



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Velferdsteknologi - et supplement til personlig omsorg
i tilbudet til personer med demens?**

**Welfare technology - a supplement to personal care
services for people with dementia?**

Susan Bergset

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 24.05.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: May-Britt Storjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato:

Antall ord: 10 970

FORORD

Å lytte

Når jeg ber deg om å lytte til meg og du begynner å gi meg råd,
har du ikke gjort det jeg ba om.

Når jeg ber deg om å lytte til meg, og du begynner å fortelle meg hvorfor jeg ikke burde
føle det slik, trækker du på mine følelser.

Når jeg ber deg om å lytte til meg og du synes du må gjøre noe
for å løse mine problemer,
har du sviktet meg – så rart det enn kan virke.

Så vær så snill.

Bare lytt og hør på meg!

Og hvis du vil snakke, så vent noen minutter på din tur.

Og jeg lover at jeg skal lytte til deg.

Ukjent

”Velferdsteknologi handler ikke om teknologi---

...men om mennesker”

Nis Peter Nissen.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon og begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Oppgavens formål.....	2
1.3	Oppgavens disposisjon.....	2
1.4	Relevant for vernepleieryrket?	2
2.0	PROBLEMSTILLING	4
2.1	Problemstilling	4
2.2	Avgrensinger.....	4
2.3	Begrepsavklaring	4
2.3.1	Mild grad av demens	4
2.3.2	Enslig hjemmeboende.....	5
2.3.3	Velferdsteknologi	5
3.0	METODE	6
3.1	Litteraturstudie som metode.....	6
3.2	Egen for forståelse.....	7
3.3	Validitet og reliabilitet	8
4.0	TEORIDEL	10
4.1	Mild grad av demens, hukommelse og læringsevne.....	10
4.1.1	Demens	10
4.1.2	Mild grad av demens	10
4.1.3	Læring og hukommelse	11
4.1.4	Forekomst av demenssykdom.....	12
4.2	Menneskelig omsorg	12
4.3	Hva er velferdsteknologi?.....	13
4.3.1	Velferdsteknologi	14
4.3.2	Utprøving av omsorgsteknologi	15
4.3.3	Forhåpninger til velferdsteknologi	16
4.3.4	Kommuner innfører velferdsteknologi til ansatte.....	16
4.4	”Assisted Living”.....	16
4.5	”Eldrebølgen”.....	17
4.6	Retten til å medvirke.....	18
4.7	Hjemme lengst mulig	19
4.8	Hva sier lovverket og personvernet om velferdsteknologi?	20
5.0	DRØFTING	21
5.1	Menneskelig omsorg og fysisk nærhet	21
5.2	Trygghet, mestring og selvstendighet?	24
5.2.1	Hovedkategoriene i velferdsteknologi	24
5.3	Samfunnsutvikling og økonomi	29
5.3.1	Lovverket.....	31
6.0	AVSLUTNING	32
6.1	Oppsummering.....	32
6.2	Konklusjon.....	32
6.3	Refleksjon	33
7.0	LITTERATURLISTE	34

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

Denne studien handler om velferdsteknologi og hvordan det kan hjelpe enslig hjemmeboende personer med mild grad av demens i hverdagen. Flere personer lever lenger i dag enn tidligere, og risikoen for å utvikle demens er av den grunn større. Samtidig er det en naturlig tankegang at personer har et selvvalgt ønske om å bo lengst mulig hjemme så lenge det er forsvarlig. Jeg ønsker å fokusere på personer med mild grad av demens som har et funksjonsnivå som gjør at de kan bo hjemme. Personer med moderat til alvorlig grad av demens behøver mer tilrettelegging enn personer med mild grad, og har som regel flyttet til institusjon. Derfor ønsker jeg å se på hvilke muligheter og begrensninger det kan gi enslige som har behov for tilrettelegging i hjemmet på grunn av kognitiv svikt.

Hvorfor er temaet relevant?

Satsingsområdet på velferdsteknologi er spennende og relevant både nå og fremover. Det er også av politisk interesse å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten, så den politiske viljen er tilstede. Det legges vekt på at brukermedvirkning skal styrkes, og at ingen avgjørelser skal tas uten brukeren selv (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). *tjenesten må gi hjelp når det er behov for det. Pasientene må få delta selv og få opplæring i egenbehandling. Tjenesten må tilpasses den enkelte bruker, ikke bare den enkelte diagnose.* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 10).

Antall personer med demens vil fordobles i løpet av 30-40 år, og derfor står vi over fremtidige utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Relevante spørsmål som jeg ønsker å drøfte er om utviklingen av velferdsteknologi kan gi en tryggere hverdag for den demensrammede? Kan velferdsteknologi hjelpe den enslige hjemmeboende til å oppnå mestring og selvstendighet?

1.2 Oppgavens formål

Oppgavens formål er å drøfte velferdsteknologi, og om det kan bidra til at personer med lett grad av demens kan oppleve trygghet, mestring og selvstendig i hverdagen. Tema er aktuelt å belyse fordi det er et økende behov for tjenester siden det blir flere eldre i samfunnet, og det blir færre til å yte omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Den demensrammede vil ha utfordringer med læringsevne på bakgrunn av at hukommelsen reduseres, og når personen glemmer vil problemet med å lære noe nytt være tilstede (Engedal og Haugen 2006). Det er viktig å høre på den demensrammede for å kartlegge ønsker og behov, samtidig må funksjonsnivået vurderes. Teknologien må være forsvarlig og formålet må være økt mestring og selvstendighet for å oppnå økt livskvalitet.

Det er et faktum at med økende levealder vil flere rammes av demens (Engedal og Haugen 2006). Jeg vil diskutere hvordan velferdsteknologi kan være med å bidra som et hjelpemiddel i eget hjem, samtidig ta hensyn til at hukommelsen til personer med mild grad av demens svekkes.

1.3 Oppgavens disposisjon

Jeg har hovedsakelig forholdt meg til høgskolens mal om ”generelle retningslinjer for oppgaveskriving”.

1.4 Relevant for vernepleieryrket?

Helse- og sosialfagutdanningene har som overordnet mål å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesker i sentrum, og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere. (Regjeringen, rammeplan for vernepleierutdanning 2005: 3).

Vernepleiere har kompetanse til å yte tjenester til mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse. Vernepleieren har utdanning i miljøarbeid, og har kompetanse i rehabiliteringsarbeid. Dette innebærer kompetanse i å hjelpe mennesker med fysiske, psykiske og sosiale funksjonsvansker. Ved å hjelpe den enkelte med og tilrettelegge for

utvikling for å fremme økt livskvalitet, hevdes det at vernepleieren vil se den enkelte og deres ressurser (Fellesorganisasjonen 2017).

Formålet er å utvikle et helhetlig menneskesyn, og vise respekt for den enkeltes integritet og rettigheter og samtidig ivareta andres autonomi og den lovpålagte retten til medbestemmelse. Som Regjeringen (2005) viser til, skal vernepleiere gjennom utdanningen tilegne seg det å være brukerorientert og reflektert for å gjennomføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) skriver at det er behov for økt kompetanse i hjelpeapparatet og at demens må være en del av alle helse- og velferdsutdanningene.

Vernepleiere samarbeider i stor grad med mennesker med sammensatte funksjonsvansker, der fysiske, psykiske og sosiale utfordringer ofte går over i hverandre (Fagplan 2016/17: 11). Gjennom utdanningen har jeg blant annet fått undervisning om demenssykdommer, tilrettelagt kommunikasjon og miljøbehandling. Utdanningen bidrar også med undervisning om velferdsteknologi og hvordan teknologien kan hjelpe personer med demens. Det gjør at vernepleieren kan være med å bidra med opplæring og tilrettelegging i hjemmet. Dette, samt min praksiserfaring i arbeid med demens har vært årsaken til at jeg valgte å se på temaet.

2.0 PROBLEMSTILLING

Her presenterer jeg problemstillingen, begrunner og avgrenser den, samt at jeg presenterer begrepsforklaringer.

2.1 Problemstilling

Hvilke muligheter og begrensninger gir velferdsteknologi til enslig hjemmeboende personer med mild grad av demens i hverdagen.

2.2 Avgrensinger

Jeg velger å avgrense oppgaven til å gjelde personer med mild grad av demens. Engedal og Haugen (2006) hevder at en del personer med moderat og alvorlig kognitiv svikt ikke mestrer å få god nok omsorg ved å bo hjemme. De sier at demens er en av de viktigste kriterier for å få plass på sykehjem i dag, for utenom alvorlige somatiske lidelser. Ved begynnende demens vil det være begrensninger for læringskapasiteten Engedal og Haugen (2006), og derfor kan det by på utfordringer å lære seg ny teknologi. Oppgaven vil handle om hvordan velferdsteknologi kan hjelpe den enkelte til å klare seg selv i hverdagen, hvor personen kanskje står uten hjelp fra pårørende. Med hverdagen mener jeg de dagligdagse gjøremålene som eksempelvis å ta medisiner, huske avtaler eller å vite tiden på døgnet.

2.3 Begrepsavklaring

2.3.1 Mild grad av demens

Evnen til å oppfatte og tenke er det som først endres ved begynnende demens. Det vil si at hukommelsen og språkevnen reduseres. Det kan vises i utfordringer med å uttrykkes seg, ordleting, og vansker med å oppfatte hva andre sier. Orienteringsproblemer kan oppstå hvor personen ikke finner fram til kjente steder, og etterhvert i nærmiljøet. Det som er av spesiell interesse og innlært, kan være det som huskes best (Engedal og Haugen 2016).

2.3.2 Enslig hjemmeboende

Begrepet hjem beskriver Lingås (2011) som den bolig vi kjennetegner som vår egen bolig. I vårt eget hjem bestemmer vi selv, for eksempel hvordan vi ønsker å møblere eller hvordan vi ønsker å utforme boligen. Oppgaven handler om personer som bor alene i eget hjem.

2.3.3 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (Finansdepartementet 2011: 99). Velferdsteknologi kan også fungere som ressursutnyttelse og forbedre tilgjengelighet på tjenestetilbudet eller forhindre innleggelse i institusjon i en periode, og det kan fungere som støtte til pårørende (Finansdepartementet 2011).

Jeg skal beskrive og drøfte velferdsteknologi som kan være til hjelp i hjemmet, jeg bruker begrepene velferdsteknologi, teknologi og hjelpemidler om hverandre.

3.0 METODE

I metodekapittelet vil jeg først beskrive valg av metode samt gi en begrunnelse for valget. Videre gjør jeg rede for validitet og reliabilitet av utvalgt litteratur.

3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt litteraturstudie som metode fordi jeg vil benytte meg av allerede eksisterende litteratur og forskning for å belyse problemstillingen på en faglig måte. Jeg anser at allerede eksisterende litteratur vil være tilstrekkelig og relevant for å svare på problemstillingen. Metoden er fremgangsmåten jeg bruker for å finne svar på det jeg søker (Dalland 2012). Litteraturstudie er en kvalitativ metode som ikke lar seg verken tallfeste eller måle, men den vil fange opp meninger og opplevelser. Å starte egen forskning på temaet vil bli for omfattende selv om Dalland (2012) mener at å drive egen forskning i grunnutdanningen er en naturlig måte å lære forskning på. Grunnleggende normer for fremgangsmåte er blant annet at det skal være overensstemmelse mellom resultat og virkeligheten. Systematikk og nøyaktighet i innhentet data, forforståelsen må avklares, og resultatet skal kunne kontrolleres. I en litteraturstudie er målet å danne seg et bilde av allerede eksisterende forskning (Dalland 2012).

Noe av forskningen jeg forholder meg til er allerede gjennomført, og annen forskning pågår i disse dager, og på grunn av at forskerne har fremlagt foreløpig resultat har jeg også vurdert noe av dette som relevant. Pensumbøkene alene ble ikke tilstrekkelig for å svare på problemstillingen, og derfor er det mest selvvalgt litteratur i besvarelsen. Jeg har vurdert påliteligheten til kildene blant annet ut ifra anerkjente nettsider, likeså med utvalgte bøker.

Søkeprosessen

Jeg har brukt søkemotoren ”oria” på søkeord som demens, velferdsteknologi og hjem. Den kombinasjonen ga 45 treff. Å søke kun på demens og velferdsteknologi ga et større grunnlag på 251 treff. Kriteriet mitt for utvalgt litteratur har bygget på relevansen for begrepene i problemstillingen. Søk på oria alene ble ikke nok siden de fleste treffene handlet mest om demens, og derfor ble det nødvendig å utvide mine søkekilder, og internett bli en kilde til det. Jeg benyttet meg derfor av søkemotoren ”safari”, og søkeord som demens, velferdsteknologi og forskning. Det ga meg mange relevante treff, og

kriteriet mitt ble også her relevansen for problemstillingen. Treffene handlet blant annet om aktuelle artikler innenfor velferdsteknologi og ulike forskningsstudier. Gjennom studieåret har jeg vært bevisst på temaet mitt, og samlet relevant litteratur etter som jeg har kommet over det på en systematisk måte. Det har vært blant annet vært pensumbøker, og stortingsmeldinger. I tillegg har medstudenter sendt meg relevante linker på velferdsteknologi og annet aktuell litteratur. Relevansen for problemstillingen er kriteriet for utvalgt litteratur, men det er også nøyaktighet og pålitelighet som jeg kommer tilbake til.

3.2 Egen forforståelse

Fortolkning bygger på hermeneutikken, som er studiet av forståelse og hvordan vi bør gå fram for å oppnå forståelse (Brodtkorb og Rugkåsa 2009: 33). Fortolkningen tar utgangspunkt i at alle har en forforståelse eller en fordom i situasjonen, og at vi bruker forforståelsen vår når vi tolker en hendelse. Slik tilegner vi oss ny forståelse. Prosessen kalles den hermeneutiske sirkel. Personlige erfaringer, sosial og kulturell bakgrunn som vi bringer med oss vil være av betydning for tolkningen vår (Brodtkorb og Rugkåsa 2009). Jeg tar med min forforståelse i det jeg leser og undersøker, og videreutvikler min forståelse ved å tolke det jeg leser. Dalland (2012) påpeker at denne tilnærmingen er viktig i arbeid med mennesker.

Jeg har ingen praktisk erfaring i arbeid med velferdsteknologi og hjemmeboende personer med demens. Min erfaring bygger på arbeid i institusjon med personer med moderat og alvorlig grad av demens. Jeg har etter sykehjemspraksisen i andre studieår tatt ekstravakter på en skjermet demensavdeling. Der har jeg fått tilegnet meg en del erfaring og tanker rundt det å bo på institusjon eller bo hjemme.

Min forforståelse er at hverdagen kan forenkles for noen personer med mild grad av demens, men for personer med moderat og alvorlig grad av demens vil utfordringen være noe helt annet. Forståelsen bygger på min teoretiske kunnskap som jeg har tilegnet gjennom å lese om demens, og mine praktiske erfaringer ved å arbeide på institusjon i demensomsorgen. Jeg er samfunnsengasjert og synes det er et interessant tema. Jeg ble ekstra interessert etter at vi hadde undervisning om velferdsteknologi, og i forbindelse med

oppgaveskriving av stortingsdokumenter. Gjennom dokumentene ble jeg kanskje farget av store ord og håp for framtiden innen velferdsteknologi.

3.3 Validitet og reliabilitet

Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet (Dalland 2012: 67). For å oppnå troverdighet er validitet og reliabilitet nødvendige kriterier. Validitet eller gyldighet handler om hvor nøyaktig jeg klarer å undersøke det jeg søker. Mens reliabilitet eller pålitelighet, handler om at målingene utføres korrekt. Et grunnleggende krav til innhenting av data er at det må være relevant for problemstillingen. Det må gjøres rede for både valg og vurderinger for å beskrive relevansen for temaet (Dalland 2012).

Vitenskapelig arbeid og forskning er en systematisk søking etter kunnskap (Garsjø 2001: 114). Den samfunnsvitenskapelige metode hjelper oss til å få en bedre forståelse både av organiseringen og tolkning av data. Det blir et slags redskap eller framgangsmåte for å finne ny kunnskap. I datainnsamlingen er gyldighet og pålitelighet viktig, fordi målet er at det skal være relevant og det skal samsvare med problemstillingen. I de systematiske søkene i Oria og Safari har jeg hatt fokus på å belyse problemstillingen. Det betyr at jeg har utelukket artikler som ikke har vært relevante for problemstillingen, eller studier som er rettet mot somatiske sykdommer og ulike hjelpemidler. Når jeg skulle ta stilling til validitet og reliabilitet i utvelgelsen av teori, har jeg vurdert nettkildene ved å undersøke pålitelighet av nettsøket og forfatterne som en kvalitetssikring i utvelgelsen. Fokuset har vært å rette det inn mot læringsevne til personer med mild grad av demens for å se etter hva aktuell teori sier om dette. Alt som bidrar til oppgaven er kilder, derfor har jeg vurdert materialet før jeg har tatt det i bruk. Jeg har hovedsakelig forholdt meg til å bruke hovedkildene som førstehandsopplysninger, og unngått sekundærkilder i tilfeller hvor det har vært mulig. Dette for å styrke oppgavens reliabilitet og nøyaktighet. Når jeg er kildekritisk betyr det at jeg vurderer og karakteriserer de kildene jeg velger å benytte, og fagbøker vil være et godt utgangspunkt.

Dalland (2012) beskriver at faren ved å søke etter litteratur via internett er at vi kan drukne i informasjon. Ved å søke etter kilder på internett kan det dukke opp mange upålitelige kilder siden alle står relativt fritt til å legge ut tekster på internett. Når jeg har vurdert

kilden har jeg benyttet meg av anerkjente nettsider som for eksempel ”aldringoghelse.no” og ”forskning.no”. Disse kildene har jeg vurdert som pålitelige nettkilder, og de gitt meg tips til nye aktuelle kilder. De har også vært veldig relevante for problemstillingen min. Dalland (2012) viser til to ulike sider ved kildekritikk. Den ene handler om å få hjelp gjennom litteraturen til å belyse problemstillingen på best mulig måte, og den andre om å gjøre rede for litteraturen som er brukt i oppgaven. Jeg har benyttet meg av anerkjent litteratur, og i tillegg stilt meg kritisk til kilder. De kildene jeg anser som anerkjent er ulike pensumbøker, andre relevante bøker og artikler som belyser pilotprosjekter utført i landet.

4.0 TEORIDEL

I teoridelen presenteres det hva demens er, og kriteriene for mild grad av demens. Hvilke konsekvens dette har for hukommelsen og læringsevnen blir fremhevet. Videre presenteres det hva velferdsteknologi er, og ulike forskningsartikler som er utført i landet.

4.1 Mild grad av demens, hukommelse og læringsevne.

4.1.1 Demens

Demens (gal, avsyndig) er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd (Engedal og Haugen 2006: 17).

Engedal og Haugen (2006) sier at hukommelsen må være redusert for at det kan kalles demens, og svikten i å mestre dagliglivet må relateres til hukommelsesreduksjonen. Det må påvises at det foreligger en ervervet hjerneskade som årsak til tilstanden, samtidig som at det må utelukkes at delirium, forgiftning og bivirkninger av medikamenter kan skyldes tilstanden. De viser til det internasjonale klassifiseringssystemet for sykdommer ICD-10, og skriver at kriterier for demens er *...svakhet hukommelse, især for nyere data, svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenking, abstraksjon).. Mild grad av demens virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet (Engedal og Haugen 2006: 18).*

4.1.2 Mild grad av demens

Demens er samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid (Rokstad 2008: 28). Både hukommelsesevnen og tankeevnen må være betydelig redusert i sammenligning med tidligere funksjonsnivå for at tilstanden kan kalles demens. Det kan ofte være diffuse grenser i kognitive aldersforandringer på det som antas som normale og ikke normale kognitive funksjonsnivå. En vanlig tendens vil være langsommere informasjonsbearbeiding og innlæringsevne. Enkelte kan ha problemer med

hukommelsen uten andre symptomer på demens. Den tilstanden kalles mild kognitiv svikt. (Rokstad 2008).

Å skille mellom begynnende demens og normal endring kan være vanskelig. Engedal og Haugen (2006) mener at det er en rekke normale forandringer som skjer gradvis når vi eldes. Reaksjons- og hukommelsesevne kan reduseres mens språkfunksjoner kan for eksempel være uforandret. Det vil være stor spredning i hva som defineres som normale endringer. Samtidig vil det bli mer utydlig grenser i en alder over 85 år for hukommelsesfunksjonen. Engedal og Haugen (2006) viser til rapporter via forskningsartikler at noen eldre får isolerte hukommelsesproblemer, men uten mentale utfordringer. Derfor kan det i en tidsperiode være vanskelig å skille mellom normal aldring og demens.

Sykdommen demens utvikler seg nesten umerkelig i starten, etter hvert øker den kraftig og videre til hjelpeløshet. Det anser at en vanlig utviklingstid er på 7 – 10 år, men det varierer. Symptomene kan være vage, og med en subjektiv opplevelse av hukommelsestap. En person med mild kognitiv svikt vil klare dagligdagse gjøremål, men det vil være vanlig å glemme avtaler, å spise, handle og ha vansker med å sette ting i perspektiv. Orienteringsevnen for tid vil også reduseres. Det kan forekomme språkvansker ved at personer leter etter ordene eller mangler taleflyt (Engedal 2009).

4.1.3 Læring og hukommelse

Engedal og Haugen (2006) forklarer at kartlegging av hukommelsens funksjoner er en viktig del i demensutredningen siden det viktigste kjennetegnet på demens er hukommelsesproblemer. Når lært materiale hentes fram forutsetter det at hukommelsen fungerer. Rokstad (2008) støtter teorien om dette og beskriver at hukommelsesproblemer ofte er det som merkes aller først. For å lære noe nytt, og for å hente fram lært materiale, forutsetter det at hukommelsen er tilstede. For å tilvenne seg nye stimuli må evnen til å lære være tilstede, og den demensrammede kan ha vansker med dette.

Engedal og Haugen (2006) skriver at korttidshukommelsen har varighet på noen minutter, mens langtidshukommelsen har varighet på minutter, timer, dager og år. Personer med lett demens kan ha svikt i korttidshukommelsen i situasjoner de blir distraheret. Eksempelvis i

presentasjon av en bokstavrekke for deretter å bli kort distraheret på bare få sekunder, og videre beskrive bokstavrekken. For personer med mild kognitiv svikt vil gjenkalling av bokstavrekken kunne bli utfordrende på bakgrunn av forstyrrelsen. Når innlært stoff overføres fra korttidshukommelsen til langtidshukommelsen skjer en mer varig lagring. Å sammenligne reduksjonen vil være viktig i utredningen av selve diagnosen. Berentsen (2008) påpeker at personer med redusert korttidshukommelsen vil kunne ha utfordringer med å huske beskjeder som er gitt for mindre enn 20 sekunder siden. Personer med mild grad av demens vil ofte ha korttidshukommelsen intakt.

4.1.4 Forekomst av demenssykdom

Rokstad (2008) skriver at den hyppigste sykdommen som opptrer i alderdommen er demens. De fleste som rammes er over 65 år, men likevel finnes det cirka 2-3% yngre. Det vil si at det er en sammenheng mellom stigende alder og demens. Sykdommen opptrer ikke hyppigere nå enn tidligere, men siden flere lever lengre vil flere også få demens. Det anslås at cirka halvparten med sykdommen demens bor hjemme i eget hjem, mens den andre halvparten bor i institusjon. Finansdepartementet (2011) viser til at en sykehjemsplass i 2012 kostet nærmere 900 000 kr brutto pr år, og med flere eldre vil det være et behov med omorganiseringer at tjenester. Engedal og Haugen (2006) skriver at de som er lettest rammet bor som regel i eget hjem, mens de som er tyngst rammet bor i institusjon. Den hjemmebaserte omsorgstjenesten tilbyr mange flere tjenester nå enn før, men likevel blir det ikke god nok omsorg for de som er tyngst rammet

4.2 Menneskelig omsorg

Finansdepartementet (2011) skriver at ingenting kan erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men med ulik teknologi kan det gi trygghet og andre muligheter til selvstendighet for å mestre dagliglivet på egenhånd. Teknologien kan fungere som potensiell støtte som kan bidra til uavhengighet. Dette alene vil ikke være avgjørende for fremtidens omsorgstjeneste. Teknologien vil være et av flere tiltak for å hjelpe til selvhjelp, selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering. Det legges også føringer for at mennesker skal ta mer ansvar for eget liv og i relasjoner til andre. I dette ligger det at det sosiale nettverket skal forsterkes, nærmiljøet og familien skal samspille mer. Dette vil kreve en større faglig bredde. Det vises til at flere som

arbeider med velferdsteknologi sier at utfordringene omhandler 20 % teknologi, og 80 % om organisering. Det er ikke nok å installere et teknologisk hjelpemiddel, og tro at dette vil fungere av seg selv. Trygghetsalamen kan være et eksempel. Installering og opplæring av bruken er innenfor de 20 %, mens de organisatoriske virkningene som handler om at brukere kan uttrykke hjelpebovet, og at rask utrykning skjer for at det skal være trygghet i alarmen ses på som 80 %. Det som utvikles av velferdsteknologi må møte behovet for å løse individuelle utfordringer. Formålet med teknologien er at det skal tjene den enkelte og løse et reelt problem. *Det er vanlig å skille mellom hvor teknologien benyttes, hva teknologien gjør og hvem som er sentral aktører* (Finansdepartementet 2011: 100 siterer Aaliansen 2009). Folk må ikke blir blendet av mulighetene, og forvirret over bruken (Finansdepartementet 2011).

4.3 Hva er velferdsteknologi?

Finansdepartementet (2011) viser til 4 hovedkategorier:

Trygghet- og sikkerhetsteknologi

Eksempler på slik teknologi kan være adgangskontroll, boligalarm, bevegelsesdetektorer, komfyrvakt, trygghetsalarm, aktivitetsdetektor, falldetektor eller sensorer. Det skal skape trygge rammer gjennom mestring av egen helse.

Kompensasjons- og velværeteknologi

Kompensasjons- og velværeteknologi kan være forflytningshjelpemidler, toalettgjeldemidler, ganghjelpemidler, robotassistanse, hørsel og- synshjelpemidler, kontroll av lys og varme, spillteknologi og medisindosetter. Det skal gjøre hverdagen enklere og tryggere.

Teknologi for sosial kontakt

Teknologi for sosial kontakt kan være videokommunikasjon, web tjenester og robotteknologi. For eksempel via bildetelefon, pc med kamera, facebook, twitter og Giraffroboten.

Teknologi for behandling og pleie

Teknologi for behandling og pleie kan være hjemmebehandling og hjemmeanalyser. For eksempel glukoseapparat for å måle blodsukkeret og blodtrykksapparat som kan bidra til å ha bedre oversikt over egen helse.

Når teknologien bidrar til selvhjulpenhet kan dette også redusere eventuelle bekymringer hos pårørende. Etterspørsel etter teknologi som kan kompensere for demens eller glemsomhet er økende. Dette handler om at mange mennesker skal mestre å bo hjemme lengst mulig. Å ha hjelpemidler som forteller når medisinen skal tas kan være av stor mestringsbetydning for den enkelte. Dette vil kunne virke inn på livskvaliteten. En annen utfordring kan være ensomhet, og teknologien for sosial kontakt kan ha en forebyggende effekt til å opprettholde god helse. Her vil mobilkommunikasjon, PC og bruk av sosiale medier være av betydning for å opprettholde relasjoner (Finansdepartementet 2011).

4.3.1 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er teknologi som skal ivareta brukernes trygghet og sikkerhet og øke mulighetene for selvhjulpenhet, medbestemmelse og livskvalitet (Holthe 2016: 129).

Velferdsteknologi kan hjelpe den demensrammede, og målet er å gi riktig hjelp i rett tid slik at personen skal opprettholde selvstendighet lengst mulig. Hvilket hjelpemiddel som skal benyttes er knyttet til aktivitetsproblemet til den enkelte. Eksempelvis om personen går ut på natten kan dørvarsler eller GPS være aktuelt. Om utfordringen ligger i på å huske å ta rett medisin til rett tid kan en elektronisk medisindosett være aktuelt. Om utfordringen ligger i å huske avtaler kan en digital kalender være hensiktsmessig. Det kommer helt an på om utfordringene bygger på trygghet og sikkerhet, mestring, helseteknologier eller velvære. Velferdsteknologi kan være nyttig for å muliggjøre mestring av aktiviteter i hverdagen for eksempel i eget hjem. Annet alternativ kan være periodevis overvåkning for trygghet og sikkerhet. Hjelpemidler for å forstå tidsbegrep og holde struktur kan være utfordrende for personer med demens (Holte 2016).

Å starte tidlig opp med et hjelpemiddel kan være hensiktsmessig siden det kan være større sjanse for å lære, og forstå formålet. Formålet med velferdsteknologi er økt mulighet til selvstendighet og en rekke etiske vurderinger må gjennomgås. Det må tas høyde for

frihetsinnskrenkning, grad av belastning tiltaket medfører, varighet og om det er nødvendig for å oppnå formålet. Det kreves en kartlegging før eventuelle hjelpemidler kan foreslås og det er viktig å lytte til den som skal benytte tjenesten før det settes i verk. Samarbeid er viktig i opplæringen og oppfølgingen også fordi kognitiv svikt vil utvikles over tid og tilpasninger må gjøres (Holte 2016).

4.3.2 Utprøving av omsorgsteknologi

Lindås kommune startet en omfattende utprøving av omsorgsteknologi i 2012. Det omfatter sensor for fukt, fall, epilepsi, dører, senger, stoler og sensor som registrerer bevegelser i huset. Hjemmetjenesten tar kontakt for å sjekke om noe er galt om personen for eksempel blir liggende uvanlig lenge, eller dørsensoren som slår alarm om den demensrammede går ut midt på natten. Stipendiat Mari Synnøve Berge ved Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen har intervjuet brukere av tjenesten. Intervjuene er gjennomgått før installering, og fem uker etterpå. Resultatene har vært oppløftende, og skepsisen har snudd. Opplevelsene fra brukerne var at det var enkelt i bruk og lite krevende, samtidig opplever pårørende at det var betryggende. I undersøkelsen fremkommer det at det har redusert tallet på sykehjemsplasser i kommune. Flere eldre har blitt boende hjemme, og på den måten har utskrivningsklare pasienter ikke tatt opp unødvendige plasser på sykehuset. Det understrekes at eldre ønsker å bo hjemme lengre så lenge opplevelsen av trygghet er til stede, og derfor er det ikke bare et politisk ønske (Haanæs 2016).

Haanæs (2016) viser til Kari Eidnes Bjørkheim som er prosjektleder som sier følgende *en mer grunnleggende lærdom er at kommunen ikke bare kan installere teknologi og så tro at resten ordner seg selv*. Det må brukes tid og ressurser til kompetanseheving blant ansatte, samtidig må brukerne og pårørende inkluderes. Prosjektet har basert seg på at det skulle være frivillige å delta. Berge fremhever ifølge Haanæs (2016) at hun ble positiv overrasket over hvor godt det fungerte for hjemmeboende personer med demens. Ansatte i hjemmetjenesten var skeptisk til at de demensrammede bruker sensorer, og om det var etisk forsvarlig, men opplevde at det ga økt trygghet og pårørende ble mindre engstelig.

4.3.3 Forhåpninger til velferdsteknologi

Holte (2017) skriver at for å forenkle hverdagen til personer med demens og pårørende, og samtidig gjøre den tryggere vil velferdsteknologi være sentralt. Politisk er det et ønske at eldre skal bo hjemme lengre, og velferdsteknologi blir sett som en mulighet for å gjøre dette. Teknologien er ikke en lettvinnt løsning, og må suppleres med tjenester gjennom kommunene. Det kreves at ansatte har kunnskap og kompetanse om teknologi om den skal være en del av helsetjenesten. Det må tas utgangspunkt i den enkeltes behov, og trygge hverdagen. Eksempelvis om behovet er å ta medikamenter i riktig dose og til rett tid. Kan løsningen være en elektronisk pilledispenser hvor et varsel blir sendt hjemmetjenesten om medisinen ikke blir tatt ut av dispenseren. Personer kan oppleve mestring ved å utføre dette selv. Mulighetene til å bo hjemme lengre kan ha betydning ved bruk av digitalt tilsyn og lokaliseringsteknologi. Digitalt tilsyn innebærer sensorer som varsler hjemmetjenesten ved eksempelvis fall eller fravær fra seng. Det betyr at konsekvensene av uønsket hendelser på natt kan begrenses i hjemmebaserte tjenester. Lokaliseringsteknologi som bruk av GPS kan fungere bra i et visst stadium for den demensrammede. For å gi faglig forsvarlig tjenestetilbud må velferdsteknologi hele tiden vurderes, og det behøves kompetanse om muligheter og begrensninger som det innbefatter (Holte 2017).

4.3.4 Kommuner innfører velferdsteknologi til ansatte

Hjemmetjenesten har fått mer tid til å yte tjenester ved å ta i bruk velferdsteknologi. Bokstap (2017) viser til at Tingvoll kommune har tatt i bruk smarttelefoner som gir ansatte muligheter til å utføre administrative oppgaver der de er, og dermed bruke mer tid på pleie og omsorg. Dahl (2015) skriver at Molde kommune har innført mobile enheter i hjemmetjenesten for å effektivisere dagen, og ha mer tid til brukerne. På den måten vil hjemmetjenesten styrkes og ressursene blir brukt smartere.

4.4 ”Assisted Living”

I desember 2016 startet prosjektet ”Assisted Living-prosjektet” (ALP), som ledes av Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er et fireårig forsknings- og utviklingsprosjekt hvor formålet er å bidra med kunnskap rettet imot velferdsteknologi blant eldre med lett kognitiv vansker. Det legges vekt på at det skal utvikles ny og ”smarte” teknologiske

løsninger for å hjelpe personer med mild grad av demens. Det innebærer å forstå behovet til eldre, og hvor de eldre bidrar med hva som skal utvikles. Prosjektet bygger på brukernes egne behov som skal gi verdifull innsikt til videre arbeid. De er også med å evaluere om den teknologiske løsningen er i tråd med intensjonen (Forsberg 2016).

Johannessen og Lovett (2017) skriver at målet er å forbedre og skape nye teknologiske løsninger for personer som er hjemmeboende og gjøre hverdagen enklere slik at de mestrer å bo lengre hjemme.

Gjennom dialog får forskerne innblikk i ønsker og behov den enkelte har i hverdagen. På den måten kan de møte ønsker og behov til hver enkelt for å bidra til en enklere hverdag med nye muligheter. Forskningsartikkelen kan allerede nå vise til de åtte viktigste behovene og utfordringene som et foreløpig resultat:

1. Frykten for å falle, skade seg og ikke få hjelp.
2. Å kunne være ute av huset i frisk luft og samtidig være trygg.
3. Muligheten for å orientere seg om natten.
4. Beherske teknologien; mange har såkalt «knappofobi», (frykt for å bruke for små knapper, ukjente brukergrensesnitt og å glemme passord/koder).
5. Sosial kontakt.
6. Trygghet, og å få hjelp raskt nok når det er behov for det.
7. Å få god og nok søvn.
8. Klare seg best mulig på egenhånd.

Det som skiller seg ut som overordnede foreløpige resultater, er for det første det å være uavhengig og ha egenkontroll fordi mange ikke ønsker å bry andre, for det andre er det å forbli aktiv og frykten for å bli avhengig av andre, eller til systemet, og til sist at sikkerheten veier tyngre enn personvernet (Johannessen og Lovett 2017).

4.5 ”Eldrebølgen”

Med de utfordringen eldrebølgen gir er det nødvendig å ta i bruk velferdsteknologi i helsesektoren. Frem mot år 2060 regnes det at innbyggere over 67 år vil fordobles, og innbyggere over 80 år vil tredobles. En viktig faktor i dette er velferdsteknologi hvor

kommunene vil ha et stort ansvar. Kommunene må møte fremtiden på en mer offensiv måte, og bør skaffe kunnskap om teknologi for å hjelpe de som behøver det. Helseministeren har oppfordret til å investere i dag for å spare på sikt. Behovet for sykehjemsplasser kan reduseres hvis forholdene legges til rette i hjemme. Kommunikasjonssystem, sensorer og alarmer kan være til hjelp. Målet er at alle som kan skal få bo hjemme lengre om de eldre føler seg trygge. Sensorer, personlig klokke med avlesbare helsedata, alarm og gps er forskjellige hjelpemidler som kan sende alarmer om noe ikke er som det skal. Det kan trygge de eldre, men det handler ikke å erstatte varme omsorgshender (Johansson 2016).

4.6 Retten til å medvirke

Retten til å medvirke til helse- og omsorgstjenester er lovhjemlet ifølge pasient- og brukerrettighetsloven. I kapittel 3 står det at personer har rett til medvirkning og informasjon. I § 3-1 står det om rett til medvirkning i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Det betyr at personene selv kan medvirke i behandlingsmetoder, og at informasjonen tilpasses evnen den enkelte har til å gi og motta den type informasjon. Tjenesteutformingen skal i høyeste grad utformes i samarbeid med den enkelte så langt som mulig. Helse- og omsorgstjenesteloven skriver i kapittel 3 at kommunene har et ansvar for helse- og omsorgstjenester. I § 3-1 står det at nødvendige helse- og omsorgstjenester skal tilbys til personer som oppholder seg i kommunen. Samtidig viser loven i kapittel 4 at det er krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Det vil si som § 4-1 viser til at tjenesten skal være forsvarlig.

Loven gir føringer om at pasienter har rett til medvirkning og kan velge mellom behandlingsmåter. Det står at det skal tilpasses evnen den enkelte har til å gi og motta informasjon. Det betyr at tilbudet skal utformes i samarbeid, og det skal legges vekt på egne ønsker. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) viser til at brukermedvirkning må tas på alvor og at regjeringen vil styrke dette. Tiltak i form av teknologiske løsninger kan på sikt bidra til bedre kommunikasjon og samarbeid ifølge regjeringen.

Hvis personer med demens får anledning til å ha innflytelse på sin situasjon, vil det styrke deres opplevelse av integritet (Andersson 1994; Norberg 1996), styrke selvfølelsen

(Kitwood 1997) og gi økt trivsel og velvære (Graneheim, Norberg og Jansson 2001)
(Johnsen og Smebye 2008: 225).

Den kognitive evnen vil være av betydning for medvirkningen fordi det handler om å forstå informasjonen, og til å beherske å vurdere alternativer og hvilke konsekvenser det vil ha sier McCormack (2001) ifølge Johnsen og Smebye (2008). Å ha kjennskap til verdier og interesser til personer med demens kan være støttende i utøvelsen av medvirkning sier (Post 1995) ifølge Johnsen og Smebye (2008).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) hevder at for å oppleve å ha kontroll i eget liv er det viktig å involvere personen tilstrekkelig slik at personen ikke opplever å bli snakket over hodet. Når viktige livsvalg tas må det tas i tråd med verdi og preferanse til den demensrammende slik at selvrespekten og verdigheten blir ivaretatt. Rokstad (2006) viser til Førde (1995) om at autonomi kan forstås som prinsipper, egenskaper eller rettigheter. Hun skriver at som prinsipp, blir personens ønsker og behov tatt hensyn til i behandlingstiltak. Som egenskap, knyttes det til egne evner til å handle med egne planer og ønsker. I denne forståelsen vil helsetilstand, psykisk og mental kapasitet være av stor betydning. I den siste, som rettighet, handler det om at valgene til vedkommende blir respektert.

I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting vises det til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal sikres at grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet 2003).

4.7 Hjemme lengst mulig

Garsjø (2008) skriver at begrepet hjem brukes ofte i dagligtalen som en ordinær leilighet eller en bolig som er et fast oppholdssted, og ikke noe midlertidig. I hjemmet hvor vi bor utfører vi dagligdagse aktiviteter som blant annet å sove, å spise eller annet. Begrepet hjem omhandler mer en følelse enn et sted, og det er en plass hvor vi kan uttrykke oss og være som vi selv ønsker. Vi velger selv hvordan vi vil ha ting og hvordan vi kan isolere oss fra omverden om vi ønsker det. En plass man trives og har det bra kan defineres som et hjem.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) skriver at mange personer med kognitiv svikt bor i egne hjem, og undersøkelser viser at hjemmetjenesten er i mange tilfeller for lite oppmerksom. Utredning og oppfølging er ofte tilfeldig, fordi kunnskap og kompetanse om demens fremdeles er begrenset i hjemmetjenesten. For å sikre kontinuitet, forutsigbarhet og god oppfølging vil det være behov for utprøving av modeller for organisering av tjenesten i hjemmet. Velferdsteknologi som hjelpemiddel kan være et verktøy for å mestre hverdagen og leve et selvstendig liv. Det må tas høyde for at tilbudet gis så tidlig som mulig i sykdomsforløpet for å møte de individuelle behovene til personer med demens.

4.8 Hva sier lovverket og personvernet om velferdsteknologi?

Datatilsynet (2014) stilles seg i utgangspunktet positiv til bruk av velferdsteknologi. For personer med nedsatt funksjonsevne kan teknologi gi økt selvstendighet, trygghet, mobilitet og verdighet. Likevel må nytteverdien oppveies imot hensynet til personvernet. Samtykkeinnhenting, tilstrekkelig informasjon og tilfredsstillende sikkerhet må sikres. Når velferdsteknologi tas i bruk må løsningene vise respekt for personvernet, og lytte til personens ønsker og behov. Personvernlovgivningen gir generelle retningslinjer for å gi vern over privatliv. For å oppnå formålet teknologien skal gi, bør det velges den minst inngripende løsningen. Eksempelvis hvis formålet er å lokalisere om den demensrammede blir borte skal det ikke bevegelsesmønsteret lagres. Å lagre fullstendig historikk blir ikke relevant oppimot formålet. Om personen selv har kontroll over løsningen og hva som blir registrert blir det mindre inngripende i personvernet enn om teknologien er styrt utenfra. Det er også viktig at opplysninger som ikke er relevant blir slettet. Loggdata om hvem som har vært og sett på registreringene, og de som har gjort endringer skal vises. I tilfeller hvor den demensrammede ikke har samtykke skal det undersøkes med pårørende om hva de tror er ønsket (Datatilsynet 2014).

5.0 DRØFTING

I drøftingsdelen presenteres teorier som kan være med på å belyse og diskutere problemstillingen; hvilke muligheter og begrensninger velferdsteknologi kan gi til enslig hjemmeboende personer med mild grad av demens i hverdagen.

5.1 Menneskelig omsorg og fysisk nærhet

Finansdepartementet (2011) skriver at ingenting kan erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men med ulik teknologi kan det gi andre muligheter for trygghet, og mulighet til selvstendighet for å mestre dagliglivet på egenhånd. Velferdsteknologien kan også by på noen begrensninger for personer med demens. Engedal og Haugen (2006) sier at kriteriene for mild grad av demens er svekket hukommelse, spesielt for nyere data, og svikt i andre kognitive funksjoner som dømmekraft, planlegging, tenking og abstraksjon. De viser også til ICD-10 hvor det står at mild grad av demens påvirker evnen til å klare seg i dagliglivet. Dette betyr at det kan oppstå noen begrensninger i hverdagen. Å motta menneskelig omsorg, og bli møtt med et smilende ansikt, og et engasjert kroppsspråk kan gi trygghet (Munch 2008). Hvordan kan velferdsteknologi gi trygghet? Det handler ikke om å erstatte menneskelig omsorg, men å supplere et hjelpebehov. Teknologi kan være et viktig verktøy for å oppleve mestring, selvstendighet og trygghet. Det finnes mange ulike løsninger som kan hjelpe den enkelte, men hvilke muligheter og begrensninger kan teknologien gi? På den ene siden kan det være støttende å ha hjelp av noen som har kjennskap til verdiene og interessene til personen med mild grad av demens, og på den andre siden kan det være godt å klare seg selv. Hva er behovet, og er motivasjonen tilstede for å ta i bruk produktet?

Finansdepartementet (2011) skriver at det ikke vil skape revolusjon i omsorgstjenestene ved å ta i bruk velferdsteknologi, men det kan gi økte muligheter til ”hjelp til selvhjelp”. Engedal og Haugen (2016) sier at når hukommelsen svekkes kan det gå ut over de dagligdagse gjøremålene som for eksempel å huske avtaler, spise eller å handle. Personer med demens kan ha problemer med å orientere seg, ha språkvansker, ordletingsutfordringer og manglende taleflyt. Når ny teknologi skal innlæres må konsekvensene av sykdommen demens tas i betraktning, og det at personen lett kan glemme og har vansker med å lære noe nytt. Helsepersonell har en viktig oppgave med å

tenke over dette når tiltak som hjelpemiddel skal iverksettes. Det betyr at det er begrensninger i velferdsteknologi på den måten at menneskelig omsorg og fysisk nærhet ikke kan erstattes. Samtidig vil ikke helsepersonell være tilstede hele døgnet, og velferdsteknologi kan være til hjelp for å tilkalle hjelpen når det trengs, for eksempel gjennom å utløse trygghetsalarmen. En annen utfordring kan være at enslige savner menneskelig omsorg og fysisk nærhet, og av den grunn føler seg ensom. Dette vil være en begrensning i velferdsteknologien selv om vedkommende kan ta i bruk teknologi for sosial kontakt vil ikke det være det samme som fysisk nærhet. Det vil være behov for å tilrettelegge teknologien slik at behovet blir møtt, og at personer med demens opplever økt selvstendighet.

Teknologien skal utfordre folk til å ta ansvar, både for velferdsordningene, sitt eget liv og i relasjonene til andre mennesker i det daglige (Finansdepartementet 2011: 99). Hvordan skal personer med mild grad av demens ta mere ansvar for eget liv med de begrensningene sykdommen medfører? Rokstad (2008) skriver at informasjonsbearbeiding og innlæringsevne blir langsommere, hun viser til forskning og beskriver at enkelte kan ha hukommelsesproblemer uten andre symptomer på demens. Det innebærer at personer muligens trenger menneskelig omsorg for å tilrettelegge hverdagen. Rokstad (2008) skriver at sykdommen utvikles nesten umerkelig, men med økende grad. Det kan tenkes at det ikke blir like fort oppdaget uten menneskelig tilsyn. Engedal (2009) sier at symptomene kan være vage, og kun en subjektiv opplevelse av hukommelsestap.

Finansdepartementet (2011) viser til velferdsteknologi og illustrerer trygghetsalarm. Selve teknologien som innebærer installering og opplæring er kun 20 %, mens organisering som handler om den organisatoriske virkningen er hele 80 %. Om utrykningen uteblir eller ikke møter de forventete behovene kan det være en begrensning til for eksempel trygghetsalarm. Det kan være en av mange årsaker for at menneskelig omsorg og fysisk nærhet ikke kan erstattes. Det vil være lite betryggende om responsen på alarmen uteblir. Det som utvikles av velferdsteknologi bør ha som formål at det skal bidra til å løse de individuelle problemene og behovene som oppstår. Holthe (2016) sier at målet er å gi riktig hjelp i rett tid for å opprettholde selvstendighet lengst mulig. Det pågående forskningsprosjektet ”Assisted Living-prosjektet” har som mål å forbedre og skape nye teknologiske løsninger for personer som er hjemmeboende, og gjøre hverdagen enklere. For å få til dette har de involvert brukerne i prosessen. Det handler om å forstå behovet til

brukerne, og hvor brukerne deltar i utviklingen, og bidrar til å evaluere.

Forskningsprosjektet er høyst aktuelt og spennende spesielt siden brukerne selv er involvert, fordi det kan øke forståelsen for ønsker og behov innenfor teknologi. Det kan bidra til en hverdag med nye muligheter. Forskningsartikkelen viser til et foreløpig resultat, og at velferdsteknologien gir både muligheter og begrensninger til hjemmeboende. Muligheter på den ene siden er å få gå ut av huset i frisk luft og samtidig være trygg, orientere seg om natten, sosial kontakt, og trygghet til å få rask hjelp når det er behov for det, og mestring gjennom å klare seg selv. På den andre siden kan frykten for å falle og skade seg oppleves som en begrensning, og det å ikke mestre å beherske teknologien fordi kanskje knappene er små eller at et eventuelt passord/kode blir glemt. Det kan på den måten også forstås at menneskelig omsorg ikke kan erstattes. Forskningsartikkelen skriver at brukerne for det første ønsker å være uavhengig og ha egenkontroll, for det andre å forbli aktiv uten å være avhengig av andre, eller til systemet, og til sist at sikkerheten veier tyngre enn personvernet (Johannessen og Lovett 2017).

Når velferdsteknologi vurderes å tas i bruk vil det være behov for en kartlegging og utredning av hjelpebehovet, teknologien må tilpasset ut i fra behov og ressurser til den enkelte. Det vil også være nødvendig med menneskelig tilsyn. For eksempel kan en vernepleier i hjemmetjenesten eller annet helsepersonell med relevant kompetanse utføre samtaler og observasjoner for å kartlegge behovet. Eide og Eide (2007) nevner at helsepersonell derfor bør ha gode evner til å lytte til andres ønsker og behov for å finne rett tiltak. Finansdepartementet (2011) påpeker at velferdsteknologi kan og skal ikke erstatte menneskelig omsorg, men kan være et supplerende hjelpetiltak for å lette hverdagen til den enkelte. De mener at teknologi kan gi trygghet og andre muligheter til selvstendighet for å mestre dagliglivet på egenhånd. Haanæs (2016) fremhever at på den ene siden må det brukes tid og ressurser til kompetanseheving blant ansatte fordi det ikke ordner seg selv. På den andre siden må brukerne involveres slik at ønsker og behov blir ivaretatt. Slik sett kan ikke menneskelig omsorg og fysisk nærhet erstattes.

Engedal og Haugen (2016) viser til at det som kan være av spesiell interesse og innlært fra tidligere kan være det som huskes best. Derfor kan det tenkes at personer som har hatt en interesse for teknologi kan ha en økt fordel, men likevel vil hukommelsen gi noen utfordringer. Holte (2016) sier at det kan være en fordel å starte tidlig opp om et hjelpemiddel vurderes, fordi det kan være størst sjanse for å lære. Finansdepartementet

(2011) mener at teknologien må først og fremst tjene den enkelte, at formålet er å løse et problem, og det drøftes videre hva slags muligheter og begrensninger velferdsteknologi kan gi.

5.2 Trygghet, mestring og selvstendighet?

Kan velferdsteknologi gi opplevelse av mestring og selvstendighet i hverdagen? Hvordan kan personer lære nye ting i hverdagen når hukommelsen svekkes? Finansdepartementet (2011) sier at teknologien kan gi ulik støtte, og at mulighetene teknologien gir bør utnyttes. Engedal og Haugen (2006) mener at den kognitive evne personen har til å forstå informasjon må tas med i vurderingen når ulike behandlingsmåter skal vurderes. Det betyr at i utarbeidelsen av ”hjelp til selvhjelp” er det en rekke hensyn å ta. Forstår personen den teknologiske løsningen? Ønsker personen å benytte seg av dette? Vil han mestre dette? Hukommelsen vil kunne være en utfordring, og det samme vil det å forstå praktiske løsninger. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) fremhever at mange personer med kognitiv svikt bor i egne hjem, og viser til undersøkelser at hjemmetjenesten i mange tilfeller er for lite oppmerksomme. Utredning og oppfølging er ofte tilfeldig, og kunnskap og kompetanse om demens er fremdeles begrenset i hjemmetjenesten. For å sikre kontinuitet, forutsigbarhet og god oppfølging vil det være behov for utprøving av modeller for organisering av tjenesten i hjemmet. Velferdsteknologi kan være et verktøy som kan bidra for å mestre hverdagen og leve et selvstendig liv, men det må tas høyde for at tilbudet gis så tidlig som mulig i sykdomsforløpet for å møte de individuelle behovene som personer med demens har. I neste del ses det på de ulike hovedgruppene og belyser noen eksempler av undergruppene for å drøfte om personer med demens kan oppleve trygghet, mestring og selvstendighet.

5.2.1 Hovedkategoriene i velferdsteknologi

Finansdepartementet (2011) deler velferdsteknologi i fire hovedgrupper som trygghet- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og for behandling og pleie. Hovedgruppene har flere underkategorier og det vises til eksempler i alle gruppene for å belyse at det finnes flere teknologiske løsninger på markedet som kan gi hjelp. Det vises ikke til absolutt alle underkategorier på bakgrunn av oppgavens lengde. Trygghet- og sikkerhetsteknologi kan være viktig for personer med

mild grad av demens for å oppnå selvstendighet og mestring. Den hovedgruppen drøftes i større grad enn de andre tre hovedgrupper selv om de også er viktige. Trygghet- og sikkerhetsteknologi er mest vektlagt i den litteraturen som er undersøkt, og innenfor den kategorien finnes det mange hjelpemidler som kan være til hjelp til personer med mild grad av demens.

Trygghet- og sikkerhetsteknologi

Trygghet- og sikkerhetsteknologi har som formål å skape trygge rammer gjennom mestring av egen helse. Hvilke muligheter og begrensninger den type teknologi kan hjelpe enslig hjemmeboende personer med mild grad av demens i hverdagen kan være ulikt. Eksempler på slik teknologi kan være adgangskontroll, boligalarm, bevegelsesdetektorer, komfyrvakt, trygghetsalarm, aktivitetsdetektor, falldetektor eller sensorer (Finansdepartementet 2011).

Kan slik velferdsteknologi gi økt trygghet, og opplevelse av mestring og selvstendighet? Linde (2015) beskriver ”en trådløs alarm på døren” som et alternativ for en enslig hjemmeboende mann med kognitive utfordringer. Han glemmer ofte hvordan han skal komme seg hjem, og det har skapt utrygghet i hans hverdag. Kommunen tilbød han institusjonsplass som et alternativ, og egen nattevakt som annet alternativ. Ingen av alternativene var interessante for han, og spesielt ikke nattevakt med en fremmed i hans hjem. Valgmuligheter samsvarer med retten han har til å medvirke som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Han skal ha mulighet til å velge mellom ulike behandlingsmåter. Løsningen som innfridde hans ønsker ble ”en trådløs alarm på døra” som varslet hjemmetjenesten om han gikk ut på nattetid. Det kan tenkes at mannen opplevde økt trygghet, sikkerhet og frihet på den måten, samtidig som han kan bo i eget hjem etter eget ønske, men hvordan oppleves det å bli overvåket? Forsvarlighet bør veies opp mot fordelene og ulempene i hver enkelt sak. Som en bonus ble det besparende for kommunen. Selv om det ikke var fokuset kan det sees på som en vinn-vinn situasjon.

Det kan bli økende etterspørsel etter teknologi for å kompensere for hukommelsen for at personen med demens skal kunne klare seg selv lengst mulig hjemme. Bærum kommune sier at hovedtyngden av dem som bruker slike tjenesten i kommunen er personer som bor alene, og bistandsbehovet er vesentlig lavere for personer som har installert

trygghetsalarm. På den andre siden vises det til flere hendelser hvor personen ikke får til å utløse alarmen, og dette kan skape utrygghet. Det vil derfor være et behov for å forbedre alarmene for å gjøre hverdagen tryggere for den enkelte (Svagård 2012). Holte (2016) viser til et eksempel om fastmontert varslingsteknologi og sier følgende at om utgangsdøren er åpen mellom kl. 2300 – 0700 kan det gis en talebeskjed til personen som bor i leiligheten om at han ikke burde gå ut i disse tidene. Den kan gi en påminnelse om å velge annerledes eller å gi beskjed om at dette kan være et mindre bra tidspunkt å gå ut. Samtidig må det vurderes om dette er et godt nok trygghetsskapende tiltak for den enkelte, og om personen ønsker slik hjelp. Rokstad (2006) viser til prinsippet om autonomi som kan ivaretas gjennom prosessen slik at personens ønsker og behov blir hørt.

Et annet eksempel kan være GPS– Globalt posisjoneringssystem. Holte (2016) sier at det kan være egnet for personer som ønsker å ta seg en tur på egenhånd, men strever med å finne hjemveien. Det er en satellittbasert lokaliseringsteknologi som beregner og gir opplysninger om geografisk posisjon. Hvor den ene delen består av GPS-enhet som personen har med seg i lommen, vesken eller rullatoren. Mens den andre GPS-enheten er et støttesystem, altså Pc, nettbrett, mobil som kan lokalisere hvor GPS- enheten befinner seg. I samme system kan det innprogrammeres områder hvor personen kan oppholde seg fritt, og gi varsling om personen går utenfor dette området. Varslingen sendes til den personen det er avtalt skal ha slikt innsyn.

Å huske å ta med GPS på tur kan på den ene siden være utfordrende, fordi mange med mild grad av demens har redusert hukommelse og behøver kanskje både hjelp til å lade GPS-enheten, og sikre at den er med på tur. Samtidig er GPS batteristyrte som vil si at det finnes en viss kapasitet. I fremtiden kan det bli mer vanlig med digitale trygghetsalarmer som kobler funksjon inn når personen er utenfor forventet område (Holte 2016). Å ta i bruk GPS innebærer derfor ulike utfordringer som må gjennomtenkes nøye i forhold til hvordan det kan hjelpe enslige hjemmeboende personer med mild grad av demens i hverdagen. Tidlig innsats kan være en fordel med tanke på hukommelsesutfordringer. På den andre siden bør en rekke etiske vurderinger gjennomgås, som for eksempel graden av frihetsinnskrenkelse. Johnsen og Smebye (2008: 225) viser til at det å ha innflytelse kan styrke egenopplevelse av integritet og styrke selvfølelsen.

Det kan være fordeler med GPS-sporingssystemer, varslingssystemer og fallsensorer. Utstyret rigges opp i boligen, og eksempelvis fall eller at personen blir liggende blir registrert. Ja, utviklingen kan gi fasinerende muligheter hvor det på den ene siden kan gi en frihetsfølelse, men på den andre siden kan GPS-sporingen kalles kontrollteknologi eller overvåkning. Forutsetningen her er at personen som bruker slik utstyr har vært med å bestemme dette selv (Eknes 2015).

Kompensasjons- og velværeteknologi

Kompensasjons- og velværeteknologi kan være forflytningshjelpemidler, toalettgjelpemidler, ganghjelpemidler, robotassistanse, hørsel og- synshjelpemidler, kontroll av lys og varme, spillteknologi og medisindosetter. Disse kan gi ulike muligheter, men også begrensninger til enslig hjemmeboende personer med mild grad av demens i hverdagen. Hvilke behov skal dekkes, og hva ønsker personen selv må tas med i vurderingen. Personer med mild grad av demens kan være selvhjulpne i hverdagen på mange måter, og mange av disse hjelpemidlene kan være mindre aktuelle så nær som medisindosetter som kan være høyst aktuelt. Det vil komme helt an på funksjonsnivå, og hvordan personen ønsker hjelp for å avklare rette hjelpemidler. Prinsippet om autonomi bør ivaretas hele tiden.

Innunder her vises det til medisindosetter som kan være til hjelp når personen glemmer sine faste medikamenter. Det kan være en utfordring å huske å ta medisiner til rett tid. Dosetten kan ha en funksjon som sier i fra når medisin skal tas, og som kan si i fra når det behov for påfylling. Dette kan skape selvstendighet og trygghet for personen. På den andre siden kan det være en bekymring for at personen gjennomfører dette riktig. På den måten kan det være en begrensning, og det kan være behov for at en vernepleier eller annet helsepersonell i hjemmetjenesten kommer innom for å bistå. En annen utfordringer eller begrensning er å høre lydalarmer som gir beskjed at personen skal ta medisiner fra dosetten. En annen side av saken kan være at personer som tidligere behøvde medisineringsstilsyn kan nå spare hjemmetjenesten for besøket om dette fungerer som det skal. Kan det være en vinn-vinn situasjon for personens selvstendighet og kommunens ressurser? I utarbeidelsen om en slikt tiltak kan settes inn vil det være en rekke hensyn å ta. Først av alt, ønsker personen slik hjelp? Er det trygt nok, foretrekker personen hjelp av pårørende eller hjemmetjenesten? Om personen ønsker å benytte seg av medisindosett, og

om det viser seg at det er et godt tiltak for personen, kan det være at integriteten styrkes samtidig som følelsen av egenkontroll og ansvar over eget liv også styrkes (Sintef 2014).

Teknologi for sosial kontakt

Teknologi for sosial kontakt kan være videokommunikasjon, web tjenester og robotteknologi. Dette er blant annet ulike kommunikasjonsverktøy for å holde kontakt med andre for eksempel via bildetelefon, pc med kamera, facebook, twitter og Giraffroboten. Robot-selen ”Paro” har god effekt på demens opp imot uro, men blir som regel kun benyttet i institusjon (Finansdepartementet. 2011).

Hvilke muligheter og begrensninger gir dette til enslig hjemmeboende personer med mild grad av demens? Ja, igjen vil det handle om hverdagslige behov. Har personen lite eller stort nettverk, bor pårørende langt unna, eller ønsker personen å holde kontakt via digitaliserte tjenester. Hvordan kan tjenestene tilrettelegges for å imøtekomme at behovet oppnås? Kommunikasjonsteknologi kan gi mulighet for sosial kontakt uansett avstand, og kan gi en følelse av et sosialt fellesskap. Om nettverket er lite, og personen føler seg ensom kan dette være en god løsning om personen har bekjentskap som bor langt unna. Kommunikasjonsteknologi kan også være til hjelp når personen er syk og ikke klarer å dra på besøk, men kan ta kontakt på annen måte. Muligheten er mange, men det finnes også begrensninger. Ønsker personen eller mestrer personen slike verktøy? Det å koble seg til internett og ha rett verktøy vil muligens hjelpe fra andre.

Teknologi for behandling og pleie

Teknologi for behandling og pleie kan være hjemmebehandling og hjemmeanalyser. Hjemmebehandling handler om blant annet Pc med berøringsskjerm og kamera hvor personen kommuniserer med helsepersonell og pårørende. Slikt utstyr kan mobiliseres selv om de bor langt unna. Journaltilgang eller tilgang til mine resepter, og eventuelt bestille nye resepter via nettet kan være et annet eksempel. Hjemmeanalyser kan handle om å måle eget blodtrykk og blodsukker for å holde en viss egenkontroll av helsen. Slike analyser vil kreve at personen har kunnskap om apparatene, og hvordan håndtere de riktig for at resultatet skal bli korrekt.

Muligheter og begrensninger kan være så mangt, og igjen vil det være avhengig av behovet. Har personen med mild grad av demens et slikt behov? Vil personen mestre å utføre

testene i eget hjem? Fordelen er at personen slipper ekstra kontroller hos lege om prøvesvarene er innen normalområdet. Slike hjelpemidler kan være til hjelp for personer med mild grad av demens på lik linje med andre hjemmeboende for å ha en viss egenkontroll. Det kan også tenkes at det å ha mulighet til å kontakte helsepersonell eller andre relevante personer kan skape trygghet. En helt annen side er at det kan være besparende for hjemmetjenesten som ikke behøver å dra innom for å hjelpe. Selv om det ikke er oppgavens hovedfokus kan det nevnes som en vinn-vinn situasjon. Ressursene til kommunen kan tildeles andre som har behov for slike tjenester.

5.3 Samfunnsutvikling og økonomi

Det er en sammenheng mellom stigende alder og demens, og siden flere lever lengre vil flere kunne utvikle sykdommen. Cirka halvparten bor i eget hjem, og det er gjerne de som er minst rammet (Rokstad 2008). Det betyr at hjemmebasert omsorg er aktuelt, og tiltak som velferdsteknologi kan vurderes. Det er flere sider av denne saken på grunn av såkalt ”eldrebølgen”. Vil det bli mangel på helsepersonell når hjelpebehovet øker? Hva med økonomien? På bakgrunn av det kan det stilles spørsmål om for eksempel GPS-sporinger er en form for overvåkning for å avlaste bemanningsmangel? På den måten kan det forstås at de politiske føringer også handler om å finne alternative, rimeligere løsninger. Men da handler det ikke bare om hva personen selv ønsker, men om politiske ønsker for borgerne for å spare midler.

Johansson (2016) skriver om eldre hjemmeboende og trygghet ved å installere ulike velferdsteknologiske løsninger, men sier at det ikke skal erstatte varme omsorgshender. Finansdepartementet (2011) viser til at en sykehjemsplass i 2012 kostet nærmere 900 000 kr brutto pr år. Selv om tjenestetilbudet ikke kan være det samme i hjemmet som i institusjon er det mye som kan gjøres i hjemmet før beløpet blir like stort. Potensialet i en økt satsing i hjemmet med bruk av velferdsteknologi kan være en av mange løsninger for økonomiske utfordringer for kommunene. Det vil være en fornuftig tankegang på mange måter om tjenestemottaker får forsvarlig hjelp i eget hjem, og samtidig får tilfredsstillende egne ønsker og behov. Innledningsvis i oppgaven vises det til Helse- og omsorgsdepartementet (2015) som sier at brukermedvirkningen skal styrkes, og at ingen avgjørelser skal tas ut brukeren selv. Så egne ønsker og behov skal bli hørt.

Det gis også føringer gjennom pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 om egen rett til å medvirke i valg mellom behandlingsmåter. Rokstad (2006) beskriver at Førde (1995) hevder at prinsippet om autonomi handler om egne ønsker og behov, og som skal tas i betraktning i behandlingstiltak. Personens egne evner til å handle knyttes i denne sammenheng til helsetilstand, psykiske og mental kapasitet som må tas i betraktning når hjelpemidler vurderes. I denne sammenhengen bør hukommelsesutfordringene tas med i vurderingen om velferdsteknologi er hensiktsmessig. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 viser også til at tjenestetilbudet skal tilpasses evnen til den enkelte til å gi og motta informasjon. Personer har *rettigheter* til å velge og at valgene som tas må respekteres.

Det bør kontinuerlig tenkes over hensikten med velferdsteknologi før noe settes i kraft. Det finnes et hav av fordeler og ulemper opp imot velferdsteknologi som må tas med i vurderingen. På den ene siden kan det være et eget ønske å bruke velferdsteknologi, og på den andre siden kan det være snakk om at det er økonomibesparende for kommunen. Det kan også være en vinn- vinn situasjon for begge. Tingvoll kommune uttaler seg om at bruk av smarttelefoner til ansatte har ført til mer tid til personen som mottar tjenester, og Molde kommune har innført mobile enheter i hjemmetjenesten for å effektivisere dagen. Det har også ført til i den kommunen at det gis mer tid til brukerne. På den måten vil hjemmetjenesten styrkes og ressursene blir brukt smartere. Det kan være et eksempel på en vinn-vinn situasjon, besparende for kommunen og mer tid til hver bruker.

Lindås kommune har gjennomgått et omfattende utprøving av omsorgsteknologi i 2012. Forsker og Stipendiat Mari Synøve Berge viser til oppløftende resultater, og personer som deltok opplevde hjelpemidlene som lite krevende, og pårørende mente det var betryggende. Samtidig ligger det mye arbeid bak slike prosjekt som tid, ressursbruk og kompetanseheving av ansatte. Konklusjonen i denne situasjonen er at personer kan muligens bo lengre hjemme om ønskelig. Å bo hjemme kan bety mye for den enkelte, men samtidig må forsvarligheten kontinuerlig vurderes. Det kan se ut som en samfunnsendring, og at flere vil benytte seg av velferdsteknologi.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) påpekte for flere år siden at hjemmebasert omsorg er i utvikling og behovet vil vokse betydelig fremover. Samtidig gir Samhandlingsreformen føringer til kommunehelsetjenesten om at flere skal behandles

kommunalt. Det betyr at kommunen får flere oppgaver med en mer presset økonomi. Det kan tenkes at dette er noen av de politiske føringer som gjør at tilbudet må omorganiseres og bli effektivt på andre måter. Lovverk og forskrifter viser til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal sikres at grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel blir ivaretatt. Vi har et rettsikkerhetsystem i landet som må følges.

5.3.1 Lovverket

Begrepet velferdsteknologi brukes ikke konkret i lovverket, men loven gir likevel føringer på hva som er kommunenes ansvar og hva som er kravet til forsvarlighet og likeså pasientsikkerhet. Pasient- og brukerrettighetsloven blir derfor viktig for den enkelte siden den gir føringer om at personer har rett til medvirkning og informasjon, og at tjenesteutforming skal utformes i samarbeid med personer som mottar slik tjeneste. Datatilsynet (2014) stiller seg positiv til bruk av velferdsteknologi, men samtidig er det en rekke hensyn å ta. Nytteverdien må veies opp mot hensynet til personvernet, og informasjonssikkerheten skal være tilstrekkelig. Personvernlovgivningen gir generelle retningslinjer for å gi vern av privatliv. Linde (2015) sier at juridisk kunnskap om personvern vil være en forutsetning i vurderingen av velferdsteknologiske løsninger. Kommunen har et stort handlingsrom over hvordan og på hvilken måte tjenestene tilbys.

Datatilsynet (2014) mener at den minst inngripende løsningen uansett bør velges, og viser eksempelvis til et formål med GPS-sporing. Om formålet er å lokalisere den demensrammede, skal ikke bevegelsesmønstrer lagres, fordi den fullstendige historikken ikke blir relevant for formålet. Derfor kan irrelevante opplysningen slettes og på den måten kan personvernet ivaretas. Linde (2015) mener at velferdsteknologi kan være en mulig løsning som kan være i samsvar med personens behov, og samtidig være faglig forsvarlig. Hun støtter datatilsynet i at personlig informasjon kan utfordre personvernet, og mener at personens behov må være i fokus når tjenester vurderes. Hovedregelen vil være at helsehjelpen gis bare med personens samtykke, og at måten informasjonen gis på og hvordan den blir oppfattet vil ha betydning.

6.0 AVSLUTNING

I avslutningen vil jeg kort oppsummere hovedpunktene i drøftingen, så videre konkludere, og avslutte med refleksjon.

6.1 Oppsummering

Studien har tatt for seg at menneskelig omsorg og fysisk nærhet ikke kan erstattes, men velferdsteknologi kan gi økt trygghet, mestring og selvstendighet for mange enslige. Det krever innsats fra kommunen å ta i bruk velferdsteknologi hvor ansatte må få opplæring for å ha kunnskap og kompetanse for å vite hvordan teknologien fungerer. Det er ikke nok å installere et teknologisk hjelpemiddel, og tro at dette vil fungere av seg selv. Studien har vist til at teknologien og opplæring defineres som 20 %, mens hjelpebehovet og den organisatoriske virkningen defineres som 80 %. Det betyr at det er ulike moment som skal til for at teknologien skal fungere fullt ut, og vi er avhengig av kyndige fagfolk. Brukerne av tjenesten må være helt trygg på at hjelpen kommer om for eksempel trygghetsalarmen utløses.

Formålet med teknologien er at det skal tjene den enkelte og løse et reelt problem. Den kognitive evnen og brukernes ønsker og behov må tas med i vurderingen når velferdsteknologi skal brukes. Det kan by på noen utfordringer når ny teknologi skal innlæres og hukommelsen svekkes. Samfunnet vårt er i utvikling og det blir flere eldre siden mange lever lengre, og det vil være behov for flere helsearbeidere. Jeg har drøftet om velferdsteknologi kan være en form for overvåkning for å avlaste bemanningsmangel, og dratt inn økonomiske konsekvenser. I mange situasjoner har det vist seg at det kan ha en vinn-vinn effekt.

6.2 Konklusjon

Når hukommelsen svekkes vil det også by på en rekke utfordringer med å lære ny teknologi. Jeg tenker at flere av hjelpemidlene omtalt i oppgaven kan være til god hjelp for mange, for eksempel trygghetsalarm og GPS-sporing kan på mange måter være positivt om det brukes på rett måte. Pasientsikkerheten og forsvarligheten må kontinuerlig vurderes

slik at personen som tar i bruk slik teknologi blir ivaretatt. God kartlegging vil være en forutsetning før velferdsteknologi tas i bruk for å finne rett tiltak. Jeg tenker at velferdsteknologi kan gi nye muligheter for å oppleve mestring og selvstendighet, og samtidig oppnå trygghet for den enkelte. Som en bonus kan det for enkelte føre til at de kan bo lengre hjemme med bruk av velferdsteknologi, mens for andre ikke. Noen kan ha utfordringer med å forstå hensikten med teknologien, og da vil det bli meningsløst å vurdere et hjelpemiddel. Retten til å velge selv må være et hovedfokus i vurderingen av teknologi, og det må være en forutsetning før eventuelle hjelpemidler tas i bruk. Det kan se ut som at velferdsteknologi har en positiv ringvirkning med at personer med mild grad av demens øker sin selvstendighet og opplever mestring, samtidig som det kan være besparende for kommunen. Det finnes mange muligheter og begrensninger innenfor velferdsteknologi. Jeg mener at teknologien i flere tilfeller kan gi god hjelp til den enslig hjemmeboende personen med mild grad av demens for å mestre hverdagen, mens i andre tilfeller vil det være flere begrensninger. Jeg mener at det må gjøres en individuell vurderingen i hvert enkelt tilfelle, og på den måten kan velferdsteknologi gi mange muligheter til rett person.

6.3 Refleksjon

Jeg tenker at velferdsteknologi vil bli mer vanlig i folks hjem i fremtiden. Det er slått fast at det blir flere eldre, og at det antas at det blir mangel på helsepersonell, og det kan antas at de økonomiske rammene vil innskrenkes. Det betyr at det oppstår noen konsekvenser vi må forholde oss til. Lovverket sier ikke noe helt konkret om velferdsteknologi selv om den viser til rettsikkerhet og forsvarlighet. Det kan tenkes at det vil være behov for en endring. Den pågående forskningen på ”Assisted Living-prosjektet” viser til at brukerne selv sier at sikkerheten veier tyngre enn personvernet. Siden det pågår forskning på feltet i dag, vil jeg tro at nye og bedre konklusjoner vil komme til. Det har vært interessant å skrive om velferdsteknologi til personer med demens. Det er mye spennende som skjer, og det kan antas at teknologien tas mer i bruk ettersom satsingen er ”å bo hjemme lengst mulig”. Flere av Norges kommuner har utført prosjekt som kan komme innbyggerne til gode. Jeg er opptatt av at tjenestene som gis skal være av god kvalitet. Det vil si at det skal være forsvarlig og enkelt å håndtere for den enkelte bruker, samtidig som at personen selv ønsker å bruke teknologien.

7.0 LITTERATURLISTE

Berentsen, Vigdis Drivdal. 2008. "Kognitiv svikt og demens". I *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb & Annette Hysten Ranhoff, (red.). 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. 2009. *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse og sosialprofesjonene*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Boksasp, Eli Ljøkjell. 2017. *Tingvoll kommune*. Lest 01.04.2017.

<http://www.tingvoll.kommune.no/nyheter-hjelpemeny/arkiv/velferdsteknologi-i-hjemmesykepleien-gir-mer-tid-til-brukerne.27981.aspx>

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, Arne Sverre. 2015. *Molde kommune. Status, pleie- og omsorgsområdet*. Lest. 07.05.2017.

<https://www.molde.kommune.no/getfile.php/2990385.2125.asaxfpfsye/Molde+kommunestyre+190315+Status+Pleie-+og+omsorgsområdet.pdf>

Datatilsynet. 2014. *Datatilsynet velferdsteknologi*. Lest 02.04.2017.

<https://www.datatilsynet.no/Sektor/Helse-og-omsorg/Velferdsteknologi/>

Engedal, Knut. 2009. "Demens og demenssykdommer". I *Lærebok utviklingshemning og aldring*. Frode Kibsgaard Larsen og Elisabeth Wigaard, (red.). 136-158. Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2006. *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2016. "Hva er demens?" I *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Signe Tretteteig, (red.). 13-38. Tønsberg: Aldring og helse.

Eide & Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utgave, 5 opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fagplanen. 2016/17. Bachelor i vernepleie. Høgskolen i Molde.

<http://www.himolde.no/studier/Bachelorivernepleie/Documents/Fagplan%202016%20for%20vernepleierutdanningen%20-%20justert%2030%2008%2016.pdf>

Fellesorganisasjonen 2017. Lest 20.03.2017.

<https://www.fo.no/vernepleiere/category147.html>

Finansdepartementet. 2011. *Innovasjon i omsorg NOU 2011:11*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Folkehelseinstituttet. 2015. *Folkehelse rapporten. Demens*. Lest. 20.04.2017.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>

Forsberg, Ellen-Marie. 2016. Prosjektleder og forskningssjef på

Arbeidsforskningsinstituttet. Annonsen er hentet fra Mediaplanet. Lest 01.04.2017.

http://www.innovasjonogforskning.no/teknologi/forsker-paa-velferdsteknologi?utm_source=floorboard

Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tenkemåte – En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag.

Garsjø, Olav. 2008. *Institusjon som hjem og arbeidsplass – et arbeidstaker og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2003-06-27-792. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*. Lest 24.04.17.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Haanæs, Øystein Rygg. 2016. *Eldre blir buande lenger heime med omsorgsteknologi*. Lest. 02.04.2017.

<http://forskning.no/2016/11/positive-effektar-av-omsorgsteknologi/produisert-og-finansiert-av/de-regionale>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. *Nasjonal helse- og omsorgsplan. Mld. St. 16 (2010-2011)*

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2016. *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Mld. St. 26 (2014-2015)*

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. *Morgendagens omsorg. Mld. St 29 (2012-2013)*

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Holthe, Torhild. 2017. Aldring og Helse. Lest 01.04.2017

<http://aldringoghelse.no/startside/store-forhaapninger-til-bruk-av-velferdsteknologi>

Holte, Torhild. 2016. "Velferdsteknologi og hjelpemidler" I *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Signe Tretteteig, (red) 129-145. Tønsberg: Aldring og helse.

Johannessen, Adele Flakke og Hilde Lovett. 2017. Teknologirådets prosjektledere i ”Assisted Living”. Lest 06.05.2017.

<https://teknologiradet.no/velferd-skole-og-helse/atte-utfordringer-som-teknologi-kan-hjelpe-eldre-med/>

Johansson, Rune. 2016. *Teknologien skal ikke erstatte de varme hendene*. Lest 01.04.2017.

http://www.innovasjonogforskning.no/teknologi/teknologien-skal-ikke-erstatte-de-varme-hendene?utm_source=strossle&utm_medium=paid

Johnsen, Lasse og Kari Liselerud Smebye. 2008. ”Bruk av tvang i demensomsorgen”. I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, (red.). 207-229. Oslo: Akribe.

Linde, Sølvi. 2015. ”Hva sier lovverket om velferdsteknologi?” I SOR Rapport 1-2015, Stiftelsen SOR, Samordningsrådet for arbeid for mennesker med psykisk utviklingshemning. Sølvi Linde, (red.). 14-21.

Linde, Sølvi. 2015. ”Målrettet miljøarbeid og velferdsteknologi” I SOR Rapport 1-2015, Stiftelsen SOR, Samordningsrådet for arbeid for mennesker med psykisk utviklingshemning. Sølvi Linde, (red.). 22-30.

LOV-2011-06-24-30. Helse- og omsorgstjenesteloven.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4

LOV-2015-12-97. Pasient- og brukerrettighetsloven.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Munch, Marianne. 2008. ”Marte Meo som veiledningsmetode”. I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, (red.). 312-340. Oslo: Akribe.

Regjeringen 2005. Rammeplan for vernepleiere

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Rokstad, Anne Marie. 2008. ”Hva er demens?”. I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, (red.). 27-45. Oslo: Akribe.

Rokstad, Anne Marie Mork. 2006. *Jeg vil ikke bli behandlet som en unge*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

SINTEF. 2014. *Sikker medisiner i hjemmet*. Lest 26.04.2017.

https://www.sintef.no/globalassets/upload/teknologi_og_samfunn/helse/rapport_sikkert_medisiner_i_hjemmet.pdf

Svagård, Ingrid Storruste og Dag Ausen. 2012. *SafeMate – Behovskartlegging mobil trygghetsalarm*. Lest 26.04.2017.

http://innomed.no/uploads/64-Trygghetspakke-for-hjemmeboende_161019_120546.pdf