



Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste

Safe and secure use of telecare for older adults in homecare services

Torunn Beate Johannessen

sykepleier, PhD- student, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Haugesund
torunn.johannessen@hvl.no

Anne Lise Holm

psykiatrisk sykepleier, professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Haugesund

Marianne Storm

sykepleier, professor, Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Sammendrag

Hensikten med studien var å utforske hva ledere og helsepersonell opplever som viktig for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. Studien har et eksplorativt, kvalitativt design. Det ble gjennomført fire fokusgrupper med tilsammen 20 deltagere: ti ledere fra åtte kommuner og ti helsepersonell fra to kommuner. Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Resultatene viser at deltakerne opplevde det som viktig at både helsepersonell og brukere får nødvendig informasjon og opplæring om velferdsteknologien som benyttes. Det ble videre ansett som avgjørende at både teknologi og bruken av den følges tett opp, og at løsningene som tilbys er i samsvar med brukernes individuelle ønsker, behov og ressurser. Deltagerne viste også til betydningen av å øke oppmerksomheten mot tidlig innsats og bruk av velferdsteknologi i et forebyggende perspektiv.

Nøkkelord

Velferdsteknologi, trygghet, sikkerhet, hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste

Abstract

The purpose of the study was to explore what managers and health care professionals perceive as important for safe and secure use of telecare for older adults in community health- and care services. The study incorporates an explorative, qualitative design. Four focus groups were conducted with a total of 20 participants: ten managers from eight municipalities, and ten health care professionals from two municipalities. Data were analysed using qualitative content analysis. The results show that the participants considered it as important that health care professionals and service users receive essential information and training related to the technology in use. Furthermore, it was deemed vital that both the technology and its use are closely followed up, and that the devices being offered meet the service users' individual needs. The participants also referred to the significance of increased attention to early initiatives and use of telecare in a preventative perspective.

Keywords

Telecare, safety, security, homecare services

Innledning

I løpet av de kommende årene er det forventet at samfunnet vil stå overfor utfordringer med å imøtekomme innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester. Lengre levealder i befolkningen er ventet å øke antallet eldre betydelig (Folkehelseinstituttet, 2018). Knapphet på kvalifisert helsefaglig personell er også identifisert som et stort fremtidig problem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). For å imøtekomme disse utfordringene, sikre god kvalitet og legge til rette for at hjemmeboende eldre best mulig kan mestre sin hverdag, er det behov for å forenkle og forbedre de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samhandlings-reformen peker på at den forventede veksten i behov i helsetjenesten primært bør løses i kommunene, og helse- og omsorgstjenestene oppfordres til fokus på helhetlig tenkning, forebygging og tidlig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Den offentlige utredningen NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* anbefaler derfor økt satsing på bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Velferdsteknologi (VT) er beskrevet som teknologisk assistanse som skal bidra til økt trygghet, sikkerhet, mobilitet, aktivitet og sosial deltagelse. Velferdsteknologi skal gi brukeren større selvstendighet og livskvalitet, og gjøre det mulig å kunne bo lenger i eget hjem (NOU, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Ifølge Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg* er det et nasjonalt, overordnet mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av de kommunale helse- omsorgstjenestene innen utgangen av 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). For å bidra til dette ble Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) etablert i 2013 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det nasjonale programmet, som er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, har som formål å legge til rette for at flere kommuner tar i bruk og integrerer trygghetsskapende velferdsteknologiske hjelpemidler som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fra programmets start har flere kommuner prøvd ut ulike velferdsteknologiske løsninger som varslings- og lokaliseringsteknologi, fallsensorer, elektronisk medisineringsstøtte, digitalt tilsyn, elektroniske dørlåser og medisinsk avstandsoppfølging (Helsedirektoratet, 2019). I løpet av de senere årene har også flere stortingsmeldinger som *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* og kvalitetsreformen for eldre, *Leve hele livet*, støttet opp under satsingen på bruk av velferdsteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Den norske satsingen på velferdsteknologi er også nært knyttet til kommunenes plikt til å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Flere studier basert på perspektiver fra helsepersonell (Johannessen, Storm & Holm, 2019; Radhakrishnan, Jacelon & Roche, 2012) og brukerne selv (Berge, 2017; Eriksson, Lindstrøm, & Ekenberg, 2011; Karlsen, Ludvigsen & Moe et al, 2017) viser at bruk av velferdsteknologi gir økt opplevelse av trygghet og sikkerhet. En nylig publisert studie viser imidlertid til at begrensninger ved teknologien og vanskeligheter med å benytte og forstå de teknologiske løsningene oppleves som utfordrende for de eldre brukernes sikkerhet (Johannessen et al., 2019). Selv om det er en stor global interesse for å forbedre pasientsikkerheten i helsevesenet (Vincent, 2010) finnes det imidlertid lite forskning vedrørende organisatoriske forhold som kan utgjøre risiko for pasienter ved bruk av velferdsteknologi innen hjemmebaserte tjenester (Guisse, Anderson & Wiig (2014). Arbeidet med pasientsikkerhet innebærer å forhindre, forebygge og begrense uønskede hendelser som følge av prosesser i helsetjenesten (Vincent, 2010). Helse- og omsorgstjenestene har som overordnet mål å tilby tjenester som er trygge og sikre, med færre uønskede hendelser og pasientskader (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2018b). Kommunale helse- og omsorgstjenester har videre et lovfestet ansvar for å arbeide systematisk med å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten etter helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. For å legge til rette for og forbedre trygghet og sikkerhet for hjemmeboende eldre som benytter velferdsteknologi, kan helse- og omsorgstjenesten ha nytte av mer kunnskap om hvilke behov, forhold og tiltak som oppleves som viktig for å fremme trygg og sikker bruk av velferdsteknologi. Erfaringer og perspektiver fra ledere og helsepersonell som arbeider med velferdsteknologi i kommunene kan gi mer spesifikk kunnskap. Hensikten med studien var å beskrive hva ledere og helsepersonell opplever som viktig for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste.

