

KANDIDAT

85

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

| | |
|----------------|-------------------------|
| Emnekode | BISB 3050 |
| Vurderingsform | Hjemmeeksamen |
| Starttid | 19.03.2021 09:00 |
| Sluttid | 08.04.2021 12:00 |
| Sensurfrist | 29.04.2021 23:59 |
| PDF opprettet | 21.06.2021 12:09 |
| Opprettet av | Heidi Henriksen Herseth |

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

JA, jeg samtykker

NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

× Fjern

↻ Erstatt

Filnavn:

Bacheloroppgave.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

362.73 KB

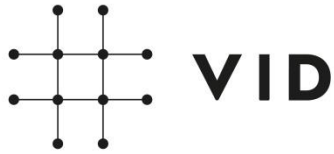
Opplastingstidspunkt:

07.04.2021 17:13

Status:

Lagret

Besvart.



Velferdsteknologi og demens

Hvordan kan velferdsteknologi styrke opplevelsen av autonomi og trygghet hos hjemmeboende pasienter med demens?

Welfare technology and dementia

How can welfare technology strengthen the sense of autonomy and security for patients living at home with dementia?

Kandidatnummer: 34 & 85

VID vitenskapelige høyskole

Campus Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BISB 2018

Antall ord: 10 534

Dato: 08.04.2021

Sammendrag

Bakgrunn: De neste årene vil tallet på eldre øke betraktelig, samtidig vil det også bli nesten en dobling i antall demente. Økningen vil føre til en større mangel på sykepleiere.

Velferdsteknologi kan være en mulig måte å møte denne demografiske utviklingen.

Problemstilling: Hvordan kan velferdsteknologi styrke opplevelsen av autonomi og trygghet hos hjemmeboende pasienter med demens?

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie. Oppgaven er basert på fem forskningsartikler, annen teori og faglitteratur, samt egne erfaringer fra praksis.

Funn: Velferdsteknologi kan styrke følelsen av autonomi og trygghet for demente, med visse forutsetninger. Selvbestemmelse, samspill mellom menneskelig og teknologisk hjelp, brukervennlighet, individuell tilrettelegging og reduksjon i fallrisiko er nøkkelfunn i oppgaven.

Konklusjon: Gjennom å styrke den faktiske autonomien og tryggheten, kan følelsen av autonomi og trygghet styrkes. Teknologien kan føre til at pasienten kan bo hjemme og være mer selvstendig, samtidig som de er trygge da teknologien varsler om eller forhindrer skade.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, demens, hjemmeboende, autonomi, trygghet, sykepleie

Summary

Background: The number of elderly people will increase considerably in the next few years. In addition, the number of people living with dementia will almost double. This increase will lead to a larger shortage of nurses. Welfare technology has been proposed as a possible way to meet this demographic change.

Thesis statement: How can welfare technology strengthen the sense of autonomy and security for patients living at home with dementia?

Method: This is a systematic literature review. The review is based on five research articles, professional literature, as well as our own experiences from nursing practice.

Findings: Welfare technology can strengthen the sense of autonomy and security for people with dementia, under certain conditions. Self-determination, interaction between human and technological help, user-friendliness, individual adaptation and reduction of fall risk are key findings in this review.

Conclusion: By increasing the actual autonomy and security, the sense of autonomy and security can be increased. The technology can lead to the patient being able to live at home and be more independent, while at the same time being safe as the technology prevents or warns carers of injury.

Key words: Welfare technology, dementia, ageing in place, autonomy, safety, nursing

Innhold

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Innledning..... | 6 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema..... | 6 |
| 1.2 | Problemstilling..... | 7 |
| 1.3 | Avgrensning av problemstilling | 7 |
| 2 | Metode..... | 7 |
| 2.1 | Litteraturstudie som metode | 7 |
| 2.2 | Søkeprosess | 8 |
| 2.3 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 8 |
| 2.4 | Etiske overveielser | 8 |
| 2.5 | Analyse..... | 9 |
| 2.6 | Søkehistorikk | 9 |
| 3 | Presentasjon av aktuell teori og faglitteratur | 11 |
| 3.1 | Omsorgsfilosofien til Kari Martinsen | 11 |
| 3.2 | Selvbestemmelsesteori, empowerment og paternalisme | 12 |
| 3.3 | Relevante lover og forskrifter | 12 |
| 3.4 | Hjemmeboende eldre og demens | 14 |
| 3.5 | Velferdsteknologi..... | 14 |
| 3.6 | Etiske utfordringer ved bruk av velferdsteknologi | 15 |
| 3.7 | Yrkesetiske retningslinjer | 16 |
| 4 | Resultat..... | 16 |
| 4.1 | Evaluating the Facilitators, Barriers and Medical Outcomes Commensurate with the Use of Assistive Technology to Support People with Dementia: A Systematic Review Literature..... | 17 |
| 4.2 | Older People’s Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway | 17 |
| 4.3 | Effectiveness of assistive technology in improving the safety of people with dementia: a systematic review and meta-analysis | 18 |
| 4.4 | Using GPS Technologies with People with Dementia: A Synthesizing Review and Recommendations for Future Practice | 19 |
| 4.5 | Shaping technologies for older adults with and without dementia: Reflections on ethics and preferences | 20 |
| 5 | Hvordan kan velferdsteknologi styrke opplevelsen av autonomi og trygghet hos hjemmeboende pasienter med demens? | 21 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.1 | Velferdsteknologi sin innvirkning på autonomi | 21 |
| 5.2 | Velferdsteknologi sin innvirkning på trygghet..... | 24 |
| 5.3 | Kartlegging og oppfølging av hjemmeboende demente..... | 27 |
| 5.4 | Personlig autonomi versus faglig forsvarlighet | 28 |
| 5.5 | Behov for menneskelig hjelp versus teknologisk hjelp | 31 |
| 5.6 | Velferdsteknologiens muligheter, utfordringer og brukervennlighet..... | 34 |
| 6 | Konklusjon | 36 |
| 7 | Litteraturliste..... | 37 |

1 Innledning

I dette første kapittelet vil vi forklare bakgrunnen for valg av tema, og hvorfor dette er et aktuelt tema innen helse og omsorg. Vi legger frem problemstillingen vår, som vi videre avgrensner.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Befolkningen i Norge blir eldre, og i løpet av de neste ti årene kommer den såkalte “eldrebølgen”. Etterkrigsgenerasjonen runder 80 år, og på kun én generasjon vil antallet pensjonister nesten doble seg (Østby, 2012). Velferdsteknologi vil ha en sentral rolle i møtet med den demografiske utviklingen innenfor helse og omsorg (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). I tråd med økningen av eldre, vil vi møte en mangel på sykepleiere. I 2015 manglet vi 2350 sykepleiere i Norge ifølge en rapport fra Nova. I 2035 vil vi i følge den samme rapporten ha et underskudd på 28 000 sykepleiere (Abusland, 2018). Samtidig forventes det i tillegg mer enn en dobling i antall personer som lever med demens i Norge innen år 2050. I dag lever omtrent 50 millioner mennesker med demens på verdensbasis, hvor det i Norge er omtrent 101 000 demente (Folkehelseinstituttet, 2014).

Ifølge Diaz-Orueta et al. (2020) kan bruk av velferdsteknologi resultere i et fenomen de kaller “triple-win-effect”. I artikkelen defineres triple-win-effect som tre positive konsekvenser ved bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen. Det første er utsettelse av behov for institusjonell omsorg, som igjen reduserer kostnaden av helsetjenester. Den andre konsekvensen er at byrden av ivaretagelse for pårørende reduseres. Til slutt vil velferdsteknologiske løsninger forbedre personer sin livskvalitet, gjennom å øke selvstendighet, autonomi og sosial interaksjon. På denne måten legges det til rette for at pasientene kan bo hjemme så lenge som mulig (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3219). Triple-win-effect fremhever de positive konsekvensene ved bruk av velferdsteknologi for alle involverte parter. Vi ønsker å se videre på hvordan man kan ta i bruk velferdsteknologi på en måte som styrker pasienters følelse av autonomi og trygghet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan velferdsteknologi styrke opplevelsen av autonomi og trygghet hos hjemmeboende pasienter med demens?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Hensikten med temaet vårt er at vi ønsker å finne ut hvordan velferdsteknologi kan styrke opplevelsen av autonomi og trygghet hos demente. Dette slik at de kan bo hjemme lengst mulig, samtidig som de føler seg trygg og ivaretatt. I bacheloroppgaven ser vi på velferdsteknologi som er relevant for personer med demens, uten avgrensning for type velferdsteknologi. Velferdsteknologi nevnes både generelt, og med konkrete eksempler. Hovedfokuset vårt er på pasienten sin opplevelse av autonomi og trygghet. På grunn av pårørende sin sentrale rolle i livene til hjemmeboende med demens, velger vi å trekke inn pårørende der vi anser det som relevant for vår problemstilling.

2 Metode

I dette kapittelet vil vi forklare hvilken metode vi har brukt. Videre forklares søkeprosessen vi har vært gjennom for å finne artiklene brukt i denne bacheloroppgaven. Vi beskriver hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier vi benyttet, og etiske overveielser gjort etter artikkelutvalget. Til slutt vil vi gå inn på analyse av funn etter gjennomført søkeprosess.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteratur kan defineres som en informasjonskilde, kunnskaper og innsamlingsdata (Olsson & Sörensen, 2003, s. 91). En litteraturstudie er en gjennomgang av litteratur, en forskningsoversikt eller en litteraturoversikt. Den kan defineres som en systematisk metode som besvarer en faglig problemstilling, hvor relevante resultater av tidligere forskning identifiseres, velges ut, analyseres og vurderes (Møller, 2019, s. 2). Metoden som er brukt i denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Vi bruker allerede eksisterende litteratur til å besvare oppgavens problemstilling. Vi har basert oppgaven på fem ulike forskningsartikler, som ble funnet ved hjelp av systematiserte søk.

