



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Velferdsteknologi og eldre

Welfare Technology and elderly

**Kandidatnummer 120**

Bachelor i sykepleie, Førde

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

07.12.20

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

**Tittel:** Velferdsteknologi og eldre

**Bakgrunn for valg av tema:** Ved jobb og praksis i hjemmebaserte tjenester har jeg erfart en økende bruk av tekniske hjelpemidler i hverdagen til de eldre. Jeg ønsker derfor å undersøke hvilke erfaringer hjemmeboende eldre og helsepersonell har med velferdsteknologi, samt hvordan sykepleiere kan bistå eldre med denne overgangen.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere bistå eldre hjemmeboende til å mestre velferdsteknologi?

**Metode:** I arbeidet med bacheloroppgaven er litteraturstudie benyttet som metode. Eksisterende fagkunnskap, forskning og teori er benyttet for å få aktuell informasjon til problemstillingen.

**Funn/Konklusjon:** Det er nødvendig med nytenking i den norske helse- og omsorgstjenesten med tanke på økende levealder og dermed økende hjelpebehov. Velferdsteknologien kan være en del av løsningen, men det må skje på en hensiktsmessig måte som ivaretar behovene til den enkelte bruker. Sykepleiere har en sentral rolle i opplæringen av eldre brukere av velferdsteknologi. Det understrekes at teknologien bare er et supplement og ikke en erstatning for sykepleie.

**Nøkkelord:** Velferdsteknologi, eldre, læring, hjemmesykepleie, telepleie

## Abstract

**Title:** Welfare Technology and Elderly

**Background for choice of theme:** Through work and practice in home-based services, I have experienced an increasing use of technical aids in the everyday lives of the elderly. I will examine what experiences elderly people living at home, and health professionals, have using welfare technology, and how nurses can assist the elderly with the transition to this kind of technology.

**Problem statement:** How can nurses assist elderly people living at home to master welfare technology?

**Method:** Literature study has been used as method on this bachelor thesis. Existing professional knowledge, research and theory has been used to obtain relevant information for the problem statement.

**Findings/ Conclusion:** There is a need for new thinking in the Norwegian health- and care service with regards to the increasing life expectancy and thus increasing need for help. Welfare technology can be part of the solution, but the implementation must take place in an appropriate way that meets the needs of the individual user. Nurses have a central role in training elderly users of welfare technology. It is emphasized that this technology is only a supplement and not a substitute for nursing.

**Keywords:** Welfare technology, elderly, learning, home nursing, telecare

## Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	2
1.2 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSING .....	2
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	2
1.4 OPPGAVENS UTFORMING.....	3
<b>2 METODE .....</b>	<b>3</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	4
2.2 SØKEPROSESSEN ETTER FORSKING.....	4
2.3 SØKEPROSESSEN ETTER ANNEN LITTERATUR .....	5
2.4 KILDEKRITIKK.....	5
<b>3 TEORI .....</b>	<b>7</b>
3.1 JOYCE TRAVELBEE´S SYKEPLEIEDEFINISJON .....	7
3.2 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON.....	7
3.3 VELFERDSTEKNOLOGI .....	8
3.4 ELDBREBØLGEN .....	10
3.5 ALDRING .....	10
3.6 YRKESETISKE RETNINGSLINJER .....	11
3.7 LOVER OG FORSKRIFTER .....	12
<b>4 PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>13</b>
4.1 ARTIKKEL 1.....	13
4.2 ARTIKKEL 2.....	14
4.3 ARTIKKEL 3.....	15
4.4 ARTIKKEL 4.....	15
4.5 ARTIKKEL 5.....	16
<b>5 DRØFTING.....</b>	<b>16</b>
5.1 VIKTIGHETEN AV OPPLÆRING AV HELSEPERSONELL .....	16
5.2 SYKEPLEIERENS KARTLEGGING AV BRUKEREN.....	19
5.3 ELDBRE MENNESKERS OPPLEVELSER AV TEKNOLOGIEN .....	20
5.4 SENTRALE HENSYN.....	22
<b>6 KONKLUSJON .....</b>	<b>24</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>26</b>
<b>VEDLEGG.....</b>	<b>1</b>

VEDLEGG NR. 1 ..... 1  
VEDLEGG NR. 2 ..... 1  
VEDLEGG NR. 3 ..... 1  
VEDLEGG NR. 4 ..... 1

## 1 Innledning

Norges befolkning blir stadig mer eldredominert, og det er forespeilet at vi står ovenfor en eldrebølge i løpet av de neste ti årene (Ertzeid et al., 2018). Den store etterkrigsgenerasjonen vil i løpet av disse årene fylle 80 år. En forespeilet konsekvens ved økende levealder er mangel på kompetent helsefaglig personell i årene fremover (Skjøstad, 2017). Gradvise aldersforandringer i en stadig eldre befolkning gir også en økt sannsynlighet for sykdom og en økt sannsynlighet for å møte på utfordringer med å være selvstendig i hverdagen (Ranhoff, 2020, s.53). For å imøtekomme disse utfordringene er nyteknologisk og utvikling av helse- og omsorgstjenestene nødvendig. I Hagen-utvalgets rapport *Innovasjon i omsorg* ble begrepet velferdsteknologi for første gang i 2011 introdusert i norsk sammenheng. Hagen-utvalget definerer velferdsteknologi som «teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.» (NOU 2011:11, s. 99).

Fremtidens eldre vil trolig ha andre holdninger og krav enn dagens eldre ettersom de i større grad vil være vant med å bruke teknologi både hjemme og i jobbsammenheng (Birkeland & Flovik, 2018, s. 150). Dagens generasjon av eldre er ikke vant med teknologi på samme måte og er gjerne avhengig av opplæring og støtte. Et eksempel er den raske innføringen av digitale løsninger i form av søknader, bank- og betalingsløsninger som har erstattet mange av de tradisjonelle tilbudene som tidligere krevde fysisk oppmøte (Thorsen, 2020, s. 46). Denne raske innføringen kan skape en funksjonshemming blant eldre dersom de ikke mestrer de nye løsningene.

Samfunnsmandatet til sykepleiere er konsist gjenspeilet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Grønseth & Jerpseth, 2019, s.49). Punkt 1.5 spesifiserer at «sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom jobb i hjemmesykepleien i fire år har jeg erfart en økende satsing på teknologiske løsninger. Med tanke på at denne raske innføringen kan skape frustrasjon og mistriivsel blant eldre som ikke mestrer de nye løsningene, ønsker jeg å studere hvordan sykepleiere kan bidra til å gjøre denne overgangen lettere. Temaet har også stor relevans for fremtiden med tanke på omveltningen som skjer i det norske helsevesenet i form av velferdsteknologi.

## 1.2 Problemstilling med avgrensing

Oppgavens problemstilling er «*Hvordan kan sykepleiere bistå eldre hjemmeboende til å mestre velferdsteknologi?*». Problemstillingen vil sette søkelys på hvordan sykepleieren kan bidra til en god overgang til bruk av velferdsteknologi. Oppgaven er avgrenset til å gjelde eldre hjemmeboende. Velferdsteknologien som er omtalt i artiklene er trygghetsalarm, medikamentdispenser, ulike sensorer/GPS, og videokonsultasjon. Oppgaven vil ikke sette søkelyset spesifikt på en enkelt teknologi, men heller sammenfatte erfaringene til helsepersonell og bruker for å finne ut av hvordan sykepleieren kan hjelpe den enkelte med å mestre teknologien.

## 1.3 Begrepsavklaring

**Velferdsteknologi** kan ikke, og har heller ikke som mål å erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 109). Både i dag og i fremtiden er omsorgstjenestene avhengige av det kjennelige møtet mellom mennesker. Imidlertid kan velferdsteknologi forsterke en ny utvikling og være ett av flere ulike tiltak for å gjøre tjenestene mer bærekraftige. Teknologien skal være et hjelpemiddel som bidrar til å styrke den enkeltes og pårørendes evner til å bevare selvstendigheten og på denne måten være forebyggende for behov for tjenester (Thygesen, 2020, s. 26).

**Bruker** vil brukes istedenfor pasient. Å være bruker betyr at man både har rettigheter og plikter, knyttet til medvirkning og ansvar for eget liv og helse (Tveiten, 2020, s. 27).

**Eldre hjemmeboende** blir her betegnet som personer over 67 år som mottar helsehjelp i eget hjem.

**Hjemmesykepleie** er et fellesbegrep som omhandler all sykepleie som utføres i brukerens hjem, enten den blir utført av sykepleiere eller annet helsepersonell (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

**Mestring** er et vidt begrep, men overordnet handler det om tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter og utstyr, i tillegg til evnen til å bruke disse ressursene (Tveiten, 2020, s. 22).

## 1.4 Oppgavens utforming

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Jeg skal videre i oppgaven gjøre rede for metodedelen. Deretter vil det i del tre presenteres relevant teori. I den fjerde delen presenterer jeg forskning som jeg mener bidrar til å belyse problemstillingen. I del fem drøfter jeg problemstillingen opp mot teori, forskning og egne erfaringer. Avslutningsvis vil jeg presentere en konklusjon der jeg viser hvordan jeg har forsøkt å svare på problemstillingen.

## 2 Metode

Metode vil si den systematiske fremgangsmåten som blir brukt for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Den blir sett på som et verktøy i møte med det vi vil undersøke (Dalland, 2020, s. 54).



## 2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er litteraturstudie benyttet som metode. Det vil si at det er brukt eksisterende fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2020, s. 199). Ved å benytte litteraturstudie har man en systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen (Thidemann, 2019, s.77-78). Målet er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapen på det aktuelle området som problemstillingen etterspør, i tillegg til å beskrive hvordan man har tilegnet seg denne kunnskapen. Jeg har i hovedsak benyttet kvalitative forskningsartikler, da jeg var avhengig av erfaringene som helsepersonell og eldre hadde til teknologien for å kunne svare på problemstillingen. Ved å bruke kvalitativ metode forsøker man å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2020, s.54). På den andre siden gir kvantitativ metode data i form av målbare enheter.

## 2.2 Søkeprosessen etter forskning

I forkant av søkeprosessen innhentet jeg relevant teori om temaet velferdsteknologi. Dette ble gjort for å bli kjent med temaet, finne relevante nøkkelord, og se hva som var det eksisterende fokuset for forskningen rundt velferdsteknologi. Dette gav meg et utgangspunkt for søkeord, samt inklusjon og eksklusjonskriterier som er presentert i vedlegg nr.1. Ved å snakke med biblioteket fikk jeg kunnskap om hvilke databaser som var nyttige å bruke for å finne relevant forskning. Det ble utført flere systematiske søk for å finne relevante forskningsartikler i databasene Academic Search Elite, Cinahl, Medline, og Idunn. I Medline og Idunn fant jeg artiklene som ble inkludert i oppgaven.

Jeg benyttet PICO for å konkretisere informasjonsbehovet mitt i arbeidsprosessen med litteratursøk (vedlegg 2). Enkelte emneord fant jeg ved å bruke Mesh2020 på EBSCOhost i tillegg til å se på nøkkelordene til relevante artikler. Ordene som ble brukt i søkeprosessen var «telecare», «telehealth», «telemedicine», «welfare technology», «older people», «elderly», «home healthcare», «training», «eldre», «eldre hjemmeboende», «velferdsteknologi», «hjemmesykepleie» og «sykepleier». Søkene ble gjort både på norsk og engelsk for å få et bredere utvalg av artikler. Ved å bruke bindeordet «AND» oppnådde jeg et avgrenset søk da artiklene måtte

inneholde begge søkeordene for å dukke opp som treff. Ordet «OR» ble brukt for nå flere artikler. Søkeprosessen er presentert i tabeller (vedlegg 3).

De fleste søkene ble avgrenset fra 2015-2020, for å sikre oppdatert forskning i tråd med oppgavens retningslinjer og på bakgrunn av at utviklingsprosessen i temaet går fort. Jeg leste først tittel og abstraktet til de aktuelle artiklene for å se om de kunne tilføye relevant informasjon til problemstillingen. Etter dette sjekket jeg om de passet med kriteriene jeg hadde valgt ut. Videre sjekket jeg hvilken rangering Norsk senter for forskningsdata hadde rangert publiseringskanalene, og undersøkte om tidsskriftet var fagfellevurdert.

### 2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur

Via Høgskulen på Vestlandet fant jeg frem til biblioteks database ORIA, som ble brukt for å finne relevant litteratur til oppgaven. Det ble søkt på «eldre», «velferdsteknologi», «sykepleie», «kommunikasjon» og «læring». Her fant jeg boken *Velferdsteknologi* (Moser, 2019) og *Helsepedagogikk* (Tveiten, 2020). Fra før kjente jeg til en del pensumbøker som jeg visste ville tilføye god informasjon til oppgaven, slik som *Geriatrisk sykepleie* (Kirkevold et al., 2020), *Sykepleie i hjemmet* (Birkeland & Flovik, 2018), *Grunnleggende sykepleie 1* (Kristoffersen et al., 2011), *Grunnleggende sykepleie 3* (Kristoffersen et al., 2011) og *Hjemmesykepleie* av (Fjørtoft, 2016). I tillegg er Lovdata.no brukt for å finne aktuelle lover, og NSF.no brukt for å innhente de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Relevante rapporter og stortingsmeldinger er også benyttet for å belyse problemstillingen.

### 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å karakterisere og vurdere litteraturen man har funnet (Dalland, 2020, s.152). Det er også viktig å redegjøre for de kriterier som er benyttet under utvelgelsen. Litteraturen som er benyttet i oppgaven er relevant for å belyse problemstillingen. Sjekklistene er benyttet for å vurdere den metodiske kvaliteten på forskningsartiklene. Ved å bruke sjekklistene har jeg vurdert om kildene er til å stole på, om hovedfunnene er klare, samt om resultatene er aktuelle i henhold til problemstillingen

(Helsebiblioteket, 2016). Alle publiseringskanalene er vurdert til nivå en eller to av Norsk senter for forskningsdata og samtlige artikler er fra fagfelleverderte tidsskrift.

Det er en styrke at både teorien og forskingen som er benyttet er av nyere dato, på den måten sikrer jeg den mest oppdaterte forskingen og kunnskapen. At forfatterne av artiklene er fagfolk innenfor temaet er en styrke for hvor troverdig innholdet er som videre er med på å sikre kvaliteten (Dalland, 2020, s. 153). Alle artiklene er basert på IMRaD-strukturen, som er en kjent mal for oppbygging av forskingsartikler (Dalland, 2020, s. 157). Bokstavene i IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Alle de inkluderte forskingsartiklene har presentert etiske refleksjoner, som er et kvalitetskriterium for forskning som blir brukt i bacheloroppgaver (Grønseth & Jerpseth, 2019, s.90). De har også sikret at materialet er anonymisert for å ivareta personvernet. Ettersom alle artiklene er basert på kvalitative studier representerer de erfaringer og holdninger som deltakerne har til teknologien. De gir derfor ikke et oversiktsbilde, men dette er heller ikke etterspurt i problemstillingen.

Alle de inkluderte artiklene baserer seg på norske forhold, dette gjør det vanskelig å sammenligne med forhold utenfor Norge som eventuelt kan ha kommet lenger i teknologiprosessen. På den andre siden sørger artiklene for en grundig oversikt over forholdene i Norge. To av de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk. Det er derfor en mulighet for at noe av innholdet kan være feiltolket.

Bruk av primærkilder er foretrukket ettersom de er den opprinnelige utgaven av teksten (Dalland, 2020, s. 156). I noen tilfeller har jeg brukt sekundærhenvising. Jeg har da forsøkt å tilegne meg kunnskapen ved å finne hovedkilden, men det har ikke vært vellykket i alle tilfellene på grunn av mangel på tilgang til artikler og bøker. I noen tilfeller kan imidlertid pensumbøker med oppsummert kunnskap slik som Geriatrisk sykepleie av Kirkevold et al., (2020) som jeg har benyttet, gi en bedre oversikt over faget enn originaltekstene (Grønseth & Jerpseth, 2019, s.31).

## 3 Teori

I teoridelen blir det presentert ulike teoretiske perspektiv som er med på å belyse temaet og problemstillingen (Dalland, 2020, s. 184).

### 3.1 Joyce Travelbee's sykepleiedefinisjon

Joyce Travelbee var sykepleier og rettet sin sykepleietenkning spesielt mot de menneskelige aspektene ved sykepleien (Kristoffersen, 2011b, s.213). Det overordnede målet og hensikten med sykepleie er i følge Travelbee å hjelpe personen med å mestre og finne mening i de erfaringene som kommer i lag med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2011b, s.217).

For at sykepleieren skal kunne hjelpe andre med å mestre sin situasjon beskriver Travelbee at det er gunstig med en systematisk tilnærming til pasientens situasjon og behov (Kristoffersen, 2011b, s.222). Hun illustrerer dette som en trinnvis prosess. Først observerer sykepleieren for å kartlegge brukerens behov. Under denne observeringen får sykepleieren avkrefte eller bekrefte sine antagelser. Videre vurderer sykepleieren sin egen mulighet for å kunne møte brukerens behov og lager en plan for hvordan brukerens sykepleiebehov skal bli ivaretatt. Avslutningsvis foretar sykepleieren en evaluering for å finne ut om brukerens behov helt, eller delvis, er blitt ivaretatt.

### 3.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon

En stor del av målet med sykepleierens pedagogiske aktivitet er å styrke brukerens tro på seg selv og deres ressurser (Kristoffersen, 2011a, s. 338-339). Denne prosessen blir ofte kalt «Empowerment» og er vesentlig i arbeidet med å bistå den eldre med å mestre velferdsteknologi. I et helseperspektiv handler begrepet om en prosess som gjør mennesker i stand til å øke kontrollen over egen helsetilstand og til forbedre helsen. Med en forståelse av mennesket som et aktivt individ med store ressurser som det kan anvende, er det naturlig at sykepleieren ser på seg selv som en som setter i gang og utløser prosesser hos andre. Samtidig som ansvaret til å gjennomføre og vedlikeholde endringer i eget liv ligger hos

brukeren selv (Kristoffersen, 2011a, s. 339). Som fagperson har sykepleieren makt, den er til stede i kraft av formell kompetanse, myndighet og kontrollfunksjon (Tveiten, 2020, s. 212). Det er viktig å være klar over hvordan makten kommer til uttrykk ovenfor brukerne og hva den gjør med sykepleieren som fagperson. Relasjonen mellom sykepleier og bruker bør være symmetrisk, der begge parter er autonome (Tveiten, 2020, s.213). Autonomi betyr frihet fra andres makt.

I dagens helsevesen er det større søkelys på læring og mestring enn tidligere (Thorsen, 2020, s.43). Begrepene understreker at det er pasientens mestring av livssituasjonen som er målet (Kristoffersen, 2011a, s. 346). Det er pasientens behov som er utgangspunktet for sykepleierens veiledning i konkrete situasjoner. Evnen til å lære, til å bearbeide erfaringer og til å utvikle seg som menneske står sentralt når det kommer til mestring. Undersøkelser har vist at eldre mennesker i mindre grad har mulighet til å tilpasse seg endringer i det fysiske miljøet, enn det yngre har (Kristoffersen, 2011c, s.157). Ved læring hos eldre må man særlig ta hensyn til sansesvekkelse og at de generelt trenger mer tid, likevel har eldre stor læringsevne dersom forholdene ligger til rette for det (Thorsen, 2020, s.45-46). Sykepleierens funksjon og ansvar som fagutøver i pasient- og pårørendeopplæring handler om å tilrettelegge for samhandling (Tveiten, 2020, s.201). På denne måten styrkes mestring- og helsekompetansen, slik at læring kan skje. I en slik setting er kommunikasjonskompetanse sentralt. Sykepleieren må fange opp hva brukeren gir uttrykk for og la fokuset være på brukerens ønsker og behov (Tveiten, 2020, s. 207).

### 3.3 Velferdsteknologi

Det er fire hovedkategorier for velferdsteknologi som må velges ut ifra behovet og på hvilken måte de kan fungere som støtte for brukerne, deres pårørende og helsepersonell (Meld. St. 29 (2012–2013), s.111).

Trygghets- og sikkerhetsteknologi har som formål å skape trygge rammer rundt brukerens liv og mestring av egen helse. Innenfor denne kategorien er trygghetsalarmer den mest brukte løsningen (Thygesen, 2020, s. 29). Den skaper trygghet ved at brukerne har mulighet til å gi beskjed dersom noe skulle skje, men har også noen begrensninger i form av krav til

kognisjon og nærhet til alarmer. De senere årene er det utviklet mer avanserte alarmsystemer i form av varslings- og lokaliseringsteknologi (Thygesen, 2020, s. 30). Denne typen teknologi gir mye informasjon om brukeren og det er derfor nødvendig å foreta nøye gjennomtenkte faglige, juridiske og etiske vurderinger.

Den andre kategorien er kompensasjon- og velværeteknologi som hjelper til når hukommelsen er i ferd med å bli dårligere, eller ved funksjonssvikt (Meld. St. 29 (2012–2013), s. 111). Denne kategorien har som formål å kompensere for manglende ferdigheter, i tillegg til å bidra til å fremme deltakelse og velvære. Medisindosetten «PILLY» er en form for kompensasjonsteknologi. «PILLY» er automatisk medisindosett som varsler med lys og lyd når det er tid for å ta medisinen (Digino.com, u.å.). For at brukeren skal få tablettene må dosetten snus opp ned slik at de faller ut. Dersom medisinen ikke blir uthentet varsles hjemmesykepleien og eventuelt bruker og pårørende.

Den tredje kategorien er teknologi for sosial kontakt. Nettbrett og datamaskiner med tilgang til internett gir økt mulighet for sosial kontakt (Thygesen, 2020, s. 31). Teknologien kan bidra til hyppigere kommunikasjonen med venner og familie over nettet, men i noen tilfeller kan den på sin side også skape ensomhet dersom den blir en erstatning for fysiske besøk (Fjørtoft, 2016, s.156-167).

Den siste kategorien er teknologi for behandling og pleie (Thygesen, 2020, s. 33). Den har som formål å bidra til at mennesker får mulighet til å mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Dette kan innebære tekniske hjelpemidler som tar målinger- noe som er en viktig del av oppfølgingen til enkelte pasientgrupper.

Ifølge Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger (heretter Andre gevinstrealiseringsrapport) er det en forutsetning med riktig velferdsteknologi til den enkelte bruker for å lykkes (Melting, 2017). Det må foretas en kartlegging av brukeren for å finne ut av den enkeltes behov og forutsetninger, og på den måten tilpasse teknologien til den enkelte bruker. Videre er det viktig å etablere gode rutiner for opplæring og oppfølging av tjenestemottakerne.

### 3.4 Eldrebølgen

Ifølge Statistisk sentralbyrå, vil antall personer som er 70 år eller eldre øke fra dagens 670 000 til anslagsvis 1.4 millioner i 2060 (Gleditsch, 2020). Dette betyr at hver femte person vil være over 70 år i 2060, til forskjell for dagens en av åtte. Årsaken til denne økingen er en konsekvens av økende levealder som videre gir økt behov for helse- og omsorgstjenester (Thygesen, 2020, s.33-34). Utgangspunktet for Hagen-utvalgets rapport *Innovasjon i omsorg* og stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* var spørsmålet om hvordan samfunnet skal møte de demografiske utfordringene (*Meld.St. 29 (2012-2013)*; NOU:2011:11). De konkluderte med at den måten vi utfører helse og omsorgstjenestene på i dag er ineffektiv og ressurskrevende når det kommer til personal. Dette skapte rom og nødvendighet for nyteknning.

Store deler av omsorgen i Norge utføres av pårørende. I 2011 utførte den nærmeste familien halvparten av omsorgen av eldre (Kristoffersen, 2011c, s. 166). Situasjonen var den samme i 2015 hvor familien stod for 50 % av omsorgen for voksne og eldre (Fonn, 2015).

### 3.5 Aldring

Aldring er en kjent og unnværlig prosess som foregår fra starten av 20 årene (Wyller, 2020, referert i Kirkevold, 2020, s. 24). Imidlertid er det først når den biologiske aldringsprosessen er kommet så langt i forløpet at kroppen ikke lenger lyer uten å klage, eller når sykdom fører til redusert funksjon og krefter, at selve kroppen skaper en opplevelse av å være gammel (Kirkevold, 2020, s. 24). Det er en tydelig sammenheng mellom økende alder og behov for helsehjelp (Fjørtoft, 2016, s. 47).

Selvstendighet, og det å være uavhengig av hjelp fra andre, er viktig for de aller fleste mennesker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 39). Når noen ber om hjelp må det gjøres på en måte som bidrar til at de igjen kan klare å oppnå mest mulig uavhengighet og selvstendighet. Tradisjonelt har hjemmesykepleien vært preget av omsorg, ivaretagelse, og kompensasjon for nedsatt funksjonsevne. Dette har vært, og vil alltid, være viktig. Imidlertid kan det også ha bidratt til å passivisere brukerne av tjenesten og skape en avhengighet. Målet for

omsorgen bør være å hjelpe til slik at de kan sette seg mål, oppnå større selvstendighet og gjøre mer selv (Birkeland & Flovik, 2018, s. 40).

Det å bli gammel og avhengig av hjelp kan være en utfordring for mange. Den måten både den faglærte, og ufaglærte, møter den eldre på er avgjørende for følelsen av verdighet, egenverd og respekt hos den enkelte (Hall et al., 2009, & van Gennip et al, 2013, referert i Kirkevold, 2020, s.26). Diktet «Hva ser du søster» illustrerer dette.

[...] Hva ser du søster? - En tung og senil  
og trett gammel skrott? – Nei.  
Prøv en gang till!  
Se bedre etter, se om du kan finne;  
et barn, en brud, en mor, en kvinne!  
Se meg som sitter der innerst inne!  
Det er MEG du må prøve å se – og finne!

(Ukjent forfatter, oversatt av Oddny Reitan, referert i Kirkevold, 2020, s.26).

Utdraget av diktet poengterer det grunnleggende behovet hvert enkelt menneske har av å føle seg anerkjent og bekreftet som den unike personen de er, både som menneske og som gammel.

### 3.6 Yrkesetiske retningslinjer

Flere av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er sentrale i arbeidet med oppgaven. Ifølge punkt 1.10 skal sykepleieren, i møte med den digitale verden, opptre bevisst og utvise digital dømmekraft (Norsk sykepleierforbund, 2019). Videre sier punkt 2.9 at «sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling». Den siste retningslinjen som er sentral i oppgaven er punkt 2.5. Ved å gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og videre forsikre seg om at denne informasjonen er forstått, fremmer sykepleieren pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser.



### 3.7 Lover og forskrifter

To lover er spesielt aktuelle i oppgaven, den første er Pasient- og brukerrettighetsloven.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) har brukeren «rett til å ta egne valg og rett til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenester». Med andre ord er ikke velferdsteknologi noe som kan påtvinges brukere (Thygesen, 2019, s. 40).

Frivillighetsprinsippet er gjeldene når det kommer til tildeling av velferdsteknologi.

Prinsippet omhandler den enkeltes rett til å gi et frivillig og informert samtykke om hvorvidt vedkommende ønsker å motta velferdsteknologien. Det er derfor en forutsetning at brukeren, og eventuelt pårørende er klar over hvilke konsekvenser det har å takke ja eller nei tilbudet om tjenestene.

Dersom det for eksempel er hensiktsmessig å benytte GPS løsninger til en bruker uten samtykkekompetanse, skal det ifølge Pasient og brukerrettighetsloven, § 4-6a (1999) foreligge en skjellig grunn eller være nødvendig for å begrense risiko eller skade. I slike tilfeller må nærmeste pårørendes kontaktes for å informasjon om hva vedkommende hadde ønsket i denne situasjonen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6). Videre er Helse- og omsorgsloven også sentral i arbeidet med oppgaven. I følge Helse- og omsorgsloven §1-1 (2011) «skal tjenestetilbudet være tilgjengelig for bruker, sikre tilstrekkelig opplæring av bruker og pårørende, og i tillegg sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov».

Lovgivningen, og utredning av retningslinjer og prosedyrer er viktig for bruken av velferdsteknologiske løsninger (Thygesen, 2019, s. 39-40). I tillegg er det nødvendig med faglig skjønn. Enkelte velferdsteknologiske løsninger kan potensielt være inngripende i forhold til ivaretagelse av enkeltindividets autonomi og privatliv, for eksempel ved bruk av teknologi som gir informasjon om bevegelsesmønsteret til en person. Denne typen informasjon må derfor håndteres innenfor trygge rammer. Et sentralt prinsipp vil her være at kun nødvendig og sentral informasjon innhentes og eventuelt lagres. For å kunne lagre sensitiv informasjon er man avhengig av Datatilsynet sin vurdering og godkjenning (Thygesen, 2019, s. 40).

## 4 Presentasjon av funn

Det blir her presentert fem forskingsartikler som jeg mener er relevante for å belyse problemstillingen. I hovedsak blir det presentert funn som er relevant for problemstillingen. En systematisert litteratormatrise er presentert som vedlegg nr. 4.

### 4.1 Artikkel 1

*“Older people’s attitudes and perspectives of welfare technology in Norway» av Sánchez et al. (2019).* Denne studien hadde som formål å utforske eldre mennesker sine holdninger og perspektiver om velferdsteknologi. De reflekterte over fordeler og ulemper som velferdsteknologi kan medføre. Hovedtemaet som studien identifiserte angående deltakernes holdninger til velferdsteknologi, ble oppsummert til «velferdsteknologi - et verdifullt tilskudd til morgendagens hjem». Dette fordi velferdsteknologi ble sett på noe som kunne gjøre den eldre tryggere i hjemmet, og dermed bidra til at den enkelte kunne bo hjemme lenger. Trygghet, uavhengighet og autonomi var viktig for alle deltakerne. Flertallet hadde kjennskap til andre teknologier og hadde gjort ulike tiltak for å gjøre hjemmet tryggere. De fleste deltakerne foretrakk helsepersonell fremfor teknologi, mens en deltaker foretrakk å motta hjelp fra familien fremfor teknologi og helsepersonell. Deltakerne hadde enkelte bekymringer til teknologien. De hadde få bekymringer om at teknologien kunne spore de, men en deltaker var bekymret for at et misbruk av dataen skulle gå utover identiteten. Enkelte ytret bekymringer for tap av autonomi og verdighet, mens noen var redde teknologien skulle føre til isolasjon. Til tross for at de hadde noen bekymringer til velferdsteknologi, så de eldre verdi i at teknologien kunne føre til forbedringer av deres sikkerhet og mulighet for å bo hjemme. Studien konkluderer med at eldre mennesker ser på velferdsteknologi som praktisk.

## 4.2 Artikkel 2

*“Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study”* av Guise & Wiig (2017). Formålet med studien er beskrevet i to forskningsspørsmål. Det første er «Hvordan oppleves opplæring i telepleie og behovet for opplæring i telepleie av helsepersonell i hjemmetjenestene?» Det andre er «Hvilken ønsket form og innhold for opplæring er foretrukket for helsepersonell som skal delta i virtuelle besøk i hjemmetjenesten?» Studiens analyse resulterte i fem kategorier med funn. To av funnkategoriene svarer på forskningsspørsmål en. Deltakerne diskuterte formålet med opplæring og deres syn på sluttbrukeres evner til å takle teknologien og konsekvensene dette hadde for opplæring. Det viste seg at helsepersonellets egne opplevde behov var nært knyttet til sluttbrukerens behov og evner. Opplæring ga økt tillit og endret holdninger til teknologien. Videre er behovet for opplæring, avhengig av evnen til å mestre teknologien.

Tre svarkategorier svarte på forskningsspørsmål to. Helsepersonellet beskrev at tidspunktet for opplæring var sentralt. Opplæringen må legge til rette for innsikt i pasientperspektivet og videre må opplæringen ha praktisk fokus på teknologien. Det siste funnet sier noe om viktigheten av at helsepersonellet selv forbereder seg i forhold til teknologien og ser på opplæring som viktig. Studien konkluderer med at opplæring av helsepersonell bør være en del av implementeringsprosessen for velferdsteknologi. Opplæringen bør være praktisk og ivareta en pasientsentrert tilnærming å sikre et godt forhold mellom helsepersonell og tjenestebrukene.

### 4.3 Artikkel 3

«Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebaserte helse- og omsorgstjeneste» av Johannesen et al. (2019). Studiens formål var å studere hva ledere og helsepersonell opplever som viktig for forsvarlig og pålitelig bruk av velferdsteknologi. Studien kom fram tre hovedkategorier med funn:

**Nødvendig kunnskap.** Deltakerne vurderte det som avgjørende at helsepersonell får opplæring om de velferdsteknologiske løsningene. Videre må tjenestebrukene få nok informasjon og opplæring i de velferdsteknologiske løsningene de benytter.

**Tett oppfølging.** Det er avgjørende at rutiner skapes for å følge opp de teknologiske løsningene og bruken av den.

**Ivareta brukerens behov.** Studien beskriver at det er utslagsgivende at de teknologiske løsningene som brukerne benytter samsvarer med den enkeltes behov. Deltakerne ser på det som positiv med en tidlig tildeling av velferdsteknologien, særlig blant personer med demens.

### 4.4 Artikkel 4

*Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjeneste»* av Stokke et al. (2019). Formålet med studien var å se hvordan samspillet mellom teknologi og menneske kan gi utfordringer for den ønskede hensikten og funksjonen som er ment for teknologien. Studien tar utgangspunkt i trygghetsalarmen. Studiens hovedfunn viser at selv ved en kjent teknologi som trygghetsalarmen er det flere ulike utfordringer knyttet til hvordan teknologien skal brukes. Aktørene som brukte trygghetsalarmen tolket hensikten og målet med trygghetsalarmen relativt ulikt. Ofte var dette begrunnet i at de ulike aktørene ikke hadde god nok om kunnskap, informasjon og samarbeid. Studien konkluderer med at det må skapes en felles forståelse av formålet og bruken av teknologien. Artikkelen understreker at det også er viktig med rutiner for oppfølging av teknologien i etterkant ved å se på hvordan teknologien tolkes og forstås av de ulike aktørene som en integrert del av praksisen.

## 4.5 Artikkel 5

«Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?» av Isaksen et al. (2017). Studienes formål var å studere hvilke muligheter utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester. Deltakerne i studien var både eldre og personer med psykisk funksjonsnedsettelse som bor hjemme. De fleste deltakerne hadde en form for kognitiv svikt i form av demens eller generelt nedsatt kognitiv funksjon. Noen deltakere hadde kjennskap til teknologi fra før. De fleste deltakerne var fornøgdde med teknologien og følte den var et positivt bidrag. For noen handlet det i stor grad om at de mestret å bruke velferdsteknologien. Både helsepersonellet og brukerne beskrev at interesse og kunnskap om teknologi var viktige faktorer for å lykkes. Det å kunne stole på teknologien var en forutsetning for trygghet. Deltakerne utrykte heller ikke stor bekymring for overvåking. Studien konkluderer med at implementering av velferdsteknologi må knyttes til kunnskap om den enkeltes persons preferanser og behov.

## 5 Drøfting

Å drøfte vil si å belyse temaet fra ulike sider (Dalland, 2020, s.23). I drøftingsdelen vil jeg drøfte funn fra forskningen som jeg mener er relevant i forhold til problemstillingen opp mot teori og egne erfaringer. Først vil viktigheten av opplæring av helsepersonellet og sykepleierens kartlegging av brukeren drøftes. Videre tar jeg for meg de eldre sine erfaringer med teknologien og til slutt viktige hensyn som må ivaretas.

### 5.1 Viktigheten av opplæring av helsepersonell

For å kunne bistå den eldre med å mestre teknologien er det naturlig å tenke at man er avhengig av å selv besitte kunnskap og kompetanse om teknologien. Målrettet opplæring av helsepersonell er viktig for å sikre kompetansen til utøveren og kvaliteten til tjenesten (Guise & Wiig, 2017). I studien til Johannesen et al. (2019) stiller helsepersonellet krav til god opplæring i bruk av velferdsteknologien for å kunne bistå eldre tjenestebrukere med å mestre teknologien.

Denne kunnskapen bør sykepleiere få gjennom utdanningen og ved å delta på kurs som videre gir praktisk erfaring med teknologien (Birkeland & Flovik, 2018, s. 155; Melting, 2017, s.25). Når jeg trekker paralleller til min egen utdannelse, har det vært lite søkelys på velferdsteknologi og temaet er også svakt dekket i pensumbøkene. Imidlertid er det mulighet for å ta videreutdanning innenfor velferdsteknologi etter bachelor i sykepleie. Høgskulen på Vestlandet tilbyr etter- og videreutdanning i E-helse, der formålet er å styrke helsepersonells kompetanse innen anskaffelse, bruk og konsekvenser av omsorgsteknologi (Høgskulen på Vestlandet, 2020.)

Prosedyrer og lokale rutiner er nødvendig for at helsepersonellet skal vite hva som forventes i forhold til hvordan de skal håndtere teknologien (Melting, 2017, s. 24-26). Helsepersonellet må være trygge på å bruke den nye teknologien for at man skal kunne lykkes med å innføre den i en tjeneste. For å få til dette må man gjerne starte med å endre tankesettet til ledere og helsepersonell. Det er ikke uvanlig at man ønsker å fortsette på den kjente måten, eller synes det er skummelt å skulle starte opp med noe nytt. Dette har jeg selv erfart i praksisperioder, «slik gjør vi det her, slik har vi alltid gjort det». En slik kultur kan fort bli kostbar og lite bærekraftig (Melting, 2017, s. 24). Disse barrierene mot endring samsvarer med funn i artiklene til Guise og Wiig (2017) og Johannesen et al. (2019) som viser at enkelte arbeidstakere har en skepsis til velferdsteknologi. God opplæring ble sett på som et bidrag til å endre helsepersonellens holdninger ettersom det ga økt selvtillit i forhold til å kunne klare å mestre teknologien (Guise & Wiig, 2017). Studien til Johannesen et al., (2019) beskriver at det opplevdes positivt at «ildsjelene» på jobb stod for opplæringen av de som uttrykte skepsis. Sannsynligvis fordi «ildsjelene» har god kontakt med arbeidsgruppen og ofte har større muligheter for å skape innpass til nye tilskudd som velferdsteknologi.

Et annet viktig argument som styrker at helsepersonell er avhengig av kompetanse om teknologien, er ifølge Johannesen et al. (2019) at teknologikompetanse vil gjøre det lettere å komme med forslag til hvilken teknologisk løsning som samsvarer med behovet til den enkelte bruker. Studien skisserer også at kunnskap og kompetanse blant helsepersonell vil minske skepsis blant de eldre som skal ta i bruk teknologien.

Studien til Guise og Wiig (2017) viser at behovet for opplæring avhenger av helsepersonellet og tjenestebrukens evne til å takle ny teknologi. Gruppen av helsepersonell var sammensatt og hadde ulike evner og interesser for å kunne mestre nye tekniske hjelpemidler. Denne variasjonen hadde videre betydning for opplæringsbehovet til de forskjellige deltakerne. De beskrev at eldre medarbeidere ofte har større opplæringsbehov enn yngre kollegaer på grunn av at de gjerne har mindre erfaring med teknologi. Videre mente flere deltakere at dersom teknologien var kjent og enkel ville eldre tjenestebrukere klare å bruke teknologien, men det var også noen som mente at de ikke ville mestre teknologien til tross for at den var enkel i bruk (Guise & Wiig, 2017). I kontrast til disse synspunktene mente enkelte deltakere i studien til Guise og Wiig (2017) at mange eldre både er interessert i, og klarer å lære, nye ferdigheter. Dette samsvarer med teorien som sier at eldre har betydelig læringsevne dersom forholdene ligger til rette for det (Thorsen, 2020, s. 46). Å legge rette for læring kan gjøres ved å være kreativ i måten den blir presentert på og sørge for at brukeren oppfatter informasjonen. Guise og Wiig (2017) understrekte at også terskelen for å stille spørsmål om teknologien må være lav.

Studien til Guise og Wiig, (2017) mente at implementering av ny teknologi i hjemmetjenestene ville bli lettere i fremtiden på grunn av at kommende generasjoner vil håndtere ny teknologi bedre enn dagens eldre. Dette er i tråd med Isaksen et al. (2017) som beskrev at dagens hindringer for å ta i bruk teknologi gradvis vil bygges ned av seg selv med tanke på økt teknologikompetanse blant kommende generasjoner. Dermed vil sannsynligvis utfordringene knyttet til implementering av velferdsteknologi reduseres med årene som kommer. Personlig tror jeg også at implementeringen vil bli lettere i fremtiden med tanke på at teknologi er et elementært tema allerede i barnehagen. Det kan derfor tenkes at teknologien vil bli en naturlig del av helsevesenet i fremtiden, at teknologien følger deg livet ut.

## 5.2 Sykepleierens kartlegging av brukeren

Etter at de ansatte har fått kunnskap og kompetanse om teknologien starter prosessen med å opplære pasient og pårørende. Sykepleieren må først kartlegge brukerens ønsker, ressurser og utfordringer for å få et inntrykk av hva som er riktig teknologisk løsning for den enkelte bruker (Johannesen et al., 2019; Melting, 2017;). Det er en forutsetning at teknologien knyttes til kunnskap om den enkelte brukeres individuelle preferanser og behov (Isaksens et al., 2017; Melting, 2017). Ved å sikre at velferdsteknologien er tilpasset den enkelte øker sannsynligheten for å lykkes. Dette er også forankret i lov, i følge Helse- og omsorgstjenesteloven §1-1 (2011) skal «tjenestetilbudet være tilgjengelig for pasient og bruker, sikre tilstrekkelig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov».

Travelbee hevder at for å kunne utføre sykepleie som samsvarer med brukerens behov er det en forutsetning at sykepleieren er kjent med brukeren som person for å identifisere hans særegne behov (Kristoffersen 2011b, s. 221). Ved å benytte seg av Travelbee sin systematiske tilnærming til brukeren, samtidig som egne fagkunnskaper blir brukt vil en oppnå en god kartlegging av pasientens ståsted og ønsker. Etter kartleggingen vil det være lettere å finne en god balanse mellom hva brukeren selv mestrer og hva den trenger hjelp til (Kristoffersen 2011b, s. 221). Viktigheten av å bli kjent med den enkelte bruker er godt illustrert i utdraget av diktet «Hvem ser du søster» som ble presentert i teorien.

Imidlertid kan prosessen med å bli kjent med en person ofte ta tid. Det vil være hensiktsmessig å ha dialog med pårørende, særlig blant brukergruppen med demens (Johannesen et al., 2019). Personlige erfaringer viser at pårørende kjenner brukeren på en unik måte og kan ofte i stor grad hjelpe brukeren med å få ytret sine ønsker. Selv om en opplæringsprosess blir satt i gang må sykepleieren ta høyde for at man ikke lykkes i alle tilfeller. Kanskje ønsker den eldre og ha det på den kjente og trygge måten, eller så mester ikke brukeren teknologien.

Ifølge Johannesen et al., (2019) er det hensiktsmessig å implementere teknologi tidlig til personer med begynnende kognitiv svikt, slik at de får informasjon, kunnskap og erfaring med teknologien tidlig i sykdomsforløpet. I praksis møtte jeg en bruker som hadde fått



utlevert medisindosetten PILLY i forbindelse med hun var begynt å glemme. Hun uttrykket frustrasjon over denne teknologien fordi den laget ulyder. Samtidig følte hun at den hemmet henne i hverdagen siden hun måtte følge et fastsatt tidsskjema. Brukerens mann så derimot stor verdi i medisindosetten fordi den minnet han på når hun skulle ta medisinerne. For at PILLYEN skulle fungere var det i dette tilfelle avhengig av mannens påminning, ettersom brukeren ikke selv mestret den. Det overnevnte tilfellet støtter opp under at man må være tidlig ute med å kartlegge brukerens funksjon for å sette i verk tiltak i en tidlig fase. Videre er det viktig at brukeren blir oppfulgt etter implementering av ny teknologi for å sikre at brukeren fortsatt mester teknologien, det må derfor skapes rutiner for oppfølging (Stokke et al., 2019). Erfaringer fra min egen jobb viser at denne oppfølgingen er viktig for tryggheten både til bruker og pårørende, men også for helsepersonellet. Jeg har erfart at ved tildeling av automatisk medisindosett så er det nyttig å være i lag med brukeren den første tiden når medisindosen skal tas. Dette er med på å skape en god arena for opplæring, samtidig som sykepleieren får observere om brukeren mestrer teknologien.

### 5.3 Eldre menneskers opplevelser av teknologien

I studien til Isaksen et al., (2017) beskrev flere av informantene at interesse og kunnskap om teknologi blant helsepersonell og bruker var viktige faktorer for å lykkes. De fleste brukerne syntes overgangen fra tidligere kjent teknologi til velferdsteknologi var enkel. Blant de som var erfaren med mobiltelefon og nettbrett fra før, beskrev flere at de ikke hadde behov for særskilt opplæring i bruk av velferdsteknologien. Dette funnet samsvarer med studien til Sánchez et al., (2019), der også flere av deltakere var kjent med tekniske hjelpemidler fra før. Imidlertid erkjente flere å ha endret levevanene de siste årene fordi de anså det som nødvendig for deres sikkerhet, enten i form av innkjøp av hjelpemidler eller utskiftning av møbler. Det kan tenkes at dersom den eldre selv erkjenner nytten av teknologien kan det skape en større aksept for å motta velferdsteknologi.

Det fremgår av studien til Sánchez et al. (2019) at en deltaker foretrakk å motta hjelp fra familien sin fremfor fra teknologi- og helsepersonell. Studien beskriver også at det ikke er en forventning at barna tar vare på foreldrene når de blir gamle i Norge, slik det gjerne er i enkelte andre land (Sánchez et al., 2019). Til tross for dette viste funn i teorien at hele 50 %

av omsorgen i Norge ble utført av familien i 2015 (Fonn, 2015). Det kan derfor tenkes at behovet for flere helsepersonell hadde vært betydelig større dersom det ikke var for den store andel av omsorgen som familien har ansvar for i samfunnet. Som nevnt i teorien konkluderte «Innovasjon i omsorg» og «Morgendagens omsorg» med at den måten vi utfører Helse-og omsorgstjenestene på i dag er for ressurskrevende og lite effektive i forhold til personal (*Meld.St. 29 (2012-2013)*; NOU:2011:11). Med andre ord er man avhengig av å forsøke å finne nye måter å løse utfordringene innenfor helse-og omsorgstjenesten. Innovasjon i omsorg presiserer at velferdsteknologi alene ikke vil være revolusjonerende, men at det kan være en del av løsningen (NOU: 2011:11, s. 98-99). Imidlertid er man avhengig av en vellykket implementering av teknologien.

Et av målene til velferdsteknologi er at brukerne skal føle seg tryggere. Videre er det å kunne stole på teknologien en forutsetning for trygghet (Isaksen et al., 2017). Trygghet er også en faktor for å opprettholde selvstendighet som er viktig for mange eldre. Ifølge studien til Stokke et al., (2019) beskrev flere eldre at trygghetsalarmen gjør det tryggere å bo alene til tross for store hjelpebehov. Deltakerne i studien til Isaksen et al., (2017) uttalte også at de følte seg tryggere på grunn av teknologien. På den andre siden forutsetter dette at brukerne mestrer å bruke tjenesten og at alarmen er i nærheten når behovet melder seg. I tilfeller der brukeren ikke mestrer alarmen fører det til en falsk trygghet (Stokke et al., 2019). Falsk trygghet er også beskrevet i studien til Isaksen et al., (2017) der de fleste deltakerne stolte på trygghetsalarmen, men to hadde opplevd at den ikke virket enten i form av manglende dekning eller fordi vaktsekskapet ikke klare å spore posisjonen.

Studien til Stokke et al., (2019) beskriver at selv om en alarm blir frontet som enkel i bruk er man avhengig av relativt god kognisjon og videre at teknologien er en intrigert del av tjenesten. Det vil si at den er tilpasset og at aktørene av tjenesten har en felles forståelse av bruken. Det er ulike forventinger samt usikkerhet knyttet til det å bruke trygghetsalarmen (Stokke et al., (2019). Brukeren får gjerne beskjed om å bruke alarmen når vedkommende har behov for hjelp, men når skal brukeren anvende alarmen og hvor går grensen for når det er akseptabelt å bruke den? Studien beskriver også at aktørene hadde forskjellige meninger om dette temaet. Noen mente alarmen kun skulle brukes i nød, mens andre mente at alle alarmer var viktige med en forklaring i at når alarmen ble brukt opplevde brukeren at den

trengte hjelp. Erfaringer fra min egen jobb i hjemmesykepleien samsvarer med studien til Stokke et al., (2019) om at det er store forskjeller i bruk av alarmknappen. Noen anvender den for å fortelle at de er ensomme og lurer på om hjemmesykepleien kommer snart, eller at Tv-en ikke fungerer, mens andre nytter den bare ved spesielle tilfeller som fall. Videre beskrev Stokke et al. (2019) at boformen til brukerne av tjenesten utgjorde en forskjell for holdningen til hva som var en akseptabel grunn for å benytte alarmer. De som bor i kommunale omsorgsboliger vet at hjelpen er nær og terskelen for å bruke alarmer blir dermed lavere. På den andre siden sier bosituasjonen også noe om hvor skrøpelig brukerne er noe som er med på å forklare forskjellen.

#### 5.4 Sentrale hensyn

Et interessant funn i studien til Sánchez et al., (2019) var at deltakerne ikke var redd for å bli sporet. De fortalte at de ikke hadde problemer med å dele informasjon til personer som ønsket de beste for dem. Deltakerne anså det som praktisk at legene hadde tilgang på helsedata i tilfelle de skulle ha behov for hjelp, men en deltaker var bekymret for at et misbruk av dataen skulle gå ut over identiteten hennes. Deltakerne i studien til Isaksen et al., (2017) fant de heller ikke negativt at de kunne spores, de så verdien av at folk kunne finne ut hvor de var i tilfelle de trengte hjelp. Likevel skal sensitiv informasjon, som nevnt i teorien, alltid forvaltes forsvarlig og kun nødvendig og essensiell informasjon skal innhentes og eventuelt lagres (Thygesen, 2019, s. 40). Når brukeren ikke selv er oppmerksomme på personvernet har tjenesten likevel et ansvar for å ivareta taushetsplikt, integritet og informasjonssikkerhet (Isaksen et al., 2017). Studien til Isaksen et al., (2017) skisserer videre at lovverket på den ene siden ikke må sette en stopper for utvikling av de mulighetene som velferdsteknologien kan medbringe, men samtidig må ikke grad av inngripen i brukerens liv være større enn nytteverdien til teknologien.

Det fremgår av studien til Sánchez et al. (2019) at enkelte deltakere hadde bekymringer i forhold til tap av verdighet og autonomi. De stilte spørsmål om hvem som ville ta avgjørelser angående deres teknologibruk hvis de skulle miste funksjon eller utvikle kognitiv svikt. De var bekymret for å bli tvunget til å bruke teknologien. En deltaker sa «Jeg vil ikke ha teknologien nå, men på et tidspunkt vil det være noen som sier at jeg skal ha det uten at jeg

får muligheten til å si noe på det» (Sánchez et al., 2019). I slike tilfeller har sykepleieren som fagperson et ansvar for å sikre at brukerens ønsker blir hørt og ivaretatt. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.9 skal sykepleieren i møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen ivareta pasientens verdighet og sikkerhet (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Sykepleiere må være bevisst på å legge til rette for brukermedvirkning i alle ledd av pleien. Empowerment-tenkingen skal sørge for en omfordeling av makt fra fagperson til bruker (Tveiten, 2020, s.41). Sykepleieren kan sikre empowerment ved å være støttende og bruke kommunikasjonskompetanse basert på likeverd og tillit (Tveiten, 2020, s.213). Fagspråket som sykepleieren har, kan skape en hindring i kommunikasjonen. Sykepleieren må derfor være bevisst på ordvalget og forsikre seg om at kommunikasjonen blir forstått. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5 fremmer sykepleieren pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser ved å gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon og videre forsikre seg om at denne informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). Frivillighetsprinsippet som ble nevnt i teorien er også gjeldene når det kommer til pasientens avgjørelse om velferdsteknologi (Thygesen, 2019, s. 40).

Oppgavens søkelys er hvordan sykepleiere kan bistå eldre med å mestre velferdsteknologi. Mennesket sitt evne til mestring er et dynamisk fenomen (Kristoffersen, 2011c, s.157). Det vil si en kontinuerlig prosess som foregår livet ut. I Andre gevinstrealiseringsrapport (2017) er det beskrevet at flere opplever økt mestringsfølelse i forhold til det å kunne administrere medisineren selv. Hele 89 % av tjenestemottakerne i Bergen mener at løsningene gir økt selvstendighet og mestringsfølelse (Røhne et al., 2016, referert i Melting, 2017). Dette er i tråd med studien til Isaksen et al. (2017), der flere av deltakerne opplevde glede i form av å mestre teknologien. Når tradisjonell medisinutlevering utgår får pasientene økt frihet og større privatliv, som for mange vil være positivt. Dersom pasienten kun har bistand til medikamentadministrering, trenger hjemmesykepleien bare å oppsøke pasienten hver 14 dag for dosettbytte. Dermed utgår samtidig også den konkrete kontakten mellom pasienten og helsepersonellet dersom pasienten ikke har hjelp til annet. Teknologi kan dermed øke den praktiske selvstendigheten, men samtidig skape ensomhet og usikkerhet (Isaksen et al., 2017).

Det finnes som nevnt i teorien teknologi for å holde kontakten med venner og kjente over nettet. Dette kan være et nyttig hjelpemiddel for å forhindre ensomhet. Likevel kan teknologien på sin side også skape ensomhet og isolasjon dersom det erstatter det kjennelige møte mellom to personer (Fjørtoft, 2016, s.156-167). I mange tilfeller møter enkelte brukere bare hjemmesykepleien i løpet av dagen eller kanskje hele uken. En deltaker i studien til Sánchez et al. (2019) var bekymret for at teknologien skulle gjøre han mer ensom, han ville heller bli plassert på et sykehjem dersom han ble syk enn å sitte hjemme alene å stirre i en vegg. De fleste deltakerne uttrykket at de foretrakk pleiepersonale fremfor teknologi, og presiserte at velferdsteknologi ikke kunne erstatte menneskelig pleie (Sánchez et al., 2019). Imidlertid ville ikke deltakerne bry personalet for oppgaver slik som medikamentdosering, til det var heller en medikamentdispenser ønsket.

I Andre gevinstrealiseringsrapport, er det også beskrevet ulike meninger knyttet til det å kutte ut fysiske besøk (Melting, 2017). Noen synes det er fint at hjemmesykepleien ikke trenger å komme, men enkelte savner også besøket. Til tross for dette, var flertallet glade for at færre personer var innom hjemmet. Det kan tankes at det særlig er hensiktsmessig å kutte ut fysiske besøk som ikke er nødvendige i den tiden vi lever i nå, med Covid-19 pandemien. Samtidig må velferdsteknologi intrigeres på en måte som ivaretar den eldre sin psykiske helse, ved å ta seg tid til å se den enkelte og deres behov.

## 6 Konklusjon

Med bakgrunn i teorien, relevant forskning, samt egne erfaringer har jeg sett på hva som er viktig for å skape en trygg overgang til velferdsteknologi for eldre. Konklusjonen på oppgavens problemstilling, er at sykepleiere kan bistå den eldre hjemmeboende med å mestre velferdsteknologien, ved å selv besitte god kunnskap og kompetanse om teknologien. Det må settes søkelys på velferdsteknologi i utdanningen og på arbeidsplassen. Sykepleieren må kartlegge brukerens ressurser, ønsker og forutsetninger for å sikre at brukeren får en teknologisk løsning som samsvarer med den enkeltes behov. Videre ligger arbeidet i å undervise brukerne og eventuelt pårørende av tjenestene. Ved å gjøre dette

ligger mye til rette for en god utvikling. Arbeidet er ikke ferdig når brukeren har fått utlevert velferdsteknologien. Det må foreligge rutiner for å sikre at det foretas jevnlig vurderinger, og evalueringer, av iverksatte tiltak. Dette for å sikre at den enkelte fortsatt mestrer teknologien. Avslutningsvis vil jeg understreke at sykepleierens kliniske kunnskap og kompetanse er både etterspurt og kjærkommen av brukerne. Det er derfor viktig at brukerne har tilstrekkelig kontakt med sykepleiere. På denne måten vil behovet til den enkelte bruker bli ivaretatt.

## Litteraturliste

- Birkeland, A., & Flovik, A.M. (2018). *Sykepleie I hjemmet* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal.
- Dignio. (2020). *Medisineringsstøtte*.  
<https://dignio.com/vare-losninger/medisineringsstotte/>
- Ertzeid, H., Balci, S., & Nøra, S. (2018). *Slik bør vi møte eldrebølgen*. Forsking.no.  
<https://forskning.no/partner-sykepleie-oslomet/slik-bor-vi-mote-eldrebolgen/1200896>
- Fonn, M. (2015). *Familien yter halve omsorgen*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/2015/08/familien-yter-halve-omsorgen>
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.
- Gleditsch, R, F. (2020). Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Guisse, V. & Wiig, S. (2017). Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. *BMC health services research*, 17(1), 164-164  
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2098-2>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helse-og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

(LOV-1982-11-19-66, LOV-1991-12-13-81). Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg#KAPITTEL_1)

Høgskulen på Vestlandet. (2020). *E-helse*. <https://www.hvl.no/V-THO>

Isaksen, J., Paulsen, K, B., Skarli, J., Stokke, R., & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende eldre med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 117-127.

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>

Johannesen, T.B., Holm, A.L., & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebaserte helse-og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 5(3), 71-

83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>

Kristoffersen, N. (2011a). Den myndige pasienten. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener og livsutfordringer*. (s.337-385). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. (2011b) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (ss.207-280). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. (2011c). Stress og mestring. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener og livsutfordringer*. (s.133-196). Gyldendal Akademisk.



Kirkevold, M. (2020). Gammel og syk. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 22-28). Gyldendal.

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.

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

Melting, J, B. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt>

velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20–

%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/\_/attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-

3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20–%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk senter for forskningsdata. *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Departementenes servicesenter,

Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#§1-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#§1-3)

- Ranhoff, A. H. (2020) Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 53-65). Gyldendal.
- 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>
- Stokke, R. Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 7-20. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>
- Skjøstad, O. (25.08.17). *Økt behov for sykepleiere i årene som kommer*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer>
- Thorsen, K. (2020). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 35-52). Gyldendal.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning*. (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger: definisjoner, kategorier, bakgrunn og etikk. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (s. 25-42). Cappelen Damm Akademisk

## Vedlegg

### Vedlegg nr. 1

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<b>Populasjon</b>	Eldre pasienter med velferdsteknologi. Begge kjønn.	
<b>Språk og land</b>	Norsk, svensk, dansk, engelsk. Europeiske land.	Andre språk. Andre land.
<b>Tidsavgrensning</b>	Artikler 2015-2020.	Artikler som er eldre enn fem år.
<b>Tilgjengelighet</b>	Fulltekst.	Bare sammendrag.
<b>Forskningsetikk</b>	Studier som følger forskningsetiske retningslinjer.	Studier som ikke er utført i henhold til forskningsetiske retningslinjer.

## Vedlegg nr. 2

**PICO skjema.**

Populasjon/Pasient	Intervensjon	Comparison	Outcome
Eldre brukere som benytter velferdsteknologi i hjemmesykepleien	Velferdsteknologi, nytenking, utvikling, aldring, læring		Brukeren mestrer teknologien

## Vedlegg nr. 3

## Oversiktstabell over søk som førte til inkluderte artikler

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Inkluderte artikler	Tittel
Medline	2015-2020	Older people AND welfare technology	15	1	Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway.
Medline	2015-2020	Telecare AND training	17	1	Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study
Idunn	2015-2020	Eldre OG Velferds teknologi	40	2	Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?  Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.
Idunn	2015-2020	Velferdsteknologi OG eldre OG hjemmesykepleie	9	1	Hvorfor er det så vanskelig å integreere velferdsteknologi i helse- og omsorgstjeneste?

Vedlagt i tabellene under er beskrivelse av de søkene som førte til inkluderte artikler.

**Søk i MEDLINE 25.10.20**

Nr.	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Tittel på inkludert artikkel
1	Telecare	Ingen avgrensing	814	
2	Telehealth	Ingen avgrensing	23640	
3	Welfare Technology	Ingen avgrensing	663	
4	Telemedicine	Ingen avgrensing	32449	
5	Elderly	2015-2020	77611	
6	Older People	Ingen avgrensing	16420	
7	Home Healthcare	Ingen avgrensing	28510	
8	Training	Ingen avgrensing	211441	
9	Nurse	Ingen avgrensing	354767	
10	1 or 2 or 3 or 4	2015-2020	19466	
11	1 AND 4	2015-2020	17	
12	1 or 2 or 3 or 4 and 5	2015-2020	440	
13	5 or 6 and 7 and 8	2015-2020	83	
14	5 or 6 and 1 and 8		3	
5	1 and 8	2015-2020	17	Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study
15	3 and 6	2015-2020	15	Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway.

**Søk i Idunn 28.10.20**

<b>Nr.</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat</b>	<b>Tittel på inkludert artikkel</b>
<b>1</b>	Velferdsteknologi	Ingen avgrensing	5669	
<b>2</b>	Telecare	Ingen avgrensing	22	
<b>3</b>	Welfare Technology	Ingen avgrensing	193	
<b>4</b>	Eldre	Ingen avgrensing	5672	
<b>5</b>	Eldre hjemmeboende	Ingen avgrensing	122	
<b>6</b>	Hjemmesykepleie	Ingen avgrensing	136	
<b>7</b>	Sykepleier	Ingen avgrensing	634	
<b>8</b>	1 OG 4	2015-2020	41	
<b>9</b>	1 OG 7	2015-2020	7	
<b>10</b>	1 OG 5	2015-2020	18	Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?  Trygg og sikker bruk av velferdsteknolog i hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.
<b>11</b>	1 OG 4 OG 6	2015-2020	10	Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i helse- og omsorgstjeneste?

## Vedlegg nr. 4.

## Litteratormatrise

Tittel på artikkel. Forfatter. Årstall. Publikasjonssted.	Studiedesign og deltakere	Database	Formål	Resultat
Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway Sánchez, V, G., Anker-Hansen, C., Taylor, I. & Eilertsen, G. (2019). <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i> , 12, 841-853.	Kvalitativ metode der det ble gjennomført dybdeintervjuer med fem kvinner og fire menn mellom 79 og 91 år i Norge.	Medline	Målet med studien var å utforske eldre hjemmeboende mennesker som lever alene sine holdninger til velferdsteknologi. Dette ble gjort ved å intervjuer om deres historie, og hvilket syn de har på sikkerhet, personvern og teknologi.	Deltakerne stolte på det norske helsevesenet. Uavhengighet, autonomi og følelse av trygghet var avgjørende for alle deltakere, og de fleste deltakere så på velferdsteknologi som å gi dem mulighet til å forbli i hjemmene så lenge som mulig. Deltakerne brukte allerede forskjellige teknologier i hverdagen. Overraskende uttrykte de ingen bekymringer for personvern, men noen hadde bekymringer om tap av autonomi og verdighet. Studien konkluderer med at det er nødvendig med en personsentrert tilnærming til å integrere ny velferdsteknologi.
Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. Guise, V. & Wiig, S. (2017). <i>BMC health services research</i> , 17(1), 164-164.	Studien har kvalitativt design. Seks fokusgruppeintervjuer ble utført med totalt 26 deltakere som jobbet i hjemmesykepleien i Norge.	Medline	Formålet med studien er beskrevet i 2 forskningsspørsmål. 1. Hvordan oppleves opplæring i telepleie og behov for opplæring i telepleie av helsepersonell i hjemmetjenestene? 2. Hvilken ønsket form og innhold for opplæring er	Studiens analyse resulterte i fem hovedresultater etter intervju fra helsepersonell: 1. Målrettet opplæring skaper tillit og endrer holdninger. 2. Opplæringsbehovet avhenger av evnen til å mestre teknologien. 3. Tidspunktet for opplæring er sentralt. 4. Opplæringen må sørge for å legge rette for praktisk innsikt i pasientperspektivet og videre må opplæringen ha fokus på teknologiprosessen.



			foretrukket for helsepersonell som skal delta i virtuelle besøk i hjemmetjenesten?	5. Studien sier også noe om viktigheten av at helsepersonellet selv forbereder seg i forhold til teknologien og ser på opplæring som viktig.
Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? Isaksen, J. Paulsen, K. B., Skarli, J. Stokke, R. & Melby, L. (2017) <i>Tidsskrift for omsorgs forskning</i> , 3(2), 117-127.	Kvalitativ studie som omhandler individuelle intervjuer med brukere og fem fokusgruppeintervjuer med ansatte i to kommuner i Oppland. Datamaterialet fra intervjuer med brukerens erfaringer legger grunnlaget artiklens analyse. Det er i tillegg inkludert noen erfaringer fra personalet.	Idunn	Målet med studien var å studere hvilke erfaringer utprøving velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester.	Studiens hovedfunn viser at de aller fleste deltakerne var fornøyde med teknologien, følte den ga økt mobilitet, selvstendighet og trygghet. Flere deltakere hadde kjennskap til teknologi fra før. Noen opplevde mestring i form av å kunne bruke teknologien. En forutsetning for trygghet at man kan stole på teknologien.
Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? Stokke, R., Hellesø, R., & Sogstad, M. (2019). <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 5(3), 7-20.	Empirisk studie om bruk av trygghetsalarmen ved hjelp av kvalitativ metodetriangulering fra 2 kommuner i Norge. Intervjuene ble gjennomført med brukere, pårørende og personalet i hjemmetjenesten.	Idunn	Ved å studere den kjente trygghetsalarmen har artikkelen som formål å utforske hva som skjer når teknologi inngår som en aktør i ulike deler i tjenestene.	Studiens hovedfunn viser at selv ved en veletablert teknologi er det en rekke ulike utfordringer knyttet til bruk av teknologien i omsorgstjenesten. Studien viser spesielt at man må følge opp hvordan teknologien tolkes og erfares av aktørene som en integrert del av praksisen.

Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebaserte helse-og omsorgstjeneste. Johannesen, T.B., Holm, A.L., & Storm, M. (2019). <i>Tidsskrift for omsorgsforskning 03/2019 5(3), 71-83.</i>	Eksplorativt kvalitativt design. Studiens data kommer fra fire fokusgrupper med 20 deltagere. 10 ledere fra 8 kommuner og 10 helsepersonell fra 2 kommuner.	Idunn	Formålet med studien var å utforske hva ledere og helsepersonell opplever som viktig for trygg og sikker bruk av teknologi for eldre i hjemmebaserte- helse og omsorgstjeneste.	Resultatene fra studien viser at deltakerne mente at det nødvendig med tilstrekkelig informasjon og opplæring. Både teknologien og brukeren må videre følges tett opp. Løsningene må samsvare med brukerens behov. Tidlig innsats er viktig.
---	---	-------	---	--



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-12-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 HØST
<b>Sluttdato:</b>	07-12-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2020 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Sissel Hjelle Øygard		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	120
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7920
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Ja

Egenerklæring \*:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket \*:

Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

**Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

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

Nei