



Natt-tilsyn med teknologistøtte – rapport fra «følge med forskning»

2016



		<h1>RAPPORT</h1>		Senter for eHelse og omsorgsteknologi Besøksadresse: Universitetet i Agder Campus Grimstad Jon Lilletuns vei 9 4898 Grimstad Telefon: 37 23 30 00 e-post: post@ehealth.no
<h2>Natt-tilsyn med teknologistøtte – rapport fra «følge med forskning»</h2>				
Forfatter: Linda Iren Mihaila Hansen og Carl Erik Moe				
Rapport nr. 01-2016	URL	Prosjekt		
ISBN 978-82-8291-007-1	Dato 31.08.2016	Antall sider	Gradering	
Godkjent av				
<p>Sammendrag</p> <p>Rapporten er utarbeidet som delpublisering av prosjektet: Natt-tilsyn med teknologistøtte i Østre Agder. Underveis i prosjektet er det inkludert også tilsyn på andre tider av døgnet. Prosjektet benevnes derfor i rapporten som "Digitalt tilsyn". Vitenskapelig publisering i etterkant vil følge Vancouver-reglene (2009, rev:2015) for forskningsproduksjon og forskningssamarbeid. I den forbindelse vil flere funn og annen tematikk kunne bli rapportert. Rapporten tilstreber et språk for allmenn publisering og benytter et minimum av kilder. Førsteforfatter av rapporten har vært engasjert som «følge med» forsker.</p> <p>Prosjektgruppen fra kommunene har i samarbeidet med forsker formulert følgende to forskningsspørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hvilken betydning har innføring av teknologi på natt for opplevelse av trygghet for pasient, pårørende og ansatte? – På hvilken måte påvirker teknologi arbeidsprosesser på natt? <p>Rapporten omfatter funn fra prosjektet knyttet til forskningsspørsmålene. Datainnsamlingen for spørsmål om arbeidsprosesser på natt foregikk hovedsaklig i september og oktober 2015, samt</p>				

våren 2016. Forskningen har basert seg på kvalitativ datainnsamling fordi forskningsspørsmålene vektlegger opplevd trygghet hos pasient, pårørende og ansatte samt arbeidsprosesser på natt, samtidig var det et begrenset tilgjengelig utvalg respondenter.

Prosjektet har vært organisert på tvers av fire kommuner som har to ulike interne IT organisasjoner. I tillegg er kommunene ulikt organisert i selve driften i forhold til å bistå med installasjon, drift, driftssikkerhet, meldingsutveksling og varsling. Kommunene har i ulik grad vært involvert i samarbeidet med de ulike leverandører som bidrar med teknologi og eventuell opplæring. Erfaringen fra prosjektet er at teknologien som er valgt er egnet til å gjøre både pasienter, ansatte og pårørende trygge, i den grad systemet er robust nok til at alle parter kan stole på at det virker.

I denne formuleringen ligger erfaringen mange prosjekt gjennomgår før man finner en driftssikker form som er enkel nok å håndtere for de ansatte, også ved behov for endringer i innstillinger og muligheter for samkjøring med gjeldende fagsystem. De varsler og alarmer som utløses av teknologien må oppleves som hensiktsmessig informasjonsutveksling mellom pasienten og personalet som skal bistå dem. Videre ligger det i formuleringen at det må finnes en enkel måte å få oversikt over i hvilken grad teknologien er aktivert hos hver enkelt pasient eller bruker. Først når dette er løst vil man kunne se mer av den ønskede effekten på arbeidsprosessene og eventuelt kunne hente ut eventuelle effektiviseringsgevinster.

Dette vil kunne føre til at færre behøver å jobbe på natt. Dette kan ved omorganisering av stillinger fra natt gi mulighet for hjelpe flere på dag og kveld eller eventuelt gi mulighet til å oppskalere eventuelle behov for økt tjenesteyting dersom flere har behov for tjenestene i fremtiden. Prosjektet er i sin avslutningsfase og teknologien og bruken av denne oppleves som mer og mer robust og målrettet.

Prosjektet har allerede bidratt, man mener helt klart å ha forhindret vekst i bemanning på natt. Alle som deltar har fått økt kunnskap om velferdsteknologi. Dette har gjort at ansatte etterspør flere muligheter og ønsker å bruke teknologien flere steder enn der det er plassert ut utstyr i prosjektperioden. Pårørende stiller seg i det vesentlige positive til at teknologi benyttes, og uttrykker at det burde være et tilbud for alle.

Title

Abstract

Forord

Dette prosjektet omfatter implementering og utprøving av kjent sensorteknologi på natt, som er en samlebetegnelse for løsninger under paraplyen velferdsteknologi. Velferdsteknologi beskrives i NOU 2011:11 som teknologi som skal støtte pårørende, pasienter og ansatte og øke muligheten til å bo alene i eget hjem lengre og med større grad av trygghet. Prosjektet er et av flere prosjekter finansiert av helsedirektoratet og en ser for seg en mulig spredningseffekt til andre kommuner i landet. Universitetet i Agder ble, via Senter for eHelse og omsorgsteknologi, engasjert til å besvare forskningsspørsmål gjennom «følge med» forskning.

Forskningsspørsmål for studien:

- Hvilken betydning har innføring av teknologi på natt for opplevelsen av trygghet for pasient, pårørende og ansatte?
- På hvilken måte påvirker teknologi arbeidsprosesser på natt?

Prosjektet ble utvidet og videreført i 2016. Hensikten er å etablere permanent drift. Erfaringer fra prosjektet skal imidlertid tas med til et felles anskaffelsesprosjekt på Agder som omhandler trygghetsteknologi, og det er et ønske også fra flere andre kommuner å utvide og få digitalt tilsyn over i ordinær drift. Før dette kan skje må imidlertid kommunene gjennomføre en offentlig anskaffelse. For bedre å kunne kartlegge arbeidsprosesser på natt er det ønskelig på et senere tidspunkt, når prosjektet er avsluttet å kunne gjøre videre studier. Vi takker prosjektgruppen for oppdraget og alle informanter som har bidratt for velvillig deltagelse.

I avslutningen av prosjektet ved overgang til permanent drift ser målsettingen om økt trygghet for ansatte og pårørende langt på vei å være oppnådd. Evalueringen har ikke i tilstrekkelig grad hatt samtykkekompetente pasienter å henvende seg til. Vi vurderer det imidlertid slik at pårørendes opplevelser gir tilstrekkelig grunnlag for å konkludere med at tryggheten er styrket totalt sett.

