



## Bacheloroppgave

### TELEOMSORGEN SOM EN DEL AV SYKEPLEIERENS OMSORGSYTELSE

*«Hvilken påvirkning kan økt bruk av teleomsorg ha for omsorgsytelsen fra sykepleier til eldre pasienter i hjemmesykepleien?»*

Kandidatnummer: 1148 og 1207

Emnekode: SYBA 3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelor i sykepleie

Antall ord: 11170

Innleveringsfrist: 13/03-2020

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Andelen eldre vil mot år 2050 øke og nesten fordobles i tillegg til at vi vil oppleve en økende mangel på sykepleiere i årene som kommer. Vi har gjennom praksis i hjemmesykepleien sett at implementering av velferdsteknologi er i fokus, særlig i forbindelse med regjeringens stortingsmelding "Morgendagens Omsorg". Vi har flere ganger reflektert rundt hvordan dette kan påvirke vår omsorgsyttelse som kommende sykepleiere. Vi synes derfor at velferdsteknologi i form teleomsorg kunne være et interessant tema for oppgaven.

**Problemstilling:** "Hvilken påvirkning kan økt bruk av teleomsorg ha for omsorgsyttelsen fra sykepleier til eldre pasienter i hjemmesykepleien?"

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie, hvor det er blitt benyttet eksisterende fagkunnskap, forskning og teori, samt egne erfaringer, for å besvare problemstillingen.

**Resultater:** De ulike inkluderte forskningsartiklene hadde flere perspektiver rundt teleomsorg. Blant annet tok flere artikler opp dens påvirkning av psykososiale behov, som selvstendighet, livskvalitet, mestring og trygghet. I tillegg ble teleomsorgens nytteverdi, både hos sykepleier og pasient, påpekt i flere av artiklene. Selv om flere av disse funnene var positive til teleomsorgen, viste det seg i noen artikler at teleomsorgen også førte med seg utilsiktede utfall, som feilalarmer og unøyaktighet. Gjennom artiklenes funn kom det også frem at rollen til helsepersonellet ble påvirket av teleomsorgen, blant annet ved at den førte med seg nye oppgaver, mål og normer.

**Konklusjon:** Teleomsorgens påvirkning på omsorgsyttelsen varierer i ulike retninger. Den kan gi en upersonlig form for omsorg, men samtidig gi sykepleier mer informasjon og mulighet for tettere oppfølging. Teleomsorgen kan også hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv og gir pasienten mulighet til å bli mer selvstendig.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 OPPGAVENS HENSIKT.....	2
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	2
1.3.1 Avgrensning.....	2
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON.....	2
<b>2.0 REFERANSERAMME</b> .....	<b>4</b>
2.1 DEN ELDRE.....	4
2.2 HJEMMESYKEPLEIEN.....	4
2.3 TELEOMSORG.....	6
2.4 MARTINSENS OMSORGSTEORI.....	7
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>9</b>
3.1 VALG AV DESIGN OG METODE.....	9
3.2 LITTERATURSØK OG SØKESTRATEGI.....	9
3.2.1 Manuelle søk.....	9
3.2.2 Systematisk søk.....	10
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.2.4 Utvalgelse av hovedartikler.....	12
3.3 ANNEN LITTERATUR.....	12
3.4 KILDEKRITIKK OG KVALITETSVURDERING AV LITTERATUR.....	13
3.5 DISKUSJON AV OPPGAVENS METODE.....	14
<b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>16</b>
4.1 PSYKOSOSIALE BEHOV.....	16
4.2 TELEOMSORGENS NYTTEVERDI.....	17
4.3 UTILSIKTEDE UTFALL.....	18
4.4 HELSEPERSONELLETS ROLLE I TELEOMSORGEN.....	19
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>21</b>
5.1 OMSORGENS PRAKTISKE SIDE.....	21
5.1.1 Det kliniske blikket.....	22
5.1.2 Fra ord til handling - tilpasset den enkelte.....	24
5.2 OMSORGENS RELASJONELLE SIDE.....	25
5.3 OMSORGENS MORALSKE SIDE.....	26
5.2.1 Riktig tid og riktig måte.....	27

5.2.2 <i>Hjelp til å hjelpe seg selv</i> .....	28
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>31</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>33</b>
<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>37</b>
<b>VEDLEGG 2</b> .....	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 3</b> .....	<b>39</b>
<b>VEDLEGG 4</b> .....	<b>40</b>

## 1.0 INNLEDNING

Hovedalternativet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) (2018) viser at antall eldre i Norge som er 65 år eller eldre vil øke og nesten fordobles mot 2050, den såkalte "eldrebølgen". Det har de siste tiårene også vist seg å være en økning av antall eldre. Denne gruppen har en økende risiko for å få sykdommer i forhold til den øvrige befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Flere kronisk syke i samfunnet gir et grunnlag for økt fokus på tilrettelegging av ulike tjenestetilbud tidlig slik at en kan unngå, utsette eller redusere sykdomsutviklingen. Dette vil være en gevinst både samfunnsøkonomisk og for befolkningens helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Hjemmesykepleie som en tjeneste har de siste årene vist seg å øke i Norge. Dette kan blant annet sees ved at det i løpet av år 2014 var 209 010 pasienter til forskjell fra de omtrent 25 000 i 1992 (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). I regjeringens Omsorgsplan 2020 vektlegges nødvendigheten av å utvikle tjenester som støtter forebygging og tilrettelegging for brukeren som ressurs, og blant annet trekkes velferdsteknologi frem som et tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I 2050 vil vi trolig måtte doble arbeidskraften dersom den gode standarden på tjenesten skal opprettholdes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Likevel har en rapport fra SSB (Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019) vist at i 2035 kan det mangle så mange som 28 000 sykepleiere i Norge.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Andelen eldre vil som sagt øke og samtidig vil det bli for få sykepleiere i forhold til hva behovet kommer til å være. Dette tror vi kommer til å føre til en økt arbeidsmengde for oss i årene som kommer. Gjennom praksis i hjemmesykepleien har vi sett at implementering av velferdsteknologi er i fokus. Vi synes velferdsteknologi er et interessant tema som kan sees fra ulike vinkler. Selv om vi forstår at velferdsteknologien kan være til god støtte i møte med eldrebølgen, er vi likevel skeptiske til om dette kan endre måten vi yter omsorg på som vi har lært om i sykepleierutdanningen. I tillegg vet vi at som sykepleiere er vi forpliktet til å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg gjennom de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi ønsker derfor å se nærmere på en av mange løsninger på fremtidens utfordringer innen sykepleie, nemlig velferdsteknologien.

## 1.2 Oppgavens hensikt.

Hensikten med denne oppgaven er å få en større forståelse for velferdsteknologi i form av teleomsorg. Vi ønsker i tillegg å tilegne oss bred kunnskap om dette kan ha noe å si for omsorgsyttelsen.

## 1.3 Presentasjon av problemstilling.

I vår oppgave har vi valgt å bruke problemstillingen:

"Hvilken påvirkning kan økt bruk av teleomsorg ha for omsorgsyttelsen fra sykepleier til eldre pasienter i hjemmesykepleien?"

### 1.3.1 Avgrensning.

For å konkretisere problemstillingen, har vi valgt å inkludere noen avgrensninger. Vi ønsker å se på den eldre gruppen generelt i stedet for å se detaljer rundt ulike sykdommer. I ulike artikler vil likevel enkelte sykdommer tas opp i lys av teleomsorg. Ettersom vi ønsker å se på hvordan omsorgsyttelsen til sykepleier kan påvirkes, vil vi kun se på forskningsartikler hvor dette blir tatt opp og ikke artikler hvor blant annet teknologiens nøyaktighet drøftes.

Avansert teknologi samt teknologi som ikke inngår i begrepet teleomsorg, som blant annet applikasjoner, vil heller ikke bli tatt opp.

## 1.4 Oppgavens disposisjon.

Oppgaven er delt inn i hovedkapitlene innledning, referanseramme, metode, presentasjon av funn, drøfting og konklusjon. I innledningen presenterer vi temaet for oppgaven og vår problemstilling.

Referanserammen for oppgaven er fordelt i temaene "den eldre", "hjemmesykepleien", "teleomsorg" og "Martinsens omsorgsteori". Dette kapittelet etterfølges av en metodedel hvor vi viser valgt design og metode, våre litteratursøk og søkestrategi og hvordan vi fant annen litteratur. Til slutt i dette kapittelet har vi kildekritikk og metodediskusjon.

I våre funn presenteres de ulike forskningsartiklene vi har valgt fordelt i temaene "psykososiale behov", "teleomsorgens nytteverdi", "utilsiktede utfall" og "helsepersonellens rolle i teleomsorgen". Videre vil vi drøfte referanserammen og funn opp mot

problemstillingen, samt trekke frem egne erfaringer. I det avsluttende kapitlet vil vi oppsummere oppgaven og komme frem til en konklusjon basert på vår problemstilling.

## 2.0 REFERANSERAMME

I dette kapitlet presenteres vår referanseramme for oppgaven. Vi vil her beskrive hvem den eldre er og hvordan den eldre har utviklet seg. Deretter vil vi forklare hjemmesykepleiens funksjon og helsepersonellens rolle i tjenesten. Videre forklarer vi kort velferdsteknologi og hva begrepet teleomsorg innebærer, samt hvilke tilbud som finnes innen teleomsorgen. Til slutt vil Kari Martinsens omsorgsteori og dens særtrekk bli presentert.

### 2.1 Den eldre.

World Health Organization (WHO) definerer eldre som en gruppe mennesker fra 60 år og oppover. Det er en økning av antall eldre og en variasjon i den forventede levealderen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det er viktig å poengtere at de fleste eldre er friske og at alderdom i seg selv ikke er en sykdom, men de kan trenge hjelp for å ivareta egenomsorg som følge av helsesvikt (Fjørtoft, 2016, s. 63). Økt alder har vist seg at kan øke mengden aldersrelatert sykdom, som KOLS, demens, hjertesvikt og kreft. I tillegg er eldres sykdomsbilde ofte sammensatt, og en ser at i snitt har innlagte pasienter over 75 år tre diagnoser på samme tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Effektivt helsefremmende arbeid og tiltak for å forebygge sykdom, samt å identifisere og behandle kroniske sykdommer så tidlig som mulig, har vist seg å ha en sammenheng med sunn aldring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Det er mye som tyder på at eldre heller ønsker å få helsehjelp i hjemmet i stedet for i en institusjon (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) må de eldre få målrettet hjelp slik at de har mulighet til å kunne klare seg selv lenger. I tillegg må samfunnet bli mer aldersvennlig for at de eldre skal få bedre helse, større evne til selvhjulpenhet og deltakelse. Eldre er utsatt for å føle sosial isolasjon og ensomhet som videre kan føre til at den eldre får psykiske lidelser, blant annet depresjon. Likevel vil andre være fornøyde med å enten ha et godt nettverk eller være mer for seg selv (Fjørtoft, 2016, s. 66-67).

### 2.2 Hjemmesykepleien.

Samhandlingsreformen som kom i 2012 har bidratt til at helsetjenester ytes lokalt der folk bor og at kommuner skal brukes til å få helsehjelp fremfor spesialisthelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 19). Reformen legger vekt på det kommunale ansvaret i form av forebygging, oppbygging av mestring for pasienten, tidlige intervensjoner og lavterskeltilbud. Helhetsfokus innenfor



helse- og omsorgstjenestene innebærer tidlig intervensjon og økt fokus på det forebyggende arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Kommunen har et lovpålagt ansvar for å tilby helsetjenester i hjemmet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). I denne oppgaven har vi valgt å bruke begrepet hjemmesykepleie, og denne tjenesten innebærer helsehjelp som utføres i pasientens hjem. Tjenesten er til de som trenger hjelp i kortere eller lengre tid ved sykdom, svekket helse, alderdom eller endret livssituasjon. Dette tilbys uavhengig alder eller type sykdom (Fjørtoft, 2016, s. 17). Denne helsehjelpen utføres av helsepersonell og har som hensikt å være forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller ha som mål å være pleie- og omsorgsrettet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). Helsepersonellet i hjemmesykepleien består av flere ulike faggrupper, og det er ikke et tydelig skille på hvilke grupper som skal gjøre hva (Fjørtoft, 2016, s. 12).

