

Ida Kristin Røyset Bruvik
Eileen Grete Berstad

Ein kvalitativ studie om helsepersonell sine erfaringar med bruk av digitale tilsyn på sjukeheim

Bacheloroppgåve i Sjukepleie
Rettleiar: Rigmor Einang Alnes
Mai 2022

Ida Kristin Røyset Bruvik
Eileen Grete Berstad

Ein kvalitativ studie om helsepersonell sine erfaringar med bruk av digitale tilsyn på sjukeheim

Bacheloroppgåve i Sjukepleie
Rettleiar: Rigmor Einang Alnes
Mai 2022

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Samandrag

Hensikt: Å få innsikt i helsepersonell sine erfaringar med bruk av digitale tilsyn på sjukeheim.

Bakgrunn: Velferdsteknologi er i stadig utvikling og blir ein større del av helsetenesta som blir tilbydd. Dermed ønsker vi å få eit innblikk i korleis teknologien påverkar helsetenesta.

Metode: Vi har nytta kvalitativ metode der vi intervjuar ein avdelingsleiar og ein sjukepleiar på to sjukeheimar, totalt fire informantar. Vidare brukte vi systematisk tekstkondenseringsanalyse for å analysere materialet.

Resultat: Alle informantane hadde mange positive erfaringar med bruken av digitale tilsyn. Dei fortalte at det kunne ha vore litt betre opplæring slik at alle dei tilsette hadde same forståing for korleis det fungerte. Trass i utfordringar som straumbrot, feilplassering av seng/stol og dårleg dekning er dei stort sett nøgde med digitale tilsyn som hjelpemiddel.

Konklusjon: Erfaringane som kom fram i studien viste til at digitale tilsyn er eit svært godt hjelpemiddel til helsetenesta. For at det skal fungere optimalt er det avgjerande med både kunnskap og forståing for teknologien, samt vite kva som kan påverke om apparatet er intakt eller ikkje. Dermed kan teknologien gi gevinst både for tenesta og pasienten. Det skal ikkje erstatte menneskeleg omsorg, men vere eit supplement til helsetenesta.

Abstract

Objective: Examined health professional's experiences of using digital supervision in nursing homes.

Background: Welfare technology is constantly evolving and becoming a greater part of the health services, and we want to get an insight how this technology affects the health care.

Method: We have used qualitative method where we interviewed a department leader and nurses at two different nursing homes, a total of four informants. We did a systematic text condensation to analyze the results.

Results: All the informants have had a positive experience with the use of digital supervision. They said that it would be better with more training, then the employees have had the same understanding. Despite some challenges such as power outages, bed/chair placement and ethical dilemmas, they are generally satisfied with digital supervision as a tool.

Conclusion: The experiences that emerged showed that digital supervision is a very great tool for the health services. Still, it depends on the knowledge and understanding the employee have for the technology. As well knowing situations that can affect the device in a negative way. The technology benefits for healthcare and patients. However, this should not replace human care, but rather be a supplement to the health services.

Forord

Det har vore veldig lærerikt og spennande å få skrive ein empirisk bachelor. Prosessen har vore både motiverande og engasjerande, samt gitt oss gode erfaringar som vi vil ta med oss vidare ut i arbeidslivet.

Vi vil takke rettleiaren vår Rigmor Einang Alnes for god oppfølging og støtte under oppgåveskrivinga. Vi er svært takknemlege for gode tips og råd undervegs. Vidare vil vi takke deltakarane som stilte tida si til rådighet og gav oss mykje god informasjon.

God lesing!

Ålesund, mai 2022.

Eileen Grete Berstad og Ida Kristin Røyset Bruvik.

Innhald

1.	Innleiing	10
1.1	Hensikt.....	10
1.2	Problemstilling	11
1.3	Avklaring	11
2.	Teoribakgrunn	12
2.1	Digitale tilsyn (DT)	12
2.2	Velferdsteknologi ved kognitiv svikt og demens.....	13
2.3	Sjukepleiar si rolle.....	13
2.3.1	Tidspress og arbeidsmengde	14
2.4	Lovverk, etikk og dokumentasjon	14
3.	Metodebeskrivelse.....	15
3.1	Metodisk tilnærming	15
3.2	Utval	15
3.3	Førebuing og gjennomføring av intervju	15
3.4	Dataanalyse	16
3.5	Etiske vurderingar.....	18
4.	Resultat.....	19
4.1	Opplæring og forståing av digitale tilsyn.....	19
4.2	Auka tryggleik ved bruk av digitale tilsyn	20
4.3	Utfordringar med digitale tilsyn	21
4.4	Individuell tilpassing	21
4.5	Ressursfordeling ved digitale tilsyn	22
5.	Diskusjon.....	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	Forsvarleg bruk av digitale tilsyn.....	23
5.2.2	Behovet for individuell tilpassing	24
5.2.3	Kombinasjon av digitale- og fysiske tilsyn.....	25
5.2.4	Etikk og berekraftig utvikling ved digitale tilsyn	27
6.	Konklusjon.....	29
6.1	Anbefaling til vidare forskning	29
	Referansar	30
	Vedlegg	32
	Antall ord: 8227	

1. Innleiing

Velferdsteknologi er ei fellesnemning på tekniske installasjonar som stadig er under utvikling. Hensikta med teknologien er å gi pasientar auka livskvalitet, meistring og verdigheit (Direktoratet for E-helse, 2021). Velferdsteknologi kan bli eit nyttig verktøy ettersom andelen eldre aukar. Helsetenesta vil oppnå gevinstar som auka effektivisering av kommunehelsetenesta, samt ein økonomisk gevinst (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 207).

Digitalt tilsyn, også kalla eit passivt tilsyn er eit døme på velferdsteknologi. Dette inneber sensorar som blir utløyst og varslar helsepersonellet via vakttelefonar. Slike sensorar blir festa i vegg/taket. Sensoren reagerer på ulike situasjonar utløyst av rørslar. Vi skal i denne kvalitative studien fokusere på erfaringar kring bruken av slike digitale tilsyn med kamera, som RoomMate (RM). Målgruppa for slik teknologi kan vere mange, men hovudsakleg eldre med demens eller annan kognitiv svikt. Nasjonal velferdsteknologiprogram har vist til helsegevinstar ved bruk av teknologi på denne pasientgruppa (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 44).

Det er lite forskning på verknadar når det gjeld bruk av velferdsteknologi. Trass dette er det ein ting som ein veit sikkert, teknologi kan aldri erstatte menneskeleg omsorg og nærleik (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 207) Det har våre utfordrande å finne internasjonal forskning om digitale tilsyn på sjukeheim. Døme på søkeord vi har nytta er «digital surveillance», «nursing homes» og «dementia» utan resultat. I ein studie vi fann kjem det fram at bemanninga på natt ved ein sjukeheim blei redusert frå to til ein. Vidare står der at den nye teknologien bidrog til at dei tilsette hadde mindre arbeidsmengde og kunne ta seg betre tid til kvar enkelt pasient. Sjølv om teknologien gjorde det lettare å hjelpe urolege pasientar om natta, føretrakk helsepersonellet å ha pasientane i nærleiken. Bruken av digitale tilsyn skal vere eit supplement og ikkje eit alternativ til omsorg, nærleik og varme hender (Niemeijer, Alistair R., Depla, M., et.al. 2014).

1.1 Hensikt

Hensikta med undersøkinga er å få eit innblikk i kva erfaring helsepersonell har med digitale tilsyn som nyttar kamerabruk. Undersøkinga har vore gjennomført på sjukeheimar, der ein nyttar digitale tilsyn på pasientgrupper med kognitiv svikt/demens. Ved å undersøke dette vil vi få informasjon om korleis sjukepleiarane opplever det som eit godt supplement til helsetenesta.

1.2 Problemstilling

Kva erfaringar har helsepersonell med bruk av digitale tilsyn på sjukeheim?

1.3 Avklaring

I studien vår har vi fokusert på erfaringar rundt bruken av digitale tilsyn, men i form av eit konkret apparat som nyttar kamerateknologi: RoomMate. Vi har valt å bruke omgrepet digitale tilsyn/DT gjennom teksta ettersom RoomMate/RM inngår i denne kategorien. Dette med unntak der det vil bli feil å skrive digitale tilsyn, og vi har presisert at det i enkelte situasjonar gjeld konkret RoomMate apparatet. Det som skil RoomMate frå andre variantar av digitale tilsyn, er mange tilleggsfunksjonar som kan nyttast.

2. Teoribakgrunn

I teoribakgrunnen vil vi presentere mellom anna omgrepet digitale tilsyn, målgruppa for slik velferdsteknologi, sjukepleiar si rolle og relevante lovverk.