Grimstad; 31.08.2016

INNHold

Innhold

Forord.....	4
Innhold.....	5
1 Innledning.....	7
1.1 Kontrakt og prosjektdeltakelse	7
1.2 Begrepsavklaring og avgrensing i prosjektet	8
1.3 Beskrivelse av teknologien	8
2 Status for implementering av teknologien.....	9
3 Metodevalg og metodebruk	11
3.1 Utvalg av informanter	11
3.2 Analyse av resultater	12
3.3 Forskningsetikk	12
3.4 Datainnsamling.....	13
4 Resultater	15
4.1 Interkommunalt samarbeid styrker prosjektet.....	15
4.2 Endring i arbeidsprosesser	15
4.3 Pilotprosjektet.....	16
4.4 Teknologien representerer et ekstra "øye"	16
4.5 Trygghet	17
4.6 Andre funn	18
5 Drøfting.....	19
6 Oppsummering og hovedkonklusjon	21
7 Referanseliste og pekere.....	23
Vedlegg 1. Informasjonsskriv til fokusgruppeintervju	25
Vedlegg 2: Intervjuguide til pasienter og pårørende:.....	27
Vedlegg 3: Tillatelse til behandling av personopplysninger:.....	29

1 INNLEDNING

De demografiske utfordringene knyttet til en utvikling med flere eldre i samfunnet i forhold til yngre, arbeidsføre mennesker, aktualiserer nye måter å arbeide på innen helserelaterte yrker. Med utgangspunkt i formuleringen: **”Hva om teknologien styrker trygghet på natt?”** var agendaen satt.

Kommunene i Østre Agder valgte å gå sammen om å søke helsedirektoratet om finansiering til prosjektet: Natt-tilsyn med teknologistøtte”, nå Digitalt tilsyn, Helsedirektoratet innvilget søknaden, men forutsatte at prosjektet skulle gjennomføres i tre av kommunene: Risør, Arendal og Grimstad. Tvedestrand ble inkludert gjennom tilskudd i løpet av 2015. Teknologien var delvis utprøvd i Risør før i forbindelse med et annet innovasjonsprosjekt: Digitalt Tilsyn. En av forutsetningene for tildeling av midler var at man skulle anvende teknologi som tidligere hadde vært benyttet og evaluert. Høgskolen i Buskerud evaluerte Digitalt tilsyn i tilknytning til innovasjonsprosjektet og har levert en sluttrapport i mai 2014 (Dugstad et al. 2014). Prosjektet har i siste fase med implementering i 2016 byttet navn til: Digitalt Natt-tilsyn.

1.1 KONTRAKT OG PROSJEKTDELTAKELSE

Kontrakten for 2015, som denne rapporten beskriver funn fra, omfatter engasjement fra følgende personer ved UiA.

Førstelektor Carl Erik Moe, Senter for eHelse og omsorgsteknologi / Institutt for informasjonssystemer har vært prosjektansvarlig fra Universitetet i Agder. Han har også deltatt i gjennomføring av fokusgruppeintervju og i utarbeidelse av prosjektrapporten.

Universitetslektor Linda Iren Mihaila Hansen, Senter for eHelse og omsorgsteknologi / Institutt for helse- og sykepleievitenskap har vært daglig ansvarlig prosjektleder. Hun har fremlagt forslag til design og metode for prosjektgruppen og gjennomført hoveddelen av datainnsamling. Hun har i tillegg fulgt ulike aktiviteter som del av følgeforskningen og er førsteforfatter av prosjektrapporten.

Administrativ leder Ragni MacQueen Leifson, Senter for eHelse og omsorgsteknologi, har fungert som administrativ leder for prosjektet.

Kontrakten forutsatte en begrensning knyttet til de utvalgte forskningsspørsmål, men åpnet for variert deltagelse, i det prosjektet benyttet termen «følge med» forskning. Dette innebærer bl.a. at deltakerne fra UiA har bidratt med råd og veiledning, og deltatt i flere aktiviteter enn de som bare har med datainnsamling å gjøre. Følgeforsker har deltatt på tre nettverkssamlinger, to todagers samlinger og en endagssamling i henholdsvis Trondheim, Oslo og Bergen. I tillegg har følgeforsker fulgt prosjekt på tre temadager med PA Consulting, og hatt et heldags planleggingsmøte i forkant av presentasjon på nettverkssamling i Oslo. I tillegg har følgeforskeren (Linda I.M. Hansen) deltatt på fagdag om alarmmottak og på diverse møter med ansatte ”nattevakter” og i prosjektgruppen. Denne aktiviteten har vært svært nyttig som bakgrunn både i møte med pårørende og i fortolkning og analyse av resultatene fra forskningsintervjuene.

1.2 BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSING I PROSJEKTET

Dette prosjektet omfatter bruk av sensorteknologi i form av bevegelsessensorer, fravær fra seng, fall- og fuktregistrering. Hos enkelte brukere er det også på medisinsk grunnlag gjort vedtak om å kunne benytte bildeoverføring, digitalt med eller uten lyd, f.eks. hos pasienter med fare for gjentatte epileptiske anfall.

Begrepet trygghet gir i denne sammenheng et uttrykk for en verdi man ønsker skal være implisitt det tjenestetilbudet som offentlig helsevesen tilbyr sine pasienter og brukere (NOU:2011:11). Trygghet innebærer også visshet om at man skal ha samtykket til, og være klar over i hvilke situasjoner og til hvilke tider man er tilkoblet tjenesten. Teknologien skal i det vesentlige bidra til at man er trygg på at man får hjelp når behovet er der og at teknologien virker og utløser ønsket alarmbeskjed til personalet eller pårørende. Prosjektet har en intensjon om at teknologi ikke skal benyttes ukritisk.

1.3 BESKRIVELSE AV TEKNOLOGIEN

Det har vært benyttet flere leverandører av teknologi i prosjektet. Både CareTech og Telenor har levert sensorteknologi av til dels samme kvalitet og for samme formål. I tillegg har det vært gjort enkelte innkjøp på digitale kamera når dette har vært begrunnet i medisinske vedtak. Kommunene opplevde i varierende grad at CareTech hadde kapasitet til å levere produkter i ønsket tempo når beslutninger om anskaffelse var tatt. I siste fase av prosjektet ble det kjøpt inn utstyr fra Telenor som en opplevde hadde større kapasitet til å levere utstyr ved eskalering av prosjektet.

Prosjektledere og andre medarbeidere i kommunen hadde underveis flere ulike møter med leverandør, både lokalt og samlet, for å oppklare hensiktsmessig bruk. Dette for å få veiledning i forhold til bruk, og alarmmottak av tilfredsstillende kvalitet. Innledningsvis kan teknologien også ha fått dårligere vilkår for implementering med bakgrunn i at flere kommuner skulle fatte bindende vedtak både politisk og administrativt. Prosjektgruppen opplevde at selv om vedtak var fattet var det andre instanser som de to interkommunale IKT samarbeidene, (IKT Agder og DDØ) som hadde egne prioriteringer de forholdt seg til. Dertil kommer også at det i starten var usikkert om det skulle velges kabling til utstyr eller digitalt trådløst nett. Ulike bygningsmasse gir ulike anbefalinger.



Figur 1: Seng med sengematte og tilkople alarm

Sensorteknologien som er benyttet er bevegelses-sensorer, sengematter og døralarmer. Denne teknologien har mange flere alarmmuligheter og kan stilles inn individuelt på tid til hver enkelt pasient.

