antall deltakere var 85% og gjennomsnittsalderen var 53,4. 71% brukte mobiltelefonen hver dag og 93% hadde tilgang til internett hjemme. Alder og sosialøkonomi spilte ingen rolle i selve statistikken. Et stort flertall av de som deltok hadde en god opplevelse av helsetilbudet samtidig som teknologien forbedret kommunikasjonen. 84% følte seg trygge når de brukte teknologi, men alder og sosialøkonomi spilte en vesentlig rolle. |
| Relevans for litteraturstudien | Her får vi et innblikk i hvor viktig internett har blitt i dagens samfunn, og hvordan dette kan utnyttes av helsevesenet for å frigjøre kapasitet samt effektivisere helsetilbudet. Samtidig ser vi at bruken av kommunikasjonsteknologi gir pasientene mer frihet og selvbestemmelse i behandlingen. Denne studien er overførbar, da både Canada og Norge ligger relativt likt mtp. utviklingen av teknologien. |
| Etiske overveielser | Studien ble godkjent av det franske nasjonalstyret, CNIL, for databehandling og frihet. |

4.1.5 Artikkel 5

| | |
|--|--|
| Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land) | Forbat, L., Maguire, R., McCann, L., Illingworth, N. & Kearney, N (2009) The use of technology in cancer care: applying Foucault's ideas to explore the changing dynamics of power in health care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(2), 306–315 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04870.x Storbritannia. |
| Hensikt | Studien ser på nytten ved å bruke iPad/mobil som kreftpasienten skal bruke for å kartlegge sine bivirkninger av cellegiften/ kreftbehandlingen. Flere og flere pasienter velger å bo hjemme under behandlingen, og studien baserer seg på kreftpasienter som bor hjemme. I studien sees betydningen av slik teknologi fra Foucault's perspektiv, som kaster lys over hvordan teknologien skaper nye former for medisinsk overvåking og maktbruk. |
| Metode | I 2006 ble en intervensjonsstudie utført hvor personer som mottok kjemoterapi skulle bruke ny teknologi. 56 personer rammet av kreft gjennomførte en spørreundersøkelse hvor de da hadde tatt i bruk denne teknologien. 12 av disse menneskene ble deretter intervjuet. Sekundæranalyse av intervjudataene presenteres i studien, og bygger på Foucaults ideer om overvåking og makt sett i medisinsk sammenheng. |
| Resultat | Tilbakemeldingene fra pasientene som var rammet av kreft omhandlet refleksjon rundt makt og overvåking under kreftbehandlingen. Mens dette har en tendens til å få fram negative elementer rundt omsorg, reflekterte deltakerne rundt begrepet empowerment; å kunne ta del i egen behandling og følelsen av mestring. De så ikke de negative aspektene ved overvåking og makt, men heller nytteeffekten av teknologien gjennom empowerment. Videre viser studien til at sykepleiere, ved hjelp av teoretisk innsikt, må tenke mer kritisk med tanke på mulighetene teknologien gir. Sykepleiere må vurdere forholdet til teknologi opp i mot relasjonen med pasienten og maktdynamikken i helsevesenet. |
| Relevans for litteraturstudien | Studien omhandler kommunikasjonsteknologi og hvordan dette gir følelsen av empowerment hos kreftpasientene. Teknologien fører til økt kommunikasjon med sykepleier og bidrar til trygghet. Denne studien er overførbar, da både Storbritannia og Norge ligger relativt likt mtp. utviklingen av teknologien. |
| Etiske overveielser | Studien er godkjent av De nasjonale forskningsetiske komiteene. |

4.1.6 Artikkel 6

| | |
|--|---|
| Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall, DOI, land) | Lindberg, L., Nilsson, C., Zotterman, D., Söderberg, S., og Skär, L. (2013) Using Information and Communication Technology in Home Care for Communication between Patients, Family Members, and Healthcare Professionals: A Systematic Review Volum 2013, Artikkel ID 461829, 31 sider. Doi: 10.1155/2013/461829 Sverige. |
| Hensikt | Å sammenligne forskjellige studier som omhandlet kommunikasjonsteknologi(IKT) for kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende. Dette spesielt med tanke på pasienter med kronisk sykdom(bl.a. kreft) som bor hjemme. |
| Metode | Det ble gjort en anmeldelse av hele 1276 studier. Etter nøye selektering og kvalitetsvurdering sto de igjen med 107 studier. Alle kvalifiserte studier (n=130) ble evaluert i vitenskapelige kvaliteter; høy vitenskapelig kvalitet(80-100%), middels vitenskapelig kvalitet(70-79%) og lav vitenskapelig kvalitet(60-69%). |
| Resultat | Resultatene gir en oversikt over karaktertrekk ved studier som beskriver bruk av kommunikasjonsteknologi hos pasienter som bor hjemme. De konkrete resultatene beskriver hvordan kommunikasjon ved bruk av kommunikasjonsteknologi ble utført i hjemmet, og fordelene og ulempene ved bruk av teknologien. Resultatet dominerte med positiv respons ved bruk av kommunikasjonsteknologi. |
| Relevans for litteraturstudien | Studien viser at kommunikasjonsteknologi vil bidra til forbedret kommunikasjon mellom pasient og helsevesenet. Teknologien virker som en effektivisering og hjelpemiddel innenfor kommunikasjon, men kan ikke overta den personlige relasjonen. Den er også en positiv bidragsyter til selvbehandling og mestringsfølelse hos pasienter med kronisk sykdom. Denne studien er overførbar, da både Sverige og Norge ligger relativt likt mtp. utviklingen av teknologien. |
| Etiske overveielser | Ikke diskutert, da det ikke var nødvendig med etisk godkjenning. |