2.1 Digitale tilsyn (DT)

Helsedirektoratet skildrar digitale tilsyn som eit vidt omgrep, då dette inneber både sensorteknologi, fallalarm og døralarm. Etersom velferdsteknologien utviklar seg inngår også visuelle tilsyn med kamera i denne kategorien (Helseinnovasjonssenteret).

RoomMate er ei form for digitalt tilsyn der ein sensor kan sende anonymiserte bilete av situasjonen inne på pasientrommet, utan å forstyrre pasienten. Dermed kan helsepersonell kontrollere alarmer, gjennomføre tilsyn og ha kontroll på om pasienten har det bra på rommet sitt. Pasienten sjølv treng ikkje å bere utstyr på kroppen. Teknologien er etablert i 130 kommunar over heile Noreg og har fått svært positive tilbakemeldingar. Dei har også byrja med etableringa i nokre kommunar i Sverige og Danmark (RoomMate, 2022).



Bilete 1. RoomMate kamera apparat (Berstad, 2022).

RoomMate er eit passiv varslingsystem som les rommet til pasienten og kan varsle om ei lang rekke hendingar i form av alarm eller varsel. Den er montert diskret på vegg og sender automatiske varslingar til helsepersonellet via ein app på vakttelefonen. Frå denne appen kan helsepersonellet ta digitale tilsyn som viser infraraud grafikk og dermed ta vurderingar om alarmen eller varselet krev handling og eventuelt kontakte pasienten direkte gjennom to – vegs tale i sensoren. Avlytting kan også gjerast anonymisert slik at ein kan vurdere situasjonen utifrå stemmevolum og intensitet, utan at ein kan høyre kva som vert sagt. Ein kvitterer for varselet når alarmårsaka er kartlagt (RoomMate, 2022). RM kan enkelt stillast av i situasjonar der dette er ønskeleg, ved at ein hengjer opp eit avstillingskort eller via appen. Døme på dette kan vere når pasienten har besøk av pårørende eller i behandlingssituasjonar som stell der ein ikkje ønsker falske alarmer eller innsyn. Avstillingstida kan justerast etter behovet til pasienten, og når tida har gått ut vil den automatisk starte opp igjen, også sjølv om ein har gløymt å ta ned avstillingskortet (RoomMate, 2022).

2.2 Velferdsteknologi ved kognitiv svikt og demens

Kognitive funksjonar inneber forståing og oppfatning som gjer det mogleg å innhente informasjon, hugse, planlegge og handle ut frå dette. Ein pasient/brukar med kognitiv svikt kan ha problem med tankeprosessen. For å fastslå ei slik diagnose må ein kjenne til anamnesen, korleis tilstanden har utvikla seg og nytte kartleggingsverktøy som hjelpemiddel. Kognitiv svikt kan vere eit tidleg stadiet av demens. Tiltak ved kognitiv svikt går ut på å tilretteleggje kvardagen og hjelpe pasient/bukar med å orientere seg (Skovdahl & Berentsen, 2016, s 409- 411).

Demens omhandlar sjukdommar som er prega av hjernen sine funksjonar. Felles for desse er at dei er progredierande, det vil seie at ein vil bli dårlegare og dårlegare. Til slutt er ein heilt avhengig av hjelp. Ein vil gradvis bli meir og meir prega i kvardagen. Det er 71 000 menneske i Noreg som har ei slik diagnose. I tillegg til desse er det mange eldre som har utfordringar med hukommelsen (Skovdahl & Berentsen, 2016, s 411- 412). Av dei pasientane som har langtids plass på sjukeheim i Noreg, er det i overkant 80% som har ei demensdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2021).

Den personlege omsorga vil alltid vere den viktigaste for ein person med demens, men dersom velferdsteknologi kan hjelpe pasienten til det betre, kan det vere eit supplement. Eit menneske med demens er ulike dei fleste andre grupper. Dei har ei demensdiagnose, samstundes som dei har ulike livsløp, livshistorier, erfaringar og interesser. Dette er også døme på kva utfordringar ein vil møte på når ein skal finne det best moglege hjelpemiddel til den enkelte. Før ein kan innføre tiltak innan demensomsorga, må det gjerast grundige undersøkingar om kva pasienten faktisk treng. Ei slik vurdering må samsvare med den enkelte pasienten, korleis pasienten innrettar og formidlar seg. For å innhente slik informasjon kan ein nytte samtale med pasient/pårørande og observasjonar. Det finst ulike skjema som kan vere til hjelp, men desse skal aldri aleine stå for avgjerslene. Både nytte, brukbarheit og aksept skal vurderast (Solheim, 2015, s. 159). Demensplanen 2025 skriv at digitale hjelpemiddel som digitale tilsyn skal gi pasienten helsegevinstar, samt tryggleik for pårørande (Helse- og omsorgsdepartementet).

2.3 Sjukepleiar si rolle

Dei områda som sjukepleiar har fokus på er blant anna pasienten og deira sin helsetilstand. Sentrale mål hos sjukepleiaren er pasienten si helse, livskvalitet, meistring og omsorg. Sjukepleiaren må utføre arbeidsoppgåver og gjeremål som er retta mot det å ivareta pasienten sine grunnleggjande behov (Kristoffersen et.al, 2016, s. 16 – 24).

Sjukepleiaren si rolle når ein skal nytte hjelpemiddel, er å stadig vurdere kva faktiske behov som er til stades. Deretter må ein prøve seg fram for å finne best moglege tiltak. Om behovet forsvinn, skal også tiltaket forsvinne. Det må vurderast kvifor ein skal ha det aktuelle tiltaket, og ikkje spare på den menneskelege omsorga for å effektivisere tenesta (Utgård, 2019, s. 94). Ludvigsen skriv at ein kan miste fokus på bebuarane i ein travel kvardag prega av underbemanning. Dette kan føre til at helsepersonell blir kalde omsorgsmessig og potensielt tek større sjansar ved bruk av teknologien. På denne måten kan velferdsteknologi føre til passivitet og dårlegare livskvalitet for pasientar (2018, s. 67).

2.3.1 Tidspress og arbeidsmengde

Det blir stadig snakka om at helsepersonell har det svært travelt og at arbeidsmengda er stor. Ein kartleggingsstudie basert på sjukepleiarar si erfaring innan kommunehelsetenesta fekk ein vite at helsetenesta til eldre kunne vore mykje betre. Underbemanning og tidspress er hovudårsaka til at helsehjelpa ikkje er optimal, og at pasientane treng helsehjelp av betre kvalitet. Berre halvparten av dei inkluderte i undersøkinga meinte at behova til pasienten blei godt ivareteken. Medan fleirtalet meinte også at tenesta ikkje er tilstrekkeleg bemanna (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 207). Digitale tilsyn har som nemnt ovanfor vist seg å gi både effektiv og økonomisk gevinst for helsetenesta.

2.4 Lovverk, etikk og dokumentasjon

Det er ei rekkje lovverk som er aktuelle innan eldreomsorga knytta til bruken av velferdsteknologi. Då særleg lova om pasient- og brukarrett og helse- og omsorgstenestelova. Ein eldre pasient har levd eit langt liv, etablert seg vanar og verdiar som vi skal respektere. Andre døme på viktige lovverk er rett til medverknad og informasjon, samt rett til samtykke og nekte helsehjelp. Helsetenesta som blir utført skal sikre at integritet og verdigheit blir respektert (Slettebø, 2016, s. 213 - 214).

Ved å nytte digitale tilsyn som inneber kamerabruk, må ein gi pårørande og pasient tilstrekkeleg informasjon og få deira løyve før ein set i verk slike tilsyn. Slettebø skriv at å vere samtykkekompetent vil seie at ein er fysisk og psykisk i stand til å ivareta eigne interesser (2016, s 217). Bruken av slik velferdsteknologi kan føre til fleire etiske dilemma ein må ta omsyn til. Brinchmann skildrar eit etisk dilemma som ein konflikt som oppstår mellom ulike etiske prinsipp, som ein føler seg forplikta ovanfor (2021, s. 44). Dermed er ein avhengig av eit godt grunnlag for innføringa av DT, samt ha prøvd ut andre alternativ før ein nyttar så inngripande teknologi.

Når ein skal ta i bruk teknologi, er det alltid eit mål å teste ut det som er minst mogeleg inngripande først. Og det som er minst inngripande er å velje aktiv varsling eller det som pasienten sjølv kan utløyse. Digitalt tilsyn blir sett på som ei veldig inngripande løysing med tanke på personvern. Ein skal alltid ha kontroll på kven som har tilgang til personopplysningane, og at dei er oppbevart sikkert slik at dei ikkje kjem på avvegar eller at uvedkommande har tilgang til dei. Med bakgrunn av kartlegginga må tenesta kome med ei tilråding til dei som skal tildele tenestene, der ein konkluderer og dokumenterer kvifor det er digitalt tilsyn med kamera som er det beste. Utan at pasienten ikkje opplever det som overvaking (Solheim, 2015, s. 161).