2 STATUS FOR IMPLEMENTERING AV TEKNOLOGIEN

Det er dokumentert en rekke ganger at IT-løsninger som ikke møter arbeidstakeres krav til funksjonalitet, f.eks. slik at de kan stole på at teknologien virker, ikke vil bli brukt (se bl.a. DeLone & McLean 2003). En rekke studier viser at implementering av IT-løsninger endrer arbeidsflyten (se f.eks. Li 2010). I forskning beskrives det at pasienter og pårørende ofte får vite om teknologiske hjelpemidler fra andre enn helsepersonell (Olsson et al. 2011). I dette prosjektet introduseres pasienter og pårørende for teknologi som et hjelpemiddel til å yte en tryggere tjeneste.

I slutfasen av prosjektet er oppskalering og overgang fra pilot til ordinær drift nær oppfylt i samtlige kommuner hva måltall angår. I prosjektet er det avdekket svakheter ved teknologien og leverandørens mulighet til ønsket oppskalering og service som har ført til at flere leverandører har blitt forespurt om å bidra med utstyr og oppfølging.

Det er muligheter for individuell innstilling av når alarmen skal sende signal tilknyttet den enkelte pasient eller brukers behov. Kommunene har noe ulik praksis for hvem som er gitt anledning til å endre individuell innstilling av parametere slik som f.eks. hvor lenge fravær fra seng må være før alarm gis. Det er mulig å endre innstillingene på alarmfrekvens etc. etter hvert om pasientens tilstand endres. Hvis pasientene bruker lengre tid til toalettet trenger ikke alarmen gå på like tidlig. Dersom pasientene ikke lenger kan gå alene, kan personalet få melding når de setter seg opp og komme til og hjelpe dem til toalett eller tilbake i seng. Noen kommuner har funnet det praktisk å gi nattevaktene selv en slik tilgang, andre steder er dette begrenset til færre, f.eks. superbrukere.

Antall pasienter, deres helsetilstand og arealet personalet skal betjene med alarm, vil også påvirke hvor effektivt alarmene kan fungere. Meldingsutvekslingen mellom pasient og personalet går via en server og en webportal til en smarttelefon i form av meldinger med lenke. Alarmene viser hvilken sensor som har utløst alarmen og kan kvitteres ut direkte fra telefonen. Det mangler imidlertid løsninger for automatisk dokumentasjon i kommunenes fagsystemer, (Profil og Geric).

I starten av prosjektet var det benyttet sensorteknologi uten kamera og bildeoverføring. Underveis er det inkludert også brukere fra habiliteringstjenestene i pilotene. Enkelte av disse brukerne får tilsyn også via kameraoverføring digitalt, i lukket sone, i tillegg til øvrige sensorer. Det er her fattet vedtak om bruk av kamera, enten etter samtykke med bruker og foresatte, eventuelt som medisinsk begrunnet (lovverket som benyttes er: Pasient - og brukerrettighetsloven paragraf 4-4, 4-5, 4-6, 4-6a og 4A-5, i tillegg til kommunal helse- og omsorgstjenestelov paragraf 9-5c). Det er i samarbeidsmøter med fylkesmannen gitt veiledning om forståelse og tolkning av lovverk for å fatte vedtak om bruk av tvang der det viser seg å være hensiktsmessig.

I siste fase med oppskalering til ordinær drift har kommunene sett seg nødt til å benytte flere leverandører for å nå måltallene for prosjektet. Dette kommer som resultat av å ha vært bundet til kjent og utprøvd teknologi i starten av prosjektet. Det som fra departementet synes å være en fornuftig forutsetning; - at man ikke skulle bruke tid på å prøve ut ny teknologi, kan vise seg å ha vært et hinder for å kunne velge det som er best fra starten av prosjektet.

Prosjektgruppen deler ansvar for og arbeid med å utvikle nye skjema og rutiner for å kvalitetssikre tjenesten så optimalt som mulig. Målsettingen om å gjøre overgangen til permanent drift så smidig som mulig er på det nærmeste realisert og forventes fullført innen prosjektperioden i desember 2017. Det er gjennom prosjektarbeidet utviklet en "skjemabank". Dersom andre kommuner ønsker å benytte hele eller deler av dette materialet, bør de henvende seg til prosjektlederne i de aktuelle

kommunene for å kunne få siste oppdaterte versjon. De utarbeidede skjemaene er ikke vedlagt rapporten. Det er prosjektgruppens uttrykte ønske å dele på erfaringer og kunnskap slik at andre kommuner som ønsker å bruke tilsvarende løsninger, kan gjøre seg nytte av allerede utarbeidede skjema i implementering og drift av tilsvarende teknologi. Vi ser for oss at disse skjemaene vil utvikle seg videre, og vi anbefaler å ta direkte kontakt med kommunen for å få tilgang til siste utgave.

”Skjemabanken” omfatter:

- Kartleggingsskjema
- Informasjonsskriv til pårørende og alle involverte brukere
- Rutiner for journalføring i Geric
- Skjemaer for samtykkevurderinger og tvang
- Flytskjema
- Problemløser
- Opplæringsstrategi

3 METODEVALG OG METODEBRUK

Kvalitativ forskningsmetode er valgt for å belyse og besvare forskningsspørsmålene. Det er benyttet både hermeneutisk og fenomenologisk fortolkning og analyse.

NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste) har gitt tillatelse til gjennomføring av fokusgruppeintervjuer og personlige intervjuer med samtykkekompetente pasienter, brukere, pårørende og ansatte (Prosjektnummer: 40832).

I og med forskningsprosjektet er oppdragsforskning er det lagt vekt på å presentere både positive og negative aspekter ved prosjektet (Fog 1994). En fenomenologisk intervjuform er så åpen som overhodet mulig, og gjør til at arbeidstagernes opplevelse av trygghet og andre opplevelser kan formidles (Hammersly & Atkinson 2007). I møte med pasienter, brukere og pårørende er det valgt ustrukturerte kvalitative intervju for å få frem deres opplevelser knyttet til trygghet og teknologi (Kvale & Brinkmann 2009; Polit & Beck 2013).

Ved gjennomføringen av de semistrukturerte intervjuene ble det tilstrebet å holde fokus på opplevelse og erfaring med opplevd trygghet eller utrygghet om det var det de ønsket å formidle. Flere av informantene ønsket å fortelle om andre forhold og tjenester i tillegg, slik at noen spørsmål måtte gjentas for å få informanten inn på sporet av hva denne undersøkelsen skulle se på. Det ble konsekvent valgt en stil hvor informanten fikk snakke seg ferdig og der hvor forskeren så behov for å rette inn mot tema ble spørsmålet omformulert og stilt tilbake med den enkeltes egne ord for å bekrefte, avkrefte eller utdype. Dette ble gjort for at ikke informantene skulle bli engstelige for å svare "feil" og at forskeren ved sin korrigerende ledet for mye. Fokusgruppeintervju med prosjektgruppen er valgt for å følge prosjektprosessen og de organisatoriske forhold.

I møte med pasienter, brukere, pårørende og ansatte er det lagt vekt på å være oppmerksom på å ikke bare levere en bestilling, men samtidig å sette fokus på å følge forskningsetiske retningslinjer og være oppmerksom på den forforståelsen forsker bærer med seg. I forhold til bruk av fenomenologi er det lagt vekt på å sette denne forforståelsen i parentes ved gjennomføringen (Van Manen 2006; Nystrøm & Dalberg 2001). Videre er det lagt vekt på å tilnærme seg alle parter med en åpen spørrende holdning og spørsmålsstilling, da dette er vesentlig når man skal utforske andres opplevelse (Eide & Eide 2007; Kvale & Brinkmann 2009).