En må likevel være bevisst på hva sykepleierens funksjon i tjenesten er. Oppgavene til sykepleieren handler om å behandle, gi pleie og omsorg, samt bidra til rehabilitering, helsefremming og forebygging. De to sistnevnte er særlig sentralt for å bidra til en god hverdag for pasientene. I tillegg skal tiltakene som igangsettes styrke ressursene til hvert individ. Sykepleiere opplever et stort fokus på oppgavene de skal gjøre, og får dermed et mindre fokus på selve pasienten. For å komme frem til helsefremmende tiltak er det viktig å ta jevnlig helsevurderinger, kartlegge hvilke risikofaktorer pasienten har, undervise og bygge en relasjon til pasienten. Hva pasienten opplever som viktig i livet sitt, er et viktig utgangspunkt (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 44-45).

I oppgaven har vi valgt å bruke begrepet pasient. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-3) definerer en pasient som: “en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet”. Bruker-begrepet er mye brukt i hjemmesykepleie, men på grunn av lovens definisjon anser vi begrepet pasient som mer presist. Målet for hjemmesykepleien er at pasienten skal oppleve livskvalitet og få hjelp til å kunne mestre sin hverdag i eget hjem. Pasienten skal få bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Fjørtoft, 2016, s. 122). Det er også et politisk mål om at flere skal bo hjemme, samt behandles og pleies der. Dette kan være med på å løse de utfordringene som kommer med økning av eldre og kronisk syke i befolkningen, samt kostnadene tilknyttet dette (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 38).

De siste årene har det vært en økt satsing på hjemmebaserte tjenester samtidig som at institusjonstilbudet har blitt redusert (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 38). Blant annet bor 56% av pasientene i hjemmesykepleien alene, og denne gruppen trenger ofte mer hjelp (Mørk, 2015). Hjemmesykepleien har vist seg å gå mot å bli et tyngdepunkt i helsevesenet. Dette gjelder Norge, men også andre land hvor hjemmesykepleien tidligere ikke har vært like utbredt (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 38). Likevel finnes det få retningslinjer for organiseringen av tjenesten, og tjenesten varierer derfor fra kommune til kommune (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 40). Økonomiske utfordringer preger tjenesten, i tillegg til mangel på spesialkompetanse, lav bemanning og et høyt arbeidstempo. Arbeidsoppgavene blir også flere og stadig mer komplekse. Noe som er verdt å merke seg, er at i en institusjon er det begrensede plasser til pasienter, men i hjemmesykepleie er det ikke en begrensning. Dette kan føre til utfordringer med tanke på bemanning og tidspress (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 41).

### 2.3 Teleomsorg.

I stortingsmeldingen "Morgendagens omsorg" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) fremheves muligheten for velferdsteknologi som et hjelpemiddel for å kunne mestre eget liv og helse. Teknologien kan skape muligheter for at personer med nedsatt funksjonsevne kan bo lenger hjemme. Det nasjonale programmet "Velferdsteknologiprogrammet" er en del av Morgendagens omsorg. Målet for dette programmet er å utvikle og integrere velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester ble også startet. Velferdsteknologi kan derfor om kort tid endre måten det arbeides på i kommunen (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 49).

Det finnes ingen konkret fasit på hva velferdsteknologi er, men likevel er det noen føringer. Teknologien må inngå i en kontekst innen helse-, omsorgs- og velferdstjenesten. Den må muliggjøre helse-, omsorgs- og velferdstjenester på avstand og målgruppen må primært være tjenestemottakere, altså pasienten selv eller deres pårørende (Moser, 2019, s. 26-27).

Som definisjon på ordet teleomsorg har vi valgt å ta utgangspunkt i Solli, Bjørk, Hvalvik og Hellesø (2012) sin definisjon på det engelske ordet «telecare» som direkte oversettes til teleomsorg. Teleomsorg defineres da som bruk av monitorerings-, informasjons- og kommunikasjonsteknologier til hjemmeboende pasienter for å utføre intervensjoner eller vurdere helsestatus på avstand (Solli et al., 2012). En kan da se paralleller mellom denne definisjonen på teleomsorg og én av føringene for velferdsteknologi om omsorg ovenfor som

muliggjør helse-, omsorgs og velferdstjenester på avstand. Artikkelen til Solli et al. (2012) viser at begrepene "telecare", "telehealth" og "telemedicine" brukes om hverandre. Grensene mellom disse begrepene er derfor uklare. Gjennom denne oppgaven vil vi likevel kun ta i bruk begrepet teleomsorg.

Den teknologiske utviklingen har blant annet ført til at det er mulig å bo lengre hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 20). Et eksempel på dette, er teknologi for støtte og deltakelse. Denne teknologien innebærer blant annet elektroniske medisindosetter og digitale kalenderløsninger som kan kobles til pårørende eller hjemmesykepleie ved at de kan legge inn avtaler og varsler om ulike hendelser. Dette er en form for teknologi som passer for personer som har behov for påminnelser, blant annet personer med kognitiv svikt. Automatiserte alarmer og varslinger er et annet eksempel og innebærer blant annet trygghetsalarm, forhåndsinnstilte alarmer og varslingssystemer som utløses automatisk. Disse kan varsle om vandring hos pasient, åpning av dør på nattestid og fall. I tillegg finnes også GPS-lokalisering som fungerer som en lokaliseringsteknologi og passer godt til personer med demens som bor hjemme. En annen form for teknologi er sosiale teknologier som blir brukt for å ha sosial kontakt og kommunikasjon gjennom data, nettbrett og telefon. Denne type teknologi passer godt for isolerte pasienter (Thygesen, 2015 s. 8).

## 2.4 Martinsens omsorgsteori.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie blir omsorg nevnt flere ganger. Det står blant annet at "sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene" og at sykepleieren skal ivareta "den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg" (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 7-8). For å redegjøre for dette begrepet har vi valgt å ta utgangspunkt i sykepleiefilosofen Kari Martinsens forståelse av omsorgsbegrepet. Omsorg innebærer å bekymre seg for, hjelpe, vise omtanke for og vise hensyn til (Martinsen, 2003, s. 63). Martinsen har valgt å dele omsorgsbegrepet inn i tre ulike særtrekk: praktisk, relasjonell og moralsk (Martinsen, 2003, s. 20).

Den praktiske siden av begrepet innebærer å delta praktisk i lidelsen til den andre, pasienten. Sykepleieren skal med andre ord ikke bare synes synd på pasienten, men også utføre en konkret og hjelpende handling. Siden handlingene skal være situasjonsbetinget må sykepleieren som yter omsorg ha innsikt i situasjonen til pasienten. Handlingen som utføres

skal ikke knyttes til å oppnå et resultat, og den hjelpen som gis skal være betingelsesløs, altså uten en forventning om å få noe tilbake (Martinsen, 2003, s. 16).

Martinsen mener vår eksistens forutsetter at andre finnes. Omsorg kan derfor beskrives som relasjonell siden det alltid forutsetter to parter når omsorg ytes: pasienten som trenger hjelp og sykepleieren som har et ønske om å hjelpe (Martinsen, 2003, s. 69). Mennesker er med andre ord avhengige av hverandre, noe som er grunnleggende innen omsorgen (Martinsen, 2003, s. 14). Alderdom gir blant annet en risiko for å bli avhengig av andre og svekket, og holdningene i samfunnet om å være selvhjulpen kan gjøre at avhengighet får en negativ forståelse og dermed også omsorgsbegrepet (Martinsen, 2003, s. 44). I den relasjonelle sammenhengen står imidlertid ikke avhengighet som en kontrast til å være selvhjulpen, men som noe som opptrer på forskjellige måter i relasjoner mellom mennesker (Martinsen, 2003, s. 15).

Hvordan sykepleieren er og hvordan vedkommende utfører handlingene for å hjelpe, samt kvaliteten på relasjonen til pasienten, er en del av den moralske siden av begrepet (Martinsen, 2003, s. 17). Å ha en innsikt i situasjonen til pasienten innebærer blant annet å se vedkommende sine muligheter og begrensninger. Dette er viktig å vite for å unngå å ta for mye av ansvaret fra pasienten og for å bevare pasientens selvbestemmelse (Martinsen, 2003, s. 16). Selvhjulpenheten til pasienten må derfor hverken overvurderes eller undervurderes. I tillegg skal en forholde seg til pasienten på en anerkjennende og forståelsesfull måte (Martinsen, 2003, s. 71).

## 3.0 METODE

En metode er en ikke-tilfeldig fremgangsmåte for å anskaffe de resultatene en ønsker å finne (Olsvik, 2016, s. 165). I dette kapitlet presenterer vi vår metode for oppgaven på en systematisk måte samtidig som vi viser hvordan vi har tenkt underveis.

Først skal vi presentere vårt valg av design og metode. Deretter viser vi vårt litteratursøk og søkestrategi samt hvordan vi utførte de ulike litteratursøkene. Til slutt presenterer hvordan vi har funnet annen litteratur utover de søkene vi har gjort for så å avslutte kapitlet med kildekritikk og metodediskusjon.

### 3.1 Valg av design og metode.

I denne oppgaven har metoden litteraturstudie blitt brukt for å belyse problemstillingen. Metoden går ut på å hente kunnskap fra skriftlige kilder som allerede eksisterer (Thidemann, 2019, s. 77). Oppgaven vil derfor basere seg på eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207).

### 3.2 Litteratursøk og søkestrategi.

#### 3.2.1 Manuelle søk.

For å få en oversikt over aktuelle forskningsartikler relatert til temaet, begynte vi med bevisst tilfeldige søk og kjedesøk.

Det første søket vi gjorde, var å bruke nøkkelordet “velferdsteknologi” i Svemed+ for å få en oversikt over hvilke MeSH-termer (Medical Subject Headings) og nøkkelord, markert med (\*). Disse ønsket vi å bruke i det systematiske søket da velferdsteknologi ikke kunne oversettes direkte til en MeSH-term. Vi gikk vi inn i hver enkelt av søkets tolv artikler og satte de mest aktuelle MeSH-terminene og nøkkelordene for vårt tema inn i et PICO-skjema (vedlegg 1). I JMIR, som er et medisinsk tidsskrift, gjorde vi også et søk. I dette søket brukte vi følgende kombinasjoner fra PICO-skjemaet (vedlegg 1): ("telemedicine" OR "telehealth") AND "home care patients". Med dette søket fikk vi fire treff på artikler, og vi tok med alle disse videre. Videre gjorde vi et søk på OsloMets forskningsside, hvor vi søkte på “velferdsteknologi”. Vi inkluderte kun artikler og forskningsprosjekter, som ga to treff. Av disse to var the Assisted Living Project som var aktuelt, der vi fikk treff på seks publikasjoner som vi tok med videre.

Manuelt søk i sentrale tidsskrifter i kombinasjon med kjedesøk er en annen metode vi har brukt. Undervis i våre systematiske søk så vi at Idunn, som er en nettplattform med samling av fag- og forskningstidsskrifter, gikk igjen flere steder. Vi tok derfor et tilfeldig søk i Idunn med “velferdsteknologi” som søkeord. Én artikkel var spesielt rettet mot temaet, men den manglet elementer som gjorde at vi ikke ønsket å inkludere denne i oppgaven. Vi gikk derfor gjennom artikkelens kildeliste, og vi fant på denne måten 24 aktuelle artikler. Én av disse ble brukt i vår referanseramme for å definere begrepet teleomsorg, men den er ikke inkludert som en hovedartikkel.