2.2 Søkeprosess

Vi benyttet oss av fire ulike databaser, SveMed+, CINAHL, Medline/Ovid og PubMed. Vi valgte ulike databaser for å få et bredere utvalg av artikler, både innenfor og utenfor Norden. Søkeperioden var 08.01.2021-08.03.2021. For å finne relevante forskningsartikler benyttet vi oss av nøkkelordene; technology, assistive technology, assistive living, welfare technology, teknologi, dementia, dementia patients, demens, autonomy, patient autonomy og GPS. For å snevre inn resultatene er søkeordene kombinert i et systematisk søk, ved hjelp av bindeordene “and” og “or”, samt at visse inklusjons- og eksklusjonskriterier er benyttet.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi inkluderte artikler publisert i 2015 eller senere, og artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Artikkelen skulle være fagfellevurdert og forskningsgruppen ble satt til hjemmeboende over 65 år. Vi ekskluderte artikler med deltagere under 65 år, artikler om hverdagsteknologi, og artikler som omhandlet sykehjem og sykehus. Vi var kritiske til kvaliteten på artikkelen vi valgte ut. Vi valgte artikler med fokus på velferdsteknologi. Vi ekskluderte artikler fra før 2015, da teknologi og holdninger rundt dette er i stadig utvikling, og vi ønsket oppdaterte funn.

2.4 Ethiske overveielser

Denne bacheloroppgaven baseres på artikler som er skrevet på engelsk. Artikkelen er lest, tolket og oversatt med intensjon om å være tro mot kilder og den originale teksten. Vi brukte godkjente databaser for å finne artikkelen. For å forsikre oss om at artikkelen var fagfellevurdert benyttet vi nettsiden Norsk senter for forskningsdata (NSD), som er et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Artikkelen som er tatt i bruk svarer på ulike deler av problemstillingen, selv om de har fokus på forskjellige typer velferdsteknologi. En av artikkelen fokuserer på eldre generelt, og har ikke demente pasienter som hovedfokus. Denne artikkelen har også utført dybdeintervju, hvor det er få deltakere. Dette kan påvirke resultat, og være en mulig svakhet ved studien.

2.5 Analyse

Etter å ha gjort systematiske søk i fire ulike databaser, leste vi overskrifter og valgte ut forskningsartikler. Artiklene ble valgt på bakgrunn av våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, i tillegg til relevans for vår problemstilling. Deretter leste vi abstraktet i artiklene, for å få et innblikk i hva de handlet om. Videre ble artiklene lest individuelt mens vi tok notater, før vi diskuterte relevans og innhold. Gjennom denne prosessen satt vi igjen med fem forskningsartikler som vi vil bruke i vår systematiske litteraturstudie.

2.6 Søkehistorikk

| Database | Søkeord | Kombinasjoner | Antall treff | Tittel | URL/DOI |
|--------------|---|---------------|--------------|--|---|
| CINAHL | «Assistive technology» OR «Technology» | 1 | 77,271 | Shaping technologies for older adults with and without dementia: Reflections on ethics and preferences | DOI: 10.1177/1460458219899590 |
| | «Dementia» OR «Dementia Patients» | 2 | 76,576 | | |
| | «Autonomy» OR «Patient Autonomy» | 3 | 20,378 | | |
| | | 1 AND 2 AND 3 | 12 | | |
| | «Dementia» | 1 | 75,526 | Effectiveness of assistive technology in improving the safety of people with dementia: a systematic review and meta-analysis | 10.1080/13607863.2018.1455805 |
| | «Assistive technology» | 2 | 3,761 | | |
| | «Safety» | 3 | 193,255 | | |
| | | 1 AND 2 AND 3 | 20 | | |
| MEDLINE/Ovid | «Welfare Technology» OR «Technology» OR «Assistive Living» | 1 | 1,592,740 | Evaluating the Facilitators, Barriers, and Medical Outcomes Commensurate with the Use of Assistive Technology to Support People with Dementia: A | doi:10.3390/healthcare8030278 |
| | «Dementia» | 2 | 142,715 | | |
| | «Autonomy» | 3 | 50,876 | | |
| | | 1 AND 2 AND 3 | 82 | | |

| | | | | | |
|---------|------------------------|---------------------|---------|--|---|
| | | | | Systematic Review Literature | |
| SveMed+ | «Demens» | 1 | 2002 | GPS-sporing i demensomsorgen | http://hdl.handle.net/11250/219294 |
| | «Teknologi» | 2 | 2318 | | |
| | «GPS» | 3 | 77 | | |
| | | 1 AND 2 AND 3 | 0 | Using GPS Technologies with People with Dementia A Synthesising Review and Recommendations for Future Practice | https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-08 |
| | | 1 AND 3 | 12 | | |
| PubMed | «Welfare Technology» | 1 | 10,168 | Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway | 10.2147/JMDH.S219458 |
| | «Dementia» | 2 | 220,983 | | |
| | «Autonomy» | 3 | 50,368 | | |
| | «Assistive Technology» | 4 | 14,081 | | |
| | | 1 AND 2 AND 3 AND 4 | 3 | | |

3 Presentasjon av aktuell teori og faglitteratur

Her vil vi presentere aktuell teori og faglitteratur som kan være med å besvare problemstillingen vår. Vi starter med Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi, før vi drar inn selvbestemmelse, empowerment og paternalisme. Videre kommer relevante lover og forskrifter, før vi skriver om hjemmeboende demente og velferdsteknologi. Mot slutten trekker vi inn etiske overveielser og de yrkesetiske retningslinjene som angår sykepleiere.

3.1 Omsorgsfilosofien til Kari Martinsen

Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi er preget av en stadig utvikling av idéen om at omsorg er fundamentet for sykepleien (Kirkevold, 2012, s.168). Gjennom praktisk handling kommer omsorgen frem. Omsorg er et ontologisk fenomen, det er altså en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Kirkevold, 2012, s.169).

Martinsen fremhever tre aspekter ved omsorg;

- “1) Omsorg er et relasjonelt begrep som omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker,
- 2) omsorg er et moralsk begrep, knyttet til prinsippet om ansvaret for svake, og
- 3) omsorg omfatter utførelsen av konkrete situasjonsbetingede handlinger basert på en “forståelse” om hva som er til den andres beste” (Kirkevold, 2012, s. 170).

Relasjonen mellom to mennesker bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet, uten at det forventes gjenytelser. Dette kalles generalisert gjensidighet, og er basis for sykepleie som omsorgsyrke. En forutsetning for å handle omsorgsfullt er forståelse for den andres situasjon. Grunnlaget for en slik forståelse er felles erfaringer, som for eksempel felles normer, behov eller regler (Kirkevold, 2012, s.171).

Det mest grunnleggende i menneskets eksistens er, ifølge Martinsen, menneskers avhengighet av hverandre. Omsorgens grunnleggende betydning er bundet i dette. Denne avhengigheten krever et “menneskelig motsvar”, som Martinsen hevder er omsorg. Som relasjonelt begrep er altså omsorg det ene menneskets svar på den andres avhengighet.

Omsorg er og må være verdigrunnet i sykepleien, med pasienten sin avhengighet som utgangspunkt. Mennesker kan ikke leve isolert fra andre, noe som er spesielt fremtredende under sykdom, lidelse og funksjonshemming (Kirkevold, 2012, s.169).

3.2 Selvbestemmelsesteori, empowerment og paternalisme

Selvbestemmelsesteorien til Deci og Ryan vektlegger indre motivasjon. Deci og Ryan hevder at vi har tre medfødte psykologiske behov. De tre behovene er kompetanse, autonomi og tilhørighet. Når disse tre behovene er dekket, vil det styrke selvmotivering og velvære. Om behovene derimot ikke dekkes, kan dette ha motsatt effekt. Å legge til rette for selvbestemmelse er en sentral faktor i arbeid med pasienter, klienter eller brukere.

Forskning og klinisk erfaringer viser at atferdspåvirkning som tar utgangspunkt i at pasienter selv får ta valg, er mer effektivt på lang sikt enn annen rådgiving (Renolen, 2015, s. 74).

Å selv få ta valg er utgangspunktet i teorier om "empowerment". Empowerment handler om å mobilisere og styrke individets egne krefter til å få kontroll og ta ansvar for eget liv, samt motvirke følelsen av avmakt (Renolen, 2015, s. 74). Begrepet er sentralt i helsefremming. Det vil gjøre at folk er i bedre stand til å øke kontroll over og forbedre egen helse. Gjennom veiledning kan man styrke pasienten sin kompetanse og mestring. Ved å trekke pasienten med i beslutningsprosessen rundt egen helse gjør man pasienten til aktør i sitt eget liv (Klette et al., 2014). Paternalisme defineres som intensjonell begrensning av en persons autonomi, utført av en annen person. Personen som begrenser autonomien til en annen rettfærdiggjør denne handlingen, kun ut ifra målet om å hjelpe personen (Hofman, 2009). Empowerment hevdes å være et oppgjør med paternalismens tendens til umyndiggjøring av hjelpetrequende mennesker, da det legger vekt på toveis helsekommunikasjon og brukermedvirkning (Finbråten & Pettersen, 2009).

3.3 Relevante lover og forskrifter

Implementeringen av velferdsteknologi er et kontroversielt og omdiskutert tema.

Innføringen av slik teknologi i helse- og omsorgstjenestene var tidligere preget av skeptiske holdninger, og spesielt da knyttet til pasientgrupper med manglende eller redusert samtykke til bruk av denne teknologien. Det ble sett på som en uakseptabel inngripen i brukers rett til

privatliv, og en mulig erstatning for nødvendig menneskelig omsorg. Diskusjonen rundt dette har endret seg fra midten av 1990-årene til i dag. Hagen-utvalget har skrevet en rapport om innovasjon i omsorg. Rapporten spilte en stor rolle i å endre politikken og restriktive holdninger (Thygesen, 2019, s. 38-39).

Hovedregelen om samtykkekompetanse er at helsehjelp bare skal gis med pasientens samtykke. Dette med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å yte helsehjelp uten samtykke. Pasienten må ha nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen for at samtykket skal være gyldig. Om pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, som for eksempel ved senil demens eller psykisk utviklingshemming, kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4). Om det er tvil om pasienten forstår hva samtykket omhandler, skal samtykket fremdeles være gyldig. Som helsepersonell skal en på best måte legge til rette for at alle pasienter selv kan samtykke til helsehjelp (Molven, 2019, s. 192).

Et viktig rammeverk for bruk av de velferdsteknologiske løsningene er lovverket, samt utarbeidelse av gode prosedyrer og retningslinjer (Thygesen, 2019, s. 39). Når det gjelder pasienter med samtykkeutfordringer, der samtykke er usikkert eller ikke mulig, medbringer dette at det foreligger et vedtak med hjemmel i lov. Da tildeling av velferdsteknologi er basert på frivillighetsprinsippet, kan dette være krevende i situasjoner der det kan være tvil om samtykkekompetanse. Lovverket definerer visse tekniske løsninger som potensielt inngripende, som for eksempel forhåndsprogrammerte alarmer og varslinger, og GPS-lokaliseringsteknologi. Pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven regulerer de juridiske rammene rundt dette (Thygesen, 2019, s. 40).

Pasient- og brukerrettighetsloven omhandler pasient og brukers rett til helse- og omsorgstjenester. § 4-6a "Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi" regulerer når og hvordan slik teknologi kan implementeres. Det presiseres at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten, og skal være i pasientens interesse. Loven viser til at tiltaket må fremstå som det minst inngripende alternativet. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket, da samtykke hos demente i visse tilfeller kan bortfalle helt eller delvis. Til slutt viser paragrafen til at bestemmelsen ikke kommer til anvendelse dersom pasienten

motsetter seg tiltaket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6 a). Ved bruk av velferdsteknologi benyttes også helseregisterloven og personopplysningsloven. Helseregisterloven vil regulere lagring av sensitive opplysninger, som helse- og personopplysninger. Personopplysningsloven stiller krav til hvordan personopplysninger som lagres elektronisk skal behandles (Thygesen, 2019, s. 42).

3.4 Hjemmeboende eldre og demens

Til midten av 1970-tallet var sykehjem og gamlehjem det viktigste innen eldreomsorgen. Nå har målet endret seg fra trygghet i institusjon til trygghet i eget hjem. I årene fremover vil antallet eldre øke, samtidig som et helsepolitisk mål er selvstendighet i eget hjem lengst mulig (Fjørtoft, 2016, s.19). Som nevnt innledningsvis lever omtrent 101 000 mennesker med demens i Norge i dag (Folkehelseinstituttet, 2014). Rundt halvparten bor hjemme, enten med ektefelle, pårørende eller alene. Felles for alle er at på et eller annet tidspunkt vil de trenge hjelp for å mestre hverdagen (Fjørtoft, 2016, s.70). Demens er en progredierende kognitiv svikt i hjernefunksjon som opptrer hos personer som tidligere har vært velfungerende. Typiske funn eller symptomer er progredierende hukommelsessvikt, angst, depresjon, personlighetsforandring og nedsatte tenkeevner (Bertelsen, 2016, s. 334).

3.5 Velferdsteknologi

Begrepet velferdsteknologi ble hentet fra Danmark, og innført i Norge gjennom Helse- og omsorgsdepartementets rapport fra Hagen-utvalget, *Innovasjon i omsorg*. Dette har blitt et viktig begrep innenfor dagens helse- og omsorgskontekst, og er et satsingsområde i norsk helsepolitikk. Det som først og fremst menes med velferdsteknologi, er teknologisk assistanse. Den teknologiske assistansen skal bidra til økt trygghet og sikkerhet for brukere og pårørende, samt økt mobilitet, aktivitet og sosial deltakelse. Den enkeltes evne til å klare seg i hverdagen styrkes også, til tross for sosial, fysisk eller psykisk nedsatt funksjonsevne eller sykdom. Slik kan velferdsteknologi forebygge behovet for innleggelse i institusjon eller behovet for helsetjenester (Thygesen, 2019, s. 27).

Det finnes et bredt utvalg av ulike typer velferdsteknologi, og en rekke av disse er hjelpemidler tilrettelagt for å hjelpe pasienter med demens i hverdagen. Eksempler på dette

er elektronisk kalender, trygghetsalarm, komfyrvakt og automatiske pilledispensere. For denne pasientgruppen vil velferdsteknologi være til hjelp på ulike måter. Den kan øke selvstendighet, forebygge eller varsle om skade, samtidig som den kan gi en følelse av trygghet for pasient, pårørende og helsepersonell. Ettersom dette er en sårbar gruppe er det viktig å være reflektert og kritisk når man skal implementere slike løsninger. Ikke bare på grunn av etiske forhold, men også fordi de tekniske hjelpemidlene ikke vil ha noen effekt dersom pasienten ikke er i stand til å bruke de (Fjørtoft, 2016, s. 74).

3.6 Etiske utfordringer ved bruk av velferdsteknologi

Velferdsteknologi reiser mange og grunnleggende etiske spørsmål (Hofman, 2010, s.16). Et moralsk utfordrende spørsmål er hvem som drar nytte av velferdsteknologien. Er det tjenesteyter, pasient/bruker, pårørende, samfunnet eller industrien (Hofman, 2010, s. 18-19)? I dette underkapittelet har vi valgt å fokusere på privatliv, menneskelig kontakt og forsvarlighet.

Enkelte velferdsteknologiske løsninger blir i politikktutforming sett som en potensielt inngripende løsning når det kommer til ivaretagelse av autonomien og privatlivet til enkeltindivider. Store mengder informasjon om den enkelte kan høstes gjennom bruk av velferdsteknologi, som for eksempel hvor en person befinner seg eller vedkommende sitt bevegelsesmønster. At informasjonen håndteres innenfor sikre rammer er kritisk, i tillegg til at kun nødvendig informasjon skal innhentes og eventuelt lagres (Thygesen, 2019, s. 39-40).

Noe av kritikken rettet mot velferdsteknologi, er at den kan bli brukt som erstatning for menneskelig hjelp og nærhet. Dersom dette skjer kan man stille spørsmål om hvorvidt teknologien faktisk bidrar til velferd. Teknologien oppfattes som formålsrasjonell, mens omsorg oppfattes som relasjonell. På denne måten kan velferdsteknologi være en avsporing fra det som virkelig betyr noe for den enkelte; håp, trøst, nærhet, relasjoner, skam, fortvilelse og lidelse. Et viktig spørsmål er altså om velferdsteknologi er egnet til å forsikre at sentrale aspekter ved menneskers velferd blir ivare tatt (Hofman, 2010, s. 22).

Velferdsteknologiske løsninger for varsling og lokalisering, som falldetektor og GPS, kan være med på å skape trygghet for hjemmeboende. På denne måten kan mange bo hjemme

lenger, og være mer selvstendig med større frihet. Samtidig kan slik teknologi true den enkeltes privatliv og personvern. Spørsmålet er om velferdsteknologien fører til at en våker over eller overvåker pasienten. Teknologi har sine begrensninger, og trygghet er derfor ikke absolutt. Visse forutsetninger må være til stede for at teknologi kan være aktuelt å bruke. Først og fremst må personen ha evne til å nytte seg av teknologien, og bruken må ha et klart definert mål. Å ta i bruk teknologi uten disse forutsetningene, vil gå imot kravet om å gi forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

3.7 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleie skal baseres på respekten for hvert enkelt menneske sitt liv og verdighet. Det skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleieren skal vise omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen. Det yrkesetiske ansvaret til sykepleieren omfatter mennesker i alle stadier av livet. Det omfatter individ og samfunn, pasient, pårørende, medarbeidere og forholdet til egen profesjon og praksis. Inndelingen av de yrkesetiske retningslinjene skal tydelig vise dette.

Visse yrkesetiske retningslinjer kan knyttes opp til velferdsteknologi, noen eksempler er:

“Sykepleieren utviser digital dømmekraft og opptrer bevisst i den digitale verden.”

“Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling.”

“Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk sykepleierforbund, 2016).

4 Resultat

I dette kapittelet viser vi til forskningsartiklene vi vil benytte i drøftingen vår.

Underoverskriftene viser til tittelen på den artikkelen som blir omtalt. Ettersom velferdsteknologi kan være aktuelt i flere ulike fagfelt, har vi valgt å vise til yrkene og bakgrunnen til forfatterne. Dette da det vil påvirke artikkelens innfallsvinkel på temaet om

velferdsteknologi, og om artikkelen har et helseperspektiv. Vi nevner kort hensikten og metoden i studiene, men med hovedvekt på resultat og funn.

4.1 Evaluating the Facilitators, Barriers and Medical Outcomes Commensurate with the Use of Assistive Technology to Support People with Dementia: A Systematic Review Literature

Artikkelen er skrevet av leger og annet helsepersonell, og er publisert i MDPI. Hensikten med denne artikkelen er å identifisere medisinske konsekvenser, hva som tilrettelegger for, og hva som hindrer bruk av velferdsteknologi hos demente. Artikkelen er en systematisk litteraturstudie. I analysen fant de forskning på 14 typer velferdsteknologi. GPS-teknologi, fallalarm og komfyrvakt nevnes som eksempler på teknologi som er introdusert for å øke trygghet og sikkerhet for den demente pasienten.

Analysen konkluderte med 17 aspekter som legger til rette for bruk av velferdsteknologi. Videre fremhever artikkelen de tre hyppigste funnene. Disse var at det var viktig at omsorgsgivere ønsket velferdsteknologi, og at brukere av velferdsteknologien opplevde økt selvstendighet og økt trygghet. Det ble oppgitt 17 utfordringer. De fem hyppigste er pris, mennesker med demens ønsker ikke velferdsteknologi, kompleks teknologi, lite brukervennlighet, og tidspunktet for teknologiens implementering. I tillegg fant de 16 medisinske utfall i analysen, der de fem hyppigste er forbedrede kognitive evner, økt aktivitet i hverdagen, økt autonomi, forbedret minne og forbedret generell helse. Ingen negative konsekvenser ved bruk av velferdsteknologi ble rapportert. Artikkelen konkluderte med at selv om det finnes mye skepsis rundt velferdsteknologi, viser mesteparten av litteraturen en positiv effekt av bruken (Kruse et al., 2020).

4.2 Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway

Forfatterne av denne artikkelen har doktorgrad, både innenfor teknologi og helse, og en er professor i klinisk sykepleie. Artikkelen er publisert i Journal of Multidisciplinary Healthcare. Hensikten med denne studien var å utforske eldre personer sine holdninger og synspunkt på velferdsteknologi i Norge. I denne artikkelen ble det brukt en utforskende, kvalitativ

tilnærming, der fem kvinner og fire menn i alderen 79 til 91 deltok i semistrukturerte dybdeintervju. Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultatene viser at deltakerne i studien stoler på det norske helsevesenet, og var ikke avhengige av familien sin for omsorg. Det kom også frem at selvstendighet, autonomi og følelsen av å være trygg var viktig for alle deltakerne. De fleste deltakerne så på velferdsteknologi som et hjelpemiddel som kunne bidra til at de kunne bo hjemme så lenge som mulig. Deltakerne brukte allerede ulike teknologiske løsninger i dagliglivet. Det ble vist til få bekymringer for privatliv, men noen nevnte bekymringer om redusert autonomi og verdighet. Artikkelen konkluderer med at en personsentrert tilnærming er nødvendig for å integrere ny velferdsteknologi (Sánchez et al., 2019).

4.3 Effectiveness of assistive technology in improving the safety of people with dementia: a systematic review and meta-analysis

Artikkelen er skrevet av en forskningsanalytiker og en professor i sosiologi og folkehelse. Den er publisert i tidsskriftet *Aging & Mental Health*. Hensikten med artikkelen er å vurdere hvor effektiv bruken av velferdsteknologi er til å forbedre tryggheten til hjemmeboende demente. Videre ser de på om velferdsteknologi utsetter eller forhindrer innleggelse på sykehjem. Artikkelen er en systematisk gjennomgang av litteratur, og felles resultater ble samlet i en metaanalyse. De identifiserte tre randomiserte forsøk, som inkluderte 245 mennesker med demens.

Velferdsteknologi har blitt foreslått som et middel for å muliggjøre at mennesker med demens kan bo hjemme med forbedret trygghet og selvstendighet. Målet er å hindre unødvendig innleggelse på sykehus eller sykehjem. Noen mennesker med demens og deres omsorgsgivere oppfatter velferdsteknologi, inkludert trygghetsteknologi, som gunstig. Andre fremhever ulemper som stigmatisering, høy pris, og påtrengende teknologi. I tillegg kan det være belastende for omsorgspersoner å håndtere teknologien. En av de randomiserte forsøkene, Wesson-studien, fant ingen store forskjeller mellom gruppen som mottok velferdsteknologi og kontrollgruppen når det kom til depresjon, funksjon i dagliglivet og innleggelse på sykehjem. I en annen studie var sannsynligheten for fall 50 prosent lavere i intervensjonsgruppen, enn i kontrollgruppen. Ettersom fall er en sterk indikator for

innleggelse på sykehjem, er det mulig at redusert innleggelse ville vært et langtidsutfall av implementering av velferdsteknologi. Denne forskningen viser at velferdsteknologi fører til økt trygghet, reduksjon i fallrisiko, ulykker og annen risikofylt atferd. Om bruk av velferdsteknologi har effekt på innleggelse på sykehjem er inkonklusivt. Ingen negative konsekvenser ved bruk av velferdsteknologi ble rapportert (Brims & Oliver, 2018).

4.4 Using GPS Technologies with People with Dementia: A Synthesizing Review and Recommendations for Future Practice

Forfatterne av artikkelen har utdanning og bakgrunn innenfor helse og sosiologi, og artikkelen er publisert av Universitetsforlaget. Den har som hensikt å undersøke tilgjengelig data om bruk av GPS-teknologier hos personer med demens og deres omsorgsgivere. Artikkelen tar standpunktet til personen med demens, og fokuserer på å beskytte deres rett til å bo i samfunnet. Artikkelen er en systematisk oversikt, som vil gi anbefalinger for fremtidig praksis. Studier var kvalifiserte til å brukes i artikkelen dersom fokuset var på bruk av GPS hos hjemmeboende enkeltpersoner med demens, og deres familier.

Syntesen av funnene førte til identifisering av tre overordnede temaer: bruk av GPS for å være trygg, bruk av GPS for å ta kontroll og verdien av GPS-data. Når det kommer til å bruke GPS for å forhindre skade tyder bevis på at fysisk skade kan forhindres fordi en person kan bli funnet raskere ved bruk av GPS-teknologi, enn når de ikke bruker noe. Det ble avslørt en økende interesse for bruk av GPS-teknologier av personer med demens, som indikerer at implementering av dette i politikken vil ha en positiv effekt. Tidligere studier fokuserte på etikken bak bruk av slik teknologi for å redusere "vandring". Nyere studier fokuserte på bruken av GPS-teknologi som praktisk intervensjon, og som støtte for mennesker med demens, slik at de kan bo hjemme. Trygghet er en bekymring for mennesker med demens, spesielt utendørs. Sterke bevis fra mennesker med demens og deres omsorgsgivere, tyder på at de ser på trygghet som mer viktig enn å beskytte autonomien. I tillegg kan GPS-teknologi styrke det psykiske velværet til demente, da de slipper å bekymre seg for å gå seg vill.

Det er en økning i bruk av GPS-teknologier. Dette indikerer et mulig behov for videre forskning på hvordan mennesker med demens, samt deres familier, bruker og integrerer GPS-teknologier i hverdagen. Videre viser artikkelen til at det må arbeides med et fokus på

verdien av å bruke GPS-teknologi fra perspektivet til personer med demens. Hensyn må tas til de relasjonelle aspektene ved å opprettholde rettigheter og evnen til å forsvare seg selv. Dette da demens er en progressiv funksjonshemming som påvirker kognisjon. Artikkelen viser til at GPS ikke nødvendigvis er et effektivt tiltak for å være trygg, på grunn av problemer med design og brukervennlighet. Det blir til slutt vist til en mangel på bevis om at GPS-teknologi redder liv. Dette presenterer en utfordring for klinikere og tjenesteleverandører som er på jakt etter veiledning om tjenesteforhold og igangsetting av bruk av slike typer velferdsteknologi (Bartlett et al., 2019).

4.5 Shaping technologies for older adults with and without dementia: Reflections on ethics and preferences

Artikkelen er skrevet av to psykologer og en lege, og er publisert i tidsskriftet Health Informatics Journal. Hensikten er å finne ut hvordan man på best mulig måte kan forme velferdsteknologi for eldre, med og uten demens, med utgangspunkt i etikk og preferanser. Dette er en litteraturstudie der de ser på hva eksisterende litteratur sier om eldre sine preferanser og ønsker for informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Videre hva forskning på dette område burde ta hensyn til i fremtiden.

I forskningsartikkelen har de kommet frem til at i tillegg til å fokusere på trygghet og det å unngå risiko, bør videre utvikling av velferdsteknologi være mer fokusert på å preservere autonomi og verdighet hos eldre, uansett kognitiv status. Studien viser mangel på bevissthet og kunnskap om etiske hensyn, etiske dilemma og etiske prinsipper assosiert med klinisk arbeid og forskningsarbeid med sårbare populasjoner. I denne artikkelen konkluderes det med at normalisering av velferdsteknologi er viktig. Vi blir alle mer vant til å bruke teknologi i hverdagen, og dermed blir idéen om å være avhengige av det når vi er eldre eller syke mindre fryktet. En må også huske at en dement person fremdeles skal ha rett til selvbestemmelse, og er den som skal ha kontroll over eget liv og miljø. Utvikling av nye etiske og bærekraftige produkter bør gjøres gjennom et samarbeid med designere, utviklere og etiske eksperter. Dette spesielt fordi en vellykket etisk utformet teknologi øker muligheten for å forbedre livene til eldre mennesker, personer med demens og deres familie (Diaz-Orueta et al., 2020).

5 Hvordan kan velferdsteknologi styrke opplevelsen av autonomi og trygghet hos hjemmeboende pasienter med demens?

Her vil vi drøfte problemstilling opp mot teori, forskning og faglitteratur som er nevnt tidligere i oppgaven. Vi vil dra inn egne erfaringer fra praksis der det er relevant.

Hovedfokuset vårt er på velferdsteknologi sin innvirkning på autonomi og trygghet hos demente. Videre drøfter vi behov for kartlegging og oppfølging av pasienter med demens. Vi stiller deretter personlig autonomi opp mot faglig forsvarlighet, før drøfter vi behovet for menneskelig hjelp versus teknologisk hjelp. Vi runder av med velferdsteknologiens muligheter, utfordringer og brukervennlighet.

5.1 Velferdsteknologi sin innvirkning på autonomi

En av utfordringene når det kommer til velferdsteknologi som er designet for mennesker med kognitiv svikt, er bevaring av personlig autonomi. Det er en hårfin grense mellom å forbedre og begrense individets liv, da man potensielt kan overse deres verdighet og integritet ved å kompromittere deres privatliv og frihet (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3216). Med en økende interesse for bruk av velferdsteknologi, både blant demente og deres pårørende, vil et viktig aspekt være å fokusere på hvordan velferdsteknologi kan styrke autonomi og trygghet (Bartlett et al., 2019, s. 96). Ettersom selvbestemmelsen ofte kan reduseres hos demente, må det tilrettelegges for at denne pasientgruppen skal kunne opprettholde sin personlige autonomi gjennom demensforløpet (Helsedirektoratet, 2019).

Ved å unngå en paternalistisk tilnærming ved implementering av velferdsteknologi, vil man kunne unngå å redusere personlig autonomi hos pasienter med demens (Hofman, 2009). Dersom man trekker pasienten med i beslutningsprosessen rundt egen helse, og tar i bruk veiledning, legger man til rette for at individet selv tar kontroll og ansvar for eget liv (Finbråten & Pettersen, 2009). Her kan det tenkes at teorier om empowerment vil være et viktig motsvar til en potensiell paternalistisk tilnærming. I praksis har vi sett at pasienter kan ha god oversikt over egen sykdom. Når det gjelder demente, kan dette variere etter hvor i demensforløpet de er. I praksis har vi erfart at begynnelsen av et demensforløp kan være

skremmende, da pasienten kan oppleve mange tap. Vi har erfart at dersom sykepleier fokuserer på brukermedvirkning, kan det styrke pasienten sin følelse av kontroll over eget liv. Samtidig virker det kanskje mindre skremmende å ta imot hjelp når man føler man har kontroll over hjelpen man får.

Et perspektiv på selvstendighet er at det ikke handler om å gjøre alt på egenhånd, men å ha kontroll over hjelpen du får, og hvordan den blir gitt (Bartlett et al., 2019, s. 93). Slik kontroll vil være med på å styrke selvmotivering og opplevelse av velvære ifølge selvbestemmelsesteorien til Deci og Ryan, da det bevarer den personlige autonomien. Når det kommer til bruk av velferdsteknologi, kan dette inkludere valg av hva slags velferdsteknologiske innretninger som skal tas i bruk, og hvordan de skal brukes. Gjennom praksis har vi erfart at rollen som sykepleiere setter oss i en maktposisjon. Vi har påvirkningskraft over pasienten og valg de må ta. Informasjonen som sykepleiere gir om eventuelle teknologiske løsninger må være så objektiv som mulig, slik at man ikke overkjører pasienten sitt eget ønske. I samtale med pasient fra praksis har det blitt uttrykt at velferdsteknologi ble presentert som nødvendig, selv om pasienten selv ikke ønsket slike løsninger. Pasienten fortalte at hun ikke trodde at hjemmetjenesten hadde dårlige intensjoner, men at hun følte det var vanskelig å si nei når løsningen ble presentert som nødvendig for hennes egen trygghet. Måten informasjonen ble lagt frem på, førte til at pasienten følte seg presset. På denne måten ble pasientens autonomi redusert, da hun selv følte at det ikke ble tilrettelagt for hennes synspunkt og selvbestemmelse. Om velferdsteknologi blir akseptert eller ikke, kan avhenge av hvordan pasienten ser seg selv. Som nevnt av Brims & Oliver (2018) søker noen privatliv og autonomi, som man ser i eksempelet over. Andre kan se seg selv om et sosialt vesen som er avhengig av hjelp (Brims & Oliver, 2018, s. 21). Dette stemmer overens med funnene til Bartlett et al. (2019), der noen pasienter er villige til å ofre autonomi for trygghet.

Studier i Europa og New Zealand viser at å forbli i et kjent miljø øker selvstendighet, er kostnadseffektivt, reduserer risikoen for smittsomme infeksjonssykdommer og hjelper individer å håndtere mangelen på helsehjelp. Samtidig medfører det å bo hjemme ulike risikoer, inkludert forverring av helse, og mulighet for fall og svimmelhet, som igjen fører til redusert trygghet (Sánchez et al., 2019, s. 842). En kan tenke seg at dersom en blir

institusjonalisert vil det redusere følelsen av kontroll hos demente. Å ha kontroll over eget liv kan også inkludere følelsen av kontroll over egne omgivelser, som for eksempel beslutninger om hjem og dekor. Dette har vist seg å være en nøkkelfaktor for lang levetid dersom den blir bevart, og som en dødelighetsfaktor dersom det fjernes, samt en viktig faktor når det kommer til bevaring av autonomi (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3221). Ettersom det eksisterer en rekke ulike velferdsteknologiske løsninger som kan være med på å endre hjemmet, bør den hjemmeboende pasienten med demens selv ha muligheten til å bestemme hva som skal implementeres i eget hjem. Dette kan da styrke deres følelse av kontroll over omgivelsene. Dersom det er konflikt mellom den demente og omsorgsgiveren sine ønsker og meninger, bør den endelige beslutningen være pasienten sin. Dette forutsetter at pasienten fortsatt er i stand til å ta logiske avgjørelser når det kommer til dagligdagse problemstillinger (Diaz-Orueta et al., 2020, s.3218).

Ettersom demens kan ha en betydelig innvirkning på en person sin autonomi, burde all teknologi utviklet for denne sårbare pasientgruppen bevare deres autonomi så lenge som mulig. Dersom velferdsteknologien sitt mål er å støtte opp under daglige aktiviteter, burde de unngå å gi mer støtte enn nødvendig. Teknologien bør altså være en støtte for egen handlingsevne, istedenfor en erstatning som kan redusere deres evne til å handle på egenhånd der de fortsatt kan og vil (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3220-3221). Dahler (2018) viser til at å motta helsehjelp kan for noen bli sett på som et tap av selvstendighet, da de føler seg avhengig av den menneskelige eller teknologiske hjelpen (Dahler, 2018). Vi har derimot erfart i praksis at flere pasienter har opplevd velferdsteknologien som positiv, fordi følelsen av autonomi kan bli styrket gjennom økt selvstendighet. Et eksempel fra praksis er en dement pasient som hadde problemer med navigasjon. Her var GPS-klokke et godt alternativ. Pasienten fikk da prøve å finne veien hjem selvstendig, mens han selv og pårørende hadde tryggheten om at han kunne lokaliseres dersom han ikke fant veien. Her blir velferdsteknologien et støttende supplement uten å ta fra den demente kontrollen. Denne pasienten hadde fortsatt kontroll over egen administrering av medisin, og dette var noe han fremdeles mestret. Å implementere for eksempel en automatisk pilledispenser ville i dette tilfellet vært å overkjøre pasientens egen handlingsevne. Da teknologiske løsninger som ble implementert ikke ga mer støtte enn nødvendig, kunne pasienten beholde sin autonomi og selvstendighet så lenge som mulig.

Ved implementeringsfasen kan omsorgsyter tilrettelegge for at følelsen av autonomi blir bevart og styrket gjennom selvbestemmelse, samt kontroll over eget liv og omgivelser. Dersom en velferdsteknologisk løsning blir implementert, og har ønsket effekt, vil også autonomien til pasienten styrkes. Dette fordi en kan bo hjemme lenger, og være mer selvstendig (Bartlett et al., 2019, s. 92). På den ene siden viser sykepleier omsorg med å legge til rette for selvbestemmelse og kontroll, noe som igjen styrker pasienten sin personlige autonomi. På den andre siden må sykepleier vise omsorg ved å sørge for at pasienten er tryggest mulig. Selv om målet med teknologien bør være å bevare autonomien til denne pasientgruppen så lenge som mulig, er det sterke bevis som tyder på at mennesker med demens, samt deres omsorgsgivere, anser det å være trygg som viktigere enn å beskytte autonomi og privatliv (Bartlett et al., 2019, s. 92).

5.2 Velferdsteknologi sin innvirkning på trygghet

Demens er den vanligste årsaken til innleggelse på sykehjem, blant annet grunnet redusert trygghet på grunn av svekkelse av deres kognitive og ofte funksjonelle evner (Brims & Oliver, 2018, s.4). Ulike teknologiske løsninger har blitt introdusert for å øke trygghet og sikkerhet for pasienten, for eksempel GPS-sporing, fallalarm og komfyrvakt (Kruse et al., 2020, s. 2). Slik velferdsteknologi er designet for å forhindre skade, eller varsle dersom skade oppstår (Brims & Oliver, 2018, s. 6). Noen mennesker med demens og deres omsorgsgivere oppfatter velferdsteknologi som gunstig, mens andre fremhever ulemper som stigmatisering, høy pris, og påtrengende teknologi. I tillegg kan teknologien være belastende for omsorgspersoner å håndtere (Brims & Oliver, 2018, s. 4).

Måter å måle trygghet på kan være institusjonalisering, risikofylt atferd, antall dødsfall, og ulykker og fall hjemme (Brims & Oliver, 2018, s. 2). I Sánchez et al. (2019) sin studie uttalte en deltaker "... bare å vite at jeg kan leve trygt, være trygg, og vite at jeg blir plukket opp hvis jeg faller, det er det viktigste" (Sánchez et al., 2019, s. 846). Denne uttalelsen viser til at følelsen av trygghet kan være vel så viktig som den målte tryggheten. Et annet eksempel på at velferdsteknologi kan øke følelsen av trygghet, er en dement pasient fra praksis i hjemmesykepleien. Pasienten har vært glad i å gå tur, men uttrykte bekymringer for å gå seg

bort i kjente omgivelser. For å motvirke denne bekymringen fikk pasienten en GPS-enhet, og kunne derfor føle seg trygg når han gikk på tur alene.

Velferdsteknologi medfølger diverse bekymringer fra eldre. For eksempel at de føler seg overvåket og at de har lite kunnskap om velferdsteknologien som blir implementert. Dette kommer frem i Sánchez et al. (2019) sin studie, der en deltaker uttrykte bekymring for misbruk av identitet, og mangel på informasjon om hvordan man beskytter private opplysninger (Sánchez et al., 2019, s. 848). I møte med en pasient i praksis opplevde vi at pasienten var usikker på teknologi, og hvordan teknologien fungerer. Det var vanskelig for pasienten å skjønne hvordan opplysninger kan innhentes og lagres trygt, ettersom flere kan ha tilgang til pasientens personlige helseopplysninger. Det kan derfor tenkes at god og tilrettelagt informasjon, samt opplæring i velferdsteknologi kan være med på å bygge opp under trygghetsfølelsen. Det er også viktig at en kan stole på at kun nødvendig informasjon innhentes og eventuelt lagres, og at denne informasjonen blir håndtert innenfor sikre rammer (Thygesen, 2019, s. 39-40). Helseregisterloven og personopplysningsloven stiller strenge krav til dette (Thygesen, 2019, s. 42).

Selv om det ofte fremmes bekymringer rundt bruk av velferdsteknologi blant eldre, viser tidligere studier at flertallet fortsatt stiller seg positive til dette (Sánchez et al., 2019, s. 848). Flere rapporterer at dersom velferdsteknologien forbedrer sikkerheten deres, oppleves dette som et positivt tilskudd i livene deres (Sánchez et al., 2019, s. 846). En forutsetning for at velferdsteknologien skal kunne øke følelsen av trygghet er at pasienten forstår hvordan de skal nytte seg av teknologien. Dette kan være utfordrende, da graden av demens kan endre seg raskt, som igjen kan påvirke pasientens læring og hukommelse. I Diaz-Orueta et al. (2020) konkluderer artikkelen med at å normalisere velferdsteknologi er viktig. Ved at det blir mer normalt med bruk av teknologi i hverdagen, kan tanken om å bli avhengig av slik teknologi senere i livet være mindre skremmende (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3226). Vi opplever at i samfunnet i dag er det eldre som bruker teknologi minst, men et interessant funn i studien til Sánchez et al. (2019) var at flertallet av eldre ofte brukte hverdagsteknologi. Bruken av teknologi i hverdagen var med på å forme et positivt syn på velferdsteknologi. I tillegg så deltakerne på velferdsteknologi som noe som gir trygghet og samtidig bevarer deres autonomi (Sánchez et al., 2019, s. 851).

Det finnes begrenset bevis på at velferdsteknologi nødvendigvis er med på å øke tryggheten til pasienter med demens som bor hjemme (Brims & Oliver, 2018, s. 21). I metaanalysen til Brims & Oliver (2018), blir det vist til funn fra studiet til Tchalla et al, (2013) om en reduksjon i sannsynligheten for fall i deltakergruppen med velferdsteknologi, versus kontrollgruppen. Her nevnes også studien til Horvath et al. (2013), der signifikante funn var at det var færre ulykker og risikofylt atferd i gruppen med velferdsteknologi. Disse begrensede resultatene antyder at velferdsteknologi, enten som en enkelt enhet eller som del av en trygghetspakke for hjemmet, reduserer sannsynligheten for fall, ulykker og risikofylt atferd (Brims & Oliver, 2018, s. 16). En reduksjon i fall vil potensielt kunne redusere sannsynligheten for sykehusinnleggelse. Dette kan vi tenke oss til at er en positiv konsekvens for hjemmeboende pasienter med demens. I praksis erfarte vi at denne pasientgruppen uttrykker misnøye med å ligge på sykehus. Sykehus er et ukjent miljø, som igjen kan gjøre at pasienten kan føle seg utrygg da de mister kontroll over omgivelsene.

Funnene nevnt i dette underkapittelet viser til at velferdsteknologi styrker den tryggheten vi kan måle, som igjen kan styrke den dementes følelse av trygghet. Det er også andre faktorer som spiller en rolle for det følelsesmessige aspektet rundt dette, spesielt med tanke på demente pasienter. I møte med pasienter med demens gjennom våre praksiser, har vi erfart at de setter pris på kjente ansikt. Pasienter som får besøk av hjemmetjenester, har lite innvirkningskraft på hvem som kommer hjem til dem. Ofte er det fremmede mennesker man aldri har hilst på. En av pasientene fra praksis i hjemmesykepleien ga uttrykk for at fremmede mennesker, spesielt ufaglærte som ikke kjente hans sykdomshistorie, gjorde han utrygg. Denne pasienten ville heller ha velferdsteknologiske løsninger, istedenfor å stadig måtte forholde seg til nye mennesker i eget hjem. For at dette skal være en mulighet, må teknologien være brukervennlig. Teknologien kan virke mot sin hensikt, dersom innretningen er vanskelig å håndtere. Pasienten må forstå hvordan teknologien fungerer, for at den skal gi følelsen av trygghet. For eksempel kan pasienten være redd for å utløse falske alarmer, og på denne måten være til bry for omsorgsgiver. Tidspunktet for når velferdsteknologi blir implementert er kritisk når det gjelder pasienter med demens (Kruse et al., 2020, s. 24). Om for eksempel en pilledispenser blir implementert for sent i sykdomsforløpet, kan det hende at den demente ikke forstår hvordan denne fungerer. Vi kan derfor tenke oss at kartlegging er viktig, spesielt for denne pasientgruppen.

5.3 Kartlegging og oppfølging av hjemmeboende demente

Når det kommer til demens og andre nevrodegenerative sykdommer, kan velferdsteknologi være et støttende verktøy (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3216). På et eller annet tidspunkt vil alle demente trenge hjelp for å mestre hverdagen (Fjørtoft, 2016, s.70). Velferdsteknologi kan bidra til å legge til rette for bærekraftige helsetjenester for eldre, slik at de kan bo hjemme lenger med forbedret trygghet og selvstendighet (Sánchez et al., 2019, s. 842). Flertallet av eldre foretrekker å bo hjemme, og livskvaliteten har vist seg å bli redusert ved innleggelse på sykehjem. Å opprettholde normalitet og kontinuitet er et kjernebehov uttrykt av mennesker med demens. Hjemmemiljøet kan fremme slike kjernebehov i en tid med tap av kognitive, funksjonelle og sosiale evner (Brims & Oliver, 2018, s.3). Sykepleieren kan spille en viktig rolle i å styrke følelsen av autonomi og trygghet hos den demente pasienten, gjennom nøye kartlegging og oppfølging.

Når man kartlegger er det viktig å fokusere på at pasienten skal være involvert, så lenge de er i stand til å ta logiske beslutninger. Dette for å fremme selvbestemmelse. I kartleggingen er det viktig at man får et helhetlig bilde av mennesket bak diagnosen, for å på best mulig måte finne riktige løsninger for hver enkelt. I mange situasjoner kan pårørende komme med nyttig informasjon i kartleggingen av den dementes hjelpebehov og ønsker, da de gjerne kjenner personen best. Involvering av pårørende er sentralt, da ektefellen til personen med demens gjerne blir ansett som den mest passende personen til å ta en beslutning når det kommer til implementering av velferdsteknologi (Bartlett et al., 2019, s.93). Dersom pasienten selv ikke opplever et behov eller har et ønske om å nytte seg av velferdsteknologiske løsninger, vil ikke innretningen bli tatt i bruk som planlagt. Vår erfaring fra praksis støtter dette funnet. En pasient hadde fått trygghetsalarm, men ønsket ikke dette. Den teknologiske løsningen lå ubrukt i skapet, fordi pasienten ikke så nytteverdi av teknologien i sin situasjon. Et kritisk blikk på å implementere nye løsninger er viktig i slike situasjoner, da en må være sikker på at det er pasienten som vinner på det. Derfor vil en grundig kartlegging av pasienten, samt kunnskap om demens og tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger være essensielt. Dette for at løsninger som blir implementert skal være til nytte.

Familiemedlemmer blir vanligvis sett på som omsorgsgivere for mennesker med demens, og de pårørende er ofte ikke opplært for denne krevende rollen (Kruse et al., 2020, s. 2.) Ved innføring av velferdsteknologiske løsninger overføres nye oppgaver og former for ansvar til de pårørende. En utfordring kan være at pårørende mangler kapasitet, ferdigheter og nødvendig kompetanse når det kommer til å bruke velferdsteknologiske løsninger (Thygesen & Moser, 2014, s.10). God opplæring til bruk av de teknologiske løsningene som blir implementert er avgjørende for at teknologien skal kunne fungere som planlagt. Opplæring bør gis både til den demente og de pårørende.

Nøye oppfølging vil være viktig ettersom demens er en degenerativ sykdom, og ulike stadier vil gi ulike hjelpebehov. En må derfor evaluere behov, og eventuelt endre bruk av teknologiske løsninger. Teknologiske løsninger kan være en ressurs når det kommer til oppfølging av dementes grunnleggende behov, som for eksempel mobilitet og ernæring. Disse behovene blir ofte ikke møtt i samfunnet, muligens fordi omsorgsgivere mangler informasjonen de trenger for å kartlegge slike behov. Et eksempel er GPS-data, som kan gi nyttig informasjon om gangfart og avstander (Bartlett et al., 2019, s.96). Slik digital informasjon kan igjen være nyttig når det kommer til rettighetene til de med funksjonssvikt. Dette fordi ulike mennesker kan få verdifull og pålitelig informasjon. Dette er spesielt viktig sett i sammenheng med demens, da demente gjerne ikke blir sett på som pålitelige kilder (Bartlett et al., 2019, s.94). Slike data gir pålitelig kunnskap om pasienten sitt liv, og kan assistere mennesker med demens til å være sin egen talsmann (Bartlett et al., 2019, s.95).

5.4 Personlig autonomi versus faglig forsvarlighet

Bruk av velferdsteknologi blant mennesker med demens og deres pårørende kan føre til splittede meninger blant helsepersonell. På den ene siden kan det bli sett på som brudd på en persons rettigheter, mens på den andre siden kan det bli sett på som effektivt for å opprettholde en persons trygghet. Kjernen i problemet er bekymring for autonomi, privatliv, borgerlige rettigheter og menneskerettigheter på den ene siden, og bekymring for velferd, trygghet og omsorgspersoner på den andre siden (Bartlett et al., 2019, s.86). Visse forutsetninger må være til stede for at teknologi kan være aktuelt å bruke. Først og fremst må personen ha evne til å nytte seg av teknologien, og bruken må ha et klart definert mål. Å

ta i bruk teknologi uten disse forutsetningene, vil gå imot kravet om å gi forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

Demente kan regnes som en sårbar pasientgruppe, med bakgrunn i at de ikke nødvendigvis kan gi frivillig informert samtykke, i tillegg til at de er sårbare for tvang og innflytelse (Diaz-Orueta et al., 2020, s 3217). Helsepersonell skal på best mulig måte legge til rette for at alle pasienter selv kan samtykke til helsehjelp (Molven, 2019, s. 192). Når det gjelder pasienter med samtykkeutfordringer, der samtykke er usikkert eller ikke mulig, medbringer dette at det foreligger et vedtak med hjemmel i lov (Moser, 2019, s. 40). I situasjoner der pasienten ikke har mulighet til å gi samtykke, skal det om mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Pasient- og brukerrettighetsloven vil beskytte rettighetene til pasienten ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Loven fremhever at dersom pasienten motsetter seg tiltaket, skal det ikke anvendes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6 a). Dette er relevant, da det som nevnt av Sánchez et al. (2019), uttrykkes bekymringer fra eldre om tap av autonomi og personlig verdighet ved bruk av velferdsteknologi. I tillegg er de eldre usikre på hvem som tar avgjørelser om teknologibruk dersom de blir svakere eller får en kognitiv svikt. Tvang ble også nevnt som en bekymring, med frykt for at egne ønsker ikke skal ha noe å si dersom en får demens (Sánchez et al., 2019, s.847). Tidligere funn viser at eldre mennesker er villige til å ofre personvern for autonomi, da behovet for velferdsteknologi oppveier bekymringene om personvern (Sánchez et al., 2019, s. 848). Med bakgrunn i dette kan det tenkes at personlig autonomi er essensielt for de eldre, og viktig å bevare så lenge som mulig.

Eldre er altså villige til å ofre personvern for autonomi, men studien til Sánchez et al. (2019) viser til at få eldre faktisk har bekymringer knyttet til personvern. De eldre så ingen iboende konflikt mellom velferdsteknologi og personvern, da flere ga uttrykk for at leger og familiemedlemmer kunne ha tilgang til private data. De hadde ikke noe imot at informasjonen var tilgjengelig for de som bryr seg om dem (Sánchez et al., 2019, s. 847-848). Bartlett et al. (2019) viser også til en studie som anser ektefellen til personen med demens som den mest passende personen til å ta en beslutning på den dementes vegne (Bartlett et al., 2019, s. 93). Bruk av teknologi kan i visse tilfeller gi kontroll til omsorgspersoner, istedenfor til den demente. Dette reiser spørsmål vedrørende om meningene og

rettighetene til mennesker med demens er anerkjent nok. Et fokus på selvbestemmelsen og rettighetene til mennesker med demens er viktig for å unngå at velferdsteknologien får et negativt utgangspunkt ved implementering (Bartlett et al., 2019, s. 94).

I pasient- og brukerrettighetsloven vises det til at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten, og tiltaket skal være i pasientens interesse. Det skal blant annet vektlegges at tiltak som blir iverksatt skal fremstå som det minst inngripende alternativet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6 a). Velferdsteknologi kan være med på å avverge bruk av andre tiltak, som potensielt kan være skadelig for en persons velvære eller få fatale konsekvenser. Eksempelvis kan vandring føre til institusjonalisering, eller tiltak som at noen omsorgspersoner låser den demente inne for å unngå vandring. Dette vil være svært uheldig dersom en brann oppstår (Bartlett et al., 2019, s.85).

En paternalistisk tilnærming, og da en eventuell innskrenkning av den dementes personlige autonomi, vil gjøre at en omsorgsyter begrunner og rettferdiggjør tiltakene ut ifra målet om å hjelpe (Hofman, 2009). Tiltak som kan bli sett på som faglig forsvarlig fra omsorgsyterens perspektiv, er ikke nødvendigvis det som pasienten ser på som sitt eget beste. Selv med grunnlag i kompetanse fra utdanning og erfaring, bør den endelige beslutningen være pasienten sin om dette er mulig ut ifra den individuelle situasjonen (Diaz-Orueta et al., 2020, s.3218). Engasjement fra helsepersonell er ansett som essensielt, men ettersom bruk av velferdsteknologi kan bli sett på som overvåkning, er noen klinikere motvillige til å gripe inn og anbefale eksempelvis GPS-teknologi (Bartlett et al., 2019, s. 94). Et godt grunnlag for at pasienten kan ta et velinformert valg, er å forsikre seg om at informasjonen er mottatt og forstått. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleien støtter dette (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Selv om velferdsteknologi kan fremme uavhengighet, kan noen teknologiske løsninger potensielt overkjøre dementes rettigheter, privatliv og frihet. Ved introduksjon av nye teknologier i dementes dagligliv, trenger de god og tilrettelagt informasjon. Demente kan bruke lenger tid på å lære, sammenlignet med yngre voksne, eller de uten kognitiv svikt (Diaz-Orueta et al., 2020, s 3218). I tillegg har de gjerne behov for repetisjon av informasjon. For å kunne tilby velferdsteknologiske løsninger på en faglig forsvarlig måte, vil gjentatt

informasjon være essensielt. Dette på grunn av at pasienten får bedre utgangspunkt til å kunne forstå hva eventuelle tiltak innebærer. På dette grunnlaget kan pasienten gi informert samtykke der dette er mulig.

Faglig forsvarlighet vil i seg selv ikke utelukke muligheten for personlig autonomi, men heller ikke nødvendigvis legge til rette for det. For å kunne yte forsvarlig helsehjelp, skal hjelpen være pålitelig og kompetent, og bygge på respekt for den demente (Bartlett et al., 2019, s. 94). En av årsakene til at det kan være vanskelig å oppnå en balanse mellom disse, kan for eksempel være problemstillingen omkring samtykkekompetanse og demente. Ved å unngå en paternalistisk tilnærming så kan man jobbe for å opprettholde autonomien. Kari Martinsen knytter omsorg opp til ansvaret sykepleieren har for de svake (Kirkevold, 2012, s.171). Ved å ha fokus på pasientens ønske og pasienten sitt eget beste, vil man forhåpentligvis kunne yte god omsorg, forsvarlig helsehjelp og oppnå en balanse mellom det faglige og det menneskelige behovet for autonomi.

5.5 Behov for menneskelig hjelp versus teknologisk hjelp

Noe av skepsisen og kritikken rettet mot velferdsteknologi, er at den kan bli brukt som erstatning for menneskelig hjelp og nærhet (Hofman, 2010, s. 22). En av grunnene er at velferdsteknologi kan bli sett på som fordelaktig, i den forstand at det kan oppfattes som mer kostnadseffektivt enn menneskelig hjelp til helsetjenester (Sánchez et al., 2019, s.850). Det kan tenkes at i årene som kommer, vil det bli en økning i implementering av velferdsteknologiske løsninger. Dette både på grunn av den teknologiske utviklingen, og mangelen på ressurser i helsevesenet. Skepsisen rundt dette kommer frem i Sánchez et al. (2019) sin studie, da noen eldre spekulerte på om deres verdighet ville bli ofret til fordel for den økonomiske interessen til kommunene (Sánchez et al., 2019, s.851). Her vil det være viktig at sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling. Dette fremheves i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Velferdsteknologi kan være en kostnadseffektiv måte å muliggjøre at individet kan bo hjemme uavhengig av andre. Ulike teknologiske løsninger til en eldre person som bor hjemme kan gi følelsen av trygghet for individet, slektninger og venner. Diverse teknologiske

løsninger kan være god hjelp til enkle oppgaver, som for eksempel administrering av medikamenter. Sánchez et al. (2020) fremhever at noen eldre foretrekker slike teknologiske løsninger, fremfor å bry helsepersonell med små oppgaver (Sánchez et al., 2019, s.848). Dette har vi erfart i praksis i hjemmesykepleien, da eldre gjerne fremstår bekymret for å være til bry, ettersom de vet hvor travelt det kan være i helsesektoren.

I Kruse et al (2020) vises det til flere positive medisinske konsekvenser ved bruk av velferdsteknologi. Det nevnes eksempelvis forbedrede kognitive evner, økt aktivitet i hverdagen, økt autonomi, forbedret minne, og forbedret generell helse (Kruse et al., 2020, s. 25). Brims & Oliver (2018) viser i tillegg til redusert sannsynlighet for fall, ulykker og risikofylt atferd (Brims & Oliver, 2018, s.16). I Bartlett et al. (2019) nevnes enda en positiv konsekvens, spesifikt ved bruk av GPS-teknologi, da det kan fremme psykisk velvære for personer med demens. En årsak til dette kan være at de ikke trenger å bekymre seg like mye for å gå seg vill, ettersom de kan bli lokalisert (Bartlett et al., 2019, s.93). Artikkene viser til flere positive konsekvenser ved bruk av velferdsteknologi, men nevner lite om balansen mellom den teknologiske og den menneskelige hjelpen. Mange teknologiske løsninger har som forutsetning å være et supplement til menneskelige omsorgivere. Her vil vi nevne en pasient fra praksis som hadde kommet langt i demensforløpet, og som bodde i en omsorgsbolig. Det var implementert velferdsteknologiske løsninger i boligen, som gjorde at det var mulig for henne å bo der alene, samtidig som hun var trygg. Noen av de velferdsteknologiske løsningene var sensorer som kunne varsle hjemmesykepleien om natten dersom pasienten var borte fra sengen sin lenger enn et kvarter. Da kunne hjemmesykepleien gå inn for å forsikre seg om at pasienten hadde det bra. Her kommer det tydelig frem hvordan teknologien og menneskelige ressurser må samarbeide for å skape autonomi og trygghet.

Kari Martinsen hevder at det mest grunnleggende i menneskets eksistens er menneskers avhengighet av hverandre. Ifølge Martinsen er omsorg det "menneskelig motsvaret" på denne avhengigheten (Kirkevold, 2012, s.171). Sykepleien må ha omsorg som grunnlag, med avhengigheten til pasientene som utgangspunkt. Spesielt under sykdom, lidelse og funksjonshemming, kommer det tydelig frem at mennesker ikke kan leve isolert fra andre (Kirkevold, 2012, s.169). Isolasjon blir nevnt som en bekymring av eldre i Sánchez et al. (2019) sin studie, da de foretrekker menneskelig omsorg fremfor teknologi (Sánchez et al.,

2019, s.848). Det kan tenkes at slike bekymringer er basert på en frykt for at velferdsteknologiske løsninger skal brukes som erstatning for menneskelig hjelp. Dersom dette er tilfellet, kan det ha uheldige konsekvenser for pasienten.

Et grunnleggende aspekt i sykepleien er samhandling mellom sykepleier og pasient. Teknologiske løsninger kan for eksempel føre til færre besøk av hjemmesykepleien. Dette vises det til i studien til Kruse et al (2020), der det fremheves at velferdsteknologiske løsninger kan redusere samhandling med omsorgsgiver (Kruse et al., 2020, s. 24). Pasienten får dermed færre muligheter til å være sosial, og dette øker sjansen for at pasienten føler seg isolert. Færre besøk av hjemmesykepleien kan også føre til at omsorgsgivere går glipp av verdifulle observasjoner om pasientens helsetilstand (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3219). Sykepleieren bistår med flere konkrete tiltak, alt fra stell til prosedyrer. Noe som kan bli oversett er viktigheten av samtalen (Fjørtoft, 2016, s. 197). Hverdagsprat med omsorgsgiver kan spille en betydelig rolle i livet til pasienten, spesielt om de har lite sosialt nettverk. En viktig forskjell når det kommer til menneskelig hjelp versus teknologisk hjelp, er at teknologi oppfattes som formålsrasjonell, mens omsorg oppfattes som relasjonell. Dette stemmer overens med tidligere forskning om at menneskelig omsorg og oppmerksomhet ikke kan erstattes med teknologi, fordi teknologi ikke kan håndtere menneskelige følelser eller uventede interaksjoner. Sánchez et al. (2019) fant at generelt sett foretrekker eldre en kombinasjon av menneskelig og teknologisk hjelp (Sánchez et al., 2019, s.850-851).

Det er ingen standardisert måte å måle den riktige kombinasjonen av velferdsteknologi og menneskelig omsorg (Diaz-Orueta et al., 2020, s. 3219). Som Martinsen beskriver i sin omsorgsfilosofi, må konkrete situasjonsbetingede handlinger være basert på en "forståelse" om hva som er til den andres beste (Kirkevold, 2012, s.171). Den riktige kombinasjonen av menneskelig og teknologisk hjelp vil altså være situasjonsbetinget. Et mål ved implementering av velferdsteknologiske løsninger hos hjemmeboende demente bør derfor være å finne kombinasjonen som er til det beste for den enkelte. Preferanser og ønsker er individuelt. Et viktig spørsmål er altså om velferdsteknologi er egnet til å forsikre at sentrale aspekter ved menneskers velferd blir ivaretatt (Hofman, 2010, s. 22). Velferdsteknologi kan ikke bli sett på som et bidrag til velferd dersom det erstatter menneskelig omsorg. Dette understrekes i Sánchez et al., (2019) da de eldre uttrykte at teknologi ikke kan erstatte

menneskelig omsorg for dem (Sánchez et al., 2019, s.848). Omsorgsgivere bør altså tilstrebe en god balanse mellom velferdsteknologi og menneskelig hjelp for hver enkelt. Teknologien er i stadig utvikling, og dersom man finner en måte velferdsteknologi og menneskelig hjelp kan utfylle hverandre på, kan dette lede til økt autonomi og trygghet for pasienten.

