

**Digitalt natt-tilsyn i kommunal institusjon,
trygghets- og mestringsteknologiens muligheter
og
utfordringer**

Personalerfaringer knyttet til å ta i bruk digitalt natt-tilsyn på
sykehjem

Johanne Skram Sijstermans

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet, Oslo

Masteroppgave

Master i tjenesteutvikling til eldre

Antall ord: 25777

01.12.2022

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å utforske helsepersonells erfaringer med digitalt natt-tilsyn og om selve implementeringen på sykehjem eller omsorgsbolig.

Oppgaven er en utforskende og beskrivende studie hvor det er benyttet seks kvalitative semistrukturerte forskningsintervjuer ved fire forskjellige sykehjem for innsamling av data. I analysen er det benyttet tematisk analyse basert på metodebeskrivelsen til Virginia Braun og Victoria Clarke (2006).

Oppgaven er forankret i politiske føringer knyttet til velferdsteknologi og demensomsorg, og tidligere forskning om bruk av digitalt tilsyn på sykehjem diskuteres. Personsentrert omsorg og Modell for kvalitetsforbedring ble brukt som teoretiske perspektiver.

Funnene blir presentert som to hovedtemaer med tilhørende undertemaer. Det første hovedtema «Tilrettelagt tilsyn på natt» omhandler de kvaliteter det digitale tilsynet tilfører tjenesten som kommer både beboerne og nattevakten til gode. Det andre hovedtema «Implementeringens utfordringer» omhandler de utfordringer som oppstår ved implementering og bruk av digitalt tilsyn på sykehjem.

Det digitale tilsynet ledet til en hensiktsmessig tjeneste, men samtidig viser det seg at det kan oppstå flere utfordringer ved implementeringen. Nattevaktene erfarte bevisstgjøring rundt brukerbehovet, frigjøring av tid slik at de fikk endret arbeidspraksis og at det digitale tilsynet kunne være med på å hindre uønskede hendelser. I tillegg førte natt-tilsynet til mer ro i avdelingen og nattesøvnen for beboerne ble bedre tilrettelagt. I forhold til implementeringen opplevde nattevaktene at innføringen av det digitale tilsynet kunne lede til endringer, opplæringsbehov, teknologiskepsis og kompetansesvikt. Det digitale tilsynet var sårbart og ikke alltid til å stole på.

Nøkkelord: digitalt tilsyn, sykehjem, passiv varsling og helsepersonells erfaring

Abstract

The purpose of this study was to explore healthcare personnel's experiences with digital night-time surveillance and the actual implementation in a nursing home or care home.

The study is explorative and describing in which six semi-structured qualitative individual interviews with healthcare workers working night shift, have been used to collect data at four different nursing homes. Data has been analyzed through an inductive thematic analysis based on six analytic steps introduced by Braun & Clarke (2006).

The findings are presented as two main themes with corresponding sub-themes. The first main theme "Facilitated supervision at night" deals with the qualities that the digital supervision adds to the service, which benefits both the residents and the night healthcare workers. The second main topic "Challenges of implementation" deals with the challenges that arise when implementing digital supervision in nursing homes.

The healthcare workers experienced awareness of user needs and freeing up time so that they could change their work practices. They experienced that the digital supervision could help prevent unwanted incidents, in addition to more peace in the ward and the night's sleep for the residents was better facilitated. In relation to the implementation, the healthcare workers experienced that the introduction of the digital inspection could lead to changes, training needs, technology skepticism and a lack of competence. The digital surveillance system was vulnerable and not always reliable.

Keywords: monitoring technology, digital surveillance, healthcare professionals' experiences and nursing home

Forord

Min interesse for problematikken kommer gjennom mitt arbeid som fysioterapeut på korttidsavdeling der jeg har møtt mange pasienter med søvnproblematikk. I tillegg ble interessen vekket i meg gjennom masteremne velferdsteknologi på VID. Denne masteroppgaven er skrevet på deltid ved siden av jobb. Skriveprosessen har vært lærerik, men også krevende.

Det er mange som fortjener en stor takk for at denne masteroppgaven kom i havn. Først vil jeg takke min veileder, Nina Jøranson, for hennes positive innstilling og interesse for prosjektet og for gode grundige, og konstruktive tilbakemeldinger.

Jeg vil også takke informantene som var med i undersøkelsen og bidro med kloke tanker og innspill i intervjuene. Dette prosjektet ville ikke blitt noe av uten dere. Takk også til avdelingsleder ved fysioterapiavdelingen der jeg jobber, for all støtte og tilrettelegging gjennom studiene.

Til sist vil jeg takke min nærmeste familie, min mann og mine tre barn, for at dere har heiet på meg, vist støtte og tålmodighet i denne tidkrevende prosessen.

Bærum, desember 2022.

Johanne Skram Sijstermans

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for tema	1
1.2	Studiens hensikt og problemstilling	3
1.3	Oppgavens struktur.....	4
2	Teoretisk referanseramme	5
2.1	Litteratursøk.....	5
2.2	Beboere på sykehjem.....	6
2.3	Organisering av natt-tjenesten på et sykehjem.....	8
2.4	Søvn hos eldre sykehjemsbeboere.....	8
2.5	Velferdsteknologiske løsninger	9
2.6	Tjenesten digitalt natt-tilsyn	11
2.6.1	Beskrivelse av teknologien.....	11
2.6.2	Lovgivning ved bruk av digitalt tilsyn/ Inngripende teknologi.....	12
2.7	Erfaringer om digitalt tilsyn	13
2.7.1	Ansattes erfaringer med bruk av digitalt tilsyn	13
2.7.2	Digitalt tilsyn som en trygghetsteknologi	14
2.7.3	Digitalt tilsyn, kompetanse- og organisatoriske utfordringer.....	15
3	Teoretiske perspektiver	16
3.1	Personsentrert omsorg (PSO)	16
3.2	Modell for kvalitetsforbedring.....	19
3.3	Oppsummering	23
4	Metode.....	24
4.1	Studiens design	24
4.2	Forforståelse	25
4.3	Kvalitativt forskningsintervju.....	25
4.4	Strategisk utvalg	26
4.5	Gjennomføring av intervjuene.....	28
4.6	Analyse	31
4.6.1	Trinn 1: “tilvenning”	32

4.6.2	Trinn 2: “koding”	32
4.6.3	Trinn 3: “søk etter tema”	33
4.6.4	Trinn 4: “gjennomgang av temaene”	34
4.6.5	Trinn5: “definering og navngivning av tema»	35
4.6.6	Trinn 6: “skrivning av rapporten”:	36
4.7	Verifisering av studien.....	36
4.7.1	Reliabilitet-pålitelighet.....	37
4.7.2	Validitet-gyldighet	37
4.7.3	Overførbarhet	38
4.8	Etiske vurderinger.....	38
4.8.1	Informert samtykke og konfidensialitet	39
4.8.2	Unngå skade	39
5	Resultater.....	41
5.1	Tilrettelagt tilsyn på natt	42
5.1.1	Endringer bevisstgjorde brukerbehov	42
5.1.2	Tilrettelegging for søvn.....	43
5.1.3	Frigjøring av tid endrer arbeidspraksis.....	45
5.1.4	Å være i forkant.....	46
5.2	Implementeringens utfordringer	47
5.2.1	Endringer og opplæringsbehov	47
5.2.2	Teknologiskepsis og kompetansesvikt.....	49
5.2.3	Teknologiens sårbarhet	50
6	Drøfting	52
6.1	Hvordan digitalt tilsyn påvirket tilsynet på natt	52
6.1.1	Understøtting av individuell omsorg.....	52
6.1.2	Understøtting av selvstendighet	54
6.1.3	Tilrettelegging for ro og noen etiske utfordringer.....	56
6.1.4	Å være i forkant.....	59
6.1.5	Hvordan finne tid til trøst	62
6.1.6	Endrede arbeidsmetoder og motstand	63
6.2	Implementeringens utfordringer	67
6.2.1	Kompetansesvikt	68
6.2.2	Betydningen av involvering og opplæring.....	69

6.2.3	Uklare implementeringshensikter	71
7	Konklusjon	74
7.1	Hovedresultater.....	74
7.2	Implikasjoner for praksis	74
7.3	Videre forskning.....	76
	Litteraturliste	78
	Vedlegg 1 Svar NSD.....	87
	Vedlegg 2 Samtykke	88
	Vedlegg 3 Intervjuguid.....	91

1 Innledning

I innledningskapittelet trekker jeg opp bakgrunnen for oppgaven. Jeg viser til hvilken kontekst den relateres til både forskningsmessig og politisk, samt hvorfor temaet er så viktig. På bakgrunn av disse forholdene utformer jeg min problemstilling og forskningsspørsmål som presiserer den. Deretter følger avslutningsvis et kort avsnitt hvor jeg redegjør for oppgavens oppbygging og struktur.

1.1 Bakgrunn for tema

Helsesektoren i kommunene har i lengre tid hatt, og vil i nær fremtid ha store utfordringer knyttet til å skape et bærekraftig helsevesen (NOU 2011:11; Meld. St. 29 (2012-2013); Meld. St. 26 (2014-2015); Omsorg 2020). Den demografiske utviklingen og manglende arbeidskraft med riktig fagkompetanse står for de største utfordringene. Det forventes flere fødte enn døde (fødselsoverskudd) frem til cirka 2050, hvor situasjonen snur og vi får et fødselsunderskudd (Tømmerås & Thomas, 2022, s.4). Delen av befolkningen som er 80 år eller eldre er storbrukere av helse- og omsorgstjenester (Tømmerås & Thomas, 2022, s. 14). Denne gruppen vil nesten bli tre ganger så stor innen 2060. Dette betyr en økning fra rundt 240 000 personer i dag til nesten 720 000 i 2060. Samtidig vil antallet personer som er 90 år eller eldre nå 210 000 ved 2060 (Tømmerås & Thomas, 2022, s. 13-22). En forventet vekst i antall personer over 90 år vil forsterke behovet for helse- og omsorgstjenester og dermed vil presset på heldøgns plasser på institusjon også øke (Helsedirektoratet, 2012, s. 24 og 25; Meld. St. 29 (2012-2013), s. 36).

Den sterke veksten i eldre vil øke behovet for sysselsettingen i eldreomsorgen med 75 % i løpet av 20 år (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 45). Det forventes en underdekning på nær 18.000 helsefagarbeidere og 28.000 sykepleiere frem mot 2035 (Hjemås et al., 2019, s. 49-57). Norge er ikke alene om denne utviklingen (Meld. St.26 (2014-2015), s. 36-39; Thygesen, 2019, s.38). I mange land skrives det om demografiske og økonomiske utfordringer som den vestlige verden står ovenfor, i flere offentlige dokumenter og utredninger (Meld. St.26 (2014-2015), s. 36-39). Det forventes mangel på omsorgspersonell og økende forventninger og kostnader i offentlig velferd (Meld. St.26 (2014-2015), s. 36-39).

Gapet mellom bemanning og behov for tjenester gjør at omsorgstjenestene må utføres på andre og mer effektive måter. Det vil være behov for å finne nye og innovative løsninger for å kunne tilby faglig gode tjenester til brukeren innen helse- og omsorgssektoren. Politiske dokumenter og meldinger fra stortinget mener at økt bruk av velferdsteknologiske løsninger er en av flere faktorer som kan bidra til en mer bærekraftig omsorgstjeneste (Helsedirektoratet,2020; NOU 2011:11; Meld. St. 29 (2012-2013); Meld. St. 26 (2014-2015); Omsorg (2020)). Teknologi kan innenfor helse- og omsorgsfeltet, bidra til å gi brukeren nye muligheter til å mestre eget liv som igjen kan bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet (NOU 2011:11, s. 11.). Bruk av teknologi skal ikke erstatte menneskelig omsorg, men være en støtte for brukere, pårørende og helsepersonell (NOU 2011:11, s.98). En forutsetning for at eldre skal føle egenmestring er trygge omgivelser. Digitalt tilsyn kan bidra til trygghet og vil bli en viktig del av fremtidens omsorgstjeneste. Helsedirektoratet anbefalte digitalt tilsyn som et teknologisk satsingsområde (Helsedirektoratet, 2017, s. 5).

Samtidig viser en kunnskapsoppsummering om velferdsteknologi at velferdsteknologien i Norge utvikler seg raskt, og at det er viktig å tenke helhetlig rundt innovasjonsprosesser i kommunene. Oppsummeringen viser videre at ved innføring av teknologi står kommunene ovenfor vesentlige endringsutfordringer som er knyttet til organisasjon, kultur og samarbeid (Knarvik et al., 2017, s.20-24). Også Helsedirektoratet et al. (2021) viser i sin kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, at helsetjenestene står ovenfor en rekke barrierer ved innføring av velferdsteknologi. I tillegg til barrierer knyttet til organisasjon, kultur og samarbeid, fremhever de utfordringer med kompetanse, teknikk og regelverk (Helsedirektoratet et al., 2021, s. 48-54). Å ta i bruk velferdsteknologi dreier seg 20% om teknologi og 80% om organisering (NOU 2011:11, s. 99).

Helsepolitikken i Norge har søkelys på at mennesker skal bo lengst mulig hjemme. Det gjør at beboerne på kommunale institusjoner stadig blir eldre og mer skrøpelige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 70). Det bor ca. 39 000 mennesker på norske sykehjem (SSB 2022). Over 80% av de som har langtids plass i sykehjem, har demens sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 70). Tilsyn på natt i en institusjon har ofte store utfordringer med blant annet «nattevandrere», personer med kognitiv svikt som vandrer om natten og ikke finner tilbake til sengen. Vanligvis går nattevakten runder på rommet for å

kontrollere om beboerne ligger i sengen. Nattevakten vet da hvor beboeren er ved det aktuelle tilsynet, men kun når nattevakten er innom. Fysiske tilsyn kan dessuten forstyrre nattesøvnen til beboerne (Helsedirektoratet, 2017, s. 5).

Gjennom nye teknologiske løsninger er det utviklet ulike tilsyn av beboere, teknologien åpner for planlagte, hendelsesbaserte og kontinuerlige tilsyn. Med digitalt tilsyn, ved hjelp av kamera og en applikasjon, kan helsepersonellet på en institusjon raskt sjekke om alt står bra til med brukeren uten å være fysisk til stede (SINTEF, 2020, s. 6 og s. 8).

Forutsetninger for å lykkes med implementering av teknologi er valg av riktige brukere, samt forankring og opplæring av tjenesten. Helsepersonellet må kjenne til tjenesten for å kunne vurdere hvilke teknologiske løsninger som kan fungere for den enkelte bruker (Helsedirektoratet, 2017, s. 10). I 2021 ble det utgitt en kunnskapsoppsummering om internasjonale effekter av trygghets- og mestringsteknologier av Nasjonalt senter for e-helseforskning. Kunnskapsoppsummeringen avdekker et kunnskapshull da den viser at hverken kvalitative eller kvantitative effekter for helsepersonell er hovedfokus i noen av studiene (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2021, s. 3). Det finnes få studier som viser hvordan det digitale tilsynet kan lede til kvalitetsforbedring av tjenesten. Denne studien skal bidra med å kartlegge helsepersonells erfaring ved implementering av trygghetsteknologitypen digitalt tilsyn på natt. Dette er viktig ettersom erfaring fra ansatte som sluttbrukere er lite studert. Resultatene kan være verdifulle for de som planlegger å ta i bruk ny teknologi i omsorgstjenestene.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å utforske helsepersonells erfaringer med digitalt natt-tilsyn og om selve implementeringen på sykehjem eller omsorgsbolig. - Min problemstilling blir derfor:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av digitalt natt-tilsyn i kommunal institusjonsbasert omsorg?

For å besvare denne problemstillingen anvender jeg følgende to forskningsspørsmål:

1. Hvilke fordeler og ulemper erfarer helsepersonell ved bruk av digitalt natt-tilsyn?
2. Hvordan erfarte helsepersonellet implementeringsprosessen av digitalt natt-tilsyn?

1.3 Oppgavens struktur

Innledningsvis i denne oppgaven har jeg gjort rede for tema og bakgrunn for min studie med problemstilling og forskningsspørsmål. Resten av denne studien er organisert som følger.

Kapittel 2 går gjennom begreper og bakgrunn relatert til problemstillingen. Det redegjøres for litteratursøket og deretter beskrives en tematisk gjennomgang av relevant litteratur knyttet til tematikken. I kapittel 3 beskrives Personsentrert omsorg og Modell for kvalitetsforbedring som teoretisk rammeverk for studien. I kapittel 4 redegjøres det for valg av design, bruk av metode og analysen. I kapittel 5 presenteres hovedfunnene i studien, og i kapittel 6 blir problemstilling og studiens funn drøftet på bakgrunn av tidligere forskning og teoretisk rammeverk. Det avsluttes med en konklusjon i kapittel 7, med implikasjon for praksis og anbefalinger for videre forskning.

2 Teoretisk referanseramme

Dette kapitlet presenterer relevant litteratur knyttet opp mot problemstillingen. Først redegjøres for litteratursøket som er utført, deretter beskrives beboere på sykehjem, beskrives organisering av natt-tjenesten på et sykehjem, beskrives søvn hos eldre sykehjemsbeboere, redegjøres for begrepet velferdsteknologi og avklares hva tjenesten digitalt tilsyn innebærer. I tillegg vil jeg gjøre en tematisk gjennomgang av relevant litteratur på feltet. Dette kapitlet plasserer oppgaven i en teoretisk kontekst, og den teoretiske referanserammen er avgjørende for senere i oppgaven å forstå og analysere funnene mine (Sverdrup, 2020, s. 37).

2.1 Litteratursøk

I søk etter litteratur har jeg brukt søkemotorene PubMed, Cinahl, ERIC, Google Scholar, AMED og mbase. Disse er valgt ut fra at de gir treff på tidsskrifter innen fagfeltet omsorg og helse. I supplement til søk i databaser, gikk jeg gjennom litteraturlisten til de relevante artiklene, der jeg fant ulike forskningsartikler som også er relevante for studien, og som derfor også har blitt inkludert i denne litteraturgjennomgangen.

Basert på problemstillingen, lette jeg etter artikler som belyser erfaringer helsepersonell har hatt med å ta i bruk digitalt natt-tilsyn i sykehjem. Jeg startet søk etter litteratur høsten 2021, og gjentok systematiske søk våren 2022 og høsten 2022.

Søkeordene jeg har brukt er som følger:

Norsk: Digitalt tilsyn, digitalt natt-tilsyn, sensor teknologi, passiv varslings teknologi, trygghets- og mestringsteknologier, velferdsteknologi, helsepersonell, helsepersonells erfaringer, sykehjem og demens.

Engelsk (USA): Monitoring technology, welfare technology, assistive technology, telecare, digital surveillance, health professionals, health personnel, healthcare professionals' experiences, nursing home, residential care.

2.2 Beboere på sykehjem

En undersøkelse i Norge viser at det i 2020 finnes 101 000 personer med demens i Norge. Forekomsten øker med stigende alder, og den er betydelig etter 75-årsalderen. Demens er i dag den hyppigste årsaken til at eldre bor i sykehjem (Engedal, 2021, s. 26). Over 80% av de som har langtidsplass i sykehjem, har demens sykdom, men bare 55% av dem har en registrert demens diagnose (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 70). Ved normal aldring er det vanlig med noen hukommelsesvekkelser, men disse går ikke utover selvhjelpsevnen (Engedal, 2021, s. 24). Demens er et syndrom og ikke en sykdom (Wyller, 2018, s. 285). En demensdiagnose defineres ut fra ICD-10 kodeverk der minst to kognitive funksjonsområder svikter uttalt i dagliglivet, i tillegg til svikt i minst ett ikke-kognitivt mentalt funksjonsområde (Wyller, 2018, s. 285). Symptomene må ha hatt varighet på mer enn seks måneder, og personen må ha klar bevissthet (Engedal, 2021, s. 25).

Demens er progredierende, og mange vil få omfattende hjelpebehov (Engedal, 2021, s. 28-31). Mestringsevnen, personligheten og intellektuelle kapasitet vil påvirke symptombilde ved demens, særlig i starten av demensutviklingen (Engedal, 2021, s. 27). Det skilles mellom mild, moderat og alvorlig grad av demens. Ved mild demens ser man første tegn til sviktende hukommelse, spesielt for hendelser i nær fortid. Språkproblemer eller å utføre praktiske gjøremål kan være vanskelig ved mild grad av demens. I denne fasen klarer de fleste å kompensere. Langsom glir denne fasen over i moderat grad av demens. Ved moderat grad av demens er det lettere å oppdage at personen har demens. Personen med demens bringes lett ut av fatning da evnen til å klare seg i daglig livet blir redusert. Adferden endrer seg ofte merkbart. Noen pasienter har på grunn av manglende romorienteringsevne en tendens til å gå seg vill både på kjente og fremmende steder. Balansen er ofte redusert. Ved alvorlig grad av demens har personen store hukommelsesproblemer og orienteringsproblemer, sterk redusert evne til språklig kommunikasjon. Personen med demens er i denne fasen hjelpeløse på egen hånd og har ofte behov for heldøgns omsorg. Kroppslig uro og apati preger mange i denne fasen. Evnen til å holde på urin og avføring kan gå tapt, og mange har balansesvikt og gangproblemer (Engedal, 2021, s. 28-31).

Nesten alle personer med demens vil i løpet av en demenssykdom ha adferdsmessige symptomer. Ulike begreper brukes om disse symptomene, som ikke kognitive symptomer ved demens, utfordrende adferd, problematisk adferd, men mest benyttet er adferdsmessige og psykiske symptomer ved demens og nevropsykiatriske symptomer ved demens (Engedal, 2021, s.37). Nevropsykiatriske symptomer ved demens kan skape utfordringer for omgivelsene for de med demens, og det er viktig at tjenestene innrettes slik at slike adferdsproblemer kan håndteres (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 32-33). Det som oftest oppleves vanskelig for personell i institusjoner er å forholde seg til aggressivitet og irritabilitet. Det er vanskelig fordi det er mange faktorer som kan bidra til slik adferd. Eksempler på slike faktorer er demenstypen, personlighetsendringer hos personen, manglende forståelse av egen svikt og sviktende samhandling mellom personen med demens og miljøet. Høyt stress og angstnivå hos personen med demens gjør at små endringer i miljøet kan utløse irritabilitet eller aggresjon. Aggressiv adferd ses ofte i samhandling mellom to eller flere personer. Angst og psykotiske vrangforestillinger kan også føre til aggressivitet (Engedal, 2021, s. 41).

Interesseløshet eller apati er den vanligste adferdsendringen for personer med demens. Det medfører passivitet og interesseløshet. Det motsatte kan også oppstå, nemlig at personen med demens er rastløse og motorisk urolig. Noen har tendens til å vandre. De går opp og ned korridorene på sykehjemmet. Rastløshet og uro kan være uttrykk for at man savner sine vanlige aktiviteter. For å forstå rastløsheten er det viktig å kjenne til personens tidligere yrker og interesser. Uro og rastløshet som starter brått kan være tegn på delirium, oppstått på grunn av behandling med antipsykotiske legemidler eller være tegn på psykose. Hyperaktivitet krever utredning (Engedal, 2021, s. 39).

Det er vanlig at personer med demens har motoriske symptomer. Disse symptomene kommer fram allerede tidlig i forløpet. Det er vanlig for personer med demens at de ha nedsatt evne til å koordinere bevegelser og holde balanse. Dermed øker risikoen for fall (Engedal, 2021, s. 42).

Mange med demens har språklige utfordringer. Disse språklige problemene kan gjøre at personer med demens har problemer med å uttrykke sine behov. Ved demens kan hjernens to språksentre være skadet, og motoriske og sensoriske språkproblemer kan oppstå. Brocas

språksenter ligger i overgangen mellom venstre pannelapp og tinningslapp. Dette området brukes når vi danner ord. Wernickes språksenter ligger bakerst i tinningslappen og brukes når man skal forstå meninger med ord som utales av andre og en selv. Talen kan bli sen og usikker. Den blir ofte preget av gjentakelser av ord og setninger. Manglende evne til å forstå andre kommer ofte sent i forløpet av demens (Engedal, 2021, s. 34 og 35). Forståelsessvikt eller agnosi forekommer som oftest ved alvorlig grad av demens (Engedal, 2021, s. 35).

2.3 Organisering av natt-tjenesten på et sykehjem

Sykehjem er et hjem for de aller svakeste i samfunnet (SINTEF Digital, 2020, s. 5). De fleste beboerne på et sykehjem trenger omfattende hjelp som inkluderer både medisinsk og pleiende hjelp. Derfor kan det være utfordrende å ivareta behovene til beboerne (Ingstad, 2012, s. 5; SINTEFDigital, 2020, s. 5). Kommunen har ansvaret for tilbudet om opphold i sykehjem, og et sykehjem skal tilby heldøgns tjenester med nødvendige og forsvarlige helsetjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Nattarbeid på sykehjem regnes for arbeid mellom klokken 21 og klokken 06 (arbeidsmiljøloven). Ved tradisjonelle tilsynsrunder på natt går de ansatte innom alle rom til faste tider for å kartlegge beboeren (SINTEF Digital, 2020, s. 15). Kartlegging av pasientens tilstand er en sentral oppgave i arbeidet med å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 23). Kartleggingen har en svært viktig forebyggende funksjon. Ved å oppdage uønskede endringer i beboerens tilstand kan man forhindre eller bremse negativ sykdomsutvikling (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 24). Nattevakten på et sykehjem kan ha flere oppgaver som blant annet inkontinenspleie, medisinerings og de kan hjelpe beboere med stillingsendringer (Fetveit & Bjørvatn, 2012). Viktige oppgaver på natt kan også være å vise omsorg for beboerne og imøtekomme og kartlegge beboernes behov (Johansen, 2021).