Ein må alltid dokumentere kvifor ein tek digitale tilsyn, antall og tidsrom. Helsepersonellova kapittel 8 seier noko om dokumentasjonsplikta til den som yter helsehjelp. Lova inneber plikta til å føre journal og kravet til innhaldet i journalen. Begge paragrafane er relevante lovverk ettersom digitale tilsyn skal dokumenterast i tråd med forskrift for pasientjournal. Det står i §40 at «*Journalen skal førast i samsvar med god yrkesskikk og skal innehalde relevante og nødvendige opplysningar om pasienten og helsehjelpa*» (Lov om helsepersonell, 2022, § 39-40).

3. Metodebeskrivelse

I dette kapitlet vil vi skildre den metodiske tilnærminga, utvalet av deltakarane, førebuinga og gjennomføring av intervju, dataanalyse der vi kjem fram til dei ulike overskriftene og etiske vurderingar.

3.1 Metodisk tilnærming

Det vart nytta ei kvalitativ metode, der vi intervjuar tilsette på ulike nivå innan helsevesenet som nyttar DT, då sjukepleiar og einingsleiar. Dette gjorde vi for å få eit breiare perspektiv, samt ulike synspunkt frå dei pasientnære og leiarar. Intervjua har gått føre seg ein og ein, dette for å sikre at begge partar føler seg fri til å fortelje eigne meiningar utan ein kollega til stades.

3.2 Utval

Deltakarane i studien var to einingsleiarar og to sjukepleiarar, frå to ulike sjukeheimar. Desse hadde lang erfaring innan helsevesenet, då særleg innan demensomsorga og var godt kjende på arbeidsstaden. Utvalskriteria vi har sett til undersøkinga er at sjukeheimane skal ha nytta DT i form av RM i over ei periode på minst eitt år, at sjukepleiarane har to års erfaring innan helsevesenet og at einingsleiar er kjent med innføringa av DT på den aktuelle arbeidsstaden.

3.3 Førebuing og gjennomføring av intervju

Deltakarane i intervjua fekk tilsendt eit informasjonsskriv på førehand, der tok vi med informasjon om studien, forsvarleg oppbevaring av data, samt at lydopptak og transkripsjonar blir sletta ved studien sin slutt. Vi reiste ut til dei aktuelle sjukeheimane og gjennomførte intervjua i februar-mars 2022. Alle fire informantane skreiv under samtykke til studien og vi forsikra oss om at dei forstod kva deltakinga innebar før gjennomføring av intervju (Malterud, 2017, s. 214).

Spørsmåla vi stilte under intervjuet var opne og ga rom for fylldige og reflekterte svar. På førehand bestemte vi at ein skulle stille spørsmåla, medan den andre noterte aktuelle stikkord. Vi avslutta intervjuet med eit ope spørsmål der vi ga rom for andre usagte erfaringar eller annan nyttig informasjon. Det vart nytta ein lydopptakar, der vi fekk fire intervju på 23, 16, 17 og 25 minutt som totalt resulterte i 30 sider transkribert anonymisert data.

3.4 Dataanalyse

Gjennom analyseringa har vi nytta Malterud sin tverrgående analyse, der vi tolkar fellestrekk, ulikskapar, variasjonane i erfaringar, kjensler og haldningar frå dei fire ulike deltakarane (2017, s. 93).

Malterud sin systematiske mal for tekstkondensering består av følgande punkt (2017, s. 99 - 108).

1. Heilskapsinntrykk
2. Identifisere meiningsdannande einingar
3. Abstrahere innhaldet i dei meiningsdanna einingane
4. Samanfatte.

Det første trinnet handlar om å bli kjent med materialet og danne eit heilskapleg bilete. Vi byrja med å transkribere materialet frå lydfilene slik at det blei ei heilskapleg tekst der vi såg på materialet med eit fugleperspektiv. Deretter gjekk vi gjennom fleire gongar for å vere sikre på at vi fekk med oss all informasjonen. Ved å høyre og lese desse fleire gongar fekk vi eit godt innblikk i fellestrekk frå dei ulike intervju. Vidare diskuterte vi kva som var relevant og viktig å få med, sett opp imot problemstillinga. Ved å markere viktige punkt i den transkriberte teksta, fekk vi sortert fellestrekk, forskjellar og variasjonar (2017, s. 99). Kategoriar som skilte seg ut var følgande:

Tabell 1.1: Trinn 1 Foreløpige tema

Positivt	Opplæring	HBO	Ressursar	Tryggleik	Demens	hjelpemiddel
----------	-----------	-----	-----------	-----------	--------	--------------

Trinn to består av gjennomgang av materialet for å skilje meiningsfull informasjon frå irrelevant informasjon som ikkje skulle fokuserast vidare på. Basert på problemstillinga har vi funne ut kva delar av materialet vi skulle studere nærmare, og filtrerte teksta grundig og systematisk slik at vi ikkje berre tok med den teksta som verka mest fengande ved første augekast. Malterud skriv at dette kallast koding, der ein identifiserer/sorterer alle meiningsfulle einingar i teksta. Dette er viktig for at nødvendige moment blir inkludert. Medan nokre av temaa vart droppa, blei andre slått saman. Fleire enn fem kodegrupper kan gjere det vanskeleg å halde oversikta (2017, s. 101). Slik at i slutten av den andre fasa kom vi fram til følgande kodegrupper:

Tabell 1.2: Trinn 2 Kodegruppe

Innføring	Tryggleik	Ulemper	Helsehjelp	Organisering
-----------	-----------	---------	------------	--------------

I trinn tre tok vi utgangspunkt i å abstrahere meiningsinnhald, som vil seie at vi silte ut dei delane i transskriberinga som var relevant basert på dei allereie koda einingane. Her fordjupa vi oss i dei meiningsberande einingane og la til side data som ikkje var relevant for dei aktuelle kategoriane. Då kom vi fram til to til tre subgrupper per kodegruppe, der vi måtte eliminere enkelte, ettersom ikkje alle var relevante for problemstillinga (Malterud, 2017, s. 105).

Tabell 1.3: Trinn 3 Subgrupper

Kodegruppe	Innføring	Tryggleik	Ulemper	Helsehjelp	Organisering
Subgruppe	Informasjon	Omsorg	Feil	Behov	Kapasitet
	Kunnskap	Fallrisiko	Etikk	Disponibelt	Overskot
	Tidsbruk	God oversikt	Samtykke	Funksjonar	Fordeling

Etter vi har silt ut all meiningsdanna einingar og aktuelle data, samanfatta vi det i trinn fire slik at lesaren oppnår innsikt og tillit. Det siste trinnet skal sørge for at teksta blir formidla på ein måte som er lojal i forhold til informantane sine stemmer. Vi skreiv om kondenseringa frå trinn tre, til analytisk tekst som handlar om å gjere om kvar subgruppe til sitt eige avsnitt som blir framstilt i eigne kapittel i resultatdelen (Malterud, 2017, s. 106). Då enda vi opp med fem tema til kapittel 4.

Tabell 1.4: Trinn 4 Kodegruppe, subgruppe og tema

Kodegruppe	Subgruppe	Tema
Innføring	Informasjon Kunnskap Tidsbruk	Opplæring og forståing
Tryggleik	Omsorg Fallrisiko God oversikt	Auka tryggleik ved bruk av DT
Ulemper	Feil Etikk Samtykke	Utfordringar med DT
Helsehjelp	Behov Disponibelt Funksjonar	Behovet for individuell tilpassing
Organisering	Kapasitet Overskot Fordeling	Ressursbruk

3.5 Etiske vurderingar

For å kunne gjennomføre studien sendte vi inn ein søknad til NSD/Norsk senter for forskningsdata 04.01.2022 (referansenummer 828182) som vart godkjent 05.01.2022. Dette er eit krav for å utføre ein empirisk studie, samt sikre deltakarane si forståing av kva dataen skal nyttast til. Deltakarane har moglegheit til å trekke seg utan å gi nokon grunn. Dette blir tatt hensyn til ved bruk av informasjonsskriv, samtykkeskjema og at all data blir anonymisert for å ivareta personvernet. Malterud skriv at kvalitative data inneber menneske sine tankar og livserfaringar, dette kan vere sensitivt og personleg materiale. Forskaren må sørge for at deltakarane føler seg trygge på at deira personvern og anonymitet blir ivaretatt, samt respektert (2017, s. 214).