4.2 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Forskning viser at bruk av teknologi for å kommunisere mellom pasient og helsepersonell har ført til forbedring av livskvaliteten hos pasientene, samt bidratt til at pasientene får bedre kontroll på symptomene (Maguire mfl., 2009; McCanne mfl., 2008; Girault mfl., 2015; Forbat mfl., 2009; Nyman mfl., 2017). Kommunikasjonsteknologien bidrar til at kreftpasienter føler seg mer trygge under behandlingen. Ved å ha muligheten til å sende inn svar om symptomene og få svar og veiledning umiddelbart fører til at pasientene føler de blir sett og hørt. Sykepleiere er bedre forberedt når pasienten kommer i poliklinikken og interaksjonen mellom sykepleier og pasienten forsterkes. Dette er med å forsterke pasientsikkerheten (Maguire mfl., 2009; Nyman mfl., 2017). Generelt er gjensidig kontakt i poliklinikken det samme både for de som bruker teknologien og de som ikke bruker teknologien (Nyman mfl., 2017). Deltakerne som bruker teknologien deltar mer i egen omsorg fordi de er nødt til å fullføre spørreundersøkelsen og får veiledning om hva de burde gjøre videre. Teknologien har også ført til at færre pasienter legges inn på sykehus og legevakt samtidig som det gir en økonomisk gevinst (Forbat, mfl., 2009). Deltakerne unngår her sykehusinnleggelse fordi det blir iverksatt tiltak før pasienten blir dårlig, noe som gir håp for pasientene (Maguire mfl., 2017).

Kreft blir i dag sammenlignet med en kronisk sykdom behandlingsmessig, da flere overlever og flere bor hjemme under behandlingsforløpet. Disse pasientene trenger god oppfølging av sykepleierne, og teknologien forbedrer her kvaliteten på helsetjenestene og kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Girault mfl., 2015). Teknologien lover sanntidskommunikasjon mellom pasientene og deres lokale helse- og omsorgstjenester. Denne typen helseovervåking går på tvers av internasjonale grenser hvor teknologien i stadig større grad blir brukt (Forbat mfl., 2009).

Ved bruk av kommunikasjonsteknologi oppga noen pasienter redselen for å bli overlatt til seg selv kun med en telefon. Deltakerne oppga de i perioder hadde større behov for å prate med noen enn kun å sende inn svarene (McCanne mfl., 2008).

4.3 Pasientens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi

Teknologien har idag blitt en del av hverdagen, men likevel er mange redde for å bruke den når det kommer til behandling. Da pasientene ble spurt om å bruke kommunikasjonsteknologi som en del av behandlingen, reagerte mange med frykt for å gjøre noe feil. En av deltakerne i studien til McCanne mfl. (2008) uttrykte frykt for å bruke teknologien feil da erfaringen ved bruk av teknologi ikke var god. Det å få opplæring i hvordan de kunne bruke mobilen gjorde at mange ble trygge på både seg selv og helsepersonellet. Deltakerne fikk bedre selvtillit da de fikk muligheten til å utarbeide en teknologi som kunne hjelpe andre.

Mange av pasientene følte seg trygge både fordi de fikk rask tilbakemelding fra helsepersonellet og fordi de følte det var noen som passet på dem selv om de var alene hjemme (McCanne mfl., 2008; Nyman mfl., 2017). Noen av deltakerne i studiet til Nyman mfl.(2017) forteller at da de var i poliklinikken måtte de ofte kjempe for å få svar angående symptomene sine. Enten hadde ikke personalet tid til å prate, eller tid eller kunnskap nok til å svare på spørsmålene. Dette medførte at pasientene ble frustrert og oppgitt over at de satt igjen med så mange ubesvarte spørsmål.

Deltakerne følte det var veldig viktig å skrive inn symptomene sine to ganger om dagen da formen forandret seg hele tiden. Mange lagde rutiner rundt det å svare på spørsmålene hvor de valgte å svare på spørsmål samtidig som de tok medisinene sine. Dette bidro til at de husket å gjøre begge delene. Deltakerne følte de alltid hadde noen å kontakte om de skulle bli dårlige. De følte også mestring ved å bruke kommunikasjonsteknologi for å få uttrykt sine symptomer da slik teknologi åpnet for nye og bedre måter å kommunisere med sykepleieren på (Forbat mfl., 2009; McCanne mfl., 2008). Selv om mange var positive til teknologien, var det en del som følte de skulle hatt flere svaralternativer. Deltakerne følte det enkelte dager var behov for å prate litt mer enn det å sende inn noen svar. Det var også perioder hvor de var engstelige av å være alene med seg selv (McCanne mfl., 2008).