2.4 Søvn hos eldre sykehjemsbeboere

Forekomsten av søvnvansker hos eldre er høyere enn resten av befolkningen og forekommer oftere med kroniske sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2014). Personer med mild grad av demens har vanligvis normal søvnrytme, men når demenstilstanden progredierer, blir søvnrytmen mer og mer forstyrret i form av innsovningsvansker og hyppige korte

oppvåkingsperioder på natten. Mange oppvåkninger leder til mindre dyp søvn, dermed blir kvaliteten på søvnen og effektiviteten på søvnen redusert. Spesielt ved demens med lewylegemer er søvnen forstyrret, også i en tidlig fase av sykdommen (Engedal, s. 41). Hos sykehjemsbeboere er det høy forekomst av innsovningsvansker, hyppige oppvåkninger og tidlig morgenoppvåkninger (Fetveit & Bjørvatn, 2012, s. 3). Årsakene til redusert søvnkvalitet kan komme av aldersrelaterte fysiologiske årsaker, patologiske årsaker, men også av at sykehjemmene er dårlig tilrettelagt for søvn (Fetveit & Bjørvatn, 2012, s. 3). Uheldige pleierutiner kan være med på å forstyrre nattesøvnen. I tillegg er lys, lyd og forstyrrelser fra andre pasienter på rom miljøfaktorer som kan forstyrre natteroen på et sykehjem (Fetveit & Bjørvatn, 2012, s.3).

Det er en klar sammenheng mellom søvnforstyrrelser og redusert kognitiv funksjon hos den eldre befolkningen (Dzierzeski et al., 2018). Søvn forstyrrelser er et stort problem for de som har demens på grunn av reduksjon i produksjonen av melatonin. En slik reduksjon fører til vansker med innsovning, forstyrrelse av søvn og vansker med å holde seg våken på dagtid (Van Someren et al., 1996). Petrovsky et al. (2018) fant i sin systematiske oversikt at søvnforstyrrelser hos mennesker med demens ledet til forverret livskvalitet, redusert fysisk funksjon, økt adferdsforstyrrelser og kortere levetid.

Behandlingen av søvnproblemer kan enten behandles med medisiner eller med miljøtiltak. Miljøtiltak kan blant annet være å lukke dører, skru ned lyden på TV og radio etter klokken 21, bruke lommelykt ved nattlig pleierutine og å planlegge inkontinenspleie slik at det blir minst mulig grad av oppvåkning (Fetveit & Bjørvatn, 2005, s. 1677).

2.5 Velferdsteknologiske løsninger

Begrepet velferdsteknologi er sammensatt av «velferd» og «teknologi». Dette innebærer at begrepet kan knyttes til utviklingen av velferdsmodellen for helse- og omsorgstjenester (Knutshaug & Nakrem, 2018, s.17). I Danmark ble begrepet velferdsteknologi introdusert i 2007, og begrepet brukes mest i Danmark og i Norge. At det brukes mest i disse landene kan skyldes at ordsammensetningen velferd og teknologi gir god mening innenfor den Nordiske velferdsmodellen. Særlig etter Hagen utvalgets innstilling NOU 2011:11 «Innovasjon i

Omsorg» har velferdsteknologien fått fotfeste (Helsedirektoratet, 2012, s. 14 og 15). I andre deler av verden brukes ord som «telecare», «telehealth», «m-health», «m-care», «telemedicine», «personal connected health» for delområder innenfor NOU 2011: 11 sin definisjon av velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2015, s. 8).

Velferdsteknologi er et begrep som brukes svært vidt i norske helsepolitiske og vitenskapelige tekster som er opptatt av helse- og omsorgstjenestene (Thygesen, 2019, s. 26). Begrepet kan forsvares ved å erkjenne at det ikke er gitte egenskaper ved teknologien, men bruks- og tjenestesammenhengene som definerer noe som velferdsteknologi. Det norske og nordiske begrepet søker å favne alle mulige grupper i samfunnet som kan ha nytte av velferdsteknologiske løsninger (Knutshaug & Nakrem, 2018 s.17). Velferdsteknologi brukes av personer som mottar helse-, omsorgs og velferdstjenester, tjenesten kan utøves av ansatte på avstand og den involverer digitale eller IKT-løsninger (Thygesen, 2019, s. 26 og 27). Velferdsteknologien brukes i Norge som et samlebegrep, og omfatter også begreper som «helse- og omsorgsteknologi», «m-helse», «e-helse» og «telemedisin». Ifølge Nasjonalt senter for e- helse er velferdsteknologi bruker-orientert teknologi som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes opplevelse av trygghet, sikkerhet, selvhjelpsferdigheter, deltakelse og livskvalitet (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2021, s. 4).

I en kunnskapsoppsummering om trygghets- og mestringsteknologi gjort av nasjonalt senter for e-helseforskning kommer det fram at trygghets- og mestringsteknologier er den velferdsteknologiske løsningen som er mest utbredt i kommunene (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2021, s. 4). Med trygghets og mestringsteknologi menes lokaliseringsteknologi, elektronisk medisin støtte, elektronisk dørlåser, digitalt tilsyn, digitale trygghetsalarmer og resepsjonstjenester (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2021, s. 4). Målet med trygghets- og mestringsteknologi er at brukeren skal føle trygghet for at man kan få hjelp når man har behov for det (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 18). I tillegg skal teknologien muliggjøre at mennesker bedre kan mestre egen helse og sykdom (Helsedirektoratet, 2015, s.8).

2.6 Tjenesten digitalt natt-tilsyn

Digitalt tilsyn er en videreutvikling av den eldste velferdsteknologiske løsningen i Norge, nemlig trygghetsalarmen. Bruken av trygghetsalarmen kan gi en rekke praktiske utfordringer. Den virker bare innendørs, brukeren bærer ikke alltid alarmen på seg eller brukeren løser ikke ut alarmen av forskjellige årsaker. Trygghetsalarmen forutsetter også at brukeren er i stand til å tilkalle hjelp og den er avhengig av analoge telefonlinjer. Derfor er den blitt utviklet med digital standard og den er utviklet slik at man ikke lenger trenger å trykke på knappen for å tilkalle hjelp (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 19).

2.6.1 Beskrivelse av teknologien

Digitalt tilsyn kalles også passiv varslingsteknologi eller sensorteknologi. Tjenesten digitalt tilsyn tilbys for å øke sikkerheten for personer i hjemmet og på institusjon. En passiv varslingsteknologi innebærer at beboeren ikke trenger å trykke aktivt på en alarmknapp, men teknologien følger med på brukerens bevegelser. I stedet blir personalet varslet ved uønskede hendelser slik som fall, fravær fra seng, vannlating i seng og åpning av dører og vindu. Sensorene blir stilt inn ut ifra brukerens individuelle behov (Helsedirektoratet, 2017, s. 5 og 15).

Teknologien består av en eller flere sensorer som sengematter\ sensorlaken og en applikasjon eller en digital plattform. Sengemattene varsler ved fravær i sengen. Digitalt tilsyn kan også inneholde bruk av kamera, som vil gi et bilde av situasjonen når den eventuelt skulle oppstå. I kameraet finnes sensorer, som varsler om uheldige hendelser, som for eksempel fall ut av sengen (Helsedirektoratet, 2017, s. 5 og 15). Sensorene inni kamera kalles digitale masker og er et digitalt gjerde eller snor. Den som stiller inn kameraet kan bestemme hvor denne masken skal gå. Alarmen går når masken brytes. Hvis det ønskes at det varsles når pasienten går ut av døra innstilles masken i kamera slik at den varsler ved døra. Masken kan også varsle når pasienten går ut av sengen (SINTEF, 2020, s. 24). Digitalt tilsyn muliggjør altså videotilsyn og bevegelsesvarsling som igjen gjør det mulig å utføre avanserte bevegelsesanalyse. Dermed kan man håndtere pasientuhell raskere. Tilsynet blir

utført på PC, mobil eller nettbrett der man får tilgang på en filmsnutt (Helsedirektoratet, 2017, s. 5 og 15).

I stedet for at helsepersonell oppsøker beboer flere ganger i løpet av natten, kan videokameraet gi alarm dersom det er behov for tilsyn. Vanlig fysiske natt-tilsyn erstattes dermed med digitale tilsyn (Helsedirektoratet, 2017, s. 5 og 15). Beboeren slipper dermed å bli vekket og behovet for støtte, fysisk besøk og hjelp reduseres (Helsedirektoratet, 2017, s. 5 og 15).

I forhold til praksis har tjenesten digitalt tilsyn tre hovedfunksjoner (SINTEF, 2020, s. 6):

1. Planlagt tilsyn: Ansatte kan utføre digitalt tilsyn visuelt uten fysisk å være til stede på et planlagt tidspunkt.
2. Hendelsesbasert tilsyn: Ved hjelp av sensorer i kamera kan det varsles om ulike hendelser basert på hva som skjer i rommet. Det kan for eksempel varsles om en beboer går ute av sengen, om beboer ikke kommer tilbake til sengen etter angitt tid eller det kan varsles hvis beboer roper om hjelp, setter seg opp i sengen, går ut døren. Når varselet går blir det sendt til ansatte via mobil, PC eller nettbrett og vedkommende kan raskt verifisere situasjonen ved å starte et digitalt tilsyn.
3. Kontinuerlig tilsyn: Tjenestemottaker kan bli våket over hvis det er behov for det, for eksempel hvis tjenestemottaker har risiko for anfall. På den måten kan helsepersonell våke over flere personer samtidig uten å fysisk være til stede i rommet.

2.6.2 Lovgivning ved bruk av digitalt tilsyn/ Inngripende teknologi

Inngripende teknologi betegnes som all sporings-, lokalisering-, overvåkings- og sensorteknologi som sender informasjon til tredjepersoner om pasient eller brukers situasjon/handlinger/bevegelser uten at brukeren selv initierer det (KS, 2021, s. 9). En stor andel av brukere som har digitalt tilsyn er ikke samtykkekompetente, og digitalt tilsyn regnes

som en inngripende teknologi. Det må derfor foreligge hjemmel i lov for å ta teknologien i bruk. Vedtaket fattes etter pasient og brukerrettighetsloven §4-6a for pasienter som ikke motsetter seg tiltak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-6a). Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, og det er tvil om vedkommende motsetter seg tiltaket, vil avgjørelsen kunne kreve tvangsvedtak av fylkesmannen i hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A (Thygesen, 2019, s. 41).

2.7 Erfaringer om digitalt tilsyn

Flere studier og en rapport beskriver digitalt tilsyn på sykehjem, og jeg vil nå presentere det tematisk.

2.7.1 Ansattes erfaringer med bruk av digitalt tilsyn

Noen rapporter, og enkelte studier beskriver ansattes arbeidserfaringer ved innføring av digitalt tilsyn i sykehjem. Blant annet beskrives ansattes arbeidserfaring i en kvalitativ studie der de innførte digitalt tilsyn på et sykehjem i Canada. Studien viser at digitalt tilsyn var en hensiktsmessig tjeneste som helsepersonellet hadde høy aksept for (Choukou et al., 2021, s.1). Helsepersonalet oppdaget lettere uønsket adferd, sikkerheten ble bedret, men det er viktig at teknologien blir godt integrert i det praktiske arbeidet (Choukou et al., 2021, s.1).

En fagutviklings artikkel og en SINTEF-rapport om digitalt tilsyn på sykehjem beskriver at nattevaktene synes gjennomføringen av tilsynene var blitt mer effektive. (Eitzen& Røhne, 2022; SINTEF, 2020, s.26). Effektivitet blir også trukket fram som et positiv aspekt ved arbeidserfaringen med digitalt tilsyn i to norske forskningsprosjekter. Forskningsprosjektet «Digitalt tilsyn-en reise i samhandling og samskapning» (Nilsen et al., 2017) bygger på pilotprosjektet «Digitalt nattilsyn» til Dugstad et al. (2015) Begge studiene beskriver ansattes erfaring med frigjort arbeidskapasitet fordi de digitale tilsynene tok mindre tid (Dugstad et al., 2015, s.11; Nilsen et al., 2017, s.38). Teknologien bedret samarbeidet for helsepersonellet og gjorde det lettere for de ansatte å hjelpe hverandre (Nilsen et al., 2017, s.38).

Begge studier beskriver at nattevaktene allikevel medførte merarbeid ved at de måtte lære seg mye nytt. Teknologien er en ny tjeneste, som medførte samskapning mellom brukere og teknologiutviklere. Behovet for økt IT-støtte ble også beskrevet som en utfordring (Dugstad et al., 2015, s.11; Nilsen et al., 2017, s.7). Den ene studien beskriver kommunikasjonen mellom teknologene og helsepersonellet som en betydelig barriere (Dugstad et al., 2015, s.10). Denne kommunikasjonsbarrieren beskrives også i en annen studie om innføring av digitalt alarmsystem i eldretjenesten i tre norske kommuner. Denne studien viser at innføring av ny teknologi møtte mye motstand fra ansatte. Mye frustrasjon er knyttet til mangel på kommunikasjon og det som ble oppfattet som en ovenfra- og ned - prosess, blant annet fra selskapet som leverte systemet (Batt-Rawden et al., 2021, s.10-12).

I en kvalitativ studie om implementering erfarte ansatte at digitalt tilsyn bedre selekterte hvem som trengte hjelp mest og dermed kunne de vise omsorg til de som hadde mest behov (Hall et al., 2017, s.67). Helsepersonellet synes også teknologien var nyttig for å forstå beboernes adferd og bevegelsesmønster bedre gjennom å analysere informasjonen som teknologiene formidlet, men poengterte at dette var meget tidskrevende og en oppgave som var vanskelig å få innlemmet i en vanlig arbeidsdag (Hall et al., 2017, s.67).

2.7.2 Digitalt tilsyn som en trygghetsteknologi

Selv om digitalt tilsyn oppleves som trygt, ble det uttrykt bekymringer om reduksjon i fysiske tilsyn. Ansatte beskrev bekymringer for å miste verdifull informasjon om brukeren, som vurderinger nattevakten gjør gjennom ulike observasjoner gjennom fysisk tilsyn (Dugstad et al., 2015, s.11). Flere studier belyser utfordringer knyttet til usikkerhet rundt teknologien. Teknologien virker ikke alltid og dette skaper utrygghet (Batt-Rawden et al., 2021, s.12; Hall et al., 2017, s.66; Niemeijer et al., 2014, s.33; Nilsen et al., 2017, s.25). Dette igjen reduserer motivasjonen for å bruke teknologien (Batt- Rawden et al., 2021, s.12 og 14). En studie beskriver en høy frekvens av falske alarmer som ga ansatte mer jobb og byrde (Hall et al., 2017, s.66). En annen studie beskriver at sykepleiere ble utsatt for alarmutmattelse, i tillegg til at feil oppstår ved at personalet glemmer å skru av deler av utstyret. På grunn av disse tekniske problemene fortsatte sykepleierne å gå fysiske runder slik at de kunne holde seg i fysisk nærhet av beboerne (Niemeijer et al., 2014, s.33).

2.7.3 Digitalt tilsyn, kompetanse- og organisatoriske utfordringer

Digitalt tilsyn er en ny tjeneste på sykehjem der det kan oppstå utfordringer i forhold til kompetanse. To av studiene beskriver behov for ny kunnskap som er knyttet til teknologien, men også til organisasjonsendringer. Kommunikasjonsbehovene mellom skift og mellom profesjons- og yrkesgruppene øker (Dugstad et al., 2015, s.12; Nilsen et al., 2017, s.33-37). Den ene studien beskriver behov for å ivareta vikarer og andre ansatte, slik at kommunen kan håndtere teknologien i perioder også dersom fast personalet ikke er til stede (Dugstad et al., 2015, s.12). Den andre studien belyser problemstillinger i forhold til erfaring fordi ekstrahjelpere ikke innehar nødvendig kompetanse og holdninger for samskapning. For lite utbredelse av teknologien gjør det også vanskelig å holde kompetansen ved like (Nilsen et al., 2017, s.21 og 22).

Overgangen til ny teknologi går lettere om det psykososiale miljøet er godt på arbeidsplassen, når riktig folk blir rekruttert til nye jobber og når det skapes en kultur for innovasjon (Batt-Rawden et al., 2021, s.14-18). I følge Batt-Rawden et al. (2021, s.11), kommer ny teknologi med utfordringer og det er derfor viktig å sette av tid til innføringen (Batt-Rawden et al., 2021, s. 14-18). Eitzen& Røhne (2022) beskriver at etisk refleksjoner, hvor ansatte fikk lov til å dele erfaringer og bekymringer knyttet til kamerabasert tilsyn og diskutere hvordan teknologien fungerte, kan bidra til økt forståelse og trygghet for de ansatte i forhold til bruken av digitalt tilsyn (Eitzen & Røhne, 2022). En annen studie beskriver mindre forståelse ved bruken av teknologien fordi pårørende, beboere og noen arbeidstakere ikke har vært involvert ved diskusjoner og avgjørelser som ble tatt ved implementeringen av teknologien (Hall et al., 2017, s.69). Niemeijer et al. (2014, s. 36-37) foreslår at før man innfører digitalt tilsyn er det viktig at ledelsen sammen med personalet klargjør hva som er hensikten med innføring av teknologien, og hvilke praktiske og organisatoriske forhold som må legges til rette før innføringen av teknologien. I tillegg bør det utføres en analyse av fordeler og risikoer ved innføring av teknologien.

3 Teoretiske perspektiver

I sykehjem bor det mange med kognitiv svikt og 80 % har demens (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 70). I et personsentrert omsorgsperspektiv skal enhver intervensjon i demensomsorgen ha som mål å bevare personverdet (Kitwood, 1999). Jeg ønsker derfor å anvende det teoretiske perspektiv knyttet til personsentrert omsorg i denne studien. Innføring av digitalt natt-tilsyn er ment som en kvalitetsforbedring av tjenesten. Modellen for kvalitetsforbedring vil kunne bidra til å øke forståelsen for hvilke erfaringer helsepersonellet har gjort seg i forhold til selve implementeringsprosessen av det digitale tilsynet. De teoretiske perspektivene vil bli brukt under diskusjonskapittelet for å utforske og drøfte erfaringer informantene har hatt etter å ha tatt i bruk det digitale tilsynet. I tillegg har de blitt brukt som inspirasjon ved utforming av intervjuguiden.

3.1 Personsentrert omsorg (PSO)

Personsentrert omsorg (PSO) har i de senere årene vært den ønskede omsorg standarden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 64; Meld. St.15 (2017-2018), s. 149).

Personsentrert omsorg tilrettelegger for den enkelte og har stor betydning for tjenesten, for forebygging og behandling av adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. I nasjonalfaglig retningslinjer for demens blir personsentrert omsorg tydelig anbefalt (Helsedirektoratet, 2017, s. 15 og 16). Selv om det forskes mye på feltet finnes det ikke i dag noe medisinsk behandling for demens og miljøtiltak er derfor hjørnesteinen i demensbehandlingen (Wyller, 2018, s. 302). Målet med miljøbehandling er bredt beskrevet i litteratur. Hensikten er å hjelpe pasienten med demens til å leve et så godt liv som mulig, og å opprettholde sitt funksjonsnivå så langt det er mulig. Det er viktig å hjelpe personen å skaffe oversiktighet, trygghet og stabilitet. Brå skiftninger og et kaotisk ytre miljø vil lett forvirre en person med demens og vedkommende kan bli engstelig og urolig (Wyller, 2018, s. 302 og 303).

De fleste som arbeider med personer med demens har til hensikt og et ønske om å gi god omsorg. God omsorg kjennetegnes av møter der man opplever å bli satt pris på som en verdifull person. Dette er kjerneverdien i personsentrert omsorg (Mjørud & Røsvik, 2021, s.

11). Personsentrert omsorg har sine røtter i Carl Rogers` klientsentrert terapi, mens sosialpsykologen Tom Kitwood regnes for omsorgsfilosofiens grunnlegger (Brooker, 2013, s. 10). I boka *Dementia reconsidered-the person comes first (1997)* utfordret Tom Kitwood den biomedisinske forståelsen av demens, som i den tid hovedsakelig definerte demens som graden av tap av hjernebark (Brooker, 2013, s. 11-12). Kitwood (1997) ønsket at det var personen og ikke sykdommen som skulle bli behandlet. For å løfte frem personen utviklet han begrepet «personhood» som vi på norsk kaller «personverd» (Brooker, 2013, s. 12). Han mente «personverd» handler om respekt og anerkjennelse av personens identitet. I følge Kitwood (1999) er mennesket et sosialt vesen som får bekreftet sin verdi i møte med andre (Kitwood,1999, s. 18). Personer med demens kan etter hvert trenge hjelp fra andre til å holde fast på sin historie. For å støtte personen med demens til å ivareta sin identitet gjennom sykdomsforløpet er det viktig at personene i omsorgsmiljøet har kunnskap om personens livshistorie og ha evnen til å vise empati (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 59). Personer med demens finner verdi i hvem de er ved at andre bryr seg om dem. Det vil si at det etter hvert blir viktig å bli verdsatt for hvem man er enn for hva man gjør (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 73).

For at folk skal kunne bevare sin personverd må visse grunnleggende behov være dekket. De viktigste psykologiske behov hos folk med demens er trøst, tilknytning, inkludering, bekreftelse og identitet, samt kjærlighet. Det er en forutsetning at helsearbeidere og omsorgspersoner imøtekommer disse behovene for å lykkes med personsentrert omsorg (Kitwood, 1999. s.90-92). Grensen mellom behovene er ikke klare, men de overlapper hverandre. Om ett av behovene blir dekket, vil det påvirke de andre. Kitwood beskriver at følelseslivet til personer med demens kan bli mer intenst. Samtidig kan de bli mer sårbare ved at de ikke så lett som før klarer å sørge for at disse behovene blir dekket (Mjørud & Røsvik, 2021, s.14 og 15). Kitwood beskrev omsorgspraksiser og det sosiale miljøet som personer med demens oppholder seg i som enten støttende eller som nedbrytende (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 18). I et omsorgsmiljø der ikke personverdet blir støttet vil utfordrende adferd, fortvilelse og apati være vanligere. Hvis personverdet preger omsorgsmiljøet derimot, så forventes det større grad av trivsel og sosial trygghet (Brooker, 2013, s.12). I en institusjon vil helse- og omsorgspersonalet prege det sosiale miljøet personen med demens bor i. For å skape et sosialt miljø der personen med demens skal trives og fungere best

mulig, er det viktig at helse- og omsorgspersonalet har kunnskap om demens, om den enkelte person, om kommunikasjon med personer med demens og med miljøbehandling. Det er derfor essensielt å tilpasse omsorgen til den enkelte slik at de grunnleggende psykologiske behovene ivaretas (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 23). Kartlegging av funksjonsnivå og hjelpebehov er viktig for å kunne best mulig tilrettelegge for deltakelse i en aktivitet. Å være aktivt er viktig for å vedlikeholde evner og ferdigheter lenger. En person som får brukt ressursene sine, blir mer fornøyd og får bedre helse (Mjørud & Røsvik, 2021).

Det å beskrive hva personsentrert omsorg er og inneholder kan være vanskelig, derfor kreerte Dawn Brooker, en britisk psykolog, VIPS-rammeverket (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 12). VIPS-rammeverket er utformet for å hjelpe tjenestetilbydere til å tenke systematisk igjennom utfordringer knyttet til å gi personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s. 19). Akronymet VIPS inneholder fire elementer, som kjennetegner tilnærmingen og som må være med for at omsorgen skal være personsentrert (Brooker, 2013, s. 8-9).

V-står for verdi. Verdigrunnlaget anerkjenner menneskets verdi uavhengig av funksjonsevne (Brooker, 2013, s. 9). Dette gjelder både pleiere og pasienter (Røsvik, et al., 2016, s.10). Personen med demens skal bli sett og hørt som et unikt menneske som har behov og følelser. Pleierne skal også bli sett og hørt, få utviklet sin faglige kompetanse og få tid til å gjøre det som er det beste for pasienten (Røsvik, et al., 2016, s.10).

I-står for individuell tilpasning. Tilnærmingen har søkelyset på det individuelle i hvert menneske. Personsentrert omsorg handler om å yte omsorg på et individuelt grunnlag (Brooker, 2013, s. 47). Personen skal ikke bli behandlet bare ut fra sin diagnose, personen skal være fremtredende og akseptert for de ansatte. Hverdagsaktiviteter skal baseres på personens livsstil, preferanser og behov for aktivitet og beskjeftigelser (Brooker, 2013, s. 47).

P-står for personens perspektiv. Det er sentralt å forstå personens perspektiv. Å ta perspektivet til personen med demens er et kjennetegn ved utøvelsen av personsentrert omsorg og er den tredje grunnpilar i VIPS-rammeverket. Empati, trivsel og velvære til personene med demens er viktige elementer for å utøve personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s. 61).

S- står for støttende miljø. Det er viktig å etablere et støttende miljø for personen. Å verdsette mennesket er sentralt i personsentrert omsorg. Det er viktig å verdsette personen med demens og pleierne som har omsorg for dem. Denne verdisettingen må gjennomsyre organiseringen og komme til klartekst i forbindelse med verdierklæringer, opplæring, ansettelse, standarder, retningslinjer og prosedyrer (Brooker, 2013, s. 27). Denne grunnpilaren handler om å lage et trygt miljø for personen med demens der personen føler seg velkommen, inkludert, tatt på alvor og har mulighet til å delta (Brooker, 2013, s. 82).

Alle de fire grunnpilarene i VIPS-modellen er like viktige (Brooker, 2013, s.10). Et omsorgsmiljø som anerkjenner og innlemmer VIPS pilarene i sin praksis vil ha et sterkt omsorgsmiljø som setter individet i sentrum, samtidig som det sosiale miljøet løftes fram (Røsvik et al., 2016, s.228-229).

