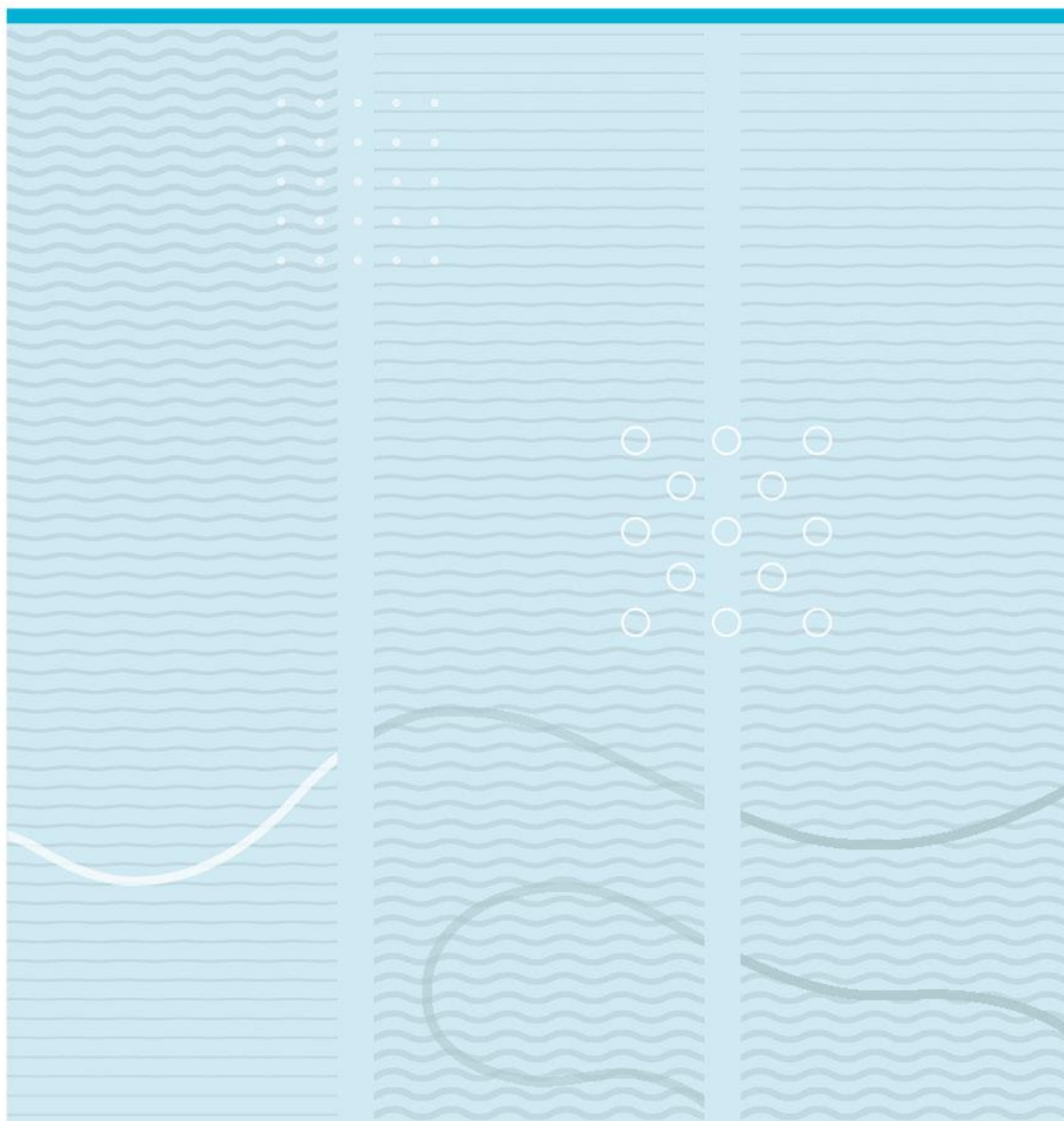


Synne Friise Jordan

«Velferdsteknologi- til bistand eller besvær?»

Sykepleieres erfaringer med bruk av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien- med fokus på personsentrert omsorg



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse- og sosialvitenskap
Institutt for Sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Synne Friise Jordan

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Det er om lag 100,000 mennesker som lever med demens i Norge. Dette tallet er estimert til å øke til over det dobbelte i løpet av 2050. Ifølge Demensplanen 2025 må det sikres at mennesker med demens opplever personsentrerte og tilrettelagte tilbud, og at tjenestene kontinuerlig ivaretar brukermedvirkning og kartlegging rundt individuelle behov og ressurser. I tillegg til dette fremheves det i stor grad at det må forskes mer på demens, slik at kunnskapsnivået om behandling og forebygging kan økes de kommende årene. Velferdsteknologi er også et tema som har vært svært aktuelt innenfor helsesektoren i noen år, spesielt i oppstarten av COVID-19 pandemien, da kommunene ble rådet til å ty ytterligere til velferdsteknologiske løsninger. Ulike føringer, stortingsmeldinger, NOUer og nasjonale velferdsteknologiprogrammer, vektlegger hvordan velferdsteknologi kan benyttes til å bedre brukeres følelse av mestring i eget liv, samt effektivisere helsevesenet. Det fremheves også hvordan det må forskes mer på effektene av velferdsteknologi i møte med ulike brukergrupper.

Hensikt: Studiens hensikt er å få innsikt i sykepleieres subjektive erfaringer i henhold til hvilke velferdsteknologiske løsninger som ble benyttet i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien, i tillegg til hvordan velferdsteknologien har påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg.

Problemstilling: «Hvilke velferdsteknologier har blitt benyttet av sykepleiere i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien, og hvordan erfarer sykepleiere at disse har påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg?»

Teorigrunnlag: Studien bygger på tidligere forskning om bruken av velferdsteknologi i møte med eldre mennesker preget av kognitiv svikt under COVID-19 pandemien og forskning om hvilke etiske utfordringer helsepersonell kan møte på ved bruk av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem. Studien drøftes opp mot denne forskningen, i tillegg til teori om hovedkategoriene av velferdsteknologi, kjente muligheter og utfordringer med velferdsteknologi, velferdsteknologi i møte med pasienter med demens, personsentrert omsorg på en generell basis, personsentrert omsorg i møte med pasienter med demens, kartlegging av individuelle behov og kommunikasjon med pasienter med demens.

Metode: Studien har et induktivt kvalitativt forskningsdesign, med en hermeneutisk tilnærming. Utvalget i studien består av fem sykepleiere fra to ulike sykehjem i det sentrale Østlandsområdet.

Datamaterialet ble innhentet via to ulike kvalitative forskningsintervjuer; fokusgruppeintervju og individuelt intervju. Innholdsanalyse ble benyttet for å prosessere det innhentede datamaterialet.

Funn: Funnene vektlegger hvordan implementering og utprøving av nye typer velferdsteknologiske løsninger ikke ble prioritert under COVID-19 pandemien. Sykehjemmene var preget av redusert mengde tid og ressurser, bruken av smittevernsutstyr og nedsatt mulighet til å kartlegge individuelle behov hos pasientene. Dette resulterte i at kjente velferdsteknologier, i tillegg til kreative løsninger ble benyttet, for å møte pasienters individuelle behov og effektivisere hverdagen. Trygghet- og sikkerhetsteknologi og teknologi for sosial kontakt, var de hovedgruppene sykepleierne vektla hadde blitt benyttet mest under pandemien. Funnene viser til både negative og positive reaksjoner hos pasientene i møte med de ulike velferdsteknologiene. Informantene tydeliggjorde hvordan de erfarte at velferdsteknologi benyttet under COVID-19 pandemien tidvis erstattet den menneskelige kontakten og nærheten mennesker med demens sårt trenger. Bruken av videoovervåking og videokommunikasjon resulterte i både uro og fysiske utbrudd. Funnene reflekterer informantenes bekymring i henhold til overbruken av velferdsteknologi, både fra pårørendes og personalets side, og hvordan de fryktet at dette kunne påvirke utøvelsen av personsentrert omsorg i en negativ forstand.

Konklusjon: Velferdsteknologien som ble benyttet på de to sykehjemmene representert i studien, både opprettholdt og utfordret utøvelsen av personsentrert omsorg. Funnene viser hvordan velferdsteknologi ikke kan erstatte den menneskelige kontakten pasienter med demens har behov for, men at den kan bistå til aktivisering og stimuli dersom nøye kartlegging av pasientene ligger til grunn.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, sykepleiere, demens, sykehjem, COVID-19 pandemien, personsentrert omsorg, kommunikasjon, individuelle behov, muligheter og utfordringer, pårørende og teknologi.

Abstract

Background: There are about 100.000 people living with dementia in Norway. This number is expected to double by year 2050. The Dementia Plan 2025 states that people with dementia must be guaranteed the right to person-centred care and health care services adapted to their needs. The 2025 Plan further emphasizes the need for health care services to provide inclusive decision making based on individual needs and resources. In addition to this, it emphasizes a need for more research on dementia care- to increase the level of knowledge considering treatment and prevention in the years to come. Welfare technology is also considered a relevant and important topic in the health care sector. This was especially relevant in the beginning of the COVID-19 pandemic when the municipalities were advised to implement this technology to a greater extent. Various governmental guidelines and national welfare technology programs emphasize how welfare technology can be utilized to improve a users' sense of coping, in addition to making the health care system more effective. It is also accentuated a need for more research on the effect of welfare technology by various groups of users.

Aim: The aim of this study is to obtain insight into nurses' subjective experiences regarding the use of welfare technologies while caring for patients living with dementia in nursing homes during the COVID-19 pandemic. Further how these welfare technologies have influenced person-centred health care practice.

Research question: "Which welfare technologies have been used by nurses working with persons living with dementia in nursing homes during the COVID-19 pandemic, and how do the nurses experience that these technologies have influenced person-centred health care practice?"

Theory: The study is based on previous research considering the use of welfare technology in caring for the elderly with cognitive impairments during the COVID-19 pandemic. Research on the ethical challenges health care personnel encounter while using welfare technology to care for patients with dementia in nursing homes, have also been considered. The theoretical framing includes different types of welfare technology with various opportunities and challenges, welfare technology in caring for patients with dementia, person-centred health care, person-centred health care for persons living with dementia, mapping of individual needs, and communication with patients with dementia.

Method: The study has an inductive qualitative research design, with a hermeneutical approach. The informants selected to attend the study consisted of five nurses from two different nursing

homes in the central eastern region of Norway. Data was collected via two different types of qualitative research interviews: one focus group interview and one individual interview. Content analysis was used to process the collected data.

Findings: The findings emphasize that implementation and testing of new types of welfare technologies was not prioritized during the COVID-19 pandemic. According to the informants this was partly due to reduced time and resources, the heightened use of infection protection gear and the reduced opportunities to map the patients' individual needs. Nurses on the ward therefore continued to use the welfare technologies already in place. In addition, creative solutions were introduced. Both to meet individual needs and to create efficiency in their daily lives. Technology for safety and security, as well as technology for social contact were the main groups of welfare technology the nurses emphasized to have used during the pandemic. The findings show how the use of welfare technologies created both negative and positive reactions. The informants clarified that the welfare technology that was being used during COVID-19 sometimes replaced the human contact and proximity persons living with dementia sorely need. The use of video surveillance and video communication resulted in both uneasiness and physical outbreaks amongst patients. The findings further reflect how the informants felt worried about the over-consumption of welfare technology both among next of kin and health care personnel. The nurses feared that this could potentially lead to losing focus on person-centred health care practices towards persons living with dementia.

Concluding remarks: The welfare technology that was used in the two nursing homes represented in this study, both maintained and challenged person-centred health care practices. The findings indicate that welfare technology cannot replace or replicate human contact for persons living with dementia. On the other hand, welfare technology can contribute to activate and stimulate patients in a context where human contact needs to be reduced, as long as individual mapping is conducted beforehand.

Keywords: Welfare technology, technology, telehealth, telecare, assistive technology, Ehealth, telemedicine, nurses, dementia, nursing homes, person-centred health care, communication, individual needs, opportunities and challenges, and next of kin/relatives.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	9
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn for studien	10
1.1.1 Demens i et samfunnsperspektiv	10
1.1.2 Velferdsteknologi	11
1.1.3 Råd om økt bruk av velferdsteknologi under COVID-19 pandemien.....	12
1.2 Tidligere forskning.....	13
1.3 Studiens hensikt	16
1.4 Problemstilling.....	16
1.5 Oppgavens oppbygging og avgrensing	16
1.6 Oppsummering.....	17
2 Teoretisk rammeverk	18
2.1 Velferdsteknologi	18
2.1.1 Ulike typer velferdsteknologi	18
2.1.2 Muligheter og utfordringer med velferdsteknologi	19
2.1.3 Velferdsteknologi og demens.....	20
2.2 Personsentrert omsorg	22
2.2.1 Personsentrert omsorg og demens	23
2.2.2 Kartlegging av individuelle behov.....	23
2.2.3 Kommunikasjon og demens	24
2.3 Oppsummering.....	25
3 Metode	26
3.1 Forskningsdesign	26
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted	26
3.2.1 Forskerens forforståelse.....	28
3.3 Datainnsamling.....	30
3.3.1 Inklusjonskriterier og rekruttering	30

3.3.2	Utvalget	31
3.3.3	Gjennomføringen av de kvalitative forskningsintervjuene	31
3.3.4	Transkribering	32
3.4	Dataanalyse	33
3.4.1	Trinn 1: Bli kjent med data og skrive memoer i margen.....	33
3.4.2	Trinn 2: Demontere data og skape koder	34
3.4.3	Trinn 3: Remontere data og skape kategorier	34
3.4.4	Trinn 4: Identifisere meningsfulle mønstre og sammenhenger	35
3.4.5	Trinn 5: Trekke slutninger.....	35
3.5	Forskningsetiske overveielser og personvern	35
3.5.1	Rekruttering, informert samtykke og frivillig deltakelse	36
3.5.2	Etiske utfordringer med fokusgruppeintervju	36
3.5.3	Integritet, nærhet og tillit.....	36
3.5.4	Personvern og gjenkjennelsesproblematikk.....	37
3.6	Studiens kvalitet	38
3.6.1	Intern validitet	39
3.6.2	Ekstern validitet.....	41
3.6.3	Reliabilitet	41
3.7	Oppsummering.....	42
4	Presentasjon av funn	43
4.1	Velferdsteknologi under COVID-19 pandemien	43
4.1.1	Trygghet- og sikkerhetsteknologi	45
4.1.2	Teknologi for sosial kontakt.....	46
4.2	Nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?	47
4.2.1	Pårørende.....	47
4.2.2	Videovervåking og sykdomsbilde	48
4.3	Oppsummering.....	49
5	Drøfting.....	50
5.1	Velferdsteknologi under COVID-19 pandemien	50
5.1.1	Trygghet- og sikkerhetsteknologi og teknologi for sosial kontakt	51
5.2	Nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?	55
5.2.1	Pårørende.....	55

5.2.2	Videovervåking og sykdomsbilde	57
5.3	Oppsummering.....	59
6	Avsluttende bemerkninger	60
6.1	Implikasjoner for praksis	60
6.2	Anbefalinger for videre forskning.....	61
	Referanser/litteraturliste	62
	Oversikt over tabeller	65
	Oversikt over vedlegg	66
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	67
	Vedlegg 2: Informasjon- og samtykkeskjema for fokusgruppeintervjuet.....	70
	Vedlegg 3: Informasjon- og samtykkeskjema for det individuelle intervjuet	73
	Vedlegg 4: Godkjennelsen fra NSD.....	76

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på en engasjerende reise, preget av både oppturer og nedturer. Universitet i Sørøst-Norge har igjennom to år gitt meg spennende forelesninger og ny kunnskap i en tidsperiode preget av store utfordringer. COVID-19 pandemien pågikk under hele min masterstudie, noe som gjorde at mesteparten av undervisningen var digital. Å utføre et masterstudium og å skrive masteroppgave under en pandemi har vært tidkrevende og av og til frustrerende, men mest av alt lærerikt og spennende.

Takk til min hovedveileder Vibeke Narverud Nyborg og biveileder Hjørdis Frisnes for gode råd og refleksjoner. Dere har vært eksepsjonelle i både å dele kunnskap, gi konkret veiledning og alltid være tilgjengelige. Jeg ønsker også å takke familie og venner for støtte og hjelp. En spesiell takk går til min samboer, min mor og far, og min nærmeste venninne. Deres tålmodighet, teknologiske bistand og oppmuntring har vært min største krykke i denne prosessen.

Jeg ønsker også å vise takknemmelighet til mine studievenninner i Snapchat gruppen «MDIG2022». Dere har vært en stor trygghet, og en kilde til deling av både frustrasjon, oppmuntring og refleksjon.

Og ikke minst, tusen takk til alle sykepleierne som delte sine erfaringer med meg i en svært krevende tid. Jeg er imponert over jobben dere har utført i møte med pasienter med demens under COVID-19 pandemien. Dere er våre helter.

Drammen, 30. mai 2022

Synne Friise Jordan

1 Innledning

«Teknologi kan ikke erstatte dyktige sykepleiere, men teknologi i hendene til dyktige sykepleiere kan være transformerende.»

Dette selvlagde sitatet har sittet i hodet mitt under hele forskningsprosessen, og omfavner essensen av studiens hensikt, innhold og funn. For at velferdsteknologi skal kunne bidra til å styrke mestring og omfavne menneskers individuelle behov og ressurser, kreves det et dyktig sykepleierteam i bakhånd. Særdeles viktig er det at sykepleierne evner å kartlegge og kommunisere for å sikre at sårbare grupper, slik som mennesker med demens, blir ivaretatt i bruken av velferdsteknologiske løsninger. Under COVID-19 pandemien var ressurser og tid mangelfullt, noe som påvirket både hvilke velferdsteknologier som ble tatt i bruk og hvordan disse påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg.

1.1 Bakgrunn for studien

I dette underkapittelet presenteres ulike bakgrunnsteori om den aktuelle tematikken i studien. Denne teorien var grunnlaget for valg av tema og problemstilling, da jeg både så behov for videre forskning innenfor demens og velferdsteknologi, i tillegg til å vinkle dette mot COVID-19 pandemien.

1.1.1 Demens i et samfunnsperspektiv

På verdensbasis er det om lag 50 millioner mennesker med demens (Strand, 2021). Det anslås at det er minst 100,000 nordmenn som har en form for demenssykdom i dag (Strand, 2021). Dette tallet vil øke betraktelig de neste årene. Antallet mennesker med en demensdiagnose i Norge er estimert til å stige til over det dobbelte innen 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 10). Per dags dato, er i overkant 80% av de som har langtidsplass på sykehjem, mennesker med en demensdiagnose (Strand, 2021). Med bakgrunn i den massive økningen av mennesker med demens og mennesker innlagt på sykehjem med demens, har helse- og omsorgsdepartementet utviklet strategier for å kunne håndtere både den nåværende og kommende situasjonen på en forsvarlig måte. Demensplanen 2025 er den tredje og oppdaterte demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Planen vektlegger blant annet hvordan mennesker med demens, på

tross av sykdom, skal kunne oppleve mestring, trygghet og forutsigbarhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5-8). Dette ved at tjenestetilbudene som gis er tilpassede, gis til rett tid og sikrer meningsfulle og aktive liv. Demensplanen 2025 har tre hovedmål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9-10):

1. Mennesker med demensdiagnose og deres pårørende fanges opp på et tidlig stadium, og gis tilpassede, personsentrerte og egnede tjenestetilbud.
2. Mennesker med demens og deres pårørende skal være sikret medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn. De skal kunne leve meningsfylte, aktive liv som preges av sosiale, fysiske og kulturelle aktiviteter tilpasset hver enkelt menneskes behov, interesser og ressurser.
3. Kunnskapsnivået om forebygging og behandling av demens skal økes igjennom forskning.

1.1.2 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi har fått økt oppmerksomhet de siste årene (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). I et internasjonalt perspektiv anses velferdsteknologi som en sentral rolle i møte med den demografiske utviklingen, i tillegg til andre kommende eller eksisterende utfordringer innenfor helse og omsorg (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Det er en rekke føringer som knyttes opp mot bruken av velferdsteknologi på et nasjonalt nivå (Helsedirektoratet, 2012, s. 18-20).