Ein slik studie inneheld gjensidig forventningar om at formålet er å oppnå ny kunnskap. Deltakarane sine erfaringar bidreg dermed med ny kunnskap som andre kan lære av. Det er etisk grunnleggjande at forskarane ikkje gjennomfører unødig omfattande datainnsamling. Dette for å unngå å misbruke deltakarane si tid og tillit, samt svekke moglegheita for å gjennomføre grundig analyse. Ein skal ikkje samle inn meir data enn det ein treng for å kunne besvare problemstillinga (Malterud, 2017, s. 217).

Vi tok opp intervju med ein opptakar, for deretter å transkribere det som vart sagt i eit eige dokument. Det er ingen uvedkomande som har tilgang til verken lydopptaka eller dokumenta. Både opptaka og dokumenta med transkriberinga blir sletta når arbeidet med oppgåva er ferdig og studiet avsluttast.

4. Resultat

Basert på funna som vart gjort, har vi delt dei inn i fem kategoriar: opplæring og forståing av digitale tilsyn, auka tryggleik med bruk av DT, utfordringar med DT, individuell tilpassing og ressursfordeling ved DT.

4.1 Opplæring og forståing av digitale tilsyn

Digitale tilsyn som inneber kamerabruk er eit relativt nytt hjelpemiddel innan velferdsteknologien. Som alle hjelpemiddel, treng ein kunnskap og forståing for å nytte det både rett og forsvarleg. Då sjukeheimane skulle bytte alarmsystem, var fleire av dei tilsette skeptiske til slik inngripande teknologi.

«I starten var vi veldig skeptiske då dette er overvaking, vi var ikkje heilt einige om det er greitt å overvake pasientane slik. Dette var før vi visste heilt konkret kva det er for noko og kva det inneber».

Fleire av informantane fortalte at det burde vore meir fokus på opplæring. Sjukeheimane som tok del hadde same type opplæring. Dette gjekk ut på at einingsleiar og ansvarlege for velferdsteknologi fekk opplæring frå selskapet bak teknologien, deretter gav desse opplæring til nokre av sjukepleiarane. Vidare gjekk opplæringa føre seg mellom dei tilsette, der dei lærte det vidare til kvarandre fortløpande. Dei tilsette fekk altså ikkje same opplæring på same tidspunkt. Det vart fortalt at bruken av DT er avhengig av at ein jamt brukar det, dersom ein sjeldan nyttar teknologien gløymer ein det. Dermed vil ei nattevakt ha betre kontroll på bruken av DT enn ei dagvakt. Årsaka er at DT blir mykje hyppigare nytta på natt enn på dagtid.

«Det er kanskje ikkje alltid like lett å nå ut til alle og nokon tar ting fortare enn andre, så vi kunne kanskje hatt enda meir opplæring for at folk skulle følt seg tryggare fortare».

Ein deltakar fortalte at det ikkje er alle som er klar over at senga må stå akkurat der markeringa er innstilt. Dersom senga er flytta på vil ikkje kameraet kunne oppfatte rørsle fordi den er utanfor rekkevidde, og ein vil dermed ikkje motta varsel.

«Dersom nokon har bevega litt på senga under stell, utan å sette den tilbake akkurat slik den stod, kan det ha mykje å seie. Det er ikkje alle som er klar over dette».

Det er dermed mogleg at det er ulik forståing og kunnskap om DT blant dei tilsette, som kan vere til hinder for å nytte teknologien ordentleg og forsvarleg. Samtidig som at det er lite som skal til for at teknologien ikkje registrerer rørsle.

4.2 Auka tryggleik ved bruk av digitale tilsyn

Alle informantane var svært positive til bruken av DT, og hadde mange gode opplevingar knytt til dette. Sjukepleiarane opplevde at DT gir auka tryggleik, både for seg sjølv og pasientane. Ein av deltakarane fortalte at fleire av dei tilsette kunne slappe meir av og senke skuldrene, og årsaka til dette var at dei slapp å bekymre seg for pasientar med til dømes fallfare, sidan dei mottok varsel dersom dei reiser seg frå seng/stol.

Dei var også opptatt av at DT gav god oversikt for nattevakta ved at dei unngjekk å måtte gå fysisk inn på pasientrommet, utan behov. Når dei tilsette brukte DT på slike tilsyn fekk pasientane meir samanhengande søvn og auka søvnkvalitet. Ein av informantane sa det på denne måten:

«DT er ein mindre forstyrrende måte å observere pasienten på».

Det ser ut til at dei tilsette som følge av DT slepp å vekke pasienten ved å ta mange fysiske tilsyn, som ikkje er nødvendige. Ved fysiske tilsyn kan dørene vekke pasienten, men ved å ha digitale tilsyn og færre fysiske vil pasienten få meir fred på natta.

Eit anna døme som vart fortalt var at helsepersonellet måtte vere tilgjengeleg for ein pasient på fellesstova, samtidig som dei hadde ein pasient som låg i senga si. Denne pasienten hadde DT på rommet sitt, som førte til at dei kunne nytte DT på vakttelefonen samstundes som dei satt ilag med den andre pasienten som trengte nærleik av helsepersonellet. Ein har på denne måten kontroll på den andre pasienten sjølv om ein ikkje er fysisk til stades i rommet.

Eine sjukepleiaren fortel at DT gir auka tryggleik for pasientane ved at dei tilsette får automatiske varslingar i kritiske situasjonar, der pasienten kan risikere å skade seg. Døme på dette er at ein får varsel når pasienten reiser seg opp eller forlèt senga. Dersom pasienten då har stor fallfare, kan dette verke fallførebyggjande som følge av at ein mottar varslar og har høve til å gå inn før fall skjer. Dermed meinte deltakarane at DT verka fallførebyggjande og bidreg til auka pasienttryggleik.

Dei pårørande blir orientert om at dette er ein del av helsehjelpa som blir tilbydd, samt får god informasjon om korleis DT fungerer. Det er dei som skal ta avgjerla om ein skal nytte DT, dersom pasienten ikkje er samtykkekompetent. Deltakarane fortel at dei pårørande er svært positive til digitale tilsyn, eine informanten fortalte at:

«Pårørande forstår at det er for pasienten sitt beste, og at det ikkje betyr at ho/han får mindre hjelp».

4.3 Utfordringar med digitale tilsyn

Utfordringar som følge av slik velferdsteknologi er nettverksfeil, falsk tryggleik eller små endringar som fører til systemfeil. Årsaka er at teknologien er konstant avhengig av internett og straumtilgang for å fungere. Ved eit straumbrot eller andre utfordringar vil det vere nyttelaust og det er ikkje mykje som skal til før ein møter på utfordringar, dette kan vere eit tastetrykk unna.

«DT er veldig sårbar ved straumbrot, og ein må då bruke den gammaldagse metoden med å gå fysisk inn til pasientane».

Dei fortalte at det kan skje at varslar ikkje kjem når dei skal, eller at dei ikkje blir utløyst, og ein dermed opplever falsk tryggleik. Teknologien kan også reagere feil. Eit eksempel som blei fortalt var at dei fekk eit varsel om at eine pasienten hadde hatt eit fall, men so var det berre dyna som hang utanfor senga.

«Av og til fungerer ikkje det heilt, at alarmar ikkje kjem inn. Då må vi logge oss inn å prøve å finne årsaka, som regel finn vi ut av det. Viss ikkje har vi direkte kontakt på telefon og mail med dei som styrer DT».

Dette tyder på at det kan oppstå situasjonar der dei tilsette trur at systemet er intakt, men at det eigentleg ikkje er det. Ei anna utfordring deltakarane hadde opplevd, var at pasientar klarte å demontere sjølve apparatet som heng på pasientrommet.

«Vi har jo ein som burde ha hatt det, men som då demonterer og øydelegg utstyret, som då ikkje kan ha det».

Helsepersonellet fortel om pasientar som ikkje ønska verken alarmklokke eller anna hjelpemiddel, og at dei respekterer dette i staden for å overstyre dei. Dette viser at dei tilsette høyrer på kva pasientane har å seie. Sjølv om denne pasienten kunne hatt nytte av DT, så kan ikkje ein iverksette tiltaket utan samtykke frå enten pasienten sjølv eller nærmaste pårørande (avhengig av samtykkekompetansen). *«Dei har jo lova i sine hender, så vi kan ikkje trakke over dei på den måten heller».*

Det var ønska frå dei tilsette som deltok at kvart pasientrom har eit apparat tilgjengeleg, slik at den enkelt kan koplust på dersom behovet er der. No er det slik at dei må flytte apparatet frå rom til rom ettersom kvar pasienten med behovet bur. Dette fører til både ressurs- og tidsbruk på installering. Vidare fortel dei at utfordringar med å ha apparat på alle rom er økonomien med tanke på innkjøp, samt at kvar RM har månadsleige. Det vil altså koste å ha fleire, samt ha dei i bruk.