Det er i første del av prosjektet utarbeidet informasjonsskriv og intervjuguide, se vedlegg 1.

I tillegg er det benyttet litteraturstudie og studie av offentlige dokumenter, som møtereferater, samt deltagelse ved flere av prosjektgruppens ulike møteaktiviteter.

3.1 UTVALG AV INFORMANTER

Intervjupersoner er rekruttert via ansvarlige fra prosjektgruppen innenfor hver kommune. Totalt er det gjennomført 13 intervjuer. Det er gjennomført to fokusgruppeintervjuer, 6 intervjuer med ansatte "nattevakter" fra alle de deltagende kommunene og 5 intervjuer av pårørende. Et intervju ble gjennomført i pasientens hjem hvor også denne var til stede og fulgte med på hele intervjuseansen, men ikke ytret seg selvstendig. Det er derfor heller ingen beskrivelser av pasienters opplevelser. Alle involverte har fått både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, muligheten til å trekke seg fra deltagelse på forskningsdelen både i informasjonsskrivet og muntlig.

Intervju med ansatte nattevakter tok fra 70 minutter til tre timer. I tillegg kommer kjøretid til det aktuelle sted hvor intervju ble gjennomført. Dette har sin bakgrunn i at intervju ble foretatt på nattevakt eller rett i etterkant av nattevaktens slutt. Noen av intervjupersonene som var på vakt var alene og måtte derfor gå fra opp til flere ganger underveis i intervjuet. Dette kan ha påvirket situasjonen men de var raskt mentalt tilbake og fortsatte informasjonsdelingen uten at dette så ut til å påvirke dem.

Det er gjennomført et intervju med pasient/bruker til stede sammen med pårørende. Begge kjønn er representert blant de pårørende og de ansatte, men med en overvekt av kvinner.

Pårørendeintervjuene varierte fra trettisyv minutter til to timer. Variasjon i tid på intervju mellom de pårørende kan ha vært påvirket av at det ble nødvendig å tilpasse den tematiske intervjuguiden med det område de var bekvemme med å mene noe om eller dele erfaringer fra. Det ble lagt vekt på å være åpen for hva informantene hadde av erfaring og opplevelse knyttet til implementeringen og bruken av denne teknologien. Det er benyttet fenomenologisk intervju og spørsmålet informantene besvarte var: Kan du fortelle om dine erfaringer og opplevelser i forbindelse med at det er benyttet teknologistøttet natt tilsyn?

Fokusgruppeintervjuene er gjennomført med prosjektgruppen for å følge prosessen i prosjektet og har ikke kartlagt eller etterspurt personidentifiserende opplysninger. Tidsrammen for fokusgruppeintervju ble satt til ca. 1,5 time og ble overholdt i begge tilfeller. Det har vært lagt vekt på å gjennomføre intervjuene i tråd med gitte anvisninger fra NSD, personvernombudet.

3.2 ANALYSE AV RESULTATER

Intervjuene er analysert med tekstanalyse og strukturert til tematiske områder, disse presenteres i kapittel 4. Det er benyttet forskjellige analysemetoder. De fenomenologiske intervjuene er deskriptive og har lagt vekt på å få fram informantens stemme. Dette var bevisste valg for ikke å la seg forlede til å finne det man ønsket, eller oppfylle forskernes egen forforståelse, men heller etterstrebe å få tak i informantenes opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann 2009). Øvrige intervjuer er fortolket med utgangspunkt i Granheim og Lundman's (2004) metode for analyse av kvalitative intervju.

3.3 FORSKNINGSETIKK

Habilitetsspørsmål må vurderes når man som forskningsinstitusjon engasjeres for å vurdere effekten av implementert teknologi. Det avgjørende for om det foreligger et habilitetsproblem er ikke om UiA har vært brukt som leverandør av kompetanse inn mot konkrete prosjekter, men om det kan sies å foreligge en interesse hos UiA i at en skal komme til bestemte konklusjoner. Denne interessen må være konkret og identifiserbar. Et eksempel på dette vil være dersom UiA har et vesentlig økonomisk kontraktsforhold, og hvor UiA gjennom sin rolle i prosjektet ønsker å bidra til å videreføre prosjektet. Dette har vi vært oppmerksom på, og vi har så langt det lar seg gjøre vært objektive i forhold til nytteeffekten for kommunen.

Prosjektet har i tidlig fase ikke hatt mange brukere i hver kommune og det er lagt særlig vekt på å ikke gjengi materiale på en måte som kan identifisere informantene.

3.4 DATAINNSAMLING

I og med at vi har valgt å fokusere på TRYGGHET for brukere og pårørende, så har vi hatt behov for å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse og intervju pårørende og eller brukere. Derved har vi hatt mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål direkte til de enkelte informantene, og å tilpasse spørsmålene til det den enkelte ønsket å formidle av erfaringer. Samtidig er det begrenset hvor mange en har mulighet til å intervju så tidlig i prosjektet.

Kommunene som deltar i det nasjonale programmet blir spydspisser i en satsing som skal se på hvordan og i hvilken grad velferdsteknologi skaper større trygghet, økt mestring og livskvalitet for den enkelte (ansatte, pårørende eller bruker av teknologien). Prosjektet har fokusert på kvalitativ nytte. Planen var å intervju 15-18 personer, med minst en ansatt, en pårørende og en bruker av velferdsteknologi i hver kommune, etter implementering av teknologien. Kommunene var behjelpelige med å formidle informasjonsskriv om muligheten til å delta som informanter i studien til alle aktuelle pasienter eller brukere og deres pårørende eller foresatte, samt alle ansatte som benytter teknologien som del av sitt arbeid på natt. Det vil si at alle som fikk montert Digitalt tilsyn, fikk muligheten til å ytre seg, både pasienter, pårørende og ansatte. Det ble i tillegg orientert om prosjektet og følgeforskningen muntlig til andre ansatte ved oppstarten av prosjektet.

UiA skulle få informanter som har erfaring med bruk velferdsteknologi. Ved kvalitative tilnærminger må vi som forskere etablere ett skarpt blikk på utvalgets egenart og den betydning dette har for overførbarhet av kunnskapen som utvikles. Et utvalg skal settes sammen slik at det inneholder materiale om det vi ønsker å si noe om når vi har gjennomført studien (Malterud, 2003), slik at vi kan generalisere til den aktuelle gruppen.

Utvelgelsen av informanter er en viktig prosess og avgjørende for resultatene som kommer frem gjennom intervjuene. Alle informantene har vært positive til å fortelle, opplysningene ble formidlet i en utvungen samtale. Samtlige ble underrettet om frivillighetsprinsippet og at de når som helst i prosessen kunne trekke seg både underveis i situasjonen og eventuelt i etterkant både skriftlig i forkant og muntlig ved innledningen av hvert intervju. Alle kom med vesentlige momenter og opplysninger.