4.4 Sykepleierens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi

Ved bruk av kommunikasjonsteknologi åpnes muligheter for å gi en mer kvalitetssikret omsorg samtidig som det er økonomibesparende. Teknologien fører til at samhandlingen mellom sykepleierne blir effektivisert (Girault mfl., 2015). Ved bruk av teknologien kunne sykepleierne ringe direkte til pasientene om resultatene var dårlige, noe som var til stor glede for pasientene. Videre bidro sykepleierne til å stoppe forverringen av sykdommen ved at de motiverte pasientene til å kontakte legen når resultatene viste seg å være dårlige. Her fikk pasientene hjelp i rett tid i stedet for å risikere å bli såpass dårlig at de måtte innlegges på sykehus. Dette skapte en god og trygg følelse både for sykepleieren og pasienten. Gjennom kommunikasjonsteknologi ble det lettere for sykepleieren å hjelpe pasienten da pasienten fikk et større innblikk i egen sykdom som igjen førte til mer delaktivitet i behandlingsforløpet (Maguire mfl., 2009).

Sykepleierne som ble spurt om å delta i studien uttrykte frustrasjon da de ikke så hvordan tiden skulle strekke til for å lære seg teknologien. Med den store nedbemanningen i helsevesenet ble det stilt spørsmål om hvordan sykepleierne skulle få til tid å sette seg ned for å lære hvordan teknologien skulle brukes. Ved god opplæring ble holdningene til sykepleierne snudd da det viste seg at denne typen teknologi ikke krevde like mye av deres tid som først antatt, samtidig som det bidro til mindre arbeidsbelastning. Gjennom studien ble sykepleierne overbevist om at slik teknologi kan bli nyttig i framtida med tanke på effektivisering og pasientsikkerhet (Maguire mfl., 2009).

5.0 Drøfting/Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres oppgavens problemstilling ut i fra valgte forsknings- og fagartikler. Diskusjonen følger samme inndeling som resultatet for å oversiktlig kunne belyse problemstillingen. Tre av artiklene går ut på bruken av ASyMS, hvor den ene artikkelen går ut på sykepleierens perspektiv ved bruken av denne typen teknologi (Maguire mfl., 2009), den andre omhandler kreftpasientens perspektiv (McCanne mfl., 2008) og den siste omhandler hvordan kreftpasientene opplever teknologien med tanke på overvåking og makt (Forbat mfl., 2008). De tre siste artiklene tar for seg hvordan bruken av smarttelefon påvirker kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Nymann mfl., 2017), hvordan kommunikasjonsteknologi påvirker kommunikasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende (Lindberg mfl., 2013), og hvordan holdningene til kreftpasientene er ved bruk av kommunikasjonsteknologi (Girault mfl., 2014). Samtidig trekkes Travelbees teori inn for å belyse hvordan sykepleieren skal tiltre for å imøtekomme pasienten.

5.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Relasjon omhandler at én person står i forbindelse med en annen. I helsesammenheng brukes begrepet som forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2017, s. 17). En sykepleier har en asymmetrisk relasjon med pasienten, hvor den ene parten har mer makt og myndighet enn den andre. Her har sykepleieren og pasienten ulik kompetanse og er i forskjellige situasjoner. Sykepleieren har her en etterspurt kompetanse som han/hun benytter for å ivareta pasientens behov for sykepleie (Reitan, 2017, s. 104-105; Sneltvedt, 2013, s. 157). For å sikre pasientsikkerheten og ivareta pasientens rettigheter står det i pasient og brukerrettighetsloven (1999) at ved å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd, skal lovens bestemmelser bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og omsorgstjeneste. Tillitsforhold bygges gjennom god kommunikasjon og godt samarbeid mellom sykepleier og pasient gjennom deres erfaringer og kunnskaper (Sneltvedt, 2013, s.157). Travelbee(2001) trekker frem viktigheten av non-verbal kommunikasjon for å skape god interaksjon med pasienten. Non-verbal kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel for å formidle følelser og vise tilstedeværelse både fra sykepleieren- og pasienten sin side.

Bruken av teknologi og dens stadige utvikling kan ha betydning for måten helsepersonell observerer og kommuniserer med pasienten på. Ved bruk av kommunikasjonsteknologi kan helsepersonell miste et helhetlig syn på pasienten, da helsepersonell slipper å besøke pasienten fysisk. Teknologien kan gjøre at helsepersonellet ikke bare mister den fysiske kontakten med pasientene-, men også glemmer pasienten bak dataene. Dette kan føre til avstand i relasjonen mellom helsepersonell og pasient, noe som betraktes som mangelfull omsorg (Martinsen, 2003, som sitert i Nakrem, 2017).