I startfasen av oppgaveskrivingen gjorde vi også manuelle søk for å få en oversikt over eksisterende faglitteratur om temaet vi hadde valgt. Vi gjorde søk i Oria.no og så i hyllene på skolens bibliotek. På denne måten fant vi bøkene "Sykepleie i kommunehelsetjenesten: Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleien" av Glavin & Gjevjon (2016) og "Velferdsteknologi – en ressursbok" av Moser (2019). Disse bøkene ble brukt som kilde til oppgavens referanseramme. Gjennom sistnevnte bok fant vi et bokkapittel av Moser & Thygesen (2013) som vi også så på som aktuelt for vår oppgave.

### 3.2.2 Systematisk søk.

Et systematisk søk innebærer å bruke relevante ord i riktige kombinasjoner i databaser (Hørmann, 2015, s. 38). I våre systematiske søk ble det brukt tre ulike databaser: Svemed+, Cinahl og PubMed. Valget av databasene baserer seg på at vi var interessert i å se på nordiske helsefaglige forskningsartikler, samt forskningsartikler innen både medisin og sykepleie fra andre steder i verden. Disse databasene er vi også godt kjent med fra tidligere i forbindelse med utdanningen.

Det første systematiske søket gjorde vi i Svemed+ med alle MeSH-termene og nøkkelordene vi i utgangspunktet hadde før andre termer fra andre databaser kom inn i PICO-skjemaet. Kombinasjonene i søket var følgende: (“aged” OR “ageing\*” OR “elderly\*” OR “geriatric nursing” OR “home care patients\*” OR “home care services” OR “home health nursing”) AND (“independent living” OR “medication systems” OR “reminder systems” OR “safety management” OR “self-help devices” OR “technology” OR “telecare\*” OR “telehealth\*” OR “telemedicine” OR “velferdsteknologi\*”) AND (“ethical\*” OR “nurse-patient relations” OR “quality of life”). Vi avgrenset til år 2010-2019, og dette ga 38 treff på titler (se vedlegg 2). I de ulike systematiske søkene leste vi gjennom alle titlene, og i dette søket fant vi ni aktuelle

titler. De artiklene som ikke ble inkludert hadde titler som omhandlet blant annet sykehus eller var rettet mot legemidler.

I Cinahl gjorde vi et annet søk med MeSH-termer (vedlegg 1), og vi krysset også av for “explode” (+) hvor dette var mulig. Dette ga kombinasjonene: (“aged+” OR “health care delivery”) AND (“telemedicine+” OR “telehealth+”) AND (“quality of life+” OR “nurse-patient relations”). I tillegg avgrenset vi med søkekriteriene år 2010-2018, engelsk språk, forskningsartikkel og peer review (se vedlegg 2). Vi endte opp med 316 treff der vi tok med 37 artikler videre. De andre titlene omhandlet blant annet barn og unge, telefonoppfølging etter endt sykdom eller teleomsorg spesifikt til mindre pasientgrupper.

Vi gjorde også et nytt systematisk søk i Svemed+ med andre kombinasjoner enn det første systematiske søket. I tillegg valgte vi å ta bort termene under outcome for å få et bredere søk. Vi endte opp med å bruke kombinasjonene: (“geriatric nursing” OR “home care services” OR “home health nursing” OR “aged” OR “elderly\*”) AND (“independent living” OR “medication systems” OR “telecare\*” OR “self-help devices” OR “reminder systems” OR “safety management”). Vi avgrenset søket med at alle artiklene skulle være peer reviewed og år 2010-2019 (se vedlegg 2). Dette ga 239 treff, og fra dette søket tok vi med 26 artikler videre. De ekskluderte artiklene i dette søket handlet blant annet om sykehjem, men også problematikk rundt eldre som har demens, som for eksempel underernæring, og polyfarmasi hos eldre.

Det nøyaktig samme søket som vi gjorde i Cinahl gjorde vi også i PubMed, men i denne databasen var det ikke mulig å bruke explode (+). Dette ga 21521 treff (se vedlegg 2). Det ble utfordrende å avgrense tilstrekkelig til en mengde titler vi hadde kapasitet til å gå igjennom, og vi opplevde at treffene fra de andre databasene var tilstrekkelig for vår oppgave.

### 3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Vi brukte som nevnt enkelte søkekriterier da vi søkte i databaser. Siden dette ikke alltid var mulig, brukte vi kriteriene som nevnes i dette underkapittelet under utvelgelsen av de ulike artiklene.

#### Inklusjonskriterier:

- Personer som er 60 år og oppover
- Skandinavisk eller engelsk språk
- Fagfellevurdert

#### Eksklusjonskriterier:

- Personer innlagt på sykehus/sykehjem
- Artikler publisert før 2010

#### 3.2.4 Utvelgelse av hovedartikler.

De aktuelle titlene fra manuelle og systematiske søk (n=106, se vedlegg 3) ble først gjennomgått for å se etter duplikater, og deretter la vi de resterende inn i en tabell for å lese sammendragene. Disse ble videre delt inn i aktuelt (n=49, se vedlegg 3), ikke aktuelt og mulig aktuelt til senere i oppgaven. Artikler som ikke var aktuelle hadde blant annet tematikk mer rettet mot telehelse og telemedisin enn teleomsorg. I de aktuelle artiklene dobbeltsjekket vi inklusjons- og eksklusjonskriteriene som nevnes under kapittelet over om inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette resulterte i 21 artikler (se vedlegg 3) som vi skrev ut og videre leste nøye gjennom. Ni artikler ble ikke med videre da de ikke fikk frem noe vi kunne knytte til sykepleierens omsorgsyttelse. De hadde blant annet mer fokus på den teknologiske utviklingen eller praktisk integrering av velferdsteknologi i helsevesenet. Dette resulterte i de tolv hovedartiklene vi har valgt å bruke i vår oppgave (se vedlegg 4).

#### 3.3 Annen litteratur.

I tillegg til å gjøre manuelle søk etter faglitteratur, valgte vi å benytte tidligere pensumbøker fra studiet. I tidligere fag har vi brukt boken "Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2" av Heggstad & Knutstad (2016) for å forstå ulike omsorgsteorier, og Martinsen er blant annet sentral i ett kapittel. Etersom kapittelforfatter Alvsvåg refererer til hennes omsorgstenkning i denne boken, ønsket vi å gå til primærkilden Martinsen (2003). I vår praksis i hjemmesykepleien var boken "Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter" av Fjørtoft (2016) pensum. Denne boken er brukt i oppgaven for å belyse hva hjemmesykepleien er og hva den innebærer, samt hvem pasienten i hjemmesykepleien er.



Som litteratur til teoretisk informasjon om de ulike delene i oppgaven har vi tatt i bruk pensumbøkene “Metode og oppgaveskriving” av Dalland (2017) og “Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter” av Thidemann (2019).

For å belyse temaet fra samfunnets side, samt regjeringens tanker og mål, har vi fra Helse- og omsorgsdepartementet inkludert Samhandlingreformen (2009) og Morgendagens omsorg (2013) da disse blant annet ser på tidligere, dagens og fremtidens helse og omsorgsutfordringer. Morgendagens omsorg gir også informasjon om velferdsteknologien som allerede er implementert i Norge og hvilke mål de har for velferdsteknologien i fremtiden.

For å få mest mulig oppdatert informasjon i oppgaven har vi i noen tilfeller valgt å benytte oss av tall fra SSB.

### 3.4 Kildekritikk og kvalitetsvurdering av litteratur.

I dette underkapittelet vurderes de utvalgte forskningsartiklene og faglitteratur. Kritikkk rettet mot våre inkluderte forskningsartikler omhandler blant annet mangler på tydelig definert nedre alder til pasient-gruppen i studiene, og det har derfor ikke vært mulig å vite om noen i gruppen var yngre enn 60 år. Dette gjaldt fire av våre inkluderte artikler (Bjørkquist, 2015; Pols 2010; Berge, 2017; Bashir & Bastola, 2018). I tillegg hadde en artikkel definert sin aldersgrense som voksne siden den både har valgt å fokusere på eldre og personer med funksjonsnedsettelse (Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke & Melby, 2017). Etersom alle fem artiklene hadde tema rettet mot de eldre og handlet om teleomsorg, så vi på de som aktuell for vår oppgave og valgte derfor å inkludere de.

Seks av våre artikler har en kvalitativ tilnærming, to har en kvantitativ og fire artikler bruker begge metodene. Ved at artiklene er kvantitative så innhenter vi bred kunnskap i form av målbare enheter og tall som gir nøyaktig faktakunnskap. Ved å inkludere artikler med kvalitativ metode ser vi også deltakernes opplevelser, erfaringer og holdninger, samt at vi får se meningssammenhenger (Thidemann, 2019, s. 76). Ved å bruke forskningsartikler fra begge metodene, vil vi kunne undersøke opplevelser og erfaringer fra blant annet sykepleiere og pasienter, i tillegg til at ulike temaer blir belyst (Dalland, 2017, s. 211). I tillegg er én av våre inkluderte artikler en systematisk gjennomgang av artikler med både kvalitativ og kvantitativ metode, og ingen av våre resterende inkluderte artikler er inkludert i denne. Vi ser det som en

styrke å ta med en slik artikkel da dette gir et samlet perspektiv fra flere ulike artikler. Det er også inkludert artikler fra andre land der helsevesenet kan være annerledes, men vi ser at det kan være overførbart til det norske helsevesenet. Alle de inkluderte artiklene i oppgaven er publisert i fagfellevurderte tidsskrifter.

For å få et mest mulig oppdatert innhold til oppgaven, har alle inkluderte bøker vært av nyeste utgave. I tillegg har bøkene enten vært på pensumlisten vår eller er av anerkjente forfattere innenfor sitt fagfelt. Vi regner derfor disse kildene som valide og pålitelige. I faglitteraturen har vi valgt å gå til primærkilden der det har vært mulig og der vi så på dette som hensiktsmessig. Likevel gjorde vi ikke dette i boken til blant annet Glavin og Gjevjon (2016) da denne hadde mange ulike kilder og vi ønsket derfor å få frem bokens sammenkobling av disse ulike kildene.

### 3.5 Diskusjon av oppgavens metode.

På grunn av tidsbegrensningen i oppgaven fordelte vi sammendragene fra de relevante artiklene mellom oss og leste halvparten hver. Vi har dermed kunnet omfatte flere artikler enn om begge hadde lest alt. Den av oss som ikke leste sammendraget leste artikkelen i fulltekst. De tolv inkluderte artiklene har begge lest fullteksten til. Dermed fikk begge et godt innblikk i alle disse artiklene. De fleste av disse artiklene er skrevet på engelsk, og vi har derfor oversatt ut fra egne engelskkunnskaper og brukt ordbøker for å forstå den avanserte engelsken som var i enkelte artikler.

En faktor for mulig ekskludering av artikler er at søkene påvirkes av hva vi ønsker å finne ut. Vi ønsket blant annet å se om det var noen spesifikke MeSH-termer vi kunne koble opp fra vårt første søk i Svemed+ til kategorien "outcome" i PICO-skjemaet. Vi lette derfor spesifikt i dette søket etter MeSH-termer som kunne passe under denne kategorien selv om disse ordene ikke var i vår problemstilling. Dette kan også ha påvirket vår mulighet til å velge d.d. i de ulike databasene. Likevel vil ikke oppgaven kun bære preg av disse to elementene da vi også har hentet artikler gjennom andre søkemetoder.

