

UiT

NOREGS  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskaplege fakultetet  
Institutt for helse- og omsorgsfag

## Å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel – ei gåtefull reise

*Ei kvalitativ undersøking av heimebuande eldre sine erfaringar*

—  
Astrid Gramstad

Avhandling levert for graden philosophiae doctor – mai 2014



## **Løktastolpefrø**

eg vil barre  
planta noken pittesmå  
løktastolpefrø

utpå våren eingong  
ska me gjedna  
bjønda å skimta  
kvarrandre

(Ingvar Moe, 1995, Dikt i samling)

Ordforklaringar frå Etne-dialekt til bokmål:

løktastolpe - lyktestolpe

gjedna – gjerne

bjønda - begynne

Forsidebiletet er henta frå [www.colorbox.com](http://www.colorbox.com)

## Innholdsfortegnelse

---

Takk.....	ii
<b>Samandrag</b> .....	iv
<b>Abstract</b> .....	vi
<b>Liste over artiklane</b> .....	viii
<b>1 Introduksjon</b> .....	1
<b>2 Bakgrunn og samfunnsmessig relevans</b> .....	3
2.1 Hjelpemiddelformidling i Noreg.....	9
2.2 Rasjonale for PhD prosjektet .....	10
<b>3 Tidlegare forskning om formidling og bruk av tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre</b> .....	13
3.1 Tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre – har dei nokon effekt? .....	16
3.2 Bruk av tekniske hjelpemiddel – kva veit me om erfaringane til heimebuande eldre? .....	17
3.3 Tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre – kva meining har dei for brukaren?.....	20
<b>4 Formål</b> .....	24
<b>5 Teoretisk rammeverk</b> .....	25
5.1 Forståing av menneske og kunnskap om verda.....	25
5.2 Forståing av aktivitet og deltaking.....	30
<b>6 Metode</b> .....	35
6.1 Utval og rekruttering.....	35
6.2 Gjennomføring av intervju.....	40
6.3 Transkribering.....	41
6.4 Analyse.....	42
6.5 Etikk.....	46
6.6 Metodekritikk.....	47
<b>7 Resultat</b> .....	49
7.1 Artikkel 1 – Korleis erfarer heimebuande eldre å leve med udekkede behov for hjelpemiddel? .....	49
7.2 Artikkel 2 – Korleis erfarer heimebuande eldre hjelpemiddelformidlingsprosessen?.....	50
7.3 Artikkel 3 – Kva meining vert skapt når heimebuande eldre tek i bruk tekniske hjelpemiddel for å avhjelpe aktivitetsvanskar?.....	52
<b>8 Diskusjon</b> .....	53
8.1 Refleksjonar i høve til metode.....	53
8.2 Diskusjon av resultat.....	54
8.2.1 Dei “nye eldre” .....	55
8.2.2 Å få og ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel – implementering eller gåtefull reise?...62	
<b>9 Avsluttande refleksjonar og konklusjon</b> .....	68
<b>10 Referansar</b> .....	70

## Takk

---

Eg vil rette ein stor takk til deltakarane, som mogleggjorde dette prosjektet gjennom å raust dele sine erfaringar. Takk for tilliten, gjestfriheita, og for interessa de har vist for forskingsprosjektet – det har vore både inspirerande og motiverande. Eg vil òg takke kommuneergoterapeutane som formidla kontakt med deltakarane.

Takk til rettleiarane mine, professor Torunn Hamran og førsteamanuensis Sissel Lisa Storli for å ha stått ved meg gjennom heile doktorgradsløpet. De har alltid vore tilgjengelege, og tålt uferdige tekstar når eg har trengt hjelp til å sortere tankar og ta viktige vegval. Takk for krevjande spørsmål og diskusjonar som både har utfordra og inspirert meg til å stå på vidare og utvikle tekst og tankar.

Eg vil vidare takke mine svært kloke og reflekterte kollokvievenninner Anne Martha Kalhovde og Nina Camilla Wergeland for lange og gode (og ofte svært seine...) treff. Det er utruleg kjekt å vere i lag med dykk, og de har vore viktige katalysatorar i min forståingsprosess!

I løpet av stipendiattida har eg hatt gleda av å dele kontor med fleire dyktige stipendiatkollegaer. Til Kirsti Kuosa, Ingrid Drageset og Margrete Kristiansen; takk for godt og triveleg samvær med utviklande faglege (og ikkje-faglege) ordvekslingar. Ei særleg takk til eks-kontorsambuar Bente Ervik som delte så raust med sine erfaringar og kunnskapar om artikkelskriving og publiseringsprosess i ein fase der eg sårt trengte dette. Eg vil òg takke Bodil Hansen Blix for vår PhD-poesi, lange lærerike lunsjdiskusjonar, og for at du fekk meg til å springe!

Høgskulen i Tromsø, no Universitetet i Tromsø, gav meg moglegheita til å utvikle og gjennomføre PhD prosjektet, noko eg er takksam for. Eg vil òg takke gode kollegaer ved bachelorprogrammet i ergoterapi, og medlemma i Fleirfagleg forskingsgruppe for helse- og omsorgstenester i kommunane/ Senter for omsorgsforsking Nord for gode og utviklande faglege diskusjonar og eit inspirerande og støttande arbeidsmiljø. Det er godt å jobbe i lag med dykk.

Eg vil av heile mitt hjarte takke mor, Brita og far for støtte i form av heiarop, praktisk hjelp og ein passeleg dose medynk når arbeidet har butta i mot. Takk for “mormorferiar” i Tromsø og i Sauda, som har gjort det mogleg for meg å konsentrere meg om forskning og søvn. Eg veit at dette har vore minst like viktig og fint for Idun og Olav som for meg. Eg vil òg takke svigers for barnevakt, middagsinvitasjonar og anna som har gjort familiekvardagane våre lettare og trivelegare. Det er fint å vere med i ein flokk!

Til slutt; takk til Idun og Olav, for meining og balanse, og Kent; mitt anker og grunnfjell.

Tromsø, mai 2014

Astrid Gramstad

## Samandrag

---

Formidling av tekniske hjelpemiddel til eldre er eit av fleire sentrale verkemiddel for at eldre skal kunne bu lenger heime og vere mest mogleg sjølvstendige. Det er behov for meir kunnskap om korleis eldre erfarer hjelpemiddelformidling og -bruk for å fremme god klientsentrert og evidensbasert hjelpemiddelformidling.

Formålet med PhD prosjektet var å undersøkje korleis heimebuande eldre erfarer prosessen med å få og å ta i bruk eit nytt teknisk hjelpemiddel. Prosjektet retta seg særleg mot å undersøkje prosessen med å kome fram til å søkje om eit hjelpemiddel, korleis formidlingsprosessen vart erfart av dei som skal bruke hjelpemidla, og kva mening som vart skapt når brukaren tok i bruk hjelpemiddelet. For å løfte fram meningsaspekt og kompleksitet ved desse prosessane, valte me hermeneutikk, kroppsfenomenologi, ergoterapiteoretisk forståing av aktivitet og ein sosial praksisteori bygd på kritisk teori som teoretiske inngangar. Dei tekniske hjelpemidla som PhD prosjektet fokuserte på, var hjelpemiddel for å kompensere for vanskar med å forflytte seg og å stelle seg sjølv.

Det empiriske materialet som låg til grunn for å svare på problemstillinga, innebar heimebesøk og intervju med ni eldre som budde i eigen heim og hadde søkt om eit nytt teknisk hjelpemiddel. Deltakarane vart intervjuva tre gonger kvar med nokre månaders mellomrom. Me analyserte materialet med hjelp av ei hermeneutisk-fenomenologisk forskingstilnærming, som er skildra av den nederlandsk-kanadiske pedagogen Max van Manen.

Resultata av prosjektet viser at å kome fram til avgjersla om å søkje om eit hjelpemiddel kan vere ein langvarig og subtil prosess som inneber kreativ problemløysing, å bli klar over aktuelle tekniske løysingar og å vurdere desse løysingane i lys av moglege fordelar og ulemper. Resultata viser òg at eldre sine forventningar til seg sjølv, helsepersonell og hjelpemiddelet kunne bli utfordra i løpet av hjelpemiddelformidlingsprosessen, og at dei eldre hadde ulike tilnærmingar til å handtere dette. Vidare viser resultata at mening med og bruk av hjelpemiddel må forståast kontekstuellt, med blikk for dei sosiale og fysiske samanhengane det inngår og vert gjort relevant i, av brukaren og andre. Eit nytt hjelpemiddel vil kunne bidra til auka kjensle av håp og å vere budd på framtidige vanskar, og også bidra inn i forståinga av seg sjølv. Hjelpemiddelet trong ikkje å vere brukt konkret for å ha desse meiningane for

brukaren. Samanfatta kan ein seie at prosessen med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel kan skildrast som ei gåtefull reise. Denne reisa kunne innebere uventa hendingar som utfordrar brukaren sine forståingar av seg sjølv, av hjelpemiddelet og av helsepersonell.

I lys av resultata kan ein seie at helsepersonell som arbeider med formidling av tekniske hjelpemiddel må vere sensitive ovanfor brukarar sine behov, erfaringar og forventningar gjennom heile hjelpemiddelformidlingsprosessen. Helsepersonell må vere opne for at brukarane sine behov kan endre seg, og dei må vere tilgjengelege for brukarane òg etter at hjelpemiddelet er levert ut. Helsepersonell må anerkjenne brukaren som ein aktiv deltakar, og ha eit blikk for fleire av dei kontekstane som brukaren deltek i for å optimalisere hjelpemiddelformidlinga og bruken av hjelpemiddelet. Avhandlinga bidreg òg med ny innsikt om kompleksiteten mellom eldre brukarar og tekniske hjelpemiddel, som kan vere til nytte i vidareutvikling av hjelpemiddelformidlingstenester og for å utvide forståinga av heimebuande eldre. Hjelpemiddelformidlingstenester til eldre som bur heime bør ta utgangspunkt i at hjelpemiddelet skal inngå i brukaren sitt livsprosjekt.

## Abstract

---

Providing assistive technology devices (ATD) is one of many interventions used to enable older individuals to age at home and has the promise to be a cost-effective and constructive part of the solution to future health care challenges. There is a paucity of knowledge regarding older individual's experiences of ATD service delivery and ATD use. Such knowledge would enhance evidence-based and client-centred ATD provision.

The aim of the PhD project was to investigate the experiences of older individuals living in their ordinary homes as they received and started to use an ATD. The project specifically investigates the process of deciding to apply for an ATD, the service delivery process as experienced by the older individual, and the meanings of a new ATD for the older individual. To allow for an investigation of the complexity of these situations as well as the meaning dimensions involved in these processes, we chose insights drawn from hermeneutics, phenomenology, occupational therapy theory and critical theory as theoretical framework.

The participants were recruited among a purposeful selected sample of individuals >67 years old who had applied for an ATD to compensate for difficulties in mobility, performing self-care or both. The project included three qualitative in-depth interviews with each participant. The first interview occurred after the participant had applied for the ATD, but before the ATD was delivered. The second interview occurred after the ATD was delivered. The third and final interview occurred after the participant had had the ATD for at least two months. All interviews, except for one, were conducted in the home of the older individual. The interviews were analysed within a hermeneutical-phenomenological perspective according to the Dutch-Canadian professor of education, Max von Manen.

The results shows that the decision to apply for an ATD may be prolonged and subtle and involve creative problem-solving, becoming aware of ATDs that could be a possible solution to a difficult situation and considering the ATD's potential benefits and downsides. The results show that meanings of the ATD did not depend on whether the ATD was actively used. Experiences during the ATD service delivery process could challenge the older individual's previous understandings and provide opportunities to learn more about oneself and about others. The ATD was used by the older individual in many ways and not only to overcome defined occupational difficulties. A new ATD could contribute to experiences of



hope and preparedness, and enhance perceptions of self-worth. Taken together, experiences of receiving and starting to use an ATD must be understood in connection to the contexts where the older individuals are using it. The process of receiving and starting to use an ATD could be interpreted as an enigmatic journey. This enigmatic journey could entail unexpected events that challenge both the expectations of health care professionals and preconceptions of oneself. The results confirm the hermeneutical insight that humans are not only natural objects but are also enigmatic in ways that are unknown to themselves and others.

This thesis contributes with new insights on the complexity concerning older individuals and ATD that is valuable in developing client-centred and evidence-based ATD service delivery. This thesis also adds to an understanding of older individuals as unique, dynamic and enigmatic individuals. The insights from the project urges health care professionals assisting older individuals in the ATD service delivery process to be sensitive towards the dynamic and unique experiences and expectations of the older individual. The health care professionals should be present when the ATD is delivered. They should also acknowledge the older individual as an active participant, and be attentive towards the multitude of contexts that older individuals move across, to optimize the ATD service delivery and use of the ATD. The insights from this study encourage health care professional to acknowledge the ATD service delivery process as a part of the user's "life project".

## Liste over artiklane

---

1. Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2013) 'Do I need it? Do I really need it?' Elderly peoples experiences of unmet assistive technology device needs. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(4), 287-293
2. Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2013) Older individuals' experiences during the assistive technology device provision process. *Scandinavian journal of occupational therapy*. Akseptert for publisering 15.12.2013
3. Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2014) Exploring the meaning of a new assistive technology device for older individuals. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. Akseptert for publisering 1.5.2014

## 1 Introduksjon

---

Formidling av tekniske hjelpemiddel er ein av fleire sentrale intervensjonar for at eldre skal kunne fortsette med å bu heime så lenge som mogleg. Dette kan vere eit formålstenleg tiltak for å kompensere for vanskar med å utføre aktivitetar i kvardagslivet. Tekniske hjelpemiddel kan slik vere både nyttig og viktig for eldre personar. Likevel viser forskning at meiningsdimensjonar ved tekniske hjelpemiddel kan medverke til at eldre har motstand mot å søke om, og å ta i bruk desse. Forsking har òg avdekka at eldre personar lev med udekkede behov for hjelpemiddel, medan anna forskning peikar på at eldre har hjelpemiddel heime som dei ikkje brukar. Ein veit lite om korleis heimebuande eldre erfarer prosessen med å søkje om, få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel. Føremålet med PhD prosjektet er å dekke noko av dette kunnskapsgapet ved å løfte fram og studere erfaringane til heimebuande eldre når dei får og tek i bruk tekniske hjelpemiddel.

PhD prosjektet rettar seg særleg mot å undersøkje prosessen med å kome fram til å søkje om eit hjelpemiddel, korleis formidlingsprosessen vert erfart av dei som skal bruke hjelpemidla, og kva meining som vert skapt når brukaren tek i bruk det tekniske hjelpemiddelet. Dei tekniske hjelpemidla som PhD prosjektet fokuserer på, er hjelpemiddel for å kompensere for vanskar med å forflytte seg og å stelle seg sjølv.

For å frambringe materiale som grunnlag for å utforske dei eldre sine erfaringar, var det gjennomførte me tre kvalitative intervju med ni eldre som hadde søkt om – og fekk eitt eller fleire nye hjelpemiddel. Dei fleste intervju vart gjennomført i heimen til deltakaren. Teoretiske ledetrådar om menneskeleg aktivitet, høvet mellom menneske og teknologi og forståing av endring og kvardagsleg praksis, har bidratt til å kaste lys over og forstå erfaringane til deltakarane. Det er eit mål at resultata av PhD prosjektet skal bidra til innsikt i relasjonar mellom menneske, aktivitetsvanskar, tekniske hjelpemiddel og dei samanhengane desse inngår i, samt at forståinga av brukarerfaringane som vert løfta fram kan bidra til å vidareutvikle klientsentrert hjelpemiddelformidling i kommunehelsetenestene.

I kapittel 2 har eg valt å gje ein del plass til dei norske helsepolitiske føringane som har kome til uttrykk dei siste åra. Eg viser her at det har skjedd ei dreining i den offentlege merksemda mot heimebuande eldre med fokus på korleis ein kan bidra til at desse kan bu lenger heime.

Eg viser korleis velferdsteknologi vert forstått innan helsepolitikken, og presiserer mi forståing av tekniske hjelpemiddel og teknologi. I dette kapitlet presenterer eg òg dei organisatoriske rammene for formidling av tekniske hjelpemiddel, for å skildre feltet eg har studert. I kapittel 3 gjev eg ei oversikt over sentrale tema innan norsk, nordisk og internasjonal forskning omkring heimebuande eldre og tekniske hjelpemiddel. I kapittel 4 presiserer eg formålet med og problemstillingane for PhD prosjektet. I kapittel 5 gjer eg greie for dei teoretiske perspektiva eg har valt for å få innsikt i og forståing for tematikken for prosjektet. I kapittel 6 skildrar eg metoden eg har nytta meg av for å skape og arbeide med det empiriske materialet. I kapittel 7 presenterer eg resultata av PhD prosjektet. I kapittel 8 diskuterer eg resultata, før eg i kapittel 9 gjev ei oppsummering og konklusjon av hovudpoenga i avhandlinga, samt gjer meg tankar om behov for framtidig forskning.

## 2 Bakgrunn og samfunnsmessig relevans

---

Befolkningsframskrivingar peikar på at Noreg i nær framtid vil få ein forholdsvis stor del av eldre innbyggjarar i høve til personar i yrkesaktiv alder (Statistisk sentralbyrå, 2009).

Samstundes har talet på brukarar av kommunale heimebaserte tenester under 67 år tredobla seg i løpet av dei siste tjue åra (Brevik, 2012). Dette gjev fleire utfordringar for helse- og omsorgssektoren framover, mellom anna gjennom auke i etterspurnad etter kompetent helsepersonell og ein forholdsmessig reduksjon av yrkesaktive personar (Helsedirektoratet, 2012a, Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b).

Eit viktig statleg verkemiddel for å kome desse utfordringane i møte, er Samhandlingsreforma som vart vedteke i 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreforma tok utgangspunkt i tre aktuelle og framtidige helse- og omsorgsutfordringar retta mot at helse- og omsorgstenestene vart erfart som fragmenterte og ikkje var nok innretta mot å førebyggje og avgrense sjukdom, samstundes som at den demografiske utviklinga og endringa i sjukdomsbilete ikkje vil kunne møtast innanfor dei tilgjengelege ressursane. For å kome desse utfordringane i møte, legg Samhandlingsreforma opp til ein ny kommunerolle som i større grad skal ta ansvar for helsa til innbyggjarane gjennom førebyggjande og helsefremmande tiltak og gjennom å ta meir ansvar for heilskaplege pasientforløp der folk bur. Denne nye kommunerolla vart nedfelt i ein ny folkehelselov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a) og ein ny helse- og omsorgstenestelov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) som trådde i kraft i 2012.

Det er altså særleg kommunesektoren som må rustast for å møte omsorgsutfordringane som kjem. Samhandlingsreforma legg vekt på tidleg intervensjon for å unngå, utsetje eller redusere sjukdom, og med den nye folkehelselova er kommunane sitt ansvar for å arbeide med nettopp dette nedfelt i lovform. I sine merknadar til Helse- og omsorgstenestelova skriv helse- og omsorgsdepartementet at det er eit føremål at den einskilde skal verte mest mogleg sjølvhjulpen i daglege gjeremål (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Departementet skriv vidare at tenesta òg skal innebere opplæring i dagleglivet sine praktiske gjeremål dersom det er formålstenleg.

Kvardagsrehabilitering, eller intensiv, tverrfagleg rehabilitering i heimen til brukaren, ser ut til å gje gode økonomiske og helsemessige resultat i Norden (Kjellberg et al., 2012, Ness et al., 2012, Kjellberg and Ibsen, 2010). Samanfatta internasjonal forskning indikerer òg at tidsavgrensa, fleirkomponent intervensjonar kan redusere behov for helse og omsorgstenester i høve til det ein kunne ha forventa om personen fekk andre omsorgstenester (Ryburn et al., 2009). Heimebasert rehabilitering treng heller ikkje å vere mindre effektiv enn rehabilitering som finn stad på sjukehus (Stolee et al., 2011). Norske styresmakter ynskjer difor at ein satsar meir på kvardagsrehabilitering framover; ei utfordring som kommunane ser ut til å ta i mot (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, Rambøll, 2012, Helsedirektoratet, 2012b, Hauglum, 2012). Sjølv om kvardagsrehabilitering er ein etter måten ny arbeidsmetode i Noreg, er det allereie gjennomført undersøkingar om erfaringar frå kommunar som har arbeida målretta med rehabilitering i heimen. Undersøkinga viser at kommunane har ei klar oppfatning om at kvardagsrehabilitering er økonomisk besparande og gjev betre ressursutnytting (Rambøll, 2012). Vidare er både brukarane og dei tilsette nøgde med denne måten å arbeid på (Rambøll, 2012). Kvardagsrehabilitering verkar slik å vere ei velegna strategi for å møte det aukande behovet for pleie- og omsorgstenester i kommunane. Ut i frå dette vil eg hevde at fokus på heimen som rehabiliteringsarena har blitt styrka i løpet av dei siste åra.

Forskningsrådet er Noregs forskingsstrategiske organ, og står sentralt som forskingspolitisk rådgjevar for Regjeringa. Mandatet til Forskningsrådet er både å identifisere behov for og føreslå prioriteringar for forskning i tråd med helsepolitiske føringar, samt å finansiere forskning som er i tråd med desse prioriteringane. Med utgangspunkt i dei helsepolitiske føringane målber no Forskningsrådet eit nasjonalt behov for forskning på ulike former for tilbod som gjer eldre i stand til å bu lenger heime. Forskningsrådet ynskjer òg å prioritere pasientnær forskning. Dette kjem mellom anna til uttrykk i Forskningsrådet sine satsingar “fleire aktive og sunne år” (Forskningsrådet, 2012a), og det nye programmet “Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester” som skal stimulere til auka forskning og innovasjon innan helse- og omsorgssektoren (Forskningsrådet, 2013). Det er òg eit uttala mål å stimulere til betre samarbeid mellom privat og offentleg sektor for å fremme innovasjon i helse- og omsorgstenestene (Forskningsrådet, 2012b).

Men omsorgsutfordringane framover skal ikkje berre møtast gjennom forskning og innovasjon i offentleg og privat sektor. I dei helsepolitiske dokumenta eg har referert tidlegare kan ein lese forventningar om at framtidens eldre kjem til å nytte sine rike kunnskaps-, økonomi- og helseressursar, samanlikna med tidlegare generasjonar, til å oppretthalde og ivareta eiga helse. Mellom anna skildras “den nye eldregenerasjonen” slik i innleiinga til stortingsmelding 29, “Morgendagens omsorg”:

De nye eldre har både høgere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også meir teknologivante og vil bestemme mer på egenhånd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

Aktiv aldring, eller “active ageing”, som Verdas helseorganisasjon (WHO) definerer som “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” (2002 s.12) vert òg framheva som ein viktig førebyggjande strategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). I NOU 2011:11; “Innovasjon i omsorg” vert det oppfordra til å utvikle ein meir aktiv seniorpolitikk som legg til rette for auka medbestemmelse og medansvar for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c).

I tillegg til at brukarrolla vert sett lys på og stilt forventningar til, vert òg pårørande, frivillige organisasjonar og lokalmiljø løfta fram som sentrale aktørar i framtidens omsorgstenester i offentlege utgreiingar og omsorgsplanar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c, Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). “Næromsorg”, det vil seie at dei offentlege helse- og omsorgstenestene er ein del av nærmiljøet i nært samspel med brukarane, pårørande og sosiale nettverk, friviljuge, lokale organisasjonar og verksemdar, vert framheva som ideal for ei god omsorgsteneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Eit eksplisitt helsepolitisk mål er altså å arbeide for at eldre skal kunne bu heime og vere sjølvstendige lengst mogleg. Formidling av tekniske hjelpemiddel er eit verkemiddel for å nå dette, ved at teknologien kan bidra til å “hindre institusjonalisering, gi brukerne større uavhengighet av hjelpeapparatet og et bedre lokalt medisinsk tilbud” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006 s.13). Tekniske hjelpemiddel som felt har fått aukande

merksemd frå styresmakter og fagmiljø etter at dette PhD prosjektet vart starta i 2007. Ein SINTEF rapport frå 2009 slo rett nok fast at forskinga på tekniske hjelpemiddel var manglande og fragmentert (Kurtze and Hem, 2009). Men på bakgrunn av omsorgsutfordringane knytt til ei aldrande befolkning, har potensialet ved teknologi som verkemiddel for å auke sjølvstende og lette pleie fått meir merksemd, mellom anna ved to offentlege utgreiingar i 2010 og 2011.

NOU 2010:5, “Aktiv deltaking, likeverd og inkludering. Et helhetlig hjelpemiddeltilbud” vurderte det norske hjelpemiddelformidlingssystemet (Arbeidsdepartementet, 2010). Denne utgreiinga peika på at eit framtidig norsk hjelpemiddelformidlingssystem i større grad må vektlegge brukarmedverknad, større valfriheit og forenkling i søknadsprosedyrar. Som ein følge av denne utgreiinga, vart det i januar 2014 innført ei ny ordning for tilskot til rimelege hjelpemiddel. Denne ordninga inneber at brukarar kan, etter søknad, få utbetalt ein sum på 2 000 kroner for å kjøpe inn det hjelpemiddelet som dei sjølv meiner dei er mest tent med i staden for å få utlevert det som er Hjelpemiddelsentralen si lagervare (NAV, 2014).

Det såkalla Hagen-utvalet, leia av Kåre Hagen, leverte si offentlege utgreiing “Innovasjon i omsorg” i 2011. Denne utgreiinga la opp til store forventningar til kva teknologi kunne bidra med inn i helse og omsorgssektoren i kommunane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Hagen-utvalet hevda her at velferdsteknologi vil kunne bidra til at einskildmennesket betre kan meistre eige liv og helse, samt styrke det offentlege si oppgåveløysing for å betre kunne møte dei framtidige omsorgsutfordringane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). For å møte dei framtidige omsorgsutfordringane skisserer Hagen-utvalet opp fem forslag. Det første forslaget inneber satsing på “næromsorg” og mobilisering av ressursar i lokalmiljøet, som er nemnt tidlegare i dette kapitlet. Det andre forslaget er “Teknoplan 2015” for å vidareutvikle potensialet til teknologi som støtte i omsorgssektoren. Planen inneber å vidareutvikle tryggleiksalarm til tryggleikspakke, i større grad ta i bruk moderne kommunikasjonsteknologi og sosiale media i omsorgssektoren, samt ta i bruk teknologi for å stimulere, underhalde, aktivisere og strukturere kvardagen til brukarane av omsorgstenestene. Det tredje forslaget “Nye rom” rettar seg mot å planlegge og tilrettelegge for gode bustadar for framtidige brukarar av helse- og omsorgstenestene. Dei to siste forslaga til Hagen-utvalet er eit nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg og ei vidareutvikling av omsorgsfeltet som



næring, for å stimulere til å tenke innovativt og nytt og slik kome fram til gode løysingar på dei framtidige utfordringane. “Innovasjon i omsorg” har utløyst eit sterkt nasjonalt fokus og tru på teknologi som verkemiddel for å løyse framtidias helse- og omsorgsutfordringar, noko som kjem til uttrykk både gjennom lokale og regionale prosjekt (sjå mellom anna Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2014, Sintef, 2013, Tromsø kommune, 2013, Thygesen, 2012, Sintef. Teknologi og samfunn, 2012), og som ei helsepolitisk satsing framover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Med Hagen-utvalet sin NOU vart velferdsteknologi som omgrep for alvor lansert i Noreg. I Europa nyttas ofte omgrepet “ambient assisted living” (AAL) for å skildre dette feltet, men omgrepet er mindre omfemnande enn korleis ein tenkjer omkring velferdsteknologi i Noreg (Helsedirektoratet, 2012b). AAL er avgrensa til å omhandle informasjon og kommunikasjonsteknologi for å auke livskvalitet til eldre. Hagen-utvalet definerer velferdsteknologi slik

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. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c s.99)

Hagen-utvalet skil mellom fire typar av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c);

1. Teknologi som vert nytta for å auke tryggleik og sikkerheit, som til dømes tryggleiksalarm og varslings og overvakingssystem
2. Teknologi for sosial kontakt, som mellom anna mogleggjer og fremmer bruk av sosiale media
3. Teknologi for behandling og pleie som mogleggjer behandling i heimen framføre på sjukehus
4. Teknologi til kompensasjon og velvære, som tekniske hjelpemiddel til forflytting, kompensasjon for fysiske handikap, manglande fysisk styrke, sansetap eller reduserte kroppsfunksjonar samt omgjevnadskontroll og teknologiske tilpassingar i bustaden

Eg har fokusert på denne siste typen av velferdsteknologi, men handsamer ikkje den “nye” teknologien som IKT, overvaking, alarmer og robotar. I det følgjande nyttar eg difor

omgrepet “tekniske hjelpemiddel” i staden for velferdsteknologi. Tekniske hjelpemiddel omfattar likevel fleire område og typar av teknologisk støtte, både til bruk for å kompensere for vanskar i dagliglivet og for å lette pleie. Eg fokuserer på tekniske hjelpemiddel som vert søkt for å kompensere for vanskar med forflytting eller å stille seg sjølv, og som skal brukast av personen som erfarer slike vanskar. Denne avgrensinga vart teken då dette er aktivitetar som eldre ofte først erfarer vanskar med (Dunlop et al., 1997). I avgrensinga ligg òg at eg i utgangspunktet ikkje kjem til å ha merksemd på hjelpemiddel som skal nyttast av andre enn dei heimebuande eldre.

Eg har i det førre vist at tekniske hjelpemiddel er eit aktuelt tema i det politiske landskapet i Noreg. Eg vil likevel òg poengtere at teknologi òg er eit stort forskingsfelt og tema innan mange fag og vitskapsområde, som til dømes telemedisin, tekniske fag og sosiologi. På den eine sida kan ein her finne optimisme i høve til teknologien sine framskritt og dei positive sidene ved å utvikle og ta i bruk ny teknologi. På den andre sida kan ein sjå ein skepsis mot teknologiutviklinga, og kva moglege utilsikta konsekvensar den nye teknologien vil få for brukarar, samfunn og relasjonane mellom desse. Den norske forskaren Ingunn Moser hevdar mellom anna at mobilisering av nye teknologiar for å avhjelpe aktivitetsvanskane til personar med funksjonshemming bidreg til å oppretthalde eit skilje mellom normal/ unormal (Moser, 2006). Ei feministisk tilnærming til teknologi har løfta fram innsikter om at teknologi ikkje er avgrensa til gjenstandar, men ber i seg kulturar og praksisar som får betydning for forståing og strukturar av makt (Wajcman, 2010). Desse perspektiva gjev verdifulle bidrag til å utdjupe innsikter om relasjonar mellom teknologi, menneske og samfunn.

Eg sluttar meg til ei forståing av teknologi som noko som ikkje er nøytralt, men heller ikkje innehar meining i seg sjølv (Costall and Dreier, 2006). Teknologi vert inkorporert i våre aktivitetar over tid, og inngår i relasjonar med anna teknologi og andre menneske, og meininga ved teknologien vert slik skapt av brukarane (Costall and Dreier, 2006). Om ein søkjer å forstå kva meining og nytte teknologi kan ha, vert det dimed relevant å sjå på kva samanhengar teknologien inngår i. Ein må òg vere merksam på at desse samanhengane og relasjonane kan vere dynamiske og endre seg med tid og i ulike kontekstar.

Eg vil løfte fram brukarperspektivet ved innføring av teknologi, gjennom at eg studerer erfaringane til dei som treng, søkjer om og brukar tekniske hjelpemiddel. Desse brukar erfaringane er viktige å løfte fram av di dei kan gje innsikt og forståing for dynamikken

i relasjonar mellom brukar, omgjevnad, teknologi og aktivitet. Slike innsikter og forståingar vil vere eit grunnlag for å leggje til rette for gode hjelpemiddelformidlingsprosessar.

Eg vil no gjere kort greie for strukturen og innhaldet i formidling av hjelpemiddel i Noreg, før eg samanfattar rasjonalet for PhD prosjektet.

## 2.1 Hjelpemiddelformidling i Noreg

---

For å få støtte til eit teknisk hjelpemiddel, må ein ha ei varig (definert som over to år) og vesentleg innskrenka funksjonsevne grunna sjukdom, skade eller lyte (Arbeidsdepartementet, 2007, Rikstrygdeverket, 2003). Teknologien skal gje den einskilde moglegheit til å betre meiste eige liv og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Hjelpemiddel har ein funksjon i den grad det løyser problem som er viktige for brukaren å få løyst (Rikstrygdeverket 2003: 11). Hjelpemiddel skal løyse praktiske problem, virke kompensierende og må sjåast i samanheng med andre tiltak rundt brukaren. At brukaren er motivert er ein føresetnad for at hjelpemidlet skal fungere tilfredsstillande. Vedtak om hjelpemiddel skjer etter skriftleg søknad der brukar og/ eller fagperson synleggjer at hjelpemiddelet er formålsteneleg og naudsynt i høve til personen sine aktivitetsvanskar. Rettane til å få stønad til hjelpemiddelet er nedfelt i lov om Folketrygd, kapittel 10 ”Ytelser under medisinsk rehabilitering” (Arbeidsdepartementet, 2007).

Det er den norske arbeids- og velferdsforvaltinga (NAV) som har det overordna ansvaret for administrasjon, iverksetting, oppfølging og utvikling av hjelpemiddelområdet. For å administrere formidlinga av tekniske hjelpemiddel, er det ein NAV Hjelpemiddelsentral i kvart fylke. I tillegg finnes nasjonale kompetansesenter som tilbyr ekspertise på særskilt kompliserte område innan hjelpemiddelformidling som til dømes bil og informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). Hovudansvaret for formidlinga av tekniske hjelpemiddel ligg likevel til kommunane der den einskilde søker bur (Rikstrygdeverket, 2003, Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette ansvaret omfattar alle ledda i formidlingsprosessen, samt å koordinere hjelpemiddelformidlinga med aktuelle samarbeidspartnarar og å sørge for at brukaren medverkar i prosessen (ibid.). Dette ansvaret er nedfelt i forskrift om habilitering og rehabilitering, kapittel 2, § 7 og § 11 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a). Ein fortsatt kommunal modell for hjelpemiddelformidling, med kjennskap og nærleik til brukarane er òg stetta i den offentlege utgreiinga om hjelpemiddelformidling, NOU 2010:5

(Arbeidsdepartementet, 2010). I ein kommunal modell for hjelpemiddelformidling vil kommuneergoterapeutar vere ei sentral yrkesgruppe i høve til å bistå og samarbeide med brukarane for å finne den beste velferdsteknologiske løysinga til brukaren sine aktivitetsutfordringar.

I følgje statistikk frå NAV har det vore ein auke i utgifter knytt til hjelpemiddelformidling; særskilt i høve til tekniske hjelpemiddel som vert nytta til forflytting (NAV, 2007). Det vart i 2007 brukt over 2,7 milliardar kroner på hjelpemiddel til betring av funksjonsevna, og av desse var utgiftsposten til hjelpemiddel til forflytting på over ein milliard norske kroner (NAV, 2007). Den største brukargruppa av hjelpemiddel i 2009 var eldre over 67 år, som utgjorde 53 % av brukarane (Arbeidsdepartementet, 2010). Likevel viser statistikk frå hjelpemiddelsentralane at det er ein nedgang i aktivitet etter 2007. Mellom 2007 og 2010 gjekk til dømes talet på brukarar av hjelpemiddelsentralen i Troms ned med 25 %, og det var ein reduksjon i talet på nye hjelpemiddelbrukarar på heile 64 % i denne perioden (NAV, 2013b, NAV, 2008b)<sup>1</sup>. Ved hjelpemiddelsentralen i Møre- og Romsdal var det ein nedgang på 16 % når det gjaldt tal på brukarar i perioden mellom 2009 og 2012, men talet på nye brukarar vart redusert med heile 47 % (NAV, 2013a, NAV, 2008a). Sjølv om det ser ut til å vere færre brukarar og mindre vekst i hjelpemiddelbehov i denne perioden, er det likevel grunn til å tru at dette talet vil auke med den demografiske utviklinga.

## 2.2 Rasjonale for PhD prosjektet

---

Oppsummert er det eit stort og uttala samfunnsbehov å gjere eldre i stand til å bu heime så lenge som mogleg. For å imøtekomme dette behovet er det stor tru på å utvikle heimen som rehabiliteringsarena, og å implementere teknologiske løysingar i heimane for å auke sjølvstende til eldre som erfarer vanskar med å utføre aktivitetar i dagleglivet. Samstundes er det eit aukande fokus på brukarmedverknad i tenestene, noko som stiller krav både til fleksible og brukarorienterte helsetenester, men også til aktive og ressurssterke brukarar.

---

<sup>1</sup> I 2007 var det 6280 personar som fekk utlevert hjelpemiddel frå hjelpemiddelsentralen i Troms, og 3499 av desse var nye hjelpemiddelbrukarar (NAV, 2008b). I 2010 derimot, var det 4715 personar som fekk utlevert hjelpemiddel, og berre 1270 nye hjelpemiddelbrukarar (NAV, 2013b). I 2008 leverte hjelpemiddelsentralen i Møre og Romsdal ut nye hjelpemiddel til 8030 personar i 2008, medan 6706 personar fekk hjelpemiddel i 2012 (NAV, 2013a, NAV, 2008a). Talet på nye hjelpemiddelbrukarar i Møre og Romsdal gjekk òg ned i denne perioden frå 3722 personar i 2008 til 2017 personar i 2012 (NAV, 2013a, NAV, 2008a).

Mykje av samfunnsutviklinga som er referert i dette kapitlet har gått føre seg parallelt med framdrifta i PhD prosjektet. Som tidlegare kommuneergoterapeut er eg glad for den helsepolitiske satsinga på primærhelsetenesta og vektlegginga av heim som ein sentral og viktig rehabiliteringsarena. Når eg ser optimismen til velferdsteknologi som løysing på framtidige omsorgsbehov, saman med helsepolitiske oppfordringar til å implementere slike løysingar i heimane til eldre, undrar eg meg likevel om politikarar og helsevesenet er *for opptekne* av teknologien i seg sjølv og løysingane dei har potensiale for, enn erfaringane, vanskane, kontekstane og prosessane til personane som skal ta teknologien i bruk? Kva er det i så fall me mister av perspektiv, og kva vil slike perspektiv kunne bidra til?

Formidling av tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre er ei stor, viktig og ikkje minst kompleks arbeidsoppgåve. Frå grunnutdanninga og gjennom samhandling med samarbeidspartnarar i praksis opplevde eg likevel at denne arbeidsoppgåva vart sett på som ein enkel teknisk prosedyre. Eg forsto at det eksisterte ei antaking om at formidlingsprosessen ikkje kravde så mykje vurderingar, refleksjon og terapeutisk samarbeid med brukar som andre av mine arbeidsoppgåver. Denne tekniske forståinga av formidling av hjelpemiddel slo sprekkar i klinisk praksis, der det viste seg at formidlinga kravde godt samarbeid mellom brukar og meg som terapeut, og at prosessen kunne vere komplisert og krevjande for begge partar. Eg erfarte òg at brukaren og eg kunne ha ulike oppfatningar og forståingar av brukaren sin situasjon, aktivitetsvanskar og hjelpemiddelbehov. Me kunne ha ulike forventningar til kvarandre, og kva kvar av oss skulle bidra med i samarbeidet.

Lege, fenomenolog og MS-sjuka Kay S. Toombs peikar på og kastar lys over avstanden mellom hjelpetrengande og hjelpar, gjennom si fenomenologiske analyse av meininga ved sjukdom (1993). Ho viser her at meininga ved sjukdom som er grunnlagt i levd erfaring, er fundamentalt annleis enn meininga ved sjukdom til nokon som ikkje sjølv lev denne erfaringa. Dimed vil pasientar og legar ha ulike og unike perspektiv, og kommunisere med kvarandre frå ulike “verder”, der kvar “verd” gjev ein unik horisont av meining (Toombs, 1993 s.XV). Medan legen “interprets the patient’s illness as a typified instance of a particular disease state, the patient encounters the disorder as a unique personal event” (Toombs, 1993 s.19-20). Om hjelpar og den hjelpetrengande trur dei snakkar om same verkelegheit, tek dei difor feil, og kan ende opp med å misforstå kvarandre og ende opp med tiltak, løysingar og

samarbeid som kan vere langt frå optimale. Sjølv om det kan vere utfordrande for den hjelpetrengande å artikulere sine erfaringar, er det likevel sentralt å undersøkje desse erfaringane, og utforske meiningar ved erfaringane, for å kunne vere ein god hjelpar. For å kunne legge til rette for klientsentrert og evidensbasert hjelpemiddelformidling til heimebuande eldre vil det difor vere viktig å kjenne til erfaringane til brukargruppa både med aktivitetssvanskane, hjelpemiddelet og formidlinga.

Eg har valt å avgrense dette PhD prosjektet til å sjå på brukarane sine erfaringar med hjelpemiddelbruk og –formidling. Eg har undra meg over korleis desse prosessane kan erfarast for heimebuande eldre, og korleis eg, som tidlegare kommuneergoterapeut og noverande forskarstudent, kan vere med å gje eit bidrag som kan leggje til rette for å vidareutvikle klientsentrert og kunnskapsbasert praksis. Dette PhD prosjektet er slik både eit tilsvar på eiga nysgjerrigheit så vel som samfunnsmessige og helsepolitiske behov. Eg vil no gå gjennom kunnskapsgrunnlaget som ligg føre gjennom norsk og internasjonal forskning om erfaringar til eldre med hjelpemiddelformidling og – bruk, før føremålet og hovudproblemstillingane for PhD prosjektet vert presentert.

### 3 Tidlegare forskning om formidling og bruk av tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre

---

Den norske forskingsstiftinga Sintef gjorde i 2009 ei kunnskapsoppsummering som konkluderte med at norsk forskning om eldre sine erfaringar med hjelpemiddelformidling og – bruk var i startgropa (Kurtze and Hem). Forfattarane av rapporten fann då så lite forskning at masteroppgåva mi om hjelpemiddelformidling i kommunane (Gramstad, 2007) òg vart trekt fram og inkludert som bidrag til kunnskapsfeltet.

I løpet av dei siste åra har det likevel vore ei aukande interesse for å forske på tekniske hjelpemiddel i Noreg. Det er mellom anna eit nasjonalt forskingsmiljø som studerer innføring og bruk av tekniske hjelpemiddel til personar med demens. Her står til dømes ergoterapeut og forskar Torhild Holte ved nasjonalt kompetansesenter for aldring sentralt i ei rad med nasjonale og internasjonale forskingsprosjekt (sjå mellom anna Holthe et al., 2013, Holthe and Walderhaug, 2010, Jensen et al., 2008, Hagen et al., 2007, Hagen et al., 2004). Ergoterapeut og førsteamanuensis Hilde Thygesen ved Diakonhjemmets høyskole forskar òg på tenesteforماسjonar der tekniske hjelpemiddel retta mot å lette kvardagen for personar med demens og deira nærståande inngår (sjå mellom anna Thygesen et al., 2009, Thygesen, 2009). I det seinare har velferdsteknologi til personar med demens og deira pårørande slik fått mykje merksemd nasjonalt, i tråd med internasjonale trendar som vektlegg forskning knytt til teknologi og demens. Eg vil likevel konsentrere meg om forskning omkring bruk og nytte av tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre som ikkje har kognitiv svikt.

Sidan oppstarten av PhD prosjektet i 2007, har forskning om eldre og teknologi auka sterkt, som vist i tal på publiserte artiklar i tidsperioden. Fram til 2007 vart 1,597 artiklar publisert innan emnet eldre og teknologi, i følgje databasen Cinahl. I februar 2014 fann eg 3,347 artiklar om same tema, i same database. Det er altså dobbelt så mykje forskingsartiklar no som då eg starta prosjektet, noko som er positivt med tanke på at ein no veit meir om eit viktig tema. Likevel har den sterke veksten gjeve nokre utfordringar med tanke på å halde oversyn over forskingstrendar, -miljø og -resultat. Eg vil i det følgjande gje eit kort innblikk i utviklinga på forskingsfeltet før eg presiserer avgrensingane for den vidare litteraturgjennomgangen.

Dei siste tjue åra har det vakse fram eit nytt tverrfagleg forskingsfelt; geronteknologi<sup>2</sup>, som analyserer relasjonar mellom eldre og teknologi. Medan forskning innan fagfeltet sosialgerontologi dei siste tiåra er blitt meir oppteken av teknologi og forholdet mellom teknologi og aldring, er det òg skjedd ei interesseforskyving innan teknologiske forskingsmiljø (Bouma, 2012, Rodeschini, 2011). Teknologimiljøa er blitt meir opptekne av brukaren av teknologien i denne perioden, og rettar i større grad òg merksemda mot eldre som teknologibrukarar (Rodeschini, 2011). Geronteknologi involverer både gerontologi, utvikling og distribusjon av teknologi, omgjevnadar og tenester i tilknytning til dette (Renda, 2012). Den internasjonale foreininga for geronteknologi definerer geronteknologi som “designing technology and environment for independent living and social participation of older persons in good health, comfort and safety” (International society for gerontechnology, 2014b). Feltet er svært breitt, og femnar om alle typar teknologi som kan vere til nytte eller glede for eldre, pårørande og helsepersonell (Bouma, 2012, Cohen-Mansfield and Biddison, 2007).

Geronteknologisk forskning har utvunne kunnskap om eldre som teknologibrukarar, og peikar mellom anna på at eldre saktar akterut når det gjeld å skaffe seg og handtere ny teknologi (Olson et al., 2011, Broady et al., 2010). Dette er assosiert med det ein har kalla “teknologisk segregering” eller “digital kløft”, der eldre er ei av gruppene som på grunn av ulike vanskar med å få tilgang til og bruke teknologi ikkje får delta på sentrale samfunnsarenaer på lik linje med andre grupper (van Dijk and Hacker, 2003). Eit døme på dette, kan vere eldre som overlet pin-kode og personlege opplysningar til andre for å få hjelp med å administrere kontoen sin i nettbanken, og slik både utset seg for ein tryggleiksrisik og heller ikkje har same føresetnadar for å ha kontroll over eigen økonomi, som om dei hadde handtert desse elektroniske verktya sjølvstendig (Chen and Chan, 2013).

Ein annan trend innan forskning omkring menneske-teknologi relasjonar, er vitskaps- og teknologistudier, eller science and technology studies (STS), eller teknovitskap. Dette er ei tverrfagleg og ueinsarta rørsle, som rettar fokus mot korleis vitskap og teknologi grip inn i og bidrar til å forme samfunn og politikk (sjå mellom anna Bauchspies et al., 2006, Asdal et al., 2001b). Denne rørsla inkluderer forskning om eldre og teknologi, men skil seg frå

---

<sup>2</sup> Det er brukt noko ulike omgrep for å skildre dette feltet. På engelsk er både gerontechnology og gerontotechnology brukt. Gerontotechnology ser likevel ut til å ha befestast seg som den offisielle nemninga (Wikipedia, 2014, International society for gerontechnology, 2014a). Både geronteknologi og geronteknologi er brukt på norsk og svensk. I tråd med den engelske trenden, har eg valt å bruke nemninga geronteknologi.



geronteknologifeltet ved å ikkje avgrense seg til eldre som brukargruppe. I staden femner teknovitenskap breitt for å “forstå og håndtere vitenskapenes og teknologienes virkelighetsformende kraft” (Asdal et al., 2001a s. 10).

Sjølv om eg trekk vekslar på forskning som er gjort innan desse vitenskapsrørslene, avgrensar eg meg til å sjå på ein særskilt teknologikategori; nemleg tekniske hjelpemiddel som eldre personar søkjer om og får av særskilte grunnar; nemleg for å avhjelpe eit aktivitetsproblem, lette pleie eller kompensere for fysisk funksjonshemming. I særleg grad har eg søkt etter forskning som omhandlar tekniske hjelpemiddel til forflytting eller å stelle seg sjølv, men nokre andre hjelpemiddel er òg inkludert i den forskinga eg presenterer her.

Så kva type empiri er det som forskinga på hjelpemiddel og eldre baserer seg på? Av litteraturgjennomgangen fann eg at kvantitative data frå strukturerte spørjeskjema og registerdata frå større undersøkingar utgjer grunnlaget for det meste av forskinga.

Fokusgruppeundersøkingar og individuelle intervju er òg brukt som empirisk grunnlag i nokre sentrale forskingsarbeid. Samstundes som det vert sagt at norske forskingsmiljø på tekniske hjelpemiddel er avgrensa og bør styrkast, er det peika på at ein har kome mykje lenger på dette feltet i Sverige (Arbeidsdepartementet, 2010, Kurtze and Hem, 2009). Her er det levert fleire doktoravhandlingar som omhandlar eldre og teknologi, mellom anna ved Universitetet i Göteborg (Hägglom-Kronlöf, 2007), Universitetet i Örebro (Pettersson, 2006) og Universitetet i Lund (Löfqvist, 2008, Brandt, 2005).

Sverige er òg eit av landa som har delteke i ENABLE-AGE prosjektet (Dahlin Ivanoff et al., 2004). Dette var eit EU-finansiert samarbeidsprosjekt mellom fem europeiske land med hovudformål å undersøkje heimemiljø som påverknadsfaktor for autonomi, deltaking og helse i alderdommen (ENABLE-AGE, 2003). Prosjektet innebar både strukturerte spørjeundersøkingar så vel som djupintervju og heimebesøk med nokre av deltakarane. Sjølv om hovudfokus i dette paraplyprosjektet retta seg mot heimen, undersøkte fleire av publikasjonane relasjonen mellom eldre og tekniske hjelpemiddel (sjå til dømes Kylberg et al., 2013, Kylberg et al., 2012, Löfqvist et al., 2009, Löfqvist et al., 2005).

Eg vil no gå gjennom kva nasjonal og internasjonal forskning seier om effekt, bruk og nytte av hjelpemiddel til heimebuande eldre, og kva me veit om denne brukargruppa sine erfaringar når det gjeld å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel.

### 3.1 Tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre – har dei nokon effekt?

---

Eit sentralt tema innan feltet hjelpemiddelforskning har vore å identifisere kva effekt hjelpemidla har for brukaren (Soede, 2012, Jutai et al., 2005, Fuhrer et al., 2003). Sjølv om kvaliteten på denne effektforskinga ikkje er så utvikla at ein kan trekkje solide konklusjonar (Anttila et al., 2012, Salminen et al., 2009), er det grunnlag for å hevde at tekniske hjelpemiddel som til dømes seteheis i trapp (Islam and Ravneberg, 2009) og ADL hjelpemiddel (Gosman-Hedström et al., 2002) er kostnadseffektivt og formålstenleg for at eldre skal kunne bu heime så lenge som mogleg (Islam and Ravneberg, 2009, Lansley et al., 2004, Gosman-Hedström et al., 2002, Allen, 2001, Mann et al., 1999). Åse Brandt fann òg i sitt doktorgradsarbeid at eldre både var nøgde med, og hadde utbytte av sine rullatorar (Brandt, 2005). Samanfatta forsking viser vidare at ergoterapeutar si formidling av hjelpemiddel til heimebuande eldre kan gje positivt utbytte i form av auka funksjonsevne (Steultjens et al., 2004).

Hjelpemiddel til forflytting er eit hyppig brukt og eit nyttig verkty for å auke sjølvstende og deltaking for eldre i mellom anna Sverige (Kylberg et al., 2012, Löfqvist et al., 2007, Pettersson et al., 2006, Löfqvist et al., 2005), Danmark (Brandt et al., 2004), Nederland (Dijcks et al., 2006, De Craen et al., 2006), USA (Mann et al., 2002, Allen, 2001), Tyskland, Latvia, Ungarn og Storbritannia (Löfqvist et al., 2007, Löfqvist et al., 2005). Eldre personar som har fått elektriske scooterar til utandørs bruk etter funksjonsnedsettingar som følgje av slag, rapporterer til dømes at deira aktivitets- og deltakingsvanskar til ein stor grad har blitt redusert som følgje av at dei har tatt i bruk hjelpemiddelet (Pettersson et al., 2006). Alle studiane som er referert her baserer seg på statistiske analysar av kvantitative data. Me kan dimed ikkje trekkje nokre slutningar i høve til kva erfaringar med eller meiningsdimensjonar ved hjelpemiddelet som er av betydning for brukaren. Effekt av hjelpemiddel vert i staden forstått som observerbar endring knytt til funksjon (Jutai et al., 2005).

Nokre randomiserte studier indikerer at tekniske hjelpemiddel òg kan ha ein førebyggjande funksjon ved å demme opp for ytterlegare funksjonsnedsettingar, til dømes ved at rettleia bruk av ADL hjelpemiddel kan føre til tryggare utføring av daglege aktivitetar (Hagsten B et al., 2004, Mann et al., 1999). Likevel treng ikkje bruk av hjelpemiddel å berre ha positive konsekvensar. Ei prospektiv kohortstudie viste at formidling av hjelpemiddel for å auke

sjølvstende i badesituasjon ikkje hindrar reduksjon i funksjonsnivå over tid (Gill et al., 2007). Det er òg påvist at hjelpemiddel kan hemme så vel som fremme deltaking for eldre, mellom anna ved at eldre fortel at dei erfarer hjelpemidla som tungvinte og utrygge å bruke (Skymne et al., 2012, Pettersson et al., 2007, Häggblom-Kronlöf and Sonn, 2007, Pettersson et al., 2006, Larsson Lund and Nygård, 2003). Svensk og amerikansk forskning har vist at bruk av hjelpemiddel fører til avlastning for pårørande og pleiarar i tillegg til at bruk av hjelpemidla gjev emosjonell støtte til desse (Mortenson et al., 2013, Mortenson et al., 2012, Pettersson et al., 2005, Hoenig et al., 2003, Agree and Freedman, 2000). Ei anna svensk studie fann at òg eldre kvinner var tryggare når dei brukte eller hadde eit teknisk hjelpemiddel i heimen (Häggblom Kronlöf and Sonn, 1999).

Forskning på effekt av tekniske hjelpemiddel undersøker kausalitet mellom intervensjonar og observerbare endringar i kvardagslivet (Jutai et al., 2005). Forskinga som eg har referert her gjev grunnlag for å argumentere for at det er både effektivt, økonomisk og samfunnsnyttig å formidle hjelpemiddel til eldre som erfarer aktivitetsvanskar. Å fastslå effekt av hjelpemiddel er likevel utfordrande om ein tek omsyn til dei komplekse relasjonane mellom menneske og teknologi. Som me skal sjå i kapittel 3.3 treng ikkje meiningane ved hjelpemiddelet slik brukar erfarer det vere knytt til ein observerbar effekt av hjelpemiddel med å avhjelpe konkrete aktivitetsvanskar. For å få innsikt i korleis eldre skapar meining av hjelpemiddelet må ein ta omsyn til dei omgjevnadane og *samanhengane* som hjelpemiddelet inngår i. Så om me veit at hjelpemiddel vert erfart som nyttig og effektiv for både brukar, pleiarar og pårørande, gjev ikkje denne forskinga oss innsikt i og forståing for korleis brukaren erfarer det å bruke hjelpemiddelet, eller å forstå kva meining brukaren knyt til bruken av hjelpemiddelet.

### 3.2 Bruk av tekniske hjelpemiddel – kva veit me om erfaringane til heimebuande eldre?

---

Eit anna sentralt tema innan forskning på hjelpemiddel til eldre, er spørsmålet om hjelpemidla vert brukt, eller om dei vert ståande ubrukt heime hos brukarane, og slik representerer tapte ressursar. Til trass for alle fordelane med å ta i bruk teknologi for å kompensere for vanskar med å utføre aktivitetar, vert det rapportert at hjelpemiddel ikkje blir brukt (Sainty et al., 2009, Mann et al., 2002, Kraskowsky and Finlayson, 2001). Ein litteraturgjennomgang av forskning på eldre og hjelpemiddelbruk fann at bruksraten av formidla hjelpemiddel varierte mellom 47 % og 82 % (Kraskowsky and Finlayson, 2001). Såkalla “non-use”, eller ikkje-bruk

av hjelpemiddel, er likevel ikkje eintydig definert av forskarar og fagfelt (Wessels et al., 2003). Medan nokon vil kalle det non-use om brukaren bytter ut eit hjelpemiddel med eit anna (Phillips and Zhao, 1993), tek andre studier i større grad omsyn til kvifor hjelpemiddelet ikkje vert brukt og at det finnes ulike grader av non-use (Mann et al., 2002, Scherer, 1996).

Faktorar som ser ut til å spele inn i høve til om hjelpemiddelet vert teken i bruk, er eigenskapar ved brukaren, eigenskapar ved hjelpemiddelet og kor kompatibelt dette er med omgjevnadane til brukaren, og faktorar som er relatert til formidlinga (Hoffmann and McKenna, 2004, Wessels et al., 2003, Wielandt and Strong, 2000).

Eigenskapar ved brukaren som spelar inn i høve til om hjelpemiddelet vert teken i bruk, kan vere opplevd behov for hjelpemiddel og motivasjon for å bruke dette, samt grad av funksjonsnedsetting (Lilja et al., 2003, Gitlin, 1995). Ei spørjeundersøking blant 1056 eldre amerikanarar som stadfesta at dei ikkje brukte hjelpemidla dei hadde fått, viste at den viktigaste grunnen til å ikkje ta hjelpemiddelet i bruk, var at personen ikkje erfarte behov for det (Mann et al., 2002). Liknande resultat er òg rapportert frå ei britisk studie som undersøkte om 127 pasientar som fekk tekniske hjelpemiddel medan dei var innlagt brukte desse hjelpemidla då dei kom heim frå sjukehuset (Hoffmann and McKenna, 2004). Resultata viste at 70 % av dei 407 tekniske hjelpemidla som vart formidla, framleis var i bruk to månader etter utskrivning. Den vanlegaste grunnen til at hjelpemiddelet ikkje vart brukt, var at deltakaren ikkje hadde opplevd behov for dette (Hoffmann and McKenna, 2004)

Om hjelpemiddelet ikkje passar, ikkje fungerer eller vert erfart som utrygt, aukar sannsynlegheita for at det ikkje vert teken i bruk (Ravneberg, 2009, Pettersson et al., 2007, Tinker and Lansley, 2005, Gitlin, 1995). Estetikk, som til dømes utsjånaden til hjelpemiddelet, er nemnt som ein avgjerande faktor for om brukaren brukar og er nøgd med hjelpemiddelet i nokre studier (Ravneberg, 2009, Wielandt and Strong, 2000).

Faktorar ved formidlinga som har konsekvens for om hjelpemiddelet vert brukt, handlar om å gjere ei grundig kartlegging der brukaren sine unike behov vert identifisert og der brukar er i sentrum gjennom heile formidlingsprosessen (Wielandt and Strong, 2000). Heimebesøk av helsepersonell som bistår i hjelpemiddelformidlingsprosessen i forkant av hjelpemiddelsøknaden er assosiert med høgare bruksrate (Finlayson and Havixbeck, 1992). Til dømes viste ei undersøking at god oppfølging av baderomshjelpemiddel, med heimebesøk

før og etter utlevering av hjelpemiddelet, resulterte i at 84 % av heimebuande eldre i ei amerikansk undersøking brukte hjelpemidla i etterkant (Gitlin et al., 1999). Tett oppfølging og trening i bruk av hjelpemiddelet ser òg ut til å medverke til at hjelpemiddelet vert brukt (Wielandt et al., 2006, Chiu and Man, 2004, Hoffmann and McKenna, 2004, Kraskowsky and Finlayson, 2001, Wielandt and Strong, 2000). At klientsentrert hjelpemiddelformidling aukar sannsynlegheita for bruk av hjelpemiddelet er mellom anna vist i forskning på formidling av rullatorar til eldre i Danmark (Brandt et al., 2003), rullestolar til personar med ryggmargskade i Australia (Di Marco et al., 2003, Kittel et al., 2002), rullestolar i England (White and Lemmer, 1998) og ADL hjelpemiddel i Australia (Wielandt et al., 2006).

Norske og internasjonale fagmiljø argumenterer for ei klientsentrert hjelpemiddelformidling, der brukaren sine ynskje og behov skal vere styrande gjennom heile formidlingsprosessen (AAATE and EASTIN, 2012, NETF, 2011, Cook and Polgar, 2008, Jensen, 2003). Ei svensk undersøking viser at helsepersonell er positivt innstilt til å arbeide klientsentrert ved formidling av tekniske hjelpemiddel til forflytting (Hedberg-Kristensson and Iwarsson, 2013). Likevel fann ei anna svensk undersøking at heimebuande eldre ikkje opplevde at dei deltok aktivt i sin eigen hjelpemiddelformidlingsprosess (Hedberg-Kristensson et al., 2006). Dei eldre erfarte at dei ikkje vart tekne med i ergoterapeuten sine avgjersler om deira aktivitetsvanskar og hjelpemiddelbehov, og at dei heller ikkje hadde delteke i diskusjonar omkring val av hjelpemiddelet eller fekk noko opplæring i bruk av hjelpemiddelet. Informantane i denne studien fortalte at dei opplevde ergoterapeutane som travle og fråverande, og at dei difor la vekt på å ikkje forstyrre ergoterapeuten meir enn naudsynt (Hedberg-Kristensson et al., 2006). Det vil vere av interesse for utvikling av klientsentrert praksis å undersøkje om norske hjelpemiddelbrukarar deler desse erfaringane.

Oppfølging av hjelpemiddel ser ut til å vere den delen av formidlingsprosessen som brukarane er minst tilfreds med (Sund et al., 2013, Wressle and Samuelsson, 2004, Hass et al., 1996). Ei av årsakene til dette, kan vere at den profesjonelle oppfølginga av hjelpemidla er mangelfull (Sund et al., 2013, Samuelsson and Wressle, 2008, Hass et al., 1996). Ei spørjeskjemaundersøking med vaksne personar i Danmark og Noreg som fekk elektrisk scooter til utandørs bruk, viste at om lag halvparten av brukarane ikkje fekk oppfølging etter at hjelpemiddelet vart utlevert (Sund et al., 2013). Likevel meinte nokre av deltakarane i denne undersøkinga at dei ikkje hadde behov for noko oppfølging. Dette reiser spørsmål om kva som skil dei som ikkje treng oppfølging frå dei som har behov for dette. For å få eit

grunnlag for å kunne svare på slike spørsmål, er det naudsynt å vite meir om erfaringane til eldre personar knytt til hjelpemiddelbehov og formidlingsprosess.

Det er hevda at tekniske hjelpemiddel har ein tosidig natur, ved at det både er eit instrumentelt verkty, samstundes som det inneber symbolske aspekt knytt til helse, funksjonsnedsetting og personleg meining for den som skal bruke det og andre (Ravneberg, 2012, Häggblom-Kronlöf and Sonn, 2007, Pettersson, 2006, Arntzen, 2002, Magnus, 2001). Implikasjonar av dette er at helsepersonell som arbeider med formidling av tekniske hjelpemiddel må ha kjennskap til korleis brukaren erfarer dei symbolske aspekta ved hjelpemiddelet, slik at hjelpemiddelet blir mest mogleg kompatibelt med brukaren sin identitet og deira verdiar (Ripat and Woodgate, 2011, Hocking, 1999, Scherer, 1996). Ergoterapeut og professor Clare Hocking skriv at terapeutar må vere merksame ovanfor dei sosiale og kulturelle meiningane knytt til hjelpemiddelet, så vel som til funksjonsnedsettingar, av di

these are the meanings that people with disability must negotiate in the processes of accepting both their disability and the need to use assistive technology, and establishing an identity in their social setting (Hocking, 1999 s.8)

For å kartlegge “personal and psychosocial variables [...] which serve as predictors of a person’s predisposition to using, and subsequent match with, a given AT” (Scherer et al., 2011 s.816) er det utvikla standardiserte kartleggingsskjema (Scherer et al., 2011). Dette skal sikre at ein lettare kjem fram til eit hjelpemiddel som er i samsvar med brukaren sine forventningar. Bruk av slike skjema er likevel ikkje vanleg i Skandinavia (Ness, 2011, Gramstad, 2007). I arbeidet med mitt mastergradsprosjekt fann eg til dømes at kommuneergoterapeutar la meir vekt på dialog og fagleg skjønn for å nærme seg ei forståing av brukaren sin unike situasjon og aktivitetsvanskar enn å bruke skjema for å kartlegge dette (Gramstad, 2007). Eg vil no fokusere på forskinga som rettar seg mot å forstå meiningaspekt ved hjelpemiddelbruk for heimebuande eldre.

### 3.3 Tekniske hjelpemiddel til heimebuande eldre – kva meining har dei for brukaren?

Den norske samfunnsforskaren Bodil Ravneberg hevdar at hjelpemiddel er berar av symbolsk meining om kjønn, alder og verdiar om normalitet og funksjonsnedsetting (Ravneberg, 2009). Ho peikar på at avhengigheit av hjelpemiddel skapar eit behov for å tilpasse meininga ved hjelpemiddelet slik at det inngår i ønska uttrykk av identitet og verdiar. Brukarar kan samanlikne hjelpemiddel med klede eller sko, som òg er ein måte å uttrykke seg sjølv på, i

tillegg til at dei har ei praktisk betydning (Ravneberg, 2009, Standal, 2009). Ravneberg peikar på at tekniske hjelpemiddel har hatt ein tosidig status i samfunnet, både som reiskap for uavhengigheit og normalitet, men òg som markør for funksjonsnedsetting og stigmatisering (Ravneberg, 2012).

Forsking omkring eldre sin bruk av hjelpemiddel viser at brukaren må ta stilling til, forhandle og re-forhandle denne tosidigheita for å velje å bruke hjelpemidlet (Hägglöm-Kronlöf and Sonn, 2007, Hedberg-Kristensson et al., 2007, Larsson Lund and Nygård, 2003). Greta Hägglöm-Kronlöf fann i sitt doktorgradsarbeid at sjølv om dei eldste eldre kunne ha ei negativ innstilling til hjelpemiddel, så valte dei likevel å bruke desse hjelpemidla om dei gav støtte til å kunne utføre aktivitetane i dagliglivet sjølvstendig (Hägglöm-Kronlöf, 2007). Ei fokusgruppeundersøking frå USA viste at eldre er positivt innstilt til bruk av tekniske hjelpemiddel for å førebygge fall, sjølv om sosiale stigma knytt til hjelpemiddel kunne påverke avgjersla om dei sjølve ville ta det i bruk (Aminzadeh and Edwards, 1998). Samanfatta forsking indikerer òg at eldre hjelpemiddelbrukarar vil endre haldningane sine til hjelpemiddelet etter kvart som ho eller han opplev endringar i sin fysiske tilstand og helsestatus (Pape et al., 2002). Anna forsking fann at dersom aktiviteten som hjelpemiddelet skal avhjelpe, er viktig for brukaren, vert òg hjelpemiddelet viktig for brukaren (Mann et al., 2004).

Forsking har avdekkja at fleire eldre lev med udekka behov for hjelpemiddel (De Craen et al., 2006, Löfqvist et al., 2005, McCreadie and Tinker, 2005). At personar lev med udekka behov for hjelpemiddel vert mellom anna knytt til at brukarar og helsepersonell har lite kunnskap om kva hjelpemiddel som finnes og kan vere føremålstenleg (Löfqvist et al., 2005, Roelands et al., 2002, Mann et al., 1994). Men eldre kan òg unngå å søkje om hjelpemiddel som kan vere nyttig for dei på grunn av motstand mot dei symbolske meiningane knytt til hjelpemidla (McCreadie and Tinker, 2005).

Ingvor Pettersson fokuserte i sitt doktorgradsarbeid på meininga av hjelpemiddel for heimebuande eldre som hadde hatt slag og deira pårørande (Pettersson, 2006). Ho fann at hjelpemiddelet si meining både for brukaren og pårørande var altomfemnande, ved at det påverka alle livsverdsområda. Ho fann òg at betydninga av hjelpemiddelet for brukaren både var positiv og negativ, ved at hjelpemidla både mogleggjorde aktivitet, men òg kunne hindre utføring av andre aktivitetar. Ho konkluderer med at hjelpemiddel er ikkje-nøytrale

gjenstandar og at brukar og pårørande har behov for forståing og støtte for sine erfaringar og tankar i formidlingsprosessen (Pettersson, 2006).

Sjølv om den ikkje fokuserer på hjelpemiddelformidling og bruk direkte, vil eg likevel trekkje fram ein amerikansk studie som undersøkte eldre sitt perspektiv på prosessen med å ta avgjersler relatert til bruk og ikkje bruk av kommunale helsetenester av lenger varigheit (Forbes and Hoffart, 1998). Resultata kan kaste lys over eldre sine erfaringar med aktivitetstvanskar og prosessen med å søkje hjelp for dette, innsikt som eg meiner kan overførast til tematikken for denne avhandlninga. Resultata i studien viser at livet for eldre kan erfaras som ein skjør balanse for å oppretthalde sjølvstende (Forbes and Hoffart, 1998). Dei eldre i denne studien strevde for å meistre og demme opp for funksjonsnedsettingar og sjukdom gjennom å ta i bruk hjelpemiddel, uformell støtte og offentleg hjelp. Etter kvart som sjølvstende vart utfordra gjennom ytterlegare funksjonstap, vart det naudsynt for den eldre å gjere tilpassingar i korleis dei meistra kvardagen for å søkje å oppretthalde ein mest mogleg harmonisk balanse (Forbes and Hoffart, 1998). Resultata frå denne studien viser at å ta avgjersler om eiga helse ikkje treng å vere ei hending som står for seg sjølv, men at ei slik avgjersle er eit ledd i ein kontinuerleg prosess med å oppretthalde meistring og sjølvstende. Ein slik prosess inneber aktiv forhandling frå personen sjølv si side.

Forsking om eldre sin bruk av tekniske hjelpemiddel viser at brukaren sitt arbeid med å tilpasse, innrette seg og meistre ein livssituasjon som raskt kan endre seg, påverkar relasjonen til hjelpemiddelet (Kylberg et al., 2013, Löfqvist et al., 2009, Hedberg-Kristensson et al., 2007). Mellom anna viste ei svensk fokusgruppeundersøking om brukar erfaringar om hjelpemiddel til forflytting at dei praktiske erfaringane som den eldre brukaren fekk med bruk av hjelpemiddelet påverka både korvidt dei aksepterte og godtok hjelpemiddelet, og korleis dei tilpassa bruken av hjelpemiddelet for å meistre kvardagslege aktivitetar (Hedberg-Kristensson et al., 2007). For å få inngåande forståing for korleis heimebuande eldre erfarer å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel, ser det difor ut til å vere fruktbart å nærme seg slike erfaringar som ein prosess som går føre seg over tid, der personen sjølv vert tilskriven ei aktiv rolle.

Ei svensk fokusgruppeundersøking fokuserte på eldre personar sin prosess med å venje seg til å bruke eit teknisk hjelpemiddel (Skymne et al., 2012). Forskarane fann at prosessen med å “getting used to assistive devices” vart erfart som ambivalent for brukaren. I brukaren sin



prosess spelte tiltru til helsepersonell og eigne kunnskapar og erfaringar ei sentral rolle i høve til om dei vente seg til og brukte hjelpemiddelet. Eit anna interessant resultat av denne fokusgruppeundersøkinga var at sosiale omgjevnadar både kunne hemme og fremme integrering av hjelpemiddelet i kvardagen. Integrering av hjelpemiddelet vart fremma gjennom at nære andre både kunne forstå og oppmuntre til bruk av hjelpemiddelet. Men nære andre kunne òg stille spørsmålsteikn ved om hjelpemiddelet verkeleg var naudsynt og formålstenleg for brukaren (Skymne et al., 2012). Det er framleis behov for meir kunnskap om relasjonane mellom brukar, hjelpemiddel, aktivitet og omgjevnadar i den aktive og kontinuerlege prosessen med å ta stilling til behov for og å bruke eit teknisk hjelpemiddel.

Oppsummert er det ikkje svært mykje forskning på bruk og formidling av tekniske hjelpemiddel til eldre i Noreg. Av det som ligg føre, supplert med internasjonal forskning, finn me likevel at eldre ofte har hjelpemiddel, og at desse ofte er nyttige, men at hjelpemiddelet både har symbolske og funksjonelle aspekt som spelar inn i høve til søknad om og bruken av desse. Forsking viser òg at hjelpemiddelformidling ikkje alltid er klientsentrert sjølv om idealet er at brukar sine ynskje og behov skal vere styrande gjennom heile formidlingsprosessen.

Mykje av den forskinga som er gjort på eldre sin bruk av hjelpemiddel og erfaringar med formidlingsprosessen, ser ut til å vere grunnlagt på ei mekanisk forståing av relasjonen mellom menneske og teknologi og baserer seg på kvantitativt datamateriale. Ei mekanisk forståing gjev seg utslag i årsak-verknad tenking omkring introduksjon av hjelpemiddel, og ei sekvensiell og rasjonell forståing av innføring av hjelpemiddel i brukaren sin kvardag. Forsking som er grunna i dette perspektivet opnar ikkje opp for å forstå dynamiske og relasjonelle aspekt ved brukaren sine erfaringar av hjelpemiddelformidling og – bruk. Kvalitative studier har vist at levd erfaring med bruk av hjelpemiddel overskrid eit biomedisinsk perspektiv på kropp og hjelpemiddel (Kylberg et al., 2013, Skymne et al., 2012, Pettersson, 2006, Larsson Lund and Nygård, 2003). For å forstå meiningar ved hjelpemiddelformidling og bruk, må ein ta omsyn til brukarane sine subjektive erfaringar, kvardagsliv og sosiale og fysiske kontekstar. Det er framleis eit behov for meir kunnskap og djupare forståing for prosessane som heimebuande eldre erfarer når dei skal søkje om, få og ta i bruk tekniske hjelpemiddel.

## 4 Formål

---

Formålet med PhD prosjektet er å undersøke korleis heimebuande eldre erfarer det å få og å ta i bruk eit nytt teknisk hjelpemiddel for å avhjelpe vanskar knytt til forflytting og/ eller å stelle seg sjølv. Eg forstår det å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel som ein dynamisk prosess. I denne prosessen inngår erkjening av aktivitetsvanskar, erfaring med formidlingsprosessen, og å skape mening gjennom å bruke hjelpemiddelet i kvardagen. For å nærme meg ei forståing av erfaringar med denne prosessen er det sentralt å få forståing for kontekstar som brukar og hjelpemiddel deltek i, saman med andre, og å løfte fram brukarane sine erfaringar.

Det overordna forskingsspørsmålet som PhD prosjektet søkte å svare på var “Korleis erfarer eldre som bur heime prosessen med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel?”

Gjennom ein hermeneutisk prosess i løpet av forskingsprosessen utkrystalliserte det seg etter kvart tre forskingsspørsmål som på ulike vis relaterer seg til det overordna

forskingsspørsmålet. Desse tre var:

- Korleis erfarer eldre det å leve med udekka behov for hjelpemiddel? Korleis kjem dei fram til at dei skal søkje om tekniske hjelpemiddel? (Artikkel 1)
- Korleis erfarer heimebuande eldre hjelpemiddelformidlingsprosessen? (Artikkel 2)
- Kva mening vert skapt når heimebuande eldre tek i bruk tekniske hjelpemiddel for å avhjelpe aktivitetsvanskar? (Artikkel 3)

Kunnskapane som vert løfta fram gjennom undersøkinga av desse spørsmåla vil forhåpentlegvis bidra til å kunne leggje til rette for ei vidareutvikling av klientsentrert hjelpemiddelformidling, bidra inn i ein kunnskapsbase for beslutningstaking om prioriteringar i helsetenestene og ikkje minst, gi auka forståing for ei brukargruppe og ein tematikk som vert meir og meir sentral i primærhelsetenestene.

## 5 Teoretisk rammeverk

---

For å undersøkje erfaringane til heimebuande eldre om det å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel, var det viktig å velje teoretiske lede-trådar som kunne fremme forståing om menneskeleg aktivitet og erfaring, om relasjonar mellom menneske og teknologi, og om menneskeleg kvardagsliv. I denne avhandlinga bidreg eit kroppsfenomenologisk perspektiv med ei grunnleggjande forståing av kropp som utgangspunkt og anker for utvikling av forståing av verda. I dette ligg potensiale til å utvikle innsikter om relasjonar mellom menneske og teknologi. Den hermeneutiske tilnærminga bidreg med innsikta om at menneske er historisk så vel som kroppsleg situert, og opnar opp for å undersøkje forståing som prosess. Eg har vurdert det som føremålstenleg å supplere det teoretiske rammeverket med ein teori utleda av kritisk psykologi, som òg trekk vekslar på forståing av menneske som historisk og kroppsleg situert, og vektlegg at ein ikkje kan forstå personar uavhengig av deira deltaking i sosial praksis (Dreier, 2008). Eg har òg valt å introdusere eit ergoterapiteoretisk perspektiv på aktivitet for å løfte fram meningsdimensjonane ved aktivitet og for å knytte avhandlinga meir eksplisitt til eige fag.

Dei teoretiske perspektiva glir over i kvarandre. Mellom anna er skillet mellom menneske, kunnskap og aktivitet kunstig og konstruert, slik det er sett opp i det følgjande, då desse er tett og uløyselig vevd saman. Medan kroppsfenomenologi legg vekt på det individuelle og subjektive som inngang til forståing omkring fenomen, legg eit kritisk perspektiv i større grad vekt på kontekst og makt (Reeves et al., 2008). Begge perspektiva vektlegg kontekst, men i eit kritisk perspektiv er kunnskap om posisjonane til deltakarane i desse kontekstane viktig for å nærme seg forståing for korleis mening vert skapt og modifisert gjennom deltaking (Reeves et al., 2008). Likevel tek alle perspektiva utgangspunkt i at menneske er kroppsleg situerte, og at relasjonar mellom menneske og omgjevnadar spelar ei rolle i høve til korleis menneske erfarer og deltek. Dei ulike perspektiva opnar opp for å vektlegge ulike aspekt ved personar sine erfaringar, og kan dimed vere fruktbare å nytte seg av for å kaste lys over og nærme seg ei inngåande forståing av eldre sine erfaringar med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel.

### 5.1 Forståing av menneske og kunnskap om verda

---

Fenomenologi som filosofisk rørsle handlar ikkje om gjenstandane i den verkelege verda, men om korleis desse konstituerer seg for medvitet (Skjervheim, 2001). Rørsla vart starta som ein kritikk mot den ontologiske dualismen som stamma frå Descartes si inndeling av res

extensa; ”den utstrekke tingen” og res cogitans; ”den tenkjande tingen”. Som følgje av dette skiljet, var det mogleg å tenkje mekanistisk om kroppen, som var det eit anna objekt. Dette innebar mellom anna at ein tenkte seg at ved å studere dei einskilte delane av kroppen kunne ein få meir og uttømmende kunnskap om heilskapen. Ei anna følgje av dette, var at kunnskap om objekt vart tenkt uavhengig av personen som observerte dei. I eit slikt mekanistisk perspektiv var det objektive sanningar ein søkte etter og verdsette som kunnskap (Hellesnes, 1999).

Den franske fenomenologen Maurice Merleau-Ponty gav eit alternativ til denne mekanistiske tenkinga gjennom si fenomenologiske analyse av kroppen (1994). Her viser han at forståing av verda avhenger av eit kroppsleg perspektiv. Me kan aldri sjå ein gjenstand frå alle sider på ein og same gong, av di me er bunden til verda til ein ståstad om gongen. Denne ståstaden gjev ein horisont og eit perspektiv, eit sentrum i eit koordinatsystem, og perspektivet kan aldri ta utgangspunkt i anna enn kroppen. Merleau-Ponty skriv det slik: ”min krop er verdens akse: jeg er klar over, at genstandene har flere sider, fordi jeg kan gå rundt om dem, og i den forstand er jeg mig verden bevidst gennem min krop” (1994 s.20). Vår forståing av verda vert gestalta ut i frå vårt kroppslege perspektiv. Eit slikt kroppsleg utgangspunkt for forståing av verda vil både vere avgrensande i og med at me ikkje vil kunne sjå gjenstanden frå alle sider på ein gong, men kan òg innebere ein moglegheit til å overskride denne avgrensinga. Me kan gå nærmare gjenstanden, gå rundt den og erfare den frå ulike vinklar, og slik byggje opp ei djupare heilskapsforståing for objektet. Me utviklar kunnskap om verda gjennom å vere i aktivitet og å utforske, prøve ut og handle i verda; gjennom å delta i ulike kontekstar, med andre. Dette fører etter kvart til at det me konkret erfarer inneber eit felt av eigenskapar som ikkje er direkte erfarte (Bengtsson, 2001). Erfaringa av noko inneheld alltid meir enn det som vert presentert direkte. Me kan til dømes ”sjå” at isen er kald, og me kan ”sjå” baksida på kaffikoppen utan at me ser dette direkte. Objekta me omgjev oss med til dagleg er slik med på å forme vår forståing av verda. Og gjennom vår deltaking med andre i ulike kontekstar får objekt symbolverdi, ved at dei kan representere personlege og sosiale verdier.

Ergoterapeut Inger Berndtsson trekk vekslar på Merleau-Ponty si tenking i forståinga av tekniske hjelpemiddel til personar med synshemming (Berndtsson, 2005). Ho peikar på at symbolverdien av den kvite blindestokken ofte er så sterk for brukarar at dei som einskildperson trer i bakgrunnen;

Den vita käppen verkar transportera dess användare till ett gruppnivå. På något sätt verkar det finnas föreställningar om blinda som aktiveras i samband med användningen av den vita käppen. De personer som själva blir synskadade är också väl medvetna om detta och när de själva behöver använda en käpp för att kunna förflytta sig reagerer de ofta mycket starkt. Objekt kan på detta sätt sägas medverka till en förändring av vår identitet (Berndtsson, 2005 s.96)

Berndtsson eksemplifierer korleis symbolverdien ved hjelpemiddel kan kome til uttrykk i erfaringane til den som skal lære å bruke dette:

en blind kvinne (...) började gråta när hon för första gången fick en vit käpp i sin hand. ”Det var som att få en brännskada i handen när man höll i käppen, det var hemskt, fruktansvärt var det” (Berndtsson 2005, s. 92)

Symbolverdiar ved hjelpemiddel får konsekvensar for korleis eit teknisk hjelpemiddel kan erfaras for brukaren. Hjelpemiddelet kan til dømes representere kjensler, tidligare erfaringar, skuffelsar eller framtidige mål ut i frå brukarane sine erfaringar (Arntzen, 2002, Magnus, 2001).

Teknologien inneber potensiale for personlege endringar. Ved å ta i bruk teknologi og handtere verda gjennom dette, vil personen kunne utvide si forståing av verda og også av seg sjølv. Merleau-Ponty skildrar dette med eit døme om den blinde si røynde handtering av blindestokken;

Den blindes stok er ikke længere en genstand for ham, den perciperes ikke længere som sådan, spidsen er forvandlet til et sanseområde, den forøger følesansens omfang og rækkevidde, den er blevet analog med blikket (1994 s.98)

Å ta i bruk tekniske hjelpemiddel vil slik kunne bidra inn i brukaren sine endringsprosessar og inngå som ein del av den utstrekke kroppen sin persepsjon av verda (Standal, 2009, Murray, 2004).

I dette kroppsfenomenologiske perspektivet er altså kroppen vårt referansepunkt som me erfarer verda ut i frå. Ein implikasjon av dette er at ei endring av kroppen vil medføre ei endring i korleis ein erfarer verda (Merleau-Ponty, 1994). Aktivitetsvanskar, funksjonsnedsettingar og sjukdom kan spele inn på meistring av daglege aktivitetar og også ha betydning for moglegheitene til å utvikle kunnskap og forståing av verda og omgjevnadane. Verda ser og vert opplevd annleis når ein til dømes sit i rullestol, enn om ein står, eller når ein ikkje lenger meistrar det ein meistra tidlegare (Toombs, 1993). Desse endringane får òg konsekvensar for relasjonar med andre og kanskje òg seg sjølv. Personen

vert synleg som ein person i ein rullestol, som er knytt bestemte oppfatningar og forståingar til av andre.

Den amerikanske fenomenologen Shaun Gallagher nyttar omgrepa om “body schema” og “body image” for å skildre dette høvet mellom kropp som synleg og kropp som kompetent utførar (2005, 2002). Vårt “body schema” inneber eit system av sanse-motoriske prosessar som regulerer kroppen sine rørsler og som fungerer utan at ein treng å vere medviten om desse. Det er desse prosessane som gjer oss i stand til å “engage skillfully with the environment” (Mills, 2013 s.787). Vårt “body image” inneber på si side eit sett med persepsjonar, haldningar og antakingar som me har om kroppen vår; det er vår fortolking om korleis me framstår som kroppar ovanfor andre (Gallagher, 2005). Sidan me aldri kan “fri oss” frå kroppen, utviklar me dette kroppsbiletet gjennom indirekte måtar; gjennom til dømes å sjå oss sjølve i eit speil eller på fotografi eller film. Vårt kroppsbilete vert òg i stor grad påverka av vår fortolking av korleis andre ser oss, og kulturelle normer for korleis ein skal sjå ut (Gallagher, 2005). Kroppsbiletet vert nytta medvitent når ein utviklar nye ferdigheiter; ved at me er merksame på kvar og korleis me fører kroppen. Etter kvart som me vert kompetente utøvarar, vert desse prosessane automatiserte og ein del av vårt kroppsskjema. Gallagher eksemplifiserer dette med ein dansar som må lære seg koreografi og steg gjennom instruksjon og speil før ho har fått dansen inn i kroppen (Gallagher, 2005). Når ein person skal lære seg å bruke teknologi som til dømes ein rullestol eller ein rullator (eller ein blindestokk), vil læringsprosessen òg innebere medvit om korleis ein tek seg ut, ser ut og held seg i relasjon til andre (Standal, 2009, Berndtsson, 2005, Gallagher, 2002). Tekniske hjelpemiddel kan difor forståast som eit objekt som får meining både på eit praktisk, personleg og sosialt plan.

Då me er i verda som kropp og forstår ut i frå vårt kroppslege perspektiv, vil denne forståinga alltid allereie ha starta, og me vil aldri bli ferdig med å forstå så lenge me er kroppar i verda. Som historiske vesen ber me med oss føresetnadar for forståing. Ei slik føresetnad for forståing er, i følgje den tyske hermeneutikaren Hans Georg Gadamar, fordommane våre (2006). For å skilje mellom falske fordommar, som får oss til å misforstå og trekkje feil slutningar, og dei fordommane som ber i seg kime til djupare forståing, må me gjere oss medvitne om desse fordommane, eller førforståingane våre (Gadamer, 2006 s.298). Dette kan vere ei utfordring, då førforståingar ligg som usynlege lag av forståing rundt oss. Me er forståande ut i frå den tradisjonen me er situert i. Her ligg antakingar, kunnskap og forståing frå omgjevnadane som påverkar oss. Gadamer skriv:

In fact history does not belong to us; we belong to it. Long before we understand ourselves through the process of self-examination, we understand ourselves in a self-evident way in the family, society, and state in which we live (2006 s.278)

Førforståingar bidrar til at me handterer og meistrer kvardagslivet. Vår forståingsprosess vert likevel ikkje endeleg fullbyrda, men kan bli utfordra av nye erfaringar, og slik fortsetje i ein uendeleg spiral med moglegheiter til stadig djupare innsikt. Av dette følgjer at me aldri kan forstå oss sjølv heilt og fullt. Det vil alltid vere eit gåtefullt element i korleis me forstår oss sjølve og andre og sjølvforståinga vår vil alltid kunne utviklas og endras.

For the human being is not only a natural object. Rather, each of us is, in a mysterious way, unknown both to ourselves and to others. As a public person, as a neighbour, in the family and at work, each one of us responds to innumerable and incalculable effects and influences, burdens and problems. There are always unpredictable elements which play their part. (...) each of us represents a profound enigma, both to ourselves and to others. (Gadamer, 1996c s.164-5)

Eit sentralt kjenneteikn ved menneske er behovet for å kjenne *jamvekt*<sup>3</sup> i livet slik at ein kan engasjere seg i sine livsprosjekt. Gadamer kallar dette å vere heime i verda og i seg sjølv (Gadamer, 1996d s.59). Ei slik kjensle av jamvekt og heimstadkjensle er knytt til forståing av helse, som me erfarer først når denne jamvekta vert trua. Gadamer sitt omgrep om helse er samanfatta til “ett sätt att vara i världen på, ett sätt att befinna sig i ett meningsfyllt sammanhang tillsammans med andra” (Svenaesus, 2003 s.208)

Oppsummert er me alltid allereie i verda som forståande og erfarande kroppar. Vår forståing er grunnlagt i vår kroppslege, historiske og sosiale situasjon. Me påverkar kvarandre si og vår eiga forståing gjennom vår deltaking i ulike kontekstar, som vist mellom anna gjennom symbolverdiar som vert hefta ved tekniske hjelpemiddel. Vår forståing må òg anerkjennast som dynamisk og uendeleg, noko som set grenser for vår sjølvforståing.

Gadamer si utgreiing om forståing er relevant som eit teoretisk perspektiv for å nærme seg ei forståing av intervjupersonane sine erfaringar av prosessen med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel. Denne hermeneutiske forståinga er òg relevant som grunnlag for analysa og val og arbeid med teoretiske perspektiv i arbeidet med dette PhD prosjektet. Dette siste ved at

---

<sup>3</sup> Eg har valt å nytte eit nynorsk omgrep om jamvekt når eg referer til det som Gadamer skildrar som “equilibrium” og “balance” i den engelske oversettinga (Gadamer, 1996) av “Über die Verborgenheit der Gesundheit”, og som er oversatt til “jämvtikt” i den svenske utgåva (Gadamer, 2003).

utfordring av egne førforståingar og undringar som leder over i nye spørsmål og innsikt har vore ein viktig del av forskingsprosessen.

## 5.2 Forståing av aktivitet og deltaking

---

Det teoretiske perspektivet eg la opp til i byrjinga av PhD prosjektet innebar at menneske, kunnskap og erfaring vert forstått innanfor eit kroppsleg, historisk og sosialt perspektiv, alltid allereie i ein forståingsprosess i samspel med sosiale og fysiske omgjevnadar. Etter kvart som eg arbeidde med materialet frå intervju og strevde med å forstå og tolke dette, kjende eg behov for nokre supplerande teoretiske perspektiv for å kunne få ei djupare forståing for relasjonar mellom brukar, hjelpemiddel, aktivitetar og andre. Sjølv om eg fekk innsikt i deltakarane sine erfaringar om aktivitetsvanskar og hjelpemiddelformidlingsprosess gjennom å sjå på desse frå eit hermeneutisk fenomenologisk perspektiv, trong eg ei litt anna teoretisk betoning for å løfte fram den meininga som vart skapt når deltakarane tok i bruk hjelpemiddelet. Eg trong eit perspektiv som i større grad opna opp for å studere deltaking og kontekst. Eg vil difor i det følgjande presentere ei forståing av personar som deltakarar i sosiale praksisar, samt ei ergoterapiteoretisk forståing av aktivitet.

Ein teori om menneske som deltakarar i sosial praksis konkretiserer korleis ein kan forstå det dynamiske høvet mellom menneske, verd og aktivitet, og gjennom dette forstå læring og endring. Den danske psykologen Ole Dreier utarbeidde sin teori som ein kritikk mot vektlegginga av terapeutens perspektiv i forskning på psykoterapi (Dreier, 2008). Han peika på at ein tradisjonelt sett har tenkt terapi som noko som skjer i møtet med terapeut og klient, og der ein forstår klienten ut i frå terapeuten sine konsept og antakingar i staden for å ta utgangspunkt i klienten sine erfaringar og forståing av eigen situasjon. Han hevdar at ein slik måte å forstå terapi på er i tråd med ein teknisk rasjonalitet innanfor ein medisinsk forklaringsmodell. Ei slik tenking fremmar ei tru på at ein kan applisere teoriar på situasjonar og dimed forårsake ønska resultat (Dreier, 2008). Hovudaktøren i dette perspektivet vert terapeuten, og det herskar ei tru på at effekten av terapi skjer som følgje av terapeuten sitt arbeid med å implementere teknikkar, løysingar og metodar.

Formålet med terapi er at brukaren skal få til ei endring i sitt liv, og Dreier hevdar at denne endringa ikkje skjer i terapi, men utanfor; i klienten sitt kvardagsliv. Drivkrafta til denne endringa er klienten sjølv, eller som Dreier skriv; “Therapy is first of all meant to bring about



a change in of client agency in their everyday lives” (Dreier, 2008 s.11). Klientperspektivet innanfor terapi må difor grunnleggjast i eit syn på klienten som deltakar og agent i eige liv. Det relevante spørsmålet bør då vere korleis terapeuten kan vere *brukbar* for klienten i høve til at klienten kan handtere sine utfordringar i dagleglivet (Dreier, 2008).

Teorien som Dreier utvikla skildrar korleis sosial praksis er organisert og vert endra. Den tek utgangspunkt i at me er engasjert i og på tvers av ulike og spesifikke lokale handlingskontekstar. Dreier definerer ein handlingskontekst som ein “delineated local place in social practice that is re-produced and changed by the linked activities of its participants and through its links with other places in a structure of social practice” (Dreier, 2008 s.23). Ein handlingskontekst er vevd saman av personar, aktivitetar og objekt, og er òg knytt saman med andre handlingskontekstar. Deltakinga er alltid situert, noko som påverkar deltakarane sine handlingsmoglegheiter. For å forstå deltaking treng ein eit omgrep om lokalitet, eller deltakinga si kroppslege, situerte og praktiske forankring (Dreier, 2008 s.33). Men ein treng òg eit omgrep om posisjonering, som knyt deltakinga til sosial og erfart posisjon. Dreier skildrar posisjonering slik:

To varying degrees, persons may select different positions, carry out the positions they adopt in different ways, discard and change them. The opportunities for doing so are contextually constrained and afforded in practice and must be negotiated with coparticipants (Dreier, 2008 s.32)

Deltakarane har ulike handlingsmoglegheiter i ulike handlingskontekstar; noko som Dreier kallar “scope of possibilities”. Maktrelasjonar og posisjonering i konteksten spelar ei rolle i høve til deltakarane sine moglegheiter til å delta og til å påverke andre si deltaking. Personar si deltaking er alltid sosial;

The scope of possibilities in their present situation, and the possibilities for changing it, are not up to one person only but depend on what others do or may become interested in doing. We cannot understand individual possibilities and change processes on the basis of a purely individual conception of subjectivity and action (Dreier, 2008 s.29-30).

Vår deltaking vert påverka av andre sine og egne moglegheiter og interesser og slik er deltaking kompleks og dynamisk. For å få forståing for denne kompleksiteten, må ein undersøkje personar som *deltakarar*, noko som inneber å ikkje lausrive dei frå dei samanhengane dei deltek i:

To gain a richer, more concrete, and lively theoretical conception of the person, we must, paradoxically, not look directly into the person but into the world and grasp the person as a participant in that world (Dreier, 2008 s.40).

Dette er eit interessant perspektiv i høve formidling av tekniske hjelpemiddel, då eit av føremåla med eit hjelpemiddel er endring i deltaking og aktivitetsutføring ved å løyse praktiske problem og kompensere for funksjonsnedsetting (Rikstrygdeverket, 2003). Fagmiljø åtvarar mot ei “atomisk” hjelpemiddelformidling, og argumenterer for at hjelpemiddelformidlinga må ta omsyn til brukaren sitt livsprosjekt (AAATE and EASTIN, 2012). Eg tenkjer at omgrepa frå Dreier sin teori kan vere med på å løfte fram ei forståing for korleis hjelpemiddel inngår i eit slikt livsprosjekt.

Kritisk psykologi er òg nytta som analytisk inngang i ei studie som undersøkte livsføring i kvardagslivet for personar som hadde hatt slag og som skulle tilpasse seg eit endra kvardagsliv (Borg, 2003). I denne studien opnar dei analytiske omgrepa opp for å identifisere og studere *livsføring* som ein sentral prosess i og på tvers av lokale, samanvevde kontekstar. Analysa førte til ei erkjenning om at det er naudsynt med eit perspektivskifte når det gjeld korleis ein bør forstå rehabilitering (Borg, 2003). Eit slikt perspektivskifte inneber å i større grad forstå brukar/ pasient som ein aktiv deltakar, i større grad trekkje inn sosial praksis i forståinga av brukar sin situasjon, heller tenkje i deltakarbanar enn i einskildsituasjonar og “ikke alene rette arbeidet imot at apopleksiramte klarer en situation, men at vedkommende skal kunne føre et liv” (Borg, 2003 s. 337).

Menneskeleg aktivitet i lek, arbeid og eigenomsorg er kjernen i ergoterapi (Ergoterapeutene, 2011) Der personen erfarer aktivitetsvanskar søker ergoterapeuten å leggje til rette for auka deltaking og inkludering i kvardagslivet gjennom utvikling av føresetnadar for meistring, tilrettelegging av aktivitetar og endring av omgjevnadane (Ergoterapeutene, 2011). Aktivitet vert forstått som “alt ein gjer” og sentrale ergoterapiteoriar som Model of Human Occupation og Enabling Occupation har inndelt aktivitetar i kategoriane fritid, produktivitet og aktivitetar i dagleglivet (Kielhofner, 2008, Townsend and Polatajko, 2007).

Den kanadiske ergoterapeuten og forskaren Karen Whalley Hammell utfordrar ei dominerande forståing innan ergoterapi av aktivitet som kategoriar av handlingar og argumenterer for ei forståing av aktivitet som legg meir vekt på meiningsdimensjonane ved å vere i aktivitet (Hammell, 2009b, Hammell, 2009a, Hammell, 2004a, Hammell, 2004b).

Hammell peikar på at ei forståing av aktivitet som kategorisert i eigenpleie, produktivitet og fritid ikkje er tilstrekkeleg for å ta føre seg vesentlege meiningsaspekt ved aktivitet; det som *betyr* noko for folk. Ho hevdar vidare at ei avgrensa forståing av aktivitet som kategoriar av eigenpleie, produktivitet og fritid er ei hierarkisk ordning som gjenspeiler verdigrunnlaget og prioriteringa til spreke og friske teoretikarar i jobb (Hammell, 2004a). Ho meiner at ei slik politisk og verdilada inndeling er problematisk av di det legg føringar på kva aktivitetar ein meiner er av verdi. Det andre problemet som ho ser med denne inndeling, er at kategoriane ikkje omfattar nokre av dei mest meiningsfulle aktivitetane me kan engasjere oss i. Å ha omsorg for barn eller å berre vere saman med nokon me likar veldig godt, er verken eigenpleie eller nødvendigvis ein produktiv aktivitet, hevdar Hammell. Desse aktivitetane er i staden “an expression through occupation (time, energy, interest) of something much more important: of a connectedness and of a sharing of oneself” (Hammell, 2004a s.297).

Samanhengen mellom aktivitet og helse står sentralt i ergoterapifaget; og det vert sett som helsefremmande å vere i aktivitet (Kielhofner, 2008). Hammell tek, som Gadamer, utgangspunkt i at helse er noko anna enn ein tilstand av fråver av sjukdom. Ho hevdar at helse i større grad er knytt til livskvalitet og erfart meining med livet, og peikar på at aktivitetar spelar ei viktig rolle som uttrykk for, bidrag til og verkty for å utvikle personleg meining. Hammell argumenterer for at ergoterapi i større grad må vere orientert mot dei konsekvensane av å vere i aktivitet som er av betydning for meiningsaspekta, slik brukarane våre erfarer dei. Ho hevdar at aktivitet inneber meiningsdimensjonar som å gjere, vere, høyre til og å bli (doing, being, belonging and becoming) (Hammell, 2004a). Ho oppfordrar difor ergoterapiteoretikarar og praktikarar til å i enno større grad ta omsyn til desse dimensjonane av meining og rette seg mot korleis desse meiningane møter personen sine indre behov og bidrar til å fremme helsa deira (Hammell, 2004a).

Nyare kanadisk ergoterapiteori legg vekt på at å vere engasjert i ein aktivitet ikkje treng å innebere at personen fysisk utfører aktiviteten (Townsend and Polatajko, 2007). Det kan slik vere eit skilje mellom “performing an activity” og “engaging in an occupation”. Dette skiljet treng ikkje å vere synleg i observasjonar av ein person som utfører ein aktivitet, men omhandlar meiningsdimensjonane for den som utfører aktiviteten. Hammell strekar under at meininga med aktivitet må forståast ut i frå den einskilde, knytt til egne verdiar og ståstad (Hammell, 2004b). Å bu heime treng ikkje å vere rekna som ein viktig aktivitet for “spreke

teoretikarar i jobb”, men kan ha enorm betydning for livskvaliteten til personar med høg ryggmargsskade som har budd i månader og år på ein overfylt institusjon (Hammell, 2004b).

Eg følgjer Hammell i at ein alltid må ta omsyn til meningsdimensjonar om ein skal forstå kva aktivitetar betyr for andre. Dette gjev rom for at erfaringane til brukarane av ergoterapitenester, og meiningane aktivitetane har for dei kan løftast fram. Dette perspektivet er òg ei åtvaring mot ei tru på at ein kan føresei kva meining andre vil ha med ein aktivitet ut i frå egne vurderingar og verdiar, noko som samsvarer med innsikta frå Gadamer om at me gåtefulle for oss sjølv så vel som for andre. Dreier sin teori peikar på at me påverkar og vert påverka i deltaking med andre, der våre ulike posisjonar verkar inn på denne deltakinga. Dette byggjer opp under Hammell si påpeiking av at det kan vere problematisk at ergoterapeutar legg føringar for kva aktivitetar som skal vere av verdi i terapien. Dei teoretiske perspektiva eg har introdusert vektlegg ei forståing av menneske som kroppsleg, historisk og sosialt situerte, og dimed som aktive deltakarar i fleire kontekstar. Perspektiva viser, på ulikt vis, at deltaking og erfaring vert utvikla og endra gjennom menneskeleg aktivitet i ulike, komplekse relasjonelle samanhengar. Sentralt i menneska sine liv står dette; å gjennom deltaking med andre og i seg sjølv oppretthalde jamvekt og engasjement i sitt livsprosjekt.

## 6 Metode

---

Forskingstilnærminga i dette PhD prosjektet er hermeneutisk, i tråd med Gadamer si utgreiing om forståing som heile tida er i rørsle mellom spørsmål og ny innsikt (2006). Gadamer gav likevel ikkje framlegg om korleis ein kan nytte desse innsiktene i empirisk forking, og eg har difor latt meg inspirere av Max van Manen, ein nederlandsk-kanadisk professor i pedagogikk, som har utvikla ei hermeneutisk-fenomenologisk forkingstilnærming (1990). Denne tilnærminga er både *deskriptiv*, i og med at ein søker å skildre det som viser seg, men er òg ei *fortolkande* forkingstilnærming av di den hevdar at det ikkje finnes fenomen som ikkje allereie er tolka (van Manen, 1990). van Manen skriv om dette at;

The implied contradiction may be resolved if one acknowledges that the (phenomenological) “facts” of lived experience are always already meaningfully (hermeneutically) experienced. Moreover, even the “facts” of lived experience need to be captured in language (the human science text) and this is inevitably an interpretive process (van Manen, 1990 s.181).

Forsking innan ei hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming kan forståast ikkje så mykje som konkrete teknikkar, men som ei innstilling; ei haldning, i søkinga etter å nærme seg erfaringane merksam og sensitivt (van Manen, 2006). Eg forstår dette slik at ein både skal rette merksemda mot erfaringane ein skal studere, men òg vere merksam på seg sjølv som forståande og fortolkande subjekt. Dette inneber mellom anna å reflektere over eigne førforståingar for det ein skal studere, fleire gonger og gjennom heile forskingsprosessen. Eg meiner at ein aldri heilt kan frigjere seg frå førforståingane sine, men ein kan arbeide med å gjere desse meir synlege i medvitet gjennom å streve etter å halde seg open ovanfor nye meiningar og erfaringar. Forståing kan slik sjåast på som å vere i ein hermeneutisk sirkel som det ikkje er naudsynt å kome seg ut av, men at det heller er eit mål å vere i han på rette måten (Skjervheim, 2001).

### 6.1 Utval og rekruttering

---

Den overordna problemstillinga for PhD prosjektet var å undersøkje korleis heimebuande eldre erfarer det å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel for å kunne forflytte og/ eller stelle seg sjølv. Eg fann det difor naturleg å rette meg mot dei som lev denne erfaringa; altså heimebuande eldre som søker om hjelpemiddel. Eg ville løfte fram deira erfaringar som eit grunnlag for å nå djupare forståing. Eg vurderte difor at kvalitative intervju var ein

føremålstenleg metode for å frambringe erfaringar med å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel.

Å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel er skildra som ein prosess som utviklar seg over tid (Skymne et al., 2012). Eg vurderte det dimed som viktig for kvaliteten på materialet og moglegheita for å få svar på mine undringar at eg intervjuar deltakarane fleire gonger i løpet av formidlingsprosessen. Eg valte difor å gjennomføre tre intervju med kvar deltakar. Tidspunkt for det første intervjuet var etter at deltakaren hadde søkt om hjelpemiddelet, men før han eller ho hadde fått det. Det andre intervjuet vart gjennomført etter at deltakaren hadde fått hjelpemiddelet, og det tredje og siste intervjuet fann stad etter at deltakaren hadde hatt hjelpemiddelet i om lag to månader.

PhD prosjektet inkluderer heimebuande eldre som erfarer aktivitetsproblem knytt til forflytting og/ eller å stelle seg sjølv, og som på bakgrunn av dette tok kontakt med den kommunale helsetenesta med tanke på å søkje om eit nytt teknisk hjelpemiddel. Grunnen til at vanskar med forflytting eller å stelle seg sjølv var valt som aktivitetsvanskane eg fokuserte på, er av di desse ofte er dei første aktivitetane som eldre får vanskar med (Dunlop et al., 1997). I tillegg var dette aktivitetar som det hyppig vart formidla hjelpemiddel for å avhjelpe (Hägglom-Kronlöf and Sonn, 2007, Löfqvist et al., 2005, Kraskowsky and Finlayson, 2001). Utvalskriteria elles var at intervjupersonane skulle vere over 67 år og bu heime i eigen bustad. Dei skulle òg vere i stand til å gje informert samtykke og delta i kvalitative intervju, tre i alt, med nokre månader mellom kvart intervju.

Oversikt over kva forskingsspørsmål som vart relatert til dei ulike intervjuar er skissert opp i Figur 1. Det var viktig for meg å gjennomføre intervjuar heime hos deltakarane, for å få auka forståing for kontekstane deira, for aktivitetsvanskane som dei erfarte og for korleis dei held seg til hjelpemiddelet.

Figur 1: Oversikt over tidspunkt for kvart intervju, samt relevant forskings spørsmål

Intervju nr.	Tidspunkt	Forskingsspørsmål:
1	Etter at deltakaren har søkt om hjelpemiddelet, men før hjelpemiddelet har blitt levert.	Artikkel 1 Korleis erfarer heimebuande eldre å leve med udekka behov for hjelpemiddel?
2	Når hjelpemiddelet er levert ut til deltakaren	Artikkel 2 Korleis erfarer heimebuande eldre hjelpemiddel-formidlingsprosessen?
3	Etter at deltakaren har hatt hjelpemiddelet i minst to månadar.	Artikkel 3 Kva mening vert skapt når heimebuande eldre tek i bruk tekniske hjelpemiddel for å avhjelpe aktivitetstvanskar?

Deltakarane i PhD prosjektet vart rekruttert av kommuneergoterapeutar i fleire kommunar i to fylke i Nord-Noreg. Grunna vanskar med å få rekruttert deltakarar, vart etter kvart fleire kommunar inkludert. For å få godkjenning til at kommuneergoterapeutane kunne bistå meg i rekruttering av deltakarar, tok eg kontakt med den øvste leiaren til kommuneergoterapeutane først skriftleg og så munnleg. Dinstot tok eg kontakt med kommuneergoterapeutane og desse fekk skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet og vart førespurt om dei kunne hjelpe til med rekrutteringa. Då dei hadde samtykka til dette, fekk dei tilsendt informasjonsmateriell til potensielle deltakarar sett saman av informasjonsskriv, samtykkeerklæring samt ferdig adresserte og frankerte svarkonvoluttar. Den skriftlege informasjonen til deltakarar og rekrutteringspersonell er lagt som vedlegg i appendiks 1.

Eg tok jamleg kontakt med rekrutteringspersonane mellom seinsommaren 2009 til hausten 2010 for å høyre korleis det gjekk med rekrutteringa og oppklare eventuelle spørsmål og

uklarheiter. Det første intervjuet skulle skje før hjelpemiddelet vart levert ut, noko som gav eit visst tidspress. Det var viktig at ergoterapeutane informerte brukarane om dette, slik at dei kunne sende inn samtykket raskt, om dei ynskte å delta. Det var òg viktig for meg å ha ei oversikt over kor mange informasjonsskriv som var delt ut til ei kvar tid for å planlegge for eventuelle intervju.

Det var vanskeleg å få tak i deltakarar til prosjektet, noko som overraska meg. Ut i frå eigen arbeidserfaring i feltet var formidling av nye hjelpemiddel til eldre ei hyppig problemstilling. Statistikk frå NAV viste òg at det var mange nye hjelpemiddelbrukarar i kommunane eg rekrutterte i. Ei forklaring på rekrutteringsvanskane kunne vere at inklusjonskriteria var for avgrensande og rekrutteringsstrategien min var for lite aggressiv. Eg justerte etter kvart inklusjonskriteria til å inkludere personar som hadde fleire hjelpemiddel frå før. Eg heldt òg hyppig kontakt med rekrutteringspersonane. Ei anna forklaring på vanskane med å rekruttere deltakarar kan vere at rekrutteringspersonane vurderte for mange av sine brukarar som å falle utanfor kriteria, ved at dei kunne vere usikre på om dei var kognitivt i stand til å gje informert samtykke, at dei kunne vere for sjuke, eller at dei kanskje ikkje ville vere interessert i å delta.

Fleire rekrutteringspersonar fortalte etter kvart at det ofte var heimetenestene som vurderte eldre sine behov for hjelpemiddel og søkte om desse, då dei ikkje hadde kapasitet til å ta desse grunna mange og presserande saker som involverte yngre brukarar med omfattande rehabiliterings- og tilretteleggingsbehov. Dersom kommuneergoterapeutane ikkje kunne prioritere å gjere vurderingar av hjelpemiddelbehov til eldre, kunne dette medverke til vanskar med å rekruttere deltakarar til prosjektet mitt. Eg valde då å inkludere personell i heimetenestene til å rekruttere deltakarar. Interessant i denne samanhengen er at ein i Stortingsmelding 25 i 2006 peikar på at den største auken av tenestemottakarar i kommunehelsetenesta har vore personar under 67 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Yngre brukarar får tildelt mange av ressursane i dei kommunale helsetenestene, og det er òg hevda at yngre brukarar kan ha lettare med å nå fram for å hevde og å få dekkja sine behov enn eldre (Hamran and Moe, 2012, Brevik, 2012, Gautun et al., 2012). Som nemnt tidlegare, og vist i statistikk frå NAV i ettertid, var det òg ein nedgang i nye hjelpemiddelbrukarar i denne perioden, noko som òg kan hatt betydning for vanskane med å rekruttere deltakarar.

32 førespurnadar vart sendt til rekrutteringspersonane, og av desse vart 11 delt ut. To av dei førespurte valde å ikkje delta i studien. Fleire personar i utvalet vart likevel informert om



studien, men fekk ikkje informasjonsskriv då dei tidleg og tydeleg stadfesta at dei ikkje ville delta. I følgje rekrutteringspersonane så var grunnar for å ikkje delta at dei førespurte ikkje ønska å diskutere eigne aktivitetsvanskar med nokon andre, og at det vart sett på som altfor forpliktande å delta i tre intervju over fleire månadar. Ni personar samtykka til deltaking i prosjektet, og ei kortfatta skildring over desse er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Presentasjon av deltakarane (aldersspenn 69-90 år)

<b>Kjønn</b>	<b>Deltakarane si grunngjeving for søknad om hjelpemiddel</b>	<b>Hjelpemiddel og kommentar</b>
<b>Mann</b>	Ustø, stiv i ryggen	Strømpepåtregkjar, rullator, dusjstol. Fekk ikkje gjennomført tredje intervju
<b>Kvinne</b>	Artrose, utslitt	Bidet
<b>Kvinne</b>	Ustø	Rullator til å bruke ute
<b>Mann</b>	Komplikasjon etter eit stygt fall for nokre år sidan som resulterte i lårhalsbrot og ei øydelagt hand	Søkt om sitjepute og nokre andre småhjelpemiddel han har hatt tidlegare, men levert attende
<b>Mann</b>	Slag, tungt å reise seg	Elektrisk løfte- kvilestol
<b>Kvinne</b>	Artrose, beinskøyr	Rullator til å bruke ute
<b>Mann</b>	Artrose, hjertesvikt	Elektrisk scooter til å bruke ute Døydde etter første intervju
<b>Kvinne</b>	Artrose, utslitt	Bidet
<b>Kvinne</b>	Artrose, utslitt	Elektrisk løfte-kvile stol

Fleire av deltakarane budde saman med ektefelle. Deltakarane heldt seg ulikt til om ektefellen skulle vere til stades under intervjuet. Ein deltakar sendte ektefellen sin ut på ærend når eg skulle kome, medan andre ektefeller var til stades heile tida, fann fram kaffi og kaffimat, og deltok i intervjuet på ein sjølvstøtt og naturleg måte. Ektefellane til deltakarane i prosjektet var til stades på intervjuet når deltakaren ynska dette, og når ektefellen hadde fått informasjon om prosjektet og gitt sitt skriftlege samtykke til å delta. Slik vart fire ektefeller inkludert i materialet.

Nokre uventa hendingar gjer at eg ikkje har tre intervju med nokre av deltakarane. Ein av deltakarane døydde kort tid etter det første intervjuet. Ein annan person let seg ikkje kontakte for å gjere avtale om eit tredje og siste intervju. Til saman baserer PhD prosjektet seg då på materiale frå 24 intervju.

## 6.2 Gjennomføring av intervju

---

Intervjua vart gjennomført mellom oktober 2009 og januar 2011. Varigheita av intervjua varierte mellom ein halv time og to timar. Alle intervjua vart tekne opp på lydband. Alle intervjua, bortsett frå eitt, gjekk føre seg heime hos deltakaren. Eit av intervjua gjekk føre seg på min arbeidsplass, etter ynskje frå deltakaren som skulle til Tromsø, og som ville spare meg ei reise.

Ein intervjuguide vart utvikla for kvart av dei tre intervjua. Føremålet med intervjuguiden var å få deltakarane til å gje inngåande, nære og konkrete skildringar av sine erfaringar (van Manen, 1990). Eg var særleg ute etter erfaringane og forventningane til deltakarane relatert til deira nye tekniske hjelpemiddel. Intervjuguidane vart vurdert i etterkant av kvart intervju i høve til om dei fremma deltakaren sine moglegheiter til å kome fram med sine erfaringar på ein måte som gav eit godt grunnlag for analyse, og justeringar vart gjort fleire gonger undervegs for å sikre dette. Intervjuguidane vart òg vurdert i høve til nye innsikter som kom fram i dei føregåande intervjua, om tema som eg hadde lyst til å utforske nærare, men som eg ikkje hadde lagt mykje vekt på ved første gongs skriving av intervjuguiden. Dei siste utgåvene av intervjuguidane ligg som vedlegg i appendiks 2.

Forskingsspørsmåla i PhD prosjektet vaks fram gjennom møte med feltet, der nye spørsmål og problemstillingar reiste seg. I forkant av møta med deltakarane forsøkte eg å gjere meg medviten om dei førforståingane eg hadde om å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel. Dette gjorde eg mellom anna gjennom å skrive refleksjonsnotat om kva eg venta meg av møta og kva eg tenkte eg ville finne i møta med deltakarane. Som tidlegare kommuneergoterapeut var eg mellom anna oppteken av korleis deltakarane erfarte kvardagslivet, eg ville sjå korleis dei hadde organisert sine næraste omgjevnadar, og eg var oppteken av å avdekke deira vurdering av hjelpemiddelet si symbolske mening. I møte med deltakarane fekk eg meg fleire overraskingar som leda meg til utvida forståing. Ein del moment eg hadde meint var interessante i forkant av intervjua, vart ikkje tematisert på ein slik måte av deltakarane, medan

tema eg ikkje hadde vurdert som sentrale, vart vurdert annleis i lys av deltakarane sine erfaringar. I denne forståingsprosessen, i vekslinga mellom tidlegare forståing og nye innsikter og spørsmål, var det særleg tre undringar som vaks fram. Desse undringane vart utforska vidare i dei tre vitenskaplege artiklane som ligg ved denne avhandlinga.

Sjølv om eg brukte intervjuguidar som utgangspunkt for å få deltakarane til å dele sine erfaringar med meg, la eg stor vekt på å følgje opp deltakarane sine utsegner og forteljingar. Eg strevde etter å ikkje la mine egne førforståingar om hjelpemiddelsøknad og -bruk lukke for ny forståing omkring korleis desse tema kunne erfarast for heimebuande eldre. Det var òg viktig for meg å ivareta deltakarane ved å gje tid og rom til at dei kunne ta opp tema som var viktig for dei relatert til aktivitet, vanskar, kvardagsliv og hjelpemiddel. Eg la vekt på å vere open og spørjande i intervjusituasjonane og oppmuntra deltakarane til å utdjupe sine erfaringar, sjølv om desse kanskje ikkje ved første inntrykk slo meg som relevante i høve til problemstillingane mine. Dette førte til at eg nok fekk mange forteljingar og skildringar som ikkje har kome med i den vidare analysa, men òg at eg har fått nye innsikter der eg ikkje hadde tenkt å leite etter desse. Eit døme på dette, er forteljingane om vurderingane som leda opp til avgjersla om å søkje om hjelpemiddel, og som utvikla seg til eit sentralt forskingsspørsmål i PhD prosjektet (artikkel 1).

I tillegg til å ta opp intervjuet på lydband, gjorde eg nokre notatar undervegs i intervjuet for å supplere med kontekstuelle opplysningar til transkripsjonen. Eg skreiv òg ned egne refleksjonar i etterkant av kvart intervju. Slike notat kunne mellom anna innehalde etiske refleksjonar omkring mi eiga framferd og spørsmålsstillingar i intervjuet, eller tankar om moglege tema eg kjende hadde vore viktige for deltakaren, eller som kunne vere av betydning for analysa.

### 6.3 Transkribering

---

Alle intervjuet vart tekne opp på lydband og transkribert nesten ordrett. Vurdering av detaljnivået på kva som skulle med i transkripsjonane vart gjort med bakgrunn i formålet for studien, som var å få fram erfaringane til deltakarane (Mishler, 1986). Det vert hevda transkribering av intervju er ein fortolkingsprosess som har konsekvensar for analysa (Bailey, 2008). For å frambringe eit godt skriftleg materiale til analysa, inkluderte eg latter, pausar, sukk og informasjon om hendingar (som at telefonen ringte, eller ein person kom inn i

rommet) i transkripsjonane, i tillegg til orda som vart sagt. For å anonymisere materialet endra eg nokre opplysningar i høve stad- og personnamn og andre detaljar medan eg skreiv ut intervju.

Eg transkriberte alle intervju sjølv. Dette innebar at eg lytta til lydbanda eit utal gonger og kom nært materialet. Stemninga i dei ulike delane av intervju kom til uttrykk gjennom mellom anna betoning og vektlegging av ord, stemmebruk og varigheit av pausar. Den konsentrerte og gjentekne lyttinga gav meg ei innsikt i materialet som heilskap, ein nærleik til materialet og ei kontekstuell kjennskap til materialet som var til hjelp vidare i analysa. Etter eg hadde transkribert intervju, lytta eg gjennom lydbanda for å sikre at eg hadde fått med meg alt, og at intervju var transkribert rett. Denne prosessen var viktig for å avdekke misforståingar av det som faktisk vart sagt på lydbanda.

Transkripsjonane vart lesne gjennom fleire gonger, òg medan datainnsamlinga framleis gjekk føre seg, slik at eg kunne spisse, endre og presisere intervjuguidane og dra vekslar på nye innsikter i dei resterande intervjusituasjonane.

#### 6.4 Analyse

---

Å skildre noko inneber òg tolking (van Manen, 1990). Tolking og analyse har vore ein kontinuerleg og samanfletta prosess gjennom heile arbeidet med prosjektet.

Hovudproblemstillinga om korleis heimebuande eldre erfarar å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel, har vore sentralt i dette arbeidet. Gadamer skriv at “The essence of the *question* it to open up possibilities and keep them open” (2006 s.298), og dette; å opne opp og halde open moglegheiter til innsikter og forståingar, har vore viktig for meg i dette arbeidet.

Gadamer skriv vidare at “Understanding begins (...) when something addresses us” (2006 s.298), og det som adresserer oss, er gjerne det som bryt med vår før-forståing.

Som tidlegare kommuneergoterapeut streva eg etter å gjere meg medviten om mine førforståingar, som ville kunne kome til å farge forståinga av deltakarane sine situasjonar og utviklinga av både datamaterialet og prosjektet. Eg meiner òg at min tidlegare yrkesrolle har påverka kva eg har spurt etter og kva eg har lagt merke til. Til dømes la eg på kvart heimebesøk merke til tekniske hjelpemiddel som deltakaren hadde frå før, og noterte meg òg dei fysiske omgjevnadane, som trapper og adkomst, og tenkte om desse knytt opp til

deltakaren sin funksjon. Mellom anna noterte eg meg etter det eine intervjuet at det var ein skilnad mellom kva deltakaren sa at han hadde av hjelpemiddel, og det eg sjølv hadde observert. Eg stussa over denne skilnaden mellom det eg observerte og det deltakaren sa, og gjekk så over til å undre meg over om det kan vere slik at hjelpemiddel kan bli så inkorporert i kvardagen at ein ikkje tenkjer over at dei er nettopp hjelpemiddel, men erfarer dei snarare som ting i dagleg bruk som ein ikkje gjev så mykje merksemd. Eg var òg oppteken av, og etterspurte i intervjuet, kva aktivitetar deltakarane deltok i, og korleis dei erfarte si deltaking. Dette gav meg fleire utfyllande forteljingar om kva som var viktig for deltakarane, og korleis dei tenkte hjelpemidla inn i sine aktivitetar.

Eg streva etter å vere open ovanfor deltakarane sine erfaringar, både i førebuinga av intervjuet, i intervjusituasjonane og i møte med feltet, i transkripsjonsprosessen og vidare gjennom analysa. Kva kunne deltakarane fortelje meg som eg ikkje visste frå før? Kva overraska meg og kvifor? I møtet med intervjudeltakarane og i det tidlege arbeidet med analyse var det særleg tre innsikter, eller spørsmål, eller undringar, som eg merka meg, og som eg difor valte å skrive ut i dei tre tekstane som utgjer forskingsartiklane i denne avhandlinga. Eg vil no gjere kort greie for desse undringane.

For det første var eg overraska over at deltakarane hadde venta så lenge med å ta kontakt med nokon som kunne hjelpe dei etter at dei merka at dei fekk vanskar med å utføre aktivitetar. Eg tykte dette var interessant òg av di eg fann at prosessen mellom tidspunktet då ein erfarer eit aktivitetsproblem og fram til ein tek avgjersla om å kontakte nokon for å søkje om hjelpemiddel ofte ikkje er tematisert i fag- og forskingslitteraturen. Til dømes tek hjelpemiddelformidlingsprosessen i Noreg utgangspunkt i terapeuten sitt perspektiv, ved at formidlinga først startar når brukar eller andre har sendt ei tilvising om eit problem (Rikstrygdeverket, 2003). Kvifor var det slik at deltakarane kunne leve så lenge med udekka behov for hjelpemiddel før dei valte å søkje om dette?

Dinest var eg overraska over at deltakarane held seg så ulikt til uventa hendingar i formidlingsprosessen. Eg fann at medan nokon venta eller let vere med å ta kontakt med kommuneergoterapeuten eller andre sjølv om dei hadde behov for meir hjelp, så oppførte andre seg meir i tråd med det eg, som tidlegare kommuneergoterapeut, hadde forventa. Kvifor var det slik at dei oppførte seg så ulikt, og kva implikasjonar kunne dette medføre for tenesteutøvinga?

Det tredje eg undra meg over, var knytt til bruk av og meining ved hjelpemiddelet. Ein del av den tidlegare forskinga på hjelpemiddel har sett likheitsteikn mellom bruk og nytte av hjelpemiddel. Frå mi tid som kommuneergoterapeut kjente eg til myta om at det står masse hjelpemiddel i heimane til folk som ikkje vart brukt, og som slik representerer dårleg formidling og sløsing med ressursar. Likevel vart det tydeleg i møta med deltakarane at relasjonen mellom brukar og hjelpemiddel var kompleks, fleirtydig og dynamisk. Det trong ikkje vere eit samsvar mellom faktisk bruk av hjelpemiddel og opplevd nytte og meining av hjelpemiddelet for brukaren. Dette var interessant for meg, for det utfordra mi førforståing. Eg undra meg over korleis bruk av hjelpemiddel kunne forståast; og kva det eigentleg ville seie å bruke eit hjelpemiddel?

Eg har skrive ovanfor, og nemnt i alle artikkane, at analysa fann stad gjennom heile forskingsprosessen, i og med at menneskeleg forståing alltid allereie er påbegynt og aldri vert avslutta (Gadamer, 2006). Eg vil likevel løfte fram nokre konkrete og avgjerande forskingsaktivitetar mellom oppstarten av prosjektet og dei skriftlege resultata. Då eg hadde identifisert dei tre undringane som eg har referert ovanfor, nytta eg meg av van Manen si selektive tilnærming for å avdekke og utforske tematiske aspekt ved kvar av desse undringane (van Manen, 1990). Eg las transkripsjonane fleire gonger og lytta til lydbanda, for å få ei heilskapleg forståing for materialet, knytt til den aktuelle undringa. Deretter las eg gjennom alle transkripsjonane ein gong til, der eg merka av alle uttrykk, setningar og bruddstykke frå dialogar som kunne gje meining i høve til forskingsspørsmålet for den aktuelle studien. Eg studerte desse merka utsegnene for å finne ut av om og korleis desse kunne bidra til ei god forståing av meiningane ved erfaringane til deltakarane omkring den aktuelle undringa eg hadde. Eg trakk òg vekslar på mi forståing av deltakarane sine fysiske og sosiale omgjevnadar, som eg hadde fått inntrykk av gjennom å vere heime hos dei fleire gonger. Etter kvart vaks tema, eller skildringar av sentrale aspekt ved erfaring, fram (van Manen, 1990). Deretter utfordra og utforska eg desse tema i ein prosess prega av refleksjon, skrivearbeid og diskusjonar med veiledarane mine. Eit gadamersk omgrep om forståing som i stadig rørsle, mellom nye innsikter og spørsmål som eg først ikkje forsto å stille, har stått sentralt gjennom alle analyseprosessane. Den seinare fasen innebar òg vidareutvikling av forståing i dialog med dei anonyme fagfellene som har vurdert artikkane, gjeve tilbakemelding på desse og utfordra meg til å vidareutvikle tekstane.

van Manen legg vekt på skriveprosessen som ein veg mot forståing og som den mest sentrale forskingsaktiviteten. Kvalitativ forskning handlar ofte om å uttrykke innsikter i tekst, og for at lesarane skal kunne få utvida si forståing for temaet, så meiner van Manen at det er viktig at teksten “treff” lesaren. van Manen legg altså vekt på “det fenomenologiske nikket” som avgjerande i høve til forskinga si kvalitet. Med dette meiner han om lesaren kan nikke gjenkjennande til den skriftlege skildringa som ei mogleg tolking av den aktuelle erfaringa (van Manen, 1990). van Manen hevdar at hermeneutisk-fenomenologisk forskning er i botn og grunn eit lingvistisk prosjekt; “to make some aspect of our lived world, of our lived experience, reflectively understandable and intelligible” (van Manen, 1990 s.125-6). Eg har erfart at å skrive på denne måten er både naudsynt, utviklande og krevjande. I løpet av skriveprosessen har eg både dekontekstualisert og abstrahert erfaringane til deltakarane, samstundes som eg konkretiserer dei i tekst og ein annan struktur. Eg har hatt som mål at skildringane både skal vekke gjenkjenning, ved at dei kan erkjennast som moglege meiningar ved erfaringane, og samstundes at teksten skal gje ei utvida forståing for lesarane om meiningane ved desse erfaringane.

Tolkingane av materialet er nært knytt til dei teoretiske perspektiva som er anvendt i analyse og skriveprosess. I løpet av forskingsprosessen har eg blitt kjend med og arbeidd inn andre teoretiske perspektiv enn hermeneutikken og fenomenologien som eg først starta ut med. Ei slik tilnærming er blitt kalla abduktiv forskningstilnærming (Blaikie, 2010, Coffey and Atkinson, 1996). Relasjonen mellom teori og forskingsprosess i den abduktive forskningstilnærminga er nært knytt saman; “data and theoretical ideas are played off against one another in a developmental and creative process” (Blaikie, 2010 s.156). Blaikie skriv at regularitetar som ein finn i byrjinga eller i løpet av forskingsprosessen, vil stimulere forskaren til å stille spørsmål og sjå etter svar. Materialet vil så bli fortolka i lys av dei teoretiske ideane som veks fram, og dette kan lede til vidare undring. Forsking blir slik ein dialog mellom materiale og teori som vert mediert av forskaren. Teorien vert slik ikkje funne i byrjinga eller produsert på slutten av forskinga. Coffey og Atkinson skriv det slik:

[...] abductive inferences seek to go beyond the data themselves, to locate them in explanatory or interpretive frameworks. [...] There is thus a repeated interaction among existing ideas, former findings and observations, new observations, and new ideas (Coffey and Atkinson, 1996 s.156)

Ein slik dynamisk relasjon mellom empiri og teori stemmer overeins med det hermeneutiske perspektivet eg har etterstrevd i arbeidet med PhD prosjektet. Av dette følgjer òg at andre

tolkingar av materialet er mogleg, og at andre teoretiske perspektiv ville kunne gje andre innsikter.

## 6.5 Etikk

---

Prosjektet er godkjend av Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk (REK) og er òg meldt til Norsk Samfunnsvitskapleg Datateneste (NSD). Eg gav deltakarane i prosjektet fiktive kodenamn rett etter at eg hadde motteke dei underskrivne samtykkeerklæringane. Eg endra òg nokre personidentifiserbare opplysningar allereie i transkripsjonsprosessen. Direkte personidentifiserbare opplysningar har heile tida vore oppbevart i låst skap når dei ikkje har vore i bruk. Eg har gjeve deltakarane skriftleg og munnleg informasjon om deira moglegheiter til å trekkje seg undervegs eller i etterkant av intervju. Eg har òg kontakta deltakarane i seinare tid for å informere dei om utsett prosjektslutt, etter oppfordring frå NSD. Alle godkjenningane frå NSD og REK ligg som vedlegg i appendiks 3.

I løpet av datainnsamlinga opplevde eg nokre etiske dilemma knytta til min “doble rolle” som forskar og ergoterapeut. Eg vart mellom anna spurt nokre gonger om tema/ ting som var innanfor den formidlande kommuneergoterapeuten sitt ansvarsområde. Eg var medviten om at eg ikkje hadde mandat til å gjere noko helsefagleg arbeid i høve til deltakarane sine situasjonar; eg hadde ikkje tilgang til journalpapir, og det låg utanfor mitt ansvar å gjere noko med deira situasjon. Samstundes hadde eg forståing for deltakarane sine situasjonar og deira behov for informasjon og støtte. Eg valte i desse situasjonane å oppfordre til å ta kontakt med ergoterapeuten, eller moglege andre samarbeidspartnarar. Eg måtte òg presisere kven eg var og kva som var bakgrunn og formål for mitt besøk nokre gonger i løpet av datainnsamlinga då eg fekk inntrykk av at nokre deltakarar var usikre på den rolla som eg hadde. Fleire av deltakarane var i ein livsfase der endringar i kognitiv funksjon kan førekomme, og der endringar i funksjonsnivå kan skje fort.

Gjennom heile datainnsamlinga var eg oppteken av at det samtykket deltakarane hadde gjeve ved oppstart av prosjektet ikkje var eit frikort til å halde dei i prosjektet. Eg vurderte dimed deltakarane sin samtykkekompetanse, motivasjon og vilje til å delta i prosjektet fortløpande. Eg sikra meg om at deltakarane var medvitne om mitt formål for intervjuet, og kva eg hadde tenkt å gjere med materialet. Eg strevde òg etter å vere sensitiv i høve til deira erfaringar med



å delta i prosjektet. Ingen av deltakarane trakk seg, og fleire gav spontant og hjarteleg uttrykk for at dei hadde sett stor pris på å delta i prosjektet då me tok avskil etter siste intervju.

Etikk er ikkje berre tematisert under datainnsamlinga, men òg i skrive- og publikasjonsprosessen. Eg har tilstreba å framstille både deltakarar og helsepersonell slik dei vart fortalt fram i intervju, på ein etterretteleg måte, med omsyn til å ivareta anonymiteten til dei einskilde. I arbeidet med sitat og transkripsjonar har det vore viktig for meg å leite etter meininga ved det som deltakaren fortel, og eg har forsøkt å gjort dette skånsomt og sensitivt, ved å ikkje øve unødig vold mot deltakarane sine utsegner. Likevel inneber hermeneutisk-fenomenologisk skriving å løfte opp meiningane ved erfaringane, og resultatane er dimed uunngåeleg ein abstraksjon av transkripsjonane.

## 6.6 Metodekritikk

---

Kvalitet i kvalitativ forskning vert mellom anna vurdert i høve til om forskinga framstår som truverdig, det vil seie om lesaren kjenner seg trygg på at forskinga er utført på ein tillitvekkande måte (Thagaard, 2003). Eg har etterstreva dette gjennom å vere etterretteleg, konkret og detaljert i skildringa av vurderingar og sentrale val som eg har teke gjennom forskingsprosessen, samt mine refleksjonar om desse. Refleksivitet i kvalitativ forskning handlar om at forskaren engasjerer seg i ei eksplisitt sjølv-medviten analyse av si eigen rolle i forskingsprosessen (Finlay, 2002). Dette har vore eit særskilt viktig tema i arbeidet med doktorgradsprosjektet i og med at eg er mitt eige forskingsinstrument og sjølv avgjerande i høve til å frambringe, strukturere og formidle det materialet eg baserer denne avhandlinga på.

Ergoterapeut og forskar Linda Finlay argumenterer for å “oute”, eller “avsløre” kven ein er som forskar i forskinga (2002). Dette er naudsynt både av di eins situering, tilstedeværelse og posisjon som forskar er med på å leggje føringar for og mogleggjere forskinga sin prosess og resultat (Finlay, 2002). Å vektleggje refleksivitet involverer ei anerkjenning av forskning og kunnskap som konstruert, framføre å sjå på kunnskap som noko objektivt, allmenngyldig sant til alle tider. Gjennom heile dette arbeidet har det difor vore viktig for meg å skrive refleksjonsnotat der eg kritisk vurderer mi eiga rolle og avgjerslene mine. Eg har nærma meg materialet og analysert desse på bakgrunn av mi rolle som kommuneergoterapeut, samstundes som at eg har tilstreba å vere open for deltakarane sine erfaringar. Med Gadamer kan eg seie at eg har arbeidd med å gjere meg medviten om mine førforståingar fleire gonger gjennom

forskningsprosessen, både av di eg anerkjenner desse som ein viktig del av min forståingsprosess, samstundes som at eg erkjenner at mine førforståingar kan stenge for andre forståingar.

Min bakgrunn som kommuneergoterapeut har påverka utgangspunktet og utforminga av prosjektet; problemstillingane eg har reist, spørsmåla eg stilte deltakarane, analysa av materialet og resultatane eg har kome fram til. Eg ser på materialet som ligg til grunn for denne avhandlinga som samskapt saman med deltakarane. Til dømes så tenkjer eg at relasjonen mellom meg og deltakarane kan ha blitt påverka av min yrkesbakgrunn som ergoterapeut. Eg legg til grunn at alle deltakarane hadde kjennskap til ergoterapeutar frå før, gjennom at dei hadde fått hjelp av desse til å søkje om hjelpemiddel. Ein kan tenkje seg at kjennskap til at eg som intervjuar var ergoterapeut, kunne ha fått nokre deltakarar til å leggje band på seg eller fortalt om andre erfaringar enn om eg hadde hatt ei anna yrkesbakgrunn. Eg erfarte likevel at kritiske refleksjonar omkring helsetenestene kom godt til uttrykk. Andre høve, som å vere (relativt) ung, kvinneleg vestlending er òg faktorar som eg reknar med kan ha hatt betydning for kva deltakarane har vald å gjere relevant i møte med meg.

van Manen kan kritiseras for å gje uttrykk for og å støtte ei Husserliansk antaking om at forskaren må gjere seg medviten om eigne førforståingar og så setje desse i parentes for å slik møte forskingstemaet fordomsløst, dette er òg kalla “bracketing” (van Manen, 1990). van Manen kan slik lesast til inntekt for transendentalfenomenologi som hevdar at ein kan kome fram til “essensar ved fenomen” (Dowling, 2005, Laverty, 2003, Caelli, 2000). Forskaren sine førforståingar kan i dette perspektivet sjåast som problematiske og noko ein må “rydde av vegen” for å nå djup forståing (Fleming et al., 2003). Eg følgjer ikkje van Manen i dette, men meiner som Gadamer at førforståingar ikkje er noko ein kan gjere seg ferdig med ein gong for alle. Eg tenkjer òg at ein bør etterstrebe dialog med eigne førforståingar gjennom heile forskningsprosessen, sjølv om desse kan vere gøymt og ikkje dukke opp i medvitet før dei vert utfordra (Fleming et al., 2003). Ut i frå dette har eg ikkje søkt etter universelle, statiske sanningar, “essensar” om “reine” fenomen. Dei kunnskapane som er komne fram i arbeidet med prosjektet er situerte og fortolka i ein kontekst der òg intervjupersonar, medforfattarar og fagfeller har delteke.

## 7 Resultat

---

Det overordna forskingsspørsmålet for PhD prosjektet var å undersøkje korleis eldre erfarer prosessen med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel for å kunne forflytte seg og/ eller stelle seg sjølv. På bakgrunn av dette, og i møte med deltakarane utkrystalliserte det seg tre forskingsspørsmål som på ulike vis relaterer seg til det overordna forskingsspørsmålet, og som er utforska i artiklane som ligg ved. Eg vil no gje ei kort oppsummering av dei tre artiklane som slik utgjer resultata av PhD prosjektet.

### 7.1 Artikkel 1 – Korleis erfarer heimebuande eldre å leve med udekka behov for hjelpemiddel?

---

Artikkel 1 tok utgangspunkt i ei undring om kvifor eldre venta med å søkje om tekniske hjelpemiddel som kunne avhjelpe deira vanskar. Føremålet med studien var difor å undersøkje erfaringane til heimebuande eldre som har udekka behov for hjelpemiddel. Det empiriske materialet var det første intervjuet med deltakarane. I desse intervjuua hadde deltakaren søkt om hjelpemiddel, men enno ikkje fått det.

Erfaringar med vanskar med å utføre aktivitetar som følgje av redusert funksjon, stimulerte ein kreativ prosess med å handtere og meistre kvardagslivet til trass for vanskane. Deltakarane nytta seg mellom anna av hjelp frå andre, justerte vanar og forventningar til eigne prestasjonar og bagatelliserte betydninga av vanskane dei erfarte for å kunne handtere kvardagen. Kreativiteten til dei eldre var ein ressurs i høve til å meistre kvardagsaktivitetane som var viktige for dei. Likevel kunne dei kreative løysingane òg vere uhensiktsmessige på lang sikt. Eit døme på dette kunne vere å slutte å ta vatndrivande medisin for å redusere talet på toalettbesøk. Sjølv når informasjon om ulike hjelpemiddel som kunne avhjelpe situasjonen låg føre, vart det viktig å vurdere hjelpemiddelet opp mot eigne behov for dette, og eventuelle ulemper innføringa av eit slikt hjelpemiddel kunne medføre.

Den sosiale konteksten spelte ei viktig, men òg tosidig rolle i prosessen med å kome på og å søkje om tekniske hjelpemiddel. Ved å hjelpe til med å utføre aktivitetar, kunne andre bidra til å tilsløre aktivitetsvanskar som udekka behov for hjelpemiddel. På den andre sida kunne dei òg tilby eit friskt blikk på den eldre sin situasjon ved å påpeike vanskane som dei hadde, samt at dei kunne tipse om hjelpemiddel som kunne avhjelpe desse vanskane.

Ei innsikt av denne artikkelen er at det å treffe ei avgjersle om å søkje om eit hjelpemiddel, ikkje går føre seg lineært og medvitent, sjølv om ein erfarer vanskar med å meistre aktivitetar i kvardagslivet som følgje av nedsett funksjon. Endring og tilpassing av vanar bidrog til at vanskar med å utføre aktivitetar ikkje vart tenkt på eller artikulert som eit udekkka behov for hjelpemiddel, eller eit helsemessig problem som kravde ei medviten avgjersle. Prosessen med å forstå aktivitetsvanskar som eit helsemessig problem som eit hjelpemiddel kunne avhjelpe, kunne vere langvarig og subtil. Denne prosessen involverte aktiv forhandling om korvidt dei positive aspekta ved hjelpemiddelet ville kunne veie opp for ulempene med å ta dette i bruk.

Implikasjonar for praksis kan vere at det å tilby kunnskap og informasjon om ulike tekniske hjelpemiddel ikkje er tilstrekkeleg for å motverke at heimebuande eldre lev med udekkka behov for hjelpemiddel. Helsepersonell bør vere merksam på potensielle og uartikulerte aktivitetsvanskar og vere i dialog med den eldre om meiningar ved aktivitet, meistring og hjelpemiddel i tillegg til å informere om ulike hjelpemiddelløysingar.

## 7.2 Artikkel 2 – Korleis erfarer heimebuande eldre hjelpemiddelformidlingsprosessen?

I artikkel 2 undersøkte me korleis heimebuande eldre erfarer hjelpemiddelformidlingsprosessen etter at dei har søkt om hjelpemiddelet. Materialet som låg til grunn for å studere dette, omfattar alle intervjua som vart gjennomført i PhD prosjektet.

Alle deltakarane hadde, i forkant av utleveringa av hjelpemiddelet, positive forventningar til eigen kompetanse for å handtere hjelpemiddelet, det tekniske hjelpemiddelet dei hadde søkt om og dei sosiale omgjevnadane. Forventningane dei eldre hadde til seg sjølve, var at dei skulle vere i stand til å meistre bruken av hjelpemiddelet, samt at dei ville kunne skaffe seg meir hjelp, om dei skulle ha behov for det. Forventningane til hjelpemiddelet var knytt til håp om og tru på at det tekniske hjelpemiddelet skulle kunne bidra til ein betre kvardag.

Forventningane til dei sosiale omgjevnadane, inkludert kommuneergoterapeutane, var at hjelp til opplæring og oppfølging ville vere tilgjengeleg om det skulle bli behov for dette. Alle desse forventningane kunne slå sprekker når hjelpemiddelet vart levert ut; til dømes ved at dei fekk andre hjelpemiddel enn det dei meinte dei hadde søkt om, ved at dei ikkje fekk til å bruke hjelpemiddelet eller ved at kommuneergoterapeuten ikkje fulgte opp hjelpemiddelet og deltakarane sine behov, slik dei hadde tenkt.

Deltakarane sine forventningar til kommuneergoterapeutane om at desse ville vere tilgjengelege og oppsøkjande var gjerne ikkje artikulert og slik ikkje formidla til kommuneergoterapeuten. Sjølv om deltakarane i utgangspunktet meinte at dei lett kunne ordne opp ved eventuelle vanskar, kunne det likevel vise seg vanskeleg å gjere dette då vanskane oppsto. Då det viste seg at ein trong meir hjelp, kunne det å ta kontakt med kommuneergoterapeuten bli oppfatta som å klage på tenestene, noko som kunne utfordre deltakarane si sjølv-forståing som konstruktiv og positiv. Nokre var òg redde for at det å melde frå om vanskane dei erfarte kunne føre til negative reaksjonar og hemn frå helsepersonell.

Eldre som får hjelpemiddel har ulike behov og handterer uventa hendingar i hjelpemiddelformidlingsprosessen ulikt. Det er difor viktig at helsepersonell som arbeider med hjelpemiddelformidling etterstrever ei klientsentrert haldning gjennom heile formidlingsprosessen, der brukaren sine forventningar til tenester og hjelpemiddel vert utforska. Det kan vere formålstenleg at helsepersonell som er involvert i hjelpemiddelformidling er til stades når hjelpemiddelet blir levert ut, då dette er ein situasjon som kan aktualisere uartikulerte forventningar. Helsepersonell må òg vere medvitne om at brukarar sine forventningar til eigne ressursar og handlekraft, ikkje nødvendigvis vert innfridd når dei erfarer utfordringar. Sjølv om helsepersonell må dra vekslar på brukaren sine ressursar, må ein som hjelpar heller ikkje oversjå sårbarheit.

Ei sentral innsikt frå denne artikkelen er at hjelpemiddelformidlingsprosessen kan liknast med ei gåtefull reise. Denne metaforen dreg vekslar på Gadamer sitt omgrep om den gåtefulle helsa. Med dette omgrepet skildrar han at helsa si karakter er mystisk og delvis skjult, ved at me gjerne ikkje kan identifisere kva helse er før me erfarer uhelse. Ved brot, endringar og overraskingar rettar me merksemd mot noko me har teke for gitt, og ser dette i eit nytt lys. Hjelpemiddelformidlingsprosessen kunne innebere likande gåtefulle karaktertrekk, ved at uventa hendingar kunne utfordre forventningar til seg sjølv og til andre, som den eldre ikkje var budd på.

### 7.3 Artikkel 3 – Kva meining vert skapt når heimebuande eldre tek i bruk tekniske hjelpemiddel for å avhjelpe aktivitetsvanskar?

---

Formålet med artikkel 3 var å undersøkje kva meining som vart skapt når heimebuande eldre tok i bruk eit nytt teknisk hjelpemiddel. Det empiriske grunnlaget for studien var intervju som vart gjennomført etter at hjelpemiddelet var levert ut. Studien tok utgangspunkt i at personar som får hjelpemiddel må studerast som aktive deltakarar, og at hjelpemiddel bidrar i ein kompleksitet heller enn å forårsake konkrete effektar.

Det tekniske hjelpemiddelet kunne innebere moglegheit til deltaking i ulike aktivitetar. Dette vart erfart som viktig for deltakarane sjølv om dei valte å ikkje nyttiggjere seg desse moglegheitene. Vidare kunne erfaringar med kjennskap til og bruk av hjelpemiddelet nyttast som ressurs for å kunne hjelpe andre, og dimed stetta opp under sjølvkjensla. Det å ha hjelpemiddel tilgjengeleg kunne gje auka kjensle av kontroll og tryggleik i høve til ei tru på at ein kunne meistre kvardagen sjølv om ein erfarte funksjonstap i framtida. Hjelpemiddelet kunne òg innebere håp om ei betre framtid.

Hjelpemiddelet treng ikkje å bli brukt i konkrete situasjonar for å ha betydning for brukaren. Hjelpemiddelet inngår i brukaren sitt kontinuerlege arbeid med å erfare seg sjølv som kompetent, verdifull for andre, førebudd på framtidige utfordringar og å oppretthalde håp om ei framtid. Innsiktene frå denne artikkelen bidrar til ei utvida forståing av hjelpemiddel ved å vise at brukaren sjølv tar i bruk hjelpemiddelet, på ulike måtar og i ulike kontekstar, og slik skaper ei endring som er relevant i hans/ hennar kvardag. Å få eit hjelpemiddel er difor ikkje berre ei personleg sak, men påverkar deltaking i ulike kontekstar, med ulike andre.

Implikasjonar for praksis kan vere at helsepersonell som arbeider med formidling av tekniske hjelpemiddel må vere sensitive og merksame ovanfor meiningsdimensjonane ved hjelpemiddelet som brukaren erfarer, for å leggje til rette for ei optimal hjelpemiddelformidling. Helsepersonell må òg vere merksame på dei ulike sosiale kontekstane som brukaren deltek i.

## 8 Diskusjon

---

### 8.1 Refleksjonar i høve til metode

---

Før eg går inn på ein diskusjon av resultatane, vil eg gjere meg nokre refleksjonar i høve til metode og gjennomføringa av prosjektet. Særleg vil eg adressere spørsmålet om ein kan overføre innsiktene frå dette prosjektet til andre område. Personane som deltok i prosjektet, og hjelpemidla desse søkte om, er ulike, og det kan i utgangspunktet vere stor skilnad i erfaringane med å få installert ein bidet på sitt eige private bad, og å ta i bruk ein rullator i det offentlege rom. Og korleis kan erfaringane til til dømes ein eldre mann med å søkje om ei sitjepute gje innsikter som kan overførast til andre, heilt forskjellige situasjonar? Det empiriske materialet i prosjektet inneber berre ni personar, som rett nok vart intervjuet opp til tre gonger kvar. Dette siste gjev nokre reservasjonar i høve til om ein har fått mange og varierte nok skildringar av erfaringane eg søkte å studere.

Nokre hevdar at utvalsstorleik innan kvalitativ forskning må avgjerast av “data saturation”, eller metting av data (Walker, 2012, Morse, 2005, Polit and Beck, 2004) Dette inneber at forskaren må rekruttere deltakarar “to the point at which no new information is obtained and redundancy is achieved” (Polit and Beck, 2004 s.308). Hermeneutisk-fenomenologisk forskning tek likevel utgangspunkt i “meanings are infinite, always expanding and extending themselves” (Dahlberg et al., 2008 s.176). Dime er det uråd å nå ei metting av meiningar av erfaringar. Ei slik metting har heller ikkje vore tilsikta i dette prosjektet.

Eit anna kvalitetskriterium for å vurdere om utvalet i kvalitative studier er stort nok, er om det tillet “the deep, case-oriented analysis that is a hallmark of all qualitative inquiry, and that results in – by virtue of not being too small – a new and richly textured understanding of experience” (Sandelowski, 1995 s.183). Formålet med hermeneutisk-fenomenologiske forskingsprosjekt er å løfte fram variasjonar av visse erfaringar og kaste lys over meiningane ved desse erfaringane (van Manen, 1990). Som skildra i metodekapittelet fekk eg ikkje rekruttert så mange deltakarar som eg skulle ha ønska. Eg trur at det hadde løfta prosjektet om eg hadde fått fleire deltakarar, og fleire erfaringar. Likevel vil eg hevde at eg har fått eit mangfaldig materiale som samanlagt har gjeve gode analysemoglegheiter.

Innan hermeneutisk-fenomenologisk forskning er kvaliteten på materialet viktigare enn talet på deltakarar; og det sentrale spørsmålet når ein skal ta stilling til om utvalet er stort nok, er å sjå

på om det er grunnlag i materialet for å undersøkje det ein vil undersøkje (van Manen, 1990). For å sikre dette, understrekar van Manen betydninga av å orientere seg i høve til det spørsmålet som ein ynskjer å undersøkje før ein startar med å intervjuje (van Manen, 1990 s.67). Eg tenkjer at ei slik orientering òg inneber å halde seg open for at mi førforståing kan endras (Gadamer, 2006). van Manen skriv, med tilvising til Gadamer at spørsmålet sin essens er å opne opp moglegheiter og å halde desse opne (van Manen, 1990 s.43).

Sjølv om eg kunne ha ønska meg eit større materiale, har det materialet eg har hatt til rådvelde bidratt til å gje meg svar på spørsmål som eg ikkje visste å stille, og gode moglegheiter til å utforske fleire variasjonar av erfaringar med å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel. Gjennomgåande i arbeidet med dette prosjektet har eg strevd etter å *forstå* heimebuande eldre sine erfaringar med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel, ved å halde meg open til moglege tolkingar og andre forståingar, og ved å utfordre eigne førforståingar. Gjentekne intervju med kvar deltakar har lagt til rette for at eg fekk utdjupande skildringar av deira erfaringar og kunne adressere tema som først viste seg sentrale i transkripsjon og tidleg analyse. Dette har styrka kvaliteten på materialet. Eg tenkjer likevel at nye forståingar og tolkingar kan kome til som kan utfordre, revidere og utvide den forståinga som eg greier ut i denne avhandlinga, då forståing er ein uendeleg prosess (Gadamer, 2006).

Gadamer poengterer at utvikling av forståing skjer i dialog; med kvarandre og med tekst (Binding and Tapp, 2008, Gadamer, 2006). Eg vonar at dei tolkingane eg har kome fram til i denne teksten kan finne gjenklang hos lesarane, og invitere desse til å fortsetje dialogen for slik å bidra til å føre forståingsprosessen vidare.

## 8.2 Diskusjon av resultat

---

Den overordna problemstillinga for PhD prosjektet var å undersøkje korleis eldre erfarer prosessen med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel. Resultata viser at å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel ikkje berre angår den fysiske kroppen og avgrensa aktivitetar, men òg brukarar si deltaking og sjølvforståing. Me er situerte deltakarar i fleire handlingskontekstar, saman med andre, og det tekniske hjelpemiddelet kan ikkje forståast som lausrive frå deltakinga og samanhengane brukaren deltek i. Resultata viser slik at det å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel kan skildrast som ein kontekstuell, dynamisk, individuell så vel som ein sosial prosess. Eg har valt å kalle denne prosessen for “ei gåtefull reise” for å understreke



dei uforutsigbare, dynamiske aspekta ved den. Å tenkje om hjelpemiddelformidlingsprosessen som ei gåtefull reise, får implikasjonar for korleis me forstår dei eldre som søker om hjelpemiddel. Eg har brukt ein stor del av det andre kapittelet i denne avhandlinga til å skissere opp nokre tendensar i norsk helsepolitikk for kommunane, og vil no nytte høvet til å vende attende til desse, som eit utgangspunkt for å diskutere innsiktene som er utvunne gjennom PhD prosjektet. Eg vil i det følgjande konsentrere meg om å drøfte resultata opp mot forventningane til dei “nye eldre” som ein kan lese i helsepolitiske dokument. Eg vil argumentere for at eit omgrep om dei “nye eldre” kan fremme førforståingar som tilslører eldre sine unike og dynamiske behov.

Eg vil vidare argumentere for at resultata peikar på at det å få og å ta i bruke eit teknisk hjelpemiddel, denne gåtefulle reisa, må tenkjast inn som ein del av brukaren sitt livsprosjekt. I dette inngår brukaren si deltaking i fleire kontekstar, med fleire andre, og på ulike måtar. Om ein skal fremme ei forståing for kompleksiteten i denne prosessen, så må ein ta brukaren på alvor og søkje å forstå deira unike og komplekse situasjon. Å tenkje om hjelpemiddelformidlingsprosessen som lineær og teknisk kjem til kort i høve til dette.

### 8.2.1 Dei “nye eldre”

---

*I dag såg eg  
tvo månar,  
ein ny  
og ein gamal.  
Eg har stor tru på nymånen.  
Men det er vel den gamle.*

(Olav H. Hauge, 1966, Dropar i austavind)

Den forventna levealderen har auka i dei siste tiåra, noko som til dømes har ein samanheng med ei medisinsk utvikling som gjev betre moglegheit til å setje diagnosar og starte behandling tidleg, og at behandlingsmetodane er betre (Christensen et al., 2009). Den generelle levestandarden har òg auka, noko som fører til at etterkrigskulla og framtidige generasjonar vil ha andre ressursar og moglegheiter enn tidlegare generasjonar. Som eg har referert tidlegare i denne avhandlinga, omtalar Helse- og omsorgsdepartementet desse generasjonane som dei “nye eldre” og skildrar dei slik:

De nye eldre har både høgere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også mer teknologivante og vil bestemme mer på egenhånd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013 s.11).

Offentlege dokument og forskning løftar fram at morgendagens brukarar av helsetenestene vil ha andre behov og problem enn dagens tenestemottakarar, men òg andre ressursar til å meistre sine utfordringar (Steel and Gray, 2009, Steel et al., 2009, Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Det er vidare eit uttala mål frå både samfunn og borgarar å kunne bu heime så lenge som mogleg når ein blir eldre og etter kvart erfarer sviktande helse og vanskar med å utføre aktivitetar ein meistra tidlegare (Harrefors et al., 2009, Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Samfunnsøkonomisk er det ikkje minst av stor betydning at personar bur lenge i eigen heim og klarar seg sjølv, eller med så lite hjelp som mogleg så lenge dei kan. Dei norske styringsmaktene vonar at dei “nye eldre” sine ressursar og motivasjon for å oppretthalde sjølvstende vil gje seg utslag i at dei vil bestrebe seg for å ta ansvar for eiga helse og eigne omsorgsbehov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette fell òg saman med vektlegginga av brukarstyring som kjem til uttrykk i offentlege helsepolitiske dokument. Her heiter det mellom anna at ein skal leggje til rette for at eldre brukarar av helsetenester både skal sikrast medbestemmelse og medansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c).

I lys av innsiktene frå prosjektet, samt stetta av anna forskning, er framstillinga av dei “nye eldre” utfordrande på fleire måtar. For det første bidreg ei slik nemning inn i ei førforståing av eldre som ei homogen gruppe, der ein tenkjer seg at gruppemedlemmane har like moglegheiter og ressursar. Ei slik førforståing kan gjere at helsepersonell feilaktig tek for gitt at alle eldre som erfarer aktivitetstvanskar har slike ressursar. For å kunne fremme helse må likevel fagpersonar ha merksemd mot den einskilde brukar sine unike mål og moglegheiter.

Dei eldre har ulike behov, og ein treng heller ikkje å vere medviten om kva ein kan komme til å trenge av hjelp. Dette fordrar helsepersonell til å møte eldre med ei open, utforskande og sensitiv innstilling heller enn å forvente at dei skal krevje, etterspørje og ta ansvar for eigen hjelpemiddelformidlingsprosess. Som vist i artikkel 2 og i anna forskning, kan eldre personar som har fått eit nytt teknisk hjelpemiddel erfare usikkerheit både i høve til korleis dei skal bruke hjelpemiddelet, og kven dei kan kontakte om dei treng meir hjelp (Gramstad et al., in press, McCaig et al., 2012). Erfaringar av aktivitetstvanskar kan føre med seg ein prosess der ein må forhandle fram ei anna forståing av seg sjølv og sin situasjon (Gramstad et al., in press, Gramstad et al., 2013). Det kan òg vere vanskelegare å få seg til å spørje etter hjelp når ein treng det, enn det ein hadde sett føre seg på førehand. Medan nokre brukarar administrerer

formidlingsprosessen i tråd med forventningane til ein ressurssterk brukar, vil andre profitere på ei meir oppsøkjande hjelpemiddelformidling.

Til trass for at omgrepet om dei “nye eldre” er utfordrande, kan dette omgrepet òg ha ein positiv konsekvens ved at det legg opp til forventningar som bryt med førforståingar om eldre som passive eller motviljuge mottakar og brukarar av teknologi. Sjølv om det er empirisk grunnlag for å hevde at eldre saktar akterut når det gjeld å skaffe seg og handtere ny teknologi (som vist i kapittel 3 i denne avhandlinga) kan ei slik førforståing òg føre til at ein tillegg eldre brukarar meir motstand mot tekniske hjelpemiddel og teknologi enn det dei i røynda har. Mellom anna fann ein i det midtnorske velferdsteknologiprojektet til si overrasking at “det i mange tilfeller er helsepersonellet som problematiserer, mens brukerne tar teknologien “på strak arm”” (Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2014 s.29).

Antakingar om at eldre er passive og motviljuge teknologibrukar, vert imøtegått av forskning som viser at eldre kan vere teknologiekspertar og forhandlarar, og kreativt bruke teknologi for å skape og oppretthalde meiningsfulle liv og god helse (Loe, 2010). Eldre nyttar ikkje berre tekniske hjelpemiddel, men òg kvardagsleg teknologi kreativt for å meistre kvardagslivet (Malinowsky, 2011, Larsson, 2009, Forchhammer, 2006).

Sjølv om ein slik ikkje må unnså den individuelle brukaren sine kreative problemløysingsevne og ynskje om å ta i bruk ny teknologi, er det likevel viktig å vere merksam på at eldre som gruppe kan sakte akterut i den teknologiske utviklinga. Omgrepet “den digitale kløfta” skildrar at ulike sosiale grupper har ulik tilgang til og i ulik grad kan gjere seg bruk av digital teknologi (van Dijk and Hacker, 2003). Mellom anna vert alderdom assosiert med manglande tilgang til dei godane teknologien kan tilby (Olson et al., 2011, Broady et al., 2010).

Forsking som rettar seg mot å forstå kvifor den digitale kløfta vert opprettheldt, peikar på manglande erfaring med og kunnskap om teknologi som ein sentral årsak (van Dijk and Hacker, 2003). Dette er samanfallande med funn frå forskning som undersøker eldre sine udekka behov for hjelpemiddel, der ein peikar på mangel på oppdatert kunnskap om teknologi blant brukargruppa og helsepersonell som grunngevingar for kvifor eldre lev med udekka behov for hjelpemiddel (Peterson and Murray, 2006, Löfqvist et al., 2005, Roelands et al., 2002, Mann et al., 1994). Av dette kan ein utlede ei førforståing om at dersom dei eldre som

erfarer aktivitetsvanskar berre kjente til eit aktuelt hjelpemiddel, så ville dei søkje om dette. Dette er nok viktig, men ikkje eit avgjerande moment for å forstå tematikken rundt eldre og teknologibruk då kjennskap til teknologi ikkje er tilstrekkeleg for å treffe ei avgjersle om å søkje om eit hjelpemiddel (Gramstad et al., 2013). Som resultat frå PhD prosjektet viser, er behov for hjelpemiddel dynamisk og komplekst og knytt til korleis ein erfarer sin situasjon og seg sjølv. Å fatte ei avgjersle om å søkje om eit hjelpemiddel krev ei aktiv vurdering og forhandling om kva endringar dette vil medføre, for sjølvforståing, for eigen situasjon og for andre. Om helsepersonell skal bistå eldre i denne prosessen, må dei søkje å forstå kva det å få eit hjelpemiddel vil innebere for den einkilde.

Dei helsepolitiske dokumenta målber forventningar om at dei “nye eldre” har rike ressursar samstundes som at dei formidlar eit ynskje og tru på at dei eldre vil dra veksjar på desse i handteringa av sin eigen alderdom. Me fann i tillegg ei slik haldning blant dei eldre som deltok i prosjektet (Gramstad et al., in press). Deltakarane var positive til tekniske hjelpemiddel og hadde ei solid tru på at dei hadde tilgjengelege ressursar, anten ved å bruke seg sjølv, eller få hjelp av andre, som til dømes familie eller helsepersonell, til å handtere eventuelle problem. Likevel kunne det vise seg å vere vanskeleg å følgje opp antakinga om seg sjølv som ein handlekraftig og ressurssterk brukar gjennom prosessen med å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel.

Avhengigheit av helsepersonell, som når ein treng bistand frå kommuneergoterapeuten for å få eit teknisk hjelpemiddel, skapar ein maktubalanse som ein ikkje må oversjå eller ignorere. Me erfarer situasjonar på ein posisjonert måte, eller som Dreier skriv; “individual persons always act in in a situated, embodied way from definite locations as participants in local social contexts” (Dreier, 2008 s.27). Ved formidling av tekniske hjelpemiddel er heimebuande eldre hjelpetrengande og kommuneergoterapeuten ein hjelpar; i dette ligg det ein maktubalanse. Desse to vil erfare situasjonen ut i frå sine posisjonar, som er ulike. Tidlegare forskning på eldre sine erfaringar med helseproblem viser at prosessen med å få helsehjelp kan erfaras som ein trussel mot identitet, integritet og autonomi (Janlöv et al., 2006). Dette kan føre til at dei eldre ikkje deltek aktivt i vurderingane omkring kva slags hjelp dei skal få, og dimed heller ikkje erfarer at dei har påverknad på avgjerslene som blir tekne (Janlöv et al., 2006). Om kommuneergoterapeuten erfarer den eldre som ein ressurssterk, handlekraftig konsument kan dette medverke til å forsterke denne maktubalansen ved at den eldre sine unike behov for oppfølging kan bli oversett. Dette er viktig å vere medviten om då

heimebuande eldre har ulike og dynamiske forventningar til kommuneergoterapeutane (Gramstad et al., 2013).

Ei vektlegging av aktiv aldring som viser seg i helsepolitiske dokument, gjev nokre forventningar om at eldre skal etterstrebe sjølvstende og uavhengigheit, og plasserer ansvaret for helse til den einskilde. Det er til dømes eit eksplisitt føremål at personar skal vere mest mogleg sjølvhjelpne i daglege gjeremål (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ei liknande haldning kan ein også sjå nedfelt i følgjande sitat frå ein FAFO-rapport som undersøkte utfordringar knytt til å prioritere mellom eldre og yngre omsorgsmottakarar i kommunane;

Særlig for de eldste brukerne kan det problematiseres at “det normale” later til å være et relativt passivt liv, der man i stor grad er avhengig av hjelp fra andre. Det kan være behov for en bredere debatt om hva mennesker i ulike aldersgrupper, med ulike tjenestebehov, kan forvente av offentlig innsats, og hva som skal være siktemålet med tjenestene (Gautun et al., 2012 s. 12)

Det er hevda at det sterke fokuset på å gjenvinne kroppsfunksjonar og oppretthalde sjølvstende i daglege aktivitetar som ein finn i ergoterapilitteratur og –praksis, er uttrykk for ei stereotypisk haldning der eldre kan oppfattas som ei byrde om dei ikkje er i stand til å klare seg sjølvstendig i dagleglivet (Klein and Liu, 2010). Ei slik haldning er kritisert for at den fremmer offentlege og økonomiske interesser heller enn helsa til brukarane av ergoterapitenestene (Hammell, 2009b). Til trass for offentlege og faglege verdiar og prioriteringar er det ikkje alltid realistisk eller ønskeleg for personar å etterstrebe sjølvstende. Om ergoterapeutar tek brukarmedverknad på alvor, må dei utforske kva som er brukaren sine meningsfulle aktivitetar. Dette vil innebere at ein ikkje avgrensar ei forståing av aktivitet til å gjelde kategoriar av eigenpleie, produktivitet og fritid, men at ein i staden opnar opp for og tek på alvor aktivitetar som brukaren sjølv erfarer som meningsfulle (Hammell, 2004a).

Nokre ergoterapiteoretikarar kritiserer vektlegginga av sjølvstende som hovudmål for rehabilitering, då dette kan føre til at ein overser den gjensidige avhengigheita me har ovanfor kvarandre og betydninga dette har for helse (Hammell and Iwama, 2012, Hammell, 2009a, Iwama, 2006). Å høyre til og å vere i stand til å bidra til andre i gjensidige relasjonar kan skildras som “belonging”. Dette gjev mening til livet og er knytt saman med helse og livskvalitet (Hammell, 2009b, Hammell, 2004a, Gadamer, 1996a). Resultata i artikkel 1 og 3 underbygger dette, ved å vise at hjelpemiddelet spelar ei rolle i relasjonen mellom dei eldre som får det og dei sosiale omgjevnadane som både kan tipse om hjelpemiddel, og kan dra

nytte av brukaren sine erfaringar med hjelpemiddelet. Som vist i artikkel 1, spelar dei sosiale omgjevnadane òg ei viktig rolle i den einskilde sine moglegheiter til å kunne gjere dei aktivitetane som er meiningsfulle for dei. Gjennom samvær med andre, trekk me vekslar på kvarandre for å meistre aktivitetar, auke sjølvkjensle og stette opp under kvarandre si deltaking. Slik kan ein seie at hjelpemiddelformidlingsprosessen bør relaterast til meistring, helse og deltaking, og ikkje vere avgrensa til å ha som einaste formål å auke sjølvstende.

Dersom ikkje ergoterapeuten tek omsyn til brukaren sine ynskje og behov, men går ut i frå verdiar og forventningar om at eldre ynskjer å vere – og skal vere – sjølvstendige, utøver ein ikkje klientsentrert ergoterapi, og mister moglegheita til å arbeide for at brukaren skal nå sine mål (Klein and Liu, 2010). Terminologi og måten brukarar av hjelpemiddel vert omtala, påverkar førforståingane våre og har innverknad på vår deltaking med andre. Dei amerikanske sosiologane Kelly Joyce og Meika Loe viser gjennom eit sosiologisk perspektiv på helse, sjukdom, teknologi og aldring at det eksisterer to trendar om korleis ein ser på desse tema i dagens samfunn (2010). Den første trenden er biomedikaliseringa som forstår aldrande kroppar i eit sjukdomsperspektiv, der aldringsprosessar er medisinske problem og løysinga på desse problema er at “the ageing body can and should be restored into a youthful one” (Joyce and Loe, 2010 s.174). Den andre trenden omhandlar geronteknologi som marknadsbasert industri der føremålet er å endre teknologi og omgjevnader for å mogleggjere aldring i heimen. Ei mogleg utfordring ved at gerontologiske og teknologiske fagmiljø vert fletta tett saman, kan vere at ein marknadsøkonomisk terminologi vinn terreng i det som er eit helsefag. Døme på dette kan vere at ein omtalar hjelpemiddelbrukarar som “konsumentar” (Lenker et al., 2013 early online, Martin et al., 2011). Kvalitative studier av relasjonar mellom eldre og teknologi viser likevel at “the aim of technology use is not ‘optimal health’ with its implied anti-ageing, cultivation of youth definition of optimal, but rather support for the body and mind as each changes across the lifespan” (Joyce and Loe, 2010 s.178). Eldre er aktive teknologibrukarar som identifiserer behov for, tilpassar og avviser teknologi i sine prosessar med å mogleggjere sjølvstende, skape meiningsfulle liv og oppretthalde helsa (Loe, 2010, Forchhammer, 2006).

Biomedikalisering og marknadstenking ber i seg utfordringar knytt til makt og etikk, ved at eldre vert posisjonert som passive mottakarar av teknologi for å motverke effekt av aldring (Joyce and Loe, 2010). Desse perspektiva kjem likevel til kort når det gjeld å skildre det viktigaste ved helsearbeid; å stø opp under den andre sin evne til å gjenvinne si jamvekt

(Gadamer, 1996a). Toombs viser gjennom si fenomenologiske analyse at sjukdom kan medføre eit dramatisk brot i vår vanemessige måte å vere i verda på; eit brot som både rystar vår forståing av verda og også vår forståing av oss sjølve (Toombs, 1993). Toombs skriv at

illness may be understood as a particular way of being in the world – a way of being that exhibits certain typical characteristics. Such characteristics must be recognized if one is to grasp what illness means to patients (Toombs, 1993 s. xvi).

Eit karaktertrekk ved sjukdom er at me vert stilt ansikt til ansikt med vår ibuande sårbarheit; erfaringar av tap av kontroll over eigen situasjon truar vår integritet og forståing av oss sjølv (Toombs, 1993). Det er dette som er det gåtefulle ved helsa, at den unndrar seg merksemd når me er engasjert i vårt livsprosjekt. Gadamer skildrar dette mellom anna slik;

Health is not a condition that one introspectively feels in oneself. Rather, it is a condition of being involved, of being in the world, of being together with one's fellow human beings, of active and rewarding engagements in one's everyday tasks (Gadamer, 1996e s.113)

Eit av dei viktigaste og eldste tema for oss menneske er at kvar av oss må føre, eller gestalte, vårt liv, og sjølv finne ut av korleis me skal gestalte det (Gadamer, 2003 s.11, Gadamer, 1996e s.104). Sjukdom kan føre til ei forstyrring i vår jamvekt i verda. Dette fører til at me ikkje lenger kan stole på eller ta for gitt at me vil meistre verda på same måte som me gjorde tidlegare; våre førforståingar om verda og oss sjølve blir utfordra (Gadamer, 1996a, Toombs, 1993). Ein implikasjon av dette er at det er grenser for vår sjølvforståing, me vil òg vere gåtefulle for oss sjølv, ved at me ikkje alltid kan føreseie våre reaksjonar og kjensler når me som friske og meistrande skal tenkje oss korleis det vil vere å erfare sjukdom eller uhelse (Gadamer, 1996c, Gadamer, 1996e). Gadamer skriv:

Understanding plays a role wherever rules cannot be applied, and this includes the entire sphere of collective human life. Thus it transpires that we can prove incomprehensible to ourselves, that we can fail to understand ourselves, just as we can fail to understand others (Gadamer, 1996c s.165)

Det kan difor vere eit gap mellom å forvente at ein meistrar helsevanskar og å handtere kontakt med helsevesenet, og korleis ein faktisk erfarer desse situasjonane når dei oppstår. Slik står eldre i fare for å bli “dobbeltdiskriminert”, både av helsepersonell som forventar at dei, i tråd med forventningane til dei “nye eldre” etterstreber sjølvstende og handterer hjelpemiddelformidling som ein ressurssterk konsument, og ved at dei eldre kan forvente det same av seg sjølve.

Ansvarer for å tilstrebe forståing av den andre ligg særleg tungt på helsepersonell. Dette er mellom anna grunnleggande for å stø opp under den andre sin evne til å gjenvinne si jamvekt. Det som er naudsynt her er å etterstrebe merksemd ovanfor dei førforståingane me har ovanfor dei me skal hjelpe, og utforske om desse stemmer. Gadamer skriv;

Nobody who takes the hermeneutic problem seriously imagines that we can ever *entirely* understand the other or know what the other is thinking. More important is the fact that we *seek* to understand one another at all, and that this is a thoughtful path (Gadamer, 1995 s.276)

Helsepersonell som arbeider med hjelpemiddelformidling må difor vere sensitive i høve til brukarane sine unike behov, vere merksame på at desse kan endre seg over tid, og ikkje oversjå den potensielle sårbarheita som menneske ber i seg.

### 8.2.2 Å få og ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel – implementering eller gåtefull reise?

---

Det er sagt at vellukka implementering av velferdsteknologi berre avhenger 20 % av teknologien, og 80 % av organisering (Helsedirektoratet, 2012b). Implementering er ikkje tydeleg definert eller skildra i helsepolitiske dokument som nyttar dette omgrepet, men omgrepet kan forståast som å innføre eller å setje i verk (Ordnett.no, 2014). Etter at Hagenutvalet la fram sin NOU; “Innovasjon i omsorg”, er implementering av velferdsteknologi blitt eit mål i fleire kommunale og regionale prosjekt (sjå til dømes Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, 2014, Tromsø kommune, 2013, Sintef, 2013). Sjølv om desse prosjekta i større grad fokuserer på andre typar velferdsteknologi enn dei tekniske hjelpemidla eg studerer, synes eg likevel at implementeringsomgrepet er interessant å sjå på i høve til innsiktene utvunne gjennom arbeidet med PhD prosjektet. I prosjekta som er nemnt ovanfor, er merksemda retta mot organisering av tenester, sjølv teknologien som skal nyttast, og etiske aspekt knytt til implementeringsprosessen. I mindre grad vert brukaren – her forstått som den heimebuande eldre – sine kontekstar og deira behov, bruk og nytte av teknologien gjort synleg. Eg vil hevde at for å forstå implementering eller innføring av teknologi som skal føre til endringar i brukaren sitt liv, må ein ta utgangspunkt i brukaren sitt perspektiv, som i følge eit kroppsfenomenologisk perspektiv er grunna i levd, erfarande kropp (Merleau-Ponty, 2006).

Nasjonale og internasjonale fagmiljø som er opptekne av formidling og bruk av tekniske hjelpemiddel peikar på at hjelpemiddelet, teknologien, berre er eit av fleire viktige moment i



ein vellukka implementeringsprosess (AAATE and EASTIN, 2012, Helsedirektoratet, 2012b, NETF, 2011). Association for the advancement of assistive technology in Europe (AAATE) og European assistive technology information network (EASTIN) argumenterer for at ein må ta omsyn til brukar sin kontekst ved implementering av tekniske hjelpemiddel. Mellom anna lanserer dei omgrepet “assistive solution” som eit formålsteneleg omgrep i dette arbeidet, for å understreke at innføringa av eit hjelpemiddel inneber å løyse ei utfordring (som er kontekstuell og individuell). Dei understreker vidare at denne intervensjonen ikkje berre handlar om det tekniske hjelpemiddelet, men at det er naudsynt at helsepersonell bidreg med støtte og sin faglege kompetanse (AAATE and EASTIN, 2012). Implementering av omgjevnadsmessige endringar som eit tiltak må òg stå i høve til den einskilde brukar sitt *livsprosjekt*, eller “a wider individual life project” (AAATE and EASTIN, 2012 s.11). I hovudsak må ein altså ta omsyn til brukaren og brukar sin kontekst ved formidling av hjelpemiddel, og fagmiljøa hevdar at

Only in some cases can it [hjelpemiddelet, min merknad] be “atomic”, as a response to a specific need that arises in the course of life without requiring a revision of an ongoing life project, or the formulation of a new one (AAATE and EASTIN, 2012 s. 11).

Då eg planla PhD prosjektet, tenkte eg nok for avgrensa både i høve til det tekniske hjelpemiddelet si betydning i brukaren sitt livsprosjekt, og i høve til dei kontekstane brukaren deltok i. Eg snevra tematikken for avhandlinga ned til hjelpemiddelformidlingsprosessen til heimebuande eldre, og handsama denne som ein avgrensa prosess. Utgangspunktet for prosjektet kan altså kritiseras for å ha ei for snevert fokus, då formidling av eit hjelpemiddel berre i unntakstilfelle bør vere “atomisk”, eller frittstående, utan at det inngår i ein heilskapleg plan. Eg reflekterte nok heller ikkje nok over korvidt deltakarane sine pårørande skulle delta i intervjuet eller ikkje. I utgangspunktet tenkte eg at eg berre skulle snakke med personen som hadde søkt om det aktuelle hjelpemiddelet. Difor vart eg overraska første gongen ein av ektefellene sette seg ned med oss og deltok i intervjuet som det mest naturlege i verda. Slik vart eg på ein litt pinleg måte tydelig gjort medviten om at det å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel òg angår andre enn den som søker om det. Og, som det gjekk fram av intervjuet; dette spela ei rolle i erfaring og bruk av det tekniske hjelpemiddelet. Slike innsikter leda meg mot teoretiske perspektiv som vektla deltaking og kontekst for å forstå korleis personar gjer endringar i liva sine (Dreier, 2008).

Teorien gav grunnlag for forståingar om at erfaringar med å få og å ta i bruk hjelpemiddel må sjåas i lys av dei samanhengane som brukarane er ein del av og deira aktive deltaking i eit komplekst kvardagsliv (Dreier, 2008). Med basis i dette vil eg no hevde at hjelpemiddel ikkje kan forståast i seg sjølv, men at det inngår som ein del av fleire større og ofte samanvevde kontekstar.

Forsking som undersøker effekt og bruk av hjelpemiddel tek utgangspunkt i ei forståing av omgjevnad som dei konkrete og avgrensa stadene som hjelpemiddelet skal brukast i, og forstår aktivitet som det som personen har vanskar med å gjere. Innsikter frå PhD prosjektet som viser til betydninga av meining og kontekst, utfordrar eit slikt avgrensa perspektiv på omgjevnad som grunnlag for å vurdere meiningsfylde ved hjelpemiddel som det blir erfart av brukaren. I ein litteraturgjennomgang om etiske problemstillingar ved hjelpemiddelformidling og korleis ein som praktisk bør handtere desse, argumenterer forskarane for at hjelpemiddelformidling må innebere grundig kartlegging for å sikre at hjelpemiddelet “matchar” den individuelle brukaren, slik at dei ikkje får hjelpemiddel som ikkje kan brukast (Peterson and Murray, 2006). Sjølv om dette er viktig, er det likevel berre eitt av fleire etiske aspekt som bør adresseras av fagutøvarane. Hjelpemiddelet inngår i brukaren sitt *livsprosjekt*, og me må ta omsyn til dette om me søker å forstå kva betydning tekniske hjelpemiddel har for personar si deltaking.

Dette gjev eit anna perspektiv på “bruk” som tek høgde for meiningsdimensjonane ved hjelpemiddelet og desse si betydning for helse. Eit slikt perspektiv på “bruk” utfordrar ein syn på implementering av tekniske hjelpemiddel som ein formålsretta, målbar prosedyre. Geronteknologiske analysar har hovudsakleg fokusert på strukturelle variablar og brukarfaktorar som kohort, fysiske, psykososiale og sosioøkonomiske faktorar som påverkar interaksjonen mellom eldre og teknologi (Rodeschini, 2011). Utbytteforskinga som eg gav eit oversyn over i kapittel 3 i denne avhandlinga tek utgangspunkt i at hjelpemiddelet er kausalt ansvarleg for endringar i funksjon og sjølvstende hos brukaren. Den italienske forskaren Rodeschini hevdar at slike analysar er uttrykk for ein teknologisk determinisme der brukaren får ei passiv mottakarrolle. Ho tek til orde for at ein i større grad må sjå på interaksjonane og relasjonane mellom brukar og teknologi (Rodeschini, 2011). Som vist tidlegare har òg relasjonane mellom brukar og andre betydning i desse høva. Ein konsekvens av eit perspektivskifte innan hjelpemiddelformidling vil vere at teknologi må sjåast uløyselig knytt til kontekstane og handlingssamanhengane dei inngår i. Dette inneber òg ei anerkjenning av at

eldre sine situasjonar og bruk av teknologi er dynamisk og kan endre seg i høve til dei ulike handlingssamanhengane brukaren deltek i, og kven dei deltek saman med.

Dei sosiale omgjevnadane spelar ei stor rolle i prosessen med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel, både ved å påpeike aktivitetsvanskar, i høve til korleis det blir brukt, og som støtte og informasjonsskjelde i formidlingsprosessen. Ein teori om personar som deltakarar i sosial praksis utfordrar oss til å sjå personar i deira kontekstar; og stimulerer oss til å spørje kva kontekstar personen inngår i og på kva måte han eller ho deltek. Me har betydning for andre sine handlingsmoglegheiter og deltaking i ulike sosiale kontekstar, og andre har betydning for våre handlingsmoglegheiter og deltaking (Dreier, 2008). Betydning av hjelpemiddel kan difor ikkje forståast berre ut i frå individuelle og avgrensa menneske-teknologi relasjonar, då brukarar forstår hjelpemiddel/ hjelpemiddelbehov ikkje berre ut i frå praktiske vanskar i kvardagen, men òg ut i frå dei samanhengane dei er i og forstår ut i frå. Ei handling er alltid sosial (Dreier, 2008). Dette kan gjelde både konkret, ved at det er fleire personar til stades, men òg ved at ein tenkjer seg dei andre sine blick og vurderingar inn i si deltaking. Dette kjem òg til uttrykk i det analytiske skiljet mellom body image og body schema (Gallagher, 2002).

Vår forståing av eigen kropp vert påverka av våre tolkingar av korleis andre ser oss. Vår forståing av eigen kropp og vårt kroppsskjema påverkar òg vår deltaking i og erfaring av verda. Det tekniske hjelpemiddelet inngår i dette dynamiske høvet. Eit døme på dette, såg me i kapittel fem, der blindestokken både kan erfarast som “en brännskada” og vere “analog med blikket”. Andre sine blick, våre tolkingar av desse og tankar om korleis ein vil framstå for andre påverkar korleis me aksepterer og bruker hjelpemiddel (Pettersson, 2006, Larsson Lund and Nygård, 2003). Tidlegare forskning viser at inkorporering eller motstand mot hjelpemiddel kan relaterast til korvidt hjelpemidla bidrog til å støtte opp under eit ønska bilete av seg sjølv som ein kompetent utførar (Larsson Lund and Nygård, 2003). Dette stettar opp under å anerkjenne sosial kontekst som betydningsfull i høve til brukarar sin bruk av hjelpemiddelet. Eit interessant resultat som me drøftar i artikkel 3, var at brukaren nytta hjelpemiddelet som ressurs, ikkje berre for seg sjølv, men også for andre. Stikk i strid med tanken om at hjelpemiddelet symboliserte eit stigma og noko ein ikkje kunne forsone seg med, viste deltakarane i prosjektet hjelpemidla sine til personar i omgangskretsen som dei tenkte kunne ha bruk for hjelpemiddelet. Dei forklarte korleis hjelpemiddelet kunne brukas og rettleia sine

venner i høve til korleis dei kunne skaffe seg eit liknande hjelpemiddel. Slik vart hjelpemiddelet brukt for å styrke relasjonar mellom deltakarane heller enn å separere desse.

Medan tidlegare forskning har fokusert på bruksfrekvens og auka sjølvstende som ønska effektar av innføring av hjelpemiddel, fann me at andre “effektar” kunne vere meir meningsfullt for brukarane. Som me viser i artikkel 3 kan tekniske hjelpemiddel ha ei betydning for helse som går ut over det å kompensere for funksjonshemming. I denne artikkelen viser me at det å ha hjelpemiddelet tilgjengeleg mellom anna bidro til auka tryggleikskjensle og kjensla av å ha kontroll og å vere budd på framtidige vanskar, sjølv om hjelpemiddelet ikkje vart brukt konkret i daglege aktivitetar. Hjelpemiddelet kunne bidra til kjensle av håp og tru på ei betre framtid; ved at det kunne representere moglegheiter til å utføre meningsfulle aktivitetar. Til dømes kunne rullatoren manifestere eit håp, tru og eit ynskje om å kunne ta seg ein tur ut når det vart vår og sumar. Håp er ein sentral komponent i ei forståing av helse som òg inneber livskvalitet og mening (Hammell, 2004a, Gadamer, 1996a). Eit sentralt karaktertrekk ved det å vere menneske er at våre tankar alltid strekk seg mot ei framtid, og utan denne framtida kan me ikkje leve;

man’s very ability to envisage his own future lends to it such a tangible presence that he cannot grasp the thought of its actually coming to an end. We can be said to have a future for as long as we are not aware that we have no future (Gadamer, 1996b s.65).

Me har slik eit grunnleggjande behov for å forestille oss ei framtid, og å halde denne framtida open. Dette har betydning for vår kjensle av å vere i jamvekt og av å vere heime i verda og av å vere heime i oss sjølve, som er konstituerande for oss som menneske (Gadamer, 1996d s.59-60). Eit teknisk hjelpemiddel kan tangere dette eksistensielle behovet ved å oppretthalde håp om ei open framtid. Hjelpemiddelet inngår slik i dei samanhengane som flettast inn i mennesket sitt livsprosjekt. Likevel er ikkje relasjonen mellom håp og tekniske hjelpemiddel godt utforska. Dersom ein tenkjer at bruk og eigarskap av tekniske hjelpemiddel kan vere med på å bidra til auka kjensle av håp, kan ein òg tenkje seg at det å gje avkall på hjelpemiddel grunna reduksjon i funksjonsnivå kan liknast med å gje avkall på håp om ei framtid der ein meistrer det ein meistra før. Slik kan eit hjelpemiddel som ein ikkje brukar konkret ha stor betydning for helsa.

Innsiktene utvunne gjennom dette prosjektet stettar tidlegare forskning som viser at å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel er ein dynamisk prosess som utviklar seg etter kvart som brukaren venner seg til hjelpemiddelet og finn måtar å bruke dette på som passar inn med deira behov

og kan nyttast i deira kontekstar (Skymne et al., 2012, Hedberg-Kristensson et al., 2007). Vidare viser resultata at denne prosessen må sjåast i lys av ein større prosess; brukaren sitt arbeid med å gestalte og føre sitt liv. Dette minner oss om at “brukarar” ikkje berre er brukarar av helsetenester, men innehar mange roller, og rører seg i fleire forskjellige handlingssamanhengar der dei har meir eller mindre moglegheiter til å handle, og meir eller mindre makt, saman med andre personar, som òg er deltakarar i desse handlingssamanhengane (Dreier, 2008). Det vert dimed klart at brukarar tek med seg hjelpemiddelet, sine tankar og erfaringar omkring dette, med seg i andre samanhengar og brukar desse her, på ulike måtar, med ulike formål, saman med fleire andre. Dersom ein er interessert i å undersøkje relasjonar mellom tekniske hjelpemiddel og personen som skal bruke dette, må ein difor ta omsyn til at det ikkje dreier seg om *ein* kontekst, men fleire, og at hjelpemiddelet kan inngå i desse på ulike måtar.

Eldre som får hjelpemiddel må forståast som aktive deltakarar i fleire kontekstar, der dei deltek i og slik påverkar og vert påverka av andre deltakarar. Erfaringar med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel kan liknast med ei reise som kan vere gåtefull og innebere uføresette overraskingar. Eldre sin “bruk” av hjelpemiddelet må forståast ut over den konkrete anvendinga av hjelpemiddelet i konkrete situasjonar. Forståing av hjelpemiddelbruk må ta omsyn til meiningsdimensjonar som erfart av brukaren. Implementering av tekniske hjelpemiddel må forståast som ein del av brukaren sitt livsprosjekt; forstått som brukaren sitt arbeid med å føre sitt liv. Innføring av tekniske hjelpemiddel er dimed ikkje ein instrumentell lineær prosess som kan forståast avgrensa som å matche rett produkt til rett bruker. Å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel er i staden ein kontekstuell, dynamisk, individuell så vel som ein sosial prosess.

Det er gjort framlegg om behov for eit perspektivskifte når det gjeld forståing av rehabilitering som i større grad anerkjenner brukaren som ein deltakar og siktar rehabiliteringa inn mot at “vedkommende skal føre et liv” (Borg, 2003 s.337). Eg vil hevde at ein òg må arbeide for eit tilsvarende perspektivskifte innan hjelpemiddelformidlingsfeltet der ein tenkjer det tekniske hjelpemiddelet inn i brukaren sine deltakingsbanar og livsprosjekt. I dette perspektivet, må den andre, brukaren, den eldre eller pasienten anerkjennast som aktiv deltakar i prosessen med å gestalte sitt liv. Eit viktig ledd i eit slikt perspektivskifte vil vere å utforske, utfordre og vidareutvikle førforståingar knytt til eldre som gruppe, og som anerkjenner dei som aktive teknologibrukarar i deltaking saman med andre, i ulike kontekstar.

## 9 Avsluttande refleksjonar og konklusjon

---

Sjølv om resultatane viser at kontekstane som brukarane deltek i, spelar inn i høve til erfaringar med å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel, kan det sjåast som ei avgrensing for prosjektet at eg ikkje har inkludert fleire viktige kontekstar i materialet. Det hadde mellom anna vore av interesse å undersøkje dei ulike fagpersonane sine erfaringar med formidling av hjelpemiddel, og samspelet mellom desse og heimebuande eldre som søker om hjelpemiddel. Ei slik undersøking kunne til dømes ha gjeve innsikt knytt til korleis forventningane mellom fagpersonar og brukar vert forhandla og uttrykt. Eit anna relevant forskingsspørsmål kunne vore å fokusere på kva som hemmar og fremmer ei klientsentrert hjelpemiddelformidling som tek omsyn til brukarane sine unike og dynamiske behov og ulike kontekstar. Ein kunne òg ha utforska meir dei “uformelle” nettverka som eldre dreg vekslar på, og som er viktige for handtering av aktivitetstvanskar og fremmer helse. Eg trur ikkje at ein har uttømt spørsmålet om korleis innføring av tekniske hjelpemiddel påverkar deltaking i ulike sosiale kontekstar. Eit feltarbeid som inkluderer formelle og uformelle handlingssamanhengar der eldre som treng, søker om og brukar tekniske hjelpemiddel deltek på ulike måtar, vil mellom anna kunne gje rike skildringar som kan hjelpe til med å fremme innsikt i desse problemstillingane.

Føremålet med PhD prosjektet var å bidra med innsikter i høve til korleis heimebuande eldre erfarer det å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel. Det empiriske grunnlaget for å utforske problemstillingane var kvalitative djupintervju med ni heimebuande eldre som hadde søkt om eit teknisk hjelpemiddel til å forflytte og/ eller stelle seg sjølv. I analysa av dette materialet vaks det etter kvart fram ei fortolking av erfaringar med å få og å ta i bruk eit teknisk hjelpemiddel som ei gåtefull reise. Formålet med denne metaforen var å skildre dei uføresette, dynamiske og komplekse aspekta ved det å få og å ta i bruk tekniske hjelpemiddel.

Resultata viser at eldre tilpassar vanar for å kunne halde fram med å meistre daglege aktivitetar, og ikkje nødvendigvis artikulerer sine vanskar med å utføre daglege aktivitetar som behov for hjelpemiddel. Slik kan det ta lang tid før personar som har behov for hjelpemiddel søker om dette. Vidare fann me at heimebuande eldre sine erfaringar av hjelpemiddelformidlingsprosessen var unike, dynamiske og påverka både av forståingar av kommuneergoterapeuten og seg sjølve. Resultata viste òg at tekniske hjelpemiddel har betydning for brukaren ut over praktisk støtte i konkrete situasjonar.

Resultata viser at ei forståing av hjelpemiddelformidlingsprosessen som tek utgangspunkt i at denne prosessen er teknisk, lineær og rører ved avgrensa aktivitetar og situasjonar i den individuelle brukaren sitt liv, kjem til kort med å skildre brukarane sine erfaringar. Hjelpemiddelformidlingsprosessen må i staden forståast som ein del av brukaren sitt livsprosjekt. Forsking og forståing om hjelpemiddelformidling, -bruk og –nytte bør ta omsyn til meiningsdimensjonane ved hjelpemiddelet og dei kontekstuelle faktorane som påverkar erfaringar av hjelpemiddelet. “Bruk” av hjelpemiddel bør forståast i eit breiare perspektiv som tek omsyn til betydninga hjelpemiddel kan ha for dei som brukar dei, samt dei ulike kontekstane og dei andre deltakarane som desse inngår i og deltek med.

Dei eldre sine erfaringar med formidlingsprosessen er ulike og knytt til forventningar som ikkje nødvendigvis vert artikulert til formidlaren. Helsepolitiske dokument speiler ei førforståing av eldre som ressurssterke og initiativrike i høve til eiga helse. Utfordringa med dette, er at helsepersonell kan oversjå dei unike og dynamiske behova til den einskilde brukaren. Ei anna utfordring kan vere at eit for sterkt fokus på sjølvstende som mål for rehabilitering kan underminere helsepersonell sine moglegheiter til å sjå og anerkjenne behovet for å vere knytt saman med andre, og betydninga dette har for helse. For å fremme ein klientsentrert formidlingsprosess, er det viktig at dei involverte er i ein open dialog med kvarandre gjennom heile formidlingsprosessen.

I dette feltet er det viktig med god fagleg innsikt i betydningane av personar sine kvardagsliv, og hjelpemiddelet sin plass i dette kvardagslivet. Helsepersonell har eit særleg ansvar i høve til å bistå den eldre med å gjenvinne si jamvekt i verda, og dette fordrar at ein søker etter å møte den eldre i høve til kva som er viktig og meiningsfullt for denne. Ei forståing av aktivitet som femner breitt og tek omsyn til brukaren sine dimensjonar av mening må ligge til grunn for dette arbeidet. Ergoterapeutar og anna helsepersonell som arbeider med formidling av hjelpemiddel bør vere til stades når hjelpemiddelet vert levert ut, både for å sikre at hjelpemiddelet er rett for brukaren, for å gje opplæring og følgje opp i høve til brukaren sine behov, men òg for å gjere seg meir tilgjengeleg for brukaren slik at denne kan ta opp tema som kjem opp når han eller ho får sjå og prøve hjelpemiddelet for første gong. Heimebuande eldre må anerkjennast som aktive deltakarar som rører seg i fleire kontekstar, med fleire viktige andre. Dette bør gjenspeilas gjennom heile formidlingsprosessen.

## 10 Referansar

---

- AAATE & EASTIN 2012. Service delivery systems for assistive technology in Europe. Position paper.: AAATE: Association for the advancement of assistive technology in Europe EASTIN: European assistive technology information network.
- Agree, E. M. & Freedman, V. A. 2000. Incorporating assistive devices into community-based long-term care: an analysis of the potential for substitution and supplementation. *Journal of Aging and Health*, 12(3) 426-50.
- Allen, S. M. 2001. Receiving help at home: The interplay of human and technological assistance. *The journals of gerontology*, 56B(6).
- Aminzadeh, F. & Edwards, N. 1998. Exploring seniors' views on the use of assistive devices in fall prevention. *Public Health Nursing*, 15(4) 297-304.
- Anttila, H., Samuelsson, K., Salminen, A.-L. & Brandt, Å. 2012. Quality of evidence of assistive technology interventions for people with disability: An overview of systematic reviews. *Technology & Disability*, 24(1) 9-48.
- Arbeidsdepartementet 2007. *Lov om folketrygd*, Available: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19> [Accessed 02.05.2014]
- Arbeidsdepartementet 2010. NOU 2010:5, Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Et helhetlig hjelpemiddeltilbud. Oslo.
- Arntzen, C. 2002. *Lys er ikke mulig uten mørke. En kvalitativ studie basert på fem livshistorier om å leve et langt liv med en poliorammet kropp*. Hovedfagsoppgave i helsefag, Universitet i Tromsø.
- Asdal, K., Brenna, B. & Moser, I. 2001a. Introduksjon: Teknovitenskapelige kulturer. In: Asdal, K., Brenna, B. & Moser, I. (eds.) *Teknovitenskapelige kulturer*. Spartacus forlag.
- Asdal, K., Brenna, B. & Moser, I. (eds.) 2001b. *Teknovitenskapelige kulturer*: Spartacus forlag.
- Bailey, J. 2008. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice*, 25(2) 127-31.
- Bauchspies, W. K., Croissant, J. & Restivo, S. 2006. *Science, technology and society. A sociological approach*, Malden Massachusetts, Blackwell publishing.
- Bengtsson, J. 2001. *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*, Göteborg, Daidalos.
- Berndtsson, I. 2005. Tekniska hjälpmedel, synskadade och samhället. In: Bengtsson, J. (ed.) *Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning.*: Studentlitteratur, Lund.



- Binding, L. L. & Tapp, D. M. 2008. Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the genuine. *Nursing Philosophy*, (9) 121-30.
- Blaikie, N. 2010. *Designing social research*, Cambridge, Polity press.
- Borg, T. 2003. *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering - en socialpsykologisk studie*. PhD, Aalborg universitetet.
- Bouma, H. 2012. Foundations and goals of gerontechnology. *Gerontechnology*, 11(1) 1-4.
- Brandt, Å. 2005. *Outcomes of rollator and powered wheelchair interventions. User satisfaction and participation*. PhD, Lund University.
- Brandt, Å., Iwarsson, S. & Ståhl, A. 2003. Satisfaction with rollators among community-living users: a follow-up study. *Disability and Rehabilitation*, 25(7) 343-53.
- Brandt, Å., Iwarsson, S. & Ståhl, A. 2004. Older people's use of powered wheelchairs for activity and participation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(2) 70-7.
- Brevik, I. 2012. Kjennetegn ved yngre brukere av heimebaserte tjenester. Norsk institutt for by- og regionsforskning. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning,.
- Broady, T., Chan, A. & Caputi, P. 2010. Comparison of older and younger adults' attitudes towards and abilities with computers: Implications for training and learning. *British Journal of Educational Technology*, 41(3) 473-85.
- Caelli, K. 2000. The changing face of phenomenological research: traditional and american phenomenology in nursing. *Qualitative Health Research*, 10(3).
- Chen, K. & Chan, A. H.-S. 2013. Use or non-use of gerontechnology - A qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 10(10).
- Chiu, C. W. Y. & Man, D. W. K. 2004. The effect of training older adults with stroke to use home-based assistive devices. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 24(3) 113-20.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. W. 2009. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374(9696) 1196-208.
- Coffey, A. & Atkinson, P. 1996. *Making sense of qualitative data. Complementary research strategies*, Thousand oaks, London, New Delhi, Sage publications.
- Cohen-Mansfield, J. & Biddison, J. 2007. The scope and future trends of gerontechnology: consumers' opinions and literature survey. *Journal of Technology in Human Services*, 25(3) 1-19.
- Cook, A. M. & Polgar, J. M. 2008. *Assistive technologies. Principles and practice. Third edition.*, St.Louis, Missouri, Mosby Elsevier.

- Costall, A. & Dreier, O. 2006. Introduction. *In: Costall, A. & Dreier, O. (eds.) Doing things with things. The design and use of everyday objects.:* Ashgate.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. 2008. *Reflective lifeworld research*, [Lund], Studentlitteratur.
- Dahlin Ivanoff, S., Valdemarsson, M., Fänge, A. & Iwarsson, S. 2004. ENABLE-AGE in depth study. National report, Sweden (D6, based on WP4). [www.enableage.arb.lu.se](http://www.enableage.arb.lu.se). Lund university [Accessed 02.05.2014]
- De Craen, A. J. M., Westendorp, R. G. J., Willems, C. G., Buskens, I. C. M. & Gussekloo, J. 2006. Assistive devices and community-based services among 85-year-old community-dwelling elderly in The Netherlands: Ownership, use, and need for intervention. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(3) 199-203.
- Di Marco, A., Russell, M. & Masters, M. 2003. Standards for wheelchair prescription. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(1) 30-9.
- Dijcks, B. P. J., De Witte, L. P., Gelderblom, G. J., Wessels, R. D. & Soede, M. 2006. Non-use of assistive technology in The Netherlands: a non-issue? *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2) 97-102.
- Dowling, M. 2005. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44.
- Dreier, O. 2008. *Psychotherapy in everyday life*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Dunlop, D., Hughes, S. & Manheim, L. 1997. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health*, 87(3).
- ENABLE-AGE. 2003. *About ENABLE-AGE* [Online]. Available: <http://www.enableage.arb.lu.se/about.html> [Accessed 05.02.2014].
- Ergoterapeutene 2011. Kompetanser i ergoterapi. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig. Oslo: Norsk ergoterapeutforbund.
- Finlay, L. 2002. "Outing" the researcher: The provenance, process and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4) 531-45.
- Finlayson, M. & Havixbeck, K. 1992. A post-discharge study on the use of assistive devices. *Canadian journal of occupational Therapy*, 59(4).
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, Y. 2003. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2) 113-20.
- Forbes, S. & Hoffart, N. 1998. Elders' decision making regarding the use of long-term care services: A precarious balance. *Qualitative Health Research*, 8(6) 736-50.

- Forchhammer, H. B. 2006. The woman who used her walking stick as a telephone: The use of utilities in praxis. In: Costall, A. & Dreier, O. (eds.) *Doing things with things. The design and use of everyday objects*. Ashgate.
- Forskningsrådet 2012a. Flere aktive og sunne år. Forskningsrådet. Available: [http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Flere\\_aktive\\_og\\_sunne\\_ar/1253969857730?lang=no](http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Flere_aktive_og_sunne_ar/1253969857730?lang=no) [Accessed 02.05.2014]
- Forskningsrådet 2012b. Innovasjon i offentlig sektor. Policy for Forskningsrådets arbeid. Forskningsrådet.
- Forskningsrådet. 2013. *Ønsker innspill til nytt stort program* [Online]. Available: [http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Onsker\\_innspill\\_til\\_nytt\\_stort\\_program/1253984547157?lang=no](http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Onsker_innspill_til_nytt_stort_program/1253984547157?lang=no) [Accessed 02.05.2014]
- Fuhrer, M. J., Jutai, J. W., Scherer, M. J. & Deruyter, F. 2003. A framework for the conceptual modelling of assistive technology device outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 25(22).
- Fylkesmannen i Sør-Trøndelag 2014. Sluttrapport det midtnorske velferdsteknologiprojektet. Trondheim.
- Gadamer, H.-G. 1995. Text matters. In: Kearney, R. (ed.) *States of mind. Dialogues with contemporary thinkers on the European mind*. Manchester: Manchester University Press.
- Gadamer, H.-G. 1996a. *The enigma of health. The art of healing in a scientific age*, Stanford University press.
- Gadamer, H.-G. 1996b. The experience of Death. *The enigma of health. The art of healing in a scientific age*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Gadamer, H.-G. 1996c. Hermeneutics and psychiatry. *The enigma of health. The art of healing in a scientific age*. Stanford, California: Stanford university press.
- Gadamer, H.-G. 1996d. The problem of intelligence. *The enigma of health. The art of healing in a scientific age*. Stanford, California: Stanford University press.
- Gadamer, H.-G. 2003. Om den gåtfulla hälsan. *Den gåtfulla hälsan*. Falun: Dualis förlag.
- Gadamer, H.-G. 2006. *Truth and method*, Continuum London New York.
- Gadamer, H. G. 1996e. On the enigmatic character of health. *Enigma of health. The art of healing in a scientific age*. Stanford California: Stanford university press.
- Gallagher, S. 2002. Født med en krop. Fænomenologisk og eksperimentel forskning om oplevelse af kroppen. In: Roessler, K. K. (ed.) *Krop & læring*. Århus: Dansk Idrætspsykologisk Forum & Forlaget Klim 2002.
- Gallagher, S. 2005. *How the body shapes the mind*, New York, Oxford University press.

- Gautun, H., Grødem, A. S. & Hermansen, Å. 2012. Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere. *FAFO-rapport*. FAFO.
- Gill, T. M., Han, L. & Allore, H. G. 2007. Bath aids and the subsequent development of bathing disability in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11) 1757-63.
- Gitlin, L. N. 1995. Why older people accept or reject assistive technology. *Generations*, 19(1) 41-6.
- Gitlin, L. N., Miller, K. S. & Boyce, A. 1999. Bathroom modifications for frail elderly renters: outcomes of a community-based program. *Technology & Disability*, 10(3) 141-9.
- Gosman-Hedström, G., Claesson, L. & Blomstrand, C. 2002. Assistive devices in elderly people after stroke: a longitudinal, randomized study - the Göteborg 70+ study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9.
- Gramstad, A. 2007. *Formidling av hjelpemiddel i kommunen - korleis resonnerer ergoterapeuten i kartleggingssituasjonen?* Masteroppgave, Universitetet i Tromsø.
- Gramstad, A., Storli, S. L. & Hamran, T. 2013. 'Do I need it? Do I really need it?' Elderly peoples experiences of unmet assistive technology device needs. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(4) 287-93.
- Gramstad, A., Storli, S. L. & Hamran, T. in press. Older individuals' experiences during the assistive technology device service delivery process. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
- Hagen, I., Holthe, T., Gilliard, J., Topo, P., Cahill, S., Begley, E., Jones, K., Duff, P., Macijauskiene, J., Budraitiene, A., Bjørneby, S. & Engedal, K. 2004. Development of a protocol for the assessment of assistive aids for people with dementia. *Dementia (14713012)*, 3(3) 281-96.
- Hagen, I., Topo, P., Saarikalle, K., Begley, E., Cahill, S., Holthe, T. & Macijauskiene, J. 2007. "I don't know about the past or the future, but today it's Friday" - evaluation of a time aid for people with dementia. *Technology & Disability*, 19(2-3) 121-31.
- Hagsten B, Svensson O & A., G. 2004. Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthop Scand.*, 75(2).
- Hammell, K. W. 2004a. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian journal of occupational Therapy*, 71(5) 296-305.
- Hammell, K. W. 2004b. Quality of life among people with high spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord*, 42(11) 607-20.

- Hammell, K. W. 2009a. Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *The Canadian journal of occupational Therapy*, 76(1) 6-22.
- Hammell, K. W. 2009b. Self-Care, Productivity, and Leisure, or Dimensions of Occupational Experience? Rethinking Occupational "Categories". *Canadian journal of occupational Therapy*, 76(2) 107-14.
- Hammell, K. W. & Iwama, M. K. 2012. Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5) 385-94.
- Hamran, T. & Moe, S. 2012. Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten - ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv. *Rapportserie nr.3*. Tromsø: Senter for omsorgsforskning Nord-Norge.
- Harrefors, C., Sävenstedt, S. & Axelsson, K. 2009. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scand J Caring Sci.*, 23.
- Hass, U., Freden-Karlsson, I. & Persson, J. 1996. Assistive technologies in stroke rehabilitation from a user perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(2) 75-80.
- Hauge, O. H. 1966. *Dropar i austavind*, Oslo, Noregs boklag.
- Hauglum, S. 2012. "Vossamodellen" - Kvardagsrehabilitering på Voss. Utfordringer framover i helse- og omsorgstenestene. *Ergoterapeuten*, (1) 19-22.
- Hedberg-Kristensson, E., Ivanoff, S. D. & Iwarsson, S. 2006. Participation in the prescription process of mobility devices: experiences among older patients. *British journal of occupational Therapy*, 69(4) 169-76.
- Hedberg-Kristensson, E., Ivanoff, S. D. & Iwarsson, S. 2007. Experiences among older persons using mobility devices. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(1) 15-22.
- Hedberg-Kristensson, E. & Iwarsson, S. 2013. Therapist attitudes and strategies to client-centred approaches in the provision of mobility devices to older clients. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(5) 381-6.
- Hellesnes, J. 1999. *René Descartes*, [Oslo], Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011. FOR-2011-12-16-1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Available: [http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_3)[Accessed 02.05.2014]
- Helse- og omsorgsdepartementet 2006. *Stortingsmelding nr. 25. Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer* Oslo.

- Helse- og omsorgsdepartementet 2009. *Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*, [Oslo], [Regjeringen].
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011a. *Folkehelseloven*, Available: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> [Accessed 02.05.2014]
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011b. *Melding nr 16 til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011c. NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2012a. *Forskrift om habilitering og rehabilitering*.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2012b. *Melding til Stortinget. God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2013. *Stortingsmelding nr. 29. Morgendagens omsorg*, [Oslo], [Regjeringen].
- Helse- og omsorgstjenesteloven 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* Oslo. Available: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> [Accessed 02.05.2014]
- Helsedirektoratet 2012a. *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet 2012b. *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hocking, C. 1999. Function or feelings: factors in abandonment of assistive devices. *Technology and Disability*, 11(1).
- Hoenig, H., Taylor, D. H., Jr. & Sloan, F. A. 2003. Does assistive technology substitute for personal assistance among the disabled elderly? *American Journal of Public Health*, 93(2) 330-7.
- Hoffmann, T. & Mckenna, K. 2004. A Survey of Assistive Equipment Use by Older People following Hospital Discharge. *The British Journal of Occupational Therapy*, 67(2) 75-82.
- Holthe, T., Aketun, S., Lyngroth, S. & Bjoreby 2013. Bringing home the benefits of technology. *Journal of Dementia Care*, 21(3) 20-2.
- Holthe, T. & Walderhaug, S. 2010. Older people with and without dementia participating in the development of an individual plan with digital calendar and message board. *Journal of Assistive Technologies*, 4(2) 15-25.
- Hägglom-Kronlöf, G. 2007. *Very old persons' experiences of daily occupation, occupation of interest and use of assistive devices*. Göteborg University.

- Hägglom-Kronlöf, G. & Sonn, U. 2007. Use of assistive devices - a reality full of contradictions in elderly persons' everyday life. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(6) 335 - 45.
- Hägglom Kronlöf, G. & Sonn, U. 1999. Elderly women's way of relating to assistive devices. *Technology & Disability*, 10161-8.
- International Society for Gerontechnology. 2014a. *Gerontechnology. International journal on the fundamental aspects of technology to serve the ageing society* [Online]. Available: <http://www.gerontechnology.info/index.php/journal> [Accessed 07.02.2014].
- International Society for Gerontechnology. 2014b. *International society for gerontechnology - Home* [Online]. Available: <http://gerontechnology.info/index.php/journal/pages/view/isghome> [Accessed 10.02.2014].
- Islam, M. K. & Ravneberg, B. 2009. Economic effects of the municipality occupational therapy services in Norway. Bergen: Uni Rokkan center.
- Iwama, M. K. 2006. *The Kawa model. Culturally relevant occupational therapy*, China, Churchill Livingstone Elsevier.
- Janlöv, A., Hallberg, I. R. & Petersson, K. 2006. Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health & Social Care in the Community*, 14(1) 26-36.
- Jensen, E. M. 2003. *Metodebog i hjælpemiddelformidling*, København, Munksgaard.
- Jensen, L., Villemoes, L., Hurnasti, T., Sulopuisto, R., Gudmundsdottir, S., Gudnadottir, T., Indridadottir, B., Kristvinsdottir, K., Andersen, A., Holthe, T., Månsson, I. & Haraldson, U. 2008. Teknologi og demens i Norden. Hvordan bruker personer med demens tekniske hjælpemidler? En intervjuundersøkelse i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige.
- Joyce, K. & Loe, M. 2010. A sociological approach to ageing, technology and health. *Sociology of Health and Illness*, 32(2) 171-80.
- Jutai, J. W., Fuhrer, M. J., Demers, L., Scherer, M. J. & Deruyter, F. 2005. Toward a taxonomy of assistive technology device outcomes. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(4).
- Kielhofner, G. 2008. *Model of human occupation: theory and application*, Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Kittel, A., Di Marco, A. & Stewart, H. 2002. Factors influencing the decision to abandon manual wheelchairs for three individuals with a spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, (1/2/3).
- Kjellberg, J. & Ibsen, R. 2010. Økonomisk evaluering af længst muligt i eget liv i Fredericia kommune. København: Dansk sundhedsinstitut.

- Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., Ibsen, R. & Christensen, L. T. 2012. Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010. *Ergoterapeuten*, (1) 5-9.
- Klein, J. & Liu, L. 2010. Ageism in current practice: experiences of occupational therapists. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(4) 334-47.
- Kraskowsky, L. H. & Finlayson, M. 2001. Factors affecting older adults' use of adaptive equipment: review of the literature. *American journal of occupational Therapy*, 55(3) 303-10.
- Kurtze, N. & Hem, K.-G. 2009. Utrednings- og forskningsprosjekt om hjelpemiddelformidling, tilrettelegging og rehabilitering som fag- og forskningsfelt. Oslo: SINTEF.
- Kylberg, M., Löfqvist, C., Horstmann, V. & Iwarsson, S. 2012. The use of assistive devices and change in use during the ageing process among very old Swedish people. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*.
- Kylberg, M., Löfqvist, C., Phillips, J. & Iwarsson, S. 2013. Three very old men's experiences of mobility device use over time. *Scandinavian journal of occupational therapy*, Early online.
- Lansley, P., McCreddie, C. & Tinker, A. 2004. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age and Ageing*, 33(6) 571-6.
- Larsson Lund, M. & Nygård, L. 2003. Incorporating or resisting assistive devices: different approaches to achieving a desired occupational self-image. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 23(2) 67-75.
- Laverty, S. M. 2003. Hermeneutic phenomenology and phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3).
- Lenker, J. A., Harris, F., Taugher, M. & Smith, R. O. 2013 early online. Consumer perspectives on assistive technology outcomes. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*.
- Lilja, M., Bergh, A., Johansson, L. & Nygard, L. 2003. Attitudes towards rehabilitation needs and support from assistive technology and the social environment among elderly people with disability. *Occupational Therapy International*, 10(1) 75-93.
- Loe, M. 2010. Doing it my way: old women, technology and wellbeing. *Sociology of Health and Illness*, 32(2) 319-34.
- Löfqvist, C. 2008. *Mobility devices in everyday life among very old Europeans: Aspects of use and changes over time*. PhD, Lund University.
- Löfqvist, C., Nygren, C., Brandt, A., Oswald, F. & Iwarsson, S. 2007. Use of mobility devices and changes over 12 months among very old people in five European countries. *Aging Clinical & Experimental Research*, 19(6) 497-505.



- Löfqvist, C., Nygren, C., Brandt, Å. & Iwarsson, S. 2009. Very old Swedish woman's experiences of mobility devices in everyday occupation: a longitudinal case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(3).
- Löfqvist, C., Nygren, C., Széman, Z. & Iwarsson, S. 2005. Assistive devices among very old people in five european countries. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12.
- Magnus, E. 2001. "Hjelpemidler er viktig... selv vil jeg ikke ha hjelpemidler". Om mening og tekniske hjelpemidler. *Ergoterapeuten*, (5).
- Mann, W. C., Goodall, S., Justiss, M. D. & Tomita, M. 2002. Dissatisfaction and nonuse of assistive devices among frail elders. *Assistive Technology*, 14(2) 130-9.
- Mann, W. C., Llanes, C., Justiss, M. D. & Tomita, M. 2004. Frail older adults' self-report of their most important assistive device. *Occupational therapy journal of research*, 24(1).
- Mann, W. C., Ottenbacher, K. J., Fraas, L., Tomita, M. & Granger, C. V. 1999. Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. *Archives of Family Medicine*, 8.
- Mann, W. C., Tomita, M., Packard, S., Hurren, D. & Creswell, C. 1994. The need for information on assistive devices by older persons. *Assistive Technology*, 6(2).
- Martin, J. K., Martin, L. G., Stumbo, N. J. & Morrill, J. H. 2011. The impact of consumer involvement on satisfaction with and use of assistive technology. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 6(3) 225 - 42.
- Mccaig, M., Waugh, A., Duffy, T. & Martin, C. R. 2012. The lived experience of older people using assistive technology. *Working With Older People*, 16(4) 170-4.
- Mccreadie, C. & Tinker, A. 2005. The acceptability of assistive technology to older people. *Aging & society*, 2591-110.
- Merleau-Ponty, M. 1994. *Kroppens fænomenologi*, Frederiksberg, Det lille Forlag.
- Merleau-Ponty, M. 2006. *Phenomenology of perception*, London, Routledge.
- Mills, F. B. 2013. A phenomenological approach to psychoprosthetics. *Disability and Rehabilitation*, 25(9) 785-91.
- Mishler, E. G. 1986. *Research interviewing. Context and narratives.*, London, Harward University press.
- Moe, I. 1995. *Dikt i samling*, Samlaget.
- Morse, J. M. 2005. Strategies of intraproject sampling. In: Munhall, P. L. (ed.) *Nursing research: A qualitative perspective*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.

- Mortenson, W. B., Demers, L., Fuhrer, M., Jutai, J., Lenker, J. A. & Deruyter, F. 2012. How assistive technology use by individuals with disabilities impacts their caregiver. *Assistive Technology*, 91984-98.
- Mortenson, W. B., Demers, L., Fuhrer, M., Jutai, J., Lenker, J. A. & Deruyter, F. 2013. Effects of an assistive technology intervention on older adults with disabilities and their informal caregivers. An exploratory randomized controlled trial. *Assistive Technology*, 92297-306.
- Moser, I. 2006. Disability and the promises of technology: Technology, subjectivity and embodiment within an order of the normal. *Information, Communication & Society*, 9(3) 373-95.
- Murray, C. D. 2004. An interpretative phenomenological analysis of the embodiment of artificial limbs. *Disability and Rehabilitation*, 26(16) 963-73.
- NAV 2007. *Hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen. Regnskapsførte utgifter etter konto. 2000-2007* [Online]. Available: <http://www.nav.no/805376471.cms> [Accessed 26.03.2008]
- NAV 2008a. Kommunestatistikk Møre og Romsdal hjelpemiddelsentral 2008. Available: <https://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/NAV+Hjelpemiddelsentral/NAV+Hjelpemiddelsentral+M%C3%B8re+og+Romsdal/Relatert+innhold/Kommunestatistikk.225888.cms> [Accessed 02.05.2014]
- NAV 2008b. *Kommunestatistikk Troms hjelpemiddelsentral 2007* [Online]. Available: <https://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/NAV+Hjelpemiddelsentral/NAV+Hjelpemiddelsentral+Troms/Statistikk-arkiv+2007.805347774.cms> [Accessed 25.10.2013]
- NAV 2013a. Kommunestatistikk Møre og Romsdal hjelpemiddelsentral 2012. Available: <https://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/NAV+Hjelpemiddelsentral/NAV+Hjelpemiddelsentral+M%C3%B8re+og+Romsdal/Relatert+innhold/Kommunestatistikk.225888.cms> [Accessed 02.05.2014]
- NAV 2013b. *Kommunestatistikk Troms hjelpemiddelsentral 2013* [Online]. Available: <https://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/NAV+Hjelpemiddelsentral/NAV+Hjelpemiddelsentral+Troms/Kommunestatistikk+t.o.m.+JANUAR+2013.301423.cms> [Accessed 25.10.2013]
- NAV 2014. *Tilskuddsordning for rimelige hjelpemidler* [Online]. Available: <https://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/Tilskuddsordning+for+rimelige+hjelpemidler.367541.cms> [Accessed 10.02.2014.
- Ness, N. E. 2011. *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse: et kunnskapsbasert grunnlag*, Trondheim, Tapir akademisk.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Rygh, E., Granbo, R., Færevaa, L. & Butli, H. 2012. *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene*, Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund.

- NETF 2011. Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling. Norsk ergoterapeutforbund.
- Olson, K. E., O'brien, M. A., Rogers, W. A. & Charness, N. 2011. Diffusion of technology: Frequency of use for younger and older adults. *Ageing international*, 36(1).
- Ordnett.No. 2014. *Resultat av søk; Implementere* [Online]. Available: <http://ordnett.no/search?search=implementere&lang=en> [Accessed 23.03.2014].
- Pape, T., Louise-Bender, Kim, J. & Weiner, B. 2002. The shaping of individual meanings assigned to assistive technology: a review of personal factors. *Disability and Rehabilitation*, 24(1).
- Peterson, D. B. & Murray, G. C. 2006. Ethics and assistive technology service provision. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2) 59-67.
- Pettersson, I. 2006. *Significance of assistive devices in the daily life of persons with stroke and their spouses*. PhD thesis, Örebro universitet.
- Pettersson, I., Appelros, P. & Ahlstrom, G. 2007. Lifeworld perspectives utilizing assistive devices: individuals, lived experience following a stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(1) 15-26.
- Pettersson, I., Berndtsson, I., Appelros, P. & Ahlstrom, G. 2005. Lifeworld perspectives on assistive devices: lived experiences of spouses of persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2005, 12(4) 159-69.
- Pettersson, I., Tornquist, K. & Ahlstrom, G. 2006. The effect of an outdoor powered wheelchair on activity and participation in users with stroke. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(4) 235-43.
- Phillips, B. & Zhao, H. 1993. Predictors of assistive technology abandonment. *Assistive Technology*, 5(1) 36 - 45.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. 2004. *Nursing research. Principles and methods*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Rambøll 2012. Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/ vante miljø. På oppdrag for helsedirektoratet.
- Ravneberg, B. 2009. Identity politics by design: users, markets and the public service provision for assistive technology in Norway. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 11(2) 101-15.
- Ravneberg, B. 2012. Usability and abandonment of assistive technology. *Journal of Assistive Technologies*, 6(4) 259-69.
- Reeves, S., Albert, M., Kuper, A. & Hodges, B. D. 2008. Why use theories in qualitative research? *BMJ*, 337631-4.

- Renda, M. 2012. Gerontechnology: Technology helping older adults live at home. *Gerontology. Special interest section quarterly*, 35(3).
- Rikstrygdeverket 2003. Hjelpemiddelformidling - en del av et større system. Informasjonshefte om hjelpemiddelformidling.
- Ripat, J. & Woodgate, R. 2011. The intersection of culture, disability and assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6(2) 87-96.
- Rodeschini, G. 2011. Gerotechnology: A new kind of care for aging? An analysis of the relationship between older people and technology. *Nursing & Health Sciences*, 13(4) 521-8.
- Roelands, M., Van Oost, P., Buysse, A. & Depoorter, A. 2002. Awareness among community-dwelling elderly of assistive devices for mobility and self-care and attitudes towards their use. *Social Science and Medicine*, 54:1441 - 51.
- Ryburn, B., Wells, Y. & Foreman, P. 2009. Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health & Social Care in the Community*, 17(3) 225-34.
- Sainty, M., Lambkin, C. & Maile, L. 2009. 'I feel so much safer': unravelling community equipment outcomes. *British journal of occupational Therapy*, 72(11) 499-506.
- Salminen, A.-L., Brandt, A., Samuelsson, K., Töytäri, O. & Malmivaara, A. 2009. Mobility devices to promote activity and participation: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41:697-706.
- Samuelsson, K. & Wressle, E. 2008. User satisfaction with mobility assistive devices: An important element in the rehabilitation process. *Disability & Rehabilitation*, 30(7) 551-8.
- Sandelowski, M. 1995. Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18:179-83.
- Scherer, M. J. 1996. Outcomes of assistive technology use on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 18(9) 439-48.
- Scherer, M. J., Craddock, G. & Mackeogh, T. 2011. The relationship of personal factors and subjective well-being to the use of assistive technology devices. *Disability and Rehabilitation*, 33(10) 811-7.
- Sintef 2013. Trygge spor. GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens . Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor.: Sintef.
- Sintef. Teknologi Og Samfunn 2012. Rapport. Velferdsteknologi i boliger. Muligheter og utfordringer.
- Skjervheim, H. 2001. *Deltakar og tilskodar*, Aschehoug.

- Skymne, C., Dahlin-Ivanoff, S., Claesson, L. & Eklund, K. 2012. Getting used to assistive devices: Ambivalent experiences by frail elderly persons. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19194-203.
- Soede, T. 2012. With the start of a new year, a final editorial for *Technology and Disability*. *Technology & Disability*, 24(1) 1-4.
- Standal, Ø. F. 2009. *Relations of meaning: a phenomenologically oriented case study of learning bodies in a rehabilitation context*. PhD avhandling, Noregs idrettshøgskule.
- Statistisk Sentralbyrå 2009. Dette er Norge. Hva tallene forteller. Revidert utgave 2009. Statistisk sentralbyrå.
- Steel, D. M. & Gray, M. A. 2009. Baby boomers' use and perception of recommended assistive technology: A systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4(3) 129 - 36.
- Steel, D. M., Shaw, B. S., Cooper, R. A. & Agree, E. 2009. Baby boomers' use and perception of recommended assistive technology... including commentary by Shaw BS, Cooper RA, and Agree E. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 16(10) 546-56.
- Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L. M., Jellema, S., Bakker, E. B. & Van Den Ende, C. H. M. 2004. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*, 44(5).
- Stolee, P., Lim, S. N., Wilson, L. & Glenny, C. 2011. Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 26(5) 387-402.
- Sund, T., Iwarsson, S., Andersen, M. C. & Brandt, Å. 2013. Documentation of and satisfaction with the service delivery process of electric powered scooters among adult users in different national contexts. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(2) 151-60.
- Svenaesus, F. 2003. Efterskrift. In: Gadamer, H.-G. (ed.) *Den gåtfulla hälsan*. Falun: Dualis förlag.
- Thagaard, T. 2003. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Thygesen, E., Saevareid, H. I., Lindstrom, T. C. & Engedal, K. 2009. Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. *Aging & Mental Health*, 13(3) 319-27.
- Thygesen, H. 2009. *Technology and good demential care: A study of technology and ethics in everyday care practice*. PhD, Universitetet i Oslo.
- Thygesen, H. 2012. Evalueringsrapport: Prosjekt- åpen velferdsteknologisk plattform for hjemmebasert omsorg. Oslo: Diakonhjemmets høyskole.

- Tinker, A. & Lansley, P. 2005. Introducing assistive technology into the existing homes of older people: feasibility, acceptability, costs and outcomes. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(Suppl. 1).
- Toombs, S. K. 1993. *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*, Dordrecht, Kluwer academic publishers.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. 2007. *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*, Ottawa, Canadian Association of Occupational Therapists.
- Tromsø Kommune 2013. "Velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten" Prosjektbeskrivelse- forprosjekt. Tromsø: Tromsø kommune.
- Van Dijk, J. & Hacker, K. 2003. The Digital Divide as a Complex and Dynamic Phenomenon. *The Information Society*, 19(4) 315-26.
- Van Manen, M. 1990. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*, State university of New York press.
- Van Manen, M. 2006. Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qualitative Health Research*, 16(5).
- Wajcman, J. 2010. Feminist theories of technology. *Cambridge Journal of Economics*, 34(1) 143-52.
- Walker, J. L. 2012. The use of saturation in qualitative research. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2) 37-41.
- Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M., Gelderblom, G. J. & De Witte, L. 2003. Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. *Technology and Disability*, 15(4) 231-8.
- White, E. & Lemmer, B. 1998. Effectiveness in wheelchair service provision. *British journal of occupational Therapy*, 61(7).
- WHO 2002. Active ageing: a policy framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wielandt, T., Mckenna, K., Tooth, L. & Strong, J. 2006. Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2).
- Wielandt, T. & Strong, J. 2000. Compliance with prescribed adaptive equipment: a literature review. *British journal of occupational Therapy*, 63(2) 65-75.
- Wikipedia. 2014. *Gerontechnology* [Online]. Available: <http://en.wikipedia.org/wiki/Gerontechnology> [Accessed 07.02.2014].

Wressle, E. & Samuelsson, K. 2004. User satisfaction with mobility assistive devices.  
*Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (11).

## Artikkel 1

Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2013) 'Do I need it? Do I really need it?' Elderly peoples experiences of unmet assistive technology device needs. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(4), 287-293



## Artikkel 2

Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2013) Older individuals' experiences during the assistive technology device provision process. *Scandinavian journal of occupational therapy*. Akseptert for publisering 15.12.2013

## Artikkel 3

Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2014) Exploring the meaning of a new assistive technology device for older individuals. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. Akseptert for publisering 1.5.2014