På en annen side viste en studie i Nederland at kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell ble bedre og mer fokusert gjennom telemonitorering. Her slapp de å bli utsatt for tidspress eller forstyrrende elementer. Helsepersonellet følte en bedring i relasjonen med pasienten da denne teknologien ga muligheten til å gjennomføre en hyppigere og mer målrettet kontakt (Pols, 2010, som sitert i Nakrem, 2017).

Å kommunisere ved hjelp av teknologi viser seg å ha en viktig funksjon i å omdefinere pasientens rolle i helsevesenet. Deltakerne har tidligere kviet seg for å kontakte lege eller sykepleier da de vet disse ofte har det travelt (Forbat mfl., 2009). I artikkelen til Nyman mfl.(2017) forteller deltakerne at da de fikk behandling i poliklinikken måtte de ofte kjempe for å få svar angående symptomene sine. Personalet hadde verken tid til å prate eller å svare på spørsmål da de hadde mangelfull kompetanse. Dette medførte at pasientene ble frustrerte og oppgitte over at de satt igjen med så mange ubesvarte spørsmål. Ved bruk av teknologien ble det lettere å kunne dele sine symptomer og å vite at noen hadde tid til å hjelpe. Deltakerne hadde også den tryggheten ved at sykepleieren tok kontakt om resultatene var dårlige.

Videre skaper teknologien nye måter å kommunisere på. Noen av pasientene hadde lettere for å åpne seg ved å skrive enn ved å ha en samtale (Forbat mfl., 2009; McCanne mfl., 2008; Nymann mfl., 2017). Dette kommer tydelig frem i studiet til Nymann mfl. (2017) hvor det belyses hvordan menn håndterer symptomene og tankene sine på en bedre måte ved hjelp av kommunikasjonsteknologi. I følge Lindberg mfl. (2013) vil kommunikasjonsteknologi føre til at sykepleierne blir mer fleksible og i stand til å ta hensyn til behovene hos hver enkelt pasient, som igjen vil føre til en mer person-sentrert omsorg. Videre trekker hun frem at kommunikasjonsteknologi skaper utfordringer med tanke på å møte pasientenes behov ut i fra deres erfaringer. Pasientene sitter med mye erfaringsbasert informasjon og kunnskap, og kan

gjennom forbedret kommunikasjon med sykepleieren komme med innspill for å forme sitt behandlingsforløp (St.Meld. 47 (2008-2009)). Sykepleierne har en mer generell kunnskap, mens pasienten har en mer spesiell kunnskap, noe som innebærer at de har kunnskap om seg selv og sin helse (Sneltvedt, 2013, s. 157). Ved å la pasientene være med på å forme utviklingen av kommunikasjonsteknologien, kan dette føre til at vi løser de utfordringene som til nå har oppstått (Nyman mfl., 2017).

5.2 Pasientens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi

I satsingen om å ta i bruk velferdsteknologi er det viktig å ivareta et godt pasientliv. Dette gjøres ved at teknologien er involverende, hvor pasienten her får muligheten til å ta del i sitt eget liv på en konstruktiv måte (Kiran & Nakrem, 2017). Alle mennesker er ulike i evner, nysgjerrighet og villighet til å se hvordan velferdsteknologien gir nye løsninger. Her vil det alltid variere hvordan opplevelsen til de ulike pasientene blir påvirket ved bruk av samme teknologi (Kiran & Nakrem, 2017). Dette understøttes av noen av deltakerne på studiet til McCanne (2008) og Nyman (2017). Deltakerne deler sine opplevelser om bruken av kommunikasjonsteknologi hvor noen er fornøyde og er veldig positivt innstilt til teknologien og utviklingen av den, mens andre ikke var like fornøyde med bruken av teknologien. I følge Travelbee kan to individer stå overfor samme erfaring, men de vil reagere på egne unike måter på bakgrunn av deres tidligere erfaringer og opplevelser. Disse erfaringene og opplevelsene vil ha innvirkning på forståelsen av nåtidens utvikling (Travelbee, 2001, s. 57). Ved at deltakerne var med på å bestemme hvilke spørsmål smarttelefonen skulle inneholde, gjorde at de følte seg inkludert og ga mestringsfølelse i form av at de kunne forme teknologien til det bedre for seg selv og andre (Nyman mfl., 2017).

Mange av kreftpasientene sliter med bivirkninger som følge av sykdommen og behandlingen. Pasientene har vært nødt til klare seg selv hjemme uten direkte støtte fra helsepersonellet (McCanne mfl., 2008). I følge Travelbee (2001) oppsøker mange pasienter familie eller venner når det oppstår uønskede symptomer i stedet for å oppsøke lege. Dette kan føre til misforståelser og feilbehandling. I slike tilfeller er det viktig at kreftpasienter har muligheten til å få profesjonell hjelp. Bruk av kommunikasjonsteknologi gjør det mulig å opprettholde kontinuerlig kontakt med helsepersonellet. Dette bekrefter mange av deltakerne i studiet til

McCanne mfl. (2008). Å få råd og veiledning fra helsepersonell bidrar til en økt trygghetsfølelse (McCanne mfl., 2008; Nyman mfl., 2017).