Intervjuene ble i transkribert fortløpende i etterkant av samme person som gjennomførte intervjuene. Gjennom transkriberingen er det lagt vekt på å bevare mest mulig av det som skjedde i intervjusituasjonen. Notatene er viktige når teksten skal tolkes og analyseres. Det er anbefalt å skrive ut intervjuene selv. På den måten kan forskeren gjenoppleve møtet med intervjupersonen, komme på nye ting, få nye tanker om tolkninger av teksten som ikke ble notert under intervjuet (Dalland, 2007).

4 RESULTATER

Vi vil i det følgende presentere funn eller resultater fra prosjektet, før disse drøftes i kapittel 5. Det er viktig å presisere at våre resultater i hovedsak knytter seg til trygghet, i og med at dette var hovedfokus for vårt arbeid. Hovedfunnene er vist nedenfor, i tabell 1. Vi har valgt å ta med enkelte andre resultater som har indirekte betydning for trygghet, i den grad vi har grunnlag for dette.

Målsettingen om en tryggere tjeneste, anses å være oppnådd i prosjektet. Pårørende og ansatte formidler økt opplevelse av trygghet ved bruk av teknologien. Teknologien gir en mer presis utnyttelse av personalet som er tilgjengelig. Personalet opplever at tjenesten er mer målrettet i det en alarm hos pasienten utløses som følge av et reelt behov hos pasienten. De enkelte funnene utdypes mer nedenfor.

Interkommunalt samarbeid har styrket prosjektet og gjort det enklere å drive fram piloten.
Teknologien representerer: - Et ekstra "Øye" på pasient eller bruker, uten bruk av ekstra personell.
Personalet får mer ro rundt de situasjonene de må bruke tid på, når de vet at teknologien våker over de øvrige, mens de er opptatt hos en pasient eller bruker.
Arbeidsprosessene er endret
Tjenesten oppleves som tryggere

Tabell 1: Hovedfunn

4.1 INTERKOMMUNALT SAMARBEID STYRKER PROSJEKTET

Et klart funn var at interkommunalt samarbeid har styrket prosjektet og gjort det enklere å drive fram piloten. Deltakerne har opplevd det som effektivt og faglig styrkende å samarbeide når man har flere kommuner i samme prosjekt, og de ansatte har hatt flere fagpersoner å diskutere med og fordele konkrete arbeidsoppgaver på enn om kommunene skulle gjennomføre alt alene. Å arbeide med å innføre ny teknologi innebærer også ofte både tjenesteutvikling organisasjonsendring og økt personlig og institusjonell kunnskap.

Nattevaktene er godt fornøyd med teknologien når den virker og det gjør at tjenesten de leverer treffer bedre på når pasienten har behov for hjelp enn tidligere.

4.2 ENDRING I ARBEIDSPROSESSER

Arbeidsflyten har uten tvil endret seg. Nattevaktene forteller om at de vurderer fortløpende om tilsyn kan gå ut hvis det allerede er gått en alarm og de har vært der. På den måten forstyrres

pasientene mindre, tjenesten blir mer målrettet og pasienten sover forhåpentligvis bedre resten av natten. Teknologien har vært utprøvd både i institusjon og hjemmebasert omsorg. Det er varierende grad av responstid og system for respons mellom vakthavende som betjener alarmene og ser til pasientene på de aktuelle stedene. Det viser at teknologien kan brukes under flere forhold.

Intervju med nattevaktene viser at dersom teknologien ikke virker går de raskt tilbake til de arbeidsmetoder og praktiske løsninger og systemer man hadde i forkant av implementeringen. Nattevaktene hadde innrettet seg med ulike rutiner for å holde oversikt over nattevandrere så godt det lot seg gjøre. For eksempel festet de plastkopper på dørhåndtak, disse falt av når pasienten gikk ut av rommet – da kunne nattevaktene løpe for å møte dem forutsatt at de var i nærheten og kunne høre at plastkoppen gikk i gulvet. En klut foran døren og andre tegn ble tidligere benyttet for å avsløre aktivitet eller som indikasjon på at pasienten er ute og "vandrер".

4.3 PILOTPROSJEKTET

Det tegnes et bilde av organisatoriske utfordringer med to ulike IT avdelinger fordelt på fire kommuner med ulik intern organisering og beslutningsstruktur. Dette har gjort implementeringen mer utfordrende enn prosjektgruppen hadde forventninger om, dette er i og for seg kjent fra lignende prosjekter også andre steder. Til tross for dette, understrekes det at det er et godt samarbeidsklima med IT tjenesten og i slutfasen av prosjektet oppleves samarbeidet som formålstjenlig for de impliserte parter.

Personalet og prosjektgruppen rapporterer alle om prøving og feiling før man kom skikkelig i gang. Prosjektgruppen har vært viktig for å holde motet oppe og ikke gi opp, selv når ting ikke fungerer som det skal. At flere kommuner har samarbeidet er helt klart en styrke for prosjektet på flere måter.

4.4 TEKNOLOGIEN REPRESENTERER ET EKSTRA "ØYE"

I starten av prosjektet var det benyttet sensorteknologi uten kamera og bildeoverføring. Underveis er det inkludert også brukere fra habiliteringstjenestene i pilotene. Enkelte av disse brukerne får tilsyn også via kameraoverføring digitalt, i lukket sone, i tillegg til øvrige sensorer. En stor andel av de øvrige pasientene som bruker teknologien er ikke samtykkekompetente, men de har klart nytte av at teknologi benyttes for å "våke over dem", heller enn å bli tilfeldig overvåket gjennom rutinemessig tilsyn. Overgangen til bruk av varsling gjennom sensorteknologi gir mer målrettet tjeneste så lenge man har bemanning nok til å håndtere de utløste alarmer. Antall tilsyn er redusert hos enkeltpersoner, de ansatte forteller at "vi har valgt å ta bort noen tilsyn".

Personalet beretter at de får mer ro rundt de situasjonene de må bruke tid på, når de vet at teknologien våker over de øvrige, mens de er opptatt hos en pasient eller bruker. Teknologien registrerer fravær fra seng, og indikerer mulig fall dersom pasient/bruker forlater seng og blir lenge borte. De ansatte føler seg videre trygge på at de forhindrer fall når de kan bli varslet og kan rekke å komme til og hjelpe pasienten før denne for eksempel går til toalettet alene. Pasienter som er ustøe kan hjelpes fordi teknologien varsler bevegelse og de ansatte kan komme til pasienten og følge denne, eventuelt transportere i rullestol eller benytte bekken i seng.

Videre er det gitt eksempler på at fall er oppdaget tidligere enn de ellers ville ha blitt oppdaget den gang man gikk runder med tilsyn til bestemte tider. De ansatte uttrykker klart at de ønsker muligheten for å benytte teknologi som standardutstyr på alle tilgjengelige boenheter. Ingen av de pårørende har klaget over falske alarmer eller tekniske problemer. Pårørende uttrykker undring over at dette utstyret ikke finnes på alle rom og uttrykker også misnøye med at de mister utstyret (teknologien) om og når det blir hevdet at andre trenger det mer.