Uten at vi nødvendigvis bevisst tenker over det vil oppgaven formes av vår førforståelse for temaet, altså tankene eller meningene våre rundt det vi skal skrive om. Søkemetoden vår og oppgaven utviklet seg derfor underveis i skriveprosessen (Hørmann, 2015, s. 38). Vi måtte blant annet endre vår søkeprofil underveis. For eksempel måtte vi endre søkeprofilen rundt

telebegrepet. I utgangspunktet startet vi med begrepet velferdsteknologi i vår problemstilling og hadde dette med i to av våre søk, men det viste det seg at dette begrepet var omfattende. I våre søk brukte vi "telehealth" og "telemedicine" som en erstatning for at "telecare" ikke var en etablert MeSH-term. Videre førte dette til at vi måtte ekskludere flere artikler som ikke direkte handlet om teleomsorg manuelt, men dette var vi forberedt på. Dette gjaldt også vårt valg med å kombinere for eksempel søkeordet "geriatric nursing" med de andre MeSH-termene under P i PICO-skjemaet. Dette gjorde at vi fikk mange treff som gikk utenfor hjemmesykepleie og som vi måtte ekskludere manuelt. MeSH-termene viste seg også å variere i de ulike databasene, og dette er grunnen til at søkeordene i PICO-skjemaet varierer.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet vil vi presentere de ulike resultatene i våre tolv inkluderte artikler. Vi har i kapitlet valgt å bruke begrepet helsepersonell ettersom flere av artiklene bruker dette begrepet, i tillegg til at hjemmesykepleien omfatter flere ulike faggrupper. For å komme frem til aktuelle kapitler med funn, lagde vi sammendrag til artiklene. Disse utarbeidet til ulike stikkord fordelt på temaer som ble utgangspunktet for kapitlene.

### 4.1 Psykososiale behov.

Etter å ha lest grundig gjennom funnene til de ulike forskningsartiklene, kom det frem flere aspekter rundt de psykososiale behovene. Dette gjaldt særlig selvstendighet, livskvalitet, mestring og trygghet. I funnene til flere artikler kom det blant annet frem at å bo lengst mulig hjemme og/eller være mest mulig uavhengig av andre, var et viktig mål for den eldre pasientgruppen (Aardalen, Moen & Gjevjon, 2016; Berge, 2017; Holthe, Lund & Landmark, 2017; Holthe, Halvorsrud, Karterud, Hoel & Lund, 2018; Isaksen et al., 2017). Holthe et al. (2017) og Holthe et al. (2018) viste at teleomsorgen kunne bidra til å fremme dette, blant annet ved å utsette behovet for overgang til sykehjem. Det viste seg i funnene til Holthe et al. (2017) og Isaksen et al. (2017) at teleomsorgen også kan øke graden av selvstendighet og egenkontroll hos pasienten.

Flere artikler viste at teleomsorg var nyttig ved ulike sykdomsbilder, som for eksempel kognitiv svikt, demens, hjertesvikt og KOLS og det viste seg at teleomsorgen også kunne bidra til en bedre livskvalitet for pasienten (Holthe et al., 2018; Barken, Thygesen & Söderhamn, 2017; Bashir & Bastola, 2018; Gellis, Kenaley & Have, 2014). Pecina, Hanson, Van Houten & Takahashi (2013) påpekte i sin artikkel at pasientenes egenoppfatning av den fysiske siden av livskvalitet var betydelig lavere i telemonitoreringsgruppen fremfor gruppen som fikk vanlig omsorg når det gjaldt forskjell fra starten av prosjektet til etter et år. Funnene viste derimot ingen betydelig forskjell på pasientenes egenoppfattede mentale livskvalitet i samme tidsrom (Pecina et al., 2013). Holte et al. (2017) belyste i sin artikkel muligheten for at pasienten kunne oppleve økt mestring gjennom teleomsorgen. I Bjørkquist (2015) og Frennert, Forsberg & Östlund (2013) kom det frem at teleomsorgen blant annet kunne brukes av pasienten til å overvåke egen helse og dermed tilpasse aktiviteter.

Teleomsorg som et bidrag til økt trygghet ble rapportert i artiklene til Pols (2010), Isaksen et al. (2017), Bjørkquist (2015), Frennert et al. (2013), Barken et al. (2017), Berge (2017) og Holthe et al. (2018). Blant annet var denne tryggheten koblet til at pasienten visste at helsepersonell fulgte mer med og at omgivelsene rundt pasienten ble tryggere ved bruk av for eksempel overvåkningssystemer. Pasientens mulighet til å få et oversiktsbilde over sin sykdom ved å se egne helsedata var en annen form for trygghet som ble påpekt (Bjørkquist, 2015). I tillegg har det vist seg at råd og veiledning gjennom teleomsorgen, samt rask respons fra helsepersonell, bidro til en trygghet for pasienten (Barken et al., 2017). Funnene til Berge (2017) viste at pårørende mente pasienten var mer aktiv og følte seg tryggere når pårørende var til stede. Det var ulike oppfatninger om trygghetsfølelsen til pasienten, hvor helsepersonell ikke trodde teleomsorgen bidro til økt trygghet og pasienten sa det motsatte (Isaksen et al., 2017).

#### 4.2 Teleomsorgens nytteverdi.

Det var ulike forventninger og grunner til at pasientene tok i bruk teleomsorg, for eksempel begynte noen på grunn av sine barn eller ektefeller (Berge, 2017; Holthe et al., 2018). En annen artikkel fant ut at pasientene hadde nysgjerrighet, interesse for teknologien og et ønske om å hjelpe som hovedmotiv for å delta i forskningsprosjektet rundt teleomsorg. I tillegg viste artikkelen at det var flere pasienter som var misfornøyd med dagens helsevesen, og de hadde en forventning om at teleomsorgen blant annet ville bidra til mer tid til hver enkelt (Frennert et al., 2013). Negative forventninger til teleomsorgen var blant annet tap av menneskelig kontakt, frykt fra helsepersonellens side for at pasienten skulle bli overlatt til seg selv og en dårligere omsorgsytelse ved at teleomsorgen tok over helsepersonellens oppgaver (Aardalen et al., 2016; Frennert et al., 2013; Pols, 2010).

Isaksen et al. (2017) viste at pasientens evne og vilje til å ta i bruk teleomsorg påvirkes av dens utforming og funksjonalitet. Helsepersonell i en annen artikkel påpekte nyttigheten av å ha kunnskap og klare kriterier for hvilket utstyr tilknyttet teleomsorgen pasienten kan få. I tillegg påpekte de at teleomsorgen bør være et tidlig tiltak, men at pasienter med demens ofte ikke ønsket å ta imot hjelpemidler før sykdomsforløpet hadde gått for langt (Holthe et al., 2017). Holthe et al. (2018) viser i sine funn viktigheten av at pasienten først bør håndtere teknologien som vedkommende allerede innehar før ny teleomsorg blir introdusert. Pasienter foretrekker også å ha få og godt integrerte teknologiske enheter (Frennert et al., 2013).

I artikkelen til Barken et al., (2017) var det splittede oppfatninger blant pasientene av nytteverdien til teleomsorgen. Dette var tilknyttet alvorlighetsgraden av sykdommen, hvor de med mindre symptomer opplevde fokuset på sykdommen som uønsket (Barken et al., 2017). Berge (2017) erfarte at pasientene hadde en frykt rundt administrering av teknologien eller å gjøre feil, men det viste det seg at pasientene endret sine ideer rundt teleomsorg underveis i prosjektet.

I flere artikler opplevdes teleomsorgen bedre enn forventet, og den ga en generell tilfredshet både blant pasienter og helsepersonell (Bashir & Bastola, 2018; Holthe et al., 2017; Isaksen et al., 2017). Gellis et al. (2014) viste at det var ingen store forskjeller mellom gruppen som mottok teleomsorg og gruppen som mottok vanlig omsorg når det kom til tilfredshet med omsorgen de mottok. I artikkelen til Bashir & Bastola (2018) kom det frem at teleomsorg kunne hjelpe helsepersonell til å yte god pasientomsorg og i tillegg bidra til å berolige pasientene.

Teleomsorg kan for eksempel brukes som et supplement til å bevare kontakten og relasjonen mellom pasient og helsepersonell, samt at det bidrar til bedre samspill og en individuelt rettet oppmerksomhet som følge av tettere oppfølging (Aardalen et al., 2016; Pols, 2010; Barken et al., 2017; Holthe et al., 2018). Barken et al. (2017) og Pols (2010) viste også at teleomsorg kunne bidra til en økt tilgjengelighet ved at begge parter når som helst kunne ta kontakt med hverandre. I Pols (2010) viste det seg at kontakt gjennom teleomsorg ikke ble sett på som upersonlig, og Barken et al. (2017) sine funn så muligheten for at videosamtaler kunne gi en følelse av at helsepersonellet var i samme rom.

#### 4.3 Utsiktede utfall.

I flere artikler kom det frem at det var ulike utsiktede utfall av teleomsorgen. Dette innebar blant annet funksjonsfeil, unøyaktighet og feilalarmer (Berge, 2017; Bashir & Bastola, 2018; Holthe et al., 2017). Både Isaksen et al. (2017) og Holthe et al. (2017) påpekte at teleomsorgen kan bidra til en falsk trygghet. Sistnevnte viste også i sine funn at det var usikkerhet blant helsepersonellet om teknologien var god nok (Holthe et al. 2017). Funnene til Berge (2017) viste at pasienter og pårørende ga teleomsorgen flere sjanser til tross for noen utsiktede utfall. Likevel viste det seg i en annen artikkel at det var noen pasienter som ikke beholdt utstyret fra teleomsorgen da den enten følte som forstyrrende eller var overflødig (Isaksen et al., 2017).

Funnene til Isaksen et al. (2017) og Frennert et al. (2013) var sprikende når det kom til pasientens følelse av å bli overvåket og sporet. I førstnevnte artikkel opplevde ingen av pasientene teleomsorgen som ubehagelig, mens i sistnevnte var det tilknyttet ambivalens rundt denne tematikken hos pasientene. Det var tilknyttet flere negative opplevelser rundt teleomsorgen. Disse ble beskrevet som forstyrrende og sjenerende, samt nedlatende og påtrengende (Isaksen et al., 2017; Frennert et al., 2013). I tillegg viste også Frennert et al., (2013) at teleomsorg kunne føre til både stress og angst hos pasientene for å gjøre det riktig.

I stedet for å spare helsepersonellet for arbeid, viste det seg at teleomsorgen kunne bidra til mer arbeid. Blant annet ble det utløst falske alarmer, og flere problemer hos pasienten ble avdekket (Holthe et al. 2017; Pols, 2010). Det ekstra administrative arbeidet rundt teleomsorg så helsepersonell på som en distraksjon fra den pasientbehandlingen de egentlig skulle utføre (Pols, 2010).

#### 4.4 Helsepersonellens rolle i teleomsorgen.

Helsepersonellet fikk nye oppgaver, mål og normer som følge av teleomsorg. Denne måten å jobbe på viste seg å være forskjellig fra hva helsepersonellet var vant til å møte ansikt til ansikt med pasienten (Pols, 2010). En ny oppgave var blant annet å ta direkte kontakt med pasienten dersom det ble varslet om avvik fra hva som var normalt gjennom teleomsorgen (Pols, 2010; Barken et al., 2017). Helsepersonellet hadde også ansvar for å følge opp teleomsorgen dersom det oppsto for eksempel feilmeldinger (Holthe et al, 2017).

Pols (2010) viste i sin artikkel at som en forutsetning for at en enhet innen teleomsorg skal fungere optimalt, må helsepersonellet bli kjent med og ivareta pasienten som en del av det kliniske. I artikkelen ble begrepet "klinisk øre" brukt for å forklare måten helsepersonellet overførte det de ville observerte under et møte med en pasient til å stille spørsmål direkte til pasienten gjennom en telefonsamtale. Samtidig viser funnene i artikkelen at elementer ble borte gjennom teleomsorgen og ved et faktisk møte kan helsepersonell ta en vurdering av diagnose, ta tester og undersøke pasienten (Pols, 2010).

Teleomsorgen har vist seg å gi store mengder informasjon om pasientens tilstand, som videre vil gjøre det lettere å oppdage endringer i sykdomsbildet (Pols, 2010; Barken et al., 2017). Pols (2010) viste i sine funn viktigheten av å sette tegn og symptomer i relevans til situasjonen pasienten befinner seg i siden denne informasjonen ellers vil være meningsløs.