4.4 Individuell tilpassing

Deltakarane fortalte at DT inneheld ei rekke ulike funksjonar, som gir rom for ei god individuelt tilpassa teneste. Alle informantane sa at kvar enkelt pasient/brukar blir grundig vurdert av pasientnært helsepersonell. Det er ingen fasit på kva som avgjer om ein pasient skal ha slike tilsyn, det blir sett på kva behov som er til stades. Dei ser mellom anna på nivået av fallfare, om fysiske tilsyn hindrar nattesøvnen, demens/kognitiv svikt eller moglegheita for å varsle om hjelp. Dersom ein pasient ønsker

det for eiga tryggleik eller fred er det også mogleg. Samanlikna med tidlegare alarmsystem som har blitt nytta, kan RM tilpassast den enkelte mykje meir basert på faktiske behov. Ein av informatantane sa det på denne måten:

«Før hadde vi sengealarm, men det er veldig minimalt korleis du kan innstille den. Der er det ein måte den fungerer, men ved DT stiller vi den inn etter behova».

I intervjuet nytta fleire av deltakarane omgrepet pasientnære, i samanheng med at det er dei pasientnære som stadig kjem med forslag til bruk av DT hos pasientar. Det blir då tatt vurderingar som er basert på kva behov som er til stades. Deretter etter avtale med pasient/pårørande kan avdelingsleiar/den ansvarlege for velferdsteknologi, installere dei aktuelle funksjonane som trengs. Dette er med på å vise at dei tilsette ser hensikta med å nytte velferdsteknologien aktivt, og at det er eit hjelpemiddel som blir meir og meir tatt i bruk.

«Dei tilsette etterspør stadig og kjem med innspel om at fleire pasientar også burde hatt DT basert på deira behov».

Eine sjukeheimen som tok del, hadde berre totalt fem apparat disponibelt. Dette fører til at dei måtte vurdere kven som har størst behov for DT. Dersom det til dømes er seks pasientar som treng, vil altså den med minst behov måtte ha fysiske tilsyn, eventuelt kompensere med andre alarmsystem. Her måtte dei vurdere behov og eventuelle etiske dilemma for å oppnå best mogleg fordeling av apparata. Det viser at det er viktig med grundig evaluering om faktiske behov.

4.5 Ressursfordeling ved digitale tilsyn

Eine avdelingsleiaren fortalte at nokre pasientar har funksjonen «ut av seng» som vil bli utløyst når dei står opp. Dette gjer at dei tilsette ikkje trong å måtte gå inn fysisk og sjå kva pasient som er vaken og klar til morgonstell.

«I staden for å ta mykje fysiske tilsyn å vekke pasientane før dei eigentleg treng å stå opp, så får vi varslar på dei som står opp og treng hjelp først. Det hjelper oss å bruke ressursane der det trengst utan at det skal erstatte oss, men at ressursane blir fornuftig fordelt».

Dette gir personellet tid og fleksibilitet under morgonstella til dei pasientane som er tidleg oppe og har behov for hjelp til dei grunnleggjande behova først. Dette tolkar vi som at dei kan hjelpe pasientane som allereie har stått opp, i staden for å gå inn å vekke ein som potensielt kan sove ein time lenger. Ein anna ressursbruk som blei nemnt i intervjuet, var at nattevaktene fekk eit overskot av å bruke DT. Dette bidrog til at dei fekk betre tid til dei pasientane som treng hjelp eller andre alvorleg sjuke pasientar som kan ha behov for tryggleik og nærleik frå personellet.

«Sjukepleiaren går inn til alle pasientar, men først og fremst dei som treng hjelp til konkrete ting. Altså dei som skal snuast, følgast på do, vandra eller dei som har behov for smertelindring. Det blir dermed ei meir pasientretta teneste, då vi brukar kompetansen og ressursane der dei trengst».

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi valde å nytte kvalitative intervju for å svare på problemstillinga vår, kva erfaringar har sjukepleiar med bruk av digitale tilsyn på sjukeheim. Dette meiner vi er ein metode som passar godt ettersom vi ønska å få gode og utfyllande svar.

I utgangspunktet hadde vi eit ønskje om å intervju fleire enn det vi gjorde, men sidan ei bacheloroppgåve er både tids- og mengdeavgrensa var ikkje dette mogleg. Då kom vi fram til at vi i alle fall ønska å få innsikt i erfaringar på to ulike sjukeheimar. At vi valde å intervju både leiarar og sjukepleiarar gav oss eit breiare innblikk, samanlikna med om vi berre hadde intervju to sjukepleiarar. Derfor intervju vi to leiarar og to sjukepleiarar.

I etterkant av intervju har vi tenkt på andre måtar å stille spørsmåla, som kunne gitt interessante svar. Dette kunne også gitt oss fleire nyttige svar. Det kunne i tillegg ha vore hensiktsmessig å hatt gruppeintervju. Då kunne vi ha fått fram fleire relevante erfaringar og synspunkt på den aktuelle arbeidsplassen, samt diskusjon mellom dei tilsette. Ulempa med gruppeintervju derimot kan vere at enkelte tek større del enn andre, og at enkelte på denne måten ikkje føler seg fri til å fortelje sine meiningar.

Alle dei fire informantane gav god informasjon som viste til gode erfaringar med digitale tilsyn. Basert på informasjonen vi fekk har vi kome fram til fem ulike tema. Forsvarleg bruk av DT, behovet for individuell tilpassing, kombinasjon av digitale- og fysiske tilsyn samt etikk og berekraftig utvikling ved DT

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Forsvarleg bruk av digitale tilsyn

For at helsepersonell skal nytte slike teknologiske hjelpemiddel, er det grunnleggjande å ha forståing og kunnskap om korleis ein nyttar det. Velferdsteknologien utviklar seg og tek stadig større del i kvardagen innan helsevesenet. Dette vil dermed inngå i den helsehjelpa som blir tilbydd. Lova om helsepersonell, kapittel 2, § 4 viser til krav om forsvarleg og omsorgsfull hjelp. For å sikre forsvarleg helsehjelp, må den kontinuerleg utviklast og forbeholdt (Stubberud, 2018, s.16). Helsepersonell må stadig halde seg oppdatert på ny kunnskap for å utvikle kompetansen, men også bli kjent med nye teknologiske hjelpemiddel. Enkelte treng lenger og grundigare opplæring for å få tilstrekkeleg forståing. Helsepersonellet som blei intervju fortalte at det tok tid før dei kom seg inn i systemet, og at meir opplæring hadde gitt raskare tryggleik og forståing.

Studien vår viste at det var ønska meir opplæring. Når ein tek i bruk eit nytt hjelpemiddel, må det setjast av tilstrekkeleg tid og ressursar for å sikre at alle tilsette har tilstrekkeleg forståing. Dersom ein ser på dagens samfunn, er teknologi ein stor del av kvardagen til dei som veks opp, samanlikna med tidlegare generasjonar. Unge vil ha

eit stort forsprang kring forståing av teknologien, samt bruken då dette kjem meir naturleg for dei. Meltning skriv at god informasjon og opplæring er grunnlaget for god forankring. Eigarskap til tenesta er nødvendig for å lykkast, samt gi ei god teneste og realisere gevinstane. Dersom dei tilsette er usikker på teknologiløysinga, kan feil oppstå (2017. s. 25-26). Dette kan prege pasienttryggleiken og viser til helsepersonell/sjukepleiar sitt ansvar kring eiga forståing og kunnskap.

Ei av årsakene til at deltakarane ønska meir opplæring, var at den grunnleggande kunnskapen mellom tilsette var ulik. Dette førte til at enkelte ikkje visste kva som kunne påverke om teknologien var intakt eller ikkje. Vi har lite erfaring med bruk av digitale tilsyn, men har opplevd kor lett det kan oppstå utfordringar ved bruk av teknologi, som falsk tryggleik, misforståing og tilkoplingsfeil. Gjennom eigen erfaring frå praksis/jobb har vi også sett stor forskjell i forståinga som dei ulike tilsette har, då hovudsakleg mellom dei faste tilsette og tillkallingsvikarar.

«Svakt batteri», «mista kontakt med sensor» og «sensor tilkopla» er varslar DT har for å unngå avvik i tenesta. Dersom DT har svakt batteri eller har mista kontakt med sensoren kan dette gjere slik at vakttelefonane ikkje mottar varslingar. Utan desse funksjonane kan det oppstå situasjonar med falsk tryggleik ved at personellet ikkje er klar over at systemet ikkje er intakt. Desse funksjonane reduserer dermed sjansen for at unødige hendingar som for eksempel fall og andre skader skal skje. God forankring startar med god informasjon og opplæring. Dette er ein kontinuerleg prosess der det må settast av tilstrekkeleg ressursar for å sikre god innarbeiding av nye rutinar (RoomMate, 2022).