Stortingsmelding 29, kalt «Morgendagens omsorg», tar for seg hvordan velferdsteknologi og innovative løsninger kan benyttes i situasjoner der helsevesenet potensielt ville opplevd stort press, som ved den raskt voksende eldrebølgen (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 11-14). Stortingsmeldingen er ment som en inspirasjon til kommunene rundt omkring i landet når det kommer til bruken av innovative løsninger som svar på utfordrende situasjoner innenfor omsorg. Den vektlegger hvordan velferdsteknologi og innovasjon kan gi brukere nye muligheter til mestring av eget liv, samt bidra til å øke kompetansen i helsevesenet og bistå i å utvikle velferdsstaten (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 11). Meldingen utdyper viktigheten av å forske på effekten av ulike typer velferdsteknologi, slik at en via ny kunnskap kan utvikle praksisen (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 127-129). For å kunne kvalitetssikre tjenester, i tillegg til å utvikle kunnskap basert på tjenestenes egenart, må forskning ha en sentral rolle i den innovative utviklingen av velferdsstaten og helsevesenet (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 127-129). Slik det skrives i Stortingsmelding 29, er behovet for praksisnær forskning

det mest aktuelle, slik at de reflekterer realiteten av hvordan velferdsteknologi oppleves og erfares i kommunal sektor (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 127-129).

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har pågått siden 2014, og har sitt utspring i stortingsmelding 29 (Helsedirektoratet, 2022b). Dette programmet skal gjennomføres frem til 2024, og er et samarbeid mellom Kommunesektorens organisasjon (KS), Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (Helsedirektoratet, 2022b). Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet vektlegger hvordan kommuner skal ytterligere benytte velferdsteknologi for å sikre god helse og mestring blant befolkningen, samt sikre et bærekraftig helsevesen (Helsedirektoratet, 2022b). Blant målene programmet har, er økt sosial kontakt hos eldre ved hjelp av velferdsteknologi et av dem (Helsedirektoratet, 2022b). Det vektlegges i føringene, hvordan bruken av velferdsteknologi i møte med eldre mennesker, kan motvirke ensomhet, opprettholde sosiale nettverk og tilrettelegge for samhandling (Helsedirektoratet, 2022b).

I Nasjonal helse- og omsorgsplan for perioden 2011-2015, vektlegges det hvordan det er et økende behov for å satse på velferdsteknologi og innovative løsninger til fordel for både pasienter og helsepersonell (Meld. St. 16 (2010-2011), s. 107). I denne stortingsmeldingen trekkes særlig ny teknologi frem som en fremmer for at brukere kan mestre egen hverdag og få mulighet til å leve mer selvstendig. I tillegg til dette vektlegges det hvordan velferdsteknologi kan effektivisere, forbedre og forenkle helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 16 (2010-2011), s. 107).

I en utredning kalt «NOU 2011:11: Innovasjon i omsorg» foreslås det hvordan blant annet kommunesektoren kan ta i bruk innovative løsninger for å møte fremtidens omsorgsutfordringer (NOU 2011:11, 2011, s. 114-119). I denne utredningen gis det anbefalinger om økt satsning på velferdsteknologi blant de kommunale omsorgstjenestene (NOU 2011:11, 2011, s. 98-128). Skrivet vektlegger hvordan velferdsteknologi kan ha stor nytteverdi for enkeltindivider, så lenge brukermedvirkning og kontroll over egen livssituasjon blir ivaretatt underveis (NOU 2011:11, 2011, s. 111-123).

1.1.3 Råd om økt bruk av velferdsteknologi under COVID-19 pandemien

Det ble økt fokus på velferdsteknologi under COVID-19 pandemien, og kommunene ble rådet av blant annet Helsedirektoratet, til å benytte velferdsteknologi og digitale verktøy for å avhjelpe

utfordringer som oppstod i forbindelse med pandemien (Helsedirektoratet, 2022a). Slik det ble og fortsatt blir presentert av Helsedirektoratet, er bruken av velferdsteknologi under COVID-19 pandemien særdeles viktig for å kunne ivareta kommunenes innbyggere på en god og forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2022a). Positive effekter, slik som at velferdsteknologi kan bidra til å begrense unødige kontakter, sikre forsvarlig oppfølging av pasienter og styre ressursbruk trekkes frem (Helsedirektoratet, 2022a). For at velferdsteknologi skal ha gode resultater, må teknologien være tilpasset individuelt ut ifra enkeltpersoners behov og teknologien må ses i sammenheng med andre tiltak knyttet opp mot enkeltpasienter (Helsedirektoratet, 2022a). På tross av at flere spesifikke velferdsteknologiske løsninger trekkes frem til å kunne bistå og bidra med COVID-19 pandemiens utfordringer i helsevesenet, nevnes det også at noen av disse fortsatt er under utprøving og at et totalt og endelig overblikk over gevinster ikke er tilgjengelig enda (Helsedirektoratet, 2022a).

1.2 Tidligere forskning

Søk etter forskningsartikler ble utført i ulike databaser og søkemotorer, slik som Cinahl, Google Scholar, USN sin Oria og Medline. Jeg har søkt etter forskningsartikler ved tre ulike faser av studien: i startfasen under utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen, halvveis i prosessen, og i slutfasen (én måned før oppgaven måtte være ferdigstilt). Jeg valgte å gjøre dette for å kontinuerlig søke kunnskap på feltet, men også for å se utviklingen i forskningen. Dette med bakgrunn i at COVID-19 pandemien var og er pågående. Slik jeg erfarte det, utviklet kunnskapsgrunnlaget i forskningen seg betydelig over tidsperioden på syv måneder. Et økt antall forskningsartikler med fokus på COVID-19 pandemien og dens konsekvenser ble publisert i den aktuelle tidsperioden. Forskningsartiklene som presenteres i dette underkapitlet, dekker statusen per mai 2022. Forskningsartiklene nevnt i dette kapitlet, er ikke utfyllende i henhold til hva som finnes av forskning på feltet, og dekker heller ikke grunnlaget for forskningen som vil benyttes i drøftingen i kapittel fem.

Da jeg skulle finne forskningsartikler ved de tre databasesøkene jeg utførte, valgte jeg å utarbeide en tabelloversikt over hvilke hovedbegreper og søkeord jeg skulle benytte. Denne tabellen er presentert under, og viser de seks ulike hovedbegrepene hentet fra problemstillingen i studien (velferdsteknologi, sykepleiere, demens, sykehjem, COVID-19 pandemien og personsentrert omsorg), med alternative engelske søkeord.

Tabell 1- Oversikt over søkeord til databasesøk

Velferdsteknologi	Sykepleiere	Demens	Sykehjem	COVID-19 pandemien	Personsentrert omsorg
Welfare Technology	Nurse	Dementia	Nursing Homes	COVID-19	Person centred care
Technology	Nurses	Alzheimer's Disease	Long Term Facility	Coronavirus	Person-centredness
Telehealth	Nursing	Cognitive decline		2019-ncov	Person centred
Telemedicine		Cognitive impairment		SARS-CoV-2	
Telecare				Cov-19	
Assistive Technology				COVID-19 Pandemic	
Ehealth					

Jeg prøvde i flere av databasene å kombinere alle de seks hovedbegrepene i problemstillingen ved å benytte de ulike engelske søkeordene. Dette gav ingen resultater. Noe som viste at det ikke fantes forskning som tok for seg den konkrete tematikken jeg ønsket å undersøke. Derfor begrenset jeg søkene mine til å inneholde maksimalt tre av hovedbegrepene. Dette gjorde at jeg fant noen få artikler som tok for seg deler av tematikken.

Et gjennomgående moment jeg så i flertallet av forskningsartiklene jeg fant, var hvordan de vektla de positive effektene av velferdsteknologi. Jeg ønsker å trekke frem to artikler for å belyse dette. En av artiklene fremhever hvordan velferdsteknologiske løsninger har blitt benyttet i møte med hjemmeboende eldre med kognitiv svikt for å ivareta helsen og forhindre en følelse av ensomhet under COVID-19 pandemien (Lai et al., 2020, s. 1175-1184). Den samme artikkelen påpeker hvordan hjemmeboende eldre med kognitiv svikt opplever bruken av blant annet videokommunikasjon som «user-centred» eller brukerorientert (Lai et al., 2020, s. 1175-1184). En annen artikkel fremhever hvordan velferdsteknologi, benyttet på en geriatrisk klinikk under COVID-19 pandemien, opplevdes både tids- og ressursbesparende for de ulike involverte partene (Iyer et

al., 2021, s. 1-8). Det vektlegges også hvordan blant annet videokommunikasjon har vært en god løsning for isolerte pasienter i behov for sosial stimuli (Iyer et al., 2021, s. 1-8).

Det er få artikler som stiller seg kritisk til bruken av velferdsteknologi under COVID-19 pandemien og hvordan det kan påvirke utøvelsen av personsentrert omsorg i møte med personer med demens. Bakgrunnen for dette kan være at det er for tidlig å si noe om det, da pandemien fortsatt pågår. I mitt artikkelsøk fant jeg kun to artikler som tok for seg deler av denne tematikken. En artikkel forklarer på et generelt grunnlag hvordan bruken av velferdsteknologi kan skape motstridende reaksjoner blant etikere og helsepersonell, og at det er en rekke etiske utfordringer sykepleiere kan erfare ved bruk av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem (Niemeijer, Frederiks, Depla, Eefsting & Hertogh, 2013, s. 201-215). På tross av at denne artikkelen ikke gjelder konkret COVID-19 tiden, ser jeg på den som aktuell. Tematikken artikkelen bringer opp kan være gjeldende også under COVID-19 pandemien. Artikkelen konkluderer med at dersom velferdsteknologi skal tas i bruk, må det være til fordel for pasienten, ivareta pasientens ressurser, opprettholde autonomien, ikke krenke personvernet og pasienten må til enhver tid føle seg trygg (Niemeijer et al., 2013, s. 201-215). En annen artikkel tar for seg utfordringer med bruk av velferdsteknologi i fjernoppfølging av pasienter med demens konkret under COVID-19 pandemien (Cohen, 2020, s. 37-38). Forfatteren av artikkelen vektlegger at bruken av videokommunikasjon og telehelse ikke er optimalt for pasienter med demens, da de har nedsatt intellekt og sosiale evner, og kan derfor bli forvirrede og tilbaketrukne (Cohen, 2020, s. 37-38). I artikkelen utdypes det også hvordan forfatteren mener telehelse og bruken av velferdsteknologi ikke kan måle seg opp mot hvordan behandling og omsorg var før COVID-19 pandemien (Cohen, 2020, s. 37-38).

Med bakgrunn i forskningsartiklene presentert, ser jeg et kunnskapshull i henhold til hvilke velferdsteknologiske løsninger som har blitt benyttet i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien. Sykehjem er underrepresentert i forskningen per nå, og bør derfor utforskes. I tillegg ser jeg mangler i forskning rundt hvordan velferdsteknologi har påvirket *utøvelsen av personsentrert omsorg* og ivaretagelse av individualiteten til pasientene. Dette ønsker jeg å undersøke videre, ved å trekke inn *sykepleieres erfaringer*.

1.3 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å få innsikt i sykepleieres subjektive erfaringer ved bruk av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien. Studien søker kunnskap om både hvilke velferdsteknologiske løsninger som er benyttet, i tillegg til hvordan velferdsteknologien har påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg. Ved å belyse sykepleieres personlige erfaringer, kan en side av helsevesenet det per dags dato er forsket lite på avdekkes. Kunnskapen fra studien, vil kunne benyttes til å forbedre tjenestetilbudet og legge grunnlag for etisk refleksjon, noe som kan være nyttig om liknende situasjoner, som COVID-19 pandemien, oppstår i fremtiden.

1.4 Problemstilling

Hvilke velferdsteknologier har blitt benyttet av sykepleiere i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien, og hvordan erfarer sykepleiere at disse har påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg?

1.5 Oppgavens oppbygging og avgrensning

Masteroppgaven er skrevet som en monografi bestående av seks hovedkapitler. I første kapittel beskrives bakgrunn for studien, tidligere forskning, studiens hensikt, oppgavens oppbygging og avgrensning, i tillegg til den valgte problemstillingen. Kapittel to beskriver studiens teoretiske rammeverk, med fokus på begrepene «velferdsteknologi», «personsentrert omsorg» og «demens». I kapittel tre fremstilles metoden benyttet i studien. Forskningsdesign, vitenskapsteoretisk ståsted, forskerens forforståelse, i tillegg til metode for datainnsamling og dataanalyse, samt forskningsetiske overveielser, beskrives i dette kapitlet. Kapittel fire inneholder en presentasjon av studiens funn. I kapittel fem drøftes funnene opp mot tidligere forskning og teori. Avslutningsvis i kapittel seks, fremkommer avsluttende bemerkninger, implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning.

Studien setter søkelys på sykepleieres erfaringer ved bruk av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien i perioden mars 2020 frem til begynnelsen av mars 2022.

1.6 Oppsummering

I dette kapitlet har bakgrunn for studien blitt presentert, med søkelys på demens, velferdsteknologi, og utdypelse rundt hvordan velferdsteknologi ble fremhevet tidlig i oppstarten av COVID-19 pandemien. Denne informasjonen har blitt lagt frem for å skape en forståelse for hva som vekket min interesse i studiens tema og problemstilling. Ved å belyse tidligere forskning, har behovet for videre forskning i henhold til bruk av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem og effekten dette har hatt på personsentrert omsorg blitt tydeliggjort. I tillegg til dette har kapitlet tatt for seg hensikten med studien, studiens problemstilling, oppbygging og avgrensing.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil utvalgt teori presenteres for å avklare studiens kunnskapsgrunnlag. Viktige begreper fra den valgte problemstillingen, slik som «velferdsteknologi» og «personsentrert omsorg», vil beskrives inngående. Det vil også vektlegges hvordan disse hovedbegrepene ses i sammenheng med demensomsorg.

2.1 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er et norsk samlebegrep og omhandler ulike former for teknologisk assistanse som kan bidra til økt sikkerhet, trygghet, mobilitet, sosial deltakelse, fysisk og kulturell aktivitet (Holthe, Kjeldsberg & Sværen, 2016, s. 6-9). Velferdsteknologi kan styrke den enkeltes evne til å mestre egen hverdag, på tross av sykdom eller nedsatt funksjonsevne (Holthe et al., 2016, s. 6-9). I tillegg til dette kan velferdsteknologi støtte pårørende, forbedre tilgjengelighet, forebygge behov for tjenester eller innleggelse, bidra til ressursutnyttelse og sikre kvalitet på tjenestetilbudet (Holthe et al., 2016, s. 6-9).

2.1.1 Ulike typer velferdsteknologi

I boken «Velferdsteknologi i praksis» forklares det at velferdsteknologi kan deles inn i fire hovedkategorier (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 15-24). Disse kategoriene er hentet fra fagrapporten «Innovasjon i omsorg», som er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet (NOU 2011:11, s. 98-105).

Den første hovedkategorien er «*trygghets- og sikkerhetsteknologi*» (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 18-20). Denne kategorien tar for seg velferdsteknologi hvor målet er at brukeren skal kunne oppleve trygghet i henhold til å få hjelp når man trenger det, uavhengig av bosted og boforhold (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 18-20). Av velferdsteknologi som befinner seg innenfor denne kategorien, kan en nevne: trygghetsalarm, dørsensorer, elektroniske dørlåser, bevegelsesdetektor, komfyrvakt og falldetektor (NOU 2011:11, s. 101).

Den andre hovedkategorien er «*kompensasjons- og velværeteknologi*» (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 20-21). Dette er velferdsteknologiske løsninger som helt eller delvis kan kompensere for en brukers funksjonsnedsettelse (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 20-21). Dette kan være som følge av

sykdom, alder, eller medfødte tilstander (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 20). Denne hovedkategorien av velferdsteknologi er den største, og inneholder teknologi som skal kunne bidra til økt livsglede og velvære hos brukerne (NOU 2011:11, s. 102-104). Ulike typer velferdsteknologier som befinner seg innenfor denne hovedkategorien, er; elektronisk kalender, avanserte proteser, smarthusteknologi, forflytningshjelpemidler, robotassistanse, hørsel- og synshjelpemidler, elektroniske medisindosetter og mye mer (NOU 2011:11, s. 102-104).

Den tredje hovedkategorien er «*teknologi for sosial kontakt*». De velferdsteknologiske løsningene innenfor denne kategorien har som mål å ivareta eller øke det sosiale nettverket til brukeren, i tillegg til å hindre sosiale barrierer eller psykiske plager på grunn av nedsatt funksjon eller sykdom (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 21). Ensomhet er en av de psykiske utfordringene Knutshaug og Nakrem (2017, s. 21) mener velferdsteknologi innenfor denne hovedkategorien kan forhindre. Denne hovedkategorien tar i stor grad for seg velferdsteknologi ment for kommunikasjon, slik som videokommunikasjon, ulike webtjenester og robotteknologi ment for samhandling (NOU 2011:11, s. 104).

Den fjerde og siste hovedkategorien er «*teknologi for behandling og pleie*». Velferdsteknologiene som tilhører denne kategorien, retter seg mot å bistå brukere mest mulig til å mestre egen helse, for eksempel ved kroniske lidelser (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 21-22). Dette omhandler i stor grad velferdsteknologi laget for å assistere brukere i sitt eget hjem (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 21-22). Velferdsteknologier innenfor denne kategorien kan være automatiske målere av blodsukker og blodtrykk, regulerbare senger, og PC med berøringsskjerm for å kommunisere med helsepersonell (NOU 2011:11, s. 105).

2.1.2 Muligheter og utfordringer med velferdsteknologi

Det er nødvendig å være klar over hvilke muligheter og utfordringer velferdsteknologi kan bringe med seg i møte med brukere. Dette for å vurdere om bruken av velferdsteknologi er nyttig og hensiktsmessig når det gjelder å dekke individuelle behov. Teorien som omhandler muligheter og utfordringer med velferdsteknologi, er også viktig å belyse i henhold til når det senere skal drøftes rundt hvordan sykepleiere har erfart at velferdsteknologi har påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg under COVID-19 pandemien. Ved å vektlegge denne teorien, kan en drøfte sykepleiernes erfaringer opp mot kjente muligheter og utfordringer, og se om det er noen likheter eller ulikheter.

Muligheter og utfordringer vil også kunne drøftes opp mot om kartlegging rundt bruken av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens har vært tilstrekkelig under COVID-19 pandemien. Noe som igjen omhandler utøvelsen av personsentrert omsorg og ivaretagelse av individuelle behov.

Tabellen under gir en kort oversikt over muligheter og utfordringer, der de ulike punktene er hentet fra boken «Velferdsteknologi i praksis» (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 28-30), temaheftet «Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler til personer med demens» (Holthe et al., 2016, s. 7-41) og boken «Demensguiden» (Solheim, 2015, s. 161-162).

Tabell 2- Oversikt over muligheter og utfordringer ved velferdsteknologi

Muligheter	Utfordringer
Økt mestring og selvhjelpenhet	Tekniske utfordringer eller vanskeligheter kan gi en følelse av utrygghet eller usikkerhet
Økt følelse av sikkerhet og trygghet	Overbruk av digital kommunikasjon kan skape fysisk avstand mellom brukeren og omverdenen
Kan øke det sosiale nettverket	Kan skape økt forvirring eller forverring av demenstilstand hos brukeren
Oppmuntrer til aktivitet	Inngripende teknologi kan utfordre personvernet
Gir stimuli til brukeren	Kan skape avstand mellom bruker og pårørende, eller bruker og helsepersonell
Kan støtte hukommelse og tidsorientering	
Kan gi mennesker friheten til å være alene på tross av sykdom	

2.1.3 Velferdsteknologi og demens

Slik det beskrives i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg», er det ulike fremtidsutfordringer som krever at velferdsteknologi blir en integrert del av helsetjenesten (NOU 2011:11, s. 14-16). Blant disse er en økende eldre befolkning og personer med kognitiv svikt (NOU 2011:11, s. 14-16). Bruken

av velferdsteknologi i møte med ulike brukergrupper krever kompetanse og kartlegging (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 96-97). Dette gjelder spesielt i møte med sårbare grupper, slik som mennesker med demenssykdom (Solheim, 2015, s. 158-162).

