

**“VELFERDSTEKNOLOGI ER IKKE NOE
NYTT“:
ERGOTERAPEUTERS ERFARINGER
MED IMPLEMENTERING AV
VELFERDSTEKNOLOGI**

FORFATTER(E):

Aline Lessa Almeida Nedrud
Tor Kristian T. Lundbekk
13HBERG

Dato:

06.05.2016

Avd:

Helse, omsorg og sykepleie

Seksjon:

Helse, Teknologi og Samfunn

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>“Velferdsteknologi er ikke noe nytt“: Ergoterapeuters erfaringer med implementering av velferdsteknologi</u>	Dato : 06.05.16
Deltaker(e)/	<u>Aline Lessa Alemida Nedrud 130561</u> <u>Tor Kristian T. Lundbekk 131354</u>	
Veileder(e):	<u>Linda Stigen</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	<u>Velferdsteknologi, ergoterapi, kompetanse, erfaringer</u>	
Antall sider/ord: 55/12995	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: ja
Innledning: I de kommende årene vil eldre utgjøre en større del av befolkningen i de fleste norske kommuner, samtidig vil antall yngre tjenestemottakere øke. Velferdsteknologi er et satsningsområde for å møte de utfordringene.		
Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse ergoterapeutens kompetanse på dette område og hvorfor denne kompetansen passer godt inn i arbeid med velferdsteknologi.		
Metode: Kvalitativ metode er benyttet. Datainnsamlingen ble gjort gjennom individuelle intervjuer med tre ergoterapeuter med erfaringer fra arbeid med velferdsteknologi i kommuner. I tillegg ble gjort et litteratursøk for finne tidligere forskning.		
Resultat: Ut ifra de resultatene fra de individuelle intervjuene ble det identifisert seks interessant emner som ble tatt opp i diskusjonen og knyttet opp mot teori på temaet. Det var velferdsteknologi er ikke noe nytt, ergoterapeutens kompetanse, ergoterapeutens rolle, ergoterapeutens erfaringer fra prosjektene og velferdsteknologi, opplæring og brukervedvirkning.		
Konklusjon: Velferdsteknologi er ikke noe nytt for ergoterapeuter. Kompetansen ergoterapeuter har i forhold til kartlegging, brukervedvirkning, tverrfagelig arbeid og kunnskap om hjelpemidler og alt det innebærer blir tatt i bruk av kommuner.		

ABSTRACT

Title:	“Ambient assisted living is not something new“: Occupational therapists experiences with implementation of Ambient assisted living technology	Date : 06.05.16
Participants/	Aline Lessa Almeida Nedrud 130561 Tor Kristian T. Lundbekk 131354	
Supervisor(s)	Linda Stigen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Ambient assisted living (AAL), occupational therapy, expertise, experiences	
Number of pages/words: 55/12995	Number of appendix: 3	Availability: open
<p>Introduction: In the coming years senior citizens account for a larger part of the population in most Norwegian municipalities, while the number of younger recipients of municipal services increase. Ambient Assisted Living technology (AAL) is a priority for meeting these challenges.</p> <p>Purpose: The purpose of this study was to examine occupational therapists expertise in this area and why this expertise fits well into working with Ambient Assisted Living technology (AAL).</p> <p>Method: Qualitative methods are used. Data collection was done through individual interviews with three occupational therapists with experiences from working with Ambient Assisted Living technology (AAL) in municipalities. There was in addition made a literature search to find earlier research.</p> <p>Result: Based on the results of the individual interviews six interesting topics were identified that were raised in the discussion and linked to the theory on the subject. The topics were welfare technology is not something new, ergonomist expertise, occupational therapist role, occupational therapists experiences of projects and Ambient Assisted Living technology (AAL), education and involvement of the user.</p> <p>Conclusion: Ambient Assisted Living technology (AAL) is not something new for occupational therapists. The expertise of occupational therapists in relation to assesment, user participation, interdisciplinary work and knowledge about assistive technology are adopted by municipalities.</p>		

Innhold

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Avgrensning	7
1.3 Problemstilling	7
1.4 Definisjon av sentrale begreper	8
1.4.1 Brukerbegrepet	8
1.4.2 Brukermedvirkning	8
1.4.3 Autonomi	8
1.4.4 Ergoterapeutens kompetanse	8
1.5 Tidligere forskning	9
1.5.1 Ergoterapeutens ståsted	9
1.5.2 Velferdsteknologi	9
1.5.3 Velferdsteknologi og etikk	11
1.5.4 CMOP-E	12
1.5.5 Forskningsartikler	13
2.0 Metode	14
2.1 Kvalitativ metode	14
2.2 Informanter	14
2.3 Individuelle intervjuer	15
2.4 Fenomenologisk tilnærming	16
2.5 Forskningsetisk aspekt	16
2.6 Analyse av intervjuene	16
2.7 Rapportering	17
2.8 Litteratur	17
3.0 Resultat	19
3.1 Velferdsteknologi er ikke noe nytt	19
3.2 Ergoterapeutens kompetanse	21
3.3 Ergoterapeutens rolle	23
3.4 Erfaringer fra prosjektene og velferdsteknologi generelt	25
3.5 Opplæring	30
3.6 Brukermedvirkning	32

4.0	Diskusjon.....	36
4.1	Velferdsteknologi er ikke noe nytt	36
4.2	Ergoterapeuters kompetanse.....	37
4.3	Ergoterapeutens rolle.....	38
4.4	Erfaringer med velferdsteknologi prosjekt og generelt	39
4.5	Opplæring.....	41
4.6	Brukermedvirkning	42
4.7	Metodekritikk	44
5.0	Konklusjon	46
6.0	Litteraturliste	47
7.0	Vedlegg	50
7.1	S�keordliste.....	50
7.2	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....	53
7.3	Intervjuguide	54

Antall ord: 12995

1.0 Innledning

Som tema for bacheloroppgaven ville vi ta utgangspunkt i et ergoterapeutisk relevant område, som i tillegg var av stor interesse. Med dette som utgangspunkt ønsket vi å se nærmere på hvordan ergoterapeutens kompetanse blir benyttet i implementering av velferdsteknologi i kommunen. Velferdsteknologi er også et tema som det i stor grad fokuseres på under ergoterapiutdanningen på NTNU i Gjøvik.

Vi ser på bruk av velferdsteknologi innen helse- og omsorgstjeneste som interessant og høyaktuelt, samtidig som det er et stort tema med mange elementer å forholde seg til. St.meld.nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartement 2013) peker blant annet på at innføring av velferdsteknologi i kommunal omsorgstjeneste i de fleste tilfeller vil medføre endringer i arbeidsrutiner, organisering og oppgavefordeling. Det blir interessant å finne ut hvilke erfaringer ergoterapeuter gjør i forhold til dette.

Formålet med bacheloroppgaven er å belyse ergoterapeutens kompetanse på dette område og hvorfor denne kompetansen passer godt inn i arbeid med velferdsteknologi.

1.1 Bakgrunn

I de kommende årene vil eldre utgjøre en større del av befolkningen i de fleste norske kommuner. Samtidig vil antall yngre tjenestemottakere med ulike sykdommer som f.eks. kreft, Parkinson, kols og multippel sklerose øke. Vi vil derfor oppleve stadig flere som vil ha behov for helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartement 2013). I tillegg står det i St.meld.nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartement 2013) at antall helsearbeidere ikke vil øke i samme tempo, og kommunal helse- og omsorgstjenesten vil stå overfor flere hjelpetrequende, men færre helsearbeidere og begrensede ressurser.

Velferdssamfunnets utfordringer og utvikling vil påvirke befolkningens muligheter til deltakelse og inkludering i samfunnet, samt deres mulighet til å mestre dagliglivets aktiviteter (Norsk Ergoterapeutforbund 2011). Velferdsteknologi er et område som politisk blir sett på som en del av fremtidens omsorgstjeneste for å møte de utfordringene. Norges offentlige utredninger nr. 11, om innovasjon i omsorg, viser Helse- og omsorgsdepartementet (2011) til

at velferdsteknologi skal avlaste personellbehovet i helsevesenet og settes fokus på “hjelp til selvhjelp”. Det vil si befolkningens selvstendighet, sosial deltakelse osv.

Den nye eldre generasjonen vil være høyt utdannede og med bedre økonomiske forutsetninger. De vil også være ressurssterke i forhold til teknologien. Da vil de stille større krav til helse og omsorgstjenesten og opptre med større kraft og forventninger overfor kommunens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartement 2013). For å møte denne brukergruppen trengs det fagpersoner, blant annet ergoterapeuter, med gode kunnskaper om hvordan tilpasse velferdsteknologiske løsninger til enkeltindivider (Laberg 2011).

1.2 Avgrensning

I følge St.meld.nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartement 2013) har velferdsteknologi grenseflate mot IKT både i helse, kommunens forvaltning og NAV-hjelpemidler. På grunn av tidsrammene og oppgavens begrensning blir begrepet velferdsteknologi i oppgaven oppfattet som velferdsteknologiske løsninger (tekniske hjelpemidler og/eller systemer), som blir benyttet for å muliggjøre brukerens utførelse og deltagelse i dagligaktiviteter, og som er en del av kommunal helse- og omsorgs tilbud.

1.3 Problemstilling

Velferdsteknologi er noe som i økende grad introduseres i kommuner. Som kommende ergoterapeuter ønsker vi å finne ut hvilke roller og/eller ansvarsområder ergoterapeuten har, samt hvordan de opplever at deres kompetanse blir brukt. Ut fra dette utarbeidet vi følgende problemstilling:

Hvordan blir ergoterapeutens kompetanse benyttet i implementering av velferdsteknologi i kommunen?

1.4 Definisjon av sentrale begreper

1.4.1 Brukerbegrepet

Videre i oppgaven vil brukerbegrepet blir anvendt når vi referer til personene som benytter seg av velferdsteknologiske løsninger. På bakgrunn av at vi ser at brukerbegrepet ofte blir brukt i ergoterapeutisk litteratur, og blir referert til personer som får velferdstjeneste, men samtidig vil gjerne påvirke eller samarbeide om den tjeneste de får (Ness 2011). Vi ser på implementeringen av velferdsteknologi som en metodikk bestående av mange ulike faktorer, og en av dem er viktighet av brukerens deltakelse i prosessen.

1.4.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er brukerens rett og plikt til å påvirke tjeneste de får. Det kan ses i sammenheng med brukerens rett til å medvirke det samfunnet de er en del av.

Brukermedvirkning anvendes i ulike sammenhenger og betydning av den vil variere ut fra hvilke plan eller nivå man anvende det (Wekre mfl. 2004). Brukermedvirkning på brukernivå handler om at brukeren er ekspert på seg selv. Det forutsetter at fagpersoner må respektere og akseptere brukerens valg. Brukermedvirkning på gruppenivå tar for seg brukerens rett til å delta og medvirke tjenestetilbud til egen gruppe, eller opptre på vegne av sin egen gruppe. På systemnivå skal brukeren kunne delta på politisk avgjørelser, være med å forme en bestemt tjeneste eller tiltak (Wekre mfl. 2004).

1.4.3 Autonomi

Brukerens autonomi kan anses som det å bestemme over forhold som gjelder en selv, uten å bli for mye påvirket av miljøet rundt seg. Det kan også beskrives som en brukers ønske om å være selvstendig og lyst til å bevare egen identitet (Tuntland og Ness 2014). Brukerens autonomi er et viktig aspekt å diskutere i forhold til brukerens privatliv og personvern når det gjelder velferdsteknologi (Helsedirektoratet 2012).

1.4.4 Ergoterapeutens kompetanse

I følge Bevensee og Hove (2013) hevder Deckers at kompetanse begrepet henviser til en person som har bred kunnskap. Det handler ikke bare om at personen er ekspert på profesjonens område, men kan også anvende sin faglige kunnskap for å imøtekomme

uforutsigbare situasjoner. Derfor inngår også personens evne til å vurdere, samt personens holdninger og evne til å ta i bruk personlige forutsetninger.

1.5 Tidligere forskning

1.5.2 Ergoterapeutens ståsted

Ergoterapeuten jobber med å tilrettelegge og fremme deltakelse i hverdagsaktiviteter. Hverdagsaktiviteter kan være basale aktiviteter som å gå en tur, leke, arbeide, fritidsaktiviteter osv. (Brandt, Madsen og Peoples 2013). Ergoterapeutens praksis karakteriserer seg ved at ergoterapeuten planlegger og tilrettelegger daglige aktiviteter ved å blant annet ta i bruk tekniske hjelpemidler for å lette brukerens aktivitetsutførelse (Brandt og Jensen 2013). Det krever en grundig kartlegging og vurdering av brukerens behov, og det er en kompetanse som kan - og må utnyttes når kommuner setter i gang velferdsteknologiske løsninger (Laberg 2011). I tillegg til at ergoterapeuten jobber ut fra kunnskapsbasert praksis arbeidsmetoden (Norsk ergoterapeutforbund 2013), dette er en kompetanse etterlyser som viktig i arbeid med velferdsteknologi (Laberg 2011).

En kompetanse ergoterapeuter har er kunnskap om leverandørene av hjelpemidler og hvordan de opererer. Ergoterapeuter som jobber med tekniske hjelpemidler har gjensidig samarbeid med leverandører, for å tilpasse og finne gode løsninger for brukeren (Brandt og Jensen 2013). Dette kan knyttes opp mot behovet som etterlyses om at kommunen må være en krevende kunde med god bestillerkompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

1.5.2 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er det mest sentrale temaet i vår oppgave. Velferdsteknologi er et begrep som først ble tatt i bruk i Danmark i 2007 av sosialministeriet og ble fort brukt i både offentlige og private institusjoner (Helsedirektoratet 2012). Brandt og Jensen (2013) skriver at velferdsteknologi er høyteknologiske hjelpemidler som gjør det mulig å utføre aktiviteter selvstendig, det forventes også at man skal spare personellressurser ved å ha mindre behov for hjelp som for eksempel hjemmesykepleie.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) sin definisjon på velferdsteknologi er den mest brukte i Norge. Den er som følger:

“Med velferdsteknologi menes først og fremst 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. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.” (Helse- og omsorgsdepartementet 2011, s. 99).

Velferdsteknologi består av fire deler som henger sammen og påvirker hverandre (Laberg 2011). Disse fire er teknologi, kunnskapsbasert praksis (KBP), organisering og produkt. Teknologi innenfor helse defineres av Helse- og omsorgsdepartementet (2011) slik:

- **Trygghets- og sikkerhetsteknologi.** Teknologi som sørger for at brukerne føler seg trygge i sine omgivelser.
- **Kompensasjons- og velværeteknologi.** Teknologi som hjelper brukerne blant annet ved fysisk funksjonsnedsettelse eller nedsatt hukommelse. Andre ting som styrer varme og lys går også under denne kategorien.
- **Teknologi for sosial kontakt.** Teknologi som bistår brukerne i å holde sosial kontakt med andre.
- **Teknologi for behandling og pleie.** Teknologi som hjelper mennesker til å ha en større mulighet til å mestre egen helse som for eksempel ved kroniske lidelser.

KBP er å utnytte forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og utnyttelse av brukerens kunnskap og behov, for økt kvalitet på tjenesten man gir (Kunnskapsbasert praksis 2012).

Organisering handler om hvem som skal lede, koordinere og skape holdninger til implementering av velferdsteknologi. I tillegg innebærer det strukturering av kommunikasjon, varsling, alarmhåndtering og infrastruktur (Laberg 2011). Produkt er objektet som brukeren/pasienten forholder seg til og representerer brukervennligheten til velferdsteknologi, det er som oftest produktet man forbinder med velferdsteknologi, men det utgjør kun 20 prosent. De siste 80 prosent er da KBP, organisering og teknologi (Laberg 2011).

I St.meld.nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartement 2013) har velferdsteknologi som formål å øke menneskers mulighet til mestring av hverdagen og bevare helse, samt å gi personer mulighet til å bo lengre i eget hjem selv ved funksjonsnedsettelse av ulike grunner.

Velferdsteknologi kan kompensere for tapt funksjon slik at blant annet institusjonsinnleggelse, som i mange tilfeller ville vært unngåelig, kan utsettes eller ikke bli nødvendig i det hele tatt. Velferdsteknologi gir også økt trygghet og sikkerhet til brukeren og pårørende, dette fører til at pårørende avlastes for unødvendig bekymring. I tillegg kan det øke brukerens mulighet for sosial kontakt med familie og venner, samt holde løpende kontakt med helsearbeidere (Helse og-omsorgsdepartementet 2013).

1.5.3 Velferdsteknologi og etikk

I Norge er brukerens rett til medvirkning beskrevet i loven om pasientens og brukerens rett til medvirkning § 3-1 (2011), der blir det slått fast at brukerne har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjeneste. Tjenesteapparatet har plikt til å inkludere brukeren i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Det skal tilrettelegges for at brukeren forstå informasjon som gis, om ikke det er mulig skal medvirkning tilpasses. I tilfeller der brukerne ikke har samtykkekompetanse skal brukerens nærmeste pårørende medvirke i samarbeid med brukeren.

For å skape kunnskapsgrunnlag for formidling av hjelpemidler i fremtiden, er det viktig at fagpersoner ikke tar over ansvar, men heller støtte brukerens egne valg og deltagelse (Ness 2011). Velferdsteknologi kan medbringe det negative elementet av overvåkning som krever at fagpersoner følger prinsippet om faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet 2012). Det å jobbe etisk forsvarlig med velferdsteknologi betyr at tiltakene må prøves mot alminnelige etiske prinsipper (Helse- og omsorgsdepartement 2013) og at man skal respektere den enkelte brukers autonomi (Helsedirektoratet 2012). Det vil si at brukeren blant annet får mulighet til å beholde sin selvbestemmelsesrett i så stor grad som mulig. Det å bestemme over eget liv er en av de viktigste forutsetning for en positiv opplevelse av egen livssituasjon (Helsedirektoratet 2012).

I fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030 (Helsedirektoratet 2012), står det en beskrivelse av etiske og juridiske betenkelige sider ved bruk av velferdsteknologi innen helse- og omsorgstjeneste. Det stilles krav til kartlegging av brukerens livssituasjon, og tjenesten skal lage mål for arbeid med den enkelte bruker med utgangspunkt i hans/hennes ønsker og mål (Helsedirektoratet 2012).

Det kan oppstå etiske dilemmaer/utfordringer. Etiske dilemmaer kan anses som situasjoner der man blir trukket inn, og det er ulike hensyn å ta, men samtidig vet man ikke hvilken løsning som er mest riktig (Helsedirektoratet 2012). Eksempelvis er bruk av lokalisering- og overvåkningsteknologi. Det kan medføre at brukerens rett til privatliv og personvern blir innskrenket (Helse- og omsorgsdepartement 2013).

1.5.4 CMOP-E

Vi har valgt å inkludere denne modellen fordi det gjenspeiler kjernen i ergoterapifaget, nemlig en brukersentrert ergoterapi praksis (Bendixen og Madsen 2013).

I ergoterapeutiske litteratur står det blant annet hvordan ergoterapeuten velger og tilpasser tekniske løsninger til enkeltindivider (Brandt og Jensen 2013). For å kunne finne de beste løsningene kreves det kartlegging av brukerens behov, begrensninger osv. (Brandt og Jensen 2013). Ergoterapeuter jobber ut fra ergoterapeutiske modeller som for eksempel CMOP-E (Ness 2011). CMOP-E er det forkortete uttrykket for den kanadiske modell for aktivitetsutførelse og- engagement, som har som hovedmål å promotere en klientsentrert praksis med fokus på betydningsfull aktivitet. CMOP-E-modellen består av tre hovedelementer, personen, omgivelsene og betydningsfull aktivitet (Polatajko mfl. 2012). Den deles også inn underkategorier i forhold hvilket formål de har, disse er egenomsorg, produktivitet og fritidssysler (Polatajko mfl. 2012). CMOP-E-modellen legger til grunn for at brukere selv har kunnskap og erfaring om sin egen utførelse av aktivitet, og at dette må ha betydning for intervensjonen (Polatajko mfl. 2012).

Den kanadiske modell for klientsentrert muliggjørelse (CMCE-modellen) ble utviklet basert på CMOP-E-modellen (Bendixen og Madsen 2013). Det er en modell som viser ti nøkkelferdigheter en ergoterapeut har for muliggjørelse. En ergoterapeut bruker sjelden en av disse ferdighetene, men kombinerer dem. For eksempel vil ikke en ergoterapeut finne hjelpemidler eller velferdsteknologi uten samarbeid med brukeren om å finne en god løsning basert på brukerens aktivitetsutførelse og i forhold til omgivelsene. Og for å muliggjøre trenger brukeren opplæring i hvordan hjelpemidlet virker for å kunne aktivt bruke det i hverdagen, samt at brukeren og de rundt informeres om sikkerhet og får svar på eventuelle spørsmål (Townsend mfl. 2012).

1.5.5 Forskningsartikler

I oppgaven er det inkludert fire artikler.

Forfatterne av den første artikkelen har utført et litteratursøk for å identifisere velferdsteknologi som med fordel kan brukes av eldre brukere, med fokus på kognitive utfordringer (Blackman mfl. 2015). Vi har valgt å inkludere denne artikkelen fordi den beskriver hvordan hjelpemidler har utviklet seg fra å være enkle til å bli mer avanserte, og de utfordringene det fører til.

Den andre artikkelen viser til en kvalitativ studie fra Sverige, dens formål var å utvikle en brukersentrert guide for implementering av tekniske hjelpemidler (Bartfai og Boman 2014). Den tar for seg hvordan man skal gå frem for å implementere/formidle tekniske hjelpemidler for mennesker med kognitive utfordringer. (Bartfai og Boman 2014). Vi har inkludert denne artikkelen fordi den beskriver hvor kompleks prosessen med å få et hjelpemiddel til å fungere hos en bruker kan være.

Den tredje artikkelen utforsket hva som motiverer de som jobber med jobber med å introdusere hjelpemidler til personer med kognitive funksjonsnedsettelse (Rosenberg og Nygård 2011). Vi har tatt denne med i vår oppgave fordi den viser hvordan kognisjon spiller inn forteller hva nedsatt kognisjon vil si i forhold til bruk av hjelpemidler.

Den siste artikkelen vi har inkludert i oppgaven viser til hvordan ergoterapeutisk kompetanse er godt egnet til å arbeide med velferdsteknologi, spesielt med kartlegging av behovet (Laberg 2011). Den er inkludert fordi den gir et grunnlag for hvilke kompetanser som mest relevant samt at den gir et en god beskrivelse av velferdsteknologi.

2.0 Metode

Kvale og Brinkmann (2015) forteller om at metode er et ord som på gresk betyr “veien til målet”. Kvale og Brinkmann (2015) refererer til Elster (1980), som skriver at metode begrenses til å et sett med regler som brukes mekanisk for å nå en målsetting. Refleksjon og kritikk av valgt metode vil bli tatt opp i diskusjonsdelen av oppgaven.

2.1 Kvalitativ metode

Ved valg av metode ble det tatt utgangspunkt i mål med problemstilling. Vi ønsket å se nærmere på hvordan ergoterapeutene erfarer å jobbe med implementering av velferdsteknologi i kommune. Vi valgte derfor å bruke kvalitative metode, fordi i motsetning til kvantitativ metode, hvor man bygger forskningen sin på tall og data, omhandler kvalitativ metode samtaler og observasjoner som ikke kan telles. På denne måten kan en kvalitativ tilnærming bidra til å vise frem et mangfold av meninger, opplevelser og erfaringer samt nyanser (Malterud 2011). Andre fordeler med en kvalitativ metode er at man får en bedre nærhet mellom intervjuer og intervjuobjekt og at man kan være fleksible i å endre problemstilling ettersom man får vite mer (Jacobsen 2005).

Kvalitativ metode er ulike strategier for forskning som beskriver og analyserer karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved fenomenene som studeres (Malterud 2011). En svakhet med kvalitativ forskning er blant annet at informasjonen vi henter vil komme fra et mindre utvalg av informanter. Den blir kritisert for å ha en individualistisk og eksistensialistisk forsknings tilnærming. I tillegg vil resultatet ikke kunne generaliseres, på grunn av for få intervjupersoner (Kvale & Brinkmann 2015). Det krever også mer ressurser i etterarbeid og data man samler inn vil være ustrukturert (Jacobsen 2005).

2.2 Informanter

KS (Kommunesektorens organisasjon) og helsedirektoratet har gitt tilskudd til en rekke kommuner, for at de skulle satse på velferdsteknologiprojekter, som skulle prøve ut ulike trygghetspakker; varslings-og sporingsteknologi, elektroniske låsesystemer, og andre løsninger som øker tryggheten for brukere og pårørende (KS 2013). Dette ga oss et

utgangspunkt for hvem vi kontaktet for å finne informanter til oppgaven. Vi kontaktet kommuneergoterapeuter som er i slike prosjekter. Disse prosjektene er en del av helsedirektoratets velferdsteknologiske program. I tillegg kom vi i kontakt med ergoterapeuter gjennom å sende forespørsel til kommuner som ikke er tilknyttet KS prosjektene. I forhold til rammer for oppgaven er det tatt hensyn til tid. Så antall valgte informanter er tilpasset ressursene og den korte tiden vi hadde, slik at behandling av innsamlet data ble gjennomført på en pålitelig måte og at i tillegg skulle tilrettelegges for oppgaveskrivingen.

2.3 Individuelle intervjuer

Vi valgte å gjennomføre individuelle intervjuer med informantene. Det innebar at intervjueren og informanten snakket sammen, og man samler inn data som ord, setninger og fortellinger (Jacobsen 2005). Individuelle intervju passer best når man undersøker et lite utvalg informanter, når man er interessert i hva den enkelt forteller og fortolkningen og meningen de legger i spesielle fenomen (Jacobsen 2005). Vi så på om fokusgruppe intervjuer kunne være et alternativ, men da hender det ofte at individuelle synspunkter ikke kommer så tydelig frem (Jacobsen 2005).

Kvale og Brinkmann (2015) hevder at man burde ha semistrukturerte intervju, som anvendes for å samle inn intervjupersonens beskrivelse av livsverden og fortolkninger av meningen med fenomenet som blir snakket om under intervjuet. Denne formen for intervju baserer seg på en intervjuguide, som gjør at samtale mellom intervjueren og intervjupersonen blir verken åpen eller lukket. Intervjuguiden inneholder forslag til spørsmål som intervjueren kan stille til intervjupersonen, slik at samtalens utførelse vil da skje i overensstemmelse med intervjuguiden (Kvale og Brinkmann 2015).

Utarbeidet intervjuguide (vedlegg 3) ble laget på grunnlag av problemstillingen. Den inneholdt fire overordnede spørsmål. De ble stilt direkte til informanten. Under hvert spørsmål var det noen underpunkter, som intervjueren kunne bruke for å få en oversikt over hvilke temaområder som ble gjennomgått i intervjuet eller brukt for å stille oppfølgingsspørsmål.

2.4 Fenomenologisk tilnærming

Oppgavens tilnærming har et fenomenologisk perspektiv ved innhenting av informasjon, dette har lenge vært utbredt i kvalitativ forskning. Fenomenologi handler om å utforske intervjupersonens egen livsverden. Få deres egne beskrivelser, opplevelser og erfaringer av ulike fenomener (Kvale & Brinkmann 2015).

2.5 Forskningsetisk aspekt

Det ble tatt lydopptak av intervjuene. Det var viktig å samle inn som mye som mulig informasjon som kommer frem. Det materialet ble transkribert, det vil si oversatt fra talespråk til skriftspråk. Identitet og arbeidsplasser til informantene ble anonymisert i oppgaven, samt uttalelser som kunne gjenkjenne brukerens identitet. Informantene ble informert om dette og skrev under på et samtykkeskjema (vedlegg 2). Innsamlet data ble lagret på en harddisk. Disse vil bli slettet etter at oppgaven er levert og avsluttet. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig å sikre konfidensialiteten til informantene under forskningsprosessen.

Dette prosjektet involverte ikke brukere eller pasienter, så det var ikke behov for å innhente godkjenning fra regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Veileder for bachelorprosjektet har også forsikret oss om at det ikke er nødvendig med godkjenning fra norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Dette var de grepene vi tok for å sikre at denne oppgaven ble etisk forsvarlig.

2.6 Analyse av intervjuene

I følge Kvale og Brinkmann (2015) er transkriberingen av intervju til tekstform begynnelsen av analysefase. Det finnes ingen standard måte å transkribere en samtale. Samtalene ble transkribert ordrett, inkludert pauser og uttrykkslyder. Innsamlet data ble analysert med meningsfortetting analyseform. Hvor alle intervjuene ble gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter og finne viktige uttalelser. Hensikt med meningsfortetting er å forkorte lange uttalelser, og gjengi de med færre ord (Kvale og Brinkmann 2015). Meningsfortetting består av fem ulike trinn. Man leser først igjennom hele intervjuet for å få et helhetlig bilde, så bestemmes de ulike "meningsenhetene". Trinn tre er å

gjenkjenne temaene som blir tatt opp i meningsenhetene. I fjerde trinn ser man på meningsenheten i forhold til det man undersøker, før man i det femte trinnet av analysen knytter de viktigste temaene ved å identifisere likheter innen eller mellom beskrivende utsagn (Kvale og Brinkmann 2015). Identifiserte temaer vil bli forklart ytterligere i resultatdelen.

2.7 Rapportering

Som med transkribering er det ingen standard metode å presentere resultatene fra en kvalitativ intervjustudie (Kvale og Brinkmann 2015). Men det er dog vanlig at man presenterer funnene fra en undersøkelse basert på intervjuer ved å bruke sitater, som da skal gi leseren et innblikk i innholdet i intervjuet og hvordan samtalen utartet seg (Kvale og Brinkmann 2015). Kvale og Brinkmann foreslår noen retningslinjer for hvordan man skal forbedre lesbarheten til sitatene fra et intervju. De er som følger:

1. *Sitatene bør relateres til den generelle teksten*
2. *Sitatene bør kontekstualiseres*
3. *Sitatene bør tolkes*
4. *Det bør være en balanse mellom sitater og tekst*
5. *Sitatene bør være korte*
6. *Bruk bare de beste sitatene*
7. *Intervjusitater bør gis en skriftlig form*
8. *Det skal utformes et enkelt symbolsystem for redigering av sitatene*

Vi har valgt å ta i bruk disse prinsippene i vår presentasjon av resultatene fra vår intervjustudie for å få en god struktur på funnene.

2.8 Litteratur

Vi benyttet ressurslitteratur innenfor ergoterapi for å finne litteratur som kan knyttes opp mot vår problemstilling. Det inkluderer Brandt, Madsen og Peoples (2013), kapitlene vi hentet teori fra var; kapittel 1 (Brandt, Madsen og Peoples), kapittel 5 (Bevensen og Hove), kapittel 6 (Mathiasson og Morville), kapittel 8 (Bendixen og Madsen), kapittel 19 (Jepsen og Larsen) og kapittel 21 (Brandt og Jensen).

For å hente teori om den ergoterapeutiske arbeidsmodellen CMOP-E, har vi brukt Townsend og Polatajko (2012), kapitlene vi har brukt derfra er: kapittel 1 (Polatajko mfl.) og kapittel 4 (Townsend mfl.). For å ha en konkret kilde på hva kompetansen til norske ergoterapeuter innebar så vi på det som norsk ergoterapeutforbund (2013) viste til.

Som ressurser på velferdsteknologi brukte vi Helsedirektoratet (2012), Helse- og omsorgsdepartementet (2013) og Helse- og omsorgsdepartementet (2011).

Vi gjorde et artikkelsøk for å finne ut hva tidligere forskning på vårt tema fortalte, og som vi kunne bruke til å støtte det som kommer frem i resultatet. Anvendte databaser er: CINAHL, OT- seeker og Google scholar. Valg av databaser ble gjort ut ifra tilgang vi hadde gjennom NTNU-biblioteket, og hvilke databaser som inneholder ergoterapeutiske forskning. Videre ble det gjort et systematisk søk med søkeord som berørte oppgaveemnet. Det ble gjort søk på norsk og engelsk. Søkeordene ble kombinert for å finne relevante treff og for å avgrense søket. Søkeordene som ble brukt er: Occupational Therapy, ambient assisted living, assistive technology, assesment assistive technology, welfare techonology, dementia, experience, electronic assistive technology, electronic aids to daily living (eadl) og environmental control systems (ECS). I forhold til artiklene som ble funnet med Google scholar sjekket vi om utgiveren er fagfelleurdert gjennom søk på NSD sine sider. Alle inkluderte artikler er fagefelleurdert.

Søkeordlisten med kombinasjoner brukt vises i vedlegg 2.

3.0 Resultat

Under denne delen oppsummeres erfaringer, tanker og meninger ergoterapeutene har rundt temaene som ble tatt opp under intervjuene.

3.1 Velferdsteknologi er ikke noe nytt.

Når begrepet velferdsteknologi ble tatt opp på intervjuene var dette et av de temaene alle var sterkt enige i, at det ikke er noe nytt begrep for dem. En av ergoterapeutene fremhever at fokus på det med hjelpemidler for hukommelse og sikkerhet i brukerens eget hjem, har fått mere oppmerksom i det siste, og at ergoterapeuten ikke har brukt begrepet velferdsteknologi tidligere, men har hatt det som et arbeidsområde hele tiden.

“Da har vi jo gradvis hatt mere fokuset på det med hjelpemidler i forhold til hukommelse og sikkerhet i hjemmet og inn på, vi brukte ikke begrepet velferdsteknologi da men vi har jo, det er jo jobba med det hele tida(…)”

Denne påstanden forsterker en av de andre ergoterapeutene. De er kjent med hva velferdsteknologi er og hvordan man jobber med det.

“velferdsteknologi er jo ikke noe nytt i ergoterapi det har jo alltid vært velferdsteknologi (…)”.

Også den tredje informanten uttrykte at dette var et område som ikke er noe nytt for ergoterapeuter og at det har vært jobbet med i mange år. I følge denne ergoterapeuten handler begrepet stort sett om tekniske hjelpemidler.

“(…) Ergoterapeut har jobbet med velferdsteknologi sida vi vært født. Jeg mener jo at velferdsteknologi er stort sett tekniske hjelpemidler(…)”

Trygghetsalarm og komfyrvakt er de hjelpemidlene som har vært mest brukt, samt kjent i kommune ifølge en av andre ergoterapeutene. I forhold til hvor lenge ergoterapeuter hadde jobbet med de velferdsteknologiske hjelpemidlene, så forklarer ergoterapeuten at

trygghetsalarmen er et teknisk hjelpemiddel som har vært jobbet med siden ergoterapeuten startet å jobbe på 80-tallet.

“(...) for det som kommunen har mest av som går inn under velferdsteknologi det er jo trygghetsalarm og det har jo vært her tror faktisk det har vært her hele tida mens jeg har jobba. Komfyrvakt er for eksempel en av dem mest kjente tingene som ikke vi tenkte på at var velferdsteknologi (...)”

Alle ergoterapeutene vi hadde som informanter var entydige i det at det har vært en eksisterende bruk av velferdsteknologiske løsninger innenfor ergoterapifaget tidligere, med bruk av for eksempel tekniske hjelpemidler for hukommelse og sikkerhet. Samtidig fremhever en av informantene under intervjuene at teknologien utgjør bare en liten del av organiseringen rundt velferdsteknologi.

“(...) teknologien det heter da (...), det er jo bare en liten del av organiseringen (...)”

Videre snakket en av informantene rundt begrepet velferdsteknologi og mente at begrepet kan skape ulike formeninger om hva det handler om, at ofte forbinder man det med teknologien som skal erstatter eller supplerer hjemmesykepleietjenesten. Samtidig at nye måter å bruke velferdsteknologi på har fått mye fokus på varslingsteknologien.

“(...)Jeg tror at veldig mange nå når dem hører ordet velferdsteknologi, så ser dem for seg datautgaver av en sykepleier(...). (...) når de prater om velferdsteknologi, så er jo mye, innafor alarmsegmentene, altså både med GPS og uten, og i forhold til egentlig supplement til det jeg vil kalle hjemmesykepleietjenester”

I følge en av ergoterapeutene er begrepet ganske stort og det fører til en vis usikkerhet i forhold til hvilken teknologi som går under begrepet velferdsteknologi.

“Det handler både om hjelpemidler som kan gi støtte i hverdagen enten det er på tidsorientering eller sikkerhet, men det kan jo og være et sånn teknologi som at noen kjøper seg en robotstøvsuger eller robotgressklipper for å slippe å gjøre jobben enten slippe å gjøre

eller at de ikke klarer å gjøre, men det er jo og en del av velferdsteknologien så det er ganske vidt.”

3.2 Ergoterapeutens kompetanse

Under intervjuene ble det snakket om ergoterapeutenes kompetanse. Det ble da snakket både om personlige egenskaper ergoterapeuter ofte har og hvilke faglig kompetanse enkelt forbinder med å jobbe med velferdsteknologi.

Alle ergoterapeutene fortalte at i deres praksis var de med i ulike tverrfaglige samarbeid i form av å delta på møter eller andre grupper. En av informantene påpeker at ergoterapeuter er gode på å jobbe tverrfaglig, synes det er viktig å samarbeide med andre faggrupper, det er ikke nødvendigvis ergoterapeuten som skal komme med svareren, de kan diskutere litt rundt ideer.

“Det som ergoterapeutene er flink til synes jeg da, det er jo veldig flinke til tverrfaglighet, det er ikke jeg som skal ha rett det er de andre, må liksom, ha med de andre”

Dette blant annet i forbindelse med å finne nye løsninger på hvordan ting kan gjøres. Det gis et eksempel i forhold til dette.

“For da kunne jeg si det til pleierne at, ja skal vi ha disse tråene på varslingssystemet på rom, ja det var dem fast bestemt på, men så visste jeg at det fantes andre ting ikke sant så da var det jo veldig greit å vise dem det”.

I en annen sammenheng kom det frem at ergoterapeuten har bred kunnskap og forsøker stadig å oppdatere seg innen faget sitt og å utvikle den organisasjon en jobber i. Det medfører at de er mye involvert i kommunens organisasjon, de er med i mange settinger at de er synlige overfor ledere og andre, noe som kan føre til at kompetansen til ergoterapeuten kan bli tydeliggjort på den måte.

“Vi er jo med da i mange settinger (...) dem ser liksom kompetansen (...) det er alltid noe vi ønsker å forbedre innen organisasjonen eller oss selv, så det gjenspeiler også at dem får kvalitet forhåpentligvis”.

Informanten mener også at dette gjør dem enkle å spørre med tanke på å være deltagere i prosjekt og lignende, samt at ergoterapeuten viser engasjement og har lyst til å gjøre en forskjell.

“Jeg føler jo ofte at ergoterapeutene da har litt sånn glød og brenner for ting da, og er litt sånn kan være litt sånn selvmotiverende”.

Selv om dette ikke er spesifikke kompetanser, men mer personlige egenskaper er de likedan en representasjon av ergoterapeuters arbeidsmetode. Ergoterapeutenes kompetanse på brukermedvirkning ble også fremhevet under intervjuene, sammen med god kompetanse på kartlegging. En av ergoterapeutene understreker også at dette er et område som kan forbedres, spesielt med å være sikre på at det er det som er viktig for brukeren som er i fokus fremfor hva de rundt mener er viktig.

“Kartlegge vil jeg si at vi er flinke på, å beskrive situasjonen og hva som er utfordringen og kanskje se løsninger, men også må vi bli flinkere på det å være helt trygge på om det vi ser som løsning er faktisk det som brukeren egentlig synes er viktig for den da, hvem eller var det er viktig for hjemmesykepleien, eller var det viktig for pårørende.”

Informanten nevner at de har kompetanse innen i det å ta i betraktning brukerens utfordringer og ressurser.

“så har vi gode kunnskaper om brukerne da. Ved at vi da er flinke til å se behovet, ressursbegrensninger osv.”

I forbindelse med det å jobbe med velferdsteknologi understreker informantene at det er viktig å få frem brukeren sine behov og ønsker, det kom frem blant annet at ergoterapeuten er en advokat for brukeren, som skal fremme deres behov. En av de andre ergoterapeutene gikk litt nærmere inn på det å sørge for brukerens ønske blir fulgt:

“Vi skal jo prøve å få frem hva, at brukeren får frem det som er viktig for han, men vis det er viktig å kunne bo hjemme, så da kan vi kanskje være med å si noe om at i forhold til sikkerhet og, at det spørs litt hvordan vi må vinkle det, ofte det svaret vi får at dem gjerne vil bo hjemme og gjøre som før.”

Ergoterapeuten snakket mer om hvor viktig det er å skape trygghet og sikkerhet rundt brukeren ved å tilrettelegge bolig med tanke på fall- og brannfare. Da må man involvere brukeren gjennom intervju eller samtale, være med rundt i boligen å få brukeren til å vise hvor ting er, hva det er og hva de ville gjort vis det skulle skje en ulykke.

“Men det er og ofte spørsmål om tilrettelegging for å kunne bo trygt hjemme, så da er det både å intervju og å rett og slett være med rundt å se og be bruker, ikke bare spørre men kanskje har brannvarslingsutstyr men hva er det, hvor er det, hva vil du gjøre vis det skjer en ulykke.”

3.3 Ergoterapeutens rolle

Det kom under intervjuene frem at ergoterapeutene hadde ulike roller i prosjekter om implementering av velferdsteknologi i kommune. Den ene ergoterapeuten hadde rolle som prosjektleder, de andre var medlem av tverrfaglige grupper. En av ergoterapeutene kom inn i prosjektet etter at det hadde pågått en stund. Dette har ført til noe variasjon i hvordan ergoterapeutene opplever prosjektarbeidet. Ergoterapeuten som i sin kommune ble prosjektleder for implementering av velferdsteknologi, opplevde det at arbeidsoppgavene var en stor og utfordrende prosess.

“Det er ganske stort og det er ganske mye å holde rede på da for å si det sånn (...)”

Videre forteller ergoterapeuten om noen av arbeidsoppgaver som prosjektleder i velferdsteknologiprojektet.

“Jeg har jo da ikke så mye prosjektarbeid erfaring så det har gått liksom litt til mens jeg går men jeg har jo da lagd prosjektplanen. (...) og det å sette opp milepæler ikke sant det er jo

ganske viktig. (...) Jeg har hatt en prosess med da å kalle inn leverandørene, dialog, jeg satte opp møter, møtepunkter for leverandørene. (...) Du må organisere det meste da, det er jo det jeg har gjort.”

Ergoterapeuten hadde fått rollen som prosjektleder selv om prosjektledelse ikke var et emne vedkommende hadde noe erfaring med. For å støtte og sikre gjennomføring av prosjektet hentet ergoterapeuten kunnskap og erfaringer ved å reise til andre kommuner for å se hva de hadde gjort. Ergoterapeuten påpeker at ikke alt de så på slike besøk var bra.

“(...) har jo vært ute å sett hva de andre kommunene har gjort og vi har ikke vært sånn, du kan ikke bare kopiere det de andre har gjort, ikke sånn at det vi så alltid var godt ikke sant.”

En av de andre ergoterapeutene hadde en helt annen erfaring med å jobbe i velferdsteknologiprojekt. I det tilfellet opplever ergoterapeuten at andre faggrupper uttrykte å ha lite kjennskap om ergoterapeutens kompetanse på velferdsteknologi.

“Det prosjektleder nok mente var min største styrke inn i prosjektet var det med kartlegging. Ja, vi er jo gode på å kartlegge, men det er mange andre som er også. Fordi at vi er hver våre yrkesgrupper og er flinke til å kartlegge det vi jobber med”.

Prosjektlederens kunnskap om ergoterapi vektlegger kompetansen på kartlegging, ergoterapeuten er enig i det at ergoterapeuter er gode på kartlegging, men gir uttrykk for at andre faggrupper ikke vet hva en ergoterapeutisk kartlegging innebærer. Ut fra erfaringer ved å jobbe med velferdsteknologiske hjelpemidler hevder ergoterapeuten at det er ikke en enkel oppgave å søke eller formidler de hjelpemidlene. Det er mange forhold å ta hensyn til og at det viktig å gjøre en grundig kartlegging av brukerens livssituasjon. Fordi ut fra det kan ergoterapeut blant annet undersøke hvilke rettigheter brukeren har i forhold til velferdsteknologiske hjelpemidlet, altså hvor det kan søkes.

“Jeg er ikke helt sikker på om prosjektleder vet hva en ergoterapeut gjør, i forhold til velferdsteknologiske hjelpemidler (...) vi må hele tida ha tunga rett i munn i forhold til hva kan vi søke fra hjelpemiddelsentral og hva må kommune eventuelt betale for selv (...). Da hadde dem vært og kartlagt brukeren, da fikk jeg en mail med det som kom i det her

kartlegginga. «Kan du søke om dette?». Også stilte jeg vel noen spørsmål (...) For prosjektleder mente at prosjektleder hadde plukket ut denne informasjon jeg trengte, men hvordan kunne prosjektleder vite hva slags informasjon jeg trengte? (...) jeg får litt nok av det. Folk som bare tror at vi er sånn bestillingssentral.»

Arbeidsoppgaver en av ergoterapeutene også nevner i forbindelse med velferdsteknologiprojektet er å følge med utvikling av velferdsteknologiske hjelpemidler, være med i demensteam og reise ut til brukere for utredning eller kartlegging. Ut fra det som kom frem i forhold til ergoterapeutenes roller i prosjektene kan man legge merke til at ergoterapeutenes arbeidsområder og inkludering i velferdsteknologiprojekter varierer fra kommune til kommune.

3.4 Erfaringer fra prosjektene og velferdsteknologi generelt

På bakgrunn av at ergoterapeutene hadde forskjellige roller og ulike ansvarsområder i prosjektene, kom det frem mye informasjon om deres erfaringer om hvordan kompetansen har utviklet seg i løpet av arbeidet med velferdsteknologiprojekt mente en av ergoterapeutene at den har blitt bedre:

“den har blitt mye større, jeg kan jo mye mer nå. det er jo greit å se at det fungerer for vi er jo generelt skeptisk, viktig når man er i prosjekter så ser man hva som ikke fungerer og fungerer (...)”

Ergoterapeuten erfarer at hvilke metoder og løsninger som virker, og det er viktig å ta med seg. Videre fikk ergoterapeuten mye erfaring med leverandørene og hvordan de fremmer sine produkter.

“Men det som vi dro veldig nytte av var jo de erfaringene vi hadde med leverandørene, (...) vi kunne ikke stole på dem, det er som å selge bil.”

I forhold til dette utdyper ergoterapeuten at i forhold til hjelpemidler og sånn så fra erfaring så vet man at de ikke alltid fungere helt som de skal, og det gjelder for velferdsteknologi også. Ergoterapeuten har gjennom arbeidet med velferdsteknologi blitt mer skuffet enn begeistret i forhold til løsningene som har blitt presentert fra leverandører, og har en skepsis til dem.

Den andre ergoterapeuten som jobbet med å følge med på utviklingen av velferdsteknologi, var også som nevnt tidligere med i demensteam, og gjennom å jobbe i dette teamet og generelt som ergoterapeut så har ergoterapeuten fått mye erfaring med velferdsteknologi gjennom årene.

“vi har jo gjennom ganske mange år fått hvert fall mye erfaring i forhold til de hjelpemidler vi har søkt via NAV og gjennom demensteamet så har vi jo hatt muligheten til å være med på de kursa som blir arrangert både i forbundsregi og andre kurs, som har hatt mye fokus på velferdsteknologi og GPS har det vært mye framme. (...)”

I forhold til arbeidet i den overordnede gruppen i kommunen hvor ergoterapeuten jobber så har de kommet frem til noen velferdsteknologiske løsninger de skal prøve ut, ergoterapeuten nevner blant annet robotstøvsuger som et alternativ til hjemmehjelp, elektronisk medisindispenser samt et kommunikasjons hjelpemiddel som velferdsteknologi de har tenkt utprøvd i kommunen. I tillegg jobber de med å informere ansatte og brukere i kommunen om velferdsteknologi.

“(...) informasjonsopplegg både for de som jobber i kommunen og åpent for den som ville komme dit, det var presentasjon av hva er velferdsteknologi, hva kan kommunen bidra med, hva kan du kjøpe selv hvor finner du ting”

Ergoterapeuten snakker også om hvordan trygghetsalarmen endres fra å være analog til digital og at dette fører til flere muligheter i forhold til å utvide funksjonen den kan ha.

“Men sånn som å kombinere en alarm i seng og en stol eller på kjøkkenet for å når dem snakker sammen om på natt for eksempel vis en har gått opp på toalett og ikke kommet tilbake til den tida han sier at han pleier å bruke, og det ikke er noe bevegelse i stua, ikke sitter i stolen, ingen er på kjøkkenet da kan det, da går signalet via trygghetsalarmen, og at det er nødvendig med et besøk det kan ha skjedd et fall (...)”.

Så som ergoterapeuten sier så kan man kombinere flere varslinger til å gå via trygghetsalarmen som da fungerer et relé. Dette fører til flere muligheter for at brukere skal kunne føle seg trygge i egen bolig.

Erfaring av å bli inkludert sent i prosjektførløpet opplevdes som utfordrende for en av ergoterapeutene. På bakgrunn av opplevelsen av å ikke ha fått mulighet til å bidra med ergoterapeutisk kunnskap og erfaringer i prosjektet.

“Jeg synes det var veldig vanskelig å komme inn i prosjektet sånn «husj», rett inn. “Altså i og med jeg ikke vært med fra starten, så er det på en måte så mange prosesser som har startet uten at jeg har fått sakt meningen min. Jeg opplever det er at dem startet med mange tiltak samtidig.

Og dermed ble ikke ergoterapeutens kompetanse ikke ordentlig benyttet i prosjektet fra starten av, mener ergoterapeuten.

“Den har ikke blitt mye brukt, synes jeg. “

Det kom under intervjuene frem noen erfaringer i forhold til utfordringer som finnes ved implementering av velferdsteknologi. Et eksempel på dette var en situasjon der ergoterapeuten sammen med brukeren hadde blitt enige om å søke på et hjelpemiddel som ville hjelpe han å huske avtaler. Og når da de kom for å installere hjelpemiddelet så ville ikke brukeren ha det.

“Det er egentlig mye positive sider ved hjelpemidlene men det er ikke alle som ønsker å ta imot det, selv om dem kanskje syntes det hørt fint ut det vi presenterte.”

Det ble også fortalt at i tilfeller hvor pårørende skal være involvert at de ikke følger opp på en god nok måte slik at tiltaket ikke fungerer. Andre ting virker bra i periode, også vil en endring av funksjon føre til at det så ikke oppleves like nyttig som før, og at det da må fjernes. Som en ergoterapeut sier det i forhold til slike tilfeller:

“(…) så kan det hende vi kom sannsynligvis inn for sent til den brukeren.”

I et av prosjektene ble brukerens behov for velferdsteknologiske hjelpemidler kartlagt med et skjema ergoterapeuten var noe kritisk til. Skjemaet skulle kunne brukes av alle uavhengig av hvilket yrke man har. Hvor man kommer i en situasjon der ergoterapeuten skulle kartlegge alt fra sårstell, renhold osv., noe som ergoterapeuten er sterkt uenig i.

“(…) og da skal jeg kartlegge alt i fra sårstell, renhold, osv. For det skal være helt uavhengig. Og det er jeg veldig sterk uenig. (…) men jeg synes ikke at hjemmesykepleien skal kartlegge «skal denne brukeren ha manuell stol? Eller elektrisk stol? eller skal den ha ergoterapitjeneste i det hele tatt?» Og vil heller ikke være den som kartlegger «skal den ha sårstell? Eller medisinerings?»

Ergoterapeuten gir eksempel på hvor komplisert kartlegging av behov for en mobilalarm med fallsensor og GPS.

“(…) spesielt når det gjelder alarmer, så er mine erfaringer at det er så mye. Altså det første som vi jo gjør alltid er vel liksom, ok, hva er behovet? Hvor går du? Hvor langt skal du gå? Er det for å bli mer selvstendig? Eller er det fordi at de rundt deg synes at du skal gå mer, men mest sannsynlig komme du ikke til å gjøre allikevel. Er det faktisk for det du selv mener har lyst å gå lenge, men ikke tør og ikke håper på den at nå ringer datteren og sier at “nå synes jeg at hun skal få slik alarm.”

Videre påpeker ergoterapeuten at ofte er teknologi den mest kompliserte delen av implementeringen. Det blir mange forhold å ta hensyn til. Blant annet behovet til brukeren og alle de rundt som mener noe om brukeren. Organiseringen rundt velferdsteknologiske løsninger opplever ergoterapeuten som vanskelig siden det er veldig mye å holde orden på og at de krever høy kompetanse i forhold til installasjon og de kan kreve spesifikke ting for å kunne fungere hos en bruker,

“Når du så kommer over på det tekniske. Det er da jeg kjenner at jeg blir helt svett. (…) da er det litt sånn. Ok. Kan det kobles til trygghetsalarm? Nei. Det kan jo ikke! Ikke samme ruterene. Du må ha egne. Ok (…) også kommer punktum: «Nei pasient har ikke telefon og heller ikke mobiltelefon» Fordi at brukeren ringer for ofte til personalet. Ok. Men hva mener dere da

med en alarm? Vil ikke det blir samme problemet? (...) du må ha riktig tlf.nr til hvilken mobiltelefon som skal ta imot signalet (...) “

Det ble også nevnt erfaringer i forhold til organisering rundt velferdsteknologiprojektet. Noen av eksemplene var at det ble brukt mye tid og ressurser for å lage skjemaer for prosedyrer.

“jeg har lite oversikt over alle skjemaer som er rundt (...) altså for det første kartlegginger, også er det gevinstrealiseringsskjemaer. (...)”

Samarbeid og inkludering av alle ansatte, som egentlig skal utføre jobben med å dokumentere prosessen ved velferdsteknologiprojektet er kjempeviktig. For at de skal få eierskap til prosjektet og motivasjon til å utføre den delen av prosjektet.

” (...) det er ikke så lett som å si at her er det et skjema, dette skal dere fylle ut hver gang denne pip vær god og så blir det gjort. Jeg tror at folk må ha litt mere forklaring og få et eierskap til det, for å skjønne hvorfor de skal gjøre det”

Det å implementere ulike velferdsteknologiske hjelpemidler i ulike kommunetjeneste samtidig kan ifølge en av ergoterapeutene blir utfordrende. Dette på grunn av opplæring av hjelpemidlene kan være til hindring for det. Fordi det er en langsiktig prosess. Her påpeker en ergoterapeut at prosjektet vært preget av manglende erfaringer prosjektleder hadde med akkurat det området.

“Det at å ikke hadde noe bakgrunn og erfaring med å jobbe med opplæring i teknisk hjelpemidler, tror jo jeg har påvirket (...) at dem har valgt å begynne med så mange, ulike hjelpemidler samtidig. (...) det er veldig mange tråer å holde i (...) det er så vanskelig å rekke å gå ordentlig inni på de ulike tingene. (...) Dette krever en del. ikke bare et skjema som du skal lese. Du må på en måte inn og vise og tråkke”

3.5 Opplæring

Erfaring ergoterapeutene har med å jobbe med tekniske hjelpemidler er ifølge informantene et viktig element å bruke ved implantering av velferdsteknologi.

“Jeg tror spesielt den erfaringen og kunnskapen vi har rundt det med tekniske hjelpemidler. Tror jeg er litt alfa og omega. Det er ikke bare å putte et teknisk hjelpemiddel inn i et hus og tro at det funker. Spesielt ikke et hvis det har en eller to knapper. Da må noen få undervisning på hvordan de to knappene funker”

I følge ergoterapeuten er det slik at jo mer avansert tekniske hjelpemidler er og flere som skal benytte det, jo viktigere er det med opplæring. Informanten påpeker at skriftlig opplæring er ikke nok for å sikre at hjelpemidler blir brukt på en riktig måte. Det krever grundigere opplæring, gjerne verbalt mellom de som skal bruke tekniske hjelpemidler og den som skal undervise om den.

“Den erfaring ergoterapeuten har i forhold til hjelpemidler som krever instruks (...) det nytter ikke å skrive det på en gul lapp på veggen og tro at folk har skjønt det (...) altså er du på et sykehjem og hvor det jobber fjorten stykker i turnus, så må man faktisk ha pratet med alle fjorten. Før du vet at alle trykker på riktig knapp, for ellers så kommer en vikar og gjør det galt”.

Disse utfordringene med opplæring i bruk av velferdsteknologi er også noe som en annen ergoterapeut deler. Og legger vekt på at motivasjonen blant de ansatte som skal bruke hjelpemidlene og må gjøre noen endringer, ikke alltid er like stor.

“Men det, samtidig erfarer jeg da at når jeg da har opplæring så går folk og setter seg ikke sant, det er liksom det er ikke alltid like stor motivasjon i gruppa heller da, det er en stor greie ikke sant, eller kan være en stor en da, bremsekloss i systemet.”

Det ergoterapeuten sier her forteller at det er mange elementer man er avhengige av at fungerer sammen for at velferdsteknologiske løsninger skal fungere. Ergoterapeuten vektlegger at opplæring er viktig.

“Men opplæring er kjempeviktig altså det.”

Videre forteller ergoterapeuten at det er viktig å la brukerne av hjelpemidlet å få prøve det ut og bli kjent med hvordan det fungerer.

“(...) tingene som pleierne skal bruke og det pasienten skal bruke, så dem får følt litt på det sett på det ikke sant og sett ufarliggjøre det da.”

God opplæring av de rundt brukeren er noe som en av de andre ergoterapeutene mener er veldig viktig, og har erfaring med

“Men erfaringen er hvert fall at det er veldig viktig med de som er rundt brukeren enten det er pårørende eller om det er helsepersonell, (...) hvorfor ting er laget som de er sånn rent teknisk og hvorfor dem må brukes på akkurat den måten.”

Ergoterapeuten kommer med et godt eksempel på en situasjon hvor det er spesielt viktig å inkludere pårørende som er villige til å ta på seg det å følge opp og drifte et hjelpemiddel.

“jeg tenkte på sånn memoplaner og litt mere avanserte hjelpemidler så har vi jo hatt har vi jo akkurat den samme erfaringen at det avhenger av at enten det er noen pårørende som kan følge opp, eller noen som er stabilt hos brukeren og som er villig til å ta på seg jobben med å legge inn det som er nødvendig,”

Dette er interessant fordi det viser at det krever ganske mye av de rundt brukeren for at slike hjelpemidler skal bli en suksess. Videre i intervjuet forteller ergoterapeuten at passive hjelpemidler som ikke krever så mye opplæring og involvering av brukeren, eller hjelpemidler der pårørende bidrar er det som er erfart at fungerer best, samtidig som de pårørende synes at det er fin måte å hjelpe til på. Ergoterapeuten trekker frem et eksempel hvor en pårørende som bor langt unna kan legge inn avtaler på memoplaneren til brukeren, og at pårørende i denne situasjonen var veldig motivert for å lære:

“Men da hadde vi med vaktmester til å skru det opp på veggen, også var datter og jeg som satt med bruksanvisningen og leste. (...) pårørende var i stor grad medvirkende”

3.6 Brukermedvirkning

Hvordan brukerens medvirkning og autonomi blir lagt rette i velferdsteknologiprosjekter er et av temaene ergoterapeutene gjentar i flere anledninger under intervjuene. Det ble tatt opp både i forhold til ulike brukergrupper og graden av hvor mye det ble ivaretatt i prosjektene. I et av prosjektene ble selve valget av brukergruppe trolig en årsak for den kommunen fikk økonomiske midler. Fordi den brukergruppen var en gruppe som ikke så mange andre kommuner ønsket å jobbe opp mot.

“prosjektet skilte seg ut fordi at (navn) sin del av prosjektet ønsker å jobbe opp mot (brukergruppa) og det var ikke så mange andre til prosjektet som gjorde det”

Personer med nedsatt kognitive evner er flere ganger nevnt som den brukergruppa som vanligvis bruker kommunens velferdsteknologiske løsninger..

(...) og det brukergrupper det er jo helst de som glemmer litt da (...).

Hjemmetjenesten ble også utnyttet for å finne brukere, det ble under intervjuene fortalt om at tidstyver hadde blitt kartlagt av andre kommuner tidligere, hvor man så på hva som kunne gjøres for å spare ressurser i hjemmetjenesten ved at man da ikke skulle behøve å reise hjem til brukere i like stor frekvens, eventuelt fjerne litt av stresset tidlig på morgenen.

Brukere med demens, eller personer som glemmer litt ble nevnt som brukergrupper forteller også en av de andre ergoterapeutene vi intervjuet om, samtidig som det utdypes litt om hva det dreier seg om når det kommer til å glemme ting:

“(...) vi får ofte henvendelser, da står det at de er glemsk eller at det har vært et uhell i forbindelse med bruk av komfyr eller det går på at ofte på de enkle hverdagslige tingene, eller at ikke klarer huske på dag eller dato (...).”

En ergoterapeut fortalte om at selv om de jobbet mye med personer med demens, så var ikke dette i direkte forbindelse med velferdsteknologiprojektet de har i kommunen, men mer i forhold til at velferdsteknologi i de tilfellene var tiltak på lik linje med andre løsninger. I velferdsteknologiprojektet jobbet de ikke direkte opp mot en bestemt brukergruppe.

“Det er etter behovet til brukeren (...).”

Og for å se behovet til brukeren kreves det kartlegging. Videre forteller ergoterapeuten at de har et nytt bygg i kommunen hvor de tilrettelagt spesielt for personer med kognitiv svikt, fordi det da passer til de andre også,

“(...) det nye dem bygde skal jo i utgangspunktet være tilpasset til personer med kognitiv svikt for da passer det som regel til alle andre også.”

Det ble under intervjuene tatt opp hvordan man kartlegger behovene til brukerne, i det ene prosjektet som gikk ut på velferdsteknologiske løsninger i bygg, ble det kartlagt behovet til de sykepleierne og andre som skal jobbe der, representert av lederne og verneombud, hørte hva de synes er tungvint og ikke tungvint. Ergoterapeuten hadde også kontakt med en instans som representerte brukerne.

I det andre prosjektet ergoterapeuten var med i var det mer tradisjonell kartlegging av brukerne som da var personer i egne hjem.

“Når det gjelder medisindispenseren da må vi ha litt mere dialog, (...) dem må være motivert for det. Men der har vi slitt for det er noen som ikke ville ha det. der må jeg i dialog med den enkelte. Vi prater med hjemmetjenesten om mulige kandidater, men der er det jo de som til syvende og sist bestemmer, brukeren.”

Her også kommer samarbeidet med hjemmetjenesten frem som et punkt igjen, samt at det er brukeren som bestemmer.

En av de andre ergoterapeutene hadde en erfaring med å kartlegge på en måte som ergoterapeuten ikke var helt enig i.

“De skulle kartlegge (...) ved å bruke et skjema som jeg ikke er fryktelig glad i. (...) det siste spørsmålet i blekka var: hva er i livet ditt som gjør at du føler deg utrygg? Og da svarte de aller fleste at «men jeg er ikke utrygg jeg! (...) Altså folkene kunne jo godt kjenne at «nei det greier ikke jeg å gjøre selv og det går ... men jeg er jo ikke utrygg», for de har så mye tjeneste rundt seg.”

For at brukeren skal få motivasjon og skjønner hensikt med å bruk velferdsteknologiske hjelpemidlene, så mener en av ergoterapeutene at det er viktig at brukeren ser behov selv.

“hadde det vært meg, så hadde jeg vel heller sagt for eksempel, folk som søker trygghetsalarm. Eller folk som søker komfyrvakt. Altså folk som har fått en erfaring av at noe er utrygt. For det skal du dekke et behov hos noen, så må dom har oppdaget noe om selv.”

Særlig i tilfelle der brukeren har dårlig innsikt i egen situasjon er det viktig å inkludere personer som stå dem nært i kartlegging av brukerens livssituasjon. Dette blir også tatt opp av en annen ergoterapeut hvordan pårørende burde i noen tilfeller være en del av kartleggingen hos en bruker.

“Det tenkte jeg gjelder hjelpemidler og sånn, så vi må høre på både brukere og pårørende og hjemmesykepleien for at spesielt personer med en demensutvikling som har kanskje kommet så langt at en faktisk ikke er helt i stand til å vurdere konsekvensen av det han gjør at, så vi kan ikke bare høre på den ene, vi må snakke med flere.”

Under det ene intervjuet ble det tatt bruk av GPS og samtykkekompetanse. Velferdsteknologi og dens sammenheng med bruk av overvåking og GPS vært et tema som har lenge vært diskutert med tanke om det er etisk riktig å ta i bruk slike tiltak, siden det kan føre til at rett til privatliv og personvern blir svekket. Spesielt for pasienter eller brukere som ikke har samtykkekompetanse. Ergoterapeuten fortalte at:

“Det der med samtykkekompetanse er du i stand til å vurdere det som er nødvendig for å ta vare på egen helse, men da er det jo det en ting, du kan jo gjerne bruke for eksempel en GPS eller et alarmsystem vis den som skal bruke det godtar det og ta det med seg for eksempel som en GPS da er det ikke, da er det greit. “

I det eksemplet ser vi at brukeren blant annet får mulighet til å avgjøre selv. Men ikke alle vil godta det, og i den forbindelse fortalte ergoterapeuten:

“Men vis en motsetter seg det må det jo da tenke på noe annet, da må du kanskje inn med et (...) samtykke om det er et mindre inngripen å bli sendt med en GPS. “

På et sykehjem i kommunen denne ergoterapeuten jobber har de laget en ordning for nettopp bruk av GPS.

“på (sykehjem) så er det jo da i noen som har blitt enig med mellom de som bor der og de som jobber der at lagd en avtale om at du kan fortsette å gå alene men at da tar med seg GPS at det er noe dem er innforståtte med, men kan ikke vite om dem da legger fra seg den. “

Denne ordningen mener ergoterapeuten har fungert.

“Men det har faktisk fungert bra for både noen som har bodd i på sykehjemsdelen og noen som har bodd i leilighet. “

GPS er et tiltak som fungerer godt slik de har valgt å bruke det i denne kommunen. Grunnen til det kan være at de fant en løsning som bevarte brukernes selvbestemmelse på en god måte.

4.0 Diskusjon

4.1 Velferdsteknologi er ikke noe nytt

I følge Blackman m.fl. (2015) mener Goodacre m. fl. (2008) at ergoterapeuten har brukt ulike lavteknologiske hjelpemidler i noen år, for støtte ulike brukergrupper å forbedre sin livskvalitet og selvstendighet i eget hjem. Dette stemmer overens med det alle ergoterapeutene i undersøkelsen vår sier, at velferdsteknologi er ikke noe nytt i deres praksis. Ergoterapeuten nevner blant annet at bruk av hukommelse og sikkerhets hjelpemidler har vært i bruk i noen år, men at det er nå det har fått mere oppmerksomhet.

Internasjonalt kan velferdsteknologi anses som et begrep som har utviklet seg fra å handle om enklere tekniske hjelpemidler, som hjalp brukeren til å utføre en oppgave eller aktivitet i dagliglivet (ADL), til å omhandle om omgivelsessystemer som settes inn hjemme hos folk (Blackman mfl. 2015). Ut fra det informantene sier har de jobbet med velferdsteknologi hele tiden, og at det handler stort sett om tekniske hjelpemidler. Det kan tenkes at de mener at de har tatt del av den utvikling innen tekniske hjelpemidler. I ergoterapeutisk litteratur står det at en et av ergoterapeutens største arbeidsområder i kommune er å jobbe med hjelpemidler (Bevensee og Hove 2013). Litteratur sier også at de har gjennom mange år benyttet ulike teknologiske løsninger i sin praksis (Jepsen og Larsen 2013).

Velferdsteknologiske løsninger som implementeres i dag er mere omfattende og kan bidrar til å oppdage, varsle og forebygge nødsituasjoner (Blackman mfl. 2015). Som for eksempel den første teknologgenerasjon. Det innebærer at brukeren får en alarm og trykker på en knapp når nødsituasjoner oppstår. Brukeren blir fulgt opp av en 24-timers sentral som vurderer brukerens behov for hjelp, og bestemmer hvilke nødetater er nødvendig (Blackman mfl. 2015). Slik vi forstår det så er dette trygghetsalarm teknologien. Så ut fra det som kom frem i funnene vår har ergoterapeutene jobbet med den type teknologi siden 80-tallet.

Man får inntrykk av å lese om velferdsteknologi, enten det er i media eller fra andre kilder som om at det er noe nytt som skal revolusjonere helse- og omsorgstjenesten. Men det teorien viser og som informantene påpeker så har ergoterapeuter arbeidet med velferdsteknologi på ulikt nivå i en årrekke, under begrepet tekniske hjelpemidler (Blackman mfl 2015). En årsak til at dette med velferdsteknologi fremstilles som noe nytt kan være fordi det er et økt fokus

fra politisk side (Helse- og omsorgsdepartement 2013). På bakgrunn av å finne løsninger på den demografiske endring som skjer i Norge og verden forøvrig, da spesielt med tanke på en økende andel eldre, men også yngre mennesker med kroniske sykdommer. Velferdsteknologi er et tiltak med formål om å bygge opp om menneskers selvstendighet i eget liv (Brandt og Jensen 2013). Dette mener vi er unisont med hvordan ergoterapeuter arbeider med å ha fokus på de betydningsfulle aktivitetene i menneskers liv (Townsend og Polatajko 2012), som gjør ergoterapeuter så godt egnet for å arbeide med dette temaet.

Ergoterapeutene vi intervjuet opplevde at begrepet velferdsteknologi som veldig vidt og kan være vanskelig for mange å forstå hva faktisk er. Selv om de har brukt teknologien en stund, uttrykket de forvirring i forhold til hvilken teknologi de skulle plassere under begrepet velferdsteknologi. Dette tror vi kan være på grunn av at de fleste offentlige dokumenter man finner om velferdsteknologi bruker definisjon fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Slik vi ser det er definisjonen veldig bred som omtrent dekker alle hjelpemidler som sørger for at brukeren kan bo lengre hjemme og utføre aktiviteter på en selvstendig og trygg måte, til tross for funksjonsnedsettelse. Vi mener med en så bred definisjon vil for eksempel en rullator være et velferdsteknologisk hjelpemiddel siden det sørger for at brukeren trygt kan være mobil i eget hjem og kan delta i flere sosiale settinger. Samtidig kan denne usikkerheten også handle om at teknologien som brukes i dag er stadig i utvikling (Blackman mfl. 2015), og dette kanskje fører til at helse- og omsorgssektoren forsøker å følge med utvikling, ved å finne nye måter å bruke den på. En av informantene opplever nettopp dette med at organiseringen og implementeringen handler mye om å ha et større perspektiv enn bare brukeren og selve teknologien, men at det også skal ha en effekt på systemnivå.

4.2 Ergoterapeuters kompetanse

Informantene våre påpeker viktigheten av ergoterapeutenes kompetanse innen brukersentrert kartlegging ved implementering av velferdsteknologi. Denne kompetansen stemmer overens med det Laberg (2011) sier om at ergoterapeutens arbeidsmetode og kompetanse innen kartlegging av brukerens behov og ønsker, gjør ergoterapeuter egnet til å jobbe med velferdsteknologi. Norsk ergoterapiforbund (2013) har dette som en av ergoterapeutenes kjernekompetanse.

Ergoterapeuten har en samarbeidsorientert praksis. De jobber blant annet med å fremme brukerens og pårørende deltagelse, samt samarbeid med andre fagpersoner, på tvers av etater (Norsk ergoterapiforbund 2013). En av informantene forteller at tverrfaglighet er en verdifull kompetanse å ha med seg i arbeid med implementering av velferdsteknologi. I den forbindelse påpekte informantene viktighet av å inkludere ansatte som skulle bruke teknologien, samt ledere og andre faggrupper i valg av gode løsninger, slik at de får et eierforhold til prosjektet.

For å legge til rette for brukerens medvirkning ved implementering av teknologiske hjelpemidler bruker ergoterapeuten blant annet tverrfaglig samarbeid og brukerens inkludering i prosessen (Norsk ergoterapiforbund 2013). Det kommer opp i intervjuene at de jobber med å utvikle seg selv og organisasjonen, anvender erfaringer de har fra tidligere inn i arbeidet med de ulike prosjektene og alle jobber med brukere i forskjellig grad. Selv om de ikke nevner det direkte tyder disse tingene på at ergoterapeutene jobber ut fra kunnskapsbasert praksis prinsippet. Det er en av kjernekompetansene ergoterapeuter har (Norsk ergoterapeutforbund 2013), og er et av punktene som Laberg (2011) tar opp som en av de fire delene som tilsammen utgjør velferdsteknologi. Vi ser at ergoterapeutens kompetanse innen tverrfaglighet og brukersentrert kartlegging, kan være med å bidra til at brukeren får ta avgjørelse på egenhånd, og i noen tilfelle være avgjørende for at brukeren skal ta i bruk en velferdsteknologisk løsning. Eller bidra ved implementering generelt.

4.3 Ergoterapeutens rolle

De ti nøkkelferdighetene i CMCE-modellen kan også beskrives som roller en ergoterapeut har i intervensjonssettinger (Mathiasson og Morville 2013). Vi opplever at slik ergoterapeutene beskriver sine erfaringer er de inne i flere roller når arbeider med prosjekt, et eksempel på dette er at de må samarbeide med andre, både brukere og andre faggrupper, for å få best mulig resultat. Et annet eksempel er å ta rollen som en rådgiver og underviser for å lære bort hvordan hjelpemidler eller en løsning fungerer til ansatte eller brukere.

Hvis vi tar i bruk de fire elementene innen velferdsteknologi (Laberg 2011), ser man at ergoterapeutene kan jobbe innenfor alle de elementene. For eksempel to av informantene hadde flere oppgaver innenfor organiseringen, teknologi og produkt, mens alle følger prinsippet med kunnskapsbasert praksis. Eksempler på KBP var å søke kunnskap fra andre kommuner, kartlegge brukerens behov og å holde seg oppdatert på utvikling innen

velferdsteknologi. Ut fra det ser vi at ergoterapeuten er en faggruppe som har mye å bidra med i prosessen, og derfor burde være med fra starten av for å kunne bidra på best mulig måte. Dette var kanskje grunnen for at den ene ergoterapeuten opplevde en svært begrenset rolle i det prosjekt som var i den kommunen. Samtidig må det undres over hva som var grunnen for at ergoterapeuten ble inkludert så sent i prosjektet. Var det fordi som ergoterapeuten nevnte selv at andre fagpersoner mangler kunnskap om hva ergoterapeuten kan bidra med inn i et velferdsteknologiprojekt?

Ergoterapeuten var kritisk til kartleggingsmetoden som ble brukt i implementeringen. Samme kartleggingen skulle brukes av alle faggrupper. Slik vi oppfatter det samsvarer ikke den kartleggingsmetoden med denne brukersentrerte praksis ergoterapeuten har. Ergoterapeuten anvender som regel ergoterapeutiske modeller for å kartlegge hele mennesket, som for eksempel, CMOP-E. Ved tekniske hjelpemiddelintervensjon ser ergoterapeuten disse elementene som grunnleggende for å se på brukeren som ekspert på egen situasjon. Det er brukeren som har kunnskap og erfaring om seg selv, sine aktiviteter og omgivelser rundt seg (Polatajko mfl 2012).

4.4 Erfaringer med velferdsteknologi prosjekt og generelt

Teorien sier at å jobbe ut ifra prinsippet om kunnskapsbasert praksis innebærer blant annet å jobbe ut fra erfaringskunnskap, det vil si at man utnytter erfaring man har fra tidligere (Ness 2011). Det kom frem i datamaterialet at gjennom arbeidet med velferdsteknologiprojekt kunne ergoterapeuten benytte erfaringer de hadde med hjelpemiddelleverandører. En av informantene forteller at leverandører kunne være upålitelige, i den forstand at de var mer interessert i egen vinning. Helse- og omsorgsdepartementet (2011) hevder at kommunen må være en krevende kunde med god bestillerkompetanse. I den forbindelse mener vi at her har ergoterapeut mye kompetanse, som kommunen bør utnytte.

Andre tidligere faglige erfaringer ergoterapeutene har utnyttet i prosjektene var kompetanse om utvikling av velferdsteknologiske løsninger. De erfaringene hadde ergoterapeuten tilegnet seg ved å søke hjelpemidler for brukere med demens gjennom NAV-systemet. Erfaringer innen NAV- systemet viser seg å være nyttig å ha ved implementeringen, en av ergoterapeutene forbinder det med en av grunnene for at de må gjøre grundige kartlegging av brukerens livsforhold, nemlig for å undersøke hvilke rettigheter brukeren har i forhold til

velferdsteknologi. Vi ser at nettopp smertegrensen mellom det som før ble kalt for tekniske hjelpemidler og finansiert av NAV, og det som i dag blir kalt for velferdsteknologi kan skape forvirring og enda mer jobb for mange ergoterapeuter i kommuner. Det virker som det er litt utydelig hvilken teknologi staten skal betale, eller kommunen skal betale. Ness (2011) nevner at ledelse i kommuner, NAV og statlige institusjon har et ansvar når det gjelder å bygge opp fagpersoner opplæring og oppdatering i fremtiden, for at det skal kunne dannes et godt kunnskapsgrunnlag bruk og formidling av hjelpemidler. Selv om vi ser at ergoterapeuten har allerede mange kunnskap og erfaringer innen teknologiske løsninger, så viser det at de erfaringer er ikke til nytte hvis ikke kommune ikke ser ergoterapeutens ressurser.

Teknologien som brukes i dag er fortsatt i utvikling (Blackman mfl. 2015) Ergoterapeutene så på den utvikling som både positivt og negativt. Et eksempel er bruk av trygghetsalarm som går fra å være analog til digital, noe som fører til flere koblingsmuligheter med andre enheter. Men samtidig mente en av informantene at kartlegging av brukerens behov ble mer kompleks når de ble flere elementer å forholde seg til, og at det kreves stadig mer teknisk kompetanse i forhold til installering og bruk av slike teknologier. Vi mener at dette er en naturlig bivirkning av teknologiutvikling som fører til produkter som komme til å kreve enda mer instruks på brukernivå og samtidig skal kobles opp til kommunens infrastruktur. Samtidig er vi enig med informantene i dette synet på utviklingen av teknologi.

En av informantene beskrev et etisk dilemma i forhold til brukere med nedsatt kognisjon. Hvor brukeren først hadde sagt ja til teknologien, men når de skulle installeres den ville ikke brukeren ha. I det tilfelle ble brukerens autonomi ivaretatt, ved at de utforsket andre løsninger. Ut fra det som står i offentlig dokumenter om etiske forsvarlig ved bruk av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartement 2013). Så mener vi at ergoterapeuten handlet ut fra det etiske prinsippet autonomi, og respekterte brukeren selvbestemmelse.

En ergoterapeut erfarte at det var positive sider med hjelpemidlene, men at en avgjørende faktor var at i noen tilfeller ønsket ikke alle å ta imot hjelpemidlet, det var også tilfeller hvor det var sviktende oppfølging av de pårørende rundt brukeren. Ergoterapeuten opplevde også at i tilfeller de kanskje kom inn litt sent så hadde hjelpemidlet effekt en liten periode før den mistet nytteverdien og måtte fjernes. I følge Bartfai og Boman (2014) hevder Elsaesser og Bauer (2011) at det er flere faktorer som spiller inn når et hjelpemiddel ikke blir brukt av en

person som har fått det utdelt. et av disse faktorene er videre tap av funksjon som fører til endring av målene til brukeren. Her ser vi at ergoterapeutens kompetanse på kartlegging burde inkluderes så tidlig som mulig.

4.5 Opplæring

Det er mange faktorer som vil påvirke hvordan en tekniske hjelpemidler vil bli tatt i bruk. Det er langt ifra nok å bare levere tekniske hjelpemidlet til brukeren. Opplæring for eksempel kan være en av viktig faktor å ta i betraktning. Særlig når brukeren har nedsatt kognitive evner, siden bruk av ny teknologi krever kognitive læringsevne (Rosenberg og Nygård 2011).

Alle informantene kom med eksempler på opplæring og hvor viktig det er. En av ergoterapeutene snakker om at den erfaringen og kunnskapen ergoterapeuter har om tekniske hjelpemidler og hva som kreves av undervisning for at det skal fungere er essensielt. Dette støttes av teorien som viser at opplæring i bruk av kognitive hjelpemidler er en helt avgjørende del av prosessen (Bartfai og Boman 2014) Annen teori forteller at opplæring eller undervisning er en av ergoterapeutenes nøkkelferdigheter som CMCE- modellen viser til (Townsend mfl. 2012).

Inkludering av pårørende i opplæring og bruk av hjelpemidlene erfares hos en av ergoterapeutene som positivt, eksemplet som blir gitt er i forhold til avanserte hjelpemidler som en memoplaner hvor man er avhengig av å ha en pårørende eller en rundt som er villig til å følge opp og legge inn avtaler og slik. Teori viser at ergoterapeutens samarbeid med andre faggrupper og pårørende er særlig viktig når brukeren har en kognitiv funksjonsnedsettelse (Bartfai og Boman 2014). De pårørende sin påvirkningsevne overfor brukeren kan være avgjørende om hjelpemidlet blir brukt av brukeren eller ikke, selv om det ville vært til god nytte (Bartfai og Boman 2014). Dette relateres også til ergoterapeutenes kompetanse på utvikling av menneskets mestring, som blant annet innebærer å benytte kunnskap om trening, læring og mestring (Norsk ergoterapeutforbund 2013).

Vi tror at det gjør det tryggere for brukeren å ta i bruk et hjelpemiddel vis de vet at de har en pårørende som også vet hvordan det fungerer og at det da ikke blir så skummelt å bruke det. En av ergoterapeutene viser til nettopp dette med at det er en stor fordel å la brukere og de rundt få kjenne på og se på hjelpemidlet for å ufarliggjøre det. I følge Bartfai og Boman

(2014) må opplæring for brukere med nedsatt kognisjon har mest fokus på hvordan og ikke hva brukeren skal lære, og at den opplæringen er delt i tre faser. I den første fasen får brukeren opplæring av tekniske hjelpemidler av en ergoterapeut, pårørende eller andre rundt brukeren. Andre og tredje fasen skal brukeren trene på å bruke hjelpemidlet og inkludere det i dagliglivet. Alle fasene bør være nøye planlagt mellom ergoterapeuten, brukeren og pårørende (Bartfai og Boman 2014).

Men opplæring gjelder også ansatte og pårørende, en av ergoterapeutene fortalte at det kunne være en bremsekloss i systemet, de ansatte som får opplæring i bruk av hjelpemidler eller andre løsninger er ikke alltid motiverte og lærevillige. En kvalitativ studie gjort av Senter for omsorgsforskning i Midt-Norge undersøkte ansattes erfaring med å bruke ulike sensoralarmer. Der mente de ansatte at praktisk opplæring av teknologien der den skulle brukes var ønskelig (Nordtug, Aasan og Myren 2015).

4.6 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er lovfestet gjennom loven om pasientens og brukerens rett til medvirkning § 3-1 (2011), der blir det slått fast at brukerne har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjeneste. Tjenesteapparatet har plikt til å inkludere brukeren i blant annet i valg av tjenestetilbud. Ergoterapeutene mente at de gjennom arbeid med kartlegging av brukerens behov for velferdsteknologi, la til rette for at brukeren selv kunne fortelle sine daglige utfordringer, behovet og ønsker i forhold til det. I tillegg til at en av informantene hadde invitert representanter fra en bestemt brukergruppe inn i planleggingsprosessen av implementeringen. Om vi kobler det til litteratur om brukermedvirkning (Wekre mfl. 2004), kan vi se at ergoterapeuten kan fremme brukermedvirkning, både på individnivå og gruppenivå.

I følge Ness (2011) mener Polgar (2006) at det kan være avgjørende for brukerens motivasjon at han/henne får mulighet til delta i valg av hjelpemidlet. Videre påpekes det at det er viktig å ta i betraktning hvilke holdninger brukeren har til teknologi hvilken betydning den har i deres dagligliv, samt hvordan teknologien påvirker brukerens oppfatning av egen identitet osv. Ut fra det som kom frem i intervjuene opplevde ergoterapeutene at motivasjonsfaktor var avgjørende ved bruk av mer avanserte velferdsteknologiske løsninger, som for eksempel medsindispensere. I slike tilfeller trengte brukeren, både mer opplæring og dialog med

ergoterapeuten for å ta imot hjelpemidlet. I følge en av informantene vil teknologien også bli dårligere tatt imot hvis brukeren ikke ser behovet for det. I denne forbindelse forstå vi at at nye teknologi setter krav til en mere brukersentrert implementeringen av velferdsteknologi, både i forhold til kartlegging av brukerens behov og opplæring, og da har helse- og omsorgssektor et ansvar til å tilrettelegge for dette.

I offentlige dokumenter om velferdsteknologi er også dette omtalt som en viktig faktor som må tas i betraktning ved implementering av velferdsteknologi. I praksis er realitet litt annerledes. Fordi av de norske kommunene som hadde implementerte velferdsteknologiske tjenester, hadde 61% inkludert brukerne og 58% involvert pårørende i implementeringen (Helsedirektoratet 2012). Slike tilfeller kom også frem under intervjuene hvor informantene beskriver at brukeren ble tilbudt velferdsteknologiske løsninger i tilfeller der brukeren selv ikke så behov for det. Fordi de var tilfreds med de tjenester de fikk. Dette skaper en undringsprosess i oss. Hvis formidling av velferdsteknologiske løsninger skal skje på brukerens premisser, bør ikke kommunene starte implementeringen med å legge til rette for at teknologiske løsninger er der, men at det er brukeren selv som skal oppsøke denne tjeneste, og se behov selv? Som to av ergoterapeutene fortalt, ofte så er hjemmetjeneste som ser behovet for velferdsteknologi. Det mener vi er greit, men som en annen ergoterapeut påpekte, når brukeren ser behovet, da er det mer sannsynlig at brukerens motivasjon er større for at han/hun ta bedre imot tekniske løsninger. Denne påstand er i tråd med det som står i ergoterapeutisk litteratur, at kommunen eller fagpersoner må ta hensyn ulike faktorer ved bruk av teknologisk hjelpemidler, som for eksempel at noen eldre brukere kan oppleve som negativt at velferdsteknologiske hjelpemidler skal erstatte den personhjelp de får i dag (Jepsen og Larsen 2013). I tillegg må det tas hensyn til at noen brukere opplever at å bruke hjelpemidler kan påvirke selvbilde og egen identitet. At det synliggjør den funksjonsnedsettelse en har (Ness 2011).

Som alle andre yrkesgrupper kan ergoterapeuten komme i situasjoner der de må forholde seg til etiske dilemmaer i møte eldre brukere (Andresen og Legarth 2013) og det kan oppstå ved bruk av velferdsteknologi (Helsedepartementet 2012). Et kjent etisk dilemma innen velferdsteknologi er bruk av GPS og andre typer overvåkingsteknologi (Helsedepartementet, 2012). I ergoterapeutisk litteratur står det at når ergoterapeuten skal bruke teknologiske løsninger som intervensjon, så må ergoterapeuten finne en måte å opprette holde brukerens

autonomi, og rett til privat liv. Samtidig sørge for at brukeren får nok hjelp til å mestre sitt hverdagsliv (Andresen og Legarth 2013). En av ergoterapeutene beskriver hvordan de løste dette ved å kun bruke GPS vis brukeren selv godtok det. Når brukeren ikke vil ta i bruk GPS, så vil man være nødt til å finne andre løsninger, som muligens gjør et større inngrep i brukerens hverdagsliv. Vi synes det er interessant at GPS kan være et mindre inngrep i brukers hverdag enn alternativene, for eksempel å ha en person til å følge seg rundt omkring. Vi får inntrykk av at de positive effektene av GPS, som bedre trygghet og mer selvstendighet utveier de negative effektene.

4.7 Metodekritikk

Vi valgte en kvalitativ studie av fordi vi ønsket beskrivelser av hvordan ergoterapeutene opplevde å arbeide med velferdsteknologi, og at det da passet best å ha individuelle intervjuer. Vi vurderte også om det ville vært mer hensiktsmessig å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse, siden vi da potensielt kunne ha nådd et mye større utvalg ergoterapeuter, men samtidig føler vi at da hadde mye av opplevelsene ergoterapeutene hadde rundt temaet blitt borte. Vi brukte individuelle intervjuer i oppgaven, en fordel med dette mener vi er at man kan bruke mer tid og fokusere på hvert enkelt individ. Man unngår da at enkelte får mer oppmerksomhet som kanskje ville vært tilfellet i et gruppeintervju. Samtidig ser vi også fordelene med gruppeintervjuer, hvor det kunne ha blitt en god samtale mellom intervjuobjektene hvor de deler erfaringer.

Dette var første gangen vi gjennomførte intervjuer, det var ting vi kunne gjort bedre. Intervjuerrollen var utfordrende, spesielt å ha kontroll på hva man hadde dekket av temaer ut ifra intervjuguiden, det var da viktig med observatør. Det var også utfordrende å vite hvor mye man skulle grave rundt et tema når kanskje ikke det vi spurte etter ble besvart, men det kan gå tilbake på hos som intervjuere som i slike tilfeller burde være tydeligere i hva vi spør etter.

Litteratursøk var utfordrende av den grunn det ikke var et godt gjennomgående begrep for velferdsteknologi på engelsk. Ambient assisted living fikk vi inntrykk av at var det rettet uttrykket å bruke, men vi valgte allikevel å utforske andre begrep som Welfare technology, Electronic assistive technology etc. Vi opplevde i tillegg at søk i databaser som CINAHL og OT-seeker ga dårlig resultat i forhold til å finne artikler innenfor valgt tema, derfor kommer

de fleste artiklene vi har brukt fra søk i Google scholar. Av den grunn var vi spesielt nøye med å sjekke om artiklene kom fra troverdige kilder.

5.0 Konklusjon

Velferdsteknologi er ikke et nytt arbeidsområde for ergoterapeuter, men heller at det har skjedd en utvikling innen teknologien ergoterapeutene har brukt i flere år. Samtidig nevnes det at begrepet velferdsteknologi kan være så vidt at det fører til usikkerhet på hva det er og hvilken teknologi som kategoriseres under det begrepet.

Vi har fått en forståelse av hvilke kompetanser ergoterapeuter benytter ved implementering av velferdsteknologi i kommuner. De kompetansene som trekkes frem er at ergoterapeuter har en brukersentrert arbeidsmetode som fremmer brukerens og evt. pårørendes deltakelse i prosessen med implementeringen. Ergoterapeuter har en samarbeidsorientert praksis med fokus på tverrfaglig arbeid, Ergoterapeuters kunnskap og erfaringer med tekniske hjelpemidler kan utnyttes i implementering av velferdsteknologi.

Ergoterapeutens metodikk innenfor brukersentrert kartlegging og hjelpemiddelopplæring kan bidra til ivaretagelse av brukermedvirkning og autonomi i implementering av velferdsteknologi i kommuner.

Vi erkjenner at tre informanter er for lite til å kunne representere hvordan ergoterapeuters kompetanse blir benyttet generelt, det vil derfor være behov for å utforske hvordan ergoterapeuters kompetanse blir benyttet på en større skala.

6.0 Litteraturliste

- Andresen, M. og Legarth, K. H (2013) At muliggøre aktivitet og deltagelse hos ældre - kommunal intervention I: Brandt Å. Madsen A. J. og Peoples H. (red.) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3.utg.) København: Munksgaard, s. 361-374.
- Bartfai, A. og Boman, I.-L. (2014) A multiprofessional client-centred guide to implementing assistive technology for clients with cognitive impairments. I: *Technology and Disability*, 26(1), s. 11-21.
- Bendixen, H. J. og Madsen, A. J. (2013) Referencerammer og teori i ergoterapi I: Brandt Å. Madsen, A. J. og Peoples, H. (red.) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3.utg.) København: Munksgaard, s.139-159.
- Bevensee, S. L. og Hove A. (2013) Det ergoterapetiske ansvars- og arbeisområde- at muliggøre aktivitet og deltagelse i hverdagslivet I: Brandt Å. Madsen A. J. og Peoples H. (red.) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3.utg.) København: Munksgaard, s. 73-95.
- Blackman, S. mfl. (2016) Ambient assisted living technologies for aging well: a scoping review. I: *Journal of Intelligent Systems*, 25(1), s. 55-69.
- Brandt, Å. Madsen, A. J. og Peoples, H. red. (2013) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3.utg.) København: Munksgaard.
- Brandt, Å. Madsen, A. J. og Peoples, H. (2013) Introduktion til ergoterapi I: Brandt Å. Madsen A. J. og Peoples H. (red.). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3.utg.) København: Munksgaard, s.17-24.
- Brandt, Å. og Jensen L. (2013) At muliggøre aktivitet og deltagelse - hjælpemidler og tilgængelighed I: Brandt Å. Madsen A. J. og Peoples H. (red.) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3.utg.) København: Munksgaard, s. 375-389
- Helsedirektoratet (2012) *Velferdsteknologi: fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030* (2013-2030) Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartement (2013) *Morgendagens omsorg St.meld.nr. 29* (2012-2013). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartement (2011) *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011:11 Oslo: Departementenes servicesenter informasjonsforvaltning.
- Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg.) Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jepsen B. G og Larsen A. E. (2013) At muliggøre aktivitet og deltagelse hos voksne- somatisk behandling og rehabilitering I: Brandt Å. Madsen A. J. og Peoples H. (red.) *Basisbog i*

ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3.utg.) København: Munksgaard, s.345-360.

KS- Kommunesektorens organisasjon (2013) *Kommunene satser på velferdsteknologi*. [online]. Oslo: KS. URL:

<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/velferdsteknologi/kommunene-satser-pa-velferdsteknologi/> (25.01.2016).

Kunnskapsbasert praksis (2012) *Kunnskapsbasert praksis*. [online]. Bergen: Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen (HiB) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten URL: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/> (15.02.2016).

Kvale S. og Brinkmann S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Laberg, T. (2011) Velferdsteknologi og ergoterapi. I: *Ergoterapeuten*, (6), s. 1-4.

Malterud K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3.utg.) Oslo: universitetsforlaget AS.

Mathiasson G. og Morville A. (2013) *Grundlæggende antagelser, værdier og etik i ergoterapi* I: Brandt Å. Madsen A. J. og Peoples H. (red.) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3.utg.) København: Munksgaard, s. 97-118.

Ness, N. E. (2011) *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse : et kunnskapsbasert grunnlag*. Trondheim: Tapir akademisk.

Norsk ergoterapiforbund (2013) *Kompetanser i ergoterapi*. Oslo: Norsk ergoterapiforbund.

Nordtug, B., H. M. Aasan og G. E. S. Myren (2015) *Implementering av velferdsteknologi. En kvalitativ studie: hvilken nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste?* Steinkjer: Senter for omsorgsforskning – Midt-Norge.

Pasientens og brukerens rett til medvirkning (2011) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* [online]. Lovdata. URL:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3 (18.04.2016).

Polatajko, H. J. mfl. (2012) *Spesifikasjon af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen I*: Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II* (1. utg.) København: Munksgaard, s. 47-78.

Rosenberg, L. og L. Nygård (2011) *Persons with dementia become users of assistive technology: a study of the process*. I: *Dementia*, s. 1471301211421257.

Townsend, E. A. mfl. (2012) *Muliggjørelse: Ergoterapis kernekompetence I*: Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (red.) *Menneskelig aktivitet II* (1. utg.) København: Munksgaard, s.141-200.

Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (2012) *Menneskelig aktivitet II* (1. utg.) København: Munksgaard.

Tuntland, H. og N. E. Ness (2014) *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wekre, L. L. mfl. (2004) *Lærebok i rehabilitering: når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforl.

7.0 Vedlegg

7.1 Søkordliste

Database	Søkord	Søkordskombinasjon	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall valgte artikler
CINAHL	Occupational Therapy	Welfare technology AND Occupational therapy AND experience	0	0	0
	Assistive technology	Welfare technology AND Occupational Therapy	2	2	0
	Assesment assistive technology	Electronic assistive technology AND Occupational Therapy	2	2	0
	Welfare technology	Electronic aids to daily living (eadl) AND Occupational Therapy	2	2	0
	Occupational therapy	Electronic assistive technology AND Environmental control systems (ECS) AND Occupational Therapy	0	0	0
	Experience				
	Electronic assistive technology				
Electronic aids to daily living (eadl)					
Environmental control systems (ECS)					

		Assistive technology AND occupational therapy AND experience	27	6	0
Googlescholar		Tittel på artikler hentet fra referanselister i andre artikler	1	A multiprofessional client-centred guide to implementing assistive technology for clients with cognitive impairments	
Googlescholar		"ambient assisted Living Technology" and "Dementia"	52	Persons with dementia become users of assistive technology: a study of the process	
Googlescholar	(mellom årene 1987-2011)	"Assistive technology" and "Dementia"	3.950	Ambient assisted living technologies for aging well: a scoping review	
Googlescholar		"Electronic aids to daily living (iadl)" AND "occupational therapist"	0	0	
OT-seeker		"welfare technology" and "occupational therapist"	0	0	

OT-seeker		Welfare technology AND occupational therapist AND experience	0	0
OT-seeker		Electronic aids to daily living (iadl) and "occupational therapist"	0	0
OT-seeker		Electronic aids to daily living (iadl) AND occupational therapist AND experience	0	0

7.2 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vi er to bachelorstudenter i ergoterapi ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår bacheloroppgave om implementering av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. Tema for oppgaven vil være hvilke erfaringer ergoterapeuter har med implementering av velferdsteknologi i sine kommuner. Vi søker etter kommuneergoterapeuter som har anledning og ønsker å stille som informanter i vår studie og henvender oss derfor til deg.

Hva vil deltagelsen innebære?

Din deltagelse innebærer at vi vil komme til deg for å gjennomføre et intervju som vil ta ca en time. Vi vil begge være til stede når intervjuet skal gjennomføres. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd samtidig som en av oss vil ta notater underveis. I etterkant vil intervjuet bli transkribert ordrett og det vil danne grunnlag for de videre analysene.

Det er frivillig å delta og du har når som helst anledning til å trekke deg fra prosjektet, og dersom du velger å gjøre det vil allerede innsamlet informasjon du har bidratt med bli slettet.

Det innsamlede datamateriale og informasjon om deltagere vil kun være kjent for oss to studenter og vår veileder Linda Stigen ved NTNU Gjøvik.

Innsamlede opplysninger vil bli anonymisert ved transkribering av intervjuet og slettet ved prosjektslutt, juni 2016. All informasjon vil bli anonymisert slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne kjennes igjen i prosjektoppgaven og eventuell publikasjon i etterkant. Dersom det er noe du lurer på er du velkommen til å ta kontakt med oss via e-post eller telefon.

Vennlig hilsen

Tor Kristian Lundbekk, ergoterapistudent

Aline Nedrud, ergoterapistudent

E-post: tor.lundbekk@hig.no og aline.nedrud@hig.no

Telefon: 99509534 / 46890911

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

7.3 Intervjuguide

HUSK Å TAKKE FOR DELTAGELSE!

Vi har valgt å skrive bacheloroppgave om velferdsteknologi fordi det er et spennende og fremtidsrettet tema. Vi synes det er interessant og flott at kommunene satser på velferdsteknologi. Grunnen for at vi er her og snakker med deg, er fordi vi er nysgjerrige på hvordan ergoterapeuter erfarer å jobbe med implementering av velferdsteknologi og hvordan din kompetanse blir benyttet.

Vi ønsker å understreke at all informasjon vil bli anonymisert så hverken du eller arbeidsplassen vil kunne kjennes igjen. Du kan også trekke deg fra vårt prosjekt om du skulle ønske det.

Kan du fortelle om din erfaring fra kommunehelsetjenesten?

Hvor mye
Lenge
Stilling
Brukergrupper?

Hva legger du i begrepet velferdsteknologi?

Tidligere erfaring (tekniske hjelpemidler)
Meninger

Kan du si litt om det velferdsteknologiprojektet du har vært involvert i her i kommunen?

Når ergo ble inkludert.
Din rolle\ansvarsområde.
Hvor mye tid bruker du på å være med i prosjektet
Hvordan ble behov for velferdsteknologi kartlagt (brukergrupper)
Erfaringer fra arbeidet med prosjektet (følelser)
Samarbeid med andre faggrupper (tverrfaglig)

Hvordan har din kompetanse har blitt brukt i prosjektet?

Hva kan du bidra med?
Fått utøve den kompetanse du har om velferdsteknologi
Kartlegging\aktivitetsanalyse

Hjelpemiddelformidling\tilpassing\opplæring
KBP-kunnskapsbasert praksis (brukermedvirkning, ergoterapeutens erfaringer, forsket VFT-løsninger)
Kunnskap om systemet og lover

Nå har vi vært innom en del av dine erfaringer i fht å jobbe med velferdsteknologi, (oppsummer litt det dere har snakket om her). Er det noe mer du har lyst til å dele som vi ikke har spurt deg om?

Husk husk! Vi har god tid, la de tenke seg om! Ikke stresse gjennom guiden ... Noter ting informantene sier som er interessante og som du vil komme tilbake til!