I denne studien vil personsentrert omsorg, som et teoretisk perspektiv, kunne knyttes til hensikter ved bruk av digitalt natt-tilsyn, som å møte behovet for trygghet.

3.2 Modell for kvalitetsforbedring

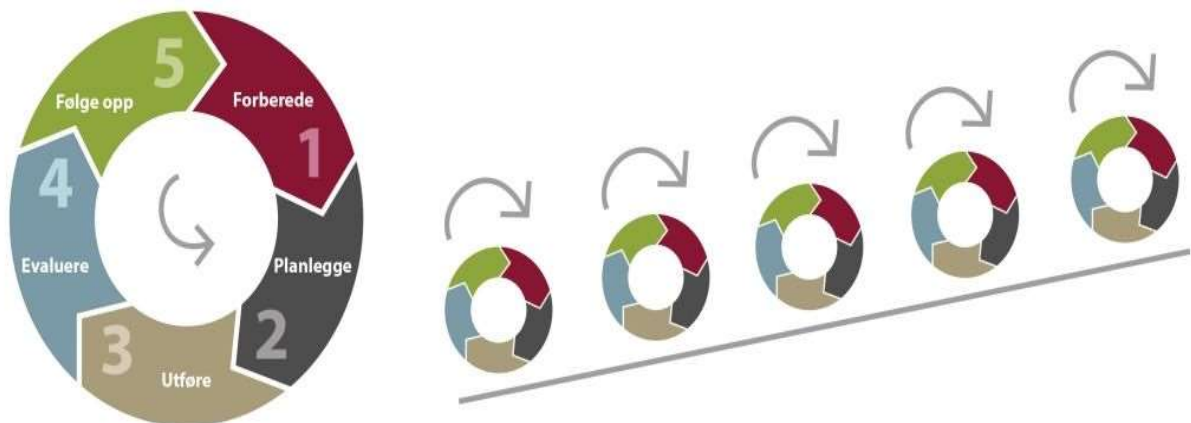
Det kommunale helse- og omsorgstjenestens formål er presisert i et felles verdigrunnlag i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 4-2). Loven har flere omfattende hensikter som alle gå ut på at kommunen skal gi innbyggerne godt livsvilkår. Et av formålene som er listet opp i formålsbestemmelsen er at tjenestetilbudets kvalitet skal sikres (Arntzen, s. 15).

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere uønskede hendelser eller forbedringsområder (Kunnskapscenteret, 2015, s. 18). Prosessen med å ta i bruk velferdsteknologi helse- og omsorgstjenestene kan ses i lys av forbedringsarbeid. Modellen for kvalitetsforbedring er utarbeidet av seksjon for kvalitetsutvikling i daværende Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenester. Modellen kan brukes i små og store forbedringsprosesser. Den kan også brukes som en huskeliste for faktorer som forskning har vist er nødvendige for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring. Modell for kvalitetsforbedring legger stor vekt på brukermedvirkning ved utviklingen av helsefremmende tjenester. Denne modellen beskriver hvordan forbedring i en tjeneste kan foregå i sirkel bestående av fem faser. Hver fase har anbefalinger om aktiviteter som er

viktige å ivareta for å lykkes med forbedringsarbeidet. Sirkelformen illustrerer at forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess og er en videreutvikling fra Demings sirkel. Arbeidet må være godt forankret i ledelse, hos brukere, i fagmiljøet og alle involverte parter, gjennom hele prosessen, men målene kan justeres underveis. Det kan jobbes med flere trinn parallelt og trinnene kan gli over i hverandre. Selv om sirkelen har piler som peker fremover fra fase til fase, er det ofte nødvendig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen, slik pilen i midten av figuren illustrerer (Kunnskapssenteret, 2015, s. 15-19).

De fem fasene er som følger (Kunnskapssenteret, 2015, s. 20):

1. Forberedelse
2. Planlegge
3. Utføre
4. Evaluere
5. Følge opp

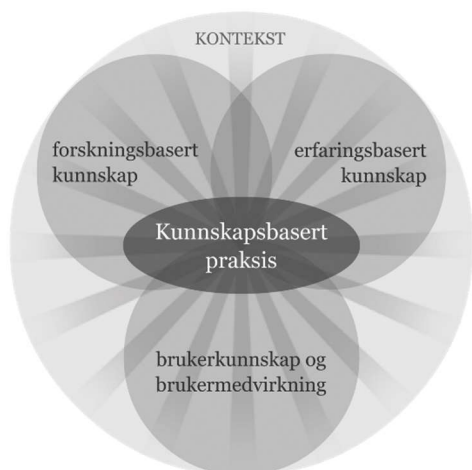


Bildet er hentet fra Helsebiblioteket, 2015.

Denne studien setter søkelys på de tre første fasene.

Første fase er forberedelsesfasen, denne er avgjørende for en god start på forbedringsarbeidet. Forberedelsesfasen består av felles erkjennelse av behovet for

forbedring, forankring og organisering av forberedelsesarbeidet, samt klargjøring av kunnskapsgrunnlaget. Erkjennelsen kan for eksempel være at det er behov for teknologisk utvikling, effektivisering av tjenestene og uheldige hendelser. Forankring i ledelse, fagmiljøet, hos brukere, samt andre involverte parter, er avgjørende for å lykkes med forbedringsarbeid. Det er spesielt viktig å legge til rette for at brukerrepresentanter blir inkludert på en likeverdig måte. Kvalitet betyr at tjenestene er virkningsfulle, har god utnyttelse av ressursene, er tilgjengelige og rettferdig fordelt, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, er trygge og sikre. Det er viktig at arbeidet er i tråd med organisasjonens mål, visjon og en del av organisasjonens virksomhetsplan. Forberedelsesarbeidet må være basert på kunnskapsbasert praksis. Erfaringsbasert kunnskap, brukernes preferanser og medvirkning, samt den konteksten forbedringsarbeidet foregår innenfor danner kunnskapsbasert praksis (Kunnskapscenteret, 2015, s.23-24). De tjenester som leveres til brukere skal til enhver tid være basert på aktuell, relevant og gyldig kunnskap. Dette er nært knyttet til den vitenskapelige tenkningen der det stilles krav om å ha en utforskende holdning. Kunnskapsbasert utøvelse handler ikke bare om å svare på tjenestebehovet, men like mye om å være tidlig ute og finne nye løsninger som unngår at problemer oppstår (Skår, 2013, s. 76-77). Det kan være utfordrende å overføre kunnskap til handling. Teori og forskning kan ofte bare være delvis rettleidende for hva en skal og bør gjøre i en situasjon. Når ny kunnskap skal iverksettes fordrer det at det finnes et system eller en kultur for deling av denne kunnskapen. (Skår, 2013, s.73). Involvering og opplæring, holdningsendring, toppleders engasjement, fagledernes engasjement, at endringer er tilpasset mål og kultur, og at infrastrukturen støtter endringene, er viktige faktorer for vedvarende forbedring. Når man organiserer forbedringsarbeidet er det viktig at man sørger for at forbedringen blir en del av den daglige driften. For å styrke læring og utvikling kan flere enheter i en organisasjon, eller flere organisasjoner\ nivåer samarbeide om forbedringsarbeidet (Kunnskapscenteret, 2015, s. 19-25).



Bildet er hentet fra Helsebiblioteket, 2015.

Planleggingsfasen består av kartlegging av behov og dagens praksis, setting av mål, valg av måleverktøy og å utvikle/finne forbedringstiltak (Kunnskapscenteret, 2015, s.25). Det er nødvendig å få en oversikt over behovene til alle aktørene som er involvert i forbedringsarbeidet, blant annet pasienter, ulike yrkesgrupper og ledere. Det er viktig for å finne løsninger som ivaretar alle parter behov eller eventuelt foreta en mer bevisst prioritering. Å vite hvordan dagens praksis er, må kartlegges, i denne fasen, for å vite hva som skal forbedres. Det er en fordel å måle hvordan tjenesten er i dag for å vite hva som bør forbedres. Det bør settes mål for forbedringsarbeidet slik at man lettere kan se om tjenesten har ført til forbedring. I tillegg til målinger kan det være nyttig å få innblikk i brukernes opplevelser av tjenesten. Ideer og forslag til hvordan prosessen kan forbedres bør samles inn bredt og systematisk. Både ledere, ansatte og brukere må være med i dette arbeidet. Det vil være nyttig å hente inspirasjon fra andre områder, slik at det blir lettere å tenke nytt i helsetjenesten. Dersom man finner holdepunkter for at forbedringstiltak virker og vil prøve disse ut i praksis, er det viktig at tiltaket tilpasses til den konteksten de skal brukes i. I planleggingsfasen er det også viktig å sikre at kompetansen til alle aktører blir sikret maksimalt. Det kan være nyttig å utvikle sjekklister som kan fungere som huskelister eller rutiner for opplæring av nye medarbeidere (Kunnskapscenteret, 2015, s. 25-31).

Under utførelsesfasen prøves og tilrettelegges ny praksis. I denne fasen er det viktig med god informasjon til alle parter, nødvendig opplæring av personalet, tydelig arbeidsfordeling, tidsplan og aktivitetsplan for innføring av endringer og at infrastruktur sikres. Det er viktig at

ledelsen følger opp tiltakene. Endringslogg, sjekklister og andre typer målinger kan være nyttige verktøy i denne fasen. Det kan være lurt å prøve ut ny praksis i liten skala, evaluere og justere mange ganger inntil man er fornøyd (Kunnskapssenteret, 2015, s. 31-33).

Evalueringsfasen består av måling og reflektering over resultatene. Det er viktig å drive kontinuerlig evalueringsarbeid for å kontrollere om forbedringstiltakene har virket etter hensikt og ført til forbedring. Dersom forbedringen av tjenestekvaliteten ikke er tilfredsstillende, kan det være lurt å justere (Kunnskapssenteret, 2015, s. 32). Den siste fasen er oppfølgingsfasen, hvor det skal sikres at forbedringen innføres i vanlig drift og opprettholdes (Kunnskapssenteret, 2015, s. 34-36). De to siste fasene evaluering og oppfølging er ikke med i denne studien.

3.3 Oppsummering

På grunn av den demografiske utviklingen og mangel på helsepersonell har helsesektoren i kommunene i lengre tid, og den har i nær fremtid store utfordringer knyttet til å skape et bærekraftig helsevesen. Politikktutforming mener at økt bruk av velferdsteknologiske løsninger er en av flere faktorer som kan bidra til å løse utfordringene velferdsstaten står ovenfor. Beboerne på kommunale institusjoner blir stadig eldre og mer skrøpelige, ca. 80% har demens. Dette har betydning for den faglige tilnærmingen og kvalitetsutviklingen av tjenestene. Det er derfor essensielt å jobbe med personsentrert omsorg, som innebærer å gjøre seg kjent med personens sitt levde liv og individualisere tilnærmingen, slik at grunnleggende behov ivaretas. Digitalt tilsyn kan bidra til trygghet og vil bli en viktig del av fremtidens omsorgstjeneste. Innføring av digitalt natt-tilsyn er ment som en kvalitetsforbedring av tjenesten og Modell for kvalitetsforbedring kan være til hjelp for å sikre nødvendig systematikk for å gjennomføre forbedring.

4 Metode

I dette kapittelet presenterer jeg metoden jeg har benyttet for å innhente data og metoden jeg har benyttet for å analysere data. Først redegjør jeg for studiens design, min forforståelse, kvalitativt forskningsintervju og strategisk utvalg. Videre beskriver jeg hvordan jeg gjennomførte de kvalitative forskningsintervjuene. Deretter redegjør jeg for den tematiske analysen av datamaterialet. Til slutt diskuterer jeg gjennomføringen av studien gjennom begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet, og beskriver de etiske overveielser.

4.1 Studiens design

Denne studien skal frembringe de subjektive erfaringene, forståelsene og opplevelsene sykehjems-ansatte har etter implementering av digitalt tilsyn på natt. En utforskende og beskrivende design kan få frem disse erfaringene (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 141). Karakteristisk for et utforskende design er at intervju spørsmålene ikke spesifiseres for detaljert i forkant av intervjuene. Designet er egnet til å studere tematikk som er lite utforsket fra før (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 141.) Jeg så for meg at nattevaktene erfaringskunnskap kunne gi interessante innspill til hvordan digitalt tilsyn og innføringen av digitalt tilsyn fungerer i praksis. Det var implementeringen med forberedelse, planlegging og utførelse jeg var interessert i. I tillegg til at jeg ønsket å få informasjon om erfaringen med bruk av det digitale natt-tilsynet. Jeg ønsket å få frem profesjonsutøvernes egne refleksjoner, betraktninger og meninger.

For å besvare forskningsspørsmålene benyttet en kvalitativ tilnærming og jeg har foretatt en intervjuundersøkelse. Jeg har gjennom kunnskapsutvikling og litteratur lært at kvalitativ metode er egnet for å innhente, systematisere og fortolke nattevaktens erfaringer med tematikken. Kvalitativ metode egner seg for å beskrive, analysere og tolke karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Kvalitativ metode kan bidra til å beskrive mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30).

Typisk for kvalitativ metode er at den preges av fleksibilitet, som gjør at erfaringer og nye utfordringer kan opparbeides hos forskeren underveis. Kvalitativ metode har til hensikt å utvikle analytiske beskrivelser og drøfte overførbarhet, men aldri statistiske generaliseringer (Thagaard, 2018, s. 16). Målet med forskningen er forståelse snarere enn forklaring (Malterud, 2008, s. 34). De data som analyseres i en kvalitativ tilnærming kommer til uttrykk i form av en tekst. Teksten kan beskrive personens handlinger, utsagn, intensjoner og perspektiver (Thagaard, 2018, s. 13). Kvalitativ metode egner seg for å søke kunnskap om et tema som det er lite kunnskap om fra før (Sverdrup, 2020, s. 59).

4.2 Forforståelse

Forforståelse er den kunnskap, erfaring og bakgrunnen som vi har med oss før vi begynner på forskningsprosjektet. Denne bakgrunnen vil kunne påvirke alle faser av prosjektet. Den vil kunne påvirke hvordan vi samler data, leser og tolker data (Malterud, 2017, s. 44).

Forforståelsen kan være med på å begrense horisonten og evnen til å innta ny innsikt (Malterud, s.45). Det har derfor vært viktig for meg å ha en åpen holdning gjennom hele forskningsprosessen og reflektere over hvordan min forforståelse kan påvirke meg, både gjennom innsamling og analyse av data. Siden jeg ikke har direkte erfaring med digitalt tilsyn eller natt-tilsyn, og som fysioterapeut tilhører en annen organisasjonskultur, var det viktig at jeg satt meg godt inn i fagfeltet blant annet gjennom litteraturgjennomgangen. Det har likevel vært en bratt læringskurve å ta inn et helt nytt fagfelt, men jeg synes min forståelse har utviklet seg gjennom hele prosjektet. Ut fra arbeidserfaring har jeg derimot god kjennskap til demenssykdom og masteremne om velferdsteknologi har gitt meg noen innsikter når det gjelder å ta i bruk ny teknologi i helse- og omsorgstjenester.

4.3 Kvalitativt forskningsintervju

Intervju er den mest anvendte datainnsamlingsmetoden innen kvalitativ forskning. Intervjumetoden har til hensikt å bringe frem kvalitetene av det vi studerer, og den forutsetter nærhet til de vi studerer. Formålet med intervju er å få frem menneskers opplevelse av situasjoner, samt hvilke perspektiver og synspunkter de har på temaet

intervjuet handler om. Intervju gir et særlig godt grunnlag for å få innsikt i personens erfaringer, tanker og følelser (Thagaard, 2018, s. 89). Det stilles en rekke krav til intervjueren ifølge Kvale & Brinkmann (2009), og en dyktig forsker er ekspert på intervjuemnet og på menneskelig interaksjon. Forskeren bør være språklig dyktig og hjelpe intervjupersonene til å uttrykke sine egne fortellinger. Forskeren bør være kunnskapsrik, strukturert, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og tolkende (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 86 og s. 195-197).

Semistrukturert intervju er benyttet på bakgrunn av at kunnskap produseres sosialt, det vil si gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjupersonen. Intervjuet styres både av intervjuer og av den som blir intervjuet, dermed blir temaene bestemt av begge aktører. Likevel er det forskeren som driver intervjuet fremover (Thagaard, 2018, s. 90-91). Gjennomføringen av intervjuene etterstreber en naturlig samtale om et avgrenset tema, der hensikten er at samtalen kan styres av erfaringene og emnene informantene introduserer (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 141). Ved en semistrukturert intervjuguide er temaene i hovedsak fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis. Dette gjør at det blir lettere å følge med på intervjupersonens fortelling og samtidig sørge for at de temaene som er viktig for problemstillingen, blir belyst i løpet av intervjuet. Intervjuet har en fleksibel struktur som gir mulighet for variasjon. Spørsmålene kan tilpasses til intervjupersonens beskrivelser slik at kunnskapen om informantens vurderinger, holdninger og erfaringer blir belyst (Thagaard, 2018, s. 90- 91). Semistrukturert intervju (vedlegg 3) ga meg mulighet for å kunne stille spørsmål om barrierer, forbedringer og opplevde endringer ved implementering av digitalt tilsyn og grunner til disse aspektene. Temaene var bestemt på forhånd, men jeg hadde muligheter til å stille oppfølgingsspørsmål. Dette ga meg rike beskrivelser og muligheter for å få ekstra utdypninger om temaer som var av spesiell interesse.

4.4 Strategisk utvalg

Utvalgsstørrelsen avhenger av tilgjengeligheten av tid, ressurser og omfanget av forskningen. Den avhenger også av datametningen, som oppfattes som et punkt der inklusjon av nye deltagere ikke gir noe ytterligere forståelse av fenomenet som studeres.

Størrelsen på utvalget avhenger også hvor mange kategorier vi inkluderer i utvalget (Thagaard, 2018, s. 59). I denne studien var det naturlig å intervju en bredde av de som utfører tilsynene på natt i forhold til hvilken profesjonell tittel intervjuobjektet hadde. Brinkmann og Tanggaard (2015) hevder at et studentprosjekt ofte har 3-5 deltakere, men også færre eller flere. Grunnregelen er at det er bedre å gjennomføre relativt få intervjuer og gjennomanalysere disse (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 21).

Å velge strategisk betyr at valget er systematisk ut ifra egenskaper eller kvalifikasjoner som egner seg for problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Jeg gjorde et strategisk utvalg, og intervjuet seks sykepleiere og helsefagarbeidere. Inklusjonskriterier var å ha erfaring med digitalt tilsyn på natt ved en kommunal døgnenhet; korttidsavdeling eller et sykehjem på Østlandet, minst et halvt år fast ansatt i en stillingsprosent på 50% eller mer.

Etter at studien var godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) (vedlegg1) startet jeg rekrutteringen i Østlandsområdet. Jeg klarte ikke finne nok informanter og måtte utvide mitt søkeområde til Sørlandet og Innlandet. Jeg søkte på nett etter kommuner og sykehjem som hadde tatt i bruk digitalt tilsyn. Deretter sendte jeg ut e-poster der jeg presenterte meg selv og prosjektet til tjenesteledere ved aktuelle sykehjem som brukte digitalt tilsyn.

Informasjonsskrivet til prosjektet ble vedlagt epostene. Der jeg fikk godkjenning, spurte jeg lederne om de kunne forespørre og sende informasjonsskrivet videre til aktuelle deltagere. I tillegg prøvde jeg meg på den såkalte snøballmetoden, det vil si å rekruttere deltagere gjennom allerede inkluderte deltagere (Thagaard, 2018, s. 56). Mitt inntrykk var at flere av deltagerne prøvde å rekruttere andre deltagere, men jeg fikk bare napp med denne metoden på to av sykehjemmene. Jeg rekrutterte dermed deltakere fra fire forskjellige sykehjem. Rekrutteringen tok lang tid, og først i januar 2022 fikk jeg gjennomført det siste intervjuet.

Første informant var en helsefagarbeider på 57 år som hadde jobbet som nattevakt i 25 år. Den andre var en mannlig sykepleier på 35 år som hadde jobbet som nattevakt i 11 år. Neste informant arbeidet samme sted som den mannlige sykepleieren, og var en kvinnelig sykepleier på 27 år med 9 måneders erfaring som nattevakt. Den fjerde informanten var en kvinnelig helsefagarbeider på 52 år med 30 års erfaring som nattevakt. De to siste kandidatene arbeidet på det samme stedet. Den femte informanten var en kvinnelig

sykepleier med 21 års ansiennitet som sykepleier på natt, og den sjettede informant var en kvinnelig helsefagarbeider på 35 år med 14 års ansiennitet som nattevakt.

Tabell 1: Beskrivelse av utvalg

Informant	Utdanning	Kjønn	Alder	Ansiennitet som nattevakt
1	Helsefagarbeider	Kvinne	57år	25 år
2	Sykepleier	mann	35år	11 år
3	Sykepleier	kvinne	27år	9 måneder
4	Helsefagarbeider	kvinne	52år	30 år
5	Sykepleier	kvinne	45år	21år
6	Helsefagarbeider	kvinne	35år	14år

4.5 Gjennomføring av intervjuene

Det er viktig å sette seg godt inn i tematikken som skal studeres, skaffe seg grunnleggende kunnskap om de som skal intervjues og danne seg oversikt over tidligere forskning (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 84 og s. 141). En del av denne forberedelsen gjorde jeg gjennom mitt litteratursøk. I tillegg har jeg hatt uformelle samtaler med nattevaktene der jeg jobber for å øke min kunnskap om hvordan det er å jobbe på natt.

Intervjuprosessen ble startet ved at jeg gjennomførte et pilotintervju med en sykepleier på korttidsavdelingen der jeg jobber. På denne måten fikk jeg muligheten til å teste intervjuguiden, jeg fikk kontrollert om alle spørsmålene var tydelige og jeg fikk utelukket noen uklarheter. Under pilotintervjuet fikk jeg også nyttige tilbakemeldinger på meg som intervjuer.

De seks intervjuene varte mellom 40 og 60 minutter og ble gjennomført mellom oktober 2021- og januar 2022. Etter hvert intervju skrev jeg et refleksjonsnotat og jeg hadde minst en uke mellomrom mellom hvert intervju. Denne avstanden ga meg anledning til å reflektere

over tematikken i hvert intervju, i tillegg til at jeg fikk vurdert om det det var noe jeg skulle videreutvikle i forhold til intervjuguiden.

Rammene for et intervju preger intervjusituasjonen og påvirker informanten (Thagaard, 2018, s. 100). Det er viktig å etablere god tillitsskapende kontakt slik at informanten føler seg trygg til å dele sine erfaringer (Thagaard, 2018, s. 99-100). Jeg skapte tillitt gjennom å forsøke å skape en ledig samtale. Jeg understreket at det var de som var eksperter på feltet og at jeg derfor var veldig takknemlig for at de stilte opp til intervju. I tillegg understreket jeg at det var bare å spørre om noe var uklart eller ikke forstod spørsmålet. 4 av intervjuene gjennomførte jeg digitalt via applikasjonen Teams. Denne intervjumetoden ble valgt med bakgrunn i den pågående Covid-19-pandemien, slik at intervjuene kunne gjennomføres uten smitterisiko for de involverte. Lydopptakene fra de digitale intervjuene og de fysiske intervjuene ble foretatt på en ekstern båndopptaker. Det er betydelige svakheter ved å gjennomføre kvalitative intervjuer digitalt. Ulemper er at kvaliteter i det mellommenneskelige kan gå til spille (Thagaard, 2018, s.111). Fordelen med å bruke Teams derimot var at deltakerne kunne rekrutteres uavhengig av bosted i Norge. Det bidro dermed til å forenkle min rekrutteringsprosess ved at jeg kunne rekruttere fra et større geografisk område (Thagaard, 2018, s. 111). Alle informantene hadde erfaring i bruk av Teams og jeg opplevde ingen praktiske problemer under gjennomføringen.

To intervju foretok jeg ved fysisk oppmøte. Disse intervjuene foregikk under en roligere tid av pandemien da smittetallene var lave, men jeg sørget likevel for å holde avstand og jeg utførte nødvendige smitteforebyggende tiltak. Det ene intervjuet ble foretatt på et hotell i Oslo der lokalet var stille og skapte en fortrolig atmosfære. Jeg sørget for at vi ikke ble forstyrret underveis. Informanten ble tilbudt det den ville ha av drikke. Dette hotellet ble valgt fordi jeg hadde spurt informanten om hvilket sted som ble foretrukket på forhånd, og informanten informerte om at det var vanskelig å sitte uforstyrret på arbeidsplassen.

Det andre intervjuet med fysisk oppmøte foretok jeg på informantens arbeidsplass etter informants ønske. Dette var det intervjuet jeg synes fungerte dårligst. Informanten var forsinket til intervjuet på grunn av en travel arbeidsdag, ble forstyrret en gang underveis og var krevende å få til en god dialog med. Mine erfaringer fra selve intervjuprosessen var at samtalene mellom meg og informantene, fløt bra, med unntak av dette ene fysiske

intervjuet. Jeg ser likevel at jeg også i dette intervjuet fikk mye nyttig informasjon og erfaring, og jeg prøvde under dette intervjuet å skape en rolig atmosfære, men det virket som om informanten var preget av stress.