I vurderingen om en velferdsteknologisk løsning skal tas i bruk i møte med et menneske med demens, er det ulike momenter som er svært viktige å ta i betraktning. Mennesker med demens er ikke bare preget av forskjellige livserfaringer og interesser, men de er også på ulike stadier i demenssykdommen (Solheim, 2015, s. 159). Dette gjør at behov i henhold til funksjonsnivå er svært ulikt, og det må derfor utføres nøye kartlegging og undersøkelse før en bringer velferdsteknologi inn i brukerens liv (Solheim, 2015, s. 159). Dette for å ivareta personsentrert omsorg og å vektlegge brukernes individuelle behov. Vurderingen som utføres må være preget av kartlegging rundt hvem personen er, hva personen viser selv i henhold til interesser og behov, fysisk og psykisk funksjonsnivå, observasjoner fra helsepersonell og eventuell kontakt med pårørende (Solheim, 2015, s. 159). I tillegg vil det være essensielt at både brukbarhet, aksept fra brukeren og nytteverdi vurderes (Solheim, 2015, s. 160). Fra egen erfaring, har jeg opplevd ved flere tilfeller at en ser stor nytte i en velferdsteknologi, i henhold til ivaretagelse av for eksempel aktivisering og fysisk funksjon, men når brukeren ikke evner å bruke velferdsteknologien, forsvinner denne nytten. Viktige begreper, slik som «brukermedvirkning» og ivaretagelse av «individuelle behov» vil være grunnleggende i vurderingsprosessen av om velferdsteknologi skal tas i bruk (Holthe et al., 2016, s. 6-41). Dette for å kontinuerlig ivareta brukeren, noe som er kjernen av demensomsorg og møte med brukere som kan ha problemer med å uttrykke seg eller vite egne behov (Solheim, 2015, s. 158-162). Det er viktig at en som helsepersonell evner å se i hvilke tilfeller velferdsteknologi kan bidra med noe i hverdagen til brukeren, og hvilke tilfeller der det er best å la velferdsteknologiske løsninger utebli (Solheim, 2015, s. 159). Uavhengig av at det finnes mange forskjellige typer velferdsteknologier som kan dekke svært ulike behov, er det ikke slik at velferdsteknologi egner seg for alle (Solheim, 2015, s. 159). Generasjonen som per nå har tilhold på sykehjem, er ikke oppvokst med teknologi, og har muligens nedsatt motivasjon eller åpenhet for å tilegne seg kunnskap om dette (Holthe, 2011, s. 18-29).

Da sykdomsbildet og behov hos mennesker med demens endres over tid, vil det være nødvendig at bruken av velferdsteknologi revurderes stadig opp mot brukerens funksjonsnivå og interesser (Skjetne, 2014, s. 18-23). Det vil være betydelig at helsepersonell observerer reaksjoner og signaler

brukeren gir i henhold til tilfredshet eller misnøye (Holthe et al., 2016). Dette kan være både igjennom verbale ord eller nonverbale uttrykk, alt ettersom hvordan hver enkelt bruker evner å uttrykke seg (Solheim, 2015, s. 201-215). Det er viktig at helsepersonell vektlegger at velferdsteknologi ikke kan erstatte fysisk nærhet eller menneskelig omsorg, men heller bistå til å forsterke det sosiale livet til brukeren eller øke mobilisering og samspill med verden rundt en (Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 207).

2.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er ikke entydig i verken praksis eller forskning, og defineres på ulike måter av ulike teoretikere og forskere (Kirkevold, 2014, s. 108-109). Begrepet har utviklet seg fra sykepleieteori til omsorgsfilosofi (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström & Rehnsfeldt, 2015). Eldre bøker retter seg mot sykepleieteori- og praksis, imens de nyere trekker frem personsentrert omsorg som et videre begrep gjeldende alle mennesker i omsorgssituasjoner. Et eksempel på dette er hvordan forfatterne av boken «Person-Centred Nursing» (McCormack & McCance, 2010) utviklet en ny bok, «Person-Centred Nursing and Health Care» (McCormack & McCance, 2017), og deretter enda en utgave, kalt «Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice» (McCormack et al., 2021). I titlene til disse bøkene, ser en at begrepet «personsentrert omsorg» utvikler seg igjennom årene, fra å gjelde sykepleieteori- og praksis, til å bli et fundament i all helsepraksis.

Begrepet «personsentrert omsorg» kan være vanskelig å definere (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 12). Den britiske psykologen Dawn Brooker valgte å oppsummere begrepet i et rammeverk hun kalte «VIPS», som er beskrevet under (Brooker, 2013, s. 87-118). Dette rammeverket retter seg mot personsentrert omsorg i møte med personer med demens, og forklarer de fire viktigste elementene i begrepet (Brooker, 2013, s. 87-118).

V- En skal tillegge alle mennesker samme **Verdi**, uavhengig av alder og kognitiv funksjon.

I- En skal tilrettelegge omsorgen **Individuelt**, for å ivareta menneskets ulikhet og unikheter.

P- En skal **prøve** å forstå **Perspektivet** personen med demens har på verden og sin situasjon.

S- En skal skape et **støttende Sosialt miljø**, der personen med demens opplever trivsel og inklusjon.

2.2.1 Personsentrert omsorg og demens

Begrepet «personsentrert omsorg» er spesielt vektlagt innenfor demensomsorgen (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 11-19). Det slås fast i Nasjonal faglig retningslinje for demens, at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal ha etablerte rutiner for personsentrert omsorg og behandling til mennesker med demenssykdom (Helsedirektoratet, 2017, s. 15-16). Dette innebærer blant annet at helsepersonell skal ha kompetanse om hva personsentrert omsorg innebærer i møte med mennesker med demens, og at det kontinuerlig skal foregå evaluering og kvalitetsforbedring i tjenestene som tilbys (Helsedirektoratet, 2017, s. 15-16).

Å yte god omsorg til personer med en demenssykdom kan være krevende, da sykdommen bringer med seg mange utfordringer (Engedal & Haugen, 2016, s. 19-37). Symptomer som nedsatt hukommelse, svekkede kommunikasjonsferdigheter, endret atferd, nedsatt syn og hørsel, er vanlige. Videre er mangelfull orienteringsevne, konsentrasjonsvansker, vrangforestillinger og hallusinasjoner også symptomer som sammen med de over vanskeliggjør forståelsen for hvem personen *er* og hvilke behov personen *har* (Engedal & Haugen, 2016, s. 19-37). Sårbarheten og kompleksiteten mennesker med demens har, kombinert med begrensede ressurser i helsetjenesten, kan vanskeliggjøre ytelsen av personsentrert omsorg (Moore & Kelly, 2021, s. 205-206).

2.2.2 Kartlegging av individuelle behov

Kartlegging er grunnleggende når helsepersonell skal yte personsentrert omsorg til mennesker med en demensdiagnose (Solheim, 2015, s. 71-80). Hensikten med kartleggingsarbeid er å ha mest mulig kunnskap om mennesket med demens før iverksetting av tiltak, slik at feilbehandling unngås (Solheim, 2015, s. 73). Solheim forklarer hvordan dataene som samles inn fra kartlegging danner et grunnlag for den individuelle planen mennesket med demens får utarbeidet av helsepersonellet (Solheim, 2015, s. 71). Denne individuelle planen er selve kjernen i hvilke beslutninger og valg en gjør i henhold til behandling og ivaretagelse av pasientens behov (Solheim, 2015, s. 71).

Opplysninger som hentes inn under kartleggingsarbeidet, skal i størst mulig grad hentes direkte fra personen selv, eller nære pårørende, via kommunikasjon (Solheim, 2015, s. 73). I tillegg til dette, er det viktig at helsepersonell egner å bruke observasjonsferdigheter under samhandling (Solheim, 2015, s. 77). Det kan være nødvendig å benytte seg av tverrfaglig samarbeid for å forstå personens

behov mer komplett, ved at spesialister kan uttale seg om ulike sider ved personens tilstand og funksjonsnivå (Solheim, 2015, s. 77). Bruken av journal og skriftlig dokumentasjon, i tillegg til skalaer og ulike observasjonsskjemaer vil også være nyttig når en kartlegger personen med demens (Solheim, 2015, s. 77-78).

Det er viktig at helsepersonellet som er i tett kontakt med personen med demens, har et våkent blikk når det kommer til progrediering av sykdomstilstanden og endring av behov (Solheim, 2015, s. 79) . Dette krever at det er kontinuerlig fokus på kartlegging av svikt og ressurser, for å se hva som har endret seg og hva som er gjenværende (Solheim, 2015, s. 79-80). Dette for å forebygge feil i hvordan en møter og behandler mennesket, og sikre at personsentrert omsorg er ivaretatt (Solheim, 2015, s. 79-80).

2.2.3 Kommunikasjon og demens

For å kunne kartlegge en person med demens via samtale og tilrettelegge for personsentrert omsorg, er det viktig at en har ferdigheter innenfor kommunikasjon (Solheim, 2015, s. 73).

Kommunikasjon innenfor helseyrket skal være preget av profesjonalitet, slik at den er til hjelp for personen en møter (Eide & Eide, 2017, s. 16-20). Tillitt, åpenhet, anerkjennelse, aktiv lytting og bevisst bruk av ord/uttrykk er alle viktige momenter som skal prege den kommunikative samhandlingen mellom helsepersonell og person/pasient (Eide & Eide, 2017, s. 16-20).

Kommunikasjon med mennesker med demens pålegger helsepersonellet et relasjonsetisk ansvar, noe som omhandler å ta utgangspunkt i den andres funksjonsnivå og oppmerksomhetsfokus (Eide & Eide, 2017, s. 327). I tillegg til dette må helsepersonellet anvende bekreftende kommunikasjonsferdigheter, slik at personen med demens føler seg validert (Eide & Eide, 2017, s. 332).

Slik det beskrives i boken «Kommunikasjon i relasjoner» kan det tidvis være vanskelig å forstå hva en person med demens sier og mener (Eide & Eide, 2017, s. 326-335). Dette gjør det viktig at helsepersonell bruker god tid og tålmodighet til å tone seg inn på personen og lytte aktivt (Eide & Eide, 2017, s. 327). Å vise interesse for personens historier ved å benytte bekreftende ferdigheter og nonverbale gester, vil også være viktig for å skape en tillitsfull og nyttig samtale (Eide & Eide, 2017, s. 329-330). Det er også nødvendig at helsepersonellet anvender åpne spørsmål, slik at personen med demens selv kan formidle det som kommer naturlig (Solheim, 2015, s. 77). Slik det

beskrives av Eide og Eide (2017, s. 326-332), vil korte og enkle setninger, med bruk av kjente ord og uttrykk som retter seg mot personen sitt eget språk og oppmerksomhet, også kunne sikre en god flyt i samtalen.

Det er ikke alltid mennesker med demenssykdom klarer å uttrykke seg verbalt eller forstå helsepersonellets verbale språk (Solheim, 2015, s. 77). Dette resulterer i at andre kanaler enn verbalt språk ofte tas i bruk, slik som nonverbale signaler, uttrykk og gester (Solheim, 2015, s. 77). I disse situasjonene vil det være viktig at helsepersonellet først og fremst etablerer god kontakt med personen, for å så benytte seg av verbalt og nonverbalt språk den andre kan forstå (Eide & Eide, 2017, s. 327). Det er sentralt at helsepersonellet både observerer personen med demens sine nonverbale signaler, i tillegg til å være observant på sine egne nonverbale uttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 326-331). Dette kan være alt fra kroppslige uttrykk og bevegelser, til stemmebruk, berøring, ansiktsuttrykk, blikk og tonefall (Eide & Eide, 2017, s. 140-154). Ved å være bevisst alt dette, kan helsepersonellet potensielt tilegne seg nyttig og essensiell informasjon fra pasienten om hva han/hun ser på som viktig i sitt liv, og derfor sikre at behandlingen er sentrert rundt personen det gjelder (Solheim, 2015, s. 79-80).

2.3 Oppsummering

I dette kapitlet har teorigrunnlaget for studien blitt presentert, med vekt på begrepene «velferdsteknologi» og «personsentrert omsorg». Begrepene sees i sammenheng med demensomsorg, for å tydeliggjøre at denne sykdomstilstanden har en stor påvirkning både på bruken av velferdsteknologi og hvordan personsentrert omsorg må utføres av helsepersonell. Underkapitler, slik som muligheter og utfordringer med velferdsteknologi, kartlegging av individuelle behov og kommunikasjon har blitt beskrevet for å danne et helhetlig teoretisk perspektiv sett opp mot den aktuelle tematikken.

3 Metode

I dette kapitlet vil metoden for forskningsprosessen beskrives detaljert, for å belyse hvordan jeg har gått frem for å få svar på den valgte problemstillingen. Kapitlet tar for seg forskningsdesign, vitenskapsteoretisk ståsted, forskerens for forståelse, datainnsamling, dataanalyse, forskningsetiske overveielser og personvern, og studiens kvalitet. Avslutningsvis i kapitlet vil jeg gi en oppsummering av hovedpunktene.

3.1 Forskningsdesign

Til studien er det benyttet et induktivt kvalitativt forskningsdesign. Denne metoden skilte seg ut for meg, da den bidrar til å berette menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger. Dette ved å fokusere på detaljrikdom, subjektivitet og nyanser (Malterud, 2017, s. 30-35). Da både problemstillingen og hensikten med studien vektlegger sykepleieres subjektive erfaringer, var det naturlig at forskningsdesignet ble slik. Valg av metode skal ha sammenheng med studiens problemstilling, tema og hensikt (Dalland, 2012, s. 110-122)

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Når en som forsker gjør dypdykk i grupper og enkeltmenneskers erfaringer knyttet til et spesifikt tema eller problemstilling, er det viktig at forskeren selv har et stødig utgangspunkt og klarhet i egen forståelse (Larsen, 2017, s. 13-16). Dette for å ikke la sine egne opplevelser og tanker overdøve når en fortolker informantenes erfaringer knyttet opp mot temaet (Larsen, 2017, s. 13-16). Da denne tankemåten var svært viktig for meg allerede helt i starten av tankeprosessen for denne studien, valgte jeg hermeneutikk som mitt vitenskapsteoretiske ståsted. I mitt arbeid har jeg valgt å vektlegge Bondevik og Bostad sin forståelse av hermeneutikk og filosofen Hans-Georg Gadamer (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). I tillegg til dette trekker jeg inn en fagfelleverdert vitenskapsteoretisk artikkel, der Gadamer sin forståelse av hermeneutikk også er hovedfokuset (Bårdsen, 2012, s. 111-122).

Hermeneutikk er en filosofi og en metode, hvor en både prøver å forstå hvordan en praktisk skal gå frem for å oppnå forståelse av meningsfulle situasjoner og erfaringer, og hva forståelse egentlig er i et filosofisk perspektiv (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Spesielt egner hermeneutikken seg for helse- og omsorgsfag, der det oppstår en rekke meningsfulle fenomener som må fortolkes

(Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Hans-Georg Gadamer er en av de mest sentrale filosofene når det kommer til hermeneutisk tankemåte (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). I Gadamers «Sannhet og metode» tar han for seg hvordan den hermeneutiske vitenskapsteorien bunner i hvordan en anvender egen erfaring og kontinuerlig søker kunnskap igjennom virkelighetslære (Gadamer, 2012, s. 132-420).

Slik Bondevik og Bostad forklarer det, vektlegger Gadamer flere grunntrekk i sin forståelse av hermeneutikk, herunder utdypingen av begrepet «fordommer» (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Dette underbygges av Bårdsen (2012, s. 111-122), som i sin artikkel vektlegger hvordan Gadamer mente at fordommer gjør slik at mennesket kan tilegne seg ny kunnskap, da de fungerer som en slags veiviser. Om en legger sammen alle fordommene et menneske har, vil en, ifølge Bondevik og Bostad, stå igjen med det Gadamer kalte «menneskets forståelseshorisont» (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Slik det blir beskrevet av Bondevik og Bostad, bærer alle mennesker med seg en slags forståelseshorisont, et synsfelt, eller et sett briller, ut ifra hvilke erfaringer en har tilegnet seg igjennom livet (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Disse brillene gir mennesker generelt, men også forskere, et utgangspunkt for hvordan en opplever og ser ulike situasjoner (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Forståelseshorisonten er stadig i endring igjennom livet, ettersom mennesket tilegner seg ny kunnskap og opplevelser (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Forståelseshorisonten et menneske sitter med, kan gi en slags forforståelse rettet mot ulike fenomener og situasjoner (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Dette innebærer at en som menneske har forutinntatte tanker om et fenomen eller en situasjon før en faktisk har lagt arbeid i å fortolke det eller studere detaljene (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Forforståelse er ofte påvirket av ulike komponenter, slik som kultur, religion, etnisitet, språk og erfaring (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Dette medfører at menneskers forforståelse ikke alltid er korrekt eller reell (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304).

I følge Bondevik og Bostad, forklarer Hans-Georg Gadamer at en må ta i betraktning når en studerer et fenomen eller en situasjon, at menneskene man møter også har en satt forståelseshorisont, i tillegg til ens egen (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Ved å legge inn arbeid i å forstå og fortolke noe, smelter en sammen sin egen forståelseshorisont med de menneskene man møter i prosessen, for å oppnå mening og forståelse (Bårdsen, 2012, s. 111-122). Dette kalles en «horisontsammensmeltning» (Bårdsen, 2012, s. 111-122). Via horisontsammensmeltning, kan en

skape en utvidet forståelse og avdekke ny kunnskap, som utvikles i et gjensidig forhold mellom den som forsker og den som forskes på (Bårdsen, 2012, s. 111-122). Et eksempel på dette kan være horisontsammensmeltning mellom forsker og informant.

Når en som forsker har sin forståelse og sine fordommer i bakgrunn og samtidig prøver å fortolke et nytt fenomen eller en ny situasjon, vil det oppstå en slags «spiral» eller «virvel» der forforståelse og ny kunnskap blandes sammen (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). «Den hermeneutiske spiral/sirkel» er et essensielt begrep innenfor hermeneutikken. Begrepet tar for seg hvordan fortolkning preges kontinuerlig og konstant av et møte mellom egen forforståelse og det man studerer/oppfatter (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304). Spiralen har tre momenter eller faser, der en beveger seg fra forforståelse til forståelse, og deretter til etterforståelse/utvidet forståelse (Bårdsen, 2012, s. 111-122). Ved å bevege seg igjennom denne spiralen/sirkelen, kan en skape ny kunnskap (Bårdsen, 2012, s. 111-122).

Kunnskap om fordommer, forforståelse, horisontsammensmeltning og den hermeneutiske spiral/sirkel er viktig å ta med seg når en skal forske rundt en valgt problemstilling med et hermeneutisk utgangspunkt (Malterud, 2017, s. 41-50). Om en som forsker har forutinntatte meninger, fordommer og forforståelse rettet mot hele eller deler av problemstillingen, kan dette prege forskningsprosessen (Larsen, 2017, s. 13-16). Derfor er det nødvendig at forskere viser at en er refleksiv og bevisst i henhold til egen forforståelse (Malterud, 2017, s. 41-50).

3.2.1 Forskerens forforståelse

Forforståelsen min i henhold til tematikken i studien er påvirket av ulike tanker og erfaringer.

Først og fremst, ønsker jeg å trekke frem hvordan det faktumet at jeg er utdannet sykepleier påvirker min forforståelse. Under min sykepleierutdanning var det et stort fokus på begrepet «personsentrert omsorg» og hvordan en som sykepleier til enhver tid måtte ivareta dette. Vektleggingen av blant annet hvordan enhver pasient har individuelle behov og at man som sykepleier skal se hele mennesket, har jeg båret med meg siden endt utdanning. Dette har påvirket meg i denne forskningsprosessen. Da sykepleierne delte deres erfaringer knyttet opp mot ivaretagelse av personsentrert omsorg under COVID-19 pandemien, opplevde jeg både tristhet og fortvilelse, men også glede og engasjement. Jeg erfarte det som vanskelig å ikke vise mine følelser

rundt dette temaet under intervjuene, og måtte derfor fokusere ytterligere på å kontrollere min egen forståelse og fordommer. Ved å holde tilbake mine egne tanker etter beste evne og lytte på det informantene forklarte, følte jeg at jeg fikk en ny forståelse for tematikken.

I tillegg til dette ønsker jeg å nevne at jeg har jobbet flere år på sykehjem med demensavdeling. Dette gjorde at jeg allerede hadde mye tanker og erfaringer knyttet til hva slags velferdsteknologi som hadde blitt benyttet tidligere, og hvor tidkrevende bruken av velferdsteknologi kan være. I tillegg har jeg tilegnet meg kunnskap fra masterstudiet om ulike former for velferdsteknologi og hva de krever i henhold til implementering. Dette gjorde at jeg satt med en forutinntatt mening om at COVID-19 pandemiens konsekvenser og endring av rutiner hadde sørget for at det var verken tid eller ressurser til å ta i bruk nye velferdsteknologiske løsninger på sykehjemmene. Dette preget mine forventninger opp mot datainnsamlingen og dataanalyseprosessen.

Når det kommer til personlige erfaringer jeg har som påvirker min forforståelse av den valgte problemstillingen, ser jeg på det som viktig å nevne at jeg har vært nær pårørende til noen med demensdiagnose. Jeg har på det private plan erfart hvordan demenssykdom endrer behovene til personen som gjennomgår det. Dette er både i henhold til kontakten med pårørende, men også kontakten med helsepersonell og individuelle behov generelt. Jeg har mange tanker og følelser rundt når velferdsteknologi bør tas i bruk og når det er, slik jeg ser det, etisk forsvarlig eller uforsvarlig. Dette følte jeg påvirket emosjonene mine i intervjuene, og jeg måtte til enhver tid være observant på å la informantenes erfaringer og tanker komme før mine egne.