5.2.2 Behovet for individuell tilpassing

Studien vår har vist at dei tilsette som tok del i undersøkinga hadde stort fokus på at DT skal vere tilpassa den enkelte, samt ikkje nyttast dersom behovet ikkje er til stades. Dei pasientnære som observerer dei aktuelle behova pasienten har, vidareformidlar forslaget om å vurdere DT som tiltak. Dette samsvarar med vegkart for tenesteinnovasjon, ei stegvis verktøykasse som ein følger ved innføring av nye teknologiske hjelpemiddel (Kommunesektorens interesseorganisasjon, u.å.).

Dei seks stega for tenesteinnovasjon:

1. Forankring i kommunetenesta
2. Innsikt
3. Tenesteutvikling
4. Utprøving av tiltaket
5. Overgang til drift
6. Ny praksis

Dette gir moglegheiter for å vurdere hensikt og effekt slik ein sikrar ein nøye kartleggingsprosess. Dersom behovet forsvinn eller aukar, kan dei deretter tilpasse hjelpemiddelet. For eksempel dersom ein pasient har ei uroleg periode, kan ein stille inn DT med fleire varslingar i døgnet. Etter at behovet endrar seg eller forsvinner, kan ein ta vekk unødvendige varslingar. Andre digitale alarmsystem som institusjonane har nytta tidlegare, har berre ein funksjon eller innstilling. Dette fører til at pasienten enten har denne funksjonen eller ikkje. Då er det ikkje noko individuelt tilpassa, samanlikna med moglegheitene ein har med RM.

Nokre av funksjonane RM har er «fallalarm», «ingen bevegelse i senga», «for lenge på badet», «forlatt senga», «oppreist i senga» og «forlatt stolen» (RoomMate, 2022). Funksjonane gir rom for å dekke ulike behov. Pasientar treng dermed ikkje ha funksjonar som ikkje trengs. Trass felles diagnose eller alder, kan pasientane ha ulike behov basert på tilstand både fysisk og kognitivt. Pasient- og brukarmedverknadslova gir pasient og brukarar som har behov for ei langvarig og koordinert helseteneste, rett til å få utarbeida ein individuell plan (2021, §2-5). Dermed er ein lovpålagt å gi pasienten ei teneste som er hensiktsmessig ut frå kvar enkelt sin situasjon og behov som følge av eige sjukdomsforløp.

Høg lyd er ein annan funksjon som er nyttig å bruke hos pasientar som ikkje klarar å seie ifrå verbalt. Solheim skriv at ei demensdiagnose vil før eller seinare føre til utfordringar med å uttrykke seg verbalt. Dermed kan lyd og tonefall dominere over det verbale språket og vere måten ein pasient med demens uttrykker ønsker og behov (2015, s. 143). Lydfunksjonen kan då oppfatte om pasienten uttrykker seg og då sende varslar til vakttelefonen. Sjølv om ein pasient lagar lyd, er ikkje det sikkert at dei tilsette høyrer det avhengig av romplasseringa, kanskje personellet er på andre sida av avdelinga, då vil denne funksjonen vere eit godt hjelpemiddel. Pasienten kan i tillegg vere sengeliggjande slik verken døralarm eller sengealarm er hensiktsmessig. Korleis ei demensdiagnose påverkar ein pasient er ulikt, samt kor langt komen dei er i sjukdomsforløpet. Digitale tilsyn kan ikkje sjåast på som verken positivt eller negativt, då dette må undersøkast grundig før innføring, samt vere tilpassa den enkelte sine ønskjer og behov (Niemeijer et al., 2014). Dermed er individuell tilpassing svært viktig for pasientar med demens.

5.2.3 Kombinasjon av digitale- og fysiske tilsyn

DT gir helsepersonellet mange moglegeheiter, men samstundes er det ikkje alltid det beste for pasientane. Teknologien kan skape ei distansering mellom pasientane og helsepersonellet, i tillegg må institusjonsområdet vere plassert på ein stad med god mobildekning for at det skal fungere optimalt. På den andre sida kan helsepersonell nytte tida til å ta viktige observasjonar under morgonstellet, gi betre søvnkvalitet hos pasientane, avverge fall, gi betre oversikt for nattevaktene, gi meir tid til terminale pasientar, samt betre arbeidshelse hos dei tilsette.

Under morgonstellet gir DT personellet moglegheit til å hjelpe dei pasientane som treng hjelp først. Dei får betre tid til kvar enkelt ettersom dei ikkje treng å gå inn til alle før dei får alarm om at pasienten er vaken. Dette bekreftar også Solheim som skriv at mange kontrollfunksjonar kan gjerast med velferdsteknologi, slik at personellet kan få betre tid til å yte personleg pleie og omsorg. Ho skildrar vidare at dei tilsette enkelt kan varslast og kome raskt når behovet er til stades, utan at ein treng å bekymre seg om dei andre pasientane ettersom ein blir varsla når dei står opp (2015, s. 162).

Nattevaktene har også ein fordel med å bruke DT ettersom dei slepp å gå fysisk inn til pasienten heile tida, men i staden kombinere fysiske og digitale tilsyn. Dei tilsette har eit par faste fysiske tilsyn. Desse fysiske tilsyna kan gjere slik at sjukepleiaren kan bruke det kliniske blikket sitt og sansane sine ved å sjå, høyre og lukte om det er noko som er unormalt hos pasienten. Slike ting kan ein ikkje observere dersom ein tek digitale tilsyn, og derfor er det hensiktsmessig å kombinere fysiske og digitale tilsyn for å gi best

mogleg helsehjelp (Utgård, 2019, s. 80). DT sender varslingar når pasienten står opp og dette skapar ei god oversikt for helsepersonellet som er på vakt, samt meir samanhengande søvn for pasientane (RoomMate, 2022). Spesielt eldre pasientar har ofte eit behov for mykje kvile. Ei natt utan søvn kan påverke både livskvalitet, humør, konsentrasjon og yteevne. Søvn er noko alle treng. Nesten halvparten av alle over 65 år rapporterer om søvnmangel. Sjukepleiaren har ei viktig rolle i kartlegginga av pasientens søvnmønster, samt legge til rette for god søvnhygiene hos pasientane (Ranhoff, 2015, s. 367).

Sensorane kan mellom anna oppfatte vandring, dermed kan vakta kome raskare til pasienten og potensielt avverge fall. Dette har derfor gitt ein stor gevinst i form av færre antall fall med skade hos pasientar (Meltning, 2017, s. 5). Dersom pasienten har hatt eit fall utan å ha DT installert på rommet, kan ein risikere at han/ho blir liggjande på golvet til neste fysiske tilsyn, som kan vere for eksempel tre timar seinare. Ved at pasientar med stor fallfare har DT installert, kan helsehjelpa bli betre då ein har moglegheit til å hindre fall, samt hjelpe pasienten raskare. Eit fall kan potensielt gi store skader og smerter for ein eldre og skjør pasient, dermed er det svært viktig å unngå unødige fall.

Eit døme på situasjonar frå eigen erfaring innan helsevesenet, var ein pasient som sov ved fysisk tilsyn, og budde på andre sida av avdelinga ut frå kvar nattevakta heldt til. Det går nokre timar mellom tilsyna, men etter 30 minutt høyrde eg ein lyd å tenkte at det var TV-en til ein av pasientane. Etter ei lita stund bestemte eg meg for å ta ei runde for sikkerheitsskyld. Då fann eg ein pasient liggjande på golvet, pasienten blødde og var i ein hjelpelaus situasjon. Hadde ikkje eg teke dette ekstra tilsynet, kunne pasienten potensielt lege på golvet i fleire timar til neste tilsyn. Denne pasienten hadde tryggleiksalarm på handa som ho/han skal nytte ved behov for assistanse, men som følge av ei demensdiagnose var ikkje denne hensiktsmessig. I ein slik situasjon kunne DT vore til nytte ved at teknologien hadde varsla nattevakta når ho/han reiste seg opp frå senga og pasienten hadde fått hjelp fortare.

Ein har avgrensa tidsbruk til kvar enkelt pasient, slik at ein har ikkje så god tid til alle pasientane som ein egentleg skulle ønske at ein hadde. Ved å nytte DT saman med fysiske tilsyn kan helsepersonell disponere tida si til dei som treng den mest. Sjukepleiaren får betre tida til mellom anna terminale pasientar som kan trenge nærleik og kompetanse frå sjukepleiaren. I tillegg får sjukepleiaren høve til å trygge og støtte pårørande som er i ein vanskeleg situasjon. Sjølv om det er pasienten som er i fokus, er det viktig å ta vare på pårørande også. Derfor er det ein stor gevinst at sjukepleiar har tida til å kunne ta seg av desse også. Helsedirektoratet seier at alle pårørande har rett til generell rettleiing og informasjon når dei henvendar seg til helse – og omsorgstenesta. I den grad pasienten gir samtykke til det, har nærmaste pårørande rett til informasjon om pasientens helsetilstand (2018).