I flere av studiene brukes ASyMS(advanced symptom management system), som er en type kommunikasjonsteknologi som går ut på at bivirkninger pasientene får av cellegiften registreres på en mobiltelefon som lagres og sendes direkte til helsepersonell. Pasientene får bo hjemme og svarer på en spørreundersøkelse to ganger daglig angående deres symptomer og helsetilstand. Helsepersonellet gir deretter helsemessige råd uten at pasienten behøver å legges inn. Dette vil effektivisere helsehjelpen gitt til pasientene og er en bidragsyter til pasientsikkerhet (Forbat mfl., 2009). Alle utvalgte studier viste til at deltakerne var positivt overrasket over teknologien og følte denne åpnet for en helt ny måte å kommunisere med sykepleieren på. Deltakerne følte de lettere kunne komme i direkte kontakt med helsepersonell samtidig som de fikk tilstrekkelig informasjon til å bo hjemme og klare seg på egen hånd (Forbat mfl., 2009; Lindberg mfl., 2013; McCanne mfl., 2008; Nyman mfl., 2017; Girault mfl., 2014)

Utfordringer knyttet til kommunikasjonsteknologi vil være å sørge for at brukerne har fått tilstrekkelig informasjon og forstår hvordan hjelpemiddelet skal brukes. Dersom brukerne ikke har forståelse for hvordan hjelpemiddelet skal brukes, kan de heller ikke komme med relevante tilbakemeldinger. Risikoen ved utilstrekkelig opplæring er at brukerne ikke opplever teknologien som hensiktsmessig og derfor lar være å ta den i bruk (Hofmann, 2010). Det å få opplæring i hvordan de kunne bruke mobilen gjorde at mange ble trygge på både seg selv og helsepersonellet (McCanne mfl., 2008). Samtidig er det viktig å se utviklingen av teknologien med et kritisk blikk, da denne fort kan skape en falsk sikkerhet for pasientene. Her opplevde noen pasienter usikkerhet rundt når de skulle kontakte sykehuset og om sykepleieren tolket symptomene like alvorlig som pasientene selv følte det. I studien til Forbat mfl., (2009) svarte pasientene at om de var bekymret, nølte de ikke med å kontakte sykehuset. Likevel er det viktig å ha i bakhodet at denne studien kun tar for seg et fåtall av alle kreftpasientene. Her ser vi at mangel på tilstrekkelig informasjon på sikt kan ødelegge relasjonen mellom pasient og sykepleier, da pasienten føler seg utrygg og mistolket av teknologien.

Velferdsteknologi trekkes både i positive og negative retninger. For å unngå negative opplevelser er det viktig å tenke gjennom hvordan velferdsteknologi innføres, da med tanke

på hvordan pasientene opplever mulighetene i forhold til begrensningene og hvordan teknologien innrammes. Det er også viktig å se det mulig positive sammenlignet med det mulig negative. I dagens samfunn bruker pasienten i større grad internett for å tilegne seg kunnskap om egen helse, samt hvilke behandlingstilbud som finnes. Pasienter som får være med å bestemme og planlegge egen behandling og helsehjelp er bedre rustet til å mobilisere egne ressurser. Som et resultat at dette vil prognosen for bedre resultater bli bedre (St.Meld. 47 (2008-2009)).

5.3 Sykepleierens erfaring ved bruk av kommunikasjonsteknologi

Norsk sykepleierforbund mener sykepleie skal være kunnskapsbasert. Det er viktig med nok tilgang til oppdatert helseinformasjon, fagstøtte, kunnskapskilder og teknologi som støtter arbeidsprosessen. Dette er et ansvar utdannings- og forskningsinstitusjonene har for å utvikle kunnskap og kompetanse. Sykepleieren bør være inkludert i kunnskapsutviklingen slik at en oppnår gode løsninger som er tilpasset sykepleierens behov i en travel arbeidshverdag (Dale mfl., 2010, s. 190-191).

Arbeidshverdagen til en sykepleier er kjent for å være stressende med for få ressurser. I studiet til Maguire mfl. (2009) ble forslaget om å bruke kommunikasjonsteknologi møtt med stor skepsis blant sykepleierne. På grunn av nedbemanning og en allerede for travel arbeidshverdag, så ikke sykepleierne hvordan tiden skulle strekke til. Da kommunikasjonsteknologien skulle innføres ble det satt av god tid til opplæring, noe sykepleierne la stor vekt på. Gjennom god opplæring unngikk de at teknologien gikk utover arbeidshverdagen på en negativ og stressende måte. Sykepleieren kunne heller bruke teknologien som et effektivt hjelpemiddel (Maguire mfl., 2009). For å redusere motstand mot nye løsninger og endrede arbeidsrutiner er god innovasjonsledelse og innovasjonskompetanse viktig. Dette vil også være en bidragsyter for at ansatte får være med på å utforme løsninger (NOU 2011:11).