Metode

Studien har et eksplorativt, kvalitativt forskningsdesign (Polit & Beck, 2012). Bruk av kvalitativ metode gir muligheter for å utforske menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2011). Data ble samlet inn ved bruk av fokusgrupper. Fokusgruppe er en kvalitativ metode der man bruker gruppeintervjuer til å utvikle data om et tema, og hvor samspillet mellom deltagerne er sentralt (Malterud, 2012).

Rekruttering og utvalg

Det ble gjort en strategisk rekruttering av deltagere som ble ansett å ha best mulig forutsetninger for å belyse problemstillingen (Malterud, 2012). Det ble rekruttert både ledere og helsepersonell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste for å inkludere erfaringer fra både innføringsprosesser og praktisk bruk av teknologiene ute i tjenesten. Inklusjonskriteriene var minst seks måneders arbeidserfaring med praktisk bruk og/eller innføring av velferdsteknologiske løsninger som benyttes av eldre i den hjemmebaserte helse- og omsorgstjenesten. Ledere ble rekruttert via to interkommunale prosjektgrupper som består av nærliggende kommuner som samarbeider om ulike prosjekter innen velferdsteknologi. Helsepersonell ble rekruttert fra to kommuner (én mellomstor og én stor) som begge har deltatt i NVP. Lederne ble rekruttert med hjelp fra to prosjektgruppeledere, mens helsepersonell ble rekruttert med hjelp fra en avdelingsleder fra en hjemmebasert tjeneste og en ansatt fra en kommunal velferdsteknologiavdeling. Tre av disse deltok også selv i fokusgruppene.

Utvalget besto av fire fokusgrupper med til sammen 20 deltagere fra ti kommuner. Fokusgruppe 1 og 2 besto av to prosjektgruppeledere og åtte helse- og omsorgsledere fra åtte små til store kommuner. Helse- og omsorgslederne hadde ulike stillinger innenfor pleie og omsorg, administrasjon og IT, med et rådgivende og faglig ansvar med innføring og implementering av velferdsteknologi i egen kommune. Fokusgruppe 3 og 4 besto av ni sykepleiere og én ergoterapeut, ansatt i seks hjemmebaserte helse- og omsorgsenheter i de to kommunene. Tabell 1 viser en oversikt over deltagerne i fokusgruppene. De velferdsteknologiske løsningene som deltagerne hadde erfaring med, er presentert i tabell 2.

Tabell 1 Deltagerne i fokusgruppene

Gruppe	Stilling	Antall	Fra kommunal sektor/etat	Fra antall kommuner
1	Helse- og omsorgslederne	5	Pleie og omsorg / adm. / IT	5
	Prosjektgruppeleder	1	Prosjektgruppe VT	
2	Helse- og omsorgslederne	3	Pleie og omsorg / adm. / IT	3
	Prosjektgruppeleder	1	Prosjektgruppe VT	
3	Sykepleiere	4	Hjemmebaserte tjenester	1
	Ergoterapeut	1	Ergoterapi	
4	Sykepleiere	5	Hjemmebaserte tjenester	1
Totalt		20		10

Tabell 2 Velferdsteknologiske løsninger

Velferdsteknologi
Elektronisk medisineringsstøtte (dispenser)
Mobil trygghetsalarm m/GPS
Portabel elektronisk pasientjournal
Elektronisk dørlåser
Smarthusteknologi
Sensorer for fall, lys, røyk og dør
Medisinsk avstandsoppfølging (nettbrett/videokommunikasjon)
Digitalt tilsyn (kamera)