Det viste seg også at helsepersonell også måtte bruke sine kliniske normer til fordel for den generelle teorien de hadde lært om sykdommen (Pols, 2010).

Flere artikler påpekte viktigheten av å tilpasse teleomsorgen til pasientens behov (Berge, 2017; Holthe et al., 2018). Teleomsorg kan være nyttig i ulike perioder eller situasjoner i livet, og helsepersonell bør vite hvilke midler som kan tilbys tilknyttet dette og hva som er viktig for pasienten (Frennert et al., 2013; Holthe et al., 2017). Bjørkquist (2015) erfarte at SMS og epost var å foretrekke fremfor telefonsamtale for pasienter med KOLS, da det var anstrengende for de å snakke, og helsepersonellet i artikkelen til Aardalen et al. (2016) så for seg at nettbrett kunne tilpasses og brukes til individuelle behov og interesser for pasienten.

Holthe et al. (2017) viste at helsepersonell burde fått en grundigere opplæring når det kom til teleomsorg. En løsning på dette ville være at noen fikk hovedansvaret for opplæring av teknologien. Artikkelen viste også at implementeringsfasen av teleomsorg var tidkrevende for hjemmesykepleien, men etter hvert kunne tid spares inn ved at arbeidsoppgavene ble avlastet av teleomsorgen.



## 5.0 DRØFTING

I dette kapitlet drøfter vi funnene fra de utvalgte artiklene opp mot referanserammen for oppgaven. I tillegg har vi inkludert egne erfaringer rundt temaet. Vi har valgt å drøfte dette punktvis etter Martinsens tre særtrekk ved omsorgsbegrepet, som omhandler omsorgens praktiske, relasjonelle og moralske side. Det er flytende overganger mellom alle tre, og vi har derfor fordelt elementene ut fra vår forståelse av Martinsen. Ettersom vi ønsker å se på sykepleierens omsorgsyttelse bruker vi i dette kapitlet konsekvent sykepleier-begrepet i stedet for helsepersonell.

### 5.1 Omsorgens praktiske side.

Slik vi forstår Martinsen, handler en av sidene ved omsorgsbegrepet om at sykepleieren må handle praktisk og konkret for å hjelpe pasienten. For at dette skal være mulig, må sykepleieren ha innsikt i pasientens situasjon (Martinsen, 2003, s. 17). Dette har vi gjennom våre funn sett at teleomsorgen gir en mulighet for, blant annet gjennom kontinuerlig telemonitorering. Denne typen teleomsorg har vist seg å gi en stor mengde informasjon om pasientens tilstand, og den gjør det også lettere for sykepleieren å oppdage endringer i pasientens sykdomsbilde. Ut fra dette kan sykepleieren handle ved å gi rask respons og veiledning til pasienten dersom dette skjer (Pols, 2010; Barken et al. 2017; Bjørkquist, 2015). I Pols (2010) ble det blant annet også tatt i bruk en elektronisk spørreenhet som stilte pasienten daglige spørsmål. Denne ga en stor mengde informasjon fra pasienten som ikke ville vært mulig på en halvtime med ansikt-til-ansikt-kontakt (Pols, 2010). Med dette tenker vi derfor at teleomsorgen gjør det mulig for sykepleieren å yte omsorg gjennom praktiske handlinger ut ifra informasjonen om pasientens situasjon. Når det er sagt, er det viktig at teleomsorgen fungerer slik den skal for at det skal ha denne effekten. I tillegg skal den være trygg å bruke og til å stole på (Isaksen et al., 2017; Frennert et al., 2013). Vi erfarte blant annet i vår praksis i hjemmesykepleien at teleomsorgen kunne være unøyaktig, dette viste også funnene til Bashir & Bastola (2018). Som sykepleier kan vi dermed ikke vite sikkert om vi er oppdatert på situasjonen til pasienten eller ikke. Dette kan videre føre til praktiske handlinger og omsorgsyttelse i tråd med falsk informasjon. Vi kan med dette si at teleomsorg vil kunne gi en falsk trygghet både for sykepleier og pasient slik noen av våre inkluderte artikler påpeker (Isaksen et al., 2017; Holthe et al., 2017).

Til tross for at teleomsorgen ikke alltid er til å stole på, har det på en annen side vist seg at teleomsorgen kan gi en følelse av trygghet hos pasienten (Pols, 2010; Isaksen et al., 2017; Bjørkquist, 2015; Frennert et al., 2013; Barken et al., 2017). Dette underbygger også Moser & Thygesen (2013, s. 146). Sykepleierne passer alltid på, enten det er via kliniske målinger, GPS eller bevegelsessensorer (Pols, 2010; Berge, 2017). Teleomsorg i form av GPS kan dermed gi en pasient med demens mulighet til å være mer aktiv med en trygghetsfølelse hos begge parter (Moser & Thygesen, 2013, s. 155). Et eksempel på at teleomsorgen bidrar til trygghet, kan en også se i en pasients fortelling om et fall som ble presentert i artikkelen til Berge (2017). Pasienten forklarte at hun ikke var redd, fordi hun hadde teleomsorgen i form av bevegelsessensor som gjorde at noen ville finne henne. Likevel ble det ment av en sykepleier i en annen artikkel at "... De fleste ville trolig heller opplevd det som en større trygghet at hjemmesykepleien kom innom tre ganger om dagen" (Holthe et al., 2017). Følelsen av trygghet kan derfor innebære den fysiske tilstedeværelsen som Berge (2017) tar opp i sin artikkel. Vi tenker derfor at sykepleierens fysiske tilstedeværelse gjør at pasienten våger å være mer aktiv i hjemmet, men gjennom teleomsorg vil det ikke være noen fysisk tilstede som kan hjelpe dersom pasienten skulle falle. På en annen side er det som nevnt også pasienter som føler seg tryggere ved at sykepleieren følger med også utenom hjemmesykepleiens besøkstider. Teleomsorg kan med andre ord ses på som en trygghet hos noen, mens fysisk tilstedeværelse kan ses på som en trygghet hos andre. Det ser derfor ut til å være individuelle opplevelser av hva trygghet innebære.

### 5.1.1 Det kliniske blikket.

Til tross for at teleomsorg kan gi en trygghetsfølelse og mye kontinuerlig informasjon om pasienten, gir den ikke informasjon om andre aspekter som ville dukket opp ved et hjemmebesøk hvor sykepleieren eksempelvis må bruke sansene. I praksis i hjemmesykepleien erfarte vi dette gjennom en situasjon der vi skulle levere medisiner til en pasient. Under besøket oppdaget vi endringer som skitne klær og dårlig stelt leilighet. Vi fulgte opp dette videre, og det viste seg at denne pasienten var i en dypt depressiv fase og trengte flere tiltak fra hjemmesykepleien. Denne situasjonen er noe vi tror ikke ville blitt avdekket i et like tidlig stadium dersom pasienten kun hadde en elektronisk medisindosett, også kalt medisindispenser. Dette perspektivet med at en mister elementer ved bruk av teleomsorg har imidlertid kun Pols (2010) sett på av alle de inkluderte artiklene i oppgaven.

Holthe et al. (2017) påpeker at implementering av teleomsorg krever innsats og åpenhet hos sykepleier (Holthe et al., 2017). Gjennom teleomsorg vil sykepleieren som gis foregå uten direkte og kliniske observasjoner, og sykepleieren må utvikle nye måter å jobbe på (Moser & Thygesen, 2013). Selv om Pols (2010) støtter vår erfaring fra praksis om at elementer vil utebli gjennom teleomsorg, påpeker artikkelen at observasjonene gjennom teleomsorg kan bli mer intensive uten å bli distraheret av for eksempel hvordan pasienten lukter. En av sykepleierne i artikkelen mente blant annet at ved å bruke teleomsorg utelukket hun informasjon som kunne skape fordommer mot pasienten. Bruk av det som Pols (2010) kaller det kliniske øret som vi har beskrevet tidligere, er kanskje en ny måte å jobbe på som sykepleieren må tilvenne seg. Dette blir derfor en helt ny måte å se det på. I våre øyne skaper dette ambivalens da vi ser at dette vil gi en mulighet til å få et større fokus på hva som er viktig å observere og mer informasjon om færre elementer. Samtidig har vi også lært gjennom studiet å bruke vårt kliniske blikk for å vite mest mulig om pasientens situasjon. Vi tror derfor at dette ikke vil være tilstrekkelig i alle tilfeller, og en kan da kombinere teleomsorgen med fysiske besøk slik som Pols (2010) påpeker. Dette gjør at vi kan ta i bruk flere variabler, se og føle og undersøke pasienten i kombinasjon med all informasjon en får fra teleomsorgen. Vi tenker at dette kan bidra til å få et større og mer helhetlig syn på pasientens situasjon og dette kan derfor danne grunnlaget for de videre praktiske handlingene sykepleieren skal utføre.

En følge av den tettere oppfølgingen av pasienten gjennom teleomsorgen har i Pols (2010) vist seg å være at flere av pasientens problemer blir avdekket. Dette kan både ses som positivt og negativt. Som sagt må sykepleieren ha en god innsikt i pasientens tilstand for å kunne yte god omsorg, og dette tenker vi bekreftes ved at Pols (2010) mener sykepleiere ønsker mer fremfor mindre informasjon om pasienten. Selv om dette kan påvirke sykepleierens omsorgsyttelse ved at de praktiske handlingene er bedre tilpasset pasientens situasjon, kan også informasjonen føre til at sykepleieren iverksetter flere nye handlinger. Hvis vi tenker at dette gjelder hver enkelt pasient i hjemmesykepleien med teleomsorg, vil dette kunne føre til ytterligere oppgaver for sykepleieren. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) er et av målene med teleomsorgen at den skal avlaste sykepleieren for ulike praktiske handlinger. Til tross for at teleomsorg kan bidra til en bedre innsikt i pasientens situasjon kan en derfor sette spørsmål ved om den egentlig er hensiktsmessig når det kommer til akkurat dette målet for teleomsorgen.

### 5.1.2 Fra ord til handling - tilpasset den enkelte.

Teleomsorgen vil kunne fungere på best mulig måte dersom den er tilpasset den enkeltes situasjon, evner og behov. For å lykkes med teleomsorg, må det både være interesse og kunnskap blant sykepleiere og pasienter (Berge, 2017; Isaksen et al., 2017). Det har vist seg at pasienten har nytte av at sykepleierne vet hva de skal se etter og spørre pasienten om for å videre vite hva vedkommende trenger av teknologi. Sykepleieren har en rolle i tilpasningen av teleomsorgen ved å blant annet kartlegge hva som er viktig for pasienten og hvilke behov vedkommende har (Holthe et al., 2017; Berge, 2017). Det faglige perspektivet sykepleieren har, og som vi lærer gjennom vår utdanning, gjør at vi kanskje tror vi vet hva som gir god omsorg til pasienten. Det kan dermed bli en dissosiasjon mellom den faglige kunnskapen, samt konkrete helseanbefalinger blant annet for hjertesykdommer og pleien tilpasset pasientens ønsker (Pols, 2010).

Artikkelen til (Holthe et al. 2017) viste at enkelte eldre tenkte de ville bli mer bundet til hjemmet dersom de fikk hjemmesykepleie. Vi tenker derimot at teleomsorgen kan skape en større frihet hos pasientene som trenger hjemmesykepleie. Natlige tilsyn kan for eksempel reduseres. Med dette får pasienten mulighet til å sove hele natten, og det vil frigjøre arbeidstid for sykepleieren. I tillegg kan teleomsorg som en bevegelsessensor gi trygghet til pasienten, og en medisindispenser kan gi mer frihet da medisinen kommer mer punktlig. Holte et al. (2018) så blant annet ut ifra sykepleierens perspektiv at teleomsorg ble godtatt blant pasienter, men artikkelen har ikke sett på teleomsorgens nytteverdi blant pasientene. Det er derfor usikkerhet om de egentlig var fornøyde. Likevel viste ikke Gellis et al. (2014) sine funn store forskjeller mellom gruppen som mottok teleomsorg og gruppen som mottok vanlig omsorg når det kom til tilfredshet med omsorgen de mottok.