Hvert intervju startet jeg med en introduksjon om meg selv og hensikten med forskningsprosjektet. Jeg takket for at de ville delta og opplyste om at de til enhver tid kunne trekke seg fra prosjektet. Deltakerne ble informert om anonymisering. Som en del av introduksjonen fortalte jeg hvordan intervjuet ville foregå, tidsrammen på intervjuet og at jeg ville foreta et opptak av intervjuet. Denne informasjonen hadde hver enkelt informant mottatt med samtykkeskjemaet tidligere. Selve intervjuet bestod av tre deler. Den første delen bestod av spørsmål om bakgrunn, den neste handlet om implementeringsprosessen og den siste delen bestod av spørsmål rundt fordeler og ulemper med digitalt tilsyn. Jeg hadde intervjuguiden ved siden av meg, men forsøkte å få til en mest mulig løsrevet samtale likevel. Det var viktig å lytte til hva de sa, slik at jeg kunne stille gode oppfølgingsspørsmål. På den måten fikk jeg invitert til utdypning på temaer jeg fant særlig interessant i forhold til problemstillingen. Konkrete eksempler gir informanten mulighet til å konkretisere og tematisere egne opplevelser og erfaringer, istedenfor å komme med bare generelle betraktninger (Thagaard, 2018, s. 97). Derfor oppfordret jeg under intervjuet informantene til å gi eksempler fra sin arbeidserfaring med digitalt tilsyn. På slutten av hvert intervju ga jeg informanten mulighet til å tilføye eller snakke mer om tema før vi avsluttet. Helt til slutt takket jeg for deres velvillighet til å dele sine erfaringer som bidrag til min masteroppgave. Alle informantene ble dessuten oppfordret til å ta kontakt hvis det var noe i etterkant av intervjuet.

Ingen av informantene virket ellers nervøse og det virket som informantene synes det var spennende å være med på intervjuet. Jeg opplevde at informantene hadde mye å komme med i forhold til det digitale tilsynet. Dette gjorde det relativt greit å komme med eventuelle oppfølgingsspørsmål.

4.6 Analyse

Jeg valgte å benytte meg av tematisk analyse som ga meg anledning til å gå i dybden på de enkelte temaene, og dermed ga den en dypere og mer helhetlig forståelse av dataene (Thagaard, 2018, s. 171 og 172). Analysen er induktiv. I en induktiv metode har temaene en sterk sammenheng med selve datasettet. Ved en induktiv metode prøver man ikke å passe dataene inn i eksisterende kodingsrammer eller forskerens analytiske forståelse (Braun & Clarke, 2006, s.83; Thagaard, 2018, s. 153). Denne tilnærmingen valgte jeg fordi jeg ønsket at informantenes ord og erfaringer skulle skape utgangspunkt for analysen, og ikke min forutinntatthet. Det er imidlertid viktig å merke seg at forskere ikke kan frigjøre seg fra sine teoretiske og erkjennelsesteoretisk forpliktelser. Data er ikke kodet i et vakuum. Det finnes flere tilnærminger i tematisk analyse og de kan grovt sett deles inn i to typer. Den første typen stammer fra en teoretisk eller epistemologisk posisjon som for eksempel «Interpretative phenomenological analysis». Den andre gruppen er mer frigjort fra teoretisk og epistemologisk tilnærming. Tematisk analyse hører mest inn under den andre gruppen (Braun & Clarke, 2006, s.78). Jeg valgte metodebeskrivelsen til Virginia Braun og Victoria Clarke (2006) da den gir en konkret beskrivelse av en form for tematisk analyse. Braun og Clarke (2006, s. 78) belyser dessuten at analysen er den første analysemetoden en forsker bør lære seg. Det begrunner de med ved å hevde at metoden byr på grunnleggende ferdigheter som vil være nyttig for videre kvalitativ forskning. Den er også enkel å lære og gjennomføre. Metoden er i tillegg fleksibel i forhold til mange andre metoder som stammer fra en teoretisk og epistemologisk posisjon. Den teoretiske friheten kan være med på å berike forskeren med detaljerte og komplekse betraktninger av forskerens data. Metoden egner seg til å trekke frem egenskaper ved datasettet, samt å trekke frem likheter og ulikheter. Deres tematiske analyse består av følgende seks trinn (Braun & Clarke, 2006, s.87): 1) «tilvenning», 2) «koding», 3) «søk etter tema», 4) «Gjennomgang av temaene», 5) «definering og navngivning av temaer», 6) «skrivning av rapporten». Jeg gjennomførte de seks trinnene beskrevet av Braun & Clarkes (2006) tematiske analyse på følgende måte:

4.6.1 Trinn 1: “tilvenning”

Under denne fasen skal materialet leses, og leses igjen med interesse. Det er fint å stille spørsmål til materialet. Det er viktig å bli godt kjent med dataene og det kan skrives notater underveis, og i tillegg stille spørsmål etter at hele datamaterialet er lest. Opptaket kan også høres om igjen underveis hvis det oppstår noe spesielt av interesse (Braun & Clarke, 2016, s. 87 og 88). Jeg gjennomførte dette trinnet ved først å skrive korte refleksjonsnotat rett etter hvert intervju. Notatet inneholdt spontane tanker om hva informanten hadde lagt mest vekt på under intervjuet, og jeg skrev ned spørsmål som jeg ville utforske mer i det neste intervjuet.

Denne fasen gikk videre i transkriberingsprosessen som er en omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 210). Jeg valgte å gjøre dette arbeidet selv, dermed ble jeg bedre kjent med intervjumaterialet. Underveis i transkriberingsprosessen merket jeg meg mulige temaer og mønstre. Opptaket hørte jeg om igjen hvis det oppstod noe spesielt av interesse. Da jeg hadde transkribert ferdig, leste jeg gjennom hele intervjuet og markerte det som fremstod som interessant i teksten og var relevant for problemstillingen. Jeg lagde også notater i marginen og skrev ned en kort tekst til hvert intervju som omhandlet mine første tanker i forhold til hva dette dreide seg om.

4.6.2 Trinn 2: “koding”

Her skal det foregå en systematisering, og merking av data og trekk ved datasettet kan bli navngitt. Også relevante sitater blir her beskrevet. Dette skal foregå i forhold til forskningsspørsmålene. I denne fasen begynner man altså med å produsere innlede koder fra dataen. Koder identifisere et trekk ved dataene som virker interessant for analytikeren, og referer til element, av rådataene (Braun & Clarke, 2006, s.88 og 89). Det første jeg gjorde under dette trinnet var å nummere linjene i transkripsjonsteksten slik at det var lettere å finne tilbake til «kodene» senere i arbeidsprosessen. Braun og Clarke (2006) anbefalte i denne fasen å benytte et tankekart eller en tabell. Med hjelp fra min veileder anvendte jeg følgende hjelpeark:

Tabell 2: hjelpearke analyse 1

Sitat, hvor det er hentet fra (informantnummer., linjenummer.)	Hva kan dette handle om (fortettet innhold)? (evt. hva kan det kodes under?)	Subtema	Tema
Og det har vi da sett, de er <u>mye</u> mer selvstendige nå, nå når alarmen går når de går ut av sengen og vi ser at de går på toalettet, klarer seg på toalettet sjøl og går og legger seg igjen. Da kan vi ta tilbake den, den maska der og si at de trenger bare hjelp når de går ut av døra. Så de blir jo mere, både selvstendige og uavhengig av oss da. (I. 208-212)	Personalet oppdaget via overvåkningskameraer at brukerne faktisk var mer selvstendige enn de trodde.		

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene markerte jeg kodene og samlet de inn i tabellen under kolonnen som jeg kalte «Sitat, hvor det er hentet fra (informantnummer., linjenummer)». Videre skrev jeg en liten oppsummering om hva «koden/sitat» handlet om og det puttete jeg inn i tabellen under en kolonne som jeg kalte «Hva kan dette handle om (fortettet innhold)? (evt. hva kan det kodes under?)». Jeg jobbet en del med å skrive ned sitatene slik at de omhandlet et meningsinnhold. I begynnelsen hadde jeg litt for lange sitater, slik at det ble vanskelig å kode meningsinnholdet. Jeg måtte derfor korte ned sitatene.

4.6.3 Trinn 3: “søk etter tema”

Under dette trinnet handler det ikke om oppdagelse av temaer, men forskeren må samle koder for å skape et mønster av hovedtemaer (Braun & Clarke, 2006, s.89 og 90). I motsetning til trinn 2 i den tematiske analysen hvor søkelyset var på detaljene i datasettet,

er det nå viktig å se hvordan dataene kan settes sammen til større enheter. Forskeren skal i denne fasen se hvordan dataene kan settes sammen i mer overordnede kategorier eller temakandidater (Braun & Clarke, 2006, s. 89 og 90). Jeg begynte under dette trinnet å lese sitater/koder og tekstbeskrivelser om hva kodene kunne handle om. Ved denne gjennomlesningen og ved flere refleksjonsprosesser prøvde jeg å forstå hva kodene handlet om, og jeg prøvde å samle kodene i foreløpige temaer. Jeg kalte de foreløpige temaene for subtemaer og skrev ned navnene under kolonnen «subtema» i tabell 1. Jeg syntes noen subtemaer var mer interessante enn andre og begynte å samle disse i et nytt dokument. Dette trinnet, trinn 2 og trinn 4 ble gjennomgått i flere refleksjonsrunder og jeg beveget meg mellom trinnene i flere omganger. Jeg opplevde det svært nyttig å diskutere disse trinnene med min veileder da dette ga økt refleksjon.

Det utviklet seg etter hvert to temaer. Ett som handlet om kvaliteter som det digitale tilsynet tilføyde brukeroppfølgingen og ett som mer omhandlet barrierer tilknyttet implementeringen av det digitale tilsynet.

4.6.4 Trinn 4: “gjennomgang av temaene”

I denne fasen skal det kontrolleres om temaene passer overens med kodet data og det totale datasettet. I fase fire går man altså på nytt igjennom temaene for å kontrollere om kvaliteten på temaene er god. I denne fasen vil det vise seg om enkelte temaer har for lite data å støtte seg på for å kalle det et tema, eller om noen temaer skulle vise seg å gå inn i hverandre. Det er viktig at hver kode har en distinkt essens, og om de ikke har det kan det være at fase tre må gjøres på nytt (Braun & Clarke, 2016, s. 91 og 92). Jeg gjentok dette trinnet flere ganger gjennom analyseprosessen, også etter at jeg hadde begynt å skrive ned resultatene i tekstformat. Det som var utfordrende med dette trinnet var å gi hver kode distinkt essens. Det ble brukt flere veiledningstimer på dette arbeidet. Gjennom dette trinnet ble det klarere for meg hvilken rekkefølge temaene skulle presenteres i og hvordan temaene skulle disponeres i resultat teksten.

4.6.5 Trinn5: «definering og navngivning av tema»

Her skal det skrives et sammendrag om hvert tema og hvert tema skal få et navn.

Sammendraget av hvert tema skal inneholde et sentralt organisert konsept og dette danner grunnlaget for den endelige rapporten. Et tema kan være ganske bredt og kan med fordel deles opp i subtemaer slik at det dannes mer oversikt og struktur (Braun & Clarke, 2006, s.92). Jeg opplevde ikke å måtte forkaste noen temaer, men jeg oppdaget at jeg måtte dele opp et tema i to for å få til en mer distinkt betydning av temaet. Under dette steget skrev jeg først et sammendrag til hvert undertema før jeg samlet disse sammendragene under hvert tema. For eksempel begrunnet jeg hovedtemaet «Tilrettelagt tilsyn på natt» slik:

Temaet handler om de kvalitetene som det digitale tilsynet tilfører beboerne og helsepersonalet på sykehjemmet. Det handler om hvilken nytte brukerne og helsepersonalet har av det digitale tilsynet.

Jeg fortsatte å bruke hjelpearket som jeg brukte i trinn 2 og fylte det ut som vist under:

Tabell 3: hjelpeark analyse 2

Sitat	Fortettet innhold	Subtema	Tema
Og det har vi da sett, de er <u>mye</u> mer selvstendige nå, nå når alarmen går når de går ut av sengen og vi ser at de går på toalettet, klarer seg på toalettet sjøl og går og legger seg igjen. Da kan vi ta tilbake den, den maska der og si at de trenger bare hjelp når de går ut av døra. Så de blir jo mere, både selvstendige og uavhengig av oss da. (l. 208-212)	Personalet oppdaget via overvåkningskameraer at brukerne faktisk var mer selvstendige enn de trodde.	Endringer bevisstgjorde brukerbehov	Tilrettelagt tilsyn på natt: Temaet handler om de kvalitetene som det digitale tilsynet tilfører beboerne og helsepersonalet på sykehjemmet. Det handler om hvilken nytte brukerne og helsepersonalet har av det digitale tilsynet

Den tematiske analyseprosessen var omfattende og varte helt fra jeg startet intervjuet og helt til rapporten var ferdigskrevet. Det var utfordrende å navngi temaene, særlig hovedtemanavnet, og jeg redigerte temanavnene flere ganger underveis. Det å beskrive med få ord hva hele temaets innhold skal representere var vanskelig, så her var det nyttig med hjelp fra veileder.

4.6.6 Trinn 6: “skrivning av rapporten”:

I siste fase skal de analytiske narrative samles, og levende data skal trekkes fram. Med andre ord når rapporten skrives skal man ikke bare skrive ned dataene, men det er viktig å lage en analytisk fortelling som skal illustrere forskerens fortolkning. Det er essensielt å trekke frem viktige og betydningsfulle temaer som er representative for studiens forskningsspørsmål. Temaene skal sorteres etter viktighet og betydning. Subtemaene er essensielle innenfor temaene da de danner struktur og rangerer meningsinnholdet i datasettet. (Braun & Clarke, 2006, s. 93 og 94). Etter å ha gjennomført de fem første trinnene hadde jeg en god disposisjon for å skrive resultatkapitlet. Jeg valgte ut sitater som beskrev temaene jeg hadde valgt, men prøvd å ikke velge for mange sitater slik at det skulle bli enklere for leseren å lese resultatene. Temaene ble kontrollert i forhold til om de var forankret i datamaterialet

Ifølge Braun og Clarke (2006) og Braun & Clarke (2019) er det ikke nødvendig å gjøre trinnene i en streng lineær prosess. Jeg opplevde at det flere ganger var nødvendig å gå frem og tilbake mellom stegene. For eksempel forandret jeg temanavnene og rekkefølgen på subtemaene også etter at jeg hadde skrevet rapporten. Det var også nyttig å kunne diskutere og få veiledning gjennom trinn to til seks, dette for å forsikre meg at problemstillingen ble besvart og for å sikre at jeg utførte analyseprosessen korrekt.

4.7 Verifisering av studien

Det benyttes ulike begreper for å vurdere kvalitative undersøkelser (Kvaale og Brinkmann, 2019, s. 275-276). I denne undersøkelsen benyttes reliabilitet, validitet og overførbarhet slik

som Thagaard (2018) bruker disse som rammeverk for å verifisere studier (Thagaard, 2018, s. 187-196).

4.7.1 Reliabilitet-pålitelighet

Begrepet reliabilitet betyr pålitelighet. Når reliabiliteten vurderes undersøkes det om forskningen er utført på en troverdig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018, s. 187). Reliabilitet handler om hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 276). Påliteligheten i kvalitative studier sikres gjennom at forskeren gjør sin forskning transparent og redegjør for forskningsprosessen og produksjonen av data (Thagaard, 2018, s.188). Av den grunn har jeg beskrevet fremgangsmåten i dataanalysen min i detalj slik at leseren har mulighet til å følge hvordan jeg kom fram til mine resultater. I tillegg har jeg beskrevet fremgangsmåten for min studie i metodekapittelet for å sikre pålitelighet.

Reliabiliteten påvirkes av relasjonen mellom forsker og personene forskeren studerer (Thagaard, 2018, s. 189). Jeg kjente ikke intervjupersonene i forkant av intervjuene, og jeg har beskrevet hvordan disse ble rekruttert. Min forforståelse kan være med å påvirke min fortolkning, derfor er den beskrevet i metodekapittelet. Som forsker er man et instrument som kan påvirke forskningen (Thagaard, 2018, s. 104). Derfor har jeg reflektert over hvordan mine styrker og svakheter kan påvirke hele forskningsprosessen, og spesielt under intervjuene prøvde jeg å vise en mest mulig nøytral og saklig fremtoning.

Reliabiliteten styrkes ved at flere forskere deltar i prosjektet (Thagaard, 2018, s. 188). I arbeidet med resultatkapittelet diskuterte jeg den tematiske tolkningen gjentatte ganger med min veileder. Disse diskusjonene om tolkning av intervjuer og utvikling av endelige temaer er med på å styrke reliabiliteten. Reliabiliteten styrkes også ved forskningens gjennomsiktighet (Thagaard, 2018, s. 188). Av den grunn har jeg derfor prøvd å tydelig beskrive hva som er «primærdata» som adskilles fra forskeren fortolkning.

4.7.2 Validitet-gyldighet

Begrepet validitet handler om resultater av forskningen og vurdering av grunnlaget for fortolkningene (Thagaard, 2018, s. 189). Ved å stille spørsmål om de tolkningene vi har

kommet fram til er gyldige opp mot den virkeligheten vi har studert, kan vi vurdere studiens validitet. Validitet i kvalitative studier handler om å vurdere om metoden faktisk kan brukes til å undersøke det den sier den skal studere (Kvale& Brinkmann, 2019, s. 357). Denne studien handler om å utforske helsepersonells erfaring med innføring og bruk av digitalt tilsyn. Med utgangspunkt i overnevnte beskrivelse av validitet, mener jeg at en kvalitativ forskningsmetode var den riktige beslutningen. Metoden jeg benyttet er relevant når det gjelder å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål, og dermed kan det se ut som at studien kan oppfattes som valid.

4.7.3 Overførbarhet

Det er tolkning av resultatene som gir grunnlag for overførbarhet (Thagaard, 2018, s. 193). Studien hadde et lite utvalg, i tillegg til at utvalget var hentet fra både by og bygd. Slike begrensinger påvirker studiens evne til å kunne overføre resultater ut over den konteksten de er frambrakt i (Malterud, 2017, s.67). Funnene kan likevel bidra til å belyse helsepersonells erfaring med innføringen og bruken av digitalt tilsyn. Dette fordi den kan knyttes til gjenkjennelse (Thagaard, 2018, s.195). Lesere av denne studien som har kjennskap til og erfaring med digitalt tilsyn vil kunne kjenne seg i igjen i tolkningene som formidles. Gjenkjenning innebærer at leseren har mulighet til å forstå noe mer om sin egen erfaring ut fra det jeg har gjort (Malterud, 2017, s.67). I tillegg er det flere av funnene i studien som støttes av tidligere forskning, og det kan indikere at resultatene kan være overførbare i andre sammenhenger.

4.8 Etiske vurderinger

I et forskningsintervju skapes kunnskap gjennom interaksjon mellom mennesker, og derfor må forskeren være særlig bevisst på mulige krenkelser av informantens personlige grenser. Etiske problemstillinger preger hele forløpet av intervjuundersøkelsen, og forskerne bør utvise etiske hensyn helt fra begynnelse til den endelige rapporten (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 93-97). I arbeidet med studien har jeg gjort etiske overveielser gjennom hele prosjektet og forholdt meg til forskningsetiske retningslinjer som er vedtatt av Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH)

(Johannessen et al., 2016, s. 85). Viktige hensyn for all type forskning er informantens rett til selvbestemmelse og autonomi. Som forsker har du ansvar for å unngå skade og det er viktig å respektere informantens privatliv (Johannessen et al., 2016, s. 85). Studien jeg gjorde behandlet personopplysninger og var dermed meldepliktig. Derfor ble studien registrert ved NSD (vedlegg 1).

4.8.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Når forskning omhandler personopplysninger, må forskeren både informere og innhente samtykke fra dem som deltar i forskningen eller er gjenstand for forskningen. Samtykket må være fritt, informert og uttrykkelig (NESH, 2016, s. 14). Informantene skal bli informert om studiens overordnede formål, hovedtrekkene i designen, mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 104). Det er viktig å sikre at de involverte deltar frivillig og samtidig informere dem om deres rett til å trekke seg fra studien når som helst (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 104). For å sikre informasjonen lagde jeg et informasjonsskriv der de etiske vurderingene og informantenes rettigheter ble presisert, samt at informanten kunne samtykke skriftlig (vedlegg 2).

I kvalitative intervjuundersøkelser er det viktig å sikre deltakernes privatliv og det innebærer at private data ikke identifiseres (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 106). Ved lydopptak inkluderes personidentifisert data. Jeg har som en grunnleggende forutsetning sørget for at disse dataene ble lagret, håndtert og destruert i tråd med gjeldende lover og forskrifter om håndtering av personidentifiserbar data. Lydfilene ble kryptert ved lagring og oversendelse, og i tekstfiler ble personnavn umiddelbart anonymisert. Alle data ble sikret ved å ha de i et låsbar skap og destrueres ved avsluttet oppgave i tråd med VIDs retningslinjer om datahåndtering (NEM, 2010 s. 23, VID, 2021).

4.8.2 Unngå skade

Jeg har i denne studien påtatt meg det ansvar å unngå skade ved at de som deltok i intervjuundersøkelsen ble utsatt for minst mulig belastning (Johannessen et al, 2016, s. 86). Dette innebar at jeg beskyttet informantenes integritet slik at forskningen ikke skulle

medført negative konsekvenser for dem, men også informere om fordeler de kan forvente ved å nettopp delta i studien (Thagaard, 2018, s. 26).

5 Resultater

I dette kapittelet presenteres studiens empiriske funn. De fremstilles som to hovedtemaer med undertemaer. Temaene belyser hvordan helsepersonalet erfarte implementeringen og bruken av digitalt tilsyn. De to hovedtemaene var «Tilrettelagt tilsyn på natt» og «Implementeringens utfordringer». Hovedtema «Tilrettelagt tilsyn på natt» rommer fire undertemaer; «Endringer bevisstgjorde brukerbehov», «Tilrettelegging for søvn», «Frigjøring av tid endrer arbeidspraksisen» og «Å være i forkant». Det andre hovedtema består av tre undertemaer; «Endringer og opplæringsbehov», «Teknologiskepsis og kompetansesvikt» og «Teknologiens sårbarhet».

I tabellen nedenfor presenteres en oversikt over temaene:

Tabell 4: Tema og subtema

Tema	Tilrettelagt tilsyn på natt	Implementeringens utfordringer
Undertema	<ul style="list-style-type: none">➤ Endringer bevisstgjorde brukerbehov➤ Tilrettelegging for søvn➤ Frigjøring av tid endrer arbeidspraksisen➤ Å være i forkant	<ul style="list-style-type: none">➤ Endringer og opplæringsbehov➤ Teknologiskepsis og kompetansesvikt➤ Teknologiens sårbarhet

5.1 Tilrettelagt tilsyn på natt

Alle informantene opplevde at det digitale tilsynet ledet til et mer hensiktsmessig tilsyn av beboerne og en mer tilrettelagt tjeneste på natt. Det digitale tilsynet tilførte nattjenesten flere kvaliteter, som kom både beboerne og nattevaktene til gode. Flere nattevakter erfarte mer ro i avdelingen og nattesøvnen for beboerne ble bedre tilrettelagt.

5.1.1 Endringer bevisstgjorde brukerbehov

Flere av informantene opplevde styrket brukerinnsikt og at ny brukerkunnskap ble utviklet igjennom det digitale tilsynet. De fremhevet særlig at beboerne ofte viste å ha mer ressurser enn de trodde, mens andre var dårligere enn de trodde. Det ble lettere å kartlegge beboernes funksjonsnivå og mestringsnivå, ved å observere via kamerabilde for å se hvilke ressurser de hadde. Å kartlegge beboernes bevegelsesmønster om natten ble også enklere med digitalt tilsyn. Flere av informantene oppdaget at beboerne var mer selvstendige. Beboerne fikk muligheten til å være mer selvstendige og ble mer uavhengige av nattevakten. Integriteten til beboerne ble styrket ved at de fikk utføre flere ferdigheter som nattevaktene før trodde de ikke mestret. For eksempel var det flere som mestret toalettbesøk på egen hånd.

Flere av informantene synes de fikk bedre oversikt over søvnmønster og hva beboeren trengte av tiltak i forhold til tilsyn på natt etter innføring av det digitale tilsynet. Dermed kunne de også tilpasse tjenesten mer individuelt, og de sørget for å bistå med nødvendig helsehjelp. Den gode oversikten økte beslutningstøtten for hvilken tilnærming beboeren var i behov av, og dermed var det lettere å gi beboeren kun den hjelpen som virkelig trengtes.

I begynnelsen opplevde flere av informantene at alarmene ringte veldig ofte, og mange ganger unødvendig. Alarmene ringte ved den minste bevegelse selv om beboer egentlig ikke trengte hjelp. Dette kalte de overalarmering. Flere nattevakter erfarte at for å unngå overalarmering var det viktig å tilpasse kameraene og sensorene individuelt, slik at tilsynet ble mer målrettet. Noen hadde også utarbeidet egne kartleggingskjema for det digitale tilsynet og fikk på denne måten et mer persontilpasset tilsyn.

«jo, jeg tenker at de får hjelp, altså mye mer riktig, altså mye mer individuelt tilpasset tjeneste da. Nå er det vurdert ut ifra hvert enkelt tilfelle hva er best for deg. Hva er det du skal ha? Og da får en det.» (sykepleier).

5.1.2 Tilrettelegging for søvn

Flere informanter opplevde at det digitale tilsynet ga en roligere atmosfære på avdelingen, som at personalet ikke lenger avbrøt beboernes nattesøvn med å gå inn og ut av dører. Flere syntes det var fint å slippe å forstyrre beboerne. De erfarte at dette ledet til mindre forstyrrelse av nattesøvnen og bedre søvnforutsetninger for beboerne.

Særlig på de skjermede avdelingene erfarte de at det ble mindre uro, beboerne ble opplevd som mindre forvirret når de fikk være mer i fred i sin egen private sfære. Helsepersonellet vekket ikke lenger beboerne med fysiske tilsyn. Dermed unngikk de irriterte beboere som ikke fikk sove igjen etter at de var blitt vekket.

