

Sjøli, Kjell Arve Rød., Børstad, Magnus Hoddø.

Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger bidra til økt selvstendighet i ADL for hjemmeboende eldre?

How can welfare technology contribute to ADL independence for elderly people at home?

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Ingeborg Frostad Liaset
Juni 2020

Sjøli, Kjell Arve Rød., Børstad, Magnus Hoddø.

Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger bidra til økt selvstendighet i ADL for hjemmeboende eldre?

How can welfare technology contribute to ADL independence for elderly people at home?

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Ingeborg Frostad Liaset
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Fakultet for medisin- og helsevitenskap

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Eksamensoppgave i HERG3004 (Bacheloroppgave)

Kandidatnummer: 10007, 11013

Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger bidra til økt selvstendighet i ADL for hjemmeboende eldre?

How can welfare technology contribute to ADL independence for elderly people at home?

Kull: 2017

Antall ord: 7701

Annen informasjon:

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.

Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

Sammendrag

Hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvordan velferdsteknologi er med på å bidra til at hjemmeboende eldre blir selvstendige i hverdagslige aktiviteter (ADL).

Metode

Scoping review har blitt brukt for å identifisere og analysere relevant forskning på temaet velferdsteknologi. Seks forskjellige forskningsartikler ble valgt ut fra Oria og Idunn. Disse ble benyttet for å belyse problemstillingen sammen med selvvalgt teori.

Resultat

Funnene viser at trygghet i hverdagslivet og i egenomsorg er viktige faktorer for å oppnå selvstendighet i hverdagslige aktiviteter med hjelp av velferdsteknologi. Avklaring av roller og god opplæring i teknologien er vesentlig for å få god effekt av den. Kartlegging av individuelle behov og ønsker er viktige faktorer for å finne rett løsning, til rett person.

Konklusjon

Konklusjonen vår er at dersom kartlegging blir gjort på en god måte og velferdsteknologi er nødvendig, kan det være et godt tiltak for eldre som kan styrke deres trygghet og selvstendighet i hverdagslige aktiviteter (ADL). God og rett opplæring og oppfølging både til helsepersonell og brukere er essensielt for å kunne utnytte velferdsteknologien på best mulig måte.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, eldre, ADL, trygghet, selvstendighet

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Presisering av problemstillingen	6
1.4 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Aktivitet og deltakelse	8
2.2 Occupational Justice	8
3.0 Metode.....	10
3.1 Fremgangsmåte ved litteratursøk.....	10
3.1.1 Søkestrategi	10
3.1.2 Valg av studier	10
3.1.3 Analysemetode	11
4.0 Resultat.....	12
4.1 Selvstendighet ved hjelp av velferdsteknologi	15
4.1.1 Egenomsorg.....	15
4.2 Trygghetsopplevelse med velferdsteknologi	16
4.2.1 Trygghet i egenomsorg.....	17
4.5 Avklaring av roller og ansvarsfordeling.....	17
4.5.1 Pårønderollen	17
4.5.2 Ansattes rolle	17
4.5.3 Brukermedvirkning	18
4.3 Utfordringer ved bruk av velferdsteknologi	18
4.3.1 Etikk	18
4.3.2 Stigma.....	18

4.3.3 Signaldekning til teknologien.....	19
4.3.4 Trygghet og isolasjon	19
4.4 Oppfølging og opplæring	19
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Hva gjør velferdsteknologi med selvstendigheten til de som bruker det?	21
5.2 Påvirker velferdsteknologi opplevelsen av trygghet?	23
5.3 Avklaring av roller og ansvarsfordeling.....	25
6.0 Avslutning.....	27
Litteraturliste	28

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom ergoterapistudiet har vi vært igjennom mange forskjellige tema. Velferdsteknologi er et tema vi har stor interesse for og som vi ønsker å fordype oss i. Velferdsteknologi er et bredt tema og det benyttes av mange forskjellige grupper i samfunnet. Den gruppen vi ønsker å fokusere på i oppgaven vår er hjemmeboende eldre. Dette er en stor gruppe mennesker og det er store variasjoner i hvor stort hjelpebehov hver enkelt har.

I følge helse- og omsorgsdepartementet (2013) kommer det frem at befolkningen vår stadig blir eldre og levealderen øker. I og med at befolkningen blir eldre, blir også knappheten på helse- og omsorgsarbeidere større. Statistikken viser i følge helse- og omsorgsdepartementet (2013) hvordan økningen i antall eldre vil utvikle seg de kommende årene. Det har vært størst økning i antall personer under 67 år. I årene som kommer er det antallet mennesker i aldersgruppen 67-79 år som vil øke, mens økningen i antall eldre over 80 år vil øke betraktelig om 10-15 år. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Per 1. januar 2018 var 19,7% av Europas befolkning 65 år eller eldre, sammenlignet med Norge som var 16,9%. Antallet personer som er 65 år og eldre vil øke i samtlige Europeiske land. I Europa vil 31,3% av befolkningen være over 65 år i 2100. (Eurostat, 2019).

Økningen i antall eldre kan gi helse- og omsorgstjenestene flere og mer omfattende oppgaver. Ikke bare fordi at vi får flere eldre, men også fordi at dette handler om at vi stadig har tidligere utskrivelser fra sykehus, noe som fører til at det kreves flere og mer komplekse behandlinger i hjemmet (helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I henhold til helse- og omsorgsdepartementet (2013) er det også slik at den eldregenerasjonen vi har i dag, har bedre forutsetninger for å bo lengre hjemme. Overordnet har de bedre funksjonsevne enn noen tidligere generasjoner, mer tilrettelagte hjem og bedre økonomi. De har også bedre evne til å håndtere teknologi da dette er mer vanlig, lettere å få tak i og det er ikke så dyrt som tidligere. Dette kan føre til at flere eldre kommer til å bo hjemme lengre. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) sier at bruk av velferdsteknologi kan være med på å gi mennesker bedre forutsetninger til å mestre sitt eget liv og det gir de bedre forutsetninger for å bo lengre i egen bolig. Dette kan bidra til færre innleggelses som igjen gjør at kapasiteten ved institusjoner ikke blir oversteget. Selv om eldre bor hjemme lengre enn før

betyr ikke det at de ikke kan være med å bidra til samfunnet og mestre eget liv og helse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Velferdsteknologi er ikke ment som en erstatning for menneskelig kontakt og omsorg, men det er et av flere tiltak som kan være med på å lette arbeidsintensiteten i den kommunale omsorgstjenesten. Teknologien fremmer også selvstendighet da den tilrettelegger for at mennesker skal bli bedre i stand til å ta ansvar for eget liv og helse. Den kan også være med på å legge til rette for aktivitet og sosial deltakelse gjennom en rekke løsninger. Velferdsteknologi er en rekke teknologiske løsninger som kan bidra til aktivitet og deltakelse for mennesker med sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Forskning i Norge viser til at teknologi kan være en mulig fremgangsmåte for å løse det økende tjenestebehovet for eldre med omfattende omsorgsbehov. (Gudnason et al. 2010). Helse- og omsorgsdepartementet (2013) definerer velferdsteknologi slik:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 110).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) har mange eksempler på løsninger som kan forebygge behov for tjenester eller innleggelse. Et eksempel kan være trygghetsteknologi, for eksempel trygghetsalarmer. Det kan også være teknologi som fokuserer på velvære og som gjør livet enklere, som for eksempel styring av lys og varme, robotstøvsugere og stemmestyring. Et annet eksempel kan være teknologi som bidrar til økt sosial kontakt gjennom videosamtaler. Vi har også teknologi som automatiserer medisintil levering, måling av blodsukker, måling av blodtrykk etc. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det norske helsedirektoratet anbefaler disse formene for velferdsteknologi. Dette inkluderer digital trygghetsalarm, elektronisk dørlås, digital overvåking, kontaktsystem mot sykehjelp, elektroniske medisindispensere og smarthus som har blitt designet slik at nærmiljøet skal være mest mulig hjelpelig med å øke eldres aktivitetsnivå og støtte opp deres selvstendige livsstil. (Helsedirektoratet, 2019).

Dersom man skal komme med slike velferdsteknologiske tiltak, vil det også være viktig å komme med rett tiltak, til rett person. Velferdsteknologi er ikke ment for å ta bort aktiviteter som brukeren allerede kan gjøre, eller som er viktig å utføre for vedkommende. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal helseansatte tilstrebe å velge de tiltakene som er minst mulig inngripende for pasienten og deres liv. Balansen mellom forsvarlighet må veies opp imot pasientens egen rett til frihet og selvbestemmelse.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av gjensidig interesse for temaet velferdsteknologi og ønske om å fordype oss i dette, samt tidligere presentert relevans for hjemmeboende eldre som brukergruppe har vi kommet frem til denne problemstillingen:

“Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger bidra til økt selvstendighet i ADL for hjemmeboende eldre?”

1.3 Presisering av problemstillingen

I dette underkapittelet vil vi forklare ulike begrep i problemstillingen, slik at vår forståelse av begrepene blir tydelig for alle.

1.3.1 ADL

ADL (Aktiviteter i Dagliglivet/ Activities in daily living) beskrives på denne måten av Tuntland (2011):

Samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter. Det dreier seg om oppgaver som egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi m.m. Mestring av disse aktivitetene innebærer personlig uavhengighet. Mennesker med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for profesjonell hjelp for å mestre disse aktivitetene (Tuntland, 2011, s. 18).

1.3.2 Hjemmeboende eldre

Eldre er ifølge Engedal (2019) definert som *“mennesker mellom 60 og 74 år og gamle som mennesker fra 75 år og eldre.”*

1.4 Oppgavens disposisjon

Strukturen for denne oppgaven er satt opp med bruk av en tilpasset versjon av IMRaD, da vi også har inkludert en teoridel. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2012). Teoridelen kommer etter innledningen. Hvilken metode vi har brukt og søkeprosessen kommer i metodedelen, hvor fokuset blir hvilken søkemetode vi har benyttet oss av og hvilke databaser vi har brukt. Her blir hvilke inklusjons-/eksklusjonskriterier vi hadde for våre søk presentert. Videre kommer resultatdelen, hvor resultatene og relevante funn for problemstillingen vår presenteres. I diskusjonsdelen sammenkobles all informasjon og belyser problemstillingen vår ved å diskutere funnene vi har under flere tema, sett opp imot occupational justice. I avslutningen besvares problemstillingen sammen med en kort oppsummering av oppgaven.

2.0 Teori

2.1 Aktivitet og deltakelse

Meningsfull aktivitet er noe som står sentralt i ergoterapeuters kjernekompetanse.

Ergoterapeuter jobber for å fremme aktivitetsutførelse. Ergoterapeuter tilrettelegger aktivitet og jobber for å tilrettelegge omgivelser slik at det blir mest mulig inkluderende for at mennesker skal oppleve deltakelse. Deltakelse og inkludering er målet med ergoterapi. (Ergoterapeutene, 2017).

Ergoterapeutene (2017) definerer aktivitet slik: *“Med aktivitet menes meningsfulle gjøremål eller virksomhet som den enkelte engasjeres i.”* (s. 20).

Ergoterapeutene (2017) definerer deltakelse slik: *“Deltakelse innebærer å engasjere seg i aktivitet og å bidra i samfunnslivet.”* (s. 16).

2.2 Occupational Justice

Occupational justice handler om at alle skal ha lik rett til aktivitet og deltakelse. Uansett hvor du kommer fra, tidligere livshendelser eller alder, så er ønsket at alle skal kunne delta på aktiviteter som de finner meningsfulle (Stadnyk, Townsend og Wilcock, 2014). Aktivitet kan for de fleste være identifiserende for hvordan man er som person, å holde seg aktiv bidrar til økt trivsel hos alle. (Polatajko. 2014).

Klasseskille, hudfarge, seksuell legning, utseende, fysisk eller psykisk nedsettelse - dette er noen eksempler på ulike grunner til at mange opplever en urett i forhold til aktivitet. Det kan også være med på å skape stigma og følelsen av forskjellsbehandling. Dette er noe som kan forekomme innen de aller fleste sosiale og kulturelle sammensetninger, hvor mange folk samles og aktiviteter skal være i fokus (Stadnyk et al. 2014). Ta for eksempel at en eldre person har lyst til å delta på et sosialt arrangement. Personen blir ekskludert på grunn av at det ikke er ressurser for å få bringt denne personen til og fra aktiviteten. Han klarer ikke å komme seg dit på egen hånd på grunn av en fysisk funksjonsnedsettelse. Det gjør til at han ikke får deltatt på denne aktiviteten.

Occupational justice består ifølge Stadnyk et al. (2014) av fire prinsipper. Vi kommer til å fokusere på to av disse prinsippene, som omhandler Empowerment Through Occupation (empowerment gjennom aktivitet) og Enablement of Occupational Potential (muliggjøring av

aktivitetspotensiale). Vi valgte å fokusere på disse to prinsippene siden brukergruppen vi har valgt å skrive om i oppgaven ønsker økt selvstendighet og fremme deres muligheter i hverdagen. Disse prinsippene er relevante i forhold til vår problemstilling på grunn av at vi har en eldre brukergruppe, som ønsker selvstendighet i ADL. Det er aktiviteter som for mange er viktige å kunne ivareta selvstendigheten i for å ivareta deres egen form for verdighet. (Stadnyk et al. 2014).

Empowerment kan defineres på flere måter, men hovedsakelig handler det om å ta kontroll. Det handler om en individuell følelse av å få økt kontroll over eget liv og helsetilstand. Ved å fokusere på mestring og gjennom å utvikle denne følelsen, øker sjansen for økt motivasjon, selvtillit og personlig driv. Ved å leve slik at man får brukt empowerment, vil man bli klarere i sine valg og få økt selvtillit på egne avgjørelser, om dette omhandler en selv, ens familie eller i jobbsammenheng (Stadnyk et al. 2014). Å muliggjøre aktivitetspotensiale handler om å legge til rette for at mennesker skal få utnytte sitt fulle aktivitetspotensiale i aktiviteter, her ved å spille på personens sterke sider og ved å bidra til at denne personen kan lykkes i en aktivitet han/hun har lyst til å holde på med. Dette handler også om å engasjere de som er aktivitetsdepriverte, eller “disempowered” (det motsatte av empowerment), hvor målet er at de får muligheten til å delta i aktiviteter, eller delta og bidra i samfunnet generelt. (Stadnyk et al. 2014).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi beskrive hvilken metode vi har brukt for å kunne besvare problemstillingen og hvordan vi har gått frem i søkeprosessen vår. Vi beskriver hvordan litteratursøkene har blitt gjennomført, hvilke databaser vi har benyttet oss av. Videre skal vi presentere hvordan vi har selektert litteraturen vi har valgt å inkludere i oppgaven på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier vi har brukt. Vi vil også beskrive hva vi har gjort og hvilken analysemetode vi har brukt.

3.1 Fremgangsmåte ved litteratursøk

I denne oppgaven har vi benyttet oss av scoping review for å innhente litteraturgrunnlaget som vil brukes for å besvare problemstillingen. Ved å bruke denne metoden ble det mulig for oss å få en innsikt over hvilken litteratur som finnes på området og velge ut de artiklene som er mest relevante for å besvare vår problemstilling. Scoping review innbefatter, ifølge Arksey og O'Malley (2005) en omfattende søkeprosess hvor målet er å velge ut relevante, vitenskapelige publikasjoner som gir oss et større kunnskapsgrunnlag. Det er en måte å identifisere nøkkelpunkter i litteraturen på og strukturere dette på en god måte.

3.1.1 Søkestrategi

I starten av litteratursøket var vi nødt til å se på problemstillingen og reflektere over nøyaktig hva vi søker svar på. For å finne litteratur som kunne være med på å besvare vår problemstilling brukte vi primært en database og en bibliotektsjeneste. Databasen og bibliotektsjenesten vi benyttet oss av var "Idunn" og "Oria". I søkeprosessen brukte vi søkeord rettet mot vår problemstilling. Database, søkeord, antall treff og antall inkluderte studier fra hvert søk vi fikk ligger i "søketabellen" (tabell 3.1). Det var noe variasjon mellom hvor mange treff vi fikk på hver database. Vi fikk mellom 12-86 antall treff. Dette var et antall treff som gjorde det håndterlig for oss å gå gjennom alle.

3.1.2 Valg av studier

Inklusjonskriteriene vi brukte for litteraturen i vår oppgave var at litteraturen måtte omhandle hjemmeboende eldre og bruk av velferdsteknologi. Publiseringsdato for studiene begrenset vi til mellom 2015 og 2020. Et annet inklusjonskriterie for oppgaven var at litteraturen måtte være fagfellevurderte, vitenskapelige publikasjoner, dette også for å få best mulig vitenskapelig forankring i selve oppgaven. Vi hadde også noen eksklusjonskriterier, hvis

litteraturen vi fant ikke svarte på problemstillingen vår eller ikke hadde noen relevans til den ble de ekskludert. Vi har også ekskludert alle fagartikler, bøker, avisartikler og nyhetsartikler. For å kunne selektere litteratur som passet til vår problemstilling måtte vi finne en metode for å skille ut studier som ikke passet, eller som ikke ville bidra til å svare på vår problemstilling. Vi studerte først overskriftene. De overskriftene som virket interessante gikk vi nærmere inn på for å studere sammendraget. Hvis sammendraget hadde relevans til problemstillingen plukket vi den ut for finlesing.

For å få best mulig utbytte av forskningen/artiklene, så har vi holdt oss mest mulig objektive til selve artiklene. Dette med å ikke bare finne vitenskap som støtter velferdsteknologi, men dog også finne vitenskap som stiller seg i større grad kritisk til det. Da er det også essensielt av oss å kunne se på helheten med et kritisk øye, hvorvidt de positive effektene overveier de negative.

Tabell 3.1 *Søketabell*

<i>Dato</i>	<i>Database</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Relevant</i>	<i>Antall inkluderte</i>
20.04.20	Oria	Velferdsteknologi	86	11	2
20.04.20	Idunn	Velferdsteknologi	25	2	1
20.04.20	Idunn	Welfare technology	12	2	1
05.05.20	Idunn	Velferdsteknologi eldre	42	4	2
<i>SUM</i>			165	19	6

3.1.3 Analysemetode

For å analysere litteraturen vi har inkludert, har vi tatt inspirasjon av Hsieh og Shannon (2005) sin beskrivelse av innholdsanalyse. Vi har hatt en nøye gjennomgang av hver enkelt artikkel for å finne frem til “meningsbærende enheter” - viktig informasjon i relasjon til problemstillingen. Med dette som utgangspunkt har vi kommet frem til noen sentrale hovedtemaer og underkategorier.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere våre funn fra de utvalgte artiklene. Vi har valgt å presentere et sammendrag av våre artikler og sentrale funn ved hjelp av tabeller. Gjennom analysen fant vi fire hovedkategorier: selvstendighet ved hjelp av velferdsteknologi, trygghetsopplevelse med velferdsteknologi, utfordringer ved bruk av velferdsteknologi og avklaring av roller og ansvarsfordeling. For å strukturere resultatene vi har funnet har vi benyttet en tabell med referanse til studien, hensikten med den, metoden som ble brukt og de sentrale funnene som ble gjort. Dette skaffer en god oversikt over de viktige funnene. Det ga oss også en felles forståelse over innholdet i studiene.

Tabell 4.1 *Resultattabell*

<i>Resultattabell</i>
<p>Artikkel 1: Kajander, M., & Storm, M. (2017). "Kontakt med ett trykk" ; hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler. Nordisk Sygeplejeforskning [elektronisk Ressurs], 7, 6-20.</p> <p>Hensikt med studien: Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hjemmeboende eldre og kronisk syke sine erfaringer med videosamtaler og undersøke om oppfølging ved hjelp av videobesøk kan bidra til egenomsorg.</p> <p>Målgruppe: Hjemmeboende eldre og kronisk syke mellom 56-90 år.</p> <p>Metode: Kvalitativ metode med et eksplorerende design.</p> <p>Sentrale funn:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deltakerne var generelt positive til videosamtale• Videosamtaler kan være bra med tanke på oppfølging og informasjon• Kan støtte egenomsorg• Kan gi økt trygghet i hjemmet
<p>Artikkel 2: Isaksen, J., Paulsen, K., Skarli, J., Stokke, R., & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? Tidsskrift for Omsorgsforskning, 3(02), 117-127.</p> <p>Hensikt med studien: Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer hjemmeboende brukere med velferdsteknologi og omsorgstjenester.</p> <p>Målgruppe: Hjemmeboende eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse.</p> <p>Metode: Metoden brukt i oppgaven var individuelle intervjuer med brukerne og fem fokusgruppeintervjuer med ansatte.</p> <p>Sentrale funn:</p> <ul style="list-style-type: none">• Økt trygghet hos de fleste av brukerne• Bekymring rundt økonomien rundt velferdsteknologi

- Positive til teknologien.
- Bekymringer rundt at dette minsker arbeidsplasser
- Lite bekymring for overvåkning
- Følelse av økt selvstendighet på grunn av velferdsteknologi hos enkelte, andre følte seg bundet av det.

Artikkel 3:

Sánchez Vg, Anker-Hansen C, Taylor I, & Eilertsen G. (2019). Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 841-853.

Hensikt med studien:

Hensikten med denne studien er å undersøke holdninger og perspektiver hos eldre hjemmeboende i Norge. Dette ved å gjennomføre et intervju som tar opp deres historie, hvilket syn de har på teknologi, personvern og sikkerhet.

Målgruppe:

Hjemmeboende eldre, alder mellom 79 år og 91 år.

Metode:

Metoden for studien var et semistrukturert intervju.

Sentrale funn:

- Alle utenom en uttrykte en positiv innstilling til velferdsteknologi, og så på dette som en ressurs.
- Ingen var negativt innstilt på en form for velferdsteknologi som kunne identifisere deres daglige rutiner.
- En bruker nevnte at trygghet var det viktigste
- Flertallet av deltakerne hadde kjennskap til annen teknologi
- Samtlige av deltakerne hadde gjort enkle tiltak for å trygge hjemmet sitt, ved å fjerne mest mulig av fallfarer
- En deltaker ønsket heller hjelp fra pårørende enn helsepersonell
- Litt bekymring rundt overvåkning
- Den største frykten hos enkelte var frykt for isolasjon.
- De fleste ønsket heller menneskelig hjelp fremfor teknologisk

Artikkel 4:

Tøndel, G. (2018). Omsorgens materialitet: Trygghet, teknologi og alderdom. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(03), 287-297.

Hensikt med studien:

Studere velferdsteknologi i eldres liv.

Målgruppe:

Hjemmeboende eldre

Metode:

Mobil etnografi

Sentrale funn:

- Teknologien krever et godt samarbeid mellom omsorgsarbeider, bruker og teknologien
- Det er fordelaktig at brukerne vet hvordan de skal formidle hjelpebehovet.
- Omsorgsarbeideren må vite hvordan man skal tolke hjelpebehovet og hvor akutt det er.

Artikkel 5:

Lassen, A. (2017). Velfærdsteknologi i et medarbejderperspektiv - Et kvalitativt studie af kommunale medarbejders erfaringer med velfærdsteknologi. Tidsskrift for Omsorgsforskning, (02), 106-117.

Hensikt med studien:

Hensikten med artikkelen er å finne ut ansatte sine muligheter og barrierer under en implementeringsprosess av velfærdsteknologi i en dansk kommune.

Målgruppe:

Ledere og ansatte i helsevesenet i en dansk kommune.

Metode:

Semistrukturert forskningsintervju og en webbasert spørreundersøkelse.

Kvalitativ studie.

Sentrale funn:

- Flere ansatte misliker måten implementeringen av velfærdsteknologien blir gjort på.
- For lite opplæring og oppfølging
- Om oppfølgingen ble bedre så var de ansatte positivt innstilt til velfærdsteknologien

Artikkel 6:

Johannessen, T., Holm, A., & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velfærdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. Tidsskrift for Omsorgsforskning [elektronisk Ressurs], 5(3), 71-83.

Hensikt med studien:

Hensikten med studien var å utforske hva ledere og helsepersonell opplever som viktig for trygg og sikker bruk av velfærdsteknologi for eldre i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste.

Målgruppe:

Ledere og helsepersonell fra kommunehelsetjenesten.

Metode:

Eksplorativt, kvalitativt design.

Sentrale funn:

- Vesentlig med god informasjon og opplæring i de forskjellige velfærdsteknologiske løsningene.
- Viktig av helsepersonell underviser i teknologien og gir god oppfølging.

Tabell 4.2 *Hovedtemaer og underkategorier*

<i>Hovedtemaer</i>	<i>Underkategorier</i>
Selvstendighet ved hjelp av velferdsteknologi	Egenomsorg
Trygghetsopplevelse med velferdsteknologi	Trygghet i egenomsorg
Avklaring av roller og ansvarsfordeling	Pårørenderollen
	Ansattes rolle
	Brukermedvirkning
Utfordringer ved bruk av velferdsteknologi	Etikk
	Stigma
	Signaldekning til teknologien
	Trygghet og isolasjon

4.1 Selvstendighet ved hjelp av velferdsteknologi

Alle deltakerne i studien til Isaksen et al. (2017) med unntak av tre beskrev at teknologien økte deres selvstendighet i hverdagen. Det som gikk igjen var at de følte en større frihet, for eksempel at de slapp å si ifra til hjemmetjenesten hvis de skulle noe. Det er i hovedsak “Pilly” som blir tatt opp i denne saken, som er en medisindispenser som varsler brukeren og gir ut den daglige dosen av medisiner, slik at hjemmetjenesten slipper å komme med medisin.

Samtlige deltakere i studien til Sánchez et al., (2019) kunne fortelle at deres selvstendighet, inkludert deres frihet til å kunne gjennomføre deres hobbyer og meningsfulle aktiviteter var essensielt for deres hverdagslige glede. Dette var alt fra å se på TV til å gå på kafé med venner. Noen av deltakerne nevnte at såfremt de kunne leve et innholdsrikt liv så likte de alderdommen. Sitat fra den ene deltakeren i studien til Sánchez et al., (2019):

Jeg vil gjerne leve lenge, se hvordan det går med alt og alle, så lenge jeg kan ha det artig, ta del i ting, se, lese, danse og synge ... Jeg vil veldig gjerne være selvstendig og bo for meg selv”. (Sánchez et al, 2019, s. 848).

4.1.1 Egenomsorg

Kajander og Storm (2017) hevder at evnen til egenomsorg er en viktig ressurs for eldre mennesker og de som er kronisk syke. Det er en sentral faktor for å mestre livet i eget hjem. Egenomsorg handler om kompetanse til å ta vare på grunnleggende behov, oppfylle egne mål

og håndtere problemer. Anledningen til å leve et selvstendig liv vil påvirke motivasjonen for å ivareta egenomsorg uavhengig av alder og sykdom. Ved hjelp av veiledning, og ved å gi informasjon kan helsepersonell bistå med å styrke brukeres egenomsorg. Det kan være utfordrende for helsepersonell å gi den veiledningen som brukeren kan ha behov for. Gjennom velferdsteknologi, herunder videosamtale, så kan helsepersonell gi brukere den veiledningen de har behov for slik at det igjen kan styrke personens evne til egenomsorg. Videre så kan evnen til egenomsorg være med på å påvirke mulighetene for å leve et selvstendig liv. Det er ikke bare de fysiske kreftene som har noe å si for evnen til egenomsorg, men også de psykiske kreftene. Dette er noe videosamtale kan bidra til. Samtale med helsepersonell kan bidra til å styrke personens motivasjon og selvtillit, som igjen kan føre til større grad av egenomsorg og igjen styrke selvstendighet. (Kajander og Storm, 2017).

4.2 Trygghetsopplevelse med velferdsteknologi

Ifølge Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke og Melby (2017) så kommer det fram at mange av deltakerne i studien følte seg tryggere på grunn av velferdsteknologien. I dette eksemplet var det trygghetsalarm med innebygd GPS og automatisk tilkalling av bistand ved fall. Enkelte beskrev en kobling mellom økt trygghet og økt mobilitet. En deltaker av studiet fortalte:

Det er mange ting jeg kan gjøre alene i dag, som jeg ikke kunne gjøre før jeg fikk den mobile alarmer. Før hadde jeg alarm på den vanlige telefonen - og den virka bare når jeg var inne i leiligheten. Jeg er tryggere nå. (Isaksen et al, 2017, s. 120).

En annen deltaker sa: *“Nå kan jeg dra på lange sykkelturet og samtidig vite at om det skjer noe med meg, så finner de meg”*. (Isaksen et al., 2017, s. 120). Ifølge studien til Sánchez et al., (2019) så hadde alle utenom en person positiv innstilling til velferdsteknologi. De så ikke negativt på teknologi som kunne kartlegge deres daglige rutiner. Gjengangeren blant deltakerne var at, så lenge teknologien kunne øke deres trygghet så var dette det viktigste. Som nevnt av en deltaker av studien så var det viktig å vite at om en skulle falle så ble man plukket opp igjen. Videre så ble det sett at alle deltakerne i studien hadde gjort fallforebyggende tiltak i hjemmet. Dette kan være å ha på lyset i gangen om natten, fjerne tepper og løse møbler, som kan være til fallfare for eldre personer. Frykten hos enkelte personer i studien var ikke å dø, men at de skulle falle eller å bli dårlig behandlet, hospitalisert eller i smerter. (Sánchez et al., 2019).

4.2.1 Trygghet i egenomsorg

Velferdsteknologi kan i henhold til Kajander og Storm (2017) være en måte å imøtekomme de behovene brukere har for veiledning og informasjon. Videobesøk ved bruk av nettbrett, datamaskin eller TV-skjerm kan være en måte å gjøre dette på. Dette er en form for toveis kommunikasjon med bilde i sanntid. Dette kan brukes for å gjennomgå prosedyrer, følge opp medikamenter og gjennomføre generell samtale. Helsepersonell kan kartlegge nonverbale uttrykk for å få en bedre vurdering av brukerens helsetilstand. Videosamtale kan være med på å heve brukerens tillit til egne evner ved håndtering av sykdommen og opplevelse av trygghet. Ifølge Kajander og Storm (2017) er hensikten med dette å *“forsterke brukernes trygghet og sikkerhet, bidra til selvstendighet, egenmestring og egenomsorg”* (Kajander og Storm, 2017, s. 7).

Enkelte av deltakerne i studien til Sánchez et al., (2019) kunne fortelle at de fryktet isolasjon. En deltaker kunne fortelle at han ikke ønsket å være hjemme og ikke ha noe fornuftig å gjøre om han ble dårlig. Samtidig så fortalte de fleste at de ikke ville at teknologien skulle gå utover arbeidsmulighetene til folk. De ønsket ikke at velferdsteknologi skulle erstatte menneskelig kontakt. Sitert fra en deltaker: *“Ingenting kan erstatte menneskelig kontakt. Desto mere hjelpeløs du er, desto mer trenger man personer til å besøke deg i blant”*. (Sánchez et al, 2019, s. 848).

4.5 Avklaring av roller og ansvarsfordeling

4.5.1 Pårørenderollen

En av deltakerne i studien til Sánchez et al., (2019) nevnte at hennes pårørende alltid fryktet det verste om hun ikke svarte på telefonen med en gang de ringte henne. Flere av deltakerne i denne studien var positivt innstilt på at velferdsteknologi kunne gi familiene deres trygghet, slik at de ikke hele tiden trengte å ringe eller å komme på besøk, for å vite om de hadde det bra. En annen deltaker i studien til Sánchez et al., (2019) fortalte at hun foretrekker å få hjelp fra hennes pårørende i stedet for å få hjelp fra teknologi eller helsearbeidere.

4.5.2 Ansattes rolle

Deltakerne i Johannessen, Holm og Storm (2019) sin studie forteller om viktigheten av at helsepersonell får nødvendig opplæring i de forskjellige velferdsteknologiske løsningene. Helsepersonell kjenner sine brukere og dermed kan de være med på å avgjøre og komme med

forslag til løsninger som passer med behovet til hver enkelt bruker. Brukerne opplever også usikkerhet og negativitet hvis de ansatte har lite kompetanse. Det ble også ansett som viktig å gi brukere god opplæring i bruken av velferdsteknologi slik at brukere ble tryggere og mer selvsikker i bruken. Det ble også sagt at det var vesentlig å introdusere teknologien i et tidlig stadie, spesielt ved begynnende demens.

4.5.3 Brukermidvirkning

Deltakerne i Johannessen et al. (2019) sier at kartlegging av individuelle behov er viktig for å finne riktig teknologisk løsning for hver enkelt. Hvis man kartlegger deres ønsker, utfordringer og ressurser kan man få et godt bilde over hvilken løsning som passer best. Brukerne fortalte at det var viktig for de å ha dialog med noen de var godt kjent med.

4.3 Utfordringer ved bruk av velferdsteknologi

4.3.1 Etikk

Det etiske aspektet ved velferdsteknologien kan være utfordrende for personvernet og informasjonssikkerheten. Dette har vært et tema både innen media og i forskning (Isaksen et al., 2017). I artikkelen til Isaksen et al., (2017) kommer det fram at deltakerne i dette studiet ikke hadde noen problemer med at de føler seg overvåket. Her kommer sitat fra to av deltakerne: *“det er mange som har spurt om (sporingen). Og det er overhodet ikke ubehagelig. Det er lite av min atferd å kamuflere, så den som gidder kan bare se hvor jeg beveger meg”*. Den andre sa: *“Det er ikke så farlig, vi er ikke ute på så mye skummelt”*. (Isaksen et al, 2017, s. 121). Med tanke på privatliv og overvåkning så nevnte deltakerne i studien til Sánchez et al., (2019) at de ikke så noen konflikt mellom privatliv og teknologi. De ble stilt spørsmål om hvem de ønsket skulle se deres private data, og de fleste sa deres lege, mens noen sa at de ønsket at deres lege og familie skulle få se det. Dette var på grunnlag av at det var relevant for legen å vite noe om deres helsedata i tilfelle det skulle skje noe.

4.3.2 Stigma

Deltakerne i studien til Isaksen et al., (2017) kan fortelle at noen teknologiske hjelpemidler føles stigmatiserende, for eksempel medisindispensere som piper. Noen ville ikke fortelle hva det var, da de opplevde det som flaut. Det var også et par som sluttet å bruke denne hovedsakelig på grunn av pipingen, dette var mest til sjenanse for dem når de hadde besøk (Isaksen et al, 2017).

Enkelte av deltakere i studien til Isaksen et al., (2017) syntes at det var irriterende å ikke kunne sove lenge på helgene på grunn av at “Pilly’en” vekke dem på samme tid hver dag. Og enkelte følte de måtte bli sittende hjemme å vente på at “Pilly’en” skulle si ifra om medisiner. (Isaksen et al., 2017).

4.3.3 Signaldekning til teknologien

I studien til Isaksen et al., (2017) kommer det fram at noen av deltakerne følte en falsk trygghet med teknologien, da enkelte har vært ute å der vaktelskapet ikke har klart å spore vedkommende. En annen fortalte at han hadde vært på tur og hadde behov for hjelp, men da var han på et sted uten mobildekning, da funket ikke alarmen. (Isaksen et al., 2017)

4.3.4 Trygghet og isolasjon

Ifølge Isaksen et al. (2017) fortalte en ansatt om at den ene beboeren ikke ga uttrykk for økt trygghetsfølelse *“beboer viser ikke tegn til økt trygghet som følge av den mobile trygghetsalarmen, siden vi er like i nærheten og er tilgjengelige hele tiden”*. (Isaksen et al., 2017, s. 120). Den samme beboeren ga uttrykk at hun følte på økt trygghet når hun har alarmen på seg. Dette viser at denne beboeren føler på tryggheten av teknologien når personen har alarmen på seg, men samtidig ikke siden helsepersonellet var like i nærheten av der brukeren bodde. Tøndel (2018) hevder at eldre bruker trygghetsalarmene sine på veldig forskjellige måter. Det er noen som bruker den som en ringeklokke, som også betegnes som en “falsk alarm”, mens noen unnviker å bruke den, selv når det virkelig trengs.

Det er endel forskjell på kjønn i forhold til det å kunne være selvstendig å bo hjemme, det kom fram i studien (Sánchez et al., 2019) at de fleste av kvinnene likte å bo alene, mens enkelte av mennene mislikte det veldig, da de fortalte at det gikk utover hverdagsleden og deres psykiske helse.

4.4 Oppfølging og opplæring

Ifølge Lassen (2017) er en av de største utfordringene med implementeringen av velferdsteknologi for de ansatte i helsetjenestene er dens innflytelse og påvirkning av arbeidsrutiner. Det gikk igjen i studien til Lassen (2017) at flere av medarbeiderne ikke var så positivt innstilt til deres bruk av velferdsteknologi, på bakgrunn av manglende opplæring og oppfølging av ledelsen. De følte at det ble innført nye teknologier og løsninger, som de ikke nødvendigvis trengte, og at det ikke ble gitt god nok opplæring på bruk av denne teknologien.

En av de ansatte som var med i studien til Lassen (2017), mente at om en skulle implementere et kommunikasjonsredskap som for eksempel Skype, så ville dette frata muligheten til å observere den pleietrengende, og deres omgivelser på normalt vis. Dette ville frata muligheten til å kunne se helheten, og hvordan brukeren håndterer hverdagslige aktiviteter, med tanke på personlig hygiene og renhold i hjemmet (Lassen, 2017). Selv om at de fleste ansatte i studien hadde negative erfaringer til velferdsteknologi, så fortalte de at de så på det som en ressurs og så potensialet i å bruke det. De ville gjerne bruke velferdsteknologi, men at det ville kreve opplæring og oppfølging på det for at det skulle fungere optimalt. (Lassen, 2017).

5.0 Diskusjon

I denne delen så skal vi diskutere funnene i resultatdelen i lys av occupational justice (Stadnyk et al. 2014) for å svare på problemstillingen. Vi tar utgangspunkt i de fire hovedtemaene i resultatet og diskuterer dette i disse tre temaene: Hva gjør velferdsteknologi med selvstendigheten til de som bruker det? Påvirker velferdsteknologi opplevelsen av trygghet? og avklaring av roller og ansvarsfordeling.

5.1 Hva gjør velferdsteknologi med selvstendigheten til de som bruker det?

Å være selvstendig og ha kontroll over eget liv er noe de fleste ønsker. Det å kunne gå på butikken selvstendig, uten å være redd for at du skal gå deg bort, uten at noen kommer for å lete etter deg. Å kunne være selvstendig i personlige aktiviteter som personlig stell, lage mat, komme seg inn og ut av seng og gå på toalettet. Det å kunne sosialisere seg med familie og venner kan være viktige for mange mennesker. Selvstendighet er noe som henger tett sammen med empowerment gjennom aktivitet (Stadnyk et al. 2014). Det å kunne ta kontroll over eget liv og være mer selvstendig i hverdagen er noe som kan øke motivasjonen og selvtilliten til alle.

Alle deltakerne i Sánchez et al. (2019) meddelte at deres selvstendighet i meningsfulle aktiviteter førte til glede for dem. I dette eksempelet var det medisindispenseren som nevnt i resultatdelen (pilly). Enkelte ønsker også å gjøre mest mulig selv, og få minst mulig hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. En slik medisindispenser kan gjøre at man slipper å få besøk av hjemmetjenesten. Dette kan igjen føre til at personen kan gjøre andre, meningsfulle aktiviteter, i stedet for å sitte og vente på at hjemmetjenesten skal komme innom for å gi medisin. Dette gjelder også at man slipper å si ifra til hjemmetjenesten hvis man skal noe (Isaksen et al., 2017).

Når deltakerne får større mulighet til å bruke tiden på egne meningsfulle aktiviteter, øker også muligheten for at de kan få utviklet sitt aktivitetspotensial. Ved å ta vare på dette øker også muligheten til å få økt kontroll over eget liv da også økt selvstendighet og trygghet i hverdagen (Stadnyk et al. 2014).

Videosamtale er ifølge Kajander og Storm (2017) en type velferdsteknologi som på flere måter kan bidra til selvstendighet for brukeren. Ved videosamtale med helsepersonell kan brukerne spørre spørsmål og ytre sine bekymringer. Helsepersonell kan da, ut fra profesjon,

komme med svar som kan berolige brukeren. Dette kan også føre til at brukeren samler mer motivasjon og selvtillit til å gjøre aktiviteter man ikke var klar over at man var i stand til å utføre. Eksemplet i denne sammenheng var å ta vare på egenomsorg, noe som også beskrives som en sentral faktor for å mestre livet i eget hjem. (Kajander og Storm, 2017). Gjennom videosamtale kan da helsepersonell bidra ved å “guide” brukere i hvordan man kan mestre egenomsorg og gjennom det mobilisere brukerens egne krefter til å ta vare på seg selv. Dette er også med på å ta vare på brukerens aktivitetspotensiale og utnytte det i form av å bli mer selvstendig i eget hjem og mestre å ta kontroll over eget liv. (Stadnyk et al. 2014).

En annen velferdsteknologi-løsning som kan være med på å øke selvstendigheten til hjemmeboende eldre i ADL er trygghetsalarm. En av deltakerne i Isaksen et al. (2017) forklarte at han kunne gå ut uten å si fra til hjemmetjenesten. En slik trygghetsalarm kan også være med på å styrke empowerment (Stadnyk et al. 2014) til brukere av den ved at det kan øke deres motivasjon og selvtillit til å ta steget og holde på med matlaging, gå seg en tur utendørs, henge opp klær, ta en dusj eller vaske gulvet og lignende. Dette kan føre til å brukeren får en økt følelse av mestring i hverdagen, da personen kan føle på å få økt styring over eget liv sørger også dette for større grad av selvstendighet (Stadnyk et al. 2014). Med en slik trygghetsalarm vil man ha direkte kontakt til hjelp hvis noe skulle oppstå, kun ved hjelp av et trykk på knappen. Det kan være den tryggheten man trenger for å oppnå større grad av selvstendighet.

GPS er en velferdsteknologi-løsning som noen ganger brukes hos hjemmeboende eldre, spesielt ved demens. I Isaksen et al. (2017) ble det brukt mobile trygghetsalarmer med innebygd GPS-sporing. De blir også utløst ved fall. Dette er et hjelpemiddel som kan være med på å øke selvstendigheten til enkelte brukere i den grad at de tør å gå seg en tur utendørs, samtidig som de vet at hvis man skulle gå seg, eller sykle seg bort så er det alltid noen som kan komme og finne de. Som en av deltakerne i studien sa: «*Nå kan jeg dra på lange sykkelturer og samtidig vite at om det skjer noe med meg, så finner de meg*». (Isaksen et al. 2017 s. 120). Slik teknologi kan styrke menneskers empowerment (Stadnyk et al. 2014), gjennom at noen får økt selvtillit gjennom å vite at noen bestandig er der hvis man skulle gå seg bort, eller hvis man skulle falle. Dette er noe som kan øke selvstendigheten, og legge til rette for at mennesker kan utføre aktiviteter i dagliglivet, som de ellers ikke ville gjort på grunn av usikkerhet, utrygghet og dårlig selvtillit.

Ved bruk av GPS, kommer det også noen etiske problemstillinger. For eksempel, hvem skal ha det og hvordan skal man introdusere det. Det er jo vesentlig at den som skal ha det, også blir inkludert i beslutningen og at det den personen har lyst på det og har nytte av det. Det kommer også noen utfordringer i henhold til personvern og informasjonssikkerhet. I Isaksen et al. (2017) ble det beskrevet at informantene ikke hadde noen negative opplevelser gjennom å bli sporet. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal man velge det hjelpemiddelet som er minst mulig inngripende i brukerens liv. Ved å bruke et hjelpemiddel som er inngripende i stor grad, kan det føre til at personen blir mindre aktiv i stedet for å bruke det som et middel for å øke aktivitet og utnytte personens aktivitetspotensiale. Derfor er det viktig å velge rett hjelpemiddel, til rett person, og inkludere brukeren i prosessen. Det må være et behov for det og personen må ha lyst på det selv.

5.2 Påvirker velferdsteknologi opplevelsen av trygghet?

I Norge, og i verden generelt har vi en befolkning som blir eldre, samtidig som at levealderen øker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). For at denne generasjonen skal kunne bo hjemme lengre og kunne bli eldre i eget hjem, så vil det være forutsetninger for at de skal kunne være hjemme i trygge rammer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Sett opp imot problemstillingen, hvordan velferdsteknologi kan bidra til økt selvstendighet i ADL for hjemmeboende eldre. Vi tenker at trygghet er en viktig faktor for at de eldre skal kunne leve et selvstendig liv hjemme, og for å kunne ivareta sitt aktivitetsnivå og aktivitetspotensiale.

Som det kommer opp i studien til Sánchez et al. (2019), kan velferdsteknologien være en løsning for at eldre skal kunne forbli friske og sunne mens de bor hjemme i egen bolig. Som nevnt tidligere har Helse- og omsorgsdepartementet (2013) flere ulike løsninger som kan forebygge tjenestebehov eller innleggelse. Eksempel på dette kan være ulike former for trygghetsteknologi, for eksempel trygghetsalarmer. Om man ser på disse former for hjelpemidler så skal de kunne gi brukerne trygghet i hverdagen og i hjemmet. Om de skulle falle, vil en slik alarm kunne gi brukeren muligheten til å tilkalle hjelp.

Hvis man ser trygghet opp mot occupational justice (Stadnyk et al. 2014), ser man at empowerment gir økt form for mestringsfølelse og trygghet for brukerne. Når brukerne

opplever økt trygghet i hverdagen, så vil dette føre til at de også kan komme til å få økt selvstendighet samtidig, noe sitatet fra en bruker i studien til Isaksen et al., (2017) forklarer:

Det er mange ting jeg kan gjøre alene i dag, som jeg ikke kunne gjøre før jeg fikk den mobile alarmen. Før hadde jeg alarm på den vanlige telefonen - og den virka bare når jeg var inne i leiligheten. Jeg er tryggere nå. (Isaksen et al., 2017, s. 120).

Gjengangeren om at de eldre ønsket å være trygge, om teknologien kunne gjøre dette så var det ikke noe problem for de om denne teknologien kunne kartlegge deres daglige rutiner (Sánchez et al., 2019). Som de nevnte så var tryggheten det viktigste, og at de ønsket å gjøre de tiltakene som kunne gjøres for at de kunne bo hjemme lengst mulig.

Det er mange positive innfallsvinkler rundt trygghet og velferdsteknologi, men samtidig så vil det bli funnet negative sider med dette også, som funnene viser. Ved bruk av velferdsteknologi, kommer det også noen etiske problemstillinger. For at en person skal ha en trygghetsalarm, eller GPS så fører dette til at de vil være under en form for overvåkning, hvor noen kan misbruke dette. For eksempel å vite hvor brukeren er til enhver tid, eller hva personen gjør. Det kommer igjen i studien til Isaksen et al. (2017) at deltakerne ikke hadde noen problemer med temaet overvåkning, da de ikke følte at de hadde noe å skjule. Det samme gikk igjen i forhold til personlig data og deling av dette, hvordan det i verste fall kan ende opp i feil hender. Deltakerne i studien til Sánchez et al., (2019) mente at de ikke så noen konflikt mellom privatliv og teknologi.

Signaldekning er også noe som kan være minsker tryggheten til brukerne, da en bruker i studien til Isaksen et al., (2017), hadde vært ute på tur og hadde behov for hjelp, men var på en lokasjon hvor det ikke var noen mobildekning, da funket ikke alarmen. Det er noe som kan føre til at brukerne kan komme til å vegre seg for å dra ut på tur i tilfelle det skulle hende noe, og at de er på en posisjon hvor det ikke er noen form for dekning, å ikke blir funnet.

Feilbruk av velferdsteknologien kan også være med å gjøre både brukerne og familiene deres mere utrygge. Som nevnt i studien til Tøndel (2018) hevdes det at eldre bruker trygghetsalarmene sine på ulike måter, og enkelte også bruker de på feil måte. Som pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier, så skal man se forsvarligheten opp imot brukerens egne rett til frihet og selvbestemmelse, da man skal gjøre minst mulig inngripende tiltak for

pasienten og deres liv. Derfor så er det essensielt at det tas en grundig kartlegging og ser behovene til den enkelte bruker, før man gir ut noen form for velferdsteknologi, og trygghetsteknologi.

5.3 Avklaring av roller og ansvarsfordeling

I enhver situasjon hvor brukere mottar helsehjelp, vil det være både ansatte som har sine roller, og pårørende som har sine gitte roller. Her kan det være greit å få en avklaring på hvordan roller de ulike personene skal ha. Pårørenderollen kan være litt vanskelig, da mange bare ønsker å være familie, å ikke skulle være noen form for pleier eller lignende for sine nære. Som en av informantene i studien til Sánchez et al. (2019) nevnte, hun ønsket å få hjelp av sine pårørende i stedet for å få hjelp av helsearbeidere eller velferdsteknologiske løsninger. En annen informant i studien til Sánchez et al. (2019) kunne fortelle at hennes pårørende alltid fryktet det verste om hun ikke svarte på telefonen med en gang.

Den ansattes rolle skal i all hovedsak foregå profesjonelt. I studien til Johannessen et al. (2019) forteller deltakerne om viktigheten av nødvendig opplæring i de ulike velferdsteknologiske løsningene. Grunnet måten helsepersonell kjenner brukerne sine, og med sin profesjonelle dømmekraft, kan de være med å avgjøre og komme til løsninger som passer det behovet til den enkelte bruker. Som det også blir nevnt i studien til Johannessen et al. (2019) så opplever brukerne usikkerhet og negativitet hvis de ansatte har lite kompetanse. Samtidig som at det ble viktig å gi brukerne god opplæring i bruken av velferdsteknologien, slik at de ble trygge i bruken av den, dette igjen vil føre til at brukeren selv kan føle på økt selvstendighet i hverdagen, og i ADL.

Ifølge studien til Lassen (2017) så var den største utfordringen til de ansatte selve implementeringen av velferdsteknologien, det at de ikke fikk god nok opplæring av de ulike teknologiene som skulle brukes, samtidig som at de klaget over manglende oppfølging av ledelsen på dette. De ansatte i den danske kommunen som studien til Lassen (2017) ble gjennomført i, var negativt innstilt til velferdsteknologien, om den skulle bli tatt i bruk uten noen form for opplæring av bruk og oppfølging av dette. De kunne si at om det ble bedre opplæring og oppfølging av dette så kunne de se velferdsteknologien som en ressurs. (Lassen, 2017).

Brukermedvirkning er en måte samtlige i helseprofesjonen tilstreber å jobbe etter, da det handler om å ivareta brukerens egne ønsker. (Johannessen et al. 2019) Deltakerne i studien til Johannessen et al. (2019) sa de følte at kartlegging av individuelle behov er viktig for at det skal bli funnet riktig teknologiske løsninger for hver enkelt av brukerne. Dette er også noe som kommer opp i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), da det ikke skal komme inngripende løsninger i en persons liv uten at det er nødvendig, at brukeren selv ønsker det og funnet forsvarlig.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne litteraturstudien var å få svar på vår problemstilling: «Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger bidra til økt selvstendighet i ADL for hjemmeboende eldre?». Ved hjelp av relevant litteratur har vi kommet frem til noen sentrale punkter for hvordan velferdsteknologi kan føre til økt selvstendighet i ADL.

Ut ifra de viktigste poengene som ble funnet i diskusjonsdelen, kan man se at ved bruk av velferdsteknologi i ADL gir økt selvstendighet. Velferdsteknologien kan gi brukerne en økt frihet i hverdagen. Som nevnt i denne oppgaven, fortalte noen av deltakerne at de kunne gjøre ulike ting i dag som de ikke kunne gjøre før, på grunn av at den velferdsteknologiske løsningen har gitt de en større selvstendighet. Dette førte til at de følte på en større trygghet (Isaksen et al., 2017). Med tanke på trygghet så var det med signaldekning hovedproblemet, og at noen følte på en falsk trygghet i forhold til dette, men at de generelt i hverdagen følte på en økt trygghet ved hjelp av velferdsteknologi.

Avklaringen av roller og ansvarsfordelingen blir klar på at det bør være et skille på hva som er forventet av pårørende, og hva som er oppgavene til helsepersonellet. Her er det essensielt å ha god opplæring og oppfølging av velferdsteknologien både for brukeren selv, men og personellet. Dette for å kunne ivareta tryggheten ved bruk, og for at brukeren skal kunne bruke dette på en mest mulig selvstendig måte. Om disse faktorene blir ivaretatt så øker sjansen for å kunne ta nytte av det potensialet som velferdsteknologi har.

Konklusjonen vår er det at velferdsteknologi er et godt tiltak om kartleggingen tilsier et behov hos brukeren, og dersom både ansatte og brukere får god og rett opplæring/oppfølging. Velferdsteknologi som tiltak er mye brukt i dag. Som samfunnet ellers, vil også teknologien utvikle seg videre, og det kommer til å bli mer bruk for denne typen tiltak når flere blir eldre. Da dagens yngre generasjon er mere komfortabel og trygg med bruken av teknologi, så kommer det til å normalisere bruken av teknologien mer enn hva dagens eldre føler på.

Litteraturliste

- Arksey, H. & O'Mally, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), 19-32 DOI: 10.1080/1364557032000119616
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. (2019, 11. Mars). alderdom. Hentet fra <https://sml.snl.no/alderdom>
- Ergoterapeutene. (2017). Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse. Hentet fra <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
- Eurostat. (2019). Population structure and ageing. Hentet 2. juni 2020 fra https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing&fbclid=IwAR26Ek52qV4dC48w-TWf48jtgOvSzi3qYBe9DnTXE366ps8grBHvEbv8B5M#_The_share_of_elderly_people_continues_to_increase Juli 2019.
- Gudnason, M., Lybeck, M., Lagercrantz, H., Simic, N., Svensson, H., Vidje, G., . . . Winterberg, E. (2010). *Fokus på velfærdsteknologi* (1000 ed.). Stockholm: Nordens Välfärdscenter.
- Helsedirektoratet. (2019). Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene. Hentet 2. juni 2020 fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene?fbclid=IwAR2gei44n3FBd76KddA_YWVJZ6sbNYwJIOGJEKz31uk_hHXWyz5p1NuLYS4
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Isaksen, J., Paulsen, K., Skarli, J., Stokke, R., & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 3(02), 117-127.
- Johannessen, T., Holm, A., & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for Omsorgsforskning [elektronisk Ressurs]*, 5(3), 71-83.
- Kajander, M., & Storm, M. (2017). "Kontakt med ett trykk" ; hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler. *Nordisk Sygeplejeforskning [elektronisk Ressurs]*, 7, 6-20.
- Lassen, A. (2017). Velfærdsteknologi i et medarbejderperspektiv - Et kvalitativt studie af kommunale medarbejders erfaringer med velfærdsteknologi. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, (02), 106-117.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polatajko, H. J. (2014). The study of Occupation. I C. H. Christiansen, & E. A. Townsend Introduction to Occupation. The Art and Science of Living. New Jersey: Pearson Education Limited. (s.35-57)
- Sánchez Vg, Anker-Hansen C, Taylor I, & Eilertsen G. (2019). Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 841-853.
- Stadnyk, R.L. Townsend, E.A. Wilcock, A.A. (2014) Occupational Justice I C. Christiansen and E. Townsend Introduction to Occupation: The Art of Science and Living. USA: Pearson New International Ed. Kap. 12 (s.307-337)

Tuntland, H. (2011). En innføring i ADL, Teori og intervensjon (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Tøndel, G. (2018). Omsorgens materialitet: Trygghet, teknologi og alderdom. Tidsskrift for Omsorgsforskning, 4(03), 287-297.