Datainnsamling

Fokusgruppene ble gjennomført i fire kommuner i perioden juni 2017 til april 2018. Alle gruppene ble avholdt i lyse og egnede lokaler som la gode rammer for samtale og diskusjon. Artikkelenes førsteforfatter var hoved-moderator i alle gruppene, mens en av medforfatterne var med-moderator i gruppe 1, 2 og 3. I fokusgruppe 4 var vi enige om å kun benytte hoved-moderator på grunn av få deltagere. Under samtalene la vi vekt på å inkludere alle deltagerne i diskusjonene. Vi brukte en semistrukturert intervjuguide for å sikre at studiens tema ble dekket. Intervjuguiden var likevel utformet slik at deltagerne kunne snakke friest mulig om emnet. Spørsmål i intervjuguiden var: 1) *Hvilke forhold og tiltak opplever dere bidrar til å fremme trygghet og sikkerhet for brukere av velferdsteknologi?* 2) *Hva opplever dere som ledere og helsepersonell som viktige behov og forutsetninger?* 3) *På hvilken måte kan helse- og omsorgstjenesten best mulig legge til rette for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi?* Hvert av fokusgruppeintervjuene varte i cirka 1 til 1,5 time.

Analyse

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert kort tid etter at de ble avholdt. Vi gjennomførte en kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim & Lundman (2004). Først i analyseprosessen leste vi det transkriberte materialet nøye igjennom flere ganger for å få en forståelse av helheten. Deretter ble meningsenheter i teksten identifisert. Meningsenheter er ord, meninger eller stykker av en tekst som hører sammen gjennom sitt innhold og sammenheng. Teksten i meningsenhetene ble deretter fortettet samtidig som vi sikret at det sentrale innholdet ble bevart. Vi ga de kondenserte meningsenhetene en kode som kortfattet beskrev innholdet. Kodene ble så sortert på bak-

grunn av likheter og ulikheter, og videre abstrahert via underkategorier til kategorier med beslektede innhold. Kategorier representerer det synlige, åpenbare innholdet på et beskrivende nivå.

Forskningsetiske hensyn

Studien er forhåndsgodkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnummer 48429. Prosjektet ble også på forhånd meldt inn til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som svarte at studien kunne gjennomføres uten deres godkjenning (ref.nr.: 2016/310). Før studien fikk samtlige deltagere både skriftlig og muntlig informasjon om studien og deres rettigheter til å trekke seg. Vi innhentet også skriftlig informert samtykke fra alle deltagerne i forkant av fokusgruppeintervjuene. Videre er deltagerens personlige identitet gjennom tittel og arbeidsplass anonymisert.

Resultat

Analysen identifiserte tre kategorier som gjenspeiler hva deltagerne opplever som viktig for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi: *Nødvendig kunnskap*, *Tett oppfølging* og *Ivareta brukernes behov*. Kategorier og underkategorier er vist i tabell 3. Resultatene vil i det følgende bli presentert med utvalgte sitater fra deltagerne.

Tabell 3 Kategorier og underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Nødvendig kunnskap	Utvexle erfaringer
	Opplæring av helsepersonell
	Opplæring av brukere
Tett oppfølging	Følge rutiner
	Tilgjengelige leverandører
	Avklare roller og ansvar
Ivareta brukernes behov	Kartlegge behov
	Tidlig innsats

Nødvendig kunnskap

Utvexle erfaringer

Flere av lederne fortalte at de opplever å få støtte, drahjelp og oversikt over hva som skjer innenfor velferdsteknologifeltet ved å delta i interkommunale velferdsteknologiprojekter. De trakk frem at slike samarbeidsprosjekter kan ha særlig stor betydning for små kommuner. De opplevde at samarbeid og utveksling av erfaringer med andre kommuner har gitt dem viktig kunnskap som er til nytte i egen kommune. Følgende sitat illustrerer dette:

Deres historie er en del av grunnlaget for at vi får det til. For vi fikk jo deres erfaringer nøye beskrevet. Det har jo hjulpet andre tenker jeg. (Leder)

Opplæring av helsepersonell

Deltagerne anså det som avgjørende at helsepersonell får nødvendig opplæring om de velferdsteknologiske løsningene som benyttes. Det ble her understreket betydningen av at helse-

personell har kunnskap om de ulike velferdsteknologiske løsningene på markedet, slik at de kan komme med forslag som samsvarer med behovet til den enkelte bruker. De vurderte det imidlertid som en utfordring at det ofte er få personer i hver enkelt kommune som benytter de ulike teknologiene, da det kan føre til at kunnskapen forvitrer fort. Det ble også antydnet at brukerne kan bli skeptiske og negative hvis de opplever at ansatte har lite kunnskap. En deltager uttrykte det slik:

Når det blir mye plunder for de ansatte, så smitter det jo over på brukerne òg. De har gjerne vært litt skeptiske til teknologien i utgangspunktet, og så får de noe som de ser de ansatte stresser med og ikke får til, og det ikke fungerer for dem heller, så vil jo det skape en negativ forbruker. (Leder)

For å sikre at brukerne får rett informasjon, ble det også vurdert som viktig at helsepersonell har kunnskap om hvordan de velferdsteknologiske løsningene fungerer. En deltager formulerte dette slik:

Det er viktig at de som går rundt og informerer om teknologien, vet hvordan teknologien fungerer og hvordan en formidler bruken av den, fordi at hvis en er småskeptisk selv, så tror jeg man legger det fram på en måte som gjør at det er skumlere enn det er. (Helsepersonell)