I tillegg til dette, har jeg på lik linje med resten av Norges befolkning, gjennomgått COVID-19 pandemien selv, og erfart å måtte benytte meg av velferdsteknologiske løsninger for kommunikasjon. Dette gjelder situasjoner der det blant annet har omhandlet helse. Et eksempel på dette kan være videosamtale med psykolog eller fastlege. Jeg har både positive og negative erfaringer med dette, noe som mulig også kan prege min forforståelse rundt bruken av velferdsteknologi og hvordan dette kan påvirke omsorgsbiten av pleie. Da dette er selve essensen av tematikken i studien, har det vært enormt viktig for meg underveis å være klar over denne forforståelsen, slik at jeg ikke lot den styre prosessen eller mitt møte med informantene.

3.3 Datainnsamling

I dette underkapittelet går jeg dypere inn på hvordan datamaterialet i forskningsprosessen ble innhentet og hvilke vurderinger som ble lagt til grunne underveis.

3.3.1 Inklusjonskriterier og rekruttering

I søk etter informanter, valgte jeg å benytte meg av et strategisk utvalg, hvor jeg søkte etter spesifikke mennesker til å delta i prosjektet. Dette for å kunne samle inn datamateriale som på best mulig måte kunne belyse den valgte problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58).

Tabellen under viser inklusjonskriteriene informantene måtte oppfylle for å kunne delta, og omhandler yrke, arbeidsplass, område, stillingsprosent, kjønn og alder.

Tabell 3- Inklusjonskriterier i rekruttering av informanter

Inklusjonskriterier
Yrke: Sykepleier
Arbeidsplass: Sykehjem med demensavdeling
Område: Sentrale Østlandsområdet
Stillingsprosent: 50% eller mer
Kjønn: Ønsker gjerne lik fordeling av kjønnene, men lar dette stå helt åpent
Alder: Alle aldre

Da informantene skulle rekrutteres, benyttet jeg meg av «snøballmetoden». Dette innebar at jeg tok kontakt med personer jeg tenkte kunne ha kunnskap om det aktuelle temaet eller som kjente noen som hadde denne kunnskapen (Larsen, 2017, s. 90). Rekrutteringsprosessen startet ved å kontakte virksomhetsledere på sykehjem med demensavdeling i det sentrale Østlandsområdet per epost. Virksomhetslederne satte meg i kontakt med avdelingsledere, som igjen satte meg i kontakt med sentrale og aktuelle personer/sykepleiere fra ulike avdelinger. Prosessen var krevende og forlangt tålmodighet. Da jeg etter hvert innså at epost som kommunikasjonsmedium var altfor tidkrevende, gikk jeg avslutningsvis over til å enten ringe eller møte opp fysisk. Ved å benytte snøballmetoden i tillegg til aktiv og fysisk rekruttering, endte jeg opp med et utvalg av informanter.

3.3.2 Utvalget

Fem informanter fra to ulike sykehjem ble til slutt valgt ut til å delta i prosjektet. Disse hadde et aldersspenn på 22- 45 år. Det var varierende hvor lenge informantene hadde jobbet innenfor yrket, alt ifra under et år til 17 år. Alle var kvinner og alle jobbet i en 100% stilling som sykepleier på sykehjem med demensavdeling. Sykehjemmene hadde lokasjon i det sentrale Østlandsområdet, og var svært ulike i henhold til størrelse, antall avdelinger og antall pasientplasser. Begge de involverte sykehjemmene var preget av COVID-19 pandemien, men i varierende grad i henhold til antall smittede personer innenfor virksomheten på det tidspunktet informantene ble intervjuet.

3.3.3 Gjennomføringen av de kvalitative forskningsintervjuene

I starten av studien, var målet å få gjennomført to ulike fokusgruppeintervju med 10-14 deltakere til sammen. Da dette ikke ble mulig av ulike årsaker, utførte jeg i stedet to ulike kvalitative forskningsintervjuer; et fokusgruppeintervju og et individuelt intervju. Fokusgruppeintervjuet ble bestående av fire informanter, og det individuelle intervjuet av én. Nærmere redegjørelse for konsekvensene av valg av intervjumetode og utfordringer i henhold til bruken av to ulike former for kvalitative intervjumetoder beskrives i kapittel 3.6.

I både fokusgruppeintervjuet og det individuelle intervjuet benyttet jeg meg av en strukturert intervjumetode. Dette innebar at jeg stilte åpne og ferdigformulerte spørsmål i en satt rekkefølge (Larsen, 2017, s. 99). Se vedlegg 1 for intervjuguide. Jeg fulgte den samme rekkefølgen ved begge intervjuene. De utvalgte spørsmålene dekket alle de ulike momentene og delene ved problemstillingen, slik at jeg utarbeidet et godt grunnlag for å kunne besvare denne (Larsen, 2017, s. 99). Jeg valgte denne formen for intervju, da jeg ønsket å kontrollere mengden med informasjon jeg mottok, i tillegg til at jeg ikke ønsket at informantene skulle ha mulighet til å bevege seg mye utenfor den aktuelle tematikken (Larsen, 2017, s. 99). Jeg følte det var spesielt viktig å strukturere fokusgruppeintervjuet, da dette innebar å motta informasjon fra fire informanter på en og samme tid. Ved å strukturere spørsmålene, skapte jeg en viss kontroll over mengde og innhold. Den strukturerte metoden var ikke nødvendig i det individuelle intervjuet i henhold til kontroll på mengden av informasjonen jeg ble gitt, men det var nyttig å bruke den samme intervjuguiden. Dette fordi jeg i etterkant fikk se tendenser i datamaterialet fra det individuelle intervjuet og fokusgruppeintervjuet i et helhetlig perspektiv. Ved å ha mulighet til å gjøre dette, var det enklere å se sammenhenger og gjennomgående temaer i analyseprosessen.

Informantene fikk mulighet til å velge selv om de ønsket å utføre intervjuet digitalt eller fysisk. Dette fordi COVID-19 pandemien var svært aktiv på tidspunktet intervjuene skulle utføres. Informantene fra fokusgruppeintervjuet valgte å gjennomføre intervjuet over den digitale plattformen «Zoom». Dette intervjuet tok 1 time og 3 minutter. Informanten fra det individuelle intervjuet ønsket å møtes fysisk på egen arbeidsplass. Da vi kun var to personer og det var enkelt for oss å holde god avstand, ble dette ansett som trygt og gjennomført slik informantene ønsket det. Dette intervjuet tok 24 minutter. I begge intervjuene ble to lydopptakere benyttet, begge via Diktafonappen. Da intervjuene var ferdige og opptakene ble avsluttet, ble lydmaterialene sendt direkte til Nettskjema, slik at disse ble lagret på en sikker måte (<https://nettskjema.no/>).

Intervjuene startet med at informantene fikk presentere seg, fortelle om jobben sin og sin rolle på arbeidsplassen. Ved å benytte åpnings spørsmål som viste interesse til hvem informantene er og hva de jobber med, åpnet dette opp for en god flyt allerede tidlig i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). I situasjoner under intervjuet der jeg opplevde svarene som uklare eller forvirrende, stilte jeg alltid oppfølgingsspørsmål. Ved å gjøre dette, fikk jeg større klarhet i hva som var essensen i det informantene fortalte og intervjuet ble derfor lettere å følge. I stedet for å ta notater under intervjuene, valgte jeg å være mest mulig tilstedeværende og observere ulike nonverbale uttrykk informantene gav underveis.

3.3.4 Transkribering

Transkribering innebærer å gjøre muntlig innsamlet data om til skriftlig tekst (Larsen, 2017, s. 110). Ved å transkribere materialet en har innhentet, gjør en det lettere å bearbeide og analysere dette i etterkant (Larsen, 2017, s. 110). Jeg benyttet Microsoft Word til transkriberingen jeg gjennomførte rett i etterkant av intervjuene. Dette for å la både minnene rundt stemningen, kroppsspråk og liknende, veilede meg i å transkribere så korrekt som mulig og forstå innholdet i materialet. Transkriberingen var en tidkrevende prosess, der jeg lyttet oppmerksomt på råmaterialet i lydopptakene jeg hadde fra de to ulike intervjuene som lå lagret på Nettskjemasiden, og skrev om disse til tekstdokumenter. Jeg repeterte denne prosessen flere ganger, for å sikre at det var en korrekt overføring av muntlige data til skriftlige data. Informantene ble anonymisert rett inn i dokumentene, slik at disse kunne lagres trygt på datamaskinen og personvern ble ivaretatt. Utførelsen av å endre lydmaterialer om til tekst, opplevdes nyttig og verdifullt, da det gav meg en

detaljert gjennomgang av de ulike bestanddelene i intervjuene. Slik Malterud beskriver det, er det varierende hvor mye en forsker skal legge i å transkribere det muntlige råmaterialet i lydfilene ordrett i tekstdokumentet (Malterud, 2017, s. 77-82). Dette innebærer om en skal ta med alle former for avbrytelser, pauser, stamming, ordlyder og uttrykk (Malterud, 2017, s. 77-82). I mitt dokument valgte jeg å kutte vekk noe av dette, utenom der det var åpenbare pauser med bakgrunn i at informantene ikke forstod hva som ble sagt eller meningen i det som ble sagt. Ved å forenkle materialet på denne måten og ikke inkludere alle de muntlige ordlydene og fyllord, sørget jeg for at materialet som fremkom i transkripsjonene var lettere å arbeide med i etterkant.

3.4 Dataanalyse

I arbeidet med datamaterialet valgte jeg innholdsanalyse, da jeg så på den som mest passende i henhold til mitt design og vitenskapsteoretiske ståsted. Da jeg skulle velge hvilken type analyse jeg ønsket å bruke for å skape oversikt over datamaterialet, var det ulike vurderinger jeg la til grunne. For det første, ønsket jeg å benytte meg av en type analyse hvor en ikke måtte følge trinn i en slavisk rekkefølge for å kunne gjennomføre. Dette fordi jeg ville at analysens ulike faser og stadier kunne få lov til å flyte fritt over i hverandre om det var den naturlige gangen i det. For det andre, så jeg på det som nyttig, med bakgrunn i valg av et hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted, at datamaterialet ikke falt for mye inn i kategorier og overordnede temaer om dette følte unaturlig. Dette fordi jeg ønsket å ivareta informantenes enkelterfaringer og opplevelser, slik den hermeneutiske vitenskapsteorien vektlegger (Bondevik & Bostad, 2003, s. 288-304).

Innholdsanalyse beskrives forskjellig av ulike teoretikere med ulik faglig bakgrunn, og stegene en beveger seg igjennom for å bedrive analysering av datamateriale fremstod derfor også ulikt. Med bakgrunn i dette, valgte jeg å forholde meg til en slags sammensmeltning av Larsen sin forklaring av innholdsanalyse (Larsen, 2017, s. 113-118) og Høgheim sin versjon (Høgheim, 2020, s. 201-214). Ved å slå sammen de to teoretikerne sine forklaringer, endte jeg opp med en femtrinnsprosess i analyseprosessen. Disse ulike fasene fløt fritt og naturlig over i hverandre, og noen faser ble mer vektlagt enn andre i henhold til tid og ressurser.

3.4.1 Trinn 1: Bli kjent med data og skrive memoer i margin

I den første fasen startet jeg med å skrive ut transkriberingsdokumentene fra de to intervjuene jeg hadde utført. I to dager satt jeg og leste disse og fikk derfor en dyp gjennomgang av materialet jeg

hadde samlet inn. Ved å skrive tanker og refleksjoner i marginen, fikk jeg satt i gang en prosess der jeg startet å skape en mer detaljert forståelse for hva materialet inneholdt. Jeg benyttet meg også av markeringstusjer, for å trekke frem sitater jeg syntes var viktige å fremheve.

3.4.2 Trinn 2: Demontere data og skape koder

I den andre fasen av dataanalysen begynte jeg å demontere datamaterialet, ved å omdanne sitater til koder. Dette gjorde jeg ved å trekke ut essensen i aktuelle sitater, og skrive det om til et spesifikt ord (kode). Etter å ha arbeidet meg igjennom de fullverdige tekstene, satt jeg igjen med omtrent 20 ord som ble repetert av informantene i intervjuene. Fra de 20 ordene utarbeidet jeg disse kodene: Besøk, Smittevernsrutiner, Isolasjon, Nedsatt forståelse hos pasienter, Personsentrert omsorg under COVID-19 pandemien, Pårørende, Avstand i pleie, Etikk, Manglende nærhet, Nonverbale signaler ved bruk av velferdsteknologi, Underbemanning og innleie, Videokommunikasjon, Overvåkingsteknologi, Negative opplevelser ved bruk av velferdsteknologi, Positive opplevelser ved bruk av velferdsteknologi, Mennesket må komme først, Kartlegging ved bruk av velferdsteknologi, Teknologi for sosial kontakt, Økt mengde arbeidsoppgaver under COVID-19 pandemien og Kompetanse.

3.4.3 Trinn 3: Remontere data og skape kategorier

Den tredje fasen ble den fasen som for meg opplevdes mest krevende og vanskelig. Dette fordi jeg nettopp hadde demontert alt datamaterialet, skapt hele 20 koder og følte at arbeidet jeg hadde utført var uoversiktlig og altfor omfattende. Jeg begynte derfor å kikke på om kodene jeg hadde dannet meg i fase to kunne struktureres og sorteres på en slik måte at jeg følte jeg fikk mer oversikt over materialet mitt. Mange av kodene kunne plasseres under samme kategori. Et eksempel på dette var at kodene «Videokommunikasjon», «Overvåkingsteknologi» og «Teknologi for sosial kontakt» kunne alle plasseres under kategorien «Velferdsteknologi benyttet under COVID-19 pandemien». På denne måten arbeidet jeg med å plassere koder i kategorier. Jeg benyttet meg av to korktavler i denne fasen, der jeg lagde en oversikt over kategoriene og de tilhørende aktuelle sitatene fra tekstmaterialet. I plassering av koder under overordnede kategorier, innså jeg at noen av kodene var overflødige og ikke relevante for problemstillingen. Jeg stod jeg igjen med tre hovedkategorier på korktavlene mine: Velferdsteknologi benyttet under COVID-19 pandemien, Nærhet i Omsorg og Aktivisering i en pandemi. I samråd med mine veiledere valgte vi i etterkant å

kutte ut hovedkategorien «Aktivering i en pandemi», da denne ikke ansås som aktuell for problemstillingen.

3.4.4 Trinn 4: Identifisere meningsfulle mønstre og sammenhenger

Den fjerde fasen i analyseprosessen anså jeg som en fase som skled over i alle de andre fasene. Dette fordi jeg underveis i de tidligere fasene hadde konstant vært oppmerksom på å identifisere sammenhenger og mønstre i datamaterialet. Dette både innad i hvert enkelt intervju, men også ved å sette intervjuene opp mot hverandre. Jeg benyttet denne fasen hovedsakelig til å prøve å fortolke innholdet jeg satt igjen med og forstå meningen bak det informantene fortalte i sine sitater. Denne fasen trakk meg derfor noe vekk fra mitt tidligere arbeid med koder og kategorier, og heller tilbake til hva som var helheten og meningen med innholdet. Et viktig spørsmål jeg stilte meg selv ofte i denne fasen, var «hva mener egentlig informantene her?». Dette var en veldig krevende prosess, og jeg fant det vanskelig å skulle tolke materialet på en måte der min forforståelse og annen litteratur/forskning ikke ble innblandet. I denne fasen fikk jeg veiledning fra min hovedveileder og biveileder til å identifisere hva som måtte tolkes og hvilke sitater som var ideelle med tanke på å fremme et meningsfullt innhold med sammenheng.

3.4.5 Trinn 5: Trekke slutninger

I etterkant av alle fasene jeg gjennomgikk og alle tilbakemeldingene jeg hadde fått, var det tid for å trekke slutninger. Jeg tok alt jeg hadde tilegnet meg av kunnskap igjennom de ulike fasene, og la dette til grunn for resultatkapittelet. Jeg kondenserte både mine veiledere og jeg så på som essensen i oppgaven til to hovedkategorier: «Velferdsteknologi under COVID-19 pandemien» og «Nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?».

3.5 Forskningsetiske overveielser og personvern

Som forsker er man forpliktet til å handle i samsvar med ulike lovverk og forskningsetiske retningslinjer (Larsen, 2017, s. 15-16). Dette er for å sikre at forskningen en bedriver er moralsk forsvarlig (Larsen, 2017, s. 15-16). I denne studien forholdt jeg meg til både forskningsetiske retningslinjer og lovverk fra Helsinkideklarasjonen, USN sine forskningsetiske retningslinjer for behandling av personopplysninger, og norske lovverk. Forskningsetikk er et svært bredt tema. Jeg har derfor valgt å legge vekt på de etiske problemstillingene som var aktuelle for min studie, med bakgrunn i den valgte kvalitative metoden og det hermeneutiske vitenskapsteoretiske ståstedet.

3.5.1 Rekruttering, informert samtykke og frivillig deltakelse

I min rekrutteringsprosess gav jeg alle potensielle deltakere et informasjon- og samtykkeskriv som var basert på Norsk senter for forskningsdata (NSD) sin mal (Norsk senter for forskningsdata, 2022). I denne malen informerte jeg kort om studiens innhold og hensikt, ivaretagelse av personvern, informantenes rett til å trekke seg til enhver tid, kontaktpersoner og gjennomføring av intervjuene. Se vedlegg 2 for informasjon- og samtykkeskjema til deltakerne jeg ønsket å rekruttere til fokusgruppeintervjuet, og vedlegg 3 for deltakeren jeg ønsket å rekruttere til det individuelle intervjuet. Ved å lage et informasjonsskriv med fokus på å gi kort, men nyttig informasjon, ønsket jeg å ivareta informantenes mulighet til frivillig deltakelse. Dette handler i stor grad om at informantene skal gis tilstrekkelig informasjon til å kunne ta et frivillig valg, men ikke for mye informasjon, slik at informantene føler seg villedet eller forvirret (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009). I etterkant av at informantene mottok den skriftlige informasjonen, var det noen av de som også ønsket muntlig informasjon. Da denne muntlige kommunikasjonen fant sted, ble dette noe uplanlagt og «på sparket». Dette gjorde at jeg følte usikkerhet i forhold til om jeg hadde gitt for mye informasjon, som gjorde at deltakerne potensielt kunne føle seg overveldet og forvirret.

3.5.2 Etske utfordringer med fokusgruppeintervju

I min studie, oppstod det etiske utfordringer i forbindelse med utførelsen av fokusgruppeintervjuet. Under intervjuet, gav deltakerne informasjon som ble delt med både meg som forsker, men også de andre deltakerne i gruppen. Dette skapte utfordringer i henhold til at jeg ikke hadde tatt opp med deltakerne i forkant av intervjuet at de også burde ha taushetsplikt ovenfor hverandre og hva som blir sagt innad i intervjuet. Informantene var informert om at de måtte opprettholde taushetsplikt ovenfor pasienter, og at jeg som forsker har taushetsplikt ovenfor dem som informanter. At jeg ikke hadde snakket med informantene om taushetsplikt ovenfor hverandre i forkant, kan potensielt ha ført til at de opptrådte mer lukket og at dette preget villigheten til å dele sårbar eller vanskelig informasjon.