Som poengtert tidligere kan teleomsorgen bidra til å få en god innsikt i pasientens situasjon. På en annen side kan en tenke seg at noen pasienter kanskje vil savne det korte besøket med medisiner eller føle seg overvåket av bevegelsessensorer som det ble nevnt i Frennert et al. (2013). Likevel har det vist seg i Berge (2017) at en pasient ikke følte seg overvåket, da hun kun ble kontaktet dersom det ikke var bevegelse i leiligheten. Dette bekrefter også Isaksen et al (2017). Det viser seg derfor at den praktiske omsorgsyttelsen til sykepleieren tilknyttet teleomsorg kan påvirkes av pasientens individuelle forskjeller. Dette kan kanskje stride imot sykepleierens faglige grunnlag for hva det å yte god omsorg innebærer, slik som Pols også

(2010) påpeker i sine funn. En må med andre ord bruke sine kliniske normer og skjønn tilpasset den enkelte pasient og situasjon.

## 5.2 Omsorgens relasjonelle side.

Ifølge Martinsen (2003) krever omsorgen to parter, som her knyttes til pasient og sykepleier. Relasjonsbygging til den eldre er et av flere viktige helsefremmende tiltak en sykepleier utfører (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 45). I Morgendagens Omsorg blir det poengtert at den menneskelige omsorgen og kontakten, samt den fysiske nærheten, aldri vil kunne bli erstattet av teknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Likevel tyder våre funn på at både sykepleiere og pasienter er redde for at teleomsorgen fører til mindre menneskelig kontakt og påvirke relasjonen negativt (Frennert et al., 2013; Aardalen et al., 2016; Pols, 2010). Dette underbygger også Moser & Thygesen (2013, s. 146) i sitt bokkapittel om velferdsteknologi og teleomsorg. Vi tenker at bruk av teleomsorg kan oppleves upersonlig og kald i mangel på et trøstende blick eller en varm hånd på skulderen som vi har lært gjennom utdanningen. Likevel viser Pols (2010) at den økte tilgjengeligheten til sykepleieren gjør at pasienten får mer og oftere oppmerksomhet.

I artikkelen til Aardalen et al. (2016) var det en frykt for at pasienten blir overlatt til seg selv ved bruk av teleomsorg. Tidligere i oppgaven har vi nevnt at litt over halvparten av pasientene i hjemmesykepleien bor alene, og denne gruppen er igjen utsatt for isolasjon og ensomhet (Fjørtoft, 2016, s. 66). Aardalen et. al (2016) påpeker at bruk av teleomsorg også kan føre til dette. Vi antar derfor at teleomsorg kan oppleves som et større tap av menneskelig kontakt for nettopp denne gruppen eldre og spesielt dem som i tillegg har et lite nettverk av relasjoner. En sen implementering av teleomsorg har vist seg å føre til at hjemmesykepleien kan trekke tilbake fysiske besøk. Dette vil si at besøk fra hjemmesykepleien startes opp først for så å bli erstattet med teleomsorg (Holthe et al, 2017). Derfor kan vi tenke oss at de som er vant til å få disse jevnlige besøkene fra hjemmesykepleien synes dette kan bli en stor overgang.

Teleomsorg er kanskje ikke så aktuelt hos denne gruppen likevel?

Om vi ser det fra vårt sykepleiefaglige perspektiv tenker vi at tapet av det menneskenære og kontakten vi sterkt forbinder med sykepleieret vil gå tapt ved at oppgavene blir mer teknologiske. I tillegg vil trolig også Martinsens (2003) tanker rundt at omsorg krever to parter bli påvirket av teleomsorg ved at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten blir redusert, blant annet ved bruk av medisindispenser. På en annen side har det vist seg at

teleomsorgen kan bidra til å bevare kontakten og relasjonen til pasienten, og flere pasienter opplevde en bedre tilknytning til sykepleieren og en individuell oppmerksomhet rettet mot seg via teleomsorg (Aardalen et al. 2016; Barken et al., 2017; Pols, 2010). Det å føle seg sett og bli kjent ansikt til ansikt viser seg å være essensielt for pasienten, og på denne måten har sykepleieren også mulighet til å se dem individuelt (Pols, 2010). Teleomsorg kan som nevnt tidligere brukes for å oppnå ulike former for sosial kontakt og kommunikasjon, og dette kan derfor være positivt for disse pasientene (Thygesen, 2015, s. 8).

Vi har i praksis opplevd at flere av pasientene satte pris på det hverdagslige besøket, som å sette seg ned å ta en kaffe med pasienten når vi kommer med medisiner. Derfor tenker vi at bruk av videosamtaler kan ha en mer formell utforming, og teleomsorgen kan med dette kanskje true den uformelle og personlige kontakten en ser ved det hverdagslige hjemmebesøket slik som Gjevjon & Fjørtoft (2016, s. 45) påpeker mellom pasient og sykepleier. Likevel har det vist seg at selv om sykepleieren var geografisk langt ifra pasienten under videosamtaler, følte pasientene likevel at sykepleieren var hjemme hos dem i samme rom (Barken et al., 2017). Ut ifra artikkelen til Barken et al. (2017) kan det derfor virke som at denne delen av omsorgsytelsen kanskje ikke spiller en så stor rolle for pasienten som vi trodde. Vi tenker derfor at teleomsorgens fysiske avstand kanskje ikke er så stor som vi frykter.

### 5.3 Omsorgens moralske side.

I Martinsens forståelse av den moralske siden av omsorgsbegrepet blir relasjonen mellom pasient og sykepleier gjennom det praktiske arbeidet vektlagt, samt måten disse handlingene blir utført på (Martinsen, 2003, s. 17). Et perspektiv på dette er derfor viktigheten av tid og oppmerksomhet rettet mot pasientene (Pols, 2010). Sykepleieren skal ikke kun utføre de enkelte oppgavene, men i tillegg vise at en har tid til pasienten og vedkommende skal være i sentrum for omsorgsytelsen (Fjørtoft, 2016, s. 12). Per i dag opplever derimot sykepleierne et større fokus på å gjennomføre oppgaver fremfor å se pasienten, som igjen kan knyttes til faktorer som høyt arbeidstempo, flere og mer komplekse oppgaver og økende antall pasienter (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 41 & 44). Teleomsorgen kan med dette være med på å effektivisere arbeidet til sykepleieren slik som Gellis et al. (2014) drøfter. Vi tenker at dette kan bidra til mer pasientrettet tid, som også viste seg å være en forventning blant pasientene når de skulle starte opp med teleomsorg (Frennert et al., 2013). Likevel viste det seg i Pols

(2010) at teleomsorgen kunne distrahere sykepleieren fra pasientbehandlingen på grunn av ekstra administrativt arbeid. Kan en på bakgrunn av dette fortsatt kunne si at pasienten er i sentrum for sykepleierens omsorgsyttelse, slik som Fjørtoft (2016) poengterer?

### 5.2.1 Riktig tid og riktig måte.

Sykepleie skal utføres på riktig måte og til riktig tid i tillegg til at pasientens opplevelse og reaksjoner skal være i fokus (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 48). Hvordan kan en sykepleier ved bruk av teleomsorg yte god moralsk omsorg ut ifra dette?

Det viste seg i Holthe et al. (2017) at å skreddersy teleomsorgen kan gi mindre belastning for både pasienten og hjemmesykepleien. Dette kan for eksempel innebære å bruke SMS og epost fremfor telefonsamtale med KOLS-pasienter (Bjørkquist, 2015). Gjennom teleomsorg tenker vi dermed at sykepleie kan utføres på en riktig måte. Likevel kan teleomsorgen gjøre det utfordrende å yte omsorg på en riktig måte, ettersom det har vist seg at den kan oppleves som nedlatende og påtrengende for pasienten (Isaksen et al., 2017; Frennert et al., 2013).

I en annen artikkel ble det påpekt at pipingen og lyset fra utstyret var sjenerende (Isaksen et al., 2017). Det kan med dette kanskje tyde på sykepleieren ikke yter omsorg på riktig måte gjennom teleomsorg likevel. Samtidig har det vist seg i Barken et al. (2017) at det ved ulike alvorlighetsgrader av KOLS var ulike opplevelser rundt teleomsorg. Dem med moderat alvorlighetsgrad opplevde den som et hinder, mens dem med alvorligere grad av KOLS ikke opplevde det på samme måte.

Et annet eksempel finner vi i artikkelen til Holte et al (2018) der en pasient med demens kun gikk med GPS for å kunne berolige kona, men selv syntes det var en begrensning. I samme artikkel ble det påpekt at å involvere pasienten i utvikling av enhetene kunne føre til mer akseptabel og relevant teleomsorg for den enkelte (Holthe et al., 2018). Denne involveringen kan en dermed tenke seg at kan være overførbar til pasienter i andre situasjoner, som eksemplet ovenfor med KOLS. Det er usikkert hvorfor akkurat denne pasienten syntes teleomsorgen var en begrensning, men falske alarmer og andre funksjonsfeil kan være en faktor slik vi har sett i artikkelen til Berge (2017) der teknologien hos noen pasienter var for sensitiv eller ikke riktig justert ut ifra deres individuelle aktivitet. Det kan for eksempel være ugunstig dersom en falsk alarm går av på natten. Pasienten må derfor ta et valg mellom å risikere besøk av hjemmesykepleien grunnet falske alarmer eller å få faste besøk av

hjemmesykepleien. Ettersom pasientens opplevelse skal være i fokus, må en derfor kanskje vurdere om dette er en riktig måte å yte omsorg på. Det vil antakelig være individuelle forskjeller for hva pasientene ønsker, men ved å involvere pasienten kan dette tilpasses den enkelte.

Sykepleie til riktig tid kan i denne sammenhengen forstås på to ulike måter. For det første viste Holthe et al. (2017) at det var variasjon på tidspunktet for medisintil levering i hjemmesykepleien. Bruk av en medisindispenser tenker vi derfor vil kunne gjøre at pasienten får medisinene til en riktig og forutsigbar tid. I dette tilfellet vil altså teleomsorgen faktisk bidra til at sykepleie utføres på en enda riktigere tid enn om sykepleieren fysisk skulle gjort det. Likevel fører teleomsorg med seg falske alarmer som gjør at sykepleier må hjem til pasienten for å undersøke, og dette kan oppleves som en belastning for pasienten (Holthe et al. 2017). Ekstra alarmer vil også føre til ekstra oppgaver slik vi har nevnt tidligere. Dette tror vi kan føre til en ytterligere uforutsigbar arbeidsdag for sykepleierne som igjen vil kunne påvirke resterende pasientbesøk. Til tross for blant annet falske alarmer, var pasienter og pårørende villig til å gi flere sjanser til teleomsorgen (Berge, 2017). En kan med dette se en sterk sammenheng til det felles ønsket for mange eldre; målet om å bo hjemme. For det andre vil en tett oppfølging via monitorering kunne avdekke forverring av sykdom i et tidlig stadium. Dette gjelder for eksempel ved unormalt lav SpO<sub>2</sub> hos KOLS-pasienter. Gellis et al. (2014) viste i sin drøfting at teleomsorg bidro til å senke antall akuttmottak-besøk hos pasienter med KOLS og dette kan videre henge sammen med at sykepleier tar raskt kontakt dersom verdiene er unormale. Sykepleieren utøver dermed sykepleie til riktig tid ved å registrere målingene og ut fra dette sette i gang videre tiltak.

### 5.2.2 Hjelp til å hjelpe seg selv.

En del av sykepleierens omsorgsytelse går blant annet ut på å skaffe seg en innsikt i pasientens situasjon slik som vi har nevnt tidligere. Dette omhandler både å se hvordan situasjonen utartes og å se muligheter og begrensninger hos pasienten (Martinsen, 2003, s. 16). I våre funn kom det frem at et ønske blant eldre er å bo lengst mulig hjemme, og dette har vi også fått inntrykk av i praksis.

Siden alderdom kan føre med seg en helsesvikt, er muligheten for å bli lengst mulig hjemme stadig truet og vil føre til et behov for hjelp. Martinsen (2003, s. 16) vektlegger viktigheten av å opprettholde pasientens selvbestemmelse, som i dette tilfellet handler om å kunne få bo



lengst mulig hjemme. Det må derfor sees på hvilke tiltak som kan iverksettes for at pasienten kan bo lengst mulig hjemme, og teleomsorg kan derfor være en løsning. En pasient med kognitiv svikt kan for eksempel ha hjemmesykepleie for å få tatt medisinene sine siden hukommelsen er en begrensning for å klare dette selv. Ved å ta i bruk teleomsorg i form av medisindispenser vil denne begrensningen kunne reduseres, og dermed vil hukommelsen ikke lenger være en begrensning for muligheten til å forbli hjemme. Teleomsorg kan derfor bidra til en følelse hos pasienten av å være uavhengig og selvhjulpen i tillegg til å ivareta vedkommendes selvbestemmelse og øke livskvaliteten (Isaksen et al., 2017; Holthe et al., 2017; Holthe et al., 2018; Bashir & Bastola, 2018). Likevel konkluderte Holthe et al. (2018) i sin artikkel at overraskende nok rapporterte veldig få artikler om konsekvensene av teknologi med hensyn til livskvalitet, yrkesmessig ytelse eller menneskeverd. Pecina et al. (2013) på sin side drøftet at overvåkning ikke forbedrer livskvaliteten da de så en nedgang i egenopplevd fysisk livskvalitet. De så i tillegg at dødeligheten var høyere i den gruppen som mottok teleomsorg og muligheten for at dette er koblet til den reduserte livskvaliteten. Samtidig drøfter artikkelen hvordan en kan forbedre pasientens livskvalitet ved å redusere sykdomsbyrden, oppdage funksjonsfall og øke følelsen av mestringsevne. Imidlertid påpeker de ingen forskjeller eller bedring i egenvurdert helse, funksjonsstatus eller helserelatert livskvalitet (Pecina et al., 2013).

Det har vist seg at gjennom teleomsorgen blir pasienten mer aktiv i sykdomsbildet ved å ta egne målinger. Likevel viste det seg at det var sykepleieren som tok kontakt med pasienten ved avvik i målingene og ikke omvendt (Barken et al., 2017; Pols, 2010). Dermed kan pasienten bli passiv fordi det i hovedsak er sykepleieren som tar ansvaret for å ta kontakt. Dette kan igjen føre til en ubalanse mellom hvor mye ansvar sykepleieren tar fra pasienten og pasientens selvbestemmelse (Martinsen, 2003, s. 16). På en annen side kan det tenkes at selvbestemmelsen kan styrkes gjennom teleomsorgen ved at den gir mulighet for å ivareta interesser og kan føre til at livsendringer som følge av at sykdommen minimaliseres. Selvbestemmelsen og selvhjulpenhet kan dermed påvirkes i både en negativ og positiv grad gjennom teleomsorgen. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst rundt pasientens individuelle behov når det kommer til sin omsorgsyttelse.

Teleomsorg i form av målinger vil gjøre at pasienten får bedre innsikt i egen sykdom (Barken et al., 2017; Bjørkquist, 2015). Det viste seg blant annet i Barken et al. (2017) at dette hjalp pasientene å mestre frykten de hadde rundt sykdomsforverring og åndenød. Pasientene vil få

et større ansvar for tiltak rundt sin sykdom, og dermed kan en unngå at sykepleierne tar for mye ansvar og truer ens selvbestemmelse. Imidlertid viser det seg at pasienter har en frykt rundt administrering av teknologien og å gjøre feil (Berge, 2017). En kan derfor stille spørsmål ved om dette er en god måte å utføre omsorg på siden pasienten får et stort ansvar rundt sin sykdom. Dersom pasienten får valget mellom å bo hjemme med teleomsorg eller flytte på sykehjem, vil antakelig ønsket om å bo lenger hjemme veie tyngst i dette valget. Berge (2017) bekrefter dette med at til tross for frykt, var de villige til å prøve teleomsorgen for å fortsette å bo hjemme samt være uavhengige. Likevel fant Frennert et al. (2013) ut at pasientene foretrakk å bruke få og godt integrerte teknologiske enheter. Ved å ta hensyn til pasientens preferanser rundt teleomsorgen, kan kanskje frykten reduseres. Viktigheten av dette underbygges av Martinsens tanke om å bruke kjente redskaper fra pasientens daglige liv som kanskje noe av det mest fundamentale i omsorgssituasjoner (Martinsen, 2003, s. 76).

## 6.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven spør vi hvilken påvirkning økt bruk av teleomsorg kan ha for omsorgsyttelsen fra sykepleier til eldre pasienter i hjemmesykepleien.

Det har vist seg at individuelle forskjeller blant pasientene har betydning for hvordan teleomsorgen påvirker sykepleierens omsorgsyttelse. Vi har blant annet sett at det er forskjeller i hvordan pasientene opplever teleomsorgen. Sykepleierens oppgave er å tilpasse teleomsorgen etter den enkelte pasientens ønsker og behov. Dette krever at sykepleieren har kunnskap om hva slags teleomsorg som er tilgjengelig og inkluderer pasienten, for å best mulig tilpasse teleomsorgen til den enkelte. Teleomsorgen viser seg å påvirke omsorgsyttelsen positivt ved å bidra til en opplevelse av trygghet hos pasienten. Dette på bakgrunn av at sykepleieren passer på gjennom kontinuerlig monitorering. Noen pasienter opplever at de får en større frihet på grunn av teleomsorg, mens for andre har det gitt en følelse av å bli overvåket. Likevel bidro den til å avdekke flere problemer hos pasienten da det viste seg at teleomsorgen ga mye informasjon. Dette gir derfor sykepleieren mulighet til å yte omsorg tilpasset pasientens situasjon, men en forutsetning er at teleomsorgen fungerer som den skal.

Ved bruk av teleomsorg mister vi elementer en ellers ville fått ved et fysisk besøk. En bør derfor vurdere å kombinere disse to for å få en best mulig omsorgsyttelse etter individuelle behov. Vi har også sett på teleomsorgens påvirkning på pasientrettet arbeid i hjemmesykepleien, der det viste seg at tid ble spart ved at teleomsorgen kunne ta seg av oppgaver som for eksempel medisintilbringning.

Flere av våre funn viste en redsel for tap av menneskelig kontakt og negativ påvirkning av relasjonen mellom sykepleier og pasient. Vi har sett at blant annet gruppen isolerte og ensomme eldre kan bli ytterligere ensomme ved at besøkene fra hjemmesykepleien erstattes med teleomsorg. Likevel viste det seg at teleomsorgen kan være med på å bevare relasjonen og gi en bedre tilknytning mellom sykepleier og pasient. Dette ser vi blant annet ved at pasienten følte seg følelsesmessig nærmere sykepleieren til tross for den fysiske avstanden. Dermed vil teleomsorg ha en positiv effekt på det relasjonelle i sykepleierens omsorgsyttelse.

Ved å skreddersy teleomsorgen vil den kunne gi en mindre belastning både for pasient og sykepleier. Det viste seg at sykepleieren gjennom teleomsorg hadde mulighet til å oppdage pasientens endringer raskere og til riktig tid. Samtidig opplevdes teleomsorgen for enkelte

pasienter som nedlatende og påtrengende som gjorde at omsorgen kanskje ikke ble utført på rett måte. Det har også vist seg at teleomsorg kan gjøres på en riktigere måte, siden det kan bidra til at pasienten får hjelp til å hjelpe seg selv, altså bli mer selvhjulpen. Dette ivaretar også pasientens selvbestemmelse om å bli hjemme. Pasienten får mer ansvar over sin sykdom gjennom teleomsorg og en bedre innsikt i egen sykdom som kan bidra til bedre mestring. Selv om teleomsorg kan føre til mestring, er det i våre funn en uenighet om teleomsorgen til syvende og sist bidrar til en bedre livskvalitet hos pasienten.

Avslutningsvis kan vi derfor si at teleomsorgens påvirkning av omsorgsytelsen henger sammen med at sykepleier får mer informasjon og en mulighet for en tettere oppfølging av pasienten. Det kan likevel tenkes at teleomsorgen også vil kunne bidra til en mer distansert og upersonlig form for omsorg når pasienten mister det hverdagslige besøket fra hjemmesykepleieren. På en annen side vil teleomsorgen påvirke omsorgsytelsen ved at pasienten får hjelp til å hjelpe seg selv og mulighet til å bli mer selvstendig. På bakgrunn av dette kan vi konkludere med at teleomsorgen vil påvirke omsorgsytelsen til sykepleieren i større eller mindre grad, i positiv eller negativ retning.

## LITTERATURLISTE

Barken, T. L., Thygesen, E. & Söderhamn, U. (2017). Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 132-142.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13857>

Bashir, A. & Bastola, D. R. (2018). Perspectives of Nurses Toward Telehealth Efficacy and Quality of Health Care: Pilot Study. *JMIR Medical Informatics*, 6(2), 1-10.  
<https://doi.org/10.2196/medinform.9080>

Berge, M. (2017). Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 4, 1-10. <https://doi.org/10.1177/2055668317693737>

Bjørkquist, C. (2015). Erfaringer med helsemonitorering for KOLS-pasienter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 200-211. <https://doi.org/10.7557/14.3723>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Fjørtoft, A.-F. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Frennert, S. A., Forsberg, A. & Östlund, B. (2013). Elderly People's Perceptions of a Telehealthcare System: Relative Advantage, Compatibility, Complexity and Observability. *Journal of Technology in Human Services*, 31(3), 218-237.  
<https://doi.org/10.1080/15228835.2013.814557>

Gellis, Z. D., Kenaley, B. L. & Have, T. T. (2014). Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: the Integrated Telehealth Education and Activation of Mood (I-TEAM) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 889-895. <https://doi.org/10.1111/jgs.12776>

Gjevjon, E. R. & Fjørtoft, A.-K. (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I E. R. Gjevjoen & K. Glavin (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten: Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 38-54). Bergen: Fagbokforlaget

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid.* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg.* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (SSB rapport 2019/11). Hentet fra [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/385822?\\_ts=16a9632c1f0](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0)

Holthe, T., Halvorsrud, L., Karterud, D., Hoel, K.-A. & Lund, A. (2018). Usability and acceptability of technology for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment and dementia: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Ageing*, 13, 863-886. <https://doi.org/10.2147/CIA.S154717>

Holthe, T., Lund, A. & Landmark, B. (2017). Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 234-242. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-09>

Hørmann, E. (2015). Litteratursøgning. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder* (s. 37-49). København: Nyt Nordisk Forlag.

Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 117-127. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Moser, I. (Red.). (2019). *Velferdsteknologi: En ressursbok*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Moser, I. & Thygesen, H. (2013) Velferdsteknologi og teleomsorg: Nye idealer og former for omsorg. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 144-158). Oslo: Gyldendal akademisk

Mørk, E. (2015). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014: Statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (SSB rapport 2015/42). Hentet fra [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/242516?\\_ts=150606744c0](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/242516?_ts=150606744c0)

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Olsvik, E. H. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleie: Tenkemåter i kunnskapsstyrt profesjonsutøvelse*. Drammen: Vett & Viten.