Flere av lederne kunne fortelle at deres kommune satser mye på å lære opp ansatte, og at mange ansatte har deltatt i workshops, tatt kurset «Velferdsteknologiens ABC» eller videreutdannet seg innen velferdsteknologi. Helsepersonell var enige om at de generelt får god opplæring både fra leverandører og internt på arbeidsplassen. De viste imidlertid til et behov for større kompetanse i bruk av PC og velferdsteknologiske løsninger, fordi de opplever at en del ansatte, særlig de eldste, sliter med å bruke og administrere løsningene via PC. De pekte i denne forbindelse på at arbeidsplassene må bli enda bedre på å lære opp også ansatte i små stillinger, ufaglærte og vikarer. Sitatet nedenfor er et eksempel på dette:

Så har vi disse sårbare helligdagene, og da kommer gjerne ufaglærte som ikke har fått opplæring. Og det er kanskje da det skjer også, sant. Jeg tenker at vi kan bli bedre på å få ut god informasjon til alle som jobber. For den dagen det er noe med teknologien, så er det ikke sikkert du er der. Da er det kanskje ei som ikke har peiling. (Helsepersonell)

En deltager fortalte at fordi en del prosjekter har feilet, har noen ansatte blitt skeptiske til nye velferdsteknologiprojekter. De har derfor valgt å ta opplæringen mer gradvis, slik at de ansatte kan henge med fra begynnelsen. Deltagerne har også god erfaring med å bruke «ildsjelene» på arbeidsplassen til å lære opp ansatte som er skeptiske. En uttrykte dette slik:

Det er jo alltid noen som kanskje er litt motstandere av dette nye. Så hos oss har vi vært heldige og hatt mange ildsjeler som har klart å dra det i gang ganske godt i begynnelsen, og så smitter det også litt over på de andre. Så du trenger de ildsjelene som lager litt blest og dysser ned angsten. (Helsepersonell)

Opplæring av brukere

Deltagerne anså det også som vesentlig at brukerne får nok informasjon om og opplæring i de velferdsteknologiske løsningene de anvender. Flere helsepersonell fortalte at de ofte må gjenta informasjon de har gitt tidligere, særlig til personer med demens. En sa det slik:

De får jo informasjon sånn egentlig kontinuerlig hva det er for noe. Noen husker det jo fra gang til gang da, mens for andre så er det ganske nytt for dem hver gang hva den faktisk er for noe, men de reagerer positivt på det. (Helsepersonell)

Det var også betraktet som hensiktsmessig å komme tidlig inn med teknologi til personer med begynnende demens, slik at de kan få informasjon, kunnskap og praktisk erfaring så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. En deltager formulerte dette slik:

Det handler jo om dette med å komme tidlig inn. Altså klarer vi å komme inn tidlig med teknologien, så varer den funksjonen mye lenger. Kommer en inn for sent, så kan en jo ikke sette i gang med de tiltakene. (Helsepersonell)

Oppsummert oppleves det som viktig å utveksle erfaringer, og at både helsepersonell og brukere får nødvendig informasjon og opplæring om teknologien som benyttes.

Tett oppfølging

Følge rutiner

Deltagerne opplevde det også som avgjørende at de velferdsteknologiske løsningene følges tett opp av helsepersonell gjennom bruk av rutiner. En formulerte dette slik:

Det er jo veldig mange rutiner som er byggeklosser rundt hjelpemidlet, så hvis de faller ifra, så funker jo ikke hjelpemidlet heller. Så det er jo et sårbart system, egentlig, som må følges tett opp, for ellers blir det farlig egentlig, for det blir en falsk trygghet til slutt for både den ene og den andre. Hvis mottakerapparatet ikke fungerer, så hjelper jo ikke teknologien et fnugg, for å si det rett ut. (Helsepersonell)

Flere av deltagerne fra hjemmebaserte tjenester kunne fortelle at de har faste rutiner for å sjekke trygghetsalarmer hos brukere etter tordenvær, og hos brukere som har vært lenge bortreist. Videre har de rutiner på å skru av og på fallalarmer, og påser at mobile trygghetsalarmer settes på lading etter bruk. Selv om dette står på arbeidslistene, blir dette likevel glemt iblant. Dette betegnet deltagerne som «sårbarheter» som kan gi falsk trygghet. En formulerte det slik:

Og dørsensoren er jo sårbart med det at vi er jo mennesker, folk som jobber. Og det ser vi jo litt nå i overgangen, at folk ikke er vant med det, så de glemmer å sette på dørsensoren. Så når vi kommer om morgenen, så er den ikke på, så da er det jo falsk trygghet. (Helsepersonell)

De kunne videre fortelle at de ofte må påse at brukere med kognitiv svikt og demens som benytter mobil trygghetsalarm, har denne med seg når de går ut. De poengterte at også dette kan gi falsk trygghet fordi helsepersonellet ikke alltid er til stede når brukeren går ut. En deltager formulerte dette slik:

Men det er jo på en måte ikke noen ordentlig sikring, for vi er jo ikke der hele tiden ... Det blir jo litt falsk trygghet. (Helsepersonell)

I denne forbindelse understreket en deltager at teknologien skal være i tillegg til, og ikke i erstatning for, trygg og forsvarlig helsehjelp. Hun sa det slik:

Det er viktig å huske at teknologien ikke skal være en erstatning og det som gir sikker og forsvarlig helsehjelp, for vi kan ikke stole på teknologien godt nok til det. Det skal være et supplement for også å øke sikkerheten. Så er det jo faktisk vi mennesker som til syvende og sist må følge opp. (Helsepersonell)

Det ble også ansett som viktig å øve på rutiner og bruk av teknologien for å være forberedt og holde kunnskapen ved like. En deltager sa det slik vedrørende bruk av mobil trygghetsalarm:

Per i dag så har vi hatt veldig få leteaksjoner, så det vi har funnet ut, er at vi må ha beredskapsøvelser slik at alle vet hvordan de skal bruke det. For når du bruker det lite, er jeg redd for at folk ikke vet hvordan de skal gjøre det når de faktisk må agere raskt. (Helsepersonell)

Tilgjengelige leverandører

Flere deltagerne opplevde at de enkelte leverandørene følger godt opp teknologien som er anskaffet og benyttes i hjemmetjenestene, men understreket at dette imidlertid kan variere. En helse- og omsorgsleder som hadde benyttet to ulike leverandører samtidig, fortalte om sin erfaring. Hun betraktet leverandørenes oppfølging som en forutsetning for å lykkes:

Vi kjørte to teknologier ganske likt, og vi så stor forskjell på leverandørene. Fra den ene leverandøren fikk vi nøye gjennomgang og anbefalinger og alt klart. Og vi så at når gjorde det som ble anbefalt, så lykkes vi. (Leder)

Deltagerne understreket også verdien av at leverandørene er tilgjengelige og raske til å reparere eventuelle feil ute hos brukerne. For eksempel uttrykte en deltager dette slik:

For det skjer jo ofte feil ... Da må du ha noen til å komme inn og fikse på det, og det skjønner ikke alltid disse leverandørene, de skjønner ikke at de må være på pletten da, for dette er faktisk en bruker som må ha dette i orden, for han er helt avhengig av det. (Helsepersonell)

Avklare roller og ansvar

Flere viste til at bruk av velferdsteknologi i mange tilfeller innebærer nye og endrede arbeidsoppgaver. For at helsepersonell kan følge opp bruk av velferdsteknologi på en god måte, ble det pekt på betydningen av å tidlig avklare hvilken rolle og ansvar den enkelte ansatte skal ha. En leder fortalte om sine erfaringer med dette:

Vi ga ut de mobile trykksalarmene slik som vi gjør med analoge alarmer, og tenker at det må jo være på samme måten. Og så oppdager man jo; Oi sann, de må huske å ta den med..., Oi sann, den må lades, hvem gjør det? Og hvem skal rykke ut hvis de drar til nabokommunen og har behov for hjelp? Så det dukket opp det ene spørsmålet etter det andre som vi så vi ikke hadde tatt helt høyde for. Så vi har virkelig lært hvor viktig det er å avklare til detalj hvem som gjør hva til hvilket tidspunkt, det der med rolleavklaring på alle nivåer. (Leder)

I fokusgruppene diskuterte deltagerne om de tekniske varslene og alarmene som kommer inn til tjenesten, bør gå direkte til personalet eller til et responscenter. Deltagerne presiserte at dette er et spørsmål som hver enkelt kommune må ta stilling til selv. Det var enighet om at arbeidsmengden til de ansatte ute i tjenesten må tas i betraktning når dette avgjøres, fordi at mange hjemmebaserte tjenester allerede har nådd et smertepunkt for hvor mange oppdrag de klarer å håndtere. Én sa det slik:

Slik jeg hører fra mange kommuner, er det såpass tett program for de som er i hjemmesykepleien, det er bare på grensen til at de håndterer trykksalarm, og hvordan skal de da kunne ta varsler fra medisindispensere, fra dørsensorer, følge opp GPS- sporing, en fallalarm ... Hvis du skal i tillegg skal følge opp varsler på blodtrykk og puls, respirasjon ... Hvordan skal du rekke det når du allerede er så presset på tid med de andre oppdragene du allerede har? (Leder)

Oppsummert anses det som avgjørende at de teknologiske løsningene og bruken av den følges tett opp ved hjelp av rutiner, tilgjengelige leverandører og tidlig avklaring av roller og ansvar for oppfølgingen.

