

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Implementering av velferdsteknologi hos pasienter med demens som mottar hjelp av primærhelsetjenesten



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.01.2023

x

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Etter flere gjennomførte praksisperioder i kommunehelsetjenesten har jeg skaffet egen erfaring om hvordan velferdsteknologiske løsninger kan implementeres og integreres i primærhelsetjenestens utøvelse av pleie og omsorg til pasienter i ulike sykdomsforløp, som for eksempel demens. Disse erfaringene har gitt meg et innblikk i hvordan utvikling og anvendelse av teknologien i praksisutøvelse kan bidra til økt livskvalitet og trygghet for pasienten.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier i primærhelsetjenesten kan initiere faglig utvikling, forbedring og transformasjon av pleie- og omsorgspraksisutøvelse ved å implementere pasientsentrert og målrettet velferdsteknologi som kan bidra til økt opplevelse av velvære, trygghet og sikkerhet for pasienter med demens og deres pårørende.

Metode

Bacheloroppgaven skal utarbeides som en integrativ litteraturoversikt etter Febe Fribergs metode (2017), der fire forskningsartikler blir analysert og benyttet som datamateriale. Forskningsartiklenes problemstillinger studeres via empiriske metoder som deltagende observasjon, formelle og uformelle intervjuer, dokumentstudier og spørreundersøkelser. Grunnlaget for oppgavens besvarelse tar utgangspunkt i en sammenstilling av resultatene fra forskningsartiklene, relevant faglitteratur og egne refleksjoner.

Resultater

Resultatene viser at sykepleiere har manglende kunnskaper og tverrfaglighet knyttet til implementering av velferdsteknologi. Det kommer også fram at en trygg relasjon og et godt forhold mellom pasient, pårørende og sykepleier har en viktig betydning for

implementeringsprosessen og samspillet mellom partene. Videre viser resultatene at velferdsteknologi både kan ha en positiv og negativ innvirkning på pasienter med demens sin sosiale, psykiske og fysiske helse, samt pasient og pårørendes opplevelse av sikkerhet og trygghet.

Nøkkelord

Primærhelsetjenesten, pasientsentrert velferdsteknologi, pasienter med demens, velvære og livskvalitet.

INNHold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 PROBLEMFORMULERING	7
1.3 HENSIKT	7
1.4 BEGREPSAVKLARING	7
1.4.1 Livskvalitet	7
1.4.2 Demens	8
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	9
2.1 VELFERDSTEKNOLOGI	9
2.1.1 Sykepleierens opplæring for sikker bruk av velferdsteknologiske løsninger i primærhelsetjenesten	10
2.2. VELFERDSTEKNOLOGIENS UTFORDRINGER HOS PASIENTER MED DEMENS	12
2.3 SYKEPLEIE, VELFERDSTEKNOLOGI OG OMSORG	13
3.0 METODE	15
3.1 HVA ER METODE?	15
3.2 INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT	15
3.3 SØKEPROSESS	15
3.3.1 Valg av søkestrategi	15
3.3.2 Valg av databaser	16
3.3.3 Valg av søkeord	16
3.3.4 Valg av artikler	17
3.4 ANALYSE AV ARTIKLER	18
4.0 RESULTATER	20
4.1 KUNNSKAPER OG FERDIGHETER OM VELFERDSTEKNOLOGI	20
4.2 BETYDNINGEN AV RELASJON MELLOM PASIENT, SYKEPLEIER OG PÅRØRENDE	21
4.3 VELFERDSTEKNOLOGIENS INNVIRKNING P� PASIENTENS SOSIALE, PSYKISKE OG FYSISKE VELVÆRE	22
4.4 SIKKERHETSASPEKTET	22
4.4.1 Anvendelse av lokaliseringsteknologi	23

5.0 DISKUSJON	24
5.1 METODEDISKUSJON	24
5.1.1 Land og arena for studiene	24
5.1.2 Forskernes bakgrunn	24
5.1.3 Studienes deltakere	25
5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode	25
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode	26
5.2 RESULTATDISKUSJON	26
5.2.1 Kunnskaper, ferdigheter og tverrfaglighet hos sykepleieren	26
5.2.2. Betydningen av relasjon mellom pasient, sykepleier og pårørende	28
5.2.3 Velferdsteknologiens innvirkning på pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære	29
5.2.4 Sikkerhetsaspektet	31
5.2.5 Konklusjon	32
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	33
LITTERATUR	35
VEDLEGG 1: SØKELOGG	38
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	39

ANTALL ORD: 8000

1.0 INNLEDNING

Den norske befolkningen blir stadig eldre, og antall nordmenn i alderen 67 år og over utgjør i dag 16 % av befolkningen (SSB, u.å). Den økende levealderen og endringen i befolkningssammensetningen gjør at samfunnet står ovenfor en eldrebølge. Eldrebølgen vil føre til økte helseutfordringer i befolkningen. En av disse helseutfordringene er demens. I Norge i dag lever omtrent 101 000 personer med demens, og det forventes mer enn en dobling i utviklingen innen år 2050 på grunn av det økende antallet eldre i befolkningen (Folkehelseinstituttet, u.å). Eldrebølgen og den mulige økning i antall pasienter med demens vil stille krav til å styrke samarbeidskompetanse og implementere gode løsninger i fellesskap med pasienten, pårørende og helsepersonell. Hjemmebaserte tjenester vil ha en sentral rolle i pleie- og omsorgsutførelsen til denne pasientgruppen. Det krever nytenkning og utvikling av primærhelsetjenesten, og det vil være avgjørende for hjemmebaserte tjenester å forsøke, etterspør og tilpasse ovenfor pasienten med de tilgjengelige hjelpemidlene i primærhelsetjenesten. Et av hjelpemidlene som er lansert som en mulig løsning på denne utfordringen er velferdsteknologi.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter flere gjennomførte praksisperioder i kommunehelsetjenesten har jeg ervervet egen erfaring om hvordan velferdsteknologiske løsninger kan implementeres og integreres i primærhelsetjenestens utøvelse av pleie og omsorg til pasienter i ulike sykdomsforløp, som for eksempel demens. Disse erfaringene har gitt meg et innblikk i hvordan utvikling og anvendelse av teknologien i praksisutøvelse kan bidra til økt livskvalitet og skape trygghet for pasienten. På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke hvordan sykepleier i primærhelsetjenesten kan bidra til at pasienter med demens opplever økt livskvalitet og trygghet ved implementering av velferdsteknologi. Gjennom kunnskaper og refleksjoner ervervet gjennom oppgaven håper jeg å gjøre meg mer bevist og rustet i egen rolle som ansvarlig sykepleier i utforming, tilrettelegging og igangsetting av målrettede, selektive intervensjoner for mine pasienter.

1.2 Problemformulering

Dagens omsorgstjeneste står ovenfor en politisk forventning om å dyktiggjøre helsepersonell i implementering av hensiktsmessige, pasientsentrert og innovative velferdsteknologiske løsninger for pasienten, deres pårørende og helsepersonell i primærhelsetjeneste (Isaksen, 2017). Det foreligger også en forventning om at teknologiske løsninger som velferdsteknologi skal kunne bidra til å løse denne velferdsutfordringen. Målet er at velferdsteknologien skal bidra til at eldre skal være hjemmeboende lengst mulig til tross for nedsatt funksjonsevne, noe som vil gi en samfunnsøkonomisk effekt. Utfordringen ved implementering av velferdsteknologi er å samle erfaringer rettet til hvordan den kan tas i bruk på en hensiktsmessig måte. Dette krever utforming, samspill, prøving, feiling og læring der agendaen er innovasjon. Demensomsorgens mål er at de teknologiske hjelpemidlene kan bidra til pasienters og pårørendes trygghet, sikkerhet og velvære, samt å gi støtte, opprettholde hverdagsaktivitet og deltakelse i samfunnslivet hos pasienter som har demens. Likevel kan pasienter med demens oppleve vanskeligheter med å implementere og overføre teknologiske løsninger i hverdagen (Ranhoff, 2020, s. 429). På bakgrunn av disse utfordringene dannet jeg problemstillingen: Hvordan kan sykepleier i primærhelsetjenesten bidra til at pasienter med demens opplever økt livskvalitet, velvære og trygghet ved implementering av velferdsteknologi?

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier i primærhelsetjenesten kan initiere faglig utvikling, forbedring og transformasjon av pleie- og omsorgspraksisutøvelse ved å implementere pasientsentrert velferdsteknologi som kan bidra til økt opplevelse av velvære, livskvalitet, trygghet og sikkerhet for pasienter med demens og deres pårørende.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet blir i oppgaven anvendt for å beskrive subjektive og objektive sider ved livet. Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves av hver enkelt og omfatter både positive følelser og positive vurderinger (Nes, 2016). På tross av helseplager og andre belastninger kan den subjektive livskvaliteten oppleves som god. Den objektive

livskvaliteten handler om hvor god livssituasjon man har - som objektiv helsetilstand og funksjonsevne, materielle levekår, arbeidsoppgaver og fritidssysler (Nes, 2016).