«Så det påvirket jo pasientene, og det er jo en helt annen ro ved at vi trenger ikke gå ut og inn av dører, for å sjekke dem.» (helsefagarbeider)

Noen informanter påpekte at det var positivt at det digitale tilsynet var mindre inngripende for beboeren og vernet om privatlivet ved at de slapp å liste seg inn til en sovende og risikere å vekke beboeren.

Det digitale tilsynet var egnet for beboere med kognitiv svikt, ifølge flere av informantene. Personer med kognitiv svikt hadde tidligere blitt omtumlet og urolige av at nattevaktene var innom dem på natten, men med det digitale tilsynet slapp de slike forstyrrelser.

Noen nattevakter fremhevet at det digitale tilsynet spesielt var nyttig for personer som ikke kunne tilkalle hjelp på egen hånd. Fordi nattevaktene kom raskere til beboere som våknet opp og var urolig, fikk de dempet uroen tidligere og på den måten forebygget man situasjonen og uroen i å eskalere.

Noen av informantene erfarte at det digitale tilsynet gjorde at nattevaktene oppdaget nattevandrerne tidligere og dette var også med på å danne ro og bedre søvnforutsetninger i

avdelingen. Nattevandrere hadde tidligere ført til forstyrrelser for andre beboere, men når nattevaktene mottok varsler, så fikk de hindret slike hendelser.

Noen nattevakter, særlig de som følte de mestret teknologien, fremhevet at de selv ble mindre stresset ved at de fikk bedre oversikt over avdelingen. De kunne ha kontroll over mange av beboerne samtidig på telefonene. Mindre stressede nattevakter skapte også en fredeligere stemning på avdelingen, erfarte flere av informantene. En nattevakt synes særlig det var fint å kunne bruke tid hos en urolig beboer og likevel slippe å engste seg for de andre beboerne på avdelingen.

*«Vi har et lite atrium, så jeg kan ta med pasienten ut å gå der, uten å være engstelig for hva som skjer på avdelingen, for da vet jeg at de fleste er ca. på rommet sitt da.»
(Helsefagarbeider)*

Det digitale tilsynet muliggjorde avstandsoppfølging av beboer slik at helsepersonalet kunne avvente situasjonen uten å gripe inn. Når alarmer gikk, kunne de følge med på beboer og se om vedkommende klarte å roe seg selv ned før de eventuelt gikk inn for å bistå. På denne måten ble beboer gitt mulighet til å mestre situasjonen selv uten forstyrrelser. Flere av informantene fremhevet at denne muligheten for egenmestring for beboeren, var med på å skape ro i avdelingen, i tillegg til at det stimulerte beboerens evne til å utnytte sine egne ressurser.

«Noen er jo kanskje bare i døra, åpner og lukker igjen, ordner litt rundt på rommet sitt og da kan vi følge med på, da kan vi ta noen tilsyn og se hva som skjer, mange ganger så kan det også gjøre så pasienten lander igjen på et hvis da, roer seg uten at vi kommer inn, og legger seg igjen. Det har vi vel egentlig flere eksempler på natta. At det kanskje kan uro noe hvis dørvarslet går da og vi går rett inn i stedet for at vi da holder vårs litt unna og følger med på hva skjer nå.» (Helsefagarbeider)

Noen nattevakter erfarte at beboerne hadde gitt uttrykk for ekstra trygghet ved at de visste at noen fulgte med på dem og passet på. Bedre netter med bedre søvnforutsetninger ga mer uthvilte beboere. Flere informanter opplevde at dette gjorde at aktiviteter og mestringsevne på dagtid ble bedre for beboerne.

5.1.3 Frigjøring av tid endrer arbeidspraksis

Flere opplevde at det digitale tilsynet endret arbeidsrutinene og tidsbruken på natt. En sykepleier, - fremhevet at det å foreta et digitalt tilsyn var tidsbesparende i seg selv. Det å foreta faste planlagte digitale tilsyn var raskere enn å gå fysisk rundt på avdelingen.

«...men så har du en identisk avdeling som har digitalt tilsyn på alle rom. Da vil du kunne ha tilført disse tilsynsrundene på, med digitalt tilsyn, de kunne vært fullført på de 25 pasientene toppen 5 minutter.

mens hvis du skal gå fra rom til rom på alle disse 25 pasientene så er det jo halvtime, tre kvarter, ikke sant? Det spørres hvordan utformingen på sykehjemmet er og om det er noe som skjer inne på rommene, et setra, ikke sant?» (Sykepleier).

Flere av informantene erfarte at det digitale tilsynet tilrettela for en mer fleksible nattskift der nattevaktene kunne gjøre flere oppgaver på en gang og dette var også tidseffektivt. For eksempel erfarte en nattevakt å kunne være inne hos en beboer, men likevel ha oversikt over hele avdelingen. Nattevakten var ikke lenger stedbundet, og dette ga økt fleksibilitet til å hjelpe kollegaene. Ved at nattevaktene bar med seg en telefon, og at alle alarmene kom inn på telefonen, så kunne de være en helt annet plass på sykehjemmet, men likevel være behjelpelige. De kunne for eksempel gå i pleien i en langtidsavdeling og hjelpe til i en annen langtidsavdeling via telefonen. Flere informanter erfarte at de kunne løse utfordringer i fellesskap. De erfarte at de kunne jobbe mer samlet, som et lag, og at de hadde tettere kontakt med kollegaene. Flere erfarte at de fikk mer tid til å snakke sammen med kolleger om brukerne og at de også på denne måten fikk økt innsikt om beboerne.

Flere opplevde også at det digitale tilsynet ga muligheter for raskere respons når noe hadde skjedd med beboeren. Dermed slapp nattevaktene å finne en beboer på gulvet etter flere timer. Dette var selvfølgelig også fordelaktig for beboeren som slapp å ligge flere timer hjelpeløs.

Flere av informantene erfarte nå at det var blitt enklere å styre tiden sammenlignet med da man gikk inn fysisk til alle beboerne. Informantene opplevde nå, etter å ha anvendt digital oppfølging over en periode, å ha et bedre grunnlag for å vurdere hvem som trengte

oppfølgingen mest, og de erfarte det som verdifullt å kunne bruke tiden på beboere som virkelig hadde behov for tettere oppfølging.

5.1.4 Å være i forkant

Alle informantene erfarte at det digitale tilsynet virket forebyggende ved at de minsket risikoen for uønskede situasjoner. Alle informantene uttrykte at dette bidro til økt trygghet for beboerne.

Alle nattevaktene erfarte at det digitale tilsynet kunne hindre fall ved at for eksempel nattevakten får kommet til beboer i det den er på vei ut av sengen. Flere informanter erfarte at særlig hos beboere som var ukritiske hindret det digitale tilsynet flere fall. Det digitale tilsynet egnet seg særlig for personer med økt fallrisiko, erfarte flere av informantene. Kameraene ga alarm ved bevegelse, ga presis falldeteksjon og dermed kunne nattevakten agere. De opplevde at de hadde avverget flere lårhalsbrudd.

*«Vi har i hvert fall forhindra mange fall. Det er jeg helt overbevist om. Der som det er, der som det er store falltendenser og kanskje mye uro da. Så, der vi kan gå inn så fort de reiser seg opp i senga, blir vi varslet før de går ut også da.Så der har vi nok handla eller hindra en god del skade i løpet av den tida vi har hatt digitalt tilsyn.»
(Helsefagarbeider).*

Flere informanter erfarte det positivt at de kunne komme raskt til når alarmen gikk fordi hvis beboeren hadde skadet seg kunne de hindre at skaden fikk eventuelle komplikasjoner.

Flere av informantene opplevde at det digitale tilsynet økte sikkerheten til beboere med kognitiv svikt. En sykepleier på en korttidsavdeling kom med et eksempel der de fikk avverget en brannfarlig situasjon ved at de oppdaget, via kamera, en delirisk beboer som skulle til å røyke i sengen.

Flere av informantene erfarte at digitalt tilsyn var nyttig særlig for nattevandrerne. Med dørvarslere kunne nattevaktene hindre beboere å vandre ut nattetid. Informantene erfarte at kameraene oppdaget også om beboere fikk uønskede besøk av andre beboere inne på rommet, og nattevaktene fikk mulighet til å ordne opp i dette.

Noen informanter erfarte at det digitale tilsynet var spesielt nyttig for å bedre tryggheten når man skulle bistå utagerende beboere. Det digitale tilsynet gjorde at færre av personalet trengte å være inne hos beboeren samtidig. Nattevaktene kunne hjelpe hverandre via kameraovervåking. De kunne følge med når en kollega var inne hos en utagerende beboer og dermed agere raskt ved behov. Dette kunne være med på å avverge mulige voldelige og uønskede situasjoner, øke tryggheten og dermed også bedre sikkerheten til både beboere og personalet. En helsefagarbeider opplevde at færre mennesker inne hos beboer kunne gjøre situasjonen mindre truende for beboer og dermed være med på å minke faren for konflikter.

«..og vi trenger ikke gå så mange inn, før så var vi kanskje to og tre som gikk inn til pasienten, i forhold til sikkerhet, men nå kan vi da gå inn en personal, så kan to personal stå på gangen og følge med hva som skjer og gå inn og gripe inn med en gang» (Helsefagarbeider).

Denne helsefagarbeideren fortalte også at hun ble mindre stresset i en mulig truende situasjon ved å jobbe på denne måten.

5.2 Implementeringens utfordringer

Informantene erfarte en rekke utfordringer ved implementeringen av det digitale tilsynet på sykehjemmene. De opplevde både praktiske og menneskelige utfordringer knyttet til å gjennomgå de endringene som oppstår når det introduseres ny teknologi på et sykehjem. De opplevde varierende opplæring, at teknologien sviktet, teknologiskepsis og kompetansesvikt.

5.2.1 Endringer og opplæringsbehov

Motivasjonen ved innføring av digitalt tilsyn var varierende blant informantene. En av informantene erfarte at digitalt tilsyn ble løsningsforslag mot nattlige atferds utfordringer for å ikke forstyrre andre beboere. Noen av informantene opplevde at digitalt tilsyn ble innført på grunn av fremtidens mangel på helsepersonell. En av informantene forstod ikke

meningen med innføring av digitalt tilsyn. Denne informanten opplevde implementeringsprosessen som kaotisk.

Flere av nattevaktene var spente ved innføringen av digitalt tilsyn, og opplevde likevel omstillingsprosessen som problematisk. Flere av informantene synes det var vanskelig å bryte innarbeidede arbeidsrutiner. De kjente på trangen til å gå inn å kontrollere beboeren fysisk og ønsket å fortsette å gjøre dette da dette følte tryggere. Noen av informantene erfarte at de egentlig kunne hatt flere planlagte digitale tilsyn, men de opplevde at flere andre kolleger ikke ønsket dette. Flere erfarte motvilje mot omstilling og lav endringsvilje blant kollegaer. Flere nattevakter ønsket ikke å endre sine innarbeidede arbeidsvaner og sin måte å tenke på i forhold til arbeidsoppgavene.

«Vi kunne nok hatt enda flere digitale tilsyn enn det vi har. Vi har fortsatt på natt, så er nok dem innom en del pasienter fordi nattevakta synes at de skulle gjøre det liksom, det har hun alltid gjort.Men etter at vi fikk det systemet her, så er det faktisk ikke meningen at du skal innom alle også la folk få ro, men det er klart at det er litt sånn vanskelig å endre tankegangen hos en del ansatte på akkurat det dere der.»
(sykepleier)

Informantene hadde varierende erfaring med opplæringen og implementeringen som ble gitt. Noen hadde fått bare praktisk opplæring ved at de fikk prøve ut utstyret, mens andre hadde fått teoretisk opplæring via møter og fremføringer på PowerPoint i tillegg til praktisk opplæring.

Flere av informantene erfarte å ha tverrfaglige diskusjonsgrupper, som ble opprettet i forbindelse med implementeringen av det digitale tilsynet. I en slik diskusjonsgruppe var både ledelse og ansatte involverte, og formålet med gruppen var å koordinere implementeringen. Tre av informantene hadde deltatt i en slik gruppe, og de opplevde at de var mer delaktige i omstillingsprosessen. En av informantene trakk fram at det var fint å oppleve at du som ekspert på nattskiftet var en viktig aktør i implementeringen.

Noen informanter erfarte derimot manglende opplæring og oppfølging. Det var mer opp til den ansatte selv med prøving og feiling av systemet. Disse informantene opplevde implementeringen som kaotisk og var mindre fornøyd med det digitale tilsynet, men mente

at det hadde fungert bedre med digitalt tilsyn hvis alle hadde fått en bedre innføring, i tillegg til bedre rutiner.

En av informantene synes selv om implementeringsprosessen var omfattende, så gikk implementeringsprosessen veldig bra. Denne informanten mente at den veldig tette oppfølgingen de første to ukene gjorde at innføringen ble vellykket og at kollegaene opplevde god opplæring.

5.2.2 Teknologiskepsis og kompetansesvikt

Alle nattevaktene opplevde det digitale tilsynet som nyttig. Flere av informantene opplevde det digitale tilsynet enkelt i bruk, mens andre erfarte kolleger som synes det var vanskelig med alt det som hadde med internett, telefoner og data å gjøre. De hadde kolleger som for eksempel ennå ikke hadde smarttelefoner. Disse kollegene likte ikke å bruke slikt utstyr i sitt daglig liv og hadde derfor større utfordringer ved innføring av det digitale tilsynet på arbeidsplassen. Informantene opplevde at kunnskapsutfordringene gjorde at kollegaene trengte lenger tid på å lære seg alt det nye.

Alle informantene erfarte utfordringer med teknologiskepsis blant kollegaer i forbindelse med innføringen av digitalt tilsyn. Nattevakter kunne synes det var vanskelig å forholde seg til det tekniske og følte på barrierer i forhold til manglende digital kompetanse. Noen opplevde teknologien som mer skummel og utfordrende. Flere opplevde å være engstelige for omleggingen til digitalt tilsyn og syntes det var vanskelig å stole på teknologien. Denne engstelsen kunne føre til at enkelte nattevakter trakk seg mer unna.

En sykepleier opplevde at kolleger nærmest fryktet teknologien.

«Jeg er jo veldig glad i teknologi og for meg er teknologien en ressurs, mens for andre er, ja det er folk som nærmest frykter teknologi, som pesten ehm fordi de ikke forstår seg på den.» (Sykepleier)

Noen informanter erfarte at det var utfordrende at arbeidsplassen var innovativ ved at det var lite erfaring og kunnskap å hente fra andre. Det oppstod flere utfordringer med systemet i begynnelsen og dette kunne lede til skepsis i personalgruppa.

Grunnet stor skepsis i personalgruppa erfarte en sykepleier at de, brukte mye tid under implementeringen på å berolige personalet med å forklare hvorfor digitalt tilsyn var valgt som løsning.

5.2.3 Teknologiens sårbarhet

Informantene opplevde at det var vanskelig å stole på teknologien og dermed ble de skeptiske til det digitale systemet. Alle hadde opplevd at systemet ikke alltid virket og at teknologien kunne svikte. Innloggingsproblemer på systemet var frustrerende, ifølge en av informantene.

Flere hadde opplevd at alarmene ikke fungerte av uforklarlige årsaker. De hadde opplevd uforklarlige tekniske problemer der for eksempel varsler burde vært utløst, men ikke ble det. En helsefagarbeider fortalte om en hendelse der de hadde funnet en beboer på gulvet etter flere timer, uten at alarmen hadde blitt utløst. Dette skapte redsel og uro i personalgruppa, erfarte helsefagarbeideren. Det digitale tilsynet er avhengig av strøm, nett-tilgang og Wi-Fi for å virke, men det gjorde det ikke alltid. Flere hadde opplevd problemer med nettilgang og Wi-Fi, internett hadde plutselig kollapset og dermed virket ikke alarmene. En sykepleier fortalte om treghet i systemet og at varslingen på telefonen ble forsinket slik at det alarmerte for sent. Tekniske problemer på grunn av tykke murvegger og gamle bygningsmasser knyttet til nettverk var utfordringer flere av informantene hadde opplevd. Noen opplevde strømbrudd og at alarmsystemet plutselig sluttet å virke. Teknologien og det digitale tilsynet ble opplevd som sårbart. Det var vanskelig og frustrerende når den ikke virket, erfarte flere av informantene.

«... litt sånne ting som er litt frustrerende når man faktisk sitter midt i denne teknologiske verden og nettet er nede, strømbrudd og sånne ting. Da er det jo, da føler man jo plutselig litt sårbar da, når en først sitter inn i ja, at det er trygt med alarmer liksom.» (Helsefagarbeider)

Når beboerne endrer funksjonsevne, må kameraer revideres og innstillingen på kameraene må endres. Informantene opplevde at denne prosessen med å få endret innstillingen på

kameraet kunne ta tid. Dermed fungerte ikke alarmene gunstig og det kunne være risiko for over alarmering.

Teknologien var også sårbar for menneskelig svikt, erfarte flere av informantene. I begynnelsen hadde over alarmering vært et problem for flere av aktørene. Dette skyldes vanligvis manglende opplæring og individuell tilpasning av kameraene. En sykepleier fortalte for eksempel om en seng som hadde blitt flyttet på dagtid, og da sto sensorene innstilt feil. Problemer oppstod fordi dagvaktene var uvitende om det digitale tilsynet, - fordi dagvaktene hadde ikke fått noen innføring eller opplæring.

Flere av informantene opplevde det som nyttig, å ha tekniske supportmuligheter. De opplevde det lettere å håndtere tekniske problemer etter at de hadde fått tettere samarbeid med support, som var leverandøren, og de erfarte særlig muligheten for å få hjelp på natten som nyttig. En sykepleier etterlyste manualer, rutiner og prosedyrer når de hadde tekniske problemer. Denne sykepleieren opplevde at det ville være lettere å ta tak i eventuelle tekniske utfordringer hvis vedkommende hadde hatt en bruksanvisning å søke informasjon i. Noen informanter erfarte at et godt samarbeid med IKT avdelingen i kommunen var viktig.

«Før man kan dra i gang noe lignende på en måte, så er en helt avhengig av å ha med seg IKT i kommunen, fordi dem blir veldig involvert i det, dem må på en måte skjønne behovet og forstå det like mye som oss liksom. For du er helt avhengig av at dem er med på lag.» (Sykepleier)

6 Drøfting

I dette kapittelet drøftes problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av digitalt natt-tilsyn i kommunal institusjonsbasert omsorg?» For å svare på problemstillingen trekkes studiens resultater inn. Resultatene belyses gjennom eksisterende litteratur og valgte teoretiske perspektiver beskrevet i kapittel 3. Studiens hovedtemaer beskriver at det digitale tilsynet kan lede til tjenesteutvikling. Det digitale tilsynet kan bidra til mer hensiktsmessige tilsyn på natt, men samtidig kan det oppstå flere utfordringer ved implementering og ved bruk av digitalt tilsyn. De to temaene «Tilrettelagt tilsyn på natt» og «Implementeringens utfordringer» fra analysen vil danne strukturen i dette kapittelet. Hensikten med diskusjonen vil være å belyse hvordan disse to temaene påvirker hverandre, men også å redegjøre for hvordan det digitale tilsynet kan bli en del av omsorgen.

6.1 Hvordan digitalt tilsyn påvirket tilsynet på natt

Alle informantene i min studie opplevde at det digitale tilsynet ledet til et mer hensiktsmessig tilsyn av beboerne og en mer tilrettelagt tjeneste på natt. De opplevde at det digitale tilsynet tilførte natttjenesten flere kvaliteter, som kom både nattevaktene og beboerne til gode. Først i dette kapittelet diskuteres hvordan det digitale tilsynet kan være med på å understøtte individuell omsorg, selvstendighet og ro i avdelingen. I tillegg vil noen etiske betraktninger bli diskutert. Deretter vil hvordan det digitale tilsynet frigjør tid og hvordan det digitale tilsynet kan fungere som en forebyggende tjeneste bli diskutert. Til slutt i dette kapittelet diskuteres hvordan det digitale tilsynet endrer arbeidspraksisen.

6.1.1 Understøtting av individuell omsorg

I min studie brukte informantene det digitale tilsynet enten ved at videokameraet ga en alarm dersom det var behov for tilsyn eller de utførte planlagte tilsyn, som vil si at de utførte digitalt tilsyn visuelt uten fysisk å være til stede på et planlagt tidspunkt. De utførte tilsynet via PC eller mobil, og vurderte via kamerabildet om de skulle gripe inn eller ikke. Et sentralt funn i min studie var at informantene opplevde at det ble lettere å kartlegge beboernes

funksjonsnivå og mestringsnivå, gjennom å observere dem via kamerabilde for å se hvilke ressurser de hadde. Å kartlegge beboernes bevegelsesmønster om natten ble også enklere med digitalt tilsyn. Disse funnene samsvarer med beskrivelser i studien til Hall et al. (2017, s. 67) der helsepersonellet syntes teknologien var nyttig for å forstå beboernes adferd og bevegelsesmønster bedre, gjennom å analysere dataene som teknologien ga. Flere av informantene synes de fikk bedre oversikt over søvnmønster og hva beboeren trengte av tiltak i forhold til tilsyn på natt etter innføring av det digitale tilsynet. Den gode oversikten over beboerne bidro til å tilpasse tjenesten mer individuelt slik at informantene fikk sørget for å bistå med nødvendig helsehjelp. Funnet om at informantene i egen studie opplevde å få bedre oversikt over beboerne, er i tråd med Eitzen & Røhne (2022) sin fagutviklingsartikkel som viste at det digitale tilsynet ved hjelp av kamera ga en mer effektiv beslutningsstøtte for når de skulle gripe inn eller ikke. Informantene, i min studie, opplevde at den gode oversikten økte beslutningstøtten for hvilken tilnærming som kunne være nyttig, og dermed ble det lettere å understøtte beboerens behov. Den individuelle tilpasningen kan antyde at digitalt tilsyn kan tilrettelegge for å bli bedre kjent med beboerne på nye måter. Hvis de visste at beboeren pleide å gå litt inne på rommet om natten, trengte de ikke å gripe inn med en gang alarmen gikk, men de kunne avvete situasjonen først. Dette er i tråd med Personsentrert omsorg. Det å innta en individualisert tilnærming i arbeidet med å vurdere og møte de unike behov til personer med demens er en av fire viktige elementer som må være til stede for å kalle omsorgen personsentrert, ifølge Brooker (2013, s. 9). En personsentrert tilnærming har søkelyset på det individuelle i hvert menneske, omsorgen skal ytes på et individuelt grunnlag. Personen skal ikke bli behandlet bare ut fra sin diagnose. Personen skal være fremtredende og akseptert for de ansatte. Det er viktig at personen med demens får utfoldet seg basert på personens livsstil, preferanser og mestringsnivå (Brooker, 2013, s. 47).

I motsetning til funnet i min studie, om at den gode oversikten ser ut til å gi en individuell tilnærming, beskriver Dugstad et al. (2015, s. 11) om ansattes bekymringer for å miste verdifull informasjon om brukeren, som vurderinger nattevakten gjør gjennom å se, lukte og høre ved de fysiske tilsynene. Ved tradisjonelle tilsynsrunder foretar nattevakter en rekke preventive oppgaver blant annet inkontinenspleie og stillingsendringer (Fetveit & Bjortvatn, 2012, s. 179). Når disse oppgavene ikke utføres kan beboerne bli utsatt for sår og

infeksjoner (Stubberud & Grønseth, 2022, s.8). Selv om det digitale tilsynet ser ut til å være gunstig i forhold til at man slipper å vekke beboerne, er samtidig tradisjonelle tilsynsrunder en arena for møter mellom beboer og omsorgspersoner. I møter med beboeren utfordres helsepersonellens evne til å være åpen, sanse og ta imot inntrykk av beboeren slik at de kan forstå beboerens behovsuttrykk (Johansen, 2021). Når fysiske tilsyn ikke foretas lenger, så kan det se ut til at helsepersonell frykter at viktig individuell informasjon går tapt, fordi den reduserer antall besøk hos beboeren, og dermed reduseres helsefaglig oppfølging av brukeren. Tapet av slik individuell informasjon kan se ut til å være en trussel mot den individuelle tilnærmingen.

6.1.2 Understøtting av selvstendighet

De beskrevne mulighetene for å få bedre oversikt og innsikt knyttet til beboernes gjøremål på natt, førte til at informantene oppdaget at beboerne ofte viste å ha mer gjenværende ressurser enn de trodde, mens andre var dårligere enn de trodde. Den gode oversikten gjorde at det var lettere for informantene å forstå hvilken tilnærming beboeren var i behov av, og dermed var det lettere å gi beboeren den hjelpen som virkelig trengtes. På denne måten opplevde informantene at de utviklet mer bevisstgjøring rundt brukerbehovet på natt. De kunne for eksempel oppdage at en beboer mestret å komme seg ut av sengen på egen hånd, som de før hadde hjulpet. Å ha et bevisst forhold til beboerens behov er i tråd med den personsentrerte omsorgstenkningen, men for å få innsikt i beboernes ønsker og bli kjent med hvem de er krever mer enn hva det digitale tilsynet kan bidra med alene. For å forstå hva en beboers behov er, trenger man kunnskap om personens livshistorie og preferanser (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 59). Ved å ha kunnskap om det tidligere livet til personen med demens kan helse- og omsorgspersonell ta hensyn til dette og kanskje forstå personens reaksjoner bedre (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 22). Personsentrert omsorg som verdigrunnlag innebærer at personen med demens skal oppleve å bli møtt som en unik og verdifull person, der det ikke er søkelys på vedkommens begrensninger i forhold til sykdommen. En slik tilnærming kan bidra til at personen med demens kan oppleve sine egenskaper som gode og tilstrekkelige (Mjørud & Røsvik, 2021, s. 58). Det kan være vanskelig å forstå mennesker med demens fordi de har sviktende språklige kommunikasjonssevner og på den måten har problemer med å uttrykke sine behov (Engedal,

2021, s. 34). Årsaken til en slik kommunikasjonsvekkelse kan være skade i hjernens to språksentre slik at både det motoriske og sensoriske språket blir påvirket (Engedal, 2021, s. 34). Fordi det kan være vanskelig å forstå mennesker med demens er det gunstig å ha hjelpemidler som letter prosessen med å forstå deres behov. Det kan være gunstig at det digitale tilsynet, i en personsentrert omsorgspraksis, kan gi mulighet for at pleierne blir bedre kjent med personen.