Før ein kommune kan implementere tryggleik – og meistringsteknologi, må for eksempel mobildekninga vere tilstrekkeleg med tanke på institusjonsområdet (Meltning, 2017, s. 26). Dersom sjukeheimen er plassert på eit område med dårleg dekning kan dette skape utfordringar for teknologien. Ei anna ulempe med digitale tilsyn er at bruken av dette kan føre til «pleie utan omsorg» som igjen kan føre til ei distansering mellom pasientane og sjukepleiarane, samt ei manglande evne til å forstå pasienten sin heilskapleg situasjon. Det er altså mykje som spelar inn for om ein skal innføre digitale tilsyn eller ikkje.

5.2.4 Etikk og berekraftig utvikling ved digitale tilsyn

Då det vart innført DT på sjukeheimane, var fleire av dei deltakarane skeptiske til å overvake pasientane. Det som må bemerkast er at slike digitale hjelpemiddel er utvikla for menneske som tradisjonelt ikkje har nytta teknologi. Årsaka kan vere at teknologien ikkje har vore like tilgjengeleg i eldre generasjonar sitt liv, samanlikna med samfunnet idag. Dette har ført til ein del spørsmål om kva som er moralsk rett, om det er hensiktsmessig, samt korleis det bør utviklast og nyttast i praksis (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 207). Pasientane har truleg ikkje den erfaringa eller kompetansen som trengs for å forstå korleis det fungerer, sett vekk i frå ei demensdiagnose. Det er dermed ikkje realistisk at ein eldre pasient skal forstå at vi berre ser til ho/han til bestemte klokkeslett og/eller ved behov. Dette kan føre til at pasientane føler seg overvaka som følge av kamerateknologien. Ein stor andel av pasientane som har DT med kamerateknologi har ei demensdiagnose. Meltning skriv at målgruppa til slike tilsyn, ofte ikkje er samtykkekompetente. Dette viser til at det føreligger lovverk til grunne i beslutninga kring innføringa (2017, s. 16). Alle deltakarane hadde fokus på at pasientane hadde lova i sine hender, og at dersom dei ikkje ønskjer det er dette noko som må respekterast. For pasientar som ikkje motsette seg, skal eit vedtak fattast etter pasient- og brukarrettigheita § 4-6a. Dersom pasienten er imot slike tilsyn, må det vurderast og takast ei beslutning etter reglar i pasient- og brukarrettigheitslova (Meltning, 2017, s. 16).

Som sjukepleiar har ein eit ansvar og ønskje om å hjelpe pasienten best mogleg, dette inngår i det etiske gjere-vel prinsippet. Dette er også nedfelt i helsepersonellova §4 og i prinsippet kring forsvarleg og omsorgsfull hjelp. Ein tek ofte hensyn til den som er mest prega av den aktuelle situasjonen, og det krever innleving i den enkelte sin situasjon (Nortedt, 2016, s. 96-98). Dersom ein skal nytte DT må ein ha eit godt grunnlag og lovverket må samsvare, samt ha prøvd ut ulike mindre inngripande tiltak. Sidan det blir meir og meir av velferdsteknologien, vil slike hjelpemiddel bli ein større del av den helsehjelpa vi tilbyr. Dersom teknologien blir brukt riktig og etter lovverket tilpassa den enkelte sine behov og situasjon, tenker vi at det er etisk rett å nytte det basert på samfunnet si utvikling. Solheim skriv at hjelpemiddel der ein overvaker, vil alltid føre til spørsmål om det er etisk forsvarleg. Det må takast individuelle vurderingar for å fastslå om det er etisk rett (2015, s. 161).

Ved å ta i bruk inngripande teknologi i helsetenesta, vil det påverke alle partar på ulik måte. Kva konsekvensar har teknologien for sjukepleiarrolla? Ludvigsen skriv at teknologien og omsorga ikkje har ein naturleg samanheng (2018, s 67). Som sjukepleiar må ein halde seg fagleg oppdatert, ein må dermed tilpasse seg ny kunnskap og ulike hjelpemiddel. På denne måten må helsepersonell finne ein god balanse mellom teknologien og helsehjelpa som blir gitt. Denne balansen er nødvendig for å sikre forsvarleg helsehjelp der teknologien er eit supplement, framfor å erstatte eller svekke helsehjelpa.

Stubberud definerer pasienttryggleik som vern mot unødig skade som følge av helsetenesta sin ytelse eller mangel på dette (2018, s. 12). Dersom ein sjukepleiar nyttar teknologien som ei erstatning på helsehjelpa, kan det føre til svekka pasienttryggleik og ei mangelfull teneste. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid etter krav om forsvarlegheit

og omsorgsfull hjelp ut frå forventingar knytt til kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjon (Lov om helsepersonell, kapittel 2, § 4).

DT er eit supplement til helsehjelpa, samtidig som det gir rom for effektiv bruk av ressursar. Helseinnovasjonssenteret skriv at eldrebølga og aukande kompleksitet i sjukdomsbiletet skapar utfordringar fordi grada av yrkesaktive minskar. For å sikre tilgang på gode tenester innan helsevesenet, trengs det auka fokus på berekraftige teknologiske løysingar. Berekraftig helseteneste skal ivareta både pasienten og tilsette sine behov, samt ivareta økonomiske og økologiske ressursar. Ein pasient er avhengig av at tenesta er berekraftig for den tilsette. Ein tilsett som trivast på arbeidsstaden gir rom for god balanse, forutsetningar og ei god teneste (Haugvik, 2022). Ved at helsepersonellet får varslingar når pasienten utløyser spesifikke funksjonar, har ein betre kontroll og slepper å vere engsteleg for om ein pasienten med fallfare vandrar medan ein er oppteken med ein annan. Studien vår viste at dette gir dei tilsette senka skuldrer som igjen kan ha ei positiv effekt på arbeidshelsa til dei tilsette. Flæten skriv at det er kjent at turnusarbeid har ein negativ innverknad på helsa. Turnusarbeid kan potensielt vere belastande og ha ein samanheng mellom kvifor det er høgt sjukefråvær i helsevesenet (2014). Ved å sikre berekraftige teknologiske løysingar kan ein tydeleg oppnå positive effektar. Dersom ein ser på det økonomiske blir dei tilsette best mogleg organisert, samt teknologien sørga for automatisering av enkle oppgåver (Haugvik, 2022). RoomMate fortel at ein sjukeheim har som følge av DT spart ein samla sum på to millionar. Årsaka var at dei slapp å leige inn ekstra nattevakter (2022). Ein konsekvens teknologien kan føre til, er at i ein underbemanna kvar dag prega av dårleg tid, kan dei tilsette ta større risikoar ved å lene seg for mykje på teknologien. Årsaka er at teknologien kan føre til at ein mistar fokus på bebuarane, og dermed bli kalde omsorgsmessige (Ludvigsen, 2018, s 57).

Som studien vår viste, får dei tilsette meir tid til pasientane som treng det, utan å måtte bli bekymra for dei andre pasientane fordi teknologien gir beskjed dersom ein annan treng hjelp. Slik teknologi er berekraftig då ein potensielt slepper å leige inn ekstra personell, samt bidra positivt på arbeidshelsa og potensielt minske sjukefråværet. Tenesta blir tilgjengeleg for fleire, då digitale tilsyn ikkje krev helsepersonell på same måte som ved fysiske tilsyn. Utfordringar med RoomMate er månadsleiga, men denne vil bli lågare enn ved innleige av ekstra personell. Sjølv apparatet har ein pris, og eine sjukeheimen som tok del hadde berre fem stykk. Dette førte til at dei måtte vurdere kven som har størst behov og kople til DT utifrå kva pasient som har behovet til stades. Dette krev både tid og ressursar.

6. Konklusjon

Bruk av digitale hjelpemiddel på sjukeheimar auka stadig, og vil i framtida inngå meir i den helsetenesta som blir tilbydd. Studien vår viser at helsepersonell har svært positive erfaringar ved bruk av DT i form av RM, trass både fysiske- og tekniske utfordringar som gjer at hjelpemiddelet ikkje alltid fungerer optimalt. Det er avgjerande med tilstrekkeleg opplæring og forståing for å nytte DT på ein forsvarleg og hensiktsmessig måte. Utan denne forståinga kan pasienten potensielt ha behov for hjelp, medan helsepersonellet er uvitande om kva situasjon pasienten er i.