4.5 TRYGGHET

Pasienters opplevelse av trygghet er vanskelig å konkludere med, siden det ikke er gjennomført intervju med dem. Enkelte pårørende beskriver at de har fått en større frihet ved innstalleringen av teknologi, dette gjelder selv om alarmen går til dem i første omgang. Pårørende pendler mellom ambivalens mot inngripen og lettelse for at noen eller noe våker over pasienten. Som en sier: "Da kan man lettere legge seg og sove selv også."

Hos enkelte pårørende er det en klar ambivalens knyttet til bruken av teknologi. En pårørende hevder at de ikke ville gitt samtykke til bruk av teknologien på dagtid. En annen gir uttrykk for at det (utstyret teknologien representerer) burde vært standard til alle. Når noen er skeptiske begrunnes det i at pasienten har behov for sosial kontakt eller at det burde vært bedre informert om tjenesten. Dette kan også forklares med at pårørende ikke kan forventes å ha full oversikt over tjenesten.

Det altoverveiende inntrykket er likevel at det oppleves som positivt å få tilbud om Digitalt tilsyn. Men når det er et tilbud, må man også akseptere at noen kan velge å si nei takk. Pasientene og pårørende som har latt seg intervjuet, har blitt introdusert til teknologien på bakgrunn av behov hos pasienten, for eksempel ved at denne i forkant har hatt et eller flere fall. Når det er situasjonen, kan innføringen av teknologi best beskrives som en lettelse og noen beskriver forbigående sykdomsperiode som årsak til falltendens. Sensorteknologi som kan gjøre at man får hjelp hvis ulykken er ute, og noen ganger også kan forhindre fall, ser ut til å være ønsket av alle interessenter som er involvert, dette kommer vi tilbake i kapittel 5, under drøftingen.

Det har vært en del prøving og feiling tidlig i prosjektet, slik at det har vært nødvendig med god dialog og oppfølging og forbedring av produktet fra leverandørens side. Prosjektgruppen mente likevel tidlig at de så at teknologien fungerte etter hensikten: "Vi så veldig fort at teknologien isolert sett fungerer veldig bra". Dette inntrykket har ikke endret seg ved overgang til full drift. Hverken pasient/bruker, pårørende eller ansatte anser bruk av teknologi som problematisk. Det er snarere en tendens til at det forventes mer.

De ansatte etterspør teknologiske løsninger fremfor å kreve flere ansatte, og det indikerer at teknologien gir dem trygghet. I intervju fremstår de som motiverte og peker på andre anvendelsesområder og relevante bruksområder. De uttaler at det er: "Supert når det virker!" Men "man må to på natt når systemet ikke virker!"

Man har unngått å tilsette flere nattevakter, effekten her viser seg tydelig når systemet ligger nede. Man må da leie inn ekstra personale for å kunne gi tilnærmet samme tjeneste.

4.6 ANDRE FUNN

De ansatte i prosjektgruppen og nattevakter i direkte pasientsentrert tjeneste uttrykker etisk bevissthet omkring forholdet rundt teknologi og overvåking. Dette til tross, så er det pårørende som synes de kunne fått mer informasjon enn det de i utgangspunktet fikk. Noen pårørende har etter eget sigende levert fra seg informasjon i det de har underskrevet samtykke.

Angående journal og dokumentasjon – trengs flere resultater og mer utvikling av programvaren før man har en effektiv kommunikasjon. Det gis uttrykk for at man savner kommunikasjon mellom fagsystem, i form av behandlede kvitteringsmeldinger av de ansatte, og alarmmottak. Det er ikke sikkert at man er tjent med at alle alarmmottak skal journalføres, dette bør vurderes i det videre arbeidet slik at man finner en hensiktsmessig måte å håndtere behovet for dokumentasjon av levert tjeneste på.

5 DRØFTING

Obstfelder et.al. (2014) beskriver utfordringer med datakommunikasjon ved innføring og bruk av EPJ. Implementering av annen teknologi innen helsevesenet må påregne tilsvarende prosesser. Teknologi som ikke oppleves nyttig blir ofte ikke brukt uten at man dobbelt-sikrer seg.

Hverken pasient/bruker, pårørende eller ansatte anser bruk av teknologi som problematisk. Det er snarere en tendens til at det forventes mer. Dette stemmer med tidligere dokumentert erfaring, for eksempel har Barnard & Sandelowski (2001) påpekt at teknologien kan benyttes som et middel til fysisk kontakt snarere enn å være et hinder.

Selve hensikten med prosjektet er å bidra til økt trygghet, trygghet for at man får hjelp når man trenger det. Dette avhenger av at man i alle ledd både hos hjelperne og mottakerne kan være trygg på at teknologien virker som den skal. Man må ha "alarmtrygghet" for at teknologiens varslings kan erstatte planmessig tidsbestemt tilsyn på en effektiv og målrettet måte. Går det for mange falske alarmer, eller ingen i det hele tatt, blir man engstelig og faller tilbake i gamle rutiner.

Et viktig perspektiv for at kommunene skal lykkes er at det er tilstrekkelig mengde utstyr og personale til å håndtere alarmene. Funnene i studien bekrefter tidligere påstander om at man kan benytte teknologi til å utøve omsorg Barnard & Sandelowski (2001). Velferdsteknologi er ikke i seg selv et hinder for å opprettholde omsorgen til pasienten i et teknologisk miljø, den blir snarere en forlengelse av den menneskelige omsorgs utøvelse (Barnard & Sandelowski, 2001). Eller som informantene uttrykker det: "et ekstra øye" på pasienten. De benytter seg av teknologien i form av en mer moderne måte å våke over pasienten på.

Pårørende uttrykker misnøye med at de mister utstyret (teknologien) om og når det blir hevdet at andre trenger det mer. Dette er en prioritering de pårørende av naturlige grunner ikke kan få del i. Slik kan man kanskje hevde at denne teknologien skaper avhengighet for å opprettholde trygghet når man først har fått den, og sett at den virker.

Vi har sett i kapittel 4.2 at arbeidsprosessene endres på natt. Nattevaktene forteller om at de vurderer fortløpende om tilsyn kan gå ut hvis det allerede er gått en alarm og de har vært der. På den måten forstyrres pasientene mindre, tjenesten blir mer målrettet og pasienten sover forhåpentligvis bedre resten av natten. Vi har også sett i kapittel 4.4 at fall kan oppdages tidligere, hvilket vil kunne medføre raskere hjelp.

Likevel kan man med de antall enheter hver kommune har, ikke regne med å ta ut like store gevinster som om teknologien hadde vært standard i hele omsorgstjenesten. Det er store variasjoner i både bygningsmasse hvor teknologien anvendes og avstand og arealer hvor teknologien benyttes. Vi har sett i kapittel 4.3 at dette prosjektet har, i likhet med mange pilotprosjekter, utfordringer som gjør at det tar tid å få til effektiv drift. Det har også i andre sammenhenger vist seg at det tar tid før man kan hente ut gevinster av implementering av teknologi

I forhold til å beregne effektivitet er dette utfordrende å måle og det må gjøres en avveining i hvert enkelt tilfelle. Her er det nødvendig å gjøre supplerende økonomiske analyser for å kunne tallfeste mer konkret kostnader, inntjening og omstrukturering.

