

Bacheloroppgave



Hentet fra: <https://gpsfordemene.no/> (2020, 12.mai).

VELFERDSTEKNOLOGI - KUNNSKAP OM GPS OG DEMENS

«Hvordan bidrar kunnskap hos sykepleiere til at hjemmeboende personer med demens, og deres pårørende, blir trygg i bruken av det velferdsteknologiske hjelpemiddelet GPS?»

Kandidatnummer: 1278 & 1361

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i sykepleie

Antall ord: 11699

Innleveringsfrist: 29.05.2020 Kl.10.00

SAMMENDRAG

Tittel: Velferdsteknologi - kunnskap om GPS og demens

Bakgrunn: Mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor. De opplever at de på grunn av sin sykdom gradvis mister tilhørigheten til mennesker rundt seg og til samfunnet. Vi har selv erfart at bruken av GPS har en positiv innvirkning på hverdagen hos personer med demens, og at det kan løse noen av utfordringene demenssykdommen fører med seg.

Problemstilling: *Hvordan bidrar kunnskap hos sykepleiere til at hjemmeboende personer med demens, og deres pårørende, blir trygg i bruken av det velferdsteknologiske hjelpemiddelet GPS?*

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiernes kunnskap om velferdsteknologi og GPS kan bidra til at brukere og deres pårørende blir trygge i bruken av teknologien.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie. Relevante forskningsartikler, fag- og pensumlitteratur, offentlige dokumenter og nettsider har blitt benyttet for å besvare problemstillingen.

Funn: GPS gir brukere økt trygghet, frihet, selvstendighet og økt mestring av hverdagen. Pårørende får også en tryggere og lettere hverdag ved at brukeren anvender GPS. Det er sentralt at sykepleiere har kunnskap om demens og evner å kartlegge behov. Sykepleier må vite hva som er nødvendig for en vellykket implementering, samt ha kunnskap om helseveiledning og ulike velferdsteknologiske løsninger.

Konklusjon: Sykepleier må være klar over viktigheten av at personer med demens får informasjon om og praktisk erfaring i bruk av GPS tidlig i sykdomsforløpet. Det kreves kunnskap og kompetanse hos sykepleieren for at GPS skal bli implementert på en trygg og sikker måte, og sykepleieren må videreformidle sin kunnskap til brukere og deres pårørende.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, GPS, demens, hjemmeboende, kunnskap, informasjon, helseveiledning, implementering, trygghet, bruker, pårørende, sykepleier.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Avgrensning.....	6
1.4 Hensikt.....	6
1.5 Begrepsavklaring	6
1.6 Oppgavens oppbygning	7
2.0 METODE	8
2.1 Litteraturstudie som metode	8
2.1.2 Kvalitative forskningsartikler	8
2.1.3 Kvantitative forskningsartikler.	8
2.2 Søkeprosess	8
2.2.1 Eksempler fra søkeprosessen	9
2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	10
2.4 Kildekritikk.....	10
2.5 Etske overveielse	10
3.0 TEORI	12
3.1 Grunnleggende behov	12
3.1.1 Virginia Hendersons sykepleieteori	12
3.1.2 Abraham Maslows behovspyramide	12
3.2 Demens, velferdsteknologi og GPS	13
3.2.1 Demens	13
3.2.2 Velferdsteknologi.....	13
3.2.3 GPS	14
3.3 Helseveiledning til brukere og pårørende.....	15
3.4 Kunnskap om velferdsteknologi og GPS.....	16
3.5 Etske utfordringer med velferdsteknologi	18
3.6 Lovgivning.....	19

3.6.1 Pasient- og brukerrettighetsloven	19
4.0 Resultater	21
4.1 Brukeres erfaringer med GPS	21
4.2 Pårørendes erfaringer med GPS	22
4.3 Kunnskap og veiledning	22
4.4 Etisk vurdering	24
5.0 Drøfting	26
5.1 Bidrar GPS til økt mestring, trygghet og frihet?	26
5.2 Kan kunnskap hos sykepleieren bidra til trygghet?	28
5.3 Kunnskap rundt etiske utfordringer og lovgivning	32
6.0 Konklusjon	34
7.0 Referanseliste	35
Vedlegg 1- Søkeprosessen	40
Vedlegg 2 – Matrise for kvalitetsvurdering av artikler	42
Vedlegg 3 – Virginia Hendersons grunnleggende behov	49
Vedlegg 4 – Abraham Maslows behovspyramide	50

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I regjeringens demensplan 2020 estimeres det at forekomsten av demens i Norge var over 77.000 personer i 2012. En økning av antall eldre i samfunnet vil medføre at flere får demens, fordi forekomsten av demens øker med alderen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18). Det anslås at omtrent 50% av alle personer med demens bor utenfor institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 11).

Mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor. De opplever at de på grunn av sin sykdom gradvis mister tilhørigheten til folk rundt seg og til samfunnet. Utviklingen av demens har gitt dem en følelse av å ikke lenger være normale (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 11). Mangelfull oppfølging kan føre til depresjon, tilbaketrekning, sosial isolasjon og unødvendig funksjonstap. Pårørende kan oppleve manglende mestring og vanskelige omstillingsprosesser. Når en person med demens har behov for oppfølging kan dette dreie seg om blant annet planlegging av fremtiden, informasjon til familie og sosiale omgivelser, opptrening av nye vaner eller bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 29). Demens gir en forverring i kognitiv funksjon utover det som kan forventes fra normal aldring. Det påvirker hukommelse, tenking, orientering, forståelse, beregning, læringsevne, språk og dømmekraft (World Health Organization, [WHO], 2019).

Temaet velferdsteknologi ble introdusert for oss i praksisperioden hjemmebaserte tjenester. Vi ble begge interessert i dette temaet og hvordan det påvirker sykepleierens arbeidsdag. Helsedirektoratet definerer velferdsteknologi som løsninger som enkeltindivider kan nyttiggjøre seg av for økt mestring og selvstendighet, samfunnsdeltakelse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012, s. 11). Lokaliseringsteknologi, som GPS, kan gi økt bevegelsesfrihet og trygghet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 16). Vi synes dette er et viktig tema, ettersom velferdsteknologi er under stadig utvikling og relevant i dagens teknologiske samfunn. I tillegg har vi erfart hvilke positive effekter det velferdsteknologiske hjelpemiddelet GPS kan ha på brukeres hverdag og hvordan dette på mange måter har vært revolusjonerende for personer med demens.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av valg av tema har vi kommet frem til følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleier bidra til at hjemmeboende personer med demens, og deres pårørende, kan få god nok kunnskap om bruken av det velferdsteknologiske hjelpemidlet GPS?*

1.3 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til å omhandle brukere med demens som bor hjemme og bruker det velferdsteknologiske hjelpemiddelet GPS, samt deres pårørende. Vi har valgt å ikke skrive om én spesifikk type demens, da det anses å ikke være relevant for oppgavens problemstilling. Demens kan ramme personer i alle aldre, og dermed har vi ingen avgrensning på alder. Oppgaven er også avgrenset til kun å inkludere personer som er samtykkekompetente.

1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiernes kunnskap om velferdsteknologi og GPS kan bidra til at brukere og deres pårørende blir trygge i bruken av teknologien. På denne måten kan de få en følelse av kontroll over egen livssituasjon og oppnå økt mestring, trygghet og frihet. Videre ønsker vi å belyse viktigheten av at sykepleiere gir god informasjon, opplæring, oppfølging og tilpasset teknologi til brukerne, og hvordan dette kan bidra til at pårørende blir mindre bekymret for brukeren i hverdagen.

1.5 Begrepsavklaring

I dette underkapittelet forklares hvordan ulike begreper blir brukt i denne oppgaven.

Bruker: En person som bor hjemme og mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen. I hjemmetjenesten omtales en pasient som en bruker.

Pårørende: Den pasienten oppgir som pårørende eller nærmeste pårørende.

Helsehjelp: Definisjonen er hentet fra helsepersonelloven §3 hvor helsehjelp beskrives som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, §3).

Helsepersonell: Her følges helsepersonelloven §3 og §48, som sier at alle som er ansatt for å yte helse- og omsorgstjenester regnes som helsepersonell. Det gjelder både personer med og uten utdanning og autorisasjon (Helsepersonelloven, 1999, §§3 & 48).

GPS: Global positioning system/ globalt posisjonssystem. I denne oppgaven brukes ordet GPS om det velferdsteknologiske hjelpemiddelet, ikke om systemer som brukes til andre hensikter.

Empowerment: Uttrykk for at personer eller grupper skal opparbeide styrke eller kraft til å komme ut av avmaktssituasjoner. Begrepet assosieres med brukermedvirkning (Christiansen, 2017a, s. 31).

Self-efficacy: En positiv forventning personer har til å mestre ulike situasjoner de står ovenfor (Christiansen, 2017a, s. 31).

Etisk dilemma og etisk utfordring: En situasjon der det er en konflikt mellom ulike etiske prinsipper man kjenner seg forpliktet i forhold til. Det innebærer at en står ovenfor en valgsituasjon der det ikke finnes et handlingsalternativ som utpeker seg som bedre enn de andre (Brinchmann, 2017, s. 227).

1.6 Oppgavens oppbygning

Etter kapittel 1.0 Innledning følger kapittel 2.0 Metode, med beskrivelse av metodevalg, litteratursøk og kildekritikk. Deretter, i kapittel 3.0 Teori, presenteres relevant litteratur. Hovedfunnene fra forskningsartiklene blir fremlagt i kapittel 4.0 Resultat. I kapittel 5.0 Drøfting blir teori og resultater drøftet opp mot hverandre som et hjelpemiddel for å besvare problemstillingen. Til slutt i oppgaven, i kapittel 6.0 Konklusjon, sammenfattes oppgaven og det presenteres en konklusjon der problemstillingen besvares.

2.0 METODE

“Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Dalland, 2013, s. 111).

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det går ut på å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder, gå kritisk igjennom kildene og sammenfatte det hele. Hensikten med en litteraturstudie er å gi den som leser en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør. Leseren skal også få innsikt i og kunnskap om hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 79-80). Vi har brukt både forskningsartikler, litteratur i form av bøker, tidsskrifter og offentlige dokumenter.

2.1.2 Kvalitative forskningsartikler

Typisk for denne metoden er *dybdekunnskap*, og dette går ut på at man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 78).

2.1.3 Kvantitative forskningsartikler.

Typisk for denne metoden er *breddekunnskap*, og dette går ut på at man får lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 78).

2.2 Søkeprosess

Søkeprosessen skjedde i perioden 25.02.20-02.04.20. Vi begynte søkeprosessen med å skrive opp relevante ord til søkingen i et skjema. Det ble brukt mange ulike ord i søkingen, og de ble brukt i ulike kombinasjoner. Vi brukte også SveMed+ for å finne MeSh-termer (Medical Subject Headings) som kunne hjelpe oss å få relevante søkeord. Ord som vi brukte i søkene var *telecare, telehealth, telenursing, e-health, welfare technology, GPS, global position system, geographic information, monitoring devices, assistive technology, technology, dementia (delirium, dementia, amnestic, cognitive disorder), dementia nursing, dementia care, wandering behavior, frail elderly, elderly people, aged, patient safety systems, attitude of health personnel, nursing, community health services, home health care, nurse, nurse's role, nurse-patient relationship, nursing home patients, empowerment, knowledge, patient education, pedagogy, teaching, communication, clinical competence*. I SveMed+ søkte vi i tillegg til disse ordene etter norske ord som *velferdsteknologi, aktivitet, mestring, demens og omsorgstjeneste*. Når vi søkte etter artikler med disse ordene, brukte vi AND og OR for å finne mest mulig

relevante artikler. Et eksempel på hvordan vi gjorde det er *dementia OR delirium, dementia, amnestic, cognitive disorder AND global position system OR GPS OR welfare technology AND patient education OR nurse's role OR pedagogy*.

Det var vanskelig å finne relevante resultater for vår oppgave i Cinahl, men etter mange forsøk med ulike søkeord og kombinasjoner fant vi noen relevante forskningsartikler. Vi endte opp med å bruke totalt fire artikler fra Cinahl. I SveMed+ fikk vi flere relevante treff, og de fleste artiklene var på norsk eller fra Norge. Fra denne databasen brukte vi totalt fem artikler. I tillegg til å søke i nevnte databaser, søkte vi på SINTEF sin hjemmeside etter artikkelen "Trygge spor". Dette gjorde vi fordi den ble brukt som eksempler i flere lærebøker, og i andre forskningsartikler vi leste igjennom.

2.2.1 Eksempler fra søkeprosessen

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl	"Peer review", f.o.m 2010 t.o.m 2020, norsk, engelsk, dansk og svensk.	Tele-Nursing AND wandering behavior AND dementia AND nursing	4	2	2	1	1
Svemed+	"Peer reviewed", "les online"	Velferds-teknologi AND omsorgs-tjeneste	5	5	4	3	3

Dette viser kun noen av søkene vi har gjort. Se vedlegg 1 for å se alle søkene som har ført til forskningsartikler som er brukt i oppgaven.

Forklaring til tabellen:

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel.

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt.

Utvalg 3: Lest artiklene i sin helhet.

Utvalg 4: Artikkelen valgt ut for granskning og vurdering.

2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for forskningsartiklene var at de måtte være publisert i år 2010 eller senere og være på engelsk, norsk, svensk eller dansk. De måtte ha innhold om personer som bruker velferdsteknologi i hjemmet og om personer med demens. Artikler som spesifikt omhandler GPS ble også inkludert. Eksklusjonskriterier for forskningsartikler er de som kun omhandler brukere som bor på institusjon, som ikke bruker velferdsteknologi i hverdagen eller som ikke har en demensdiagnose.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det går ut på å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2013, s. 67). Vi har brukt 10 artikler i vår oppgave. Når vi har kvalitetsvurdert artikler har vi vurdert om informasjonen er relevant for vår problemstilling, hvilke tidsskrift artikkelen er publisert i, om tidsskriftet er fagfellevurdert, om innholdet er av nyere dato (fra 2010 til d.d), hvilke utgivelsesår har publikasjonen, er forfatterne anerkjente fagfolk eller kjente innenfor fagfeltet og hvem artiklene er skrevet for (Thidemann, 2019, s. 89). Vi har også brukt sjekklister "oversiktsartikkel" og "kvalitativ studie" på helsebiblioteket sine nettsider for å kvalitetsvurdere artiklene. For å se fullstendig vurdering av kvalitet og relevans av samtlige artikler vi har anvendt i oppgaven, se vedlegg 2, der vurderingene er presentert i en matrise. I tillegg er lenken til sjekklister vi har anvendt i dette vedlegget. Alle forskningsartikler vi har valgt er skrevet på norsk eller engelsk, er fagfellevurdert og skrevet av forfattere med helsefaglig profesjon eller annen relevant utdanning. Vi benytter også nettsider, offentlige dokumenter og fagbøker som er relevant for problemstillingen, og dette inkluderer pensumbøker fra alle tre årene i studieløpet. Grunnet omstendighetene rundt Covid-19 fikk vi ikke tilgang til alle primærkildene vi ønsket å benytte, og dermed er det brukt flere sekundærkilder i oppgaven. Vi kontaktet også Almas hus for å forsøke å få råd rundt temaet, men vi fikk ingen svar på grunn av Covid-19.

2.5 Etiske overveieelse

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2013, s. 96). Det finnes forskningsetiske komiteer i Norge som skal veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål (Dalland, 2013, s. 98). Vi ivaretar det etiske aspektet i denne oppgaven ved å legge vekt på

korrekt kildehenvisning etter de akademiske normene som OsloMet har, og vi gjør dette ved å følge APA 6th-stilen.

3.0 TEORI

3.1 Grunnleggende behov

For å kunne definere grunnleggende behov har vi valgt å benytte oss av Virginia Hendersons sykepleieteori og Abraham Maslows teori.

3.1.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Hendersons teori tar utgangspunkt i sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov når menneskers egne ressurser ikke strekker til på grunn av sykdom og helsesvikt (Kristoffersen, 2016a, s. 22). Ut ifra denne teorien beskrives sykepleiens mål og hensikt å kunne hjelpe enkeltmennesker til å raskest mulig tilbakevinne sin selvstendighet når det kommer til å utføre gjøremål som er forbundet med ivaretagelse av de grunnleggende behovene. Sykepleierens rolle vil være å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det (Kristoffersen, 2016a, s. 38).

Henderson har i sin teori utarbeidet 14 punkter som betegner de grunnleggende sykepleieprinsipper. Disse prinsippene er knyttet til de grunnleggende menneskelige behov, og skaper sykepleierens mest sentrale gjøremål. Det som er viktig med disse behovene er at sykepleier skal hjelpe brukeren og skape forhold som vil sette vedkommende i stand til å utføre gjøremålene på egenhånd (Kristoffersen, 2016a, s. 38). I vår oppgave er ikke alle behovene relevante, men tre av dem kan det velferdsteknologiske hjelpemiddelet GPS bidra med å ivareta. Derfor har vi kun valgt å presentere de tre relevante grunnleggende sykepleieprinsippene her, men alle 14 punktene kan leses i vedlegg 3. De grunnleggende behovene er *å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser, å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe (produktiv sysselsetting) og å finne underholdning og fritidssysler* (Kristoffersen, 2016a, s. 39).

3.1.2 Abraham Maslows behovspyramide

Abraham Maslow har laget en modell, *behovspyramiden*, som baseres på at våre behov er rangert i et hierarki. I bunnen av behovspyramiden finner vi de grunnleggende fysiologiske behovene, som er behovet for fysisk og sosial overlevelse, og på toppen av pyramiden er et unikt menneskelig vekstbehov (Holt, Bremner, Sutherland, Viiek, Passer & Smith, 2015, s. 450). Når våre grunnleggende fysiologiske behov er tilfredsstillt, fokuserer vi på vårt behov for trygghet og sikkerhet. Først når dette også er dekket kan vi fokusere på behovene på høyere nivå, som er behov for kjærlighet og sosial tilhørighet, etterfulgt av behov for selvrespekt og selvtillit, deretter behov for intelligens og kunnskap, etterfulgt av behovet for noe vakkert, estetisk eller noe nytt og til slutt behovet for selvrealisering (Holt et al., 2015, s. 450). Hvis

situasjonen forandrer seg, og behovene på lavere nivå ikke lenger er dekket vil oppmerksomheten igjen rettes mot disse til de igjen er tilfredsstilt (Holt et al., 2015, s. 450-451). Behovspyramiden i sin helhet er presentert i vedlegg 4.

3.2 Demens, velferdsteknologi og GPS

3.2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere sykkelige tilstander i hjernen som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne når det kommer til å utføre dagliglivets funksjoner. Normalt progredierer tilstanden og symptomene vil være økende (Snoek & Engedal, 2018, s. 225). Demens påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke og deres pårørende. De som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp (Holthe, Kjeldsberg & Sværen, 2016, s. 9).

Mild demens er startfasen av sykdommen, og her ser man normalt sett sviktende hukommelse, og dette gjelder spesielt for hendelser i nær fortid. Tidsorienteringsevnen svikter også (Snoek & Engedal, 2018, s. 227). Sykdommens neste fase er moderat demens, og her har personene vanskeligheter med å bruke sine lærte mestringsevner og de mister grepet på tilværelsen. De bringes lett ut av fatning, spesielt når de skal løse oppgaver eller ta stilling til valg, og når de kommer under stress. Noen mister romorienteringsevnen og har en tendens til å gå seg vill på fremmede steder (Snoek & Engedal, 2018, s. 228). Den siste fasen, alvorlig demens, er preget av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet med hensyn til å klare seg i egen bolig, selv med hjelp og støtte av pårørende og helsepersonell (Snoek & Engedal, 2018, s. 228). Det som er viktig for at personer med demens skal huske at det har skjedd en innlæring, er at de faktisk har forstått det lærte materialet. Noen ganger skjer innlæringen lett, andre ganger trengs det flere repetisjoner før noe er innlært og forstått (Snoek & Engedal, 2018, s. 230).

3.2.2 Velferdsteknologi

I PROP. 90 L (2012-2013) *Endringer i pasient og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)* understrekes det at teknologi aldri vil kunne erstatte menneskelig kontakt og faglig kompetanse, men at det kan gi brukere nye muligheter til selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a, s. 9). I demensplanen 2020 beskrives det at velferdsteknologi kan gi personer med demens og kognitiv svikt nye muligheter, og det kan gi trygghet og mestring av hverdagslige aktiviteter. Det kan i tillegg gi avlastning til pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.16).

I Hagen-utvalgets *Innovasjon i omsorg* står det at aktivitet og sosial kontakt kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens og i noen grad forsinke sykdomsutviklingen og redusere behovet for medikamentell behandling (NOU 2011: 11, s. 32). Mange brukere kan bli sittende alene og blir inaktive, og både pårørende og brukere kan til tider føle seg ensomme (NOU 2011: 11, s. 117). Bruk av teknologi for sosial kontakt kan bidra til å redusere ensomhet og ha en positiv effekt i forhold til opprettholdelse av god helse (NOU 2011: 11, s. 100). Videre i *Innovasjon i omsorg* er velferdsteknologi definert som teknologisk assistanse som bidrar til økt trygget, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (NOU 2011: 11, s. 99).

Velferdsteknologi kan bidra til at hjemmet blir et trygt og godt alternativ for personer med demens (Holthe et al., 2016, s. 24). Hvis brukeren mestrer velferdsteknologien kan dette styrke mestringfølelsen ytterligere, men dette krever at teknologien er tilpasset personen slik at de faktisk mestrer den. Hvis de ikke mestrer teknologien, kan det føles som en avmakt og nederlag (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 25). Hjelpemiddelet er ikke et mål i seg selv, men det kan fremme at brukeren kan ta aktivt del i egen hverdag og oppleve livskvalitet, eller være et middel til å støtte pårørende (Holthe et al., 2016, s. 10-11).

3.2.3 GPS

I Meld. St. 29 (2012-2013) står det at helsedirektoratet skulle utarbeide en opplæringspakke innenfor velferdsteknologi, i samarbeid og ved hjelp av relevante fagmiljø (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b, s. 29). Denne opplæringspakken kom ut i 2016, og heter “velferdsteknologiens ABC”. Ifølge velferdsteknologiens ABC, er det vanlig å dele teknologien inn etter bruksområder eller hensikt. De fire områdene er trygghet, mestring, helse og velvære, og GPS går under både trygghets- og mestringsteknologi. Trygghetsskapende teknologier har til hensikt å muliggjøre at personer kan føle seg trygge, og ha mulighet til å bo lenger hjemme. Løsningene skal også muliggjøre sosial deltakelse og motvirke ensomhet. Mestringsteknologi har til hensikt at brukere kan bedre mestre egen helse, og dette innebærer løsninger til blant annet personer med kronisk sykdom (Kommunesektorens organisasjon, 2016, s. 58).

GPS gir personer frihet til å ferdes utendørs slik de alltid har gjort, da den kan spores og personen som bærer den kan lokaliseres. Dette vil gi trygghet både til bruker og deres pårørende

(Laberg, Holthe & Simonsen, 2014, s. 6). Hos personer med demens kan hensikten og formålet være å kunne lokalisere en som er savnet, eller finne en person hvis vedkommende har gått seg vill (Holthe et al., 2016, s. 10-11).

3.3 Helseveiledning til brukere og pårørende

Helseveiledning er en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner. En veiledende holdning krever en dialog der man tar utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse. For å forstå hva som er aktuelle handlinger for brukeren og hva som eventuelle hindringer for endring krever det dialog, aktiv lytting og spørsmål (Christiansen, 2017b, s. 14). Helseveiledning innebærer å lytte, spørre, motivere, støtte, råde, informere, undervise og prosessvurdere (Christiansen, 2017b, s. 15). Når sykepleieren lytter, spør og motiverer er dette en endringsprosess. Dette har fokus på hvordan brukeren forholder seg til blant annet sitt helseproblem, sine vaner, tenkemåter, reaksjonsmønstre. Dette kan berøre personlig og sårbar tematikk. Målet er endring som skal føre til bedre helse eller høyere livskvalitet (Christiansen, 2017d, s. 74). Når sykepleier skal motivere en bruker, kan motiverende intervju være til god hjelp. Dette er en anbefalt samtalem metode for å motivere til atferdsendring. Målet for et motiverende intervju er konstruktive samtaler der brukeren „overtaler seg selv” til å bestemme at endring skal skje og selv tenke ut hvordan dette best mulig kan skje (Helsedirektoratet, 2017).

I en pedagogisk sammenheng innebærer støtte at sykepleier engasjerer seg og deltar i brukerens anstrengelse for å nå et mål. Dette kan bidra til endringer og at motivasjonen holdes oppe over tid (Christiansen, 2017c, s. 182). Når sykepleier gir råd til brukeren har dette bakgrunn i fagkunnskap og innsikt i brukerens situasjon (Christiansen, 2017d, s. 73). Informering er et ofte anvendt begrep for pedagogisk virksomhet i relasjon til brukere og pårørende. Dette innebærer å formidle opplysninger og forklaringer, og kan bidra til forutsigbarhet og mestring, og det legger grunnlaget for medvirkning og informert samtykke (Christiansen, 2017d, s. 69). Innenfor pedagogikken forbindes undervisning med formidling av kunnskap. Det kan innebære å vise, forklare og demonstrere (Christiansen, 2017d, s. 71). Prosessvurderinger går ut på å vurdere den fortløpende vurderingen av hvor brukeren befinner seg i et læringsforløp, innvirkende forhold og behov for justeringer i et planlagt forløp. Endringene kan være relatert til hva brukeren har forstått, savner, graden av trygghet og hvordan intervensjonen bidrar til mestring og helsefremmende livsstil (Christiansen, 2017d, s. 74). Et mål med sykepleierens pedagogiske virksomhet er å styrke brukerens egne ressurser og troen på seg selv. Dette gir økt kontroll over

faktorer som påvirker deres liv (Kristoffersen, 2016c, s. 351). Helsepedagogikk legger vekt på empowerment og self-efficacy (Christiansen, 2017a, s. 31).

Sykepleiere har en lang tradisjon for å imøtekomme behov for informasjon og veiledning hos brukere og pårørende, og de underviser og støtter i daglige aktiviteter for å fremme velvære, helse og egenomsorg (Christiansen, 2017b, s. 19). Informasjon og opplæring stiller krav til både fagspesifikk kunnskap, kommunikasjonsferdigheter og pedagogisk bevissthet. Det er viktig å vite hvordan man skal forholde seg til bruker og pårørende slik at de kan knytte informasjonen og kunnskap til sin egen livssituasjon. Det er sentralt med hvilke holdninger helsepersonell har til mestrings- og læringsprosesser (Christiansen, 2017b, s. 21). Veiledningsferdigheter vurderes som avgjørende for sykepleiere i arbeidet med kronisk syke når målet er å fremme egenomsorg og økt mestring av livssituasjonen (Kristoffersen, 2016c, s. 360). For at brukere skal ha nytte av helseveiledning er det av stor betydning at sykepleieren har en bevisst forståelse av hvem personen er og hva som kjennetegner vedkommendes situasjon (Halse, 2017, s. 110). Det kan være gunstig med en kombinasjon av muntlig og skriftlig formidling, og gjerne bruk av illustrasjoner og praktiske øvelser. Hos brukere som har redusert evne til å forstå muntlig informasjon er aktivisering ekstra viktig. Det kan også være lurt å dele opp innholdet i undervisningen i korte sekvenser (Halse, 2017, s. 119). Som sykepleier kan det være lurt å tenke over når informasjonen formidles til brukeren, for eksempel når vedkommende er mest opplagt, eventuelle smerter er lindret, høreapparatet fungerer, at personen har vært på toalettet, at rommet har tilfredsstillende temperatur og at det er rolig rundt brukeren. I tillegg er det viktig å fokusere på kun en ting av gangen (Halse, 2017, s. 123). Når det kommer til å gi informasjon om velferdsteknologi innebærer dette at sykepleiere holder seg orientert om hva som kan være aktuelt for personer med demens, og dette er en ny oppgave for mange ansatte (Holthe et al., 2016, s. 26).

3.4 Kunnskap om velferdsteknologi og GPS

I Meld. St. 29 (2012-2013) understrekes det at for å få effekt av velferdsteknologiske løsninger må ansatte, brukere og pårørende få opplæring og kompetansen må heves. Dette må både skje i forkant av en innføring av velferdsteknologi, og også parallelt med innføringen. Opplæringen må først og fremst foregå som internopplæring i kommunene, gjerne i samarbeid med utdanningsinstitusjoner, hjelpemiddelsentraler og andre fagmiljøer. Deler av den praktiske opplæringen må knyttes til den konkrete innføringen av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b, s. 116).

Det kreves kunnskap og kompetanse hos sykepleiere for å få implementert velferdsteknologi hos en bruker på en slik måte at det skaper trygghet, en lettere hverdag og appellere til selvstendighet og mestring (Holthe et al., 2016, s. 30). Opplæring av helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste er viktig for å kunne støtte personer med demens og deres pårørende i hverdagen. Målet er at sykepleiere skal få kunnskap om hvordan velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler kan hjelpe en person med demens til å mestre hverdagen, og hvordan det kan bidra til trygghet og sikkerhet i hjemmet. I tillegg er det viktig med kunnskap om hvordan det kan gi avlastning til pårørende (Holthe et al., 2016, s. 5).

Som sykepleier er det også avgjørende å kunne være i stand til å oppdage behovet for kognitiv støtte hos en person med demens og melde dette behovet videre. Dette innebærer å kunne ha samtaler om hvordan velferdsteknologien kan støtte personer med demens og pårørende i hverdagen (Grimsbø, 2016, s. 315). Sykepleieren må også ha kunnskap om hvordan velferdsteknologien brukes slik at de kan følge opp den daglige bruken og kunne fortelle pårørende hvor de skal henvende seg ved behov for support. Sykepleiere må opparbeide seg kompetanse innenfor teknologi for å kunne vurdere når teknologien kan anvendes eller av ulike årsaker ikke bør benyttes (Grimsbø, 2016, s. 315).

For å sikre individuelt tilpassede løsninger kreves det brukermedvirkning, der bruker og deres pårørende involveres når tiltaket planlegges, legges til rette og følges opp. Dette kan innebære nye oppgaver for helse- og omsorgstjenesten (Holthe et al., 2016, s. 15). Sykepleier må kartlegge behov hos personer med demens og deres pårørende, og ha fokus på hva som er problematisk i hverdagen. Når man har forstått behovene deres kan man fortelle om mulige løsninger og produkter som kan prøves ut for å gi en bedre hverdag til alle (Holthe et al., 2016, s. 21). I kartleggingen bør det identifiseres ressurser hos brukere og pårørende, og hva som er vanskelig for dem (Holthe et al., 2016, s. 23).

Å informere om velferdsteknologi til personer med demens og deres pårørende er en ny oppgave for mange ansatte i helsetjenesten. Mange pårørende ønsker å vite hva som finnes av velferdsteknologi, hvordan det fungerer og hvordan de kan gå frem for å få tak i et ønsket produkt. Det er viktig for personen med demens og deres pårørende å få denne informasjonen (Holthe et al., 2016, s. 26). Pårørende er viktige som støttespillere for brukeren. Helsetjenesten vil derfor ha stor nytte av å samarbeide med brukerens nærmeste pårørende (Kristoffersen, 2016b, s. 247).

Opplæring i bruk av det velferdsteknologiske hjelpemiddelet er en del av implementeringen. Det er ikke alltid mulig at personer med demens kan lære seg alle funksjonene. Hvis pårørende skal være involvert er det viktig at de må lære seg disse funksjonene, for eksempel å lade GPS-en eller lokalisere en person som er utstyrt med GPS (Holthe et al., 2016, s. 30). Hvis en bruker med demens skal kunne lære seg å bruke et nytt hjelpemiddel, som for eksempel å akseptere å ta med en GPS-enhet i lomma, må opplæring med mange repetisjoner beregnes. I starten kan det være lurt å følge tett opp, slik at brukeren får drillet inn håndteringen. Hvis pårørende kan bidra med å minne brukeren på og oppmuntre til å ta hjelpemiddelet i bruk, er det som regel bare positivt. En viss tilvenningstid må alltid beregnes og tett oppfølging er en fordel i denne prosessen (Holthe et al., 2016, s. 30).

3.5 Etiske utfordringer med velferdsteknologi

Sykepleieren bør ha kunnskaper og bevissthet om at teknologi kan ha både fordeler og ulemper, og at teknologien ikke er verdinøytral i seg selv (Grimsbø, 2016, s. 314). Den etiske diskusjonen rundt bruken av velferdsteknologi må ta utgangspunkt i den enkeltes medvirkning, hva den enkelte bruker har behov for, hvordan teknologien oppleves av brukeren og pårørende, hva hensikten og motivasjonen med teknologien er, og hva som er det minst inngripende tiltaket for hver enkelt person. Kartlegging av brukers individuelle behov, faglig kompetanse og tilrettelegging av teknologi og tjenester er sentrale forutsetninger som må være tilstede for etisk forsvarlig og vellykket bruk av GPS (Grimsbø, 2016, s. 322). I dette arbeidet må sykepleieren ha en framtrædende rolle og kompetanse. Det er overordnet og sentralt at bruken av GPS ikke skal fungere som en erstatning for omsorg, tjenester, nærhet og hjelp (Grimsbø, 2016, s. 322). Årsaken til at ny teknologi introduseres i helsetjenesten er et ønske om en endring, men teknologier oppfyller ikke bare sin påtenkte hensikt. De har også konsekvenser som berører konteksten og rammene for hvordan de brukes (Kiran & Nakrem, 2018, s. 100). En viktig følge av å undersøke etiske konsekvenser ved innføring av ny teknologi er at det åpner opp for å forstå noen av de mer uforutsette endringene som skjer (Kiran & Nakrem, 2018, s. 101).

Det kan oppstå utfordringer når brukerens og pårørendes oppfatning ikke er den samme. Brukerens stemme skal det legges stor vekt på, men hvis pårørende beskriver en situasjon som ikke stemmer overens med brukeren kan det oppstå et etisk dilemma som ikke har et enkelt svar (Halse, 2017, s. 126). Det må være sentralt i beslutningstakingen til sykepleieren å ha respekt for brukerens autonomi, sammen med å gjøre det beste for bruker ut fra faglige vurderinger. Det er også naturlig og viktig å ta med pårørende i beslutningene, spesielt når brukeren er gammel, svak og glemsk (Halse, 2017, s. 127). Uansett er det avgjørende at brukeren ikke

overkjøres. Sykepleier må være klar over at i slike situasjoner så finnes det ingen standard svar, men alle situasjonene må håndteres individuelt og ses fra begge sider (Halse, 2017, s. 127). Når det kommer til etiske vurderinger som handler om å gi personer med demens et teknologisk hjelpemiddel, bør tjenestemottakeren så langt som det er mulig involveres i spørsmål om hva som er viktig for dem. Hvis dette er utgangspunktet kan det forenkles å ta stilling til hvilke verdier som står på spill ved de enkelte tiltakene som virker som best mulige løsninger for personen, og se hvilke fordeler og ulemper hjelpemidlene medbringer (Holthe et al., 2016, s. 39).

Det kan virke invaderende når et teknologisk hjelpemiddel tas i bruk dersom brukeren selv ikke ønsker produktet eller er skeptisk og uinteressert. Brukerne kan også føle seg bundet av sykepleier sine vurderinger og beslutninger, og de kan føle seg maktesløse i situasjonen. Sykepleiere har makt i kraft av sin profesjon, og de må være bevisste på hvordan denne makten utøves. De må være observante på om tjenestemottakeren viser motstand mot et tiltak eller er åpne for å prøve noe nytt (Holthe et al., 2016, s. 37) Det er helt sentralt å identifisere hvilke verdier som er viktigst for brukeren, og sikre at personen det gjelder får mulighet til å medvirke løsningen. Personer med demens bør få tilpasset informasjon, og en mulighet til å uttale seg om saken. Både brukermedvirkning og samarbeid med pårørende er viktig, der de sammen med sykepleier kan snakke om og avveie verdiene som står på spill (Holthe et al., 2016, s. 41).

3.6 Lovgivning

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om lovverket når man skal ta i bruk velferdsteknologi (Holthe et al., 2016, s. 5).

3.6.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsene i loven skal også bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og brukerne og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasientens og brukerens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1).

I §3-1 er det nedfelt at en pasient eller bruker har rett til å medvirke gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. De har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses

den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent har pasientens pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). I §3-2 står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsesituasjon og helsehjelpens innhold. Dersom pasienten tillater det skal også nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I §4-1 er det nedfelt at helsehjelp bare kan gis ved samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1).

Hvem som har samtykkekompetanse er regulert i §4-3, og der er det nedfelt at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. §4-6 omhandler pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse etter §4-3, og §4-6a omfatter bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi til samme pasientgruppe. I kapittel 4A er det nedfelt om pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Disse paragrafene er ikke relevante for vår oppgave, da vi har avgrenset den til å kun omhandle personer med samtykkekompetanse, og derfor utdyper vi dem ikke mer her (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§4-3, 4-6, 4-6a & 4A-2).

4.0 Resultater

I dette kapittelet presenterer vi funnene fra forskningsartiklene vi fant i søkeprosessen.

4.1 Brukeres erfaringer med GPS

I forskningsartikkelen skrevet av Øderud og Moen (2018, s. 12) skriver de at det gir trygghet og mer sikkerhet at en person med demens har med seg GPS ut på tur, og kan lokaliseres om det er nødvendig. De referer til en studie gjort i Oslo der 80 % av brukerne forteller at GPS gir økt frihet, og at dette bekreftes også med funn fra tidligere studier. I en studie skrevet av Ausen, Svagård, Øderud, Holbø og Bøthun (2013, s. 13) opplyser mange brukere om at det er en trygghet at personalet og pårørende kan finne dem hvis de går seg bort, og andre rapporterer om at det skaper trygghet at de selv kan trykke på alarmknappen hvis de er ute på tur og trenger hjelp. Videre i studien vektlegges det at GPS kan gi større frihet til brukerne, da de har mulighet til å gå sine vanlige turer. Noen brukere ønsker å gå alene, mens andre ikke har pårørende eller personale som har anledning til å være med på tur. GPS gjør da at brukeren kan gå tur etter eget ønske, uten følge (Ausen et al., 2013, s. 15). Ved at personer med demens kan gå på tur gjør at brukerne kan være mer fysisk aktive. GPS kan være et hjelpemiddel som bidrar til fysisk aktivitet ved at personer med orienteringssvikt kan fortsette å gå på tur (Ausen et al., 2013, s. 17). GPS kan gi bedre muligheter for brukerne å mestre hverdagen og fortsette å leve et selvstendig liv, på tross av sykdommen. Dette innebærer muligheten for å ta selvstendige valg i forhold til når og hvor brukeren ønsker å bevege seg utendørs, og i tillegg om brukeren ønsker å gå med andre (Ausen et al., 2013, s. 18).

En annen kvalitativ forskningsartikkel skrevet av Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke og Melby (2017, s. 122) viser også til at velferdsteknologi økte selvstendigheten til de fleste brukerne. En informant som brukte GPS forklarer at han fikk økt selvstendighet ved å slippe å gi beskjed til hjemmetjenesten når han skulle ut på tur. Mobile trygghetsalarmen gjorde at personer som ellers ikke ville gå ut alene kunne gjøre dette uten følge av helsepersonell eller pårørende. De fleste brukerne synes GPS-en var liten, hendig og lite sjenerende å ha på seg, men et par andre var ikke helt fornøyd med utforming og design. Teknologiens utforming og funksjonalitet kan være avgjørende for brukerens vilje og evne til å ta den i bruk (Isaksen et al., 2017, s. 121). Utseende og funksjonalitet kan oppleves som stigmatiserende og lite flatterende, spesielt ved teknologien som er rettet mot eldre (Isaksen et al., 2017, s. 123).

4.2 Pårørendes erfaringer med GPS

I den kvalitative forskningsartikkelen skrevet av Dale (2010, s. 8) kommer det frem at informantene, som er pårørende til personer med demens, i hovedsak syntes at GPS-en var enkel i bruk. De opplevde også at GPS-en var svært nyttig for å finne igjen brukeren. Pårørende følte økt grad av sikkerhet og frihet, og at utstyret hadde en positiv effekt på totalsituasjonen deres. Til tross for noen utfordringer fungerte som oftest utstyret. Allikevel var en av informantene misfornøyd og synes det var lite brukervennlig, og en annen informant hadde opplevd sviktende driftssikkerhet. Dette skapte en frykt hos pårørende. Øderud og Moen (2018, s. 12) beskriver at den økte friheten hos brukere av GPS ofte henger sammen med at pårørende og helsepersonell opplever trygghet, og dermed kan brukeren fortsette med sine aktiviteter som igjen øker mestringsfølelse og mulighet til å ha det livet brukeren ønsker. Det kommer også frem at pårørende opplever økt frihet slik at de kan drive med egne aktiviteter fordi de er trygge på at brukeren ikke blir borte.

I studien skrevet av Ausen et al., (2013, s. 13) vises det klart at bruk av GPS har gitt økt trygghet for så godt som alle pårørende og helsepersonell. Pårørende forteller at det ikke er nødvendig å bruke GPS-en så ofte, men at det gir en tryggere og bedre hverdag å vite at de kan bruke den ved behov. Flere pårørende opplever at bruk av GPS har gjort at hverdagen er lettere å håndtere og at brukeren kan bo lengre hjemme. GPS gir pårørende trygghet og ro til å mestre sine gjøremål, mens brukeren er ute på tur. Noen brukere mener selv at de ikke har behov for å bruke GPS, men at de gjør det for at pårørende skal føle seg trygge. Gjennom studien er det også blitt erfart at GPS kan føre til falsk trygghet, noe det er viktig at pårørende er klar over. Dette kan være fordi teknologien er brukt feil, organisering av tjenesten ikke fungerer tilfredsstillende eller at alarmer ikke kommer frem. Et eksempel på hva som kan gå galt er hvis en GPS ligger i en brukers veske, og brukeren setter fra seg vesken. Det er viktig å huske at det er GPS-en som blir sporet, og ikke personen (Ausen et al., 2013, s. 15). Spilker og Nordby (2019, s. 297) skriver i sin studie at når GPS skal brukes i demensomsorgen må det innebære å delegerer ansvar og nye roller og det trengs ny kompetanse og krav. Det er viktig å definere tydelige roller, slik at både pårørende og helsepersonell vet hvem som skal ta ansvar når et varsel eller en alarm blir aktivert. Usikkerhet i rollene kan skape bekymring.

4.3 Kunnskap og veiledning

Den kvalitative forskningsartikkelen skrevet av Johannessen, Holm og Storm (2019, s. 75) intervjuer ledere og helsepersonell. De viser til at nødvendig kunnskap er et av kriteriene som må oppfylles for å skape trygg og sikker bruk av velferdsteknologi. Informantene forteller at

samarbeid og utveksling av erfaringer har gitt dem viktig kunnskap som er nyttig i egen kommune. De så det som helt avgjørende at helsepersonell får nødvendig opplæring om de velferdsteknologiske løsningene som benyttes. Dette gjør at de kan komme med forslag som samsvarer med behovet til den enkelte brukers behov. Ved manglende nødvendig kunnskap hos helsepersonell hadde de en opplevelse av at brukere var negative og skeptiske til velferdsteknologi. En utfordring for å opprettholde kunnskapen hos helsepersonell var at det var få brukere som brukte hvert enkelt velferdsteknologisk hjelpemiddel, og dermed kunne kunnskapen lett bli glemt (Johannessen et al., 2019, s. 76). For å sikre at brukerne får rett informasjon, ble det også vurdert som viktig at helsepersonell hadde kunnskap om hvordan de ulike løsningene fungerte. Det ble også sett på som viktig at brukerne fikk nødvendig opplæring i de velferdsteknologiske løsningene de bruker. Helsepersonell rapporterte om at det var viktig å gjenta informasjon de har gitt tidligere og at det kunne være lønnsomt å gi informasjon, kunnskap og praktisk erfaring så tidlig som mulig i sykdomsforløpet til personer med demens (Johannessen et al., 2019, s. 76). Den kvalitative studien skrevet av Isaksen et al., (2017, s. 122) viser til at informantene mente at interesse og kunnskap om teknologien var viktige faktorer for å lykkes. Dette gjaldt både hos ansatte og brukere.

En annen kvalitativ studie skrevet av Holthe, Lund og Landmark (2017, s. 240) viste til at det er behov for økte kunnskaper hos helsepersonell når det kommer til bruken av velferdsteknologi, da det var manglende kunnskaper om produkter og løsninger, og utrygghet knyttet til om teknologien fungerer. Økt opplæring av ansatte er nødvendig for at de skal være oppdaterte på nye løsninger og hvordan disse fungerer. For at sykepleiere skal kunne utvikle kompetanse for velferdsteknologi må brukerens behov og ønsker, samt vilje og evne til mestring vektlegges. Det må også tas i bruk brukermedvirkning, selv om det kan være etisk utfordrende, og helsepersonellet må være bevisst på egne holdninger og hvordan eventuelt mangel på kunnskap kan hindre tilgang på gode løsninger for brukerne. Isaksen et al., (2017, s. 124) belyser hvordan holdninger hos sykepleier går ut på at det er viktig at de er observante på hvilke funksjoner teknologien skal fylle for den som mottar den, for eksempel å hjelpe bruker til å leve selvstendig eller føle trygghet. Det er sentralt å vurdere mål, hensikt og konsekvenser teknologien fører med seg. Videre beskriver Holthe et al., (2017, s. 240) hvordan overføring av kunnskap og kompetanse om velferdsteknologi er nødvendig for at den skal implementeres og bli en integrert del av kommunes omsorgstjeneste. I forskningsartikkelen skrevet av Holthe og Wullf-Jacobsen (2016, s. 496) er det beskrevet at implementering av ny teknologi ofte er utfordrende. For at det skal bli vellykket må brukerne ha tro på teknologien, føle at det gjør hverdagen lettere og forbedrer mestringen og gjør det mulig å nå sine mål. Videre beskrives det

at det krever små skritt fremover og oppfølging av pårørende som sier seg villig til å støtte brukeren. Hvis bruker bor sammen med pårørende, var det pårørende som hadde ansvar for å legge enheten til lading, ifølge artikkelen til Ausen et al., (2013, s. 48). Da ble det kun brukt en vanlig ladekabel, og det fungerte bra. Hvis hjemmetjenestene hadde ansvar for å lade batteriene, ble batteriene ladet i separate ladestasjoner. Dette gjorde at bruker alltid hadde en ladet enhet, men når batteriet ble byttet mistet enheten kontakt med satellittene. Når den ble slått på igjen, måtte søk etter satellitter starte på nytt. Det kunne ta lang tid å få posisjonen igjen, og ofte kan dette være utfordrende inne i et hus.

I forskningsartikkelen skrevet av Holthe og Wullf-Jacobsen (2016, s. 495) kommer det frem viktigheten av å observere hva brukerens problemer i hverdagen er, da den gir viktig informasjon om hvilke velferdsteknologiske hjelpemiddel som er riktig for den aktuelle brukeren. Johannessen et al., (2019, s. 79) beskriver betydningen av at velferdsteknologien er tilpasset den individuelle behov, og at dette fikk de ved tidlig kartlegging av brukerens ønsker, utfordringer og ressurser. For å få dette til på en best mulig måte var dialog med brukeren, pårørende og helsepersonell som kjenner brukeren godt hensiktsmessig. Det ble også sett på som avgjørende at personer med demens fikk velferdsteknologien tidlig introdusert.

4.4 Etisk vurdering

I litteraturstudien skrevet av Zwijsen, Niemeijer og Hertogh (2011, s. 421-422) stilles det spørsmål ved om det å gå seg bort ikke er den største bekymringen for personer med demens, men av deres omsorgspersoner. Dette gjør at man kan lure på om slike enheter blir brukt til fordel for brukeren eller helsepersonellet, og dette kan føre til at autonomien til personer med demens undergraves og de kan presses til å bruke enheter de ikke selv er komfortable med.

I forskningsartikkelen skrevet av Isaksen et al., (2017, s. 122-123) belyser de viktigheten av at når velferdsteknologiske tjenester innføres kan det være utfordrende for personvernet og informasjonssikkerheten. I denne studien beskrev ikke informantene det som noe negativt at de kunne spores. Tjenesten har et like fullt ansvar for å ivareta informasjonssikkerhet, taushetsplikt og integritet, og hvis brukerne ikke er oppmerksomme på dette blir det opp til tjenesten å ivareta. Ved bruk av digital velferdsteknologi er det viktig å hindre uønsket overvåking av bruker. Det som er formålet med å ta i bruk velferdsteknologi er å gi brukeren en bedre mulighet til å mestre eget liv og helse. Det må vurderes om grad av inngripen i brukerens liv overstiger teknologiens nytteverdi. Det er sentralt at brukermedvirkning og medbestemmelse må være grunnlaget i bruken av denne teknologien.

I en forskningsartikkel skrevet av Hughes (2013, s. 735) poengterer forfatteren at det er viktig å bevisstgjøre sykepleiere på problemene ved bruk av sporingsteknologi og at viktigheten av opplæring må ikke undervurderes. I tillegg til god praksis er det helt nødvendig å opprettholde personvernet og få samtykke fra brukerne med samtykkekompetanse. Velferdsteknologi må også brukes med hensikten å bedre livskvaliteten til brukerne. Bruk av teknologien må tjene brukerne, ikke de ansatte, og et av hovedmålene med sporingsteknologi er å fremme brukernes beste og deres uavhengighet. Det kan være et mindre begrensende alternativ enn at brukeren for eksempel ikke kan gå ut. Personvernet brytes tydelig i en overvåkningsprosess, men hvis hensikten er at en person skal kunne bo hjemme og være fri fra en låst dør, kan det diskuteres hva som er størst rettighetsbrudd. Når det kommer til ulike alternativer for personer med demens, er det viktig at alle alternativene blir diskutert sammen med bruker og deres pårørende (Hughes, 2013, s. 736).

5.0 Drøfting

I dette kapittelet diskuterer vi det teoretiske rammeverket og funnene fra forskningsartiklene. Dette drøftes opp mot hverandre og hjelper oss å besvare problemstillingen; *“Hvordan bidrar kunnskap hos sykepleiere til at hjemmeboende personer med demens, og deres pårørende, blir trygg i bruken av det velferdsteknologiske hjelpemiddelet GPS?”*

5.1 Bidrar GPS til økt mestring, trygghet og frihet?

Velferdsteknologi skal blant annet bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk aktivitet, og styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen (NOU 2011: 11, s. 99). Det kan bidra til å gi personer med demens trygghet og mestring av hverdagslige aktiviteter, nye muligheter og gi avlastning til pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 16). Aktivitet og sosial kontakt kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens (NOU 2011: 11, s. 32). Brukerne kan bli sittende alene, bli inaktive og, i likhet med pårørende, føle på ensomhet (NOU 2011: 11, s. 117). Bruk av teknologi kan bidra til å redusere ensomhet og opprettholde god helse (NOU 2011: 11, s. 100). Å ta i bruk GPS som hjelpemiddel er ikke et mål i seg selv. Målet er at brukeren skal kunne ta aktivt del i egen hverdag og oppleve livskvalitet. Det kan også støtte pårørende (Holthe et al., 2016, s. 10-11). GPS er en form for mestrings- og trygghetsskapende teknologi med hensikt å muliggjøre sosial deltakelse, at personer skal føle seg trygge, motvirke ensomhet og mestre egen helse (Kommunesektorens organisasjon, 2016, s. 58). Det vil også gi personer frihet til å ferdes utendørs slik de alltid har gjort (Laberg et al., 2014, s. 6). Personer med demens kan miste romorienteringsevnen, og kan gå seg bort på ukjente steder (Snoek & Engedal, 2018, s. 228). Hos disse brukerne vil formålet med GPS være å kunne lokalisere en som er savnet eller har gått seg vill (Holthe et al., 2016, s. 10-11). Ved at GPS kan spores bidrar dette til å gi trygghet til både brukere og deres pårørende (Laberg et al., 2014, s. 6).

Funn i artikler viser at formålet med GPS faktisk er realisert i praksis. Øderud og Moen (2018, s. 12) trekker frem i sin artikkel at GPS gir økt trygghet og sikkerhet, og at et flertall av brukerne følte at de fikk økt frihet. Ofte opplever brukerne at den økte friheten henger sammen med at pårørende og helsepersonell opplever trygghet. Dermed føler brukerne at de kan fortsette med sine daglige aktiviteter som øker mestringsfølelse og mulighet til å ha det livet de selv ønsker. Isaksen et al., (2017, s. 121-123) viser til i sin studie at informantene som bruker GPS får økt selvstendighet, ved å slippe å informere noen når de skal gå ut. De fleste synes også at sporingsalarmen var liten, hendig og lite sjenerende å ta med seg rundt, med noen unntak. Utformingen og funksjonalitet kan være avgjørende for brukerens vilje og evne til å ta den i

bruk, og spesielt hos eldre kan teknologien oppleves som stigmatiserende. Ausen et al., (2013, s. 13) poengterer i studien at brukeren føler en trygghet ved bruk av GPS, grunnet at de kan bli funnet hvis de har gått seg vill, eller de selv kan utløse alarmen ved behov for hjelp. Likeså vektlegger studien at GPS kan gi større frihet til brukerne, da de for eksempel kan gå tur alene (Ausen et al., 2013, s. 15). Når brukerne opplyser om at de føler økt trygghet, sikkerhet, selvstendighet og frihet ved bruk av GPS, kan dette bidra til at de kan mestre hverdagen og egen helse. Det er mulig for brukerne å i større grad gjøre de samme tingene de ville gjort før de ble rammet av demens, som for eksempel å være i aktivitet og ha mulighet for å sosialisere seg med andre. Dette underbygges av Ausen et al., (2013, s. 17-18). Her beskrives det at brukerne, inkludert dem med orienteringssvikt, kunne være mer fysisk aktive når de hadde frihet til å velge når, og med hvem, de ønsket å gå ut. GPS bedrer muligheten for at brukerne kan mestre hverdagen og være mer selvstendige.

I studien skrevet av Dale (2010, s. 8) trekkes det frem at pårørende synes at GPS-en var enkel i bruk og nyttig for å finne igjen brukeren. De fikk selv økt følelse av sikkerhet og frihet, og at bruken av GPS påvirket situasjonen deres positivt. Flertallet syntes at utstyret fungerte bra til tross for noen utfordringer, men det ble også rapportert om pårørende som synes GPS-en var lite brukervennlig og som hadde opplevd sviktende driftssikkerhet. Dette skapte frykt hos dem. Øderud og Moen (2018, s. 12) viser til at pårørende opplever økt frihet når de er trygge på at brukeren ikke blir borte, og dette åpner for at de kan drive med egne aktiviteter. Disse funnene støttes opp av Ausen et al., (2013, s. 13) der det skrives at GPS gir økt trygghet for de aller fleste pårørende og helsepersonell. Pårørende opplever at de får en tryggere og bedre hverdag når de kan bruke GPS-en ved behov. De får en trygghet og ro til å mestre egne gjøremål, mens brukeren er ute på tur. Pårørende forklarer at GPS gjør hverdagen lettere, og bidrar til at brukeren kan bo lenger hjemme. Det kommer også frem at noen brukere kun benytter GPS for at pårørende skal føle seg trygge, og mener selv de ikke har behov for det. I studien har det blitt erfart at bruken av GPS kan gi en falsk trygghet, noe det er viktig å være klar over (Ausen et al., 2013, s. 15). Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om hvor pårørende skal henvende seg ved behov for support (Grimsbø, 2016, s. 315). I artikkelen skrevet av Spilker og Nordby (2019, s. 297) understrekes det at når GPS skal brukes i demensomsorgen innebærer det å delegerer ansvar og roller. Dette går ut på at pårørende og sykepleiere vet hvem som skal ta ansvar når et varsel eller en alarm blir aktivert. Usikkerhet i rollene kan skape bekymring. Det som kommer frem i disse artiklene er at ved en GPS som er pålitelig og fungerer som den skal, vil gi økt følelse av frihet og trygghet. Pårørende bør vite om situasjoner som kan påvirke driften, da GPS også kan føre til en falsk trygghet. Hvis pårørende opplever en GPS som ikke er pålitelig eller brukervennlig vil det skape usikkerhet og frykt. Å definere tydelige roller kan

redusere bekymringen, og det er nødvendig at pårørende vet hvor de skal henvende seg ved sviktende driftssikkerhet.

GPS gir økt trygghet, sikkerhet og frihet for de fleste brukerne og vil dermed være med på å dekke tre av de relevante grunnleggende behovene fra Hendersons teori. Når brukerne av GPS føler seg trygge og sikre nok til å kunne gå ut av huset på egenhånd, samt har en stor grad av frihetsfølelse, kan dette bidra til at brukerne får kontakt med andre og kan gi uttrykk for sine følelser. De kan arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe og å finne underholdning og fritidssysler (Kristoffersen, 2016a, s. 39). Dette kan også betraktes fra motsatt synsvinkel; uten bruken av GPS hadde ikke brukeren nødvendigvis fått muligheten til å gå ut av huset på egenhånd, eller vedkommende kunne ha følt seg utrygg og usikker i en slik situasjon. Med mindre grad av frihet som mulig konsekvens kan dette føre til at disse nødvendige, grunnleggende behovene ikke blir tilfredsstilt. Maslows behovspyramide viser til at behovet for trygghet og sikkerhet, sammen med det grunnleggende fysiologiske behovet, må være dekket for at man kan fokusere på behov som er på høyere nivå i pyramiden. Altså kan ikke et menneske, i følge Maslow, fokusere på behovene for kjærlighet, sosial tilhørighet, selvrespekt, selvtillit, intelligens, kunnskap, noe vakkert, estetisk eller noe nytt og selvrealisering før nettopp behovet for sikkerhet og trygghet er oppfylt (Holt et al., 2015, s. 450). Dette viser til hvor avgjørende det er for et menneske å føle seg sikker og trygg, og bruk av GPS kan bidra til at brukere har økt mulighet for å tilfredsstille behov som er høyere oppe på behovspyramiden.

5.2 Kan kunnskap hos sykepleieren bidra til trygghet?

Det er viktig at sykepleier har nok kunnskap om demens for å ha mulighet til å gi riktig helsehjelp til brukere og deres pårørende, da sykdommen påvirker livssituasjonen til begge parter. De som er blitt syke vil fungere gradvis dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp (Holthe et al., 2016, s. 9). Når sykdommen har utviklet seg til alvorlig demens, er personen som er rammet ikke i stand til å klare seg i egen bolig (Snoek & Engedal, 2018, s. 228). Dermed vil ikke bruken av GPS i hjemmet være relevant for denne fasen. Ved mild demens, svikter vanligvis hukommelsen, spesielt ved hendelser i nær fortid (Snoek & Engedal, 2018, s. 227). Når sykdommen har gått over til moderat demens har personene større problemer med å bruke sine lærte mestringsevner, og de mister også grepet på tilværelsen. De bringes lett ut av fatning, spesielt når de skal løse oppgaver eller ta stilling til valg, og når de kommer under stress (Snoek & Engedal, 2018, s. 228).

Ved å se på utviklingen av sykdommen tenker vi at det er en mulighet for at personene med demens kan ha vanskeligheter for å lære å bruke en GPS etter den milde fasen, og dette støttes

opp ved forskningsartikkelen skrevet av Johannessen et al., (2019, s. 76) der helsepersonell mente at det kunne være lønnsomt å gi informasjon, kunnskap og praktisk erfaring så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Det ble også sett på som avgjørende at personer med demens fikk velferdsteknologien tidlig introdusert og at det var viktig å gjenta informasjon de hadde gitt tidligere (Johannessen et al., 2019, s. 76 & 79). Det som er viktig for at de skal huske at det har skjedd en innlæring, er at de faktisk har forstått innholdet. Noen ganger skjer innlæringen lett, andre ganger trengs det flere repetisjoner før noe er innlært og forstått (Snoek & Engedal, 2018, s. 230).

Sykepleiere har i lang tid møtt behovet for informasjon og veiledning hos brukere og pårørende, og de underviser og støtter i daglige aktiviteter for å kunne fremme velvære, helse og egenomsorg (Christiansen, 2017b, s. 19). Det er viktig at sykepleier gir informasjon til bruker og pårørende (Holthe et al., 2016, s. 26). Pårørende er viktige støttespillere for brukerne, og sykepleiere vil ha nytte av å samarbeide med dem (Kristoffersen, 2016b, s. 247). Når sykepleier gir informasjon og opplæring stilles det krav til både fagspesifikk kunnskap, kommunikasjonsferdigheter og pedagogisk bevissthet (Christiansen, 2017b, s. 21). For å kunne gi informasjon om velferdsteknologi til personer med demens, innebærer dette at sykepleiere holder seg orientert om hva som kan være aktuelt for dem (Holthe et al., 2016, s. 26). En kombinasjon av muntlig og skriftlig formidling kan være ideelt, og gjerne korte sekvenser av gangen der illustrasjoner og praktiske øvelser brukes. Aktivisering er ekstra viktig hos brukere som har redusert evne til å forstå muntlig informasjon (Halse, 2017, s. 119). Sykepleier bør fokusere på en ting om gangen, og i tillegg tenke over når informasjonen skal formidles til brukeren, slik at omstendighetene ligger til rette for læring (Halse, 2017, s. 123).

For at brukere skal ha best mulig nytte av helseveiledning er det nødvendig at sykepleieren forstår hvem personen er og deres situasjon (Halse, 2017, s. 110). Ved å forstå dette får sykepleier i tillegg se hvilke problemer brukeren har i hverdagen og får viktig informasjon om hvilke velferdsteknologisk hjelpemiddel som er riktig å ta i bruk for vedkommende, slik som Holthe og Wullf-Jacobsen (2016, s. 495) beskriver i deres forskningsartikkel. Helseveiledning innebærer å lytte, spørre, motivere, støtte, råde, informere, undervise og prosessvurdere (Christiansen, 2017b, s. 15). Motiverende intervju kan være til god hjelp i helseveiledning for å motivere brukeren til å selv gjøre en endring (Helsedirektoratet, 2017). For å forstå hva som er aktuelle handlinger for brukeren og hva som er eventuelle hindringer for endring krever det dialog, aktiv lytting og spørsmål (Christiansen, 2017b, s. 14). Veiledningsferdigheter vurderes som avgjørende for sykepleiere i arbeidet med kronisk syke når målet er å fremme egenomsorg

og økt mestring av livssituasjonen (Kristoffersen, 2016c, s. 360). Sykepleiens pedagogiske virksomhet har som mål å kunne styrke brukernes egne ressurser og at de har troen på seg selv, og dette gir brukerne økt kontroll over faktorer som påvirker deres liv (Kristoffersen, 2016c, s. 351). Dette kan styrke Virginia Hendersons sykepleieteori, som omhandler at sykepleierens rolle vil da være å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det (Kristoffersen, 2016a, s. 38). Når sykepleieren utfører helsepedagogikk, skal det legges vekt på empowerment og self-efficacy (Christiansen, 2017a, s. 31).

For å understreke viktigheten av sykepleierens pedagogiske funksjon, viser Isaksen et al., (2017, s. 122) i sin forskningsartikkel at interesse og kunnskap om teknologien er viktige faktorer for å lykkes, og dette gjelder både ansatte og brukere. Dette støttes opp av artikkelen skrevet av Johannessen et al., (2019, s. 76) som ser på det som viktig at brukere får nødvendig opplæring i de velferdsteknologiske løsningene de bruker. Viktigheten av empowerment understrekes i artikkelen skrevet av Holthe et al., (2017, s. 240) der det står at det må tas i bruk brukervedvirkning, selv om det kan være etisk utfordrende ved en kognitiv svikt, og helsepersonellet må være bevisst på egne holdninger og hvordan eventuelt mangel på kunnskap kan hindre tilgang på gode løsninger for brukerne. Isaksen et al., (2017, s. 124) belyser holdninger hos sykepleier, og at dette går ut på at det er viktig å være observant på hvilke funksjoner teknologien skal fylle for den som mottar den, for eksempel å hjelpe bruker til å leve selvstendig eller føle trygghet. Vurdering av mål, hensikt og konsekvenser teknologien fører med seg er sentralt. Self-efficacy vektlegges i helsepedagogikken, og Holthe og Wullf-Jakobsen (2016, s. 496) viser til relevansen av dette. De skriver at det er nødvendig at brukerne selv må ha tro på velferdsteknologien og føle at det gjør hverdagen lettere, de opplever mestring og at de kan nå sine mål

Det er avgjørende at sykepleier kan oppdage behovet for kognitiv støtte hos personer med demens. Dette innebærer å ha samtaler om hvordan velferdsteknologien kan støtte brukere og pårørende i hverdagen, og krever at sykepleier har kunnskap om hvordan teknologien fungerer slik at de kan følge opp den daglige bruken. Sykepleier må kunne vurdere når teknologien kan anvendes eller ikke kan benyttes (Grimsbø, 2016, s. 315). Det må kartlegges behov hos brukere og deres pårørende, der sykepleier har fokus på hva som er problematisk i hverdagen. Når behovene er forstått kan man fortelle om mulige løsninger som kan bidra til en bedre hverdag (Holthe et al., 2016, s. 21). Underveis i kartleggingen bør det identifiseres både ressurser og utfordringer hos brukere og deres pårørende (Holthe et al., 2016, s. 23). For at løsningene skal

bli individuelt tilpasset, kreves det at sykepleieren har fokus på brukermedvirkning, og involverer brukere og deres pårørende når tiltakene planlegges (Holthe et al., 2016, s.15). Holthe et al., (2017, s. 240) skriver i forskningsartikkelen at sykepleier må vektlegge brukerens behov og ønsker, vilje og evne til mestring for å utvikle kompetanse for velferdsteknologi. Dette understøttes av Johannessen et al., (2019, s. 79) som i sin studie legger vekt på betydningen av at velferdsteknologi er tilpasset den individuelle behov, noe de mente man fikk til ved tidlig kartlegging av brukerens ønsker, utfordringer og ressurser. Videre beskriver de at dette kan gjøres på en best mulig måte ved å ha en dialog mellom brukeren, pårørende og helsepersonell som kjenner brukeren godt.

Når sykepleieren har kartlagt behovet til brukeren og deres pårørende, og de sammen har kommet frem til en løsning, er opplæring en viktig del av implementeringen. En person med demens klarer ikke alltid å lære seg alle funksjonene, og derfor er det viktig at pårørende som skal være involvert lærer seg disse. Hvis en bruker skal lære seg et nytt hjelpemiddel, må opplæring med mange repetisjoner beregnes (Holthe et al., 2016, s. 30). I startfasen kan tett oppfølging være nødvendig, slik at brukeren får drillet inn håndteringen. Pårørende kan bidra positivt med å minne brukeren på og oppmuntre til å ta hjelpemiddelet i bruk. For at det skal bli implementert på en slik måte at det skaper trygghet, kreves det kunnskap og kompetanse hos sykepleiere (Holthe et al., 2016, s. 30). Holthe et al., (2017, s. 240) understreker viktigheten av at sykepleier overfører sin kunnskap og kompetanse om velferdsteknologi til brukerne for at teknologien skal implementeres og integreres.

Det er, i følge Holthe og Wulff-Jacobsen (2016, s. 496), nødvendig at pårørende sier seg villig til å støtte opp rundt bruken av velferdsteknologi for at implementeringen skal bli vellykket, samtidig som det må tas små skritt fremover. Det må også legges en plan for hvem som skal ha ansvar for lading, og i følge artikkelen til Ausen et al., (2013, s. 48) fungerer ladingen bra når pårørende har ansvar for å legge enheten til lading. Videre beskriver de utfordringer knyttet til at hjemmetjenesten har ansvar for å lade batteriene, grunnet de foretok seg et batteribytte. Dette gjorde at GPS-en alltid var fulladet, men skapte problemer med signalene fra satellittene. I tillegg til at det kreves god kompetanse og kunnskap hos sykepleiere, understreker funnene våre at implementeringen blir mer vellykket når pårørende er involvert. De viser også at brukere som regel ikke har ansvar for lading selv, men at hvis brukere faktisk skal ha ansvar for dette selv kreves det opplæring med mange repetisjoner for å ha mulighet til å lykkes.

I Meld. St. 29 (2012-2013) står det at for å få effekt av velferdsteknologi må ansatte, brukere og pårørende få opplæring og kompetansen må heves (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b, s. 116). Det kreves fagkunnskap for å gi informasjon og opplæring til brukere, og det krever kunnskap og kompetanse hos sykepleiere for å få implementert velferdsteknologien. Opplæring av helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste er viktig for å kunne støtte personer med demens og deres pårørende (Holthe et al., 2016, s. 5). Målet er at helsepersonell skal få kunnskap om hvordan velferdsteknologi kan hjelpe en person med demens til å mestre hverdagen, og hvordan det kan bidra til trygghet og sikkerhet i hjemmet. I tillegg er det viktig med kunnskap om hvordan det kan gi avlastning til pårørende (Holthe et al., 2016, s. 5). Nødvendigheten av slik fagkunnskap hos sykepleiere understrekes i artikkelen til Johannessen et al., (2019, s. 75) der dette beskrives som et av kriteriene som må oppfylles for at bruken av velferdsteknologi skal bli trygg og sikker. Helsepersonell så det som helt avgjørende at de får nødvendig opplæring om de velferdsteknologiske løsningene som benyttes, da dette gjør at de kan komme med forslag som samsvarer med det individuelle behovet til hver enkelt bruker (Johannessen et al., 2019, s. 76). Hvis det var manglende kunnskap hos sykepleierne ble brukerne skeptiske og negative til bruk av velferdsteknologi. Grunnet at det var få brukere som brukte hvert enkelt hjelpemiddel kunne kunnskapen hos sykepleier fort bli glemt. Når sykepleiere har kunnskap om de ulike løsningene, sikres brukerne riktig informasjon (Johannessen et al., 2019, s. 76). Samarbeid og utveksling av erfaringer har bidratt til å gi helsepersonell viktig kunnskap (Johannessen et al., 2019, s. 75). En annen studie skrevet av Holthe et al., (2017, s. 240) viser til at det er behov for økt kunnskap hos sykepleiere, da det var manglende kunnskap om velferdsteknologiske produkter og løsninger. Det var også utrygghet om velferdsteknologien fungerte. Dette viser at økt opplæring av helsepersonell er nødvendig for at de skal være oppdaterte på nye løsninger og hvordan disse fungerer.

5.3 Kunnskap rundt etiske utfordringer og lovgivning

Ved bruk av velferdsteknologi må den etiske diskusjonen ha den enkeltes medvirkning, behov og opplevelse som utgangspunkt, samt hva hensikt og motivasjonen er og hva som er det minst inngripende tiltaket for brukeren. GPS skal ikke erstatte omsorg, tjenester, nærhet og hjelp (Grimsbø, 2016, s. 322). Det er, i tillegg til sin påtenkte hensikt, konsekvenser ved bruk av velferdsteknologi (Kiran & Nakrem, 2018, s. 100). De mer uforutsette endringene som skjer kan forstås bedre ved å undersøke etiske konsekvenser (Kiran & Nakrem, 2018, s. 101). Hughes (2013, s. 736) undersøker dette, og belyser at personvernet brytes ved overvåkning, men hvis hensikten er at personer skal kunne bo hjemme og gå ut, kan det diskuteres om det fører til færre rettighetsbrudd og er mindre begrensende enn at brukere ikke får gå ut. Det er nødvendig

å opprettholde personvernet og få samtykke fra brukerne med samtykkekompetanse (Hughes, 2013, s. 735). Helsehjelp kan også kun gis ved samtykke, med mindre det foreligger annen lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke, jf. §4-1. Hvem som er samtykkekompetente reguleres etter §4-3 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§4-1 & 4-3). Ifølge Isaksen et al., (2017, s. 122-123) kan det være utfordringer med personvern og informasjonssikkerhet ved bruk av velferdsteknologi. I studien synes ikke brukerne det var negativt å bli sporet, men det ligger et ansvar på tjenesten for å ivareta informasjonssikkerhet, taushetsplikt og integritet. Graden av inngripen må vurderes opp mot nytteverdien, og formålet må være å gi brukeren bedre mulighet til å mestre eget liv og helse.

Hvis brukerens og pårørendes oppfatning er ulik, kan det oppstå et etisk dilemma. Sykepleieren må ha respekt for brukerens autonomi i beslutningstakingen, og samtidig ha fokus på hva som er best ut fra faglige vurderinger. Det er også naturlig og viktig å ta med pårørende i beslutningene. Ingen situasjoner er like og alle må håndteres individuelt, og sykepleier må se saken fra begge sider (Halse, 2017, s. 126-127). Hvis en bruker ikke ønsker velferdsteknologien eller er skeptisk og uinteressert, kan det virke invaderende når teknologien tas i bruk. Sykepleieren har makt i kraft av sin posisjon, og må være bevisst på hvordan makten utøves. Brukerne kan føle seg maktesløse og bundet av sykepleierens vurderinger og beslutninger (Holthe et al., 2016, s. 37). Det er sentralt å identifisere hvilke verdier brukeren setter høyt. Brukermedvirkning for å finne en løsning og samarbeid med pårørende er viktig for å avveie verdier som står på spill (Holthe et al., 2016, s. 41). Ved etiske vurderinger som omhandler velferdsteknologi, bør brukeren i størst mulig grad involveres i spørsmål om hva som er viktig for dem. Det kan ses på fordeler og ulemper som teknologien medbringer (Holthe et al., 2016, s. 39). I studien skrevet Zwijsen et al., (2011, s. 421-422) belyses muligheten for at teknologien brukes til fordel for pårørende eller sykepleiere, og ikke brukeren. Dette kan føre til at autonomien til brukeren undergraves og at de ikke er komfortable med løsningen. Hughes (2013, s. 736) støtter opp under dette, der han understreker at teknologien må tjene brukerne, ikke de ansatte. Alle alternativene bør diskuteres med brukeren og deres pårørende. Isaksen et al., (2017, s. 123) belyser at brukermedvirkning og medbestemmelse må være grunnlaget ved bruk av velferdsteknologi. Bruker har også rett til å medvirke gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). I tillegg står det at brukeren, og deres pårørende hvis bruker tillater dette, skal ha informasjon for å få nødvendig innsikt i egen helsesituasjon og helsehjelpens innhold, jf. §3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å besvare hvordan kunnskap hos sykepleiere bidrar til at hjemmeboende personer med demens, og deres pårørende, blir trygge i bruken av GPS. Underveis i skriveprosessen har vi forstått at sykepleier må være klar over viktigheten av at personer med demens får informasjon om og praktisk erfaring i bruk av GPS tidlig i sykdomsforløpet. Det er nødvendig at sykepleier har kunnskap om helseveiledning og hvordan informasjon skal formidles. Videre må de ha kunnskap om hva som er viktige faktorer for å lykkes, hvordan teknologien fungerer og kartlegging av behov hos personer med demens og deres pårørende.

Vi har også kommet frem til at dette hjelpemiddelet gir økt trygghet, sikkerhet, selvstendighet og frihet til både brukere og pårørende. Dette vil igjen bidra til at brukere kan mestre hverdagen og egen helse, samt være i aktivitet og sosialisere seg. Vi har forstått at det kreves kunnskap og kompetanse hos sykepleiere for at GPS skal bli implementert på en trygg og sikker måte, og at sykepleieren må videreformidle sin kunnskap til brukere og deres pårørende. Det viser seg også at implementeringen blir mer vellykket når pårørende er involvert. Manglende kunnskap hos sykepleiere kan medføre at brukerne blir skeptiske, negative og utrygge i forhold til teknologien. For å unngå bekymring og utrygghet hos pårørende er delegering av ansvar og roller, samt brukervennlig og driftssikker teknologi, nødvendig. Ved å bruke Virginia Henderson som vår sykepleieteoretiker har vi kommet frem til at GPS kan bidra til å dekke tre av de grunnleggende behovene hos brukere. I tillegg har vi, ved å bruke Maslows teori, avdekket at brukere og deres pårørende kan få dekket det grunnleggende behovet for sikkerhet og trygghet gjennom å benytte GPS som hjelpemiddel i hverdagen.

Til slutt ønsker vi å legge frem viktigheten av at sykepleier har kunnskap rundt lovverket og etiske utfordringer, samt hvilke etiske konsekvenser bruken av GPS kan få utover sin påtenkte hensikt. Sykepleiere må også være bevisst på makten de har i kraft av sin profesjon. De må vektlegge brukermedvirkning, samarbeid med pårørende og avveining av verdier som står på spill, slik at de kan vurdere inngripen opp mot nytteverdien.

7.0 Referanseliste

- Ausen, D., Svagård, I., Øderud, T., Holbø, K. & Bøthun, S. (2013). Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. *SINTEF*, s. 1-64. Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/trygge-spor-rapport_enkle-sider_lav-oppløsning.pdf?fbclid=IwAR3QQgTgPf0K9c44QFBh5GTdY3ZxZgTNhJX-TfWX_RjtOTYuO6IVWNI4yRg
- Brinchmann, B. S. (2017). Kliniske etikk-komiteer. I B.-S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg, 223-239). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2017a). Helsepedagogikk og syn på læring. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 30-41). Oslo: Gyldendal akademisk
- Christiansen, B. (2017b). Helseveiledning - hva menes? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 13-29). Oslo: Gyldendal akademisk
- Christiansen, B. (2017c). Levevaner og endringsprosesser - konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 161-187). Oslo: Gyldendal akademisk
- Christiansen, B. (2017d). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 67-77). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dale, Ø. (2010). GPS-teknologi - nytte ved demens. *Demens & Alderspsykiatri 2010* (14:2), 7-10. Hentet fra: https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/DA_nr_2_2010.pdf
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I G.-H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3.utg, bind 1, s.312-332) *sykepleie – fag og funksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Halse, K. (2017). Eldre syke pasienter - utfordringer med helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 108-133). Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse og omsorgstjenestene 2013-2030*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013->

[2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20hel
se-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/ /attachment/inline/cf340308-0cb8-
4a88-a6d7-
4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av
%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-
og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Demensplan 2015: «Den gode dagen»*. Hentet fra:
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/deme
nsplan2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Endring i pasient- og brukerrettighetsloven mv.
(bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)*. (Prop. 90 L (2012-2013)). Hentet fra:
[https://www.regjeringen.no/contentassets/e0fce4aebd99400284805d7816932f0f/no/pdfs/prp20
1220130090000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e0fce4aebd99400284805d7816932f0f/no/pdfs/prp201220130090000dddpdfs.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*.
Hentet fra
[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2
020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. nr. 29. (2012
-2013)). Hentet fra:
[https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm2
01220130029000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf)

Helsedirektoratet. (2017, 19. april). *Motiverende intervju (MI)*. Hentet fra:
[https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-
metode#mi-paavirker-helserelatert-atferd](https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode#mi-paavirker-helserelatert-atferd)

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Viiek, M., Passer, M. W. & Smith, R. E. (2015).
Psychology: the science of mind and behavior (3.utg.) Berkshire: McGraw-Hill
Education

Holthe, T. & Wullf-Jacobsen, I. (2016). Matching user needs to technology in dementia care:
experiences with the Alma Supervisor Educational Program. *Family Medicine &
Primary Care Review* 2016 (18, 4), 492-496.

<https://doi.org/10.5114/fmPCR.2016.63710>

- Holthe, T., Kjeldsberg, A. B. & Sværen, V. (2016). *Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler til personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Holthe, T., Lund, A. & Landmark, B. (2017) Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens.. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 3(3). s. 234-242. Hentet fra:
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/03/velferdsteknologi_som_kommunal_tjeneste_til_personer_med_kognitiv_sviKT/demens..
- Hughes, R. (2013). Wander-walking and the use of telecare: key principles to uphold. *Nursing and Residential Care*. 15(11), 734-737. <https://doi.org/10.12968/nrec.2013.15.11.734>
- Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017) Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 3(2) s. 117-126. Hentet fra:
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/02/hvilken_nytte_har_hjemmeboende_med_hjelpebehov_av_velferdsteknologi?
- Johannessen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 5(3) s. 71-83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>
- Kiran, H. A. & Nakrem, S. (2018). Etske perspektiver ved bruk av velferdsteknologi. I S. Nakrem. & H.-B. Sigurjónsson (Red). *Velferdsteknologi i praksis: perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjenester (s.100-112)*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2018). Velferdsteknologi - hva, hvorfor og hvordan? I S. Nakrem & J.-B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste (s. 15-33)*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kommunesektorens organisasjon (2016). *Velferdsteknologiens ABC*. Hentet fra:
<https://www.ks.no/globalassets/introduksjon-til-tjenesteinnovasjon-og-velferdsteknologi.pdf>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N.-J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende*

- sykepleie (3. utg, bind 3, s. 15-80) pasientfenomener, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N.-J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie (3. utg, bind 1, s. 193- 265) Sykepleie – fag og funksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N.-J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G.-H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie (3. utg, bind 3, s. 349- 406) pasientfenomener, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laberg, T., Holthe, T. & Simonsen, R. (2014). Hva er velferdsteknologi? I I. Skjetne (Red.) *Enklere hverdag med velferdsteknologi*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- NOU 2011:11. (2011) *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter.
Hentet fra:
https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444714/NOU_2011_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Snoek, E. J. & Engedal, K. (2018). *Psykkitatri: for helse- og sosialfagutdanningene (4.utg)*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Spilker, H. S. & Nordby, M. K. Understanding the Role of Technology in Care: the Implementation of GPS-Technology in Dementia Treatment. *Ageing Int* 2019 (44), 283-299. <https://doi.org/10.1007/s12126-018-9340-z>
- Thidemann, J. I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øderud, T. & Moen, A. (2018). Velferdsteknologi som verktøy for aktivitet og hverdagsmestring. *Fysioterapeuten, 2018 (9/18.)*, 10-13. Hentet fra:

<https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-18/10/>

World Health Organization (2019, 19. september). *Dementia*. Hentet fra:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Zwijssen, S. A., Niiemeijer, A. R. & Hertogh, C. M. P. M. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging & Mental Health*, 15(4), 419–427.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543662>

Vedlegg 1- Søkeprosessen

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Cinahl	“Peer review”, f.o.m 2010 t.o.m 2020, norsk, engelsk, dansk og svensk.	Tele- Nursing AND wandering behavior AND dementia AND nursing	4	2	2	1	1
Svemed+	“Peer reviewed”, “les online”	Velferds- teknologi AND omsorgs- tjeneste	5	5	4	3	3
Svemed+	“Peer reviewed”, “les online”	Velferds- teknologi AND aktivitet AND mestring	1	1	1	1	1
Svemed+	“Peer reviewed”, “les online”	GPS AND dementia AND Techno- logy	6	6	3	2	1
Cinahl	“Peer review”, f.o.m 2010 t.o.m 2020, norsk, engelsk, dansk og svensk.	Walfare techno- logy AND Dementia	2	2	1	1	1
Cinahl	“Peer review”, f.o.m 2010 t.o.m 2020, norsk, engelsk, dansk og svensk.	Assistive technology AND elderly people	12	12	3	2	1
Cinahl	“Peer review”, f.o.m 2010 t.o.m 2020, norsk, engelsk, dansk og svensk.	Demenita care AND GPS	26	26	3	2	1

Tabellen over viser bare noen få av de søkene vi har gjennomført. Vi valgt å kun vise de søkene som har ført til forskningsartikler som vi faktisk har brukt i oppgaven.

Forklaring til tabellen:

Utvalg 1: Lest artiklens tittel.

Utvalg 2: Lest artiklens abstrakt.

Utvalg 3: Lest artiklene i sin helhet.

Utvalg 4: Artikkel valgt ut for granskning og vurdering.

Vedlegg 2 – Matrise for kvalitetsvurdering av artikler

Forfatter(e) Publiserings- år Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitetsvurdering	Redegjørelse for etiske overveielser
Thorild Holthe & Ida Wulff-Jackobsen 2016 Family Medicine and Primary Care Review 2016; 18, 4: 492-496 Norway	Matching Users Needs to technology in dementia care: experiencing with the Alma Supervisor Educational Program	Målet med studien er å beskrive et pedagogisk program som er utviklet for ansatte i helse- og omsorgstjenesten, og som omhandler om hvordan man bruker velferdsteknologi for personer med demens og deres pårørende.	Litteraturstudie, der de har brukt 39 referanser.	Forfatterne har valgt ut relevant forskning for artikkelen.	Vellykket implementering av velferdsteknologi er kritisk for å få personilpasset teknologi. For å få en vellykket implementering må helsepersonell ha en individuell tilnærming til hver bruker. Det er viktig å bygge opp ferdighetene til helsepersonell, og endring av rutiner og oppgaver i helse og omsorgstjenesten er nødvendig.	Innholdet i denne artikkelen er relevant for vår problemstilling, da den går inn på viktigheten av utdanning av helsepersonell innenfor velferdsteknologi. Forfatterne av artikkelen er ergoterapeut, MSc, forsker Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse/ stipendiat HiOA (nå OsloMet) og forsker Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse/ Almas Hus, Senter for	Forfatterne har redegjort for etiske overveielser og skriver at de har fulgt termene til "Creative Commons". Forfatterne opplyser om at det ikke har oppstått noen interessekonflikter. Det er henvist til alle kilder som er brukt. Etisk godkjent.
						fagutvikling og forskning. Artikkelen er fagfelleverdert. Artikkelen er av nyere dato. Artikkelen er finansiert av nasjonal kompetansesenter "aldring og helse".	
Tone Øderud & Anne Moen 2018 Fysioterapeuten 9/18 (side) Norge	Velferdsteknologi som verktøy for aktivitet og hverdagsmestring	Målet med studien er å diskutere ulike prosjekterfaringer om ulike velferdsteknologiske hjelpemidler, inkludert GPS. I studien argumenteres det for at dette er gode hjelpemidler for å støtte eller veilede personer i enkle, hverdagslige	Fagessay, litteraturstudie med 13 referanser.	Forfatterne har valgt ut relevant forskning for artikkelen.	Ulike typer velferdsteknologi bidrar til at brukere, pårørende og/eller helsepersonell kan ha større trygghet i hverdagen, og i større grad opprettholde fysiske og sosiale aktiviteter til tross for sviktende funksjoner. GPS kan bidra til tryggere fysisk aktivitet og fremme sosial	Innholdet i artikkelen er relevant for vår problemstilling da den omhandler erfaringer om bruken av velferdsteknologi og GPS, samt hvordan dette bidrar til blant annet trygghet, mestring og frihet mm. Forfatterne av artikkelen er seniorforsker hos SINTEF og	Det opplyses om at fagessayet ble akseptert 5. november 2018 og at det vurderes av fagredaktør. Forfatterne opplyser ikke om noe interessekonflikter. Det er henvist til alle kilder som er brukt. Etisk godkjent.

		aktiviteter eller avlaste pårørende.			deltakelse, mestring, frihet og økt livskvalitet, samt motvirke ensomhet.	professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Artikkelen er fagfelleverdert. Artikkelen er av nyere dato.	
Øystein Dale 2010 Demens og alderspsykiatri 14:2 Norge	GPS-teknologi – nytte med demens	Hensikten var å undersøke hvordan pårørende opplever brukervennlighet av GPS for å lokalisere personer med demens.	Kvalitativ forskningsartikkel.	Informantene i studien var pårørende til personer med demens,	Informantene synes i hovedsak at utstyret var enkelt å bruke. De synes også de var nyttig for å finne igjen familie-medlemmer med demens. Pårørende sa i at de følte økt grad av sikkerhet og frihet og at GPS hadde en positiv innvirkning på totalsituasjonen deres. Det var allikevel noen som opplevde utfordringer ved bruken.	Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling, da den går inn på at det finnes utfordringer med kunnskap og opplæring av helsepersonell, samtidig som den går inn på hvordan GPS bidrar til økt følelse av sikkerhet og frihet. Forfatteren er ergoterapeut, cand. Sand., forsker hos Norsk Regnesentral (NR).	I artikkelen informeres det om at grunnet avgrensningssyn, ble ikke etiske perspektiver, personvern og andre prinsipielle anliggende tatt med, men forfatteren henviser til en annen artikkel som omhandler etikk og lovverk. Det er henvist til alle kilder som er brukt. Etisk godkjent.
						Artikkelen er fagfelleverdert. Artikkelen er av nyere dato. Prosjektet er gjennomført av NR på oppdrag fra NAV Senter for IKT-hjelpemidler (NAV SIKTE)	
Rhidian Huges 2013 Nursing & Residential Care England	Wander-walking and the use of telecare: key principles to uphold	Hensikten med oppgaven er å diskutere problemene og etikken ved å bruke sporings-teknologi hos personer med demens.	Litteraturstudie med 16 referanser.	Forfatterne har valgt ut relevant forskning for artikkelen.	Det er nødvendig å opprettholde personvern og få samtykke fra brukere ved bruk av GPS. GPS bryter tydelig med personvernet, men hvis hensikten er at en person skal kunne bo hjemme lenger og kunne gå ut når vedkommende vil, kan det diskuteres om brudd på personvernet hindrer brudd på andre rettigheter.	Denne oppgaven er relevant for vår oppgave, da den handler om sporings-teknologi hos personer med demens, og den stiller seg kritisk til bruk av GPS i tillegg til viktigheten av å la personer med demens bevege seg trygt og fritt. Forfatteren er professor i sosialomsorg ved	Det er henvist til alle kilder som er brukt. Etisk godkjent.

					Hjelpemiddelet må tjene brukerne, og ikke de ansatte. Hovedmålet med GPS må være å fremme brukernes beste og deres uavhengighet, og samtidig bedre deres livskvalitet.	Buckinghamshire New University. Artikkelen er fagfelle-vurdert. Artikkelen er av nyere dato.	
Torunn Beate Johannessen, Anne Lise Holm & Marianne Storm. 2019 Universitetsforlaget 5:3 Norge	Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.	Hensikten med studien var å utforske hva ledere og helsepersonell opplever som trygg og sikkert bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.	Kvalitativ forskningsartikkel.	Informantene var ledere og helsepersonell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste.	Deltakerne opplevde det som viktig at både helsepersonell og brukere får nødvendig informasjon og opplæring om velferdsteknologien som benyttes. I tillegg ble det sett på som avgjørende at både teknologien og brukeren følges opp og at løsningene som tilbys er i samsvar med brukerens individuelle behov, ønsker og ressurser. Det er	Denne oppgaven er relevant for vår problemstilling, da den tar utgangspunkt i opplevelsen til helsepersonell og ledere av trygg og sikker bruk av velferdsteknologi. Den ser også på viktigheten av kunnskap hos og opplæring av helsepersonell. Forfatteren er sykepleier, PhD-student, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på	Studien er forhåndsgodkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Den ble også meldt inn til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Før studien fikk deltakerne både skriftlig og muntlig informasjon om studien og deres rettigheter til å trekke seg. De innhentet også skriftlig samtykke fra alle deltakerne i forkant. Videre er deltakernes personlige identitet gjennom tittel og
					viktig å introdusere teknologien tidlig i sykdomsforløpet til personer med demens.	Vestlandet, Hagesund og psykiatrisk sykepleier, professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Hagesund og sykepleier, professor, Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger. Artikkelen er fagfellevurdert. Artikkelen er av nyere dato.	arbeidsplass anonymisert. Det er henvisning til alle kilder som er brukt. Etisk godkjent.
Sandra A. Zwijsen, Alistair R. Niemeijer og Cees M. P. M. Hertogh 2011	Ethics of using assistive technology in the care for community dwelling elderly	Hensikten er å få mer forståelse av de etiske konsekvensene av bruken av velferdsteknologi. Tidligere forskning på	Litteraturstudie med 57 referanser.	Forfatterne har valgt ut relevant forskning for artikkelen, og har brukt databasene	Det diskuteres om privatlivet blir invadert av bruken av velferdsteknologi. Det er mange eldre som mener at det å være trygg er så viktig at det å	Denne studien er relevant for vår oppgave, da det er viktig å belyse de etiske utfordringene ved bruk av velferdsteknologi.	Forskningen er publisert i tidsskriftet "Aging and mental health" som er fagfellevurdert tidsskrift og ligger i databasen "Taylor & Francis Online", og de jobber tett med Committee of

<p>Aging & Mental Health, 2011; 15:4. 419-427.</p> <p>Nederland</p>	<p>people: An overview of the literature</p>	<p>området har hovedsakelig handlet om utvikling og effektivitet rundt dette, og dermed er det behov for mer forskning på etikken rundt bruken av velferdsteknologi hos personer med demens.</p>		<p>Cinahl, PubMed, PsycINFO og Cochraine.</p>	<p>eventuelt være overvåket får gå greit. Det er et etisk spørsmål om autonomien ivaretas eller undertrykkes. Det blir belyst at det er mulig at personer med demens kan føle seg presset til å bruke velferdsteknologi for å berolige pårørende.</p>	<p>Forfatterne hører til ved institutt for sykehjemsmedisin, EMGO og Institutt for helse- og omsorgsforskning, VU University Medical Center, Amsterdam, Nederland.</p> <p>Artikkelen er fagfelleurdert.</p> <p>Artikkelen er av nyere dato.</p>	<p>Publication on Ethics (COPE).</p> <p>Det er henvist til alle kilder som er brukt i artikkelen.</p> <p>Etisk godkjent.</p>
<p>Hendrik Storsein Spilker & Maren Kristine Norby</p> <p>2019</p> <p>Ageing Int. 2019 (44). 283-299.</p>	<p>Understanding the Role of Technology in Care: the Implementation of GPS-Technology in Dementia Treatment.</p>	<p>Hensikten med studien var å teste ut bruken av GPS I demensomsorgen, samt å foreslå nasjonale retningslinjer for implementering av denne teknologien. Det foreslås et nytt konsept for å analysere utfordringene knyttet til</p>	<p>Kvalitativ forskningsartikkel.</p>	<p>Informantene var både brukere og helsepersonell.</p>	<p>Når roller, rutiner, ansvar og relasjoner ikke er på plass blir teknologi en bekymring og en ekstra belastning i stedet for en lettelse og gevinst. Det er mange ulike scenarier av hendelser som kan påvirke om GPS-en fungerer optimalt eller ikke.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave, da vi kan bruke både erfaringene til både brukere og ansatte rundt GPS som hjelpemiddel.</p> <p>Forfatterne er professor ved institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU og student ved</p>	<p>Ingen etiske konflikter eller interessekonflikter er oppgitt av forfatterne.</p> <p>Samtykke ble mottatt fra alle informanter.</p> <p>Alle prosedyrer utført i dette forskningsprosjektet er i samsvar med den etiske standarden til og med godkjenning fra NSD (Norsk samfunns-</p>
<p>Norge</p>		<p>utvikling av teknologibasert eldreomsorg.</p>				<p>samme institutt ved NTNU.</p> <p>Artikkelen er fagfelleurdert.</p> <p>Artikkelen er av nyere dato.</p>	<p>vitenskapelig data-tjeneste). håndtering.</p> <p>Det er henvist til alle kilder som er brukt.</p> <p>Etisk godkjent.</p>

<p>Torhild Holthe, Anne Lund & Bjørg Landmark.</p> <p>2017</p> <p>Tidsskrift for omsorgsforskning</p> <p>Norge</p>	<p>Velferds-teknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/ demens</p>	<p>Hensikten er å presentere hvilke erfaringer medarbeidere i hjemme-tjenesten hadde med velferds-teknologiske hjelpemidler og hvordan de kunne bidra til at brukere kunne bo lenger hjemme.</p>	<p>Kvalitativ forsknings-artikkel.</p>	<p>Informantene var både brukere, ledere og helsepersonell.</p>	<p>Det er behov for økt kunnskap. Det er økt behov for opplæring slik at medarbeiderne kan være oppdatert på hvordan nye løsninger virker. Det er viktig å se på hva som er viktig for den enkelte brukeren, og at deres ønsker og behov skal vektlegges for å oppdage brukernes evne til vilje og mestring. Bruker-medvirkning er også viktig når hjelpemiddelet skal tas i bruk. Helsepersonell må være bevisste på egne holdninger og mangel på kunnskap. Faglig trygghet hos helsepersonell kan bidra til at de kan forslå velferds-teknologi for</p>	<p>Denne artikkelen er relevant fordi den belyser viktigheten av kunnskap hos helsepersonell, og det blir sett både fra brukere og helsepersonell sitt perspektiv.</p> <p>Forfatterne er ergoterapeut, MSc, forsker Nasjonal kompetanse-tjeneste for Aldring og helse/ stipendiat HiOA (nå OsloMet) og ergoterapeut, førsteamanuensis HiOA (nå OsloMet) og sykepleier, seniorforsker, prosjektleder Drammen kommune/ førstelektor Høgskolen i Sørøst-Norge.</p> <p>Artikkelen er fagfelleurdert.</p>	<p>Studien ble fremlagt for regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forsknings-etikk.</p> <p>Informantene og deres pårørende ble informert skriftlig og muntlig om prosjektet, og alle ga skriftlige informerte samtykker.</p> <p>Det er henvist til alle kilder som er brukt.</p> <p>Etisk godkjent.</p>
--	---	--	--	---	---	--	---

					<p>brukerne. Mer kunnskap ble beskrevet som ettertraktet.</p>	<p>Artikkelen er av nyere dato.</p>	
--	--	--	--	--	---	-------------------------------------	--

<p>Jørn Isaksen, Kaia B. Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke & Line Melby.</p> <p>2017</p> <p>Tidsskrift for omsorgsforskning</p> <p>Norge</p>	<p>Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester.</p>	<p>Kvalitativ forskningsartikkel.</p>	<p>Informantene var både brukere og helsepersonell.</p>	<p>De fleste brukerne var fornøyde med teknologien, fikk økt mobilitet og følte seg tryggere og mer selvstendige. Flere beskrev at interesse og kunnskap om teknologi var viktige faktorer for å lykkes, både for ansatte og brukere. Det kan være utfordringer med personvern og informasjonssikkerhet ved bruk av velferdsteknologi. Graden av inngripen må vurderes opp mot nytteverdien. Formålet må være å bedre muligheten til å mestre eget liv og helse.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår problemstilling, da den har fokus på at brukerne følte seg tryggere ved å bruke velferdsteknologi, samt at den har fokus på kunnskap hos ansatte og brukere. Den går ikke direkte inn på GPS, men har allikevel masse nyttig informasjon som kan hjelpe oss i drøfting for å besvare vår problemstilling.</p> <p>Forfatterne er PhD, Senter for omsorgsforskning, øst NTNU Gjøvik, cand.polit., Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU Gjøvik og PhD, Senter for omsorgsforskning, øst NTNU Gjøvik/</p>	<p>Forfatterne drøfter rundt styrker og svakheter med studien.</p> <p>To av informantene trakk seg underveis i studien.</p> <p>Det er henvisning til alle kilder.</p> <p>Etisk godkjent.</p>
						<p>SINTEF Teknologi og samfunn, Trondheim.</p> <p>Artikkelen er fagfelle-vurdert.</p> <p>Artikkelen er av nyere dato.</p>	
<p>Dag Ausen, Ingrid Svagård, Tone Øderud, Kristine Holbø & Silje Bøthun.</p> <p>2013</p> <p>SINTEF</p> <p>Norge</p>	<p>Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støtte-systemer for personer med demens.</p>	<p>Hensikten er å utvikle GPS-løsninger med tilhørende sensorer og støttesystemer, for sporing av personer med demens. Dette kan bidra til at disse personene en tryggere og mer aktiv hverdag og i tillegg at GPS kan bidra til større trygghet for pårørende og ansatte.</p>	<p>Både kvalitativ og kvantitativ metode er brukt.</p>	<p>Informantene er brukere, pårørende og helsepersonell.</p>	<p>GPS bidrar til økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet hos brukere og deres pårørende. GPS kan også føre til falsk trygghet hvis organisering for oppfølging ikke er på plass og teknologien ikke håndteres riktig. Etiske vurderinger, kartlegging av behov, faglig kompetanse og tilrettelegging av</p>	<p>Denne studien er relevant for vår problemstilling, da den går inn på at GPS bidrar til trygghet hos brukere og deres pårørende. I tillegg tar artikkelen opp falsk trygghet, kartlegging av behov, faglig kompetanse og tilrettelegging, samt etiske vurderinger.</p> <p>Forfatterne er ansatt hos SINTEF,</p>	<p>Forfatterne utdyper at personer som har deltatt i studien har samtykket til å delta i intervjuer og til å prøve ut teknologien, og/eller ikke motsatt seg dette. Personer som har samtykkekompetanse har gitt skriftlig samtykke, mens personer uten samtykkekompetanse har pårørende eller verge samtykkes på deres vegne i henhold til godkjent forskningsprotokoll.</p>

					<p>tjenester og teknologi er viktig forutsetninger for forsvarlig og vellykket bruk.</p>	<p>Stiftelsen for industriell og teknisk forskning.</p> <p>Artikkelen er fagfellevurdert.</p> <p>Artikkelen er av nyere dato.</p>	<p>Prosjektet er godkjent av Regional etisk komite Midt-Norge.</p> <p>Prosjektet Trygge Spor er finansiert av regionale forskingsfond, og ulike kommuner har deltatt i samarbeidet. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Universitet i Agder bidrar med kompetanse og ressurser. SINTEF er prosjektleder.</p> <p>Det er henvist til alle kilder.</p> <p>Etisk godkjent.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

For å hjelpe oss å kvalitetsvurdere artiklene brukte vi sjekklisterne “oversiktsartikkel” for å vurdere litteraturstudier og “kvalitativ studie” for å vurdere kvalitative forskningsartikler. Sjekklisterne fant vi på helsebiblioteket, der de kan lastes ned som PDF, se <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

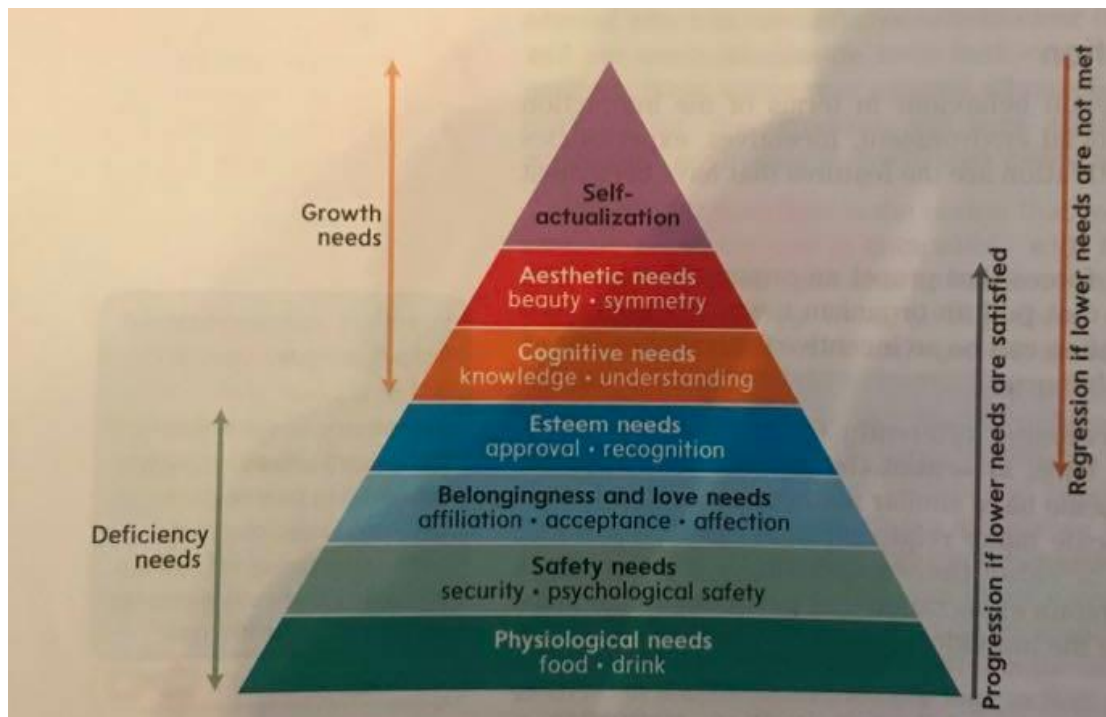
Vedlegg 3 – Virginia Hendersons grunnleggende behov

1. Å puste normalt	8. Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet.
2. Å spise og drikke tilstrekkelig	9. Å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre
3. Å få fjernet kroppens avfallsstoffer	10. Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
4. Å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling	11. Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.
5. Å sove og hvile	12. Å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe (produktiv sysselsetting)
6. Å velge passende klær og sko, og kle av og på seg	13. Å finne underholdning og fritidssysler
7. Å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur	14. Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.

Hentet fra: Kristoffersen, 2016a, s.39.

Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg, bind 3, s. 15-80) pasientfenomener, samfunn og mestring. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 4 – Abraham Maslows behovspyramide



Hentet fra: Holt, Bremner, Sutherland, Viiek, Passer & Smith, 2015, s. 450.

Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Viiek, M., Passer, M. W. & Smith, R. E. (2015). *Psychology: the science of mind and behavior* (3.utg.) Berkshire: McGraw-Hill Education