3.5.3 Integritet, nærhet og tillit

Mennesker som deltar i kvalitative forskningsprosjekter og blir intervjuet, blottstiller deler av seg selv og hvem de er som person (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009). I min studie vektla jeg derfor å kontinuerlig ivareta informantenes integritet. Dette gjorde jeg

ved å alltid respektere hvor nære de ønsket å være meg som forsker, både fysisk og mentalt (Malterud, 2017, s. 211-212). Noen av informantene hadde behov for mer nærhet enn andre, både i form av kommunikasjon, men også fysisk tilstedeværelse. Denne respekten, gav grunnlag for et etablert tillitsforhold. Tilliten mellom informantene og meg, skapte både rom for åpenhet og gode samtaler, men kunne mulig også gi informantene et slags press til hvor åpne de følte de måtte være under intervjuene. Jeg var derfor svært observant i intervjusituasjoner på å ikke misbruke tillitsforholdet jeg hadde etablert til informantene. Dette gjorde jeg ved å kontinuerlig passe på å ikke tråkke over grenser i henhold til å snakke om noe de syntes var utfordrende eller noe de vegret seg for. Ved å stadig være på utkikk etter verbale og nonverbale signaler hos informantene, prøvde jeg etter beste evne å forstå når noe føltes ukomfortabelt. I tillegg til å ivareta informantenes integritet i intervjusituasjonene, la jeg også mye arbeid i å sikre integriteten i fortolkningen av datamaterialet. Med tanke på at informantene delte sine personlige erfaringer og historier, var det essensielt at jeg tolket og la frem resultatene på en slik måte at informantene kunne kjenne seg igjen i materialet. Dette gjorde jeg for at informantene skulle føle seg forstått og hørt, og at deres selvforståelse og perspektiv ble ivaretatt. Min egen forforståelse og erfaring innenfor feltet ble derfor viktig å være klar over, slik at dette ikke stod i veien under fortolkningsprosessen. Dette omhandler det essensielle ved hermeneutisk vitenskapsteori. Ved å også vise til en gjennomarbeidet og veldokumentert analyseprosess, ønsket jeg å sikre at stegene jeg hadde tatt og valgene som ble gjort belyste veien fra data til funn. Dette for å etablere vitenskapelig kvalitet og gjennomsiktighet, i tillegg til å åpne opp for eventuell kritikk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95-113)

3.5.4 Personvern og gjenkjennelsesproblematikk

Ved å til enhver tid vektlegge å ivareta informantenes personvern og behandle all kommunikasjon konfidensielt, ønsket jeg som forsker å sikre at deltakernes privatliv ble respektert. Alle navn eller andre gjenkjennbare momenter, ble anonymisert fortløpende. Lydopptak ble tatt opp via Diktafonappen og sendt direkte til Nettskjema, for å sikre personvernet til informantene og trygg lagring av datamateriale. Lydopptakene ble slettet så snart analyseringsprosessen var gjennomført, slik at det ikke skulle eksistere gjenkjennbart materiale utover den tiden den trengtes i forskningsprosessen. Da lydopptakene ble transkribert til tekstmateriale, ble deltakerne anonymisert direkte inn i dokumentet. For å sikre ytterligere personvern, sørget jeg også for underveis å tilintetgjøre lister som inneholdt navn, arbeidsplass og annet hvor informantene mulig

kunne identifiseres. Datamaterialet innhentet ble kun delt med de menneskene informantene hadde samtykket til at det kunne deles med i informasjon- og samtykkeskjemaet.

Med bakgrunn i at jeg kom til å sitte med personopplysninger i mitt prosjekt, var jeg pliktet ifølge personopplysningsloven til å melde inn prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Larsen, 2017, s. 15-16). NSD er en juridisk instans som bidrar og veileder forskere, slik at alle lovverk og etiske retningslinjer om personvern og personopplysninger ivaretas og følges (Høgheim, 2020, s. 94). Jeg meldte inn mitt prosjekt til NSD i god tid før prosjektets oppstart, og fikk dette godkjent raskt. Underveis i forskningsprosessen, da jeg måtte endre noe på intervjuformene mine, søkte jeg til NSD på nytt, og fikk også godkjent det oppdaterte meldeskjemaet. Se vedlegg 4 for NSD sin godkjenning av forskningsprosjektet. I begge meldeskjemaene informerte jeg NSD om at jeg blant annet stod i fare for å motta tredjepartsinformasjon fra mine informanter, da de i intervjuene fikk spørsmål om hvordan de erfarte at pasienter opplevde velferdsteknologi. NSD gav respons på viktigheten av at helsepersonell opprettholder sin taushetsplikt og ikke gir informasjon som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Informantene fikk med bakgrunn i dette både skriftlig og muntlig informasjon om viktigheten av opprettholdelse av taushetsplikten ovenfor enkeltpasienter. Dette ble de informert om igjennom informasjon- og samtykkeskjemaet, og muntlig i starten av hvert intervju. På tross av dette, var jeg bevisst som forsker at situasjoner kan oppstå der informanter forsnakker seg. Jeg reflekterte mye rundt hva jeg ville gjøre om en slik situasjon oppstod, og valgte derfor å forholde meg til informasjonen jeg ble gitt for databehandling via universitetet. Personvernombudet ved USN informerte i undervisning før oppstart av masteroppgavearbeidet at om en mottar informasjon som egentlig skulle vært taushetsbelagt, skal dette ekskluderes når en gjør om lydopptakene til transkripsjon.

3.6 Studiens kvalitet

I de følgende underkapitlene vil det redegjøres for mine refleksjoner knyttet til studiens eksterne og interne validitet, og reliabilitet. Ved å trekke frem kritiske refleksjoner og vurderinger i henhold til metoden benyttet, ønsker jeg å synliggjøre både styrker og begrensninger ved studien. Ved å presentere dette, har jeg som hensikt å sikre studiens vitenskapelige kvalitet.

3.6.1 Intern validitet

Intern validitet omhandler metodens egnethet til å undersøke det en ønsker å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 275-288). Jeg som forsker har underveis i studien prøvd å ha en kritisk holdning til eget arbeid, og ved hver avgjørelse som har blitt gjort, har jeg stilt spørsmål til vurderingene som ligger til grunne. For å vurdere studiens interne validitet, har jeg prioritert å validere at valgt metode var relevant for å undersøke den valgte problemstillingen og tematikken.

I bestemmelse av utvalget som skulle delta i studien, ble det vektlagt at disse skulle bestå av mennesker med kompetanse som kunne bidra med nyttig og aktuelt materiale for det jeg ønsket å studere. Ved å benytte meg av de ulike inklusjonskriteriene omtalt i kapittel 3.3.1 og et strategisk utvalg, sikret jeg at utvalget hadde kunnskap om bruken av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens under COVID-19 pandemien og påvirkningen dette hadde på utøvelsen av personsentrert omsorg. At utvalget representerte to ulike sykehjem i det sentrale Østlandsområdet, ser jeg på som en styrke for studiens validitet, da dette la grunnlag for å innhente ulike synsvinkler og perspektiver.

Slik det beskrives i kapittel 3.3.3, måtte jeg endre intervjumetode underveis i studien. I starten av rekrutteringsprosessen, ønsket jeg å utføre to fokusgruppeintervjuer. Dette var ikke realistisk i henhold til antall informanter som var tilgjengelige for og/eller ønsket å intervjues. På tidspunktet da jeg innså at jeg ikke kom til klare å rekruttere nok informanter til to fokusgruppeintervjuer, hadde jeg allerede rekruttert en fokusgruppe fra et sykehjem. Likevel ønsket jeg at datamaterialet skulle representere to ulike sykehjem, slik det forklares i avsnittet over. Med bakgrunn i dette, la jeg mye arbeid i å rekruttere ytterligere én person fra et annet sykehjem, til et individuelt intervju. På tross av at jeg evnet å rekruttere sykepleiere fra to ulike sykehjem, er det viktig å ta i betraktning hva som er positivt med de to ulike intervjumetodene, og hva som er utfordrende. Under fokusgruppeintervjuet, var det første jeg opplevde som noe utfordrende, at deltakerne ofte snakket over hverandre eller samtidig. Det var tidvis vanskelig å styre hvem som skulle snakke, da alle informantene var ivrige til å delta. I tillegg pågikk intervjuet via Zoom, noe som gjorde at det å forstå når noen andre var på vei til å si noe, ble vanskelig. I bunn og grunn var det gagnlig at informantene var positive til å dele erfaringer, men det gjorde også intervjuet noe uoversiktlig. Under fokusgruppeintervjuet prøvde jeg å bringe frem ulike meninger og spurte ofte om det var uenighet rundt temaene informantene tok opp, men fordi fokusgruppen var sammensatt av

sykepleiere som kjente hverandre og jobbet tett sammen på en ukentlig basis, var de ofte overenstemmige i uttalelsene sine. Dette kan ha resultert i at datamaterialet ble preget av lite refleksjon. Med bakgrunn i at informantene kjente hverandre godt, virket det som om dette gjorde at graden av komfort var høy, og både fortellinger og latter hang løst. Informantene opplevdes genuint avslappede, på tross av at latter også kan være et signal på stress og engstelse. I henhold til det individuelle intervjuet, opplevde jeg at dette var, i motsetning til fokusgruppeintervjuet, veldig oversiktlig og strukturert. Det var enklere å få med seg alt informanten sa, i tillegg til at det var en større ro under forklaringene, noe som kan ha gjort at informanten følte det var tid og rom for å dele erfaringer på en utdypende måte. Likevel, var det ved noen tilfeller informanten nevnte at h*n ikke hadde erfaring med de spørsmålene som ble stilt, og gjerne skulle hørt med kollegaer. På grunn av dette, kan det være nyttig informasjon gikk tapt. COVID-19 pandemien og dens konsekvenser kan være et sårbart tema for noen. Jeg følte det individuelle intervjuet gav mer rom for meg som forsker å vise forståelse og medfølelse for det informanten fortalte de hadde erfart, da det både var et roligere tempo på intervjuet og vi var fysisk til stede med hverandre. Dette var noe vanskeligere under fokusgruppeintervjuet, da det var høy intensitet og intervjuet ble gjennomført digitalt.

I både fokusgruppeintervjuet og det individuelle intervjuet, benyttet jeg meg av en strukturert intervjuguide. Denne formen for guide, bringer med seg ulike positive aspekter og begrensninger det er verdt å nevne. Slik det forklares i kapittel 3.3.3, valgte jeg en strukturert intervjuguide for å ha en viss kontroll på både hva informantene fortalte om og at mengden informasjon jeg fikk var overkommelig til senere transkribering og analyse. Noe jeg følte den absolutt oppfylte. Likevel erfarte jeg at den strukturerte intervjuguiden jeg benyttet var noe forvirrende og bar preg av at jeg ikke hadde utført noe form for pilotintervju. Noen av spørsmålene jeg stilte måtte omformuleres, for at informantene skulle forstå hva det var jeg spurte etter. Dette kunne vært forhindret om jeg hadde øvd på intervjusituasjonen og forståelsen av intervjustørsmålene i forkant (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 151). Da det oppstod forvirring rundt noen av spørsmålene underveis i intervjuene, følte jeg tidvis at informantene også ble noe ustrukturerte og forvirrede i sine uttalelser. For å sikre at det var en overenstemmelse i hvordan jeg tolket det informantene fortalte og hva de faktisk mente i sine forklaringer, repeterte jeg deres respons. Oppfølgende spørsmål og klargjøring er viktig for dialogisk validering (Malterud, 2012, s. 132). Det kan ikke utelukkes at

misforståelser likevel oppstod, da jeg ikke fulgte opp alle kommentarene eller utsagnene gitt av informantene.

Under transkriberingen av intervjuene, oppdaget jeg at det ved et par tilfeller kunne høres ut som jeg avbrøt informantene for å komme med kommentarer, noe som kan ha gjort at jeg gikk glipp av verdifull informasjon. Likevel var det slik at avslutningsvis i intervjuene ble informantene spurt om de hadde noe de ønsket å spørre om, drøfte videre, eller ønsket å dele/tilføre. Dette for å sikre at ingen av informantene satt igjen med tanker og refleksjoner de ikke hadde fått brakt frem under intervjuet.

3.6.2 Ekstern validitet

Vurdering av studiens validitet omhandler også en bedømmelse av den eksterne validiteten, om studien er overførbart (Malterud, 2017, s. 24-25). Overførbart omhandler hvordan funnene fra en studie kan gi ny innsikt og nytteverdi for mennesker i andre situasjoner og kontekster enn der prosjektet ble utført (Malterud, 2017, s. 66-67). Studien tar for seg begreper som er gjeldende for flere områder av helseyrket, og andre yrker. Hvordan velferdsteknologi erfares av sykepleiere, kan være nyttig for samarbeidspartnere til helsesektoren, slik at tjenestetilbudet og kvaliteten kan utvikles og forbedres. Sykepleiernes erfaringer med at mennesker med demens uttrykker negativitet eller positivitet til ulike typer velferdsteknologi, kan også være gjeldende for andre pasientgrupper med liknende symptomer. Et eksempel på dette er afasirammede slagpasienter med nedsatt evne til kommunikasjon. I tillegg til dette er personsentrert omsorg et vektlagt tema innenfor helsesektoren, og drøfting rundt både kartlegging av individuelle behov, og verbal og nonverbal kommunikasjon vil derfor være svært overførbart og gjenkjennelig.

3.6.3 Reliabilitet

Reliabilitet sier noe om troverdigheten i forskningens resultater og om disse kan etterprøves av andre forskere på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 275-276). For å styrke studiens reliabilitet har jeg gitt en detaljert beskrivelse av de ulike stadiene i forskningsprosessen. Egen forforståelse, etiske overveielser og momenter som kan ha preget studiens faser har også blitt lagt frem. I kapittel 3.3.3 og 3.3.4 beskriver jeg konteksten for gjennomføring og transkribering av de kvalitative intervjuene. Ved å synliggjøre ulike aspekter som kan ha påvirket og hatt betydning for utviklingen av datamateriale, styrker dette studiens reliabilitet.

Jeg har kontinuerlig vist til sitater i presentasjon av funn. Ved å gjøre dette, viser jeg til at det er samsvar mellom funnene som beskrives og sitatene. Jeg har tatt med de funnene som understøtter den valgte problemstillingen og tematikken i studien.

Under etiske overveielser i kapittel tre, har jeg forsøkt å synliggjøre relasjonen mellom meg som forsker og informantene. Dette er for å vise klarhet i hvordan relasjonen mulig kan ha påvirket datainnsamlingen. Vurdering av relasjonsforholdet mellom forsker og informant er essensielt i vurderingen av studiens troverdighet (Thagaard, 2013, s. 201-203). I transkriberingen av datamaterialet, vektla jeg detaljer, kontekst og at tekstene ble skrevet ordrett etter lydopptakene. Ved å gjentatte ganger sammenlikne materialet i transkriberingene mot lydopptakene, styrker dette troverdigheten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 210-214).

3.7 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg tatt for meg valget av et induktivt kvalitativt design sett fra et hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted, i tillegg til min forforståelse. Ved å trekke frem inklusjonskriterier, snøballmetoden, utvalg, gjennomføring av de kvalitative forskningsintervjuene og transkribering, har jeg beskrevet hvordan datainnsamlingen i studien ble gjennomført. For å belyse dataanalyseprosessen, har jeg detaljert beskrevet gjennomføringen av de ulike fasene av innholdsanalyse. Forskningsetiske overveielser med fokus på kvalitativ metode og hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted har blitt vektlagt, i tillegg til personvern, og studiens kvalitet.

4 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra datainnsamlingen. For å klargjøre og belyse funnene, har jeg valgt å bruke direkte sitater fra de ulike informantene. Funnene er delt inn i to hovedtemaer, som er basert på den underliggende problemstillingen. For å tydeliggjøre de valgte temaene, har jeg utarbeidet en oversiktstabell med hovedtemaer og undertemaer. Det første hovedtemaet «velferdsteknologi under COVID-19 pandemien» inneholder underkapitlene «trygghet- og sikkerhetsteknologi» og «teknologi for sosial kontakt». Det andre hovedtemaet «nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?» inneholder underkapitlene «pårørende» og «videoovervåking og sykdomsbilde».

Tabell 4- Oversikt over hovedtemaer og undertemaer i funnene

Hovedtema	Velferdsteknologi under COVID-19 pandemien	Nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?
Undertema	Trygghet- og sikkerhetsteknologi Teknologi for sosial kontakt	Pårørende Videoovervåking og sykdomsbilde

4.1 Velferdsteknologi under COVID-19 pandemien

Igjennom intervjuene oppfattet jeg at alle fem informantene vektla hvordan det å sette seg inn i ny velferdsteknologi ikke har vært en prioritet under COVID-19 pandemien. Årsaken til dette forstod jeg var økt mengde arbeidsoppgaver forbundet med endring av rutiner og isolering av smittede pasienter.

Nei, skal jeg være helt ærlig, så hadde vi egentlig nok med å holde hodet over vann. Vi hadde ikke muligheten til å sette oss inn i noe særlig teknologi, fordi det var såpass heftig da. At man konsentrerte seg vel med å dekke de grunnleggende behovene.

Jeg erfarte at informantene viste frustrasjon rundt hvordan COVID-19 pandemien og alt utstyret som fulgte med påvirket utøvelsen av ulike oppgaver, slik som å benytte seg av velferdsteknologi i ulike situasjoner. Ut ifra hva informantene uttrykte, opplevde jeg det som at de syntes det var svært stressende å skulle ta seg av både pasientene, ha på smittevern og bedrive opplæring av velferdsteknologi på en og samme gang. Jeg forstod at det var viktig for informantene å trekke frem hvordan blant annet nedsatt hørsel og forståelsesevne hos pasientene kombinert med smittevernsutstyr kunne gi utfordringer. Dette viste seg, slik jeg forstod det, både igjennom utrygghet, uro og frustrasjon hos pasientene.

Men det å stå inne på et pasientrom med hvit dress som er snurt igjen så du bare har et lite hull å kikke igjennom, visir og briller, munnbind og hansker, også skal du lære deg om teknologi og få pasienten til å forstå. Det er en utfordring.

Videre oppfattet jeg at informantene ønsket å trekke frem hvordan det ytterligere vanskeliggjør situasjonen at den aktuelle pasientgruppen har grunnleggende utfordringer med å tilegne seg kunnskap rundt teknologi generelt. Informantene forklarte hvordan pasienter med demensdiagnoser ikke nødvendigvis nyttiggjør seg av velferdsteknologi på den måten det er ment og tenkt. Slik jeg vurderte informasjonen informantene gav meg, syntes jeg de fremhevet flere ganger i intervjuene hvordan alderen og sykdomsbildet til pasientgruppen de jobber med påvirker forståelsen for teknologi.

Denne gruppen vi jobber med er så marginale; de har så lite igjen da, at de er liksom enkle i behovene sine mange ganger. Det skal være ganske enkel teknologi for at man skal kunne ha nytte av det. Det kommer an på hvor langt de har kommet i demensen sin.

Jeg gjenkjente at informantene repeterte flere ganger i intervjuene hvordan bruken av velferdsteknologi krever nøye kartlegging, i tillegg til tid og ressurser. Noe de fremhevet var svært vanskelig å få utført under COVID-19 pandemien. Ut ifra min oppfatning, var det viktig for informantene å understreke at om ny velferdsteknologi skal benyttes, må en først og fremst vurdere hvilke individuelle behov de ulike pasientene har, i tillegg til dagsform. Dette handler i stor grad om personsentrert omsorg, og hvordan de som sykepleiere skal se pasientene som enkeltindivider med ulike behov og ressurser.

Det er viktig med kartlegging ut ifra hvem som kan forstå det, på en måte da. Det kommer litt an på dagsformen deres. Noen ganger funker det veldig, andre ganger funker det ikke. Og noen har ikke utnyttelse av det i det hele tatt.

Videre gikk informantene dypere inn på de få velferdsteknologiene som faktisk ble benyttet under COVID-19 pandemien. Igjennom datamaterialet tolket jeg at informantene vektla hvordan velferdsteknologien som ble tatt i bruk allerede var benyttet før pandemien; noe som gjorde det enklere å praktisere disse midt i en stressende hverdag preget av smitte og isolasjon. Da sykepleierne hadde, som de nevnte «nok med å holde hodet over vann», forstod jeg det som at det var nettopp kjente velferdsteknologiske løsninger som ble benyttet, da disse kunne bidra til effektivisering og ivaretagelse av individuelle behov. Disse ulike velferdsteknologiene vil presenteres i to underkapitler.

4.1.1 Trygghet- og sikkerhetsteknologi

Slik jeg tolket det, fremhevet informantene blant annet hvordan velferdsteknologi innenfor kategorien «trygghet- og sikkerhetsteknologi» ble benyttet i stor grad under COVID-19 pandemien. Jeg oppfattet at informantene vektla hvordan denne velferdsteknologien har blitt brukt til blant annet videoovervåking av pasienter under isolasjon i stedet for fastvakt. Dette i tillegg til situasjoner der enkelte pasienter gjerne ønsker å få være i fred med kun overvåkning på rommet. Velferdsteknologien som ble anvendt i disse tilfellene oppfattet jeg hadde funksjoner som; tilsyn hos pasienter, kontroll på pasientenes oppholdssted, i tillegg til kartlegging av bevegelse.

De som har Room Mate bruker dette til vanlig, spesielt på natt, som overvåkning ved bevegelse. Men det har også blitt brukt ekstra under pandemien, i forbindelse med isolasjoner og COVID- 19 smitte. Da har det også blitt brukt på dagtid. Det er for å sikre at pasientene er på rommene sine.