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

Pecina, J., L., Hanson, G., J, Van Houten, H. & Takahashi, Y. (2013). Impact of telemonitoring on older adults health-related quality of life: the Tele-ERA study. *Quality of Life Research*, 22, 2315-2321. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0361-5>

Pols, J. (2010). The Heart of the Matter. About Good Nursing and Telecare. *Health Care Analysis*, 18, 374-388. <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0140-1>

Solli, H., Bjørk, I. T., Hvalvik, S. & Hellesø, R. (2012). Principle-based analysis of the concept of telecare. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2802–2815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06038.x>

Statistisk sentralbyrå (2018). 11667: *Framskrevet folkemengde 1. januar etter alder, innvandringskategori/landbakgrunn, alterantiv, statistikkvariabel og år* [Datasett]. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11667/chartViewColumn/>

Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Thygesen, H. (2015). Hva er velferdsteknologi, og hvorfor er den viktig? - en introduksjon til velferdsteknologibegrepet og den samfunnsmessige konteksten. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for Palliativ Medisin*, nr. 4, 5-10.

World Health Organization. (WHO). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Hentet fra <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Aardalen, B., Moen, A. & Gjevjon, E. R. (2016). Fra vevstol til nettbrett - Helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(4), 298-309. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-02>



# VEDLEGG 1

## PICO-skjema

*PICO-skjema hentet fra Thidemann (2019), s. 84.*

	<b><i>P</i></b> <b><i>“Patient/problem”</i></b> <b><i>Hvem/hvilke</i></b>	<b><i>I</i></b> <b><i>“Intervention”</i></b> <b><i>Hva</i></b>	<b><i>C</i></b> <b><i>“Comparison”</i></b> <b><i>Alternativer</i></b>	<b><i>O</i></b> <b><i>“Outcome”</i></b> <b><i>Resultater</i></b>
Svemed+	Aged Ageing* Elderly* Geriatric nursing Home health nursing Home care patients* Home care services	Independent living Medication systems Reminder systems Self-help devices Safety management Technology Telecare* Telehealth* Telemedicine Velferdsteknologi*		Ethical* Nurse-patient relations Quality of life
PubMed /Cinahl	Aged Health care delivery	Telemedicine Telehealth		Nurse-patient relations Quality of life
JMIR	Home care patients	Telemedicine Telehealth		

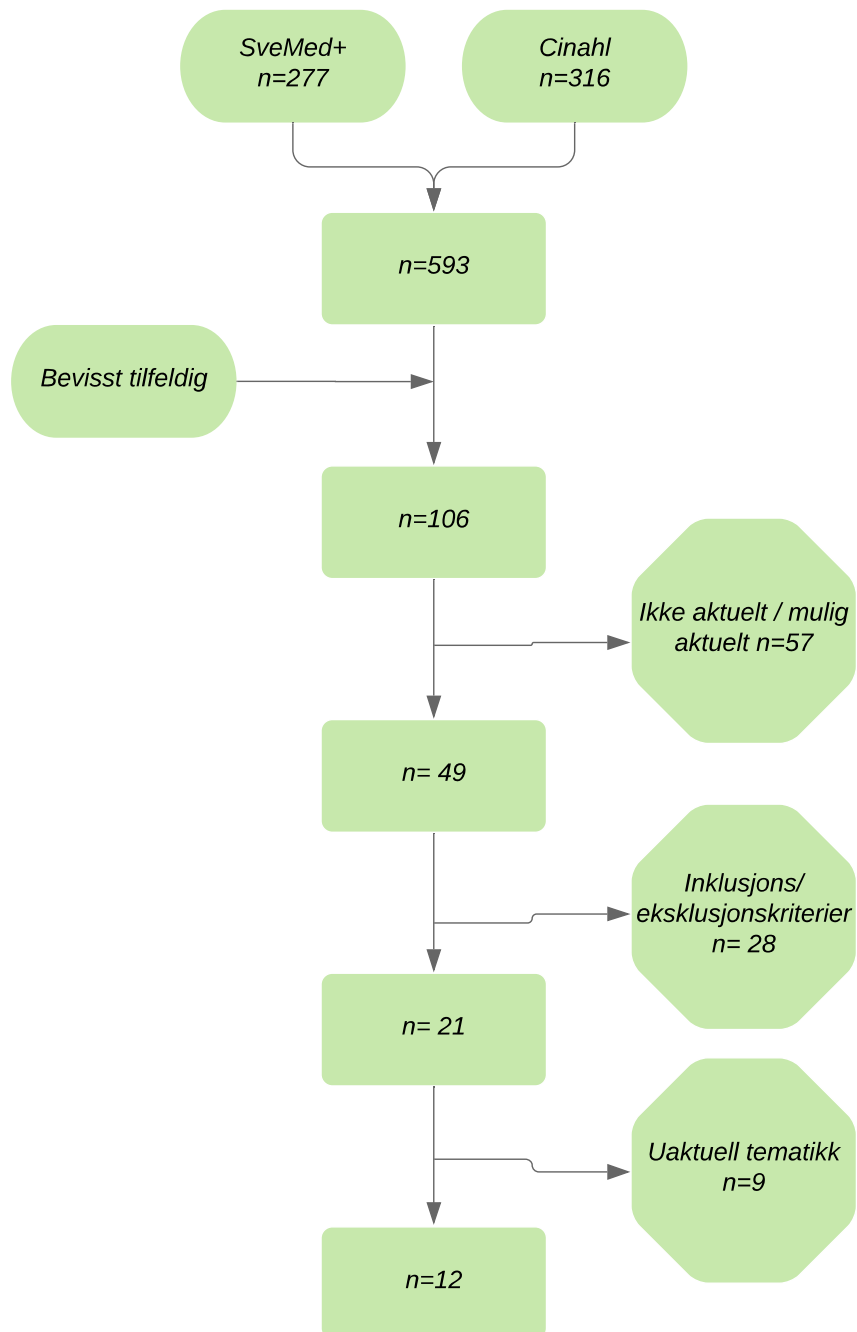
## VEDLEGG 2

### Søkeord og treff i de ulike databasene

Database	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff
SveMed+	("Aged" OR "ageing*" OR "elderly" OR "geriatric nursing" OR "home care patients*" OR "home care services" OR "home health nursing") AND ("independent living" OR "medication systems" OR "reminder systems" OR "safety management" OR "self-help-devices" OR "technology" OR "telecare*" OR "telehealth*" OR "telemedicine" OR "velferdsteknologi*") AND ("ethical*" OR "nurse-patient relations" OR "quality of life")	År 2010-2019	38
	("geriatric nursing OR "home care services" OR "home health nursing" OR "aged" OR "elderly*") AND ("Independentent living" OR "medication systems" OR "telecare*" OR "self-help-devices" OR reminder systems OR "safety management")	År 2010-2019 Peer reviewed	239
Cinahl	("Aged" OR "Health care delivery") AND ("Telemedicine" OR "telehealth") AND ("Quality of life" OR "Nurse-patient relations")	År 2010-2018 Fulltekst Forsknings-artikkel Peer reviewed	316
PubMed		År 2010- d.d Fulltekst Forsknings-artikkel	21 521

# VEDLEGG 3

## Flytskjema



## VEDLEGG 4

### Litteratormatrise

	<b>Navn på studie, tidsskrift</b>	<b>Forfatter(e), år og land</b>	<b>Aktuell teleomsorg</b>	<b>Metode</b>
Svemed+	"Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?"  <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>	Jørn Isaksen (PhD) Kaia B. Paulsen (cand.polit) Jim Skarli (cand.polit) Randi Stokke (cand.polit) Line Melby (PhD)  2017, Norge	Mobile trygghetsalarmer, automatiske pilledispensere, døralarm og optiske sengevarslere.	Kvalitativ
Cinahl	"Unlocking the limitations: Living with chronic obstructive pulmonary disease and receiving care through telemedicine—A phenomenological study"  <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Tina L Barken (MSc) Elin Thygesen (PhD) Ulrika Söderhamn (PhD)  2017, Norge	Nettbrett m/videokamera, pulsoksimetri-enhet.	Kvalitativ
Cinahl	"Impact of telemonitoring on older adults health-related quality of life: the Tele-ERA study"  <i>Quality of Life Research</i>	Jennifer L. Pecina (MD) Gregory J Hanson (MD) Holly Van Houten Paul Y Takahashi (MD)  2013, USA	Overvåkning av blodtrykk, vekt, puls, temp, pulsoksimetri og "peak flows", videokonferansebesøk.	Kvantitativ
Svemed+	"Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens"	Torhild Holthe (Ergoterapeut, MSc)	Dørsensor med varling, GPS, digitalt fjernstyrt kalender, klokke med	Kvalitativ

	<i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>	Anne Lund (Ergoterapeut, førsteamanuesis) Björg Landmark (Sykepleier, seniorforsker)  2017, Norge	påminnerfunksjon og tale, medisindispenser	
Artikkel	"Erfaringer med helsemonitorering for KOLS-pasienter"  <i>Tidsskrift for helseforskning</i>	Catharina Bjørkquist (Førsteamanuesis, PhD)  2015, Norge	Helsemonitorering/KOLS-brettet	Kvalitativ
Svemed+	"Fra vevstol til nettbrett - Helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre"  <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i>	Brita Aardalen (sykepleier, MNSc) Anne Moen (PhD, sykepleier, professor) Edith R. Gjevjon (RN, MNSc, PhD)  2016, Norge	Nettbrett	Kvalitativ
Innovative assisted living	"Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project"  <i>Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering</i>	Mari S. Berge (førsteamanuesis, sykepleier, PhD)  2017, Norge	Sensorer for bevegelse av senger, bevegelsessensorer, fallsensorer, dørsensorer, røykvarsler, hjemmenhet koblet til callingsenter, alarmknapper.	Kvalitativ
Innovative assisted living	"Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: the Integrated Telehealth	Zwi D. Gellis (PhD) Bonnie L. Kenaley (PhD, MSW, sykepleier)	Telemonitoring, overvåkning av vekt, blodtrykk, puls,	Kvantitativ

	Education and Activation of Mood (I-TEAM) study"  <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>	Thomas Ten Have (PhD)  2014, USA	oksygenmetning og temperatur	
Innovative assisted living	"Elderly People's Perceptions of a Telehealthcare System: Relative Advantage, Compatibility, Complexity and Observability"  <i>Journal of Technology in Human Services</i>	Susanne Anna Frennert (PhD, førsteamanuensis) Anette Forsberg (Forsker, fysioterapeut, førsteamanuensis) Britt Östlund (PhD)  2013, Sverige	GiraffPlus: sosial interaksjon og langitds monitorering	Kvalitativ og kvantitativ
Cinahl	"The Heart of the Matter. About Good Nursing and Telecare"  <i>Health Care Analysis</i>	Jeanette Pols (PhD, førsteamanuensis)  2010, Nederland	Overvåkingssenhet og enhet med en skjerm som stiller spørsmål	Kvalitativ og kvantitativ
Innovative assisted living	"Usability and acceptability of technology for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment and dementia: a systematic literature review"  <i>Clinical Interventions in Ageing</i>	Torhild Holthe (Ergoterapeut, MSc) Liv Halvorsrud (professor) Dag Karterud (førsteamanuensis) Kari-Anne Hoel (Universitetslektor) Anne Lund (Førsteamanuensis)  2018, Norge	Lokaliseringsteknologi, overvåkningssystemer, sikkerhetsarmbånd, teknologier for underholdning og fritid og digitalt brett med berøringsskjerm.	Kvalitativ og kvantitativ
JMIR	"Perspectives of Nurses Toward Telehealth Efficacy and Quality of Health Care: Pilot Study"  <i>JMIR Medical Informatics</i>	Ayisha Bashir (MS, MBBS) Dhundy R. Bastola (Professor, PhD)  2018, USA	Vekt, blodtrykksmåler, saturasjonsmåler og temperaturmåler alle knyttet opp mot en telehelseboks.	Kvalitativ og Kvantitativ