



Fakultet for medisin- og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

## **Velferdsteknologi og eldre**

### **Hvordan kommunikasjons hjelpemidler kan bidra til trygghet og sosial deltakelse**

Eksamensoppgave i HERG3004 (Bacheloroppgave)

Kandidatnummer: 10019, 10021, 10045

Kull: BET16

Antall ord: 8725

**Annen informasjon:**

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

## Sammendrag

**Formål:** Hensikten med denne studien er å finne svar på hvordan kommunikasjonshjelpemidler kan bidra til trygghet og sosial deltakelse for hjemmeboende eldre i kommunen. Dette studiet undersøker brukeres og arbeidere i helsesektoren sine tanker og meninger rundt temaet, knyttet opp mot et ergoterapeutisk perspektiv og teori.

**Metode:** Denne studien hadde en kvalitativ tilnærming, hvor det er benyttet en litteraturstudie som forskningsmetode. Data ble samlet inn gjennom litteratursøk, der seks artikler ble utvalgt. Utvalget i artiklene besto av hjemmeboende eldre og arbeidende innen helsesektoren.

**Resultat og konklusjon:** Resultatene antyder at nettbrett som kommunikasjonshjelpemiddel kan ha en positiv effekt for eldre, hvor det kan bidra til sosial deltakelse og trygghet. Det var også skepsis knyttet til bruk av teknologiske hjelpemidler. Ved bruk av ergoterapeutisk teori og perspektiv kom det frem at nettbrett kan skape både harmoni og konflikt mellom person, aktivitet og omgivelser.

**Nøkkelord:** Velferdsteknologi, eldre, kommunikasjonshjelpemidler, sosial deltakelse, trygghet, aktivitet

## Innholdsfortegnelse

1.0.0 Innledning.....	5
1.1.0 Bakgrunnsinformasjon .....	6
1.1.1 Velferdsteknologi .....	6
1.1.2 Teknologi for sosial kontakt og behandling og pleie .....	6
2.0.0 Teori.....	7
2.1.0 Ergoterapeutisk perspektiv på aktivitet og deltakelse .....	7
2.2.0 CMOP-E .....	7
2.3.0 Occupational justice .....	9
2.4.0 Maslows behovspyramide.....	9
3.0.0 Metode .....	10
3.1.0 Kvalitativ litteraturstudie som metode .....	10
3.2.0 Søkeprosess .....	11
3.2.1 Metode for innhenting av data .....	11
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	11
3.2.3 Positive og negative faktorer ved inklusjons- og eksklusjonskriteriene.....	12
3.3.0 Analyse .....	13
3.3.1 Kritisk vurdering av fremgangsmåte .....	13
4.0.0 Resultat.....	14
4.1.0 “Exploring the use of Technology for Active Aging and Thriving” .....	14
4.2.0 “Toward a typology of technology users: how older people experience technology’s potential for active aging” .....	15
4.3.0 «Kontakt med et trykk»: Hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler .....	16
4.4.0 “Fra vevstol til nettbrett – Helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre” .....	17
4.5.0 “What are the key contextual factors when preparing for a successful implementation of assistive living technology in primary elderly care? A case study from Norway” .....	18
4.6.0 “Conflicting rationales: leader’s experienced ethical challenges in community health care for older people” .....	19
5.0.0 Diskusjon .....	20
5.1.0 Fremtidens utvikling og en digital eldreomsorg.....	20
5.2.0 Muligheter ved implementering av velferdsteknologi.....	21
5.2.1 Ethiske overveielser ved implementering av velferdsteknologi og nettbrett.....	22
5.3.0 Eldres perspektiv på teknologi som kommunikasjonsverktøy .....	22
5.3.1 Trygghet gjennom teknologiske tjenester.....	23

5.3.2 Kommunikasjonshjelpemiddel som mulighet for sosial deltakelse .....	23
5.3.3 Nettbrettets potensiale for en aktiv og inkluderende hverdag .....	25
6.0.0 Avslutning.....	26
Referanseliste.....	27
Vedlegg 1 - Skjema for innhenting av informasjon .....	30
Vedlegg 2- Oversikt over valgte artikler .....	31

## 1.0.0 Innledning

På bakgrunn av befolkningens økende alder, står helse- og omsorgstjenestene overfor større oppgaver fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 19). Innovasjon i omsorg sier det slik: «*Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene knyttet til et økende antall eldre, nye brukergrupper og knapphet på helse- og sosialpersonell og frivillige omsorgsytere, jfr. St meld nr. 25 (2005-2006) om framtidens omsorgsutfordringer.*» (NOU, 2011:11, s. 9). Undersøkelser viser at noen av de største svakheterne med dagens omsorgstilbud er dagligliv, aktivitet og sosiale forhold (NOU, 2011:11, s. 9). Det må derfor utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering, samt innovative løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 19; NOU, 2011:11, s. 9). Det blir beskrevet at de innovative løsningene skal tilpasses brukeres behov, og hvordan en kan ta i bruk deres ressurser (NOU, 2011:11, s. 10). Morgendagens omsorg skal bidra til utvikling og innføring av velferdsteknologi, nye arbeidsmetoder og løsninger tilpasset fremtiden. Omsorgstjenestene skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv og for hverandre, samt gi muligheter til å mestre hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 19-20). For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommunen må det ses med nye øyne hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med på å skape den (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 19).

På bakgrunn av samfunnsutfordringene innen helsesektoren ønsker vi å se nærmere på temaet velferdsteknologi og hvilken innvirkning dette kan ha på sosial deltakelse og trygghet. Innenfor velferdsteknologi ser vi på teknologiske løsninger som kommunikasjonsverktøy, og hvordan dette kan bidra til sosial deltakelse og trygghet. Innenfor dette har ergoterapeuter en sentral rolle. Ifølge Laberg (2011, s. 2-3) er ergoterapeuter godt egnet til å kartlegge behov og i hvilke tilfeller velferdsteknologi kan være hensiktsmessig. Ergoterapeuter fremmer aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. Dette kan innebære tilrettelegging i samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Gjennom kartlegging, vurdering og undersøkelser kan ergoterapeuter identifisere hvor utfordringene ligger. Som kommende ergoterapeuter har vi underliggende interesse for temaet velferdsteknologi, både fordi vi har erfaringer med kommunikasjonsverktøy og fordi vi kan se nytteverdien av slike verktøy i hverdagen. På bakgrunn av egen interesse, utfordringene i samfunnet, samt de innovative løsningene som er lagt frem i innovasjon i omsorg, ønsker vi å se nærmere på hvordan velferdsteknologi kan bidra til sosial deltakelse og trygghet blant hjemmeboende eldre. Problemstillingen ble formulert slik: **Hvordan kan kommunikasjonshjelpemidler bidra til trygghet og sosial deltakelse for hjemmeboende eldre i kommunen?**

I oppgaven tar vi først for oss bakgrunnsinformasjon og teori som vi ønsker å benytte for å gi en grunnleggende innføring i temaet og for å fremheve det ergoterapeutiske perspektivet. Deretter beskrives metode for valg av forskningsartikler, hvor fremgangsmåte som er benyttet for innhenting av data og hvordan dataene er analysert beskrives. I resultat presenteres funn fra valgte forskningsartikler. Deretter diskuteres funnene fra forskningsartiklene, ergoterapeutisk perspektiv og teori opp mot problemstillingen. Avslutningsvis oppsummeres de mest fremtredende funnene gjort i diskusjonsdelen og svar på problemstillingen.

### **1.1.0 Bakgrunnsinformasjon**

Det er ønskelig å gi en innføring i hva velferdsteknologi er og hva som ligger i teknologi for sosial kontakt og behandling og pleie.

#### **1.1.1 Velferdsteknologi**

Velferdsteknologi kan forklares som en løsning på flere av fremtidens utfordringer, og som teknologisk assistanse for å blant annet øke trygghet og sosial deltakelse. Velferdsteknologi kan bidra til å mestre hverdagslivet selvstendig i eget hjem, hvor teknologiske løsninger kan forebygge innleggelse i institusjon eller behov for andre tjenester. Her kan ressursene i helse- og omsorgstjenestene rettes mot de som trenger det mest (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 110; Laberg, 2011, s. 1-4). Menneskelig kontakt vil aldri kunne erstattes av teknologi, men teknologi kan være med på å styrke sosial kontakt, samt bedre samspillet med tjenester, familie og nærmiljøet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 28). Utvalget i innovasjon i omsorg skiller mellom fire hovedkategorier innen velferdsteknologi (NOU, 2011:11, s. 100). Vi har valgt teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie, hvor vi legger fokus på de eldres sosiale deltakelse og trygghet.

#### **1.1.2 Teknologi for sosial kontakt og behandling og pleie**

*“En av de store utfordringene for omsorgstjenestens brukere er ensomhet. Bruk av teknologi for sosial kontakt kan bidra til å redusere ensomhet og ha en preventiv effekt i forhold til å opprettholde god helse”* (NOU, 2011:11, s. 100). I innovasjon i omsorg beskrives det at ved å ta i bruk teknologi for sosial kontakt kan det være med på å opprettholde en god helse og redusere ensomhet. Videre kan teknologi gi betydelige sosiale fordeler gjennom å holde kontakt og dele informasjon med andre, slik at de forblir en del av fellesskapet (NOU, 2011:11, s. 100). Statistikk viser at andelen som har lite

kontakt med venner er høyere jo eldre man er. Her har de sett på kontakt via telefon, andre medier og hvor ofte en treffer venner (Statistisk sentralbyrå, 2016). Teknologi for behandling og pleie kan bidra til at kommunale tjenester kan utføres i hjemmet, fremfor institusjoner. Dette kan gjøre at helsepersonell kan følge opp helsetilstanden hos den enkelte bruker i eget hjem, uten fysisk tilstedeværelse. Kommunikationsverktøy kan bidra til mestring i hverdagslivet og for at noen brukere av omsorgstjenestene skal kunne ta i bruk teknologi trenger de tilrettelegging og opplæring (NOU, 2011:11, s. 100; NOU, 2011:11, s. 119-120). Dette peker Holm & Johansen (2019, s. 12) på *“Det er nå mulig å antyde en tendens som peker i retning av at opplæring i bruk av teknologi har en positiv sosial effekt for eldre, som kan bidra til å forebygge og redusere ensomhet”*

## **2.0.0 Teori**

### **2.1.0 Ergoterapeutisk perspektiv på aktivitet og deltakelse**

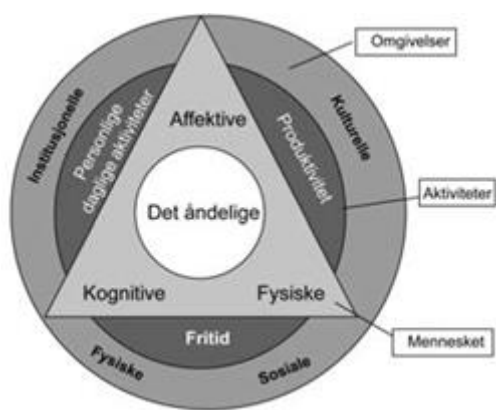
Innenfor ergoterapi er aktivitet og muliggjøring for deltakelse sentrale begreper. Med aktivitet menes det all aktivitet en person finner meningsfull eller engasjerer seg i (Townsend & Polatajko, 2011, s. 143). Meningsfull aktivitet er de aktivitetene som er personlige hvor en uttrykker sin egen identitet. Opplevelsen og erfaringene av meningsfullhet er individuell (Ness, 2018, s. 35-37). En meningsfull aktivitet mennesket kan delta i kan være alt fra å møte venner til å gå på butikken eller Skype med familie. Aktivitet har blitt brukt for å fremme helse og velvære, og for å oppnå en bedre livskvalitet (Law, 2002, s. 641). Det er naturlig for mennesket å være i aktivitet, og gjennom ulike aktiviteter utvikler vi oss og lærer nye ting, samt bevarer helsen og inkluderer oss i sosiale fellesskap (Kielhofner, 2008, s. 11-15; Law, 2002, s. 640-649). Med deltakelse menes det å ta del i eller bli inkludert i en aktivitet. Ved å delta i aktiviteter kan en tilegne seg kunnskap og ferdigheter som kan være nyttig i hverdagen for å finne mening og formål med livet. Som ergoterapeuter ønskes det å forbedre helse og velvære gjennom aktivitet. En fokuserer på at mennesker skal få delta i hverdagslige aktiviteter som er meningsfulle for dem (Law, 2002, s. 640-649).

### **2.2.0 CMOP-E**

Vi har valgt å benytte oss av Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) for å se på spillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Begrepene i denne modellen vil brukes gjennomgående i diskusjon, selv om CMOP-E ikke alltid nevnes. I CMOP-E er kjerneområdet for ergoterapeuten å legge til rette for personen og aktivitetene den ønsker å foreta seg.

Engagement i CMOP-E handler om å engasjere seg og innebærer alt det mennesket foretar seg og

har interesse for i hverdagslivet. Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser resulterer i aktivitetsutførelse som er personens evne til å utføre dagligdagse aktiviteter. I aktivitetsutførelse inngår personens egen oppfattelse og opplevelse av meningsfulle aktiviteter, innen produktivitet, fritid og personlige daglige aktiviteter. Denne modellen beskriver hvordan de ulike elementene kan påvirke aktivitetsutførelsen og hverdagen til mennesket. For at en person skal klare å utføre en aktivitet er det viktig at disse elementene er i harmoni (Townsend & Polatajko, 2011, s. 59-77). Under diskusjon ønsker vi å benytte modellens punkter som omhandler det affektive og fysiske ved mennesket. Når aktivitet nevnes vil dette omhandle personens aktivitet innen personlige daglige aktiviteter eller fritid, og innen omgivelser vil det omhandle de fysiske omgivelsene.



Figur 1 CMOP-E modellen (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012, s. 12)

Som illustrert i figur 1 består CMOP-E av tre overordnede komponenter; mennesket, aktivitet og omgivelser og deres dynamiske samspill. Den innerste delen representerer mennesket, og det åndelige representerer personens indre motivasjon. De andre komponentene rundt menneskets åndelighet er det affektive, fysiske og det kognitive, hvor menneskets engasjement og aktivitetsutførelse står sentralt. Det affektive representerer det følelsesmessige i personen, det fysiske sier noe om personens funksjon og det kognitive tar blant annet for seg personens evne til problemløsning og intellektuell tenkning. Den nest ytterste sirkelen består av tre områder innen aktivitet som utføres av mennesket i omgivelsene, disse er personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. Personlige daglige aktiviteter innebærer det å ta vare på seg selv, som for eksempel å lage mat eller personlig stell. Produktivitet innebærer blant annet å være på arbeid eller gjøre lekser, og fritid kan være å gå tur, trene eller være med venner. Den ytterste sirkelen representerer fysiske, sosiale, kulturelle og institusjonelle omgivelser. De fysiske omgivelsene kan være hjelpemidler eller de omgivelsene du beveger deg i. Sosiale omgivelser kan innebære familie,



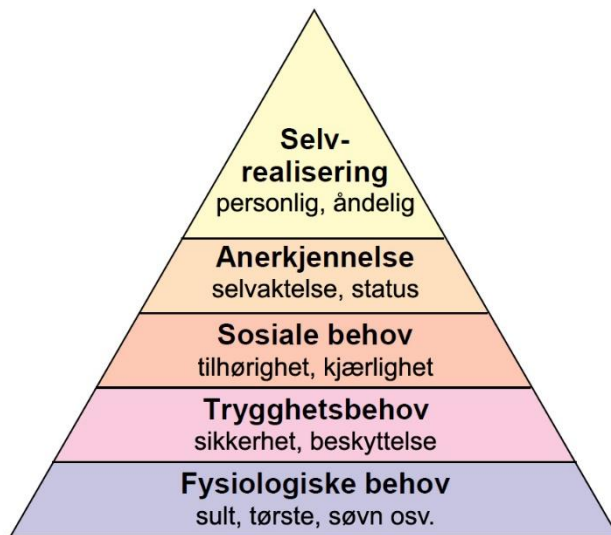
bekjente og venner. Kulturelle omgivelser kan omhandle kulturen på en arbeidsplass eller i samfunnet. Institusjonelle omgivelser kan være nasjonale føringer, skole, sykehus eller kommunen (Townsend & Polatajko, 2011, s. 59-99).

### **2.3.0 Occupational justice**

Occupational justice kan oversettes til norsk som retten til aktivitet og deltakelse, men vi velger å bruke det engelske begrepet videre i oppgaven. Occupational justice baseres på at alle mennesker skal ha lik rett til å delta i meningsfulle aktiviteter uansett forutsetninger. På grunn av faktorer utenfor personens kontroll kan mennesket fratras muligheten til å delta i meningsfulle aktiviteter, dette kan være et eksempel på occupational injustice som er motsetningen til occupational justice. Mennesker skal ha muligheten til å ta kontroll over eget liv ved å delta i meningsfulle aktiviteter og ikke bli diskriminert på bakgrunn av blant annet kjønn, etnisitet eller funksjonsevne (Stadnyk, Townsend & Wilcock, 2014, s. 307-336). Et av prinsippene i occupational justice er empowerment gjennom aktivitet og deltakelse. Dette handler om å styrke mennesker slik at de kan ta kontroll over eget liv, gjennom kunnskap eller erfaringer oppnådd ved deltakelse i aktivitet. Empowerment har som formål å gi personer kontroll og eierskap over beslutninger som påvirker deres levemåte og helse. Prinsippet vektlegger at strukturen eller organiseringen av samfunnet avgjør eller bestemmer mulighetene for utførelse av hverdagslige aktiviteter (Stadnyk et al., 2014, s. 321-322). På bakgrunn av oppgavens tema ønsker vi å presisere de eldres rett til medbestemmelse og det å ta kontroll over eget liv i sammenheng med deres forutsetninger for sosial deltakelse.

### **2.4.0 Maslows behovspyramide**

Maslow beskriver menneskets behov i form av en hierarkisk modell, hvor hvert steg må være fullbyrdet for å gå videre til neste steg i hierarkiet. Modellen består av fysiologiske behov, trygghetsbehov, sosiale behov, behov for anerkjennelse og behov for selvrealisering. Vi ønsker å ta for oss trygghetsbehov og sosiale behov videre i oppgaven. Behov for trygghet handler om at mennesket føler seg trygg i sine omgivelser, med forutsigbarhet og faste rammer. Sosiale behov handler om at mennesket ønsker å være sammen med andre og leve i felleskap. Hvis mennesket mangler noen av disse behovene, vil mennesket havne i ubalanse. Behovene må dekkes for å kunne oppleve velvære (Rosland, 2017). Med denne modellen ønsker vi å vise til at mennesket innehar et behov for trygghet og sosial kontakt, samt en følelse av tilhørighet.



Figur 2 Maslows behovspyramide (Norheim, 2017)

### 3.0.0 Metode

#### 3.1.0 Kvalitativ litteraturstudie som metode

Metoden som er benyttet i denne oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie. Den kvalitative metoden kan ta *“sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle”* slik som Dalland (2017, s. 52) beskriver. Dette kan belyse brukere og helsepersonell sine følelser og tanker, og gi en dypere forståelse av deres erfaringer med teknologisk kontakt. Vi har benyttet oss av en litteraturstudie, hvor vi har søkt etter relevant litteratur som kan være med på å besvare problemstillingen. Dalland (2017, s. 207) sier at i en litteraturstudie, anskaffer man data i form av eksisterende forskning, teori og fagkunnskap.

Det som er fordelaktig med en litteraturstudie er at det kan belyse problemstillingen vår med forskjellige innfallsvinkler fra ulike artikler, og at resultatene allerede er behandlet og holder en akademisk standard. Svakheten med en slik studie er at en selv ikke innhenter informasjon direkte fra deltakerne. En er avhengig av informasjon fra tidligere studier og må stole på deres metode og resultat. Informasjonen vi innhenter vil påvirkes av vår tolkning og hvordan vi overfører informasjonen i kontekst. Vi har valgt å utføre oppgaven og metoden ved bruk av en kvalitativ litteraturstudie med inspirasjon fra systematisk tekstkondensering. Ved bruk av denne metoden kan man samle mye data over en kortere periode, noe som kan være fordelaktig med tanke på tiden som er avsatt for denne oppgaven.

### 3.2.0 Søkeprosess

Ved oppstart desember 2018 ble det utført generelle søk innen temaet velferdsteknologi, for å få en overordnet oversikt. Det ble gjort funn av nasjonale føringer, forskning og annen teori innen temaet. Problemstillingen ble ferdigstilt med forbehold om endringer, og prosjektplan ble levert inn til emneveileder. Prosjektplanen ble godkjent og spesifikke søk på forskningsartikler startet 02.04.2019 og avsluttet 22.04.2019.

#### 3.2.1 Metode for innhenting av data

Ved oppstart av litteratursøk ble det utarbeidet et skjema for innhenting av informasjon (se vedlegg 1). Skjemaet skulle fungere som en sjekkliste og oversikt for resultat, metode og for begrunnelse av valg av artikler. Databasene som ble benyttet var PubMed, Oria, SweMed+, OTseeker og AMED. Det ble laget en ordbank på hvilke søkeord vi ønsket å bruke i de ulike databasene, slik at alle brukte de samme ordene på ulike databaser. Et utvalg av ord som ble brukt i søkeprosessen var blant annet "velferdsteknologi", "technology", "municipality", "older people", "eldre", "Norway", "Norwegian" "erfaringer", "experience", "assistive technology", "active aging", "elderly" og "welfare technology". Disse ordene ble brukt sammen i forskjellige kombinasjoner for å få treff som kunne være relevante for problemstillingen. Ved treff ble først sammendrag i artiklene lest, for å få et overblikk, deretter ble metode vurdert for å se om det samsvarte med våre avgrensninger. De som ble vurdert som relevante, ble lest grundigere for å få en forståelse av hele artikkelen. Totalt ble seks artikler utvalgt, hvor søk på disse på det meste ga syv treff. Av databasene som ble anvendt, ble de utvalgte artiklene funnet i PubMed og Oria. Etter endt søkeperiode 22.04.2019 ble alle funn samlet og diskutert. Deretter ble artiklene med implementering av velferdsteknologi, brukes, helsepersonells og ledes perspektiv valgt ut. De utvalgte artiklene var kvalitative studier og brukte ulike former for intervju, observasjon og dokumentanalyse som metode.

#### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I løpet av søkeprosessen er det gjort flere avgrensninger for å velge ut artikler som var mest egnet og samsvarte med problemstillingen og tema i oppgaven. Et krav som var felles for artiklene var at de måtte være vitenskapelige og fagfellevurderte. De måtte også være tilgjengelig ved abonnement gjennom NTNU. Artikler skrevet før år 2011 ble eliminert, dette ble gjort for å få oppdatert litteratur og informasjon, på bakgrunn av innovasjon i omsorg (NOU, 2011:11, s. 9). Alle artiklene skulle omhandle eller inneha aspekter ved velferdsteknologi i kommune. En ytterligere avgrensning var at

artiklene skulle være skrevet på norsk, engelsk eller andre skandinaviske språk. Artikler som ikke tok for seg forskning gjort i Skandinavia ble valgt bort. Dette ble gjort fordi det kan tenkes at strukturen i helsesektoren i land utenfor Skandinavia ikke er like overførbart til vår helsesektor. I artiklene som tok for seg brukes og helsepersonells erfaringer og tanker skulle målgruppen være hjemmeboende eldre, eller kunne være overførbare til hjemmeboende eldre sin hverdag. Brukergruppene i artiklene skulle ikke ha særskilte fysiske eller kognitive utfordringer. Aldersgruppen skulle i utgangspunktet være mellom 67 og 95 år på bakgrunn av gjennomsnittlig norsk pensjonsalder, og at disse sannsynligvis er hjemmeboende. Likevel har vi valgt å ta med informasjon fra artikler der aldersgruppen er utenfor avgrensningene, da denne informasjonen kan være overførbart til hjemmeboende eldre.

### **3.2.3 Positive og negative faktorer ved inklusjons- og eksklusjonskriteriene**

Før vi forklarer positive og negative sider ved inklusjons- og eksklusjonskriterier velger vi å definere begrepene reliabilitet og validitet. Reliabilitet sier noe om hvor pålitelig forskningen en har funnet er, mens validitet sier noe om relevans og gyldighet opp imot problemstillingen (Dalland, 2017, s. 40). Malterud (2017, s. 24) sier at en kan unngå systematiske feil i forskningsprosessen ved å være kritisk til artikkelens gyldighet. I denne oppgaven er alle de valgte artiklene fagfellevurdert, derfor kan det antas at artiklene er pålitelige.

Artiklene vi valgte ut var fra årstall 2011 og nyere. Dette kan sikre at forskningene har oppdatert informasjon om velferdsteknologi, men det kan ligge en svakhet i at vi eliminerer eldre informasjon som kunne vært relevant for vår problemstilling. Det er ingen ytterligere avgrensninger blant de eldre i utvalget utover deres alder og at de er hjemmeboende. Ved å gjøre ytterligere avgrensninger kunne dette vært med på å rette fokuset mot en mer spesifikk gruppe i samfunnet, slik som for eksempel de med psykiske eller sosiale utfordringer. Dette kunne vært nyttig for eventuell videre forskning.

Ved analysing av innsamlet data kan en se at flere artikler har de samme forfatterne, dette kan påvirke bredden av dataen. De ulike artiklene vi har valgt ut tar for seg ulike aspekter ved velferdsteknologi, dette kan gi et mer helhetlig bilde og en bredere forståelse av temaet. Flere av artiklene tar for seg Eldres erfaringer ved bruk av teknologiske hjelpemidler, disse erfaringene gir oppgaven et brukerperspektiv. Andre artikler tar for seg helsepersonells vurderinger og erfaringer ved bruk av nettbrett eller teknologi. Dette kan bidra til å belyse ledernes perspektiv og hvilke

utfordringer de står overfor. Den ene artikkelen tar for seg kronisk syke og hjemmeboende eldre. De kronisk syke er ikke en del av vårt utvalg, men vi har valgt å bruke denne informasjonen da vi tenker at den er valid for vår problemstilling. Artiklene er valgt på bakgrunn av inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Derav tar de utvalgte artiklene for seg undersøkelser utført i Norge, innehar aspekter av velferdsteknologi i kommune og utvalget består av hjemmeboende eldre eller arbeidere innenfor helsesektoren. Flere av artiklene inneholder aspekter som kan være overførbart til sosial deltakelse og trygghet. Alle inklusjons- og eksklusjonskriteriene gjør de innhentede dataene valid for vår problemstilling.

### **3.3.0 Analyse**

Vi har blitt inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering ved behandling av data. Tekstkondensering er en metode for å analysere kvalitative data på en systematisk måte (Malterud, 2017, s. 97-116). Ved å lese artiklene dannet vi oss et helhetsinntrykk, her fant vi informasjon om arbeidere innen helsesektoren og eldre sine erfaringer rundt velferdsteknologi. Vi organiserte tekst i temaer for å se hva vi hadde av informasjon, og for å se om tekstene samsvarte med hverandre. Temaene vi delte inn etter var; Eldres erfaring med velferdsteknologi, helsepersonells erfaringer med velferdsteknologi og lederes erfaringer med velferdsteknologi. Videre delte vi inn informasjonen i mindre og spesifikke grupper. Disse gruppene var; kritiske spørsmål til velferdsteknologi, mangel på fysisk kontakt, muligheter med iPad, endringer iPad har bidratt til, face-to-face kommunikasjon, følelser, helsepersonell sine positive erfaringer og holdninger til velferdsteknologi. Til slutt delte vi informasjonen inn i avsnitt med beskrivende overskrifter. De beskrivende overskriftene var; Fra begrensninger til muligheter, kommunikasjon ved bruk av teknologi, følelser og tanker knyttet til bruk av velferdsteknologi, nettbrettets potensiale for en aktiv og inkluderende hverdag, gevinster ved bruk av velferdsteknologi- helsepersonells perspektiv, skepsis knyttet til velferdsteknologi og lederes kritiske meninger og spørsmål ved velferdsteknologi. Noen av de beskrivende overskriftene blir videre anvendt som inspirasjon til strukturering i diskusjonsdelen.

#### **3.3.1 Kritisk vurdering av fremgangsmåte**

Det kunne vært anvendt andre metoder for å besvare vår problemstilling. Det hadde blant annet vært ønskelig å samle egne data gjennom kvantitativ forskning, eller utført egne intervju rettet mot vår problemstilling. Metoden vi har anvendt har fungert godt for oss, da vi ikke har erfaring med å skrive bachelor. Ved litteratursøk ble det utført søk i ulike databaser med vilkårlige ord fra ordbanken. Her kunne vi strukturert søkene bedre, ved at alle hadde søkt med samme ord i de

samme databasene for å kvalitetssikre litteratursøket ytterligere. Hver enkelt artikkel ble lest av alle inkluderte i denne oppgaven, dette ble gjort for å sikre at informasjon som kunne være vesentlig for problemstillingen ikke ble oversett. Søkeordene vi brukte var generelle, som for eksempel “velferdsteknologi” og “eldre”. Dette gjorde vi for å ikke styre resultatene i en spesifikk retning, og for å være åpen for retninger og problemstillinger innen temaet velferdsteknologi.

#### **4.0.0 Resultat**

I denne delen vil funnene fra artiklene bli presentert artikkel for artikkel, på en beskrivende måte, for å holde en oversiktlig struktur. Det blir først presentert artikler som omhandler brukeres erfaringer ved bruk av teknologi, deretter helsepersonell og lederes erfaringer og tanker rundt temaet velferdsteknologi. Vedlagt ligger en oversikt over alle artiklene i tabell (se vedlegg 2).

##### **4.1.0 “Exploring the use of Technology for Active Aging and Thriving”**

**Skrevet av Øderud, Østensen, Gjevjon & Moen, 2017.**

Hensikten med studien var å presentere hvordan introduksjon av ny teknologi som nettbrett og mobilisering kan gi økt deltakelse og livsglede hos eldre. Studien var kvalitativ og de benyttet seg av både semistrukturerte intervjuer, observasjoner og workshops. Deltakerne var 54-94 år, og bestod av ni kvinner og seks menn fra omsorgsboliger eller private hjem.

I artikkelen beskriver helsepersonell at de eldre var stolte over sine nye innlærte ferdigheter på ipaden og at de tok mer initiativ, viste mer selvtillit og ble mer sosialt aktive. Det var flere av brukerne som ble motivert av familie og helsepersonell til å prøve ipad og for en bruker endret tvilen rundt hennes ferdigheter seg til selvtillit (s. 4).

I studien beskrives det at mulighetene ipaden ga, førte til at deltakerne utforsket og opptok nye interesser og kunnskap (s. 5). Noen utforsket nye apper, mens andre var fornøyde med de eksisterende appene (s. 4). Enkelte av deltakerne hørte på musikk hver dag eller likte å se på musikkvideoer i ulike sjangre eller fra ulike tiår (s. 5). I studien beskrives det at noen av deltakerne likte å følge med på været hvor de hadde familie (s. 4-5). Videre beskrives det at alle deltakerne leste aviser på ipaden. De uttrykte interesse for å holde seg oppdatert på lokale og globale nyheter og arrangementer. Deltakerne sa at de koste seg og følte seg oppdatert (s. 5).

*«Jeg bruker ipaden hver dag, det er det første jeg gjør når jeg står opp om morgenen. Jeg ser på overskriftene i avisa, og etterpå sitter jeg med den en stund. Noen ganger tenker jeg «oi herregud det er middagstid!» Det er så mye å se på, så jeg mener at det å ha ipaden er veldig underholdende» (Øderud et al., 2017, s. 4).*

En eldre deltaker likte å få bilder tilsendt elektronisk fra barn og barnebarn, men foretrakk fysiske besøk (s. 5). Det var flere deltakere som foretrakk face-to-face kommunikasjon, men mente at nettbasert kommunikasjon var en god erstatning hvis face-to-face ikke var mulig (s. 5). Fra å være nesten totalt isolert ble en kvinnelig deltaker mer aktiv i livene til familien sin. Denne deltakeren hadde ikke mulighet til å besøke sine slektninger på over 20 år på grunn av sykdom. Ved å bruke ipaden kunne hun kommunisere med venner og familie (s. 6). Noen brukte ipad for underholdning, andre for å gjenoppta kontakt med familie og venner (s. 5). (Øderud et al., 2017, s. 4-6).

#### **4.2.0 “Toward a typology of technology users: how older people experience technology’s potential for active aging”**

**Skrevet av Gjevjon, Øderud, Wensaas & Moen, 2014.**

Hensikten med studien var å undersøke hvordan ulike teknologi som Internett-tilkoblede PCer, mobiltelefoner og nettbrett gjør det enklere å få tilgang til en rekke ressurser valgt for deres potensial for å fremme aktiv aldring. Studien er en kvalitativ studie. Det var syv fokusgruppeintervju som ble gjennomført med totalt 39 deltakere fra 59-95 år. En av fokusgruppene med totalt tre menn og en kvinne i en alder fra 76-95 år gjennomførte de tre workshopene og de personlige intervjuene. I workshopene prøvde deltakerne ipad tilkoblet internett med fritt tilgjengelige apper. De 4 deltakerne bodde alene i eget hjem.

I studien kom det frem at alle deltakerne viste nysgjerrighet og interesse ved ny teknologi, hvor noen så på digitaliseringen i samfunnet som et problem, og andre så muligheter (s. 27). Studien viser også til at noen av fokusgruppeintervjudeltakerne så på alderen som en utfordring for læring og bruk av teknologi, og at mange av deltakerne foretrakk face-to-face kommunikasjon fremfor bruk av teknologi når det gjaldt sosialisering. En antakelse fra studiens side er at teknologi kan bli brukt som kommunikasjon med andre, når evnen til å møte andre er redusert på grunn av skrøpelig eller dårlig helse (s. 27).

Videre har studien delt inn i tre kategorier for teknologiske erfaringer: «The Excluded», «The Entertained» og «The Networker». Dette for å vise til deltakernes varierende erfaring ved bruk av teknologi (s. 27). Innen “The Excluded” gruppen tar studien for seg at noen av deltakerne viste ingen interesse i å lære eller å ta i bruk teknologi. Mange av deltakerne anerkjente likevel utviklingen og mulighetene med teknologi, men var redde for at utviklingen gikk for fort frem for de eldre. Videre beskrives det at deltakerne var redde for å bli ekskludert fra aktiviteter de tidligere mestret (s. 28). Studien viser til et sitat angående en tjeneste som nå har blitt digitalisert:

*Jeg hater at det ikke er mulig å kommunisere ansikt til ansikt. Hver gang jeg går i banken og spør om å få snakke med en person: bruker du ikke internettbaserte banktjenester? Nei, de ser på meg som om jeg var en idiot fra et annet land – mann, workshop deltaker, 95 år (Gjevjon et al., 2014, s. 27).*

I “The Entertained” gruppen sier studien at deltakerne i hovedsak bruker teknologi til personlig underholdning (s. 28). Studien viser til et sitat fra en deltaker som uttrykker sine tanker om ipad:

*Ipaden betyr mye. Jeg kan ta den med ut og se på hva jeg vil. Jeg har blitt veldig glad i ipaden på bare seks måneder. ipaden dekker de fleste behovene mine; Jeg synes ipaden er fenomenal. Mulighetene er uendelige – mann workshop deltaker 85 år (Gjevjon et al., 2014, s. 28).*

I den siste gruppen, «The Networker» tar studien for seg at deltakerne brukte videokommunikasjon til å kommunisere med familie som de ikke hadde mulighet til å møte eller som bodde langt unna (s. 28). En deltaker i studien fortalte: “Jeg forteller mine venner hele tiden at de må skaffe seg et nettbrett fordi det holder sinnet vedlike” (s. 29). Oppsummeringen av studien sier at nettbrettet er lett å bruke, at brukerne brukte den ofte, var entusiastiske, lett å ta med seg og ga økt livskvalitet (s. 29). (Gjevjon et al., 2014, s. 27-29).

#### **4.3.0 «Kontakt med et trykk»: Hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler.**

**Skrevet av Kajander & Storm, 2017.**

Hensikten med denne studien var å undersøke hjemmeboende eldre og kronisk syke sine erfaringer med videosamtaler som kommunikasjonsverktøy med helsepersonell. De så også på om dette kunne være med på å støtte hjemmeboende brukere sin egenomsorg. Studien var kvalitativ, og metoden som ble brukt var individuelle dybdeintervjuer. 14 brukere deltok, ni kvinner og fem menn i alderen 56 til 90 år.



Studien viser at ved fysiske besøk er det mange personer å forholde seg til og flere foretrakk videobesøk fremfor fysiske besøk i forbindelse med mottak av helsetjenester (s. 12). Noen brukere uttrykte at videosamtale var bedre enn en vanlig telefonsamtale, og at de opplevde videobesøkene som nært et fysisk møte. Her forteller de blant annet at det lå trygghet i å kunne både se og høre den man snakket med. Kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blikkontakt kunne være med på å støtte opp om helsepersonells vurdering av allmenntilstand hos den enkelte bruker (s. 13). Deltakerne delte meninger om at oppfølging gjennom videobesøk kunne bidra til å unngå reinnleggelse og at de følte seg tryggere i eget hjem (s. 12). For deltakere som hadde angst var videosamtale med på å stanse angsten (s. 14).

Ved å ta i bruk videosamtale med helsepersonell som teknologisk kommunikasjonsverktøy forklarte flere brukere at det bidro til mer ro, og en fikk tid til å tenke seg om ved eventuelle spørsmål (s. 13). En bruker uttrykte sine erfaringer ved bruk av videosamtale;

*Jeg likte veldig godt den maskinen og kunne få kontakt. Det kan bli mye snø, eller du kan bli dårlig på noen måter og bli mye hjemme(...) At du får se et menneske når du bare sitter kanskje og ikke kommer deg ut den ene dagen eller en hel uke (Kajander & Storm, 2017, s. 12).*

Videre uttrykker noen brukere i studien skepsis til videobesøk mellom helsepersonell og bruker i eget hjem. Denne skepsisen er knyttet til brukere som mente at de ville trenge en annen form for oppfølging i tillegg til videobesøk, slik som fysisk assistanse og andre hjelpemidler (s. 12). (Kajander & Storm, 2017, s. 12-14).

#### **4.4.0 “Fra vevstol til nettbrett – Helsepersonells vurderinger av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre”**

**Skrevet av Aardalen, Moen & Gjevjon, 2016.**

Hensikten med denne studien var å undersøke helsepersonells vurderinger av internettilkoblet nettbrett som virkemiddel for helsefremming og forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. Studien var kvalitativ og metoden som ble brukt var fokusgruppeintervju. Ni deltakere deltok, åtte kvinner og en mann i alderen 22 – 58 år. De deltakende hadde gjennomsnittlig yrkeserfaring på 17 år. Utvalget besto av sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

I artikkelen fortalte helsepersonell at teknologi og nettbrett åpner for mange nye måter å gi eller formidle informasjon på og at nettbrett kunne være et godt hjelpemiddel (s. 303). Nettbrettet kan ha

flere og ulike programmer og tilpasses individuelt etter behov eller interesser. Det blir fremhevet at nettbrett vil muliggjøre oppgaver for brukeren som har funksjonsnedsettelse, og dermed bidra til aktivitet og mestring (s. 303-305). Helsepersonellet beskriver at teknologi ikke nødvendigvis erstatter noe, men at det kan være et verktøy som er relevant i helsepersonells arbeid. Samtidig kan det være med på å opprettholde den sosiale kontakten og relasjonen mellom bruker og helsepersonell (s. 305). Helsepersonell uttrykte en mild frykt og skepsis for at teknologien kan overta oppgavene deres, og at den menneskelige kontakten vil bli mindre og at det vil påvirke relasjonen mellom helsepersonell og pasient. I tillegg mente noen av helsepersonellet at teknologien kan gjøre eldre mer isolert og passiv (s. 303-305). Et sitat fra studien sier:

*Jeg ser jo den da, at det kan fort bli litt sånn at vi rett og slett kan bli litt byttet ut da, det blir mindre behov for den menneskelige kontakten og det blir overlatt til pasienten selv. «nei bare sett deg her du og driv med dette programmet en time, så er dette trening for deg i dag» (Aardalen et al., 2016, s. 305). (Aardalen et al., 2016, s. 303-305).*

#### **4.5.0 “What are the key contextual factors when preparing for a successful implementation of assistive living technology in primary elderly care? A case study from Norway”**

**Skrevet av Gjestsen, Wiig & Testad, 2017.**

Hensikten med studien var å identifisere faktorer på ulike organisasjonsnivåer for å veilede implementeringen av velferdsteknologi i den norske primærhelsetjenesten og for å forhindre upassende sykehusinnleggelse. I studien har de benyttet seg av dokumentanalyse, semistrukturert intervju og fokusgruppeintervju. Det var 11 deltakere og disse var sykepleiere som hadde direkte kontakt med pasienter og ledere i kommunen og departement. Lederne ble intervjuet individuelt og sykepleierne var med på fokusgruppeintervjuer.

Analyse av intervjuene viste at helsepersonell var motivert til å ta i bruk velferdsteknologi i daglig pleie hvis det var en praktisk fordel med det (s. 10). En sykepleier sa: «Jeg tror at Skype kan være et verktøy mellom ulykke, akutt, generelle helsepersonell og hjemmetjenesten. En ting er å beskrive det over telefon, det er helt annerledes å vise hvordan situasjonen faktisk er» (Gjestsen et al., s. 10). Hovedfunnene fra fokusgruppeintervjuet av sykepleierne var at de teknologiske løsningene måtte fungere ordentlig i hverdagen. Sykepleierne beskrev erfaringer med at de teknologiske løsningene ikke fungerte ordentlig i hverdagen og at teknologi som ikke fungerer er både demotiverende og frustrerende i deres arbeidshverdag (s. 10). I dokumentanalysen ble det gjort funn av følgende

utfordringer knyttet til implementeringen av velferdsteknologi: Mangel på retningslinjer, økonomiske utfordringer, standardisering av teknologi, lover og etiske retningslinjer (s. 9). I et intervju sier Lederen i helse og velferdsdepartementet følgende:

*(...) Ønsker kommunen å påta seg flere arbeidsoppgaver? Hvem vil i denne sammenheng gi servicefunksjoner? Hva vil det koste? Det er etiske utfordringer. Jeg kunne ønske at disse spørsmålene var besvart før vi startet. – Lederen i helse og velferdsdepartementet (Gjestsen et al., 2017, s. 9). (Gjestsen et al., 2017, s. 9-10).*

#### **4.6.0 “Conflicting rationales: leader’s experienced ethical challenges in community health care for older people”**

**Skrevet av Slettebø, Skaar, Brodtkorb & Skisland, 2017.**

Hensikten med denne studien var å fremheve noen etiske utfordringer erfart av ledere med ansvar for ledelse og tjenstedistribusjon, finans og sikring av kvaliteten på kommunale helsetjenester for eldre. Dette er en kvalitativ studie, med en fokusgruppe bestående av seks ledere. Lederne var fra kommunehelsetjenesten i en kommune i Norge fra både sykehjem og hjemmetjenesten, bestående av sykepleiere, økonomer og sosiologer.

Studien sier noe om at lederne fant det utfordrende å opprettholde et best mulig tjenestetilbud med begrensede ressurser (s. 647). I tillegg følte lederne at det var utfordrende å bedømme hva som er essensielle helsetjenester i forhold til helselovene (s. 649). I artikkelen erfarte lederne at teknologien var i konflikt med omsorgen og det personlige møtet mellom bruker og helsepersonell (s. 650).

Videre tar studien for seg at lederne hovedsakelig var positive til mulighetene innenfor teknologi. Lederne mente at teknologi kunne bidra til frihet og at teknologiske hjelpemidler styrker og motiverer pasienten til å ta mer aktiv del i behandlingen sin. Studien viser også til at helsetjenesten sparte tid ved bruk av teknologiske verktøy, slik at de heller kunne bruke tid på kontakt på andre måter. Til slutt stilte også lederne spørsmål ved om sosiale medier bare ga overfladisk sosial kontakt, og om kontakt med en fysisk person ville vært bedre, eller om det kunne vært en mulighet for ensomme eldre å få menneskelig kontakt selv om de hadde fysiske begrensninger ved å komme seg ut (s. 650). (Slettebø et al., 2017, s. 647-650)

## 5.0.0 Diskusjon

I denne delen vil funnene fra artiklene og teori diskuteres med egne refleksjoner knyttet til problemstillingen; **Hvordan kan kommunikasjonshjelpemidler bidra til trygghet og sosial deltakelse for hjemmeboende eldre i kommunen?** Først vil vi ta for oss samfunnsaktualitet. Deretter vil vi ta for oss arbeidere innen helsesektorens meninger rundt velferdsteknologi og til slutt eldres erfaringer og tanker om teknologi som kommunikasjonshjelpemiddel. Når vi snakker om teknologiske verktøy eller hjelpemidler, omhandler dette både nettbrett, kommunikasjonsverktøy og kommunikasjonshjelpemidler.

### 5.1.0 Fremtidens utvikling og en digital eldreomsorg

På bakgrunn av omsorgsutfordringene samfunnet står overfor i dag med eldrebølgen og mangel på arbeidere innen helse er det behov for nye løsninger (NOU, 2011:11, s. 9; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 19). Som nevnt tidligere kan velferdsteknologi forklares som en løsning på flere av fremtidens utfordringer ved å blant annet gi økt trygghet og sosial deltakelse, samt bidra til mestring og selvstendighet i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 110; Laberg, 2011, s. 1-4). Selv om velferdsteknologi blir nevnt som en løsning, ser flere eldre på digitaliseringen i samfunnet som en utfordring. I artikkelen til Gjevjon et al (2014, s. 27-28) var det flere eldre som anerkjente teknologiens utvikling og dens potensiale, men stilte spørsmål ved om utviklingen gikk for fort frem. Det var flere eldre som var bekymret for at utviklingen skulle føre til at de ble ekskludert fra aktiviteter de tidligere mestret, og at den økende alderen var et problem, noe som kunne føre til redusert livskvalitet. Den eldre mannen som følte seg som en idiot fra et annet land fordi han ikke brukte nettbank i studien til Gjevjon et al (2014, s. 27) er et godt eksempel på dette.

Det at teknologien stadig er i utvikling kan være en varig utfordring i samfunnet, da de teknologiske løsningene vil avanseres og kan kreve at en holder seg oppdatert. Selv med en generasjon som har vokst opp med teknologi kan trolig fremtidens teknologi bli utfordrende. Dersom de eldre ikke får god innføring og oppfølging i teknologiske hjelpemidler kan hensikten med hjelpemiddelet forsvinne. Hvis hjelpemiddelet ikke fungerer som det er tenkt, kan det tenkes at de ikke får utført eller deltatt i den fritidsaktiviteten de ønsker. I dette tilfellet vil det være utenfor personens kontroll. Hvis personen blir fratrukket muligheten til å delta i meningsfull aktivitet kan det oppstå en urettferdighet for personen, dette kan være et eksempel på occupational injustice (Stadnyk et al., 2014, s. 307-336). Skal personen ha nytte av velferdsteknologi og de hjelpemidlene den blir tildelt kan det være et godt

tiltak med opplæring og oppfølging fra helsepersonell. Derfor anser vi dette som vesentlig for at eldre skal få utbytte av de teknologiske hjelpemidlene.

### 5.2.0 Muligheter ved implementering av velferdsteknologi

Vi anser implementering av velferdsteknologi som viktig for å muliggjøre fritids og personlige daglige aktiviteter, og for å kunne ta i bruk kommunikasjonsverktøy for sosial deltakelse og trygghet. I dette avsnittet har vi valgt å ta for oss arbeidende i helsesektorens meninger og tanker rundt dette temaet. Dette for å vise til deres erfaringer, tanker og etiske overveielser med implementeringen og velferdsteknologi.

Flere av artiklene nevner muligheter med teknologi (Gjevjon et al., 2014; Aardalen et al., 2017; Gjesten et al., 2017; Slettebø et al., 2017). Teknologiske hjelpemidler fremheves blant annet som styrkende ved at brukerne tar mer aktiv del i eget liv (Slettebø et al., 2017, s. 650). Det nevnes også at nettbrett kan muliggjøre oppgaver for brukeren gjennom å tilpasse for den enkeltes behov (Aardalen et al., 2016, s. 303-305). Gjennom dette kan det forstås som at teknologi kan være med på å gi positive gevinster for den eldre i ulike situasjoner, uavhengig av deres forutsetninger. Hvis teknologien kan tilpasses etter behov gjør det teknologien mer anvendelig for en større brukergruppe i samfunnet. Det blir fortalt at teknologi ikke nødvendigvis erstatter noe, men at det kan være fordelaktig i daglig pleie for helsepersonell og bidra til frihet hos brukerne (Aardalen et al., 2016, s. 305; Gjesten et al., 2017, s. 10; Slettebø et al., 2017, s. 650). Det blir beskrevet at Skype kan brukes som et verktøy for å vise hvordan situasjonen faktisk er, i stedet for å forklare over telefon (Gjesten et al., 2017, s. 10). Dette kan sannsynligvis trygge bruker, gi økt frihet og bidra til sosial deltakelse ved at de ikke er avhengig av å være hjemme til faste tidspunkter, men samtidig har tilgang til umiddelbar hjelp. Det nevnes også at teknologi kan brukes som et kommunikasjonsmiddel når brukeren er ensom, har dårlig helse eller utfordringer med å møte andre (Gjevjon et al., 2014, s. 27; Slettebø et al., 2017, s. 650).

Hvis en ser på Maslows behovspyramide (Rosland, 2017) hvor han tar for seg primærbehovene, er trygghet og sosiale behov sentralt hos mennesket. For å kunne ta aktiv del i eget liv kan det tenkes at mennesket må føle trygghet for å kunne utføre eller delta i meningsfulle aktiviteter. Hvis mennesket ikke føler at det er trygge omgivelser rundt aktiviteten kan dette føre til unnvikelse fra aktiviteter. En av de største utfordringene blant brukere av omsorgstjenester er ensomhet (NOU, 2011:11, s. 100). Ved unnvikelse fra fritidsaktiviteter kan mangel på sosial deltakelse og ensomhet oppstå. Ved å ta i

bruk et kommunikasjonsverktøy kan mennesket være sosialt deltakende på andre måter enn fysisk tilstedeværelse, og dermed ta aktiv del i eget liv. Vedkommende kan trolig føle seg empowered ved å mestre en slik aktivitet (Stadnyk et al., 2014, s. 321-322). Her menes det at om de eldre klarer å ta i bruk kommunikasjonsverktøy i stedet for å unngå aktiviteter på bakgrunn av dårlig helse, vil det kunne føre til at de får makt over eget liv. De eldre vil da bli en ressurs, hvor de har medbestemmelse og kontroll. Kommunikasjonsverktøy vil da kunne muliggjøre deltakelse i aktiviteter.

### **5.2.1 Etske overveielser ved implementering av velferdsteknologi og nettbrett**

Både ledere i helsesektoren og helsepersonell ga uttrykk for, eller hadde erfaring med at teknologien kunne svekke den menneskelige kontakten og påvirke relasjonen mellom helsepersonell og bruker (Aardalen et al., 2016, s. 303-305; Slettebø et al., 2017, s. 650). Helsepersonell uttrykte en mild frykt og skepsis for at teknologien kunne overta arbeidsoppgavene deres og at teknologien kunne gjøre den eldre mer isolert og passiv (Aardalen et al., 2016, s. 303-305). Her kan det antas at det er en felles enighet om at teknologien står i konflikt med omsorgen, ved at det fysiske møtet vil bli erstattet med teknologiske løsninger. En kan stille spørsmål ved om det er etisk forsvarlig å innføre nettbrett som tjeneste, og om det er samfunnet sin oppgave å sørge for sosial deltakelse hos de eldre. Det er også flere i helsesektoren som uttrykker en usikkerhet rundt hva som er essensielle helsetjenester, og hvordan de skal opprettholde et best mulig tjenestetilbud med tanke på økonomiske utfordringer, lover og etiske retningslinjer (Slettebø et al., 2017, s. 647-649; Gjestsens et al., 2017, s. 9). Det kan diskuteres om det kan medføre passivitet og isolasjon hos den eldre hvis nettbrettet blir brukt som erstatning fremfor et supplement i hverdagen. På en annen side uttaler Holm & Johansen (2019, s. 12) at hvis en får opplæring i bruk av teknologi kan dette ha en positiv effekt for eldre, hvor ensomhet kan reduseres. Dette belyser viktigheten av god opplæring og innføring i teknologiske hjelpemidler.

### **5.3.0 Eldres perspektiv på teknologi som kommunikasjonsverktøy**

Vi ønsker å se på hva kommunikasjonsverktøy har gjort for sosial deltakelse og trygghet hos de eldre og hvilke erfaringer de har. Det vil også bli sett på hvilken sammenheng nettbrett som kommunikasjonshjelpemiddel har for aktiviteten personen foretar seg i sine fysiske omgivelser ved bruk av CMOP-E. De Eldres erfaringer er videre delt inn i trygghet og tjenester, teknologi for sosial deltakelse og nettbrettets potensiale.

### **5.3.1 Trygghet gjennom teknologiske tjenester**

En av kategoriene vi har valgt å ta for oss innen velferdsteknologi er teknologi for behandling og pleie. Denne tar for seg at kommunale tjenester kan utføres i hjemmet til den eldre ved hjelp av for eksempel kommunikasjonsverktøy (NOU, 2011:11, s. 100). Kommunikasjonsverktøy kan benyttes som et ledd mellom helsetjenester og hjemmeboende eldre. I artikkelen til Kajander og Storm (2017, s. 13) forteller noen av brukerne at det lå trygghet i å kunne både se og høre den man snakket med. Kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blikkontakt kunne være med på å støtte opp helsepersonells vurdering av allmenntilstand hos den enkelte bruker. Enkelte brukere fortalte at videosamtale var bedre enn en vanlig telefonsamtale, og at de opplevde videobesøkene som nært et fysisk møte med den de snakket med (Kajander & Storm, 2017, s. 13). I denne sammenhengen kan videosamtale gi flere muligheter enn en vanlig telefonsamtale. Dette kan være fordelaktig da helsepersonell kan følge opp helsetilstanden hos den enkelte bruker i eget hjem, uten fysisk tilstedeværelse (NOU, 2011:11, s. 100). De eldre kan synes det er utfordrende med besøk av mange fremmede i hjemmet sitt da det er mange å forholde seg til, slik som studiet til Kajander & Storm (2017, s. 12) understøtter. Videosamtale kan være med på å senke terskelen for å motta tjenester som igjen kan forebygge ensomhet og forverring av allmenntilstand.

I artikkelen til Kajander & Storm (2017, s. 12-14) nevnes det at videosamtale med helsepersonell bidro til ro, trygghet og stanset angsten. Ved at personen føler seg trygg i sine omgivelser og at det følelsesmessige er stabilt kan personen sannsynligvis utføre sine aktiviteter uten affektive og fysiske utfordringer. Hvis en ser dette i lys av CMOP-E er samspillet mellom det affektive i personen og selve aktiviteten en skal utføre i de fysiske omgivelsene viktig. Hvis samspillet er godt slik som i dette eksempelet kan det antas at personen kan utføre sin meningsfulle aktivitet. Til tross for positive holdninger var det også knyttet skepsis til teknologi som kommunikasjonshjelpemiddel. Noen eldre mente at de ville trenge en annen form for oppfølging i tillegg til videobesøk, slik som fysisk assistanse og andre hjelpemidler (Kajander & Storm, 2017, s. 12). Her er det viktig å belyse hensikten med et kommunikasjonshjelpemiddel, slik at de eldre forstår hvordan det kan gagne dem i hverdagen. Helsepersonell må være tydelig på at hjelpemiddelet ikke skal erstatte den fysiske assistansen, men heller være et supplement for sosial deltakelse og trygghet.

### **5.3.2 Kommunikasjonshjelpemiddel som mulighet for sosial deltakelse**

Den andre kategorien vi har valgt å ta for oss innen velferdsteknologi er teknologi for sosial kontakt. Teknologi for sosial kontakt kan være med på å opprettholde en god helse og redusere ensomhet

(NOU, 2011:11, s. 100). Ved å ta utgangspunkt i funn fra artiklene vil vi i denne delen av oppgaven diskutere hvilke muligheter kommunikasjonshjelpemidler har for sosial deltakelse. I studiene til (Øderud et al., 2017, s. 5; Gjevjon et al., 2014, s. 28) beskrives det at nettbrett kan brukes til både videokommunikasjon og underholdning. Deltakerne benyttet videokommunikasjon for å kommunisere og gjenoppta kontakt med gamle venner og familie. Funn fra Øderud et al (2017, s. 6) viser at en eldre deltaker som omtrent var totalt isolert, ble mer aktiv i livene til sin familie ved bruk av nettbrett som kommunikasjonshjelpemiddel. Ut fra disse erfaringene kan en anta at et kommunikasjonsverktøy vil bidra til å gjenoppta og opprettholde sosiale relasjoner. Ved å ta utgangspunkt i historien om den eldre deltakeren kan vi se situasjonen i lys av CMOP-E. På bakgrunn av informasjonen om total isolasjon kan det tenkes at brukerens utfordringer lå i personens fysiske forutsetninger, og at de fysiske omgivelsene ikke var tilrettelagt for personen. Til tross for personens forutsetninger kan vi se at fritidsaktiviteten ble muliggjort ved å tilføre et nettbrett for å opprettholde den sosiale deltakelsen.

I studien til Øderud et al (2017) og Gjevjon et al (2014) snakkes det om former for kommunikasjon. Her nevner flere at de foretrakk face-to-face kommunikasjon fremfor kommunikasjon ved bruk av teknologi, men at teknologi kunne være en god erstatning. For eksempel uttrykte en person at han foretrakk fysiske besøk fra sine barnebarn, men likte å få bilder tilsendt elektronisk fra familien (Øderud et al., 2017, s. 5). Her belyses viktigheten av å kunne se personen du snakker med. Ved å ta i bruk nettbrett og videokommunikasjon kan de eldre se personen de snakker med, dette gjør at de kan være deltakende uten å være fysisk tilstede. Dette kan bidra til å opprettholde den sosiale kontakten med venner og familie til tross for funksjon eller forutsetninger. Et sitat understøtter dette;

*Jeg likte veldig godt den maskinen og kunne få kontakt. Det kan bli mye snø, eller du kan bli dårlig på noen måter og bli mye hjemme(...) At du får se et menneske når du bare sitter kanskje og ikke kommer deg ut den ene dagen eller en hel uke (Kajander & Storm, 2017, s. 12).*

På bakgrunn av dette sitatet, ønsker vi å belyse personens utfordringer ved aktivitetsutførelse ved hjelp av CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2011, s. 59-99). Ved utgangspunkt i sitatet kan det tenkes at utfordringene ved aktiviteten kan ligge i de fysiske omgivelsene eller i personens fysiske forutsetninger. Hvis vi ser på de fysiske omgivelsene kan trolig snøen kan være et hinder ved at personen ikke har mulighet til å utføre meningsfull aktivitet. På den andre siden kan det også tolkes som at personen har fysiske begrensninger, som kan påvirke aktivitetsutførelsen. Dette gjør at



aktiviteten personen ønsker å foreta seg begrenses, men ved å ta i bruk nettbrett tilrettelegges situasjonen slik at vedkommende kan delta. I dette tilfellet virker det ønskelig for personen å oppnå kontakt med andre mennesker. Ved å tilrettelegge denne aktiviteten med et nettbrett vil hensikten bli den samme, bare på en alternativ måte. Her kan personen oppnå sosial kontakt og være deltakende i den ønskelige aktiviteten, uten å bekymre seg for utfordringene.

Flere av studiene tar for seg muligheter ved bruk av teknologi og nettbrett (Øderud et al., 2017; Gjevjon et al., 2014; Kajander & storm, 2017; Aardalen et al., 2016). Det beskrives at deltakerne brukte nettbrettet til å høre på musikk eller se på musikkvideoer, lese nyheter og følge med på været. Noen av deltakerne utforsket nye apper, mens andre holdt seg til de eksisterende (Øderud et al., 2017, s. 4-5). Gjennom dette kan de eldre utforske nettbrettets muligheter på bakgrunn av sine interesser, noe som også understøttes i artikkelen til (Øderud et al., 2017, s. 5). Ved at de eldre deltar i meningsfulle aktiviteter tilegner de seg ny kunnskap og tar i bruk de ressursene de har. Dette kan det føre til at de eldre tar mer kontroll over eget liv og dermed føler seg empowered.

### **5.3.3 Nettbrettets potensiale for en aktiv og inkluderende hverdag**

Flere av artiklene tar for seg brukeres erfaringer og tanker rundt bruken av nettbrett. De eldre var positive og nysgjerrige til nettbrett, de koste seg og følte seg oppdatert (Gjevjon et al., 2014, s. 27; Øderud et al., 2017, s. 5). De eldre og helsepersonellet kunne se positive gevinster ved bruken av nettbrett i hverdagen, ved at de eldre blant annet ble mer sosialt aktive (Øderud et al., 2017, s. 4). Det kan se ut til at nettbrettet bidrar til økt deltakelse og selvstendighet og har en positiv innvirkning på deres hverdag. Nettbrettet kan brukes som et supplement i noen av de Eldres aktiviteter, slik som det beskrives i to sitater. Det forklares at mulighetene var uendelige, dekket de fleste behovene og at nettbrettet var veldig underholdende (Øderud et al., 2017, s. 4; Gjevjon et al., 2014, s. 28). På bakgrunn av disse positive erfaringene, er det sannsynligvis harmoni mellom elementene i CMOP-E, noe som gjør at personen får utført sin ønskede aktivitet i sine omgivelser (Townsend & Polatajko, 2011, s. 59-99). Det kan tenkes at dette er overførbart til eldre i resten av samfunnet, hvor nettbrettet blir brukt som et supplement i deres dagligdagse aktiviteter. En utfordring som kan forekomme er de Eldres fremmedfrykt for å ta i bruk noe nytt, altså det affektive i personen kan begrense muligheten for aktivitet. Andre utfordringer med bruken av nettbrett kan som nevnt tidligere være etikken rundt dette. Det kan muligens oppstå et ambivalent forhold til nettbrett med tanke på frykten for at nettbrettet skal erstatte den fysiske kontakten med andre.

På bakgrunn av samfunnets utfordringer med et økende antall eldre og mindre helsepersonell trengs det nye løsninger for at de eldre skal kunne delta og likestilles med resten av befolkningen. De eldre har lik rett på deltakelse uavhengig av deres forutsetninger og skal ikke bli frarøvet muligheten til å kunne delta i meningsfulle aktiviteter. Skjer dette kan det oppstå Occupational injustice (Stadnyk et al., 2014, s. 307-336). Hvis en ser på nettbrettets potensiale i sammenheng med de eldres sosiale deltakelse og trygghet, kan dette bidra til occupational justice gjennom at de får utført sine aktiviteter på lik linje med resten av befolkningen. Målet i samfunnet burde være å etterstrebe occupational justice på bakgrunn av likestilling og menneskers rett til aktivitet og deltakelse.

## 6.0.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å besvare problemstillingen; **hvordan kan kommunikasjons hjelpemidler bidra til trygghet og sosial deltakelse for hjemmeboende eldre i kommunen?** I oppgaven har vi sett hvilken nytteverdi kommunikasjonsverktøy som innovativ løsning kan ha for eldre. Det kommer frem at kommunikasjonsverktøy kan bidra til likestilling for de eldre, ved at de får utført meningsfulle aktiviteter og skaper trygghet ved å ha tilgang til umiddelbar hjelp. Likevel uttrykkes det bekymring om at de eldre kan bli passive og isolerte. Ved bruk av ergoterapeutisk teori og perspektiv har vi sett at nettbrett kan skape en harmoni mellom elementene i CMOP-E. Selv om det var redsel for at nettbrettet skulle erstatte fysisk kontakt, så vi at de eldre ble mer sosialt deltakende. Det kan være fordelaktig at helsepersonell er involvert i opplæring og oppfølging av nettbrett. Her kan ergoterapeuter ha en sentral rolle, da de har et aktivitetsfokus. De kan vurdere behov, veilede og finne ut hvor det er hensiktsmessig med nettbrett. Oppsummert ser det ut til at kommunikasjonsverktøy kan gi de eldre mer frihet og bidra til økt selvstendighet, sosial deltakelse og trygghet.

Samfunnet må fatte en enighet om hvordan nettbrettet kan implementeres og benyttes på en hensiktsmessig måte, og om dette skal være en del av tjenestetilbudet i den kommende eldreomsorgen. Det bør forskes videre på om nettbrett faktisk fører til mer isolasjon og passivitet og hvilke tilfeller nettbrettet kan være hensiktsmessig.

## Referanseliste

Aardalen, B., Moen, A., Gjevjon, E. R. (2016). Fra vevstol til nettbrett - Helsepersonells vurdering av teknologi som et hjelpemiddel i forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Nordisk sykepleieforening*, 6(4.), 298-308. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-02>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Gjestsen, M.T., Wiig, S., Testad, I. (2017). What are the key contextual factors when preparing for successful implementation of assistive living in technology in primary elderly care? A case study from Norway. *BMJ Journals*, 7(9.), 1-16. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2016-015455>

Gjevjon E. R., Øderud, T., Wensaas G. H., Moen, A. (2014). Toward a Typology of Technology Users: How Older People Experience Technology's Potential for Active Aging. *Studies in Health Technology and Informatics*, 201, 25-31. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-415-2-25>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St 29 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Holm, I. M. & Johansen A.F. (2019). *Sosial digital kontakt- et år etter* (NSE Rapport 02-2019). Hentet fra [https://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NSE-rapport\\_2019-02\\_Sosial-digital-kontakt-et-aar-etter.pdf](https://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NSE-rapport_2019-02_Sosial-digital-kontakt-et-aar-etter.pdf)

Kajander, M. & Storm, M. (2017). "Kontakt med et trykk": brukeres erfaringer med videosamtaler. *Nordisk sykepleieforening*, 7(1.), 6-20. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2017-01-02>

Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation* (4. utg.). Baltimore: Lippincott williams & Wilkins.

Kjeken, I. & Sand-Svartrud, A. (2012). The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, (1), 12. Hentet fra <https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiles%2FFagartikler%2FCOPM.pdf>

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

Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649. Doi:10.5014/ajot.56.6.640

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Ness, N. E. (2018). På barrikadene for retten til aktivitet og deltakelse. *Ergoterapeuten*, (1), 32-37.

Norheim, B. (2017). *Maslows behovspyramide*. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:12/topic:1:183846/topic:1:183860/resource:1:85351>

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Rosland, K. (2017, 4.mars). Maslows behovspyramide. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:12/topic:1:183846/topic:1:183860/resource:1:85351>

Slettebø, Å., Skaar, R., Brodtkorb, K., Skisland, A. (2017). Conflicting rationales: leader's experienced ethical challenges in community health care for older people. *Scandinavian journal of caring services*, 32(2.), 645-653. <https://doi.org/10.1111/scs.12490>

Stadnyk, R. L. Townsend, E. A. & Wilcock, A. A. (2014) Occupational Justice. I Christiansen C. & Townsend E., *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living*. (2. utg, s. 307-336) England: Pearson New International.

Statistisk sentralbyrå. (2016, 24. juni). Eldre og enslige har minst sosial kontakt. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/eldre-og-enslige-har-minst-sosial-kontakt>

Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2011). *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter* (1. utg.). København: Munksgaard.

Øderud, T., Østensen, E., Gjevjon, E. R., Moen, A. (2017). Exploring the use of technology for Active Aging & Thriving. *Studies in Health Technology and Informatics*, 242, 224-232.

<https://doi.org/10.3233/978-1-61499-798-6-224>

## Vedlegg 1 - Skjema for innhenting av informasjon

Navn på artikkel:

---

	Informasjon
Databaser	
Søkeord	
Antall treff	
Avgrensninger	
Begrunnelse for valg av artikkel	
Hvordan leste du artikkelen	
Sammendrag/viktigste resultater	
Referanse	
Metode	

## Vedlegg 2- Oversikt over valgte artikler

Artiklene					
Tittel	Forfattere	Årstall	Hensikt med studien/problemstilling	Deltakere	Metode
Exploring the use of technology for active aging and thriving	Tone Øderud, Elisabeth Østensen, Edith Roth Gjevjon og Anne Moen	2017	Hensikten med studiet er å presentere hvordan introduksjon av ny teknologi som nettbrett og mobilisering kan gi økt deltakelse og livsglede hos eldre. .	15	Kvalitativt studie, semistrukturert intervju, observasjon av workshop
Toward a typology of technology users: how older people experience technology's potential for active aging	Edith Roth Gjevjon, Tone Øderud, Gro H. Wensaas og Anne Moen	2014	Hensikten er å undersøke hvordan teknologier som Internett-tilkoblede PCer, mobiltelefoner og nettbrett gjør det enkelt å få tilgang til en rekke ressurser valgt for deres potensial for å fremme aktiv aldring.	39 i fokusgruppene intervju, 4 av de 39 fullførte alle tre workshopene og de personlige intervjuene	Kvalitativt studie, fokusgruppeintervju, workshop, personlige intervju
“Kontakt med et trykk”: Hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler	Martine Kajander & marianne Storm	2017	Undersøker hjemmeboende eldre og kronisk syke sine erfaringer med videosamtaler som kommunikasjonsverktøy med helsepersonell, og om dette kan støtte hjemmeboende brukere sin egenomsorg.	14	Kvalitativt studie, individuelle dybdeintervjuer
Fra vevstol til nettbrett	Brita Aardalen, Anne Moen & Edith R. Gjevjon	2016	Undersøker helsepersonells vurderinger av internettilkoblet nettbrett som virkemiddel for helsefremming og forebygging av funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre.	9	Kvalitativt studie, fokusgruppeintervju

What are the contextual factors when preparing for a successful implementation of assistive living technology in primary elderly care? A case study from Norway	Martha Therese Gjesten, Siri Wiig & Ingelin Testad	2017	Identifisere faktorer på ulike organisasjonsnivåer for å veilede implementeringen av velferdsteknologi i den norske primærhelsetjenesten for å forhindre upassende sykehusinnleggelser.	5 ledere og 6 informanter	Dokumentanalyse, semistrukturert intervju, fokusgruppeintervju (triangulering?)
Conflicting rationales: leader's experienced ethical challenges in community health care for older people	Åshild Slettebø, Ragnhild Skaar, Kari Brodtkorb & Anne Skisland	2018	Hensikten med denne studien var å fremheve noen etiske utfordringer erfart av ledere med ansvar for ledelse og tjenstedistribusjon, finans og sikring av kvaliteten på kommunale helsetjenester for eldre.	6	kvalitativt studie, fokusgruppeintervju