



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Demensomsorga i møte med den
teknologiske utviklinga

Synne Een Kvalfoss

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for

helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Aud Berit Fossøy

Innleveringsdato: 01.06.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Samandrag

Tittel: Demensomsorga i møte med den teknologiske utviklinga

Bakgrunn: Om lag 80000 nordmenn har ein demenssjukdom, og mange av dei mottar heimeteneste. Ein antar førekomsten av personar med demens vil auke i åra som kjem. Derfor vert det satsa på velferdsteknologi i Noreg og kommunane vert oppfordra til å ta i bruk velferdsteknologi i møte med framtidens auke i tal av eldre i samfunnet.

Problemstilling: Korleis kan ein som sjukepleiar i heimetenesta bidra til at personar med demens og deira pårørande meistar kvardagen ved bruk av overvakings- og varslingsteknologi, samstundes som ein varetar personens autonomi?

Metode: Det er nytta litteraturstudie som metode i denne oppgåva. Seks forskingsartiklar er nytta for å belyse problemstillinga.

Resultat: Overvakings- og varslingsteknologi kan bidra til tryggleik, sjølvstendigheit og fridom. Men kan også truge autonomi, privatlivet og bidra til stigmatisering. For å lykkast med teknologi for personar med demens er det viktig med eit sosialt nettverk, god og grundig opplæring over tid og tilpassing til kvar enkelt brukar.

Konklusjon: Ein må bli kjend med brukar og pårørande sine problem og behov. Når ein kjem med innspel om teknologiske hjelpemiddel som kan hjelpe, kan ein skape eit håp, som er viktig i meistringsprosessen. Sosialt nettverk er ein viktig ressurs. Å bruke teknologi for å meistre kvardagen kan sjåast på som problemfokuserert meistringsstrategi. Teknologi bidreg til tryggleik, sikkerheit, sjølvstendigheit og betre sjølvbilete. For å sikre autonomien til brukaren, skal samtykkekompetente bestemme sjølv. Det kan haldast strukturerte møter tidleg i sjukdomsfasen for å avgjere slike ting for framtida.

Nøkkelord: Demens, Velferdsteknologi, Meistring, Autonomi

Innholdsliste

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.2.1	Avgrensning av problemstilling	2
2	Metode	3
2.1	Søkeprosessen.....	3
2.2	Kritisk vurdering av forskingsartiklane	4
2.2.1	Kildekritikk.....	4
3	Teori.....	5
3.1	Kva er sjukepleie?.....	5
3.1.1	Heimesjukepleie	5
3.2	Demens.....	5
3.3	Velferdsteknologi	6
3.4	Meistring	6
3.5	Etikk	7
3.6	Loverk	7
4	Resultat.....	9
4.1	Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice (Landau & Werner, 2011).....	9
4.2	Sensor technology more than a support (Olsson et al., 2017).....	9
4.3	Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia (Riikonen et al., 2013)	9
4.4	Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature (Zwijnsen et al., 2011).....	10
4.5	My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care (Olsson et al., 2012)	10

4.6	Ageing-in-place with use of ambient intelligence technology: Perspectives of older users (Hoof et al., 2011).....	11
5	Diskusjon	12
5.1	Identifisere eit behov	12
5.2	Teknologi som bidreg til tryggleik og sjølvstendigheit	13
5.3	Implementer teknologi i kvardagen	14
5.4	Oppfylging	14
5.5	Autonomi og fridom	15
6	Konklusjon	18
7	Referanser	19

1 Innleiing

Det er anslått at om lag 80 000 nordmenn lid av demens i Noreg (Bergh, Vossius, Selbæk, Ydstebø, Benth, Godager & Lurås, 2015). Frå 2020 vil ein oppleve ein stor auke i tal av innbyggjarar over 80 år, i tillegg er det slik at førekomsten av demens aukar med alderen. Dersom førekomsten av demenssjukdommar held seg på dagens nivå, vil det føre til tal personar med demens fordoblast innan 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Som sjukepleiar vil ein møte personar med demens i alle nivå av helse- og omsorgssektoren. 84 % av langtidspasientane i sjukeheim og 41 % av mottakarane av heimetenester har ein form for demens. I tillegg har 31 % av dei som får demensdiagnose ingen form for hjelp i heimen anna enn pårørande (Bergh, et al., 2015). Dersom ein tenkjer at kvar person med ein demensdiagnose har om lag 4 pårørande, kan ein rekne ca. 300 000 personar i Noreg er rørt av demenssjukdom.

I NOU 2011:11 blir det anbefalt å auke satsing på velferdsteknologi, ved mellom anna å iverksetting eit nasjonalt program som skal leggje føringar for utvikling og implementering av velferdsteknologi i kommunane. Kommunane skal stimulerast til å yte omsorg på nye måtar gjennom teknologi. Det skal gje fleire valmoglegheiter for eldre, økt tryggleik og sjølvstendigheit og større moglegheit for deltaking i det sosiale livet. Det kan og gi brukarar moglegheita til å kunne bu heime lenger, i tillegg til å ta ein del av belastninga helsepersonell og pårørande har. Det kan gi betre tid til pasientretta oppgåver og betre kvalitet på helsetenestene (NOU 2011:11).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt å skrive om personar med demens fordi ein møter mange brukarar i heimetenesta som har ein demensdiagnose eller redusert kognitiv funksjon. Ein ser då kva slags påkjenning det kan vere for pårørande. Eg var på kurs i velferdsteknologi i Aalborg som ein del av studiet, der såg me mykje teknologi som kan kompensera for nokre av utfordringane ein slik diagnose bringer med seg. I tillegg bur eg i ein kommune som no ynskjer å satsa meir på velferdsteknologi, og ser at dette er noko ein som sjukepleiar kjem til å møte meir av i årene som kjem. Derfor ynskjer eg å lære meir om kva moglegheiter det er for personar med demens og korleis det kan hjelpe pasient, pårørande og meg som sjukepleiar i kvardagen.

1.2 Problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleiar i heimetenesta bidra til at personar med demens og deira pårørande meistar kvardagen ved bruk av overvåkings- og varslingsteknologi, samstundes som ein varetar personens autonomi?