1.4.2 Demens

Begrepet demens blir i oppgaven anvendt som en samlebetegnelse på en rekke ulike sykdommer og skader med ulik bakgrunn og sammensatt helsetilstand. Symptomene for de ulike demenssykdommene er forskjellige, avhengig av hvordan hjernen har blitt påvirket (Ranhoff, 2020, s. 419). Flere faktorer spiller inn i symptomatologien ved demens, og det kliniske bilde vil i startfasen være ulikt fra person til person. Det finnes likevel noen symptomer som har felles kjennetegn. Symptomene omfatter svekket hukommelse, konsentrasjonsvansker, tap av dømmekraft, nedsatt evne til planlegging, nedsatt orienteringsevne, språkvansker og nedsatt funksjon i dagliglivet.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet vil jeg definere hva velferdsteknologi er og gi en oversikt over de ulike typene velferdsteknologi som benyttes i primærhelsetjenesten. Jeg vil fremheve sykepleiers opplæring for trygg implementering og sikker bruk av velferdsteknologiske løsninger. Videre vil jeg belyse de forpliktelsene sykepleierens ansvar ved implementeringen innebærer og se disse i sammenheng med yrkesetiske retningslinjer, lovverk og pasientsikkerhet. Videre vil jeg rette søkelys på utfordringer pasienter med demens og involvert helsepersonell kan møte ved implementering av velferdsteknologi i disse pasientenes hjem. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg beskrive Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

2.1 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan defineres som brukerorientert teknologi som har til hensikt å støtte og forsterke pasientens opplevelse av trygghet, sikkerhet, selvhjelpsferdigheter, sosial deltakelse, fysisk og kulturell aktivitet og livskvalitet (Isaksen, 2017). Andre gevinster velferdsteknologiske løsninger kan bidra til er å styrke den enkeltes evne til samspill og samarbeid, å klare seg selv i hverdagen, samt å bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på primærhelsetjenestens tilbud.

Velferdsteknologi deles ofte inn i fire ulike kategorier, der alle kategoriene anvendes i primærhelsetjenesten. Disse kategoriene er inndelt etter velferdsteknologiens hensikt. De fire kategoriene er trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, sosial kontaktskapende teknologi og behandling og pleiestyrende teknologi (Grimsbø, 2017a, s. 320). Trygghets- og sikkerhetsteknologi omfatter teknologi som har som hensikt å skape trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse. Kompensasjons- og velværeteknologi omfatter teknologi som har som hensikt å bistå pasienten for eksempel når hukommelsen blir svekket, eller ved fysisk funksjonssvikt. Gruppen omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet mer komfortabelt – for eksempel styring av lys og varme. Sosial kontaktskapende teknologi omfatter teknologi som har som hensikt å bistå mennesker med å initiere kontakt med andre, for eksempel videokommunikasjonsteknologier. Behandling og pleiestyrende teknologi omfatter teknologi som har som hensikt å bidra til at mennesker gis

mulighet til å styre egen opplæring og egenomsorg, overvåkning, egenbehandling og egen utvikling for å mestre endringer i egen helse, for eksempel ved kronisk lidelse (Grimsbø, 2017a, s. 320).

Primærmålgruppen for velferdsteknologi er mennesker med ulike sykdommer og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Sekundært er familie, venner og hjemmebaserte tjenester en målgruppe som vil dra nytte av velferdsteknologiske løsninger sine hensikter. Ettersom velferdsteknologi utvikles for grupper som tradisjonelt ikke har brukt avansert teknologi, for eksempel eldre, vil det reises en rekke spørsmål om hvilke typer helseteknologi som er hensiktsmessig, og om hvordan de bør utvikles og anvendes i praksis (Ranhoff, 2020, s. 213). Teknologi er i seg selv verken moralsk bra eller dårlig. Det overordnede spørsmål blir derfor om løsningen er hindrende eller fremmer et menneskes livskvalitet og verdighet i pasientens situasjon.

2.1.1 Sykepleierens opplæring for sikker bruk av velferdsteknologiske løsninger i primærhelsetjenesten

Ved implementering av velferdsteknologi vil sykepleier møte en forventning om å utøve tjenesten med kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitet innebærer at helsehjelp skal være virkningsfull, være trygg og sikker, inkludere pasienten og pårørende, gi pasienten innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelig og rettferdig fordelt (Aase, 2018, s. 16). Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelse eller mangel på det samme (Aase, 2018, s. 16).

For å sikre kvalitet og pasientsikkerhet ved implementering av velferdsteknologi trenger sykepleier i primærhelsetjenesten opplæring i aktuelt lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. I de yrkesetiske retningslinjene i punkt 2.9 står det: «Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling» (Norsk sykepleierforbund, 2019). I lovverket er ikke

velferdsteknologi definert som en egen tjeneste, men kan være en måte å legge til rette for individuell tilrettelegging i utformingen av helse- og omsorgstjenester på, og et hjelpemiddel i tjenestene. Den velferdsteknologiske løsningen, og nytteverdien av den, må derfor tilfredsstillende de kravene som loven stiller til blant annet forsvarlighet og brukermedvirkning ved ytelse av helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, u.å). Primærhelsetjenestens krav til forsvarlighet reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1, der det kreves at ytelsen av alle helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. Ved anvendelse av velferdsteknologi i primærhelsetjenesten innebærer forsvarlighetskravet for eksempel at sykepleier må vurdere om pasienten er i stand til å bruke teknologien slik den er ment å brukes. Videre forutsetter forsvarlighetskravet også nødvendig opplæring og oppfølging av pasient, pårørende og involvert helsepersonell. Brukermedvirkningsretten til pasientene reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1. Her beskrives det at helsepersonell skal legge til rette for at pasienten skal medvirke til utformingen og gjennomføringen av tjenesten, herunder ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienters brukermedvirkningsrett gjelder også ved implementering og evaluering av velferdsteknologi. For at pasienten skal kunne medvirke i avgjørelsen om det skal brukes velferdsteknologi eller ikke, er det viktig at helsepersonell legger forholdene best mulig til rette for at pasienten skal kunne ta denne beslutningen selv. Dette krever tilpasset og konkret informasjon om fordeler og ulemper ved implementering (Helsedirektoratet, u.å). Grundig opplæring av helsepersonell vedrørende velferdsteknologiske løsninger er avgjørende for å ivareta brukermedvirkning. Implementering av velferdsteknologi krever også samtykke. Samtykkekompetanse defineres ved at personen må være i stand til å forstå hva han eller hun samtykker til eller motsetter seg. Det betyr at personen må forstå konsekvensene av å takke ja eller nei til ulike behandlinger og teknologiske hjelpemidler, i tillegg kunne resonere med aktuell informasjon i valget (Helsedirektoratet, u.å). Samtykkekravet lovfestes i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-1.

En del av velferdsteknologien kan defineres som inngripende teknologi. Inngripende teknologi betyr all sporings-, lokaliserings-, overvåkings- og sensorteknologi som overfører og sender opplysninger til tredjepersoner om pasienten situasjon/handlinger/bevegelser uten at pasienten selv initierer det (Helsedirektoratet, u.å). Eksempel på inngripende teknologi er teknologi som varsler dersom pasienten står opp fra sengen sin eller ikke tar medisinen sin. Det er helsepersonell som avgjør hvilke opplysninger som skal overføres og bringes videre,

når informasjon blir etterspurt, eller når forespørselen kommer og helsepersonell må imøtekomme etterspørselen (Molven, 2019, s. 174). Om den aktuelle teknologien anses som inngripende eller ikke, vil ha betydning for hvilke regler som gjelder for å ta den i bruk. Et gyldig samtykke er tilstrekkelig rettsgrunnlag for bruk av inngripende teknologi. Et gyldig samtykke forutsetter at pasienten er samtykkekompetent.

2.2. Velferdsteknologiens utfordringer hos pasienter med demens

Å få en demensdiagnose vil oppleves ulikt fra person til person, men sannsynligvis vil sykdommen endre hverdagen og livet, både for pasientene og deres pårørende. Pasientene kan oppleve utfordringer knyttet til tap av kognitive og motoriske funksjoner, psykiske tilleggssymptomer som angst og depresjon og atferdssymptomer som motorisk uro, aggresjon og vrangforestillinger (Folkehelseinstituttet, u.å). Ved implementering av velferdsteknologi er det overordnede målet innenfor demensomsorgen å bidra til mestring for personer som har demens, og for deres pårørende eller å støtte opp om de omsorgstilbudene som fins i dag. Det er også et mål at disse teknologiske hjelpemidlene skal gi støtte og opprettholde hverdagsaktiviteter og deltakelse i samfunnslivet hos personer med demens (Ranhoff, 2020, s. 429).

En utfordring sykepleier kan møte ved implementering av velferdsteknologi hos pasienter med demens er å velge ut og anvende de best mulig fungerende teknologiske løsningene hos de ulike pasientene. Dette krever at sykepleieren som står ansvarlig for implementeringen har faglige kunnskaper om sykdommen demens, velferdsteknologi og eventuelle utfordringer pasienter med demens kan møte ved implementering av velferdsteknologi. Utvalgt teknologisk løsning skal rettes og tilpasses mot individuelle preferanser (Ranhoff, 2020, s. 429). Ettersom pasienter med demens kan oppleve vanskeligheter med å bruke tradisjonell teknologi er denne tilpassingen særlig viktig for pasientgruppen. Ved tilrettelagt teknologi som møter pasientens behov, kan teknologien bidra til at pasientene klarer seg lenger på egenhånd og dermed opplever økt selvstendighet og mestring.

Som beskrevet i kapittel 2.1.1 krever implementering av velferdsteknologi, spesielt anvendelse av inngripende teknologi, innhenting av et gyldig samtykke fra pasienten. Hos

pasienter med demens kan dette bli en utfordring, ettersom flere av disse pasientene har utfordringer med å forstå hva han eller hun samtykker til eller motsetter seg. Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent, er det tre ulike alternative lovbestemmelser som kan være aktuelle. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-6 reguleres helsehjelp til pasienter som ikke har samtykkekompetanse, herunder varsling og overvåkning med medisinsk utstyr. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-6a regulerer bruk av annen varslings- og lokaliseringsteknologi hos pasienter som ikke er samtykkekompetente. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4A åpnes det for å kunne gi helsehjelp til en pasient som ikke er samtykkekompetent som motsetter seg helsehjelpen. Kapittel 4A krever at det er en forutsetning at unnlatelse av å gi helsehjelpen vil kunne medføre vesentlig helseskade i sykdomsforløp og uønskede hendelser for pasienten.

2.3 Sykepleie, velferdsteknologi og omsorg

Kari Martinsen ser på omsorg som sykepleiens kjerne (Grimsbø, 2017b, s. 53). Martinsens omsorgsfilosofi vil derfor være aktuell i utførelsen av omsorgs- og pleiearbeid i primærhelsetjenesten, også ved utprøving og implementering av velferdsteknologi. Omsorgsverdier er grunnleggende i sykepleierens møte med mennesket som er pasient, der målet med sykepleierens omsorg er pasientens subjektive opplevelse av helse, velvære og livsmot. Martinsen beskriver omsorg som en etisk appell som utgår fra ett menneske til et annet gjennom de spontane livsytringene, og det er denne påstanden omsorgsfilosofien hennes hviler på (Grimsbø, 2017b, s. 56). I henhold til Martinsens omsorgsfilosofi kan livsytringer tolkes som det som opptar pasienten.

Ifølge Martinsen er det tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som er betydningsfulle. Hun omtaler omsorg som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep (Grimsbø, 2017b, s. 60). Selv om dimensjonene presenteres separat, er de umulige å skille fra hverandre, da de i en konkret situasjon vil være helt integrerte og sammenvevd. Omsorgens relasjonelle side kommer til uttrykk gjennom yrkesmessig omsorg, som omhandler en relasjon mellom to personer, der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger (Grimsbø, 2017b, s. 61). Dette muliggjøres ved at den som skal yte hjelpen setter seg inn i pasientens situasjon ved å vise interesse og engasjement. Relasjonell omsorg kommer til uttrykk når sykepleieren tar seg tid til å prate med pasienten om pasientens liv, drømmer og lengsler.

Denne typen omsorg vil sette sykepleierne i en posisjon der de enklere kan forstå personens behov, og lettere kan vise omsorg. Det setter også pasienten i en posisjon der de føler seg sett og respektert, noe som vil skape tillit og gode relasjoner. Omsorg er både en grunnholdning og en praktisk handling. Den praktiske omsorgen utføres i dagligdagse situasjoner som både sykepleier og pasient kjenner. Pleien blir grunnlagt ut fra tilstanden til den hjelpetrequende, og de konkrete handlingene gjennomføres på grunn av den konkrete situasjonen vedkommende befinner seg i (Grimsbø, 2017b, s. 62). Martinsen omtaler omsorg og moral som nært forbundet. Moralen har to sider: Den primære moralen og den sekundære moralen. Den primære moralen beskriver Martinsen som den spontane og ubegrunnede som uttrykkes i kjærlighet. Handlingen er spontan, uegennyttig og til det beste for noen andre. Den sekundære moralen, også kjent som normmoralen, viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og samfunnet. Normmoralen har som hensikt å uttrykke kjærlighetens ide (Grimsbø, 2017b, s. 62).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Dalland (2020) beskriver metode slik: «Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår» (s. 54). Det vil si at metode er fremgangsmåten man benytter for å samle inn den data man trenger for å belyse og besvare en problemstilling på best mulig måte. I empirisk forskning benyttes oftest kvalitative metoder, kvantitative metoder eller en kombinasjon av begge metodene. Kvalitative metoder setter søkelys på å fange opp meninger og opplevelser, mens de kvantitative metodene gir data som lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020, s. 54). Valg av metode baserer seg derfor på hvilken metode man anser som den ideelle fremgangsmåten i forhold til hva man ønsker å undersøke. Oppgaven min baserer seg på fire kvalitative studier ettersom min hensikt med problemstillingen best kan besvares ved hjelp av kvalitative data.

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Bacheloroppgaven skal utarbeides som en integrativ litteraturoversikt. Den svenske sykepleierforskeren Febe Friberg (2017) beskriver litteraturoversikt som en metode som «... innebær ... datareduktion, skapa översikt och göra jämförelser ... dra slutsatser och verifiera, eftersom fokus är riktat mot att syntetisera resultaten från de olika studierna till det som kan benämnas 'en ny helhet'» (s.150). Metoden tar utgangspunkt i Fribergs analysemodell (2017). Analysemodellen legger vekt på å finne felles nøkkelfunn og sammenhenger i eksisterende forskning. Aktuelle resultatet fra studiene velges ut og sammenstilles. Resultatene sammenstilles i en oversikt over hovedfunn og underkategorier. Denne sammenstillingen danner min tolkning av resultatene og en ny helhet. Denne analysemodellen benyttes når jeg analyser resultatene i de utvalgte vitenskapelige artiklene.

3.3 Søkeprosess

3.3.1 Valg av søkestrategi

Jeg benyttet systematisk litteratursøk som søkestrategi, noe Folkehelseinstituttet (2022) beskriver som «Et omfattende og systematisk utført litteratursøk er en forutsetning for at vi

kan ha tillit til funnene i en kunnskapsoppsummering». For å avgrense søket måtte jeg sette noen eksklusjonskriterier. Jeg ønsket forskning som var publisert etter 2012 og forskning fra sosiokulturell bakgrunn som er tilnærmet lik den norske kulturen. Grunnen til dette er at jeg ønsket at kunnskapen fra forskningsartiklene skulle kunne knyttes til kulturen i det norske helsevesenet i nåtid. Jeg avgrenset søket ved å ha følgende avgrensninger: publisert etter 2012, fagfelleverdert, forskningsartikkel og forskning fra Europa, USA, Australia og New Zealand.

3.3.2 Valg av databaser

Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i vitenskapelige databaser som er tilgjengelige via Universitetet i Stavanger. Relevante databaser inkluderte Academic Search Ultimate, Idunn og Cinahl. Disse databasene ble benyttet ettersom de inneholder relevant forskning for både sykepleierfaget og andre relevante fagområder. I databasene ga søkeprosessen et bredt resultat med flere relevante empiriske studier.

3.3.3 Valg av søkeord

I prosessen å finne relevante forskningsartikler, avgrenset jeg søket ved hjelp av søkeord. Ut ifra hensikten min ble «velferdsteknologi» og «demens» vurdert som relevante søkeord. Ettersom jeg ønsket å utvide søket i databasene benyttet jeg engelske søkeord i alle databasene. De to første artiklene ble funnet på Idunn ved hjelp av søkeordene «Welfare Technology» AND «dementia». Ved hjelp av denne søkekombinasjonen fikk jeg opp seks forskningsartikler. I de andre databasene var det behov for å begrense søket ytterligere, som følge av svært mange søkeresultater. Jeg har forsøkt å sette søkelys på andre faktorer, derav ble søkeordene «Technology», «Home-living» og «nurs*» brukt med «AND» i forskjellige kombinasjoner. Den tredje artikkelen ble funnet i databasen Academic Search Ultimate ved hjelp av søkeordene «Technology» AND «Dementia» AND «home-living». Ved hjelp av denne søkekombinasjonen fikk jeg opp tre forskningsartikler. Den siste artikkelen ble funnet i Cinahl. For den fjerde artikkelen ble følgende kombinasjon av søkeord benyttet: «Dementia» AND «Technology» AND «nurs*». Ved hjelp av denne søkekombinasjonen fikk jeg opp hundre forskningsartikler. Alle forskningsartiklene ble funnet ved hjelp av søkeordene i kombinasjon med mine eksklusjonskriterier relatert til publiseringstidspunkt, geografi, forskningsartikkel og fagfelleverdert artikkel.

3.3.4 Valg av artikler

Alle søkekombinasjonene ga flere treff. Min hensikt er tydelig, og flere av forskningsartiklene måtte ekskluderes som følge av manglete relevans. Her ble artiklenes innhold, metode og resultater vurdert. De utvalgte forskningsartiklene ble inkludert i oppgaven ettersom de fant sted på korrekt arena. Jeg ønsket å finne forskningsartikler fra primærhelsetjenesten, hovedsakelig hjemmebaserte tjenester. Jeg ønsket også å basere oppgaven på gyldige og troverdige artikler. Av denne grunn ble artiklenes struktur, tidsskriftene artikkelen står i og forskerens bakgrunn vurdert. For å vurdere gyldigheten til forskerne foretok jeg et sekundærsøk. De fire valgte forskningsartiklene for oppgaven tilfredsstilte mine krav, ettersom artiklenes innhold, metode og resultat passet med min hensikt for oppgaven. I tillegg møtte forskningsartiklene mine krav ved å være publisert etter 2012, fagfellevurderte forskningsartikler, fra land som har tilnærmet lik sosiokulturell bakgrunn som det norske helsevesenet, finner sted i primærhelsetjenesten og være skrevet av troverdige forskere. I tabell 1 vises en enkel oversikt over de utvalgte artiklene.

Tabell 1

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Liddle, J., Worthy, P., Frost, D., Taylor, E., Taylor, D., Beleno, R., Angus, D., Wiles, J., Angwin, A. & The Florence Project Living Experience Expert Reference Group. (2022). Personal and complex: The needs and experience related to technology use for people living with dementia.	Implementerin g av velferdsteknol ogi hos pasienter med demens	Rette forståelse mot funksjonen velferdsteknologi har i livene til personer som har demens og deres pårørende	Pasient og pårørende	Kvalitativ tilnærming. Spørreundersøkelse med åpne spørsmål.

Lo, C., Waldahl, R. H. & Antonsen, Y. (2019). Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester.	Kommunens utfordringer ved implementering av velferdsteknologi	Belyse hva det er med velferdsteknologi som utfordrer kommunene i implementeringsprosessen	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Deltatagende observasjon, formelle og uformelle intervjuer samt dokumentstudier.
Riikonen, M., Paavilainen, E. & Salo, H. (2013). Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia.	Implementering av velferdsteknologi hos pasienter med demens	Utforske faktorer som legger til rette for bruk av teknologi i dagliglivet til personer med demens	Pasient og pårørende	Kvalitativ tilnærming. Åpne intervjuer, deltakerobservasjon, feltnotater og et strukturert spørreskjema.
Skjødt, U. & Solholt, L. (2021). Brugerorienterte velfærdsteknologier som middel til livskvalitet, når demens er en del av livet for eldre i plejebolig.	Livskvalitet for pasienter med demens ved implementering av velferdsteknologi	Belyse hvordan brukerrettede velferdsteknologier i praksis understøtter livskvalitet for eldre som lever med demens og bor i omsorgsboliger	Pasient og pårørende	Kvalitativ tilnærming. Deltakerobservasjonsstudie og intervjuer.

3.4 Analyse av artikler

Analysearbeidet startet med en grundig gjennomlesning av resultatene fra de utvalgte artiklene. Resultatene som sammenfalt med min hensikt og omhandlet problemstillingen, ble videre analysert. Dette kalles å foreta en datareduksjon. Den videre analysen foregikk etter Fribergs analysemodell (2017). Målet er da å finne felles nøkkelfunn og sammenhenger i de utvalgte artiklenes resultater. De aktuelle data fra hver artikkel som samsvarte med min hensikt ble valgt ut og sammenstilt. Denne sammenstillingen av resultater ga fire hovedfunn

og to underkategorier som var relevant for hensikten og problemstillingen i oppgaven min. Disse presenteres i tabell 2.

Tabell 2

Hovedfunn	Underkategorier
Kunnskaper og ferdigheter om implementering av velferdsteknologi	Tverrfaglighet hos sykepleieren
Betydningen av relasjon mellom pasient, sykepleier og pårørende	
Velferdsteknologiens innvirkning på pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære	
Sikkerhetsaspektet	Anvendelse av lokaliseringsteknologi

4.0 RESULTATER

4.1 Kunnskaper og ferdigheter om velferdsteknologi

Tre av de analyserte forskningsstudiene avslørte manglende fagkunnskap og ferdigheter hos sykepleierne knyttet til implementering av velferdsteknologi i boligene til pasienter med demens (Liddle et al., 2022, Lo, Waldahl & Antonsen, 2019 & Riikonen, Paavilainen & Salo, 2013). Studiene avdekker manglende kunnskaper knyttet til hvilke velferdsteknologiske løsninger som finnes når det gjelder helsetilbud, vurdering av hvilke teknologier som skal implementeres og hvilke fordeler og ulemper implementering av velferdsteknologi kan ha for pasienter med demens. Riikonen, Paavilainen og Salo (2013) beskriver viktigheten av samhandlingens avtaler ved implementering av teknologi hos pasienter med demens slik:

Guidance is the fourth element found to be essential in successful introduction of technology. All those involved in the affected person's social network should be present in guidance situations. (...) Ideally, home care professionals should be continually trained to choose and use solutions to support clients with dementia. (Riikonen et al., 2013, s. 239)

For at helsepersonell skal kunne veilede må de ha bakenforliggende fagkunnskaper og ferdigheter. Sitatet beskriver hvordan kontinuerlig og profesjonell trening av helsepersonell i hjemmebaserte tjenester er ideelt ved valg og implementering av velferdsteknologiske løsninger i pasienters hjem. Liddle et al. (2022) avslører at mangelfull veiledning fra et sosialt nettverk vil negativt påvirke bruken av teknologi: «For some participants, the context did not support technology use - which could be a lack of specialist or regular human support for technology use, limited technology infrastructure or a technology not being a regular part of the social environment» (s. 1525).

Lo et al. (2019) vektlegger betydningen av tverrfaglighet hos sykepleieren ved implementering av velferdsteknologi. Jeg har valgt å ta med dette resultatet som bare baserer seg på en forskningsartikkel ettersom jeg opplever temaet som viktig. I artikkelen benyttes begrepet tverrfaglighet for å beskrive at sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter på flere ulike fagområder. «Samtidig som at behovet for helsefaglig kompetanse i

implementeringsarbeidet gjerne vektlegges blant de aktørene vi har undersøkt, er det også åpenbart at velferdsteknologi stiller høye krav til IKT-faglig kompetanse» (s. 15). Forskerne påpeker at både helsefaglig kompetanse og teknologisk kompetanse er behøvelig i kartleggingsarbeidet, implementeringsarbeidet og oppfølgingen av pasientene.

4.2 Betydningen av relasjon mellom pasient, sykepleier og pårørende

Studiene til Liddle et al. (2022), Riikonen et al. (2013) og Skjødt og Solholt (2021) vektlegger betydningen av å ha et stabilt og trygt nettverk rundt seg i implementeringsprosessen.

Søkelyset rettes mot å ha trygge mennesker rundt seg når teknologi skal implementeres i en pasients hjem. Disse menneskene vil bidra til å skape trygge rammer, god kommunikasjon og støtte. Riikonen et al. (2013) beskriver viktigheten av et sosialt nettverk slik:

The utmost importance of the social network in integrating technology into the daily life of the affected people is perhaps the most significant finding of this study. Successful use of technology calls for a well- functioning social network and flexibility to continually assess the affected person's needs and everyday life as the syndrome progresses and changes take place in the family's life situation. (Riikonen et al., 2013, s. 241)

Liddle et al. (2022) avslører at implementering av velferdsteknologiske løsninger ikke bare støtter personen som lever med demens, men også omsorgsrollen til deres pårørende. Flere av de pårørende som deltok i studien beskrev hvordan teknologi kunne bidra til å fremheve omsorg, kommunikasjon og velvære av omsorgspartnere. De avdekker med dette at deres rolle som pårørende blir enklere ved implementering av velferdsteknologi og at de på denne måten lettere kan støtte personen med demens på andre områder (s.1519).

Skjødt og Solholt (2021) viser i sin studie at uten et sosialt nettverk eller et stabilt felleskap vil velferdsteknologien virke mot sin hensikt. I motsetning til å skape individuell selvstendighet og mening i hverdagen til personen med demens, viser studien at et mangelfullt sosialt nettverk kan føre til at pasienten blir usynliggjort og oversett (s.40).

4.3 Velferdsteknologiens innvirkning på pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære

Flere av deltakerne i studien til Liddle et al. (2022) påpeker at pasienter med demens opplever økt sosial, psykisk og fysisk velvære ved implementering av velferdsteknologi. Flere av deltakerne i studien forteller at velferdsteknologi kan ha et viktig formål ved engasjement i meningsfulle roller og aktiviteter, tilknytning, velvære, sikkerhet og uavhengighet. De forteller også at teknologien bidro til en mer meningsfull hverdag og livskvalitet ettersom de kunne være selvhjulpne og uavhengige av andre (s.1527).

Studien til Skjødt og Solholt (2021) konkluderer med et motsettende utsagn. De avslører at ikke alle eldre opplever livskvalitet ved å være selvhjulpne og uavhengige av andre. Å si at et selvhjulpent liv defineres som livskvalitet mener forskerne er et standardisert utsagn, ettersom i en kontekst med stort mangfold i en gruppe av eldre, påvirkes de eldre av livserfaringer, verdier, interesser, personlighet og selve demensforløpet (s.41). På bakgrunn av dette beskriver studien deres hvordan velferdsteknologiske løsninger kan påvirke pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære negativt. Forskerne belyser situasjonen slik:

Studiet viser, at brukerorienterte velferdsteknologiske løsninger med det politiske formål om per se at værdsatte individuell uafhængighed kan komme til at stå i vejen for anerkendelse af den enkelte ældre i plejebolig, der lever med demens. Det betyder, at de ældres afhængighed af hjælp til at skabe mening og sammenhæng i hverdagen kan blive overset og usynliggjort, ligesom deres almene menneskelige behov for fællesskab og sociale relationer kan risikere at lide samme. (Skjødt & Solholt, 2021, s. 40)

4.4 Sikkerhetsaspektet

Opplevelsen av trygghet for både pasient og pårørende ved implementering av velferdsteknologi blir nevnt i to av de analyserte studiene. Studiene påpeker at både pasienten med demens og deres pårørende opplever økt trygghet og sikkerhet ved hjelp av velferdsteknologi. Sikkerhetsaspektet blir i de to studiene beskrevet som en av de viktigste faktorene i vurderingen om velferdsteknologi skal implementeres i en pasients hjem (Liddle et al., 2022 & Skjødt & Solholt, 2021).

Studien til Liddle et al. (2022) vektlegger at det er pasientens pårørende som retter mest søkelys på sikkerhet og trygghet ved implementering av velferdsteknologi, mens pasientene med demens selv vektlegger andre positive faktorer som deltakelse i samfunnet og sosial kontakt. «Participants described a range of purposes or potential purposes of technologies. Care partners tended to describe safety as a priority, whereas participants living with dementia focused more on role and activity participation, as well as connection and leisure» (s. 1526).

4.4.1 Anvendelse av lokaliseringsteknologi

Skjødt og Solholt (2021) og Liddle et al. (2022) vektlegger hvordan anvendelsen av lokaliseringsteknologien Global Positioning System (GPS) kan bidra til økt livskvalitet og mestring for personen med demens, ettersom de kan ferdes på egenhånd. Studien til Skjødt og Solholt (2021) avdekker også at anvendelsen styrker pårørendes opplevelse av sikkerhet og trygghet, ettersom de har mulighet til å spore personen med demens dersom de ikke klarer å orientere seg (s. 36).

5.0 DISKUSJON

I følgende kapittel vil jeg diskutere integrativ litteraturoversikt som metode for å belyse min hensikt i oppgaven. Det vil trekkes inn kildekritikk og de utvalgte artiklenes gyldighet og relevans vil diskuteres. Videre kommer resultatdiskusjonen, der jeg vil diskutere mine resultater og sette de i sammenheng med teori for å danne en ny helhet. I kapitlet vil jeg inkludere mine personlige refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena for studiene

De utvalgte studiene ble utført i Norge, Danmark, Finland og Australia. Disse landenes helsevesen mener jeg er representative for det norske helsevesenet, ettersom de har etablerte helsetjenester, tilnærmet lik teknologisk utvikling innenfor velferdsteknologiske løsninger, høyt utdannet helsepersonell og avansert medisinsk behandling. Ettersom Skandinavia er ledende innen sosialdemokratiske velferdsordninger er det optimalt å velge studier utført i disse landene (Christensen & Berg, 2018). Jeg har også valgt en studie fra Australia i håp om å belyse problemstillingen med en artikkel fra et annet geografisk område enn Skandinavia. Jeg mener jeg har gjort et adekvat utvalg av forskningsartikler sett i lys av relevans for min hensikt.

Studiens forskningsarena ønsket jeg at skulle være aktuell for implementering av velferdsteknologi, og valg av arena falt på primærhelsetjenesten ettersom dette er en arbeidsplass hvor sykepleier ofte møter velferdsteknologiske løsninger. Studiene til Liddle et al. (2022), Lo et al. (2019), Riikonen et al. (2013) og Skjødt og Solholt (2021) ble utført i primærhelsetjenesten, og er derfor godt egnet for å undersøke min hensikt.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Gyldigheten og troverdigheten til de utvalgte studiene ble vurdert gjennom undersøkelse av forskernes faglige bakgrunn og deres kompetanse på studiens tema. Dette ble undersøkt via et sekundærsøk. Samtlige av artiklene ble forfattet av minst en forsker med medisinsk faglig

bakgrunn. Noen av forskerne hadde også pedagogisk bakgrunn som lektor, mens andre hadde teknologifaglig bakgrunn som teknologi- og elektroingeniør. Flere av forskerne hadde også aktuell forskerkompetanse som master- eller doktorgrad.

5.1.3 Studienes deltakere

Alle deltakerne i samtlige studier er pasienter med demens, deres pårørende og sykepleiere, og i alle artiklene virker valg av deltakere å samsvare godt med studiens hensikt og problemstillinger. Deltakerne i studien til Lo et al. (2019) inkluderte sykepleiere og andre kommunalt ansatte i ulike stillinger. Inklusjonskriterier i studien omfatter at deltakerne skal være ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, IKT- tjenester, administrativ ledelse eller andre som på ulike måter er involvert i implementeringen av velferdsteknologi i kommunene. Deltakerne i studiene til Liddle et al. (2022), Riikonen et al. (2013) og Skjødt og Solholt (2021) inkluderte pasienter med demens og deres pårørende. Inklusjonskriteriene til disse studiene omfatter at deltakerne enten skulle være pasienter med demens som mottar hjelp av primærhelsetjenesten, deres pårørende og helsepersonell som er involverte i implementeringsprosessen av velferdsteknologi.

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode

Alle de utvalgte studiene har benyttet kvalitativ tilnærming som metode for å besvare problemstillingene sine. Innen kvalitativ forskning er målet å utvikle en dybdeforståelse innenfor et valgt område. Jeg mener at alle de utvalgte forskningsartiklene har som hensikt å utvikle nettopp dette. For eksempel er hensikten i studien til Riikonen et al. (2013) å utforske faktorer som legger til rette for nytte og bruk av teknologi i dagliglivet til personer med demens. I henhold til min hensikt, ble det et bevisst valg å benytte kvalitative metoder. Med en kvalitativ tilnærming går man i dybden på et tema gjennom intervju og observasjoner. En positiv side med denne tilnærmingen er at man har mulighet til å følge opp det man undersøker med oppfølgingsspørsmål eller ytterligere observasjoner. Ulempen med en kvalitativ tilnærming er at man ikke finner et fasitsvar, og det kan være utfordrende å si noe om de svarene man får er gyldige for andre mennesker enn akkurat dem du har intervjuet eller observert. Dette resulterer i at kvalitativ metode har lavere overføringsverdi enn ved bruk av kvantitativ metode.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Jeg opplever at integrativ litteraturoversikt som metode, med fire vitenskapelige artikler, har vært tilstrekkelig for å besvare min hensikt. Ved å benytte meg av de fire vitenskapelige artiklene, aktuell teori og egne refleksjoner har jeg dannet grunnlaget for å kunne belyse hvordan sykepleier i primærhelsetjenesten kan bidra til at pasienter med demens kan oppleve økt trygghet, velvære og livskvalitet ved implementering av velferdsteknologi. Jeg har hatt begrenset tid til rådighet, noe som har ført til at det har blitt benyttet et begrenset utvalg forskning som grunnlag for litteraturoversikten. Dette er en av svakhetene til integrativ litteraturoversikt som metode. Ettersom det har blitt benyttet få vitenskapelige artikler har jeg stilt meg kritisk ved utvalget av artiklene til oversikten. Samtidig har jeg ekskludert vitenskapelige artikler som ikke passet min hensikt, noe som kan ha ført til selektivt utvalg av artikler, noe som også kan være en ulempe med metoden. Ettersom jeg har skrevet oppgaven alene, har jeg jobbet selvstendig i analysearbeidet av forskningsartiklene. Ulempen med å drive analysearbeid alene er at det kun er mine personlige ideer og perspektiver som kommer til uttrykk i oppgaven. Fordelen er at jeg har jobbet like grundig med alle artiklene og kan se tydelige sammenhenger i artiklene. Styrkene til en integrativ litteraturoversikt som metode er at den gir en ryddig oversikt over fagområdet. Det kreves heller ikke deltakere, noe som fører til at metoden er mindre tidskrevende sammenlignet med andre metoder.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet vil jeg diskutere mine hovedfunn i sammenheng med teori og egne refleksjoner, for deretter å begrunne hvilke faktorer jeg mener har innvirkning på pasientenes opplevelse av livskvalitet og trygghet, samt sykepleierens funksjon ved implementering av velferdsteknologi.

5.2.1 Kunnskaper, ferdigheter og tverrfaglighet hos sykepleieren

I teorikapittelet beskrives det hvordan en av sykepleierens funksjoner ved implementering av velferdsteknologi innebærer et lovpålagt og yrkesetisk ansvar, om å være faglig oppdatert og ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter for å yte forsvarlig helsehjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019). Tre av mine utvalgte forskningsstudier viser til manglende kunnskaper hos sykepleiere relatert til implementering av velferdsteknologi hos pasienter med demens. Studiene oppsummerer at manglende kunnskaper og ferdigheter hos sykepleierne i

primærhelsetjenesten er relatert til hvilke velferdsteknologier som finnes, vurdering av hvilke teknologier som skal implementeres og hvilke fordeler og ulemper implementering av velferdsteknologi kan ha for pasienter med demens (Liddle et al., 2022, Lo, Waldahl & Antonsen, 2019 & Riikonen, Paavilainen & Salo, 2013). Jeg forventet å finne noe manglende kunnskap knyttet til velferdsteknologiske løsninger hos sykepleiere i primærhelsetjenesten ettersom bruken av teknologi i primærhelsetjenesten er relativt ny. Samtidig overrasket resultatene meg ettersom kunnskaper om velferdsteknologi vil være avgjørende for å sikre forsvarlig og trygg bruk av teknologien i hjemmene til pasienter med demens.

Studiene understreker at god informasjon, veiledning og støtte fra sykepleier i primærhelsetjenesten er avgjørende både før, under og etter implementeringsprosessen av velferdsteknologiske løsninger hos pasienter med demens (Riikonen et al., 2013). Pasientens rett til informasjon og veiledning av sykepleieren reguleres i lovverket, noe som beskrives grundig i teorikapittelet. Det vil være aktuelt at sykepleier har kjennskap til disse rettsreglene, men også ha kunnskaper om aktuelt lovverk og yrkesetiske retningslinjer vedrørende forsvarlighet, medvirkning og samtykkekompetanse. For at sykepleier skal kunne sikre god informasjon, medvirkning, veiledning og støtte, kreves det kunnskap om aktuelle velferdsteknologiske løsninger og om pasientgruppen implementering forgår hos. Å kjenne til utfordringer man kan møte ved implementering av velferdsteknologi hos pasienter med demens vil være avgjørende for å sikre at pasientens krav, ønsker og verdighet blir ivarettatt og oppfylt i prosessen. Det vil være særlig aktuelt å være kjent med rettsregler som regulerer bruk av inngripende teknologi og manglende samtykkekompetanse.

Studien til Lo et al. (2019) avdekker mangelfull tverrfaglighet hos sykepleierne i primærhelsetjeneste. Det avdekkes at sykepleierne har gode kunnskaper knyttet til helsefaglige problemstillinger, men manglende kunnskaper relatert til teknologiske problemstillinger. Som ansvarlig sykepleier står man ovenfor et selvstendig ansvar om å yte forsvarlig helsehjelp, også ved implementering av velferdsteknologi (Aase, 2018, s. 16). Det betyr at det kreves både helsefaglig og teknologisk kompetanse av sykepleieren, noe som vil kreve at sykepleieren stadig forsøker å holde seg faglig oppdatert på nye velferdsteknologiske løsninger ettersom teknologien stadig er i utvikling. Man kan på denne måten bidra til faglig utvikling, forbedring og transformasjon av primærhelsetjenesten.

5.2.2. *Betydningen av relasjon mellom pasient, sykepleier og pårørende*

Studiene til Liddle et al. (2022), Riikonen et al. (2013) og Skjødt og Solholt (2021) vektlegger betydningen av stabile og trygge relasjoner mellom pasient, sykepleier og pårørende ved implementering av velferdsteknologi i hjemmene til pasienter med demens. Jeg mener at trygge og stabile sosiale relasjoner vil føre til at implementeringsprosessen oppleves enklere for alle de involverte partene. En tilstrebet relasjon og et tillitsskapende forhold mellom pasienten og deres pårørende kan gjennom implementeringsprosessen skape bedre samspill, gjensidig samarbeid og samhandling. De kan undersøke, oppdage og lære seg teknologiens funksjon sammen, undre seg sammen og stå i eventuelle utfordringer sammen. I rollen som sykepleier kan en god relasjon med pasienten og deres pårørende bidra til god toveiskommunikasjon og samhandling. Som beskrevet i Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi vektlegges det at omsorg handler om relasjonsbygging mellom to mennesker. Denne relasjonen bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger en forventning om gjenytelser (Grimsbø, 2017b, s. 53). Relasjonell omsorg kommer til uttrykk gjennom praktisk handling og må bygges på en bevisst holdningsmessig begrunnelse (Kirkevold, 2020). Det betyr at Martinsens omsorgsfilosofi støtter opp om mine utvalgte studiers resultater, der det konkluderes med at implementering av velferdsteknologi krever en god relasjon. Det betyr at det vil være viktig at sykepleier i møte med pasienter og deres pårørende legger fokus på å bygge og skape fellesskap via kommunikasjon, problemløsning og samhandling.

Selv om pasienten står i fokus ved implementering av velferdsteknologi, vil også ivaretagelse av pasientens pårørende være en av sykepleierens oppgaver. Liddle et al. (2022) avslører at velferdsteknologi kan støtte opp om omsorgsrollen til pårørende til pasienter med demens. Implementering av velferdsteknologi kan bidra til å avlaste pårørendes omsorgsrolle. Pårørende kan for eksempel avlastes ved installasjon av døralarm på ytterdøren til pasienten med demens som vandrer ut av huset sitt på nattestid. Da kan pårørende sove godt om natten, vitende og betrygget om at hjemmebaserte tjenester varsles og møter opp dersom pasienten vandrer ut av huset. Dette kan resultere i at pårørendes omsorgsrolle ovenfor pasienten kan endres ettersom velferdsteknologien overtar en av pårørendes tidligere oppgaver. I eksemplet nevnt ovenfor kan pårørende sove gjennom natten ved hjelp av teknologiske hjelpemidler og hjemmebaserte tjenester. Resultatet kan være at pårørende har overskudd til å hjelpe pasienten mer i løpet av dagen. En av sykepleierens funksjoner i møte med pårørende vil være å

kommunisere og samhandle. Kommunikasjon bør dreie seg om hvordan velferdsteknologien kan bidra til at pasienten for en bedre hverdag, men også hvordan den kan bidra til at pårørendes hverdag bedres. Det bør også rettes fokus mot at pasientens behov for velferdsteknologiske løsninger kartlegges så tidlig som mulig, ettersom pasienter med demens trenger at teknologien implementeres tidlig i sykdomsforløpet. Her er pårørende en viktig samarbeidspartner for sykepleieren. Det vil være avgjørende med tidlig kartlegging og implementering for at pasienten skal kunne benytte seg av teknologien på best mulig måte. Oppsummert kan velferdsteknologiske løsninger bidra til å fremme pårørendes opplevelse av omsorg, kommunikasjon og velvære.

5.2.3 Velferdsteknologiens innvirkning på pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære

Studien til Liddle et al. (2022) påpeker at pasienter med demens opplever økt sosial, psykisk og fysisk velvære ved implementering av velferdsteknologi. I henhold til teori om hvilke utfordringer pasienter med demens kan oppleve i hverdagen og om hvilke velferdsteknologiske løsninger som finnes, kan det benyttes flere ulike typer velferdsteknologi som kan bidra på de ulike områdene av velvære. Sosialt velvære kan oppnås ved at man er sosialt deltakende i ulike situasjoner. Dette kan for eksempel skje via sosial kontaktskapende teknologi som utstyr til videokommunikasjon. Psykisk velvære eller god psykisk helse kan oppnås ved at man trives i hverdagen, opplever tilhørighet og mening i livet. Kompensasjons- og velværeteknologier som omgivelseskontroll, klimakontroll, spillteknologi og robotassistanse kan bidra til økt opplevelse av psykisk velvære. Fysisk velvære eller fysisk helse kan defineres som opplevelsen av god kroppslig helse. God kroppslig helse kan oppnås gjennom regelmessig mosjon, en sunn diett og regelmessig hvile. Dette kan for eksempel oppnås ved hjelp av trygghets- og sikkerhetsskapende teknologi som lokaliseringsteknologi. Da kan en person med demens være i fysisk aktivitet utendørs uten at pasienten eller deres pårørende trenger å bekymre seg for at pasienten skal gå seg bort. Alle opplevelsene av velvære henger tett sammen med hverandre og påvirker hverandre. Opplever pasienten dårlig fysisk helse kan dette resultere i nedsatt psykisk helse og mindre sosial deltakelse. Oppsummert kan velferdsteknologi ha et viktig formål ved å skape engasjement i meningsfulle roller og aktiviteter, tilknytning, velvære, sikkerhet og uavhengighet. Den kan også bidra til opplevelsen av en mer meningsfull hverdag og økt livskvalitet som følge av at pasientene kan være mer selvhjulpne og uavhengige av andre mennesker.

En av sykepleierens funksjoner ved implementering av velferdsteknologi vil være å bidra til at pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære ivaretas. Personsentrert og behovstilpassede teknologier må implementeres hensiktsmessig hos pasienten for at pasientens opplevelse av velvære skal ivaretas. Ved å ha en personsentrert og behovstilpasset tilnærming møter sykepleieren pasienten som en likeverdig og tilpasser pleien etter pasientens hjelpebehov. Da kreves det at sykepleier yter pleien med utgangspunkt i relasjonell omsorg. Sett i sammenheng med Martinsens definisjon av relasjonell omsorg må sykepleier ta seg tid til å bli kjent med pasienten og være kjent med dens liv, drømmer og lengsler (Grimsbø, 2017b, s. 53). Man skal vise interesse for både pasientens livshistorie og sykdomshistorie. Det er viktig at man skal vise interesse for hvordan pasienten opplever at demens påvirker livet deres, og tilpasse implementeringen av velferdsteknologi etter pasientens ønsker. Da kan implementeringen resultere i økt velvære for pasienten.

Studien til Skjødt og Solholt (2021) konkluderer med et motsettende utsagn i forhold til Liddle et al. (2022). Skjødt og Solholt (2021) avslører at implementering av velferdsteknologi ikke alltid fører til økt opplevelse av sosial, psykisk og fysisk velvære for pasienter med demens. Dette begrunnes ut ifra at ikke alle pasienter med demens opplever livskvalitet ved å være selvhjulpne og uavhengige av andre mennesker. Et av målene ved velferdsteknologi er at pasientene som får den implementert i hjemmet sitt skal være mer selvstendige. Dette målet er ikke tilpasset ønskene til alle pasientene i pasientgruppen. Å uttale at et selvhjulpent liv kan defineres som livskvalitet kan ses som et standardisert utsagn som ikke tar hensyn til at den eldre befolkningen består av et stort mangfold som påvirkes av deres personlige livserfaringer, verdier, interesser, personlighet og selve demensforløpet. Flere pasienter opplever trygghet når helsepersonell fra primærhelsetjenesten er til stede, og ønsker at hjemmebaserte tjenester skal komme på faste oppdrag hjemme hos dem (Skjødt & Solholt, 2021, s. 40). I henhold til Martinsens omsorgsfilosofi er mellommenneskelig omsorg sykepleiens kjerne (Grimsbø, 2017b, s. 53). Sett i lys av omsorgsfilosofien vil det være viktig at velferdsteknologi ikke implementeres med mål om å erstatte all mellommenneskelig kontakt mellom sykepleieren og pasienten. Dersom mellommenneskelig kontakt erstattes med teknologi, kan pasienten oppleve å bli usynliggjort og oversett. Dette kan resultere i ensomhet og depresjon hos pasienter med demens. Forebyggingen av følelsen av usynliggjøring, ensomhet og depresjon skjer gjennom mellommenneskelig kontakt og relasjonsbygging i trygge relasjoner. Jevn mellommenneskelig kontakt mellom sykepleier i primærhelsetjenesten

og pasienten vil ha flere positive gevinster for både pasient og sykepleier. Mellommenneskelig kontakt fremmer god kommunikasjon og samhandling, sikrer at sykepleieren oppdager forverring og forbedringer i pasientens sykdomsutvikling og forhindrer at pasienten opplever ensomhet og usynliggjøring.

5.2.4 Sikkerhetsaspektet

Studiene til Liddle et al. (2022) og Skjødt og Solholt (2021) påpeker at både pasienten med demens og deres pårørende opplever økt trygghet og sikkerhet ved hjelp av velferdsteknologi. Dermed mener jeg at sikkerhetsaspektet er en av de viktigste faktorene i vurderingen om velferdsteknologi skal implementeres i en pasient med demens sitt hjem. Pasienten og pårørendes opplevelse av trygghet er svært viktig, ettersom velvære og livskvalitet ikke oppnås dersom de opplever utrygghet. Som sykepleier vil en viktig del av jobben være å bidra til og å forsikre seg om at pasienten og deres pårørende føler seg trygge, noe som også er gjeldende ved implementering av velferdsteknologi. For å skape trygghet i implementeringsprosessen kreves det at sykepleier sikrer kvalitet og pasientsikkerhet i tjeneste. Dette gjøres ved å handle i samråd med aktuelt lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Det vil si at sykepleieren forplikter seg å gi tilstrekkelig informasjon, gi pasienten mulighet til å medvirke, vurdere pasientens samtykkekompetanse og ivareta forsvarlighetskravet.

Studien til Liddle et al. (2022) vektlegger at det er pasientens pårørendes som retter mest søkelys på sikkerhet- og trygghetaspektet ved implementering av velferdsteknologi. Pasientene med demens vektlegger andre positive faktorer som deltakelse i samfunnet og sosial kontakt. Det vil derfor være viktig at sykepleier kartlegger om det kan iverksettes andre aktuelle tiltak i kombinasjon med eller som erstatning for implementering av velferdsteknologi som kan sikre opplevelse av trygghet for pasienten. Som beskrevet i avsnitt 5.2.3 er en av sykepleierens funksjoner ved implementering av velferdsteknologi å ivareta pasientens ønsker, men også lytte til pårørendes ønsker.

Skjødt og Solholt (2021) beskriver hvordan anvendelse av lokaliseringsteknologien Global Positioning System (GPS) bidrar til at pasienter med demens kan ferdes utendørs på egenhånd. Ettersom demens kan føre til flere kognitive funksjonstap som eksempelvis

hukommelsessvikt og tap av lokaliseringsevne, kan det å gå ut alene være risikofyllt. Ved hjelp av lokaliseringsteknologi kan en hindre at pasienten går seg bort eller er ute for lenge i kaldt vær. Å kunne ferdes utendørs vil for mange pasienter med demens bidra til økt livskvalitet og mestringsfølelse, ettersom fysisk aktivitet har flere fordeler. I tillegg har gjerne flere av pasientene hatt turgåing som et daglig gjøremål og dermed en del av hverdagen før sykdom, da vil det føles godt å være i stand til å gjennomføre de samme daglige gjøremålene. Likevel kan bruk av lokaliseringsteknologi på pasienter med demens by på flere moralske utfordringer. Ettersom lokaliseringsteknologi er inngripende teknologi og flere forbinder den med overvåkning er bruk av utstyret underlagt streng kontroll. Utfordringene kan dreie seg om retten til selvbestemmelse og integritet eller retten til konfidensialitet og privatliv. Disse rettighetene kan være utfordrende å ivareta hos pasienter med demens, ettersom de kan ha manglende samtykkekompetanse. Det vil være nødvendig å foreta en vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Avhengig av vurderingens resultat må man handle etter de aktuelle lovbestemmelsene. Pasientens rett til konfidensialitet og privatliv krever i tillegg at personvern hensyn tas, ettersom alle mennesker har en ukrenkelig egenverdi. Et eksempel på hvordan personvern hensyn kan ivaretas av primærhelsetjenesten er at unødvendige opplysninger lokaliseringsteknologien gir, for eksempel en tur der pasienten ikke gikk seg bort, ikke lagres i primærhelsetjenesten systemer. Slike retningslinjer må være tydelig formulert til både pasient, pårørende og personell i primærhelsetjenesten for å sikre at alle involverte parter opplever trygghet og sikkerhet i forhold til personvern og integritet i møte med lokaliseringsteknologi.

5.2.5 Konklusjon

For å konkludere kan velferdsteknologi bidra til faglig utvikling, forbedring og transformasjon av primærhelsetjenesten. Dette vil kreve sykepleiere med tverrfaglighet, kunnskaper og praktiske ferdigheter. Andre faktorer som påvirker sykepleiers funksjon i implementeringsarbeidet av velferdsteknologiske løsninger er betydningen av relasjon mellom pasient, sykepleier og pårørende, forståelse av innvirkningen velferdsteknologi kan ha på pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære og vurdering av sikkerhetsaspektet.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleiere i primærhelsetjenesten har en viktig funksjon ved implementering av velferdsteknologi i hjemmene til pasienter med demens. Som sykepleier må man holde seg faglig oppdatert på kunnskaper og ferdigheter. Det kreves også tverrfaglighet hos sykepleieren. I henhold til Kari Martinsens omsorgsfilosofi er en god relasjon mellom pasient, sykepleier og pårørende avgjørende for en vellykket implementeringsprosess. For at pasientens sosiale, psykiske og fysiske helse skal ivaretas må pasienten stå i sentrum og omsorg utøves. Jeg vil presentere konkrete forslag, som jeg mener kan bidra til å optimalisere praksis. Forslagene har som hensikt å øke sykepleiers kunnskaper og tverrfaglighet, styrke relasjonen mellom pasient, sykepleiere og pårørende, øke pasientens sosiale, psykiske og fysiske velvære og ivareta sikkerhetsaspektet ovenfor pasientene.

Forslagene er følgende:

- Jeg anbefaler at kommune tar i bruk velferdsteknologi i hjemmene til pasienter med demens for å styrke deres opplevelse av velvære, livskvalitet og trygghet.
- Jeg foreslår at velferdsteknologi implementeres og legges til rette for pasienter med demens tidlig i sykdomsforløpet, slik at pasienten oppnår best nytte og opplever mestring av hverdagen. Dette vil kreve tidlig kartlegging og identifisering av pasientens behov vedrørende velferdsteknologi.
- Jeg anbefaler at sykepleier i primærhelsetjenesten etablerer et tett samarbeid med pasientens pårørende ved implementering av velferdsteknologi i pasienter med demens sine hjem, for å sikre tidlig kartlegging av pasientens behov og god toveiskommunikasjon.
- Jeg foreslår at det utarbeides konkrete rutiner for opplæring/kompetanseheving for de ansatte i primærhelsetjenesten slik at samarbeid økes og samhandlingskompetanse styrkes i behandlingsprosessen.

- Det anbefales at det etableres felles læringsarenaer for ansatte i primærhelsetjenesten for eksempel at det arrangeres regelmessige kurs.
- Jeg foreslår at det utarbeides handlingsplaner for velferdsteknologi med oversikt over prioriteringer og alternativer for pasienter med demens.
- Det anbefales at primærhelsetjenesten driver systematisk arbeid med innovasjon slik at nye løsninger og forbedringer kan forekomme fortløpende.

LITTERATUR

Aase, K. (Red). (2018). *Pasientsikkerhet – teori og praksis* (3.utg.). Universitetsforlaget.

Christensen, J., & Berg, O. T. (2018, 02. november). Velferdsstat. Hentet 30.11 fra <https://snl.no/velferdsstat>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Folkehelseinstituttet. (u.å). *Demens*. Hentet 27.10.2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Folkehelseinstituttet. (2022, 22.april). *Søke etter litteratur*. Hentet 31.10.2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/litteratursok/soke-etter-litteratur/>

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.

Grimsbø, G.H. (Red.). (2017a). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Grimsbø, G.H. (Red.). (2017b). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. (u.å). Velferdsteknologiens ABC – Etikk og lovverk. Hentet 10.11.22, fra <https://www.ks.no/globalassets/lovverk-og-etikk.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjeneste>

Isaksen, J. (2017). *Velferdsteknologi i omsorgstjenesten*. Helsebiblioteket. Hentet 31.10.2022, fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2598902/Velferdsteknologi%20Jørn%20Isaksen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kirkevold, M. (2020, 30. mars). Sykepleieteori. Store Norske Leksikon. Hentet 29.11.22, fra <https://sml.sn�.no/sykepleieteori>

Liddle, J., Worthy, P., Frost, D., Taylor, E., Taylor, D., Beleno, R., Angus, D., Wiles, J., Angwin, A. & The Florence Project Living Experience Expert Reference Group (2022). Personal and complex: The needs and experience related to technology use for people living with dementia. *Dementia* 21(5), 1511-1531. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/14713012221084521>

Lo, C., Waldahl, R. H. & Antonsen, Y. (2019). Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk välfärdsforskning* 4(1), 9-19. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-02>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Nes, R. B. (2016, 22. juni). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. Hentet 07.11.22, fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 17.10.22, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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?q=pasient>

Ranhoff, A. H. (Red). (2020). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Riikonen, M., Paavilainen, E. & Salo, H. (2013). Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia. *Technology & Disability* 25(4), 233-243. <https://doi.org/10.3233/TAD-130393>

Skjødt, U. & Solholt, L. (2021). Brugerorienterende velfærdsteknologier som middel til livskvalitet, når demens er en del af livet for ældre i plejebolig. *Nordisk välfärdsforskning* 6(1), 32-43. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.2464-4161-2021-01-04>

Statisk sentralbyrå. (u.å). *Befolkning*. Hentet 27.10.2022, fra <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>

VEDLEGG 1: SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
26.10.22	Academic Search Ultimate	Technology AND dementia AND home-living	År:2012-2022 Peer reviewed Europa, USA, Australia og New Zealand.	3	3	1	1
26.10.22	Idunn	Welfare technology AND dementia	År:2012-2022 Forskningsartikkel Peer reviewed	6	4	3	2
26.10.22	Cinahl	Dementia AND technology AND nurs*	År:2012-2022 Peer reviewed Europa, USA, Australia og New Zealand. Engelsk	100	10	6	1

VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Liddle, J., Worthy, P., Frost, D., Taylor, E., Taylor, D., Beleno, R., Angus, D., Wiles, J., Angwin, A. & The Florence Project Living Experience Expert Reference Group. 2022 <i>Dementia</i> Australia	Personal and complex: The needs and experience related to technology use for people living with dementia	Hensikten med studien er å rette forståelse mot funksjonen velferdsteknologi har i livene til personer som har demens og deres pårørende	Pasienter og pårørende	Kvalitativ studie. Designstudie der det ble foretatt undersøkelse av opplevelse av teknologi. Et tverrfaglig team, inkludert personer med demens og deres pårørende, var involvert.	Tretten personer som lever med demens og 21 pårørende deltok i studien.	Bruken av teknologi for mennesker som lever med demens er kompleks og personlig. Fremtidig teknologiutvikling, retningslinjer og praksis må vurdere denne kompleksiteten og innsatsen som kreves for å fortsette å bruke teknologi for å realisere fordelene.
Lo, C., Waldahl, R. H. & Antonsen, Y. 2019 <i>Nordisk velfärdsforskning</i> Norge	Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester.	Hensikten med studien er å belyse hva det er med velferdsteknologi som utfordrer kommunene i implementeringsprosessen	Sykepleier	Kvalitativ studie som bygger på fire ulike studier gjort i norske kommuner. Det ble benyttet delttagende observasjon, formelle og uformelle intervjuer samt	Datasamling en ble gjennomført blant ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, IKT-tjenester, administrativ ledelse og andre som på ulike måter er involvert i implementeringen av velferdstekno	Funnene viser at velferdsteknologi kan forstås som tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende. Noen av de trekkene ved velferdsteknologi vi har identifisert, peker i felles retning når det gjelder hva kommunene må ta høyde for i implementeringsprosessen.

				dokumentstudier.	logi i kommunene.	
<p>Riikonen, M., Paavilainen, E. & Salo, H.</p> <p>2013</p> <p><i>Technology & Disability</i></p> <p>Finland</p>	<p>Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia.</p>	<p>Hensikten med studien er utforske faktorer som legger til rette for bruk av teknologi i dagliglivet til personer med demens</p>	<p>Pasienter og pårørende</p>	<p>Kvalitativ studie med åpne intervjuer, deltakerobservasjon, feltnotater og et strukturert spørreskjema for familiemedlemmer.</p>	<p>Målgruppen besto av 25 personer med demens og deres pårørende i seks lokalsamfunn i Finland.</p>	<p>Studien viser at de som planlegger en intervensjon for å bringe hjelpemidler inn i hjemmene til personer med demens, trenger å se og vurdere det generelle dagliglivet til sine klienter. Både sosialt, mentalt og fysisk velvære og sikkerhetsaspekter må vurderes, spesielt fra den berørte personens perspektiv.</p>
<p>Skjødt, U. & Solholt, L.</p> <p>2021</p> <p><i>Nordisk välfärdsforskning</i></p> <p>Danmark</p>	<p>Brugerorienterte velfærdsteknologier som middel til livskvalitet, når demens er en del af livet for ældre i plejebolig.</p>	<p>Hensikten med studien er å belyse hvordan brukerrettede velfærdsteknologier i praksis understøtter livskvalitet for eldre som lever med demens og bor i omsorgsboliger</p>	<p>Pasienter og sykepleier</p>	<p>Kvalitativ studie. Empirien til studien er innhentet gjennom en deltakerobservasjonsstudie og intervjuer ved to danske omsorgssentre i to kommuner.</p>	<p>Feltstudien ble gjennomført i 2016-2017 ved to offentlige kommunale omsorgssentre i to mellomstore kommuner.</p>	<p>Studien viser at brukerrettede velfærdsteknologiske løsninger med politisk mål om å verdsette individuell selvstendighet i seg selv kan stå i veien for anerkjennelse av den enkelte eldre i omsorgsboliger som lever med demens.</p>