Ivareta brukernes behov

Kartlegge behov

Deltagerne diskuterte også betydningen av at velferdsteknologien som tilbys, er i samsvar med brukernes individuelle behov. De erfarte at de ved tidlig å kartlegge brukernes ønsker, utfordringer og ressurser, får et godt bilde over hvilken type velferdsteknologisk løsning som passer til den enkelte bruker. Ifølge deltagerne bør kartleggingen være basert på dialog med brukerne og innspill fra helsepersonell som kjenner dem godt. De vurderte det også som hensiktsmessig å ha dialog med pårørende, særlig når man vurderer teknologi til brukere med demens. De regnet det også som verdifullt å være i dialog med brukerne, fordi brukere og helsepersonell kan oppfatte brukernes behov ulikt. En deltager formulerte dette slik:

Vi kan sitte med våre tankesett i forhold til hva som er viktig for oss, som vi tror og tenker at det må vi jo ta vare på i forhold til brukeren. Og så har de jo kanskje et helt annet syn selv. «Nei, hvis jeg kan gå ut og hive brødsmler på det fuglebrettet, så har jeg masse verdi i livet mitt». Kontra det å sitte på dagsenter og ha det sosialt. Altså vi er jo så ulike som mennesker. (Leder)

En deltager trakk også frem at det er lett å la seg begeistre fordi det er så mange spennende løsninger i dag. Deltagerne understreket betydningen av at teknologien som kommunen anskaffer, passer til kommunens andre systemer. Sitatet nedenfor kan illustrere dette:

Jeg tror ikke det nytter at det er en som sitter på rådhuset og liksom kan dele ut det som trengs rundt omkring. Det må komme fram gjennom et behov. Hver for seg kan det være gode produkter, men det kan passe veldig dårlig inn i porteføljen av IKT systemer og sikkerhet og den typen ting, så det kan fort bli sånn IT-avdelingens mareritt det med velferdsteknologi, hvis en ikke har en hånd på rattet i forhold til den grunnleggende infrastrukturen til systemene. (Leder)

Tidlig innsats

Deltagere viste til at det primært er personer med klare og definerte behov som i dag får innvilget kommunale helse- og omsorgstjenester. For at bruk av teknologi i enda større grad skal bidra til å forebygge skade og uønskede hendelser, mente flere deltagere at brukere med «potensielle» behov i større grad bør få tildelt velferdsteknologi. En formulerte dette slik:

Det er helt avgjørende å komme inn tidlig nok. Og det har vært en av de utfordringene vi har sett når vi har jobbet med dette her. Fordi mange de er liksom der, at, ja, men det er ikke et behov for det nå, og så over natta så begynner det å brenne, og da er det for sent. (Helsepersonell)

Det ble ansett som særlig hensiktsmessig å tidlig introdusere teknologi til personer med begynnende demens. I tillegg til at teknologi kan forhindre uønskede hendelser, mener deltagerne at det kan gjøre brukerne mer selvstendige og gi dem et mer aktivt liv. En leder uttrykte dette slik:

Jeg tenker når det gjelder bruk av mobil trygghetsalarm til personer med demens, at hvis vi kommer inn for sent, så er vinduet i ferd med å lukkes for mange, fordi de er ikke lenger trygg i trafikken. Sånn at de kan komme seg ut og være aktive mennesker i de årene de har foran seg. Det er jo der vi ønsker å komme på banen. Men det er nye tjenester som vi ikke er vant til å gi, engang. (Leder)

Oppsummert oppleves det som betydningsfullt at de teknologiske løsningene som tilbys brukerne, er i samsvar med deres individuelle behov. Deltagerne viste også til betydningen av tidlig tildeling av velferdsteknologi i et forebyggende perspektiv.

Diskusjon

Resultatene viser at deltagerne i denne studien opplevde det som viktig at både helsepersonell og brukere får nødvendig informasjon og opplæring om velferdsteknologien som benyttes. I tillegg ble det ansett som avgjørende at teknologien og bruken følges tett opp, og at teknologien som tilbys er i samsvar med brukernes ønsker, behov og ressurser. Deltagerne viste også til betydningen av å øke oppmerksomheten mot tidlig innsats og bruk av velferdsteknologi i et forebyggende perspektiv.

At helsepersonell har god kunnskap og ferdigheter om de velferdsteknologiske løsningene har stor betydning ved innføring og bruk av velferdsteknologi (Giordano, Clark & Goodwin, 2011). Flere tidligere studier viser at mangelfull opplæring er en betydelig barriere for implementering og aksept av velferdsteknologiske løsninger (Radhakrishnan, 2012; Brewster, Mountain & Wessels et al., 2014; Scott Kruse, Karem & Shifflett et al., 2018). Videre kan hensiktsmessig opplæring skape selvtillit og endre helsepersonell sine holdninger til teknologien (Guise & Wiig, 2017). Riktig og tilstrekkelig kompetanse blant helsepersonell er også identifisert som en viktig forutsetning for å oppnå god pasientsikkerhet (Norsk Sykepleierforbund, 2012; Guise et al., 2014). Funn i denne studien viser at god kunnskap blant helsepersonell oppleves som viktig for å sikre at brukerne får rett informasjon, kompetent opplæring, og at løsningene som tilbys er i samsvar med brukernes behov. Opplæring av brukerne kan i tillegg øke brukernes trygghet og forhindre skade på pasienter som følge av feilbruk. Å sikre nødvendig opplæring er en lovpålagt oppgave etter pasient- og brukerrettighetsloven, og innebærer at pasienter og brukere får tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å kunne ivareta sine egne interesser. Det er derfor avgjørende at den opplæringen som gis, tilpasses den enkelte bruker. Å introdusere velferdsteknologi på en måte som støtter pasientenes innflytelse over sin situasjon, kan redusere utfordringer ved innføring av velferdsteknologi (Nakrem, Pettersen & Kleiven, 2018). Å sikre alle ansatte nødvendig opplæring kan imidlertid være ressurskrevende og kostbart for mange helse- og omsorgstjenester. Forhold som varierende individuelle behov, stadig utvikling av løsninger og hyppig utskifting av personell, kan videre utfordre helsetjenestens arbeid med å gi tilstrekkelig opplæring til alle ansatte.