1.2.1 Avgrensing av problemstilling

Ein demensdiagnose kan vere utfordrande for ein person og hjelpe apparatet rundt personen. 31 % av personar med demens har ingen kommunal hjelp (Bergh, et al., 2015), det betyr at pårørande spelar ein stor rolle i omsorga for personar med demens. Derfor vil pårørande sitt perspektiv ta del i denne oppgåva. Eg har erfart at ektefeller til personar med demens ofte er utslitt av ansvar, og det kan tenkjast at velferdsteknologi kan lette uroa dei har. Velferdsteknologi er teknisk assistanse som kan bidra til at brukaren kan meistre kvardagen på eigen hand til tross for ulike funksjonsnedsettingar, samt gi tryggleik, sosial kontakt og fysisk aktivitet (NOU 2011:11). Eksempel på overvakings- og varslingsteknologi for personar med demens er GPS som kan spore opp brukaren dersom han går seg vekk, sensorar i golv, dører og seng og tryggleiksalarm. Som sjukepleiar møter ein etiske dilemma når ein skal ta i bruk slik teknologi (Zwijssen, Niemeijer, & Hertogh, 2011, s. 419). Er det rett å overvake ein person med demens og kven bestemmer om ein skal ta i bruk slik teknologi? Denne oppgåva vil belyse korleis ein kan gå fram når ein skal ta i bruk overvakings- og varslingsteknologi, korleis slik teknologi kan bidra til at ein person meistrar kvardagen og etiske dilemma i avgjersleprosessen. Med å meistre kvardagen meiner eg å klare kvardagslege oppgåver som er utfordrande på bakgrunn av demensdiagnosen, for eksempel å ta medisin, vere i fysisk aktivitet og sosial kontakt, samtidig som ein opplever ein kjensle av at det er noko ein får til og ein føler seg trygg. Eg kjem ikkje til å gå inn på ulike typar demensdiagnosar. Eg kjem ikkje til å gå inn på korleis dei teknologiske hjelpemidla fungerer teknisk.

2 Metode

Denne bacheloroppgåva er ein litteraturstudie. Litteraturstudie handlar om å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom og til slutt samanfatte det. Føremålet er å gi lesaren ei forståing av kunnskapen som problemstillinga spør etter, og forklare korleis ein er komen fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2017, ss. 79-80). Eg søkte i ulike databasar som me har tilgang til gjennom Høgskulen på Vestlandet. Inklusjonskriteriane mine var at forskingsartiklane skulle handla om personar med demens/kognitiv svikt og deira pårørande, heimetenesta og velferdsteknologi. Forskingsartiklane må også vere fagfellevurdert.

2.1 Søkeprosessen

For å få svar på min problemstilling ville eg søke etter forskingsartiklar på Academic Search Elite og kombinerte det med Cinahl. Eg avgrensa søka mine til å berre gjelde forskingsartiklar frå januar 2008 til april 2018. I tillegg ville eg berre ha artiklar med engelsk språk. Sidan aldersgruppa eg vil skrive om i denne oppgåva er personar over 65 år avgrensa eg det til å gjelde for den aldersgruppa. Eg søkte dementia AND technology og fekk 3635 treff. Eg såg litt igjennom treffa og fant nokre relevante artiklar som eg las. Eg valgte å bruke ein artikkel med tittelen *Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia* (Riikonen, Paavilainen, & Salo, 2013). Det vart for mange treff å bla igjennom, så eg kombinerte då dementia, technology og ethics med operatoren AND, og fekk 43 treff. Då fant eg 5 forskingsartiklar som eg las. Eg valte ein artikkel med tittel *Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendatings for practice* (Landau & Werner, 2011).

Neste søkeprosess søkte eg fyrst på dementia AND surveillance system, og fekk 15 treff. Eg valte ut ein med tittelen *Ageing-in-place with use of ambient intellegence technology: Perspectives of older users* (Hoof, Kort, Rutten, & Duijnste, 2011). Deretter søkte eg dementia AND ambient assisted living, då fekk eg 11 treff, men ingen som eg synst var relevante for oppgåva mi. Neste søk var dementia AND smart home technology, då fekk eg 8 treff, eg valte ein med tittelen *Sensor technology more than a support* (Olsson, Persson, Bartfai, & Boman, 2017). Deretter kombinerte eg dementia, assisted technology og home care service med operatoren AND, og fekk 5 treff. Eg las ein artikkel som eg også valte å bruke, den hadde tittelen *Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An OVERVIEW of the literature* (Zwijssen et al., 2011). Deretter gjekk eg på PubMed og kombinerte dei same søkeorda med AND, utan avgrensing. Der fekk eg 26 treff, eg las tre abstract, og ein av desse passa til problemstillinga. Den hadde tittelen *My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care* (Olsson, Engström, Skovdahl, & Lampic, 2012).

2.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklane

Eg vurderte artiklane mine ved å bruke ein litteraturmatrise med utgangspunkt i sjekklista for kvalitativ forskning som ligger ute på Folkehelseinstituttet (2014) si heimeside. Eg sjekka kva formålet med studien var, om resultatane i forskingsartiklane kunne brukast til å svare på problemstillinga mi, kva metode som var brukt, kven som deltok i studiet, om artikkelen var fagfellevurdert og om det var gjort reie for etiske overtenking.

2.2.1 Kildekritikk

Ein studie er frå Israel, og kritikk kan rettast mot ein viss kulturforskjellar mellom Israel og Noreg. Dei andre forskingsartiklane som er nytta i denne oppgåva er frå Sverige, Finland og Nederland som har nokså lik kultur som i Noreg. Kritikk kan også rettast mot å bruke forskingsartikkelen til Anna Olsson et al. (2017), då deltagarane i forskinga ikkje samsvarar med brukargruppa i denne oppgåva. Deltagarane i denne studien hadde tidlegare hatt hjerneslag som gjor at dei hadde redusert kognitiv funksjon med blant anna hukommelses tap. Eg vel å bruke den, då eg ser at deltagarane i forskinga har mykje dei same utfordringane i kvardagen som ein person med demens har. Same gjeld forskingsartikkelen til Hoof et al. (2011), der sensorteknologi vart testa ut på eldre heimebuande med komplekse hjelpebehov der i blant nokon få med demens. Eg tenkjer at personar med demens er vanlege personar slik som alle andre, og synet til tilfeldig utvalte personar i same aldersgruppe kan representere mykje av dei same meiningane som personar med demens har. I nokre av forskingsartiklane vert det nytta data som er meir enn 10 år gammal. Mykje kan ha endra seg på den tid, då teknologi utviklar seg til ein kvar tid. Men eg ser at den typen teknologi som er forska på blir nytta også i dag. Det vart valt ut ein systematisk litteraturstudie for å belyse problemstillinga. Litteraturstudie nyttar data frå alle relevante forskingsartiklar, og reanalyserer og tolkar innhaldet i dei (Thidemann, 2017, s. 71). Det kan føre til feiltolkingar. Alle forskingsartiklar nytta i denne oppgåva er skriva på engelsk, det kan føre til feiltolking av skribenten på grunn av mistolking.