Informantene, i min studie, oppdaget at beboerne var mer selvstendige, og at de kunne mestre flere ADL aktiviteter på egen hånd. I min studie muliggjorde det digitale tilsynet avstandsoppfølging av beboeren slik at helsepersonalet kunne avvete situasjonen. Ut fra informantenes opplevelse kan det se ut som det digitale tilsynet tilegner informantene en ny form for innsikt ved at de får mulighet til å kunne observere før de griper inn. Når alarmen gikk, kunne de følge med på beboer og se om vedkommende klarte å roe seg selv ned før de eventuelt gikk inn for å bistå. På denne måten ble beboer gitt mulighet til å mestre situasjonen selv uten forstyrrelser. Flere av informantene fremhevet at denne muligheten for egenmestring for beboeren stimulerte deres evne til å utnytte sine egne ressurser. Beboerne får styrket sin integritet ved at de får prøvd ut sine ferdigheter på egen hånd. De fikk bevege seg mer fritt inne på sitt eget rom og romstere rundt for seg selv, uten at noen forstyrret dem. Ved at beboerne fikk være mer for seg selv, ser det ut til at de fikk muligheten til mer privatliv og de fikk være mer «sjef» i sin egen tilværelse. Mange klarte for eksempel å gå på toalettet på egen hånd. Å bevare personens integritet er sentralt i forhold til den personsentrerte omsorgen. Det å ta vare på og ta hensyn til de individuelle ressursene og evnene står sentralt i denne omsorgstenkningen (Brooker, 2013, s. 35). Derimot kan tap av ferdigheter påvirke hvordan personen ser på seg selv. Derfor er det viktig at aktiviteten og miljøet tilrettelegges, slik at vedkommende kan fortsette å være seg selv og oppleve seg selv som en verdifull person (Mjørud&Røsvik, 2021, s.79). Det finnes flere studier som viser at det å utnytte beboerens ressurser i pleie aktiviteter kan være viktig for beboeren. Blant annet viste en studie fra Sandgren et al. (2021, s. 1239) at eldre mennesker på sykehjem opplevde at mangel på medvirkning og selvbestemmelse påvirket deres livskvalitet. I en annen studie av Nygaard et al. (2020, s.11) kom det fram at beboerne på sykehjem satte pris på å engasjere seg i egen omsorg. Beboerne fremhevet viktigheten av muligheter til å delta i oppgaver basert på deres behov og evner. De mente det var viktig å

ha litt kontroll og kunne få muligheten til selv å velge hva de ville gjøre (Nygaard et al., 2020, s. 11). Det å gå på toalettet selvstendig kan også være viktig trening for en beboer på sykehjem, og er positivt når det gjelder å bevare pasientens fysiske funksjon (Sverdrup et al., 2020, s. 2607). Ifølge Sverdrup et al. (2020, s.2607-2608) viste personer med demens et betydelig tap av fysisk funksjon etter innleggelse på sykehjem. Smerter fra muskelskjelettsystemet, apati og mangel på motivasjon påvirket denne utviklingen ytterligere i negativ retning. Samtidig blir evnen til å utføre vanlige aktiviteter ofte svekket hos personer med demens. En person med moderat og alvorlig demens har ofte problemer med å utføre personlige aktiviteter i dagliglivet som for eksempel å kle av og på seg, vaske seg og å gå på toalettet (Engedal, 2021, s. 34-35).

I motsetning til funnet i min studie som ser ut til å vise at beboerne fikk mer bevegelsesfrihet og integritet etter innføring av det digitale tilsynet, beskriver Niemeijer et al. (2014, s.35) at helsepersonellet ikke så ut til å ville vurdere potensialet for økt frihet som det digitale tilsynet kunne tilby beboerne. I denne studien viste det seg at helsepersonalet var redde for beboerens sikkerhet. De foretrakk isteden andre tvangsvedtak, som for eksempel å ha opp sengehesten på sengen. På den måten følte helsepersonalet at det var mindre sjanse for at pasienten kunne skade seg. Frykten for skade kan også være berettiget. Mange undersøkelser har vist at personer med demens har spesielt utsatt risiko for fall og lårhalsbrudd (Engedal, 2021, s. 42). I studien til Sverdrup et al. (2020, s. 2605 og 2606) kommer det dessuten fram at beboere på sykehjem skårer lavt på fysiske tester og på balanse tester. Disse skåringene blir redusert jo lenger tid beboeren oppholder seg i sykehjemmet. Når man skårer lavt på slike tester, er risikoen betydelig større for fall.

6.1.3 Tilrettelegging for ro og noen etiske utfordringer

I min studie opplevde flere informanter at det digitale tilsynet ga en roligere atmosfære på avdelingen, som at personalet ikke lenger avbrøt beboernes nattesøvn med å gå inn og ut av dører. Flere syntes det var fint å slippe å forstyrre beboerne, som også ledet til mindre forstyrrelser av nattesøvnen og ga bedre søvnforutsetninger for dem. To andre studier belyser også funnet om at det digitale tilsynet ledet til mindre forstyrrelser (Eitzen & Røhne, 2022; SINTEF, 2020, s. 26). Disse studiene hevder at det digitale tilsynet ledet til bedre søvn

(Eitzen & Røhne, 2022; SINTEF, 2020, s. 26). Ved tradisjonelle tilsynsrunder derimot kan uheldige pleierutiner være med på å forstyrre nattesøvn. Nattrunder der man går inn på rommet med litt lys i bakgrunnen for å sjekke beboeren vil ofte vekke dem. I tillegg er lys, lyd og forstyrrelser fra andre pasienter på rommet, miljøfaktorer som kan forstyrre natteroen på et sykehjem (Fetveit & Bjørvatn, 2012, s.179). Hos sykehjemsbeboere er det høy forekomst av innsovningsvansker, hyppige oppvåkninger og tidlig morgenoppvåkninger (Fetveit & Bjørvatn, 2012, s. 179). Årsakene til redusert søvnkvalitet kan komme av aldersrelaterte fysiologiske årsaker, patologiske årsaker, men også av at sykehjemmene er dårlig tilrettelagt for søvn (Fetveit & Bjørvatn, 2012, s. 179).

Informantene, i min studie, erfarte at det ble mindre uro og at beboerne ble opplevd som mindre forvirret når de fikk være mer i fred i sin private sfære. Dette gjaldt særlig på de skjermede avdelingene. Det digitale natt-tilsynet gjorde at nattevakten ikke lenger vekket beboerne når de utførte fysiske tilsyn. Dermed unngikk de å forvirre beboerne, slik at de ikke fikk sove igjen etter at de var blitt vekket. Den digitale avstandsoppfølgingen gjorde ikke bare at personene fikk mulighet til å være mer selvstendig som beskrevet i kapittelet «understøtting av selvstendighet», men den var også med på å skape ro i avdelingen.

En slik avstandsoppfølging, som blir beskrevet, i min studie, kan se ut til å lede til færre beboer-helsepersonell møter. Avstanden innebærer at helsepersonalet og beboer ikke har fysisk kontakt ved at de oppholder seg i forskjellige rom. Dette kan ha betydning for måten helsepersonell observerer og kommuniserer med pasienten på. Faren for at det skapes en avstand i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er til stede (Nakrem, 2017, s. 75). I studien til Nygaard et al. (2020, s.7-9) kom det fram at beboerne syntes at det å få lov til å være på eget rom for seg selv ga en følelse av trygghet. Studien til Aasgaard et al. (2012, s. 26) derimot, hevder at helsepersonalets fysiske tilstedeværelse er en forutsetning for beboernes trygghet, og at denne tilstedeværelsen forebygger uro. Fra et beboerperspektiv er pleierne veldig viktige i forhold til følelsen av trygghet (Mjørud et al., 2017, s.6-8). En positiv relasjon mellom pasient og pleier reduserer pasientens følelse av ensomhet og depresjon (Rummelhoff & Heiberg, 2021, s. 13). Slikt relasjonelt arbeid er derimot utfordrende på et sykehjem når personalressursene er få (Rognstad & Nåden, 2011, s.152), og travelhet er en trussel mot det personsentrerte omsorgsperspektivet (Brooker, 2013, s.

25-26). Rammene i dagens helsevesen er preget av en økende demografisk utfordring med mangel på kvalifisert helsepersonell (Hjemås et al., 2019). I studien til Kleiven et al. (2016, s. 311) belyses nettopp dette ved at ytre krav og rammer ser ut til å true tradisjonelle sykepleierverdier som barmhjertighet, verdighet og respekt for enkeltmenneskers liv. Dette kan gjøre sykepleierne mer oppgaveorienterte og at de har mindre søkelys på omsorgsperspektivet og relasjonsbygning. Ved derimot å gjøre tjenesten på andre måter som ved digitalt tilsyn, kan det se ut som, ut fra informantenes erfaring, at helsepersonellet muligens får frigjort tid og får mulighet til å imøtekomme beboernes behov bedre.

Avstandsoppfølgingen i min studie så altså ut til å lede til mer selvstendighet og økt integritet for beboerne. Dette er viktige verdier å ta vare på i henhold til personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s. 35; Mjørud & Røsvik, 2021, s. 74). Samtidig kan andre verdier som retten til privatliv og frihet fra å bli overvåket være i fare for å gå tapt. Istedenfor å gi beboeren mestringsfølelse kan det digitale tilsynet redusere privatlivet og krenke integriteten (Kiran & Nakrem, s. 103). Skeptikerne til overvåkingsteknologi mener at teknologien overvåker brukerne av den (Thygesen, 2011, s. 13). Thygesen (2011, s.15) hevder at etikkforståelsen som dominerer innenfor helse- og omsorgssektoren har vært preget av de bio-etiske prinsippene autonomi, beskyttelse fra skade, velgjørenhet og rettferdighet. Etske dilemmaer oppstår når det er konflikt mellom de ulike prinsippene. Empirisk etikktradisjon har et litt mer «innen-fra perspektiv» og er nær knyttet til omsorgsetikk. Overført til en velferdsteknologikontekst betyr det at teknologien ikke vurderes utenfor den sammenhengen den inngår i, men i forhold til de verdiene som står på spill (Thygesen, 2011, s. 15-16). I min studie påpekte noen informanter at det var positivt at det digitale tilsynet var mindre inngripende for beboeren og vernet om privatlivet ved at de slapp å liste seg inn til en sovende og risikere å vekke beboeren. Dette funnet er i tråd med Nilsen et al. (2017, s. 29), der pleierne lurte på om det ikke var mer inngripende for beboernes privatliv å bli observert når vedkommende sov, enn det at sensoren på rommet ga signal når det var behov for hjelp.

Siden det er viktige verdier som står på spill ved innføring av digitalt tilsyn er lovgivningen essensiell for å beskytte enkeltindividet. Tjenesten tilsyn på natt skal ivareta brukersikkerheten og sørge for at beboeren mottar en verdig tjeneste. En stor andel av

Digitalt tilsyn- brukerne er ikke samtykkekompetente og digitalt tilsyn regnes som en inngripende teknologi. Det må derfor foreligge lovhjemmel for å ta teknologien i bruk. Vedtaket fattes etter pasient og brukerrettighetsloven §4-6a for pasienter som ikke motsetter seg tiltak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-6a). Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, og det er tvil om vedkommende motsetter seg tiltaket, vil avgjørelsen kunne kreve tvangsvedtak av fylkesmannen i hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A (Thygesen, 2019, s. 41). Hvorvidt det digitale tilsynet oppfattes som en verdig tjeneste der omsorgen og velferden for beboeren er en verdi i seg selv, avhenger blant annet av hvordan teknologien innføres i helsetjenesten, hvordan tjenesten legges opp omkring teknologien, og hvordan brukerne presenteres for den (Kiran & Nakrem, 2017, s. 108).

6.1.4 Å være i forkant

I min intervjuundersøkelse kom det fram at det digitale tilsynet hindret en rekke uønskede situasjoner og på den måten virket forebyggende. Hendelser som forårsaker farlige situasjoner reduseres når ansatte blir varslet og kan gripe inn tidligere. Alle informantene erfarte at det digitale tilsynet virket forebyggende ved at det minsket risikoen for uønskede situasjoner som for eksempel fall og vold. Noen informanter erfarte at det digitale tilsynet var spesielt nyttige for utagerende beboere. Det digitale tilsynet gjorde at færre av personalet trengte å være inne hos beboeren samtidig. De kunne hjelpe hverandre via kamera. De kunne følge med når en kollega var inne hos en utagerende beboer og dermed agere raskt ved behov. Funnet i min intervjuundersøkelse om at det digitale tilsynet kunne være med på å hindre uønskede hendelser støttes av flere studier. I Choukou et al. (2021, s. 1) sin studie oppdaget helsepersonellet lettere uønsket adferd, men det ble understreket at det var viktig at teknologien var godt integrert i det praktiske arbeidet. Eitzen & Røhne (2022) og SINTEF (2020, s.26) belyser at det oppstod færre uønskede hendelser, som voldsepisoder og fall, etter at det digitale tilsynet ble innført. Hovedhensikten med digitalt tilsyn, som er en trygghet- og mestrings-teknologi, er å skape trygghet for beboeren og sørge for at beboeren får hjelp ved behov (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 18). Beboere på sykehjem er utsatt for en rekke uønskede hendelser som for eksempel fall og hendelser i forbindelse med uønsket adferd. På sykehjem faller omtrent halvparten av beboerne i løpet

av ett år. Omtrent ett av ti fall fører til skade som trenger behandling. Hoftebrudd er assosiert med betydelig dødelighet og fare for varig funksjonsnedsettelse (Wyller, 2018, s. 64). Vold og trusler er et problem i norske kommunale omsorgsinstitusjoner (Malmedal, 2018, s. 310; Støback, 2015, s.72-74; Blekken et al, 2022, s.2). I denne sammenheng er derfor funnet i studien min, som viser at informantene erfarte at det digitale tilsynet kan se ut til å hindre uønskede situasjoner, viktig.

I funnet i min studie, som omhandler måten informantene brukte det digitale tilsynet på ved tilnærming av utagerende beboere, kan det virke som informantene brukte tidligere erfaringer og kunnskap om adferd ved demens til å hindre at farlige situasjoner oppstår. Utfordrende adferd kan være et nevropsykiatrisk symptom og arte seg som for eksempel aggressivitet og irritabilitet (Engedal, 2021, s. 40-41). I henhold til Brooker (2013, s.59) og Støback (2015, s.75) er det viktig å finne årsaken til slik adferd. Støback (2015, s. 75) hevder at ved å kartlegge mulige farlige situasjoner, kan vi ha mulighet til å forebygge vanskelige hendelser. Kunnskap om demens og kunnskap om hvordan vi fremtrer i møte med personen med demens er viktig (Malmedal, 2018, s.312-314, s.; Støback, 2015, s. 74). Samtidig er god kommunikasjon og samarbeid viktige elementer for å kunne forebygge overgrep (Malmedal, 2018, 312-314). Støback (2015, s. 77) belyser også at mennesker har personlige rom som forklares med den fysiske eller psykiske distansen vi mennesker holder i forskjellige sammenhenger. En fysisk nærhet kan oppleves fysisk og mentalt påtrengende. Derfor er det viktig å tenke på hvordan man nærmer seg personen uten å virke krenkende. I min studie opplevde en helsefagarbeider, at færre mennesker inne hos beboer kunne gjøre situasjonen mindre truende for beboer og dermed være med på å minke faren for at truende situasjoner kan oppstå. Dette kan være en måte å opptre mindre krenkende ovenfor personen. Denne helsefagarbeideren fortalte også at hun ble mindre stresset i en mulig truende situasjon ved å jobbe på denne måten, fordi hun visste at noen kollegaer stod og passet på. Ifølge Støback (2015, s.77-80) og Malmedal (2018, 312-314) er språkbruk og kommunikasjon også viktig i forhold til tilnærmingen til beboeren. Ved at helsefagarbeideren er mindre stresset over situasjonen blir tilnærmingen muligens roligere og også kanskje mindre krenkende. Noen av informantene i egen studie, erfarte at det digitale tilsynet kunne være med på å avverge mulige voldelige og uønskede situasjoner, og dermed også bedre sikkerheten til både beboerne og personalet. Rognstad og Nåden (2011, s.153-155) skriver i sin artikkel at det å

føle seg rimelig trygg og sikker sammen med pasienten, som kan vise truende adferd, har betydning for om helsepersonellet kan yte verdig omsorg.

En annen adferds utfordring, som informantene syntes det digitale tilsynet fungerte særlig godt med, var vandring. Flere erfarte at med dørvarslere kunne nattevakten hindre beboerne å vandre ut nattetid. Informantene erfarte at kameraene oppdaget også om beboere fikk uønskede besøk av andre beboere inne på rommet, og nattevaktene fikk mulighet til å ordne opp i dette. Ved at nattevaktene hindrer beboerne å gå inn til de andre beskyttes de andre pasientene for uro. Tilsyn på natt i en institusjon har ofte store utfordringer med blant annet «nattevandrere», personer med kognitiv svikt som vandrer om natten og ikke finner tilbake til sengen (Helsedirektoratet, 2017, s. 5). Rastløshet er et av de vanligste symptomene ved demens (Engedal, 2021, s. 39).

Funnet i min studie som handler om at informantene får beskyttet de andre beboerne for uro ser ut til å vise at bruk av digitale tilsyn kan understøtte pleiernes rutiner på natt til å være med på å fremme et roligere og støttende miljø for de andre beboerne på avdelingen. Ifølge Nygaard et al. (2020, s.6) kan det å leve sammen med utagerende mennesker være en byrde for beboerne på sykehjem. Det er viktig å etablere et støttende miljø for personer. Støttende miljø er ifølge Brooker (2013, s. 82) et av elementene som må være til stede for å kalle omsorgen personsentrert. Et støttende miljø for beboeren med demens, handler om å lage et trygt miljø der personen føler seg velkommen, inkludert, tatt på alvor og har mulighet til å delta (Brooker, 2013, s. 82). Hvis man derimot bare følger den vandrende beboeren tilbake uten å i møte komme beboeren med nysgjerrighet og empati, så dannes ingen personsentrert omsorg for den vandrende beboeren. Urolig atferd har alltid en årsak, om man ser den eller ikke (Støback, 2015, s.75).

Dette underkapittelet har vist at det digitale tilsynet ser ut til å bidra til sikkerhet for beboerne ved at det hindrer uønskede hendelser. En forutsetning for den sikkerheten er at det digitale tilsynet er operativt. Implementeringens utfordringer i min studie, med blant annet kompetansesvikt og en sårbar teknologi kan derimot være en trussel for denne sikkerheten. I tillegg kan omsorgsverdier med blant annet avstand i relasjonen stå på spill. Niemeijer et al (2014, s.36) foreslår at før man innfører en slik teknologi bør det utføres en analyse av fordeler og risikoer av teknologien.

6.1.5 Hvordan finne tid til trøst

Flere informanter i min studie opplevde at det digitale tilsynet endret tidsbruken på natt. En sykepleier fremhevet at det å foreta et digitalt tilsyn var tidsbesparende i seg selv. Det å foreta faste planlagte digitale tilsyn var raskere enn å gå fysisk rundt på avdelingen. Det at det digitale tilsynet er tidseffektivt bekreftes i flere andre studier (Dugstad et al., 2015, s.11; Eitzen& Røhne, 2022; Nilsen et al., 2017, s.38; SINTEF, 2020, s.26). To av disse studiene beskriver at nattskiftene allikevel medførte merarbeid ved at nattevaktene måtte lære seg mye nytt (Dugstad et al., 2015, s.11; Nilsen et al., 2017, s.7). Samtidig er det også andre studier som viser at innføring av digitalt tilsyn er en tidskrevende og omfattende prosess (Batt-Rawden et al., 2021, s. 13; Hall et al.,2017, s. 67). Batt-Rawden et al. (2021) fremhever at det er viktig å sette av god tid og ressurser når teknologien skal innføres. I studien til Hall et al. (2017, s.67) synes helsepersonellet det var vanskelig å sette av tid og at det var en svært krevende oppgave å analysere og nyttiggjøre seg den informasjonen som teknologien formidlet.

Funnet fra min studie, om at det digitale tilsynet erfares som å frigjøre tid, er gunstig i et personsentrert omsorgsperspektiv, fordi utøvelsen av personsentrert omsorg ofte er tidskrevende (Brooker, 2013, s. 25-26). Den personsentrerte omsorgen blir truet når store grupper med svært sårbare personer med demens skal tas hånd om av et underbemannet personale. Det kan være vanskelig å prioritere behovene mellom de som krever mye oppmerksomhet og de hjelpetrengende som ikke viser like tydelig sine behov for hjelp (Brooker, 2013, s. 26).

I min studie erfarte flere av informantene at det var blitt enklere å styre tiden sammenlignet med å gå inn fysisk til alle beboerne flere ganger per natt. Etter å ha anvendt digital oppfølging på natt over en periode opplevde informantene nå, å ha opparbeidet seg et bedre grunnlag for å vurdere hvem som trengte mer oppfølging enn andre. De erfarte det som verdifullt å kunne bruke tiden på beboere som virkelig hadde behov for tettere oppfølging. Nattevaktene fikk på denne måten frigjort tid til å kunne yte personsentrert omsorg. En nattevakt synes særlig det var fint å kunne bruke tid hos en urolig beboer, og fortalte at hun tok med seg beboeren ut i et atrium og brukte tiden sin sammen med vedkommende. Nattevakten kunne her bruke tiden med beboer og for eksempel prøve å roe

ned og gi trøst, som er et av de grunnleggende psykologiske behovene hos personer med demens (Kitwood, 1999. s.90). Trøst skaper trygghet, demper angst og får folk til å slappe av (Brooker, 2013, s. 72). Ifølge Kitwood (1999, s. 18), er det i møte med andre at folk får bekreftet sin verdi som menneske. Dermed kan det se ut til at beboeren får bekreftet sin verdi ved at nattevakten bruker tiden sin sammen med vedkommende. Det er imidlertid essensielt at kvaliteten på samhandlingen er god. I henhold til Mjørud & Røsvik (2021, s. 109) viser forskning at forholdet mellom helse- og omsorgspersonellet og personen med demens betyr mest for kvaliteten på omsorg i sykehjem. Også studien til Nygaard et al. (2021, s.10) om personsentrert omsorg på sykehjem, viste at helsearbeidernes tilnærminger hadde stor innvirkning på beboeropplevelsen. For at helsepersonell skulle yte best mulig omsorg og samhandling var det viktig at det ble dannet en kultur for en slik tilnærming. I studien til Mjørud et al. (2017, s.7) fremstod personalet som en viktig del av beboerens liv på sykehjemmet, men de foretrakk å samhandle med primær kontakten fremfor andre. For beboerne var det viktig å samhandle med noen de kjente ekstra godt. Oppsummert kan det se ut som at informantene i min studie, viste omsorg til de beboerne som nattevaktene oppfattet hadde mest behov.

6.1.6 Endrede arbeidsmetoder og motstand

I min studie erfarte informantene at de ikke lenger var stedbundet, og at dette ga økt fleksibilitet til å hjelpe kollegaene uten at man mistet oversikt over sin avdeling. Ved at nattevaktene bar med seg en telefon, og at alle alarmene kom inn på telefonen, så kunne de være en helt annet plass på sykehjemmet, men likevel være behjelpelige. De kunne for eksempel gå i pleien i en langtidsavdeling og hjelpe til i en annen langtidsavdeling via telefonen. Flere informanter erfarte at de kunne løse utfordringer i fellesskap. De erfarte at de kunne jobbe mer samlet, som et lag, og at de hadde tettere kontakt med kollegaene. Flere erfarte at de fikk mer tid til å snakke sammen med kolleger om brukerne og at de også på denne måten fikk økt innsikt om beboerne. Funnet om at det digitale tilsynet tilrettela for at kollegaene kunne hjelpe hverandre samsvarer med Nilsen et al. (2017, s. 38) sin studie, som viser at teknologien muliggjorde samarbeidet mellom helsepersonellet og at dette gjorde det lettere å hjelpe hverandre. Funnet fra min studie om at informantene opplevde at samarbeid ga økt brukerinnsikt er i denne sammenheng viktig, og i tråd med Modell for

kvalitetsforbedring. I henhold til Modell for kvalitetsforbedring sikres god kvalitet i tjenesten gjennom kunnskapsbasert praksis (Kunnskapssenteret, 2015, s. 23). Klinisk erfaring er en viktig del av kunnskapsbasert praksis. Det samme er brukerkunnskap og brukermedvirkninger (Kunnskapssenteret, 2015, s. 24). Sykepleiere lærer av sine medarbeidere ved å utveksle, dele kunnskapen eller ved å få bekreftelse på sin kunnskap (Skår, 2013, s. 77). Fagutvikling skjer på mange nivåer gjennom veiledning, undervisning og utdanning, men den kompetansen som overføres mellom kollegaer i team er svært viktig (Rummelhoff & Heiberg, 2021, s. 14). Så det at nattevaktene ser ut til å ha mulighet til å snakke mer sammen på jobb kan ha betydning for fagutviklingen. Aktiv brukermedvirkning gir nyttig informasjon om brukerens behov, gir nye perspektiver på tjenesten og motivasjon for forbedringsarbeidet. Når beboeren selv ikke er i stand til å gi uttrykk for eget behov er de nærmeste viktig kilde til slik kunnskap (Kunnskapssenter, 2015, s. 24). På sykehjem er ofte helsepersonellet noen av de som står beboerne nærmest (Mjørud et al., 2017, s.7), og dermed kan helsepersonell være viktige for brukermedvirkningen. Funnet om at informantene erfarte at det digitale tilsynet ga økt samarbeid er også viktig i et personsentrert omsorgsperspektiv. Det at nattevaktene fikk pratet sammen kan være med på å stimulere et godt arbeidsklima ved at de føler tilhørighet til sine kollegaer. Et positivt arbeidsklima gir også positive effekter på beboerne (Rummelhoff & Heiberg, 2021, s. 14). Sykepleiere er mest positive til å arbeide i demensomsorgen når de føler seg verdsatt og støttet av kollegaer og organisasjonen (Rummelhoff & Heiberg, 2021, s. 14). I tillegg er funnet i tråd med VIPS-rammeverkets første element. Brooker (2013, s. 90) beskriver at det første elementet i rammeverket handler om å verdsette alle menneskene i organisasjonen. Hvis derimot de ansatte ikke føler seg verdsatt av organisasjonen de arbeider for, er det lite sannsynlig at de mestrer å verdsette og gi omsorg til personer med demens. Samlet sett kan det så langt se ut til at informantene synes det digitale tilsynet, gjennom økt samarbeid og økt brukerinnsikt, kan være med på å utvikle en hensiktsmessig tjeneste.

I motsetning til funnene i min studie, om at det digitale tilsynet ser ut til å lede til en hensiktsmessig tjeneste, opplevde flere informanter i min studie også, at kollegaer ikke ønsket å endre sine innarbeidede arbeidsvaner og sin måte å tenke på i forhold til arbeidsoppgavene. Noen av informantene fortalte at de egentlig kunne hatt flere planlagte digitale tilsyn, men de opplevde kollegaer som ikke ønsket dette. Med planlagte digitale

tilsyn menes at ansatte kan utføre digitalt tilsyn visuelt uten fysisk å være til stede på et planlagt tidspunkt (SINTEF 2020, s.6). Flere erfarte motvilje mot omstilling og lav endringsvilje blant kollegaer. Flere av nattevaktene opplevde omstillingsprosessen som problematisk. De kjente på trangen til å gå inn å kontrollere beboeren fysisk og ønsket å fortsette å gjøre dette da dette følte tryggere. Dette kan forstås som å være en form for motstand. Motstand, kan skape friksjon til endringen og utviklingen av en hensiktsmessig tjeneste (Kleiven, 2017 s. 91-92). Motstand mot endring er velkjent (Arntzen, s. 182; Batt-Rawden et al.2021, s. 14; Nakrem, 2017, s. 79; Nilsen et al., 2017, s.26). Nilsen et al. (2017, s. 22-27) fant flere typer motstand ved innføring av digitalt tilsyn og delte disse inn i fire kategorier; etisk motstand, teknologisk motstand, organisatorisk motstand og kulturell motstand, og noen av disse motstandstypene kjennes igjen i min studie:

Funnet i min studie om at informantene følte på trang til å gå inn for å kontrollere beboerne på rommet, kan ha vært en form for *etisk motstand*, som kan komme av blant annet bekymring for pasientsikkerhet, tjenestens kvalitet, bekymring for personvern og verdighet og motstand på mangel på likeverdig tilbud til alle brukere (Nilsen et al., 2017, s.23 og s.25-27). Funnet om at de følte på trangen til å gå inn i alle rom, kan også være en form for *teknisk motstand*, som defineres på to måter. Den ene er helsearbeiders motstand mot å ta i bruk teknologi. Dette ofte på grunn av frykt for å ikke mestre ny teknologi (Nilsen et al., 2017, s.23 og s.24-26). Denne frykten ser ut til å være til stede i min studie. Alle informantene erfarte utfordringer med teknologiskepsis blant kollegaer i forbindelse med innføringen av digitalt tilsyn. Informantene kunne synes det var vanskelig å forholde seg til det tekniske og følte på barrierer i forhold til manglende digital kompetanse. Noen opplevde teknologien som mer skummel og utfordrende. Flere opplevde å være engstelige for omleggingen til digitalt tilsyn og syntes det var vanskelig å stole på teknologien. Denne engstelsen kunne føre til at enkelte av informantene trakk seg mer unna.

Den andre formen for teknisk motstand knyttet til manglende infrastruktur, altså at teknologien plutselig ikke virker eller er operativ på grunn av ustabil informasjonsteknologi, og at dette var utenfor IT tjenesten og leverandørens kontroll (Nilsen et al., 2017, s. 23 og s.25). Infrastrukturen ser ut til å ha vært en utfordring i min studie der alle informantene hadde opplevd at det var vanskelig å stole på den sårbare teknologien og dermed ble de

skeptiske til det digitale systemet. Alle hadde opplevd at systemet ikke alltid virket og at teknologien kunne svikte. Det digitale tilsynet er avhengig av strøm, nett-tilgang og Wi-Fi for å virke, men det gjorde det ikke alltid. Flere hadde opplevd problemer med nettilgang og Wi-Fi, internett hadde plutselig kollapset og dermed virket ikke alarmene. En sykepleier fortalte om tregheit i systemet og at varslingen på telefonen ble forsinket slik at det alarmerte for sent. Tekniske problemer på grunn av tykke murvegger og gamle bygningsmasser knyttet til nettverk var utfordringer flere av informantene hadde opplevd. Noen opplevde strømbrudd og at alarmsystemet plutselig sluttet å virke. Funnet om at teknologien ikke virket bekreftes av flere andre studier om digitalt tilsyn (Batt-Rawden et al., 2021, s. 14; Hall et al., 2017, s.66; Niemeijer et al., 2014, s.33; Nilsen et al., 2017, s. 25), som belyser at dette skaper usikkerhet. I henhold til Modell for kvalitetsforbedring er det en svekkelse av kvaliteten når det digitale tilsynet er sårbart for å ikke virke. Fordi en viktig dimensjon av kvaliteten er at tjenesten er trygg og sikker (Kunnskapssenteret, 2015, s. 20). Når man organiserer forbedringsarbeidet er det viktig at man sørger for at forbedringen blir en del av den daglige driften. (Kunnskapssenteret, 2015, s. 19-25). En viktig del av utførelsesfasen er nettopp sikring av infrastruktur (Kunnskapssenteret, 2015, s. 32). Ifølge Modell for kvalitetsforbedring foregår forbedring av helsetjenestene i komplekse systemer, bestående av struktur, prosesser og kultur. Med struktur menes blant annet bygninger og teknisk utstyr (Kunnskapssenteret, 2015, s. 9). I en rapport utarbeidet av KS kommer det frem at det er store forskjeller i mobil- og bredbåndsdekning mellom by og land. I byer og tettsteder er det generelt god dekning, mens det i spredtbygde strøk kan være redusert dekning. Midlertidig bortfall av dekning kan oppstå som følge av tekniske feil eller ekstremvær. Bedre infrastruktur og dekning er helt essensielt for å kunne iverksette velferdsteknologi (Helsedirektoratet et al., 2021, s.52). Funnene om at teknologien ikke virker og at infrastrukturen ikke alltid er på plass gjorde at informantene i egen studie opplevde frustrasjon og ikke riktig turte å stole på teknologien. Informantene opplevde det digitale tilsynet som sårbart og ikke alltid til å stole på. Ifølge Dugstad et al. (2015, s.14) er det et paradoks at innovasjoner med mål om å øke trygghet og sikkerhet for pasientene kan skape utrygghet og usikkerhet blant personalet i innføringsfasen.

I min studie opplevde en sykepleier barriere knyttet til interne rutiner der en seng ble flyttet på dagtid slik at sensorene stod innstilt feil. Problemer oppstod fordi dagvaktene var

uvitende om det digitale tilsynet, de hadde ikke fått noen innføring eller opplæring. Dette funnet bekreftes i studien til Dugstad et al. (2015, s. 12), der nattevaktene erfarte at rengjøringspersonalet flyttet sengen slik at gulvsensoren til det digitale varslingsystemet ikke virket. Dette kan være en form for *organisatorisk motstand*, som er motstand mot endring av rutiner, deling av kunnskap og utvikling av kompetanse (Nilsen et al., 2017, s.23-25). I følge Nakrem (2017, s. 79) kan helsepersonell være positive til endring, men samtidig være bekymret for om hverdagen og allerede godt innarbeidede, velfungerende rutiner blir så mye endret at de føler seg utrygge. Motstanden kan igjen redusere motivasjonen for bruken av teknologien (Batt-Rawden et al., 2021, s.14-15). Motstand kan påvirke muligheten teknologien har til å lykkes. Når helsepersonell blir usikre på teknologien, og om teknologien er med på å understøtte god omsorg, kan det lede til usikkerhet om hvordan omsorgstilnærmingen skal forstås av pleiepersonellet (Jøranson & Lausund, 2019, s. 43). Helsepersonalet kan også være bekymret for at velferdsteknologien skal redusere kvaliteten på det relasjonelle omsorgsarbeidet, ved at den brukes istedenfor og ikke i tillegg til omsorgsarbeidet (Kleiven, 2017, s.92). Motstanden som helsepersonellet føler kan overføres til brukerne og det kan igjen lede til at brukerne ikke føler seg tilstrekkelig i varetatt (Jøranson & Lausund, 2019, s.43). Oppsummert kan det se ut som at motstanden mot det digitale tilsynet, gjør at informantene i denne studien ikke alltid syntes at det digitale tilsynet ledet til en hensiktsmessig tjeneste.

6.2 Implementeringens utfordringer

Min studie peker på både praktiske og menneskelige utfordringer knyttet til å gjennomgå de endringene som oppstår når det introduseres ny teknologi på et sykehjem. Det viste seg at kompetansen, motivasjonen, opplæringen og involveringen av de ansatte var varierende. I dette kapitlet vil betydningen av disse funnene bli diskutert. Først vil betydningen av kompetansesvikt bli drøftet. Deretter vil involvering, opplæring og støtte bli diskutert, og til slutt vil forberedelsesfasen med motivasjon og etiske vurderinger bli diskutert.

6.2.1 Kompetansesvikt

Tidligere i denne drøftingen viste funnene i min studie at informanten erfarte å få økt innsikt gjennom bedre bevisstgjøring av brukerbehov og bedre samarbeid med sine kollegaer. I kontrast til denne økte innsikten, viste et annet funn i min studie at flere av informantene erfarte kolleger som synes det var vanskelig med alt det som hadde med internett, telefoner og data å gjøre. De hadde kolleger som for eksempel ennå ikke hadde smarttelefoner. Disse kollegene likte ikke å bruke slikt utstyr i sitt daglig liv og hadde derfor større utfordringer ved innføring av det digitale tilsynet på arbeidsplassen. Informantene opplevde at kunnskapsutfordringene gjorde at kollegaene trengte lenger tid på å lære seg alt det nye, og at disse kollegaene kunne synes det var vanskelig å forholde seg til det tekniske og uttrykte barrierer i forhold til manglende digital kompetanse. Utfordringer i forhold til kompetanse belyses i flere andre studier også (Dugstad et al., 2015, s.10; Nilsen et al., 2017, s. 7; Batt-Rawden et al., 2021, s.11). To av studiene beskriver utfordringer med kompetanse i forhold til teknologien, men også i forhold til distribusjon av kunnskap mellom skift og forskjellige yrkesgrupper (Dugstad et al, 2015; Nilsen et al., 2017). For lite utbredelse av teknologien gjør det også vanskelig å holde kompetansen ved like (Nilsen et al., 2017, s. 21-22). Batt-Rawden et al. (2021, s. 11) skriver om redselen for å ikke få det til, og belyser hvor viktig det er med kommunikasjon og informasjon når folk er i en prosess som skaper mye usikkerhet. Ofte er det sånn at ansatte som jobber i små stillingsandeler, kan være lite vant med å håndtere teknologien. Mange er redde for å gjøre feil og lar dermed være å gjøre noe.

Hensikten med det digitale tilsynet er jo at det skal føre til trygghet og sikkerhet for pasienten (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 18), men med kunnskapsutfordringer og teknologiskepsis kan det se ut som at det motsatte kan skje, nemlig at det det kan oppstå utrygghet og usikkerhet omkring tjenesten. Det er selvfølgelig viktig at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse, dette for å gi mottaker av tjenestene en trygghet for at de får den hjelpen de har krav på (Skår,2013, s.77). I et personsentrert omsorgsperspektiv har hvordan helsepersonalet blir behandlet og hvordan de føler seg en direkte innvirkning på den omsorgen som gis. For at personen med demens skal få god opplevelse av omsorgen er det svært viktig at pleiepersonalet føler seg trygg på at de mestrer arbeidet, og det er helt avgjørende at pleierne får økt sin kompetanse gjennom gode innføring- og opplæringsrutiner (Brooker, 2013, s. 26). Funnene om kompetanseutfordringer, kan også

forstås i lys av Modell for kvalitetsforbedring. Det blir viktig med grundige forberedelser når et sykehjem ønsker å ta i bruk digitalt tilsyn. I denne sammenheng vil det innebære å klargjøre kunnskapsgrunnlaget blant alle ansatte i organisasjonen (Kunnskapscenteret, 2015, s. 20).

6.2.2 Betydningen av involvering og opplæring

Som en del av forankringsarbeidet i min studie, erfarte flere av informantene å ha tverrfaglige diskusjonsgrupper som ble opprettet i forbindelse med implementering av det digitale tilsynet. I en slik diskusjonsgruppe var både ledelse og ansatte involverte, og formålet med gruppen var å koordinere implementeringen. Tre av informantene hadde deltatt i slike gruppe på ulike steder, og opplevde at de var mer delaktig i omstillingsprosessen. En av dem trakk fram at det var fint å oppleve at man som ekspert på nattskiftet, var en viktig aktør i implementeringen. I et personsentrert omsorgsperspektiv er det viktig med den sosiale støtten i felleskapet med kollegaer. Arbeidsmiljøet og jobbtilfredstillelsen blir bedre der man har hatt felleskap omkring kompetansestyrking (Rummelhoff & Heiberg, 2021, s.14). Ifølge Modell for kvalitetsforbedring er en av forutsetningene for å sikre vellykket gjennomføring at helsepersonell på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet (Kunnskapscenteret, 2015, s.12). En slik diskusjonsgruppe som tre av informantene hadde i min studie, kan skape et slikt engasjement samtidig som den sikrer at erfaringsbasert kunnskap blir forvaltet som en del av implementeringen. En annen av informantene derimot, som ikke forstod meningen med innføringen av det digitale tilsynet, opplevde implementeringsprosessen som kaotisk. Den var kaotisk fordi alarmene ringte i et sett og mange ikke hadde fått opplæring i bruken av det digitale natt-tilsynet. Også i studien til Hall et al. (2017, s.67) beskrives en mindre forståelse ved bruken av teknologien på grunn av manglende involvering. Niemeijer et al. (2014, s.36-38) foreslår at før man innfører digitalt tilsyn er det viktig at ledelsen sammen med personalet klargjør hva som er hensikten med innføringen av teknologien, og hvilke praktiske og organisatoriske forhold som må legges til rette før innføringen av teknologien. Samtidig kom det fram i min studie at informantene hadde varierende erfaring med opplæringen og implementeringen som ble gitt. Noen hadde fått bare praktisk opplæring

ved at de fikk prøve ut utstyret, mens andre hadde fått teoretisk opplæring via møter og fremføringer på PowerPoint i tillegg til praktisk opplæring. I min studie erfarte noen informanter manglende opplæring og oppfølging. Det var mer opp til den ansatte selv med prøving og feiling av systemet. Disse informantene opplevde implementeringen som kaotisk og var mindre fornøyd med det digitale tilsynet. Funnet om mangel på opplæring belyses i andre studier også (Batt-Rawden et al., 2021, s.11; Dugstad et al., 2015, s.9-11; Eikebrokk et al., 2016). Eikebrokk et al. (2016) belyste at mangel på opplæring kan lede til usikkerhet. Han fremhevet at ansatte ønsket å være involvert i forhold til innføring av velferdsteknologi og utvikling av tjenesten. Uten slik involvering oppleves mye uklarhet til hva som er målet med implementeringen. Ifølge Dugstad et al (2015, s. 9-11) var det en sammenheng mellom den opplæringen helsepersonalet fikk og holdning de hadde til digitalt tilsyn. Batt-Rawden et al. (2021, s. 11) skriver at det er viktig med god opplæring i begynnelsen slik at helsepersonellet ikke blir redde for å benytte teknologi. Mangel på opplæring ved innføring av digitalt tilsyn kan se ut til å være en barriere i forhold til hvordan helsepersonell opplever bruken av teknologien.

I et implementeringsperspektiv vektlegger Modell for kvalitetsforbedring nettopp involvering og opplæring. Disse to faktorene er noe av det viktigste for å lykkes med forbedringsarbeid (Kunnskapssenteret, 2015, s. 22). De som evner å involvere ansatte og brukere i utviklingen av tjenestene, vil oppnå økt arbeidsglede (Arntzen, 2014, s.46). Arbeidsglede og gleden av å lykkes i jobben er en sterk pådriver for å forbedre kvaliteten i helsevesenet (Arntzen, 2014, s.46).

Samtidig mente de informantene, i min studie, som manglet opplæring, at det hadde fungert bedre med det digitale tilsynet hvis alle hadde fått bedre innføring, i tillegg til bedre rutiner. Et slikt utsagn stemmer godt overens med Modell for kvalitetsforbedring anbefaling, hvor det er som en del av planleggingsfasen, anbefalt å utarbeide skriftlige rutiner for at den nye praksisen skal innføres i vanlig drift og opprettholdes (Kunnskapssenteret, 2015, s. 30). Slike rutiner kan brukes som nyttige utgangspunkt for opplæring og kommunikasjon mellom helsepersonell (Kunnskapssenteret, 2015, s.30). I tillegg kan slike rutiner også være til hjelp for å dele informasjon med andre organisasjoner eller kommuner. Det er mange vellykkede forbedringsprosjekter i helsetjenesten som forblir ukjente for andre (Kunnskapssenteret,

2015). I min studie erfarte noen informanter at det var utfordrende at arbeidsplassen var innovativ ved at det var lite erfaring og kunnskap å hente fra andre. Det oppstod flere utfordringer med systemet i begynnelsen og dette kunne lede til skepsis i personalgruppa. Ifølge Modell for kvalitetsforbedring bør organisasjoner samarbeide for å styrke læring og utvikling, og i den sammenheng kan skriftlige rutiner være et nyttig verktøy for informasjonsdeling (Kunnskapscenteret, 2015, s. 30). Ved slik informasjonsdeling kan andre nyttiggjøre seg av erfaringene i en eventuelt senere anledning. Utarbeidelse av rutiner støttes dessuten også av Forskriften om kvalitet i tjeneste (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester, 2003). Denne studien har ikke satt søkelys på ledelse, men ifølge Modell for kvalitetsforbedring er forankring hos ledelsen essensielt for å drive kvalitetsforbedringen framover (Kunnskapscenteret, 2015, 21). Ledernes rolle er avgjørende for å gjennomføre et vellykket prosjekt (Rosseland & Heiberg, 2021, s.14). Personsentrert ledelse kan sikre at helsekompetanse utvikles i en organisasjon. (Brook, 2013, s. 26). Røsvig et al (2016, s.21) mener at ledelsen må utøve personalomsorg. Dette for å fange opp når personalet trenger tid til å bearbeide erfaringer og opplevelser. Leder bør også etterstrebe å ha en god relasjon til sine ansatte, lytte og gi mulighet til å prøve ut ideer de ansatte kommer med som kan forbedre kvaliteten (Røsvig et al, 2016, s.21).

Helt til slutt i det siste delkapitlet i denne diskusjonen vil motivasjon bli diskutert.

6.2.3 Uklare implementeringshensikter

I min studie erfarte informantene varierende motivasjon for innføring av det digitale tilsynet. En av informantene erfarte at digitalt tilsyn ble løsningsforslaget mot nattlige atferds utfordringer for å unngå forstyrning av beboere. Noen av informantene opplevde at digitalt tilsyn ble innført på grunn av fremtidens mangel på helsepersonell. En av informantene forstod ikke meningen med innføring av digitalt tilsyn. For denne informanten ble det digitale tilsynet bare plutselig innført fra den ene dagen til den andre. I andre studier ser det ut som de har innført digitalt tilsyn som en løsning på helsevesenets bærekraftige utfordring (Choukou et al., 2021, s.1; Batt-Rawden et al., 2021, s. 2-4; Dugstad et al., 2015, s.2; Eitzen & Røhne et al., 2022; Hall et al., 2017, s.61; Niemeijer et al., 2014, s. 28; Nilsen et al.,2017, s.6; SINTEF 2020, s. 4). Disse studiene beskriver et bakteppe med utfordringer i forbindelse med

den demografiske utviklingen og mangel på kvalifisert helsepersonell. I Eitzen & Røhne (2022) og i SINTEF (2020, s.3) ble digitalt tilsyn innført som et løsningsforslag mot nattlig adferds utfordringer. Primærdriverne for å få til endring og forbedring i en organisasjon er motivasjon. Motivasjonen er det som setter handlinger i gang, og den kan være drevet av en krise eller av en ide (Hennestad & Revang, 2017, s. 177-178). I et implementeringsperspektiv er utgangspunktet for alt forbedringsarbeid en felles erkjennelse av behovet for forbedring (Kunnskapssenteret, 2015, s. 20). Noe som er viktig ved innføring av velferdsteknologi, i denne sammenheng det digitale tilsynet, er om satsingen gir en utvikling for å fremme eksterne definerte mål, som å gjøre tjenesten billigere og mer effektive. Eller i motsetning om satsingen leder til en tjeneste der omsorgen og velferden for beboeren har en verdi i seg selv. Det er særlig viktig å reflektere over dette hvis teknologien erstatter menneskelig omsorg, relasjoner og nærhet (Kiran & Nakrem, 2017, s. 108-112).

I studien min ser det ut til at informantene via det digitale tilsynet hindrer uønskede hendelser på natt. Det digitale tilsynet har til hensikt å blant annet øke sikkerhet og trygghet for beboeren (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 18). For å nå målet om at sikkerheten skal bedres fordrer det et operativt system, men studien min, som tidligere nevnt, ser ut til å vise at sikkerhet og trygghet er komplekse fenomener. I tillegg er det å ta i bruk digitalt tilsyn på sykehjem en arbeidskrevende prosess som medfører både praktiske og menneskelige utfordringer knyttet til å gjennomgå de endringene som oppstår når det introduseres ny teknologi på et sykehjem. Her står man altså mellom to motpoler. På den ene siden økt sikkerhet for beboeren, på den andre siden risiko for teknologisk svikt, kompetansesvikt og usikkerhet blant nattevaktene. Dette etiske dilemma er i tråd med forskningen til Nilsen et al. (2017, s.29 og 30). Der de blant annet anbefaler å inkludere kommunens ansvarlige for IT service helt i begynnelsen av prosessen, samt å sikre opplæring for alle aktører på et tidlig tidspunkt.

I min studie opplevde informantene det nyttig å ha tekniske supportmuligheter. De opplevde det lettere å håndtere tekniske problemer etter at de hadde fått tettere samarbeid med support, som var leverandøren, og de erfarte særlig muligheten for å få hjelp på natten nyttig. Dette er i tråd med studien til Batt-Rawden et al. (2021, s. 10 og 18) som belyser at når folk er i en endrings prosess skapes det mye usikkerhet, og helsepersonellet trenger

hjelp og støtte ved innføringen av digitalt alarmsystem. I min studie poengterte noen av informantene at det var svært viktig med involvering av IKT avdelingen. Ifølge informantene var det viktig at IKT avdelingen forstod behovet og tjenesten. Behovet for økt IT-støtte ble også beskrevet som en utfordring i Dugstad et al. (2015, s.10) og Nilsen et al. (2017, s. 32-34). I henhold til Modell for kvalitetsforbedring er det viktig ved planlegging av bedre praksis å utnytte de ulike aktørenes og faggruppens kompetanse maksimalt. Det er essensielt å kartlegge aktørene, slik at alles behov og kunnskap blir tydeliggjort (Kunnskapssenteret, 2015, s. 30).

7 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg presentert resultater fra arbeidet med min masteroppgave om digitalt tilsyn på natt i sykehjem. I dette siste kapitlet vil jeg relatere resultatene av oppgaven til problemstillingen jeg reiser i oppgavens først kapittel, som var «Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av digitalt natt-tilsyn i kommunal institusjonsbasert omsorg?». Problemstillingen ble utforsket gjennom seks kvalitative intervjuer med helsefagarbeidere og sykepleiere som hadde erfaring med digitalt tilsyn på sykehjem. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Funnene ble utarbeidet gjennom en tematisk analyse av intervjuene, gjennomført etter seks analytiske steg av Braun & Clarke (2006).

7.1 Hovedresultater

Resultatene presenteres gjennom to hovedtemaer med tilhørende undertemaer som reflekterer over aspekter ved informantenes erfaringer som kunne brukes til å besvare problemstillingen. De to hovedtemaene var «Tilrettelagt tilsyn på natt» og «Implementeringens utfordringer». Hovedtema «Tilrettelagt tilsyn på natt» rommer fire undertemaer «Endringer bevisstgjorde brukerbehov», «Frigjøring av tid endrer arbeidspraksisen», «Å være i forkant» og «Tilrettelegging for søvn». Studiens andre hovedtema «Implementeringens utfordringer» består av tre undertemaer «Endringer og opplæringsbehov», «Teknologiskepsis og kompetansesvikt» og «Teknologiens sårbarhet».

7.2 Implikasjoner for praksis

Ut fra min fortolkning kan digitalt tilsyn være en hensiktsmessig tjeneste for beboere med demens som ikke evner å tilkalle hjelp på egen hånd. Det digitale tilsynet ser ut til å tilføre nattjenesten flere kvaliteter, som kom både beboerne og nattevaktene til gode. Det kan se ut som at det digitale tilsynet kan være med på å bevisstgjøre brukerbehovet og samtidig individualisere tjenesten tilsyn på natt, slik at beboeren kun får den hjelpen vedkommende trenger. I tillegg ser det ut til at det digitale tilsynet kan være med på å understøtte selvstendighet og integritet. Det er viktig å understreke at det digitale tilsynet kan være et

hjelpemiddel for å fremme disse omsorgsverdiene, og at det ikke skal brukes istedenfor, men i tillegg til omsorgsarbeidet. Samtidig som det i min studie ser ut til at det digitale tilsynet kan individualisere tjenestene og styrke beboernes integritet, finnes det også andre studier der helsepersonalet er skeptiske til at det digitale tilsynet kan understøtte disse verdiene. Det digitale tilsynet ser også ut til å frigjøre tid for nattevakten. Denne tiden kan nattevakten da bruke på de som trenger hjelpen mest, og dette kan være med på å bidra til styrking av det relasjonelle forholdet mellom nattevakt og beboer. I tillegg ser det ut til at det digitale tilsynet fører til at nattevaktene får en mer fleksibel arbeidsnatt, og den frigjorte tiden kan også brukes til kollegial støtte og samarbeid. Ut fra min fortolkning ser det ut til at det digitale tilsynet kan bidra til å øke sikkerheten på natt ved at nattevaktene får mulighet til å være i forkant og hindre uønskede hendelser som uønsket adferd og fall. Det digitale tilsynet ser ut til å skape en roligere atmosfære i avdelingen og kan bidra til bedre søvnforutsetninger. Det at de slipper å forstyrre beboerne med fysiske tilsyn på natt ser ut til å være gunstig i forhold til søvn.

Samtidig er å ta i bruk digitalt tilsyn på sykehjem en arbeidskrevende prosess, og min studie peker på både praktiske og menneskelige utfordringer knyttet til å gjennomgå de endringene som oppstår når det introduseres ny teknologi på et sykehjem. I studiens andre hovedtema ser det ut til at motivasjon knyttet til innføringen av det digitale tilsynet kan variere, samtidig som også opplæringen og forankringen av implementeringen ser ut til å variere ved innføring av digitalt natt-tilsyn. Ifølge Modell for kvalitetsforbedring er den første fasen, forberedelses fasen, essensiell for et vellykket kvalitetsforbedringsprosjekt. Forankring, involvering og opplæring er svært viktige elementer i denne fasen (Kunnskapsenteret, 2015, s. 19-25). Kompetansesvikt og teknologiskepsis ser ut til å kunne oppstå ved innføring av digitalt natt-tilsyn. En av de mest fremtredende barrierene ved innføring av digitalt natt-tilsyn ser ut til å være at teknologien ikke alltid virker. Digitalt natt-tilsyn har blant annet til hensikt å øke sikkerheten for beboerne, men teknologien ser ut til å være sårbar i forhold til infrastruktur. Det kan se ut som at den sårbare teknologien, sammen med kompetansesvikt, teknologiskepsis og varierende opplæring kan gjøre at det ikke alltid er lett å stole på det digitale tilsynet. Dermed blir sikkerheten til beboerne isteden truet. Når helsepersonell blir usikre på teknologien, og om teknologien er med på å bygge opp om god omsorg, kan det lede til usikkerhet i omsorgsmiljøet. Usikkerhet i

omsorgsmiljøet kan overføres til brukerne og det kan igjen lede til at brukerne ikke føler seg tilstrekkelig i varetatt (Jøranson & Lausund, 2019, s.43). I studien min ser det også ut til at det var viktig med et godt samarbeid med alle de aktørene som var tilknyttet implementeringen, særlig IT avdelingen ser ut til å være en viktig aktør. Det ser ut til at støtte fra support er viktig som en del av den nattlige driften. Vellykket implementering av digitalt tilsyn på natt ser ut til å forutsette grundig forberedelse, planlegging og oppfølging.

Modell for kvalitetsforbedring kan være til hjelp for å sikre nødvendig systematikk ved innføring (Kunnskapssenteret, 2015). Det kom også fram at det ser ut til å være utfordrende å være innovativ fordi de ikke hadde tilgjengelig erfaring fra andre som hadde gjort lignende prosjekter. I tråd med anbefalingen fra Modell for kvalitetsforbedring bør erfaringer av kvalitetsforbedringsprosjekter derfor deles (Kunnskapssenteret, 2015). Personsentrert omsorg kan være med på å støtte en implementeringsprosess slik at velferdsteknologien blir en del av omsorgen, og ikke istedenfor omsorgen.

Helt til slutt, denne studien har etter min fortolkning vist at betydningen av en god, omfattende og hardfør implementering er essensiell, og helt nødvendig for at det digitale natt-tilsynet kan bli en del av omsorgen. Samtidig som at det er helt sentralt at teknologien er operativ, handler innføringen av teknologi mest om menneskene som skal motta den og bruke den. Derfor må de engasjeres, motiveres og bli lyttet til. På den måten kan man få til å kreere et hensiktsmessig natt-tilsyn.

7.3 Videre forskning

Denne studien er en masteroppgave hvor funnene baseres på et begrenset utvalg. Det er behov for større og flere studier for å utforske hvordan digitalt tilsyn på natt på best måte kan være et supplement for å følge opp beboere på sykehjem. Likevel representerer funnene en innsikt til en liten gruppe helsefagarbeidere og sykepleiere, og gir en ide om hvordan det digitale tilsynet kan bidra til en hensiktsmessig tjeneste på natt, i tillegg til at studien kan være med på å belyse de barrierer som kan oppstå ved innføring av digitalt tilsyn på natt. Dette kan være et verdifullt utgangspunkt for videre forskning om tematikken.

Denne studien har satt søkelys på helsepersonell sine erfaringer. Forbedringsprosesser og forankrings arbeid fordrer en aktiv og deltakende ledelse (Kunnskapssenteret, 2015). Det kunne derfor ha vært interessant å inkludere dem i en studie. Pårørende er et perspektiv som ikke er inkludert i denne studien. Videre forskning kan med fordel utforske hvordan pårørende involveres ved bruk av digitalt tilsyn. I min søken etter litteratur om tradisjonelt natt-tilsyn har jeg funnet lite forskning på feltet tilsyn på natt, som med fordel også bør utforskes.

Litteraturliste

Aasgaard, H.S., Landmark, B. Th. & Karlsson (2012). Hvordan kan den sosiale dimensjonen av hjemlighet forstås i en skjermet enhet for personer med demens? *Klinisk sygepleje*, 26 (1), 23-33. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2012-01-04>

Arbeidsmiljøloven(2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62).Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8>

Arntzen, E. (2018). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Batt-Rawden, K. B., Bjørk, E., Waaler, D. (2021). A qualitative study of user experiences from the implementation of new technology in healthcare services, Norway. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Volume 26(3), 1-23. https://www.innovation.cc/scholarly-style/2021_26_3_2_rawden_study-healthcare.pdf

Blekken, L. E., Saga, S., Nakrem, S., Sandmoe, A. (2022). «Vi kjemper en kamp» Pårørendes opplevelse av samarbeid med sykehjemstjenesten om vold, overgrep og forsømmelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 8 (1), s. 1-20. DOI: <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.5>.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg veien til bedre tjenester.* Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V. & Clarke, V. (2019). Thematic Analysis. Reflecting on reflexive thematic analysis, *QUALITATIVE RESEARCH IN SPORT, EXERCISE AND HEALTH*, Vol. 11, NO 4, 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

Choukou, M-A., Mbabaali, S., East, R. (2021). Healthcare Professionals' Perspective on Implementing a Detector of Behavioral Disturbances in Long-Term Care Homes.

International Journal of Environmental Research and Public Health,18,2720. 1-16.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18052720>

Dugstad, J., Nilsen, E.R., Gullslett, M.K., Eide, T., Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester. Opplæringsbehov og utfordringer av nye tjenester-en sluttrapport. *Høgskolen i Buskerud og Vestfold*.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2650958/Dugstad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dzierzewski, J. M., Dautovich, N. & Ravyts, S., (2018). Sleep and cognition in older adults. *Sleep Medicine Clinics*, 13, 93-106. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.009>

Eitzen, I. & Røhne, M. (2022). Digitale tilsyn kan skape trygghet i eldreomsorgen. Kamerabasert digitalt tilsyn på natt gjorde brukere og deres pårørende tryggere. Det var mindre uro og færre uønskede hendelser. *Sykepleien* 2022;110(89737) e-89737

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-89737.pdf>

Eikebrokk, T.R., Moe, C.E., Stendal, K. (2016). PILOTPROSJEKTER I KOMMUNAL E-HELSE – FREMMES.ELLER HEMMES TJENESTEINNOVASJON? *NOKOBIT*, vol. 24, no. 1, Bibsys Open Journal System.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2594903/Eikebrokk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Engedal, K. (2021). Demens og demenssykdommer. I M. Mjørud & J. Røsvik (Red.), *Demens og grunnleggende psykologiske behov. Personsentrert omsorg* (1.utg., s.24-74).

Fagbokforlaget.

Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2005) Søvnforstyrrelse hos sykehjemspasienter-praktiske behandlingsråd. *Tidsskriftet. DEN NORSKE LEGEFORENING*.

<https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/sovnforstyrrelser-hos-sykehjemspasienter-praktiske-behandlingsrad>

Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2012) Søvnproblemer blant eldre. *Norsk Epidemiologi* 22(2) 177-186 <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1564>

Folkehelseinstituttet (2014). *Søvnvansker i Norge. Folkehelse rapporten.*

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/>

Grønseth, R. & Stubberud, D.-G. (2022) Kartlegging og overvåking av pasientens tilstand. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk 1 Sykepleie*. (6.utg., s. 23-28). Gyldendal Norske Forlag AS.

Hall, A., Wilson, C. B., Stanmore, E., Todd, C. (2017). Implementing monitoring technologies in care homes for people with dementia: A qualitative exploration using Normalization Process Theory. *International Journal of Nursing Studies* 72. 60-70.

DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2017.04.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.008)

Helsebiblioteket (2015). *Modell for kvalitetsforbedring.*

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Helsedirektoratet (2017a). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram.* Rapport nr 1, 2017, IS-2557 <https://www.helsedirektoratet.no/>

Helsedirektoratet (2020). *Demens. Nasjonal faglig retningslinje.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse & KS (2021). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram*

<https://www.helsedirektoratet.no/>

Helsedirektoratet (2012) *Fagrapport for velferdsteknologi. Implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2020.* IS-1990.

<https://helsedirektoratet.no/>

Helsedirektoratet (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram.* Rapport nr. 1, 2015, IS- 2416 <https://helsedirektoratet.no/>

Helsedirektoratet (2017). *Demens. Nasjonal faglige retningslinjer.*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Demensplan 2025*

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015), «Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020». <https://www.regjeringen.no/>

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

Hennestad, B.W., Revang, Ø.(2017). *Endringsledelse og ledelsesendring-fra plan til praksis*(3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Hjemås, G. Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Statistisk sentralbyrå. Rapporter 2019/11.

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16a9632c1f0>

Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem- idealer og realiteter. *Vård i Norden*.2/2020. PUBL.NO96.VOL.30.NO.2 PP 14-17.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/010740831003000204>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag

Johansen, H. (2021). Omsorgsfull sykepleie er både nærhet og avstand. *Sykepleien* 2021 109.

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-86686.pdf>

Jøranson, N. & Lausund, H. (2019). Hvordan kan avstandsomsorgen påvirke omsorgsforståelser? *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Universitetsforlaget. Årgang 5, nr. 3-2019, s. 36-45. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-04>

Kiran, A.H. & Nakrem, S. (2017). Etske perspektiver ved bruk av velferdsteknologi. I S.

Nakrem & J. B. Sigurjónsson, (Red.). *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. (1. utg., s. 100-113) CAPPELEN DAMM AKADEMISKE

Kitwood, K. (1999). *En revurdering af demens-personen kommer i første række*. København. 1999, 1. utgave, 8. opplag, 2018

Kleiven, H. H. (2017). Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. CAPPELEN DAMM AKADEMISKE

Kleiven, O.T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sygepleje forskning, Vol. 6, no.4., s. 311-326. DOI: 10.18261/ISSN.1892.2686-2016-04-03*

Knarvik, U., Rotvold, G.-H., Bjørvig, S. & Bakkevoll, P. A. (2017). Velferdsteknologi. Kunnskapsoppsummering. *Nasjonalt senter for e-helseforskning*

https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2017-12_Kunnskapsoppsummering-Velferdsteknologi.pdf

Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi- hva, hvorfor og hvordan. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson, (Red.). *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. (1. utg., s. 15-34) CAPPELEN DAMM AKADEMISKE

Kunnskapsenteret (2015). *Modell for kvalitetsforbedring-utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-forkvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Malmedal, W. (2018). Omsorg på vranga. *TIDSSKRIFT FOR OMSORGSFORSKNING*. 4 (3). S. 307-316. DOI:10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-13

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

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Mjørud, M & Røsvik, J. (2021). *Demens og grunnleggende psykologiske behov. Personsentrert omsorg*. (1. utg.) Fagbokforlaget

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/>

Nakrem(2018). Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.) *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. (1.utg., s.67-83). CAPPELEN DAMM AKADEMISKE

Nakrem, S. & Sigurjónsson, J. B. (2018). *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. CAPPELEN DAMM AKADEMISKE. Oslo 2017. 1. Utgave, 2. Opplag 2018

Nasjonalt senter for e-helseforskning (2021). *Kunnskapsoppsummering om effekter av trygghets- og mestringsteknologi*. www.ehealthresearch.no

NEM (2010). *Veiledning for forskningsetikk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*, Forskningsetiske komite

NESH (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komiteer. Oslo

- Niemeijer, MA. Alistair, R. Depla, M., Fredriks, B., Francke, A., Hertogh, C. (2014). The use of Surveillance Technology in Residential Facilities for people with Dementia or Intellectual Disabilities. A Study Among Nurses and Support Staff. *American Journal of nursing*. Volume 114-issue 12-p 28-37. Doi: [101097/01.NAJ.0000457408.38222.do](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000457408.38222.do)
- Nilsen, E. R., Dugstad, J, Eide, H., Eide, T., Eikebrokk, T. R., Gullslet, M. K., Meum, T.T., Moe, C. E., Stendal, K. (2017). *Digitalt tilsyn-en reise i samhandling og samskapning*. Rapport fra et forskningsprosjekt, Høgskolen i sørøst-Norge
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i Omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Nygaard, A., Halvorsrud, L., Grov, E. K. & Bergland (2020). What matters to you when the nursing is your home: a quality study on the views of residents with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatrics*. 20:227. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01612-w>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Petrovsky, D. V., McPhillips, M.V., Li, J., Brody, A., Caffee, L. og Hodgson, N.A. (2018). Sleep disruption and quality of life in persons with dementia: a state-of-the-art review. *Geriatric nursing*, 39, 340-645. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.04.014>
- Rognstad, M.-K. & Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*. Vol.1, utg. 2. S. 143–155. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-02-07>
- Rummelhoff, G. R., Heiberg, T. (2021). Hvilken betydning har introduksjon av VIPS praksismodell for personsentrert omsorg og for arbeidsmiljø? *Geriatrisk sykepleie*. Vol. 01. S. 6-15. <https://hiof.braque.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2772154/Publisert%20bartikkel%252C%2bGeriatrisk%2bsykepleie%252C%2bVIPS%2bpraksismodell.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Røsvik, J., Mjørud, M., Rakstad, A.M., Munch, M., Røen, I. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg. Fire metoder som utfyller hverandre: VIPS Praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og Planverktøy i demensomsorgen*. Aldring og helse, Nasjonalt kompetansetjeneste

Sandgren, A., Arnoldsson, L., Lagerholm, A., Bökberg (2021) Quality of life among frail older persons (65+ years) in nursing homes: A cross-sectional study. *Nursing Open*. 2021; 8:1232-1242. DOI:10.1002/nop2.739

SINTEF (2020). *Digitalt tilsyn erfaringer fra Smart omsorg på Økernhjemmet*.

<https://sintef.brage.unit.no/sintefxmlui/bitstream/handle/11250/2719162/2020%2bSmart%2bomsorg%2bDigitalt%2btilsyn%2bOslo%2bkommune.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

SINTEF Digital (2020). *Sikkerhetsteknologi i omsorgsboliger og sykehjem*.

<https://sintef.brage.unit.no/>

Skår, R. (2013). Læring i arbeidet -betydning for endring og forbedring. I Bergland, Å & Moser, I. *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre (1. utgave, s. 70-85)*. CAPPELEN DAMM AS,

SSB (2022). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Støback, A.M. (2015). Atferd er uttrykk for personlig opplevelser. *TIDSSKRIFT FOR OMSORGSFORSKNING*. 1(1), S. 72-81. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-12>

Sverderup, K., Bergh, S., Selbæk, G., Benth, J.S., Røen, I.M., Husebo, B. & Tangen, G. (2020). Trajectories of physical performance in nursing home resident with dementia. *Aging Clinical and Experimental Research*. 32:2603-2610. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01499-y>

Sverdrup, s. (2020). *Bachelor- og masteroppgave i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt*. CAPPELEN DAMM AKADEMISKE

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. Definisjoner, kategorier, bakgrunn og etikk. I Moser, I. (Red). *Velferdsteknologi, en ressursbok* (s.25-44) Cappelen Damm as. Oslo. 1. utgave 2019

Thygesen, H. (2011). Fremtidens eldreomsorg: over/våking eller våking/over? Refleksjon rundt teknologi og etikk i omsorgspraksiser. *Ergoterapeuten*. 06.11

Tømmerås, A. M. & Thomas, M.J. (2022). Nasjonale befolkningsframskrivinger 2022. Sammendrag av forutsetninger og resultater. *Statistisk sentralbyrå Publisert: 5. juli 2022*
https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2022/_attachment/inline/8ae078d1-56a0-4c95-b940-8e54bb8f3c6e:5a17b2780840431ff182fd5a5a71f7a5b5790455/RAPP2022-29.pdf

Van Someren, E. J. W., Hagebeuk, E. E.O., Lijzenga, C., Scheltens, P., de Rooij, S. E. J. A., Jonker, C., Pot, A.-M., Mirmiran, M., Swaab, D.F. (1996) Circadian rest—activity rhythm disturbances in alzheimer's disease. *Biological Psychiatry*, 40, 259-270.

[https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00370-3](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00370-3)

VID (2021). Retningslinjer for behandling av forskningsdata ved VID
<https://www.vid.no/site/assets/files/21793/retningslinjer-for-behandling-av-forskningsdataved-vid-vid.pdf?nc=1604922029>

Wyller, T.B. (2018). *Geriatrici. En medisinsk lærebok* (2.utg.). Gyldendal Akademiske

Vedlegg 1 Svar NSD

Vurdering

Prosjektittel

Digitalt tilsyn på natt i kommunal institusjon, trygghets- og sikkerhetsteknologiens muligheter og barrierer.

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig

Nina Jøranson

Student

Johanne Sijstermans

Prosjektperiode

01.06.2021 - 01.12.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.12.2022.

Meldeskjema

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato.

Vi har nå registrert 01.12.2022 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne.

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

Kontaktperson: Silje F. Opsvik

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 2 Samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Digitalt natt-tilsyn i kommunal institusjon - trygghets og sikkerhetsteknologiens muligheter og barrierer»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske helsepersonells erfaringer med digitalt tilsyn på natt i kommunal institusjon. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Flere kommuner innfører digitalt tilsyn som en del av natt-tilsynet ved institusjoner. Dette er en ny tjeneste som innebærer at natt-tilsynet utføres på en annen måte enn tidligere. Det overordnede formålet med dette prosjektet er å få kunnskap og innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har med den nye tjenesten. Dette er viktig kunnskap for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.

Dette forskningsprosjektet er en del av min masteroppgave i tjenesteutvikling for eldre. Jeg er opptatt av to hovedtemaer. Det ene er nytten ved bruk av digitalt natt-tilsyn. Det andre er barrierer ved bruk av digitalt natt-tilsyn.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Nina Jøranson på VID vitenskapelig høyskole Oslo er ansvarlig for prosjektet. Hun kan kontaktes på telefon 22451836 eller epost:nina.joranson@vid.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du mottar denne forespørselen fordi du har erfaring med innføring av digitalt natt-tilsyn som en del av tjenesten kommunen tilbyr. Det er tjenesteleder for din institusjon som har viderefremmet denne henvendelsen om deltagelse. Utvalget er trukket ut fra hvem som har erfaring med bruk av digitalt natt-tilsyn.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du samtykker til deltagelse i denne studien vil du bli kontaktet av undertegnede for nærmere avtale om deltagelse i forskningsintervju. Intervjuet vil finne sted på et tidspunkt som passer deg. Det vil vare i ca. en time og dreie seg om din erfaring med digitalt natt-tilsyn.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil bare være min veileder (Nina Jøranson) og jeg (Johanne Sijstermans) som har tilgang til innsamlet

data fra studien. Alle data vil bli anonymisert, det vil si at du som person kan bli gjenkjent i det publiserte materialet i etterkant av studien.

Jeg benytter en båndopptaker som ikke er koblet til internett, og som vil bli oppbevart innelåst.

Materialet vil bli lagt på en minnepenn der navn og kontaktopplysningene vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Minnepinnen vil også være innelåst.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 15.05.2022

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige høyskole Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Vid vitenskapelige høyskole, Oslo ved Nina Jøranson. Hun kan kontaktes på telefon 22451836 eller epost: nina.joranson@vid.no
- Vårt personvernombud: Nancy Yeu Liu ved VID vitenskapelig høyskole. Hun kan kontaktes på telefon: 938 56 277 eller på epost: nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Nina Jøranson
Prosjektansvarlig
(Førsteamanuensis/veileder)

Johanne Sijstermans
Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguid

Intervjuguide

Tittel

Digitalt tilsyn på natt i kommunal institusjon, trygghets- og sikkerhetsteknologiens muligheter og barrierer.

Problemformulering

Hvilke erfaringer har helsepersonell med bruk av digitalt natt-tilsyn i kommunal institusjonsbasert omsorg?

Forskningsspørsmål:

Hvilke fordeler og ulemper erfarer helsepersonell ved bruk av digitalt natt-tilsyn?

Hvordan erfarte helsepersonell implementeringsprosessen av digitalt tilsyn?

Introduksjon

Mitt navn er Johanne Sijstermans. Jeg kommer fra VID vitenskapelige høyskole og jeg arbeider med en masteroppgave i tjenesteutvikling for eldre.

Jeg skal skrive en oppgave om hvilke erfaringer helsepersonell har med digitalt natt-tilsyn i institusjon. I den forbindelse skal jeg intervju 6 personer om deres erfaringer med synspunkter om dette.

Så hensikten med masteroppgaven er å utforske og beskrive personalerfaringer på et sykehjem eller omsorgsbolig der digitalt natt-tilsyn er innført.

Tusen takk for at du er villig til å stille opp. For ordens skyld: det jeg skriver, kan ikke tilbakeføres til deg, all informasjon blir anonymisert.

Konkretisering

Selve intervjuet tar omtrent 1 time og dreier seg om din erfaring med digitalt natt-tilsyn. Jeg er opptatt av to hovedtemaer. Det første tema er implementeringsprosessen av digitalt tilsyn. Jeg er opptatt av hvordan du ble introdusert med digitalt tilsyn og hvilken opplæring du har fått. Det andre tema er fordeler og ulemper ved bruk av digitalt natt-tilsyn. Jeg har noen spørsmål som vi samtaler om under hvert av disse temaene. Det blir gjort lydopptak av samtalen og jeg noterer også litt under samtalen.

Intervjuspørsmålene:

Bakgrunnsinformasjon

- Alder?
- Hvilken stilling har du?
- Hvilken utdanning?
- Hvor lenge har du jobbet i denne avdelingen?
- Hvor lenge har du vært nattevakt?
- Hvor mange pasienter har du som nattevakt ansvar for? \ hvor mange pasienter\brukere har nattvakten ansvar for?

Tema 1 Implementeringsprosessen

- Hvordan ble du berørt ved selve innføringen av digitalt tilsyn? \ Hvordan ble du først kjent med at dere skulle starte opp med digitalt tilsyn i din kommune?
- Hvordan opplevde du prosessen rundt innføringen av digitalt tilsyn?
- Hva slags opplæring har du fått i forbindelse med innføring av digitalt tilsyn?

Tema 2 fordeler og ulemper med digitalt tilsyn

- Kan du beskrive hvordan digitalt tilsyn fungerer på ditt sykehjem?
- Kan du fortelle meg om et godt eksempel der digitalt tilsyn fungerte godt?
- Kan du fortelle meg et eksempel der digitalt tilsyn ikke fungerte så godt?
- Hvordan opplever du at digitalt tilsyn påvirker natten for beboerne?
- Hvordan opplever du at digitalt tilsyn påvirker sikkerheten for beboerne?
- Hvordan har digitalt tilsyn påvirket din kunnskap om pasientene?
- Hvordan følges denne tjenesten opp i det daglige?
- Hvordan fungerer samarbeidet rundt teknologien?