Å ha tilgjengelig leverandører og faste rutiner på teknologien hjemme hos brukerne er nødvendig for å sikre at teknologien fungerer optimalt. Funn i denne studien viser at helsepersonell har flere faste rutiner på teknologibruken hjemme hos brukerne, som for eksempel å sette på, lade og sjekke at alarmene virker. Det ble betegnet som «sårbart» at ansatte av og til glemmer å lade eller å skru på alarmene, og heller ikke alltid kan være til stede og passe på at brukere tar med seg alarmen ut. Dette kan gi falsk trygghet. Lav kompetanse blant helsepersonell og store avstander mellom brukere og leverandører er imidlertid forhold som kan utfordre brukernes behov for rask og kompetent bistand når teknologien ikke virker. Dette kan føre til utrygge situasjoner både for brukere og helsepersonell.

Plikten til å tilby helse- og omsorgstjenester som er tilpasset den enkeltes behov, er fastsatt i helse -og omsorgstjenesteloven. En systematisk kunnskapsoppsummering viser at eldre har en lavere mestringstro, høyere angst for og mer problemer enn yngre mennesker med å lære seg å ta i bruk teknologi (Chen & Chan, 2011). Forskning viser imidlertid at eldre oftere aksepterer og benytter teknologier som er enkle å forstå og som oppleves som trygge, nyttige og brukervennlige (Chen & Chan, 2011; Cook, Randhawa & Sharp et al., 2016). Som funn i denne studien viser til, opplevdes det som viktig at løsningene som tildeles er i samsvar med brukernes ønsker, behov og ressurser. Ved å tilrettelegge for samarbeid mellom bruker, helsepersonell og pårørende, kan helse- og omsorgstjenesten få verdifull kunnskap som kan sikre at brukerne blir tildelt løsninger de selv ønsker, og som de

har forutsetningene for å forstå og benytte på rett måte. Dette kan spille en viktig rolle for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi. For å kunne komme med nyttige forslag til brukeren, trenger ansatte imidlertid kjennskap til de ulike velferdsteknologiske løsningene som finnes på markedet. Opplæring og samarbeid med andre faggrupper med ekspertise på velferdsteknologi, for eksempel ergoterapeuter og IT-personell, kan være nyttig.

Resultatene i denne studien kan gi viktig kunnskap som kan bidra i arbeidet med å legge til rette for trygg og sikker bruk når velferdsteknologi benyttes i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. Ifølge Vincent (2010) er sikkerhet ikke en iboende egenskap, men et resultat av et samspill mellom ulike komponenter i et komplekst system. Dette samspillet kan illustreres ved hjelp av SEIPS (System Engineering Initiative for Patient Safety) – modellen (Carayon, Schoofs Hundt & Karsh et al., 2006). Denne modellen viser hvordan fem komponenter innenfor et arbeidssystem; person, oppgave, teknologi/verktøy, fysisk miljø og organisatoriske forhold, samhandler og gjensidig påvirker hverandre, og resulterer i ulike utfall for pasientsikkerhet. Bruk av velferdsteknologi kan medføre endringer og utfordre mange av de mer tradisjonelle arbeidsoppgavene, funksjonene og rollene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan innbefatte praktisk bruk, nye administrative rutiner, dokumentasjon, oppfølging av alarmer og tekniske varsler samt oppfølging av brukers helsetilstand via kamera, nettbrett og video. Som Carayon (et al., 2006) påpeker, må alle komponentene i systemet være optimale for høy sikkerhet for pasientene. Ved bruk av velferdsteknologi kan forhold som feilbruk, dårlig fungerende teknologi, mangelfull opplæring, menneskelig svikt, manglende oppfølging eller nedsatt evne til å forstå informasjonen påvirke pasientsikkerheten negativt. For å legge til rette for trygg bruk av velferdsteknologiske løsninger, innebærer dette at helse- og omsorgstjenesten må se på arbeidssystemet som en samhandlende helhet av ulike forhold som kan ha betydning for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi.

Metodiske betraktninger

Denne studiens troverdighet er ivaretatt i henhold til kriteriene anvendt av Lincoln & Guba (1985). En studies *gyldighet* refererer til «sannheten» av funnene. Både datainnsamlingen og analysen er utført i nært samarbeid og konsensus med alle forfatterne, som også har lest den transkriberte teksten flere ganger. Studien presenterer også direkte sitater fra deltagerne.

En begrensning ved studien er at den har relativt få deltagere. Utvalget besto imidlertid av deltagere med god kjennskap til og bred praktisk og administrativ erfaring med en rekke ulike velferdsteknologiske løsninger som benyttes i mange norske kommuner. Studiens gyldighet kan også begrenses av at forskeren har en for fremtredende rolle (Malterud, 2011). I fokusgruppene ble det lagt vekt på at deltagerne fikk snakke fritt og uten avbrudd, og at hoved-moderator og med-moderator lyttet og viste interesse og forståelse for det som kom frem i samtalene. Videre er studiens *overførbarhet*, som omhandler hvorvidt en studies funn kan anvendes i andre sammenhenger, forsterket gjennom beskrivelse av kontekst, datainnsamling, analyse og funn (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Studiens gyldighet er også styrket ved at en eller flere av studiens forfattere deltok i alle fokusgruppe-intervjuene.

Konklusjon

Resultatene viser betydningen av at både brukere og helsepersonell får nødvendig informasjon og opplæring om de velferdsteknologiske løsningene. Resultatene viser også at helsepersonell har en viktig forebyggende rolle gjennom å undervise og følge opp teknologibruk.

Studien peker på nødvendigheten av å sette av nok tid og ressurser på nødvendige opplærings tiltak og på å sikre god oppfølging av teknologien ute hos brukerne.

Studien er finansiert av Høgskulen på Vestlandet, Bjørnsons gate 45, 5528 Haugesund. Forskingen har ikke mottatt noen kommersiell eller ekstern finansiering.

Referanser

- Berge, M. S. (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. <https://doi.org/10.1177%2F2055668317693737>
- Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C. & Hawley, M. (2014). Factors affecting front line staff acceptance of telehealth technologies: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 21–33. <https://doi.org/10.1111/jan.12196>
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M. & Flatley Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality & safety in health care*, 15(Suppl 1), i50–i58. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Chen, K. & Chan, A. H. S. (2011). A review of technology acceptance by older adults. *Gerontechnology*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.4017/gt.2011.10.01.006.00>
- Cook, E. J., Randhawa, G., Sharp, C., Ali, N., Guppy, A., Barton, G., . . . Crawford-White, J. (2016). Exploring the factors that influence the decision to adopt and engage with an integrated assistive telehealth and telecare service in Cambridgeshire, UK: a nested qualitative study of patient ‘users’ and ‘non-users’. *BMC Health Services Research*, 16(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1379-5>
- Eriksson, L., Lindstrøm, B. & Ekenberg, L. (2011). Patients’ experiences of telerehabilitation at home after shoulder joint replacement. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(1), 25–30. <https://doi.org/10.1258%2Fjtt.2010.100317>
- Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Giordano, R., Clark, M. & Goodwin, N. (2011). *Perspectives on Telehealth and Telecare: Learning from the 12 Whole System Demonstrator Action Network (WSDAN)*. (WSDAN briefing paper) Hentet fra <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/perspectives-telehealth-and-telecare>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Guise, V., Anderson, J. & Wiig, S. (2014). Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature. *BMC Health Services Research*, 14, 588. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0588-z>
- Guise, V. & Wiig, S. (2017). Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. *BMC health services research*, 17(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2098-2>
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Helsedirektoratet (2019). *Velferdsteknologi*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer* (Meld. St. 25 (2005–2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 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 omsorgsdepartementet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* (Meld. St. 11 (2018–2019)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/sec>
- Karlsen, C., Ludvigsen, M. S., Moe, C. E., Haraldstad, K. & Thygesen, E. (2017). Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 15(12), 2913–2980. <https://doi.org/10.11124/JBISRI-2017-003345>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Johannessen, T. B., Storm, M. & Holm A. L. (2019). Safety for older adults using telecare: Perceptions of homecare professionals. *Nursing Open*, 6, 1254-1261. <https://doi.org/10.1002/nop2.32>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nakrem, S., Solbjør, M., Pettersen, I. N. & Kleiven, H. H. (2018). Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2835-1>
- Norsk Sykepleierforbund (2012). *Innspill til stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet fra <https://www.nsf.no/nsf-mener/horingsuttalelser>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence For Nursing Practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Radhakrishnan, K., Jacelon, C. & Roche, J. (2012). Perceptions on the Use of Telehealth by Homecare Nurses and Patients with Heart Failure: A Mixed Method Study. *Home Health Care Management & Practice*, 24(4), 175–181. <https://doi.org/10.1177%2F1084822311428335>
- Scott Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K. & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 4–12. <https://doi.org/10.1177%2F1357633X16674087>
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. (2. utg.). Edinburgh, UK: Elsevier.