3 Teori

3.1 Kva er sjukepleie?

Sjukepleie handlar om å pleie, ta vare på og behandle personar som ikkje klarer det sjølv på grunn av sjukdom eller skade. Det inneber og å førebyggje og fremje helse. Jorunn Mathisen (2015, ss. 122-128) refererer til Virginia Henderson for å forklarar sjukepleieyrket. Henderson meiner at kvar enkelt person har ein fysisk, psykisk, sosial og åndeleg dimensjon, og at det er viktig å sjå pasienten gjennom alle dei ulike dimensjonane på ein heilskapleg måte. Ut i frå dei ulike dimensjonane utforma ho menneskets 14 grunnleggande behov, som sjukepleiaren gjer sine vurderingar ut i frå og hjelper pasienten der det er behov. Henderson utøvde sjukepleie i ei anna tid og stad enn det me gjer i dag, men ideane og tankane hennar viser seg å vere uavhengig av tid og stad. For Henderson var det viktig å utøve sjukepleie til pasienten der han er og hjelpe med helse utfordringar han ikkje klarer å meistre på eigen hand. Det vil også seie at sjukepleiaren skal bidra til at pasienten kan greie seg sjølv og bli uavhengig av hjelp, fordi ein person som har potensial til å klare seg sjølv, ofte vil vere sjølvstendig.

3.1.1 Heimeteneste

Heimeteneste er sjukepleie utøvd heime hjå pasienten, det medføra at ein kjem inn i den private sona til pasienten. Heimen betyr noko spesielt for dei som bur der, det inneheld mykje historie og minner. Huset er knytt til pasientens identitet, og ein har ein unik moglegheit til å bygge ein relasjon til både pasient og pårørande. Sjukepleiaren kjem inn i heimen til pasient og pårørande som helsepersonell og besøkande. Ein må vise respekt, men samtidig utfører sjukepleiaren handlingar som hadde vore uakseptabelt for ein anna besøkande (Birkeland & Flovik, 2016, s. 43).

Hovudfunksjonane til heimetenesta er å ivareta grunnleggande behov, utføre føreskrive behandling, gjere førebyggande arbeid, rehabilitering og tverrfagleg samarbeid. Ein kan sei at formålet med heimeteneste er å hjelpe pasienten slik at dei som vil kan bu heime så lenge som mogleg, og hovudmålet er at pasienten skal meistre kvardagen best mogleg i heimen (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 13-42).

3.2 Demens

Demens er ein kronisk erverva sjukdom, og førekomsten auka med stigande alder (Berentsen, 2010, s. 354). Demens er progredierande, som betyr at den mentale kapasiteten til personen vert redusert over tid (Birkeland & Flovik, 2016, s. 89). Ein skil mellom mild-, moderat- og alvorleg grad av demens (Berentsen, 2010, s. 355). Ved mild grad av demens har personen vanskar med å utføre daglegdagse aktivitetar som å handle matvarer, ta medisin og hente posten, og gløymer avtalar. Ved moderat grad av demens blir daglege aktivitetar som påkledning, matlaging og klesvask vanskeleg. Pasienten har vanskar med å kommunisere og finne rett ord. I tillegg sviktar stadsansen, slik at det blir

vanskeleg å orientere seg på stadar som ein tidligare har vore lommekjend. Kjensla av å miste mentale funksjonar kan føre til depresjon og angst. Når pasienten berre hugsar glimt frå tidlegare i livet, og gløymer kven dei næraste familiemedlemmane er og ikkje er orientert for tid, stad og situasjon, seier ein at det er alvorleg grad av demens. Dei har vanskar med å forstå kva som vert sagt, har svært avgrensa ordforråd og vanskar med å tolke sansetrykk. Dei blir ofte inkontinente for urin og avføring, vanskar med å styre bevegelsar og er avhengig av hjelp døgnet rundt (Berentsen, 2010, s. 355). Dei kan også ha problema med å identifisere gjenstandar (Birkeland & Flovik, 2016, s. 89). Det er ulike typar demens, som påverkar kva symptom som er mest framstående. Det kjem av at demens kan ramme ulike delar av hjernen, bli påverka av miljøfaktorar, sosiale faktorar og personelege meistringsstrategiar (Berentsen, 2010, ss. 354-355). Personar med demens er ikkje nødvendigvis ei stor gruppe i heimetenesta, men dei er ofte svært ressurskrevjande. Dei treng ein føreseieleg kvardag med trygge og stabile rammer. Å kunne bu i heimen i kjente omgjevnader representerer den tryggleiken og føreseielegheita ein person med demens treng (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 89-91).

3.3 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi vart fyrst omtalt av den danske politikaren Sophie Hæstorp Andersen i eit debattmøte i 2007 arrangert av teknologirådet, der det vart diskutert teknologi for eldreomsorga. I dag er omgrepet også utbreidd i Noreg. I Noreg vert omgrepet velferdsteknologi brukt om teknologiske hjelpemiddel som gir tryggleik, sikkerheit, sosial deltaking, mobilitet og aktivitet og sikre betre kommunikasjon. Det skal også bidra til sjølvstendigheit, og ein brukar det i eit førebyggjande og helsefremjande perspektiv (Knutshaug & Nakrem, 2017, ss. 16-18). Velferdsteknologi kan og vere ei støtte for pårørande. Velferdsteknologiske løysningar kan førebyggje behov for heimeteneste og innlegging i institusjon (NOU 2011:11, s. 99).

Aktuell velferdsteknologi for ein person med demens kan vere dørvarslar, GPS, dag og natt kalender, digital kalender med påminningsfunksjon, komfyrvakt, fallalarm, automatisk belysning, elektronisk dørlås og multidosedispenser (Holthe, 2017a, s. 131).

For å lykkast med eit teknologisk hjelpemiddel er det naudsynt å gå igjennom seks trinn, oppdage eit problem, identifisere behov, undersøkje ulike hjelpemiddel, skaffe og implementere hjelpemiddel og til slutt fylgje opp (Holthe, 2017a, s. 143).

3.4 Meistring

Aldersdommen kjem ikkje aleine, seier bestemora mi. Når ein vert gammal opplever dei fleste store endringar i livet. Ein mistar rollar og tydingsfulle personar ein tidlegare hadde i livet og opplever sjukdommar og funksjonssvikt som verkar inn på dagleglivet. Å få ein demens diagnose kan vere

utfordrande både for brukar og pårørande, og erfaringar, personlegdom og kjensler påverkar korleis ein meistrar ein slik utfordring (Tretteteig, 2017, s. 249). Lazarus og Folkman (1984) forklarar meistring som «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser». I følgje Lazarus og Folkman (1984) finst det to ulike meistringsstrategiar, problemfokuserert- og emosjonsfokuserert meistring. Problemfokuserert meistringsstrategi fokusera på problemløysing, som å søkje støtte og hjelp, lære nye ferdigheitar og kunnskap, søke informasjon, endre rutinar og livsstil. Emosjonsfokuserert meistringsstrategi går ut på at ein prøver å endre våre kjenslemessige reaksjonar som oppstår når ein vert utsett for stress, for eksempel å unngå informasjon eller situasjonar, distansere seg frå problemet, fysisk aktivitet og bruk av medikament (Lazarus & Folkman, 1984). Sosiologen Aron Antonovsky (2006) står for teorien om oppleving av samanheng (OAS), som består av tre komponentar som heng saman og påverkar kvarandre i meistringsprosessen. Dei tre komponentane er begripelgheit, handterbarheit og meningsfullheit.

3.5 Etikk

Dei Yrkesetiske Retningslinjene for Sykepleiere byggjer på International Council of Nurses sine etiske reglar og FN sine menneskerettigheitar (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 5). Dei yrkesetiske retningslinjene skal vere eit minstemål for praksis. Sjukepleiarar kan ha stor makt over pasientane, og dei yrkesetiske retningslinjene skal vere ein garanti for å handle etisk til tross for den makt profesjonstittelen bringer med seg. Dei fleste reglane gir rom for vurdering og tolking. I tillegg har kvar enkelte person sine egne verdiar som basis for val av handlingar (Molven, 2014, ss. 68-70).

Nortvedt (2014, ss. 95-98) refererer til Beauchamp og Childress som skreiv om fire etiske prinsipp for helsepersonell. Velgjerenssprinsippet handlar om å ville og etter beste evne gjere det beste for pasienten. Ikkje skade-prinsippet skal beskytte pasienten mot dårleg praksis og feilbehandling. Det er eit prinsipp for godt handlag og sinnelag. Autonomiprinsippet seier at samtykkekompetente pasientar skal få bestemme over eigen behandling og pleie, det betyr også at pasienten kan avslå behandling. Rettferdsprinsippet seier noko om at helsetenesta skal vere rettferdig, avhengig av helsetilstand, men uavhengig av våre haldningar til pasienten som person.

3.6 Lovverk

Heimetenesta vert regulert av Lov om kommunale helse- og omsorgstenester, som beskriv kva ansvar kommunane har for helse- og omsorgstenesta og kva tenester kommunen pliktar å tilby (Grude, 2017, s. 204). Lovens formål er blant anna å førebyggje, behandle og retteleggje for meistring av sjukdom, skade, liding og redusert funksjonsevne samt å sikre at den enkelte får moglegheit til å leve og bu sjølvstendig og ha ein aktiv og meningsfullt liv. Helsetenesta skal også utøvast med respekt for pasientens integritet og verdigheit (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Pasientens rettar er nedskrive i Lov om pasient- og brukarrettigheitar, i tillegg til at den gir pårørande spesielle rettigheitar. Formålet med lova er blant anna å gi befolkninga i kommunane lik tilgang på helseteneste av god kvalitet, fremja tillit til helse- og omsorgstenesta og sosial tryggleik i tillegg til å ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999).

4 Resultat

4.1 Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice (Landau & Werner, 2011)

Formålet med studien var å anbefale nokre etiske retningslinjer som kunne brukast i avgjerla om bruk av GPS til personar med demens. Pårørande til personar med demens, helsepersonell og eldre over 65 år deltok i studien. Resultatet vart presentert som anbefalingar til praksis. Den fyrste anbefalinga er å finne ein balanse mellom verdiane tryggleik og autonomi. Familie og kognitivt friske eldre over 65 år meiner tryggleik er viktigare enn autonomi, medan helsepersonell meiner autonomi er den viktigaste verdien. Den andre anbefalinga er at avgjerla om å bruke GPS skal bli gjort av den næraste pårørande, og ved mild demens skal personen sjølv ha ein viktig rolle i avgjerla. Tredje anbefaling er at personen med demens må gi eit informert samtykke for å bruke GPS, og skal ikkje bli tvinga til å bruke det. Den fjerde anbefalinga er å utnemne ein fullmakt til personar som ikkje er samtykkekompetent, som kan vere med å avgjere kva som er rett avgjerle. Avgjerla skal baserast på personens tidlegare haldningar og preferansar, i tillegg til pårørande sine meiningar. Det vart også anbefalt at slike ting blei tatt opp med brukaren i ein tidleg fase av sjukdommen der han fortsatt er samtykkekompetent. Ein anna anbefaling sa at ein bør halde strukturerte møter i ein tidleg fase av sjukdommen, der brukaren, pårørande og helsepersonell deltok for å ta ulike avgjersler for framtida.

4.2 Sensor technology more than a support (Olsson et al., 2017)

Formålet med studien var å utforske erfaringane med sensor teknologi til personar med kognitiv svikt. Velferdsteknologi som vart vurdert var sensorteknologi som registrerte om brukaren utførte daglege aktivitetar, slik som å ta medisin, ete lunsj, kvile og trene. Resultatet i studien var at teknologien førte til mindre frykt for å gløyme ting. Brukarane fortalte at dei tidligare synst det var slitsamt å vere avhengig av andre til ein kvar tid for å hugse viktige gjeremål i løpet av dagen. Sensorteknologien gir tryggleik. Det bidreg til mindre angst- og stresskjensle for pårørande, som tidligare måtte lage påminningar til brukaren til ein kvar tid. Sensorteknologien bidreg også til at brukarane endra åtferd og får ein meir strukturert og balansert kvardag. Men det var også nokre negative funn, slik som redsel for at teknologien skal svikte og kjensle av å bli kontrollert. Pårørande har forståing for at det kan oppstå tekniske problem.

4.3 Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia (Riikonen et al., 2013)

Formålet med studien var å finne ut kva faktorar som støtta bruken av teknologi for personar med demens som bur heime. 25 personar med demens deltok i studien, der dei fekk ulike teknologiske hjelpemiddel i heimen, alt etter kva behov personen hadde. Dei viktigaste funna i denne artikkelen

var; dersom teknologi skal fungere i heimen er det viktig med eit sosialt nettverk. Angst- og stresskjensle er noko som går igjen hjå personar med demens dersom dei ikkje forstod kvifor dei har teknologiske hjelpemiddel og korleis det virka. Konkret gjentakande rettleiing om korleis teknologien fungerte er viktig. Pårørande må få rettleiing i korleis det fungerer, kva feilmeldingar som kan oppstå og korleis løyse feilmeldingar.

4.4 Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature (Zwijzen et al., 2011)

Formålet med studien var å få ein oversikt over internasjonal litteratur om dei viktigast etiske vurderingane ved bruk av velferdsteknologi i omsorga for personar med demens som bur heime. I resultatet skriv dei at det er viktig å finne ein balanse mellom brukarens behov for tryggleik og privatliv. Velferdsteknologi kan gi autonomi og større fridom, ved at brukaren kan gå ein tur eller gjere ærend når han vil. Det kan og bli kontrollerande og umenneskeleggjerande. Velferdsteknologi kan også føre til stigma, ved at det kan sjåast på som eit symbol for aukande hjelpebehov. Velferdsteknologi som GPS kan gi meir sosial kontakt, men samstundes kan det gjere at brukaren også blei meir overlatt til seg sjølv. Velferdsteknologi kan også føre til at brukaren mista ferdigheiter som å skru av komfyr, på grunn av tillit til teknologi. Derfor bør teknologien individuelt tilpassast og nyttast der det er behov for det.

4.5 My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care (Olsson et al., 2012)

Formålet med studien var å beskrive familien og pårørande sine meiningar om forskjellige typar informasjons- og kommunikasjons teknologi som kan brukast i dagleg omsorg for personar med demens. Funna var at teknologi med innspelte påminningar gjer brukaren meir sjølvstendig i kvardagen. GPS gav brukaren meir fridom til å gå turar og vere fysisk aktiv, noko som førte til betre livskvalitet. Det gav også ein tryggleik for pårørande. Tryggleiksalarm var ein god støtte i naudstilfelle. Døralarm som kunne stoppe brukaren i å gå ut på nattetid var ein tryggleik for pårørande. Bevegelses-, senge- og dørsensorar kunne forhindre fall. Velferdsteknologi kan vere vanskeleg å forstå for personar med demens, og alvorlegheitsgrad av sjukdommen spelar inn på kva teknologi som kan nyttast. Ethiske dilemma som er knytt til avgjersla om bruk av GPS vart nemnt av pårørande, og dei synst det var vanskeleg å ta avgjersler på vegne av personen med demens.

4.6 Ageing-in-place with use of ambient intelligence technology: Perspectives of older users (Hoof et al., 2011)

Formålet med studien var å finne ut korleis velferdsteknologi kan hjelpe brukaren å bli gammal i eigen heim og bidra til tryggleik for den eldre. Deltagarane i studien fekk installert eit sensorsystem med kamera som vart aktivert dersom sensorane registrerte noko unormalt i heimen. Funna viste at sensorsystemet bidrog til tryggleik og det vart uttrykt stor tillit til systemet. Pårørande opplevde mindre uro. Det oppstod av og til falske alarmer, nokon synst det var irriterande medan andre såg på det som tryggjande at systemet var i orden. Brukarane følte seg ikkje overvaka, då kamera berre slo seg på dersom sensorane oppdaga noko unormalt. Ynskje om å bli gammal og sjølvstendig i eigen heim samt ein god haldning til velferdsteknologi var viktig for å få det til å fungere. For personar med demens er det viktig at teknologien kommuniserte minst mogleg med brukaren, i tillegg til at det bør ha eit kjent utsjåande, ikkje krevje ny læring og innehalde verbale påminningar. utfordringar i samband med personar med demens er at dei ikkje alltid forstår teknologien eller kvifor det er installert.

5 Diskusjon

Eg har tenkt fleire gonger på ulike teknologiske hjelpemiddel som kunne vore nyttig i ulike daglegdagse situasjonar i møte med personar med demens, men eg har vore usikker på korleis ein skal gå fram. Holthe (2017a, s. 143) forklarar seks trinn som er naudsynte for å lykkast med eit hjelpemiddel.

5.1 Identifisere eit behov

Fyrste og andre trinn handlar om å oppdage eit problem og identifisere behov. Ein må kartlegge kva kvardagsaktivitetar brukaren strevar med (Holthe, 2017a, s. 143). Svevka orienteringsevne, hukommelse og merksemd er nokon av mange kognitive symptom ved demens. Orienteringsevne vil seie å halde reie på klokka, dato, månad og år, kvar ein oppheld seg geografisk og vere orientert om eigen og familiens situasjon (Engedal & Haugen, 2017, ss. 22-23). Allereie tidleg i sjukdomsfasen er både fokusert- og delt merksemd påverka. Fokusert merksemd vil seie evnene til å halde merksemda utan å late seg forstyrre av andre ting. Delt merksemd er evna til å halde fokuset på fleire ting samstundes (Engedal & Haugen, 2017, s. 19). Redusert hukommelse er også eit symptom som byrjar allereie tidleg i sjukdomsfasen. Hukommelse handlar om å hugse innlært informasjon. Ein skil mellom korttidshukommelse og langtidshukommelse (Engedal & Haugen, 2017, s. 20). Dette kan gi fleire utfordringar i kvardagen både for brukar og pårørande, og det er derfor viktig at ein som sjukepleiar kartlegger dette. Ein må også kartlegge kva behov brukar og pårørande har. Det er då viktig å lytte til brukar og pårørande og stille spørsmål om korleis dei ser på problemet, for å få ein forståing av deira situasjon (Holthe, 2017a, s. 143). Dette vert bekrefta av Renolen (2008, s. 151) som skriv at ein må kartleggje pasientens tankar og kjensler knytt til situasjonen, og dermed kome med innspel som kan lette meistringa. Ein utfordring som er spesielt knytt til personar med demens er at dei er utsett for fall, forlata bustaden sin på eigen hand og gå seg vekk (Holthe, 2017b, s. 321). Dette vert også bekrefta i forskinga til Olsson et al. (2012, s. 107), der det kom fram at pårørande var konstant bekymra for at brukaren skulle forlate heimen utan følgje både om dagen og natta, og gå seg vekk. Pårørande måtte alltid halde eit auge med brukaren.

Det er viktig å tilpasse bruk av teknologi til kvar enkelt person. Ein bør ikkje nytte teknologi berre fordi ein har det tilgjengeleg, då kan det føre til at ferdigheit i kvardagen vert svevka fortare (Zwijsen et al. 2011, s. 423). Det er ein føresetnad at det teknologiske hjelpemiddelet dekkjer naudsynte behov for brukar og pårørande, vist ikkje vil det bli ein ekstra belastning i staden for hjelp (Holthe, 2017a, s. 143) Samstundes er det viktig å hugse på at læring krev merksemd og hukommelse, noko som vert svevka tidleg ved demens (Engedal & Haugen, 2017, ss. 19-21). Ein bør derfor vere tidleg ute med å ta i bruk teknologiske hjelpemiddel, for å få den verknaden ein ynskjer.

Då aukar sjansen for at brukaren lærer korleis teknologien verkar og kva den kan bidra med i dagleglivet (Holthe, 2017a, ss. 140-141). Dette er ein viktig balansegang, og ein må ta individuelle omsyn. Ved alvorleg grad av demens vil det vere vanskeleg å bruke teknologi, derfor vil graden av demens ha stor betydning for kva teknologi som kan brukast (Olsson et al., 2012, s. 109).

Ein må også kartleggje kva ressursar brukar og pårørande har for å meistre kvardagen (Holthe, 2017a, s. 143). Antonovsky (2006) kallar ressursar som kan fremja meistring for motstandsressursar, og framhevar sosial støtte som ein tydingsfull motstandsressurs. Ein nær pårørande er naudsynt for å støtte, forklare og minne brukaren på korleis teknologien fungera og kvifor den er naudsynt (Riikonen et al., 2013, s. 237). Holthe (2017a, s. 142) bekreftar også at pårørande er ein viktig ressurs, og skriv at det er viktig å samarbeide og gi opplæring til dei når eit teknologisk hjelpemiddel skal introduserast. Pårørande blir ein viktig ressurs fordi dei kan minne brukaren på hjelpemiddelet, byte batteri eller melde frå dersom det ikkje fungera slik det skal. Det sosiale nettverket til personar med demens varierer i stor grad. Eksistensen og oppbygginga av det sosiale nettverket har stor betydning for å betre føresetnaden for bruk av teknologiske hjelpemiddel (Riikonen et al., 2013 s. 237).

Andre ting som må kartleggast er brukarens kunnskap, ferdigheit og interesser for å bruke teknologi. Kjønn, alder og grad av demens er også faktorar som spelar inn på moglegheit for å bruke teknologi. Teknologi kan vere vanskeleg å forstå for eldre brukarar og menn har ofte meir kunnskap om teknologi enn kvinner. For pårørande kan det vere til god hjelp å reise på pårørandetreff for å utveksle kunnskap og erfaringar (Olsson et al., 2012, s. 108-109). Å søkje informasjon, støtte og hjelp er ein problemfokustert meistringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984).

5.2 Teknologi som bidreg til tryggleik og sjølvstendigheit

Det tredje trinnet handlar om å undersøker kva hjelpemiddel som kan støtte brukar og pårørande med daglege vanar og rutinar og kompensere for svikt, for deretter å skaffe hjelpemiddelet (fjerde trinn) gjennom NAV eller hjelpemiddelsentral (Holthe, 2017a, s. 143). Det er viktig å rettleie for tryggleik og sikkerheit i heimen (Holthe, 2017b, s. 321). Å leggje til rette det fysiske miljøet er svært viktig i demensomsorga (Tretteteig, 2017, ss. 249-250). GPS og varslingsteknologi kan bidra til både tryggleik og rørslefridom (Holthe, 2017a, s. 135). Pårørande synst rørslesensorar, dør sensorar og sengesensorar er gode hjelpemiddel for å dempe uroa (Olsson et al., 2012, s. 107-108). GPS gir brukaren moglegheit til å vere i fysisk aktivitet, oppretthalde fridom og betre livskvaliteten (Olsson et al., 2012, s. 108). Fysisk aktivitet kan bidra til meistring, då det er ein emosjonsfokustert meistringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984). Tryggleiksalarm gir god tryggleik og støtte i kvardagen, då ein kan få hjelp i naudstilfeller, den blir ofte brukt ved fall (Olsson et al., 2012, s. 107). Teknologi med påminningar kan gi tryggleik til brukar og pårørande, det kan gi ro til brukaren som strevar med

å hugse viktige kvardagslege gjeremål som å ta medisiner. Teknologien kan ha sensor som overvakar om gjeremålet vert gjort slik som påminninga seier. Dersom gjeremålet ikkje vert gjort, blir pårørande eller helsepersonell varsla (Olsson et al., 2017, s. 82-83). Eit eksempel på slik teknologi er medisindispenser. Pårørande opplever mindre uro og stress, brukaren kan vere meir sjølvstendig i heimen. Å utføre aktivitetar sjølvstendig gir auka sjølvbilet og sjølvtilitt. Slik teknologi bidreg til meistring og opprettar rutinar i kvardagen. Påminningsteknologi kan også vere kontrollerande, noko som kan føre til frustrasjon (Olsson et al., 2017, s. 83).

5.3 Implementer teknologi i kvardagen

Femte trinn handlar om korleis ein implementerer hjelpemiddelet i kvardagen. Ein må kartleggje kva førebuingar som må gjerast og kva opplæring det er behov for (Holthe, 2017a, s. 143). Å ta i bruk teknologisk hjelpemiddel for å meistre kvardagen kan betegnast som problemfokuserert meistringsstrategi, som handlar om å endre rutinar, livsstil, lære nye ferdigheitar, søke informasjon og kunnskap (Lazarus & Folkman, 1984). utfordringar i samband med personar med demens er at dei ikkje alltid forstår teknologi eller kvifor det er installert (Hoof et al., 2011, s. 328). Dersom brukaren ikkje forstår korleis teknologien fungerer og kvifor den er i bruk, kan det føre til angst og auka stresskjensle for brukaren. For at implementeringa skal lykkast må informasjon og rettleiing til personar med demens vere konkret, delt inn i korte avsnitt og fokusere på det viktigaste med bruken av teknologien. Som sjukepleiar må ein vere forberedt på å gjenta rettleiinga over ein lengre periode for at brukaren skal lære (Riikonen et al., 2013, s. 238-239). Renolen (2008, s. 153) forklarar at håp er sentralt for oppleving av meistring. Ein sterk kjensle av håp gir styrke til å takle motgang. Som helsepersonell kan ein vere kjelde til håp ved å ta seg tid til å prate og informere, på ein vennleg, høfleg, omsorgsfull, ærleg og respektfull måte (Renolen, 2008, s. 154). Ein må ha ein positiv og støttande haldning for å fremje aksept ovanfor teknologi. I tillegg til munnleg rettleiing og informasjon, kan skriftlege instruksjonar vere til god hjelp (Riikonen et al. 2013 s. 238-239). Holthe (2017a, s. 132) understrekar også at gjentakande rettleiing er naudsynt for personar med demens. Å lære korleis teknologien fungerer og kvifor den trengst er ein prosess, frå å ikkje forstå til å vere ein del av kvardagen (Olsson et al., 2017, s. 83-84). Det kan vere ein fordel å nytte teknologi som har eit kjent utsjåande og krev lite læring (Orpwood et al. og Cahill et al. i Hoof et al., 2011, s. 327).

5.4 Oppfølging

Til slutt må ein fylgje opp og evaluere om hjelpemiddelet har den hensikta som var tenkt. Det vil seie at dei seks trinna til Holthe (2017a s.143) må gjentakast med jamne mellomrom for å avdekkje nye problemstillingar, behov for tilpassingar og om teknologien fungerer slik som den skal. Når hjelpemiddelet ikkje er til nytte lenger, bør det fjernast frå brukarens heim (Holthe, 2017a, s. 143). Overvåkings- og varslingsteknologi kan utløyse falske alarmer. I forskinga til Hoof et al. (2011, s.323)

tenkte dei fleste brukarane at det var eit teikn på at teknologien virka og det gav tryggleik. For andre var det frustrerande. Teknologien kan også svikte, noko som svekka tilliten til teknologi. Det kan føre til angstkjensle, stress og auka utryggleik for brukaren. Pårørande har ofte forståing for at det kan vere tekniske problem (Olsson et al., 2017, s. 83).

5.5 Autonomi og fridom

GPS gir tryggleik og moglegheit til å vere sjølvstendig og bevege seg fritt for personar med demens, ved at ein kan lett finne dei att om dei går seg vekk. Men det reiser ein del etiske spørsmål. Er det rett å overvake ein person? Nokon gonger er overvaking påkravd for å beskytte menneske mot fare, andre gonger kan det vurderast som nyttig for å gi personen meir fridom. Overvaking inneber likevel kontroll, og ein kan krenke personens rett til privatliv. Derfor er det naudsynt med ein grundig vurdering av ulike motiv og omsyn når ein skal avgjere om slik teknologi skal brukast (NOU 2011:11, s. 127). I dei Yrkesetiske Retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund (2011, s. 9) står det: «Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling» og at ein som sjukepleiar har ansvar for å bidra til etisk refleksjon på arbeidsplassen (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7). I dette avsnittet vil eg derfor drøfte bruk av overvåkings- og varslingsteknologi som GPS opp imot autonomi-prinsippet.

Autonomi kan forklarast som sjølvstyrt eller sjølvlovgivande. Omgrepet er knytt opp mot sjølvråderett, som er nøye regulert i pasient- og brukerrettighetsloven og forklart i Dei Yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar (Nortvedt, 2014, ss. 133-135). I Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 § 4-1 (1999) står det:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Når brukaren må gi eit informert samtykke, er det eit eksempel på at ein vernar brukarens autonomi (Zwijzen et al., 2011, s. 422). Som helsepersonell er ein pliktig til å gi tilpassa informasjon, slik at brukaren har best mogleg føresetnader til å ta eit informert val (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). For å vurdere om brukaren er samtykkekompetent må ein vurdere om han har evne til å forstå informasjon som er relevant for å ta ein avgjersle om helsehjelp, om han kan relatere det til eigen situasjon og helse og sjå ulike konsekvensar av behandlingalternativ, evna til å resonnerer med relevant informasjon i ein avveging av dei ulike behandlingalternativa og til slutt må brukaren ha evne til å uttrykkje sitt val (Helsedirektoratet, 2015, s. 88). I ein tidleg fase av demenssjukdom kan personen ha god innsikt i eigen situasjon, medan i ein sein fase ha lite innsikt og forståing (Grude, 2017, s. 215). Dersom brukaren ikkje er samtykkekompetent spelar pårørande ein viktig rolle i

avgjersla, då dei har rett til å medverke saman med brukaren (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-1.). Pårørande sin rett til å medverke kan sikrast ved å ha reglemessige pårørandesamtalar saman med brukar (Grude, 2017, s. 213). Det betyr ikkje at ein kan nytte overvåkings- og varslings teknologi på personar som ikkje er samtykkekompetente som motset seg det. Pasient- og brukarrettighetsloven kap. 4A (1999) seier at ein skal yte den helsehjelp som ein antar at brukaren ville ha takka ja til dersom dei hadde vore samtykkekompetente. Ein av anbefalingane som kom fram i forskinga til Landau og Werner (2011, s.362) samsvarar med denne paragrafen, då dei seier at ein bør legge brukarens tidlegare preferansar og verdiar til grunn i avgjersla. Samstundes seier lova at ein kan trosse brukarens motstand dersom tillitsskapande tiltak er nytta, og dersom ein ser at det kan føre til vesentleg helseskade dersom ein ikkje nyttar slik teknologi. Ein skal og sjå det som naudsynt og tiltaket skal stå i forhold til behovet for helsehjelp. Det skal vere ein heilskapleg vurdering (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Som sjukepleiar tenkjer eg at det er utfordrande å ta ei avgjersle på vegne av brukaren. Sjølv om dette er regulert i lover og forskrifter, skapar det usikkerheit blant helsepersonell og tenestemottakarar. Noko som kan føre til at moglegheita til å nytte overvåkings- og varslings teknologi kan unngåast for å vere på den sikre sida av lova (NOU 2011:11, s. 128). Landau og Werner (2011, s. 363) anbefalar strukturerte møter i ein tidleg fase av sjukdommen, slik at avgjersler som dette kunne fattast når brukaren fortsatt var samtykkekompetent og kunne ta informerte val for framtida. Dei anbefalte også å nytte verje for brukarar som ikkje er samtykkekompetent. Bruk av verje er regulert i Lov om vergemål (2010). Eit verjemål betyr at ein utnemnt person skal ivareta interessa til brukaren som ikkje kan gjere det på eigen hand. Ansvarsområda til verja skal ikkje vere meir omfattande enn naudsynt (Grude, 2017, ss. 220-221). Avgjersla bør balanserast mellom viktige verdiar som autonomi og tryggleik. Helsepersonell verdsette autonomi mest, medan pårørande og eldre over 65 år verdsette tryggleik mest (Landau & Werner, 2011, s. 361).

Bruk av overvåkings- og varslings teknologi kan også fremje brukarens autonomi. Ved bruk av for eksempel GPS kan brukaren gå seg ein tur når det passar han eller gjere ærend på eigen hand. På den måten er ikkje brukaren avhengig av å ha med seg pårørande eller vente på at nokon har tid å vere med (Zwijssen et al., 2011, s. 422). Dette var også eit av resultatane i forskinga til Olsson et al. (2012) som skriv at GPS gav brukaren meir fridom til aktivitet på eigenhand, noko som auka livskvaliteten til brukaren. Ein deltagar i same studie, som var pårørande, fortalde om tida før dei fekk overvakingsteknologi. Då måtte ho låse døra for at brukaren ikkje skulle gå ut på eigen hand, ho forklarte at ho ikkje synst noko om det, då brukaren ikkje hadde moglegheit å gå ut og følte seg innestengd. I forskinga til Hoof et al. (2011 s. 320) kjem det fram at krenking av privatliv ikkje var noko dei eldre såg på som problem ved bruk av overvåkings og varslings teknologi, men heller ein

moglegheit til å bu i eigen heim og kjenne seg trygg. Å bu i institusjon er meir invaderande på privatlivet (Hoof et al., 2011, s. 320)

6 Konklusjon

Overvåkings- og varslingsteknologi kan møte mange av behova ein person med demens og deira pårørande har i kvardagen. For å lykkast med eit teknologisk hjelpemiddel må ein oppdage problem, identifisere behov, undersøkje hjelpemiddel, implementere og fylgje opp. Ressursar må kartleggast, slik som sosialt nettverk, kognitiv funksjon og interesse. Dette er eksempel på motstandsressursar som bidreg til meistring. Deretter kan ein komme med innspel til hjelpemiddel, dette kan skape håp, som er viktig i meistringsprosessen. Ein må involvere pårørande i prosessen, dei hjelper personen med demens å nytte teknologi i kvardagen. Gjentakande og strukturert opplæring er naudsynt. Bruk av teknologi kan sjåast på som problemfokusert meistringsstrategi. Ein søker støtte, hjelp, informasjon, lærer nye ferdigheitar og endrar rutinar for å redusere årsak til stress. Varslings- og overvakingsteknologi kan skape tryggleik, sikkerheit og sjølvstende noko som bidreg til meistringskjensle. Eksempel på slik teknologi er GPS, sensor i dører, seng og golv, påminningsteknologi og varslingsteknologi som tryggleiksalarm. Slik teknologi bidreg til at brukaren kan meistre kvardagen heime på eigen hand, gå tur, gjere ærend, besøkje venner og familie sjølvstendig. Å utføre aktivitetar sjølvstendig gir auka sjølvbilete og sjølvtilit. Teknologi må tilpassast individuelt, for å sikre best mogleg nytteverdi. Ein må også erkjenne at teknologi ikkje fungerer i alle heimar og at ikkje alle ynskjer slike hjelpemiddel. Eit viktig etisk prinsipp i sjukepleie er autonomi-prinsippet, som seier at ein skal få bestemme sjølv over eige liv. I dette prinsippet ligg også ein føresetnad om å vere samtykkekompetent, noko som i mange tilfelle kan vere vanskeleg å vurdere hjå personar med demens. Dette er regulert i lover, men kan vere omfattande å setje seg inn i. Ofte blir det unngått å bruke overvåkings- og varslingsteknologi for å vere på den sikre sida av lova. Så lenge brukaren er samtykkekompetent skal han bestemme sjølv om slik teknologi skal takast i bruk. Ein bør ha strukturerte møte i tidleg fase av sjukdommen, for å ta opp slike problemstillingar. For personar som ikkje er samtykkekompetente bør ein leggje pasientens tidlegare preferansar til grunn for avgjersla. For pårørande kan det vere vanskeleg å ta avgjersler på vegne av sin kjære. Dei ynskjer tryggleik og sikkerheit for sine kjære og det kan vere vanskeleg å legge brukarens tidlegare preferansar til grunn dersom det strir med pårørande sitt behov for tryggleik. I slike situasjonar kan det vere gunstig å utnemne ein verje for personen med demens, som kan fatte avgjersler på vegne av brukaren. Det viktigaste er å leggje til rette for eit informert samtykke, der informasjon er tilpassa den enkelte sin kognitive funksjon.

Etter å ha jobba med denne oppgåva ser eg behov for meir kunnskap om korleis velferdsteknologi påverkar den sosiale kontakten og relasjon mellom sjukepleiar og brukar. Kan velferdsteknologi svekke den sosiale nærleiken og relasjonen mellom sjukepleiar og brukar? Dette er eit spørsmål som har gått igjen i tankane mine medan eg har skrive bacheloroppgåva.

7 Referanser

- Antonovsky, A. (2006). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bergh, S., Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., & Lurås, H. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens*. Alderspsykiatrisk forskningscenter; Sykehuset Innlandet. Henta April 11, 2018 frå https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHE/04%20Helse%20og%20omsorg/Demenskonferanse/REDIC_rapport.pdf
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2016). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. (2017). Hva er demens? I S. Tretteteig, *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 13-39). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet. (2014, Oktober 4). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Henta April 10, 2018 frå Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar/>
- Grude, P. (2017). Lover, forskrifter og organisering av tjenester. I S. Tretteteig, *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 198-223). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Henta April 26, 2018 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Rundskriv IS-8/2015. Henta Mai 3, 2018 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>
- Holthe, T. (2017a). Velferdsteknologi og hjelpemidler. I S. Tretteteig, *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 128-145). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Holthe, T. (2017b). Betydningen av et tilrettelagt fysisk miljø. I S. Tretteteig, *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 310-323). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Hoof, J. v., Kort, H., Rutten, P., & Duijnste, M. (2011). Ageing-in-place with the use of ambient intelligence technology: Perspectives of older users. *international journal of medical informatics*, 80, ss. 310-331. doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.02.010
- Knutshaug, T. J., & Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi: Hva, hvorfor og hvordan? I S. Nakrem, & J. B. Sigurjónsson, *Velferdsteknologi i praksis* (ss. 15-33). Trondheim: Cappelen Damm Akademisk.
- Landau, R., & Werner, S. (2011, Oktober 3). Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. *International Psychogeriatrics*, 24(3), ss. 358-366. doi:10.1017/S1041610211001888
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie?: Virginia Hendersons svar. I E. Grov, & I. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (ss. 119-141). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, August 9). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta April 25, 2018 frå Norsk Sykepleierforbund: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Olsson, A., Engström, M., Skovdahl, K., & Lampic, C. (2012). My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, ss. 104-112. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00916.x
- Olsson, A., Persson, A.-C., Bartfai, A., & Boman, I.-L. (2017, Februar 17). Sensor technology more than a support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(2), ss. 79-87. doi:10.1080/11038128.2017.1293155

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Henta April 26, 2018 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Riikonen, M., Paavilainen, E., & Salo, H. (2013). Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia. *Technology and Disability, 25*, ss. 233-243. doi:10.3233/TAD-130393
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tretteteig, S. (2017). Livskvalitet og mestring hos personer med demens og deres pårørende. I S. Tretteteig, *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 241-257). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Vergemålsloven. (2010). *Lov om vergemål*. Henta Mai 4, 2018 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Zwijssen, S. A., Niemeijer, A. R., & Hertogh, C. M. (2011, Mai). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging & Mental Health, 15*, ss. 419-427. doi:10.1080/13607863.2010.543662