5.6 Velferdsteknologiens muligheter, utfordringer og brukervennlighet

Ved bruk av velferdsteknologi må visse forutsetninger ligge til grunne for at teknologien skal ha en positiv innvirkning på dagliglivet. I litteraturstudien til Kruse et al., (2020) fant de 17 aspekter som tilrettelegger, og 17 aspekter som fremstår som utfordringer, ved bruk av velferdsteknologi hos demente (Kruse et al., 2020, s.26). Ved å jobbe for å styrke mulighetene, samt fjerne utfordringene, kan man tilrettelegge for at de velferdsteknologiske løsningene skal fungere som planlagt. På denne måten kan man også styrke følelsen av autonomi og trygghet hos demente.

En viktig faktor som tilrettelegger for bruk av velferdsteknologi er omsorgsgivere som ønsker slike teknologiske løsninger. De foretrekker for eksempel velferdsteknologi fremfor fysiske barrierer, da dette oppleves som mer etisk (Kruse et al., 2020, s. 23). Vi kan tenke oss at omsorgspersoner opplever for eksempel et kamera som mer etisk enn en sengehest. Sengehesten kan forhindre at pasienten kan bevege seg om natten, og på denne måten kanskje avverge fall. Samtidig kan et kamera gjøre at pasienten kan bevege seg fritt i eget hjem, men varsler for eksempel hjemmesykepleien dersom pasienten har falt eller vært borte fra sengen sin for lenge. Brims & Oliver (2018) viser til forskning der påkjenningen på omsorgsgivere var betydelig lavere når demente tok i bruk velferdsteknologi (Brims & Oliver, 2018, s.16-17). Kruse et al. (2020) viser også til at bruk av velferdsteknologi øker selvstendighet og trygghet hos demente (Kruse et al., 2020, s. 23). Det kan tenkes at slike positive konsekvenser kan føre til at den demente ser nytteverdien av velferdsteknologi, og ønsker å fortsette å bruke slike løsninger.

En utfordring ved velferdsteknologi er prisen på de teknologiske løsningene (Kruse et al., 2020, s.24). I Sánchez et al. (2019) vises det til at flere eldre hadde kjøpt fallalarmer for egne penger, slik at de ikke skulle føle seg som en belastning på kommunen. Flere sa også at de ville kjøpt hvilket som helst apparat som kunne gjøre livet deres lettere og tryggere, så lenge

det var rimelig (Sánchez et al., 2019, s.847). På en annen side har vi opplevd at en pasient har uttrykt at hun ikke ønsker å fortsette å ha trygghetsalarm av økonomiske årsaker. Hun sa selv at det ikke var dyrt med egenandelen, men mente det var bortkastede penger, da hun var usikker på om hun trengte alarmer. Pasienten hadde risikofaktorer for fall, men hadde aldri brukt alarmer. Dette viser til at pris kan være en utfordring ved bruk av velferdsteknologi. Dersom trygghetsalarm hadde vært gratis, hadde pasienten fremdeles ønsket å ha trygghetsalarmen, noe som kan føre til økt trygghet.

En annen utfordring som ble funnet i forskningen er at mennesker med demens ikke ønsker velferdsteknologi. Det var flere årsaker til dette, blant annet at innretningen var ukjent, og at deltakerne avviser velferdsteknologi (Kruse et al., 2020, s. 23). En kan tenke seg at en av grunnene til at de avviser velferdsteknologi er mangel på brukervennlighet. Ved å skape innretninger som er lette å lære og enkle å håndtere, kan det gjøre det lettere å implementere slik teknologi. Velferdsteknologiske løsninger for demens kan være mer utfordrende, fordi det kan være vanskelig å tyde hva brukeren selv ønsker. Et poeng som kommer frem i ulike studier er at personer med demens må ha på seg GPS-enheten for å sikre trygghet. En forutsetning for dette er brukervennlighet, da noen funksjoner som varsellyder, dårlig design og vekt blir sett på som lite ideelle. Dette kan igjen føre til at enheten blir tatt av eller fjernet (Bartlett et al., 2019, s.93). Vi har flere ganger opplevd å komme hjem til pasienter som har glemt å ha på trygghetsalarmen etter dusj. Slike teknologiske løsninger bør derfor lages slik at den ikke nødvendigvis må fjernes for eksempel ved dusj eller når apparatet må lades. I tillegg kan en legge til rette for at innretninger er bærbare, små og behagelige, som en klokke eller armbånd (Sánchez et al., 2019, s.847). Ved å gjøre innretningene mindre komplisert, eksempelvis ved å gjøre de automatisert slik at brukere slipper å trykke på knapper, gjør man det også mer brukervennlig (Sánchez et al., 2019, s.848).

Et pasientrettet fokus tilrettelegger for at velferdsteknologien som implementeres kan styrke følelsen av autonomi og trygghet. Dette kan gjøres ved å implementere velferdsteknologi på et passende tidspunkt ut ifra sykdomsbildet. Videre må man gi god opplæring og støtte, observere endringer hos pasienten, samt holde fokus på demensens ønsker og meninger i utviklingsfasen (Kruse et al., 2020, s.24). Når man snakker om

brukervennlighet, må man sørge for at de teknologiske løsningene ikke bare er brukervennlige for omsorgspersoner, men også for den demente. Ved å gjøre teknologien forståelig for den demente, tilrettelegger det for at velferdsteknologien vil bli brukt av pasienten. Dette er et utgangspunkt for at teknologien skal kunne styrke pasienten sin følelse av autonomi og trygghet.

6 Konklusjon

Hvordan kan velferdsteknologi styrke opplevelsen av autonomi og trygghet hos hjemmeboende pasienter med demens? For å besvare problemstillingen har vi drøftet forskningsartiklene vi valgte opp mot teori og annen litteratur, samt brukt egne erfaringer fra praksis som eksempler. I skriveprosessen har vi sett at velferdsteknologi kan styrke følelsen av autonomi og trygghet hos den hjemmeboende pasienten med demens, gjennom å styrke den faktiske autonomien og tryggheten. Dette da teknologien kan føre til at pasienten kan bo hjemme og være mer selvstendig, samtidig som de er trygge da teknologien varsler om eller forhindrer skade.

Flere forutsetninger må ligge til grunn for at dette skal være mulig. Sykepleier legger grunnlaget for at velferdsteknologien kan styrke følelsen av autonomi og trygghet ved å ha et pasientrettet fokus. Dette grunnlaget må bygges på brukermedvirkning, faglig forsvarlighet og forståelse for at hver situasjon er individuell. Videre er tidspunktet for implementering av teknologien kritisk, da utviklingen av demens raskt kan endre hjelpebehovet og pasientens evne til å benytte seg av teknologien. Sykepleier må derfor konstant vurdere de etiske aspektene opp mot den faglige forsvarligheten. Velferdsteknologi skal være et supplement til den menneskelige hjelpen, og ikke erstatte omsorgen gitt av helsepersonell. Her er en individuell balanse for hver enkelt pasient essensielt for å styrke følelsen av autonomi og trygghet. Det er en økende interesse for velferdsteknologiske løsninger blant demente og deres pårørende. Derfor bør teknologi for denne pasientgruppen utvikles med etikk og brukervennlighet i fokus, og dementes meninger bør få veie inn. På denne måten kan man skape nytteverdi for demente og deres pårørende, og unngå at de avviser teknologien.

7 Litteraturliste

- Abusland, A.N. (2018, 23. april) Skal velferdsstaten overleve eldrebølgen, må politikerne tenke helsefremmende. Sykepleien.no.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/04/skal-velferdsstaten-overleve-eldrebolgen-ma-politikerne-tenke>
- Bartlett, R., Brannelly, T. & Topo, P. (2019). Using GPS Technologies with People with Dementia. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2019;5(3), 84-98.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-08>
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I Ørn, S. & Bach-Gransmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 321-343). Gyldendal Akademisk.
- Brims, L., Oliver, K. (2018). Effectiveness of assistive technology in improving the safety of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 2019;23(2), 1-10. DOI: 10.1080/13607863.2018.1455805
- Diaz-Orueta, U., Hopper, L. & Konstantinidis, E. (2020). Shaping technologies for older adults with and without dementia: Reflections on ethics and preferences. *Health Informatics Journal*, 2020;26(4), 3215-3230.
<https://doi.org/10.1177/1460458219899590>
- Finbråten, H.S. & Pettersen, S. (2009, 17.mars). Kunnskap er egenmakt. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kunnskap-er-egenmakt>
- Fjørtoft, A.K. (2016): *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet (2014, 30.juni). Demens. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Helsedirektoratet (2019, 7.november). Om demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi (IS-1990)*.
<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?fbclid=IwAR0_OQhw16l1Lga2xW8HhIkDwktT2T0gbVvTHq7l7Y2Drq-rQdCpcqz1j5U

- Hofman, B. (2009, 13.mars) Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. Sykepleien.no.
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientautonomi-som-etisk-rettesnor-en-kritisk-gjennomgang>
- Hofmann, B. (2010). Etske utfordringer med velferdsteknologi (FHI Rapport 588).
https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2378402/NOKCnotat_Hofmann_2010_sep.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kirkevold, M. (2012). Sykepleieteorier: Analyse og evaluering (2. utg, 8. opplag). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Klette, G.S., Evju, A.S., Kasén, A. & Bondas, T. (2014, 17. februar). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. Sykepleien.no.
<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>
- Kruse, C. S., Fohn, J., Umannakwe, G., Patel, K. & Patel, S. (2020). Evaluating the Facilitators, Barriers, and Medical Outcomes Commensurate with the Use of Assistive Technology to Support People with Dementia: A Systematic Review Literature. Healthcare, 2020; 8(3), 1-49. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030278>
- Molven, O (2019). Sykepleie og jus (6.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Møller, A. F. (2019). Systematisk litteraturstudie, SLS -metodeanvisning til bruk på professionsbachelorstudier. *Sundhedsprofessionelle Studier*, 3(4), 2.
- Norsk sykepleierforbund (2016, 23.05). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sánchez, V.G., Anker-Hansen, C., Taylor, I. & Eilertsen, G. (2019). Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2019;12, 841-853. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S219458>
- Thygesen, H. & Moser, I. (2014). GPS-sporing i demensomsorgen. *Geriatrisk sykepleie*, 2014;6(2), 10-5. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/219294>
- Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger: Definisjoner, kategorier, bakgrunn og etikk. I Moser, I. (Red.), *Velferdsteknologi: En ressursbok* (s. 25-42). CAPPELEN DAMM AKADEMISK.
- Østby, B. A. (2012, 12. oktober). Vil møte eldrebølgen med teknologi. *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/2012/10/vil-mote-eldrebolgen-med-teknologi>