DT bidreg til å effektivisere tenesta ved at ein kan fordele ressursane der dei trengst, bidra til god oversikt og senka skuldrer for dei tilsette. Dermed kan DT gi ei berekraftig effekt ved å gi pasientar ein gevinst i form av auka søvnkvalitet, samt at det kan lønne seg økonomisk fordi ein slepp potensielt å leige inn ekstra personell. Andre positive effektar RM har er moglegheita for å individualisere tenesta, som følge av dei ulike funksjonane. I kvart tilfelle må ein overhalde lovverk, ta individuelle- og etiske vurderingar før ein vel å iverksette tiltaket. Dette er for å unngå å nytte inngripande teknologi der det ikkje er nødvendig eller det beste alternativet.

Dette krev at helsepersonell tilpassa seg utviklinga som kjem knytta til velferdsteknologien, og dermed finne ein balanse mellom teknologi og fysisk omsorg. Årsaka er at teknologien ikkje skal erstatte arbeidsoppgåver, men støtte helsetenesta for å sikre god omsorg og ei berekraftig effekt.

6.1 Anbefaling til vidare forskning

Sidan det er lite forskning på bruk av slik teknologi, kan det vere hensiktsmessig å forske vidare på pasienten si oppleving og innsikt ved bruk av DT. Det kan også vere relevant å gjennomføre intervju på ei større gruppe tilsette for å få ei breiare innsikt i meiningar, erfaringar og forståing for teknologien.

Referansar

- Brinchmann, B. S. (Red.). (2021). *Etikk i sykepleien* (5. utg.). Gyldendal Norsk forlag As.
- Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. Red.). (2014). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.). (2014). Helsetjenester til eldre. Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* (2. utg., s. 197-208). Oslo Gyldendal akademisk.
- Digsam (2022) Digitale tilsyn. Henta 04.12.21 frå https://digsam.usn.no/?page_id=446
- Direktoratet for E-helse. (2021). *Dette er velferdsteknologi.* Henta 02.12.22 frå <https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Folkehelseinstituttet (2021). Demens. Henta den 10.mai 2021 frå: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Flæten, Ø. Ø. (2014). *Belastende med tredelt turnus.* Sykepleien. Henta frå <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2014/12/belastende-med-tredelt-turnus>
- Haugvik, I., (2022) Hva er bærekraftig helseteneste? Henta frå: <https://www.visibacare.com/no/hva-er-baerekraftig-helsetjeneste/>
- Helsedirektoratet (2018). *Pårørendes rettigheter.* Henta den 06.mai 2022 frå: <https://www.helsenorge.no/parorende/parorendes-rettigheter/#parorendes-rett-til-veiledning-og-informasjon>
- Helseinnovasjonssenteret. *Helse- og velferdsteknologi.* Henta frå [frå:https://www.helseinnovasjonssenteret.no/satsingsomrader/helse--og-velferdsteknologi](https://www.helseinnovasjonssenteret.no/satsingsomrader/helse--og-velferdsteknologi)
- Helseinnovasjonssenteret. Digitale tilsyn. Henta frå <https://www.helseinnovasjonssenteret.no/b/digitalt-tilsyn>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplanen 2025.* Oslo. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Kommunesektorens interesseorganisasjon. (u.å.) Veikart for tenesteinnovasjon. Henta 22.04.22 frå <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I G. H. Grimsbø. *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon. Bind 1.* (3.utg, s. 15 – 27). Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meltning, J. B. (2017). Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Helsedirektoratet. Henta frå https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_/attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf
- Nortvedt, P. (2016) Omtanke (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Niemeijer, Alistair R., Depla, M., Frederiks, B., Francke, A. L., Hertogh, C., (2014). «The Use of Surveillance Technology in Residential Facilities for People with Dementia or Intellectual Disabilities: A Study Among Nurses and Support Staff». DOI: [10.1097/01.NAJ.0000457408.38222.d0](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000457408.38222.d0)
- Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., Hertogh, C. (2014). «The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care». <https://doi.org/10.1177%2F0969733014533237>
- Lov om helsepersonell. (2022) Krav til journalens innhold. LOV-2022-03-25-14. Lovdata. Henta 27.04.22 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8
- Lov om helsepersonell. (2022) Krav til helsepersonells yrkesutdøvelse. LOV-2022-03-25-14. Lovdata. Henta 02.05.22 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_8
- Lov om pasient- og brukervedvirkningsloven. (2021) Rett til individuell plan (2021-05-07-31) Lovdata. Henta 25.04.22 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#§2-5
- Ludvigsen, O. (2018) Sykepleiere og velferdsteknologi. [Masteroppgåve]. Universitetet i Oslo. Henta frå: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/65673/Masteroppgave-Olav-Ludvigsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ranhoff, A. H. (2015). Søvn og søvnproblem. I A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg, s. 367 – 374). Gyldendal Akademisk.
- RoomMate. (2022). Visuelt og anonymisert digitalt tilsyn. Henta 04.12.21 frå <https://www.roommate.no>
- Skaug, E. A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I G. H. Grimsbø. *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon. Bind 1*. (3. utg, s. 337 – 376). Gyldendal Akademisk.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014) Kognitiv svikt og demens. Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg, 408 - 437) Oslo Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å., (2016) Juridiske rammer og etiske utfordringer. Ranhoff, A.H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie*. (2. utg., s. 212-224) Oslo Gyldendal Akademisk.
- Solheim, K. (2015) *Demensguiden*. Oslo Universitetsforlaget
- Stubberud, D. G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Utgård, H. (2019) *Etiske utfordringer med digitale tilsyn*. [Masteroppgåve] Høgskulen i Volda. Upublisert.
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis*. (3. utgåve). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Kva erfaringar har sjukepleiar med tildeling og bruk av digitale tilsyn på sjukeheim»

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i et forskingsprosjekt der formålet er å undersøke kva erfaring sjukepleiarar har med digitale tilsyn. Vi vil fokusere på bruk og tildeling av RoomMate. I dette skrivet gir vi deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltakelse vil innebere for deg.

Formål

Formålet er å få innblikk i erfaringar til både sjukepleiar og einingsleiar ved bruk av RoomMate. Vi vil undersøke kva kriteria og prosedyrar som blir iverksett når ein pasient skal ha slike tilsyn. Vi vil og fokusere på kva gevinstar slike digitale tilsyn har for arbeidsstaden og pasienten.

Problemstillinga er «Kva erfaringar har sjukepleiar med tildeling og bruk av digitale tilsyn på sjukeheim?». Dette er ei bacheloroppgåve i sjukepleie ved NTNU.

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Studien blir gjort gjennom NTNU, der førsteamanuensis Rigmor Einang Alnes er vegleiar.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta då du har lang erfaring innan helsetenesta (minst 2 år), er enten leiar for eininga eller sjukepleiar, og er kjend med bruken av RoomMate

Kva inneberer det for deg å delta?

For deg vil dette innebere å ta del i eit kvalitativt intervju på ca. 45 minutt. I intervjuet vil vi spørje deg om dine erfaringar og synspunkt kring bruk av RoomMate. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake utan å oppgi nokon grunn. Alle dine personopplysningar vil da bli sletta. Det vil ikkje ha nokon negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekke deg.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og bruker dine opplysningar

Vi vil kun bruke opplysningane om deg til formåla vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandlar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikkje vere mogleg å gjenkjenne deg, da lydopptaket ikkje skal bli publisert nokon stad. Det skal berre nyttast til datainnsamling til prosjektet og vil bli av identifisert når intervjuet blir transkribert til tekst.

Kva skjer med opplysningane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?

Lydfilane blir sletta når teksten er transkribert. Prosjektet avsluttast etter planen i juni 2022.

Dine rettigheitar

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

- Innsyn i kva slags personopplysningar som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningane.
- Å få retta personopplysningar om deg
- Å få sletta personopplysningar om deg.
- Å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

Kva gir oss rett til å behandle personopplysningar om deg?

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Kvar kan eg finne ut meir?

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

Student: Ida Kristin Bruvik, ikbruvik@stud.ntnu.no, telefon: 47689866.

Vegleiar: Rigmor Einang Alnes, rigmor.e.ernes@ntnu.no,

Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, thomas.helgesen@ntnu.no, telefon; 93079038

Dersom du har spørsmål knytt til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskingsråda AS på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennleg helsing

Prosjektansvarleg
Rigmor Einang Alnes.

Student
Ida Kristin R. Bruvik
Eileen Grete Berstad.

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Kva erfaringar har sjukepleiar med tildeling og bruk av digitale tilsyn på sjukeheim*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

- Å delta i *intervju*

Eg samtykker til at mine opplysningar behandlast frem til prosjektet er avslutta.

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

