



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Velferdsteknologi for personer med demens og pårørende

Welfare technology for people with dementia and their relatives

Kandidatnummer 264

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsfrist: 14.06.21

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 for personer med demens og pårørende

Bakgrunn for valg av tema: Etter flere praksisperioder i utdanningsløpet har jeg erfart hvordan teknologiske hjelpemidler kan brukes som en del av behandlingen for personer med demens. Jeg har også fått innblikk i hvordan det er å være pårørende for en person med demens og hvordan teknologien kan bidra for vår trygghet.

Problemstilling: Hvordan oppleves velferdsteknologi for personer med demens og pårørende?

Metode: En litteraturstudie der eksisterende empirisk forskning er brukt for å finne aktuell informasjon for å svare på problemstillingen

Funn/konklusjon: Det er en stadig større andel av befolkningen som oppnår en høy alder. Med den voksende andelen eldre vil det være mangel på hender som kan møte fremtidens behov for pleie og omsorg. Velferdsteknologi kan være en del av løsningen. For at implementeringsprosessen skal bli vellykket må teknologien bli oppfattet som nyttig og pålitelig både for bruker og pårørende. Det er også vesentlig at helsepersonell er opplært og har nok kunnskap om håndtering av velferdsteknologi. Utviklingen av velferdsteknologi er enda i startfasen, og individuell tilpasning er kritisk for å optimalisere bruken og nytten.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, demens, pårørende, eldrebølgen, hjemmesykepleie

Abstract

Title: Welfare technology for people with dementia and their relatives

Background for choice of theme: After several internships in my educational process, I have experienced how welfare technology can be used as a part of the treatment for people with dementia. I have also gained insight into what it is like to be a relative for a person with dementia, and how technologies can contribute to our security.

Problem statement: How is welfare technology experienced for people with dementia and their relatives?

Method: A literature study of existing empirical research is used to discover current information about the problem statement.

Findings/Conclusion: An increasingly proportion of our population is reaching an old age. With the growing proportion of elderly people, there will be a shortage of hands that can meet the future needs for care and nursing. Welfare technology can be a part of the solution. For the implementation process to be successful, the technology must be perceived as useful and reliable for both user and relatives. It is also essential that health personnel are trained and have sufficient knowledge of handling welfare technology. The development of this technology is still in the initial phase, and individual adaptation is critical for optimizing its use and utility.

Keywords: Welfare technology, dementia, relatives, the elderly, home nursing

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|------------|
| Sammendrag | ii |
| Abstract | iii |
| Innholdsfortegnelse | iv |
| Figur- og tabelliste | vi |
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 <i>Bakgrunn</i> | 2 |
| 1.2 <i>Problemstilling med avgrensing</i> | 2 |
| 1.3 <i>Samfunns- og sykepleieaktualitet</i> | 3 |
| 1.4 <i>Oppgavens utforming</i> | 6 |
| 2 Teori | 7 |
| 2.1 <i>Velferdsteknologi</i> | 7 |
| 2.2 <i>Teknologiens utvikling og tilpassing</i> | 9 |
| 2.3 <i>Sykepleierens funksjon</i> | 10 |
| 2.4 <i>Demens og hjemmesykepleie</i> | 11 |
| 2.5 <i>Pårørende til personer med demens</i> | 12 |
| 3 Metode | 13 |
| 3.1 <i>Litteraturstudie</i> | 13 |
| 3.2 <i>Søkeprosess etter forskning</i> | 13 |
| 3.3 <i>Søkeprosess etter annen litteratur</i> | 16 |
| 3.4 <i>Kildekritikk</i> | 16 |
| 4 Resultat | 17 |
| 4.1 <i>Velferdsteknologi gir trygghet og selvstendighet</i> | 17 |
| 4.2 <i>Teknologitilpassing</i> | 18 |
| 4.3 <i>Opplæring av helsepersonell</i> | 18 |
| 4.4 <i>Smart, men ikke alltid intelligent teknologi</i> | 19 |
| 5 Drøfting | 20 |
| 5.1 <i>Velferdsteknologi gir trygghet og selvstendighet</i> | 20 |
| 5.2 <i>Teknologitilpassing</i> | 22 |
| 5.3 <i>Opplæring av helsepersonell</i> | 23 |
| 5.4 <i>Smart, men ikke intelligent teknologi</i> | 24 |
| 6 Konklusjon | 27 |
| 7 Litteraturliste | 28 |
| 8 Vedlegg | 31 |

8.1 *Litteraturmatrise* 31

Figur- og tabelliste

| | |
|--|----|
| Figur 1: Flere eldre enn barn og unge. (ssb.no, 2020)..... | 3 |
| Figur 2: Utvikling i tilbud og etterspørsel for sykepleiere frem til 2035. (Hjemås et al., 2019) | 5 |
| Figur 3: Hovedtemaer | 17 |
| | |
| Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier..... | 14 |
| Tabell 2: PICO..... | 14 |
| Tabell 3: Søkeprosess etter forskning..... | 15 |

1 Innledning

I vår tid opplever vi en stadig større andel av befolkningen oppnår en høy alder, og ved økende alder øker også risikoen for en rekke sykdommer, blant annet demens (Kirkevold & Brodtkorb, 2014, s. 52). Desorientering og nedsatt hukommelse kan skape mange utfordringer og farlige situasjoner i hverdagen for personer med demens. Eksempler på dette er fall, vandring, tidsorientering og bruk av husholdningsapparater (Fjørtoft, 2016, s. 74). Symptomer som er framtreddende hos personer med demens er individuelle fordi symptomene påvirkes av hvilke deler av hjernen som er rammet (Kirkevold & Brodtkorb, 2014, s. 416). Eldrebølgen gir økt behov for helsepersonell og teknologi for å bevare kvaliteten i tjenesten tilbys personer med demens. Eldrebølgen er et begrep som blir brukt for den sterkt voksende befolkningen av eldre (Moser, 2019, s. 33). At helsepersonell skal kunne holde dagens kvalitet i fremtiden vil bli en stor utfordring (Hauvik & Eines, 2019). Den nye eldregenerasjonen lever lengre, og møter alderdommen med andre ressurser enn tidligere generasjoner. De har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn de tidligere eldregenerasjonene (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2012). De vil også ha andre holdninger og krav enn dagens eldre, i og med at de har i større grad vært vant til å bruke teknologi både i arbeid og privat (Birkeland & Flovik, 2018, s. 150).

Innenfor demensomsorgen har velferdsteknologi som mål å bidra til mestring for personer med demens og deres pårørende. De teknologiske hjelpemidlene skal støtte brukerens kognitive funksjoner slik at de blir i stand til å opprettholde deltakelse i hverdagslivet, gi økt selvstendighet og trygghet (*Teknologi og demens i Norden*, 2008, s. 13). Det er viktig å huske at teknologien ikke skal erstatte menneskene som jobber i helse- og omsorgssektoren, men snarere betraktes som en støtte og supplement slik at helsetjenesten klarer å opprettholde kvaliteten på tjenesten.

1.1 Bakgrunn

Utfordringene som økt antall eldre, økt antall personer med demens og mangel på helsepersonell, er mye av grunnen til at jeg ønsket å skrive om dette. I en av mine praksisperioder var jeg plassert på en lukket avdeling for personer med demens. Her pratet jeg med en dame med demens som brukte GPS sporing slik at hun kunne gå ut på egen hånd, uten bekymringer. Hun ga uttrykk for at det var viktig for henne å kunne være ute og gå, selv om hun var alene og uhell kunne skje. Sporingen ga henne en trygghetsfølelse. Det gjorde sterkt inntrykk på meg da hun forklarte hvor viktig det var for henne å føle seg fri, og at hun var svært takknemlig for GPS-senderen. Videre ønsket jeg å skrive hvordan det oppleves å ta i bruk velferdsteknologi for pårørende til en person med demens. Dette grunnet egne erfaringer med å være pårørende for en slik bruker gruppe.

1.2 Problemstilling med avgrensing

Med utgangspunkt i det valgte temaet har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan oppleves velferdsteknologi for personer med demens og pårørende?

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2020), er de fleste som får demensdiagnosen eldre, men det er også noe som kan ramme yngre. Dette er noe som kan ramme alle, uansett bakgrunn og utdanning. Personer med demens vil ofte selv merke at noe er galt, men de prøver å skjule det. Pårørende vil også legge merke til at vedkommende har endret seg, og det er derfor jeg også ønsker belyse innspill fra pårørende, og deres mening og opplevelse av velferdsteknologi. Videre har jeg valgt å ha fokus på brukergruppen som har fått diagnosen demens og har en alder på 50 år og oppover.

