



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Eldres erfaringer med velferdsteknologi i hjemmet/
Seniors' experiences with home-based welfare
technology**

Kandidatnr: 56 og 77

Totalt antall sider inkludert forsiden: 49

Molde, 26.05.20



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å

gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 21.05.20

Antall ord: 7677

Sammendrag

Bakgrunn: Velferdsteknologi skal hjelpe mennesker å mestre hverdagen. Eldrebølgen og sykepleiemangelen Norge står ovenfor trekker velferdsteknologi frem i helsepolitikken. Stortinget etablerte gjennom statsbudsjettet i 2013 et oppdrag om utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kunnskap om velferdsteknologi blir viktig i fremtiden, da norske kommuner satser på at de eldre skal få bo i eget hjem lengst mulig.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse eldre personers erfaringer med velferdsteknologi i hjemmet.

Metode: En litteraturstudie basert på ti kvalitative forskningsartikler.

Resultater: I denne litteraturstudien kom det frem at det å leve uavhengig og trygt var den viktigste faktoren for de eldre. Eldre mennesker var villige til å utveksle personvern for å kunne fortsette å bo hjemme lengst mulig. Velferdsteknologi kunne til en viss grad erstatte sykepleiebesøk, men de foretrakk menneskelig omsorg.

Konklusjon: Vår studie viser at velferdsteknologi er viktig både nå og i fremtiden. Eldre hadde både positive og negative erfaringer med å ha velferdsteknologi i hjemmet. Det kom frem i studien at sykepleiere har for lite kunnskap og kompetanse i implementeringen av velferdsteknologi til eldre.

Nøkkelord: *Velferdsteknologi, eldre, hjemmet, erfaringer*

Abstract

Background: Welfare technology should help people cope with everyday life. The elderly surge and the nursing shortage Norway are facing are highlighting welfare technology in health policy. Through the state budget in 2013, the Parliament established assignments to test and implement welfare technology solutions in the municipal health and care services. Knowledge about welfare technology will be important in the future, as Norwegian municipalities are aiming for the elderly to live in their homes for as long as possible.

Purpose: The purpose of this literature study was to shed light on older people's experiences with home-based welfare technology.

Method: A literature study based on ten qualitative research articles.

Results: This literature study revealed that living independently and safely was the most important factor for the elderly. Older people were willing to exchange privacy to continue living at home for as long as possible. Welfare technology could to some extent replace nursing visits, but they preferred human care.

Conclusion: Our study shows that welfare technology is important both now and in the future. The elderly had both positive and negative experiences of having welfare technology in the home. The study revealed that nurses have insufficient knowledge and expertise in implementing welfare technology for the elderly.

Keywords: *Welfare technology, the elderly, the home, experiences*

Innhold

1.0	Innledning	2
1.1	Perspektiv.....	3
1.2	Hensikt.....	3
2.0	Metode	4
2.1	Datainnsamling	4
2.2	Søkeprosess.....	4
2.2.1	PICO-skjema.....	4
2.2.2	Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	5
2.2.3	Søkehistorikk.....	5
2.3	Kvalitetsvurdering	6
2.4	Etiske hensyn	6
2.5	Analyse	7
3.0	Resultat	9
3.1	Å leve trygt og uavhengig.....	9
3.2	Bo hjemme lengst mulig.....	11
3.3	Menneskelig omsorg	12
3.4	Personvern	13
4.0	Diskusjon	14
4.1	Metodediskusjon	14
4.1.1	Søkestrategi	14
4.1.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	16
4.1.3	Analyse.....	16
4.2	Resultatdiskusjon	17
4.2.1	Trygghet som grunnpilar for å kunne bo hjemme.....	17
4.2.2	Teknologi, et supplement men ikke erstatning for det fysiske besøket.....	18
4.2.3	Faglig forsvarlig tjeneste	19
4.2.4	Implementering av velferdsteknologi.....	21
5.0	Konklusjon	23
5.1	Forslag til videre forskning:	24

Referanseliste

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell

Vedlegg 4: Oversikt over analyse

1.0 Innledning

Temaet i denne studien handler om velferdsteknologi i hjemmet med fokus på eldre. Ifølge Norges offentlige utredninger (2011:11, 99) defineres velferdsteknologi som teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, mobilitet, sosial deltakelse, sikkerhet og fysisk og kulturell aktivitet, og øker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom, sosiale, fysisk eller psykiske nedsatt funksjonsevne. Det finnes fire ulike kategorier som velferdsteknologi kan deles inn i. Trygghets- og sikkerhetsteknologi omfatter teknologier som skal skape trygge rammer og mestring av egen helse. Det kan for eksempel være trygghetsalarm, fallalarm og komfyrvakt. Kompensjons- og velværeteknologi omfatter teknologier som bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Det kan være for eksempel GPS-sporing og medisindispenser. Teknologi for sosial kontakt omfatter teknologi som bistår mennesker med å komme i kontakt med andre. Dette kan blant annet være videokommunikasjon som Skype. Teknologi for behandling og pleie omfatter teknologi som kan bidra til at mennesker gis mulighet til å bedre mestre egen helse. Eksempelvis kan det være PC med berøringsskjerm og kamera for kommunikasjon med helsepersonell (NOU 2011:11, 100).

Velferdsteknologi anses som viktig for å løse de utfordringene fremtidens helsevesen står ovenfor, og dermed også et virkemiddel for å nå målsetningen om god kvalitet i helsetjenestene (Knutshaug og Nakrem 2017,15). Kommunene er pålagt på å gi gode tjenester til sine innbyggere, og behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke betydelig i perioden frem mot 2060. Vi blir flere eldre, samtidig får vi en vekst i yngre brukergrupper. Dette betyr at kommunene må tenke nytt og gjøre endringer i dagens praksis (Leren 2018). Satsingsområdet i velferdsteknologi er relevant både nå og i tiden fremover. Stortinget etablerte gjennom statsbudsjettet i 2013 oppdrag om utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Melting og Frantzen 2015,6). Velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet innen 2020 i Norge (Kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner 2018). Den nasjonale satsingen har som hovedmålsetning å møte kommunens informasjons- og kunnskapsbehov for å tilrettelegge bruk av velferdsteknologiske løsninger (Melting 2017,2).

Fremtidens utfordringer med en økende eldre befolkning og mangel på helsepersonell setter helse- og omsorgstjenestene i kommunene på prøve (Knutshaug og Nakrem 2017, 24). Sykepleie har som profesjon et sosialt mandat eller samfunnsoppdrag. De vil si et oppdrag på vegne av samfunnet, om å utføre en tjeneste som samfunnet har behov for. Sykepleiens samfunnsmandat er blant annet å hjelpe mennesker som på grunn av funksjonssvikt og/eller helsesvikt ikke kan ivareta egen omsorg. Sykepleiens samfunnsmandat gjenspeiles i Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I yrkesetiske retningslinjene benyttes ny kunnskap i praksis, som spesielt skal bidra til at sårbare grupper får gode helse- og omsorgstjenester (Grønseth og Jerpseth 2019, 49). Som kommende sykepleiere vil vi vite mer om hvordan eldre personer erfarer implementeringen av den nye teknologi i hjemmet. Dermed kan vi få kunnskap om hvor viktig velferdsteknologi vil bli for fremtiden for sykepleiere da de gir opplæring og veiledning til eldre ved bruk av velferdsteknologi.

1.1 Perspektiv

Vi har valgt pasientperspektiv på oppgaven vår, fordi vi ønsket å få et innblikk om hvilke erfaringer eldre personer har innenfor velferdsteknologi. Med hensikten ønsket vi å vite noe om eldre sine subjektive erfaringer rundt velferdsteknologi.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse eldre personers erfaringer med velferdsteknologi i hjemmet.

2.0 Metode

2.1 Datainnsamling

Datainnsamlingen er grunnlaget for selve litteraturstudien og skal beskrives så tydelig som mulig. Gjennom hele studien har vi forsøkt å følge kriteriene for “retningslinjer for avsluttende bachelor oppgave i sykepleie” (Eines 2020). Vi har tatt utgangspunkt i studiens hensikt og utarbeidet et PICO-skjema. Dette tok vi med oss til bibliotekar på høgskolen i Molde som hjalp oss med veiledning i å gjennomføre et systematisk søk. Før vi begynte med et systematisk søk i databaser ble det utformet en liste over hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som det var ønskelig inkludere i denne studien.

2.2 Søkeprosess

2.2.1 PICO-skjema

PICO-skjema gir et mer oversiktlig system over hvem eller hva hensikten handler om, hvilke tiltak som skal undersøkes, og hvilket resultat man er interessert i. Søket blir mer presist og muligheten for å nå aktuell informasjon øker (Grønseth og Jespeseth 2019,85). Siden oppgavens hensikt er formulert slik at det ikke finnes andre tiltak som kan sammenlignes med velferdsteknologi, ble *Comparison* utelukket (Nortvedt et al. 2012, 55).

P (pasientgruppe)	I (tiltak/intervensjon)	O (utfall/outcome)
Eldre* AND Hjemme*	Velferdsteknologi Telepleie	Erfaringer Opplevelser
Old* Elderly Aging Aged AND Home*	Welfare technology Telecare	Experienc*

2.2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Ifølge Forsberg og Wengström (2016) skal inklusjons- og eksklusjonskriterier være til hjelp, begrense og er nødvendige for å søke opp og finne aktuell forskningslitteratur opp mot hensikten vår. Kvalitativ forskningsmetode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer, noe hensikten med denne litteraturstudien er (Helsebiblioteket 2016). Det ble derfor naturlig å bruke en kvalitativ tilnærming til oppgavens hensikt, ettersom vi var ute etter å belyse eldre sine erfaringer med velferdsteknologi. Ifølge World Health Organization (2015) defineres eldre som mennesker fra 60 år og oppover. Vi valgte å inkludere artikler som baseres seg på denne definisjonen. Vi har erfaring med at velferdsteknologi er mest utbredt i vestlige land, og har derfor valgt å inkludere vestlige land. Vi har valgt å inkludere artikler som er publisert mellom 2014-2020, for å få med den nyeste forskning.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Pasientperspektiv• Eldre personer fra 60 år og oppover• Kvalitativ metode• Vitenskapelige artikler• Artikler publisert 2014-2020• Vestlige land	<ul style="list-style-type: none">• Andre perspektiver• Forskningsartikler utgitt før 2014• Kvantitative studier• Artikler av lav kvalitet• Ikke-vestlige land

2.2.3 Søkehistorikk

I “Vedlegg 2” vises det til våre databasesøk. Dette er en oversikt over søkeordene, antall treff, antall leste abstrakter og antall inkluderte artikler. Databasene vi inkluderte i søket vårt var ProQuest, Idunn og Google Scholar. Tidligere i søkeprosessen har vi søkt i andre databaser: Ovid Medline, SveMed+, PsycINFO og Cinahl.