Velferdsteknologien jeg tolket ut ifra transkriberingene ble fremhevet av informantene, ble kun benyttet på pasienter hvor de hadde samtykke fra pårørende. Årsaken til dette forstod jeg at bunner i at pasientene denne velferdsteknologiske løsningen ble benyttet hos, var fratatt sin samtykkekompetanse. Dette med bakgrunn i alvorlighetsgraden av deres demensdiagnose. Likevel

merket jeg meg at det ikke fremkom tydelig i intervjuene om samtykket ble innhentet før eller etter oppstarten av COVID-19 pandemien. Ut ifra min forståelse, var det heller ikke klart om kartleggingen rundt hvem videoovervåking kunne brukes hos, ble utført før eller etter COVID-19 pandemiens begynnelse.

4.1.2 Teknologi for sosial kontakt

De andre velferdsteknologiene jeg bemerket meg at informantene fremhevet i intervjuene, gikk under kategorien «teknologi for sosial kontakt». Dette forstod jeg innebar velferdsteknologi som videokommunikasjon og elektroniske dyr, samt smart TV med funksjoner der pasientene kunne bli underholdt av konserter, film, spill og mer.

Jeg opplevde at informantene viste til denne typen velferdsteknologi som svært viktig i henhold til aktivisering av pasientene under COVID-19 pandemien. Dette også med forbehold om hvem som faktisk har nytte av velferdsteknologien. I dette tilfellet ble også kartlegging og individuelle behov et gjentakende tema. Igjennom informantenes forklaringer, forstod jeg det som at flesteparten av pasientene på avdelingene viste stor glede over å kunne delta i ulike aktiviteter som skapte sosialt samvær under COVID-19 pandemien, da pårørende ofte ikke hadde lov eller mulighet til å besøke pasientene. Dette kunne være blant annet konserter eller filmkvelder i en storstue, der alle pasientene satt samlet. Likevel, var det også slik at informantene hadde opplevelser der pasientene viste klare tegn på at de ble overstimulert eller følte seg nedverdige, blant annet av den elektroniske selen Selma. Jeg forstod det slik at informantene vedkjente hvordan kartlegging stadig må følges opp og at den til enhver tid er varierende, men at dette har vært vanskelig å følge opp under en pandemi.

En av informantene fortalte om hvordan COVID-19 situasjonen også endret måten sykepleierne på avdelingen oppførte seg i ivaretagelse av personsentrert omsorg. Da COVID-19 pandemien endret hverdagen til både sykepleierne, pasientene og pårørende i en stor grad, endret også måten en måtte gå frem for å dekke ulike behov seg. Kommunikasjon var et tema jeg forstod var viktig for den aktuelle informanten, og det ble fortalt hvordan faste rutiner og regler tidvis ble lagt til side for å kunne møte pasientenes behov rundt kommunikasjon med sine nærmeste. Slik jeg oppfattet informanten, måtte det spesielle tiltak til for å håndtere en meget spesiell situasjon. Dette kan

indikere at sykepleierne var endringsdyktige og tilpasset seg hvordan COVID-19 pandemien påvirket sykepleieroppgaver.

Jeg vet at det er flere av de faste ansatte som har vært veldig på tilbudssiden, fordi dem kjenner jo sine så godt og primærene sine liksom, at de har nok kanskje kommunisert litt med Facetime over egen telefon. Det tenker jeg man har gjort, for det har vært en veldig spesiell situasjon.

4.2 Nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?

Jeg merket meg at det ved flere tilfeller ble brakt opp av informantene hvordan de følte at bruken av velferdsteknologi under COVID-19 pandemien tidvis kunne bringe avstand mellom pasientene og pårørende, og de ansatte og pasientene. Slik jeg tolket det, syntes informantene dette påvirket den personsentrerte omsorgen de tilbyr pasientene. For å synliggjøre dette funnet har jeg valgt å dele det inn i to underkapitler.

4.2.1 Pårørende

Informantene gav meg en forståelse av at de, ved bruk av blant annet videokommunikasjon, opplevde at pasientene manglet en viss nærhet i måten de ble møtt på og kommunisert med. I min tolkning av datamaterialet, oppfattet jeg at en av informantene mente videokommunikasjon trigget pasientene til å lete etter sine pårørende og ble urolige. Ulike følelser som sinne og fysiske utbrudd ble også nevnt.

Hun ene pasienten prøvde å gå bort å riste i skjermen, og lurte på hvor de pårørende var hen. Men det var jo ingen bak. Hun skjønnte ikke «hvor er disse menneskene hen?», ikke sant. Hun ser bare et klart bilde, men de er jo ikke på baksiden av Kompen.

Ut ifra min forståelse, vektla informantene også hvordan videokommunikasjon ikke tilfredsstillere de behovene pasienter med demens på sykehjem har i henhold til den fysiske kontakten man trenger med pårørende. Ved å bringe opp begreper som nonverbal kommunikasjon, øyekontakt og

relasjon, fikk informantene frem hvordan de følte videokommunikasjon ikke var en tilstrekkelig form for samvær.

Og liksom det å kunne sitte bare å holde i hånda og kanskje ha tid til det, tenker jeg er bedre enn man hadde kommet med en skjerm og sagt «her har du dattera di» liksom. Den menneskelige kontakten er den aller viktigste for de her.

En av informantene viste mye uro i forbindelse med fremtiden og bruk av videokommunikasjon, slik jeg oppfattet det. Det ble diskutert hvordan informanten fryktet at pasientene skulle oppleve en manglende kontakt med pårørende, og hvordan dette ville påvirke pasientenes velferd. Sett fra mine øyne, stammet denne uroen i opplevelser informanten hadde hatt fra bruken av videokommunikasjon under COVID-19 pandemien. Jeg oppfattet det slik at informanten hadde erfart ulike situasjoner der pårørende valgte å kommunisere via video fremfor å møtes, på tross av at man på det aktuelle tidspunktet kunne besøke pasientene.

Tenk om det blir mer og mer av, at man ikke kommer på besøk, men at man bare sitter hver for seg. Så får ikke pasientene kjenne at folk er der, eller at man kan sitte og holde dem i hånda, eller et eller annet som får de til å bli mer rolige da. Det å få den nærheten de trenger da.

4.2.2 Videoovervåking og sykdomsbilde

Videre i intervjuene, opplevde jeg at det også var andre velferdsteknologier enn videokommunikasjon som ble utnevnt til å påvirke pasientenes opplevelse av nærhet. Fra mitt ståsted, var videoovervåking et gjennomgående tema hos flere av informantene. Jeg oppfattet at informantene fortalte om hvordan videoovervåking ble benyttet mye mer i situasjoner der pasienter måtte isoleres på rommene sine, med bakgrunn i COVID-19 smitte, enn det de syntes var etisk forsvarlig. Slik jeg forstod det opplevde informantene at synet på bruken av videoovervåking endret seg til noe negativt når det begynte å erstatte den menneskelige kontakten pasientene har behov for.

For når de isolerer et menneske er det veldig lite innleie. Senest nå, når vi hadde smitte hos oss nå, så var det ikke noe innleie. Vedkommende ble jo overvåket med Room Mate. Hvor personsentrert er det, liksom? Det er effektivisering på det verste. Syntes jeg i alle fall.

Jeg bemerket meg at en av informantene belyste hvordan den aktuelle pasientgruppen spesielt er lite egnet til å overvåkes til en så høy grad, da de ofte preges av psykiske utfordringer. Jeg tolket det til at informanten viste klar bekymring og frustrasjon i forbindelse med hvordan en skal kunne yte personsentrert omsorg og ivareta individuelle behov hos pasienter hvor videoovervåking blir benyttet. Dette forstod jeg var med bakgrunn i at de ikke går like mye på visitt hos pasientene som er videoovervåket og dermed ender pasientene opp med å være mye mer alene enn de vanligvis ville vært. Noe jeg oppfattet at informanten forklarte kunne gi store konsekvenser for pasientene. Slik jeg så det, viste alle de andre informantene at de var enige i disse uttalelsene.

Jeg syntes ikke noe om disse Room Matene i det hele tatt, med disse paranoide forestillingene som mange har, hvor vi vet om alle disse psykiatriske problemene som mange utvikler, også skal vi putte opp en skjerm i taket. Hvor pokker personsentrert er det? Hvor er omsorgen? Hvor er mennesket oppe i det hele? Jeg tenker at det er jo veldig positivt at noen kan ha nytte av det, men de lever ikke i vår tid og de evner heller ikke å tilegne seg kunnskap om nye ting. Det er jo en del av sykdommen til de aller fleste. Også skal vi drive med dette. Der tenker jeg at vi kan risikere at vi trigger faktiske delirtilstander og forverre sykdommen med de greiene som vi driver med nå.

4.3 Oppsummering

I dette kapittelet har funnene fra datamaterialet blitt presentert. Hovedfunnene «velferdsteknologi under COVID-19 pandemien» og «nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?» har blitt forklart utdypende via ulike underkapitler og sitater fra informantene. Kort oppsummert har funnene vist hvordan bruk av ny velferdsteknologi under COVID-19 pandemien ikke har vært en prioritet, men at eldre og kjente velferdsteknologiske løsninger har kommet til nytte i noen situasjoner. Det fremkommer i funnene hvordan velferdsteknologien benyttet har hatt varierende effekt i møte med pasienter med demens og i ivaretagelsen av personsentrert omsorg. Imens noen velferdsteknologier har bistått til aktivisering og sosiale stimuli, har andre skapt avstand og uro.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil studiens funn drøftes i lys av de aktuelle teoretiske perspektivene presentert i kapittel to, i tillegg til tidligere forskning beskrevet i kapittel en. Drøftingen vektlegger de momentene i funnene jeg anser som viktigst for å besvare studiens problemstilling: «Hvilke velferdsteknologier har blitt benyttet av sykepleiere i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien, og hvordan erfarer sykepleiere at disse har påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg?».

5.1 Velferdsteknologi under COVID-19 pandemien

Slik det beskrives i funnene, vektla informantene at å sette seg inn i og benytte ny velferdsteknologi ikke har vært en prioritet under COVID-19 pandemien, da pandemien brakte med seg økt mengde arbeidsoppgaver og endringer i rutiner. En av informantene forklarte hvordan de har hatt nok med å holde hodet over vann. Forskningsartikler jeg har funnet både støtter og utfordrer dette utsagnet. Det forklares i en forskningsartikkel hvordan COVID-19 pandemien har gitt en «gylden mulighet» til å kunne implementere velferdsteknologi, i tillegg til å kunne utføre kartlegging rundt hvordan den opplevdes av de involverte partene (Iyer et al., 2021, s. 1-8). Det nevnes av Iyer et al. (2021, s. 1-8) hvordan implementering og bruken av velferdsteknologi var svært tidkrevende under COVID-19 pandemien, men at det både var mulighet for implementering og at de så stor verdi i det. I artikkelen til Iyer et al. (2021) utspiller implementeringen seg på en privat geriatrisk klinikk med ambulerende tjenester. På tross av at en slik klinikk vil ha likheter i henhold til sykdomsdiagnose hos pasientene (demens), kan en tenke seg at en privat klinikk vil både ha tilgang på mer ressurser, i tillegg til mer tid, da de har færre pasienter og flere ansatte. I en annen artikkel vektlegges det hvordan det nettopp er sykehjem og ansatte på sykehjem som har hatt færrest ressurser tilgjengelig både før og under COVID-19 pandemien (Edelman et al., 2020, s. 1-7). Dette reiser spørsmålet om det har vært vanskeligere å implementere og ta i bruk velferdsteknologi spesifikt på sykehjem under COVID-19 pandemien.

Gjennom Edelman et al. (2020, s. 1-7) sin artikkel, kan en se at mine funn støttes ved at det trekkes frem hvordan sykehjem har vært preget av COVID-19 pandemiens konsekvenser, i tillegg til å skulle håndtere og ivareta sårbare eldre med behov for tett oppfølging på en forsvarlig måte. I en doktorgradsavhandling utarbeidet i 2020, vektlegges viktigheten av tid og timing (Dugstad, 2020, s.

65-66). Dugstad (2020, s. 65-66) påpeker hvordan implementering av ny velferdsteknologi, oppstart av endringsprosesser og økning av kompetanse er svært tidkrevende. Med dette som bakgrunn, mener Dugstad (2020, s. 65-66) at tidspunkt for implementeringen er essensielt i henhold til om den skal lykkes og utfylle sin hensikt, slik som å sikre pasientsikkerhet og arbeidseffektivisering. Om en ser funnene i denne studien opp mot funnene i Dugstad (2020) sin doktorgradsavhandling kan en tenke seg at COVID-19 pandemien ikke var den riktige timingen for implementering og benyttelse av ny innovativ teknologi på sykehjem, da det var redusert mengde tid og ressurser tilgjengelig. Funnene som fremkommer i denne studien, støtter dermed oppunder funnene i Dugstad sin avhandling.

5.1.1 Trygghet- og sikkerhetsteknologi og teknologi for sosial kontakt

I de tilfellene der velferdsteknologi ble benyttet, fortalte informantene at dette var velferdsteknologi som allerede var implementert før pandemien og som sykepleierne var godt kjent med. Velferdsteknologiene som ble benyttet falt innunder hovedkategoriene «trygghet- og sikkerhetsteknologi» og «teknologi for sosial kontakt». Informantene gav uttrykk for at kjennskapen til velferdsteknologiene gjorde det enklere å benytte disse i en stressende hverdag, ved at de kunne bidra til effektivisering, samtidig som de sørget for ivaretagelse av personsentrert omsorg. Knutshaug og Nakrem (2017, s. 96-97) støtter oppunder hvordan bruken av velferdsteknologi krever et høyt kompetansenivå og forkunnskap, slik at en sikrer at bruken er både trygg, sikker og forsvarlig. I tillegg til dette vektlegges det hvordan en kontinuerlig må bedrive kartlegging rundt pasienters ulike individuelle behov og vurdering i henhold til når velferdsteknologien bør/ikke bør tas i bruk (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 96-97). Behovet for dyp kompetanse før velferdsteknologi tas i bruk, støttes også i doktorgradsavhandlingen til Dugstad (2020, s. 64-66). Dugstad (2020, s. 64-66) vektlegger hvordan både kompetanse, kompatibilitet og kapasitet må ligge til grunne for at bruken av en velferdsteknologisk løsning skal være trygg og sikker. Det vil være vanskelig å drøfte hvilke konsekvenser som ville oppstått om sykepleierne hadde tatt i bruk nye og ukjente velferdsteknologier under pandemien, da dette ikke var tilfellet. Likevel kan en tenke seg at ny velferdsteknologi og manglende kompetanse hos sykepleierne, i møte med sårbare eldre mennesker med demens, kunne fått store konsekvenser. Aktuelle konsekvenser i denne sammenhengen kan ses opp mot kjente utfordringer med velferdsteknologi, slik det presenteres i kapittel to. Utrygghet, usikkerhet, økt forvirring, forverring av demenstilstanden og fare for redusert personvern, er eksempler som trekkes frem.

På tross av at informantene fortalte at de kun benyttet kjente velferdsteknologiske løsninger, slik som videokommunikasjon og videoovervåking, fremkommer det i flere av de ulike funnene hvordan sykepleierne har erfart at pasienter har hatt svært sterke reaksjoner på velferdsteknologiene benyttet. Slik det presenteres i funnene, opplevde sykepleierne at pasientene hadde både positive og negative reaksjoner i møte med velferdsteknologi under pandemien. Uro, frustrasjon, overstimuli, og nedverdiggelse, var eksempler på negative reaksjoner informantene fortalte at pasientene hadde hatt. Det ble også vektlagt hvordan sykepleierne erfarte at pasienter opplevde glede over aktivitet og sosialt samvær, og tilfredshet over friheten ulik velferdsteknologi kan gi. Disse funnene støttes av tidligere forskning på området, som viser hvordan pasienter kan ha svært ulike reaksjoner og opplevelser knyttet til bruken av velferdsteknologi. Edelman et al. (2020, s. 1-7) forklarer hvordan bruken av velferdsteknologi kan gi positive effekter, slik som å gi støtte og ivareta sårbare eldre med demens under COVID-19 pandemien. Tilsvarende erfaringer forbundet med de negative reaksjonene sykepleierne i denne studien erfarte at pasientene hadde, er trukket frem i en artikkel fra 2020 (Cohen, 2020, s. 37-38). Cohen (2020, s. 37-38) vektlegger både forvirring og tilbaketrukkethet som negative effekter mennesker med demens kan ha ved bruk av blant annet videokommunikasjon. I artikkelen understrekes det også hvordan velferdsteknologi ikke er optimalt for pasienter med demens, da de ofte er preget av ulike kognitive utfordringer, slik som nedsatt intellekt og sosiale evner (Cohen, 2020, s. 37-38).

En av artiklene jeg fant vektlegger pasienters positive erfaringer i bruken av velferdsteknologiske løsninger under COVID-19 pandemien, og tar for seg hjemmeboende mennesker med mild eller moderat kognitiv svikt (Lai et al., 2020, s. 1175-1184). Pasientene på sykehjemmene der informantene jobbet under datainnsamlingen, var preget av alvorlig grad kognitiv svikt. Det trekkes frem av Eide og Eide (2017, s. 326-333) hvordan mennesker med langtkommen demens rammes av symptomer som kan gi en nedsatt evne til å både forstå og bli forstått. Det blir tydelig at de negative reaksjonene pasientene på sykehjemmene i min studie hadde til velferdsteknologi, som for eksempel videokommunikasjon, potensielt kan ha stammet fra at sykdommen var på et så alvorlig stadium at velferdsteknologi ikke var nyttig eller opplevdes trygt. Slik Solheim (2015, s. 159) vektlegger, må velferdsteknologi til enhver tid være tilpasset hver enkelt brukers funksjonsnivå, individuelle behov og ressurser. Dette for å ivareta personsentrert omsorg. I de tilfellene informantene erfarte at pasientene hadde svært negative reaksjoner, kan en stille spørsmål ved om

velferdsteknologien som ble benyttet var tilpasset den enkeltes individuelle behov og ressurser, og om personsentret omsorg ble ivaretatt. Slik det fremkommer i kapittel to, er det viktig at sykepleiere evner å se i hvilke tilfeller velferdsteknologi kan bidra med noe i hverdagen, og når det er best å la velferdsteknologiske løsninger utebli (Solheim, 2015, s. 159).

Kartlegging var et gjentakende tema i datamaterialet. Informantene forklarte hvordan bruken av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem, krever nøye kartlegging, i tillegg til tid og ressurser. Slik det beskrives i funnene, opplevde sykepleierne at de i liten grad hadde mulighet til å bedrive kartlegging grunnet COVID-19 pandemien og dens konsekvenser. Informantene trakk også frem hvordan velferdsteknologi må tilpasses individuelle behov, i tillegg til dagsform. Det beskrives av Skjetne (2014, s. 18-23) hvordan det er grunnleggende for å yte personsentrert omsorg at helsepersonell stadig holder seg oppdatert i henhold til pasientens status. Om velferdsteknologiske løsninger skal benyttes, skal det være oppdatert status av funksjonsnivå, ressurser og behov en forholder seg til (Skjetne, 2014, s. 18-23). Årsaken til dette er at sykdomsbildet og behovene til mennesker med demens stadig endres over tid, ettersom sykdommen progredierer (Solheim, 2015, s. 79). Kartlegging som ble gjort i forkant av pandemien, vil derfor ikke nødvendigvis ha vært tilstrekkelig i henhold til pasientens oppdaterte behov i etterkant av pandemiens oppstart. Slik jeg tolket informantene, er det usikkert om kartleggingen rundt de velferdsteknologiske løsningene benyttet under COVID-19 pandemien var kartlagt *før* eller *etter* pandemiens oppstart. Dette var noe som fremkom spesielt i henhold til bruken av videoovervåking. Cohen (2020, s. 37-38) forklarer hvordan COVID-19 pandemien har endret en del for mennesker med demens. Symptomer og utfordringer, som økt agitasjon og forvirring, nedsatt stimuli og sosialisering, depresjon, nedsatt fysisk og psykisk helse, i tillegg til mulig forverring av den kognitive tilstanden, har preget mennesker med demens under pandemien (Cohen, 2020, s. 37-38). Endringene kan ha påvirket hvilke individuelle behov pasientene hadde, og hvilke ressurser de hadde tilgjengelig. Med bakgrunn i dette, burde det vært sett på som en nødvendighet at pasientene ble kartlagt i etterkant av pandemiens oppstart i tilfeller der velferdsteknologi var tenkt som en mulig løsning. Ved å opprettholde kartleggingen, kunne sykepleierne kontinuerlig ha sørget for at feilbehandling ble unngått, og mulig redusert pasientenes negative erfaringer med velferdsteknologi.

Et av funnene vektlegger hvordan sykepleierne endret måten å møte pasientenes behov på fra før pandemien til etter. Nye metoder ble benyttet, og ordinære rutiner og regler ble tidvis tilsidesatt, for å kunne møte den utfordrende situasjonen både pasientene, sykepleierne og pårørende stod i. Det ble nevnt av en av informantene hvordan blant annet videokommunikasjon over Facetime via sykepleiernes telefoner ble benyttet, slik at pårørende og pasienter kunne få snakke sammen. Slik jeg tolket informantene, brakte COVID-19 pandemien med seg en rekke vanskelige situasjoner og scenarier de aldri hadde stått i før, noe som la press på sykepleiernes evne til å være etisk reflekterte. I enkelte tilfeller, beskrev informantene hvordan de måtte bevege seg utenfor hva som vanligvis anses som profesjonelt, for å ivareta personsentrert omsorg. Pandemien krevde at sykepleierne både var profesjonelle og stødige, men også kreative. Ved å være kreative i situasjoner der ordinære rutiner og regler ikke var tilstrekkelige, sikret sykepleierne at kvaliteten på tjenestetilbudet ble opprettholdt og personsentrert omsorg ivaretatt. Profesjonalitet i sykepleierfaget handler om å beherske og anvende teoretisk og praktisk kunnskap i henhold til lover og retningslinjer, men det handler også om å kunne være reflektert og etisk bevisst (Skaara & Damsgaard, 2010). Jeg oppfattet sykepleierne som endrings- og tilpasningsdyktige, ved at de ivaretok pasientens behov på tross av en svært vanskelig situasjon. Dette støttes av utsagn fra intervjuene, slik som: «vi har løpt rundt og prøvd å la de snakke med sine pårørende på telefonen. Man har nok kanskje gått litt utafør det man ville gjort tidligere da».

Likevel er det slik at etiske utfordringer, reiser etiske spørsmål, slik som: bør lover og retningslinjer alltid komme først, eller hva som oppleves etisk riktig i ivaretagelse av omsorgen for mennesket i en satt situasjon? En kan sette spørsmålstegn ved om bruken av den ene løsningen imidlertid eliminerer den andre, eller om både etikk og lovverk/retningslinjer kan benyttes på en og samme tid. Innenfor helseyrket, vil det være logisk å kunne benytte seg av en slags blanding av lover og regelverk, og etikk. Slik det beskrives av Skaara og Damsgaard (2010) må sykepleiere evne å ha en balanse i yrket. En skal som sykepleier vektlegge å være profesjonell, ikke perfekt (Skaara & Damsgaard, 2010).

5.2 Nærhet i omsorg- har teknologi erstattet mennesker under COVID-19 pandemien?

Funnene tydeliggjør hvordan informantene erfarte at velferdsteknologi i møte med pasientene tidvis kunne bringe avstand mellom pasientene og pårørende, i tillegg til de ansatte og pasientene. Slik jeg tolket det, erfarte sykepleierne at denne avstanden påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg.

Årsaken til at det er viktig å drøfte funnene som omhandler avstanden velferdsteknologi skapte i omsorg og pleie, er først og fremst fordi pasienter med demens er en sårbar gruppe, med nedsatt forståelse for hva som skjer og hvorfor ting skjer (Solheim, 2015, s. 77). Pasientene hadde ikke nødvendigvis grunnlag for å forstå hvorfor sosialt samvær og rutiner endret seg, noe som kunne skape forvirring og forverring av sykdomstilstanden. Dette er i tråd med funnene i artikkelen til Cohen (2020, s. 37-38). For det andre, viser funnene at noen pasienter opplevde enda mer avstand til sine pårørende og helsepersonellet enn strengt nødvendig. Bakgrunnen for dette var at velferdsteknologi tidvis ble benyttet i stedet for menneskelig fysisk kontakt, på tross av at det på det gitte tidspunktet ikke var påkrevd å holde avstand.

5.2.1 Pårørende

Ut ifra min tolkning av informantene og slik funnene presenterer, opplevde sykepleierne tidvis at bruken av videokommunikasjon gjorde at pasientene følte manglende nærhet i måten de ble møtt på og kommunisert med. Urolighet og fysiske utbrudd preget flere av pasientene der videokommunikasjon ble benyttet, og de begynte å lete etter sine pårørende. Et sitat fra intervjuene lyder som følger: «pasientene har ingen anelse om hva videokommunikasjon er. De går på baksiden av skjermen og leter etter sine pårørende, men det er ingen der. De skjønner ikke hvorfor de ikke kan gå bort til vedkommende og gi de en klem».

Slik Solheim (2015, s. 77) forklarer, er det ikke alltid at pasienter med demenssykdom evner å uttrykke seg via verbalt språk. Med bakgrunn i dette, er det ofte at andre kanaler anvendes, slik som nonverbale signaler, uttrykk og gester (Solheim, 2015, s. 77). En kan tolke det slik at uroligheten og de fysiske utbruddene pasientene uttrykte ved bruk av videokommunikasjon, var tydelige nonverbale signaler på at noe opplevdes feil, utrygt eller forvirrende. I tillegg til at pasientene selv

benyttet nonverbalt språk for å uttrykke utrygghet, misnøye og frustrasjon, er det viktig å drøfte hvordan bruken av videokommunikasjon potensielt reduserte muligheten pasientene hadde til å tolke sine pårørendes nonverbale signaler. Eide og Eide (2017, s. 327) forklarer at det er grunnleggende at mennesker som kommuniserer med pasienter med demens, benytter seg av et tydelig nonverbalt språk på et nivå pasienten forstår. Årsaken til dette er at pasienter med demens preges av en rekke kognitive utfordringer, slik som svekkede kommunikasjonsferdigheter, konsentrasjonsvansker og nedsatt hukommelse (Engedal & Haugen, 2016, s. 19-37). Ved bruk av videokommunikasjon, kan det være vanskelig for pasientene å observere nonverbale signaler de pårørende uttrykker. Dette kan være vanskelig både med bakgrunn i den nedsatte kognitive tilstanden, men også at de ser sine pårørende igjennom en liten skjerm, i tillegg til at den eldre generasjonen har en nedsatt forståelse for teknologi generelt. Den reduserte muligheten til å tolke sine pårørendes signaler og danne et godt kommunikasjonsgrunnlag, kan ha vært årsaken til uroligheten og de fysiske utbruddene. Likevel, er det også viktig å ta i betraktning at på tross av at funnene kun representerer de negative erfaringene sykepleierne hadde ved bruk av videokommunikasjon i møte med pasienter med demens, finnes det også forskning som forklarer positive effekter videokommunikasjon kan ha. Iyer et al. (2021, s. 1-8) forklarer hvordan videokommunikasjon har vært en god løsning for understimulerte pasienter i isolasjon, ved å kunne gi muligheten til å sosialisering. Å forhindre ensomhet kan i tillegg være en positiv effekt videokommunikasjon kan ha for mennesker som har vært preget av både demenssykdom og pandemiens restriksjoner (Lai et al., 2020, s. 1175-1184).

Det trekkes frem i funnene hvordan informantene mente fysisk berøring og menneskelig kontakt er det viktigste for den aktuelle pasientgruppen. En av informantene forteller om hvordan «en hånd å holde i» er noe pasientene med demens generelt har stor nytte av og finner mye trygghet i. I funnene fremkommer det hvordan en av sykepleierne har hatt opplevelser med at pårørende benyttet velferdsteknologi fremfor å møtes, på tross av at besøk var tillatt på det gitte tidspunktet. Min forståelse var at informanten var urolig for om pasientenes behov for nærhet og fysisk kontakt var i fare for å ikke bli godt nok ivaretatt. I tilfellene der videokommunikasjon ble brukt uten at det var en nødvendighet, kan en vurdere om velferdsteknologien var til mest nytte for pasientene eller for pårørende. På den ene siden kan videokommunikasjon ha vært en god måte å substituere fysiske besøk da COVID-19 pandemiens restriksjoner for sosialt samvær var på det strengeste. På

den andre siden, må en stille seg kritisk til de tilfellene der videokommunikasjon ble benyttet *i stedet* for fysisk tilstedeværelse.

5.2.2 Videoovervåking og sykdomsbilde

I funnene tydeliggjøres det hvordan sykepleierne mente det var andre velferdsteknologier enn videokommunikasjon som også påvirket pasientenes nærhet til de pårørende og ansatte. Slik jeg forstod informantene, var videoovervåking et viktig tema. Informantene fortalte om tilfeller der det var mistanke om eller påvist COVID-19 smitte, og pasientene ble videoovervåket i isolasjon i stedet for at det ble benyttet fastvakt. Informantene gav uttrykk for at de syntes bruken av videoovervåking i forbindelse med isolasjon var overdreven og ikke etisk forsvarlig i henhold til ivaretagelse av personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg krever at helsepersonell benytter seg av observasjonsferdigheter og fysisk tilstedeværelse for å få oversikt over pasienten og gi tilrettelagt pleie (Solheim, 2015, s. 73-80). Viktigheten av at sykepleiere bruker tid *sammen* med pasientene for å forstå hva pasienten selv uttrykker i henhold til sin helsetilstand, er sentralt innenfor sykepleieteori- og praksis (Hafskjold, 2018, s. 80). Slik Engedal og Haugen (2016, s. 19-37) forklarer, preges mennesker med demens av ulike kognitive, fysiske og psykiske symptomer som kan variere fra dag til dag. Dette gjør det vanskelig for helsepersonell å vite hvilke behov pasientene har til enhver tid, og tilstedeværelse og observasjon blir derfor grunnleggende. I de tilfellene sykepleierne fortalte om, der videoovervåking ble brukt i stedet for fastvakt og hyppige visitter, kan en undres til hvilken grad endringer i sykdomsbildet og dagsform ble observert og oppdaget.

Bruken av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens er et tema det har vært og er svært mye diskusjon knyttet til. Niemeijer et al. (2013, s. 201-215) forklarer hvordan det er en rekke etiske utfordringer sykepleiere kan erfare ved bruk av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem, og at tematikken skaper svært motstridende reaksjoner blant etikere og helsepersonell. Slik det nevnes i artikkelen, er det viktig at dersom velferdsteknologi skal benyttes, må det både vurderes opp mot etiske hensyn, pasientens trygghet og om teknologien kommer pasienten til gode (Niemeijer et al., 2013, s. 201-215). I funnene tydeliggjøres det hvordan den aktuelle pasientgruppen anses av sykepleierne til å være svært lite egnet til å videoovervåkes i en stor grad, da de ofte preges av psykiske utfordringer. Funnene vektlegger hvordan sykepleierne fryktet at den overdrevne bruken av videoovervåking kunne forverre sykdomsbildet og trigge delirtilstander hos pasientene. Når en ser disse funnene opp mot forskningen til Niemeijer et al.

(2013) kan en sette spørsmålstegn ved hvilke etiske refleksjoner som lå til grunn for avgjørelsen om å benytte videoovervåking i stedet for fastvakt og hyppige visitter. Var det pasientenes trygghet og nytte av velferdsteknologien som kom først- eller var det behovet for å ikke benytte fastvakt som stod høyest? En av informantene uttrykker tydelig at hun stiller spørsmål ved nettopp de etiske perspektivene av videoovervåking i møte med pasienter med demens. «Hvor pokker personsentrert er det? Hvor er omsorgen? Hvor er mennesket oppe i det hele?». Den samme informanten trekker også frem hvordan hun ser på bruken av videoovervåking som «effektivisering på det verste».

På tross av at funnene i stor grad fokuserer på hvordan videoovervåking ansees som en utfordring i henhold til ivaretagelse av personsentrert omsorg, nevnes det også hvordan noen pasienter drar nytte av velferdsteknologien. For noen pasienter, kan videoovervåking gi en følelse av autonomi og selvbestemmelse (Niemeijer et al., 2013, s. 201-215). Hos pasienter som ønsket ro, muligheten til å klare seg alene i et gitt område, eller ønsket større grad av privatliv, var videoovervåking en personsentrert og god løsning. Et sitat fra en av informantene fanger essensen av nettopp dette:

Men samtidig så er videoovervåking veldig fint og, særlig for de som ønsker å være i fred. Det er en god ting for de som ikke ønsker å komme i kontakt eller som ikke ønsker oss der, og som godtar disse skjermene og ledningene i taket. Da får de være i fred, samtidig som vi har en viss mulighet til å følge med på om og hvor de beveger seg.

Niemeijer et al. (2013, s. 201-215) vektlegger hvordan videoovervåking benyttet i tilfeller der personvernet og autonomien respekteres, kan potensielt gi mulighet for økt følelse av frihet hos pasienten. I tillegg, vil videoovervåking kunne gi en følelse av sikkerhet, både for pasienten og helsepersonellet (Niemeijer et al., 2013, s. 201-215). Likevel, vil det være viktig at helsepersonell har kunnskap om at videoovervåking kan gi en slags falsk følelse av sikkerhet i noen situasjoner. Det er grunnleggende at helsepersonell utfører risikovurderinger og har kunnskap om velferdsteknologiens begrensninger, slik som at den ikke kan forhindre ulykker, den garanterer ikke rask hjelp i uforutsette situasjoner, og teknologien fungerer ikke alltid optimalt (Niemeijer et al., 2013, s. 201-215).

5.3 Oppsummering

Kapitlet har drøftet funnene i datamaterialet i lys av studiens teoretiske grunnlag og forskningsartikler funnet underveis i prosessen. Ved å drøfte funnene har det fremkommet hva som støttes i teori/forskning, og hva som utfordres. Belysningen av dette, vil være nyttig for å bringe frem ny kunnskap og nye synsvinkler i henhold til studiens tematikk og problemstilling. Hovedpoengene i drøftingen handler i stor grad om hvordan forskning og teori understøtter det at sykepleierne valgte å benytte seg av kjente velferdsteknologiske løsninger under COVID-19 pandemien, da dette la best grunnlag for trygghet og sikkerhet i henhold til ivaretagelse av pasientene. Likevel utfordrer teori og forskning hvorvidt personsentrert omsorg ble ivaretatt i de situasjonene der velferdsteknologi ble benyttet i møte med pasienter med demens under COVID-19 pandemien, da funnene viser en variasjon av både negative og positive erfaringer.

6 Avsluttende bemerkninger

Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleieres subjektive erfaringer med hvilke velferdsteknologier som ble benyttet i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien, og hvordan velferdsteknologiene påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg.

I innledningen viste jeg til et selvlaget sitat som kontinuerlig lå i bakhodet mitt under hele studien.

«Teknologi kan ikke erstatte dyktige sykepleiere, men teknologi i hendene til dyktige sykepleiere kan være transformerende.»

Ut ifra hovedtendensene i funnene, kan en forstå det slik at velferdsteknologien som ble benyttet i møte med pasienter med demens under COVID-19 pandemien på de to sykehjemmene representert i studien, både opprettholdt og utfordret utøvelsen av personsentrert omsorg. Slik jeg opplevde at sykepleierne fremhevet ved flere tilfeller, kan velferdsteknologi aldri erstatte den menneskelige kontakten pasienter med demens har behov for, fra både helsepersonell og pårørende. Velferdsteknologi kan derimot bistå til å aktivisere og stimulere, om den er individuelt tilpasset og det ligger nøye kartlegging til grunne.

6.1 Implikasjoner for praksis

Oppgaven er relevant for praksis i helsearbeid i den forstand at den kan bidra til økt refleksjon *før* velferdsteknologi benyttes i møte med pasienter med demens. Den kan også øke kompetansen rundt hva som er viktig å ha kunnskap om for at velferdsteknologien skal bistå til forsvarlig og personsentrert omsorg. Om nye krisesituasjoner, liknende COVID-19 pandemien, oppstår i fremtiden, er det essensielt at forskning rundt velferdsteknologi i møte med sårbare grupper er utført, slik at kompetansen er utviklet og forbedret. Ved å øke kunnskapsnivået rundt den aktuelle tematikken, kan en sikre at fremtidige tjenester er preget av kvalitet, sikkerhet, trygghet og personsentrering. Velferdsteknologi skal til enhver tid føles trygt og mestrende for de som anvender den. Når en ser på funnene og drøftingen i denne studien, kan en se at dette ikke alltid har vært tilfellet under COVID-19 pandemien. Disse erfaringene er viktig å sette søkelys på, da de skaper grunnlag for kommende praksis. Det er også viktig at de positive erfaringene sykepleierne

hadde kommer frem, slik at dette også kan gi en pekepinn på når og hvor velferdsteknologi kan være riktig og forsvarlig å benytte i senere anledninger.

6.2 Anbefalinger for videre forskning

For videre forskning, anbefaler jeg å gå ytterligere i dybden av hvordan bruken av velferdsteknologi oppleves av pårørende og pasienter. Selv om dette potensielt vil kreve en REK- godkjenning, vil det være av stor nytte å innhente data om hvordan teknologien oppleves for de som faktisk benytter den. I tillegg til dette, anbefaler jeg observasjonsstudier av situasjoner der pasienter med nedsatt kognitiv tilstand eller nedsatt evne til å kommunisere benytter seg av velferdsteknologi. Dette kan omhandle pasienter med demens, afasirammede slagpasienter, og mer. Dette vil være essensielt for å kartlegge både brukbarhet, opplevelse av trygghet og sikkerhet hos pasientene, i tillegg til fordeler og utfordringer under anvendelse. Avslutningsvis, vil jeg anbefale å forske på hvilke velferdsteknologiske løsninger som sykepleiere fortsetter å benytte i møte med pasienter med demens i *etterkant* av COVID-19 pandemien. I tillegg til dette, ville det vært interessant å innhente data om hvilke refleksjoner sykepleiere sitter med i etterkant av pandemien når det kommer til bruken av velferdsteknologi benyttet under pandemien og hvordan dette potensielt påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg.

Referanser/litteraturliste

- Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing science quarterly*, 28(4), 288-296. <https://doi.org/10.1177/0894318415599220>
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser: Filosofi og vitenskapsteori* Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 197-209). Gyldendal Akademisk.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester* Forlaget Aldring og Helse.
- Bårdsen, B. (2012). Gadammers forståelsesbegreper illustrert gjennom en veiledningssituasjon. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(2), 111-122. Hentet fra <https://doi-org.ezproxy2.usn.no/10.18261/ISSN1504-3010-2012-02-03>
- Cohen, C. I. (2020). Treating Dementia Patients in the time of COVID. *Psychiatric Times*, 37(11), 37-38. Hentet fra <https://web-s-ebsohost-com.ezproxy1.usn.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d72e848a-003c-481e-94d7-5c5f004cd227%40redis>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.)Gyldendal Akademisk.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2009, 23.05.2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dugstad, J. H. (2020). *Co-creating digital transformation in care of older persons: A longitudinal mixed-methods study* (Doktorgradsavhandling). Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2657502>
- Edelman, L. S., McConnell, E. S., Kennerly, S. M., Alderden, J., Horn, S. D. & Yap, T. L. (2020). Mitigating the effects of a pandemic: facilitating improved nursing home care delivery through technology. *JMIR aging*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2196/20110>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.)Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 13-39). Forlaget Aldring og helse.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* Pax Forlag.
- Hafskjold, L. (2018). *Older persons' worries expressed during home care and supportive communication- analysing audio-recorded visits* (Doktorgradsavhandling). Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2581307>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. (IS-1990). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/> /attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-

[a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf)

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*.

Helsedirektoratet. (2022a, 05. januar). Kommunen bør ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenestene for å avhjelpe utfordringer under covid-19-pandemien. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/hjemmebaserte-tjenester/kommunen-bor-ta-i-bruk-velferdsteknologi-og-digitale-verktoy-i-helse-og-omsorgstjenestene-for-a-avhjelpe-utfordringer-under-covid-19-pandemien#null-begrunnelse>

Helsedirektoratet. (2022b, 26. april). Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi#referere>

Holthe, T. (2011). Velferdsteknologi og demens. I A. Fretheim (Red.), *Demens* (s. 28-29). Medlex.

Holthe, T., Kjeldsberg, A.-B. & Sværen, V. (2016). *Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler til personer med demens*.

Høgheim, S. (2020). *Masteroppgaven i GLU* Fagbokforlaget.

Iyer, S., Mehta, P., Weith, J., Hoang-Gia, D., Moore, J., Carlson, C., ... Gould, C. (2021). Converting a Geriatrics Clinic to Virtual Visits during COVID-19: A Case Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1-8. <https://doi.org/10.1177/21501327211000235>

Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie: Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106-121). Gyldendal Akademisk.

Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi- hva, hvorfor og hvordan? I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 15-33). Cappelen Damm Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.)Gyldendal

Lai, F. H.-y., Yan, E. W.-h., Yu, K. K.-y., Tsui, W.-s., Chan, D. T.-h. & Yee, B. K. (2020). The Protective Impact of Telemedicine on Persons With Dementia and Their Caregivers During the COVID-19 Pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1175-1184. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.07.019>

Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg.)Fagbokforlaget.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.)Universitetsforlaget.

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice* Wiley-Blackwell.

McCormack, B. & McCance, T. (Red.). (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* Wiley Blackwell.

McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A. & Martin, S. (Red.). (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice* Wiley-Blackwell.

Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Mjørud, M. & Røsvik, J. (2021). *Demens og grunnleggende psykologiske behov: Personsentrert omsorg* Fagbokforlaget.
- Moore, K. & Kelly, F. (2021). Experiencing person-centredness in long-term care. I B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan & S. Martin (Red.), *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice* (s. 200-208). Wiley Blackwell.
- Niemeijer, A., Frederiks, B., Depla, M., Eefsting, J. & Hertogh, C. (2013). The place of surveillance technology in residential care for people with intellectual disabilities: is there an ideal model of application. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 201-215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01526.x>
- Norsk senter for forskningsdata. (2022, 22.04.22). Informasjon til deltakerne. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmllui/bitstream/handle/11250/2630053/nou201120110011000dddpdfs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Skjetne, I. (2014). *Enklere hverdag med velferdsteknologi*.
- Skaara, M. & Damsgaard, H. L. (2010, 03.01.2011). Ikke perfekt - men profesjonell. Hentet fra <https://sykepleien.no/2011/01/ikke-perfekt-men-profesjonell>
- Solheim, K. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.) Universitetforlaget.
- Strand, B. H. (2021, 23. februar). Demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.) Fagbokforlaget.

Oversikt over tabeller

Tabell 1- Oversikt over søkeord til databasesøk

Tabell 2- Oversikt over muligheter og utfordringer ved velferdsteknologi

Tabell 3- Inklusjonskriterier i rekruttering av informanter

Tabell 4- Oversikt over hovedtemaer og undertemaer i funnene

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjon- og samtykkeskjema for fokusgruppeintervjuet

Vedlegg 3: Informasjon- og samtykkeskjema for det individuelle intervjuet

Vedlegg 4: Godkjenningen fra NSD

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide- strukturert intervju

Problemstilling: "På hvilken måte har velferdsteknologi blitt benyttet av sykepleiere i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID- 19 pandemien, og hvordan erfarer sykepleiere at dette har påvirket utøvelsen av personsentrert omsorg?"

Hei og velkommen til intervju.

Nå har jeg jo allerede hatt kontakt med alle av dere og gitt dere en del informasjon rundt hensikten med dette intervjuet og hva det er jeg forsker på. Så jeg tenker at dere sitter med en del informasjon allerede. Men for å sette praten litt i gang, tenker jeg at jeg kan presentere litt om studieretningen min og prosjektet jeg nå jobber med. Jeg går da en masterutdanning ved Universitet i Sørøst- Norge, her i Drammen, som heter Klinisk helsearbeid: digitalisering og innovasjon. I denne utdannelsen vektlegger vi temaer som velferdsteknologi, digitale løsninger, innovative tanker og prosjekter, og hvordan dette kan bidra eller påvirke i helsetjenester. Mitt prosjekt går spesifikt inn på velferdsteknologi, som kan være alt fra kameraovervåkning, GPS, videosamtaler, Selen Selma, elektronisk medisinskap, sengematter, og mye mer. Jeg er interessert i å vite om velferdsteknologi ble benyttet under COVID-19 pandemien, hvordan den ble benyttet og om dette har påvirket personsentrert omsorg for personer med demens. Som dere har blitt informert om i informasjon- og samtykkeskjemaet dere har skrevet under på, vil hele intervjuet bli tatt opp på lydopptak. Dette vil bli transkribert til tekst snarest, og så slettes. Jeg minner dere på å opprettholde taushetsplikten deres, ved å anonymisere alle pasienter dere omtaler.

For å kickstarte dette intervjuet tenker jeg vi starter med noen innledende spørsmål:

1. Hvor gamle er dere?
2. Hvor mange år har dere jobbet som sykepleier?
3. Har dere noe tilleggsutdanning/videreutdanning?
4. Hva er stillingsprosenten deres?

Før vi går dypere inn på bruken av velferdsteknologi og personsentrert omsorg ønsker jeg gjerne høre litt kort om COVID-19 pandemien sin innvirkning på dere som sykepleiere og deres arbeidsplass:

1. På hvilke måter ble/er sykehjemmet påvirket av COVID-19 pandemien?
2. Hva er de største utfordringene dere har møtt som sykepleiere under COVID-19 pandemien?

Da tenker jeg det er naturlig vi diskuterer og reflekterer litt rundt begrepet «personsentrert omsorg»

1. Har dere hørt om begrepet «personsentrert omsorg» tidligere? Mange kaller det også «personorientert omsorg»

Det jeg vektlegger når det kommer til begrepet «personsentrert omsorg» i min oppgave er hvordan sykepleiere skal se mennesker som helhetlige og unike; hvordan sykepleiere skal ivareta selvbestemmelse og autonomi så langt det er forsvarlig, og hvordan en skal respektere mennesket bak sykdommen.

2. Hva forbinder dere med begrepet «personsentrert omsorg»?
3. Hvilke utfordringer ser dere med tanke på å skulle gi personsentrert omsorg til pasienter med demens?
 - a. Både i henhold til etikk, selvbestemmelse, autonomi, fysisk og psykisk pleie osv.

Da føler jeg vi har landet de grunnleggende tankene og refleksjonene dere har rundt begrepet «personsentrert omsorg», og jeg syntes det er naturlig at vi nå beveger oss videre inn i begrepet «velferdsteknologi».

1. Hva tenker dere velferdsteknologi er? Og kjenner dere til dette begrepet fra jobb/utdanning osv?

Jeg har valgt å definere velferdsteknologi i min oppgave, som: brukerorientert teknologisk assistanse, som kan understøtte eller forsterke trygghet, sikkerhet, mobilitet, sosial deltakelse og fysisk aktivitet. Det vektlegges også hvordan velferdsteknologi kan styrke brukernes evne til å mestre egen hverdag på tross av sykdom eller nedsatt funksjonsevne

2. Hva slags velferdsteknologi har blitt benyttet under COVID-19 pandemien i møte med pasienter med demens? Gjerne forklar om teknologien du nevner ble tatt i bruk først ved pandemien, eller om dere allerede hadde tatt den i bruk på avdelingen.
 - a. Om nei:
 - i. Har dere noen tanker om hvorfor velferdsteknologi ikke har blitt benyttet under pandemien?
 - ii. Er det noe velferdsteknologi dere tenker kunne ha blitt benyttet under pandemien eller som dere har «savnet»? Gjerne forklar litt om deres tanker rundt dette. Kunne velferdsteknologien du nevner hatt noe innvirkning på utøvelsen av personsentrert omsorg?

3. Hvordan har velferdsteknologien blitt tatt i bruk? I hvilke situasjoner tyr dere til velferdsteknologi? Her ønsker jeg gjerne pasientsituasjoner. Ps: husk å anonymisere pasienten du omtaler.
4. Hvordan har pasientene, som har diagnosen demens, reagert på velferdsteknologi? Hva uttrykte de? Om dere har noen negative eller positive pasientopplevelser, gjerne kom med det.
5. Velferdsteknologi kan jo ha mange forskjellige effekter på ulike pasienter, som dere nå har nevnt. Hvordan kan velferdsteknologi stå i veien for, hindre, eller komme til nytte når dere skal gi omsorg til pasienter med demens?

Da har ikke jeg flere spørsmål. Er det noe dere ønsker å legge til i forhold til det som allerede har blitt sagt, har dere noen spørsmål/tanker, eller hvis det er noe jeg burde vite, må dere gjerne komme med det nå.

Tusen takk for at dere har stilt opp og delt deres erfaringer. Det har vært utrolig spennende å få et innblikk inn i deres tanker og refleksjoner rundt temaet.

Ha en fortsatt fin dag, alle sammen.

Vedlegg 2: Informasjon- og samtykkeskjema for fokusgruppeintervjuet

Vil du delta i forskningsprosjektet

” [Velferdsteknologi- en hjelpende hånd eller et uromoment?]”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse sykepleieres erfaringer rundt velferdsteknologi og ivaretagelse av personsentrert omsorg i møte med pasienter med demens under COVID-19 pandemien. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet, som inngår i en masteroppgave, er å vektlegge sykepleieres erfaringer rundt bruken av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien. Igjennom dette prosjektet vil sykepleieres egne opplevelser i ivaretagelse av personsentrert omsorg for pasientene bli trukket frem, for å besvare problemstillingen, som lyder; *«Hvordan erfarer sykepleiere at velferdsteknologi har påvirket personsentrert omsorg av pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien?»*.

Hovedmålet i studiet er å gi sykepleiere en stemme, slik at de kan bistå med å avdekke en side av helsevesenet det per dags dato er skrevet lite om og forsket lite på. Ved å fremme erfaringer og kunnskap gjort av sykepleierne i denne spesifikke tidsepoken og med denne spesifikke pasientgruppen, kan viktig informasjon komme frem. Denne informasjonen kan brukes til å øke kunnskapen rundt hvordan helsevesenet kan benytte seg av velferdsteknologi i fremtiden om liknende situasjoner oppstår, og om velferdsteknologi kan påvirke utøvelsen av personsentrert omsorg.

Om det er interesse for det, kan det være aktuelt å dele resultatene av studiet med sykehjem rundt omkring i landet. Nettopp for å øke kunnskapsnivået og skape refleksjoner rundt hvordan ivaretagelsen av personsentrert omsorg i forbindelse med velferdsteknologi og COVID-19 faktisk opplevdes. Dette kan potensielt legges frem igjennom en slags undervisning eller et foredrag. Det kan også bli aktuelt å gjøre om masteroppgaven til en artikkelformasjon, som eventuelt kan publiseres i tidsskrift, avis, nettside eller liknende.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst- Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalg av deltakere til dette studiet er bestemt ut ifra noen spesifikke kriterier. Disse er; du må være utdannet sykepleier, du må jobbe på et sykehjem med en demensavdeling, du må jobbe i Drammen Kommune og du må ha en stillingsprosent på 50% eller mer. I tillegg til dette er det spesifisert at utvalget bør gjerne bestå av både menn og kvinner, og alle aldre. Det er også ønsket å inkludere sykehjem der det har vært lave smittetall og sykehjem der det har vært høye.

Ved å kontakte virksomhetsledere i Drammen Kommune har de informert om hvem som faller innunder disse kriteriene, og satt Synne Friise Jordan i kontakt med aktuelle deltakere. På denne måten har nettopp du endt opp med å bli spurt om interesse for deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette at du vil ta del i et fokusgruppeintervju. Dette intervjuet vil inkludere 3-7 deltakere (kollegaer) og 1 intervjuer (Synne Friise Jordan). Intervjuet vil finne sted på et tidspunkt og sted alle blir enige om er mest passende, enten dette er via fysisk tilstedeværelse eller digitalt. Selve intervjuet vil ta omtrent 1- 1,5 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om bruken av velferdsteknologi på din avdeling, ivaretagelse av personsentrert omsorg under COVID-19 pandemien, og ytterligere spørsmål som tar for seg problemstillingen nevnt over. Det er av stor betydning at både deltakere og intervjuer vektlegger ivaretagelse av taushetsplikt under intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker, som senere skal transkriberes til tekstmateriale. I tillegg til dette vil intervjueren sitte og ta notater under intervjuet. Alle dataene som fremkommer under intervjuet, vil registreres på USN sin krypterte disk-fil i OneDrive.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke bli offentliggjort data som identifiserer den enkelte. Alt datamateriale (opplysninger) som innhentes vil lagres på Universitet i Sørøst- Norges egne krypterte disk-fil, i OneDrive. Alle navn og kontaktopplysninger vil erstattes med koder som lagres på en navneliste adskilt fra øvrige data, slik at anonymitet opprettholdes og personvernet ikke brytes. Deltakeres identitet vil ikke gjenkjennes i masteroppgaven.

Disse vil ha tilgang på de anonymiserte opplysningene dine (alle fra behandlingsansvarlig institusjon, Universitetet i Sørøst- Norge):

- Prosjektansvarlig og hovedveileder for mastergradsstudent: Vibeke Narverud Nyborg.
- Bi- veileder til mastergradsstudent: Hjørdis Frisnes.
- Eventuelt personvernombud: Paal Are Solberg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektets sluttdato anses å være den 01.juni 2022, da masteroppgaven leveres. Alle opplysninger og øvrig datamateriale vil på dette tidspunktet slettes fra USN sin krypterte disk-fil (i OneDrive), da det ikke er planlagt noe videre oppfølgingsstudie eller forskning. Om det vil bli aktuelt å skrive en artikkel eller holde foredrag om forskningen, vil kun resultater som allerede har kommet frem i masteroppgaven benyttes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst- Norge har NSD – Norsk senter for Forschungsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Mastergradsstudenten som utfører prosjektet: Synne Friise Jordan
 - E-post: synne.friise@hotmail.com
 - Telefon: 400 57 118
- Prosjektansvarlig fra Universitetet i Sørøst- Norge: Vibeke Narverud Nyborg
 - E-post: Vibeke.Narverud.Nyborg@usn.no
 - Telefon: 31 00 88 05 / 482 77 321
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg
 - E-post: Paal.A.Solberg@usn.no
 - Telefon: 35 57 50 53 / 918 60 041

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Vibeke Narverud Nyborg
(elektronisk signatur)

Prosjektansvarlig/veileder

Mastergradsstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet” [Velferdsteknologi- en hjelpende hånd eller et uromoment?]", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at mine personopplysninger lagres på USN sin krypterte disk- fil (i OneDrive) til prosjektslutt
- at resultatene som fremkommer i masterstudiet kan benyttes til foredrag eller undervisning for sykehjem i Norge
- at resultatene som fremkommer i masteroppgaven kan publiseres i artikkelform, om dette er aktuelt (for eksempel i tidsskrift, avis, forskningsmagasin eller nettside).

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Informasjon- og samtykkeskjema for det individuelle intervjuet

Vil du delta i forskningsprosjektet

” [Velferdsteknologi- en hjelpende hånd eller et uromoment?]”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse sykepleieres erfaringer rundt bruken av velferdsteknologi og ivaretagelse av personsentrert omsorg i møte med pasienter med demens under COVID-19 pandemien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet, som inngår i en masteroppgave, er å vektlegge sykepleieres erfaringer rundt bruken av velferdsteknologi i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien. Igjennom dette prosjektet vil sykepleieres egne opplevelser i ivaretagelse av personsentrert omsorg for pasientene bli trukket frem, for å besvare problemstillingen, som lyder; *«Hvordan erfarer sykepleiere at velferdsteknologi har påvirket personsentrert omsorg i møte med pasienter med demens på sykehjem under COVID-19 pandemien?»*.

Hovedmålet i studiet er å gi sykepleiere en stemme, slik at de kan bistå med å avdekke en side av helsevesenet det per dags dato er skrevet lite om og forsket lite på. Ved å fremme erfaringer og kunnskap gjort av sykepleierne i denne spesifikke tidsepoken og med denne spesifikke pasientgruppen, kan viktig informasjon komme frem. Denne informasjonen kan brukes til å øke kunnskapen rundt hvordan helsevesenet kan benytte seg av velferdsteknologi i fremtiden om liknende situasjoner oppstår, og om velferdsteknologi kan påvirke utøvelsen av personsentrert omsorg.

Om det er interesse for det, kan det være aktuelt å dele resultatene av studiet med sykehjem rundt omkring i landet. Nettopp for å øke kunnskapsnivået og skape refleksjoner rundt hvordan ivaretagelsen av personsentrert omsorg i forbindelse med velferdsteknologi og COVID-19 faktisk opplevdes. Dette kan potensielt legges frem igjennom en slags undervisning eller et foredrag. Det kan også bli aktuelt å gjøre om masteroppgaven til en artikkelformasjon, som eventuelt kan publiseres i tidsskrift, avis, nettside eller liknende.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst- Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalg av deltakere til dette studiet er bestemt ut ifra noen spesifikke kriterier. Disse er; du må være utdannet sykepleier, du må jobbe på et sykehjem med en demensavdeling, du må jobbe i Drammen Kommune og du må ha en stillingsprosent på 50% eller mer. I tillegg til dette er det spesifisert at utvalget bør gjerne bestå av både menn og kvinner, og alle aldre. Det er også ønsket å inkludere sykehjem der det har vært lave smittetall og sykehjem der det har vært høye.

Ved å kontakte virksomhetsledere i Drammen Kommune har de informert om hvem som faller innunder disse kriteriene, og satt Synne Friise Jordan i kontakt med aktuelle deltakere. På denne måten har nettopp du endt opp med å bli spurt om interesse for deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette at du vil ta del i et personlig intervju/dybdeintervju. Dette intervjuet vil inkludere deg som sykepleier og 1 intervjuer (Synne Friise Jordan). Intervjuet vil finne sted på et tidspunkt og sted en blir enige om er mest passende, enten dette er via fysisk tilstedeværelse eller digitalt. Selve intervjuet vil ta omtrent 1- 1,5 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om bruken av velferdsteknologi på din avdeling/din arbeidsplass, ivaretagelse av personsentrert omsorg under COVID-19 pandemien, og ytterligere spørsmål som tar for seg problemstillingen nevnt over. Det er av stor betydning at både deltaker og intervjuer vektlegger ivaretagelse av taushetsplikt under intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker, som senere skal transkriberes til tekstmateriale. I tillegg til dette vil intervjueren sitte og ta notater under intervjuet. Alle dataene som fremkommer under intervjuet, vil registreres på USN sin krypterte disk-fil i OneDrive.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil ikke bli offentliggjort data som identifiserer den enkelte. Alt datamateriale (opplysninger) som innhentes vil lagres på Universitet i Sørøst- Norges egne krypterte disk-fil, i OneDrive. Alle navn og kontaktopplysninger vil erstattes med koder som lagres på en navneliste adskilt fra øvrige data, slik at anonymitet opprettholdes og personvernet ikke brytes. Deltakeres identitet vil ikke gjenkjennes i masteroppgaven.

Disse vil ha tilgang på de anonymiserte opplysningene dine (alle fra behandlingsansvarlig institusjon, Universitetet i Sørøst- Norge):

- Prosjektansvarlig og hovedveileder for mastergradsstudent: Vibeke Narverud Nyborg.
- Bi- veileder til mastergradsstudent: Hjørdis Frisnes.
- Eventuelt personvernombud: Paal Are Solberg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektets sluttdato anses å være den 01.juni 2022, da masteroppgaven leveres. Når masteroppgaven godkjennes, vil alle opplysninger og øvrig datamateriale på dette tidspunktet slettes fra USN sin krypterte disk-fil (i OneDrive), da det ikke er planlagt noe videre oppfølgingsstudie eller forskning. Om det vil bli aktuelt å skrive en artikkel eller holde foredrag om forskningen, vil kun resultater som allerede har kommet frem i masteroppgaven benyttes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst- Norge har NSD – Norsk senter for Forschungsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Mastergradsstudenten som utfører prosjektet: Synne Friise Jordan
 - E-post: synne.friise@hotmail.com
 - Telefon: 400 57 118
- Prosjektansvarlig fra Universitetet i Sørøst- Norge: Vibeke Narverud Nyborg
 - E-post: Vibeke.Narverud.Nyborg@usn.no
 - Telefon: [31 00 88 05](tel:31008805) / [482 77 321](tel:48277321)
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg
 - E-post: Paal.A.Solberg@usn.no
 - Telefon: [35 57 50 53](tel:35575053) / [918 60 041](tel:91860041)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Vibeke Narverud Nyborg
(elektronisk signatur)

Prosjektansvarlig/veileder

Mastergradsstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet” *[Velferdsteknologi- en hjelpende hånd eller et uromoment?]*”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et personlig intervju/ dybdeintervju
- at mine personopplysninger lagres på USN sin krypterte disk- fil (i OneDrive) til prosjektslutt
- at resultatene som fremkommer i masterstudiet kan benyttes til foredrag eller undervisning for sykehjem i Norge
- at resultatene som fremkommer i masteroppgaven kan publiseres i artikkelform, om dette er aktuelt (for eksempel i tidsskrift, avis, forskningsmagasin eller nettside).

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Godkjennelsen fra NSD

24.05.2022, 14:52

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Velferdsteknologi- en hjelpende hånd eller et uromoment?](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

103389

Prosjektittel

Velferdsteknologi- en hjelpende hånd eller et uromoment?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektperiode

03.01.2022 - 01.06.2022

[Meldeskjema](#) 

Dato

16.02.2022

Type

Standard

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Line Raknes Hjellvik

Lykke til videre med prosjektet!