Sykepleieren følte relasjonen mellom pasienten og sykepleieren ble styrket gjennom kommunikasjonsteknologien da begge parter var forberedt og hadde et felles mål for videre helsefremming (Maguire mfl., 2009). Kommunikasjonsteknologi fører til at sykepleier kan kommunisere med pasientene i hjemmet både som kunnskapsutvikling og som psykososial-

og emosjonell omsorg (Lindberg mfl., 2013). En av målene til sykepleieren er å bistå den syke til å mestre sykdommen og lidelse som en erfaring. Dette gjør sykepleieren ved å etablere en tilknytning til den syke, som fører til at han/hun blir forstått og ikke er alene (Travelbee, 2001, s. 35). Mange av sykepleierne i studiet til Maguire mfl. (2009) følte at de fikk etablere en omsorgstilknytning med pasientene selv om dette foregikk gjennom kommunikasjonsteknologi. Det å ringe til pasientene og støtte dem under behandlingen ved hjelp av kommunikasjonsteknologi førte til at sykepleieren følte de ikke mistet omsorgen og kommunikasjonen med pasienten (Maguire mfl., 2009).

Ut i fra artiklene ser vi nå hvordan kommunikasjonsteknologien effektiviserer sykepleiernes arbeidsoppgaver og gir mulighet til å samarbeide med andre yrkesgrupper og styrker den tverrfaglige kompetansen blant helsepersonell. Når man tar i bruk ny teknologi krever det ofte mer samarbeid mellom de forskjellige yrkesgruppene som fra før ikke har arbeidet så mye sammen. Helsepersonell er nødt til å ta del i et nettverk av relasjoner mellom mennesker, aktiviteter og materielle strukturer. Det er viktig med god samhandling for å kunne møte de nye generasjonenes krav til kunnskap, informasjon og veiledning, noe som vil føre til at pasientene kan være med på å bestemme over eget omsorgstilbud. Det er også viktig å tilrettelegge helsehjelpen individuelt, tilpasset hver enkelt pasient (Pettersen, 2003, som sitert i Dale mfl., 2010; Kleiven, 2017, s.86).

5.4 Etske utfordringer ved bruk av kommunikasjonsteknologi

En etisk vurdering bør ikke basere seg på hvordan teknologien påvirker effektivitet og kvalitet innad i helsetjenesten, men hvordan den endrer vår oppfatning og vurdering for hva som utgjør god effektivitet og god omsorg (Kiran & Nakrem, 2017). I følge Hofmann (2010, som sitert i Nakrem og Sigurjonsson, 2017) er velferdsteknologi tvetydig i et etisk perspektiv. Den kan både gjøre det mulig å bo hjemme for pasienter med fysisk og kognitiv svekkelse, men kan også fremmedgjøre hjemmet. Teknologien kan fungere involverende når pasienten klarer å la teknologien understøtte sine egne muligheter, men kan også virke som en belastning for pasienten hvis pasienten ikke klarer å la den understøtte egne muligheter (Kiran & Nakrem, 2017). Når velferdsteknologien blir implementert hjemme hos pasienten, er det viktig å tenke på om den gir en hjemmefølelse eller om den blir en slags medisinsk

klinikk med forskjellige typer apparater (Kiran & Nakrem, 2017). Behandling i hjemmet kan pålegge et betydelig ansvar hos pasienten med hensyn til helseproblemer, noe som kan forårsake stress hos pasienten (Hofmann, 2012).

I følge Malmvall (2001, som sitert i Hofmann, 2010) kan det synes å være uheldig å bruke teknologien til å kommunisere prøveresultater om alvorlig sykdom, selv om befolkningen blir stadig mer vant til slike former for kommunikasjon. Der hvor personlig kontakt er grunnleggende i behandlingen blir det utfordrende å overføre dette til velferdsteknologien (Loh, 2004, som sitert i Hofmann, 2010). På en annen side kan kommunikasjonsteknologi gjøre det mulig å tilby bedre tjenester som fører til autonomi hos pasientene. Her vil teknologien bli en bidragsyter for pasientene til å ta egne valg. Kommunikasjonsteknologi kan bidra til økt sosial kontakt og reduserer deretter depresjon (Hofmann, 2012). Pasientene får innsikt i egen sykdom og behandling, som igjen gir ny kunnskap. Dette kan føre til at pasientene blir mer selvstendige og kan ta kontroll over egne symptomer og egen helse (Forbat mfl., 2009).

Mens teknologiske fremskritt stadig bli prøvd ut blant helsepersonell, blir også oppfatninger av overvåking diskutert. Forbat mfl. (2009) trekker frem teorien til Foucault som setter lys på nettopp temaet overvåking og makt i et helseperspektiv påvirket av teknologi. Makt og kunnskap er sterkt knyttet sammen og spiller spesielt en rolle i nye systemer hvor de bruker teknologi til å utføre observasjoner fra avstand. Foucault mener slik teknologi utøver mye makt da pasientene stadig blir overvåket samtidig som pasientene ikke får en personlig relasjon til helsevesenet. Han mener relasjoner gjennom makt blir dårligere på grunn av teknologien, hvor det også er en fare for at pasientene blir gjort til en gjenstand. Helsevesenet kan ha oversikt over personopplysningene til mange pasienter på en gang, noe som gjør at sykepleieren mister det kliniske blikket, samt den personlige relasjonen. Foucault stiller spørsmål ved om bruken av teknologi i helsevesenet vil påvirke legenes og helsepersonellens kliniske blikk på pasienten (Cheek & Porter 1997; i Forbat mfl., 2009).