I søket vårt i ProQuest begrenset vi søket ved å bruke «advanced search» og deretter søke etter artikler som inneholder valgte inklusjonskriterier. Deretter ble boolske operatorer for å kombinere søkeordene benyttet. Det ble brukt «OR» mellom hvert synonymord for å

utvide søket, og vi brukte «AND» for å avgrense søket. Det ble videre anvendt trunkering fordi vi ønsket å søke på stammen av ordet, for å få flere varianter av søkeordet (Nortvedt et al. 2012, 56). I databasene Idunn og Google Scholar skrev vi inn søkeordene i søkelinjen, og begrenset årstallet fra 2014-2020. I første fase av datasamlingen leste vi kun overskrifter og sammendrag for å få et innblikk i om artikkelen kunne være relevant for hensikten til litteraturstudien. De artiklene som vi oppfattet som aktuelle inkluderte vi med videre til kvalitetsvurdering i tråd med sjekklister fra Helsebiblioteket. Totalt sett valgte vi å inkludere ti forskningsartikler i studien.

2.3 Kvalitetsvurdering

Vi brukte en sjekklister for kvalitative studier for å vurdere forskningsartiklene (Helsebiblioteket 2016). Sjekklisten inneholder ti ulike punkter med «ja», «uklart» og «nei». Våre krav på å godkjenne artiklene var 8 av 10 punkter måtte bli oppfylt i sjekklisten. For å vurdere artiklens kvalitet valgte vi å lage en oversikt i prosent. Hvert «ja»-svar gav 10 prosentpoeng. I sjekklisten var det 10 spørsmål, der høy kvalitet tilsa en score på 100 %. Vi valgte en prosentpoeng på 80-100 % som høy kvalitet, 55-80% som middels kvalitet og artikler av lavere kvalitet med en lavere prosentdel enn disse. Dersom noen av artiklene hadde lavere prosentpoeng enn middels kvalitet, ble de forkastet. Vi forkastet 73 artikler da de enten ikke hadde riktig perspektiv, var fagartikler eller ikke oppnådde våre kriterier for kvalitetsvurdering. De to første punktene i sjekklisten under «Innledende vurdering», måtte være oppfylt før vi sjekket videre artiklene. På bakgrunn av våre funn i kvalitetssjekkingen anser vi at kvaliteten på artiklene er av gjennomgående høy kvalitet. Artiklene ble også sjekket ved å søke dem opp i tidsskriftene i hos Norsk senter for forskningsdata (NSD 2019).

2.4 Etiske hensyn

I en kvalitativ studie som omhandler å studere personers erfaringer og opplevelser må det gjøres en undersøkelse av personene gjennom et intervju eller observasjon (Helsebiblioteket 2016). Det er tre grunnleggende krav som bør forsikre personen. Det gjelder krav om informasjon om samtykke, krav til å være anonym og krav til å bli gjengitt på en korrekt måte (Jacobsen 2015, 31). Slettebø (2016, 243) nevner at

personen skal informeres om hva studien går ut på, studiens hensikt og mulige risikoer ved å delta. Det er viktig å påpeke at deltakelse skal være frivillig, og at det skal være muligheter til å trekke seg i løpet av studien. Alle artiklene som er inkludert er enten blitt godkjent av en etisk komité, eller ivaretatt etiske hensyn i forhold til anonymisering av deltakerne eller gitt samtykke. Som sykepleiestudenter er det viktig at vi forholder oss til generelle forskningsetiske retningslinjer gjennom arbeidet vi utfører.

Begrepet forskningsetikk viser til mangfold av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet. Forskningsetikk er en sammenfatning eller kodifisering av praktisk vitenskapsmoral. (Etikkom 2016, 5)

Disse retningslinjene omhandler grunnleggende normer og verdier innen forskersamfunnet. Retningslinjene skal bidra til å heve forskningsetisk skjønn og refleksjon, klargjøre etiske dilemmaer og forbedre vitenskapelig praksis. De skal også bidra til å unngå vitenskapelig uredelighet (Etikkom 2016, 5).

2.5 Analyse

I denne litteraturstudien ble det valgt å bruke David Evans sin metode for analyse fra 2002 i analyseringen av forskningsartiklene. Dette er for at arbeidet skal kunne utføres mer systematisk. Denne prosessen består av fire faser:

1. Samling av originale artikler.
2. Identifisere hovedfunnene i hver av artikkel.
3. Se på artiklene på tvers og sammenfatte funnene. Se om det er temaer som gjentar seg i de ulike artiklene.
4. Beskrive fenomenet av funn i artiklene. Altså å danne en syntese.

(Evans 2002, 25)

I den første fasen av denne studien ble forskningsartikler innhentet (Evans 2002, 25). Det ble gjort systematiske søk i ulike databaser, med utgangspunkt i PICO-skjemaet (Vedlegg 1) som vi hadde satt opp. Det ble lest gjennom sammendrag på artiklene som vi fikk treff på. Vi hadde i utgangspunktet et for begrenset søkefelt, og utvidet derfor søket vårt fra

trygghetsalarm til velferdsteknologi. Hvordan vi samlet litteraturen står beskrevet i kapittel 2.1 som inneholder datainnsamling.

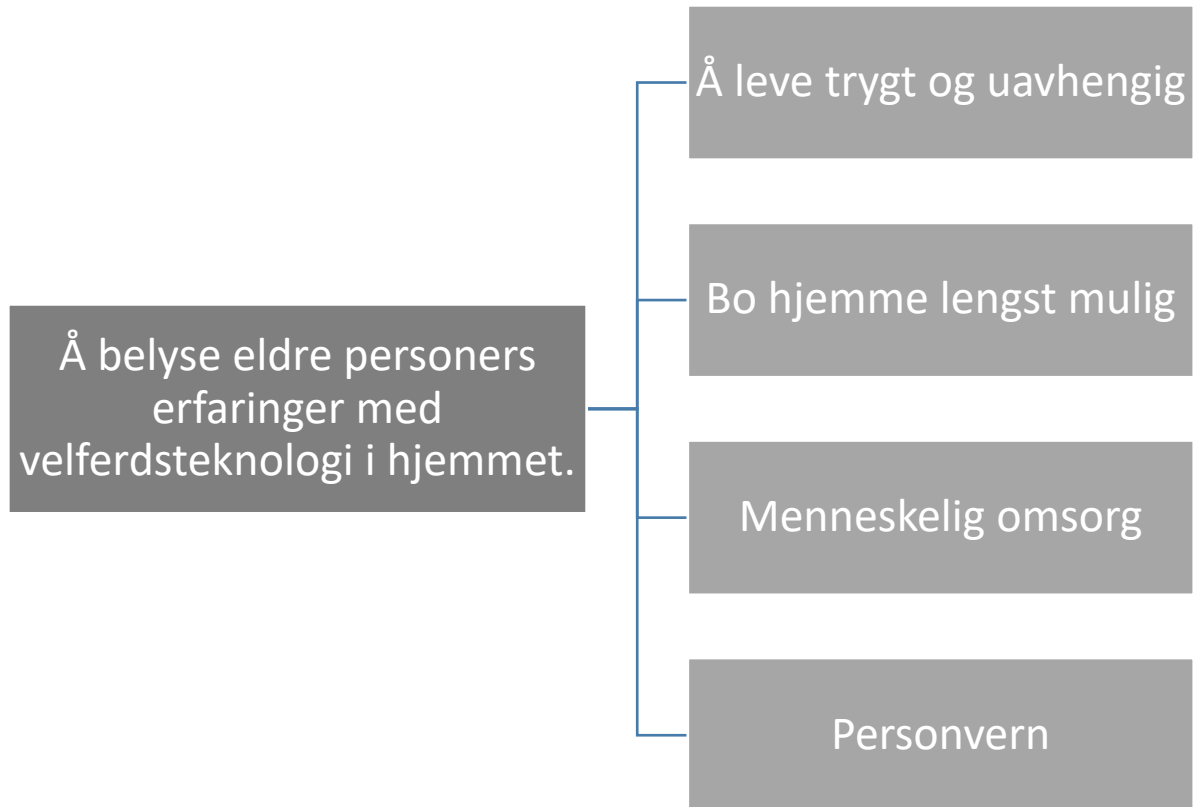
I den andre fasen ble aktuelle nøkkelfunn identifisert i hver enkelt artikkel (Evans 2002, 25). Vi startet med å lese alle de inkluderte artiklene og trakk ut hovedfunnene. Hovedfunnene kom vi frem til (Figur 1) ved å se hvilke temaer som ble gjentatt flest ganger i alle artiklene. Det ble skrevet ut to eksemplarer av hver artikkel, slik at vi kunne gå gjennom artiklene hver for oss. Det ble opprettet ett felles dokument på nett der vi skrev funnene våre. Deretter møttes vi på skolen for å diskutere artiklene for å forsikre oss om at vi hadde kommet frem til samme hovedfunn.

I tredje fase relaterte vi funn på tvers av forskningsartiklene (Evans 2002, 25). Vi markerte funnene med ulike markeringsfarger. Med dette kunne vi lage en oversikt over hva som var gjentakende funn ved erfaringer til eldre med velferdsteknologi i hjemmet (Vedlegg 4). Underveis ble alle aktuelle sitater vi kunne bruke tatt med. Resultatene ble gjennomgått flere ganger og vi forsikret oss om at vi ikke hadde utelatt noe.

I siste fase ble felles funn samlet for å beskrive fenomener (Evans 2002, 25). Her kom vi frem til fire hovedtemaer som gjentok seg mest hyppigs på tvers av artiklene. For å lage en kort og sammenfattet beskrivelse av funnene, forsøkte vi å danne en syntese så langt det er mulig under hver av disse. Det var utfordrende å lage en syntese av hvert tema da det ble valgt å skrive generelt om velferdsteknologi. Vi fordelte hovedfunnene våre: Å leve trygt og uavhengig, bo hjemme lengst mulig, menneskelig omsorg og personvern, i et tankekart for å få en bedre oversikt. Vi har også under presentasjonen av artiklene valgt å inkludere sitater for å underbygge våre resultater 3.2.

3.0 Resultat

Figur 1: Hovedfunn



3.1 Å leve trygt og uavhengig

I artiklene kom det frem at å leve trygt og uavhengig var den mest betydelige faktoren når det gjaldt erfaringer hos eldre med velferdsteknologi i hjemmet (Baccman og Bergkvist 2019, Berge 2017, Hemberg og Fischer 2018, Isaksen et al. 2017, Kajander og Storm 2017, Karlsen et al. 2018, Lie, Stephen og Brittain 2016, Pol et al. 2014, Sanchez, Anker-Hansen, Taylor og Eliertsen 2019, Stokke 2018).

Flere informanter beskrev at de var bekymret for fall. De hadde erfart ett eller flere fall, hvor de ikke hadde klart å komme seg opp igjen på egenhånd. Trygghetsalarm, GPS-sensor eller fallalarm gav trygghet til eldre brukere av velferdsteknologi. I og med at flere av informantene følte seg gamle og skrøpelige, ble velferdsteknologien sett på som en god

løsning på enkelte utfordringer i hverdagen (Karlsen et al. 2018, Sanchez et al. 2019, Stokke 2018).

Å kunne stole på teknologien var en forutsetning for økt trygghet blant eldre (Baccman og Bergkvist 2019, Berge 2017, Isaksen et al. 2017, Karlsen et al. 2018 Stokke 2018). Flere av informantene erfarte at GPS-enheten hadde vist feil plassering eller at trygghetsalarmen ikke hadde utløst seg når det var behov for dette.

Én informant beskrev at han følte seg utrygg på trygghetsalarmen, og dermed aktiverte alarmen for å få en bekreftelse på at alarmen fungerte. Det viste seg at informantene i studiene hadde blitt usikre på om de kunne stole på enheten igjen, men de var tolerante overfor feil på grunn av fordelene som enheten ga (Isaksen et al. 2017, Karlsen et al. 2018, Stokke 2018) «En gang jeg var ute på tur, og hadde behov for hjelp ... så virket ikke alarmen. Det viste seg at jeg var på et sted uten mobildekning» (Isaksen et al. 2017, 121).

Påminnelser om daglige oppgaver var noe de eldre mente økte deres uavhengighet i hverdagen. Når de fikk påminnelser, klarte de å håndtere oppgavene selv, for eksempel å ta medisiner eller å tilberede måltider. Tilpasning i hverdagen med velferdsteknologi hadde stor betydning for eldre med tanke på hvordan de mestret hverdagen sin. Mange av informantene erfarte velferdsteknologien som et positivt bidrag. Eldre personer som hadde velferdsteknologi i hjemmet ble mer selvstendige og greide å utføre flere oppgaver hjemme, noe som økte mobiliteten deres (Berge 2017, Hemberg og Fischer 2018, Isaksen et al. 2017, Kajander og Storm 2017, Karlsen et al. 2018, Lie, Stephen og Brittain 2016, Pol et al. 2014, Sanchez et al. 2019).

Et annet funn i artiklene var at de eldre kunne oppleve velferdsteknologien som stigmatiserende (Berge 2017, Isaksen et al. 2017, Karlsen et al. 2018, Stokke 2018). Noen av de eldre brukerne sluttet å bruke medisindispenser, da de opplevde at det var for mye bråk i hverdagen eller at de ikke kunne ta med dispensereren når de skulle ut av hjemmet (Isaksen et al. 2017, Karlsen et al. 2018). Det kom også frem at noen informanter opplevde at sensoren ikke påvirket deres daglige funksjon, selv om den var synlig (Pol et al. 2014, 488).

3.2 Bo hjemme lengst mulig

Gjennomgående i artiklene kom det frem til at flertallet av eldre hadde et stort ønske om å bo hjemme så lenge som mulig (Berge 2017, Kajander og Storm 2017, Karlsen et al 2018, Lie et al. 2016, Pol et al. 2014, Sanchez et al. 2019, Stokke 2018). Informantene uttrykket at de ikke ønsket å måtte flytte til sykehjem eller annen institusjon så lenge de følte seg trygge i eget hjem (Berge 2017, Karlsen et al. 2018, Sanchez et al. 2019, Stokke 2018.). Blant annet var det en informant som beskrev at han ikke ønsket å være alene hjemme. Noen informanter nevnte videre at å bo alene kunne oppleves som utfordrende og risikofyllt, spesielt med tanke på forverring av sykdom. Da viste det seg at det var kjønnsforskjeller på hvem som trivdes best hjemme alene. Kvinnelige informanter opplevde glede med å bo hjemme alene, mens mannlige informanter var mer misfornøyde (Sanchez et al. 2019, 849).

It may be useful for the future, I think. People can stay at home longer with the help of sensors because there is more supervision. And this is not so much for me as for all of us in the future. It is always nice to stay in your own neighbourhood, especial for elderly people who have neighbors and friends in their neighbourhood. (Pol et al. 2014, 488)

Å dele glede var noe informantene satte spesielt pris på; at de kunne bruke ekte videokommunikasjon i hjemmet uten å måtte reise noen vei for å komme i kontakt med andre. Vanligvis opplevde eldre at det var utfordrende å komme seg rundt til å fysisk besøke steder eller andre mennesker, men gjennom å bruke å videokommunikasjon ble dette mulig å gjennomføre dette digitalt via skjerm (Hemberg og Fischer 2018,94). Flere eldre nevnte at de ønsket å bo i hjemmene sine så lenge de kunne opprettholde sin verdige livsstil. Informantene oppsummerte at velferdsteknologien var et verdifullt tilskudd til fremtidige hjem (Sanchez et al. 2019, 849).

De eldre uttrykte bekymringer rundt kostnadene med velferdsteknologi i hjemmet. En informant hadde ikke ønsket å føle seg som en byrde for andre, og hadde derfor dekket kostnadene selv for fallalarmen i hjemmet. Andre informanter var bekymret for hvem som skulle betale for teknologien når forskningen var over (Isaksen et al. 2017, Lie et al. 2016, Sanchez et al. 2019).

3.3 Menneskelig omsorg

I flere av artiklene uttalte de eldre at de var villige til å bytte ut noen av besøkene fra sykepleiere med telepleie, men det var noen av de eldre som fortsatt foretrakk menneskelig omsorg fremfor teknologisk omsorg. Én informant fortalte at velferdsteknologien ikke kunne erstatte sykepleieren sin fysiske kontakt. En annen informant uttrykte at etter han fikk Pilly (medisindispenser) opplevde han mer frihet og slapp å bli mast på av personalet. Blant annet kunne sensorovervåkning erstatte unødvendig besøk av helsepersonell. En eldre hadde fortalt at han opplevde telepleie som et kjærkomment tillegg til hjemmesykepleie. De uttrykte behov for nye løsninger og hjelp i tillegg til de tjenestene de allerede hadde, og hadde flere velferdsteknologi-enheter installert i hjemmet. Teknologiene ble opplevd som enkle å bruke og fungerte som de skulle (Kajander og Storm 2017, Karlsen et al. 2018, Isaksen et al. 2017, Pol et al. 2014, Sanchez et al. 2019). Likevel satte eldre pris på rask hjelp fra helsepersonell dersom det skulle oppstå endringer. Det å kunne ha en knapp og få rask hjelp var noe som skapte trygghet hos eldre (Berge 2017, Kajander og Storm 2017, Lie et al. 2018, Pol et al. 2014, Sanchez et al. 2019, Stokke 2018).

Noen eldre uttrykte bekymringer rundt implementeringen av velferdsteknologi, at de heller ville ha hjelp fra et familiemedlem enn å få hjelp fra teknologien. Dessuten var det en informant med stort pleiebehov som opplyste at teletjenester ikke kunne erstatte alle besøk fra hjemmetjenesten. Én ulempe informantene kom frem til med fysiske besøk, var at det ofte var mange forskjellige helsepersonell kom hjem til dem hver dag, men ved bruk av videokommunikasjon fikk de oftere se og høre kjente personale. Gjennom videokommunikasjon opplevde eldre at kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blikk-kontakt kunne bidra til å styrke vurderingen til helsepersonellet selv om de ikke var fysisk til stede hos dem. Noen av informantene trakk frem at dette kan være en fordel for personer som har vansker med å uttrykke seg verbalt om hvordan de har det, for eksempel hvis de har vondt eller har det vanskelig og kanskje ikke ønsker å være til bry. Eldre erfarte at helsepersonell fikk bedre tid til å kommunisere med dem gjennom videosamtaler, og de kunne forholde seg til en mindre personalgruppe, noe de opplevde som positivt. Videosamtalene ga også de eldre mulighet til å spørre om det de lurte på der og da, og de fikk øyeblikkelig hjelp (Kajander og Storm 2017, Karlsen et al. 2018, Sanches et al. 2019).

3.4 Personvern

Eldre var villige til å utveksle personlige opplysninger til fordel for personlig sikkerhet. Det var delte meninger om personvern, og noen så ikke en iboende konflikt mellom teknologi og personvern. Andre informanter brydde seg ikke om det, og mente det ikke var viktig, fordi de følte seg trygge nok og opplevde ikke at dette var farlig. Noen informanter oppga også at det var positivt å dele personlige opplysninger, så lenge det var delt med personer som brydde seg om dem. Det kom frem at de eldre hadde lite innsikt i sitt eget personvern (Berge 2017, Karlsen et al. 2018, Mortenson et al. 2016, Pol et al. 2014, Sanchez et al. 2019). Krenkelse av personvern til eldre var én av de negative virkningene av teknologien for at de skulle bli overvåket i sitt eget hjem (Isaksen et al 2017, Lie et al. 2016).

Tap av autonomi og personlig verdighet med bakgrunn i bruk av velferdsteknologi var også en annen bekymring hos eldre. Det viste seg at eldre ikke hadde erfaring i hvordan de skulle beskytte dataene sine (Sanchez et al. 2019, 847). Andre eldre informanter opplevde ikke at teknologien invaderte deres privatliv. Dette fordi de hadde fått god nok informasjon til å vite at sensorene i hjemmet kun registrerte bevegelser uten bruk av kameraer eller lydopptak (Karlsen et al. 2018, Pol et al. 2014). “No, privacy is not interesting for me, it is not important, there is nothing dangerous about it” (Sanchez et al. 2019, 848). Ved bruk av GPS-sporing opplevde de eldre at det følte ubehagelig at andre kunne spore dem (Isaksen et al. 2017, 121). Eldre personer rapporterte at det var viktigst at helsepersonell hadde kontinuerlig tilgang til sensordataene sine slik at fagpersonell kunne reagere (Pol et al. 2014, 489).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

4.1.1 Søkestrategi

Tidlig i søkeprosessen fant vi ut at det var begrenset utvalg av forskning rundt eldre personers erfaring rundt en spesifikk type velferdsteknologi. Derfor ble det valgt å skrive generelt rundt eldre personers erfaring med velferdsteknologi i hjemmet for å få flest mulig treff i databasene. Dette ser vi på som en svakhet, da det kan være forskjellige erfaringer etter hvilke type produkter de eldre bruker i hjemmet. I studiene viste det seg at de aller fleste eldre hadde flere typer velferdsteknologi i hjemmet, og derfor er det vanskelig å begrense til ett produkt av velferdsteknologi. Vi ser også styrken i å ha ulike velferdsteknologi, da vi ser helheten og bredden av erfaringen til de eldre.

Vi ser på det som en styrke at det ble valgt å bruke kvalitativ forskning til vår litteraturstudie, da kvalitativ forskningsmetode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer, noe hensikten med vår litteraturstudie har gjort (Helsebiblioteket 2016). Vi ser det på som en svakhet at én av de inkluderte artiklene hadde anvendt både kvalitativ- og kvantitativ forskningsmetode (Baccman og Bergkvist 2019), men vi har valgt å fokusere kun på den kvalitative delen.

Vi valgte pasientperspektiv til studien vår da vi var interessert i å belyse eldre personers erfaringer med velferdsteknologi i hjemmet. Det ble valgt å fokusere på eldre mennesker over 60 år som har behov for velferdsteknologi i hjemmet. WHO's (2015) sin definisjon på eldre ble anvendt, da vi brukte denne aldersgrensen til studiens målgruppe. En svakhet er at to artikler vi inkluderte har både pasient- og pårørendeperspektiv, men vi valgte å fokusere på pasientperspektivdelen (Berge 2017, Karlsen et al. 2018).

Ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble det utarbeidet et PICO-skjema som vi brukte til å utføre litteratursøket. Vi mottok veiledning fra en erfaren bibliotekar på Høgskolen i Molde som ga oss hjelp til å plassere søkeordene på rett plass i PICO-

skjemaet ut ifra studiens hensikt. Vi fikk tips om aktuelle databaser og hvilke funksjoner som var mest aktuelle for sykepleiere. Det ses på som en styrke at vi fikk veiledning i databasesøk. Det ble prøvd å gjøre de ulike søkene så like som mulig, ved å anvende de samme søkeordene og begrensningene i hvert individuelt søk. I utgangspunktet anser vi dette som en styrke for oppgaven, da at det er positivt at søkene har direkte sammenheng med PICO-skjemaet. En annen styrke i metodedelen vår er at det ble valgt å bruke trunkering da vi skulle søke i ProQuest, som vi beskrevet under punkt 2.2.3 i metodedelen.

Vi inkluderte forskningsartikler fra databasene ProQuest, Idunn og Google Scholar. Vi ser på det som en styrke med at vi har brukt systematisk søkestrategi ved bruk av PICO-skjema i alle databasesøkene vi har gjennomført. Vi har gjennom søkeprosessen søkt i ulike databaser som Ovid Medline, SveMed+, PsycINFO og Cinahl. Det viste seg at flere av artiklene vi fant i søkene våre, gikk igjen i andre databaser, blant annet i Ovid Medline og Cinahl. Vi ser det på en styrke at vi kan finne igjen de samme artiklene i andre databaser med de samme søkeordene.

Årsaken til at det brukes to forskjellige typer søkeord under «Intervention» i PICO-skjemaet er fordi, ifølge Knutsen og Nakrem (2017, 17) har velferdsteknologi mange forskjellige navn. Noen andre eksempler på velferdsteknologi er «telemedicine», «telecare» og «telehealth». Tidligere i søkeprosessen søkte vi på flere ord som kunne sammenlignes med «velferdsteknologi», men flere av søkeordene ble ekskludert da vi valgte å søke kun på «velferdsteknologi» og «telepleie». Vi valgte å ekskludere «telecare» i søket på Google Scholar fordi vi fikk et treff på over 2500 artikler da vi inkluderte ordet. Vi ser det på som en svakhet at søket vårt i Google Scholar har 503 treff, men vi valgte å inkludere dette søket da vi fant relevante artikler i dette søket tidlig i søkeprosessen.

Mange av studiene som er inkludert i litteraturstudien vår er gjennomført i Vest-Europa. Dette er en styrke i oppgaven vår; fordi artikler fra Vest-Europa vil kunne bidra til å styrke overførbarheten av resultatene til norsk kontekst. En annen styrke er at vi har valgt å inkludere to norskspråklige artikler. Den eldste artikkelen vi valgte å inkludere i studien vår er fra 2014, ellers er resten av artiklene fra 2016 eller nyere tid. Vi ser det på som en styrke at vi har inkludert nyere forskning, da velferdsteknologi er et dynamisk produkt. Åtte av artiklene er skrevet på engelsk, noe som kan være en svakhet da det er

fare for at vi feiltolker artiklene i oversettelsen. Vi erfarer at det engelske språket er rikere enn det norske, og at utsagn og ord kan ha forskjellig betydning.

4.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi ser det på som en styrke at vi både har jobbet individuelt og samarbeidet for valg av artikler. Vi har brukt standardiserte sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) i kvalitetsvurderingen av artiklene. Dette har bidratt til at vi kan stole på funnene. Én svakhet kan være at vi har lite erfaringer med vurdering av artikler, noe som kan føre til feiltolkninger. Ved hjelp av NSD (2020) sine nettsider sjekket vi at alle våre artikler var fagfellevurdert. Vi ser det som en styrke at vi valgte å inkludere forskningsartikler som er publisert i tidsskrift av god kvalitet.

Siden eldre personer er en sårbar gruppe, har vi vært opptatt av at etiske hensyn skal være ivaretatt. Alle inkluderte artiklene er etisk godkjent av en etisk komité eller har ivaretatt etiske hensyn på et annet vis. All deltakelse skal ha vært frivillig og det ble innhentet skriftlig og/eller muntlig samtykke fra informantene. Vi ser på disse faktorene som en styrke.

4.1.3 Analyse

I vårt analysearbeid er de fire fasene til Evans' (2002,25) en styrke ved denne litteraturstudien. Dette ses på som en nødvendighet for få et systematisk og oversiktlig arbeid. Det var avgjørende for vårt arbeid i fase to, da vi fikk en bedre oversikt ved å markere hovedfunnene med ulike farger. Vi fikk ett raskt overblikk av hvilke temaer artiklene hadde. Sammen kategorisertes funnene i et tankekart for å få en oversikt over hovedfunnene til artiklene. Dette ser vi på som en styrke i studien vår, da det ble skapet en tydelig oversikt over tema og hovedfunn fra artiklene. Det var utfordrende å lage en syntese av hvert tema da vi valgte å skrive generelt om velferdsteknologi, og det ser vi på som en svakhet.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 Trygghet som grunnpilar for å kunne bo hjemme

Resultatet av våre funn belyser at eldre følte seg mer trygge og kunne leve mer uavhengig ved bruk av velferdsteknologi. En annen sentral faktor som kom frem i funnene til denne litteraturstudien var at de fleste eldre ønsket å bo hjemme så lenge som mulig. De ble mer selvstendige og greide å utføre flere oppgaver, noe som også økte mobiliteten deres. Det å kunne stole på teknologien var en forutsetning for økt trygghet. Våre funn viser at eldre personer blir usikre på om de kan stole på velferdsteknologien, da de ved tilfeller har opplevd at enheten ikke har fungert slik som forventet. Funnene våre kan sammenlignes med en gevinstrappert fra Helsedirektoratet, der økt trygghet, frihet, mestring, selvstendighet og utsatt institusjonsplass var resultatet (Melting 2017, 7). Alle mennesker har grunnleggende behov, og disse grunnleggende behovene er beskrevet i Maslows behovspyramide. I denne pyramiden er det delt inn i fem ulike trinn: fysiske behov, trygghet og sikkerhet, kjærlighet og tilknytting, anerkjennelse og respekt og selvrealisering. Vi velger å fokusere på trygghet som grunnleggende behov. Ved hjelp av denne pyramiden viste det hvordan behovene styres og bygger på hverandre. De vil si at man må ha dekket det nederste trinnet før man kan «klatre oppover i pyramiden (Hårberg og Liff 2018).

I funnene våre var det noen eldre som erfarte at det å bo hjemme alene kunne oppleves som utrygt, da teknologien ikke kunne observere forverringer av tilstanden til den eldre. Likevel satser norske kommuner på at eldre skal bo hjemme lengre. Velferdsteknologi kan redusere tungt arbeid både fysisk og psykisk, gi tryggere oppfølging av eldre ved at velferdsteknologien er tilstede 24 timer i døgnet, samt bedre kommunikasjon med pårørende. Relasjonen mellom sykepleier og den eldre har grunnleggende betydninger for vår etikk som er viktig i sykepleie – nemlig å utføre omsorgsfulle og faglig kyndige handlinger overfor den som trenger helsehjelp (Kristoffersen 2016a, 91). Vi har selv opplevd at flere eldre er bekymret for uventede hendelser, der velferdsteknologien ikke kan varsle pårørende eller personalet.

Sykepleierens funksjon blir da å fremme de ulike trinnene i pyramiden og skaffe trygghet for brukere av velferdsteknologi i hjemmet. I startfasen kan sykepleieren gi god opplæring

og undervisning. Sykepleieren kan også tilpasse opplæringen etter brukerens behov. Et annet tiltak kan være å teste velferdsteknologien sammen med den eldre og fortsette med regelmessig testing videre. Sykepleieren kan i anskaffelsesprosessen også skape trygghet ved å ha ekstra tilsyn med den eldre. Siden pårørende har bedre kjennskap til den eldre brukeren, kan man si at inkludering av pårørende vil ha en god effekt i form av trygghet. Pårørende og de eldre har ikke alltid den medisinske kompetansen som kreves, men de er viktige brikker for å sikre et helhetsbilde (Lervik og Kvernelv 2019, 53).

4.2.2 Teknologi, et supplement men ikke erstatning for det fysiske besøket

En måte velferdsteknologi oppleves positivt på hos eldre er gjennom videokommunikasjon, som gjør det enklere for eldre å kommunisere med andre. Opplevelsen de hadde var at kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blikk-kontakt var noe som kunne bidra til å styrke vurderingen til helsepersonellet selv om de ikke var fysisk til stede. De eldre erfarte at helsepersonellet fikk bedre tid til å kommunisere med dem, og de kunne forholde seg til en mindre gruppe av personale som førte til at den eldre følte seg tryggere. Det kom frem at de eldre erfarte videobesøkene som et nært fysisk møte med helsepersonellet som de snakket med, noe som var positivt. I sykepleiepraksis kan det oppnås bedre tolkning av brukeren ved å bruke non-verbal kommunikasjon i videosamtale med brukeren. I Eide og Eide (2017,210-211) kommer det frem at sykepleieren og brukeren kan bygge tillit og forståelse gjennom denne type kommunikasjonsmetode. Blant annet ved hjelp av ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsholdningen og kroppsspråk. Observasjon av ansiktsuttrykk er et viktig hjelpemiddel for å få opplysninger om den andres følelser og reaksjoner som vi ellers ikke ville få tak igjennom en vanlig telefonsamtale. En ulempe med videokommunikasjon er at man ikke får brukt berøring som er en viktig del av den daglige omsorgen for den eldre, da berøring kan føre sykepleier og de eldre nærmere på kortere tid (Eide og Eide 2017, 202-211). Konsekvenser av endret sykepleiepraksis for de eldre er at de ikke får den samme gode kontakten med personale som de har behov for. Sykepleieren får ikke det kliniske blikket sitt på samme måte som ved det fysiske besøket. Sykepleieren får heller ikke observert miljøet rundt den eldre, kan ha noe å si om den psykiske og/eller somatiske tilstand.

I funnene våre kom det frem av en eldre at velferdsteknologien, ikke kunne erstatte sykepleieren sin fysiske kontakt. Ved bruk av videokommunikasjon kan de eldre få dekket sitt behov for sosial kontakt, bortsett fra den fysiske kontakten. Da berøring har en positiv effekt på å motvirke dette med at det kan virke direkte støttende til deres opplevelse av egen verdi og integritet. I en undersøkelse viser det seg at mange eldre har mye forakt over sin egen kropp fordi de føler seg gamle og skrøpelige (Eide og Eide 2018, 210-211). Det kom frem i litteraturstudien vår at noen eldre var villig til å bytte ut noen av tilsynene fra sykepleier med telepleie.

For den eldre som er vant med den fysiske kontakt fra sykepleier, kan overgangen fra menneskelig omsorg til teknologisk omsorg være utfordrende. Selv om omsorg assosieres med noe som er varmt og kjærlig, og teknologien kan oppleves som kald, rasjonell og instrumentell, kan man likevel si at velferdsteknologien kan være effektiv for helsetjenesten. Bekymringer for at kald teknologi skal overta den menneskelige og varme dimensjonen og relasjonen i samhandlingen mellom pasient og sykepleier, kan noen ganger synes påtrengende (Grimsbø 2016, 314).

4.2.3 Faglig forsvarlig tjeneste

Trygghet var det mest gjentakende funnet i litteraturstudien vår. Med det kan det tenkes at det blir fremtidige utfordringer med tanke på den økende eldre befolkning, og mangel på helsepersonell som vil sette helse- og omsorgstjenestene i kommunene på prøve (Knutshaug og Nakrem 2017, 24). For å skape trygghet blant de eldre er det viktig at det fokuseres på faglig forsvarlighet blant personalet som jobber med velferdsteknologien i hjemmet. Velferdsteknologi vil bli viktigere både for friske og syke brukere, som vil bidra til å gi en samfunnsøkonomisk lønnsomhet (NOU 2011:11, 116). Fokus på økonomi kan sette den faglige forsvarligheten på prøve, da mangel på sykepleiere kan føre til alvorlig avvik, noe som igjen kan føre til belastninger for både den eldre og pårørende (NSF 2019,a). Per dags dato mangler Norge nesten 6000 sykepleiere, og om under 20 år er det en hypotese om at samfunnet vil mangle over 30.000 sykepleiere. Videre opplever sykepleiere også teknologisk utstyr som en arbeidsbyrde da den stadig er i utvikling. Uten riktig opplæring kan dette medføre til en stressende arbeidshverdag (Kristoffersen 2016b, 277). Våre politiske myndigheter sparer penger ved å overføre ansvar og oppgaver fra

spesialhelsetjenesten til landets kommuner etter da samhandlingsreformen ble innført (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Trygghet er en av de spesielle forhold ved sykepleierarbeidets karakter som det legges stor vekt på ved vurderingen av faglig forsvarlighet og den aktuelle situasjon. Ett eksempel på faglig forsvarlig sykepleie er at den eldre blir vurdert før de får velferdsteknologien i hjemmet. Hvordan kan sykepleiere håndtere faglig forsvarlighet til eldre når deler av ansvaret legges over til teknologien? Ifølge Norsk sykepleieforbund (2009) er sykepleiere pliktige til å informere arbeidsgiver om situasjoner som kan true pasientsikkerheten. Videre handler det om å ivareta pasientens integritet og selvfølelse som fører til det stilles store krav til sykepleierens etiske grunnholdninger. Gjennom de etiske grunnholdningene har vi mulighet til å forsikre de eldre om hvilke rettigheter de har, og hva de har godtatt. Når sykepleieren legger noe av ansvaret over på teknologien kan det oppstå faglig uforsvarlig sykepleie. Dette innebærer at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp de har behov for eller at den eldre blir utsatt for unødvendige lidelser og/eller skader. Situasjoner som kan være uforsvarlig med tanke på velferdsteknologi i hjemmet er hvis en sykepleier er på vakt og ikke har god nok opplæring. Et annet eksempel kan være mangel på kjennskap til teknologien som kan føre til et problem. Et tredje eksempel er dersom det oppstår svikt i organiseringen som fører til mangel på helsepersonell med kunnskap rundt bruken av velferdsteknologi. Dette gjør at helsepersonell kan bli satt i situasjoner de ikke føler seg kompetente til, som kan være uforsvarlig for de eldre (NSF 2009).

Vi velger å ta utgangspunkt i et eksempel fra praksis ved bruk av medisindispenser i hjemmet. La oss si at medisindispenser har «ansvaret» for at eldre får medisinene sine til riktig tid. Det kan oppstå en uforsvarlig situasjon dersom man mister medisiner fra medisindispenseren, være seg at noen mister tablettene sine på gulvet og ikke får tatt medisinen sin. Dette kan være alvorlig dersom det er livsviktige medikamenter som har havnet på avveie. I en slik situasjon kan det være vanskelig for en sykepleier å vite hvilke medikamenter som den eldre har tatt uten at man er fysisk tilstede. Ofte må vi som sykepleiere stole på at de eldre har blitt godt vurdert på forhånd, og at de føler seg trygge nok til å administrere medisinene sine selv ved bruk av en medisindispenser. Det blir en felles tillit mellom sykepleier og den eldre. Dette viser at enkelte perioder fungerer teknologien som den skal, og i andre perioder ikke. Det bekreftes i studien at

velferdsteknologien ikke alltid fungerer som den skal, blant annet hvis man havner i et område hvor det ikke er forbindelse med utstyret.

4.2.4 Implementering av velferdsteknologi

I funnene våre uttrykte noen eldre bekymringer rundt implementeringen av velferdsteknologi. Manglende kompetanse og mindre økonomiske støtteordninger til teknologien blir sett på som den største motstanden til å ta i bruk teknologien. Innføring av velferdsteknologi i helse- og sosialsektoren innebærer endringer både fra ansatte, brukere, pårørende og organisering av sektoren (NOU 2011:11,115). Sykepleierens funksjon blir da å skape en balanse mellom den eldre og velferdsteknologien. Blant annet blir det å anskaffe seg kompetanse og kunnskap innenfor teknologi for å kunne vurdere når teknologien kan anvendes, eller av ulike årsaker ikke bør benyttes (Grimsbø 2016, 314). Som studenter har vi sett lite til implementeringen i kommunene rundt om i nærområdet. Vi har fått innblikk i ulike velferdsteknologier som finnes på markedet og som kan gjøre en stor forskjell for de eldre og for sykepleieutøvelsen.

Det kom frem i litteraturstudien at noen eldre synes det var akseptabelt og heller forholde seg til velferdsteknologien, da de ikke ville føle seg som en byrde for andre. En eldre mann uttrykte etter at han hadde implementert velferdsteknologien erfarte den eldre mer frihet og mindre mas fra personalet. Det er viktig å påpeke at teknologien ikke kan løse alle problemer, men skal være et bidrag til at ansatte og eldre får en bedre hverdag (Lervik og Kvernelv 2019, 53). Teknologien kan frigjør mer tid for sykepleieren slik at de får brukt ressursene sine, der det er nødvendig. Det kan være i situasjoner der sykepleier må være fysisk tilstede (Grimsbø 2016, 314). I en fagrapport fra Helsedirektoratet kom det frem erfaringer fra helsepersonell som hadde implementert velferdsteknologien. Disse erfaringene gikk ut på at teknologien kan bidra til at besøkene blir mer målrettede besøk fra hjemmetjenesten, økt kvalitet på tjenesten, brukerne kan bo hjemme lengre, mer redusert tjenestetilbud, redusert medisiner, unngår fall, trygghet for ansatte, økonomisk gevinst med redusert bemanning, spart tid og unngåtte kostnader, økt aktivitetsnivå, økt mestring og bedre logistikkplanlegging (Melting 2017, 8-20). Gjennom sykepleiepraksis i hjemmetjenesten har vi erfart tidspress, da arbeidslistene er fylt opp med unødvendige arbeidsoppgaver som teknologien kan overta. Velferdsteknologien kan løse tidspresset hos

sykepleiere i hjemmetjenesten. Ved bruk av ny teknologi kan dette gi god kapasitet for de ansatte (Kristoffersen 2016, 91).

En ulempe ved implementeringen er personvern. I litteraturstudien kom det frem at eldre uttrykte bekymring for tap av autonomi og personlig verdighet ved bruk av velferdsteknologi. Personvern er utfordrende for den eldre, da den eldre har lite kunnskap om personvern. De eldre blir sårbare for teknologien, da funn viser at flertallet av de eldre hadde lite innsikt i sitt eget personvern. Lovverket kan bidra til å beskytte den eldre ved implementeringen og bruken av velferdsteknologi. De to viktigste lovene for implementeringen er helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (Helsebiblioteket 2019). Sykepleiere må også følge yrkesetiske retningslinjer som forklarer grunnlaget for respekten for hvert menneskes liv og verdighet (NSF 2019b). Derfor er det viktig at sykepleiere holder seg oppdaterte på lovverket for å hjelpe de eldre med å vite hvilke rettigheter de har. Ut ifra det vi har opplevd i praksis har mange eldre vært skeptiske til om personvernet blir ivaretatt når de benytter seg av velferdsteknologi i hjemmet.

Sykepleiere bør opparbeide seg kompetanse i hvordan de skal håndtere en digitalisert arbeidshverdag. Ved kompetanseheving har ledere og politikere ansvar for at det tilbys og iverksettes for helsepersonell. Det kan være kurs/fagdager som blir gjennomført i arbeidstiden. Videre vil dette kreve en større vektlegging av IKT som fag i sykepleieutdanningen. Et tiltak vi kan foreslå er at det burde fokuseres på å fremme et større tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper for å opparbeide større kompetanse for sykepleiere. Et annet tiltak kan være at ingeniører bør få en bredere forståelse av hvordan kroppen fungerer, etikk og viktige sykepleiefaglige verdier. Mangel på tid fører også til at sykepleiere ikke får oppdatert seg på relevant forskning når det gjelder velferdsteknologi, noe som igjen kan føre til usikkerhet rundt egne kunnskaper og evner for implementeringen og integrering i tjenesten.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse eldre personers erfaringer med velferdsteknologi i hjemmet. Vi konkluderer med at de eldre hadde både positive og negative erfaringer med å ha velferdsteknologi i hjemmet. I studien kom vi frem til fire hovedfunn. Det viktigste funnet i litteraturstudiet var eldre personers erfaring av å leve uavhengig og trygt. De eldre opplyste også at de hadde et stort ønske om å bo hjemme så lenge så mulig. Noen av dem foretrakk helst menneskelig omsorg fremfor teknologisk omsorg, men godtok at noen av besøkene fra hjemmetjenesten kunne erstattes av teknologien. Andre eldre synes det var helt greit og heller å forholde seg til velferdsteknologien, da de ikke ville føle seg som en byrde for andre. Siden trygghet og sikkerhet var viktige faktorer for dem, var de villige til å utveksle personlige opplysninger som var til deres fordel for sikkerhet.

Vi har gjennom studien tilegnet oss ny kunnskap om eldre sine erfaringer med velferdsteknologi. Vi blir stadig flere eldre, samtidig som helsepersonellmangelen øker. Mangel på sykepleiere i norske kommuner fører til alvorlige avvik og store belastninger for både eldre og pårørende. Samtidig endrer helsepolitikken seg i Norge, og det forventes at eldre skal bo hjemme lengst mulig. Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 i Norge gjorde at behovet for kompetansen til sykepleiere i hjemmetjenesten endret seg. Våre politiske myndigheter overførte flere oppgaver fra spesialhelsetjenesten som medførte større ansvar for kommunehelsetjenesten.

Konsekvenser for praksis: Ut ifra litteraturstudiens funn ser vi at sykepleiere, ledere og politikere må iverksette kompetanseheving innen en digitalisert arbeidshverdag for helsepersonell. Dette krever større vektlegging av IKT som fag i sykepleieutdanningen. Samtidig bør ingeniører få økt sin forståelse av hvordan kroppen fungerer, etikk og sykepleiefaglige verdier. Det handler om å fremme et tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper for å opparbeide større kompetanse for sykepleiere.

5.1 Forslag til videre forskning:

Vi ser det ikke er gjort mye forskning på velferdsteknologi. Forskning som hadde vært interessant å se effekten av er velferdsteknologi etter den nasjonale satsingen på implementering i Norge fra 2014-2020.

Resultatene fra litteraturstudien viser at det er lite kunnskap generelt om teamet, og derfor mener vi at sykepleiere at de bør tilegne seg mer kunnskap om dette. Vi ser videre at kommunikasjon mellom sykepleier og eldre/pårørende er viktig i implementeringen av velferdsteknologien. Det hadde også vært interessant å sett mer på forskning knyttet til den pedagogiske delen, og hvordan sykepleier skal gi undervisning til eldre om velferdsteknologi slik at de skal føle seg tryggere.

Referanseliste:

Baccman, Charlotte og Linda Bergkvist. 2019. "Welfare technology and user experience: a study if seniors's expectations on and first impressions of a robotic shower". *Proceedings of the 52nd Hawaii International Conference on System Sciences*.

<https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/59867/0427.pdf>

Berge, Mari S. 2017. "Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project". *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*. <https://doi.org/10.1177%2F2055668317693737>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. 102-211 Oslo. Gyldendal Akademisk.

Eines, Trude. 2020. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse og sosialfag.

Etikkom. 2016. «De nasjonale forskningsetiske komiteene». Oppdatert 14.03.20. <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/b.-hensyn-til-personer-5---18/>

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2016. «Olika typer av litteraturstudier». I *Att Göra Systematiska Litteraturstudier: Värdering, analys Och presentation av Omvårdnadsforskning*, 29-52, 2. Utg. Stockholm: Natur och Kultur.

Grimsbø, Gro Hjelmeland. 2016. "Digitale tjenester i pasientomsorgen". I *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 314. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grønseth, Randi og Heidi Jerpseth. 2019. *Bacheloroppgaven i sykepleie. Praktiske råd i skriveprosessen*: Bergen, Fagbokforlaget.

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse og omsorgsdepartement.

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

Helse- og omsorgsdepartement. 2009. *Samhandlingsreformen- rett behandling- på rett sted- til rett tid..* St. meld. nr. 47. Oslo. Helse- og omsorgsdepartement. 2008-2009. Oppdatert 19.04.20

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsebiblioteket. 2016. “Kvalitativ studie”. Oppdatert 06.01.2020.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. 2019. «Styrende dokumenter». Oppdatert 23.03.20

<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/velferdsteknologi/styrende-dokumenter>

Hemberg, Jessica og Regina Santamaki Fischer. 2018. “A window toward the world”. *Holistic Nursing Practice*. 32(2): 90-97. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000254

Håberg, Guri Bente og Nora Liff. 2018. “Maslows behovspyramida”. Oppdatert 09.05.20.
<https://ndla.no/nb/subjects/subject:40/topic:1:195926/topic:1:195927/resource:1:79731>

Isaksen, Jørn, Kaia B. Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke og Line Melby. 2017. “Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov for velferdsteknologi?”. *Tidsskrift for omsorgsforskning*.

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/02/hvilken_nytte_har_hjemmeboende_med_hjelpebehov_av_velferdst

Jacobsen, Dag Ingvar. 2015. *Forståelse, beskrivelse og forklaring- innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kajander, Martine og Marianne Storm. 2017. “Kontakt med ett trykk”: hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler”. *Nordisk sygeplejeforskning* 7(1): 6-20. DOI:

10.18261/ISSN.1892-2686-2017-01-02

Karlsen, Cecilie, Carl Erik Moe, Kristin Haraldstad og Elin Thygesen. 2018. "Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers". *Journal of Clinical Nursing*. DOI:10.1111/jocn.14744

Knutshaug, Torill. J og Sigrud Nakrem. 2015. «Velferdsteknologi- hva, hvorfor og hvordan?». I *Velferdsteknologi i praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjemtland Grimsbø . 2016,a. *I Grunnleggende Sykepleie bind 1*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2016,b. «Stress og mestring» I *Grunnleggende Sykepleie bind 3*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø, 277. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner. 2018. "Nasjonalt velferdsteknologiprogram". Oppdatert 09.02.2020.

<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/nasjonalt-velferdsteknologiprogram/>

Leren, Torunn. 2018. "Hvorfor ta i bruk velferdsteknologi?". Oppdatert 20.04.20. <https://www.kompetansebroen.no/article/hvorfor-ta-i-bruk-velferdsteknologi/>

Lervik, Nora og Regine Berge Kvernelv. 2019. "Digitalisering i helsesektoren". Oppdatert 31.03.20.

<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2609638/no.ntnu%3ainspera%3a2322524.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lie, Mabel L, Lindsay Stephen og Katie Brittain. 2016. "Technology and trust: older people's perspectives of a home monitoring system". *Aging &*

society. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000501>

Melting, Juni B. 2017. “Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger”. Oppdatert 09.02.2020.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

Melting, Juni Bratberg og Lasse Frantzen. 2015. “Gevinstrealiseringsrapport nr.1”. Oppdatert 09.02.2020.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/inline/c879e5ef-715a-4277-9e89-e88f81e3b862:bbe6388b148899c2855be38afc2e163ce8065740/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

Norsk senter for forskningsdata. 2019. “Register over vitenskapelige Publiseringsskanaler”. Oppdatert 19.02.20.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. 2019,a. “Stor sykepleiermangel i Norge”. Oppdatert 09.02.2020. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4383476/569798/Stor-sykepleiermangel-i-Norge>

Norsk sykepleierforbund. 2019,b. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere». Oppdatert 20.04.20

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk sykepleierforbund. 2009. «Faglig uforsvarlig sykepleie». Oppdatert 09.05.20.

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/283680/286497/Faglig-uforsvarlig-sykepleie>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert – En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe AS.

Pol, Margriet, Fenna van Nes, Margo van Hartingsveldt, Bianca Buurman, Sophia de Rooij og Ben Kröse. 2014. "Older People's Perspectives Regarding the Use of Sensor Monitoring in Their Home". *The Gerontologist* 54(3): 485-493. doi: 10.1093/geront/gnu104

Sanchez, Veralia Gabriela, Camilla Anker-Hansen, Ingrid Taylor og Grethe Eilertsen. 2019. "Older people's attitudes and perspectives of welfare technology in Norway". *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. DOI <https://doi.org/10.2147/JMDH.S219458>

Slettebø, Åshild. 2016. «Forskningsetikk.» I *Etikk i sykepleien*. Red. Berit Støre Brinchmann, 243-244. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stokke, Randi. 2018. "Older People Negotiating Independence and Safety in Everyday Life Using Technology: Qualitative Study". *Journal of medical internet research* 20(1) <http://www.jmir.org/2018/10/e10054/>

World Health Organization. 2015. «Ageing and health». Oppdatert 08.04.20 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Vedlegg 1: PIO- skjema

P	I	O
Eldre* AND Hjemme*	Velferdsteknologi Telepleie	Erfaringer Opplevelser
Old* Elderly Aging Aged AND Home*	Welfare technology Telecare	Experienc*

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Data-base	Antall treff	Lest abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
noft (old* OR elderly* OR aging OR aged) AND noft((home*)) AND noft (welfare technology OR telecare) AND noft (experienc*) Begrensninger fra 2014-2020	09.03.2020	ProQuest	140	10	8	6
Inkluderte artikler	Berge 2017. Hemberg og Fischer 2018. Karlsen et al. 2018. Lie et al. 2016. Pol et al. 2014. Stokke 2018.					

Søkeord	Dato	Data-base	Antall treff	Lest abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Velferdsteknologi, eldre, hjemmet, telepleie og erfaringer Begrensninger: 2014-2020	10.03.2020	Idunn	37	6	4	2
Inkluderte artikler	Kajander og Storm 2017. Isaksen et al. 2017.					

Søkeord	Dato	Data-base	Antall treff	Lest abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
“old” and “home” and “welfare technology” and “experience” Begrensninger: 2014-2020	10.03.2020	Google Scholar	503	10	3	2
Inkluderte artikler	Baccman og Bergkvist 2019. Sanchez et al. 2019.					

Vedlegg 3: Oversiktstabell

Artikkel nummer	1
Forfatter:	Charlotte Baccman og Linda Bergkvist
År:	2019
Land:	Sverige
Tidsskrift:	<i>Proceedings of the 52nd Hawaii International Conference on System Sciences</i>
Tittel:	“Welfare technology and user experience: a study if seniors’s expectations on and first impressions of a robotic shower”
Hensikt:	Hensikten med de kvalitative dataene var å utforske hvordan deltakerne opplevde sin nåværende dusjsituasjon og deres innledende forventninger til robotdusjen. Målet med denne artikkelen var todelt: en innledende undersøkelse av om og hvordan Eldres nåværende dusjplassing kan forbedres ved hjelp av robotdusjen for å lære mer om Eldres førsteinntrykk og innledende opplevelser av robotdusjen.
Metode:	Kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign. Semistrukturerte intervju
Deltakere/fracfall:	6 deltakere. Ingen fracfall.
Hovedfunn:	Hovedfunnene ble kategorisert i to ulike deler: <ul style="list-style-type: none">• Selvstendighet• Uavhengighet Denne studien viser at eldre strever etter å bli mer selvstendige og at aksept for velferdsteknologi må forstås i den spesifikke situasjonen. Brukeropplevelser fra velferdsteknologi, som robotdusjen, som tjener i en veldig intim situasjon, er kanskje ikke sammenlignbare med resultatene fra tidligere studier av for eksempel overvåkingsteknologi. Eldre generelt er positive til å erstatte dagens dusjsituasjon med en mer autonom dusjssituasjon som gitt av robotdusjen.
Etiske vurderinger:	Prosjektet ble godkjent av det etiske vindstyret i Uppsala. Deltakere ble pålagt å signere et samtykkeskjema før intervjuet.
Kvalitet:	God
Database:	Google Scholar.

Artikkel nummer	2
Forfatter:	Mari Berge
År:	2017
Land:	England
Tidsskrift:	<i>Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering</i>
Tittel:	“Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project”
Hensikt:	Forstå brukernes hverdag, gleder, utfordringer, bekymringer og hvilke forventninger de hadde til å bruke telepleie.
Metode:	Kvalitativ forskningsmetode. Intervju. Denne artikkelen bruker realistisk evaluering (RE) for å forstå hvordan telepleie fungerer for sårbare mennesker.
Deltakere/fracfall:	19 deltakere, 1 fracfall.
Hovedfunn:	<p>Funnene avdekket at velferdsteknologi tre hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uavhengighet • Å bo hjemme • Sikkerhet <p>Brukerne var opptatt av å beholde uavhengigheten og å bo hjemme. Det var fokusert på hvordan de klarte hverdagens utfordringer. Brukerne la vekt på viktigheten av å styre dagliglivet selv. Telepleien var viktig for dem da de var livredde for å falle. Noen få bekymret seg for at det ville forstyrre livet deres. En person avviste teletjeneste tidligere, og ombestemte seg. De fleste av brukerne uttrykte en viss frykt for ikke å administrere teknologien eller gjør feil.</p>
Etiske vurderinger:	Alle deltakerne ga samtykke til å delta i studien. Godkjent av norsk senter for forskningsdata
Kvalitet:	God

Artikkel nummer	3
Forfatter:	Jessica Hemberg og Regina Santamäki Fischer
År:	2018
Land:	Finland
Tidsskrift:	<i>Holistic Nursing Practice</i>
Tittel:	“A window toward the world: Older Adults’ Experiences of Becoming in Health and Developing as Human Beings Through Interacting With Others Using Real Video Communication”
Hensikt:	Målet med denne studien var å avdekke, fra et omsorgsfaglig vitenskapsperspektiv, samfunnslevende eldre voksnes opplevelser av samspill med andre via ekte videokommunikasjon.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Intervjuer, deretter ble tekstene tolket gjennom hermeneutisk lesing.
Deltakere/fracfall:	7 deltakere. Ingen fracfall.
Hovedfunn:	<p>Funnene avdekket at velferdsteknologi tre hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Lindre lidelse gjennom å slå ufrivillig ensomhet " • " Å være i verden som et likeverdig og verdig menneske” • “Å dedikere nye perspektiver og mening i livet. " <p>Velferdsteknologi ser ut til å være et viktig virkemiddel for å forbedre livskvaliteten for eldre voksne hjemme. Velferdsteknologi gjør det mulig for eldre å være i kontakt med andre mennesker på en enkel måte. Det beste med ekte videokommunikasjon var at man ikke måtte dra noen vei for å komme i kontakt, men kunne bruke den direkte hjemmefra. Å faktisk besøke forskjellige steder kunne innebære en ekstra innsats for eldre voksne, men på denne måten var det mulig å komme seg hjemmefra via dataskjermen.</p>
Etiske vurderinger:	Studiedeltakelse og datalagring og håndtering for forskningsformål ble godkjent av deltakerne når de ga deres informerte samtykke. Etisk tillatelse av et forskningsråd ved Åland University of Applied Sciences, 6. september 2013.
Kvalitet:	God
Database:	ProQuest

Artikkel nummer	4
Forfatter:	Jørn Isaksen, Kaia B. Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke og Line Melby
År:	2017
Land:	Norge
Tidsskrift:	<i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>
Tittel:	«Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?»
Hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Semistrukturerte intervjuer
Deltakere/fracfall:	15 deltakere, 2 fracfall.
Hovedfunn:	<p>Hovedfunnene ble kategorisert i tre ulike deler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trygghet • Økt mobilitet • Stigmatisering • Funksjonalitet <p>Mange av brukerne var tilfredse med teknologien og opplevde at den tilførte hverdagen et positivt bidrag. For noen handlet det i stor grad om glede ved å mestre teknologien. Noen var skeptiske til teknologien i utgangspunktet, men ble mer fornøyde etter hvert. Det var mange informanter som beskrev at de følte seg tryggere på grunn av teknologien. Noen beskrev en kombinasjon av trygghet koblet til økt mobilitet. Å kunne stole på teknologien er en forutsetning for økt trygghet. Et par der begge hadde automatisk medisindispenser, hadde avsluttet bruken av den, mye på grunn av pipingen. Teknologiens utforming og funksjonalitet kan være avgjørende for brukernes vilje og evne til å ta den i bruk. Flere av informantene beskrev at interesse og kunnskap om teknologi var viktige faktorer for å lykkes, både for ansatte og beboere.</p>
Etiske vurderinger:	Alle informantene mottok informasjon og samtykket skriftlig til deltakelse i undersøkelsen.
Kvalitet:	God
Database:	Idunn

Artikkel nummer	5
Forfatter:	Cecilie Karslen, Carl Erik Moe, Kristin Haraldstad og Elin Thygesen
År:	2018
Land:	Norge
Tidsskrift:	<i>Journal of Clinical Nursing</i>
Tittel:	“Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers”
Hensikt:	Å få en dypere forståelse av vedvarende bruk av telepleie for eldre voksne og deres familiepleiere.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Intervju.
Deltakere/fracfall:	18 deltakere, 3 fracfall
Hovedfunn:	<p>Hovedfunnene som kom frem i artikkelen ble delt inn i fem kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt sikkerhet og sikkerhet • Varsel når det er nødvendig • Økt lokalisering • Økt uavhengighet • Motta påminnelser <p>De eldre voksne uttrykte økt sikkerhet, trygghet og uavhengighet. Selv om noen av dem opplevde utfordringer, fortsatte de å bruke tjenestene. Videre avdekket funnene behov som telekostander ikke kunne dekke. Deltakerne sa at teletjenester ikke kunne erstatte alle besøk fra hjemmetjenesten.</p>
Etiske vurderinger:	Alle deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Denne studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata.
Kvalitet:	God
Database:	ProQuest

Artikkel nummer	6
Forfatter:	Martine Kajander og Marianne Storm
År:	2017
Land:	Norge
Tidsskrift:	<i>Nordisk sygeplejeforskning</i>
Tittel:	«"Kontakt med ett trykk": hjemmeboende brukeres erfaringer med videosamtaler»
Hensikt:	Studien undersøker hjemmeboende eldre og kroniske syke sine erfaringer med bruk av videosamtaler for å kommunisere med helsepersonell, og om oppfølging ved hjelp av videobesøk kan bidra til å støtte hjemmeboende brukere sin egenomsorg.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Individuelle forskningsintervju, deretter semistrukturerte intervjuguide.
Deltakere/frafall:	14 deltakere. Ingen frafall.
Hovedfunn:	<p>Hovedfunnene ble kategorisert i tre ulike deler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Kontakt med ett trykk” • Å spørre og få svar • “Det lettet mye på trykket” <p>Funnene viser at brukerne opplevde videobesøkene som nært et fysisk møte, det var nesten som å snakke «ansikt-til-ansikt». Videobesøkene bidro til at brukerne enkelt kom i kontakt med kompetent helsepersonell som hadde tid til dem, og de fikk mulighet til å stille spørsmål og få råd om helserelaterte bekymringer. Brukerne verdsatte det sosiale aspektet ved videosamtalen; det var godt å få noen å snakke med, de følte seg trygge og ivaretatt. Konklusjonen er at videobesøk kan være et lovende hjelpemiddel i helsetjenesten for å følge opp hjemmeboende eldre og kronisk syke, bidra med informasjon etter sykehusinnleggelser, og for å støtte egenomsorg.</p>
Etiske vurderinger:	Alle intervjudeltakerne ga skriftlig samtykke før intervjuet og samtykket muntlig til bruk av digital båndopptaker. Godkjent studie av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.
Kvalitet:	God
Database:	Idunn

Artikkel nummer	7
Forfatter:	Mabel L. S. Lie, Lindsay Stephen og Katie Brittain
År:	2016
Land:	England, UK
Tidsskrift:	<i>Aging & society</i>
Tittel:	“Technology and trust: older people’s perspectives of a home monitoring system”
Hensikt:	Målet med evalueringsstudien var å utforske synspunkter om akseptabiliteten, bruken og utformingen av systemet sett fra brukerne av systemet.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Intervju.
Deltakere/fracfall:	11 deltakere. Ingen fracfall.
Hovedfunn:	<p>Funnene ble delt inn i to kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppfatningene om sikkerhet og personvern • Å føle seg trygg gjennom vanlige tiltak • Eldre følte seg overvåket i sitt eget hjem <p>Forskningen i artikkelen fant ut at krenkelse av personvernet til den eldre personen var en av de negative virkningene av systemet av den eldre personen ble overvåket i sitt eget hjem. Følgende deltager følte ikke behovet for å opprettholde personvernet, fordi han ikke følte at han hadde noe å skjule for familien og var komfortabel for sine voksne barn å se på sine aktiviteter. De fleste av deltakerne var klar over teknologi som var tilgjengelig for å forbedre deres personlige sikkerhet, for eksempel personlige alarmer eller å ringe noe som kan festes til håndleddet eller henges rundt halsen, eller ha alarmer for å ringe for hjelp til at de kunne trykke eller trekke installert i sine hjem. Flere som imidlertid hadde disse panikkalarmer, brukte dem bare når de følte seg uvel, og de fleste følte at de ikke var gamle eller svake nok for å trenge dem.</p>
Etiske vurderinger:	Alle deltakerne fikk skriftlig informasjon om studien.
Kvalitet:	God
Database:	ProQuest

Artikkel nummer	8
Forfatter:	Margriet Pol, Fenna van Nes, Margo van Hartingsveldt,
År:	Bianca Buurman, Sophia de Rooij og Ben Kröse
Land:	Nederland
	2014
Tidsskrift:	<i>The Gerontologist</i>
Tittel:	“Older People's Perspectives Regarding the Use of Sensor Monitoring in Their Home”
Hensikt:	Hensikten med denne kvalitative studien var å bestemme perspektivene til eldre mennesker vedrørende bruk av sensorovervåking i deres daglige liv.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Dybde og semistrukturerte intervjuer.
Deltakere/fracfall:	11 deltakere. Ingen fracfall
Hovedfunn:	<p>Hovedfunnene i ble presentert i fire ulike kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følelse av sikkerhet og leve uavhengig hjemme • Sensorene holder øye med meg • Følelsen av sikkerhet er viktigere enn personvern • En støtte for eller en begrensing av uavhengighet <p>Deltakerne oppfattet at systemet bidro til deres følelse av sikkerhet som et viktig premiss for selvstendig livsopphold. Noen av deltakerne uttalte at det hjalp dem å være aktive. Den potensielle krenkelsen av personvernet var ikke noe problem for deltakerne. Deltakerne vurderte at helsepersonells kontinuerlige tilgang til sensordataene deres og bruken av dataene for deres sikkerhet oppveide hensynet til personvernet. Disse resultatene gir nye funn av eldre menneskers opplevelse av overvåking som gir en mulighet som bidrar til uavhengig livsstil, og som ikke forstyrrer deres naturlige livsførsel.</p>
Etiske vurderinger:	Før intervjuene ga deltakerne informert samtykke og tillatelse til å registrere intervjuene. Den medisinske etiske komiteen til AMC godkjente denne studien.
Kvalitet:	God
Database:	ProQuest

Artikkel nummer	9
Forfatter:	Veralia Gabriela Sanchez, Camilla Anker-Hansen, Ingrid Taylor og Grethe Eilertsen
År:	2019
Land:	Norge
Tidsskrift:	<i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i>
Tittel:	“Older people’s attitudes and perspectives of welfare technology in Norway”
Hensikt:	Denne studien prøvde å utforske holdninger og perspektiver om velferdsteknologi blant eldre som bor alene i Norge.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Dybdeintervjuer
Deltakere/fracfall:	9 deltakere. Ingen fracfall
Hovedfunn:	<p>To kategorier og fire underkategorier ble identifisert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferanser og bekymringer for velferdsteknologi • Teknologi • Føle seg trygg <p>Hovedtemaet velferdsteknologi var et verdifullt tilskudd til morgendagens hjem. Deltakerne hadde positive og proaktive holdninger til bruken av velferdsteknologi i hjemmene sine. Noen deltakere utrykte glede over at velferdsteknologi kunne gi trygghet. En spesifikk bekymring var rundt kostnadene og tap av autonomi ved velferdsteknologi.</p>
Etiske vurderinger:	Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon fra intervjuobjektene om prosjektet før de gikk videre til intervjuene.
Kvalitet:	God
Database:	Google Scholar

Artikkel nummer	10
Forfatter:	Randi Stokke
År:	2018
Land:	Norge
Tidsskrift:	<i>Journal of Medical Internet Research</i>
Tittel:	“Older People Negotiating Independence and Safety in Everyday Life Using Technology: Qualitative Study”
Hensikt:	Denne artikkelen hadde som mål å utforske forskjellige aktørens erfaringer med en etablert teknologiinnovasjon i omsorgspraksis. Studien hadde som mål å forske på hva som virkelig skjer når forskjellige aktører bruker teknologi i omsorgspraksis.
Metode:	Kvalitativ forskningsdesign. Intervju og deltakerobservasjoner
Deltakere/fracfall:	22 deltakere. Ingen fracfall.
Hovedfunn:	<p>Funnene avdekket at velferdsteknologi to hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikkerhet • Uavhengighet til å fortsette å bo hjemme <p>Funnene presenter forskjellige erfaringer relatert til den sosiale alarmen. Resultatene avslører hvordan samproduksjonen av omsorg antar forskjellige betydninger i for aktøren som bruker teknologien.</p>
Etiske vurderinger:	Alle intervjudeltakerne ga informert skriftlig samtykke. Alt helsepersonell mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien og datainnsamlingen og ble informert om at de kunne avvise å bli observert eller intervjuet.
Kvalitet:	God kvalitet
Database:	ProQuest

Vedlegg 4: Oversikt over analyse

UAVHENGIGHET	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
TRYGGHET	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
MINDRE FYSISK BESØK	3, 4, 5, 6, 8, 9
BO HJEMME	2, 5, 6, 7, 8, 9, 10
PERSONVERN	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9
SIKKERHET	2, 5, 6, 7, 8, 9, 10
RASK HJELP	2, 4, 6, 7, 8, 9, 10
MOBILITET	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9
UNNGÅ ISOLASJON	3, 6, 7
FALSK TRYGGHET	1, 2, 4, 5, 10
STIGMATISERENDE	2, 4, 5, 10
UTGIFTER	4, 7, 9