Det er ikke gjort intervju med brukerne fra habiliteringstjenestene. Disse brukerne får tilsyn også via kameraoverføring digitalt og det bør vurderes om det skal gjennomføres deltagende observasjon innen dette feltet dersom prosjektet forlenges.

Pilotering og implementeringsprosesser har i tidligere prosjekter vist seg å være kostnadskrevende for de offentlige sektorer som har tatt arbeidet å bli medutviklere. Dette er en erfaring som også er gjeldende i prosjektet Digitalt tilsyn uten at det er direkte tallfestet i denne rapporten.

Konsekvensen av denne erfaringen er at det bør settes av ressurser i form av utviklingsmidler til de offentlige enhetene som deltar i utprøving og implementering av ny teknologi.

Kravet fra Helsedirektoratet om bruk av kjent teknologi forhindret at man kunne ha startet med det nyeste innen teknologiske løsninger og bygd felles plattform fra bunn hos alle. I stedet må ansatte flere steder forholde seg til flere ulike alarmsystemer. Det er lite realistisk at dette vil bli annerledes i fremtiden da den teknologiske utviklingen sannsynligvis kommer med flere nye løsninger. Denne utfordringen bør det lages rutiner for å vurdere fortløpende hos IT i samarbeid med aktuell tjeneste, slik at problemet minimeres. Hverken pårørende eller sykepleiere i prosjektet (studien) ser bruken av teknologi som et problem i seg selv. Pasienten /brukeren er ofte ikke samtykkekompetent på egne vegne. Dette krever særskilt aktsomhet og det er ofte pårørende og ansatte som etterspør eller ser behovet for bruk av teknologiske tjenester på vegne av pasienten.

Det etiske aspektet i forhold til bruk av teknologi ser heller ut til å være knyttet til hvorvidt det er personale nok til å håndtere alle alarmene på tilfredsstillende måte.

Konsekvensen er nok at man bør være restriktiv til hvem som virkelig har behov for alarm, det må ikke bli slik som med enkelte medikament-grupper i legemiddelbransjen; - at alle skal ha det for å støtte økonomisk vekt i en annen sektor rettet mot teknologiutvikling og innovasjon for helsevesenet.

I perioder hvor teknologien av ulike årsaker svikter på signaloverføring, meldingsutveksling eller "falske alarmer" i form av "svevende pasienter", er dette et uttrykk for at alt teknisk utstyr må tilpasses krav i den konteksten det skal brukes. Det kan for eksempel ikke benyttes noe utstyr som ikke kan møte forskriftene om hygieniske krav i institusjon. Eksempler på dette kan være at sengemattene ikke er egnet når pasienten trenger trykkavlastningsmadrass på grunn av fare for decubitus (trykksår), da disse ikke kan brukes samtidig. Sengemattene for fuktregistrering møter ikke kravene til hygienisk desinfisering i institusjon. Dette er videreformidlet til leverandører som må lete etter løsninger på dette området. Videre må kommunene være bevisste på alle forhold som bør komme med i kravspesifikasjoner. Et forslag til produktutvikling kan være å inkludere teknologien direkte i madrass som både kan vaskes etter forskrifter om hygiene og bidra med trykkavlastning for pasienten. Gjør man det vil både pasienten og teknologien være bedre beskyttet.

Prosjektgruppen erfarte at selv om vedtak var lovlig fattet og prioritert, ble det ikke gitt tilstrekkelig prioritet innenfor IT-avdelingene til at implementeringen kunne gå så raskt som man ønsket. I avslutningen av prosjektet ser det ut til at man har funnet gode samarbeidsformer som kan videreføres når prosjektet tas over i ordinær drift fra januar 2017. Ved overføring til permanent drift må organisatoriske utfordringer i form av ulik "kommandostruktur" og kommunal struktur ryddes av veien (blant annet implisitt ulik IKT organisering (DDØ og IKT Agder) som tidligere omtalt).

Et av funnene var at det var pårørende som synes de kunne fått mer informasjon enn det de i utgangspunktet fikk. Skriftlig informasjon er langt å foretrekke og gjerne i kombinasjon med muntlig

slik at misforståelser kan oppklares. Er det noe den pårørende lurer på kan man også gå tilbake og lese informasjonen om igjen om man har fått den skriftlig. Noen har etter eget sigende levert fra seg informasjon i det de har underskrevet samtykke – dette burde de selv ha fått kopi av med henvisning til produktinformasjon om for eksempel hvordan alarmer kan avstilles.

Disse forhold viser at det er nødvendig med tett dialog mellom utvikler og brukerkommune i tidlig fase for å få produkter tilpasset det område de skal benyttes innen.

6 OPPSUMMERING OG HOVEDKONKLUSJON

Hovedkonklusjon i studiet er at Digitalt Tilsyn har gitt økt trygghet både for pårørende, ansatte og høyst sannsynlig også for brukerne. Disse konklusjonene bygger på funn fra intervjuer av ansatte og pårørende, som også har uttalt seg om hva de tror brukerne opplever. Videre har teknologien ført til endring av arbeidsprosessene, brukerne oppsøkes ikke uten forutgående alarm lengre, for å sjekke at de ligger i sengene sine og ikke har falt. Det innebærer at de ikke forstyrres i søvnen sin, og det innebærer også innsparing av ressurser. Hvorvidt innsparingen tilsvarer investeringen i utstyr, opplæring og prosjektledelse har vi ikke grunnlag for å uttale oss om, i et prosjekt av denne typen går det normalt med mye ressurser.

Resultatene fra prosjektet er såpass positive, både i form av økt trygghet, mindre forstyrrelser av brukere som sover, og endring i arbeidsprosessene som gir mindre ressursbruk at vi vil anbefale videre bruk og utvidelse av antall brukere. Samtidig må vi ta forbehold at vi ikke har vurdert ressursbruk spesifikt hverken til teknologi eller opplæring.

Kravet om bruk av kjent teknologi har imidlertid forhindret at man kunne ha startet med det nyeste innen teknologiske løsninger og bygd felles plattform fra bunn hos alle kommunene. I stedet må ansatte flere steder forholde seg til flere ulike alarmsystemer. Det er lite realistisk at dette vil bli annerledes i fremtiden da den teknologiske utviklingen sannsynligvis kommer med flere nye løsninger. Denne utfordringen bør det lages rutiner for å vurdere fortløpende hos IT i samarbeid med aktuell tjeneste, slik at problemet minimeres. Videre er det viktig med god informasjon til brukere og pårørende og at denne informasjonen er skriftlig.

Vi ser også behovet for videre forskning på innføring og bruk av denne typen teknologi, blant annet for å besvare spørsmål knyttet til gevinstrealisering. Videre ser vi behovet for å hente data også fra brukere.

7 REFERANSELISTE OG PEKERE

- Alvesson, M. Sköldberg, K. (2009) Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research (2.nd edition), London: SAGE Publications, kap. 1, 2, 3, 6, 7 (214 s)
- Barnard, A., & Sandelowski, M. (2001) Technology and human nursing care: (Ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367-375. Doi: 10.146/j.1365-2648.2001.01768.x
- De Lone, W.H., and McLean, E.R. (2003) The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update, *Journal of Management Information Systems*, Vol. 19, no. 4, 9-30
- Dugstad, J., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Eide, T. & Eide, H. (2015) Implementering av velferdsteknologi i helse og omsorgstjenester. Opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport. Skriftserien Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr. 13, 2015
- Eide, H. & Eide, T. (2007) Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk, Gyldendal Akademisk
- Fog, J. (1994) Med samtalen som utgangspunkt. *Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag, Nørhaven A/S Viborg
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hammersly, M. & Atkinson, P. (2007) Feltmetodikk: Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning. Gyldendal Akademisk, Oslo, 1. utgave ed.
- Hammersley, M. Atkinson, P. (2007) *Ethnography: principles in practice* (3rd edition) London: Routledge. Kap 1-9 (208 s).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing (2nd Edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). Det kvalitative forskningsintervju, 3. utg., Gyldendal akademisk, Oslo
- Li, J. (2010) A Sociotechnical Approach to Evaluating the Impact of ICT on Clinical Care Environments. *The Open Medical Informatics Journal*, Vol. 4, no. 1, 202-205
- Olsson A., Engstrøm M., Skovdahl K., Lampic C. (2011) My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 26, no. 1, 104-112.
- Nyström, M. and Dahlberg, K. (2001) Pre-understanding and openness - a relationship without hope? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 15, no. 4, 339-346.
- Obstfelder, A., Lotherington A.T. og Nilsen A.B. (2014) Betingelser for vellykket integrering av elektronisk pasientjournal i klinisk arbeid. *Sykepleien: forskning*, nr 2, 2014; 9: 124 -130 doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0090, tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forskning/1587113.pdf>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2013) Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins.

Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, Vol. 22, no. 9, 843-849.

Van Manen, M. (2006) Writing Qualitatively, or the Demands of Writing, *Qualitative Health Research*, Vol. 16, no 5, 713- 722

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

NOU 2011: 11 -Innovasjon i omsorg: Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 26. juni 2009 Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2011

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>

<http://www.fremtidensplejehjem.dk/fra-id%C3%A9-til-virkelighed/trivsel-og->

[teknologi.aspx](http://www.fremtidensplejehjem.dk/fra-id%C3%A9-til-virkelighed/trivsel-og-teknologi.aspx)<http://www.grimstad.kommune.no/Organisasjonen/Helse--og-omsorgssektoren/Frivolltun-bo--og-omsorgssenter/Visningsarena/>

VEDLEGG 1. INFORMASJONSSKRIV TIL FOKUSGRUPPEINTERVJU

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet :

“Trygghet og teknologibruk på natt”

Bakgrunn og formål

Prosjektet tar sikte på å samle erfaringer med hvordan pasienter, pårørende og arbeidstakere opplever bruken av teknologi for å ivareta tilsyn på natt i kommunehelsetjenesten. I tillegg er det ønskelig å se om innføringen av teknologi påvirker måten man arbeider på. Spørsmål som ønskes belyst er:

- Hvilke betydning har innføring av teknologi på natt for opplevelsen av trygghet for pasient, pårørende og ansatte?
- På hvilke måte påvirker teknologi arbeidsprosesser på natt?

Du er trukket ut til å delta fordi du er sentral i arbeidet med å utvikle og tilby tjenestetilbudet: teknologistøttet natt-tilsyn, å delta er frivillig.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For deg vil det å delta innebære at du stiller deg til rådighet for å delta i et intervju sammen med dine samarbeidspartnere i prosjektgruppen. Intervjuet vil maksimalt vare i 1,5 time. Intervjuet vil bli gjennomført som en samtale med prosjektleder og prosjektansvarlig som intervjuer og moderator. Det er ønskelig å gjennomføre fokusgruppeintervjuet i rolige omgivelser for å unngå forstyrrelser.

Det vil bli tatt lydopptak og notater underveis i intervjusituasjonen. Spørsmål som ønskes belyst skal besvares fra ditt ståsted som prosjektmedarbeider for å innføre teknologistøttet natt tilsyn i kommunen. Vi ønsker at du bidrar med de erfaringer du har gjort deg i utviklingen av tjenestetilbudet, også politiske vedtak og prosesser er interessante å få informasjon om i den grad dere mener det har påvirket rammene dere arbeider innenfor.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun de som intervjuer dere som vil vite hvordan den enkelte har besvart de ulike spørsmålene, disse data vil bli anonymisert i videre bruk, når data skal presenteres muntlig eller skriftlig. Det er planlagt å publisere resultatene fra studien i en vitenskapelig artikkel men ikke på en måte som gjør at den enkelte kan bli identifisert. Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.03.2016. Alle data som er samlet inn i forbindelse med undersøkelsen skal slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Du har også rett til å trekke din deltagelse i etterkant om du skulle angre på deltagelsen.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder:
Linda Iren Mihaila Hansen, telefon 98090172.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

- Jeg samtykker til å delta i intervju*
- Jeg oppgir telefonnummer som prosjektleder kan ringe for å avtale nærmere tidspunkt og sted for gjennomføring av intervju.*

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE TIL PASIENTER OG PÅRØRENDE:

Intervjuguiden omfatter følgende tema / spørsmål:

Presentasjon av prosjektleder og tittel for prosjektet: "Trygghet og teknologibruk på natt i pleie og omsorgstjenesten"

Hvordan kan det ha seg at du har fått tilbud tilsyn på natt - kan du fortelle hvordan du ble med?

Hvordan synes du denne tjenesten fungerer?

Er det noen forskjell fra tidligere?

Kan du gi noen eksempler?

Kan du / dere fortelle hvordan dere får kontakt med ansatte når du trenger det?

Har denne tjenesten forandret noen av dine rutiner i forhold til det å legge seg for natten? Evt hvordan?

Hvis andre spør vil du anbefale dem å benytte et slikt tilbud?

Hvis ja hvorfor?

Hvis nei hvorfor ikke?

Er det noe annet du vil fortelle som du synes er viktig for å tilby bruk av denne natt tjenesten? (digitalt natt tilsyn)

Prosjektet fokuserer på opplevd trygghet, kan du beskrive din opplevelse av trygghet om natten etter at du/dere bestemte deg/dere for å takke ja til tilbudet om digitalt natt tilsyn?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr 985 321 884

Linda Iren Mihaila Hansen
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 06.01.2015

Vår ref: 40832 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40832</i>	<i>Trygghet og teknologibruk på natt i pleie og omsorgstjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Linda Iren Mihaila Hansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.03.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40832

Prosjektet tar sikte på å samle erfaringer med hvordan pasienter, pårørende og arbeidstakere opplever bruken av teknologi for å ivareta tilsyn på natt i kommunehelsetjenesten.

Utvalget omfatter pasienter, pårørende og ansatte tilknyttet boenheter. Rekruttering og førstegangskontakt til pasienter og pårørende skjer gjennom leder av den/de aktuelle boenheter. Prosjektleder oppretter førstegangskontakt til leder av boenhet/ene.

Utvalgene informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Personvernombudet finner informasjonsskrivene mottatt 05.01.2015 tilfredsstillende.

Personvernombudet legger til grunn at pasienten har samtykkekompetanse.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.03.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lyd- og videoopptak



2016