Velferdsteknologi er i en stadig utvikling og er med på å endre helsetjenesten. Dette innebærer både nye muligheter og utfordringer for sykepleiere i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 223). Videre har jeg valgt å avgrense oppgaven til personer med demens som er hjemmeboende og har tilknytning til hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien er en arena med tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når enten sykdom, svekket helse eller livssituasjon gjør at de vil trenge hjelp i kortere eller lengre perioder (Fjørtoft, 2016, s. 17).

Velferdsteknologiske løsninger kan føles inngripende på den enkeltes privatliv og autonomi. Lover som pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven kommer også

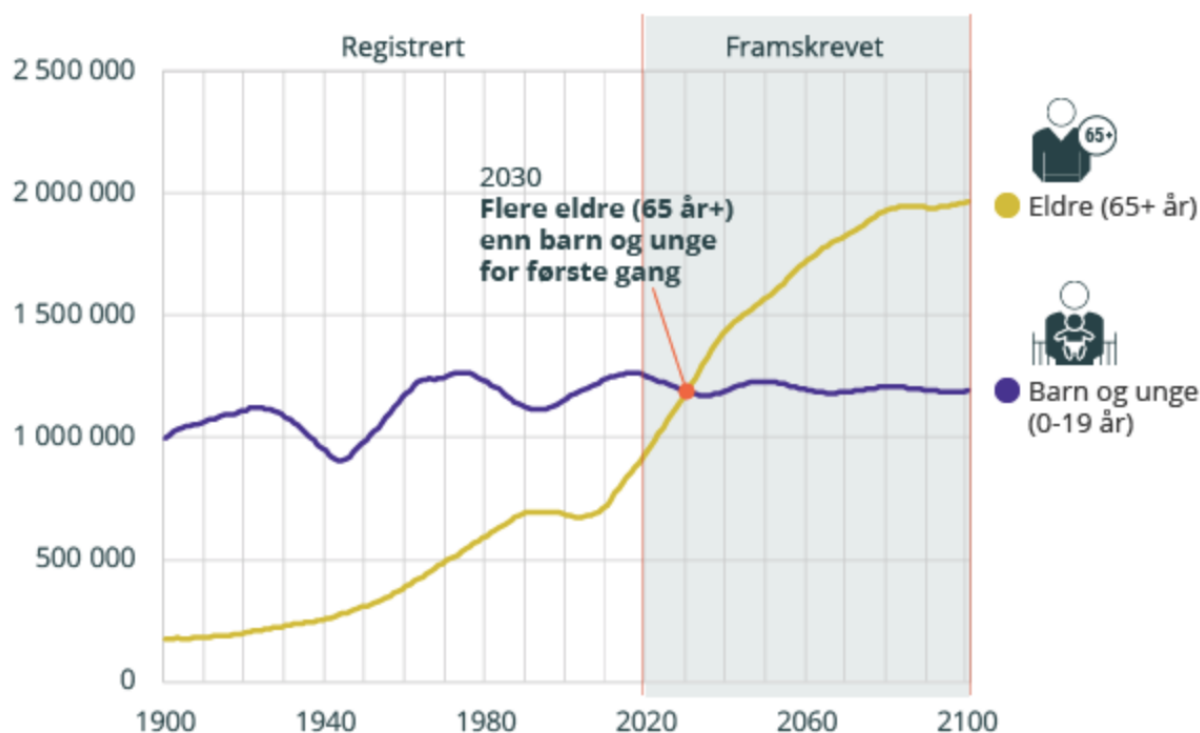
inn i bruken av teknologi som en del av behandlingen. Tildelingen av velferdsteknologi er basert på frivillighetsprinsippet, som innebærer at den enkelte skal selv gi et frivillig og informert samtykke for tildeling (Moser, 2019, s. 40). Jeg har valgt å se bort fra den juridiske og etiske delen av velferdsteknologi, og istedenfor fokusere på hvordan teknologien oppleves og erfares.

1.3 Samfunns- og sykepleieaktualitet

I dagens samfunn ser vi at den nye eldregenerasjonen har bedre helse enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Ifølge prognoser utarbeidet av Statistisk sentralbyrå vil andelen av befolkning over 70 år og eldre øke fra 12 prosent i dag til 21 prosent i 2060. Det vil si at i 2060 vil hver femte innbygger i Norge være fylt 70 år (Tønnesen, 2018). Demens forekommer ved økt alder og det regnes med at antallet personer med demens vil fordobles frem mot 2040. Dette vil påvirke flere områder i samfunnet, og vil kreve nye løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Som en direkte konsekvens av dette forventes det at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil øke tilsvarende.

Flere eldre enn barn og unge

Hovedalternativet (MMM)

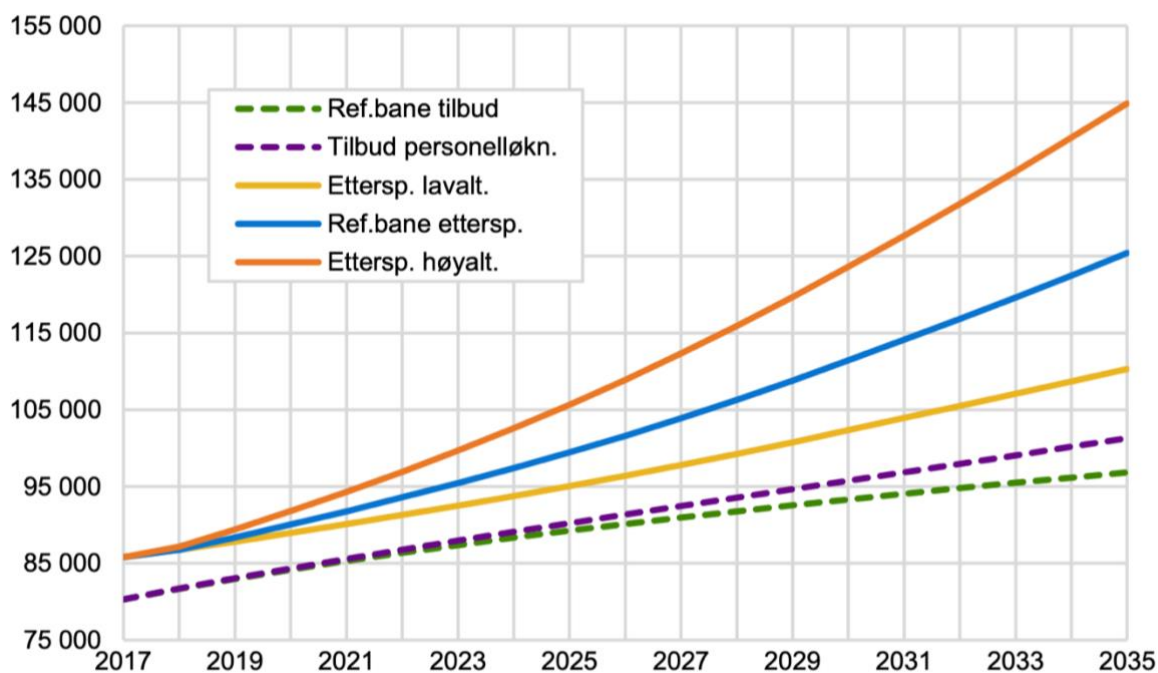


Figur 1: Flere eldre enn barn og unge. (ssb.no, 2020)

Fra Figur 1 kan vi se at det er forventet en sterkt økende andel eldre i befolkningen. I 2030 vil det for første gang være flere over 65 år enn under 20 år (ssb.no, 2020). Den demografiske utviklingen vil gi en økende mangel på helse- og omsorgspersonell både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er allerede i dag mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere. Disse utfordringene kan ikke løses med økt antall helsepersonell alene, men det vil også være nødvendig at andre virkemidler tas i bruk. Det vil fremover være nødvendig å utnytte potensialet av tilgjengelige ressurser bedre og større krav til samhandling og nye løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Det vil det bli færre yrkesaktive helsepersonell per pensjonist og det vil være færre som kan gi nødvendig hjelp i tiden fremover. Dette betyr at omsorgsbyrden for samfunnets yngre generasjoner vil øke i fremtiden (Teknologirådet, 2009, s. 11). Med praksisen i dagens samfunn vil vi ikke ha nok hender til å møte befolkningens fremtidige behov for pleie og omsorg.

Mangelen på helsepersonell kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene. Det vil være viktig å utdanne flere sykepleiere for å opprettholde dagens kvalitet. I tillegg er det viktig at flest mulig av de som utdanner seg til sykepleiere forblir i yrket (Skjøstad et al., 2017). viser at i 2035 er den midlere etterspørselen fremskrevet til å komme opp i rundt 125 000 sykepleiere, men med dagens utdanningstakt vil det ikke være mer enn cirka 97 000 utdannede sykepleiere. Dette vil kunne gi en mangel på hele 28 000 (Hjemås et al., 2019).



Figur 2: Utvikling i tilbud og etterspørsel for sykepleiere frem til 2035. (Hjemås et al., 2019)

Demensplanen 2025 er den tredje utgaven av regjeringens femårsplan. Planen har som overordnet mål å bidra til et mer demensvennlig samfunn. Ifølge helse- og omsorgsdepartementet er dette et bedre samfunn for alle, som bidrar til inkludering, likeverd og forståelse. I den tidlige fasen av demens opplever de fleste at de enda mestrer hverdagen, og de ønsker å bruke sine ressurser mest mulig. Hverdagen vil etter hvert oppleves som mer og mer krevende, og de vil trenge hjelp til å fylle dagene og holde seg i aktivitet. Det er her pårørende ofte erfarer at oppfølging blir deres oppgave og ansvar. Det er derfor svært viktig at pårørende også blir støttet gjennom hele sykdomsforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

I Demensplanen 2025 ønsker regjeringen at digitalisering skal bidra til å gjøre hverdagen enklere for innbyggerne, og at digitaliseringen muliggjør helse og omsorgstjenester på nye måter, også for personer med demens. Bruken av teknologi som er tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov kan gi dem økt livskvalitet, mestring og trygghet for personer med demens og for deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Begrepet livskvalitet er subjektivt, og brukes ofte synonymt med det å ha det godt, eller det gode liv. Livskvalitet er knyttet opp med den enkeltes opplevelser av å ha det godt. (Fjørtoft, 2016, s. 51). Eksempler på teknologien som kommer frem i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet er varslings- og lokaliseringsteknologi, elektroniske dørlåser og elektronisk medisineringsstøtte.

«De viktigste gevinstene vi ser er utsatt behov og redusert antall besøk for hjemmetjenester, utsatt behov for institusjonsplass, økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende, redusert belastning for tjenesten og mindre bruk av tvang» (Melting, 2017).

Dette sitatet er hentet fra Larvik kommune sin rapport i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og fremmer gevinstene som velferdsteknologi har gjort for dem.

1.4 Oppgavens utforming

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. I andre kapittel har jeg gjort rede for metoden. Jeg har videre presentere relevant teori i kapittel tre. I det fjerde kapittelet presenterer jeg forskningsartiklene jeg har valgt ut. I kapittel fem har jeg drøftet problemstillingen opp mot teori, forskning og egne erfaringer, og til slutt har jeg presentert en konklusjon der jeg svarer på problemstillingen.

2 Teori

I teoridelen har jeg presentert og redegjort for relevant teori som skal bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 104). Først har jeg redegjort for velferdsteknologi og dens utvikling. Videre har jeg presentert sykepleierens funksjon ved bruk av velferdsteknologi i hjemmesykepleien. Til slutt har jeg skrevet hvordan det er å være pårørende til personer med demens.

2.1 Velferdsteknologi

Ifølge Norges offentlige utredninger defineres 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. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU, 2011:11, s. 98).

Utviklingen av teknologiske hjelpemidler vil kunne gi flere brukere en mulighet til å klare seg lengre i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 224).

Det er fire hovedkategorier for velferdsteknologi som deles inn etter hvilket behov de møter, og på hvilken måte de kan fungere som støtte for brukere, pårørende og helsepersonell (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 111). De fire kategoriene er fremstilt i listen nedenfor.

| | |
|---|---|
| • | Trygghets- og sikkerhetsteknologi |
| • | Kompensasjons- og velværeteknologi |
| • | Teknologi for sosial kontakt og kommunikasjon |
| • | Teknologi for behandling og pleie |

Den første kategorien er trygghets- og sikkerhetsteknologi. Denne tar for seg velferdsteknologiske løsninger som er rettet mot ivaretagelse av trygghet og sikkerhet hos enten bruker eller pårørende. Eksempler på teknologiske hjelpemidler innenfor denne kategorien kan være forhåndsprogrammerte alarmer og GPS-lokalisering. I denne kategorien er det trygghetsalarm som er mest brukt. Det er ofte eldre aleneboere som har denne trygghetsalmen, og for mange gir det dem en ekstra trygghet. Alarmen vil utløses ved at

brukeren selv foretar en aktiv handling, og det vil bli iverksatt tiltak (Moser, 2019, s. 30). Trygghetsalarmen er ofte viktig for pårørende når de kan få varslings dersom alarmen skulle utløses.

Kompensasjons- og velværeteknologi er den andre hovedkategorien. Denne består når eksempelvis hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Kompensasjons- og velværeteknologi omfatter også teknologi som skal gjøre hverdagen enklere for de eldre. For personer med demens blir hukommelsen svekket og det å huske og alltid skru av kokeplaten, slukke levende lys blir ofte glemt. Eksempler på teknologi innenfor denne kategorien er en komfyrvakt eller en elektronisk kalender som hjelper dem å huske, enten det er klokkeslett, del av døgnet eller hvilken dag det er. Denne form for teknologi er både trygghetsskapende for pårørende og brukeren selv (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 111).

Den tredje hovedkategorien er teknologi for sosial kontakt og kommunikasjon. Denne bidrar mennesker med å komme i kontakt med andre, for eksempel gjennom videokommunikasjon. I dag er dette en løsning som blir prøvd ut som en del av oppfølging fra hjemmetjenesten (Moser, 2019, s. 32).

Teknologi for behandling og pleie er den siste kategorien innenfor velferdsteknologi. Denne kategorien er rettet mot velferdsteknologiske løsninger for behandling og pleie. Eksempler på teknologiske løsninger er automatisk måling av blodsukker og blodtrykk. Det vil være lettere for både bruker og pårørende dersom en oppfølging av lege kan gjøres over digital kommunikasjon (Moser, 2019, s. 32–33).

Helsepersonell er generelt positive til å ta i bruk velferdsteknologi i helsetjenesten, men det er likevel viktig å være klar over at dette ikke gjelder alle. Det er ofte de som bruker teknologi i hverdagen som kommer inn med et mer positivt bidrag. Den nye innføringen av teknologi i helsetjenesten vil kreve kompetanse, ferdigheter og motivasjon av personellet (Nakrem, 2017, s. 71).

Velferdsteknologi innenfor demensomsorgen har som mål å bidra til mestring for brukere og/eller deres pårørende. Teknologiske hjelpemidler kan støtte brukerens kognitive funksjoner slik at de blir i stand til å opprettholde og skape ny aktivitet. Dette kan føre til økt deltakelse i hverdagslivet, økt selvstendighet og trygghet. Dette kan igjen bidra til å skape økt glede,

selvfølelse og økt mestring. Målet med teknologien er at brukere som ønsker å holde seg i eget hjem så lenge som mulig, skal få mulighet til dette (*Teknologi og demens i Norden*, 2008, s. 13). Denne form for teknologi skal bidra til at hver enkelt kan utføre ulike gjøremål. For eksempel praktiske husholdningsoppgaver, hjelp til medisiner, personlig hygiene eller påminnelser. Teknologien kan også gi økt mobilitet og trygghet også utenfor hjemmet (Teknologirådet, 2009, s. 12).

I Hagen-utvalgets rapport *Innovasjon i omsorg*, er målet med å bruke velferdsteknologi presentert i listen nedenfor.

| |
|---|
| Gi brukere mulighet til å klare seg selv i egen hverdag ved hjelp av tekniske hjelpemidler, tilrettelegging og støtte. Ved å gjøre dette vil det fremme selvstendigheten og bidra til uavhengighet av andre |
| Gi både bruker og pårørende større trygghet og avlaste dem for bekymringer gjennom bruk av teknologi for sporing og observasjon, alarmer og sensorer |
| Gi brukere og pårørende mulighet til å delta i brukernettsverk og holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparatet gjennom bruk av nye sosiale medier |
| Gi alle parter større mulighet til å skaffe opplysninger og motta veiledning gjennom baserte programmer og nye sosiale medier |

2.2 Teknologiens utvikling og tilpassing

Det finnes i dag en rekke ulike leverandører som tilbyr velferdsteknologi til hjemmetjenesten, men det er likevel i startfasen av utviklingen. Teknologien som er ute på markedet i dag, er ofte produkter som ikke er tilstrekkelig tilpasset det behovet som hjemmetjenesten har. Forståelsen av driften og vedlikeholdet som de teknologiske hjelpemidlene har behov for er noe som må ivaretas av hjemmetjenesten dersom den skal bli tatt i bruk her. Slik som alt annet spiller menneskelige faktorer inn også i teknologien (Nakrem, 2017, s. 95–96). Dårlig eller manglende mobildekning vil også begrense teknologi som er avhengig av bredbånd. I utkant av byene kan vi finne områder uten tilstrekkelig dekning og teknologien som er avhengig av dette vil fungere dårligere her (Nakrem, 2017, s. 30).

Teknologien passer ikke for alle. Brukere er forskjellige, de har ulike livssituasjoner og evnen til å lære seg ny teknologi i et sent stadium i livet varierer. Det er mye som gjenstår før løsningene er godt tilpasset hver brukergruppe. Det er viktig at helsepersonellet tar hensyn til at brukere er forskjellige og ønsker ulike ting (Nakrem, 2017, s. 96–97).

2.3 Sykepleierens funksjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon omhandler å legge til rette for oppdagelse, læring og mestring hos bruker og pårørende (Tveiten, 2008, s. 31). Denne formen for myndiggjøring av brukere der de settes i stand til å gjøre ting de tidligere ikke var i stand til, kalles empowerment (Fjørtoft, 2016, s. 127). Empowerment kan også relateres til mestring. Ved å se på myndiggjøring skal helsepersonellet flytte oppmerksomheten sin fra svikt og problemer hos brukeren til å arbeide med brukerens ressurser og rettigheter. Som helsepersonell skal de tilpasse formen og graden av medvirkning til den enkeltes ressurser og tilstand. For å gjennomføre dette er kommunikasjon og dialog sentralt. Empowerment er vesentlig i arbeidet med å bistå de eldre med å mestre den nye teknologien som skal bidra til å løse utfordringer i hverdagen (Fjørtoft, 2016, s. 127).

Som fagperson har sykepleieren makt i møte med både bruker og pårørende. For at sykepleier skal handle til brukerens beste er det viktig å være bevisst maktaspektet i relasjonen. Makten kommer frem av formell kompetanse, myndighet og kontrollfunksjon. Det er viktig å vite hvordan makten kommer til uttrykk, og hvordan makten påvirker oss som fagperson overfor bruker og pårørende. Å arbeide som profesjonell sykepleier oppfattes av mange som å handle ut fra fagkompetanse uten at egne følelser forstyrrer eller hemmer handlingene. Selv om fagpersonen berøres skal brukeren og pårørendes behov ivaretas (Tveiten, 2020, s. 213). I pasient- og pårørendeopplæring er det fagpersonen som har ekspertrollen. Dette er knyttet til kunnskap om helse, sykdom og helsefremmede arbeid. Det er mange brukere som ønsker at fagpersonen skal fortelle dem hva som er best og hva de bør gjøre (Tveiten, 2020, s. 214).

Når teknologi skal brukes som en del av pleien, vil helsepersonellets holdninger til teknologien og brukeren ha stor betydning. Det ligger forventinger fra helsepersonellet at velferdsteknologi er avansert høyteknologi som vil utfordre deres kunnskap. Denne oppfatningen gjør at flere opplever å bli engstelig og stresset før de har gjort seg kjent med teknologien. At helsepersonellet utgir seg for å være nervøse og engstelige blir tolket som negativ motstand og er en praktisk utfordring. For at helsepersonellet skal holde seg positive til nye endringer er det viktig at lederne på arbeidsplassen opprettholde engasjement og tillitt hos personalet (Nakrem, 2017, s. 93–94).

Ledere og medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten må ha kunnskap om eksisterende velferdsteknologi, og komme med innspill på utvikling av de teknologiske hjelpemidlene.

Videre er det viktig at de kan formidle hvor og hvordan teknologien kan være nyttig til personellet. Helsepersonell kan få kunnskap om velferdsteknologi gjennom utdanning og kurs (Birkeland & Flovik, 2018, s. 155). Kunnskap om teknologien for dem som skal bruke den, og hvem som har ansvar for hva som skal gjøres er sentralt. Det er ofte ansatte som jobber i deltidstillinger eller vikarer i kommunen som ikke har fått tilstrekkelig opplæring til å bruke teknologien. De oppleves som redde for å gjøre feil og velger å forholde seg passiv til teknologien (Nakrem, 2017, s. 30).

2.4 Demens og hjemmesykepleie

Antall brukere med demens er betydelig, og det vil øke etter hvert som befolkningen blir eldre og antallet eldre vokser. I Norge bor sirka halvparten av alle personer med demens hjemme (Kirkevold & Brodtkorb, 2014, s. 433). Demens er i dag en stor betegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Diagnosen vil påvirke hverdagslivet i meget høy grad, både for personen med demens og pårørende. Demens er en progredierende diagnose, og i den tidlige fasen har de større innsikt, og har lettere for å forstå (Fjørtoft, 2016, s. 74). Det er viktig å huske at demens ikke er én sykdom, men et syndrom og en diagnose for en rekke symptomer som kan forårsakes av ulike sykdommer og skader. Det finnes flere ulike symptomer på utvikling av demens, og noen av disse er svekket oppmerksomhet og redusert evne til generell orientering (Kirkevold & Brodtkorb, 2014, s. 411–417). Den økte forvirringen og hukommelsessvikten kan etter hvert føre til at personer med demenssykdom må ha flere tilsyn og hjelp store deler av døgnet. Det er ofte pårørende som tar ansvar for dette. Det største sikkerhetsproblemet hos hjemmeboende med demens er faren for brann. Eksempler kan være at personer med demens kan glemme å skru av platene på komfyren eller kaffetrakteren (Birkeland & Flovik, 2018, s. 165). I hjemmesykepleien som ellers, kan de gå ut av boligen sin og ikke finne veien hjem igjen. En løsning kan være å koble en trygghetsalarm til døren, eller en GPS-sender på brukeren. Denne senderen gjør det mulig for brukeren å ferdes ute på egen hånd om de ønsker. Hjemmetjenesten og/eller pårørende vil dermed ha mulighet til å finne ut hvor personen er til enhver tid. Dette er en vurdering som skal gjøres individuelt. Både GPS-sender og dørsensor reiser både juridiske og etiske betenkeligheter, men det er ikke ulovlig dersom bruker, pårørende og eventuelt en verge samtykker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 166).

2.5 Pårørende til personer med demens

Pårørende er ofte nær familie, som ektefelle, foreldre eller barn. Dersom disse ikke finnes kan fjerne slektninger, venner og naboer også betraktes som pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 101).

Demens er muligens den sykdommen som lar pårørende lide like mye som brukeren.

Demenssykdommer har ofte et langt forløp, og som pårørende vil man tilbringe mange år sammen med dem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 83). En god dialog mellom helsepersonell og pårørende er veldig sentralt og dette vil kunne påvirke hvordan personen med demens og de pårørende opplever det (Kirkevold & Brodtkorb, 2014, s. 433). Det er vondt som pårørende å være vitne til stadig økende kognitiv svikt og i flere tilfeller personlighetsforandringer.

Pårørende som ikke bor sammen med den rammende er ofte bekymret for hvordan personen klarer seg alene hjemme. Blant annet bekymrer de seg for brann, om han/hun skal falle eller gå ut døren uten å finne veien hjem igjen. Det vil her være mulig at pårørende er koblet opp til disse alarmene, slik at de har oversikt over hva som skjer i hjemmet. Pårørende vil ofte betraktes som de viktigste ressurspersonene til personer med demens, og det er derfor viktig at de får nødvendig støtte og hjelp fra helsepersonell (Fjørtoft, 2016, s. 110–111).

Velferdsteknolog kan fungere som støtte til pårørende og bidra til å forbedre tilgjengelighet og ressursutnyttelse, samt kvaliteten på tjenestetilbudet (Fjørtoft, 2016, s. 224).

3 Metode

En metode er en systematisk fremgangsmåte som brukes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen i studien (Thidemann, 2019, s. 76).

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte litteraturstudie som metode. Ved å gjennomføre en slik studie samler jeg data fra eksisterende empirisk forskning (Dalland, 2017, s. 207). En kvalitativ forskningsartikkel skal fremme kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger og erfaringer (Thidemann, 2019, s. 78). Kvalitativ forskning er valgt for denne oppgaven.

3.2 Søkeprosess etter forskning

Da jeg bestemte meg for hvilken forskning jeg skulle bruke, søkte jeg meg opp på temaet i forkant. Dette var for å få litt mer kunnskap om temaet og for å studere hvilke data og forskning som er publisert. Dette ville spare meg for mye unødvendig tidsbruk ved datamaskinen på et senere tidspunkt. Samtidig ville forberedelsene også bidra til at jeg fikk mye treff som hadde høy relevans og var av god faglig kvalitet. Vi har hatt flere undervisningstimer fra biblioteket hvor de har lært oss hvilken database som er relevant for de ulike temaene. For å finne forskningsartikler har jeg søkt i databasene Medline, Academic Search Elite, PubMed, Google Scholar og Idunn. Forskningen jeg har tatt i bruk kommer fra databasene PubMed, Google Scholar og Idunn. For å avgrense mengden litteratur, har jeg tatt i bruk inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2019, s. 84). Dette er presentert i Tabell 1.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| | Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| Informantene | Personer med demens, pårørende og hjemmesykepleien som bruker velferdsteknologi. Både kvinner og menn. Over 50 år. | Under 50 år. |
| Språk | Norsk og engelsk | Andre språk |
| Tidsavgrensning | Artikler fra 2015-2021 | Artikler som er eldre enn seks år |
| Tilgjengelighet | Fulltekst | Bare sammendrag |
| Forskningslitteratur | Kvalitative | Kvantitative |

Jeg har benyttet meg av PICO for å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 86). PICO er presentert nedenfor i Tabell 2.

Tabell 2: PICO

| Hvem/Hvilke | Hva | Alternativer | Resultater |
|--|---|--------------|---|
| Personer med demens som bruker velferdsteknologi I hjemmet | Velferdsteknologi, læring og veiledning, forståelse | | Personer med demens mestrer teknologien og bedrer utfordringer i hverdagen. |

Ordene som ble brukt i søkeprosessen er

- teknologi/technology,
- velferdsteknologi,
- hjemmeboende,
- experience,
- demens/dementia,
- GPS,
- family carers,

- assistive technology.

Søkene ble gjennomført både på norsk og engelsk for å få et bedre utvalg av artikler og får å sjekke funnene opp mot hverandre. Jeg gjennomførte et avgrenset søk og benyttet meg av bindeordene «AND» og «OG». Dette gjorde jeg slik at begge søkeordene mine skulle dukke opp i artikkelen. Søkeresultatene ble avgrenset fra 2015-2021 for å sikre at forskningen er av nyere tid. Før jeg valgte ut de ulike forskningsartiklene leste jeg sammendraget for å se om de ville være relevante for å besvare problemstillingen. Jeg har også sjekket publiseringsskanalene opp mot Norsk senter for forskningsdata (*Søk i kanalregister / NSD - Norsk senter for forskningsdata, u.å.*). Søkeprosessen er fremstilt i Tabell 3.

Tabell 3: Søkeprosess etter forskning

| Database | Avgrensning | Søkeord | Ant treff. | Art nr. | Tittel og forfatter |
|----------------|-------------|---|------------|---------|--|
| Google Scholar | 2015-2021 | Velferdsteknologi OG hjemmeboende | 216 | 2 | Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? Isaksen, J., Paulsen, K., Skarli, J., Stokke, R., Melby, L. (2017). |
| PubMed | 2017-2021 | Dementia AND experience AND Using technology | 38 | 4 | Using sensor – based technology for safety and independence – the experience of people with dementia and their families. Fänge, A., Carlsson, G., Chiatti, C., Lethin, C. (2020). |
| PubMed | 2019 - 2021 | Dementia AND experience AND technology | 248 | 1 | The experience of using prompting technology from the perspective of people with Dementia and their primary carers. Evans, N., Boyd, H. Harris, N., Noonan, K., Ingram, T., Jarvis, A., Ridgers, J., Cheston, R. (2020). |
| Idunn | | GPS OG demens | 28 | 1 | GPS som hjelpemiddel for personer med orienteringsvansker. Grut, L., Øderud, T., Bøthun, S. (2017). |
| PubMed | 2015-2016 | Dementia AND family carers AND assistive technology | 39 | 9 | Tracing the successful incorporation of assistive technology into everydaylife for younger people with dementia and family carers. Arntzen, C., Holthe, T., Jentoft. (2016). |

3.3 Søkeprosess etter annen litteratur

Ved å bruke databasen ORIA via HVL sin nettside fant jeg relevant litteratur til oppgaven. Det ble søkt på «velferdsteknologi», «hjemmesykepleie», «pedagogikk» og «demens». Her fant jeg bøkene *Velferdsteknologi* (Moser, 2019), *Sykepleie i hjemmet* (Birkeland & Flovik, 2018) *Helsepedagogikk* (Tveiten, 2020) og *Velferdsteknologi i praksis* (Nakrem, 2017). Annen litteratur jeg har brukt er bøker som er listet opp i pensum for sykepleierutdanningen. Jeg har videre brukt relevante rapporter og stortingsmeldinger for å belyse hvordan temaet er samfunns- og sykepleieaktuelt.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler å gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, 2017, s. 152). For å lette arbeidet med kritisk vurdering av forskningslitteratur har jeg brukt en sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Denne brukte jeg for å sjekke om resultatene er til å stole på, hva resultatene sier, og om dette er relevant for å svare på min problemstilling. Flere av forskningene jeg har valgt ut er på engelsk, og det er mulig for mistolkning når disse er oversatt til norsk.

Innenfor fagområder skjer det stadig utvikling, og kunnskap kan derfor fort bli utdatert. Jeg har valgt å holde meg innenfor en seks års periode ved valg av forskning, og på den måten sikrer jeg den mest oppdaterte forskningen og kunnskapen (Dalland, 2017, s. 162). IMRaD-strukturen er en mye brukt norm for oppbygging av en forskningsartikkel. Dette er en forkortelse på introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). All forskningen jeg har plukket ut har brukt IMRaD-strukturen som mal. Forskningen jeg har tatt i bruk er kvalitative studier som representerer erfaringer og holdninger til teknologien. Studiene er anonymisert og det er brukt fiktive navn.

4 Resultat

Etter å ha tolket og analysert de fem forskningsartiklene i litteraturmatrisen har jeg kommet frem til fire hovedpunkter som besvares i oppgaven. Disse temaene kom jeg frem til ved å lese alle funnene fra forskningsartiklene og sammenlignet dem for å finne fellestrekk i resultatene.



Figur 3: Hovedtemaer

Innenfor disse temaene skal jeg belyse både pårørende og bruker sine opplevelser og erfaringer, og komme med innspill fra hjemmesykepleien. Litteraturmatrisen er fremstilt i Vedlegg i slutten av oppgaven.

4.1 Velferdsteknologi gir trygghet og selvstendighet

Fire av studiene jeg har valgt viser at bruk av den nye teknologien gir trygghet og økt følelse av selvstendighet. Alle fire studiene er av kvalitativ metode, og bygger på intervjuer.

Fellestrekk for disse studiene er at de belyser opplevelser og erfaringer fra personer med demens. Studien til Isaksen et al., (2017) og Arntzen et al., (2016) belyser også ansatte i kommunen sine erfaring og opplevelser av velferdsteknologien. Fänge et al., (2020) sin studie kommenterer også hvordan den nye teknologien oppleves for de pårørende. Grut et al., (2017) forteller historien til tre personer med en form for kognitiv svikt. Gjennom studien har de fått tildelt fiktive navn, Jan, Petter og Mari. De formidler hvordan de opplever teknologien, og hvordan dette har påvirket deres selvstendighet.

Det kommer tydelig frem i studiene at flere av informantene føler en form for trygghet og selvstendighet etter de ble introdusert for velferdsteknologi. I studien til Isaksen et al. uttrykker en av informantene dette:

«Det er mange ting jeg kan gjøre i alene i dag, som jeg ikke kunne gjøre før jeg fikk den mobile alarmen. Før hadde jeg alarm på den vanlige telefonen – og den virket bare når jeg var inne i leiligheten. Jeg er tryggere nå».

Teknologien som ble mest verdsatt av brukerne var hovedsakelig endringer som var knyttet til miljøet, for eksempel automatisk lysstyring (Fänge et al., 2020). Opplevelsene til pårørende kommer også til uttrykk gjennom denne studien. De gir sterkt uttrykk for økt trygghet ved å kunne ha oversikt over hva som skjer i hverdagen til personen med demens.

4.2 Teknologitilpassing

I studien til Fänge et al. har pårørende fortalt viktigheten av innføring av velferdsteknologi i den tidlige demensprosessen. Dette var for å hjelpe personen med demens og tidlig forstå funksjonen til produktet de har fått.

Å tilpasse teknologien til hver enkelt er viktig. I studien til Arntzen et al. kommer det frem at kommunikasjonen mellom pleierne, familien og ergoterapeut ga en forståelse for hvilke type teknologi som finnes og hva som trengs i de ulike utfordringene. Gjennom utprøving og feiling utviklet de ny forståelse og hvert hjelpemiddel ble tilpasset hver enkelt bruker. En av brukerne i studien sa:

«Alle enhetene vi har er enheter jeg ikke visste om, og jeg trodde aldri at vi trengte noen av dem før de ble presentert».

4.3 Opplæring av helsepersonell

Studiene til både Isaksen et al., Fänge et al. og Evans et al., (2020) forklarer viktigheten av engasjement og opplæring av personalet. I studiene kommer det frem at mangel på interesse og opplæring blant omsorgspersonene skapte en barriere, og lite engasjement skapte forvirring blant brukerne. De beskrev teknologien som problematisk og fikk ikke til bruken av det.

«Jeg er ikke et datageni», Evans et al., (2020).

Familiemedlemmene beskriver frykten og usikkerheten som de opplevde fra personalet. Det ble beskrevet at helsepersonellet brukte utstyret uten å vite hvordan eller hva utstyret var ment for. Funksjonen på utstyret forsvant, og de fikk det ikke til å fungere igjen. For at brukerne skulle føle at teknologien var nyttig var det viktig at personalet kunne identifisere et klart

formål med det som ville forbedre eller gjøre det lettere for dem i rutiner og livsstil. Kunnskap hos personalet er derfor sentralt. Flere av brukerne følte mangel på overbevisning om å bruke teknologien fordi personalet slet med å identifisere et klart formål med teknologien.

4.4 Smart, men ikke alltid intelligent teknologi

Teknologien ble også opplevd som en form for falsk trygghet. I studiene av Isaksen et al. og Fänge et al. blir teknologien beskrevet som sårbar. En av brukerne forklarte det slik:

«En gang jeg var ute på tur, og hadde behov for hjelp ... så virket ikke alarmer. Det viste seg at jeg var på et sted uten mobildekning» (Isaksen et al., 2017).

Ett annet eksempel er at trygghetsalarmen utløste seg når personen la seg ned på sofaen fordi den trodde at hun hadde falt. Andre eksempler som dukket opp er at dørsensorene ikke skilte mellom de forskjellige personene som gikk inn og ut av døren, og alarmer ble derfor alltid utløst når den ble åpnet eller lukket.

Utformingen av de teknologiske hjelpemidlene var også noe som brukerne bet seg merke i. Det kom frem i studien til Isaksen et al. at produkter var lite estetisk og ergonomisk utformet.

5 Drøfting

I drøftingskapitlet har jeg diskutert den presenterte teorien mot resultatene som forskningen har kommet frem til. Drøftingen er delt opp etter de utvalgte hovedpunktene med først fokus på pårørendes opplevelser og erfaring, videre over til personer med demens, og innspill fra hjemmesykepleien.

5.1 Velferdsteknologi gir trygghet og selvstendighet

Som nevnt tidligere er demens muligens den sykdommen som lar pårørende bli rammet like mye som brukeren selv (Birkeland & Flovik, 2018, s. 83). Pårørende er ofte bekymret for hvordan personen med demens skal klare seg hjemme alene hjemme, og blir presset i kravet om å være i arbeid, samtidig som de ønsker å være hjemme for å passe på. Velferdsteknologi skal kunne fungere som støtte til de pårørende og bidra til å minske bekymringer (Fjørtoft, 2016, s. 224).

I studien til Arntzen et al., (2016) forklarer Birgit, en ektefelle, at hun hele tiden var bekymret og redd for mannen kanskje skulle glemme kjelen på komfyren når han var alene hjemme. Hun følte seg mye tryggere nå som de fikk installert en komfyrvakt som passet på og skrudde av platen dersom den ble for varm eller sto på for lenge.

Pårørende sine erfaringer med bruken av velferdsteknologien kommer frem i studien av Fänge et al., (2020). Flere av de pårørende ga uttrykk for at de syntes produktene som ble brukt ga dem trygghet og støtte. Ved å kunne overvåke brukeren fra lengre avstand, følte de seg trygge på at dersom en alarm skulle utløses kunne de raskt ta kontakt. Pårørende formidlet videre at teknologien ga de en følelse av å ha oversikt over hverdagssituasjonen til personen med demens, og de følte ikke lengre på bekymringer.

GPS-sporer var noe de ga ekstra oppmerksomhet til. Flere av de pårørende fortalte at de ofte var redde for at brukeren skulle gå ut døren og gå seg vill, og ikke komme seg hjem igjen. GPS sporing var derfor noe de så på som et svært positivt bidrag og tiltak (Fänge et al., 2020). De pårørende til Jan formidlet at det var viktig å respektere at han ønsket å gå lange turer alene, selv om han gikk ut til alle døgnets tider. GPS'en gjorde at de kunne slippe de sterke bekymringene på om de ville finne han igjen (Grut et al., 2017).

Jeg har selv erfart å være pårørende til en person med demens. Min bestemor var en såkalt vandrer og gikk ofte ut på tur. Etter hvert som tilstanden hennes forverret seg, glemte hun å ta på seg tilstrekkelig med klær for å kunne gå ut. Det var ikke tillatt å ta i bruk GPS og dette resulterte i flere leteaksjoner med politiet involvert. Vi måtte til slutt søke om plass på sykehjem fordi vi ikke lengre følte oss trygge på at hun ville komme seg hjem på egen hånd.

Målet med teknologien er et at den skal gi økt trygghet, selvstendighet og gjøre det mulig å bo lengre hjemme om ønskelig. Redusert hukommelse og desorientering kan skape mange utfordringer og farlige situasjoner i hjemmet personer med demens (Fjørtoft, 2016, s. 74).

Det fremgår i studien til Isaksen et al., (2017) at flere av brukerne var tilfreds med teknologien og opplevde denne som et positivt bidrag i hverdagen. Ved å stole på teknologien ga det dem en økt følelse av trygghet. En av informantene forklarte at det var nå flere ting han kunne gjennomføre alene i dag, som han ikke kunne gjøre tidligere. Videre fortalte han at den mobile alarmen fungerte også når han var ute og vandret, og følte seg tryggere med denne enn med den tidligere alarmen som var knyttet til fasttelefonen og bare virket inne i leiligheten.

Mine egne erfaringer med GPS fremgår fra min første praksis på sykehjem. Her opplevde jeg at en bruker hadde GPS med seg i form av et smykke som hun bar på. Dette brukte hun hver dag, og hadde det alltid med seg når hun var ute og gikk på dagen. Før hun fikk GPS-smykke fikk hun ikke lov til å gå ut på egen hånd. Hun ga et klart uttrykk for at hun følte seg trygg, og selvstendig når hun nå kunne være ute og gå akkurat når hun selv ønsket det. Det ga henne en følelse av frihet som hun ikke opplevde før hun fikk GPS.

Gunn, som har demens, fikk i studien til Arntzen et al., (2016) en forenklet fjernkontroll for styring av TV. Samtidig installerte ektemannen hennes gjenstandsfindere på viktige ting som Gunn ryddet bort i hjemmet deres. For ham ga produktet en reduksjon av stress og angst, og Gunn følte mestring når hun endelig kunne operere fjernsynet selvstendig.

I studien til Grut et al., (2017) formidles synspunktet til Jan og Petter. De fortalte at mulighetene til å bevege seg fritt omkring var viktigere enn full trygghet. De la begge vekt på verdien av å selv kunne bestemme når og hvor de skulle gå.

5.2 Teknologitilpassing

Personer med demens har ofte vanskeligheter med å formidle hvordan de har det, og hvilke behov de har. Opplevelsen avhenger av hvor langt de er kommet i demensforløpet, og i den tidlige fasen vil de ha større innsikt og forståelse av det som skjer rundt de (Fjørtoft, 2016, s. 74–75). Det er viktig at teknologien kommer inn i den tidlige fasen for å forstå nytten og hvordan teknologien brukes.

I studien gjort av Fänge et al., (2020) påpeker pårørende viktigheten av innføring av teknologien skjedde i den tidlige fasen av demens. Personen med demens ville da forstå funksjonen til produktet bedre. Etter hvert som sykdommen utviklet seg opplevde de pårørende at det ble vanskeligere for brukerne å forstå fordelene med teknologien, og det ble derfor vanskeligere for dem å ta den i bruk. En av de pårørende forklarte at deres mor alltid er vant til å trekke ut stikkkontakten til lampen hver kveld for å spare strøm. Da vil ikke lampen lengre kunne styres av den nye teknologien. Eksempelet illustrer at det er viktig at teknologien kommer inn tidlig i forløpet, slik at moren ville da forstå hva lampesensoren kunne gjøre og hun lengre ikke trengte å trekke ut stikkkontakten.

Pårørende til Gunn erfarte at dersom den gamle TV-fjernkontrollen lå på bordet i stuen, hadde hun en tendens til å umiddelbart hente denne, og hun ville da trenge hjelp til å styre fjernsynet igjen (Arntzen et al., 2016). Dette eksempelet illustrerte at det er viktig at Gunn blir vant til den nye fjernkontrollen i den tidlige fasen av demens, slik at hun forstår hvorfor hun skal benytte seg av denne, og hva den hjelper med.

Kommunikasjon mellom alle parter er noe som står som svært sentralt. I studien til Arntzen et al., (2016) uttalte både personene med demens og deres pårørende at de selv ikke var klar over sine egne behov, eller hvilke løsninger som kunne hjelpe dem med å takle de hverdagslige utfordringene. Gjennom deltakelse i prosessen, kommunikasjon og refleksjon, og prøving og feiling, utviklet både brukere og deres pårørende ny innsikt og forståelse for teknologien.

Teknologi er individuelt, og passer ikke for alle. Folk er forskjellige og kommer fra ulike utgangspunkt (Nakrem, 2017, s. 96–97). Det er viktig at produktene blir tilpasset hver enkelt slik at brukeren føler et positivt bidrag i hverdagen når velferdsteknologien blir tatt i bruk.

Utseende på teknologien var noe brukerne bet seg merke i. En av brukerne i studien til Isaksen et al., (2017) forklarte at alarmen hang i en såpass tynn tråd at den ga henne gnagsår på halsen. Utforming og brukervennlighet er avgjørende for at teknologien skal bli brukt og tilpassing etter egne behov er viktig. Utseende og utformingen vil ha forskjellig betydning fra person til person.

Min erfaring etter flere praksiser er at alle brukere har forskjellige verdier som de verdsetter. Jeg husker et tilfelle i praksis hvor en bruker med demens hadde fått en ny elektrisk tannbørste fra institusjonen. Hun ga et klart uttrykk til oss at for henne var det helt uaktuelt å bruke denne. Både fordi det ikke hadde blitt kommunisert med henne om hvorfor hun trengte en ny tannbørste, og det var ikke den røde, fine tannbørsten hun pleide å bruke. Tannbørsten ble derfor ikke brukt, og meningen forsvant. Jeg fikk her innblikk i hvor viktig det er å kommunisere med brukerne før en eventuell implementering, uansett om det er for deres beste, samtidig å alltid huske å legge til rette for brukerne så mye som mulig, selv ved små endringer.

5.3 Opplæring av helsepersonell

I følge Fänge et al., (2020) har de pårørende oppfattet en følelse av frykt og usikkerhet blant personalet i hjemmetjenesten. De ser ikke ut til å vite hva funksjonen til produktene er, og det har vært tilfeller hvor de begynner å tukle med teknologien uten å vite hvordan den fungerer, og hvordan den skal tas på igjen.

Som tidligere nevnt er empowerment vesentlig i arbeidet som helsepersonell med å bistå de eldre med demens til å mestre teknologien (Fjørtoft, 2016, s. 127). I studien til Isaksen et al., (2017) ble det beskrevet av flere brukere at interesse og kunnskap om teknologien fra personalet var viktige faktorer for å lykkes. Noen av brukerne opplevde at overgangen fra tidligere kjent teknologi til velferdsteknologi var enkel. Dette var for de som brukte og var erfarne med mobiltelefon, nettbrett og andre digitale alarmer fra tidligere. De ga uttrykk for at de ikke hadde behov for særskilt opplæring når de skulle ta i bruk de nye teknologiske hjelpemidlene. Det var likevel flere brukere som trengte mer opplæring fra personalet enn øvrige.

Som nevnt i teorien er helsepersonell generelt positive til å ta i bruk teknologi i helsetjenesten, men det er ikke alle som er like begeistret for dette. Teknologien vil kreve kompetanse og ferdigheter, noe ikke alle er like innstilt på å lære (Nakrem, 2017, s. 69).

I hjemmesykepleien er det mange som er ansatt i små stillingsprosenter, som ikke har fått tilstrekkelig med opplæring, og er dermed ikke vant til å bruke velferdsteknologi. Flere blir oppfattet som redd for å gjøre feil, og velger å forholde seg passive, mens andre gjør for mye uten å vite hva de gjør. Dette skaper igjen nye utfordringer (Nakrem, 2017, s. 30).

Blant personalet ble bekymringer om bruk av teknologien spredt, selv for de som brukte hverdagsteknologi til vanlig. Flere uttrykte at de ikke var noe datageni (Evans et al., 2020). I min egen utdanning som helsepersonell har vi hatt lite fokus på velferdsteknologi på skolen, og temaet er lite dekket i pensumbøkene. I min praksis i hjemmetjenesten var det tilfeller hvor fåtallet av de ansatte hadde innlogging på pilledispenserne, og resten av personalet hadde verken opplæring eller tilgang. Dette førte til usikkerhet og frustrasjon, både blant personalet, brukere og pårørende.

Det hadde også vært tilfeller der ansatte hadde fjernet det teknologiske hjelpemiddelet fordi det ble opplevd som overflødig. Dette var hos brukerne som allerede hadde tett oppfølging og flere daglige tilsyn av hjemmetjenesten (Isaksen et al., 2017). Mangel på interesse eller engasjement ovenfor teknologi holdt personalet tilbake, og overførte dette til brukerne. Et av personalet beskrev teknologien som trøbbel. Når personalet hadde denne negative holdningen til de teknologiske hjelpemidlene, smittet det over på brukere og skapte en barriere. Som profesjonell sykepleier handler de ut fra fagkompetanse uten at egne følelser forstyrrer handlingene. Personalet skal sikre empowerment hos personer med demens, støtte de og gjøre de i stand til noe de tidligere ikke kunne (Tveiten, 2020, s. 213). Ved å vise lite interesse eller engasjement og fjerne teknologien, arbeider helsepersonellet etter egne preferanser og lar ikke brukerens behov bli prioritert.

5.4 Smart, men ikke intelligent teknologi

Pårørende forklarte at teknologien ga for mange «falske» alarmer. For pårørende i Fänge et al., (2020) sin studie formidles det «alarmtretthet». Dette ble opplevd fordi dørsensoren ikke skilte mellom de forskjellige personene som gikk gjennom døren, men bare når den ble åpnet eller lukket. Dette gjorde at alarmen ble utløst flere ganger daglig, og for pårørende som

hadde alarmen tilkoblet til telefonen mottok de flere alarmer daglig. For deltakerne fungerte teknologien bra, mens de pårørende rapporterte at produktene ikke alltid fungerte slik de ønsket. Dersom det hadde vært en måte for helsepersonellet å registrere at de kom til boligen, så burde ikke døralarmen blitt utløst når de kom på besøk. De uønskede alarmene ville blitt redusert, og pårørende mindre frustrert.

Sengesensoren forårsaket flere tilfeller med problemer. Enten var størrelsen for liten til å passe til en normal dobbeltseng, eller den var ikke riktig installert, og sensoren fungerte ikke i det hele tatt. De pårørende kunne dermed ikke stole på produktene og påliteligheten forsvant. Systemet hjelper, men ikke helt, hadde pårørende fortalt (Fänge et al., 2020).

Det var flere av brukerne som var skeptiske til teknologien i starten, men flere ble fornøyde etter hvert. Likevel var det noen som ikke ønsket å beholde teknologien etter at forsøksperioden var ferdig. Et utvalg av brukere hadde i studien til Isaksen et al., (2017) beskrevet at teknologien forstyrret hverdagen med alarmering, og de ønsket å få den fjernet. En bruker hadde lurt på om hjemmetjenesten kunne ta med seg medisindispenseren, eller om han måtte levere den tilbake selv. Opplevelsen av nytten med produktene ble overskygget av ulempene. Flere var også bekymret for hvem som skulle dekke for utgiftene når studien var over. Det var også meldt fra brukere at de opplevde det som flaut når produktene bråkte når de hadde besøk. Det ble opplevd som et problem, og de turte ikke å fortelle hva de teknologiske hjelpemidlene var til.

I studien av Isaksen et al., (2017) var det flere brukere som hadde fått en pilledispenjer i hjemmet sitt. De ga uttrykk for at denne gjorde at de følte seg innestengt i hjemmet, fordi de nå måtte holde seg hjemme hver gang de skulle få medisin. I motsetning til en pilledosett de tidligere kunne bære rundt på. Jeg har selv erfart å bruke en nyere pilledispenjer som har en «reisemodus», hvor brukeren kan ta ut medisiner for dager brukeren skal reise vekk. Dette ga brukere en frihet og dette var noe de satt stor pris på.

Som nevnt tidligere har personer med demens redusert orienteringsevne, og de vil derfor ikke kunne forutse hvor det vil bli mangel på mobildekning (Kirkevold & Brodtkorb, 2014, s. 411–417). Å kunne stole på teknologien er en forutsetning for å føle økt trygghet. For eldre som bodde litt mer i utkant av byen kunne mobilnett og dårlig dekning skape problemer. Det var tilfeller hvor brukere fortalte at de hadde vært ute på tur og hadde behov for hjelp, men befant

seg et sted uten mobildekning og alarmerne fungerte ikke (Isaksen et al., 2017). Etter slike hendelser opplevde flere brukere at teknologien ga dem en falsk trygghet. Dersom teknologien var intelligent kunne alarmerne gitt beskjed til brukeren at nå har dekkningen forsvunnet og at den ikke lenger vil fungere som tiltenkt.

6 Konklusjon

Med bakgrunn i teori, forskning og mine egne erfaringer har jeg fått innsikt i hvordan velferdsteknologien oppfattes av personer med demens og deres pårørende. Min konklusjon ved å belyse problemstillingen er at velferdsteknologien oppfattes som et positivt bidrag for både bruker og pårørende. Det er viktig at kommunikasjonen mellom bruker, pårørende og helsetjenesten er god. En av de viktigste forutsetningene for å lykkes med teknologien er at personalet er godt opplært og sitter med oppdatert kunnskap. En god dialog for å få produktene tilrettelagt og tilpasset er vesentlig for at de skal ta del i behandlingen. Det er flere informanter som forklarer at de klarer seg bedre i hverdagen, føler seg mer selvstendig og gir dem økt grad av trygghet. Teknologien er i startfasen av utviklingen, og det er viktig å prøve og feile for å finne ut hvilken produkter som fungerer tilfredsstillende. Avslutningsvis vil jeg understreke at det også er kommet frem negative opplevelser ved bruk av teknologien, men mye av dette skyldes dårlig ergonomi, dårlig opplæring blant personalet og dårlig kommunikasjon overfor bruker og pårørende. Det er viktig at alle er innforstått med hvorfor teknologien skal tas i bruk og det må gjøres individuelle tilpasninger for å optimalisere virkningen og bruken.

7 Litteraturliste

- Arntzen, C., Holthe, T., & Jentoft, R. (2016). Tracing the successful incorporation of assistive technology into everyday life for younger people with dementia and family carers. *Dementia* (London, England), 15(4), 646–662.
<https://doi.org/10.1177/1471301214532263>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg* [Melding til Stortinget].
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Evans, N., Boyd, H., Harris, N., Noonan, K., Ingram, T., Jarvis, A., Ridgers, J., & Cheston, R. (2020). The experience of using prompting technology from the perspective of people with Dementia and their primary carers. *Aging & Mental Health*, 1–9.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745145>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforl.
- Fänge, A. M., Carlsson, G., Chiatti, C., & Lethin, C. (2020). Using sensor-based technology for safety and independence – the experiences of people with dementia and their families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 648–657.
<https://doi.org/10.1111/scs.12766>
- Grut, L., Øderud, T., & Bøthun, S. (2017). GPS som hjelpemiddel for personer med orienteringsvansker. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2490273/GPS%2bsom%2bhjelpemiddel%2bfor%2bper>

soner%2bmed%2borienteringsvansker-revidert-10032017-
akseptert.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Hauvik, S., & Eines, T. (2019, mai 28). Slik kan ny teknologi gi økt trygghet i hjemmet.

<https://sykepleien.no/forskning/2019/05/slik-kan-ny-teknologi-gi-okt-trygghet-i-hjemmet>

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

Helsebiblioteket. (2016, juni 3). Sjekklistene. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.

[/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene](#)

Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). Arbeidsmarkedet for

helsepersonell fram mot 2035. 90. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368

Innovasjon i omsorg ; utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 26. Juni 2009.

(2011). Departementenes Servicesenter, Informasjonsforvaltning.

Isaksen, J., Paulsen, K., Skarli, J., Stokke, R., & Melby, L. (2017). HVILKE NYTTE HAR

HJEMMEBOENDE MED HJELPEBEHOV AV VELFERDSTEKNOLOGI? 24.

Kirkevold, M., & Brodtkorb, K. (2014). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle

pasienten (A. Ranhoff, Red.; 2. utg.). Gyldendal akademisk.

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

<https://www.ks.no/globalassets/1.0-andre-gevinstrealiseringsrapport-med-anbefalinger.pdf>

Moser, I. (2019). Velferdsteknologi: En ressursbok (1. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse-

og omsorgstjeneste (Johannes Sigurjonsson, Red.). Cappelen Damm akademisk.

Skjøstad, O., Hjemås, G., & Svetlana, B. (2017). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. ssb.no. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>

ssb.no. (2020, juni 3). Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge. ssb.no. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>

Søk i kanalregister | NSD - Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). Hentet 27. mai 2021, fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=&tv=true>

Teknologi og demens i Norden: Hvordan bruker personer med demens tekniske hjelpemidler : en intervjuundersøkelse i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. (2008). Aldring og helse. <https://butikk.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=1019>

Teknologirådet. (2009). Fremtidens alderdom og ny teknologi.

Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2008). Pedagogikk i sykepleiepraksis. I Norbok (2. utg.). Fagbokforl. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2012072708152

Tveiten, S. (2020). Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning (2. utgave.). Fagbokforlaget.

Tønnesen, M. (2018, juni 26). Lavere befolkningsvekst framover. ssb.no. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-befolkningsvekst-ramover>

8 Vedlegg

8.1 Litteratormatrise

| Forfatter. Årstall. Tidsskrift | Metode | Deltakere | Hensikt | Resultater |
|--|---|--|---|--|
| Isaksen et al. (2017). Tidsskrift for omsorgsforskning | Semistrukturerte intervjuer med brukere og fem fokusgruppeintervjuer med ansatte i to kommuner. | N= deltakerne hadde en form for kognitiv svikt | Å undersøke hvilken erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester. | <ul style="list-style-type: none"> - Økt mobilitet - Økt trygghet - Mer selvstendig |
| Fänge et al. (2020). <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 34: 648–657 | Semistrukturerte intervjuer | N= 9 personer med demens og 21 pårørende | Evaluere effekten av sensorbasert teknologi for sikkerhet og uavhengighet i hjemmene og redusere behovet for tilsyn av blant annet familiemedlemmene til personer med demens. | <ul style="list-style-type: none"> - Forståelse og akseptere teknologien og dens formål - Påliteligheten til teknologien - Forhandle sikkerhet og personvern - Potensialet til sensorbasert digital teknologi |
| Evans et al. (2020). <i>Aging & Mental Health</i> | Semistrukturerte intervjuer | N= deltakere med mild til moderat demens og deres omsorgspersoner. | Å forstå opplevelsen av å bruke den elektroniske prototypen hjemme. | <ul style="list-style-type: none"> - Holdning til teknologien - Brukervennelighet - Følelsesmessig innvirkning |
| Grut et al. (2017). Tidsskrift for omsorgsforskning | Dybdeintervjuer | N= 5 personer med kognitiv svikt og orienteringsvansker | Å få innblikk i brukernes refleksjoner over det å være bærer av en GPS-enhet. | <ul style="list-style-type: none"> - det er viktig å være den som bestemmer når de vil gå ut, hvor lenge de skal være ute og hvor de skal gå. - balansen mellom opplevelse av trygghet og bevegelsesfrihet dreier seg om hvilken risikoopplevelse de ønsker å leve med. - for å få en god opplevelse av bruken, er det viktig å forstå hva lokaliseringsteknologi er, og hvordan den fungerer. |
| Arntzen et al. (2016). SAGE Journals. | Dybdeintervjuer | N= 12 yngre med demens og 14 omsorgspersoner. | Å utforske hva som kjennetegnet implementeringsprosessen når teknologiske hjelpemidler ble opplevd som gunstig for personene med demens og omsorgspersonene. | <ul style="list-style-type: none"> - Teknologien måtte være verdifull ved å takle praktiske, emosjonelle og relasjonelle utfordringer - Teknologi må passe godt inn, eller være en bedre løsning enn, vanlig praksis og etablerte strategier - Teknologien måtte generere positive følelser og bli et pålitelig og et pålitelig verktøy - Teknologi måtte være brukervennlig, tilpasningsdyktig og håndterbar - Teknologi måtte interessere og engasjere personalet |



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 10-06-2021 12:30 | Termin: | 2021 VÅR |
| Slutt dato: | 14-06-2021 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave i sykepleie | | |
| Flowkode: | 203 SK152 1 O 2021 VÅR | | |
| Intern sensor: | Terese Bjordal | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 264 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7972 |
|----------------------|------|

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei