



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan velferdsteknologi brukes for å styrke brukerens selvstendighet hos eldre hjemmeboende?

How can welfare technology be used to strengthen independence for home living elderly?

Martin Palm Sivertsen

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Anne-Margrethe Hjertenes

15-06-2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Vi bruker teknologi hver dag. Mye av denne teknologien blir brukt i eldreomsorgen. Det er alt fra GPS og alarmsystemer til automatiske toaletter.

Problemstilling: Hvordan kan velferdsteknologi brukes for å styrke brukerens selvstendighet hos eldre hjemmeboende?

Metode: Min oppgave er en litteraturstudie. Jeg har basert kildene mine på fem forskningsartikler sammen med faglitteratur. Jeg har også brukt egne erfaringer fra praksis for å drøfte problemstillingen. Forskningen jeg har funnet er rettet mot eldre hjemmeboende og hvordan velferdsteknologi påvirker dem.

Funn: Eldre hjemmeboende er ikke en homogen gruppe, det er heller ikke deres oppfatning av det å være selvstendig. Noen eldre ønsker mye hjelp til daglige gjøremål og føler seg fortsatt selvstendig så lenge de klarer å holde på med det som er viktig for dem. Andre ser på selvstendighet som det å klare seg helt selv. For begge grupper kan velferdsteknologi brukes, men gjerne forskjellige former for velferdsteknologi.

Konklusjon: Velferdsteknologi kan brukes for å styrke brukere selvstendighet i hjemmene deres, men den klarer ikke dette alene. Omsorg og helsefaglig intervensjon er like viktig, om ikke viktigere for brukerne selv. Ett godt samspill mellom teknologi og menneskelig hjelp virker som den beste måten man fremmer brukerens selvstendighet.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, eldre hjemmeboende, selvstendighet, sykepleie

Summary

Background: We use technology everyday. A lot of this technology is used in elderly care. This includes everything from GPS systems, personal alarm systems to automatic toilets.

Thesis statement: How can welfare technology be used to strengthen independence for home living elderly?

Method: This thesis is a literature study. I have based my sources on five research articles together with professional literature. I have also used my own experience from practice to discuss the problem. The literature I have found is aimed at the elderly and how welfare technology affects them.

Findings: Elderly residents are not a homogenous group, nor is their perception of being independent. Some older people want a lot of help with daily chores and still feel independent as long as they manage to do what is important to them. Others see independence as being able to manage on their own. For both people, welfare technology can be used, but often different forms of welfare technology.

Conclusion: Welfare technology can be used to enhance the independence of users in their homes, but it cannot do this alone. Caring and health care intervention are equally important if not more important to the users themselves. A good interaction between technology and human assistance seems to promote user independence in the best possible way.

Nøkkelord: Welfare technology (assistive technology), independent home living, domestic living, independence, nursing, elderly.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning av problemstilling	1
1.4 Definisjoner	2
2 Metode	2
2.1 Litteraturstudie som metode	2
2.1 Søkeprosess	3
2.3 Kildekritikk	4
3 Teori	4
3.1 Hjemmeboende eldre	4
3.2 Velferdsteknologi	5
3.3 Selvstendighet og Empowerment	7
3.4 Velferdsteknologi som hjelpemiddel	7
3.5 Etisk forsvarlighet og personsentrert pleie	8
3.6 Etiske retningslinjer	8
3.7 Lover og forskrifter	9
4 Resultat	10
4.1 Origins and consequences of technology acquirement by independent-living seniors: towards an integrative model	10
4.2 Welfare Technologies and Ageing Bodies: Various Ways of Practising Autonomy	10
4.3 Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway	10
4.4 When robots care: Public deliberations on how technology and humans may support independent living for older adults	11
4.5 Older adults' preferences for and acceptance of robot assistance for everyday living tasks. 11	
5 Drøfting	12
5.1 Ønske om selvstendighet	12
5.2 Behov for teknologisk hjelp	13
5.3 Behov for menneskelig hjelp	14
5.4 Forsvarlighet og etikk	15
6 Konklusjon	16
7 Bibliografi	18

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Regjeringen sier det er viktig å bruke mulighetene moderne teknologi gir oss for å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 10). I tidligere praksiser har jeg lagt merke til at det finnes mye teknologi man kan nyttiggjøre seg av i helsevesenet. Denne teknologien kan brukes til å øke trygghet, sosial deltakelse og sikkerhet hos de som benytter seg av den. Dette kalles velferdsteknologi. Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Dette kan styrke brukerens evne til å ta vare på seg selv i hverdagen til tross for nedsatt funksjonsevne både psykisk og fysisk eller sykdom (Grimsbø, 2017, s. 312).

Velferdsteknologi kan være produkt som supplerer en del av behandling eller som kan brukes alene. Eksempler kan være en nattlampe som automatisk skrur seg på om natten dersom brukeren skal på toalettet, og kan forebygge fall (Laberg, Holthe & Simonsen, 2014, s.6).

Målet med velferdsteknologi er at det skal fremme selvstendighet og gi brukeren mer frihet til å klare seg selv i hverdagen, og teknologien er tilgjengelig for alle aldersgrupper (Laberg, Holthe & Simonsen, 2014, s.8). Jeg vil se videre på hvordan velferdsteknologi kan brukes som et supplement i hverdagen og hvordan det kan styrke brukerens selvstendighet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan velferdsteknologi brukes for å styrke brukerens selvstendighet hos eldre hjemmeboende?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til eldre mennesker som er hjemmeboende og som benytter seg av velferdsteknologi. Jeg har ikke tatt hensyn til brukernes sykdommer i denne oppgaven. Ved å stryke brukerens selvstendighet mener jeg å se på hvordan brukere klarer å utføre daglige gjøremål som de før ikke har klart uten teknologi, enten fordi det har vært utrygt eller fordi de har hatt fysiske vansker som teknologien har hjulpet dem med. Videre vil jeg se på det etiske

aspektet ved bruk denne teknologien og trekke inn relevante lover for å besvare problemstillingen. Grunnen til at jeg velger å avgrense problemstillingen til eldre er at selv om velferdsteknologi kan brukes av alle, så har teknologien i stor grad blitt rettet mot eldre (Laberg, Holthe & Simonsen, 2014, s.8). Det kommer til å bli behov for mer helsepersonell i fremtiden, og det er spennende å se på hvilke teknologiske løsninger som kan hjelpe både sykepleier og brukeren i tiden som kommer.

