

Kongssund, Ane
Kvalheim, Henrik E.
Solgaard, Magnus

Velferdsteknologi i Nord- Gudbrandsdalen

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Jacobsen, Torbjørn S
Mai 2021

Kongssund, Ane
Kvalheim, Henrik E.
Solgaard, Magnus

Velferdsteknologi i Nord- Gudbrandsdalen

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Jacobsen, Torbjørn S
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Innledning:

I denne oppgaven er temaet velferdsteknologi i to kommuner i Nord-Gudbrandsdal regionen. Oppgaven har bakgrunn fra et større prosjekt som er forankret i et samarbeid mellom NTNU og de aktuelle kommunene. Målet med oppgaven er å bidra til at de aktuelle kommunene kan imøtekomme den aldrende befolkningen ved hjelp av velferdsteknologi.

Hensikt:

Oppgavens hensikt er å undersøke hva slags holdninger og kunnskaper det er på det aktuelle temaet blant innbyggerne i kommunene.

Forskningsspørsmål:

Hva slags holdninger og kunnskap finnes det blant innbyggerne i alderen 55 + i de to utvalgte kommunene om bruk av velferdsteknologi for å oppnå en god helse i en fremtidig alderdom?

Metode:

Det ble gjennomført fem individuelle kvalitative intervjuer fra to kommuner i regionen. Informantene ble utvalgt fra prosjektteamet og var basert på alder 55+, ulikt kjønn ulik utdanning, ulike geografiske tilknytning (sentralt / ikke sentralt), mottar ingen tjenester fra kommunen og har ingen funksjonsnedsettelse. Datanalysen som er benyttet i metoden er basert med fokus på mening.

Resultat:

Resultatet fra intervjuene viser hva slags forståelse de har velferdsteknologi og hvordan teknologien kan bidra med tanke på deres ønsker i fremtiden.

Konklusjon:

Funnene i denne oppgaven viser at det er lite kunnskap blant befolkningen når det kommer til velferdsteknologi. Velferdsteknologi kan være et viktig tilskudd i alderdommen for den kommende aldrende befolkningen. Teknologien kan bidra til selvstendighet, øke muligheten for å kunne bo lenger hjemme og opprettholde sosial kontakt. Tidligere forskning viser at kommunene vil være et viktig element for at velferdsteknologi skal kunne implementeres.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, selvstendighet, sunnhet og velvære, deltakelse

Abstract

Background:

The theme of this thesis is welfare technology in two municipalities in the region of Nord-Gudbrandsdal in Norway. This dissertation has background from a project that is collaborating with NTNU and the municipalities. The aim of this thesis is to help the relevant municipalities to meet the aging population with use of welfare technology.

Purpose:

The purpose of this thesis is to investigate what kind of attitudes and knowledge there is on the current topic among the inhabitants of the municipalities.

Research question:

What kind of attitudes and knowledge are there among the inhabitants aged 55+ in the two selected municipalities when it comes to the use of welfare technology to achieve good health in the future old age?

Method:

Five individual qualitative interviews were conducted from two municipalities in the region. The informants were selected from the project team and were 55 years old or older, had different gender, level of education, geographical connections (central/non-central), received no services from the municipality and had no disabilities. The data analysis used in the method is based on a focus of meaning.

Results:

The results from the interviews show what kind of understanding they have of welfare technology and how the technology can contribute with a view to their wishes in the future.

Conclusion:

The findings in this thesis show that there is little knowledge among the population when it comes to welfare technology. Welfare technology can be an important contribution in old age for the coming aging population. The technology can contribute to independence, increase the possibility of being able to live longer at home and maintain social contact. Previous research show that the municipalities will be an important element for welfare technology to be implemented.

Keywords: Welfare technology, independence, health, well-being, participation

Forord

En interessant og lærerik prosess som har resultert i en oppgave som vi kan si oss fornøyde med og stolte over. Ser på denne oppgaven som en krevende men fin avslutning på 3 års skolegang på ergoterapiutdanningen på NTNU Gjøvik.

Under denne prosessen har mange mennesker vært involvert, og vi vil gjerne benytte anledningen til å takke alle som har bidratt oss underveis i oppgaven.

Først vil vi takke informantene som vi har vært i kontakt med og for å ha stilt opp til intervju så oppgaven kunne bli mulig. Vi vil også takke informantene for deres tid og samarbeid.

Videre vil vi takke vår veileder Torbjørn S. Jacobsen for kloke ord og gode veiledningstimer som har bidratt oss i riktig retning. Vi vil takke familie og venner som har vært god støtte og har gitt oss gode råd underveis i denne prosessen.

Vi vil også takke hverandre for god støtte og samarbeid i både oppturer og nedturer gjennom denne prosessen. Vi avslutter bacheloroppgaven med et godt vennskap.

Gjøvik, 09.05.21

Ane Kongssund, Henrik E. Kvalheim og Magnus Solgaard

Innhold

1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Begrepsavklaring.....	8
1.3 Hensikt og problemstilling.....	9
1.4 Relevans for ergoterapi.....	9
1.4.1 Aktivitetsvitenskap.....	9
1.5 Verdenssyn.....	10
1.6 Tidligere forskning.....	10
2.0 Metode.....	11
2.1 Valg av metode.....	11
2.1.1 Valg av informanter.....	11
2.1.2 Innsamling av data.....	12
2.1.3 Dataanalyse.....	13
2.1.4 Etske overveielser.....	14
2.1.5 Litteratursøk.....	14
3.0 Resultater.....	15
3.1 Helse og aktivitet.....	15
3.1.1 Fysisk helse.....	15
3.1.2 Psykisk helse.....	16
3.1.3 Selvstendig hverdag.....	16
3.2 Velferdsteknologi.....	16
3.2.1 Forståelse av velferdsteknologi.....	16
3.2.2 Hva de tenker å bruke.....	17
3.2.2.1 Trygghet- og sikkerhetsteknologi.....	17
3.2.2.2 Teknologi for sosial kontakt og kommunikasjon.....	17
3.2.2.3 Kompensasjons- og velværeteknologi.....	17
3.2.3 Etske synspunkter knyttet til velferdsteknologi.....	18
3.2.4 Kommunens rolle.....	18
4.0 Diskusjon:.....	19
4.1 Forståelse av velferdsteknologi og kommunens rolle.....	19
4.2 Fordeler med velferdsteknologi.....	20
4.3 Etske utfordringer med velferdsteknologi.....	23
5.0 Metodediskusjon.....	26

5.1 Kvalitativ forskningsmetode	26
5.2 Intervjuguiden	27
5.3 Intervju	28
5.4 Transkribering av lydopptak.....	28
5.6 Litteratursøk	29
6.0 Konklusjon	30
7.0 Referanseliste	31
8.0 Vedlegg	35
8.1 Vedlegg nr.1: Intervjuguiden for intervju til bacheloroppgave ved NTNU Gjøvik	35
8.2 Vedlegg nr.2: Samtykke- og informasjonsskriv	37
8.3 Vedlegg nr.3: Databasesøk Cinahl	39
8.4 Vedlegg nr.4: Oversikt over artiklene fra tidsskrifter.....	40

1.0 Innledning

Temaet i oppgaven er å fremme bruken av velferdsteknologi i to utvalgte kommuner i Nord-Gudbrandsdalen regionen. Studien er en del av et større prosjekt som er forankret i et samarbeid mellom regionen og NTNU. Ifølge prosjektplanen er bakgrunnen for samarbeidet å forberede de utvalgte kommunene i Nord-Gudbrandsdalen til å imøtekomme den aldrende befolkningen ved hjelp av velferdsteknologi (Vistekleiven, 2020).

Velferdsteknologi er teknologiske løsninger som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet (Meld. St. 29 (2012–2013)). Teknologien kan også være med på å styrke den enkeltes behov til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk funksjonsevne. I tillegg kan velferdsteknologi være en god løsning for å støtte pårørende og forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet slik at innleggelse på institusjon reduseres (Meld. St. 29 (2012–2013)).

1.1 Bakgrunn

Det er viktig at de eldre lever et aktivt liv med god helse og livskvalitet, samt deltar aktivt i samfunnet, familie og organisasjoner (Meld St. 15 (2017-2018)) Aldringsprosessen er aldersforandringer i form av redusert fysisk kapasitet og funksjonssvekkelse og ved økende alder er risikoen for å bli syk større (Meld St. 15 (2017-2018)). Eldre lever lengre og kan ha mange år som pensjonister foran seg. I årene som kommer står samfunnet overfor demografiske endringer som kan påvirke helse- og omsorgstjenesten (Meld St. 15 (2017-2018)). Det kan bli en utfordring for personellsituasjonen i helse- og omsorgssektoren, da det kan bli mindre helsepersonell i yrkesaktiv alder i forhold til andel eldre. Som en konsekvens av dette kan det oppstå en situasjon at helsepersonellet ikke har nok ressurser til å bidra med omsorg og pleie for den økende aldrende befolkningen (Meld St. 15 (2017-2018)).

For å imøtekomme denne utfordringen kan det være viktig å gi eldre et tjenestetilbud gjennom velferdsteknologi (Meld St. 29 (2012-2013)). For å fremme dette trengs det samarbeid mellom helsetjenesten, forskere, kommuner og utdanningsinstitusjoner (Meld St. 29 (2012-2013)). Velferdsteknologi kan gi eldre mennesker mulighet til å bli en større ressurs i eget liv og ivareta selvstendighet, mestring og livskvalitet lengere (Meld St. 15 (2012-2013)). Det er derfor blitt iverksatt et nasjonalt velferdsteknologiprogram av regjeringen for å implementere velferdsteknologi i tjenestetilbudet (Meld St. 29 (2012-2013)). Programmet skal bidra til at kommunene kan få et større utbytte av mulighetsrommet som velferdsteknologien kan gi helsetjenestene (Meld St. 29 (2012-2013)). Velferdsteknologiprogrammet kan også være med

på å bidra til at omsorgstjenestene blir mer bærekraftige i fremtiden (Meld St. 15 (2012-2013)).

1.2 Begrepsavklaring

Identitet:

Menneskers identitet er i konstant endring gjennom livsløpet, da det er et kontinuerlig samspill mellom psykiske, samfunnsmessige og sosiale handlingsmønstre (Mærsk, 2017).

Aktivitet:

Personens utførelse av en oppgave eller handling (Kielhofner, 2008).

Brukermedvirkning:

Brukermedvirkning handler om å få brukeren til å medvirke i sin egen behandling slik at de er med på å utforme sin egen individuelle plan (Tuntland, 2018).

Rolle:

Et sett med rettigheter, ansvar og handlingsmønstre som er forventet av en spesifikk posisjon i en gruppe eller samfunn (Cohn, 2013).

Livskvalitet:

En måling av velvære som omfatter individuelle oppfattelser av deres menneskers posisjon i livet som blir videre påvirket av relasjoner, ønsker, forventninger og bekymringer (Cohn, 2013).

Demens:

Demens er en tilstand som fører til gradvis økende tap av nerveceller og tap av funksjoner i hjernen. Symptomer som kjennetegnes er redusert kognitive funksjoner, svekket kontroll over følelseslivet og sviktende funksjonsevne (Norsk Helseinformatikk, 2021).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a:

Pasient og brukerrettighetsloven § 4-6a gir helse- og omsorgstjenesten rett til å treffe vedtak om bruk av tekniske hjelpemidler som varsler og lokaliserer hvor pasienten befinner seg (Thygesen, 2019). Det skal foreligge en skriftlig helsefaglig vurdering for hvordan teknologien skal anvendes. Loven gjelder for pasienter over 18 år uten samtykkekompetanse og tiltaket skal være nødvendige for å hindre fall eller minske risiko for skade. Dersom det er

mulig skal informasjon innhentes fra brukerens pårørende om hva som er best løsning for brukeren (Thygesen, 2019).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A:

Det vil være nødvendig å gjøre en grundig vurdering om tjenestemottakeren motsetter seg tiltaket. Dersom det er tvil om vedkommende, motsetter seg det eventuelle tiltaket trengs det tvangsvedtak av fylkesmannen med hjemmel i lov (Thygesen, 2019).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å undersøke hva slags holdninger og kunnskaper det finnes på det aktuelle temaet. Ved å få innsikt fra informantenes perspektiv kan det bidra til å få en bedre forståelse av hvordan velferdsteknologi kan implementeres i kommunene. Problemstillingen er følgende:

Hva slags holdninger og kunnskap finnes det blant innbyggerne i alderen 55 + i de to utvalgte kommunene om bruk av velferdsteknologi for å oppnå en god helse i en fremtidig alderdom?

1.4 Relevans for ergoterapi

I dette kapittelet skal den teoretiske referanserammen presenteres og gjøre rede for relevant teori knyttet til ergoterapi og tema. De valgene som kommer frem i oppgaven skal bli begrunnet for å vise relevansen ved hjelp av aktivitetsvitenskap.

1.4.1 Aktivitetsvitenskap

Aktivitetsvitenskap tar for seg sammenhengen mellom menneskelig aktivitet, trivsel og sunnhet. Aktivitetsvitenskap er derfor regnet som et grunnlag i ergoterapeutisk praksis og kan gi en bred forståelse av mennesker som aktivitetsvesener (Kristensen, 2017). Forskning viser at mennesker har et behov for å være aktive, og deres deltagelse gjennom aktivitet kan i stor grad påvirke overlevelse og sunnhet (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). For at meningsfulle aktiviteter skal bidra til sunnhet og velvære er det viktig at det er et forhold mellom aktivitet, personen og omgivelser, i tillegg til balanse mellom egenomsorg, produktivitet og fritid (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Vinge, 2017).

Aktivitetsengasjementet står sentralt for at mennesker kan forbedre helse og redusere sykdom. Dermed er det viktig å ha kunnskap om hvordan sykdom er påvirket av både aktiviteter og fysiske og mentale omstendigheter rundt den. (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Vinge, 2017). Salutogenese er et begrep som kan kobles til aktivitetsvitenskap siden det også fokuserer på å styrke helsen. En av de viktigste salutogenese determinanter er å oppleve verden rundt oss og

vårt ståsted i livet som stabilt og forutsigbart (Sense of coherence). Denne tilstanden gir oss frihet og bestemt identitet (Mæland, 2016).

Under oppgaven vil grunnleggende begreper innenfor aktivitetsvitenskap knyttes opp mot velferdsteknologi for å oppnå sunnhet og velvære. Begrepene er doing, being, belonging og becoming, (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). Doing kan være synonymt med meningsfulle aktiviteter, og handler om hva mennesket gjør eller ikke gjør. Being vil være et resultat av doing som kan betegne graden av velvære og livskvalitet et menneske opplever (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). Becoming tar for seg potensialet og utviklingen et menneske kan oppleve ved støtte fra, for eksempel, ergoterapeuter for å få best utbytte av egne evner for å oppnå forandring. Belonging tar for seg deling av verdier gjennom sosialisering og tilhørighet i en gruppe eller et samfunn (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017).

1.5 Verdenssyn

Advocacy hevder at forskningsundersøkelser må flettes sammen med politikk og en politisk agenda (Cresswell, 2009). Forskningen har en handlingsagende til å skape en endring i livene til deltakerne og samfunnet som deltakerne er en del av. Ved hjelp av deltakelse fra informanter kan det danne en bevissthet om hvilke endringer som skal til for å endre deres liv (Cresswell, 2009). Slike studier er med på å skape en politisk debatt så endringer vil kunne oppstå (Cresswell, 2009).

1.6 Tidligere forskning

For å få et større perspektiv på velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten var det viktig å få en forståelse ut fra hva andre, nyere forskningsarbeider har konkludert med, hva som har blitt gjort tidligere og hvordan det har blitt gjort (Sverdrup, 2020).

En forskningsartikkel viser at velferdsteknologi kan gi økt livskvalitet ved at individer opplever større frihet og selvstendighet i hverdagen (Cuesta, et al., 2020). I tillegg viser denne forskningen at velferdsteknologi har vist at mennesker kan bo lengre i sitt eget hjem og kontrollere sin egen hverdag selvstendig. For å oppnå dette vil brukermedvirkning være en sentral faktor i hvordan det teknologiske hjelpemidlet skal bli tatt i bruk (Cuesta, et al., 2020). På bakgrunn av dette vil involvering av brukeren være viktig for å tilpasse deres behov og hverdag (Cuesta, et al., 2020). En annen forskning viser at mennesker som jobber og tar avgjørelser om velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten er generelt veldig positivt om utviklingen og bruk av slik teknologi (Frennert og Baudin, 2019). Velferdsteknologi kan være

til stor nytte for å bidra med å dekke hjelpebehovet for ansatte og økningen av helsetjenester til aldrende befolkning (Cuesta, et al., 2020).

Tidligere forskning viser også at det er utfordringer for kommunene å implementere velferdsteknologi i helse og omsorgstjenester (Frennert og Baudin, 2019). Det er på grunn av at det er mangel på kunnskap fra helsearbeidere på hvilken type velferdsteknologi som er lovlig og hvilke lover som er aktuelle for den aktuelle teknologien de vurderer (Frennert og Baudin, 2019). Videre viser samme forskning at utskifting av ansatte kan føre til problemer med kunnskap om velferdsteknologi, ettersom flere av de som er opplært forsvinner. Det resulterer med at ressurser må brukes på opplæring igjen (Frennert og Baudin, 2019). Det kan påvirke implementeringsprosessen i kommunene på grunn av at det blir utfordrende å samarbeide, ettersom flere faggrupper ikke vil se nytten av velferdsteknologien opp imot de økonomiske konsekvensene det kan føre. Konsekvensene for å ikke bruke velferdsteknologi kan være økte velferdskostnader og lavere kvalitet på omsorgen for den enkelte omsorgsmottaker (Frennert og Baudin, 2019).

2.0 Metode

Metodekapittelet gir en gjennomgang av studiens metode og fremgangsmåte for datainnsamling. Det vil fremlegges kriterier for intervju og informanter, hvordan informasjonen fra disse er samlet inn og analysert, samt overveielse av etiske problemsstillinger som omhandler intervju som metode. Videre vil litteratursøkene bli nøye beskrevet. I tillegg vil det bli presentert hvordan utvalget av informantene har blitt inngått i studien. Det har også blitt gjennomført et manuelt litteratursøk som vil bli forklart på slutten av kapittelet.

2.1 Valg av metode

På bakgrunn av tema og problemstilling ble det benyttet kvalitativ metode for å få en fenomenologisk tilnærming. Det innebærer at en skaper en forståelse av intervjupersonenes dagligliv og syn på verden i form av ord og ikke tall (Kvale og Brinkmann, 2019). Det betyr med at en kan innhente mye informasjon fra få informanter (Sverdrup, 2020).

2.1.1 Valg av informanter

Det var representanter i prosjektteamet fra de seks kommunene som hadde ansvar for å finne informanter i de ulike kommunene til prosjektet (Vistekleiven, 2020). Informantene ble valgt ut på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier som prosjektteamet hadde satt.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Alder 55+	Tjenester fra kommunen
Begge kjønn	Funksjonsnedsettelse
Ulik utdanningsbakgrunn	
Ulik geografisk tilknytning (sentralt / ikke sentralt)	

2.1.2 Innsamling av data

I studiet ble det gjennomført fem individuelle intervjuer. Tre av intervjuene ble gjort over telefon og to av intervjuene ble utført over Microsoft Teams. Bakgrunnen for dette var på grunn av økende smitte av Covid-19 under perioden.

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide av prosjektgruppen i regionen Nord-Gudbrandsdalen. I samråd med veileder ble det lagt til fem ekstra spørsmål rettet mot velferdsteknologi (Vedlegg 1). Ved bruk av en intervjuguide som en metode for datainnsamling kan informantene få en mulighet til å fortelle fritt om det aktuelle temaet (Sverdrup, 2020). Det kan gjøre at samtalen verken ble for åpen eller lukket, men at tolkninger og meninger om temaet kom frem (Kvale og Brinkmann, 2019).

For å styrke studiens reliabilitet ble intervjuguiden brukt som et formål for temaet og samme spørsmålstilling under alle fem intervjuer. Reliabiliteten tar for seg troverdigheten og konsistensen til forskningsresultatene og hvorvidt resultatene kan reproduseres på senere tidspunkter av andre forskere (Kvale og Brinkmann, 2019). Alle studentene fikk prøve seg som moderator og observatør. Det ble valgt en moderator og to observatører på forhånd av hvert intervju. Moderatoren sin oppgave var å føre intervjuet og stille alle spørsmål fra intervjuguiden. I tillegg var det åpent for oppfølgingsspørsmål under intervjuet som moderatoren eller observatørene kunne legge til hvis det var noe uklart. (Sverdrup, 2020).

Det var stor variasjon på lengden av intervjuene, hvor et intervju varte nærmere en time. De fire andre intervjuene varte i overkant av 20 minutter. Lydopptakene ble fordelt ut ifra tid for å fordele arbeidet likt mellom studentene for å transkribere mest mulig effektivt. Det ble på forhånd av transkripsjonen inngått en enighet på hvordan transkripsjonen skulle utføres for å sikre reliabiliteten (Kvale og Brinkmann, 2019). Under transkribering av lydopptakene ble det spilt av flere ganger for å sikre at kvaliteten på intervjuet var god.

2.1.3 Dataanalyse

Etter gjennomført transkripsjon av innsamlede data var ferdig, var neste trinn å gjennomføre analyse. Før analysen gikk studentene sammen gjennom det ferdige transkriberte materialet som vil bli det empiriske grunnlaget for videre arbeid (Sverdrup, 2020). I denne prosessen kan det være viktig å legge til side personlige holdninger, fordommer og tidligere forståelse for å ivareta objektiviteten (Kvale og Brinkmann, 2019). Da den transkriberte teksten ble gjennomgått felles i gruppen, ble det diskutert hva slags temaer som skulle være med i analysen. Analysemetoden som ble brukt i denne oppgaven er basert på Kvale og Brinkmann (2019) sin analyse med fokus på mening. Denne metoden er sammensatt av meningskoding, meningsfortetting og meningstolkning.

I dataanalysen av intervjuene ble det gjennomført koding med fokus på mening. Det er den vanligste formen for dataanalyse og det gir en oversikt og struktur ved at lange intervjuer kan reduseres til enkle kategorier ved hjelp av fargekoding (Kvale og Brinkmann, 2019). Utførelse av kategorier og kodingen ble gjennomført sammen for at alle studentene skulle sette seg inn i materialet i intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2019). Det innebærer å kategorisere intervjuene i flere nøkkelord, slik at det blir mer systematisk fordeling av informasjonene i intervjuene. Det kan bidra til å fange opp informantenes erfaringer og handlinger fullt ut og i tillegg sammenligne likheter og ulikheter. Analysen har fokus på å få en oversikt over tekstmateriale (Kvale og Brinkmann, 2019).

Deretter ble det gjennomført en meningsfortening hvor setningene ble komprimert og forkortet, for å få frem mer tydelige formuleringer hvor den umiddelbare meningen ble gjengitt med få ord (Kvale og Brinkmann, 2019). Her ble ord som “ehh” og “hmm” fjernet. I begynnelsen ble hele intervjuet lest igjennom for å få en helhet. Deretter ble meningsenhetene identifisert av forskerne slik det ble uttrykt av informantene. Disse meningsenhetene ble undersøkt i lys av studiets spesifikke formål, etter de er blitt fortolket og tematisert (Kvale og Brinkmann, 2019). Til slutt ble de viktigste emnene som kom fram i intervjuet satt sammen til en beskrivende tekst. Disse emnene ble i etterkant benyttet til mer omfattende fortolkninger og teoretiske analyser (Kvale og Brinkmann, 2019).

Meningsfortolkning ble gjennomført for å omfatte en dypere og mer kritisk fortolkning av teksten (Kvale og Brinkmann, 2019). Det var nødvendig å vurdere hvordan studentene skulle behandle og tolke den innsamlede data for å sikre så nøyaktig svar som mulig (Jacobsen, 2015). Den som tolket de empiriske dataene, fant meningsstrukturer og gikk over det som var direkte sagt av informantene. Det ble gjort for å få frem betydningen av det som kom direkte

fram i transkripsjonene. Slike tolkninger kan føre til flere ord enn de opprinnelige utsagnene informantene ga under intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2019).

2.1.4 Ethiske overveielser

I begynnelsen av en intervjuundersøkelse er det viktig å stille seg noen spørsmål i forhold til etiske retningslinjer. Det baserer seg ofte på informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskernes rolle (Kvale og Brinkmann, 2019).

Det var viktig å sende informantene et informasjonsskriv hvor deltagerne kan lese og sette seg inn i undersøkelsens formål. I tillegg var det informert om at Intervjuene var frivillige og de hadde mulighet til å trekke seg ut av undersøkelsen når som helst (Vedlegg 2) (Kvale og Brinkmann, 2019). Muntlig samtykke ble utført på lydopptak for de informantene som hadde utfordringer med å sende skriftlig samtykke på epost (Kvale og Brinkmann, 2019).

For å sikre konfidensialiteten til informantene fikk de informasjon om hvem som vil ha adgang til materialet, samt hva det skulle bli brukt til (Kvale og Brinkmann, 2019). I tillegg var det viktig å understreke at all informasjon vil bli anonymisert slik at private data som identifiserer informantene ikke avsløres (Kvale og Brinkmann, 2019). Etter intervjuene var gjennomført ble det lagret kopier av lydopptakene på minnepenner for å lagre opptakene på et trygt og sikkert sted og ble slettet etter transkribering (Kvale og Brinkmann, 2019).

Studentene hadde et ønske om å innhente så mye informasjon fra informantene som mulig om teamet (Kvale og Brinkmann, 2019). Samtidig var det viktig at studentene ikke stilte for inntrengende og dype spørsmål som informantene ikke var komfortable med (Sverdrup, 2020). Under intervjuene var det viktig å være så objektiv som mulig for å få frem informantenes perspektiv. Dermed ble personlig holdninger og tanker fra studentene lagt til side (Kvale og Brinkmann, 2019). Det var derfor viktig at studentene var respektfulle og ga positive tilbakemeldinger til deltakerne (Sverdrup, 2020). Det kunne gjøres ved for eksempel enkle bekreftende ord, smil eller nikk. På denne måten kan en forhindre at informantene ønsker å trekke seg fra undersøkelsen (Sverdrup, 2020).

2.1.5 Litteratursøk

Det ble utført et manuelt litteratursøk for å undersøke kunnskapsstatusen knyttet til problemstillingen (Sverdrup, 2020). I forbindelse med databasesøk ble både Medline (Ovid) og Cinahl benyttet. Det ble først planlagt søkeord / emner til databasene som var knyttet til temaet. Medline (Ovid) ble etter hvert uaktuelt og deretter var det Cinahl som kun ble brukt for videre søk. Under søkeprosessen ble det anbefalt å undersøke artikler fra Ingeborg Nilsson

som har utarbeidet forskningsartikler innenfor dette temaet. Dermed ble Google Scholar benyttet for å finne denne forfatteren. I tillegg ble det gjort videre søk i tidsskriftene fra der artiklene til Ingeborg Nilsson tilhørte.

Artiklene ble valgt ut på bakgrunn av disse inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Aldersgruppe 55+	Aldersgruppe under 55+
Ikke eldre enn 2017	Artikler eldre enn 2017
Kommunehelsetjeneste	
Velferdsteknologi	

3.0 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra fem informanter i den kvalitative undersøkelsen presenteres. Funnene fra undersøkelsen skal presenteres og analyseres opp imot de ulike hovedtemaene (Sverdrup, 2020). Den første delen av resultatet vil ta for seg helse og aktivitet. Her skal fysisk helse, psykisk helse og selvstendig hverdag bli presentert som undertemaer. Den andre delen vil fokusere på velferdsteknologi. Det første undertemaet innen velferdsteknologi vil ta for seg informantenes forståelse. Deretter vil det andre undertemaet ta for seg ulike teknologiske løsninger de kunne tenke seg å bruke. Neste undertemaet vil ta for seg informantenes etiske synspunkter knyttet til bruk av velferdsteknologi. Til slutt vil kommunens rolle for implementering av velferdsteknologi bli tatt opp. Det vil bli benyttet sitater fra intervjuene for å få frem viktige synspunkter fra informantene.

3.1 Helse og aktivitet

3.1.1 Fysisk helse

Alle Informantene fortalte at det å bruke kroppen og holde seg i aktivitet var en viktig faktor for å opprettholde den fysiske funksjonen på best mulig måte. En informant forklarte det slik: *“(...) den jevne fysiske aktiviteten og den blir jo viktigere og viktigere desto eldre du blir det er ikke så lett å trene opp igjen (...) desto eldre du blir desto viktigere er det å holde seg jevnt fysisk form”*. Fem informanter nevnte naturen som den viktigste motivasjonskilden, mens fire av dem syns også at treningssenter kan være et fint alternativ.

3.1.2 Psykisk helse

Alle fem Informantene uttrykte at den fysiske og psykiske helsen påvirker hverandre. Det ble stilt spørsmål knyttet til frivillig arbeid i fremtiden, hvor fire av informantene nevnte at frivillighet kan gi en meningsfull hverdag i pensjonisttilværelsen. En informant fortalte det slik: *“(...) det er klart at det er viktig når du en gang forlater arbeidslivet at du har en meningsfull hverdag allikevel og da kan det være aktuelt å stille opp på frivillighet, enten det er frivillighetsentral eller det kan være at Røde Kors trenger hjelp (...)”*. Det ble også nevnt av de tre andre informantene at frivillig arbeid på for eksempel skole, barnehage og frivillighetsentralen kunne bidra til god psykisk helse. Det ble videre fortalt at det kan danne en sosialarena og møteplasser for å opprettholde den sosiale kontakten. Det var en informant som ikke nevnte frivillig arbeid, men det var viktig å ha sosial kontakt med familie og venner.

3.1.3 Selvstendig hverdag

I studien kom det frem at alle fem informantene ønsket å bo hjemme så lenge som mulig i alderdommen og bestemme hverdagen selv. En informant nevnte: *“(...) det er klart jeg er vant til å bestemme selv, (...) Og vil helst bo hjemme og bestemme over mitt eget liv så lenge som det er mulig, men så kommer det selvsagt på hva som ellers skjer i livet mitt (...) men jeg vil nok og da foretrekke å være hjemme i mitt eget hus (...)”*. To av fem informanter trakk frem betydningen av å kunne lage god mat, stelle seg, husarbeid og hagearbeid.

3.2 Velferdsteknologi

3.2.1 Forståelse av velferdsteknologi

To av informantene tok opp at velferdsteknologi kan være med på å gjøre hverdagen enklere for dem i alderdommen. En av de to informantene fortalte det slik: *“(...) det er da teknologi som gjør livet lettere for oss eldre eller for de eldre hvis de ikke klarer noe”*. En av de fem deltakerne kunne gi mer utdypende svar på begrepet velferdsteknologi og startet svaret sitt slik: *“(...) jeg tenker at hvis det blir brukt på rett måte vil det være viktige tilskudd (...)”*. Videre fortalte denne informanten at velferdsteknologi vil bety veldig mye for å kunne bo lengere hjemme. I tillegg nevnte informanten at det kan hjelpe med å ha kontroll over eget liv og styre egne aktiviteter. En annen informant fortalte at det har noe med tekniske hjelpemidler å gjøre, mens den siste informanten hadde mer tanker om velferdsteknologi istedenfor å definere begrepet.

3.2.2 Hva de tenker å bruke

3.2.2.1 Trygghet- og sikkerhetsteknologi

Fire informanter tok opp trygghetsalarm som aktuelle teknologiske løsninger de kunne tenke seg å ta i bruk i fremtiden. To av dem hadde kjennskap til trygghetsalarm gjennom familiemedlemmer og så nytteverdien gjennom dem. En av de to forklarte: *“Det er jo viktig at du kan ha en alarmknapp. Min gamle mor har jo sånn som hun går med hele tiden i tilfelle hun ramler eller det skjer noe (...)”*. To andre informanter fortalte også at det er aktuelt med trygghetsalarm, hvor den ene hadde kjennskap gjennom sin tidligere jobb. Den femte informanten fortalte at det kunne være aktuelt å ta i bruk for eksempel overvåkingsteknologi dersom personen skulle oppleve å bli dement. I tillegg nevnte to av de fem informantene komfyrvakt. Den ene benyttet seg av det allerede mens den andre kunne tenke seg å ta det i bruk dersom det blir behov. Sensorer for lys og varme ble også nevnt som aktuelle hjelpemidler av en informant.

3.2.2.2 Teknologi for sosial kontakt og kommunikasjon

Fire av fem informanter fortalte at de kunne tenke seg å benytte kommunikasjonsteknologi i fremtiden. Tre av dem ønsket å ta i bruk Komp som kommunikasjonshjelpemiddel. Den ene informanten av de tre forklarte hvorfor Komp kunne være et aktuelt hjelpemiddel på denne måten: *“(...) Jeg har en mor og hun har sånn Komp. Så hun har en stor glede av at vi sender bilde til henne. Både barn, barnebarn og oldebarn sender bilder til henne (...). Og der kan man også prate, omtrent som facetime (...). Så jeg ser for meg at jeg godt kunne tenkt meg og hatt noe slik.”*

To av de fire informantene fortalte at det er viktig med videokonsultasjon med lege eller helsepersonell. En av de to informantene ga uttrykk for at det var en svakhet med lang avstand til legekontor og forklarte at nærmeste legekontor er 100 km unna. Samme informant forklarte videre at løsningen kunne ha vært å ta nytte av Teams for å kommunisere med helsepersonell. På det samme temaet forklarte den andre informanten at videokonsultasjon var en fin løsning for å kommunisere med helsepersonell på helsehuset i en annen kommune.

3.2.2.3 Kompensasjons- og velværeteknologi

Knyttet til kompensasjons- og velvære teknologi nevnte tre av fem informanter ulike hjelpemidler. Den første informanten trakk frem blant annet treningsapp som en teknologisk løsning som kan være et viktig element for fysisk velvære. Informanten utdypet at treningsapp er et fint supplement til å trene på treningsstudio. Den andre informanten fortalte at boligen

stort sett er tilrettelagt etter personens nåværende behov, men fortalte at sykehusseng kan være relevant på senere tidspunkt. Den siste informantene nevnte robotstøvsuger som et aktuelt hjelpemiddel.

3.2.3 Etiske synspunkter knyttet til velferdsteknologi

Flere av informantene var positive til at velferdsteknologi kunne erstatte menneskelig oppgaver innenfor noen områder. Alle Informantene var også enig i at alle mennesker har behov for noe menneskelig fysisk kontakt og at teknologi ikke kan erstatte alt. Det var derimot ulike meninger blant informantene, knyttet til i hvor stor grad velferdsteknologi kunne erstatte mennesker. En informant skilte seg litt ut og forklarte at en robot kunne hjelpe til med alt, for eksempel stell.

Et tema som kom frem i intervjuet var at eldre kan oppleve ensomhet hvis teknologien erstatter menneskelig fysisk kontakt. En informant fortalte at det var mulig å fortsette med å opprettholde menneskelig kontakt selv om velferdsteknologi erstattet fysiske tjenester. Informanten begrunnet dette med at familie og venner er i nærheten, og fortsatt vil komme på besøk.

Et annet tema som kom frem i intervjuet var tilgang til internett. En informant var bekymret for dårlig nettforbindelse og utdypet det som et mulig problem når en skal bruke teknologiske løsninger: (...) *“det hjelper ikke med velferdsteknologi hvis det ikke fungerer fordi det er for dårlig nett (...). For det er faktisk ikke godt nok rundt omkring”*.

3.2.4 Kommunens rolle

Informantene hadde forskjellige ønsker når det kommer til hva de tenker kommunen kan bidra med. En informant nevnte: *“(...) kommunen må yte de tjenestene som er etterspurt med det som er behov for å fortsatt kunne bo hjemme. Det skal ikke være unger eller naboer slektninger som skal ta vare på de eldre”*. Informantene nevnte flere tiltak som kan være aktuelle for kommunene, blant annet hjemmetjenester, kollektivtransport og tilrettelagte boliger. Det var derimot bare en informant som tok opp velferdsteknologi som et tiltak fra kommunen. Denne informanten fortalte at det var mangel på kunnskap blant ansatte og brukere ved implementering av velferdsteknologi i kommunen. Informanten nevnte et eksempel hvor et familiemedlem som bor på en omsorgsinstitusjon hadde problemer med en app som heter frameo. Helsepersonellet på denne institusjonen kunne ikke hjelpe familiemedlemmet til informantene som var frustrerende: *“(...) det må være slik at hvis du bor på en omsorgsinstitusjon så må de kunne hjelpe deg med å få slike ting til å fungere (...)”*.

4.0 Diskusjon:

Som tidligere nevnt i oppgaven er problemstillingen: Hva slags holdninger og kunnskap finnes det blant innbyggerne i alderen 55 + i de to utvalgte kommunene om bruk av velferdsteknologi for å oppnå en god helse i en fremtidig alderdom? Diskusjonen vil bestå av to hoveddeler. Den ene delen vil bestå av diskusjon av studiets resultater som vil bli knyttet opp mot tidligere forskning og annen litteratur. Den andre delen vil bestå av metodediskusjon som skal fokusere på fremgangsmåten og svakheter ved metoden.

4.1 Forståelse av velferdsteknologi og kommunens rolle

Flere av informantene var usikre når de skulle fortelle hva de tenker om velferdsteknologi, dette på grunn av at velferdsteknologi er et bredt begrep (Thygesen, 2019). Velferdsteknologi er et nytt begrep innen helse og definisjonen forteller ikke noe spesifikk om hva slags teknologi som går inn i begrepet velferdsteknologi (Thygesen, 2019). Derfor kan det skape en usikkerhet mellom informantene og påvirke svarene innenfor dette temaet.

Når velferdsteknologi skal implemeteres er det viktig at det er god kunnskap hos dem som skal benytte seg av teknologien og dem som skal stå for opplæring (Knutshaug og Nakrem, 2017). En løsning for at kommunen kan bidra med dette kan være å arrangere flere utsitillingslokaler for å øke kunnskapen om velferdsteknologi og hva slags nytte den kan ha i ulike sammenhenger (Gustafsson og Sandsjø, 2020). Flere kommuner i Norge benytter seg av demonstrasjonsrom eller levende laboratorier for å forbedre forståelsen og kunnskapen om ulike gruppers behov (Kiran og Nakrem, 2017). Det vil være nødvendig at kompetansehevingen og opplæringen av de involverte foregår underveis i implementeringen av teknologien (Meld St. 29 (2012-2013)).

Hvis kommuner er mangelfulle på kunnskap hos ansatte, kan det føre til at denne kunnskapen ikke formidles godt nok til befolkningen (Frennert og Baudin, 2019). Befolkningen vil da ikke få vite hva slags nytte de vil få av velferdsteknologi og kan velge tradisjonelle behandlingstilbud som for eksempel besøk av hjemmesykepleien (Kiran og Nakrem, 2017). Et annet problem er at ansatte ikke får opplæring av velferdsteknologi som igjen kan føre til at de ikke kan lære opp andre ansatte. Ansatte som kan ha god kunnskap kan etter hvert slutte i jobben og arbeidsplassen mister ansatte med relevant kunnskap (Frenner og Baudin, 2019).

4.2 Fordeler med velferdsteknologi

På grunn av mangel på kunnskap om velferdsteknologi fra informantene ble det nevnt få teknologiske løsninger. Under intervjuene kom det frem at informantene ønsket å bo hjemme så lenge det var mulig og at trygghetsalarm kunne være en av flere aktuelle teknologiske løsninger. Den kan gi brukere en trygghet uavhengig av om de bor alene eller ikke (Knutshaug og Nakrem, 2017). Hjemmet er, som oftest, viktig for eldre mennesker da det utgjør et miljø der de kan utføre hverdagen (Sandberg, et.al., 2019). Komfyrvakt ble også nevnt, i tillegg ble det nevnt robotstøvsuger, sykehusseng og treningsapp av informantene som aktuelle hjelpemidler for å oppnå en aktiv alderdom i sitt eget hjem.

Det var en informant som tok opp teknologiske løsninger knyttet til lys- og varmesensorer som kan komme under begrepet smarthusteknologi. Smarthusteknologi er en felles betegnelse for teknologi som er anvendt i boliger og er koblet sammen gjennom et lokalt nettverk (Knutshaug og Nakrem, 2017; Thygesen, 2019). Denne type løsningen har flere funksjoner som blant annet å varsle om kjøleskapet står åpent, kan overvåke for å forhindre uønsket vandring på natten og i tillegg utføre handlinger for å styre lys og varme (Knutshaug og Nakrem, 2017; Thygesen, 2019).

Informantene var opptatt med å holde seg i fysisk form for å fremme sin egen helse. Fysisk aktivitet kan bedre den fysiske formen, slik at mennesker får overskudd til å utføre daglige oppgaver (Tuntland, 2018). Fysisk aktivitet er et viktig tiltak som er uavhengig av funksjonsnivå. Videre kan fysisk aktivitet være med på å redusere og utsette forventede aldersrelaterte funksjonstap (Tuntland, 2018) Ved hjelp av, for eksempel, treningsapper kan informantene holde seg motiverte og oppdatert på fremgangen. Treningsapper er hverdagsteknologi og kan bidra til å støtte brukergrupper, slik at de deltar mer i samfunnet (Thygesen, 2019).

Kompensasjons- og velvære er fine tekniske løsninger som egner seg godt for aldersforandringer. De kan bidra med å øke livskvaliteten og velvære til informantene (Knutshaug og Nakrem, 2017). Et eksempel som dukket opp under intervjuet var robotstøvsuger, en teknologisk løsning som er programmert til å utføre gulvvask og støvsuging (Tuntland, 2018). Det kan dermed hjelpe brukere med større fysiske funksjonsnedsettelse, ettersom husarbeid stiller høye motoriske krav til styrke, balanse og bevegelighet (Tuntland, 2018). Sykehusseng kan også være et aktuelt hjelpemiddel som kan også kompensere for nedsatt fysisk funksjon. Ved en slik løsning kan informantene reise seg

selvstendig (Tuntland, 2018). En annen teknologisk løsning kan være elektroniske kalendere. De kan bidra til at personer med kognitiv svikt kan holde orden på dato, dag og tidspunkt på dagen. Det finnes slike funksjoner på smarttelefoner som kan tilpasses til informantene (Knutshaug og Nakrem, 2017).

Et annet viktig punkt som ble tatt opp under intervjuet var frivillighetsarbeid. Ved å delta på frivillighetsarbeid kan informantene føle at de hører til (belonging) en gruppe (Jacobsen og Winge, 2017). Tilhørighet og identifisering med en gruppe gir en sosial tilfredsstillelse. Oppgaver en utfører med andre i hyggelige sosiale omgivelser tilfører mestringsfølelse i livet (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017) Frivillig arbeid er nyttig for andre og det gir en høy moralsk status og gledesfølelse som videre bidrar til at livet får bedre kvalitet. På den måten opprettholdes et tilhørighetsforhold i samfunnet (sosial kapital) som på sikt har en sunnhetsfremmende effekt (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). En teknologisk løsning som kan være med å skape deltakelse i aktivitet er medisindispenseren. Medisindispenser kan gi økt frihet til å delta i frivillighetsarbeid eller gå tur i naturen, da informantene kan være borte både korte og lengre perioder fra sitt eget hjem (Kiran og Nakrem, 2017). Formålet med medisindispenser kan være med på å gjøre informantene i stand til å ta medisiner på egenhånd, og dette kan i tillegg redusere antall besøk av hjemmesykepleien (Thygesen, 2019).

Velferdsteknologi kan være med på å ivareta friheten til aktiviteter både i hjemmet og utendørs (Cozza et al., 2018). Overgangen fra arbeidslivet til pensjonisttilværelsen var et tema som dukket opp i intervjuet. Forandringene dette innebærer kan knyttes til hverdagslivet hvor roller, relasjoner, aktiviteter og rutiner blir påvirket (Bendixen, 2017). Overgangen til pensjonisttilværelsen kan være en vanskelig prosess selv om det er en planlagt prosess. Til tross for at overgangen er forventet, kan en oppleve flere emosjonelle reaksjoner som kan spille inn på det psykiske (Lund, et al. 2017).

Informantene ønsker å opprettholde meningsfulle aktiviteter i hverdagen etter arbeidslivet. For å opprettholde det ønske kan informantene ta i bruk velferdsteknologiske løsninger, slik at de kan delta på aktiviteter uten å være avhengige av fysisk oppfølging av helsepersonell (Cozza, et al., 2018). Eldre kan dermed oppleve en mening med å klare seg selvstendig i hverdagen. Videre kan de føle seg inkludert i samfunnet ved å kunne gjøre (doing) noe for andre. Det kan også knyttes til det å være (being) en del av et sosialt felleskap (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017). Det kan dermed bidra med at en kan ivareta sunnhet og velvære gjennom

kontroll over eget liv og deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017).

Det var viktig for informantene å ha sosial kontakt for å ivareta den psykiske helsen. Det er flere velferdsteknologiske løsninger som kan bidra til å hindre ensomhet og sosiale barrierer dersom en skulle oppleve nedsatt funksjon (Knutshaug og Nakrem, 2017).

Kommunikasjonshjelpemidler som Komp, Skype og Microsoft Teams ble nevnt som et eksempel fra informantene. Gjennom digitale nettverk kan informantene bli (becoming) en del av et større nettverk med familie og venner (belonging) (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017). Det kan igjen føre til at familiene kommer nærmere hverandre og at fysiske besøk kan økes (Kiran og Nakrem, 2017).

Takket være internett kan eldre ha sosial kontakt med familien og venner, de kan også delta i digitale arrangementer (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017). De kan bli medlemmer av mindre og større grupper og bidra aktivt til å opprettholde og berike felleskapet ved hjelp av gode råd, kommentarer og anbefalinger. I hjemmene sine er de ofte alene, men i den digitale verden er de sammen med mange andre (belonging together) (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017).

Samspeillet med andre er positivt for alle parter, det former egne identiteter og bidrar til medlemmers personlige vekst (becoming alone together) (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017). Kjennskap til den teknologien gir eldre mestring, følelse av at de er på samme nivå i forhold til den digitale verden som yngre del av samfunnet (being competent) (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017). Kommunikasjon med familiemedlemmer, venner og resten av samfunnet blir lettere fordi alle parter bruker samme kommunikasjonsteknologi (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017). Læring av digitale regler engasjerer deres hjerne og tanker og leder dem bort fra følelsen av ensomhet. Å være alene (being alone) blir ikke det samme som å være ensom fordi en jobber med en spennende, engasjerende oppgave (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017).

Videokonsultasjon kan føre til at helsepersonell og pasient kan ha mulighet til å snakke sammen oftere og dermed få en bedre kontakt (Nakrem, 2017). Det var to informanter som tok opp dette, hvor den ene benyttet seg av tilbudet mens den andre ønsket å ha det som et tilbud. Fordelen med videokonsultasjon kan være at befolkningen i Nord-Gudbrandsdalen kan få tettere oppfølging av helsepersonell. I tillegg kan det motvirke tilleggsbelastninger ved for eksempel lang reisevei for informantene (Thygesen, 2019). Videokonsultasjon kan også bidra til at både pasienter og pårørende føler seg sikrere på oppfølgingen, siden hyppigere kontakt kan forebygge en forverring av helsetilstanden. Videre kan det føre til reduksjon av unødvendig sykehusinnleggelse og at pasienten kan bo lengre hjemme med en diagnose

(Nakrem, 2017). Videokonsultasjon trenger ikke bare bestå av en legetime. Ved hjelp av webkamera, skjerm og pc kan en også ha oppfølging og behandlingstimer med fysioterapeut. Med tanke på lang reisevei kan dette også være gunstig. Slike møter kan foregå hjemme hos brukeren og på deres premisser. (Knutshaug og Nakrem, 2017).

Under intervjuene var det en informant som fortalte at det kunne være aktuelt å benytte seg av GPS dersom det skulle forekomme demens. Den store utfordringen til den voksende andelen eldre i årene fremover, er den store økningen i aldersgruppen 80 år (Thygesen, 2019).

Demensforekomsten er høyest i denne aldersgruppen og statistikken viser at antallet demensrammede vil dobles de nærmeste tiårene. (Thygesen, 2019). Det viser seg at erfaringer med utprøving av GPS i ulike kommuner kan være et viktig trygghetsskapende tilbud for personer med demens, deres pårørende og tjenestene (Thygesen, 2019). Mennesker med en demensdiagnose kan bevege seg selvstendig innendørs og utendørs, og det kan være avgjørende for personens sunnhet og velvære (Lindahl-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017; Frennert og Baudin, 2019). GPS kan bidra til at brukeren kan opprettholde sin aktivitetskompetanse til tross for sykdom og kan samtidig ivareta sin aktivitetsidentitet (Mærsk, 2017). GPS kan komme i forskjellige former. Det kan være et armbånd, det kan installeres i mobilen eller det kan være et smykke (Tuntland, 2018).

I artikkelen til Frennert og Baudin (2019) kom det frem at teknologi kan være mer troverdig enn mennesker. Studien viser at teknologi kan være mer pålitelig og tryggere enn mennesker ved at velferdsteknologi reduserer risikoen for menneskelige feil fordi den er mer automatisert (Frennert og Baudin, 2019). Mennesker handler ofte på bakgrunn av følelser, mens teknologien tar rettferdige beslutninger basert på objektivitet. Et eksempel som kom frem i artikkelen var at nettovervåking var mer effektivt enn fysisk besøk av hjemmesykepleien. Ved nettovervåking blir pasientene passet på hele natten og de unngår å bli vekket av tilsyn (Frennert og Baudin, 2019).

4.3 Ethiske utfordringer med velferdsteknologi

Selv om velferdsteknologi kan skape gode løsninger, kan teknologien utfordre grunnleggende verdier. Det finnes etiske konsekvenser ved innføring av velferdsteknologi som er viktige å sette seg inn i når ny teknologi skal brukes (Kiran og Nakrem, 2017).

Trygghetsalarmer har sine begrensinger siden de kan fungere kun innendørs. Det gjør at denne teknologien ikke er en god løsning for personer med kognitiv svikt og for de som beveger seg mye utendørs (Thygesen, 2019). En annen ulempe kan være at personer med

kognitiv svikt kan glemme å bære alarmer på seg og får dermed ikke benyttet seg av den (Knutshaug og Nakrem, 2017). De kan også av ulike grunner glemme å bruke alarmer (Knutshaug og Nakrem, 2017).

Ved bruk av smarthusteknologi kan det føre til at brukere føler seg kontrollert og får følelsen at det er umenneskelig å bo i sitt eget hjem (Kiran og Nakrem, 2017). Det kan potensielt føre til at brukeren føler seg som pasient i sitt eget hjem. En konsekvens av dette er at brukeren kan kjenne på at velferden blir svekket (Kiran og Nakrem, 2017).

Det finnes også ulemper knyttet til robotstøvsuger og seng. Mennesker har et indre behov for å være aktive (Lindholt-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). Robotstøvsugeren kan gjøre at mennesker blir mer inaktive, ved at de mister aktiviteten de får ved å støvsuge selv.

Teknologien kan dermed oppleves helt motsatt av dens egentlig hensikt for brukeren ved at den reduserer opplevelsen av uavhengighet, kontroll og livskvalitet (Kiran og Nakrem, 2017). Robotstøvsuger kan føre til fysisk inaktivitet for mennesker hvis deres funksjonsnivå egner seg til at de kan utføre aktiviteten selv uten problem. Det samme gjelder også sykehusseng, i noen tilfeller trengs det ikke hvis brukere klarer å reise seg fra sengen selv. Det blir en vurderingssak i hvilken grad pasienten trenger det (Tuntland, 2018). Som en konsekvens av inaktivitet, kan det utvikles, for eksempel, osteoporose (beinskjørhet) og økt fallfare (Tuntland, 2018).

Medisindispenseren har også noen negative sider. Brukerne kan oppleve at teknologien ikke er tilpasset deres livssituasjon. Hvis brukerne ikke føler at teknologien er tilpasset deres ønsker, kan de velge å takke nei og heller velge å få hjelp av hjemmesykepleien til medisintilbringelse (Kiran og Nakrem, 2017). En annen ulempe med medisindispenser kan være at brukeren må få hjelp av pårørende til å huske å ta medisiner til rett tid, ettersom at alarmer ikke alltid er nok til å minne brukerne på når de skal ta medisiner (Kiran og Nakrem, 2017).

Sosial- og kommunikasjonsteknologi kan være en utfordring for personer med kognitiv svikt, da det kan være vanskeligheter med å orientere seg i. En annen ulempe med slike teknologier kan være utfordrende for personer med alvorlig dysleksi (Aasland, 2017). For at det skal være mulig for å kommunisere digitalt er det viktig at internett er tilstrekkelig utbygd og stabilt (Knutshaug og Nakrem, 2017). Bruk av videokommunikasjon med familie og venner kan også føre til at brukeren får færre fysiske besøk (Kiran og Nakrem, 2017). Det kan dermed føre til redusert sosialt velvære og sunnhet (Lindholt-Jacobsen og Jessen-Winge, 2017). Bruk

av internett og kjennskap til den digitale verden hjelper eldre ikke bare med praktiske, hverdagslige gjøremål men spiller også en stor rolle i deres aktivitetsliv. Eldre mennesker på grunn av begrenset mobilitet tilbringer mye tid i sitt hjem, de føler seg ofte ensomme, dagene er lange og monotone. Å bli kjent med den digitale teknologien er en prosess som trenger mye engasjement, motivasjon, pågangsmot og ofte mye hjelp fra andre (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017). Noen takler ikke dette, de kan få lite hjelp av pårørende og helsetjenesten og føler seg ofte forvirret og ikke tilstrekkelig opplært av den nye teknologien (Fischl, Asaba og Nilsson, 2017).

Videokonsultasjoner har utfordringer med blant annet observasjon av gangfunksjon hvor en kan miste flere vinkler under observasjon (Nakrem, 2017). Det kan også føre til vanskeligheter ved vurdering av for eksempel sår, ettersom luktesansen er en viktig faktor (Nakrem, 2017). Teknologien kan også være en distrahering for helsepersonell som skal utføre konsultasjon, da teknologien kan komme i alt for stort fokus. Det kan føre til en avstand i mellommenneskelige relasjoner og på den måten kan en miste nyttig informasjon (Nakrem, 2017). Det kan også medføre at relasjonen blir svekket mellom tjenesteyter og mottaker. Mangelfull relasjon og mangel på menneskelig nærhet kan føre til at det blir en mangelfull omsorg (Nakrem, 2017). Her er det også viktig at internett er tilstrekkelig utbygd og stabilt (Knutshaug og Nakrem, 2017). Et annet viktig poeng er at under videokonsultasjon kan sensitiv informasjon overføres. Det vil være behov for kryptering for at uvedkommende ikke skal få tak i den sensitive informasjonen (Thygesen, 2019).

GPS er en av de mest inngripende velferdsteknologiske løsninger (Thygesen, 2019). Ved innføring av velferdsteknologi kan brukere oppleve negative konsekvenser knyttet til hjemmet ved at blant annet privatlivet og integriteten blir krenket (Kiran og Nakrem, 2017). Det er en fare for at helsepersonell kan få tilgang til unødvendig informasjon om personen (Kiran og Nakrem, 2017). Det kan hende at personer føler seg tvunget til å benytte seg av GPS og dette strider mot frivillighetsprinsippet (Thygesen, 2019). Samfunnets ideologier kan dermed komme i konflikt med brukerens personlige verdier og holdninger. Det kan skape en indre dialog hvor brukerens tanker og holdninger til seg selv kommer til uttrykk (Mærsk, 2017). Bruken av GPS kan bli hindret av lover og etikk ettersom det innhenter personopplysninger (Kiran og Nakrem, 2017). Lovene ved slik teknologisk løsning er styrt av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a og § 4A (Thygesen, 2019).

Videre kommer det frem at informantene vil ha en varierende grad av behov for menneskelig kontakt, og det må derfor være en balanse mellom bruken av teknologi og fysisk

tilstedeværelse. Velferdsteknologi kan oppleves for enkelte som kald og fjern, mens omsorg knyttes til varme personlige ytelser og menneskelig kontakt (Kleiven, 2017).

Velferdsteknologi må dermed brukes som et supplement til tradisjonell omsorg, ikke som erstatning av den (Frennert og Baudin, 2019). Selv om mange brukere har positive erfaringer med selvstendighet og egenomsorgen som teknologien kan bidra til, så vil det alltid være noen som vil ha behov for tradisjonelle helse og omsorgstjenester (Nakrem, 2017). Noen pasienter, på grunn av sin motvillighet til å bruke teknologiske hjelpemidler, vil være avhengige av personlig helsehjelp (Nakrem, 2017).

Under intervjuene ble det nevnt av en informant at det er utfordringer knyttet til både internett og teknisk hjelp for en teknologisk løsning. Bruk av teknologi kan i enkelte tilfeller skape utfordringer for pasienter i sårbare situasjoner dersom det skjer teknisk svikt eller feil bruk. Det er viktig at kommunehelsetjenesten har kontroll på tjenestene for å sikre kvaliteten (Nakrem, 2017). IKT-ansvarlige er sentrale med dette arbeidet for å få de elektroniske systemene til å fungere hensiktsmessig for de ansatte i helse- og omsorgstjenestene. De vil være en viktig aktør for at helsemyndighetene skal klare å realisere sine fremtidsplaner om et integrert velfungerende IKT-system for hele tjenesten (Andreassen, 2019).

5.0 Metodediskusjon

5.1 Kvalitativ forskningsmetode

I studiet ble det gjennomført individuelle intervjuer med et kvalitativt design, noe ingen av studentene har erfaring fra tidligere. Likevel egner kvalitativt fremgangsmåte godt til studien da det ønskes å finne ut noe om individers opplevelse eller oppfatninger av et forhold (Sverdrup, 2020). For å imøtekomme denne mangelen på erfaring var det nødvendig å sette seg inn i relevant litteratur rundt metodologi og metode.

Ved bruk av kvalitativ metode er det flere utfordringer en kan møte. En ulempe med kvalitativ metode er kompleksiteten det kan medføre da intervjuene kan være svært lange som utgjør mange ord (Jacobsen, 2015). Det vil gjøre at det kan være vanskelig å inndele den innsamlede dataen i kategorier for å få en oversikt. I oppgaven var det en utfordring med å fordele svarene til informantene i kategorier da spørsmålene gikk mye på det samme innholdet. Hvis informantene ikke hadde så mye tanker, ville det føre til lite erfaringer og ønsker. Denne prosessen kan være ressurskrevende da det må benyttes lang tid (Jacobsen, 2015).

For å styrke validiteten av studiet ble det benyttet kvalitativ metode (Kvale og Brinkmann, 2019; Sverdrup, 2020). Validitet baserer seg på i hvilken grad en metode undersøker det den faktisk skal undersøke. Metoden ga studentene mulighet til å innhente utdypende besvarelser fra informantene relatert til studentenes bestemte tema (Kvale og Brinkmann, 2019). Andre faktorer som kunne styrke validiteten til undersøkelsen var at informantene hadde ulik alder og ulike erfaring knyttet til velferdsteknologi (Sverdrup, 2020).

5.2 Intervjuguiden

En tanke som dukket opp etter intervjuene var at det kunne ha vært mer informasjon om formålet med prosjektet, med tanke på begrepet velferdsteknologi. Det ble dermed vurdert om fordeler og ulemper ved å forklare mer om prosjektet på informasjonsskrivet (Kvale og Brinkmann, 2020). Informasjon om formålet og begrepet ble holdt tilbake for å få spontane svar, for å unngå å lede informantene mot spesifikke svar (Kvale og Brinkmann, 2020).

Noen av spørsmålene i intervjuguiden fokuserte på samme området, dermed førte det til at informantene henviste til tidligere svar. Det førte til at noen spørsmål kunne bli lite utfyllende og gjentakende (Sverdrup, 2020). Svarene en får ved bruk av intervjuguiden vil også være ulike når det kommer til innhold og lengde. Det er fordi at folk er forskjellige da noen liker å snakke mye mens andre er ordknappe. De som ikke svarte utfyllende trengte flere oppfølgingsspørsmål for å uttrykke seg, noe som kunne ha blitt gjort annerledes på spørsmålene om velferdsteknologi (Kvale og Brinkmann, 2019; Sverdrup, 2020). Oppfølgingsspørsmål om velferdsteknologi kunne ha bidratt til at informantene ga mer uttrykk om emnet. På grunn av manglende kunnskap om velferdsteknologi ble det stilt få oppfølgingsspørsmål. Det var for å unngå press på informantene for å få mer innsikt (Sverdrup, 2020).

En annen måte for å gjøre spørsmålene enklere å forstå for informantene, kunne vært å benytte et annet ord enn velferdsteknologi. Selv om det ble forsøkt å formulere velferdsteknologi spørsmålene korte og enkle i intervjuguiden, kunne det istedenfor ha blitt benyttet et annet begrep enn velferdsteknologi. Det kunne vært for eksempel teknologiske hjelpemidler eller teknologiske løsninger (Sverdrup, 2020). For de fleste av informantene var det et fremmed ord for dem som førte til at de hadde vanskeligheter med forståelse av begrepet (Sverdrup, 2020).

På en annen side kunne intervjuguiden gi en slags trygghet i intervjusituasjonen, i tillegg som den ivaretok fleksibilitet (Sverdrup, 2020). Det er viktig å få svar på alt en lurer på, og dermed

kan intervjuguiden fungere som en huskeliste. I tillegg bidro den til å forsikre at alle informantene ble stilt spørsmål om det samme, uavhengig å være bundet av en streng rekkefølge (Sverdrup, 2020). En annen fordel med intervjuguiden var at den fikk frem synspunkter og vurderinger fra informantene og det kan gi mye viktig og interessant informasjon (Sverdrup, 2020). Det er viktig at forskningsintervju er en samtale med en struktur og en form som gjennomføres i en bestemt hensikt (Sverdrup, 2020).

5.3 Intervju

Tre av intervjuene ble gjennomført på telefon. Ulempen med et slik telefonintervju er at en mister den kroppslige kommunikasjonen, selv om intervjuet består av verbal kommunikasjon (Kvale og Brinkmann, 2019). Holdningen til informantene kan være med på å påvirke interaksjonen. Kroppen kan bidra til å definere det kvalitative forskningsintervjuet på en avgjørende måte (Kvale og Brinkmann, 2019). På en annen side kan telefonintervju være godt egnet hvis det er store geografiske områder mellom intervjupersonen og informantene (Kvale og Brinkmann, 2019). Nord-Gudbrandsdalen er en stor region og kommunene er spredt på store avstander. Da kan digitale løsninger være en fordel til både intervjupersonene og informantene. De to andre intervjuene ble gjennomført over Microsoft Teams. I motsetning til telefonintervju vil det til en viss grad kunne gi muligheten til å se kroppsspråket til informantene. Det ga både intervjupersonene og informantene mulighet til å gi bekreftelse gjennom kroppsspråket fremfor verbalt.

Under intervjuet skulle studentene vurdere hva informantene fortalte og oppførte seg. Det var viktig å huske på at det er ikke bare var studentene som satt og vurderte, men også informantene (Sverdrup, 2020). Det betyr at studentene måtte tenke på hvordan intervjuet skulle skje og hvordan de fremsto (Sverdrup, 2020). Intervjuet fant sted på grupperom for å tenke på konfidensialiteten og uten forstyrrelser.

5.4 Transkribering av lydopptak

Under transkripsjonene var det til tider utfordringer på grunn av dialekt og varierende tempo på hvor raskt informantene pratet, noe som førte til at en måtte lytte til lydopptaket flere ganger (Kvale og Brinkmann, 2019). Andre vurderinger som måtte gjøres underveis av transkripsjonen var hvor en setning sluttet og når det var pause (Kvale og Brinkmann, 2019). Kvaliteten på lydopptaket kan være en utfordring for videre arbeid med datamaterialet da informasjon som ikke blir forstått utelukkes, Det var noe informasjon som gikk tapt under transkriberingen siden det var steder der det var uforståelig, og det varierte fra informant til

informant (Kvale og Brinkmann, 2019). Det som kunne ha blitt gjort annerledes for å gjøre lyd kvaliteten bedre var å informere informantene om å prate roligere eller høyere (Kvale og Brinkmann, 2019). Ettersom intervjuene foregikk digitalt, var det ekstra viktig å tillate pauser underveis. Likevel skjedde det under to intervjuet at moderatoren startet på neste spørsmål før informanten hadde fullført svaret.

5.6 Litteratursøk

For å kunne få et innblikk av teamet var det viktig å se hva nyere forskningsarbeidere har konkludert med, hvilke funn de har gjort og hvordan de har kommet frem til de aktuelle funnene (Sverdrup, 2020). Det er viktig for å finne ut hva slags kunnskapsstatus det er på feltet som skal skrives om. Under oppgaven ble det ikke benyttet et systematisk litteratursøk. Litteraturen var både hentet fra databasesøk i Cinahl (vedlegg 3) og gjennom manuelle søk. (Sverdrup, 2020). Det var derfor viktig å være kritisk til artiklene som ble utvalgt til oppgaven.

Søkeprosessen startet med bruk av databasen Medline (Ovid). Søkeordene ble tatt i utgangspunktet i problemstillingen, men det var også nødvendig å inkludere forskjellige søkeord for å få et dekkende resultat. Det opplevdes som en utfordring å finne gode søkeord, ettersom det resulterte i få artikler. For å finne forskjellige søkeord ble det benyttet Medical Subject Headings (MeSH) (Helsebiblioteket, 2020). Men etter hvert i prosessen ble det anbefalt å undersøke artikler fra Ingeborg Nilsson som har utarbeidet forskningsartikler innenfor dette temaet i oppgaven. Det resulterte i flere artikler som var relevante til studien og det ble dermed lagt fokus på disse (Vedlegg 4). På bakgrunn av dette kan en ikke utelukke at flere relevante artikler kan ha blitt oversett.

Det ble også utført databasesøk i Cinahl hvor det ble funnet to artikler (Vedlegg 3). Sammendragene ble diskutert i felleskap om artiklene var relevante å gå videre med. Det å lese sammendragene og konklusjonene kan gjøre utvalget enklere og gir en oversikt over forskningen som har blitt utført (Sverdrup, 2020).

Artiklene som ble nevnt oftere i oppgaven hadde en god del informasjon som gikk ut på sunnhet, velvære og mangel på kunnskap knyttet til velferdsteknologi. I diskusjonsdelen ble det fokus på den ene artikkelen til Ingeborg Nilsson da den tok for seg begrepene doing, being, belonging og becoming. Denne artikkelen ble benyttet siden den inneholder begreper som er definert til aktivitetsvitenskaps teorien, samt bidrar til å svare på problemstillingen. Resten av artiklene ble ikke nevnt så ofte fordi de ikke utfylte så mye om de forskjellige

velferdsteknologiske løsningene som informantene nevnte i intervjuene. Derfor ble det valgt å bruke litteratur fra aktuelle bøker for å utdype diskusjonsdelen.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke holdninger og kunnskaper knyttet til velferdsteknologi. Denne informasjonen skal bidra til en bedre forståelse av hvordan velferdsteknologi kan implementeres i de to utvalgte kommunene i Nord-Gudbrandsdalen. I resultatdelen kom det frem at det var mangel på kunnskap fra informantene om velferdsteknologi. Informantene rapporterte at selvstendighet, fysisk- og psykiskhelse var viktig for dem for å ha et aktivt liv i alderdommen.

Funnene som har blitt gjort har en sammenheng med teori og tidligere forskning. Det å kunne bo lengst mulig hjemme var noe informantene kunne forbinde med det å ha god helse. I tillegg til å bo lengre hjemme rapporterte informantene også frivillighetsarbeid og sosial kontakt som viktige faktorer for å oppnå en god livskvalitet og helse. Kommunen har dermed en viktig rolle for å implementere velferdsteknologi slik at befolkningen får nok kunnskap om teknologiske løsninger som kan bidra i alderdommen.

Alt i alt, kan velferdsteknologiske løsninger dermed bidra til at befolkningen i Nord-Gudbrandsdalen får mulighet til å bo lengre hjemme, være selvstendig og opprettholde meningsfulle aktiviteter i deres hverdag. Men når det gjelder spørsmålet om teknologi kan erstatte menneskelig hjelp, er de enstemmige i sine svar. Alle informantene er enige om at teknologien kan erstatte noe menneskelig hjelp og være et betydningsfullt supplement til hjelpetjenesten. Men de er likevel klare på at teknologien ikke kan erstatte menneskelig omsorg fullstendig.

7.0 Referanseliste

Aasland, K. (2017) *Utvikling av velferdsteknologiprodukter*, Nakrem, S. og Sigurjónsson, J.B. (red.) *Velferdsteknologi i praksis*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s. 51-64.

Andreasen H., K. (2019) *IKT-arbeid i helse- og omsorgssektoren*. Moser, I. (red.) *Velferdsteknologi en ressursbok*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s.153-171.

Arntzen, C. Gramstad, A. Kristiansen, H.K. (2017) Aktivitet i et hverdagsperspektiv, i Kristiansen, H.K. Schou, A.S.B. Mærsk, L.J. (red) *Nordisk Aktivitetsvidenskap*. 1.utg. København: Munksgaard, s 171-190.

Cozza *et.al.* (2018) Future ageing: Welfare technology practices for our future older selves. *Futures*, (109), s. 117-129. doi: [10.1016/j.futures.2018.03.011](https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.03.011) (Hentet: 24. februar 2021).

Creswell, J.W. og Creswell, J.D. (2018) *Research design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 5.utg. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.

Creswell, J.D (2009) *Research design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3 utg. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.

Cuesta, M. *et al.*, (2020) Welfare technology, ethics and well-being a qualitative study about the implementation of welfare technology within areas of social services in a Swedish municipality. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 15 (1): s. 1-12 doi: [10.1080/17482631.2020.1835138](https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1835138) (Hentet 08. mars 2021).

Fischl, C. Asaba, E. Nilsson, I. (2017) Exploring potential in participation mediated by digital technology among older adults. *Journal of Occupational Science*, 24 (3), 314-326, doi: [10.1080/14427591.2017.1340905](https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1340905) (Hentet: 08. mars 2021).

Frennert s. og Baudin K. (2019)

The concept of welfare technology in Swedish municipal eldercare, *Disability and Rehabilitation*, s. 1-8, doi: [10.1080/09638288.2019.1661035](https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1661035) (Hentet: 08. mars 2021).

Gustaffson, S. og Sandsjö, L. (2020)

Evaluation of an interactive showroom to increase general knowledge about welfare technology and its potential in municipal care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27 (8), s. 591-600. doi: [10.1080/11038128.2020.1751876](https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1751876) (Hentet: 08. mars 2021).

Helsebiblioteket.no (2020) *Medisinske og helsefaglige termer*

på norsk og engelsk. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk> (Hentet: 07. mai 2021).

Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i*

samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Keitsch, M. og Siggurjónssons, J.B. (2017) Refleksjoner og veien videre, Nakrem, S.

og Sigurjónsson, J.B. (red.) *Velferdsteknologi i praksis*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s. 114 – 121.

Kleiven, H. H. (2017) Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi, Nakrem, S.

og Sigurjónsson, J.B. (red.) *Velferdsteknologi i praksis*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s. 83-98.

Kiran, A.H. og Nakrem, S. (2017) Etske perspektiver ved bruk av velferdsteknologi, Nakrem,

s. og Sigurjónsson, J.B. (red.) *Velferdsteknologi i praksis*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s. 100 – 112.

Kielhofner, G. (2008) *Modellen for menneskelig aktivitet*. 2.utg. København: Munksgaard.

Knutshaug, T. J. og Nakrem, S. (2017) Velferdsteknologi – hva, hvorfor

og hvordan?, Nakrem, S. og Sigurjónsson, J.B. (red.) *Velferdsteknologi i praksis*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s. 15 – 31.

Kristensen, K.H. (2017) Præsentation af aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv, i Kristensen, H.K. Schou, A.S.B. Mærsk, L.J. (red.) *Nordisk Aktivitetsvidenskab*. 1.utg. København: Munksgaard, s. 17-26.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2019) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lindahl-Jacobsen, L. og Jessen-Winge, C. (2017) Meningsfulde aktiviteterets betydning for sundhed og velvære, i Kristensen, H.K. Schou, A.S.B. Mærsk, L.J. (red.) *Nordisk Aktivitetsvidenskab*. 1.utg. København: Munksgaard, s. 61-74.

Lund et al., (2017) Livsfaser, overgange og brud i relation til aktivitet. Kristensen H. K., Schou A. S. B., Mærsk J. L. *Nordisk aktivitetsvitenskap* 1.utg. København: Munksgaard, s. 149-168.

Meld. St. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 29 (2012-2013) (2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mæland, J.G. (2016) *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Mærsk J. L. (2017) Samspillet mellom aktivitet og identitet. Kristensen H. K., Schou A. S. B., Mærsk J. L. *Nordisk aktivitetsvitenskap* 1.utg. København: Munksgaard, s. 95-109.

Nakrem S. (2017) *Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring*. Nakrem, S. og Sigurjønsson, J.B. (red.) *Velferdsteknologi i praksis*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s. 65-80.

Norsk Helseinformatikk (2021) *Demens - en kort oversikt*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/> (Hentet 08. mai 2021).

Sandberg *et al.* (2018) Home care services for older clients with and without cognitive impairment in Sweden. *Health & Social Care in the Community*, 27 (1), s. 139-150. doi: [10.1111/hsc.12631](https://doi.org/10.1111/hsc.12631) (Hentet: 08. Mars, 2021).

Cohn, E.S. (red.) (2013) *Williard & Spackman's Occupational Therapy*. 12th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Sverdrup, S. (2020) *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt*. 1.utg. Oslo CAPPELEN DAMM AS.

Thygesen, H. (2019) *Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger*. Moser, I. (red.) *Velferdsteknologi en ressursbok*. 1.utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS. s. 25-42.

Tuntland, H. (2018) *En innføring i ADL teori og intervensjon*. 2.utg. Oslo. Høyskoleforlaget 2011.

[Word-dokument, Iselin Vistekleiven 12.02.2021, Prosjektplan Nord-Gudbrandsdalen]

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg nr.1: Intervjuguiden for intervju til bacheloroppgave ved NTNU Gjøvik

Innledning

Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Takk for at dere vil stille opp • Introdusere oss selv • Innhente samtykke • Taushetsplikt, poengtere viktighet av dette • Anonymitet • Sletting av opptak etter endt datainnsamling • Spør om noe er uklart
Introduksjon av oppgaven	<ul style="list-style-type: none"> • Start opptak • Kort presentasjon av hver enkelt • Introdusere oppgavens formål

Hoveddel

Nr	Tema	Intervju - spørsmål	Stikkord
1	Innledende spørsmål	1. Kan du beskrive hva som vil være en god alderdom for deg?	Hva håper du på Hva frykter du
2	Tematiske spørsmål	<p>1. Om du ser på livet ditt i dag, hva ønsker du å beholde og ta med deg inn i alderdommen?</p> <p>2. Hvordan mener du at du i best mulig grad kan ivareta din fysiske helse?</p> <p>3. Noen opplever at de, etter som de blir eldre, at man kan få utfordringer med sin fysiske funksjon. Har du noen tanker om hvordan du kan ivareta din fysiske funksjon på best mulig måte?</p> <p>4. Noen opplever at de, etter som de bli eldre, kan få problemer med blant annet depresjon og angst. Kan du beskrive hvordan du tenker at du på best mulig måte kan ivareta din psykisk helse?</p> <p>5. Hva tenker du rundt det å bli gammel i egen/ nåværende bolig?</p> <p>6. Hva ser du for deg kan være viktig tilrettelegging knyttet til et fremtidig bosted?</p> <p>7. Hvilken rolle tenker du kommunen skal spille knyttet til dine eventuelle behov for tjenester?</p>	<p>1. Aktiviteter Sosiale relasjoner Familieforhold Avstander innad i kommunen</p> <p>2. Trening Hverdagsaktiviteter Omgivelser i nærmiljø</p> <p>3. Trening Daglige aktiviteter Turer Sosiale aktiviteter</p> <p>4. Ensomhet Sosiale relasjoner Kulturtilbud i kommunen Andre aktiviteter i kommunen</p> <p>5. Avstander til naboer, til kommunesentrum Boligens utforming, etasjer, inngangsparti, terskler, plass, bad, kjøkken</p> <p>6. Velferdsteknologi Alt på ett plan Terskelfritt Tilgjengelige uteområder</p>

		<p>8. Hvilke tanker har du om det med eldre og frivillighet og på hvilken måte kunne du (frivilling) engasjert deg i det i alderdommen?</p> <p>9. Hva tenker/forbinder dere om velferdsteknologi? (Stikkord: Kjenner du noen som bruker det? Hvilket inntrykk gir det deg av teknologi?</p> <p>10. Hvilken erfaring har dere med bruk av velferdsteknologi? (Stikkord: type mobil, pc, ipad, hvordan er det å bruke, byr det på utfordringer?)</p> <p>11. Hvilke velferdsteknologiske løsninger kunne dere bruke i fremtiden?</p> <p>12. På hvilken måte kunne dere tenkt dere å benytte velferdsteknologiske løsninger?</p> <p>13. Hva slags tanker har dere at velferdsteknologi kan erstatte menneskelig hjelp? Og hva tenker dere rundt dette?</p> <p>Utdypende spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle mer om det? • Hva konkret tenker du om dette..? • Mener du at .? • Kan du gi et eksempel på dette? 	<p>7.Velferdsteknologi Rehabilitering Hjemmetjenester</p>
3	Oppsummerende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Oppsummere funn • Er det noe dere ønsker å legge til? 	

Avslutning

	Takke for deltagelse Skru av diktafon
--	--

Vil du delta i forskningsprosjektet *Velferdsteknologi i Nord-Gudbrandsdalen*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om beboere i Nord-Gudbrandsdalen for å forberede kommunene til en økende aldrende befolkning ved hjelp av velferdsteknologi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er en gruppe ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår Bacheloroppgave våren 2021. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle tanker og kunnskap knyttet til velferdsteknologi i Nord-Gudbrandsdalen. Vår problemstilling er “Hva tenker befolkningen 55+ / dere i Nord-Gudbrandsdalen om velferdsteknologi som en helsefremmed strategi til en aktiv alderdom?” Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår Bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert Bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og Førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du er innbygger i Nord-Gudbrandsdalen og kan være med å utforme ditt eventuelle hjelpebehov ved hjelp av dine tanker og kunnskap. Disse tankene og kunnskap kan bidra til implementering av velferdsteknologiske løsninger for en aktiv alderdom. Vi håper du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie. Vi takker for din deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien vil innebære at vi gjennomfører et individuelt intervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine tanker om velferdsteknologi som en strategi til en aktiv alderdom. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din kommune vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være studentene Ane Kongssund, Henrik E. Kvalheim og Magnus Solgaard, veileder Torbjørn Jacobsen og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.

- Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passord beskyttet enhet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.02.22. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Ane Kongssund, Henrik E. Kvalheim og Magnus Solgaard, Tlf: 476 08 513, 926 92 949, 970 90 240
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: linda.stigen@ntnu.no , telefon: 93223019
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no , telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Stigen Ane Kongssund (student)
Prosjektansvarlig Henrik E. Kvalheim (student)
(Prosjektansvarlig/veileder) Magnus Solgaard (student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet velferdsteknologi i Nord-Gudbrandsdalen, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.02.2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.3 Vedlegg nr.3: Databasesøk Cinahl

Søkeord	Database	Antall treff	Antall valgte
Municipal AND welfare technology	Cinahl	9	<ul style="list-style-type: none">• The concept of welfare technology in Swedish municipal• Evaluation of an interactive showroom to increase general knowledge about welfare technology and its potential in municipal care settings

8.4 Vedlegg nr.4: Oversikt over artiklene fra tidsskrifter

Health & Social Care in the Community	Journal of Occupational Science	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
Home care services for older clients with and cognitive impairment in Sweden	Exploring potential in participation mediated by digital technology among older adults	Welfare technology, ethics and well-being a qualitative study about the implementation of welfare technology within areas of social services in a Swedish municipality