Helsedirektoratet (2012) trekker også inn at velferdsteknologi kan føre til overvåking og kontroll som videre kan krenke den enkeltes personlige integritet og personopplysningsvern. Når en tar i bruk velferdsteknologi kan store mengder sensitive personopplysninger bli generert, noe som stiller krav til å håndtere denne informasjonen forsvarlig. Helse- og

omsorgstjenesten må etterspørre og kreve personvernvennlige løsninger (Helsedirektoratet, 2012).

Studien til Forbat mfl. (2009) ble gjennomført i 2006, og teknologien har vært i stadig utvikling siden dette. I artiklene publisert i nyere tid, som blant annet Nyman mfl. (2017), ser vi at teknologien blir dratt i en mer positiv retning hvor pasientene ser på bruken av kommunikasjonsteknologi som en naturlig del av hverdagen. Da teknologien i dag er blitt en stor del av livene våre, tenker ikke deltakerne på kommunikasjonsteknologi som en belastning eller overvåking, men heller en trygghet (Forbat mfl., 2009; Girault mfl., 2014; Lindberg mfl., 2013; McCanne mfl., 2008; Nyman mfl., 2017).

6.0 Konklusjon

Bruk av kommunikasjonsteknologi er enda i startfasen og uten tvil en ny fase innenfor kreftomsorgen. I artiklene kommer det frem at pasientenes og sykepleierens opplevelser og erfaringer med kommunikasjonsteknologi er positivt og innfrir forventningene med hensyn til å trygge pasienten, gi bedre kontroll over symptomene og ikke minst gjøre pasientene mer delaktig i egen omsorg. Pasientene har også opplevd systemet og opplæringen som enkel og brukervennlig. Vi ser nå at kvalitetsbehandlingen blir styrket da kommunikasjonsteknologien ikke erstatter, men kommer i tillegg til eksisterende oppfølging. Det er viktig å huske på at velferdsteknologi er et hjelpemiddel som skal hjelpe helsevesenet å oppnå noe, og er ikke selve løsningen på problemet. Velferdsteknologi må brukes sammen med god omsorg for å lette tilværelsen til pasienten. Kommunikasjonsteknologi åpner opp for nye måter å kommunisere med pasientene på, noe som på lang sikt vil påvirke hvordan helse- og omsorgstjenestene er organisert på. Til tross for positive tilbakemeldinger ved bruk av kommunikasjonsteknologi, ser vi at det fortsatt er utfordringer ved implementering av velferdsteknologi i helsevesenet. Det må etableres bedre kunnskapsgrunnlag for å videre kunne vurdere effekten av velferdsteknologi. Gjennom bacheloroppgaven ser vi det finnes for lite forskning innenfor velferdsteknologi som baserer seg på kommunikasjon og kreftpasienter. De fleste studiene var pilotstudier, noe som gjør det vanskelig å se den helhetlige nytteverdien av denne typen teknologi.

LITTERATURLISTE

Alvsvåg, H. (1997) *Sykepleie- mellom vitenskap og pasient*. 1. Utg.

Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Aveyard, H. (2014) *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*. 3. Utg. Berkshire: Open University Press.

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. 1. Utg. Oslo: Tano Forlag AS.

Bertelsen, B., Hornslien, K. og Thoresen, L.(2011) *Svulster*, i Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red) *Sykdom og behandling*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. 1. Utg. Oslo: Abstrakt forlag AS

Dale, B., Dale, J. G., Fensli, M. M. F. og Fensli, R.(2010) *Omsorg og teknologi: i dag og i morgen*, i Andersen, A. J. W., Larsen, I. B. og Söderhamn, O. *Utdanning til OMSORG i fortid, nåtid og framtid*. 1.Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/> (Hentet: 02.05.18).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

(Hentet: 02.05.18).

Den norske legeforening (2013) *Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening*

Tilgjelig fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/> (Hentet: 02.05.18).

Drageset, S., Ellingsen, S. (2009) Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2 (5); 100 – 113.

Tilgjengelig fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/244/234>

(Hentet: 30.04.18).

Drageset, S., Ellingsen, S. (2010) Å skape data fra kvalitative forskningsintervjuer.

Sykepleien Forskning 5 (4); 332 – 335. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju> (Hentet:

30.04.18).

Eide & Eide (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Forbat, L., Maguire, R., McCann, L., Illingworth, N. & Kearney, N (2009) The use of technology in cancer care: applying Foucault's ideas to explore the changing dynamics of power in health care, *Jornal of advanced nursing* 65(2), 306–315, DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04870.x

Girault, A., Ferrua, M., Lalloue, B., Sicotte, C., Fourcade, A., Yatim, F., Hébert, G., Di Palma, M., Minvielle, E. (2015) Internet-based technologies to improve cancer care coordination: Current use and attitudes among cancer patients, *European Journal of Cancer*, 51, 551-557,

DOI: 10.1016/j.ejca.2014.12.001

Helsedirektoratet (2012) *Velferdsteknologi. Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo.

Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrappport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

(Hentet: 25.04.18).

Helsedirektoratet (2015) *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Oslo.

Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1139/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>

(Hentet: 03.05.18).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Velferdsteknologi*.

Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/velferdsteknologi/id2480195/>

(Hentet: 02.05.18).

Hofmann, B. (2012). Ethical Challenges with Welfare technology: A review of the Literature. *Science and Engineering Ethics*. 19-2, p. 389-406.

Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11948-011-9348-1.pdf>

(Hentet: 25.04.18).

Hofmann, B. (2010) *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Oslo: Nasjonalt senter for helsetjenesten

Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2010/etiske-utfordringer-med-velferdsteknologi/>

(Hentet: 02.05.18).

Johnsen, K. & Engvold, H. O.(red) (2013) *Klinisk kommunikasjon i praksis*.

Oslo: Universitetsforlaget AS

Kreftforeningen (2018) *Hva er kreft?*

Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

(Hentet: 02.05.18)

Kiran, A. H. og Nakrem, S. (2017) Etiske perspektiver ved bruk av velferdsteknologi, i

Nakrem, S. og Sigurjónsson, J. B.(red) *Velferdsteknologi i praksis - perspektiv på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjenesten*. 1. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Kleiven, H. H. (2017) Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi, i Nakrem, S. og Sigurjónsson, J. B.(red) *Velferdsteknologi i praksis - perspektiv på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjenesten*. 1. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Lindberg, L., Nilsson, C., Zotterman, D., Söderberg, S., og Skär, L. (2013)
Using Information and Communication Technology in Home Care for Communication between Patients, Family Members, and Healthcare Professionals: A Systematic Review, *International Journal of Telemedicine and Applications*, 31 pages.
DOI: 10.1155/2013/461829

Lorentsen, V. B. og Grov, E. K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R.(red) *Klinisk Sykepleie 2*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (2009) *Helseforskningsloven*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helse%2Bog%2Bomsorgsdepartementet>
(Hentet: 02.05.18).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1991) *Pasient- og brukerrettighetsloven*.
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
(Hentet: 02.05.18).

Maguire R, McCanne L, Miller M, Kearny N (2008). Nurses perception and experiences of using a mobile phone-based Advanced Symptom Management System(ASyMS) to monitor and manage chemotherapy-related toxicity.
European Journal Oncology Nursing, 12, 380-386. DOI: 10.1016/j.ejon.2008.04.007.

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

McCanne, L., Maguire, R., Miller, M., Kearny, N. (2009). Patients' perceptions and experiences of using a mobile phone- based advanced symptom management system(ASyMS) to monitor and manage chemotherapy related toxicity. *European Journal of cancer Care*, 18.156-164. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2008.00938.x.

Meld. St. 26 (2014-2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*, Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
(Hentet: 06.05.18).

Meld. St. 29. (2012-2013), *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
(Hentet: 02.05.2018).

Nakrem, S. og Sigurjónsson, J. B.(red) (2017) *Velferdsteknologi i praksis - perspektiv på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjenesten*. 1. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Nakrem, S. (2017) Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring, i Nakrem, S. og Sigurjónsson, J. B.(red) *Velferdsteknologi i praksis - perspektiv på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjenesten*. 1. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Nasjonal kreftstrategi (2013-2017) *Sammen - mot kreft*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf (Hentet: 27.04.18).

Nortvedt, M., Jamtvedt, J., Graverholt, B., Nordheim, L. V. og Reinart L. M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert!* 2. Utg. Oslo: Akribe AS

Norsk sykepleierforbund (2018) *Sykepleiermangel*.

Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiermangel/artikkelliste/1740674>

(Hentet: 02.05.18).

NOU 2011: 11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning. Tilgjengelig fra:

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

(Hentet: 11.04.18).

NSD - Norsk senter for forskningsdata (2018) Register over vitenskapelige

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

(Hentet: 02.05.18).

Nyman, MH., Frank C., Eklof, AL., Blomberg, K., Sundberg, K., Wengstrøm, Y. (2017) Patients perspective on Participation in Care With or Without the Support of a Smartphone App During Radiotherapy for Prostate cancer.

JMIR Mhealth and Uhealth, 5(7) e 107. DOI: 10.2196/mhhealth.6829.

Reitan, A. M (2017) Klinisk kommunikasjon, i Reitan A. M. og Schjølberg, T.(red)

Kreftsykepleie, Pasient- Utfordring- Handling. 4. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Sneltvedt, T. (2013) Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?, i Brinchmann, B. S.(red) *Etikk i Sykepleien*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (2009)

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

(Hentet: 10.04.18)

Sæteren, B. (2010) Åndelig og eksistensiell omsorg, i Reitan A. M. og Schjølberg, T. (red) *Kreftsykepleie, pasient- utfordring- handling*. 3. Utg. Oslo: Akribe AS

Tidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget AS

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk