



Velferdsteknologi i demensomsorg

En litteraturstudie basert på erfaringer fra personer med demens, pårørende og helsepersonell

Kandidatnummer: 31 og 33

VID vitenskapelige høyskole

Sandnes

Bacheloroppgave

Bachelor i vernepleie

Kull: VP18

Antall ord: 11126

18.05.2021

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke følgende problemstilling: Hvordan erfarer personer med demens, pårørende og helsepersonell bruken av velferdsteknologi i demensomsorg?

Metode: Litteraturstudie med fem kvalitative forskningsartikler.

Funn: Hovedfunnene viser at velferdsteknologi oppleves som trygghetskapende og bidrar til økt selvstendighet og livskvalitet. Samtidig fremkommer utfordringer knyttet til falsk trygghet, demensrelaterte utfordringer, etiske dilemmaer og at teknologien må virke i henhold til forventningene.

Drøfting: Erfaringene som fremkommer diskuteres i lys av hverandre, teori og helsepolitiske føringer.

Konklusjon: Personer med demens, pårørende og helsepersonell har både sammenfallende og sprikende erfaringer knyttet til bruk av velferdsteknologi i demensomsorg. Det vil i de fleste tilfeller være både fordeler og ulemper ved bruk av velferdsteknologi, og disse må veies opp mot hverandre. Velferdsteknologi i demensomsorg krever individuell tilrettelegging.

Abstract

Aim: The aim of this study is to explore the following research question: How do people with dementia, relatives and health care professionals experience the use of welfare technology in dementia care?

Method: Literature review with five qualitative research articles.

Findings: The main results show that welfare technology is perceived as giving safety as well as increased independence and quality of life. At the same time, challenges related to false security, dementia-related challenges, ethical dilemmas and that the technology must work in accordance with expectations were also identified.

Discussion: Experiences that were identified are discussed in light of each other, theory and health policy guidelines.

Conclusion: People with dementia, their relatives and health professionals have both coincident and divergent experiences related to the use of welfare technology in dementia care. In most cases, there will be both advantages and disadvantages to using welfare technology, and these must be weighed against each other. Welfare technology in dementia care requires individual facilitation.

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag | 2 |
| Abstract | 3 |
| 1 Innledning | 6 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 6 |
| 1.2 Vernepleiefaglig relevans..... | 7 |
| 1.3 Problemstilling..... | 8 |
| 1.4 Oppgavens oppbygging..... | 9 |
| 2 Teori..... | 10 |
| 2.1 Velferdsteknologi | 10 |
| 2.2 Demensomsorg..... | 11 |
| 3 Metode | 13 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode..... | 13 |
| 3.2 Datainnsamling..... | 13 |
| 3.2.1 Innledende litteratursøk | 13 |
| 3.2.2 Systematisk litteratursøk | 14 |
| 3.3 Etikk..... | 25 |
| 3.4 Analyse..... | 25 |
| 4 Resultat | 27 |
| 4.1 Hvilke fordeler opplever personer med demens, pårørende og helsepersonell ved bruk av velferdsteknologi? | 27 |
| 4.1.1 Trygghet | 27 |
| 4.1.2 Selvstendighet og livskvalitet..... | 28 |
| 4.2 Hvilke utfordringer opplever personer med demens, pårørende og helsepersonell ved bruk av velferdsteknologi? | 28 |
| 4.2.1 Falsk trygghet..... | 28 |
| 4.2.3 Demensrelaterte utfordringer | 28 |
| 4.2.4 Etske dilemma..... | 29 |
| 4.2.5 Teknologien må virke i henhold til forventningene | 30 |
| 5 Diskusjon..... | 31 |
| 5.1 Resultatdiskusjon | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 5.1.1 Trygghet eller falsk trygghet? | 31 |
| 5.1.2 Pårørendes rolle ved bruk av velferdsteknologi | 32 |
| 5.1.3 Nye former for omsorg | 34 |
| 5.1.4 Rett tjeneste til rett tid | 35 |
| 5.1.5 Frihet eller overvåking? | 36 |
| 5.2 Metodediskusjon | 37 |
| 6 Avslutning | 41 |
| Referanser..... | 42 |
| Vedlegg | 48 |

1 Innledning

Temaet i denne oppgaven er bruk av velferdsteknologi i demensomsorg. Vi har i løpet av studietiden fått kompetanse om sammensatte behov, i samsvar med Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019). Vi er også blitt gjort oppmerksomme på demensomsorg som et aktuelt arbeidsfelt for vernepleiere (Tokovska & Lie, 2019). Gjennom praksis har vi fått innblikk i noen velferdsteknologiske løsninger som blir brukt i helse- og omsorgstjenestene. Interessen for temaet ble i stor grad vekket da velferdsteknologi ble presentert som et valgfag. Vi vet at velferdsteknologi er kontroversielt og at det er ulike meninger om bruk av slik teknologi i helse- og omsorgstjenestene. Vi synes det er et svært spennende tema som vi ønsker å fordype oss i.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013)) og *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11) presenterer demografiske utfordringer samfunnet står overfor. I følge statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (Gleditsch, Thomas & Syse, 2020, s. 7) vil andelen eldre i befolkningen øke i stor grad de neste tiårene. Spesielt antall personer over 80 år vil gå opp. I takt med at befolkningen eldes, vil også antall personer med demens øke, da det er i denne aldersgruppen forekomsten av demens er størst (Thygesen, 2019, s. 34). Demens er en sykdom som rammer ca 20-25% av befolkningen over 80 år (Solheim, 2015, s. 17). I 2015 var det rundt 70 000 personer med demens, mens i 2060 vil det være over 200 000 mennesker med demens (Solheim, 2015, s. 17). I tilsvarende tidsperiode som andelen eldre øker, viser statistikk at antall yrkesaktive går ned (Gleditsch et al., 2020, s. 18). Da eldre statistisk sett er en gruppe hvor mange har behov for helsehjelp, skaper disse demografiske endringene et behov for å finne alternative måter å tilby helsetjenester på (Thygesen, 2019, s. 34).

Helsedirektoratet (2012, s. 26) fremhever velferdsteknologiske løsninger som en sentral del av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Velferdsteknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men kan fungere som støtte for brukere, pårørende og helsearbeidere (NOU 2011:11, s. 98). Pasient- og brukerrettighetsloven §2-a (1999) gir pasienten rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud. Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 42) presenterer at teknologi

tilpasset personer med demens kan bidra til økt livskvalitet, mestring og trygghet både for personen selv og deres pårørende. Forskning viser at for personer med demens kan velferdsteknologi blant annet bli brukt til forbedring av ADL-ferdigheter, forbedring av helse og kognitiv funksjon, øke uavhengighet og mobilitet, samt legge til rette for sosial deltakelse (Egon & Pot, 2016). Dette er funksjoner som vernepleieren har kompetanse til møte (Ellingsen, 2014, s. 15). Implementering av velferdsteknologi krever imidlertid at man ivaretar flere ulike parters perspektiv, og disse kan være både sammenfallende og sprikende.

1.2 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleiere yter tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren, og er derfor pliktig til å utføre forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Personer med utviklingshemming har i lang tid vært vernepleierens primærmålgruppe (Ellingsen, 2014, s. 41). I *Utdanning for velferd* (Meld. St. 13 (2011-2012), s. 111) legges det imidlertid frem at vernepleieren de siste årene har fått oppgaver innenfor nye felt, blant annet i demensomsorgen. Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) presiserer behovet for tverrfaglig samarbeid i tjenestene for personer med demens. Også velferdsteknologi er et felt som krever tverrfaglighet (Helsedirektoratet, 2012). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019) gjør det klart at vernepleieren har kompetanse i tverrfaglig samarbeid. Kombinasjonen av helse- og sosialkompetanse gjør det mulig å innta flere ulike faglige perspektiver og roller, og man kan på den måten fungere som en viktig brobygger mellom profesjoner (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s. 23). Brobyggerrollen er også relevant ved implementering av velferdsteknologi da flere parter er involvert. Her kan vernepleieren fungere som en brobygger mellom for eksempel pårørende og helsepersonell.

Forskning viser at det er et behov for økt teknologisk kompetanse hos helsepersonell for å kunne implementere velferdsteknologi i tjenestene (Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke & Melby, 2017; Stokke, Hellesø & Sogstad, 2019). Implementering av velferdsteknologi krever også at man ivaretar flere ulike perspektiv. Da velferdsteknologi er noe som med stor sannsynlighet vil bli brukt mer og mer i helse- og omsorgstjenestene, anser vi det som

relevant for oss som fremtidige vernepleiere å få økt kunnskap om temaet. Hensikten med denne oppgaven er derfor å undersøke hvilke erfaringer som finnes ved bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen.

1.3 Problemstilling

For å tilegne oss mer kunnskap om velferdsteknologi i demensomsorgen, har vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan erfarer personer med demens, pårørende og helsepersonell bruk av velferdsteknologi i demensomsorg?

For å få svar på denne problemstillingen, har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke fordeler opplever personer med demens, pårørende og helsepersonell ved bruk av velferdsteknologi?
- Hvilke utfordringer opplever personer med demens, pårørende og helsepersonell ved bruk av velferdsteknologi?

Vi ønsker å finne ut hvilke erfaringer personer med demens selv har, men også hvilke erfaringer pårørende og helsepersonell har. Grunnen til at vi vil inkludere erfaringer fra andre enn bare personer med demens, er at ved bruk av velferdsteknologi i helsetjenester, vil det være flere enn bare pasienten selv som blir bruker av teknologien. I de aller fleste tilfeller vil pårørende og helsepersonell være involvert i bruk av velferdsteknologi i demensomsorg (Thygesen, 2019, s. 27), og vi mener derfor at disse kan gi oss verdifull informasjon som kan øke vår kompetanse på feltet. Det vil også være flere aktører involvert når velferdsteknologi implementeres som en del av en tjeneste, men for å avgrense oppgaven har vi valgt å fokusere på personer med demens, deres pårørende og helsepersonell. Ved å få flere parters erfaringer, kan vi få et bredere perspektiv og bedre oppnå hensikten med oppgaven.

1.4 Oppgavens oppbygging

Først vil vi presentere teori om velferdsteknologi og om demensomsorg, som skal bidra til å belyse problemstillingen. Deretter vil vi i metodekapittelet gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å samle inn data, og valg av søkeord, databaser, inklusjons- og eksklusjonskriterier. I metodekapittelet vil vi også presentere hovedinnholdet i de fem artiklene vi har valgt å inkludere, samt vise til etiske overveielser som er gjort og beskrive hvordan vi har analysert funnene. Resultatene presenteres i eget resultatkapittel, hvor det kommer frem hvilke erfaringer som finnes ved bruk av velferdsteknologi. Deretter vil vi diskutere resultatene i lys av hverandre og i lys av teori. Styrker og svakheter ved vår egen studie drøftes i metodediskusjon. Avslutningsvis vil vi oppsummere hovedfunnene og hvordan de belyser problemstillingen vår.

2 Teori

For å belyse problemstillingen om hvordan personer med demens, pårørende og helsepersonell opplever bruken av velferdsteknologi i demensomsorgen, vil vi bruke teori om velferdsteknologi og om demensomsorg. Bjørneby skriver at dersom velferdsteknologi brukes på riktig måte, kan det være en viktig del av en helhetlig, god demensomsorg (Bjørneby, 2015, s. 158).

2.1 Velferdsteknologi

Begrepet velferdsteknologi ble originalt introdusert i Danmark i 2007, og er i hovedsak kun brukt i skandinavisk kontekst (Helsedirektoratet, 2012, s. 14). I vår oppgave har vi valgt å ta utgangspunkt i definisjonen som Hagen-utvalget presenterer i *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11). De definerer velferdsteknologi først og fremst som:

[...] 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 teknologisk 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. (NOU 2011:11, s. 99)

Denne definisjonen sier ikke noe konkret om hvilken type teknologi som regnes som velferdsteknologi, men heller at det er konteksten teknologien blir brukt i som avgjør om det er velferdsteknologi eller ikke (Thygesen, 2019, s. 27). Velferdsteknologi avgrenses dermed ved at den inngår i en helse- og omsorgstjenestekontekst, den muliggjør tjenester på avstand, og at det er tjenestemottakerne som primært er målgruppen (Thygesen, 2015, s. 6). Hagen-utvalget deler velferdsteknologien inn i fire kategorier. Disse kategoriene er trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (NOU 2011:11, s. 100).

2.2 Demensomsorg

Demens er en fellesbetegnelse på tilstander hvor det foreligger en organisk sykdom i hjernen som fører til svikt i “[...] hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft” (Engedal & Hagen, 2009, s. 18). Tilstanden kjennetegnes ved kognitiv svikt, nedsatt evne til å utføre hverdagslige aktiviteter på en tilfredsstillende måte, samt endret sosial atferd (Engedal & Haugen, 2009, s. 17). Dette fører til flere sammensatte utfordringer, både for personen med demens, men også for pårørende og helsepersonell (Solheim, 2015, s. 120). Grunnet at sykdommen ikke kan kureres, mener Solheim (2015, s. 120) at det kan være hensiktsmessig å fokusere på det som fungerer og det vi kan gjøre noe med, fremfor barrierene sykdommen fører med seg. Man bør bruke de gjenværende ressursene til å skape opplevelse av mestring for personen med demens (Solheim, 2015, s. 129).

Forståelsen av demens har i lang tid vært problemorientert og dette har lagt grunnlaget for omsorgen som gis (Folkman, Fjetland & Sverdrup, 2020). Solheim (2015, s. 251) beskriver det å utøve god demensomsorg som en krevende oppgave. Det kan imidlertid se ut som at fokus er på vei til å skifte fra å være oppgave- og problemorientert til å bli mer person- og løsningsorientert (Solheim, 2015, s. 69). Nasjonal faglig retningslinje for demens fastslår at helse- og omsorgstjenester som gis til personer med demens skal være personsentrerte (Helsedirektoratet, 2017, s. 15). Begrepet “personsentrert omsorg” ble først brukt av den engelske professoren Tom Kitwood, da han på slutten av 90-tallet presenterte en ny måte å forstå demenssykdommen på (Solheim, 2015, s. 54). Kitwood vektla et helhetlig perspektiv, hvor man tok hensyn til både biomedisinske, sosialpsykologiske og kulturelle aspekter (Solheim, 2015, s. 54). I møte med personer med demens fremhevet Kitwood at man som helsepersonell bør ha fokus på “*personen* med demens og ikke personen med *demens*” (Kitwood, 1999, s. 17, i Solheim, 2015, s. 68).

I personsentrert omsorg skal omsorgen ta utgangspunkt i personen selv og legges opp individuelt (Aldring og helse, u.å.). Dette innebærer blant annet å ta hensyn til hvordan personen selv ser og opplever situasjonen rundt seg, og at alle mennesker har samme verdi uavhengig alder og kognitiv funksjon (Aldring og helse, u.å.). I tillegg er et av hovedelementene i personsentrert omsorg at man skal tilrettelegge for et støttende sosialt

miljø (Aldring og helse, u.å.). Opplevelse av egenverdi, velvære og trivsel er sentralt (Helsedirektoratet, 2017, s. 15). Det er også sentralt at man legger til rette for at personen med demens skal få bruke sine ressurser og bevare sin identitet gjennom hele sykdomsforløpet (Solheim, 2015, s. 58).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

For å få svar på problemstillingen i oppgaven har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode. Vi er ute etter erfaringer personer med demens, deres pårørende og helsepersonell har med velferdsteknologi i demensomsorgen. Som bachelorstudenter har vi ikke anledning til å gjennomføre empirisk forskning som inkluderer pasienter, brukere eller pårørende. Grunnen til dette er at det stilles strenge krav til håndtering av personopplysninger, og det er lærestedet som har det overordnede ansvaret for dette (Sverdrup, 2020, s. 94). I tillegg er personer med demens i en livssituasjon som kan gjøre dem mer sårbare enn andre, noe som fører til skjerpede krav til forskning på denne brukergruppen (Norsk senter for forskningsdata [NSD], u.å.). Forskning på sårbare grupper skal kun forekomme dersom det ikke er mulig å løse problemstillingen på en annen måte (NSD, u.å.). En litteraturstudie gir oss muligheten til å få svar på problemstillingen ved å se på forskning som allerede er gjort (Sverdrup, 2020, s. 94). Vi skal ved hjelp av fem vitenskapelige artikler belyse problemstillingen, samt utvikle egne kunnskaper om temaet. Dette gjøres ved å analysere og tolke resultatene i artiklene (Thidemann, 2019, s. 78).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Innledende litteratursøk

Vi begynte med å utføre et innledende litteratursøk i Google Scholar og Oria. Dette gjorde vi for å orientere oss i hvilken litteratur som finnes om temaet (Thidemann, 2019, s. 81). I utgangspunktet hadde vi tenkt å skrive om velferdsteknologi for personer med utviklingshemming. Ved det innledende litteratursøket leste vi noen artikler som gjorde oss oppmerksomme på de ekstra utfordringene kognitiv svikt fører med seg ved bruk av velferdsteknologi. Vi søkte litt videre etter artikler om kognitiv svikt og velferdsteknologi uten å presisere utviklingshemming, og fikk da flere treff som omhandlet eldre personer med kognitiv svikt. Etter å ha skimlet noen av disse artiklene, konkluderte vi med at velferdsteknologi for denne brukergruppen var noe vi ønsket å finne ut mer om. Vi valgte

derfor å søke videre etter artikler som omhandlet velferdsteknologi og eldre med kognitiv svikt.

Det innledende litteratursøket bidro til å avgrense hovedsøket vårt ved at vi gjennom tilgjengelig forskning fant relevante søkeord (Thidemann, 2019, s. 82). Vi så også gjennom referanselisten til noen av artiklene som virket aktuelle for vårt tema, for å se om vi fant flere artikler som kunne være relevante. Dette kalles manuelt søk (Thidemann, 2019, s. 81).

3.2.2 Systematisk litteratursøk

Vi gikk så videre til et systematisk litteratursøk. Dette er et søk som er “[...] planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart” (Thidemann, 2019, s. 82). Thidemann (2019, s. 82 og s. 90) beskriver det som en iterativ prosess, hvor man går frem og tilbake og repeterer trinnene både i søkeprosessen og i arbeidet med selve litteraturstudien. I vår arbeidsprosess erfarte vi at vi måtte gå tilbake både ett og flere trinn og repetere trinnene i søkeprosessen flere ganger. Vi utarbeidet problemstillinger, formulerte forskningsspørsmål, definerte søkeord og etter hvert som vi leste artikler endret vi problemstillingen og gjentok hele eller deler av prosessen om igjen. Det hendte flere ganger at vi trodde vi stod igjen med de fem artiklene vi tenkte vi skulle bruke, men at vi så etter enda grundigere lesing at vi måtte bytte ut en eller flere artikler. Noen ganger hadde vi begynt på analysen da vi innså at vi måtte finne nye artikler. Etterhvert som vi leste artikler innhentet vi mer kunnskap som hjalp oss å stille mer presise spørsmål og reformulere problemstillingen. Grunnet mye frem og tilbake mellom trinnene i søkeprosessen, vil det være omfattende å vise nøyaktig hvordan den ble gjennomført. Vi vil derfor beskrive kun et utdrag av søkeprosessen, hvor vi inkluderer søk som har ført oss til de inkluderte artiklene, samt noen av artiklene som har vært inkludert underveis i prosessen. Vedlegg 1-3 viser et lite utvalg av søkehistorikken, deriblant de søkene som førte oss til de inkluderte artiklene.

Det første vi gjorde i det systematiske litteratursøket var å utforme flere problemstillinger. Vi benyttet oss av PICO (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome), som er et verktøy for å presisere spørsmål, klargjøre noen inklusjons- og eksklusjonskriterier og identifisere søkeord og begreper (Thidemann, 2019, s. 83-84). Da vi endret problemstillingen flere ganger etter hvert som vi fant artikler, lagde vi også flere PICO-

skjemaer med nye søkeord som passet den daværende problemstillingen. Et utvalg av søkeord som ble brukt i forbindelse med den endelige problemstillingen vises i tabell 1. Da vi ikke skal sammenligne noe inkluderte vi ikke C i vårt skjema.

Tabell 1. PICO-skjema

| (P)Population/patient/problem | (I)Intervention | (O)Outcome |
|--|--|--|
| Mennesker med demens | Implementering av velferdsteknologi i omsorgstjenestene | Erfaringer med bruk av velferdsteknologi |
| <ul style="list-style-type: none"> - Dementia - Alzheimer's - Alzheimer's disease | <ul style="list-style-type: none"> - Self-help devices - Assisted living facilities - Assistive technology devices - Welfare technology - Assistive technology - Assistive devices - Technology - Telecare | <ul style="list-style-type: none"> - Experiences - Experience - Experienced - User experiences - Healthcare professionals - Family - Family carers - Significant other |

(Thidemann, 2019, s. 84)

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å gjøre søkene mer formålstjenlige, definerte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjons og eksklusjonskriterier avgrensner mengden litteratur (Thidemann, 2019, s. 83). Noen kriterier la vi inn da vi søkte etter artikler, mens andre ble sjekket fortløpende ved skumlesing. Et av kriteriene våre var at artiklene skulle være vitenskapelige og fagfelleverdert. Vitenskapelige artikler innenfor helsefag er som oftest skrevet etter IMRaD-strukturen (introduksjon, metode, resultat, diskusjon) (Thidemann, 2019, s. 67). At artiklene er fagfelleverderte betyr at eksperter innenfor fagområdet har kvalitetsvurdert og godkjent artikkelen (Thidemann, 2019, s. 67). Fagfellevurdering sjekkes ved å se om publiseringskanalen er godkjent i NSD (u.å.). Et annet kriterium var at abstrakt skulle være tilgjengelig, da dette på en enkel måte kan fortelle oss om artikkelen er relevant for vår problemstilling (Thidemann, 2019, s. 68). Vi ville også at artiklene skulle være av kvalitativ art, da hensikten ved kvalitativ forskning blant annet er å få innsikt i menneskers meninger,

opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2019, s. 76), og det er dette vi er ute etter i vår problemstilling. Noen av kriteriene stod fast fra starten av søkeprosessen, deriblant at artiklene skulle være vitenskapelige og fagfelleverderte, mens andre kriterier ble til og endret underveis, for eksempel brukergruppe. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene som foreligger for de artiklene vi har valgt å ta med i studien er presentert i tabell 2.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|---|
| Vitenskapelig artikkel | Fagartikkel/review-artikkel |
| Fagfelleverdert | Ikke fagfelleverdert |
| Utgitt siste 10 år | Eldre enn 10 år |
| Kvalitativ forskning | Kvantitativ forskning |
| Overførbar til vernepleieryrket | Ikke overførbar til vernepleieryrket |
| Overførbar til norske forhold | Ikke overførbar til norske forhold |
| Erfaringer fra bruker, pårørende eller helsepersonell | Ikke erfaringer fra brukere, pårørende eller helsepersonell |
| Velferdsteknologi | Ikke personer med demens |
| Personer med demens | Ikke tilgjengelig abstrakt |
| Abstrakt tilgjengelig | Følger ikke IMRaD-struktur |
| Følger IMRaD-struktur | |

Databaser og søk

For å finne hvilke databaser vi skulle bruke gikk vi inn på VID sin oversikt over databaser og nettressurser (u.å.) og leste om de ulike databasene som vi hadde tilgang til hjemmefra, samt hvilke fagområder de dekket. Vi valgte å søke i EBSCO og Idunn. EBSCO er en database hvor man kan søke i flere databaser på en gang (VID, u.å.). Vi merket av at vi ville inkludere søk i Academic Search Elite, CINAHL with full text og MEDLINE, hvor den førstnevnte inneholder tidsskrifter fra de fleste akademiske fag, mens de to andre konsentrerer seg om tidsskriftartikler innenfor henholdsvis helse og sykepleie, og medisin (VID, u.å.). Idunn inkluderer tidsskriftartikler fra norske og nordiske fag- og forskningsartikler, utgitt av Universitetsforlaget (VID, u.å.).

Etter å ha valgt databaser, gjorde vi oss kjent med databasenes tesaurus. Tesaurus er databasers egne emneordsystemer. Emneordene blir brukt som søkeord, da disse beskriver

hovedinnholdet i artiklene (Thidemann, 2019, s. 86). Vi fant flere relevante søkeord både ved hjelp av Cinahl subject headings og MeSH (Medical Subject Headings). Vi brukte ulike kombinasjoner av søkeord, og brukte de boolske operatorene AND og OR. AND kombinerer både søkeord 1 og 2, mens OR gir treff på enten søkeord 1 eller 2, eller begge (Thidemann, 2019, s.87). Vi søkte noen enkle ord som ble kombinert med AND, og brukte også noen lange søkestrenger som ble til ved at synonymer ble kombinert med OR før de til slutt ble satt sammen med AND. NOT ble unngått da det kan utelate treff som kan være relevante (Thidemann, 2019, s. 87). Trunkering blir brukt for å inkludere flere endelser og varianter av et ord i søket (Thidemann, 2019, s. 87). Dette ble brukt ved noen søk i fritekst, blant annet med ordet "experience*".

Vi begynte med å søke i EBSCO. Søkestrengen "(MH "Cognitive Dysfunction") AND (MH "Self-Help Devices)" ga oss bare fire treff. Vi erstattet "Cognitive Dysfunction" med "Cognition Disorders", da dette er et videre begrep ifølge MeSH-hierarkiet. Dette søket ga 17 treff, hvor ikke alle omhandlet kognitiv svikt, noe som var forventet da det er et begrep som omfavner mer. Artiklene som var i tråd med inklusjonskriteriene ble skimlet. Dette for å vurdere om de var relevante og interessante nok til å lese grundigere (Thidemann, 2019, s. 30). Manuelle søk i referanselister ble også utført. Vi fant to artikler som var relevante for vår problemstilling. Den ene via søket og den andre via manuelt søk. Begge disse artiklene omhandlet personer med Alzheimers sykdom. Alzheimers er en form for demenssykdom (Solheim, 2015, s. 33), og vi valgte derfor å gjennomføre et søk hvor vi inkluderte demens. Vi gikk tilbake til PICO-skjema, utformet ny problemstilling, lagde nye søkeord og fant nye emneord som omhandlet demens. "(MH "Dementia") AND (MH "Self-Help Devices)" ga 39 treff hvor to nye artikler ble ansett som relevante for vår problemstilling. Vi ville se om det var noe forskning om vernepleie og bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen. Ordene "disability nurse" OR "social educator" ble lagt til som fritekst i søkestrengene, men søket ga ingen treff.

Vi så at flere av artiklene vi hadde funnet, særlig via håndsøk, hadde emneord som ikke samsvarte med MeSH- og Cinahl major headings-ordene vi brukte. Vi valgte derfor å også gjennomføre noen søk med fritekst for å forhåpentligvis få flere treff som kunne være relevante for vår problemstilling. Et av søkene var "((dementia) OR (alzheimers) OR

(alzheimer) OR (alzheimer's)) AND ((assistive technology) OR (self-help devices))". Dette søket ga oss 46 treff. Noen av treffene var de samme som vi hadde fått ved tidligere søk, men det var også noen treff vi ikke hadde fått tidligere.

Vi så at flere av artiklene hadde en litt annen forståelse av hva velferdsteknologi er enn den definisjon vi har lagt til grunn. For å finne forskning som vil være mer overførbar til vår yrkeskontekst utførte vi et søk i Idunn. Vi ønsket med dette å finne norsk forskning som tar utgangspunkt i definisjonen til Hagen-utvalget. Søkeordene "demens" og "velferdsteknologi" ga 19 treff. Tre av artiklene ble grundigere lest og ansett som relevante. En av disse førte oss via manuelle søk til to nye artikler som også ble vurdert som relevante for vår problemstilling. Vi fant i tillegg en artikkel som vi ikke hadde tilgang til å lese i fulltekst i databasen, og søkte derfor opp denne i Oria for å se om vi fant den der. Det gjorde vi ikke, men det dukket imidlertid opp en annen artikkel som virket relevant og som vi valgte å lese nøyer og ta med videre i prosessen. Denne ble en av de fem artiklene vi har inkludert i studien.

For å være sikre på at artiklene vi hadde funnet var av god kvalitet, benyttet vi oss av en sjekklister for kvalitative studier, fra Helsebiblioteket (2016). Denne sjekklisten spør blant annet om metoden, utformingen og utvalgsstrategien som er valgt, er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen i studien, og om resultatene er til å stole på. Etter nøye vurderinger stod vi igjen med fem artikler som oppfylte inklusjonskriteriene vi hadde satt, bestod kvalitetsvurderingen og var relevante for å kunne å besvare den endelige problemstillingen vår. Vi vil imidlertid igjen presisere at søkeprosessen var iterativ og slik den er gjengitt ovenfor er kun utvalgte deler av hele prosessen. Tabell 3-7 gir en oversikt over hovedinnholdet i artiklene som er inkludert i studien.

Tabell 3. Artikkel 1.

| | |
|------------------------------|---|
| Artikkel 1 Sverige | Fänge, A. M., Carlsson, G., Chiatti, C. & Lethin, C. (2019). Using sensor-based technology for safety and independence - the experiences of people with dementia and their families. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 34(3), 648-657. https://doi.org/10.1111/scs.12766 |
|------------------------------|---|

| | |
|------------------------------|--|
| Type studie | Kvalitativ |
| Hensikten med studien | Hensikten med studien er å utforske erfaringer, behov, fordeler og ulemper ved bruk av sensorteknologi for trygghet og selvstendighet hjemme hos personer med demens og deres familiemedlemmer. |
| Metode | Semistrukturerte intervju |
| Utvalg | Ni personer med demens og 21 pårørende deltok i intervjuene. Inklusjonskriteriene for personer med demens var at de var minst 65 år gamle, hjemmeboende, diagnostisert med mild til moderat demenssykdom, kunne forstå og snakke svensk, og hadde minst ett familiemedlem som bidro med daglig omsorg. Familiemedlemmene som deltok skulle være den primære omsorgsgiveren til personen med demens, og teknologien skulle ha vært installert i minst seks måneder. |
| Hovedfunn | Hovedfunnene var at teknologi ble ansett som et sikkerhetstiltak som ga en følelse av å ha kontroll i hverdagen til personen med demens. Forståelse og aksept for teknologien var viktig, samt at den var pålitelig. Etske dilemmaer vedrørende overvåking av personen med demens fremkom også. |
| Kvalitetsvurdering | Av nyere dato og fra fagfelleurdert tidsskrift. Vurdert til å være av god kvalitet etter sjekkliste for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2016). |
| Etiske overveielser | Studien er etisk godkjent fra Regional Ethical Review Board in Lund, Sweden. Redegjort for etiske overveielser, blant annet at deltakerne i studien var med av egen vilje og ga informert samtykke. Deltakerne stod fri til å forlate prosjektet til enhver tid. |
| Relevans | Artikkelen er av relevans for vår oppgave da den gir oss innblikk i personer med demens og deres pårørende sine erfaringer med sensorteknologi, både positive og negative. |

Tabell 4. Artikkel 2.

| | |
|------------------------------|---|
| Artikkel 2 Norge | Fæø, S.E., Bruvik, F.K., Tranvåg, O. & Husebo, B.S. (2020). Home-dwelling persons with dementia's perception on care support: Qualitative study. <i>Nursing Ethics</i> , 27(4), 991-1002 https://doi.org/10.1177/0969733019893098 |
| Type studie | Kvalitativ |
| Hensikten med studien | Hensikten med studien er å finne ut hva personer med demens selv mener om velferdsteknologi, frivillig arbeid, hjemmetjenester og dagsenter. |
| Metode | Semistrukturert intervju, bruk av intervjuguide |
| Utvalg | 12 hjemmeboende personer med demens deltok i studien. Disse var rekruttert gjennom fire kommunale dagsenter. Deltakerne, seks menn og seks kvinner, var mellom 69 og 89 år og var diagnostisert med demenssykdom etter ICD-10. Seks av dem bodde alene og seks av dem mottok hjemmesykepleie. |
| Hovedfunn | Deltakerne i studien delte mange refleksjoner rundt erfaringer og holdninger til temaene som ble utforsket. De beskrev velferdsteknologi som at det kunne være gunstig, men at det også hadde mange negative konsekvenser. De var på samme måte skeptiske til frivillighetsarbeid, med tanke på om det ville passe deres individuelle ønsker. Hjemmesykepleie ble sett på som en nødvendig omsorgstjeneste, og fordelene var knyttet til ulike aspekter ved tjenesten. På samme måte var deltakernes vurderinger av dagsenter knyttet til spesifikke aspekt, men disse og dette varierte individuelt. |
| Kvalitetsvurdering | Av nyere dato og fra et fagfelleverdert tidsskrift. Vurdert til god kvalitet ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). |
| Etiske overveielser | Etisk godkjent av The Regional Committee of Medical and Health Research Ethics, Western Norway. Det ble redegjort for etiske overveielser blant annet ved at deltakerne ble gitt tilstrekkelig med informasjon i forkant av studien. Deltakerne ble også informert om at de kunne trekke seg |

| | |
|-----------------|--|
| | når som helst og det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne. |
| Relevans | Artikkelen er av relevans for vår oppgave da den gir oss innblikk i hvilke erfaringer personer med demens har med velferdsteknologi i Norge. |

Tabell 5. Artikkel 3.

| | |
|------------------------------------|---|
| Artikkel 3 Storbritannia | Gibson, G., Dickinson, C., Brittain, K. & Robinson, L. (2015). The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study. <i>BMC Geriatrics</i> , 15(1), Artikkel 89. https://doi.org/10.1186/s12877-015-0091-3 |
| Type studie | Kvalitativ |
| Hensikten med studien | Å se i hvor stor grad mennesker med demens og deres familier vet om, og bruker velferdsteknologi i hverdagen. |
| Metode | Semi-strukturert intervju |
| Utvalg | 13 personer med demens, 18 nåværende pårørende og 8 tidligere pårørende. Inklusjonskriteriene for personer med demens var: en demensdiagnose, evne til å gi formelt samtykke til å delta i studien og at de bodde selvstendig enten alene eller sammen med en uformell pårørende. Inklusjonskriteriene for pårørende var at de nå eller tidligere har vært hatt uformell omsorg for en person med demens. |
| Hovedfunn | Tre kategorier av velferdsteknologi brukt i hverdagen ble identifisert: formell velferdsteknologi som var teknologi tildelt gjennom omsorgstjenester, "fra hyllen-velferdsteknologi" som ble kjøpt privat, og "gjør det selv-velferdsteknologi" som var vanlige produkter tilpasset til å oppfylle individuelle behov. Pårørende var pådriverne for å få tak i teknologien, det var også dem som i hovedsak erfarte fordelene. Barrierer for bruken av velferdsteknologi handlet om pris, dilemmaer knyttet til når det var best å bruke velferdsteknologien, samt mangel på informasjon og støtte fra helse- og omsorgstjenesten om hvordan å få |

| | |
|----------------------------|--|
| | tilgang til, hvordan dra nytte av og når og hvordan teknologien kan bli brukt. |
| Kvalitetsvurdering | Publisert i fagfellevurdert tidsskrift. Kan tenkes å være litt gammel med tanke på at teknologien utvikler seg raskt, men vi anser likevel resultatene i artikkelen til å være relevante for vår studie. Vurdert til å være av god kvalitet etter sjekkliste fra Helsebiblioteket (2016), på tross av at det ikke er redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. Etiske overveielser er heller ikke redegjort for, men det oppgis etisk godkjenning fra East of England Research Ethics Committee. |
| Etiske overveielser | Etiske overveielser er ikke redegjort for, men det oppgis godkjenning fra East of England Research Ethics Committee. |
| Relevans | Artikkelen er av relevans for vår oppgave da den gir oss informasjon om hvordan velferdsteknologien blir brukt både av personer med demens, men også deres pårørende. |

Tabell 6. Artikkel 4.

| | |
|------------------------------|--|
| Artikkel 4 Norge | Johannessen, T. B., Storm, M. & Holm, A. L. (2019). Safety for older adults using telecare: Perceptions of homecare professionals. <i>Nursing Open</i> , 6(3), 1254-1261. https://doi.org/10.1002/nop2.328 |
| Type studie | Kvalitativ |
| Hensikten med studien | Hensikten med studien er å utforske helsepersonells oppfatninger av trygghet ved bruk av velferdsteknologi for eldre. |
| Metode | Fokusgrupper basert på semistrukturert intervjuguide |
| Utvalg | Ti kvinnelige ansatte innen hjemmetjenesten, hvorav ni var sykepleiere og én var ergoterapeut. Disse var fra to norske kommuner. Kriterier for å få være med i studien var at de ansatte måtte ha minst seks måneders arbeidserfaring med bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmetjenesten. |
| Hovedfunn | Deltakerne opplevde at bruk av velferdsteknologi for eldre |

| | |
|----------------------------|--|
| | forhindret skade og ga en følelse av trygghet. De uttrykte imidlertid også at bruk av velferdsteknologi innebærer utfordringer som kan føre til skade for eldre personer på grunn av teknologiske begrensninger og vanskeligheter med å forstå teknologien. Selv om velferdsteknologi kan øke sikkerheten, er det nødvendig å utvikle pålitelig teknologi og tilpasse den til brukerens evner, ferdigheter og ressurser. |
| Kvalitetsvurdering | Artikkelen er av nyere dato og fra et fagfellevurdert tidsskrift. Vi vurderer artikkelen til å være av god kvalitet etter sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2016). |
| Etiske overveielser | Godkjent av NSD. Etiske overveielser er redegjort for, blant annet at deltakerne ble gitt både skriftlig og verbal informasjon i forkant av studien. I tillegg ble skriftlig informert samtykke innhentet og deltakerne ble anonymisert. |
| Relevans | Artikkelen er relevant for vår oppgave da den gir oss innblikk i hvilke erfaringer helsepersonell har med bruken av velferdsteknologi. Selv om artikkelen ikke bare omhandler brukere med demens, legges det frem konkrete erfaringer knyttet til denne brukergruppen. |

Tabell 7. Artikkel 5.

| | |
|------------------------------|--|
| Artikkel 5 Sverige | Lindqvist, E., Nygård, L. & Borell, L. (2013). Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 20(5), 386-396. https://doi.org/10.3109/11038128.2013.766761 |
| Type studie | Kvalitativ |
| Hensikten med studien | Hensikten var å beskrive hvordan mennesker i en tidlig fase av Alzheimers ble brukere av velferdsteknologi, og hva bruken av velferdsteknologi fikk å bety for disse menneskene samt deres pårørende. |
| Metode | Semi-strukturert intervju |

| | |
|----------------------------|--|
| Utvalg/populasjon | 10 deltakere med en gjennomsnittsalder på 66.6 år Inklusjonskriteriene var at deltakerne var diagnostert med Alzheimers, visste selv om diagnosen og følte seg komfortable med å snakke om erfaringer relatert til diagnosen. De måtte også være interesserte i å prøve velferdsteknologi for kognitiv støtte i hverdagen i en periode på 6 måneder. |
| Hovedfunn | På vei til å bli en bruker av velferdsteknologi, ble 4 hinder identifisert, hvor brukernes valg var av stor betydning. Disse valgene påvirket om de skulle bli brukere av velferdsteknologi eller ikke og handlet om hvordan det første valget ble tatt, hvordan velferdsteknologien ble innarbeidet i rutiner, om brukeren stolte på velferdsteknologien og om brukeren følte økt følelse av mestring ved bruk av velferdsteknologien. Deltakerne opplevde at velferdsteknologien sparte dem for tid og krefter, opplevde mindre bekymringer og stress, økt følelse av trygghet. Dette førte til at de fikk gjennomført aktiviteter som ble satt pris på av brukeren som for eksempel helsefremmende sosiale aktiviteter. |
| Kvalitetsvurdering | Artikkelen er fra et fagfellerurdert tidsskrift og vurdert til å være av god kvalitet etter sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). Den er imidlertid fra 2013, og på grunn av at teknologien stadig er i utvikling kan det svekke kvaliteten på resultatene. Vi har likevel valgt å inkludere studien, da resultatene gir oss verdifull informasjon om hvilke faktorer som påvirker bruk av velferdsteknologi for personer med demens. |
| Etiske overveielser | Etisk godkjenning fra The regional ethical review board in Stockholm, Sweden. Redegjør for etiske overveielser som at det blant annet ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om målet med studien, samt at det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne. I tillegg ble det sørget for deltakernes trygghet ved at de mottok informasjon om teknologiens begrensninger i forkant av studien. |
| Relevans | Artikkelen er relevant for vår oppgave da den legger frem erfaringer rundt det å bli brukere av velferdsteknologien. Erfaringene innhentes fra både personer med demens og |

| | |
|--|--|
| | deres pårørende. Den gir oss nyttig informasjon om hvilke faktorer som må være til stede for at personen skal bli en bruker av velferdsteknologi, samt noen mulige hinder. |
|--|--|

3.3 Etikk

Nasjonale og internasjonale forskningsetiske retningslinjer legger grunnlaget for hva som er etisk god og forsvarlig forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018).

Forskningsetikk handler i stor grad om å ivareta personvernet til dem som deltar i forskningen (Dalland, 2017, s. 236). I tillegg er det viktig at forskningen ikke påfører noen noe skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2017, s. 236). I og med at vi gjennomfører en litteraturstudie står vi ikke selv for noe forskning, men vi er opptatt av at studiene vi bruker har gjort gode etiske overveielser. Vi har blant annet sett på at deltakerne har gitt samtykke til å være med i forskningen, da det alltid skal være frivillig å delta i forskning, og at det er gitt tilstrekkelig med informasjon til den som skal samtykke (NSD, u.å.). I tillegg har vi vært bevisst på at personer med demens kan ha varierte evner til å ta beslutninger basert på egne interesser (Berentsen, 2010, s. 379), og at de derfor kan være en sårbar gruppe man må ta ekstra hensyn til ved forskning (NSD, u.å.). Alle artiklene vi har med i studien vår har fått etisk godkjenning. Likevel kan bruk av internasjonal forskning være utfordrende når det kommer til etikk. Dette fordi vi ikke alltid vet hvilke kriterier som ligger til grunn hos de ulike instansene som foretar etisk godkjenning.

3.4 Analyse

Analyse handler om å dele teksten opp i mindre deler for så å sette det sammen igjen på en ny måte (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). Med problemstillingen foran oss; *Hvordan erfarer personer med demens, pårørende og helsepersonell bruken av velferdsteknologi i demensomsorgen?*, startet vi å lese artiklene nøye flere ganger. Vi leste dem både fra start til slutt og enkelte avsnitt. Ved å gjøre dette får man en bedre forståelse av innholdet, og sikrer at man får med seg sentrale poeng (Thidemann, 2019, s. 92). Deretter kodet vi forskningsspørsmålene med farger, og brukte disse fargekodene til å markere innhold fra resultatdelen i artiklene, knyttet til det enkelte forskningsspørsmål. Thidemann beskriver

det man markerer som meningsbærende enheter, hvor enhetene handler om det forskningsspørsmålene søker svar på (Thidemann, 2019, s. 93).

Etter å ha markert med fargekoder, satte vi opp en tabell som et verktøy for å lettere få en oversikt over innholdet. En slik oversikt kan gjøre det lettere å identifisere felles temaer (Thidemann, 2019, s. 95). Vi kodet de meningsbærende enhetene. Koder er ord som beskriver hva de ulike enhetene handler om (Thidemann, 2019, s. 93). Videre samlet vi disse kodene til midlertidige tema. I denne prosessen var det nødvendig å gå frem og tilbake for å finne temaer som dekket det tilhørende innholdet. De endelige temaene belyser erfaringene som fremkom, og blir presentert i resultatdelen. Et utdrag av analysetabellen vises i tabell 8.

Tabell 8. Analysetabell.

| Forskningsspørsmål/hovedtema: Hvilke fordeler opplever personer med demens, pårørende og helsepersonell ved bruk av velferdsteknologi? | | | |
|--|--|------------------------|----------------|
| Tekstutdrag fra artikkel 1 (Fänge et al., 2019) | Kondensert tekst | Kode | Undertema |
| "I feel safe with the technology I have in my house." | Person med demens føler seg trygg | Følelse av trygghet | Trygghet |
| By monitoring the activities, the family members could detect potentially dangerous behaviours at an early stage. | Pårørende har kontroll over potensielt farlige situasjoner | Forebygge skade | Trygghet |
| the routine message they received saying that everything was okay was experienced as positive | Pårørende likte å ha kontroll på at alt var som det skulle | Trygghet for pårørende | Trygghet |
| "... and enables the person with dementia to stay in ordinary housing and postpone a move to a nursing home" | Person med demens kan bo lenger hjemme | Klare seg selv | Selvstendighet |

Fritt etter Thidemanns beskrivelse av analyseprosessen (2019, s. 93).

4 Resultat

Vi vil nå presentere resultatene fra artiklene som belyser problemstillingen vår. En av hensiktene med kvalitativ forskning er å få frem nyanser (Thidemann, 2019, s. 76). Gjennom analysen fremkom sammenfall og skillelinjer i materialet. Vi har valgt å presentere resultatene etter tema som fremkom i analysen, og vil presentere perspektivene fra både personer med demens, pårørende og helsepersonell samlet under de ulike temaene. Til det første forskningsspørsmålet, om hvilke fordeler som oppleves med bruk av velferdsteknologi, kom følgende undertemaer frem: Trygghet, selvstendighet og livskvalitet. Til det andre forskningsspørsmålet, om hvilke utfordringer som oppleves ved bruk av velferdsteknologi, fremkom følgende undertemaer: Falsk trygghet, demensrelaterte utfordringer, etiske dilemmaer og at teknologien må virke i henhold til forventningene.

4.1 Hvilke fordeler opplever personer med demens, pårørende og helsepersonell ved bruk av velferdsteknologi?

4.1.1 Trygghet

Noe som går igjen i artiklene er at velferdsteknologi skaper trygghet både for bruker og for pårørende (Fänge, Carlsson, Chiatti & Lethin, 2019; Fæø, Bruvik, Tranvåg & Husebo, 2020; Gibson, Dickinson, Brittain & Robinson, 2015; Johannessen, Storm & Holm, 2019a; Lindqvist, Nygård & Borell, 2013). Helsepersonell forteller at de opplever at man kan unngå skade ved bruk av velferdsteknologi, blant annet ved å bruke GPS for å lokalisere brukere som har gått seg bort (Johannessen et al., 2019a). GPS ga også trygghet til personer med demens slik at noen av dem kunne fortsette med aktiviteter de hadde gjort før, som for eksempel gå tur i skogen, uten å bekymre seg for om de fant veien hjem (Lindqvist et al., 2013).

Trygghetsalarmen blir også trukket frem som et godt sikkerhetstiltak både av helsepersonell og personer med demens (Fæø et al., 2020; Johannessen et al., 2019).

Velferdsteknologien gir pårørende en følelse av trygghet og kontroll, samt reduserer den fysiske og psykiske belastningen, da de blant annet kan følge med på personen uten å fysisk være sammen med dem (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015).

4.1.2 Selvstendighet og livskvalitet

Velferdsteknologi gjør i mange tilfeller livet lettere for personen med demens, slik at de blir mer selvstendige, kan bo lenger hjemme og ha en følelse av kontroll i eget liv (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015; Lindqvist et al., 2013). Noen personer med demens opplever mindre stress og bekymringer etter at de tok i bruk velferdsteknologi, og at de ble mer selvstendige (Lindqvist et al., 2013). Følelsen av selvstendighet kan også bidra til å opprettholde helse og sosiale aktiviteter. En deltaker beskriver det som at hun nå kan være med på sosiale aktiviteter. Tidligere gikk hun ofte hjem fordi hun var bekymret for om hun hadde skrudd av diverse apparater hjemme, det trengte hun ikke lenger på grunn av velferdsteknologien (Lindqvist et al., 2013).

4.2 Hvilke utfordringer opplever personer med demens, pårørende og helsepersonell ved bruk av velferdsteknologi?

4.2.1 Falsk trygghet

Johannessen et al. (2019a) og Fänge et al. (2019) beskriver begrensninger ved teknologien som kan føre til skade for brukerne. Helsepersonell kunne blant annet fortelle om utfordringer knyttet til bruk av GPS, hvor posisjonen forsvant dersom vedkommende var i en bygning, bil eller skog (Johannessen et al., 2019a). Pårørende forteller om tilfeller hvor personen med demens hadde fjernet velferdsteknologien uten at noen hadde oppdaget det umiddelbart, slik at det potensielt kunne oppstått farlige situasjoner (Fänge et al., 2019). Andre tilfeller av falsk trygghet var at helsepersonell flere ganger hadde erfart at personer med demens hadde vansker med å forstå teknologien og for eksempel ikke klarte å trykke på trygghetsalarmen når det var nødvendig. (Johannessen et al., 2019a).

4.2.3 Demensrelaterte utfordringer

Personer med demens har ofte vansker med å forstå teknologien og dens hensikt (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a; Lindqvist et al., 2013). Flere pårørende kunne fortelle om episoder hvor de hadde prøvd å introdusere helt enkle ting, men at personen med demens likevel ikke klarte ta det inn over seg (Gibson et al., 2015). Det ble også rapportert om tilfeller hvor personen med demens enten glemte å bruke velferdsteknologien helt, eller glemte hvordan den skulle brukes (Fänge et al., 2019;

Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a). Både helsepersonell og pårørende opplevde det som utfordrende å lære personer med demens hvordan de skulle bruke velferdsteknologien (Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a). I to av studiene ble det poengtert at demens er en progredierende sykdom og at timing derfor er avgjørende for suksessfull implementering (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). Flere pårørende uttrykte frustrasjon over at velferdsteknologi ble introdusert for sent (Gibson et al., 2015). De mente det var viktig å introdusere teknologien tidlig i sykdomsforløpet, når personen fortsatt har mulighet til å forstå den (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). Dersom man lykkes med å introdusere velferdsteknologien tidlig nok, er sjansen større for at bruken blir integrert som en del av rutinene til personen med demens og vil vedvare selv om sykdomstilstanden forverres (Gibson et al., 2015; Lindqvist et al., 2013).

4.2.4 Ethiske dilemma

Det ble i de fleste studiene identifisert utfordringer knyttet til etikk, både for personen med demens men også for pårørende (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015; Lindqvist et al., 2013). For personene med demens ble det trukket fram at de i flere tilfeller ikke lenger var klar over at de hadde velferdsteknologi installert, som for eksempel GPS eller sensorer (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). I denne sammenheng la informantene i studien til Fänge et al. (2019) vekt på at det var viktig med kontinuerlig samtykke fra personene med demens. Samtidig kunne noen personer med demens fortelle at de ikke brukte teknologien for egen del, men for å tilfredsstille ønsket fra pårørende (Gibson et al., 2015; Lindqvist et al., 2013). De så ikke på velferdsteknologi som en fordel for seg selv, men heller som en ulempe de måtte tolerere av hensyn til deres pårørende (Gibson et al., 2015).

Selv om pårørende så flere fordeler med velferdsteknologi, erfarte de fleste at det også førte med seg mer arbeid for dem som pårørende (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). Det krevde ofte mye innsats fra pårørende for at personen med demens skulle lære seg å bruke velferdsteknologien (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). I noen tilfeller var det pårørende som var mottaker av utløste alarmer. Dette kunne føre til en rollekonflikt for pårørende som opplevde at de måtte ha mye mer ansvar enn å "bare" være familie (Fänge et al., 2019).

4.2.5 Teknologien må virke i henhold til forventningene

Samtlige studier inkludert i oppgaven påpeker svakheter ved de teknologiske løsningene (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a; Lindqvist et al., 2013). Dette kunne blant annet være at alarmer ble utløst uten grunn, eller at de ikke ble utløst når de skulle (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a). Alarmer som gikk av uten grunn kunne forårsake at personen med demens ble skremt eller fortvilet (Gibson et al., 2015). En person med demens som i utgangspunktet likte veldig godt å bake, hadde nå sluttet med dette på grunn av en komfyrvakt som i følge brukeren levde sitt eget liv (Fæø et al., 2020). Viktigheten av å kunne stole på teknologien ble også fremhevet, og dette hang ofte sammen med om teknologien virket i henhold til forventningene (Fänge et al., 2019; Lindqvist et al., 2013).

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Vi vil i de følgende kapitlene diskutere resultatene våre opp mot teori og problemstilling. Med bakgrunn i de temaene som fremkom i analysen, vil vi diskutere erfaringene de ulike gruppene hadde. Vi har valgt å drøfte de ulike perspektivene i lys av hverandre for å tydeliggjøre sammenfallende og sprikende meninger.

5.1.1 Trygghet eller falsk trygghet?

Thygesen (2019, s. 104) påpeker at å bevare trygghet og sikkerhet for personer med demens er noe av det som er mest utfordrende for helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal sikre at brukerne får trygge og forsvarlige helsetjenester. Et av målene med velferdsteknologi er ifølge Hagen-utvalgets definisjon (NOU 2011:11, s. 98) nettopp å skape økt trygghet for både brukere og pårørende. Resultatene våre viser til flere informanter som erfarer at velferdsteknologiske løsninger bidrar til trygghet for personer med demens (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a; Lindqvist et al., 2013). Trygghets- og sikkerhetsteknologi kan både være løsninger som utløses av seg selv og løsninger som krever at brukeren selv betjener enheten (NOU 2011:11, s. 100). Informantene i studiene hadde erfaringer med begge disse typene trygghets- og sikkerhetsteknologi (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a; Lindqvist et al., 2013).

Gjennomgående viser resultatene at spesielt personer med demens og pårørende får en økt følelse av trygghet ved bruk av velferdsteknologi (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a; Lindqvist et al., 2013). Men på tross av dette må man være bevisst den falske tryggheten velferdsteknologien kan gi. Demens er en progredierende sykdom som innebærer at ferdigheter stadig forverres (Solheim, 2015, s. 17). Korttidshukommelsen er en av ferdighetene som ofte svikter tidlig (Solheim, 2015, s. 25). Kognitiv svikt kan føre til at det oppstår farlige situasjoner ved at personen med demens glemmer å bruke teknologien eller ikke lenger forstår hvordan den skal brukes. En type teknologi kan den ene dagen gi trygghet, mens neste dag kan det være en falsk trygghet

dersom personen med demens plutselig har glemt hvordan den fungerer. Selv om Bjørneby (2015, s. 161) mener at trygghetsalarm ikke egner seg for personer med demens nettopp fordi de enten glemmer å bruke den, eller bruker den ukritisk, viser resultatene våre at flere personer med demens og helsepersonell erfarte trygghetsalarmen som et godt sikkerhetstiltak (Fæø et al., 2020; Johannessen et al., 2019).

I resultatene gis det flere eksempler på at velferdsteknologien kan forhindre skader (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a; Lindqvist et al., 2013). En person med demens forklarer blant annet at hun setter pris på at komfyrvakten slår av ovnen dersom hun glemmer det (Fæø et al., 2020). Velferdsteknologi kan imidlertid gi en falsk trygghet når teknologien plutselig ikke fungerer som den skal. Tekniske utfordringer beskrives av flere av deltakerne i studiene, deriblant sensorer som ikke registrerer det de skal, signal som faller ut eller alarmer som ikke blir utløst (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a). Dette kan være utfordrende da pårørende og/eller helsepersonell kan tro at personen med demens har det helt fint i og med at de ikke har fått noen varsler, mens realiteten kan være at personen med demens egentlig trenger hjelp. Selv om bruk av teknologi i helsetjenestene øker tryggheten for hjemmeboende, er det et sårbart system som kan skape utrygge situasjoner dersom det ikke fungerer som det skal (Johannessen et al., 2019b).

5.1.2 Pårørendes rolle ved bruk av velferdsteknologi

Gjennom analysen kom det frem at pårørende i stor grad var involvert i bruk av velferdsteknologi for personer med demens (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015; Lindqvist et al., 2013). Thygesen (2019, s. 27) skriver at ved bruk av velferdsteknologi for personer med demens er det i mange tilfeller pårørende som blir direkte brukere av teknologien. Forskning viser at familieomsorgen de siste tiårene har tilsvart rundt 100 000 årsverk (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 58). Engedal (2016, s. 155) beskriver at det kan være utfordrende å være ektefelle til en person med demens, både følelsesmessig, men også på et praktisk plan. Resultatene viser at for pårørende oppleves velferdsteknologi som positivt da det gir dem støtte og kontroll, samt minsker bekymringer de har for personen med demens (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). Likevel viser resultatene på en annen side

at velferdsteknologien fører med seg ekstra arbeid for pårørende (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015).

På grunn av nedsatt kognitiv funksjonsevne har personer med demens ofte behov for hjelp og støtte fra pårørende for å lære seg nye ting (Engedal, 2016, s. 48). Dette viser resultatene våre at også gjelder ved innlæring av teknologi (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015).

Pårørende får dermed en rolle som noe mer enn bare familie, og må ta et større ansvar. I *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 42) påpekes det at familien kan bidra med omsorg så lenge de ikke må ha hele ansvaret. Pårørende i artikkelen til Fänge et al. (2019) nevner imidlertid at de føler at ansvaret for teknologien fører til en rollekonflikt. De ønsker ikke å være omsorgsperson for personen med demens, men heller fortsette i rollen som pårørende. Da pårørende i noen tilfeller må være mottaker av varsler (Melting & Frantzen, 2015, s. 4), kan denne rollekonflikten være et hinder for implementering av velferdsteknologi. Thygesen (2019, s. 111) viser til at det stilles krav til at personen som skal ha GPS må ha en nær pårørende som kan ta på seg større ansvar og følge opp bruk av GPSen. På tross av at velferdsteknologi medfører mer ansvar for pårørende, viser undersøkelser at pårørende ikke får redusert livskvalitet av å gi omsorg til eldre (Hansen, Slagsvold, og Ingebretsen, 2012, sitert i Meld. St. 29 (2012-2013), s. 59).

Det kom frem i resultatene at flere av personene med demens ikke selv så verdien i velferdsteknologi, men aksepterte bruken av den etter ønske eller overtalelse fra deres pårørende (Gibson et al., 2015; Lindqvist et al., 2013). Et viktig spørsmål å stille er derfor hvem det er som egentlig har nytte av velferdsteknologien (Hofmann, 2019, s. 18). Ifølge definisjonen til Hagen-utvalget, kan teknologien også fungere som støtte til pårørende (NOU 2011:11). Det at personen med demens aksepterer teknologien for å tilfredsstille pårørendes ønske, kan likevel være en etisk utfordring. Resultatene våre viste flere tilfeller hvor personen med demens ikke visste om at de hadde velferdsteknologi (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal sikre at tiltak ikke igangsettes uten samtykke eller mot en pasient eller brukers vilje, med mindre det er nødvendig for å hindre vesentlig skade. Selv om personen med demens i utgangspunktet har gitt samtykke til å få velferdsteknologien installert, kan vedkommende ha glemt det igjen etter kort tid. Dermed kan det være etisk utfordrende å bruke velferdsteknologi for

personer med demens, da mange på grunn av den svekkede hukommelsen (Solheim, 2015, s. 23) glemmer at de har gitt samtykke. I resultatene våre poengteres det av pårørende at kontinuerlig informert samtykke derfor er viktig (Fänge et al., 2019).

5.1.3 Nye former for omsorg

Det er en kjent utfordring at mange er redde velferdsteknologi skal erstatte menneskelig omsorg (Moser & Thygesen, 2013, s. 146). Flere ser på velferdsteknologien som kald og ufølsom, og at den derfor ikke har noe i omsorgssektoren å gjøre (NOU 2011:11, s. 109). På tross av dette viser resultatene våre at disse bekymringene kun fremkommer hos et fåtall av informantene (Gibson et al., 2015). Dette i form av at pårørende ser på velferdsteknologien som et nyttig hjelpemiddel, men at omsorg fra ekte personer er å foretrekke (Gibson et al., 2015). I *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 109) understrekes det at menneskelig omsorg og fysisk nærhet aldri vil kunne bli erstattet av velferdsteknologi. Samtidig reiser Thygesen (2009, s. 101) spørsmålet om velferdsteknologien rett og slett kan åpne for mer menneskelig omsorg. Ved å supplere med teknologi, kan helsepersonell bruke mer tid på personlig pleie og omsorg (Bjørneby, 2015, s. 162). På samme måte kommer det også frem i resultatene våre at ved hjelp av velferdsteknologi kan personer med demens i større grad delta i sosiale aktiviteter (Lindqvist et al., 2013). Dette samsvarer med Helsedirektoratet (2012, s. 11) sitt mål om at velferdsteknologi skal bidra til redusert ensomhet.

Bjørneby (2015, s. 162) legger frem at flere personer med demens ønsker å bo hjemme lenger. Dette presenteres også i Demensplan 2025 (2020, s. 6), samtidig som det legges vekt på at tilrettelegging for egenmestring er viktig for å imøtekomme disse ønskene. Teknologien skal være en støtte i fremtidens tjenester ved å legge til rette for blant annet hjelp til selvhjelp og selvstendighet (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 109). Velferdsteknologien skal på denne måten gjøre det mulig å eldes i eget hjem, på tross av utfordringer med å mestre daglige aktiviteter (Thygesen, 2015). Dette kommer også frem i resultatene våre da det blir lagt frem hvordan velferdsteknologi gjør personen med demens mer selvstendig slik at de kan bo lenger hjemme (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015; Lindqvist et al., 2013).

5.1.4 Rett tjeneste til rett tid

I analysen kom det frem hvordan timing var avgjørende for at velferdsteknologien skulle fungere optimalt (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). Resultatene våre viser at teknologi som brukeren selv aktivt må betjene, sannsynligvis ikke vil ha noen positiv effekt om den introduseres for sent (Gibson et al., 2015). Resultatene viser også at dette trolig kommer av at personen med demens muligens ikke lenger vil være i stand til å forstå poenget med teknologien eller hvordan den brukes, grunnet svikt i kognitive funksjoner (Gibson et al., 2015). Å tilby rett tjeneste til rett tid krever at man kontinuerlig har fokus på sykdommens utvikling, og stadig kartlegger både gjenværende ressurser og svikt i funksjoner (Solheim, 2015, s. 79). Nordlund, Thronsen og Linde (2015, s. 69) poengterer at grundig kartlegging er nødvendig for å sikre at tiltak er av god kvalitet og ikke tilfeldige. Vernepleieren har ferdigheter i systematisk kartlegging som skal bidra til at brukerne får tiltak tilpasset deres behov (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019). Solheim (2015, s. 95) skriver imidlertid at det å registrere og anerkjenne de gjenværende ressursene, ofte kan være noe av det som er mest utfordrende - både for helsepersonell og pårørende. Da demens er en progredierende sykdom, vil behovene til personen med demens stadig endre seg (Solheim, 2015, s. 71). Likevel legges det vekt på at ved å ha fokus på de gjenværende ressursene og være bevisst på hva personen med demens er i stand til å håndtere, er det større sannsynlighet for at tiltakene man introduserer vil fungere for vedkommende (Solheim, 2015, s. 71).

Noe annet som kom tydelig frem i analysen, er at teknologi som fungerer for én person med demens, ikke nødvendigvis fungerer for en annen (Fänge et al., 2019; Fæø et al., 2020; Gibson et al., 2015; Johannessen et al., 2019a; Lindqvist et al., 2013). Dette henger trolig sammen med at demens kan betegnes som en heterogen tilstand (Egan & Pot, 2016). Det indikerer at sykdomsforløpet, og dermed også behovene, vil variere fra person til person (Bjørneby, 2015, s. 159). Dette fordrer et behov for individuelt tilrettelagte tjenester, noe som er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Individuelt tilrettelagte tjenester innebærer også individuelt tilrettelagt omsorg, som er et av hovedelementene i personsentrert omsorg (Aldring og helse, u.å.). Personsentrert omsorg, hvor man legger vekt på å prøve å forstå perspektivet til personen med demens (Aldring og helse, u.å.), står i motsetning til å kun fokusere på diagnosen og begrensningene som medfølger (Solheim,

2015, s. 55). Alle personer med demens vil ha ulike livshistorier, interesser og erfaringer, noe som har betydning for hvilke teknologiske løsninger som vil være hensiktsmessige for den enkelte (Bjørneby, 2015, s. 159).

5.1.5 Frihet eller overvåking?

Resultatene belyser etiske problemstillinger knyttet til bruk av sporings- og overvåkingsteknologi (Fänge et al., 2019; Gibson et al., 2015). Selv om flere av de pårørende setter pris på at de kan ha kontroll på personen med demens uten å være fysisk tilstede, stiller noen av dem spørsmål rundt ivaretagelse av personvern ved bruk av denne type teknologi (Fänge et al., 2019). I *Morgendagens omsorg* blir det også lagt frem hvordan velferdsteknologi bringer med seg utfordringer knyttet til privatliv og personvern (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 112). Resultatene viser at noen personer med demens koplet fra teknologien da de ikke likte følelsen av å bli overvåket (Fänge et al., 2019). Thygesen (2011) reiser spørsmålet om velferdsteknologi bidrar til overvåking eller våking over. Hun presiserer imidlertid at teknologi brukt på riktig i måte i riktig setting, vil bidra til våking over fremfor overvåking. For å vurdere om en løsning er etisk riktig, vil det ved siden av å ta hensyn til lovverk og retningslinjer, være sentralt å bruke faglig skjønn for å vurdere konteksten i den enkelte situasjon (Thygesen, 2019, s. 39).

Hofmann (2010, s. 12) understreker at sporings- og overvåkingsteknologi har som formål å beskytte personen, men at dette gjøres ved å begrense vedkommendes frihet. Likevel kan det diskuteres om velferdsteknologien kanskje vil føre til økt frihet. Bruk av sporingsteknologi kan gjøre at personer med demens kan oppleve mer frihet i form av at de kan gå ut alene og likevel føle seg trygge (NOU 2011:11, s. 116). I resultatene forteller en informant om hvordan hun ble redd for å gå tur i skogen etter at hun fikk demensdiagnosen, men at hun nå med bruk av GPS følte seg trygg nok til å gjenoppta aktiviteten. Sett fra en annen side kan velferdsteknologien kanskje være mindre frihetsberøvende enn andre alternativer. Vandring er en atferd som forekommer hos mange personer med demens (Engedal & Haugen, 2009, s. 313), og dette kan bli en utfordring når vedkommende går ut og ikke finner veien hjem (Thygesen, 2019, s. 102). I slike tilfeller kan dørsensorer være mindre frihetsberøvende enn for eksempel låste dører. Hva som blir regnet som det beste alternativet, henger sammen med hva man definerer som god omsorg. I følge Thygesen

(2011, s. 16) handler god omsorg om “[...] å finne det omsorgsarrangementet som er minst begrensende for alle de involverte”.

5.2 Metodediskusjon

Forsberg og Wengström (2015, s. 158) poengterer at man bør diskutere litteratursøket, utvalget, generaliserbarhet og eventuelle begrensninger ved studien. Hvilke konklusjoner man kan trekke ut i fra oppgaven, avhenger av valg av metode og utvalgsprosess (Forsberg & Wengström, 2015, s. 158). Ved å redegjøre for alle trinn i forskningsprosessen synliggjør man reliabiliteten (Ellingsen & Drageset, 2008). Studiens reliabilitet handler om pålitelighet, mens validitet handler om studiens relevans og gyldighet (Dalland, 2017, s. 40). Både reliabilitet og validitet er av stor betydning for at andre skal kunne ha nytte av kunnskapen som kommer frem i studien.

For å styrke studiens reliabilitet, er det viktig å være bevisst egen forforståelse. Forforståelse er den kunnskapen man har på forhånd på det området man skal undersøke (Forsberg & Wengström, 2015, s. 40). Forforståelsen har betydning for hvordan kunnskapen blir lagt frem (Ellingsen & Drageset, 2008). Den kan også påvirke hvordan data tolkes (Forsberg & Wengström, 2015, s. 130-131). På samme måte som forskerne i artiklene vi har med i studien oppgir bevissthet rundt egen forforståelse, har også vi prøvd å være bevisst på vår forforståelse når vi tolker resultatene i artiklene.

Søkestrategien vår og valgene vi har gjort i forbindelse med søk har i stor grad påvirket resultatene vi har fått. Valg av søkeord, databaser og inklusjons- og eksklusjonskriterier er avgrensninger som kan ha ført til at vi har gått glipp av relevante og interessante studier. Andre valg av for eksempel databaser kunne gitt oss andre treff, men vi så oss nødt til å ekskludere de databasene vi vurderte som minst aktuelle for vårt tema, for å ha bedre tid til å søke systematisk i de vi valgte. Som beskrevet i metodedelen oppdaget vi at MeSH- og Cinahl major headings-ordene vi brukte i søk-ordene vi brukte i søk ikke alltid dekket nøkkelordene som relevante artikler var merket med. Dette gjorde det utfordrende å finne relevante artikler som besvarte problemstillingen vår gjennom systematisk søk, og det kan

derfor tenkes at vi har gått glipp av noen artikler som egentlig kunne vært aktuelle og interessante.

Funnene vi presenterer er i stor grad preget av begrepsforståelse. Velferdsteknologi er et relativt nytt begrep som i hovedsak bare brukes i skandinavisk kontekst, og selv i Skandinavia er ikke definisjonen lik i de ulike landene. Det viser seg at andre land, som blant annet Danmark, ikke skiller mellom tekniske hjelpemidler og det vi definerer som velferdsteknologi (Thygesen, 2019, s. 28). Det ble på grunn av dette utfordrende å finne studier som hadde samme forståelse av velferdsteknologi som det vi har i Norge. Likevel kan mange av de teknologiske hjelpemidlene som blir brukt i de inkluderte artiklene, bli definert som velferdsteknologi i Norge. Det er konteksten de blir brukt i som ikke er den samme, og det er den som i følge Hagen-utvalgets definisjon avgjør om et teknologisk hjelpemiddel er velferdsteknologi (Thygesen, 2015, s. 6). På tross av dette mener vi funnene kan være overførbare, da det er erfaringer knyttet til bruk vi er ute etter. På grunn av dette har vi valgt å utelate erfaringer som handler om rammene rundt, for eksempel erfaringer knyttet til oppfølging. Likevel kan det hende at denne vurderingen kan påvirke studiens reliabilitet og validitet. Det kan diskuteres om det hadde vært hensiktsmessig å avgrense type teknologi. Flere av artiklene som ble inkludert i oppgaven vår handlet i hovedsak om trygghets- og sikkerhetsteknologi. Ved å ha avgrenset oppgaven og hatt artikler som kun omhandlet denne typen teknologi, kunne vi ha fått en enda dypere forståelse om akkurat denne teknologien.

Begrepsforståelse var også en utfordring i forbindelse med oversettelse fra engelsk. Ingen av artiklene vi brukte var skrevet på norsk. Dette skapte noen utfordringer med å oversette enkelte begrep. Vi diskuterte ofte ulike betydninger ord kunne ha, og hvilken betydning det fikk for hvordan vi tolket resultatet. Hvordan vi har tolket begrepene kan spille inn på studiens reliabilitet. Vi kan ha misforstått deler av resultatene i artiklene vi har brukt, og dermed fått et feil resultat i vår egen studie.

Alle artiklene vi har inkludert i studien vår benytter kvalitativ metode. I motsetning til kvantitativ metode som kjennetegnes ved breddekunnskap, gir kvalitativ metode dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 76). Artiklene som er inkludert i oppgaven vår hadde

mellom 10 og 39 informanter. Dette er et relativt lite utvalg, og resultatene som kommer frem er derfor ikke nødvendigvis generaliserbare, da vi ikke kan si med sikkerhet at informantene som er med i studien er representative for gruppen de er valgt ut fra (Sverdrup, 2020, s. 60) Generaliserbarhet er imidlertid heller ikke formålet med kvalitative studier, da man søker meninger og erfaringer (Dalland, 2017, s. 52). Resultatene kan på denne måten gi god dybdekunnskap på temaet og et innenfra-perspektiv (Dalland, 2017, s. 53). På bakgrunn av dette vurderte vi artikler som benyttet kvalitativ metode som hensiktsmessig for å få svar på vår problemstilling. Vi så også verdien av at vi som fremtidige vernepleiere får et innblikk i hvordan et utvalg mennesker opplever bruken av velferdsteknologi i demensomsorgen.

En styrke med studien kan være at vi har inkludert data fra både personer med demens, pårørende og helsepersonell. Implementering av velferdsteknologi knyttes til flere ulike perspektiv, for eksempel er det i demensomsorgen like gjerne helsepersonell eller pårørende som blir de direkte brukerne av teknologien (Thygesen, 2019, s. 27). Ved å se på bruken av velferdsteknologi fra flere perspektiv, vil man få en bredere forståelse av temaet. Vi kunne valgt å bare inkludere én part sitt perspektiv, men dette ville gjort det mer utfordrende å overføre funnene til norsk kontekst. Likevel kan studiens reliabilitet ha blitt svekket da noen perspektiver fremmes mer enn andre. Vi har i studien kun inkludert én artikkel som viser til erfaringer fra helsepersonell. Dette fører til en skjevhet i data fra de ulike perspektivene. Selv om vi begrunner den vernepleiefaglige relevansen for temaet, inneholder ingen av artiklene vi har med i studien, erfaringer fra vernepleiere. Det kan derfor diskuteres om funnene vi presenterer er overførbare til vernepleieryrket. Vi mener likevel at funnene kan brukes i en vernepleiefaglig kontekst, da resultatene i hovedsak dreier seg om demensomsorgen og ikke om profesjon.

I valg av artikler til studien vår, har vi vært kritiske til dato for publisering. Dette grunnet at utviklingen av teknologi skjer raskt, og åpner for stadig flere muligheter innen helse og omsorg (Helsedirektoratet, 2012, s. 39). Selv om vi har prøvd å finne artikler av nyere dato, kan studiens validitet være noe svekket da det allerede kan ha skjedd teknologiske fremskritt som ville gitt oss andre resultater i dag.

Vi presenterte resultatene etter tema som fremkom i analysen, og brukte disse temaene som grunnlag for drøftingen. På denne måten kunne vi drøfte erfaringene fra de ulike gruppene i lys av hverandre, og få frem nyanser. Vi kunne valgt å presentere erfaringene i resultatdelen gruppevis, altså først presentere personer med demens sine erfaringer, deretter pårørende sine erfaringer og til slutt helsepersonell sine erfaringer. Vi kunne så videreført denne organiseringen til diskusjonen, for å tydeligere skille mellom de ulike gruppens erfaringer. Vi anså det imidlertid som mer interessant å drøfte de ulike gruppens perspektiv i lys av hverandre, da velferdsteknologi er et omdiskutert tema som påvirker flere parter hvor erfaringene vil variere.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer som finnes ved bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen. De demografiske endringene fører med seg et behov for å finne alternative måter å tilby helsetjenester på, og velferdsteknologi presenteres som en sentral del av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Demensomsorg er et felt hvor vernepleieren får en stadig større rolle, og som fremtidige vernepleiere anså vi det som relevant å tilegne oss mer kunnskap om velferdsteknologi i demensomsorgen.

Problemstillingen som ble undersøkt var: Hvordan erfarer personer med demens, pårørende og helsepersonell bruk av velferdsteknologi i demensomsorg? Vi benyttet oss av litteraturstudie som metode, og brukte allerede eksisterende forskning sammen med teori for å belyse problemstillingen. Hovedresultatene viser at velferdsteknologi kan skape trygghet og bidra til økt selvstendighet og livskvalitet, samtidig som det er utfordringer knyttet til falsk trygghet, demensrelaterte utfordringer, etiske dilemmaer og utfordringer knyttet til at teknologien ikke virker i henhold til forventningene. Erfaringene som fremkom i resultatene viste seg å være både sammenfallende og sprikende, og ble drøftet i lys av hverandre, teori og helsepolitiske føringer.

Vi konkluderer med at i de fleste tilfeller vil det være både fordeler og ulemper med velferdsteknologien, og disse må veies opp mot hverandre. Begrepet "one size fits all" kan ikke brukes om velferdsteknologi i demensomsorg. Det kreves kontinuerlig individuell tilrettelegging basert på personen med demens sine ressurser og utfordringer. I dette arbeidet kan vernepleieren, med sin unike kombinasjon av helse- og sosialfaglig kompetanse, spille en viktig rolle. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått verdifull kunnskap som kan være nyttig for oss som fremtidige vernepleiere i demensomsorg. Vi mener likevel at det er behov for mer kunnskap, spesielt blant vernepleiere og annet helsepersonell, om bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen. Vi oppfordrer derfor til videre forskning på området.

Referanser

- Aldring og helse. (u.å.). *Personsentrert omsorg*. Hentet 5. mai 2021 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>
- Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørneby, S. (2015). Hjelpemidler og velferdsteknologi. I K.V. Solheim (Red.) *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (s. 158-162). Universitetsforlaget.
- Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneverker: En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Egan, K.J. & Pot, A.M. (2016). Encouraging Innovation for Assistive Health Technologies in Dementia: Barriers, Enablers and Next Steps to Be Taken. *Jamda*, 17(4), 357-363. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.010>
- Ellingsen, K.E. (Red.). (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K.E & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning: en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*. 3(10), 23-38.
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens: Husk meg når jeg glemmer*. Pax forlag.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer - en lærebok* (5. utg.). Forlaget Aldring og helse.

Folkman, A. K., Fjetland, K. J. & Sverdrup, S. (2020). Grenser for tverrprofesjonelt samarbeid: Vernepleiere i demensomsorgen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(2), 140-153.
<https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-02-05>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur og kultur.

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-411>

Fänge, A. M., Carlsson, G., Chiatti, C. & Lethin, C. (2019). Using sensor-based technology for safety and independence - the experiences of people with dementia and their families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 648-657. <https://doi.org/10.1111/scs.12766>

Fæø, S.E., Bruvik, F.K., Tranvåg, O. & Husebo, B.S. (2020). Home-dwelling persons with dementia's perception on care support: Qualitative study. *Nursing Ethics*, 27(4), 991-1002.
<https://doi.org/10.1177/0969733019893098>

Gibson, G., Dickinson, C., Brittain, K. & Robinson, L. (2015). The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 15(1), Artikkel 89.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0091-3>

Gleditsch, R.F., Thomas, M. J. & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020: Modeller, forutsetninger og resultater* (Rapporter 2020/24). Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2020>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistet*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av*

velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. (IS-1990).

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf)

[2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf) /attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-

[4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf)

Helsedirektoratet. (2017). *Demens: Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_etiske_utfordringer_velferdsteknologi.pdf

- Isaksen, J., Paulsen, K.B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 117-127. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>
- Johannesen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 71-83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>
- Johannessen, T. B., Storm, M. & Holm, A. L. (2019). Safety for older adults using telecare: Perceptions of homecare professionals. *Nursing Open*, 6(3), 1254-1261. <https://doi.org/10.1002/nop2.328>
- Lindqvist, E., Nygård, L. & Borell, L. (2013). Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(5), 386-396. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.766761>
- Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd: samspill i praksis*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Melting, J.B. & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: Nasjonalt velferdsteknologiprogram* (IS-2416). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>

- Moser, I. & Thygesen, H. (2013). Velferdsteknologi og teleomsorg: Nye idealer og former for omsorg. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 144-158). Gyldendal Akademisk.
- Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: Kunnskapsbasert praksis - grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 28. april 2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Sårbare grupper*. Hentet 23. april 2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/sarbare-grupper/>
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Stokke, R., Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i hjemmetjenesten? - Trygghetsalarmen som case. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 7-20. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thygesen, H. (2009). *Technology and good dementia care: A study of technology and ethics in everyday care practice* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. VID:Open. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/2463491>

Thygesen, H. (2011). Fremtidens eldreomsorg: over/våking eller våking/over? Refleksjoner rundt teknologi og etikk i omsorgspraksiser. *Ergoterapeuten*, (06), 13-16.

Thygesen, H. (2015). Hva er velferdsteknologi, og hvorfor er den viktig? En introduksjon til velferdsteknologibegrepet og den samfunnsmessige konteksten. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for Palliativ Medisin*, (4), 5-10.

Thygesen, H. (2019). Mulighetsrommet for GPS: Om den sosiale formingen av GPS-løsninger i demensomsorgen. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (s. 101-117). Cappelen Damm AS.

Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger: Definisjoner, kategorier, bakgrunn og etikk. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok* (s. 25-44). Cappelen Damm AS.

Tokovska, M. & Lie, S. S. (2019). «Ikke glem hvem du er!» Vernepleiere i demensomsorgen. I M. R. Grung (Red.), *Vernepleieren - Fremtidsrettet og ettertraktet*. Fellesorganisasjon.

VID. (u.å.). *Databaser og nettressurser*. Hentet 4. mai 2021 fra <https://www.vid.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser/>

Vedlegg

Vedlegg 1. Søk i EBSCO, benyttet MeSH

| Dato | Søkeord og ordkombinasjoner | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|-------|---|--------------|----------------|----------------|---|
| 16.03 | (MH "Cognitive Dysfunction") AND (MH "Self-Help Devices") | 4 | 4 | 1 | |
| 16.03 | (MH "Cognition disorders") AND (MH "Self-Help Devices") | 17 | 11 | 7 | |
| 17.03 | (MH "Dementia") AND (MH "Self-Help Devices") | 33 | 14 | 8 | Fæø, S.E., Bruvik, F.K., Tranvåg, O. & Husebo, B.S. (2020). Home-dwelling persons with dementia's perception on care support: Qualitative study. <i>Nursing Ethics</i> , 27(4), 991-1002 https://doi.org/10.1177/0969733019893098 |
| 24.03 | (MH "Cognition Disorders") AND (MH "Self-Help Devices") AND ("disability nurse") OR ("social educator") | 0 | | | |
| 24.03 | (MH "Dementia") AND (MH "Self-Help Devices") AND ("disability nurse") OR ("social educator") | 0 | | | |

Vedlegg 2. Søk i EBSCO, benyttet Cinahl major headings

| Dato | Søkeord og ordkombinasjoner | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|-------|--|--------------|----------------|----------------|---|
| 19.03 | (MH "Dementia") AND ((MH "Assistive Technology Devices") OR (MH "Assistive Technology")) | 40 | 15 | 6 | Fæø, S.E., Bruvik, F.K., Tranvåg, O. & Husebo, B.S. (2020). Home-dwelling persons with dementia's perception on care support: Qualitative |

| | | | | | |
|-------|---|----|---|---|--|
| | | | | | study. <i>Nursing Ethics</i> , 27(4), 991-1002 https://doi.org/10.1177/0969733019893098 |
| 22.03 | (MH "Alzheimer's Disease") AND ((MH "Assistive Technology") OR (MH "Assistive Technology Devices")) | 11 | 6 | 3 | Lindqvist, E., Nygård, L. & Borell, L. (2013). Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 20(5), 386-396. https://doi.org/10.3109/11038128.2013.766761 |

Vedlegg 3. Søk i Idunn

| Dato | Søkeord og ordkombinasjoner | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | |
|-------|-----------------------------|--------------|----------------|----------------|---|
| 30.03 | velferdsteknologi, demens | 19 | 13 | 9 | Den ene artikkelen fra dette søket: Johannesen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 5(3), 71-83. https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07 førte oss med håndsøk videre til artikkelen: Johannessen, T. B., Storm, M. & Holm, A. L. (2019). Safety for older adults |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>using telecare: Perceptions of homecare professionals. <i>Nursing Open</i>, 6(3), 1254-1261. https://doi.org/10.1002/nop2.328</p> <p>som igjen ledet oss gjennom handsøk til:</p> <p>Gibson, G., Dickinson, C., Brittain, K. & Robinson, L. (2015). The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: a qualitative study. <i>BMC Geriatrics</i>, 15(1), Artikkel 89. https://doi.org/10.1186/s12877-015-0091-3</p> |
|--|--|--|--|--|--|