1.4 Definisjoner

Jeg velger å bruke begrepet «bruker» i stedet for «pasient». En bruker vil, i denne sammenheng, være en person som mottar hjemmetjeneste.

Eldre hjemmeboende er den største gruppen som mottar helsehjelp og fortsatt bor hjemme, denne gruppen er over 67 år gammel (Fjørtoft, 2016, s. 47).

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse i forskjellige former. Felles for dem er at de kan hjelpe til eller føre til økt trygghet, sikkerhet og styrker menneskers evne til å klare seg i hverdagen. Dette til tross for hindringer som psykisk, fysisk funksjonsnedsettinger eller sykdom (Thygesen, 2019, s. 26).

2 Metode

Metode blir beskrevet som en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Det er i tillegg et hjelpemiddel for å bekrefte og etterprøve informasjon og bekrefte eller avkrefte dens troverdighet (Dalland, 2012, s. 111-114).

2.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven jeg skriver er bygget på litteraturstudier som metode. Det betyr at informasjonen jeg finner for å besvare min problemstilling er hentet fra allerede eksisterende kilder (Dalland, 2012, s. 111-114). Denne typen studie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder og man samler litteratur som man går kritisk gjennom (Thidemann, 2015, s. 79).

2.1 Søkeprosess

For å finne litteratur til oppgaven har jeg tatt i bruk forskjellige søkedatabaser. Søkemotoren jeg har tatt i bruk er EBSCO, hvor jeg har brukt databasene til ERIC, MEDLINE, CINAHL og Academic Search Elite. I tillegg har jeg brukt SveMed + for å finne norske forskningsartikler. Jeg har også fått tilgang til litteraturlisten til videreutdanning i velferdsteknologi for å finne relevant litteratur til min oppgave. Til søk har jeg brukt engelske søkeord. Ordene jeg brukte er velferdsteknologi som jeg oversatte til; Welfare Technology, assistive Technology og robot assistance. Hjemmeboende; Home living, independent living, self care og domestic living. Styrke brukerens selvstendighet brukte jeg ord som; Independent living, autonomi, manage alone, prolonged Independence.

Jeg la inn alle synonymene i databasene jeg nevnte over for å finne relevante studier. Ved å samle alle søkene til ett søk, så fikk jeg ett antall på 105372 artikler. Jeg ønsket å ytterligere avgrense søket mitt, så jeg snevret inn søket til artikler som er publisert mellom 2012 til 2020. Dette fordi nyere forskning innen dette emne ofte er mer relevant og oppdatert. Det neste søket ble på 38655 treff. Det var fortsatt svært mange artikler. Jeg prøvde også å søke på en av synonymene av gangen, for eksempel assistive technology og independent living. Da fikk jeg opp færre resultater som var mer spesifikt til det jeg søkte etter. Etter flere søk i databasene og flittig bruk av litteraturliste fra videreutdanning i velferdsteknologi på Høgskulen på Vestlandet fant jeg noen av artiklene jeg ønsket å bruke i oppgaven min. Jeg leste overskriftene på de fleste artikler i søkene mine, og gikk inn for å lese abstraktet på dem jeg mente traff det jeg så etter i en artikkel. Dersom jeg var fornøyd med abstraktet så leste jeg hele artikkelen.

For å finne artikkel 4.1, brukte jeg søkeordene «Technology acquirement» og «independent-living». Jeg fikk opp tre artikler og valgte den første etter å ha lest abstraktet på alle tre.

For å finne de to neste artiklene, 4.2 og 4.3 brukte jeg søkeordene «welfare technologies og «autonomy». Jeg fikk opp fem treff, hvor to av dem var relevante, begge to er skandinaviske studier. Grunnen for at jeg fant skandinaviske artikler tror jeg er fordi «welfare technologies» som er en direkte oversettelse av Velferdsteknologi er et skandinavisk uttrykk.

For å finne artikkelen brukte i 4.4 brukte jeg søkeordene; «Independent living», «Older adults» og «robot technology». Da fikk jeg 4 resultater hvor etter å ha lest abstraktet på alle fant ut at nummer to passet for oppgaven min.

For å finne artikkel 4.5 brukte jeg søkeordene «older adult» og robot assistance» det kom da opp 14 resultater hvor jeg valgte nummer tre etter å ha lest alle overskriftene og abstraktet på de fleste i mitt søketreff.

Som supplement til oppgaven bruker jeg faglitteratur i tillegg til forskning. Jeg har valgt ut noen fagbøker, stortingsmeldinger og lover som jeg kommer til å bruke for å besvare problemstillingen min. Min veileder har også kommet med forslag og lister over annen litteratur som kan være relevant for min oppgave. Jeg har prøvd etter beste evne å finne nyeste utgave av bøker og forskning for å besvare oppgaven min på best mulig måte.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk brukes som en metode for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si å karakterisere og vurdere de kildene som blir brukt (Dalland, 2012, s. 67). For å styrke innholdet i oppgaven har jeg brukt kjente databaser som er anbefalt av HVL, og funnet bøker og stortingsmeldinger som belyser samme emne. Artikkene jeg har funnet til oppgaven min besvarer forskjellige deler av problemstillingen min innenfor tema velferdsteknologi, men de forskjellige artiklene har fokus på forskjellig teknologi. Det som er felles for dem er at de diskuterer hvordan menneskene som tar i bruk denne teknologien blir påvirket av den. Derfor har jeg valgt disse artiklene i oppgaven da de hjelper meg å besvare problemstillingen min.

Jeg har tatt i bruk IMRAD sjekklister for å se at artiklene jeg har funnet inneholder det som trengs for at det skal være en troverdig artikkel. IMRAD er en mal for hvordan man bygger opp en vitenskapelig artikkel, og bokstavene i navnet IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette gjør det enklere å orientere seg i ukjente tidsskrifter og lesingen går raskere (Dalland, 2012, s. 81-82). En styrke til artiklene jeg har valgt er at de er av nyere dato, samt at ingen av artiklene er eldre enn fra 2012. Svakheter med studiene er at de ofte fokuserer på én type teknologi eller ett type hjelpemiddel. Den ene artikkelen baserer spørsmål på fremtidig teknologi som ikke enda eksisterer. Artikkene jeg har valgt er skrevet på engelsk og dette kan medføre at jeg har feiltolket innholdet.

3 Teori

3.1 Hjemmeboende eldre

Det er en klar sammenheng mellom økende alder og behov for helsehjelp, og omfanget og mangfoldet av mennesker som mottar helsehjelp i hjemmet økt betydelig de siste årene (Fjørtoft, 2016, s. 47). Hvor mye hjelp den enkelte bruker mottar varierer etter den enkeltes behov og situasjon. En gjennomsnittlig bruker av hjemmesykepleietilbud får 4,6 timer i uken (Fjørtoft, 2016, s. 48). Når den hjemmeboende eldre blir avhengig av hjelp kan følelsen av selvstendighet og hjemfølelsen bli truet (Fjørtoft, 2016, s. 34). Eldre som bor alene hjemme har større behov for hjelp

enn dem som bor med noen. Det er viktig å kartlegge behovene til hver enkelt og finne ut hvordan bosituasjonen er. På denne måten finner man ut hvilke behov den eldre bruker har for hjelpemidler (Fjørtoft, 2016, s. 48-49).

Hjemmeboende eldre er ingen homogen gruppe, men det er noen fellestrekk. Det moderne livsløpet kan bli delt inn i fire faser der den første fasen er basert på oppvekst. Denne er preget av sosialisering, avhengighet til omsorgspersoner og utdanning. Den andre fasen er arbeidslivet og denne er for det meste preget av uavhengighet og familiemessig ansvar. Den tredje fasen er pensjonistalderen som er full av muligheter til å realisere mål og drømmer. Den fjerde og siste fasen er alderdommen som er preget av avhengighet og kroppslig svekkelse. Det er forskjell på den tredje fasen, altså fra 67 – 80 år, og den fjerde fasen for de som er over 80 år. I den tredje fasen har flere forholdsvis god helse og færre har behov for hjelp i hverdagen. Man kan dele disse menneskene inn i to kategorier; de med kroniske sykdommer og de med medfødt eller ervervede funksjonshemminger. Den fjerde fasen forbindes med de skrøpelige gamle selv om noen vil være selvstendige til det siste. I denne fasen er den gamle plaget med kroppslig svekkelse og blir avhengige av andres hjelp. Det er også i denne fasen det kan være aktuelt å vurdere hvor lenge en kan bo i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2016, s. 63).

Aldring er ingen sykdom, men den påvirker helsetilstanden etter hvert som man blir eldre. Flere eldre er multisyke, altså de har flere enn én sykdom. Dette gir igjen skrøpelighet som fører til lav fysisk aktivitet, muskelsvakhet, langsom gange, trøtthet eller liten utholdenhet og vekttap. Alt dette kan gjøre det vanskelig å gjennomføre daglige gjøremål. Alle disse faktorene fører til tap av funksjon eller funksjonssvikt, altså det å være hjelpetrengende (Fjørtoft, 2016, s. 65).

3.2 Velferdsteknologi

Begrepet velferdsteknologi ble først introdusert av Helse- og omsorgsdepartementet i 2011.

Velferdsteknologi er beskrevet først og fremst som teknologisk assistanse som styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen ved å gi økt trygghet, sikkerhet, øker sosial deltakelse, gir økt mobilitet på tross av fysisk og psykisk sykdom eller nedsatt funksjon (Thygesen, 2019, s. 26).

Definisjonen på velferdsteknologi er åpen og vid. Det finnes ingen grenser for hva som kan kvalifiseres som velferdsteknologi. Dette kan gjelde alt fra hverdagsteknologi som mobiltelefoner og datamaskiner, og det er konteksten av hvordan teknologien virker som bestemmer om det er formålstjenlig og er en velferdsteknologi. For å begrense hva som kan kvalifiseres som velferdsteknologi har vi tre sentrale kjennetegn som kan bidra til å avgrense velferdsteknologiske

løsninger fra andre former for teknolog. Den første er om velferdsteknologien inngår i en helse-, omsorg- og velferdstjenestekontekst. Det vil si at teknologien kan ha vært utviklet til andre formål, men at de inngår i tjenester og lager nye tjenesteløsninger. Det andre er at den muliggjør helse-, omsorgs- og velferdstjenester på avstand. Det tredje er at målgruppen for velferdsteknologien er tjenestemottakeren eller deres pårørende, og ikke tjenesteyterne og forvaltningen (Thygesen, 2019, s. 26 – 27).

Det finnes fire forskjellige kategorier for velferdsteknologi som blir benyttet. Den første kategorien er trygghets- og sikkerhetsteknologi, og denne tar for seg velferdsteknologiske løsninger som er laget for å skape og ivareta trygghet til dem som bruker tilbudet eller deres pårørende. Dette kan være forhåndsprogrammerte alarmer og varsling og GPS-lokalisering. GPS (global positioning system) er en lokalisering- og sporingsteknologi som opplyser om geografisk posisjon. Denne fungerer utendørs og kan være et trygghetskapende tilbud for personer med demens (Thygesen, 2019, s. 29-30). Dette gjør det mulig for oppfølging av bruker på avstand, ofte via en alarmsentral. Denne typen teknologi har sine begrensninger, men det har de siste årene blitt utviklet mer avanserte alarmsystemer med sensorteknologi. Sensorene kan registrere hendelser i hjemmet og sammen med GPS kan disse registrere mye data og bevegelser fra brukeren. Sensorene kan registrere om ytterdøren åpnes og GPS kan brukes for å se hvor brukeren beveger seg utendørs.

Den andre kategorien omhandler kompensasjons- og velværeteknologi. Denne typen teknologi kan brukes av privatpersoner, helsepersonell og pasient. Dette kan være ganghjelpemidler, personløftere, skrittellere, robotstøvsuger, digitale kalendere og hørselshjelpemidler. Teknologien kan fremme helse, deltakelse og være til hjelp ved manglende ferdigheter (Thygesen, 2019, s. 31).

Teknologi for sosial kontakt og kommunikasjon omhandler løsninger som skal gjøre det enklere for brukeren i sitt sosiale liv. Dette kan være nettbrett, datamaskiner eller andre teknologier som kan brukes til sosial kontakt. Sensitive personopplysninger blir her kryptert for å bevare personvernet til brukeren (Thygesen, 2019, s. 32).

Den siste kategorien er teknologi for behandling og pleie. Målinger og klinisk oppfølging kan gjøres fra pasientens eget hjem og sendes direkte til spesialist på sykehus ved hjelp av teknologi. Dette kalles telemonitorering. Informasjonen må også her krypteres for å bevare personvernet. Teknologien kan redusere liggedøgn på sykehus og sparer pasienten for belastning både økonomisk og somatisk ved hyppige innleggelser (Thygesen, 2019, s.32).

3.3 Selvstendighet og Empowerment

Antall mennesker som mottar omsorgstjenester stiger med alderen. I aldersgruppen 67-79 år er det ca. 10 prosent, mens i aldersgruppen 80-89 år er det ca. 43 prosent som mottar omsorgstjenester. For dem som er i aldersgruppen 90 år og eldre er andelen av dem som mottar helsehjelp på 85 prosent. De fleste av disse gruppene mottar tjenestene i sitt eget hjem. Flest mulig ønsker å bo hjemme så lenge de kan, men mange eldre har dårlig tilpassete boliger som ikke samsvarer med beboerens nedsatte funksjonsevne. Det kan være vanskelig for mange eldre å flytte bolig og de ender opp med å fortsette å bo i en bolig som er dårlig egnet for helsesituasjonen deres. Selv det er mange som bor i dårlig tilpassede boliger er det en samfunnsøkonomisk gevinst ved at eldre blir boende i sitt eget hjem lengst mulig. Det er lettere å tilpasse helse- og omsorgstilbudet spesifikt til den enkelte brukers behov, enklere å opprettholde det sosiale nettverket deres, samt at de holder seg friskere lenger ved at de bruker egne ressurser bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 35-38).

Empowerment handler om individets evne til å ha kontroll over eget liv og helse (Tones og Tilford, 2001; WHO, 1998). Empowerment er tett knyttet til mestring. Dette omhandler å ha kontroll på følelser, tanker og praktiske ferdigheter. For mennesker som har fått en skade, sykdom eller høy alder kan rehabilitering være en prosess tilbake til hverdagen. Innen rehabilitering er begrepet Empowerment og mestring sentralt. Det gir brukeren større kontroll og mulighet til å iverksette tiltak som fremmer egen helse, og det lar brukerne ta del i hvordan de vil nå disse målene (Hauken, 2018, s. 186)

3.4 Velferdsteknologi som hjelpemiddel

Et hjelpemiddel er et virkemiddel som skal bidra til å utjevne gapet mellom funksjonsnedsettinger til personer og de kravene ett samfunn stiller (Michelsen & Moser, 2019, s. 175). Det internasjonale begrepet for hjelpemiddel er «assistive technology» og pleier å være individuelt tilpasset den enkelte bruker. Hjelpemidler inkluderer også tjenester i norsk sammenheng. Dette betyr at de som skal gi en tjeneste har kompetanse til å velge ut hvilke teknologier som passer til den enkelte, tilpasse dette til brukeren og yte service for teknologien som blir brukt (Michelsen & Moser, 2019, s. 175).

Det defineres to ulike typer teknologiske hjelpemidler; hjelpemiddelteknologi og forbruksteknologi. Forbruksteknologi er hjelpemidler som finnes i ordinær handel. Denne typen teknologi kan vanlige folk kan få tak i og faller utenfor hjelpemiddelbegrepet i folketrygdens forstand. Eksempel på forbruksteknologi som fungerer som hjelpemiddel kan være tekstmelding på smarttelefoner for mennesker med lav eller ingen hørsel og det kan være å styre mobiltelefon med stemmen for

mennesker med funksjonssvikt (Michelsen & Moser, 2019, s. 175). Hjelpemiddelteknologi er på den andre siden mer spesiallagde hjelpemiddel som er laget med tanke på helse og omsorg, og dette kan for eksempel være alarmsystemer og rullator med elektrisk heis og senk-funksjon (Michelsen & Moser, 2018. s.175).

3.5 Etisk forsvarlighet og personsentrert pleie

Autonomi sammen med god informasjon er svært viktig for at brukeren skal kunne fatte ett selvstendig valg. Dersom brukeren blir tilbudt eller vurderes som en kandidat til bruk av velferdsteknologi skal man aldri påvirke brukerens valg annet enn informasjon som gis. Videre skal denne informasjonen være så objektiv som overhodet mulig (Brinchmann, 2016, s.89-90). Mellom 1990 og 2011 var offentlig meningsytring og politiske holdninger preget av skepsis til den nye teknologien innen hele- og omsorgsektoren. Det var spesielt rettet mot diagnosegrupper med redusert eller manglende samtykke til bruken av den nye teknologien som var i fokus. Dette gjaldt for eksempel mennesker med demensdiagnose. Det viste seg at selv om mange sykehjem gikk til innkjøp av ny lavteknologi så ble det sjeldent brukt. Dette ble begrunnet med etikk. Det ble stilt spørsmål om teknologien ble sett på som en billig erstatning for menneskelig nærhet og omsorg, samt at det var inngripende i brukernes privatliv (Thygesen, 2019, s. 38).

Noen former for velferdsteknologi er laget på en slik måte at teknologien har mulighet til å samle store mengder informasjon om brukerne. Dette kan være informasjon om bevegelsesmønsteret og alle dagligdagse aktiviteter. Dersom brukeren har GPS kan man følge med på hvor personen er til enhver tid. Det er derfor viktig at informasjonen håndteres innenfor sikre rammer og at kun nødvendig informasjon skal lagres (Thygesen, 2019, s. 40). De som har tilgang til helseopplysninger er databehandlingsansvarlige, databehandlere og de som arbeider under databehandlingsansvarlige. Disse skal sikre at informasjonen som er lagret om brukeren er trygg og ikke deles med andre (Helseregisterloven, 2014, § 21). De som behandler eller leser dataen har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 (Helseregisterloven, 2014, § 17).

3.6 Etiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er en form for prinsippbasert etikk og kan minne om pliktetik. Brukere har rettigheter som sykepleieren har plikt til å forsvare. Grunnlaget for disse retningslinjene er at sykepleiernes arbeid skal bygge på respekt og omsorg, men de skal også ha en faglig forankring (Sneltvedt, 2016, s. 99). Norsk Sykepleieforbund utformer mandatet til Rådet for

sykepleieetik, disse reviderer de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie (Sneltvedt, 2016, s. 98).

Retningslinjer som vil være relevant til denne oppgaven siteres fra NSF (2019):

«Sykepleieren utviser digital dømmekraft og opptre bevisst i den digitale verden».

«Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling».

«Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått».

3.7 Lover og forskrifter

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 4-1) handler om krav til forsvarlig utøving av sykepleie, og dette innebærer ett helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. Pasienter og brukere har også rett til å motsi seg forskjellige tjenester som blir tilbudt. For at ett samtykke skal være gyldig må bruker eller pasient ha fått tilstrekkelig informasjon om eventuelle helsetilbud for at de kan gjøre en avgjørelse. All helsehjelp skal gis ved informert samtykke (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1; Lunde, 2016, s. 169). Den som ikke ønsker velferdsteknologi skal ikke bli påtvunget dette, og informert samtykke og frivillighet er en forutsetning for at brukeren skal motta tilbudet. Ved noen former for velferdsteknologi skal det foreligge vedtak med hjemmel i lov der samtykkekompetanse er usikkert eller ikke mulig å innhente. Dette kan være GPS der man overvåker hvor brukeren befinner seg, eller sensorteknologi. Denne typen velferdsteknologi kan brukes, men blir regulert innenfor pasient- og brukerrettighetslovens rammer (Thygesen, 2019, s.40). Dersom pasient eller bruker ikke har samtykkekompetanse, så skal det være skjellig grunn eller nødvendig for å begrense risiko eller skade (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6a). Pårørende skal også kontaktes for å få fram hva vedkommende hadde ønsket i denne situasjonen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6; Thygesen, 2019, s.41).

Alle brukere med behov for vedvarende helsehjelp har rett til å få utformet en individuell plan. En slik plan kan gi brukeren mer forutsigbarhet og de individuelle tjenestene kan koordineres på en god måte. Brukeren selv skal være med på utformingen av planen og kan velge selv om de vil ha med seg en pårørende (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5; Kirkevold, 2016, s. 110).

4 Resultat

4.1 Origins and consequences of technology acquirement by independent-living seniors: towards an integrative model

Studien bygger på en intervjubasert kvalitativ metode, hvor det ble utført hjemmebesøk av 33 hjemmeboende eldre mellom 2012-2014. Studien handler om eldre erfarer bruk av velferdsteknologi (Peek, S. S. M. et al., 2017). Grunnen til at jeg har valgt denne studien er at den tar for seg forskjellige aspekter av det å bruke velferdsteknologi hos eldre. Den har en kategori om «understanding technology acquirements by seniors» som snakker om at man ikke kan behandle de eldre som en homogen gruppe, og derfor vil ikke samme teknologi være like hjelpsom for alle. Jeg velger denne studien fordi jeg ønsker å finne ut av hvordan de eldre tar imot ny teknologi som blir presentert for dem.

4.2 Welfare Technologies and Ageing Bodies: Various Ways of Practising Autonomy

Artikkelen er en kvalitativ studie med fem eldre informanter som benytter hjemmetjeneste i Danmark. Studien diskuterer hvilke roller velferdsteknologi har for å stryke autonomien til informantene i studien. Resultatene av studien viser at informantene har en forskjellig oppfatning av det å være selvstendig. Den ene informanten har ingen problem med å få hjelp til påkledning og matlaging i hjemmet så lenge han klarer å komme seg rundt på el-stolen sin. En annen informant sier at det å være selvstendig vil si at de ikke får noen hjelp av hjemmesykepleie eller lignende (Dahler, 2018). Jeg ønsker å bruke denne artikkelen fordi den kan relateres til hjemmesykepleie i Norge. Artikkelen treffer problemstillingen min godt.

4.3 Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway

Er en kvalitativ studie med semi-strukturerte spørsmål. Det ble utført dybdeintervju hos fem kvinner og fire menn i alderen 79 til 91 år. Studien er utført i Norge og er derfor veldig relevant med tanke på egne erfaringer, og hvordan resten av oppgaven er lagt opp til eldre hjemmeboende i Norge. Studien tar for seg «human behavior modeling (HBM) som er en velferdsteknologi som identifiserer brukernes bevegelsesmønster og vaner. Den kan oppdage fall og tidlige tegn på demensdiagnose. Studien viser at de fleste informantene var positive til velferdsteknologi så lenge det forbedret deres trygghet og sikkerhet. Dette selv på bekostning av at teknologien kunne lagre data om deres rutiner. Jeg ønsker å bruke denne artikkelen for å diskutere trygghet og etikk rundt bruken av velferdsteknologi i drøftingen min.

4.4 When robots care: Public deliberations on how technology and humans may support independent living for older adults

Er en kvalitativ studie med 63 informanter i forskjellige aldersgrupper, og det blir presentert flere scenarier av hvordan fremtidig velferdsteknologi kan hjelpe mennesker. Deretter ble informantene satt i arbeidsgrupper for å diskutere ulemper og muligheter ved velferdsteknologi versus menneskelig hjelp. Temaene var blant annet etikk ved bruk av teknologi i helsevesenet. Studien viser at mange i studien sier at velferdsteknologi ikke er for dem som klarer seg godt hjemme, men kan være ett supplement for dem som har mye større plager med selvstendighet i hverdagen. Noen av informantene mente at å stole for mye på hjelpemidler kan svekke selvstendigheten (Lehoux & Grimard, 2018). Jeg har planer om å bruke denne studien da den går inn på etikk og muligheter ved bruk av teknologiske hjelpemidler.

4.5 Older adults' preferences for and acceptance of robot assistance for everyday living tasks

Denne studien handler om holdninger eldre mennesker har i møte med robot-assistanse eller annen form for ny velferdsteknologi. Det er en kvalitativ studie med 21 informanter som svarer på spørreskjema rundt deres holdninger og meninger om robot-hjelpemidler i hjemmet. Studien viser til at eldre mennesker er åpne til ny teknologi for å assistere dem i hjemmet. Den viser også til at eldre gjerne heller vil ha hjelp av maskiner enn mennesker i områder som husvask og påminning av medisintaking, men ville helst ha hjelp av mennesker til andre oppgaver rundt aktiviteter i dagliglivet (ADL) (Smarr et al., 2012). Jeg bruker denne studien i oppgaven fordi den har med god forskning på temaer jeg ønsker å gå nærmere inn på i drøftingsdelen i oppgaven min.

5 Drøfting

5.1 Ønske om selvstendighet

Eldre som trenger helsehjelp i hjemmet har økt de siste årene (Fjørtoft, 2016, s. 47). Alder er ingen sykdom, men med alderen kan man få flere sykdommer som kan føre til skrøpelig og tap av funksjon. Dette gjør at mange blir hjelpetrengende og trenger helsehjelp i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s.65). Flest mulig eldre ønsker å bo hjemme så lenge de kan, og det er lettere å tilpasse helse og omsorgstilbudet for menneskers behov i deres eget hjem. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s. 35-38; Sánchez et al., 2019). Når den eldre blir avhengig av hjelp i hjemmet kan selvstendighets- og hjemfølelsen bli truet (Fjørtoft, 2016, s. 34).

Selvstendighet kan styrkes ved hjelp av Empowerment ved at brukeren selv kan velge hvilke hjelpemidler og tiltak som skal brukes (Hauken, 2018, s.186). Ifølge studien til Smarr et al. (2012) vil eldre, når de får valget, velge menneskelig hjelp framfor teknologi til daglige gjøremål. For oppgaver som for eksempel påminnelse om medisiner foretrekker de fleste i studien at en teknologisk løsning kan minne dem på å ta den til rett tid (Smarr et al., 2012). Videre viser studien til Dahler, (2018) at det er forskjellig oppfatning av hva selvstendighet er for den enkelte. For noen vil teknologiske løsninger bidra til større selvstendighet i hverdagen, men for andre vil det å være avhengig av andre mennesker eller teknologi aldri gi følelsen av selvstendighet (Dahler, 2018). Dette har jeg selv merket i samtale med brukere i praksis. Noen føler at helsehjelp gir dem større selvstendighet fordi de kan bruke overskuddsenergi i hverdagen på det som betyr noe, selv om de mottar mye hjelp. Andre jeg har møtt ser på det som et nederlag å motta helsehjelp fordi det bekrefter funksjonstap og alderdom. Dette blir også bekreftet gjennom studien til Lehoux & Grimard, (2018) hvor noen av deltakerne mente at å stole for mye på teknologiske hjelpemidler kan svekke selvstendigheten. Mangen av deltakerne mente også at velferdsteknologi er for dem som ikke klarer seg alene hjemme i hverdagen (Lehoux & Grimard, 2018).

Hvordan skal man da styrke selvstendigheten til den eldre når den allerede er truet av svekket funksjon, og mottakelse av hjelp blir sett på som en svekkelse av selvstendigheten i seg selv? Brukere jeg har møtt i praksis har som regel veldig god oversikt over egen sykdom og hva som er viktig for dem. En sykepleier er ekspert på det faglige området, men brukerne er eksperten på sitt eget liv (Tveiten, 2018, s. 242). Alle pasienter har rett på en individuell plan og skal være med på å utforme denne (Kirkevold, 2016, s. 110). I studien Peek et al. (2017) kommer det fram at brukeren selv må oppleve at teknologien som brukes skal være nyttig, samt at brukeren virkelig føler behov for teknologien (Peek et al., 2017). Ved hjelp av en individuell plan kommer brukerens ønsker og behov frem (Kirkevold, 2016, s. 110).

Informantene i studien til Lehoux & Grimard (2018) mener at robot-teknologi kan være et godt verktøy til eldre menneskers trygghet, livskvalitet og selvstendighet. Med en økende andel eldre mennesker blir behovet for hjemmehjelp større og dette kan velferdsteknologi hjelpe til med (Lehoux & Grimard, 2018). Når brukerne forklarer om deres opplevelser rundt det å bo selvstendig og alene, så forklarer de at det viktigste for dem er å fortsette å være aktiv, sunn, opprettholde kontakt med venner og familie, samt det å føle seg trygg. Det å være selvstendig var svært viktig for informantene. Det å spørre om for mye hjelp fra familien følte som å komme i gjeld hos dem og skylde dem noe tilbake. På den andre siden forklarer en informant at helt siden han fikk en ny mikrobølgeovn hjemme klarer han å lage middag selv, og dette har resultert i at han sjeldnere har blitt invitert på middag hos familien (Peek et al., 2017). Brukerne av velferdsteknologi former holdninger til teknologien som ikke alltid samsvarer med de holdningene de som er mer vant med teknologi gjør. Noen av disse holdningene er bekymringer om hvor lenge batteriet varer og hvor mye strøm den bruker og hvordan å lade forskjellig teknologi, men også kostnader rundt å eie teknologien i form av reparasjon og service (Peek et al., 2017). At teknologien er rimelig er også viktig for informantene i studien til Sánchez, Anker-Hansen, Taylor & Eilertsen (2019) de sier at de føler seg påtvungen til å kjøpe velferdsteknologi for egne penger, som sikkerhets alarm for å ikke være en ekstra byrde for kommunen og hjemmetjenesten. Flere i studien vil gjerne kjøpe mer teknologi som gjør livet deres enklere om det var billigere (Sánchez et al., 2019).

5.2 Behov for teknologisk hjelp

Gjennom tidligere praksis har jeg opplevd at brukere i hjemmesykepleien har forskjellige former for velferdsteknologi i hjemmene. Dette kan være alt fra elektrisk rullestol til sikkerhetsalarm på håndleddet. Det som kommer frem i samtaler jeg har hatt med brukere er at teknologien må være enkel å forstå, samtidig som at det må være ett behov for teknologien som brukeren selv opplever. Dette finner jeg belegg hos i studien til Peek, et al, (2017) som sier at teknologier som blir implementert på måter som ikke er i samsvar med de eldre hjemmeboende sine behov har en høyere risiko i å være ineffektive eller helt upassende. På den andre siden sier en informant fra studien til Dahler, (2018) at hun heller vil fylle hele huset med teknologiske hjelpemiddel, enn å ha hjemmehjelp av ufaglærte assistenter som ikke forstår seg på sykdommen hennes og hvilke smerter hun har. Den samme informanten fikk et teknologisk toalett som vasker henne etter toalettbesøk, og etter hun fikk denne velferdsteknologien sier hun at hun lukter bedre og har hatt færre tilfeller av urinveisinfeksjoner (Dahler, 2018). Denne deltakeren i studien følte hun fikk bedre stell av velferdsteknologien enn av menneskene som skulle behandle henne på grunn av manglende

kompetanse. Jeg har selv opplevd at brukere av hjemmetjenesten ønsker hjelp av faglærte, og ved flere anledninger har jeg blitt spurt om hvilken utdanning jeg har.

Telemonitorering er en form for fjerndiagnostisering og pleie, målinger og klinisk oppfølging gjøres fra pasientens eget hjem og sendes direkte til spesialist på sykehus. Dette kan redusere liggedøgn på sykehus og sparer pasienten for belastningen ved hyppige sykehusbesøk (Thygesen, 2019, s. 32). Kolskofferten er en slik teknologi. Kofferten er på størrelse med en litt stor bærbar datamaskin med ett håndtak for enkel transport. Den øverste delen av kofferten har en skjerm som gjør at sykepleieren og brukeren kan kommunisere mens konsultasjonen pågår. Kofferten har mulighet for å koble på instrumenter som pulsoksymeter og kan utføre spirometri (Thygesen & Moser, 2019, s. 89-90). Jeg har selv opplevd hvor stressende noen brukere syntes det er å reise ofte og med lange avstander til sykehus for konsultasjoner. Kanskje kunne konsultasjon over video vært nyttig for denne pasientgruppen som ofte må reise til spesialist på sykehus. Videokonsultasjoner kommer dog med noen problemer. Kameraet må ha god kvalitet og det må være gode lysforhold, og bilder i glassrammer eller vindusflater kan gi gjenskinn. Om det ikke er dagslys må brukere frem med lommelykt eller få sterke lamper i huset slik at behandler kan observere nøyte nok. Alt dette kan føre til at bildet som blir sendt til helsepersonell ikke er godt nok til å vurdere pasienten på en tilstrekkelig måte (Aune & Anestad, 2019, s. 75). At brukeren av tilbudene ikke har noen form for kognitiv svikt er viktig med tanke på å få teknologien skrudd på til rett tid og sted, sammen med riktig lys og lydforhold for å ha en god konsultasjon (Thygesen & Moser, 2019, s. 91). Det er også viktig at den som skal yte tjenesten har kompetanse til å velge ut hvilke teknologier som passer til den enkelte bruker samt tilpasse teknologien til brukeren (Michelsen & Moser, 2019, s. 175).

5.3 Behov for menneskelig hjelp

Smarr et al, (2012) sier at behovet for menneskelig hjelp til ADL funksjoner er viktige for informantene, de mener også at alle avgjørelser som tas på vegne av brukere skal være tatt av mennesker eller ved menneskelig intervensjon (Smarr et al., 2012). Dette samsvarer også med NSF (2019) sine etiske retningslinjer med tanke på teknologi, hvor de sier at sykepleieren skal ivareta brukernes sikkerhet og verdighet i møte med teknologiske og helsepolitiske utvikling. Lehoux & Grimard (2018) skriver at ingenting kan erstatte menneskelig kontakt, men mener at velferdsteknologi kan gi en viss komfort ved for eksempel å hjelpe brukere til å kommunisere med familie og venner. En annen informant i studien sier at dersom velferdsteknologi overtar noen oppgaver til helsepersonell i hverdagen, kan det muliggjøre mer tid til god medmenneskelig kontakt (Lehoux & Grimard, 2018). De fleste informantene i studien til Sánchez et al. 2019 sa de at de også

foretrekker menneskelig helsehjelp over teknologisk helsehjelp (Sánchez et al., 2019). Som vi har sett over er de fleste enige om at ingenting kan erstatte menneskelig helsehjelp, men ser på velferdsteknologi som ett supplement til mennesker som har behov for hjelp til enkelte oppgaver i hjemmet. Som jeg skrev i teoridelen var det en del institusjoner som gikk til innkjøp av velferdsteknologi, men valgte å ikke bruke det (Thygesen, 2019, s. 38). Det ble argumentert for at det ble en billig erstatning for menneskelig nærhet og omsorg i dette tilfellet, de mente at det å ha en sikkerhetsalarm på rommene til de eldre vil føre til at pleierne sjeldnere går inn til brukerne samtidig som at det var inngripende i brukerens privatliv (Thygesen, 2019, s. 38).

Samhandling mellom bruker og sykepleier er grunnleggende i hjemmesykepleie. Brukeren skal oppleve det som positivt å få besøk av hjemmesykepleien. Det er mange konkrete tiltak hjemmesykepleie bistår brukere med, dette er alt fra personlig stell til ulike prosedyrer. Det som er like viktig er ofte samtalen eller hverdagspraten som ikke står i noe vedtak (Fjørtoft, 2016, s. 197). Ved å bytte ut ett hjemmebesøk med en form for velferdsteknologi kan det mulig føre til at samtalen som før tok sted i hverdagen og som betydde mye for brukeren forsvinner. Det at teknologiske hjelpemiddel ikke har følelser kan gjøre det vanskeligere å vekke ekte følelser hos brukerne av teknologier sier informanter i studien til (Lehoux & Grimard, 2018).

5.4 Forsvarlighet og etikk

Det vises til at noen former for velferdsteknologi kan ha en inngripende løsning når det gjelder å ivareta den enkeltes autonomi og privatliv. Det trekkes frem eksempel på at store mengder personlig informasjon blir lagret gjennom bruk av velferdsteknologi. Dette kan være alt fra hvor en person befinner seg eller gi informasjon om bevegelsesmønsteret til brukerne (Thygesen, 2019, s. 39- 40). Det er derfor viktig at informasjon blir lagret innenfor sikre rammer. All lagring av sensitiv informasjon skal derfor vurderes og godkjennes av Datatilsynet (Thygesen, 2019, s. 40). Det jeg får inntrykk av gjennom praksisene mine er at brukernes oppfatning av hva som er trygg lagring er annerledes. Det å låse noe fysisk inn i ett skap kan muligens bli sett på som tryggere hos noen eldre mennesker som kanskje ikke forstår seg helt på hvordan skylagring og kryptering virker. Det er bare databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under de som jobber under databehandlingsansvarlige som gis tilgang til helseopplysninger. Det er bare de som er nødvendige for å arbeide med brukerens teknologi som har tilgang til helseopplysninger (Helseregisterloven, 2014, § 21). Dette er beskyttet av taushetsplikt på samme måte som all annen helseinformasjon (Helseregisterloven, 2014, § 17). For eldre mennesker kan det være vanskelig å forstå seg på denne teknologien og hvor sikker den egentlig er. Det er derfor viktig med god informasjon til brukerne av tilbudet. Denne informasjonen skal aldri påvirke brukerens valg, men være så objektiv som mulig

(Brinchmann, 2016, s.89-90).

I studien til Dahler (2018) skriver de at det er en etisk utfordring at teknologi som blir designet for å fremme selvstendighet og autonomi ikke alltid treffer det brukeren har sett for seg som selvstendighet (Dahler, 2018). Det kan virke som det er et dilemma mellom hvordan helsevesenet, pårørende og samfunnet ser på teknologien som frigjørende og hvordan den fremmer selvstendighet. Det kan virke som det ikke alltid samsvarer med det brukerne har sett for seg som selvstendighet. For at en bruker skal ta et selvstendig valg må de ha autonomi sammen med god informasjon. Informasjonen som blir gitt skal være så objektiv som mulig slik at brukeren ikke føler at en blir presset til å ta imot en teknologi de ikke er komfortabel med (Brinchmann, 2016, s. 89-90). Dette støtter lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-1 som sier, for at et samtykke skal være gyldig, må nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen være gitt (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1). Dersom det skal bli gitt ett tilbud om velferdsteknologi til en bruker uten samtykkekompetanse skal det være skjellig grunn eller nødvendig for å hindre eller begrense risiko eller skade. Det skal også kontaktes pårørende for å få frem hvilke ønsker brukeren hadde hatt i denne situasjonen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6a; Thygesen, 2019, s.41). Flere i studien til Sánchez et al. (2019) uttrykket bekymring for tap av autonomi og verdighet ved bruk av velferdsteknologi. De lurte på hvem som tok beslutninger angående deres bruk av velferdsteknologi om de ble svakere eller utviklet noen form for kognitiv svikt (Sánchez et al., 2019).

6 Konklusjon

Hvordan kan velferdsteknologi brukes for å styrke brukerens selvstendighet hos eldre hjemmeboende? For å besvare denne problemstillingen har jeg drøftet problemstillingen ved hjelp av teori, forskning og annen litteratur, sammen med egne erfaringer. Jeg har opplevd gjennom oppgaven min at velferdsteknologi kan styrke brukeres selvstendighet på mange måter. Den kan gjøre det tryggere for bruker å vandre i eget hjem eller ute, den kan gjøre det lettere for brukeren å kommunisere med familie og venner og den kan også minimere sykehusbesøk. Jeg har også sett at det er forskjellig hvordan velferdsteknologi blir oppfattet hos den enkelte bruker. Noen mener det er en billig måte å drive omsorg på, mens andre syntes det er godt å slippe unna unødvendig mange hjemmebesøk av helsepersonell. God informasjon fra sykepleier og god opplæring i bruk av forskjellige teknologiske løsninger er nødvendig for at brukere skal trygges ved bruken av velferdsteknologi.

Personlig mener jeg at velferdsteknologi bør bli sett på som all annen helsehjelp. Ved at helseopplysninger blir lagret i en sentral database er det ikke stor forskjell fra da den ble lagret i papirjournal. Samtidig er det viktig at den ikke erstatter omsorg og den mellommenneskelige relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Som med alt annet innenfor sykepleiefaget så må sykepleieren og annet helsepersonell føle seg kompetente og trygge nok på det de skal gjøre. Velferdsteknologi må da bli like naturlig i hverdagen som prosedyrer, stell og faglig kompetanse. Dette kan gjøre at brukeren blir tryggere på teknologien og løsninger som kan hjelpe dem i hverdagen, og med god veiledning kan det øke følelsen av selvstendighet. Velferdsteknologien er kommet for å bli og sykepleieren står sentralt i hvilken retning den utvikler seg i. Jeg håper og tror at sykepleieren kan bidra til å løfte velferdsteknologien opp og frem. Det er likevel viktig at sykepleieren holder seg faglig oppdatert slik at brukerens rettigheter, personvern og verdighet blir bevart. For selv om teknologien er kommet for å bli, så er det ikke for enhver pris. Brukerens rett til personvern, autonomi og verdighet kommer først.

7 Bibliografi

- Aune, G. & Anestad, M. (2019). Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten hjemme hos pasienten: muligheter og utfordringer ved bruk av videokonferanse. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (s. 69-83). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg, s. 81 – 96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahler, A., M. (2018). Welfare Technologies and Ageing Bodies: Various Ways of Practising Autonomy. *Hindawi Rehabilitation Research and Practice*, 9(18), 1-9.
<https://doi.org/10.1155/2018/3096405>
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie : Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Grimsbø, G., H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg, bind 1, s. 311-331). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (s. 179-200). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Én innbygger – én journal*. (Meld. St. 9 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011>
- Helseregisterloven. (2014). Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (LOV-2014-06-20-43). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
- Krikevold, M. (2016). Kartlegging. Krikevold, M., Brodtkrob, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 106-119). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Lehoux, P. & Grimard, D. (2018). When robots care: Public deliberations on how technology and humans may support independent living for older adults. *Social science & medicine*, 211(18), 330-337. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.038>
- Lunde, B., T. (2016). Juss og etikk i sykepleien. I Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (4. utg. s. 97-110). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Michelsen, G. & Moser, I. (2019). Forbruksteknologi som hjelpemiddel og velferdsteknologi for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (s. 173-189). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peek, S., T., M., Luijkx, K., G., Vrijhoef, H., J., M., Nieboer, M., E., Aarts, S., van der Voort, C., S., . . . Wouters, E., J., M. (2017). Origins and consequences of technology acquirement by independent-living seniors: towards an integrative model. *BMC Geriatrics*, 189(17), 1-18. DOI 10.1186/s12877-017-0582-5
- Sánchez, V., G., Anker-Hansen, C., Taylor, I. & Eilertsen, G. (2019). Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 12, (841-853). <https://doi.org/10.2147/JMDH.S219458>
- Skjetne, I., Fors, K., & MEDLEX norsk helseinformasjon. (2014). Enklere hverdag med velferdsteknologi. Oslo: Medlex norsk helseinformasjon.
- Smarr, C., Prakash, A., Beer, J., M., Mitzner, T., L., Kemp, C., C., & Rogers, W., A. (2012). Older adults' preferences for and acceptance of robot assistance for everyday living tasks. *Proceedings of the human factors and ergonomics society* 56(1), 153-157. <https://doi.org/10.1177/1071181312561009>
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. I Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (4. utg. s. 97-110). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Thidemann, J, I. (2015) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger: definisjoner, kategorier, bakgrunn og etikk. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (s. 25-42). Oslo: Cappelen Damm AS.

Thygesen, H. & Moser, I. (2019). Kolskofferten: Forhandlinger og læring i et tilbud om hjemmebasert oppfølging av pasienter med kols. I I. Moser (Red.), *Velfersteknologi: en ressursbok* (s. 85-99). Oslo: Cappelen Damm AS.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (s. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Anne-Margrethe Hjertenes		

Deltaker

Naun:	Martin Palm Siuvertsen
Kandidatnr.:	320
HVL-id:	573433@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	24		
Antall ord *:	6708		
Sett hake dersom besuarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei