



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390

Predefinert informasjon

Startdato:	18-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR1
Sluttdato:	01-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2023 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	222
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7955
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	8
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

BACHELOROPPGAVE

Velferdsteknologi - Kan det støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger hjemme?

Welfare technology – Can it be used to support people with mild cognitive impairment to live longer at home?

Kandidatnummer: 222

SYKS390 Bachelor i sykepleie

Institutt for Helse og Omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 1. juni 2023

Antall ord: 7955

Sammendrag

Tittel: Velferdsteknologi – Kan det støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger hjemme?

Bakgrunn: Jeg har opplevd at sykepleiers kunnskap og framgangsmåte ved innføring av teknologiske løsninger hos personer med mild kognitiv svikt, har vært ikke ideell, sett mulighet for forbedring og ønsket mer kunnskap om dette. Offentlige utredninger forteller at det er et stort og økende behov for teknologi som kan støtte hjemmeboende personer med glemsomhet og mild kognitiv svikt.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ta i bruk velferdsteknologi til å hjelpe personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger hjemme?

Hensikt: Få mer kunnskap om hvordan en som sykepleier kan ta i bruk ulik velferdsteknologi som hjelpemiddel til eldre med mild kognitiv svikt, så de kan mestre hverdagen sin på en god måte og bo lenger hjemme som konsekvens av dette.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, basert på forskning, teori og erfaringer. Jeg har brukt databasene CINAHL, Medline og IDUNN for å finne forskning. Datamateriale er valgt ut ved bruk av sjekklister for kvalitative studier.

Resultat: Resultatene fra forskning avdekket at velferdsteknologiske løsninger fungerer godt for veldig mange, men det er skeptikere både blant brukere og sykepleiere. Tematikker som gikk igjen i resultatene var trygghet, selvstendighet, mestring, holdninger, drift og kunnskap. Flere sykepleiere opplevde mangel på kompetanse, noen var skeptisk til å bli «byttet ut», mens de fleste så muligheter i slike hjelpemidler. Blant brukere var det de aller fleste som opplevde teknologien som positiv og av dem som fikk prøve det gjennom studier ønsket nesten alle å beholde den.

Konklusjon: Jeg konkluderer med at som sykepleier, for å kunne bruke teknologien for å støtte denne brukergruppen, må man ha kunnskap om kartlegging av behov og ønsker, se individet og alltid være bevisst på å føre en faglig forsvarlig og god praksis utøvelse.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, mild kognitiv svikt, sykepleieomsorg

Abstract

Title: Welfare technology – Can it be used to support people with mild cognitive impairment to live longer at home?

Background: I have experienced that nurse's knowledge and procedure when introducing technological solutions for people with mild cognitive impairment, has not been ideal and I have wanted more knowledge on the matter and saw an opportunity for improvement. Public investigations show that there is an increasing demand for technology that can support people living at home with forgetfulness and mild cognitive impairment.

Research question: How can nurses use welfare technology to help people with mild cognitive impairment live longer at home?

Purpose: To gain more knowledge about how a nurse can use various welfare technologies as an aid to elderly people with mild cognitive impairment, so that they can cope with their everyday life in a good way and live longer at home as a consequence.

Method: This thesis is a literature study, based on research, literature and experiences. I have used the databases CINAHL, Medline and IDUNN to find research. Data material has been selected using checklists for qualitative studies.

Result: The results of research revealed that welfare technology solutions work well for many, but there are skeptics both among service users and nurses. Themes that recurred in the results were security, independence, mastery, attitudes, operations, and knowledge. Several nurses experienced a lack of competence, some were skeptical about being "replaced", while most saw opportunities in such technological aids. Among users, the vast majority experienced the technology as positive and of those who were able to try it through studies, almost all wanted to keep it.

Conclusion: I conclude that as a nurse, to be able to use technology to support this user group, one must have knowledge of mapping needs and wishes, see the individual and always be aware of carrying out professionally sound and good nursing practice.

Keywords: Welfare technology, mild cognitive impairment, nursing care

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
Abstract	
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Oppgavens hensikt	3
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Avgrensing av problemstilling.....	3
1.5 Begrepsavklaring	4
2.0 Teori	5
2.1 Joyce Travelbee's sykepleieteori	5
2.2 Velferdsteknologi i hjemmet.....	6
2.3 Velferdsteknologi og mild kognitiv svikt	7
2.4 Etikk og yrkesetiske retningslinjer.....	9
3.0 Metode.....	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.1.1 Kvalitativ og kvantitative forskningsartikler	11
3.2 Søkestrategi.....	12
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.3 Presentasjon av søk	14
3.3.1. Vurdering av egen oppgave	18

3.3.2. Kritisk vurdering av forskningsartikler	18
3.3.3 Etisk vurdering	19
4.0 Resultater.....	20
4.1 Artikkel 1	20
4.2 Artikkel 2	21
4.3 Artikkel 3	22
4.4 Artikkel 4	22
4.5 Artikkel 5	23
4.6 Artikkel 6	24
4.7 Analyse av resultat.....	25
5.0 Drøfting	27
5.1. Trygghet og selvstendighet.....	27
5.2. Holdninger og kunnskap	28
5.3. Brukertilpasning av teknologien.....	29
6.0. Konklusjon	31
7.0 Referanseliste	32
Vedlegg	35
Vedlegg 1:.....	35
Vedlegg 2:.....	40

1.0 Innledning

Temaet i denne bachelor oppgaven er velferdsteknologi. Oppgaven tar for seg hvordan sykepleiere kan bruke teknologiske løsninger for å støtte personer med mild kognitiv svikt, slik at de kan bo lengre i eget hjem.

Helsesektoren opplever store utfordringer knyttet til demografi. En stadig økende levestandard og generelt forbedret helsetilstand blant befolkningen gjør at flere lever lenger, men gjerne med kroniske sykdomsbilder eller med sammensatte pasienttilstander. Det er gjort store framskritt i behandling og diagnostikk verktøy som gjør at mennesker kan overleve sykdommer de tidligere ikke gjorde (Grimsbø, 2021, s. 294). Det vil ikke være nok ansatte i morgendagens helsevesen til å gjennomføre oppgaver slik de gjøres i dag (Heskestad, 2020, s. 24).

Slik situasjonen ser ut i dag vil et anslag på underdekningen av sykepleiere og helsepersonell mot 2035 øke sterkt fordi antallet personer over 80 år forventes å øke i stor grad fra år 2020 og fram til 2035. Økningen i etterspørselen på sykepleiere og helsepersonell blir dermed større fordi det er de personellgruppene som i hovedsak er sysselsatt innen pleie- og omsorgstjenestene eller i spesialisthelsetjenesten (Roksvaag & Texmon, 2012).

Etterspørselsveksten for sykepleierne er antatt å være svært høy gjennom framskrivingsperioden. Med forutsetningene som legges til grunn i referansebanen vil etterspørselsveksten være en av de høyeste blant alle personellgruppene i Norge, 65%, fram mot 2035 (Roksvaag & Texmon, 2012, s. 51).

Den teknologiske utviklingen i helse- og omsorgstjenestene har de siste tiårene vært eksplosiv. Nye og bedre behandlingsmetoder har ført til mer effektiv behandling og et bedre tjenestetilbud. Det er stor sannsynlighet for at helse- og omsorgstjenestene har et stort uutnyttet potensial for å ta i bruk og utvikle gode teknologiske løsninger, spesielt i pleie- og omsorgstjenesten, men det er fortsatt slik at mange av tjenestene er personellintensive,

spesielt pleie- og omsorgstjenestene. Det er derfor ikke sikkert at den teknologiske utviklingen vil gi store utslag, Det personellet vi har i dag kan derfor være nødvendig for å opprettholde en god og nær helsetjeneste (Roksvaag & Texmon, 2012, s. 70).

For å finne løsninger på disse utfordringene vi ser komme i framtiden, må vi kunne ta i bruk teknologi som kan løse oppgaver med eller for oss og bruke ressursene vi har på andre måter (Heskestad, 2020, s. 24). Nasjonale myndigheter satser stort på velferdsteknologi, og en rekke fagmiljøer bidrar innen forskning og høyere utdanning til videreutvikling og forskning på effektene av å ta i bruk velferdsteknologi (Heskestad, 2020, s. 12).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om temaet velferdsteknologi som kan støtte personer med mild kognitiv svikt og hvordan samspillet mellom teknologien og brukeren kan få dem til å bo lengre hjemme. Det er et stort og økende behov for teknologi som kan støtte hjemmeboende personer med glemsomhet og mild kognitiv svikt, slik at brukeren klarer seg bedre og kan bo lengre hjemme i egen bolig (NOU, 2011, s. 100).

Bakgrunnen for at jeg har valgt meg dette tema er at jeg synes det er utrolig spennende hva teknologien kan gjøre og hvilken ressurs det kan være om det blir brukt på en god måte. Jeg ser også utfordringene som ligger foran oss i helsetjenesten, i form av at det vil bli en større og annerledes brukergruppe og vi vil bli færre sykepleiere som jobber. Da vil det være avgjørende at vi får på plass gode løsninger som kan være ressurser for helsetjenesten. En annen grunn til mitt valg av tema er personlige erfaringer fra praksis og jobb. Jeg har vært i praksis i hjemmesykepleien hvor de aktivt brukte elektroniske medisindosetter og trykksensalarmer hos flere brukere, og jeg fikk med det oppleve på godt og vondt konsekvenser slike hjelpemidler kan ha for både bruker og sykepleiere i hjemmesykepleien. Jeg har også erfaring fra demens og Alzheimer i nær familie, og har opplevd hvilke muligheter teknologien kunne gitt personer med mild kognitiv svikt i form av selvstendighet og mestringsfølelse.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan en som sykepleier kan ta i bruk ulik velferdsteknologi som hjelpemiddel til eldre med mild kognitiv svikt, slik at de kan mestre hverdagen sin på en god måte og bo lenger hjemme som konsekvens av dette. I oppgaven ønsker jeg også å søke kunnskap om hvordan teknologien må virke for å ha best mulig nytte for brukeren, og hvilke holdninger, verdier og løsninger som må være på plass for at det skal fungere godt for bruker og sykepleier. Gjennom å arbeide med denne oppgaven ønsker jeg også å oppnå kunnskap og innsikt i problemstillingen og de emnene den omfatter. Gjennom en god skriveprosess vil jeg tilegne meg kunnskap om grundighet, selvstendighet og systematikk.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen for denne oppgaven er: “Hvordan kan sykepleier ta i bruk velferdsteknologi for å støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger hjemme?”

1.4 Avgrensing av problemstilling

Velferdsteknologi er et stort tema i rask utvikling og i denne oppgaven blir kun en liten del av dette belyst. Jeg har valgt å begrense oppgaven til personer med mild kognitiv svikt som bor hjemme i egen bolig og kan samtykke. Mild kognitiv svikt (Mild cognitive impairment, MCI) kan beskrives som en reduksjon i kognitive prestasjoner, og er velkjent ved økende alder (Skovdahl, 2020, s. 417). Det er derfor ikke avgrenset alder i oppgaven da mild kognitiv svikt oftest forekommer ved økende alder. Det er tatt et valg om å ikke inkludere lovverk i oppgaven, da oppgavens omfang ville blitt for stort. Jeg vil fokusere på hva sykepleiere kan gjøre for å ta i bruk teknologien for å støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger i sitt eget hjem.

1.5 Begrepsavklaring

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Det styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (Helsedirektoratet, 2022). Helseteknologi, velferdsteknologi og omsorgsteknologi er begreper som blir brukt om hverandre, men beskriver alle teknologier som skal understøtte og styrke brukernes trygghet og sikkerhet (Flovik, 2018, s. 150). I denne oppgaven blir velferdsteknologi det valgte begrepet for å representere dette.

Mild kognitiv svikt (Mild cognitive impairment, MCI) kan beskrives som en reduksjon i kognitive prestasjoner, og er typisk ved økende alder (Skovdahl, 2020, s. 417).

2.0 Teori

2.1 Joyce Travelbee's sykepleieteori

Travelbee's interaksjonsteori er valgt for denne oppgaven fordi den har fokus på interaksjonen mellom mennesker og det mellommenneskelige aspektet i sykepleiefaget. Det er en sentral teori som har hatt og enda har stor innflytelse på den norske sykepleierutdanningen og fagutøvelse (Kirkevold, 1998, s. 113). Travelbee definerer sykepleie som: «...en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Kirkevold, 1998, s. 113).

Det er sykepleiers roller og metoder som er sentrale i denne teorien, det å bruke seg selv som sykepleier hyppig i terapeutisk samhandling med pasienten. Travelbee beskriver også nødvendigheten av å gi hjelp til å akseptere at personen er sårbare som menneske og bevare håp i det. Sentrale begreper hun trekker frem som grunnleggende i denne teorien er: individ, mening, lidelse og kommunikasjon (Kirkevold, 1998, s. 114-115). Travelbee tar sterkt avstand fra alle generaliserte oppfatninger av mennesket. Hun tar vekk begreper som sykepleier og pasient, da de generaliserer og fjerner personens spesielle trekk og løfter kun frem fellestrekk. Hun mener slike merkelapper kan bli styrende og ta overhånd over menneskets egne spesielle kvaliteter (Kirkevold, 1998, s. 114-115).

Alle mennesker vil i løpet av livet erfare lidelse. Lidelse er ofte knyttet til sykdom, som kan føre til tap av åndelig, kroppslig og emosjonell integritet. Travelbee hevder at det er mye viktigere at en sykepleier forholder seg til en persons opplevelse av lidelse og sykdom, enn å forholde seg til en diagnose eller objektiv vurdering (Kirkevold, 1998, s. 114-115). Å finne meningen med livets ulike erfaringer er fundamentalt, mener Travelbee. Hun sier også at erfaringer med ulik sykdom eller lidelse ikke har noe spesifikk mening i og av seg selv. Kun den syke personen som opplever konsekvensen av disse tilstandene kan knytte mening til dem, eller oppdager verdi i disse erfaringene (Kirkevold, 1998, s. 116). For henne er det viktig at individet reagerer på den andre persons «menneskelighet». Hvis ikke dette tas alvorlig mener Travelbee at det vil umenneskeliggjøre sykepleieren. Empati er ønske om å

fatte og forstå den andre personen, sympati er ønske om å avhjelpe lidelse, og gjensidig forståelse og kontakt mellom de to personene. Dette er viktige faser i menneske-til-menneskeforholdet og for at sykepleieren skal kunne gi god sykepleieomsorg til den individuelle pasienten. Sympati kan være et godt verktøy og være med på å lette lidelsen, for å hjelpe pasienten ved at personen ikke bærer byrden av lidelsen alene (Kirkevold, 1998, s. 118). Kommunikasjon er et viktig punkt for å kunne oppnå alt dette som Travelbee mener er sykepleiens hensikt. Bakgrunnen for Travelbees teori er at hun mener sykepleien trenger en tilbakevending for å få fokus på sykepleiens omsorgs-funksjon igjen. Det er en del som tyder på at vi begynner å tape engasjementet og sympatien som i all tid har karakterisert sykepleien (Kirkevold, 1998, s. 123). Situasjoner hvor denne teorien kan være sentral er; når en pasient opplever et problem eller er i en krise, når en pasient er i en situasjon som kjennetegnes av lidelse og mangel på mening, og pasienter med ulik grad av lidelse som beskrives som forbigående ubehag, sterk angst, alvorlig fortvilelse og apatisk likegyldighet (Kristoffersen, 2016, s. 26).

2.2 Velferdsteknologi i hjemmet

Velferdsteknologi er 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 (Helsedirektoratet, 2022). Slike velferdsteknologiske løsninger kan i flere tilfeller forebygge ulike behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (Grimsbø, 2021, s. 294).

Helseteknologi, velferdsteknologi og omsorgsteknologi er begreper som blir brukt om hverandre, men beskriver alle teknologier som skal understøtte og styrke brukernes trygghet og sikkerhet. Det skal gjøre dem mer selvhjulpne og øke livskvalitet og mestring (Flovik, 2018, s. 150). I denne oppgaven er velferdsteknologi begrepet som er valgt for å betegne alle disse.

Det er ikke meningen at teknologiske hjelpemidler skal erstatte menneskelig hjelp eller kontakt. Velferdsteknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig nærhet, varme og omsorg, men den kan være med å bidra til å forsterke det sosiale nettverket til brukeren, bidra til økt samspill i nettverket (Omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 28). Det er heller et hjelpemiddel

og støtteapparat for sykepleier og helsetjenestene, som gjør at hjelpen som tilbys kan opprettholde høy kvalitet uten at bemanningen må øke (Flovik, 2018, s. 150).

Velferdsteknologien kan dessuten sørge for at de som ønsker å bo i eget hjem enda lenger, kan utsette innleggelse i sykehjem eller andre institusjoner, og den kan være med å sikre et godt helhetlig pasientforløp. Slik teknologi vil derfor være en mye større del av hverdagen og tilværelsen til morgendagens sykepleiere og pasienter (Flovik, 2018, s. 150).

Direktoratet for e-helse anbefaler at begrepet velferdsteknologi deles inn i fire teknologiområder, beskrevet slik:

Trygghetsskapende teknologier: muliggjør at mennesker føler seg trygge og gis mulighet for å bo lengre hjemme. I dette inngår løsninger som øker mulighetene for sosial deltakelse og motvirker ensomhet. Dette kan være løsninger som både agerer selv, men også hvor bruker må gripe inn selv. Eksempler er trygghetsalarm, ulike overvåkningssystemer med sensorer som varsler brann, innbrudd, vannlekkasje eller fall.

Mestringsteknologier: skal muliggjøre at personer bedre kan mestre egen helse og sykdom. Her inngår det teknologiske løsninger for mennesker med kroniske sykdommer, personer med psykiske helseutfordringer eller personer med behov for rehabilitering. Medisinsk avstandsoppfølging er under dette teknologiområdet.

Utrednings- og behandlingsteknologi: teknologi som muliggjør medisinsk utredning og behandling i hjemmet. Eksempel kan være hjemme dialyse, kroppssensorer for å måle hjerterytme eller lungekapasitet.

Velværeteknologier: bidrar til at personer blir mer bevisst på sin egen helse og avhjelper ulike hverdagslige gjøremål uten at nedsatt helsetilstand er en årsak til bruk av denne teknologien. Slik teknologi kompenserer for f.eks. glemsomhet, slik at brukeren klarer seg lengre hjemme. Eksempler på slike teknologiske løsninger kan være medisindispenser, GPS eller en digital kalender som vil minne bruker på hendelser og aktiviteter (Flovik, 2018, s. 150-155).

2.3 Velferdsteknologi og mild kognitiv svikt

Demens er et ord som i lang tid har blitt brukt som et samlebegrep for sykdommer som fører til kognitiv svikt. Symptomene på dette vil være forskjellig, avhengig av hvordan hjernen er blitt påvirket. Det kliniske bildet for demens vil være svært ulikt fra menneske til menneske i

startfasen. Fordi det finnes så mange ulike former for demens, og en del andre tilstander som kan gi demensliknende symptomer, er det viktig å få en korrekt diagnose så tidlig som mulig. Det er vanlig å dele de ulike demenssykdommene inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundær demenssykdommer (Skovdahl, 2020, s. 419). Over 80% av den som bor i sykehjem i dag, har en demenssykdom, og over 40% av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har en form for demens (Grimsbø, 2021, s. 290). *Mild kognitiv svikt* (Mild cognitive impairment, MCI) kan beskrives som en reduksjon i kognitive prestasjoner, og er velkjent ved økende alder. Det foreligger når slike forandringer er litt mer uttalt en vanlig ved aldring, men likevel ikke fyller alle kriteriene for demens (Skovdahl, 2020, s. 417).

I kartleggingsoversikten “Digital health care for dementia and cognitive impairment: A scoping review” trekker forskerne frem flere tydelige resultater fra studiene de har samlet og vurdert og som omhandler enten personer med mild kognitiv svikt, demens, eller deres sykepleiere eller omsorgspersoner.

Flere av studiene etablerte at personer med mild kognitiv svikt var i høy risiko for at svikten ville utvikle seg til demens (Sohn et al., 2022, s. 5). Noen av studiene som var med løftet frem utfordringene med teknologi aksept og deltagelse. Flere av studiene fant at bruk av virtuell virkelighetsteknologi teknologi forbedret fysisk helse og daglige aktiviteter, mens andre fant at det ikke var gjennomførbart for brukerne (Sohn et al., 2022, s. 6). En del av studiene brukte spill og apper som teknologisk hjelpemiddel, også her var det veldig varierende resultater, både positivt og negativt. Smarte hjemme systemer var den kategorien med nesten 100% positivt resultat. Her viste brukerne forbedring i kognitivt minne, fornøyelse og forbedret livskvalitet (Sohn et al., 2022, s. 7). Slike «smart home» løsninger er det hjelpemiddelet som forskingen viser at tydelig fungerer best for hjemmeboende eldre med mild kognitiv svikt. Denne typen teknologiske løsninger viste også forbedring i sykepleiers arbeidshverdag og i omsorgsgivers livskvalitet. Gjennom denne kartleggingsoversikten fikk forskerne bekreftet at å vite alvorlighetsgraden av den kognitive svikten hos brukeren og hvilke teknologisk løsning som blir tatt i bruk, er to veldig viktige variabler i kvaliteten og effektiviteten av slik teknologi som bærekraftig løsning. Videre fremhever rapporten den viktige rollen sykepleiere har i å

designe og administrere velferdsteknologiske løsninger, for å kunne bruke dem som en del av en digitalisert helsetjeneste (Sohn et al., 2022, s. 9).

På nav sine nettsider finner man Hjelpemiddeldatabasen hvor man kan få en oversikt over hvilke hjelpemidler som kan være egnet for bruker og dens utfordringer. Hjelpemidler for kognisjon er alt fra alarmer som forsterker brannalarmer, røykvarslere, dørklokke og telefon, digitale kalendere, ulike tidsanvisere, hjelpemidler for å holde styr på, regne ut, eller dele opp medikamenter og utstyr for overvåkning og geografisk posisjonering (NAV, u.å.). På hvakanhjelp.no kan en finne ut hvilke teknologiske hjelpemidler som passer for hver enkelt (hvakanhjelp.no, u.å.). Det finnes også en del kartleggingsskjema, sjekklister og verktøy en kan bruke for å kartlegge brukers behov for teknologiske hjelpemidler. Det er viktig med god kunnskap om brukeren og dens behov før en foreslår løsninger, derfor kan det være lurt å starte med å kartlegge (Aldring-og-helse, u.å.).

2.4 Etikk og yrkesetiske retningslinjer

Hva er grunnen til den økte oppmerksomheten rundt etiske spørsmål i sykepleien når det kommer til velferdsteknologi? Vi kan se mot tre hovedgrunner. Den første er en hurtig teknologisk utvikling, en utvikling som kan forbedre vår helse og gjøre verden til et lettere og bedre sted å leve på flere måter, men som også kommer hånd i hånd med verdispørsmål og ulike valg i sykepleiefaget (Carson & Kosberg, 2020, s. 147). I kjølvannet av ny teknologi oppstår det ofte nye etiske problemer i yrkesutøvelsen, som spørsmål om prioritering. Spørsmålene kan også dreie seg om menneskeverd (Carson & Kosberg, 2020, s. 157). Når man skal ta i bruk velferdsteknologi i hjemmet oppstår det etiske dilemmaer i forhold til hva som er god omsorg, varme hender i kontrast til den kalde teknologi. En sykepleier kan oppleve det som en stor konflikt når omsorgsutøvelsen må vike for teknologi. Det som bør vurderes når man skal gjøre en etisk vurdering av velferdsteknologien er moralske aspekter, utfordringer med teknologien og verdiene som er involvert i situasjonen eller utfordres av teknologien. Det er også viktig å ta hensyn til menneskelivets; fysisk helhet og integritet, frihet og ansvarlighet, menneske må bli oppfattet som en helhet av kropp og sjel, sosialitetsprinsippet og subsidiaritetsprinsippet (Hoffmann, 2019, s. 103). Hoffmann skriver at ulike teknologier som sørger for sikkerhet og utfører handlinger i boliger kan øke sikkerhet og

kontakt med omverden og er noe som ønskes velkommen av de eldre selv (Hoffmann, 2010, s. 18)

Som sykepleier er det lover og retningslinjer man må følge. Slike retningslinjer er også viktig at følger hvordan helse- og omsorgstjenestene utvikler seg etter hva som er den beste praksisen. Noen aktuelle yrkesetiske retningslinjer for tematikken i denne oppgaven er: viktigheten av at sykepleieren utviser en digital dømmekraft og generelt opptrer bevisst i den digitale verden, hvordan en som sykepleier har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, viktigheten av at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten, hvordan en sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling, at sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis, at sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt og ikke minst at sykepleieren arbeider for et ressursmessig grunnlag som muliggjør for praksis (NSF, u.å). Det er dette som styrer sykepleiers yrkesutøvelse i møte med pasienter og arbeidshverdagen.

3.0 Metode

I dette kapitlet beskrives det hvilke metode som er brukt i oppgaven, framlegg av søkestrategi og metodekritikk av oppgaven.

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie er en metode som systematiserer forskning innenfor noen spesifikke temaer (Persson, 2022, s. 13). Dette innebærer å samle inn litteratur, gå gjennom den kritisk og til slutt sammenfatte det. Man skal ha en systematisk tilnærming til alle de ulike trinnene i prosessen for å sikre kvalitet og etterprøvbarehet. Meningen med dette er å gi leseren en oppdatert forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen belyser og beskrive hvordan en har kommet frem til denne kunnskapen, på en god måte (Thidemann, 2020, s. 77-78). I en bacheloroppgave er den mest vanlige benevnelsen litteraturstudie, som er en beskrivelse av all kunnskap og en analyse av et utvalg av ulike studier som finnes innenfor et bestemt fagområde, tematikk og en problemstilling (Thidemann, 2020, s. 77-80). I oppgaven er det brukt forskningsartikler med kvalitativt og kvantitativt design og litteratur i form av bøker, tidsskrifter og offentlige dokumenter og rapporter.

3.1.1 Kvalitativ og kvantitative forskningsartikler

Kvalitativ metode er den humanvitenskapelige metoden, som gir en kunnskap om menneskelige egenskaper og uttrykk som opplevelser, erfaringer, meninger, holdninger og tanker. Datainnsamling gjøres ved intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. Kjennetegn på denne metoden er dybdekunnskap (Thidemann, 2020, s. 76).

Kvantitative metode gir data etter målbare enheter, såkalte harde, kalde data som er objektive. Disse gir mulighet for svært nøyaktige regneoperasjoner som kan brukes til statistikk og formidles ofte i tabeller og diagrammer. Dette er en metode som egner seg godt for å teste hypoteser og teorier, og få vite hvordan flere faktorer samvarierer. Vanligste datasamlinger er spørreskjema med faste svar, observasjoner og eksperimenter (Thidemann, 2020, s. 75-76).

3.2 Søkestrategi

Et systematisk litteratursøk er en planlagt prosess som er etterprøvbar og kan begrunnes og dokumenteres (Thidemann, 2020, s. 82). Som sykepleier er en pliktig til å jobbe kunnskapsbasert og stadig holde seg oppdatert på kunnskap, forskning og etterleve sin praksis etter NSF sine yrkesetiske retningslinjer, «1.4. Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (NSF, u.å).

I denne oppgaven er det gjennomført systematiske søk. Databasene som hvor det ble gjennomført søk er CINAHL, Medline, IDUNN. Alle søkene ble gjennomført i mai 2023. Søkene ble gjennomført ved å først finne relevante søkeord ut fra problemstilling og tema. Her er det brukt MeSH på norsk, for å finne aktuelle norske søkeord på engelsk (UIA, 2022). Ordene som ble valgt ble lagt inn i et PICO-skjema (tabell 1), for å se om det ville gi søkeresultat som ville gi den forskningen som var ønsket for å belyse ulike sider av problemstillingen i oppgaven.

Tabell 1 – PICO skjema

P	I	C	O
Person with dementia/person med demens	Assistive technology/velferdsteknologi		Bo lengre hjemme/stay home longer.
Alzheimers disease/alzheimers sykdom	Velferdsteknologi/ Welfare technology		Home care nursing
Cognitive impariment/kognitiv svekket	Sensor teknologi/ Sensor technology		Mestring heime/ Coping at home
Sykepleie/ Nursing	Helse teknologi/ Healthcare technology		Mestring/ Coping

Elderly/Aged	E-helse/ E-Health		Trygghet heime/ Safety at home
Heimebuande/homedwelling	M- helse/ M-health		
	Telehelse/ telecare/telehealth		

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det er tatt i bruk inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 2) i søkeprosessen for denne oppgaven. Disse kriteriene er brukt for å gjøre en avgrensing av litteraturen og for å ekskludere irrelevant litteratur (Thidemann, 2020, s. 83).

Tabell 2 – Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjons kriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert i tidsrommet 01.01.2013 til 31.12.2023	Publisert før 01.01.2013
Fagfellevurdert	Oppsummert forskning
Vitenskapelig publikasjon	Fra utenfor Europa, ikke overførbart til norske forhold.
Tilgjengelig på norsk, engelsk, dansk eller svensk	Omhandlet personer som ikke brukte eller hadde erfaringer med velferdsteknologi
Innhold om personer som bruker velferdsteknologi i hjemmet eller helsepersonell som jobber med dette.	Brukerne yngre en 60 år.
Funnet gjennom systematisk søk i anerkjent database.	
Fra Europa	

3.3 Presentasjon av søk

Tabell 3 – Søk 1: Systematisk søk gjennomført i CINAHL, den 05.05.2023.

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Person with demetia		1 344
S2	Alzheimer's disease		37 219
S3	Mild Cognitive Impairment OR cognitive impairment		42 763
S4	nursing		738 852
S5	Nurses		66 769
S6	Aged OR elderly		941 326
S7	Home dwelling		535
S8	Home dwelling elderly		88
S9	Assistive Techonolgy		3 972
S10	Welfare technology		56
S11	Sensor technology		259
S12	Home helath care information systems OR healthcare technology		511

S13	e-health		21 348
S14	m-health		20 345
S15	Telehealth OR Telecare		13 786
S16	Stay home longer		4
S17	Home health care OR home care nursing		25 500
S18	Coping at home		44
S19	Home safety		1 283
S20	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		1 688 649
S21	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15		31 009
S22	S16 OR S17 OR S18 OR S19		26 775
S23	S20 AND S21 AND S22		563
S24	S20 AND S21 AND S22	20130101- 20231231	268
S25	S20 AND S21 AND S22	“Peer Reviewed”	250

Søk nr. 1 I CINAHL gav artikkelen “‘*They just came with the medication dispenser*’ – a

qualitative study of elderly service users' involment and welfare technology in public home care services.” av Glomsås et al. 2021.

Tabell 4 – Søk 2: Systematisksøk gjennomført i IDUNN, den 24.05.2023.

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning(limit)	Resultat (antall)
S1	Velferdsteknologi		99
S2	Velferdsteknologi	2013-2023	96
S3	Velferdsteknologi	«Tidsskrift for omsorgsforskning»	41

Valgte flere artikler fra søk nr. 2: «*Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom*» av Tøndel, 2018, «Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens», Holthe et al., 2017 og «Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi» av Isaksen et al., 2017.

Tabell 5 – Søk 3: Systematiskesøk gjennomført i IDUNN, den 03.05.2023.

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning(limit)	Resultat (antall)
S1	Teknologi		4231
S2	Teknologi	«Forskningsartikkel»	1118
S3	Teknologi	2013-2023	848
S4	Teknologi	«Nordisk sygeplejeforskning»	13

Søk nr. 3 gav artikkelen «*Fra vevestol til nettbrett – Helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre*» av Aardalen, Moen og Gjevjon, 2016.

Tabell 6 – Søk 5: Systematisk søk i Medline gjennomført den 16.05.2023.

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Cognitive impairment OR Cognitive dysfunction		125 912
S2	Assistive technology		7 882
S3	Aged OR Aged, 80 and over		6 004 491
S4	S1 AND S2 AND S3		106
S5	S1 AND S2 AND S3	20130101 - 20233112	81
S6	S1 AND S2 AND S3	20130101 – 20233112, Scholarly (Peer reviewed) Journals	81

Artikkel som ble valgt fra søk nr. 5 var *“Long-Term Impact of Intelligent Monitoring Technology on People with Cognitive Impairment: An Observational Study”* av Lazarou et al., 2019.

3.3.1. *Vurdering av egen oppgave*

I oppgaven er det brukt relevant faglitteratur og pensum fra sykepleiefaget. Det ble også valgt relevante fagartikler som tar for seg den samme tematikken og med liknende problemstillinger som i denne oppgaven. Forskningen er hentet ut fra godkjente databaser som; CINAHL, Medline og IDUNN. Litteraturen er i hovedsak fra godkjente forlag, organisasjoner og nettsider. Alle artiklene har en deltager gruppe som er relevant for denne oppgaven; eldre, hjemmeboende, personer med mild kognitiv svikt eller helsepersonell som jobber med slike pasientgrupper. Om andre artikler hadde blitt inkludert i oppgaven kunne det ha påvirket det endelige resultat og konklusjon av oppgaven. Dette fordi andre land kan ha andre teknologiske utgangspunkt en Norge. En annen grunn til dette kan være at artiklene som er valgt representerer en lite del av befolkningen og sykepleiere som jobber med dem og bruk av evt. andre artikler kunne gitt andre synspunkt, erfaringer og vurderinger.

3.3.2. *Kritisk vurdering av forskningsartikler*

I denne oppgaven er det valgt å inkludere 6 artikler (Glomsås et al., 2016; Isaksen et al., 2017; Aardalen et al., 2016; Tøndel, 2018; Lanzaour et al., 2019). Grunnen for valget av disse artiklene er at de alle har funn som støtter opp hvordan en sykepleier kan og bør ta i bruk teknologi for å støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger hjemme. Det er litt forskjellig hvilke perspektiver de belyser, noen har funn fra brukers perspektiv mens andre har fra sykepleier og helsepersonells perspektiv. Det er viktig å ikke bruke forskning ukritisk, det er viktig å vurdere gyldigheten av informasjonen i den gitte studien (Helsebibloteket, 2021). Når jeg skulle vurdere disse artiklene begynte jeg først og fremst med å gjennomføre en rask vurdering for å inkludere eller ekskludere artikkelen, ved å lese overskrifter, sammendrag og konklusjoner. I tillegg til dette vurderte jeg hvilke tidsskrifter artiklene var publisert i, og om den var relevant til mitt fag og tematikk. Alle forskningsartikler og faglitteratur som er inkludert i denne oppgaven er fra anerkjente fagfelleverderte tidsskrifter, databaser, og forlag (Persson, 2022, s. 57). Resultatene fra studiene viste seg å være relevant for min problemstilling. Det er brukt en sjekklister fra Helsebiblioteket, under kunnskapsbasert praksis, for å systematisk vurdere alle artiklene som er valgt i oppgaven, eks. artikkel nr.5 (vedlegg 1), (Helsebiblioteket, u.å). Alle studiene som er inkludert i denne oppgaven er kvalitative studier. Faktorer som kan påvirke tolkningen og/eller funnene av valgte artikler er f.eks. at artikkel 6 er skrevet på engelsk og er fra Hellas og derfor følger greske lover.

Gjennom oversettelsen og tolkningen av denne kan det ha skjedd mistolkning av innholdet. Denne oppgaven forholder seg til Norske lover og norsk oversettelse.

3.3.3 Etisk vurdering

Det er også svært viktig å foreta en etisk vurdering av forskningen som er valgt. Dette fordi jeg ønsker at studiene jeg velger skal følge krav til forskningsetikk. Halvparten av artiklene som er inkludert omtaler forskningsetikk og har gjort en vurdering av egen studie. Jeg har gått gjennom artiklene for å forsikre at de har tatt forskningsetiske hensyn, slik som anonymitet og samtykke. Dette er gjort ved bruk av sjekkliste for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, u.å).

4.0 Resultater

I dette kapitlet presenterer jeg forskningsartiklene jeg fant gjennom søkeprosessen min i sammendrag.

4.1 Artikkel 1

“They just came with the medication dispenser’ – a qualitative study of elderly service users involvement and welfare technology in public home care services”

Forfatter: Glomsås et al., 2021.

Hensikten med denne studien var å undersøke eldre brukeres brukermedvirkning i implementeringen og hverdagsbruken av velferdsteknologi i kommunale helse og omsorgstjenester. Dette er en kvalitativ studie, hvor de har brukt individuelt intervju som metode. De intervjuet 16 deltakere, hvor alle kunne gi samtykke, der alle hadde brukt noen form for velferdsteknologi fra før og var 65 år eller eldre. Studien fant at brukergruppen ikke var homogen. Det var stor variasjon i ønsker og behov med hensyn til brukermedvirkning i egen omsorg og hvordan velferdsteknologi skal inkluderes i det. Analysen viste likevel fire hoved tema som var gjennomgående i alle intervjuene: 1) Ulike preferanser når det gjelder brukermedvirkning, 2) individuelle forskjeller når det gjelder informasjon, kunnskap og trening, 3) føle trygghet og få hjelp, og 4) et ønske om å bli boende hjemme så lenge som mulig.

De konkluderer med at brukermedvirkning kun i en begrenset grad var innlemmet i offentlig helsetjeneste. Brukerne hadde veldig variert grad av interesse for velferdsteknologi noe som var utfordrende for brukermedvirkningen når det kom til å inkludere velferdsteknologi i omsorgen til den pasienten. De fleste deltagerne i studien hadde imidlertid et ønske om mer informasjon, kunnskap, trening og mulighet for å være aktivt med å påvirke egen omsorg. Brukermedvirkning må introduseres og legges til rette for på en forsiktig og skånsom måte, med fokus på autonomi, samarbeid, gjensidighet, respekt og dialog mellom bruker, helsepersonell og pårørende. Spesielt når det er nye elementer som teknologiske hjelpemidler som kanskje kan være nytt for brukeren, vil brukermedvirkning være enormt viktig (Glomsås

et al., 2021).

4.2 Artikkel 2

«Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens»

Forfatter: Holthe, T., Lund, A., og Landmark, B. 2017

Hensikten med studien var å undersøke om velferdsteknologi kunne støtte mestring og selvstendighet og trygge omgivelsene slik at personer med kognitiv svikt/tidlig fase demens kunne bo lenger hjemme, ved hjelp av hjemmetjenester. Formålet med denne artikkelen var å løfte frem data som kom fra fokusgruppeintervju som ble holdt i etterkant av studien. Her kommer 6 helsepersonell med flere gode synspunkt og poeng som er viktig å tenke på når man skal implementere velferdsteknologi som en del av omsorgen til denne brukergruppen. Deltagerne hadde både positive og negative erfaringer med bruk av velferdsteknologi. To av deltagerne i studien bodde på sykehjem før prosjektet startet, men begge hadde et sterkt ønske om å flytte hjem igjen, og det ble mulig som en prøveordning i forbindelse med prosjektet. Resultatene de kom frem til kan deles i tre hovedtema:

Tema 1 - Holdninger til velferdsteknologi: Det at en bruker kan greie seg selv regnes som en seier. Enkelte eldre ønsker ikke hjemmetjeneste fordi de føler seg bundet av det.

Medarbeiderne mente mange eldre kunne nyttiggjort seg medisindispenser som sier ifra når tabletten skal tas. Noen hadde erfaringer med teknologi som ikke fungerte slik den skulle og hjemmetjenesten måtte rykke ut til falske alarmer, noe som ofte kunne kreve mye tid. Flere av medarbeiderne tok opp hvilket ansvar hjemmetjenesten ville ha dersom teknologien sviktet.

Tema 2 - Erfaringer med velferdsteknologi i prosjektet: Flere medarbeidere mente at prosjektet satte søkelys på teknologi som tiltak for hverdagslige problemer som de møtte. Gjennom prosjektet mente de også at de fikk ulike ideer om hva som fins av velferdsteknologi, slik at de kunne anbefale dette videre til andre brukere. De hadde også erfart at en vellykket implementering krevde innsats fra hjemmetjenesten.

Tema 3 – Krav til å drifte velferdsteknologi som del av hjemmetjenesten: Flere mente at gode løsninger ville kunne friggi ressurser. De var veldig opptatt av å gi gode tjenester og å skaffe velferdsteknologi med viktigheten av rett brukertilpasning. De reflekterte også rundt hvor lang tid det tar å anskaffe hjelpemidler gjennom NAV. De foreslo som løsning å ha en dedikert person til dette ansvaret, en superbruker av noe slag som tar ansvar for å ha kunnskap

om teknologien og lære den videre. Noen mente at det kanskje ikke burde være hjemmesykepleien som har ansvar for dette i det hele tatt, og det de alle var veldig opptatt av var at løsningene måtte fungere og ikke skape falsk trygget til brukeren (Holthe et al., 2017).

4.3 Artikkel 3

«Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom»

Forfatter: Tøndel, 2018

Hensikten med denne studien var å se på hvordan teknologi, omsorg og høy alder kombineres, i en tid hvor samfunnets tro på teknologi og innovasjon dominerer. Tøndel har utført en mobil etnografi med det eksplorative formål å studere velferdsteknologi i elders liv. Hun hadde fokus på trygghet og sporet derfor trygghetsalarmen i kommunehelsetjenesten. I denne kvalitative studien blir det brukt flere metoder, så kalt bredt kvalitativt materiale. Det består av offentlige og organisatoriske dokumenter, intervjudata og observasjonsdata fra ledere, pleiere og brukere av kommunale omsorgstjenester. Resultatene hun fikk var at trygghet i praksis ofte betydde en kontinuerlig omsorg. Trygghetsalarmene gir muligheter, men resultatet er aldri bedre en summen av samspillet med og rundt alarmen, altså mellom pleier og bruker. Presset kapasitet og lite bemanning i hjemmesykepleien medfører at det blir flere alarmer på færre pleiere. Dette mener Tøndel kan «nedjustere ørets sensitivitet for omsorg» (Tøndel, 2018, s. 295). «Den (trygghetsalarmen) representerer en knapp for omsorg – og en knapp omsorg på samme tid.» (Tøndel, 2018, s. 295) Hun konkluderer med at omsorg kan gjøres med, mot, av eller på tross av teknologien (Tøndel, 2018, s. 296).

4.4 Artikkel 4

«Hvilke nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?»

Forfatter: Isaksen et al., 2017

Hensikten i denne studien var å undersøke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi til hjemmeboende brukere av omsorgstjenester. Dette er en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju med brukere av omsorgstjenesten og fem fokusgruppe intervjuer med

ansatte fra to kommuner som metode. I denne forskningsartikkelen var det datamateriale fra intervjuene med brukerne som ble analysert, mens resultat fra fokusgruppene beskrives i en annen artikkel. I studien var deltagerne personer som var eldre og med funksjonsnedsettelse, primært psykisk utviklingshemming. De fleste hadde kognitiv svikt som funksjonsnedsettelse. Alle informantene har mottatt info om studien og samtykket skiftelig. Resultatene ble at mange av deltagerne var fornøyd med teknologien og opplevde at det gav noe positivt til hverdagen deres. For flere av deltagerne handlet det om mestring av teknologien og hvor mye glede det gav dem. Noen av deltagerne startet ved å være skeptisk til teknologien, men ble mer positiv etter hvert. Det var flere av deltagerne som beskrev at de følte seg mer trygg med denne teknologien, men å kunne stole på teknologien var en forutsetning for dette. Det var stor enighet blant deltagerne om at de kunne stole på den. På tross av dette beskrev en deltaker at han hadde vært utfordret at teknologien ikke fungerte når den skulle. Alle ved unntak av tre deltakere beskrev at de følte seg mer selvstendig med slik teknologi (Isaksen et al., 2017).

Det er et spørsmål om etikk i henhold til at brukerne ble sporet, men ingen av dem opplevde dette som problematisk da de så nødvendigheten i det ved trygghetsalarm og responsteam må kunne komme og hjelpe dem der de er. Med velferdsteknologier er det jo alltid viktig å hindre uønsket overvåkning (Isaksen et al., 2017)

4.5 Artikkel 5

«Fra vevestol til nettbrett»

Forfatter: Aardalen et al., 2016

Hensikten med denne studien var å undersøke helsepersonells vurderinger av nettbrett koblet til internett som et virkemiddel for helsefremming og spesielt forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. Dette er en kvalitativ studie og det ble brukt fokusgruppeintervju som metode. Studien har til sammen 9 deltagere, alle fra ulike helsepersonellgrupper. Velferdsteknologien er det som forventes å være løsningen på morgendagens

omsorgsutfordringer i helsesektoren. Resultatene ble at deltakerne kom med en rekke forslag til hvordan nettbrettet kunne brukes for helsefremming til deres pasientgruppe. De viste også tydelige reservasjoner til teknologien og mulige ulemper ved bruk av dette i eldreomsorgen (Aardalen et al., 2016).

4.6 Artikkel 6

“Long-Term Impact of Intelligent Monitoring Technology on People with Cognitive Impairment: An Observational Study”

Forfatter: Lazarou et al., 2019.

Hensikten med denne studien var å undersøke den langsiktige effekten av velferdsteknologi kombinert med tilpassede ikke-medikamentelle tiltak for personer med kognitiv svikt. Metoden som er brukt er observasjon og individuelle intervju. I studien var det 18 deltagere delt inn i 3 grupper: 1) experimental group (EG), 2) Control group 1 (CG1), 3) control group 2 (CG2). EG var gruppen som mottok et overvåkningssystem i hjemmet og samtidig mottok ikke-medikamentelle tiltak. CG1 mottok kun ikke medikamentelle tiltak og CG2 mottok ingenting. Alle gruppene gjennomgikk en neuropsykologisk undersøkelse og vurdering både før og etter prøveperioden. Resultatene etter flere måneder med observasjoner og overvåkning viste at EG gruppen hadde stor forbedring i sin kognitive funksjon sammenlignet med de to andre gruppene. EG viste forbedring i både søvn kvalitet og daglig aktivitet. På toppen av dette kan tilbakemeldingene fra deltakerne konkluderer med at langsiktig bruk av multi-sensor systemet av personer med kognitiv svikt kan være både mulig å gjøre, men også fordelaktig. Konklusjonen ble derfor at å sette oppe et slikt multi-sensor-system hjemme hos personer med kognitiv svikt er ikke bare mulig men også gunstig for kliniske avgjørelser for å takle kognitiv, funksjonell og adferdsmessige relaterte problemer (Lazarou et al., 2019).

4.7 Analyse av resultat

Funnene fra de valgte forskningsartiklene er satt inn i en tematisk analysemodell som illustrer likhetene mellom funnene i alle artiklene (Thidemann, 2020, s. 96).

I mine funn kommer det frem disse gjennomgående temaene:

	Trygghet	Selvstendighet og mestring	Holdninger	Drift, kapasitet og bemanning
Artikkel 1	Føle på trygghet og få nødvendig hjelp, info og kunnskap.	Ønske om å bo hjemme.		
Artikkel 2	Opplever mangler i teknologien, kan skape problemer for bruker og helsepersonell.		Både gode og dårlige holdninger mot velferdsteknologi hos helsepersonell.	Erfaringer fra tidligere. Gode løsninger er viktig så teknologien ikke stjeler resurser.
Artikkel 3	Trygghet = kontinuerlig omsorg	Samspill rundt trygghetsalarmene med helsepersonell og bruker.		Presset kapasitet. Lite bemanning Knapp omsorg
Artikkel 4	Opplever trygghet og at teknologien er til å stole på.	Opplever positivitet, selvstendighet og mestring med teknologi.	Opplever stigma og skepsis.	
Artikkel 5	Kom med konkrete forslag der teknologi kan være helsefremmende.		Reservasjoner til teknologien. Ulemper ved å bruke den i eldreomsorgen. Synes det var nyttig med teknologien.	Tid og ressurs krevende.
Artikkel 6	Mulig å innføre på en god måte hos kognitivt svekkede	Teknologien gav forbedring i kognitiv funksjon, søvn og aktivitet.	Deltagerne var svært positiv fra start, de som var skeptisk snudde.	Krever resurser når teknologien feiler og i oppstartsfasen.

I tabellen over presenteres det fire forskjellige temaer som er gjennomgående i alle artiklene som er valgt til oppgaven. Det ene temaet er trygghet, et tema som blir nevnt i alle artiklene. I

flere av artiklene er det et av hovedpoengene i resultatene at brukerne må være trygge på, og føle seg trygg av velferdsteknologien som skal brukes. Et annet tema som kommer frem, er selvstendighet og mestring. Alle studiene viser at dette er noe som flesteparten av deltagerne ønsker å oppnå ved å delta i studiene. Alt fra eksempler hvor deltagerne nå kan ta medisinene sine ved hjelp av elektronisk medisindosett til å huske daglige gjøremål, aktiviteter og rutiner ved hjelp av en elektronisk kalender, er alle med på å skape mestring. Neste tema som trekkes frem er holdninger, det går igjen i artiklene at holdninger til teknologien har mye å si for hjelpemiddelets suksess. Det gjelder holdninger hos både helsepersonell som skal bistå med kunnskap og hjelp til bruker av teknologien, men også hos bruker og kanskje til og med hos pårørende. Siste tema som trekkes frem er drift og kapasitet. Det kommer frem i noen av artiklene at gode løsninger med velferdsteknologi innen drift av helsetjenestene vil kunne frigjøre ressurser på sikt, men som de foreslår i artikkel 2 er det viktig med en god helsefaglig medvirkning, som f.eks. å ha en dedikert person til velferdsteknologien som kan lære opp kolleger og brukere.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet diskuterer jeg funnene fra forskningsartiklene som er inkludert, den teoretiske referanserammen og det etiske rammeverk rundt teknologi og kognitiv svikt. Disse funn og teorier skal drøftes opp mot hverandre og hjelpe meg å besvare problemstillingen:

«Hvordan kan en sykepleier ta i bruk velferdsteknologi for å støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger hjemme?»

5.1. Trygghet og selvstendighet

Hagen-utvalget skrev i sin offentlige utredning allerede i 2012 at *«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag»* (Omsorgsdepartementet, 2012-2013). I økende grad vil velferdsteknologien være en større del av livet til morgendagens eldre og i yrkesutøvelsen til sykepleieren. Dette betyr ikke at velferdsteknologien vil kunne erstatte den menneskelige kontakten som er en så viktig del av sykepleiens omsorg. Teknologien kan derimot gi sykepleier og brukere nye muligheter til selvstendighet og trygghet på en ny måte, spare ressurser og effektivisere. Det vil gi brukere som tidligere var avhengig av hyppig hjemmetjeneste en mulighet til å bli mer selvstendig og klare seg selv og det er det som vil bli viktig å fokusere på for sykepleierne (NOU, 2011, s. 99).

I flere av artiklene som er inkludert trekker de frem selvstendighet og trygghet. Spesielt i artikkel 4 *«Hvilke nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?»* får vi brukernes perspektiv og her fant de ut at de alle fleste deltakerne følte seg mer trygg med teknologien, men en viktig forutsetning var å kunne stole på teknologien (Isaksen et al., 2017). For å kunne stole på teknologien er det viktig at de som skal bruke den kan det og har egnet kunnskap og erfaring om det. Både sykepleiere og brukere må trenes opp og gis god informasjon om hvordan hjelpemiddelet skal brukes (Omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 25). I artikkel 3 *«Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom»* fokuserer Tøndel på trygghet i de kommunale helsetjenestene. Hun observerer trygghetsalarmer, både de som går med dem, men også responsteamet som skal rykke ut ved alarm. I sine observasjoner

oppdager hun at i den praktiske omsorgen betyr trygghet en mer kontinuerlig omsorg. Det er jo noe man kanskje kjenne seg igjen i som sykepleier, hvert fall er det noe jeg selv har sett i min egen praksis. Eksempler på dette kan være nettbrett hvor de kan ringe familie og venner, eller et smart hjems system som de kan prate med og stille spørsmål til. Dette er gode eksempler på hvilke teknologier som sykepleieren kan bruke til å støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lengre hjemme. På en annen side er det flere helsepersonell i Aardalen et al., 2016, som er bekymret for at slik teknologi vil fjerne den mellommenneskelige omsorgen som Travelbee legger stor vekt på i sin teori (Kirkevold, 1998).

«Den (trygghetsalarmen) representerer en knapp for omsorg – og en knapp omsorg på samme tid.» (Tøndel, 2018, s. 295). Dette er et sitat fra Tøndel som oppsummerer ganske godt hvordan velferdsteknologi kan oppleves noen ganger. Det vil på en måte gjøre hjelpen så tilgjengelig som aldri før, men på samme tid begrense tiden og omsorgen en har og viser brukeren. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal man i sin sykepleie utøvelse bidra til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis (NSF, u.å). Da vil det foreløpig se ut til å være opp til hver enkelt sykepleier å vurdere om en fører en praksis etter disse linjer, om man opplever tjenesteutøvelsen i samråd eller utført av teknologi som omsorgsfull, god og faglig forsvarlig.

5.2. Holdninger og kunnskap

«Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige.» (Omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 28). Innføring av velferdsteknologi i omsorgstjenestene bør skje parallelt med endringer i organisering og innretning av tjenestene. Det må legges til rette for at kommunene i større grad kan ta slike velferdsteknologiske løsninger i bruk. Det er behov for sterkere nasjonal kontroll på IKT utviklingen i helsesektoren. Dette vil hjelpe å legge til rette for at brukere får en god forutsigbar og koordinert tjeneste på tvers av offentlig og privat sektor (Omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 28-29). I artikkel 5, «Fra vevestol til nettbrett», ser de på helsepersonells tanker, opplevelser, erfaringer og vurderinger av nettbrett som virkemiddel for å forebygge funksjonssvikt hos eldre. I artikkelen er det flere som trekker frem at

relasjonen mellom helsepersonell og bruker er viktig for å sikre en god og faglig oppfølging. Det er viktig med god faglig bevissthet når teknologien benyttes og ikke minst være bevisst på at teknologien er like lite homogen som brukergruppen (Aardalen et al., 2016).

Sykepleiers holdninger til velferdsteknologien er klart en avgjørende faktor i dens suksess hos bruker og i driften av helsetjenestene. I Holthe et al., 2017 forteller flere av deltagerne at ved å ta i bruk velferdsteknologi som en del av tjenesten vil de kunne friggi en del ressurser, men de var veldig opptatt av å levere gode tjenester av høy faglig kvalitet. For å kunne gi slike tjenester foreslo de å ha en superbruker som kunne ta ansvar for å ha kunnskapen om velferdsteknologien og lære den videre. Mens noen av deltakerne kom med gode forslag var det fortsatt en del skeptikere som mente at det kanskje ikke var hjemmesykepleiers som burde hatt dette ansvaret i det heletatt (Holthe et al., 2017). Det kommer tydelig frem i artikkel 2 og 5 (Holthe et al., 2017 og Aardalen et al., 2016) som har sykepleiere og helsepersonell som deltagere at det er pasienten som er i fokus og de forteller om erfaringen, meninger og vurderinger som gir innsikt i en personsentrert omsorg. De mener teknologien må fungere godt slik at den ikke skaper falsk trygghet for brukerne. De trekker frem at det er de gode tjenestene i fokus, men enda viktigere en det; de ønsker å ikke miste den gode kontakten med bruker/pasient, som bidrar til god faglig kvalitet på omsorgen, og ikke minst, skaffe rett teknologi til rett person.

5.3. Brukertilpasning av teknologien

Det er et politisk mål å øke de eldres medvirkning i egen omsorg og hvordan velferdsteknologi vil bli brukt for eller i samråd med omsorgstjenestene (Glomsås et al., 2021). Velferdsteknologi er en nytenkende måte å ivareta denne pasientgruppen på. Muligheten for trygg og effektiv helsehjelp både hjemme og i institusjoner vil øke med slike hjelpemidler. Det er derimot vanskelig å velge riktig og passende teknologi til de ulike brukerne. Personer med mild kognitiv svikt er ikke en homogen gruppe, men vi ser at flere og flere eldre er villig til å utprøve og ta i bruk teknologiske løsninger som en del av sin omsorg (Aardalen et al., 2016). Da er det viktig med brukertilpasning og involvering av brukernes autonomi og medbestemmelse. I Lazarou et al. (2019) forteller deltagerne hvor fornøyd de var med smart hjemsystemet, og tross av sin kognitive svekkelse var det lett å bruke. Deltagerne

forteller at det forbedret hukommelsen deres, søvnen og angsten. Det ble lettere for flere omsorgsgivere å utdype for legen hva som var problemet til deltageren, ettersom de ikke kunne uttrykke dette selv med sin kognitive svikt. Flere av dem rapporterte at de ble mer aktiv og involvert i egen helse og omsorg, samt opplevde at de nå kunne sette ord på sine utfordringer eller vise til dem gjennom systemet og se forbedringene de fikk (Lazarou et al., 2019). I artikkel 1 (Glomsås et al., 2021) løfter de frem at deltagerne har ulikt behov for grad av involvering i egne omsorgstjenester. Noen har et behov for å være veldig involvert, mens andre synes selv de ikke har nok kunnskap eller energi og at sykepleierne med kunnskap og erfaring kan godt ta avgjørelsene for dem. Noen av deltagerne opplevde at de ble overstyrt og at gjerne pårørende tok valgene for dem. Som sykepleier er det da viktig å kunne se individet, om den vil, har behov for og er åpen for å inkludere teknologiske løsninger som en del av tjenesten vedkommende mottar.

Når vi snakker om brukertilpasning, tenker man gjerne på pasienten/brukeren/klienten, men brukertilpasning i flere tilfeller gjelder også sykepleieren som gjerne skal bistå brukeren og lære dem opp. Derfor er det en svært god ide om sykepleierne blir involvert i prosessene som er knyttet til utformingen og implementeringen av nye, teknologiske løsninger i praksis. Dette vil kunne gi teknologien bedre vilkår i praksis og praktisk bruk, og vil definitivt gjøre at flere helsepersonell som er redd for å bli byttet ut med teknologien kan ha noe å si i prosessen med inkluderingen av velferdsteknologien i helse- og omsorgstjenestene (Aardalen et al., 2016). Det kom frem i noen av artiklene at helsepersonell savnet den kunnskapen og det å bli inkludert i prosessen med å velge velferdsteknologi. «Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hva som kan bli en bedre neste praksis.» (Omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 13). Et godt hjelpemiddel for sykepleieren som skal reklamere for og anvende teknologien til en bruker er kartleggings skjema eller sjekklister. Det er verktøy for å hjelpe sykepleieren å vurdere personen helhetlig og kan gi god innsikt i om de ulike teknologiene vil være egnet for den personen det gjelder (Aldring-og-helse, u.å).

6.0. Konklusjon

Gjennom denne litteraturstudie jeg har gjennomført her, sitter jeg igjen med ny kunnskap om hvordan sykepleiere kan ta bruk teknologi for å støtte personer med mild kognitiv svikt til å bo lenger hjemme. Jeg har blitt mer bevisst på hva som faktisk inngår i prosessen med å ta i bruk velferdsteknologi hjemme hos en bruker, og viktige elementer som er grunnleggende for at dette skal være en god prosess for sykepleier og bruker.

Som sykepleier må en ta i bruk teknologi som er tilpasset brukeren og dens behov. Dette må kartlegges grundig og man må se helheten av brukerens sykdoms og situasjonsbilde. Det er viktig å snakke med bruker om hva vedkommende ønsker og føler selv at de har behov for. Når en skal tilby slike løsninger er det viktig at sykepleieren har god kunnskap om tema og de tilgjengelige hjelpemidlene, slik at en kan svare på alle spørsmål og gjerne dele erfaringer fra tidligere. Dette vil være med på å trygge bruker i sin avgjørelse om en ønsker teknologiske løsninger som en del av sin omsorgstjeneste. En skal være ærlig om en har erfaringer med teknologi som ikke fungerte som den skulle, for det kan sette brukerens trygghet og tillit på spill. For at personer med mild kognitiv svikt skal kunne bo lengre hjemme, må man kartlegge hvilke faktorer som gjør dette utfordrende for dem. Det kan være fint for bruker med ønske å bo hjemme å se at velferdsteknologi kan øke selvstendigheten deres. Sykepleier må samtidig være bevisst på at en skal ivareta brukers verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske verden og være bevisst på at sammen med teknologien som ressurs at en fører en faglig forsvarlig praksis utøvelse.

Denne oppgaven har vært med på å øke min kunnskap og forståelse av de utfordringene som hjemmeboende brukere med mild kognitiv svikt opplever, og hvordan jeg som sykepleier tar i bruk teknologi for å støtte og hjelpe dem. Jeg har tilegnet meg god kunnskap om hvordan dette bør gjøres og det skal jeg ta med meg videre som sykepleier.

7.0 Referanseliste

- Aldring-og-helse. (u.å). *Kartlegging av behov for velferdsteknologi*. Aldring og helse - Nasjonalt senter. Hentet 30.05.2023 fra <https://www.aldringoghelse.no/kartlegging-av-behov-for-velferdsteknologi/>
- Carson, S. G. & Kosberg, N. (2020). *Etikk - Teori og praksis*. Cappelen Damm Akademisk.
- Flovik, A. M., & Birkeland, A. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg). Cappelen Damm Akademisk.
- Glomsås, H. S., Kntutsen, I. R., Fossum, M. & Halvorsen, K. (2021). 'They just came with the medication dispenser' - a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC Health Services Research*, 21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>
- Grimsbø, G. H. (2021). Teknologi og digitale løsninger i helsetjenesten. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 1: Fag og profesjon* (4 utg.). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (u.å). *4.1 Sjekklistor - Kvalitativ studie*. Helsebiblioteket. Hentet 29.05.2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasertpraksis.no*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2022). *Om velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/om-velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfolging#referere>
- Hoffmann, B. (2010). Etske utfordringer med velferdsteknologi. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*.
- Hoffmann, B. (2019). Hvordan vurdere etske aspekter ved moderne helse- og velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforkning*. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-09>

- Holthe, T., Lund, A. & Landmark, B. (2017). Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3, 234 - 242. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2017-03-09>
- hvakanhjelp.no. (u.å). *Hva kan hjelpe*. hvakanhjelp.no. Hentet 30.05.2023 fra <https://hvakanhjelp.no/>
- Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilke nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2, 117-126. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2017-02-09>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg).
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I *Grunnleggelse sykepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg. , s. 15-80). Gyldendal Norsks Forlag.
- KS. (2020). Velferdsteknologiens ABC.
- Lazarou, I., Stavropoulos, T. G., Meditskos, G., Andreadis, S., Kompatsiaris, I. & Tsolaki, M. (2019). Long-term impact of intelligent monitoring technology on people with cognitive impairment: An observational study. *Journal of Alzheimer's disease*, 70. <https://doi.org/10.3233/JAD-190423>
- NAV. (u.å.). *Hjelmiddeldatabasen*. NAV. Hentet 30.05.2023 fra <https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/r4x.asp?linktype=1579>
- NOU. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Stortinget. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- NSF. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. nsf.no. Hentet 15.05.2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Omsorgsdepartementet. (2012-2013). *Meld.St. 29*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/nou/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

- Persson, M. (2022). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang* Universitetsforlaget.
- Roksvaag, K. & Texmon, I. (2012). *Arbeidsmarkedet for sosial- og helsepersonell fram mot 2035*. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/forskning/mikrookonomi/arbeidsmarked/betydelig-underdekning-av-helsepersonell-i-2035>
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416-441). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sohn, M., Yang, J., Sohn, J. & Lee, J.-H. (2022). Digital health care for dementia and cognitive impairment: A scoping review. *International Journal of Nursing*, 140, 13.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104413>
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter* (2 utg.). Universitetsforlaget.
- Tøndel, G. (2018). Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3). <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-11>
- UIA. (2022). *MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag*. UIA. <https://mesh.uia.no/>
- Aardalen, B., Moen, A. & Gjevjon, E. r. (2016). Fra vevestol til nettbrett - Helsepersonells vurdering av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-02>

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Forfatter, publiserings år, tidsskrift, land	Tittel	Type studie	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Funn
Glomsås et al., 2021, BMC health services research	‘They just came with the medication dispenser’ – a qualitative study of elderly service users’ involment and welfare technology in public home care services.	Kvalitativt studie	Utforske elder brukeres erfaringer av brukermedvirkning i innføringen av hverdagsbruk av velferdsteknologi i kommunale hjemmetjenestene.	Individuelle intervju	Brukere av kommunal hjemmetjeneste, som kan gi samtykke, hadde brukt velferdsteknologi før i minst 6 mnd., var 65år eller eldre.	Tre hovedtema kom frem: 1) Ulike preferanser når det gjelder brukermedvirkning, 2) individuelle forskjeller når det gjelder informasjon, kunnskap og trening, 3) føle trygghet og få hjelp, og 4) et ønske om å bli boende hjemme så lenge som mulig.

<p>Holte et al., 2017, Tidsskrift for omsorgsforskning</p>	<p>Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Del av en større studie, men i denne artikkel formidles medarbeider i hjemmetjenestens erfaringer knyttet til: Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger muliggjøre at personer med demens/kognitiv svikt kan bo lenger hjemme?</p>	<p>Fokusgruppe intervju</p>	<p>Medarbeider i hjemmetjenesten i norsk kommune.</p>	<p>Tre hoved tema: 1) Holdninger til velferdsteknologi: positive holdninger stort sett, noen skeptisk etter negative erfaringer med teknologi, 2) Erfaringer med velferdsteknologi i pilotprosjektet: Fått nye kreative måter å bruke velferdsteknologi og nytt perspektiv på hvem som trenger det, 3) Krav til å drifte velferdsteknologi som del av hjemmetjenesten: Gode løsninger vil kunne friggi ressurser, gode tjenester, rett teknologi til rett tid.</p>
--	---	--------------------------	---	-----------------------------	---	--

<p>Tøndel, 2018, Tidsskrift for omsorgsforskning</p>	<p>Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Finne ut hvor omsorg gjøres gjennom velferdsteknologi – og hvordan den skjøre eldre kroppen må passe inn.</p>	<p>Intervju og observasjon, mobil etnografi</p>	<p>Ledelse, pleiere og brukere i kommunale pleie- og omsorgstjenester</p>	<p>Trygghetsalarmer gi muligheter for bruker, men resultater er aldri bedre en summen av samspillet med og rundt alarmer Presset kapasitet/lite bemanning – flere alarmer på færre pleiere. Representerer en knapp for omsorg – og en knapp omsorg på samme tid.</p>
--	--	--------------------------	--	---	---	---

Isaksen et al., 2017, Tidsskrift for omsorgsforskning	Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?	Kvalitativ studie	Undersøke hvilke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester.	Individuelle intervju med brukere og to fokusgrupper intervju med ansatte i omsorgstjenesten.	Personer som er eldre med funksjonsnedsettelse, primært psykisk utviklingshemming, de fleste med kognitivt svik som funksjonssvikt. Ansatte fra to kommuner	Mange deltagere fornøyd med tek, opplevde mestring og glede. Startet skeptisk, men ble positiv etter hvert. Flere følte seg mer trygg med tek, kunne stole på tek som forutsetning. Alle utenom 3 følte seg mer selvstendig Noen opplevde tek som stigmatiserende. Etisk spørsmål om å bli sporet, men ingen opplevde det som problematisk da det var nødvendig for funksjon av tek.
---	--	-------------------	---	---	--	--

Aardalen et al., 2016, Nordisk sygepleje forskning	Fra vevestol til nettbrett	Kvalitativ studie	Undersøke helsepersonells vurderinger av internett-tilkoblede nettbrett som virkemiddel for helsefremming og forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre.	Fokusgruppe intervju	Heterogen gruppe helsepersonell	Kom med en rekke forslag til hvordan nettbrett kan brukes helsefremmende og forebyggende Mulig ulemper ved bruk av dette i eldreomsorg.
Lozarou et al., 2019, Journal of Alzheimers Disease	Long-term impact og intelligent monitoring technology on people with cognitive impairment: an observational study	Kvalitativ	Å undersøke den langsiktige effekten av assisterende teknologi kombinert med ikke medikamentelle intervensjoner for personer med kognitiv svikt.	Observasjon og individuelle intervju	Personer med kognitiv svikt/demens	Stor forbedring i sin kognitive funksjon sammenlignet med de andre gruppene. Forbedring i både søvn kvalitet og daglig aktivitet.

Vedlegg 2: Eksempel på sjekkliste til artikkel nr. 5

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie (Aardalen et al., 2016)

Hvordan brukes sjekklisten? Sjekklisten består av tre deler:

A: Innledende vurdering

B: Hva forteller resultatene?

C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten: Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018).

CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research. [https://casp-](https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/)

[uk.net/casp-tools-checklists/](https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/) Hentet: 15.10.2020. Sjekklisten er laget som et pedagogisk

verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en

systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler

vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-

[vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilke nytte har

hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? Tidsskrift for omsorgsforskning, 2,

117-126. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2017-02-09>

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? Hvorfor ville de finne svar på det? Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

De ville undersøke sykepleier og helsepersonells vurderinger av nettbrett som virkemiddel for helsefremming og forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. Forskerne i denne studien ville undersøke dette fordi de mener det er behov for mer kunnskap om potensialer og bruk av velferdsteknologi i praksis, sett fra helsepersonells perspektiv. Problemstillingen deres er svært relevant fordi det er viktig å løfte frem helsepersonells perspektiv på dette tema, da de er en viktig del for at slike tiltak skal fungere.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å belyse helsepersonells erfaringer, opplevelser, meninger og tanker rundt dette tema.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Studien viser å ha valgt et utforskende og beskrivende design, med to fokusgruppe intervjuer som metode for å oppnå dybdekunnskap om tema og deltakernes erfaringer.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det var 9 deltakere i studien alle helsepersonell (sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut). Deltagerne ble forespurt i samråd med avdelingsleder på arbeidsplassen deres. De løfter frem at variasjonen i helsepersonellet gir større bredde og variasjon i resultatene, med hensyn til deres syn på velferdsteknologi.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

En semi – strukturert intervjuguide er brukt og alle intervjuene ble tatt opp med lyd og transkribert. Deltagerne ble informert om tema på forhånd og invitert til diskusjon om tema med to forskere tilstede. Fokusgruppeintervjuene varte 60 min. Notater ble lagt til sammen med det transkriberte materiale. Data ble analysert ut fra prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:

utforming av problemstilling

datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

analyse og hvilke funn som presenteres

På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Et mål forskerne hadde var å utforske helsepersonellets vurderinger av nettbrett som

virkemiddel for helsefremming og forebygging av funksjonssvikt hos eldre. Forskerne presenterer sin analyse og viser hvordan de har analysert og kategorisert den transkriberte teksten til tekstnære koder, kategorier og temaer i en oversiktlig tabell.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt? Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien. Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien er basert på frivillig deltakelse, alle deltakere fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien før de signerte samtykkeskjema. Deltagerne ble informert at de kunne forlate intervjuet når som helst og at det ville vare i 60 min. Forskerne sørget for at funnene ble presentert på en måte slik at ingen kunne spore det tilbake til deltagerne, men kunne ikke pålegge deltagerne det samme, så de ble bedt om å behandle det som kom frem i intervjuet slik at ingen ville lide overlast. Studien er lagt frem for personvernombudet for forskning.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Data i denne studien er analysert ut fra prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse. De transkriberte materiale ble satt inn i en datamatrikse i Microsoft Word og kodet «tekstnært», dvs. Begreper som allerede fantes i datamaterialet i første del av analysen. Data ble deretter kategorisert med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål. Kategoriene ble ytterligere abstrahert gjennom nye gjennomlesninger. Analyseprosessen var sekvensiell. Data er presentert i en datamatrikse.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?

Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?

Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Forskerne har trukket inn flere andre kilder for å underbygge sine funn. Forskerne i studie presenterer at intervjuene er gjort med helsepersonell og har dermed deres perspektiv og ikke pasienten eller pårørende sitt perspektiv. I diskusjonen er det tilstrekkelig med funn som går både for og imot bruk av nettbrett, og begge sider blir støttet av andre kilder og diskutert opp mot opprinnelig problemstilling.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?

Har studien avdekket behov for ny forskning?

Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Forskerne har diskutert hvilke forskning og litteratur som er om tematikken fra før og hvilke mangler det er i forskningen om spesielt dette med nettbrett som hjelpemiddel. Funnene understøtter både for hvorfor nettbrett kan være et godt alternativ for eldre i den posisjonen, men de har også reservasjoner og argumenter for at det kanskje ikke er ideelt.