



Senter for
omsorgsforskning

Trygg i eget hjem? – fra et brukerperspektiv

En kunnskapsoppsummering om hvilke forhold eldre hjemmeboende erfarer er viktige for at de skal føle seg trygge i eget hjem

Siv Fladsrud Magnussen
Karen Marie Øvern
Siri Andreassen Devik

Utgitt av: Senter for omsorgsforskning, Gjøvik 2023

Tittel: Trygg i eget hjem? – fra et brukerperspektiv: En kunnskapsoppsummering om hvilke forhold eldre hjemmeboende erfarer er viktige for at de skal føle seg trygge i eget hjem

English title: Safe at home? A literature review of what older people perceive as important to feeling safe at home.

Forfattere: Siv Fladsrud Magnussen, Karen Marie Øvern, Siri Andreassen Devik

Redaktør: Terje Emil Fredwall, professor ved UiA/NTNU

ISBN: 978-82-8340-138-7

ISSN: 2464-4382

Oppsummering nr. 37

Emneord: Eldre, Trygghet, Hjemme, Helse- og omsorgstjenester

Nettside: omsorgsbiblioteket.no

Innhold

Sammendrag	4
Abstract	5
1. Trygg i eget hjem? – en innledning	6
1.1 Bakteppet for oppsummeringen	6
1.2 Sentrale begrep	7
1.3 Hensikt, forskningsspørsmål og målgruppe	8
2. Metode og materiale.....	9
2.1 Søkestrategi og utvalg	9
2.2 Inkluderte studier	11
2.3 Analyse	12
2.4 Arbeidsgruppe og kvalitetssikring	12
3. Forsknings- og utviklingsarbeid	13
3.1 Tjenester som skaper trygghet	13
3.2 Følelsen av å være hjemme	15
3.3 Hjelp og støtte fra familie og nettverk	16
3.4 Medbestemmelse og mestringsfølelse	18
3.5 Positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne	19
3.6 Oversiktlige og tilgjengelige tjenester	20
3.7 Bruk av teknologi og digitale tjenester	21
4. Konklusjoner og avsluttende betraktninger	27
4.1 Bakgrunn, hensikt og metode.....	27
4.2 Oppsummeringens hovedfunn	27
4.3 Avsluttende betraktninger.....	28
5. Referanser.....	30
Om forfatterne.....	34
Vedlegg 1. Oversikt over inkluderte studier.....	35
Vedlegg 2. Søkedokumentasjon.....	40

Sammendrag

Hensikten med oppsummeringen er å identifisere, beskrive og sammenfatte kunnskap om trygghet i eget hjem fra eldre hjemmeboendes perspektiv, med betydning for helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner.

Oppsummeringen inkluderer 18 forsknings- og utviklingsarbeider som er gjennomført i Skandinavia, publisert i perioden 2018–2022, og skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk.

De eldre som inngår i de 18 utvalgte publikasjonene, har det til felles at de har helse- og funksjonssvikt som i større eller mindre grad medfører behov for helse- og omsorgstjenester.

Publikasjonene identifiserer ulike forhold som er sentrale for Eldres opplevelse av trygghet hjemme. Disse har vi sortert under sju tematiske områder:

- tjenester som skaper trygghet
- følelsen av å være hjemme
- hjelp og støtte fra familie og nettverk
- medbestemmelse og mestringsfølelse
- positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne
- oversiktlige og tilgjengelige tjenester
- bruk av teknologi og digitale tjenester

Tjenester som skaper trygghet, er i studiene eksemplifisert som ordinær hjemmetjeneste, velferdsteknologi, teambasert innsats og forebyggende tilbud. *Følelsen av å være hjemme* kan være en opplevelse av integritet, av å være hjemme i eget liv, av å kunne følge egne rutiner og vaner, og av nærhet til mennesker som er viktige for en. *Hjelp og støtte fra familie og nettverk* betyr både emosjonell og praktisk støtte, og er for svært mange en absolutt betingelse for å kunne mestre hverdagen hjemme. *Medbestemmelse og mestringsfølelse* oppstår når hverdagen kjennes påvirkelig og håndterlig, og kan fremmes ved at tjenester gis på den Eldres premisser. *Positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne*, som oppfattes som grunnleggende viktig for at eldre skal kjenne at det er trygt å være hjemme, handler om å bli møtt av kompetente fagfolk, men vel så mye om å møte helsepersonell som kjenner en og inngir følelse av at de bryr seg om en. *Oversiktlige og tilgjengelige tjenester* handler om informasjon om tjenestens tilbud, om hvem som kommer og om besøkstid, samt å kunne stole på at tjenestene er der ved behov.

Bruk av teknologi og digitale tjenester kan gjøre eldre både trygge og utrygge. I mange tilfeller skaper teknologien trygghet i hjemmet og frihet til å utføre daglige aktiviteter. Eldre stoler imidlertid ikke ubetinget på teknologien. Den kan true både personvern og noen ganger hemme livsutfoldelse og selvstendighet.

Funnene i denne oppsummeringen viser at Eldres opplevelse av trygghet er relatert til en rekke forhold som til slutt handler om det mest grunnleggende i omsorg: kvaliteten på møtet mellom mennesker.

Abstract

The purpose of this summary is to identify, describe and summarise knowledge about safety in one's own home from the perspective of older people, with implications for the health and care services in Norwegian municipalities.

The summary includes 18 research and development studies with empirical data from Scandinavia, published between 2018 and 2022 in either Scandinavian languages or English.

The older persons included in the studies shared the common characteristic of having varying degrees of deteriorating health and functional decline, which necessitated the need for health and care services.

The following seven thematic areas emerged as central to the experiences of safety at home among the older people:

- Services that provided security
- Feeling at home
- Assistance and support from family and social network
- Participation and sense of mastery
- Positive relationships and having trust in service providers
- Clear and accessible services
- Utilisation of technology and digital services

Services that provide security are exemplified in the studies in the form of ordinary home care, welfare technology, team-based efforts and preventative services. *Feeling at home* involves experiences of integrity, of being at home in one's own life, of being able to follow one's own routines and habits, and of being close to people who are important to one. *Assistance and support from family and social networks* represent both emotional and practical aid, often serving as an essential prerequisite for effectively managing daily life at home. *Participation and a sense of mastery* signify that feelings of security emerge when everyday life is perceived as adaptable and controllable. This can be promoted by delivering services according to the preferences of the older individual. *Positive relationships and having trust in service providers* are fundamentally crucial for the older persons to experience a sense of safety while being at home. This pertains not only to encountering competent professionals but also to interacting with healthcare personnel who are familiar with the individual and convey a sense of genuine concern. *Clear and accessible services* encompass information regarding the services offered, details about the visiting personnel and their schedules, along with the assurance that the services will be available when required. *Utilisation of technology and digital services* can make older people both safe and unsafe. In many cases, the technology creates security in the home and freedom to carry out daily activities. However, older people do not trust the technology unconditionally. It can threaten both privacy and sometimes inhibit life development and independence.

The findings presented in this summary indicate that the older individuals' experiences of safety are connected to several factors that ultimately revolve around the fundamental aspect of care - the quality of interpersonal interactions.

1. Trygg i eget hjem? – en innledning

Dette er en oppsummering av kunnskap om hvilke forhold eldre erfarer som viktige for at de skal føle seg trygge i eget hjem. Oppsummeringen identifiserer, omtaler og sammenfatter forsknings- og utviklingsarbeid som er utgitt i perioden 2018–2023, som er gjennomført i en skandinavisk kontekst, og som har relevans for helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

I fortsettelsen av innledningskapitlet vil vi først beskrive bakteppet for oppsummeringen. Deretter vil vi klargjøre hva vi legger i begrepene «eldre», «trygg», «hjemme» og et «tilgjengelig tjenestetilbud med tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og kvalitet». Til slutt presenterer vi oppsummeringens hensikt, problemstilling og målgruppe.

1.1 Bakteppet for oppsummeringen

Bakteppet for oppsummeringen er tanken om «hjemme best», den såkalte «hjemliggjøringen» av omsorgstjenestene, som siden begynnelsen av 1990-årene har vært offentlig politikk i Norge (Daatland 2014). Visjonen forutsetter at det for de fleste eldre er best å bo hjemme så lenge som mulig fremfor å måtte flytte på institusjon (NOU 1992: 1; St. meld. nr. 15 (2017-2018)). I den engelskspråklige litteraturen omtales dette gjerne som «aging in place» eller «aging at home» (Sixsmith et al., 2014). Boligen blir ansett som både en arena for sosialt samvær og en ramme om mange av våre viktigste behov (St. meld. nr. 15 (2017-2018)).

Visjonen «hjemme best» er også forankret i samfunnsøkonomiske begrunnelser, som at det å være hjemme gjør det lettere å utnytte egne ressurser, slik at man holder seg frisk lenger (St. meld. nr. 15 (2017-2018)). Det anses videre som lettere å tilpasse helse- og omsorgstilbudet til den enkeltes behov, samt å mobilisere familie, venner og det sosiale nettverket når den eldre bor hjemme. Sist, men ikke minst er tanken om «hjemme best» attraktiv av økonomiske årsaker, da hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester er langt billigere for samfunnet enn en sykehjemsplass (Daatland, 2014).

Det at «hjemme er best» kan i tillegg ses i lys av den demografiske utviklingen. Det har lenge vært kjent at andelen eldre i befolkningen øker, noe som påvirker etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester (NOU 2023: 4). På nasjonalt nivå dobles både andelen og antallet som er 80 år eller mer, frem mot 2040, samtidig som fremtiden vil kunne innebære mangel på både arbeidskraft, pårørende og frivillige som er villige til å påta seg omsorgsoppgaver (St. meld. nr. 15 (2017-2018)). I det politiske landskapet råder det derfor en utålmodighet etter tiltak som gjør eldre i stand til å klare seg selv lengst mulig.

Leve hele livet-reformen ble satt i gang for å skape de eldres helse- og omsorgstjenester, og det viktigste spørsmålet var: Hva er viktig for deg? Målet var at eldre skal føle seg verdsett og bli involvert i beslutninger som angår dem selv. De skal ha mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig, få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt, og ha trygghet på at de vil få hjelp når de trenger det (St. meld. nr. 15 (2017-2018)).

I Bo trygt hjemme-reformen videreføres dette målet, og det påpekes at en viktig

forutsetning for at flere folk skal kunne bo hjemme lenger, er at den enkelte og deres pårørende kjenner seg trygge på at et tjenestetilbud med tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og kvalitet er tilgjengelig når behovet oppstår (St. meld. nr. 24 (2022-2023)). Reformen beskriver fire satsningsområder: 1. Levende lokalsamfunn som ivaretar aktivitet og fellesskap, 2. Tilpassede botilbud, og mulighet for å bo trygt i eget hjem lenger, 3. Kompetente medarbeidere, og 4. Trygghet for brukere og støtte til pårørende.

Denne kunnskapsoppsummeringen retter seg særlig mot satsningsområde 2 og 4 i Bo trygt hjemme-reformen (St. meld. nr. 24 (2022-2023)) og setter søkelys på hvilke forhold de eldre selv mener er viktige for at de skal kunne bo trygt i eget hjem.

En reform som skal tilrettelegge for at eldre skal kunne bo trygt hjemme, bør være fundert i kunnskap om behovene hos de det gjelder – altså de eldre selv. En studie foretatt av Wiles et al. (2012) viser at mange eldre assosierer «aging in place» med positive aspekter som det å kunne opprettholde selvstendighet og være i et kjent miljø som legger til rette for sosial kontakt og tilgang til tjenester. Forskning viser imidlertid også at hjemme ikke alltid er best, og at «aging in place» har sine ulemper. Det kan være utfordringer med boligtilpasning, både kunnskapsmessig og finansielt (Fausset et al., 2011), det kan være risiko for ulykker i hjemmet eller når man beveger seg utendørs (Dye et al., 2010; Clarke & Gallagher, 2013), det kan være manglende tjenestetilbud og transportmuligheter i nærmiljøet (Spring, 2018; Adorno et al., 2018), eller det kan være manglende tilgang til et sosialt nettverk (Dye et al., 2010). Norske studier peker også på utfordringer. For at man skal skulle bli gammel i eget hjem, kreves det ofte en betydelig innsats fra uformelle omsorgsgivere, noe som kan gi en opplevelse av avhengighet eller av å være en belastning for andre (Lilleheie et al., 2021). Blix et al. (2021) retter dessuten oppmerksomhet på at myndighetenes forventninger om opprettholdt eller økt innsats fra familie og frivillige er basert på sviktende demografiske forutsetninger. I tillegg har eldre ulike preferanser når det gjelder bolig. Ikke alle vil eller kan bo i sin opprinnelige bolig når de blir gamle (Munkejord et al., 2018).

1.2 Sentrale begrep

Hvem er de eldre? Det finnes ikke en klar definisjon på *eldre*, og det finnes heller ingen typisk *eldre person* (Folkehelseinstituttet, 2023). I Leve hele livet-reformen (St. meld. nr. 15 (2017-2018)) ble betegnelsen eldre brukt om de over 65 år. I denne oppsummeringen har vi derfor valgt å definere eldre som personer som er 65 år eller mer.

De eldre er ingen homogen gruppe. Aldring er en unik og individuell prosess, og hvordan den arter seg og eventuelt fører til helseproblemer og funksjonssvikt, varierer fra person til person. I Norge og internasjonalt brukes gjerne begrepet skrøpelighet (på engelsk: frailty) om en tilstand som særlig rammer eldre, og som øker med økende alder (Folkehelseinstituttet, 2023). Tilstanden kjennetegnes ved redusert kognitiv, mental og ernæringsmessig kapasitet, i tillegg til fysisk skrøpelighet i form av redusert muskelstyrke, redusert energinivå og økt trettbarhet, utilsiktet vekttap og lav fysisk aktivitet (Clegg et al., 2013; Rodriguez-Manas & Fried, 2015).

Hver enkelt har sin egen livshistorie, sine egne genetiske disposisjoner, og sine egne erfaringer gjennom livet som påvirker hvordan man eldes (Jaul & Barron, 2021). Noen eldre opplever en sunn og aktiv aldring, opprettholder god fysisk og mental helse, og har fortsatt evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter uten store begrensninger. Andre kan møte utfordringer knyttet til kroniske sykdommer, nedsatt mobilitet, svekket kognitiv funksjon eller andre helseproblemer (Jaul & Barron, 2021).

Selv om den norske velferdsstaten legger til rette for helsefremming og for at den

enkelte skal ha gode betingelser for å forebygge helse- og funksjonssvikt i alderdommen, er det mange tilstander som er vanskelige å forebygge. Demens er en tilstand som med stor sikkerhet vil påvirke mange eldre menneskers liv, og deres pårørendes liv, og være en utfordring for kommunene i arbeidet med å sikre gode tilbud i fremtiden (Gjøra et al., 2021; Ydstebø, 2020). Ifølge Folkehelseinstituttet (2023) har 40 % av eldre over 70 år som mottar hjemmetjenester, en demenssykdom. Sykdommen påvirker særlig evnen til å være selvstendig, og livet hjemme kan bli vanskelig og utrygt både for pårørende og personen med demens. Andre sykdommer som er vanligst blant eldre over 70 år, er eksempelvis muskel- og skjelettsykdommer, sykdommer i sanseorganene, kreft og hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2023). Med økende alder øker også risikoen for å ha flere sykdommer samtidig som til sammen har negativ innvirkning på funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse (Johnston et al., 2018).

Det er disse eldre, som opplever at helsen svikter, og som blir avhengig av helse- og omsorgstjenester i mer eller mindre grad, denne oppsummeringen innhenter kunnskap om.

Å føle seg trygg har ulike betydninger for ulike mennesker. I oppsummeringen tar vi ikke utgangspunkt i noen bestemt teori om trygghet, men lar de eldre si noe om dette selv, ved å se på hvordan deres erfaringer kommer frem i de inkluderte studiene.

Også hva som er *hjemme*, oppleves forskjellig fra person til person. For noen kan en institusjonsplass oppleves som hjemme (Ryan & Moore, 2023). I denne oppsummeringen har vi likevel, i tråd med politiske føringer gjennom flere tiår, valgt å ekskludere sykehjem. Juridiske rettigheter ved sykehjem som boform reguleres av forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (forskrift for sykehjem m.v., 1988). Her stilles andre krav til kommunen enn ved levering av helse- og omsorgstjenester som innbyggerne i en kommune har rett til når de bor i egen ordinære bolig, tilrettelagt bolig eller omsorgsbolig.

Å ha et *tilgjengelig tjenestetilbud med tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og kvalitet* følger slik vi ser det, av helse- og omsorgslovgivningen. I vårt tilfelle, der konteksten er kommunale helse- og omsorgstjenester, vil det først og fremst si lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Den presiserer kommunenes plikter og oppgaver overfor alle pasient- og brukergrupper, og den tydeliggjør det overordnede ansvaret som disse har for å gi nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon.

1.3 Hensikt, forskningsspørsmål og målgruppe

Hensikten med oppsummeringen er å identifisere, beskrive og sammenfatte kunnskap om trygghet i eget hjem fra eldre hjemmeboendes perspektiv, med betydning for helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner.

Følgende forskningsspørsmål har vært styrende for arbeidet: *Hvilke forhold, beskrevet i forsknings- og utviklingsarbeid, er ifølge eldre hjemmeboende viktige for at de skal føle seg trygge i eget hjem?*

Oppsummeringen er utarbeidet for å være nyttig for ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, studenter, undervisere, forskere, politikere, brukerorganisasjoner og andre med interesse for fagfeltet.

2. Metode og materiale

Denne kunnskapsoppsummeringen identifiserer, beskriver, analyserer og sammenfatter temaet *trygg i eget hjem*. Vi har fulgt metoden *scoping review*, beskrevet av Arksey og O'Malley (2005). Ifølge Arksey og O'Malley har metoden flere særtrekk som skiller den fra systematiske kunnskapsoversikter («systematic reviews»): Scoping reviews tilrettelegger for å ta opp bredere og mer åpne forskningsspørsmål, metoden tillater inklusjon av litteratur med ulike typer studiedesign, den gir rom for tilpasning av inklusjonskriterier underveis, og den involverer ikke en formell kvalitetsvurdering eller rangering av studier utfra et gitt kunnskapshierarki. Formålet er å gi en omfattende oversikt over et tema, gjerne med fylldige beskrivelser av funn fra de inkluderte studiene. Funnene oppsummeres og formidles til beslutningstakere, praktikere og andre med behov for oversikt over kunnskapsgrunnlaget (Arksey & O'Malley, 2005). Vi har fulgt de fem trinnene i rammeverket til Arksey og O'Malley: (1) identifisere forskningsspørsmål, (2) identifisere relevant litteratur, (3) velge ut litteratur, (4) kartlegge data og (5) samle, oppsummere og rapportere resultatene.

2.1 Søkestrategi og utvalg

Litteratursøket til denne studien ble utført i tråd med PRISMA-utvidelsen for scoping reviews (PRISMA for Scoping Reviews), punkt 7 og 8.

Det ble utført litteratursøk i databasene PubMed, Cinahl Complete, Scopus og Web of Science (WoS), og det ble gjort håndsøk i Google Scholar, Idunn og Sykepleien.no.

Søket tok utgangspunkt i konseptkartet vist i tabell 1.

Tabell 1. Konseptkart brukt i søkene

S	PI	PI	
Eldre hjemmeboende	Opplevelser/ erfaringer	Trygghet	
S	S	PI	PI
Aged Elderly Frail elderly	Home care services Home nursing Independent living Home health care	Perception Emotions Respect Trust Experience (kw*)	Safety (kw) Patient safety Security Sense of safety (kw)

*kw = keyword. Søkebegrep markert med kw ble utført som TextWord-søk i PubMed og keyword i CINAHL. I databaser uten egen taksonomi ble alle søkene utført som keyword/nøkkelord i All fields-søkefeltet.

På grunnlag av temaets kvalitative og utforskende natur ble kun S (Sample) og PI (Phenomenon of interest) valgt. SPIDER-rammeverket ble vurdert som mer passende enn PICO til konseptkartoppsett, ettersom temaet omfatter opplevelser og erfaringer snarere enn intervensjoner.

Flere innledende testsøk ble gjort, og søkets relevans og dekningsgrad ble vurdert opp

mot fire testartikler av spesiell interesse. Testartiklene var plukket ut og vurdert av Devik og Magnussen før søkeprosessen ble igangsatt. Revisjoner av søkestrategien ble gjort etter testsøk for å sørge for bedre dekning av trygghetsperspektivet. Den endelige søkestrategien ble diskutert i forfatterteamet, men den ble ikke vurdert ved hjelp av PRESS retningslinjene.

Søket ble utført med en kombinasjon av emneord (MeSH / Cinahl headings) og nøkkelord (kw) i PubMed og Cinahl Complete. (Se vedlegg 3 for søkedokumentasjon.) Ettersom Scopus og WoS ikke har en egen kontrollert emneordsliste, ble det laget en forenklet søkestreng for bruk i de sistnevnte databasene. Søkene i Scopus og WoS ble derfor sammenliknbare med søkene i PubMed og Cinahl Complete, selv om databasene har forskjellig søkefunksjonalitet. Følgende søkestreng ble brukt:

(aged OR elderly) AND (“home care services” OR “home nursing”
OR “home health care” OR “independent living”) AND (perception
OR emotions OR respect OR trust OR experience) AND (safety OR
“sense of safety”)

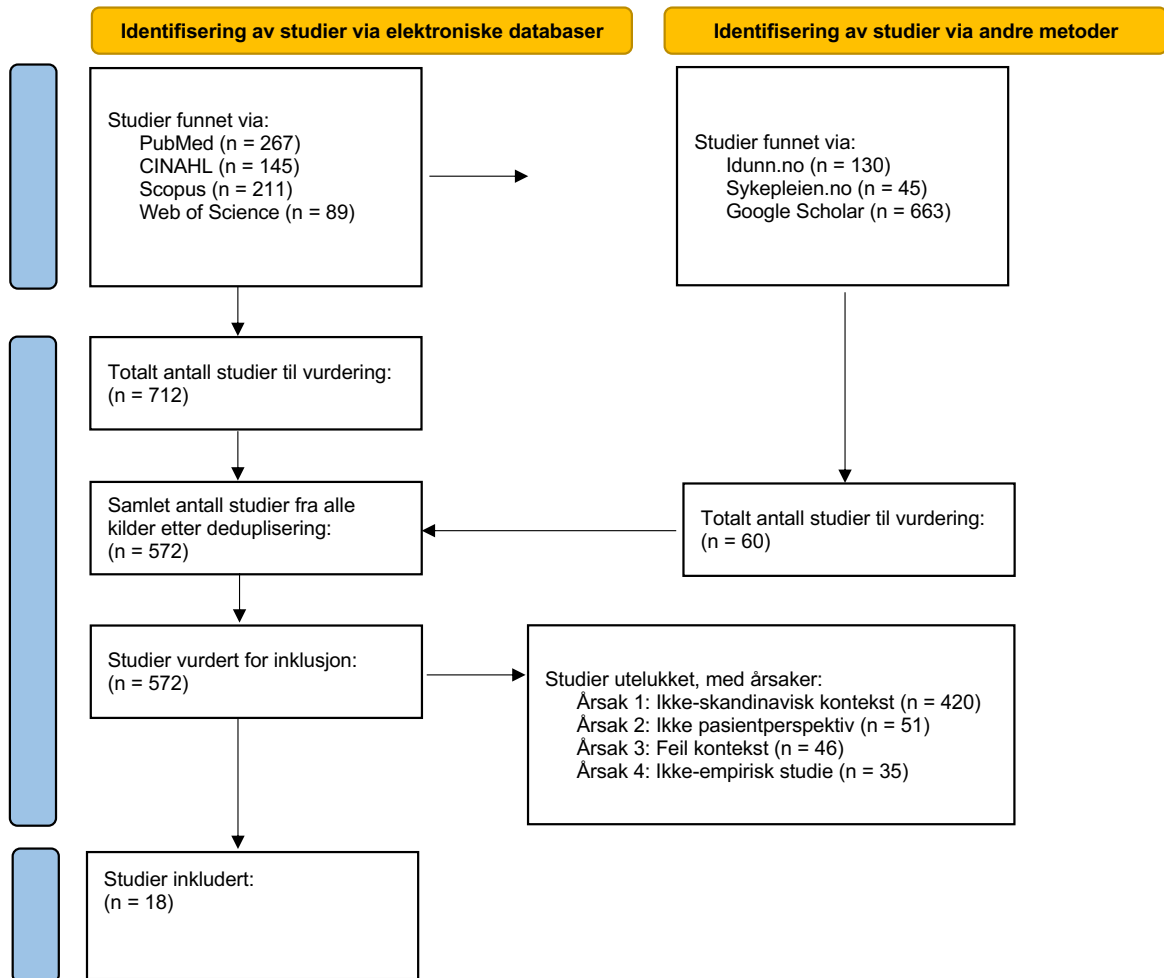
Søket ble begrenset til å omfatte perioden 2018–2023, altså fra regjeringens offentliggjøring av meldingen *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* (St. meld. nr. 15 (2017-2018)) og frem til mars 2023 i alle databasene.

Etter det innledende databasesøket ble det utført håndsøk i Google Scholar, Idunn og Sykepleien.no. Søket ble utført med følgende søkeord: eldre AND trygghet AND helsetjenester. Flere kombinasjoner ble testet, men denne kombinasjonen ga mest relevante resultater fra håndsøket. Alle søk, inkludert håndsøk, ble utført av Øvern, men søkestrategi ble diskutert i forfatterteamet. Det var konsensus om strategi og valg av utvalgsriterier.

2.1.1. Kommentarer til søket

Trygghet er et viktig konsept, og det blir mye brukt og omtalt i litteraturen. Det er likevel et vanskelig begrep å bruke i litteratursøk, ettersom det ikke er enhetlig definert og det er få egnede paraplybegreper. Det er, naturlig nok, mer utfordrende å få dekket følelser godt i søk enn rent somatiske diagnoser og liknende. Språklig sett er det også utfordringer. På engelsk er det forskjell på *safety* og *security*. Det påvirker hvordan søket kan bygges. *Patient safety* er et viktig emneord, men innholdet i studiene som kommer opp, dekker hovedsakelig fysiske utfordringer, som for eksempel fallulykker. Ellers er feilmedisinering og annen feilbehandling, samt velferdsteknologi, fremtredende bak dette emneordet.

Det ble tatt utgangspunkt i noen artikler som forskerne fant spesielt interessante. Det ble gjort en undersøkelse av emneord og nøkkelord tilknyttet disse artiklene, og det ble gjort siteringssøk på artiklene. Ut fra disse funnene ble konseptkartet oppdatert og identifiserte nøkkelord og teststrenger, som for eksempel *sense of safety*, ble lagt til i søket. Deretter ble det gjort nye testsøk for å se om eksempelartiklene fortsatt kom med i søket. På den måten kunne vi sikre at de mest gjennomgående temaene var dekket. Ord som *respect* og *trust* ble tatt med i søket for å få med underliggende årsaker til trygghet.



Figur 1. Flytskjema over identifisert litteratur

Det endelige antallet studier ble importert til referanseverktøyet EndNote for deduplisering. Deretter ble alle resultater importert til Rayyan for vurdering. Rayyan er et verktøy som brukes for blind utvelgelse av studier til kunnskapsoversikter og litteraturstudier for å unngå forutinntatthet og skjevheter (bias) i utvelgelsen. Devik og Magnussen gjorde utvalget med blinding på, altså uten at de kunne se hvilke studier den andre hadde valgt, før de slo av blindingen og diskuterte seg frem til hvilke studier som skulle inkluderes.

2.2 Inkluderte studier

Oppsummeringen inkluderer 18 publikasjoner, hvorav 15 er forskningsartikler og tre er masteroppgaver (utviklingsarbeid). De fleste av studiene er gjennomført i Norge (10), mens åtte er studier fra Sverige. De tre masteroppgavene er alle norske. Studiene er publisert i tidsrommet 2018–2022 (størst andel i 2018). Metodisk er 15 av studiene gjennomført med kvalitativ metode, to er gjennomført med kvantitativ metode (tversnittstudier), og én av studiene har et blandingsdesign (både kvalitativ og kvantitativ metode). Utvalget i studiene er hovedsakelig eldre personer som mottar hjemmetjenester, men i noen av studiene inngår også pårørende eller eldre som benytter dagaktivitetstilbud i kommunen uten å være brukere av hjemmetjenester. Totalt dekker publikasjonene erfaringer og oppfatninger

fra 216 eldre deltakere og respons på spørreundersøkelser fra til sammen 89 972 eldre deltakere. Detaljert beskrivelse av den enkelte studie finnes i oversikten som gis i vedlegg 1.

2.3 Analyse

Datamaterialet er kodet og analysert ved hjelp Braun og Clarkes (2006, 2016) trinnvise modell for tematisk analyse. I denne modellen foregår analysen av temaene i seks faser: gjøre seg kjent med dataene (fase 1), generere innledende koder (fase 2), søke etter temaer (fase 3), evaluere temaer (fase 4), definere temaer (fase 5) og produsere det skriftlige arbeidet (fase 6). Koder og temaer ble her identifisert og konstruert på bakgrunn av kjennetegn og mønstre i dataene. Denne første grupperingen, som Braun og Clarke forstår som datadrevet koding, justerte og endret vi etter hvert som vi leste publikasjonene på nytt i sin helhet; nye kategorier kom til, andre ble slått sammen eller gitt endrede navn. Til slutt ble temaene samlet under følgende sju tematiske overskrifter:

- Tjenester som skaper trygghet
- Følelsen av å være hjemme
- Hjelp og støtte fra familie og nettverk
- Medbestemmelse og mestringsfølelse
- Positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne
- Oversiktlige og tilgjengelige tjenester
- Bruk av teknologi og digitale tjenester

I resultatpresentasjonen har vi valgt å gi utfyllende opplysninger om den enkelte studie første gang den omtales, med unntak av studiene som omhandler tjenester i form av velferdsteknologi. Disse studiene får sin hovedomtale i kap. 3.7, som handler om bruk av teknologi og digitale tjenester.

2.4 Arbeidsgruppe og kvalitetssikring

Oppsummeringen er skrevet av Siv Fladsrud Magnussen, Karen Marie Øvern og Siri Andreassen Devik. Alle forfatterne har bidratt i designet og gjennomføringen av studien. Bibliotekar Karen Marie Øvern har gjennomført søkene og skrevet det meste av metodekapitlet. Magnussen og Devik har stått for utvelgelsen av litteratur og utformingen av øvrige kapitler. Alle forfatterne står bak oppsummeringens samlede presentasjon og konklusjon.

I arbeidet med oppsummeringen har vi fått verdifulle innspill og kommentarer fra arbeidsgruppen som ble nedsatt for å planlegge og gjennomføre kunnskapsoppsummeringer om Trygg i eget hjem. I tillegg til Magnussen og Devik bestod arbeidsgruppen av Nina Beate Andfossen, Terje Emil Fredwall, Trude Anita Hartviksen og Monika Dybdahl Jacobsen.

Aud Obstfelder (professor ved Senter for omsorgsforskning øst, NTNU Gjøvik) har fagfelleurdert oppsummeringen. Medforfatterne har hatt et spesifikt ansvar for å kritisk vurdere inklusjonen av en av artiklene, som Devik er sisteforfatter på. Oppsummeringen er endelig kommentert og godkjent av ansvarlig redaktør for Omsorgsbiblioteket, professor Terje Emil Fredwall ved Senter for omsorgsforskning, UiA/NTNU.

3. Forsknings- og utviklingsarbeid

I det som følger, presenteres funn om hva som er viktig for at eldre hjemmeboende skal føle seg trygge i eget hjem, sortert under sju tematiske områder. Funnene viser at trygghetsopplevelsen er flerdimensjonal, og at eldre har erfaringer med både hva som fremmer, og hva som hemmer den.

3.1 Tjenester som skaper trygghet

Det å ha tilbud om eller å motta helse- og omsorgstjenester i hjemmet fremstår som en grunnbetingelse for Eldres trygghetsopplevelse. Tjenester som omtales i de inkluderte publikasjonene, er offentlige, kommunale tilbud, som vi har delt inn i disse kategoriene: ordinær hjemmetjeneste, velferdsteknologi, teambasert innsats og forebyggende tilbud. Velferdsteknologi er den tjenestekategorien de fleste av publikasjonene beskriver (10 av 18).

Ordinær hjemmetjeneste omtales i fem av publikasjonene, tre av dem er gjennomført i Norge (Lersveen & Devik, 2021; Munkejord et al., 2018; Reinertsen, 2018), og to er gjennomført i Sverige (James et al., 2019; Silverglow et al., 2019). Norge og Sverige har store likheter når det gjelder formål og organisering av hjemmetjenesten. Hjemmetjenester som de eldre mottar i de inkluderte publikasjonene, dekker både hjemmesykepleie og praktisk bistand, og har formål som dekker helsefremming, forebygging, behandling, rehabilitering og lindring. Blant de øvrige inkluderte studiene har de eldre deltakerne hjemmetjenester i ti av studiene, men her er det ikke hjemmetjenesten som er i søkelyset. I studiene til Balteskard & Clancy (2018), Grønli (2019) og Tøien et al. (2018), derimot, mottok de eldre på intervju-tidspunktet ingen ordinære hjemmetjenester.

Ulike former for *teknologi og digitale tjenester* er tema i ti av publikasjonene (Åkerlind et al., 2018; Bendiksen, 2022; Borg et al., 2022; Flakk & Halvorsen, 2022; Göransson et al., 2018;2020; Grønli, 2019; Karlsen et al., 2019; Fänge et al., 2020; Stokke, 2018).

Anvendelse av teknologi som skal bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling, har vært en satsning i norske kommuner siden 2014 (Helsedirektoratet, 2019). I Sverige har velferdsteknologi utgjort en del av den kommunale hjemmetjenestens tilbud siden 2013, og kan i dag gis som en erstatning for hjemmebesøk (Åkerlind et al., 2018). Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er sentrale begreper som norske helsemyndigheter benytter; med *velferdsteknologi* menes, grovt sett, teknologisk støtte til mestring og sosial aktivitet for brukere og pårørende, mens *digital hjemmeoppfølging* brukes i forbindelse med brukeres behov for helsehjelp og helsepersonells behov for beslutningsstøtte og samhandling (Helsedirektoratet, 2022).

De inkluderte studiene omhandler ulike typer teknologi, som kan sorteres i tre hovedkategorier: *trygghets- og sikkerhetsteknologi*, *kompensasjons- og velværeteknologi* og *teknologi for behandling og pleie* (NOU 2011: 11). Teknologi for sosial kontakt er ikke i seg selv gjenstand for undersøkelse i noen av studiene, men sosial interaksjon er et utbytte i flere

av teknologiene som brukes. *Trygghets- og sikkerhetsteknologi* omfatter trygghetsalarmer, både analoge (Stokke, 2018) og mobile (Flakk & Halvorsen, 2022; Grønli, 2018). Under denne kategorien sorterer også kommunikasjons- og overvåkningsteknologi, som for eksempel bevegelsessensorer, nattkamera og videokommunikasjon (Åkerlind et al., 2018; Fänge et al., 2020; Karlsen et al., 2018). *Kompensasjons- og velværeteknologi* er neste hovedkategori, som i denne oppsummeringen eksemplifiseres med elektronisk medisindispenser (Bendiksen, 2022), i tillegg til en stor gruppe «assisterende produkter» av mer eller mindre teknisk art, som hjelpemidler knyttet til sansesvikt, mobilitetsutfordringer, hygienebehov og svikt i hukommelsen (Borg et al., 2022). Den siste kategorien, teknologi for behandling og pleie, er representert med to studier der man har prøvd ut en helseapp som brukere kan registrere egne helsedata med, og som helsepersonell kan veilede ut fra, og som alarmerer helsepersonell hvis det er behov for tiltak eller endringer i helsehjelp (Göransson et al., 2018; 2020).

Det at eldre ofte har flere sykdommer samtidig, trenger kontakt med ulike behandlere og hyppigere blir innlagt på sykehus, forsøkes avhjulpet med *teambaserte innsatser* i primærhelsetjenesten både i Sverige (Ericsson et al., 2021) og i Norge (St. meld. nr. 26 (2014-2015)). Den svenske studien som er inkludert i oppsummeringen (Ericsson et al., 2021), omhandler et geriatrisk ambulerende team som besøkte hjemmeboende eldre i målgruppen. Kriterier for besøket var relatert til medisinske, psykososiale og funksjonelle forhold hos skrøpelige eldre, og målet var å utvikle og koordinere en oppfølgingsplan for å sikre den eldre best mulig overordnet helse. Teamet var tverrfaglig sammensatt og bestod både av lege, sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Teamet kunne også kontakte og samarbeide med annet helsepersonell etter behov.

To av publikasjonene omhandler *forebyggende tilbud*, eksemplifisert med forebyggende hjemmebesøk (Tøien et al., 2018) og et fallforebyggende tilbud (Balteskard & Clancy, 2018). I Norge og internasjonalt er det gjort mye forskning og utviklingsarbeid for å forebygge tilbakegang i funksjon og utsette hjelpebehov hos hjemmeboende eldre (Se eksempelvis Førland og Skumsnes, 2017). Når det gjelder de inkluderte studiene i denne oppsummeringen, handler forebyggende hjemmebesøk om å fremme helse, trivsel og evnen til å bo hjemme så lenge som mulig, og dermed redusere eller forsinke behov for mer omfattende helsetjenester. Studien omhandler et forebyggende helseteam med til sammen ti sykepleiere i en kommune i Norge. Tilbudet omfattet årlige hjemmebesøk til innbyggere uten kommunale tjenester fra det året de fylte 75 år. Besøkssykepleierne brukte en temaguide for å sikre at samtalene dekket de eldres livshistorie, fysiske og psykiske helsetilstand, funksjonsevne, ernæring, hjemmeliv, aktiviteter, familie og sosiale nettverk. Informasjonen ble videre brukt til å gi personlig støtte og til å sette i gang individuelle tiltak.

Studien om *fallforebyggende tiltak* tar utgangspunkt i eldre hjemmeboendes tanker og erfaringer med fall og fallhendelser (Balteskard & Clancy, 2018). Fall og fallforebygging hos eldre har i løpet av de siste årene fått økende oppmerksomhet, men ifølge forfatterne finnes det få studier som setter søkelys på hjemmeboende eldres eget syn på fall og fallforebygging. Den inkluderte studien gir ikke informasjon om hvilke konkrete tiltak deltakerne eventuelt har erfaring med, annet enn at innsatsen synes å utgå fra et kommunalt aktivitetssenter.

Oppsummert viser de inkluderte publikasjonene at det å motta eller ha tilbud om helse- og omsorgstjenester er en viktig forutsetning for trygghetsopplevelser hos eldre. Tjenestene dekker et mangfold av behov og inkluderer både helsehjelp, praktisk bistand og teknologisk støtte. Over halvparten av publikasjonene omhandler hvordan teknologi og digitale tjenester bidra til økt selvstendighet og trygghet i hjemmet.

3.2 Følelsen av å være hjemme

De inkluderte studiene viser at det å kunne opprettholde hjemmefølelsen er svært viktig for at eldre skal føle seg trygge hjemme.

I en norsk studie har Lersveen & Devik (2021) undersøkt hva som fremmer trygghet hos pasienter og deres pårørende når de mottar palliativ behandling og omsorg i hjemmet. Til sammen sju pasienter og sju pårørende ble intervjuet. Studien viser at det at pasienten får være hjemme i et kjent og trygt miljø, og har oversikt over tingene sine og kontroll på egne rutiner, var viktig for trygghetsfølelsen for både pasienter og pårørende. Til tross for at de eldre levde med krevende symptomer og trengte tett oppfølging fra hjemmesykepleien, betydde det å være hjemme mye. Hjemme kunne de være seg selv, være i det vante livet og være nær familie og nettverk som befant seg i nærmiljøet. Det å måtte flytte fra hjemmet var noe de fryktet. En av deltakerne sa:

(...) den dagen kan komme (at man ikke lenger kan være hjemme), og det snart også, men det kan jeg ikke tenke på. Så lenge som jeg klarer det, så vil jeg gjerne være hjemme (Lersveen & Devik, 2021, s. 6).

Funnene til Lersveen & Devik understøttes i en svensk studie gjennomført av Silverglow et al. (2020). Hensikten med denne studien var å undersøke hva eldre hjemmeboende som mottok hjemmetjenester, mente var viktig for at de skulle føle seg trygge. Til sammen ble tolv skrøpelige eldre intervjuet. Det å føle seg hjemme og være i kjente omgivelser var sentralt for deltakernes trygghetsopplevelse.

I en annen norsk studie har Munkejord et al. (2018) undersøkt hvordan eldre kvinner og menn med varierende omsorgsbehov opplever hjemmet sitt, hva som skaper trygghet for dem i deres egen bolig, og hvilke tanker og erfaringer de har med å flytte til en tilpasset bolig i mer sentrale deler av kommunen. For å belyse disse spørsmålene har forfatterne gjennomført hjemmebesøk og intervjuer med 11 menn og 17 kvinner, primært i 80–90-årene. I likhet med hos Silverglow (2018) og Lersveen & Devik (2021) ga informantene uttrykk for at det å føle seg hjemme har mye å si for trygghet. For de fleste var «hjemme» et sted der de hadde bodd i mange år. Eksempelvis fortalte noen av informantene engasjert om hvor viktig hagen der de hadde dyrket poteter i alle år, eller utsikten mot fjellene, var for at de skulle føle seg hjemme. Munkejord et al. (2018) belyser også at det å være hjemme kan ha betydningen «å være hjemme i eget liv». For noen var det tilgang til livshistorie og minner som ga trygghet. For andre ble tryggheten i hjemmet brutt hvis for eksempel ektefelle falt bort eller sykdom eller funksjonssvikt inntraff. Ved slike hendelser fant de større trygghet i en tilpasset kommunal omsorgsbolig. Følgende sitat fra studien illustrerer dette: «*Det følte så godt å komme hit og slappe av. Da kunne jeg virkelig slappe av!*» (Munkejord et al., 2018, s. 22).

Et av hovedfunnene i Munkejord et al. (2018) sin studie er at de eldre som fortalte om trivsel og trygghet i egen bolig (i utkantstrøk), hadde det til felles at de opplevde seg ivaretatt av både pårørende og gjennom de tjenestene de fikk av kommunen.

I en svensk studie undersøker James et al. (2019) hva som skal til for at eldre hjemmeboende i ordinær bolig, med behov for hjemmetjeneste, skal føle seg trygge på kveld og natt. Studien ble gjennomført som et aksjonsforskningsprosjekt der til sammen 18 eldre hjemmeboende deltok. Hovedfunn i studien var at følgende forhold var nødvendige for at de eldre skulle føle seg trygge på kveld og natt: å leve i et kjent miljø, å kunne opprettholde vaner og rutiner, å sove godt og å oppleve selvbestemmelse, altså at deres individuelle ønsker og behov ble respektert og tatt på alvor når beslutninger skulle tas. Hjemmet ble oppfattet som en refleksjon av den Eldres identitet og selvbestemmelse. Det fremstod både

som en arena for selvbekreftelse og en beskyttet interaksjon. Det siste henspiller på maktforholdet mellom den eldre som mottaker av hjemmetjenester og helsepersonellet som ytere av tjenester i hjemmet. Når pleierne «kledde av seg makten» («undressed the power»), ble relasjonen mer likeverdig og innga trygghet hos den eldre. Betingelser for å få dette til var en tett og god relasjon mellom den eldre og hjemmetjenesten slik at den eldres rutiner og ønsker ble ivaretatt. For noen var det eksempelvis viktig at hjemmetjenesten kom til tiden som var avtalt, hvis ikke kunne de bli liggende å bekymre seg, noe som førte til usikkerhet, samt gikk ut over nattesøvnen.

Oppsummert viser disse studiene at det å kunne opprettholde hjemmefølelsen har mye å si for at eldre skal føle seg trygge hjemme. Hjemmefølelsen omfatter opplevelse av integritet, av å være hjemme i eget liv, av å kunne følge egne rutiner og vaner, og av nærhet til mennesker som er viktige for en. Selv om flere av de eldre i studiene levde med krevende symptomer og trengte tett oppfølging fra hjemmesykepleie og pårørende, betydde det å føle seg hjemme svært mye. Hva som skapte hjemmefølelse, kunne være forskjellig. For noen handlet det om utsikten de var vant til, naboene som stakk innom, nærhet til andre familiemedlemmer. Når eksempelvis ektefellen falt fra, opplevde noen at også hjemmefølelsen ble borte, og at de dermed følte seg tryggere i en mer tilpasset bolig med større nærhet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

3.3 Hjelp og støtte fra familie og nettverk

Betydningen av emosjonell støtte så vel som mulighet til praktisk hjelp fra familie og venner er svært viktig for eldres trygghetsopplevelse, og blir omtalt i flere av publikasjonene.

I studien til Munkejord et al. (2018) kommer det tydelig frem at eldre med omfattende omsorgsbehov trenger mye hjelp og støtte fra familie og venner i tillegg til kommunale hjemmetjenester for å kunne ivareta hjemmefølelsen og trygghet i hjemmet. En av informantene fortalte at hun hadde fått hjelp av familien til å gjøre tilpasninger i boligen slik at hun klarte å komme seg rundt innendørs i hovedetasjen med en rullator. Soverom og bad var flyttet til hovedetasjen, likeledes vaskemaskin og fryser, og kjøkkenet var blitt oppgradert slik at hun kunne bruke kjøkkenbenken, med det viktigste av utstyr innen rekkevidde. Pårørende sørget også for at fryseren var fylt med mat hun trengte. Videre skriver Munkejord et al. (2018, s. 21):

Posten og avisen ble levert på døren, innkjørselen ble måket av en nabo i vinterhalvåret, og hun fikk det hun trengte av dagligvarer levert på døren av et barnebarn. Når hun skulle til legen ble hun kjørt av en slektning. Hun fikk også hjelp fra pårørende til å skaffe og bære inn ved og til å legge ut fuglemat på fuglebrettene utenfor kjøkkenvinduet.

Den samme informanten fortalte at hun hadde begynt å bli «husredd» på vinterstid. En slektning bodde derfor hos henne i vinterhalvåret. Dette vinter-samboerskapet beskrives av Munkejord et al. (2018, s. 21) som en forutsetning for at det overhodet var aktuelt for kvinnen å kunne bli boende å føle seg trygg i eget hjem. Det er verdt å merke seg at kvinnen det her er snakk om, i tillegg hadde trygghetsalarm, og at hun fikk regelmessig husvask og kroppsvask fra hjemmetjenesten og middag levert på døren hver dag.

Hvor viktig hjelp og støtte fra familiemedlemmer og venner er for at man skal føle seg trygg i eget hjem, kom også til uttrykk blant de eldre som ble intervjuet i den svenske studien av Åkerlind et al. (2018). En av deltakerne i denne studien uttrykte det slik: «Jeg har så mange rundt meg som er så gode, både barn og barnebarn ... du føler deg trygg fordi de

hjelper meg så mye» (Åkerlind et al., 2018, s. 181).

Sitatet viser at det oppleves viktig å ha mennesker man kjenner, er glad i og stoler på, rundt seg, og å kunne be disse personene om hjelp til stort og smått. Dette bekreftes av studien til Lersveen og Devik (2021), der mange av deltakerne mente at nærhet og hyppig besøk av pårørende var det som gjorde at de kunne bo hjemme, selv med hjemmesykepleie flere ganger daglig. Pårørende hjalp ikke bare til med praktiske oppgaver som hjelp til handling, følge til legeavtaler og lignende, de var også viktige når det gjaldt sosiale og omsorgsrelaterte behov. Ofte ble pårørende beskrevet som helt avgjørende for at pasienten skulle kunne bo hjemme:

De første ukene da jeg var hjemme, så var det jo kona mi som måtte gjøre alt, til og med matet meg. Hadde det ikke vært for henne så hadde jo jeg vært sykehjemspasient i starten, det kunne det ikke vært noen diskusjon om, egentlig (Lersveen og Devik, 2022, s. 7).

I studiene til Silverglow et al. (2020) og Åkerlind et al. (2018) snakket dessuten de eldre om at de følte seg mer beskyttet av å ha eget nettverk i nærheten, enten det gjaldt frykt for ensomhet eller å bli utsatt for noe kriminelt. Også i studien til Munkejord et al. (2018) fant de at ønsket om å bli boende hjemme til tross for avsidesliggende bolig var mest uttalt hos eldre som mottok mye uformell omsorg fra venner og familie.

Både studien til Flakk og Halvorsen (2022) og masteroppgaven til Grønli (2019) understøtter inntrykket av at trygghet i hjemme i stor grad relateres til det å ha tilgang på sosial kontakt med familie, venner og naboer. Det synes ellers som at eldres trygghet øker når de oppfatter at pårørende selv er trygge eller ikke uroer seg for den eldre (Åkerlind et al., 2018; Flakk & Halvorsen, 2022; Grønli, 2019; Lersveen & Devik, 2021).

Opplevelse av utrygghet oppstod gjerne når det som representerte trygghet i det kjente miljøet, ikke var der (Munkejord et al., 2018). Det kunne være ulike faktorer som bidro til at det ble slik, ofte forbundet med en plutselig endring i husholdets sammensetning, for eksempel at ens samboer døde eller måtte flytte på sykehjem (Munkejord et al., 2018, s. 21). I tillegg kommer det i studien til Munkejord et al. (2018) frem at når den eldre først hadde begynt å føle seg redd og engstelig i eget hjem, så hjalp det ikke nødvendigvis at både hjemmetjenesten, pårørende, naboer eller venner regelmessig kom innom. Flere av informantene fortalte at de kunne oppleve engstelse og uro på kvelder og netter, men også like gjerne rett etter at forrige besøkende hadde dratt (Munkejord et al., 2018). I studien til James et al. (2019) kom det tydelig til uttrykk at mange eldre opplevde en ekstra uro og engstelse på kvelder og natt, og at det derfor var viktig at de eldre sammen med pårørende og hjemmetjenesten gjorde trygghetsskapende tiltak.

Oppsummert viser litteraturen at støtte og hjelp fra familie, naboer og venner var en viktig forutsetning for at de eldre i studiene skulle føle seg trygge hjemme, selv for de som mottok helse- og omsorgstjenester flere ganger om dagen og dessuten fikk hjelp fra kommunen til husvask, middagslevering osv. Familie, naboer og venner i studiene hjalp til med praktiske oppgaver, og de var viktige støttespillere når det gjaldt sosiale og omsorgsrelaterte behov. Når eldre først hadde begynt å føle seg redde eller engstelige, var det ikke nødvendigvis nok at de fikk regelmessig besøk.

3.4 Medbestemmelse og mestringsfølelse

Det å kunne påvirke hjelpen som skal mottas, og oppleve at hverdagen er håndterlig, har stor betydning for trygghetsopplevelsen hos de eldre i studiene i denne

kunnskapsoppsummeringen. Viktigheten av medbestemmelse viser seg i stort og smått, fra det å kunne bestemme når man skal dusje, til det å bli lyttet til når man uttrykker hva man faktisk har behov for hjelp til. I tilfeller der eldre oppfatter at organisatoriske regler overstyrer den enkeltes individuelle behov, skapes maktesløshet og utrygghet (Silverglow et al., 2020; Reinertsen, 2018). En av informantene i studien til Silverglow et al. (2020) følte seg for eksempel overstyrt når det gjaldt avfallshåndtering. Reglene for når søpla skulle bæres ut, tok ikke hensyn til når den enkelte hadde behov for at søpla ble hentet.

Eldre som intervjues i den norske masteroppgaven til Reinertsen (2018), opplever også få muligheter til å påvirke hjelpen de mottar. Studien er basert på dybdeintervjuer med åtte eldre som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen var ganske funksjonsfriske, mens andre hadde svært redusert funksjonsevne. Deltakerne oppfattet at det er «kommunen som bestemmer», som noen sa, og det ble vist både til tildelinger av tjenester som ikke dekket det den eldre mente å ha behov for, og at helsepersonell kunne bruke sin posisjon til å definere den Eldres opplevelser uten å egentlig ta hensyn til den Eldres perspektiv. En av deltakerne forklarte: «Jeg ringer ofte hjemmesykepleien tidlig om morgenen og sier at jeg er dårlig, men de tror ikke på meg» (Reinertsen, 2018, s. 44). Et annet sitat hentet fra Reinertsens masteroppgave illustrerer også hvor viktig det er for eldre å bli riktig forstått:

Hjemmesykepleien tror at jeg er ensom og at jeg trenger noen å snakke med, fordi jeg levde et rikt sosialt liv tidligere og at jeg nå er så mye alene, men selv oppfatter jeg det ikke slik. Jeg er bare så dårlig at det begrenser sosial aktivitet (Reinertsen, 2018, s. 57).

Frustrasjoner som noen av deltakerne delte i denne masteroppgaven, finner vi også i studien til James et al. (2019). Deltakere i denne studien fortalte derimot at de ikke var redde for å klage på hjelp som ikke var rimelig. Det å kunne opprettholde selvbestemmelsen og på denne måten vise at man fortsatt var en «person å regne med», var viktig.

Motstand, ikke bare i situasjoner der den eldre kan kjenne seg overkjørt av tjenesten, men også i forbindelse med utfordringer som følger med livsfasen i seg selv, kan også betraktes som mestring. Dette blir tydelig i den norske studien av Balteskard og Clancy (2018). I denne studien ble åtte eldre intervjuet om erfaringer med å benytte seg av et fallforebyggende tilbud i regi av et kommunalt aktivitetssenter. Funnene viste at deltakerne fant mestring i det som ble tolket som «motstandsstrategier» mot et ensidig søkelys på risiko og skade fra helsetjenestens side. De eldre fant mestring i å akseptere at man er sårbar, og at hendelser kan skje: Det er en del av det å være menneske, det å bli gammel. Denne måten å forholde seg til alderdommen på hjalp deltakerne til å fortsette med aktiviteter som ga mening og glede, vel vitende om at de risikerte uhell. Studien konkluderer med at et snevert syn på forebygging (som fallforebygging) kan innskrenke den Eldres mulighetsrom. Forfatterne anbefaler at det i hjemmebesøk heller vektlegges å anerkjenne hva som er viktig og gir livsmot for den enkelte eldre, og la det være utgangspunktet for helsefremming. Studien viser ellers til at det er behov for flere tilrettelagte møteplasser der eldre kan oppleve sosialt fellesskap og muligheter til fysisk utfoldelse.

Mestringsopplevelser hos eldre kan også forsterkes når tjenester gis i form av teknologi. Flere av studiene viser at eldre som opplever at teknologien er nyttig for dem, og som klarer å bruke den, kjenner på mestring og selvstendighet (Flakk & Halvorsen, 2022; Karlsen et al., 2018; Göransson et al., 2018, 2020). Trygghet i form av medbestemmelse og mestring er imidlertid en betinget opplevelse når det gjelder teknologiske tjenester; dette utdypes nærmere i kap. 3.7. I studien til Borg et al. (2022) oppga eldre brukere av ulike hjelpemidler (inkludert teknologiske/digitale) lavere grad av medbestemmelse enn de som ikke brukte

hjelpemidler. Forfatterne antyder at en mulig forklaring kan være at de som bruker mest hjelpemidler, også er de som er mest skrøpelige og avhengige av hjelp. Medbestemmelse og mestring vil da kreve særskilt oppmerksomhet.

Oppsummert viser litteraturen at en opplevelse av at hverdagen er påvirkelig og håndterlig, betyr mye for eldres trygghet hjemme. En slik opplevelse krever at den enkelte får gi uttrykk for sine behov, møtes med respekt og får delta i beslutningsprosesser om egen situasjon der det er mulig. Mestringsopplevelser skapes når tjenester gis på den eldres premisser.

3.5 Positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne

Å ha en positiv relasjon, samt å kunne stole på at tjenesteyterne har den kompetansen som trengs, har stor betydning for eldres opplevelse av trygghet (Silverglow et al., 2020; Lersveen & Devik, 2021; Reinertsen, 2018).

I studien til Lersveen og Devik (2021) opplevde både de pårørende og de eldre selv hjemmesykepleien som en sentral støttespiller med kompetanse og erfaring. Sykepleiernes fagkompetanse skapte trygghet i utrygge situasjoner. Silverglow et al. (2020) fant at eldre hjemmeboende følte seg tryggere med tjenesteytere som hadde lang fartstid i hjemmetjenesten – både fordi de mente at disse hadde opparbeidet seg større kompetanse, og fordi de kjente godt til de eldres behov og ønsker.

I flere av de inkluderte studiene fremheves det at den personlige relasjonen de eldre fikk til enkelte tjenesteytere, var spesielt trygghetsskapende (Silverglow, 2020; Lersveen & Devik, 2021; Reinertsen, 2018; James et al., 2019). En vennlig tone og spørsmål om hva man trengte hjelp til, var med på å skape en god relasjon, som igjen skapte trygghet. Uttrykk for tidspress ble opplevd som stressende. Det førte til at de eldre glemte hva de skulle spørre om hjelp til, og det ga dem også en følelse av utrygghet (Silverglow et al., 2020). Dette samsvarer med funn i Reinertsens (2018) masteroppgave. Her vises det til at hjelpen blir personavhengig og ujevn, og det fortelles om manglende forståelse når det gjelder kommunikasjon. Følgende sitater illustrerer dette:

Nei jeg opplever at de ikke har tid til å snakke, de har for eksempel sagt at de kan ikke være selskapsdamer. Jeg har ikke lyst å si noe stygt om dem, men de forstår ikke så mye om min situasjon. (Reinertsen, 2018, s. 46)

Når jeg ringer dem (hjemmesykepleien) om morgenen med smerter, så sier de at 'jammen det ordner seg' ..., og så kommer de ikke før langt ut på formiddagen. Som i dag for eksempel så har jeg hatt smerter siden klokken 5 i natt, og ikke med ei setning har jeg fått bekreftet at de forstår hvordan jeg har det. Tvert imot, de sier for eksempel at det der kan du jobbe deg ut av, det der er du vant med, så det får du til. (Reinertsen, 2018, s. 45)

Sitatene viser at det for disse informantene er viktig å oppleve å bli tatt på alvor og få en bekreftelse på at tjenesteyterne forstår hvordan de har det (Reinertsen, 2018). Opplevelsen av å bli møtt av helsepersonell som kjenner en og anerkjenner en som person, samt gir

uttrykk for å være tilgjengelige ved behov, var en stor kilde til trygghet hos deltakerne, noe som blant annet kommer frem i dette sitatet:

Ja det var ... som er sjef her, hun er helt fantastisk. Det er forresten mange som er fantastiske her, de jobber så godt her. Jeg fikk den hjelpen jeg trengte, de kunne til og med sitte hos meg dersom jeg hadde behov for det, og jeg fikk hjelp til alt. (Reinertsen, 2018, s. 49).

Opplevelsen av positive relasjoner og god kommunikasjon med helsepersonell ble også beskrevet som en stor kilde til trygghet i en svensk studie av Ericsson et al. (2021). I denne studien ble 22 eldre intervjuet om deres erfaringer med et mobilt geriatrisk team. Teamet var tværfaglig og besto av leger, sykepleiere, ergoterapeut og fysioterapeut, med mulighet for assistanse fra dietetiker, sosialarbeider eller psykolog. Deltakerne sa at de opplevde å bli sett, at de følte seg ivaretatt av kompetente fagpersoner, og at det var tid nok til å ta opp helseutfordringer i konsultasjonene. Forfatterne mener funnene bekrefter tryggheten som oppstår når omsorg og helsehjelp gis personsentrert.

Oppsummert viser studiene at det å bli sett og føle seg ivaretatt av kompetente fagpersoner er viktig for at eldre skal føle seg trygge i eget hjem. En sentral faktor i dette henseende er å bli møtt av helsepersonell som kjenner en og anerkjenner en som person. I de inkluderte studiene kommer det tydelig til uttrykk at når de eldre opplever at helsepersonell ikke har tid til å snakke med dem, opplever de også økende grad av utrygghet.

3.6 Oversiktlige og tilgjengelige tjenester

Det å ha oversikt over tilbudet av tjenester og over tjenesteyterne – og å vite at hjelp er tilgjengelig om en skulle trenge det – fremkommer som svært viktig for de eldre i de inkluderte studiene.

Informasjon om mulige tjenester hadde stor betydning for deltakerne i studien til Lersveen og Devik (2021). Vissheten om at det fantes tjenester, ga en opplevelse av å ha noe i bakhånd og dermed en tillit til at mer eller annen hjelp var mulig å få hvis en skulle få behov for det. Det å ha fått god hjelp tidligere, eller fått lovnader innfridd, var dessuten viktig. At informasjon er viktig, viser også studien til Ericsson et al. (2021), der bare det å få utdelt et telefonnummer som man kunne ringe hvis det oppstod noe eller man hadde spørsmål, betydde mye. Deltakerne erfarte også at responstiden var kort om de kontaktet noen i teamet, og at teamet kunne viderefremme og koordinere kontakt med andre instanser eller helsepersonell.

Den norske studien av Tøien et al. (2018) har undersøkt hvordan eldre hjemmeboende oppfattet betydningen av og tilfredsheten med forebyggende hjemmebesøk. Studien benyttet både en spørreundersøkelse blant 161 eldre i en stor norsk kommune og strukturerte intervjuer med 34 eldre. 72 % av respondentene i spørreundersøkelsen mente at forebyggende hjemmebesøk ga støtte til å ha et godt liv, og hele 90 % oppga at forebyggende hjemmebesøk er viktig for eldre mennesker. Mange av respondentene rapporterte at forebyggende hjemmebesøk var viktig for at de skulle føle seg trygge (39 %), og for at de skulle kunne bo hjemme (66 %). Gevinstene handlet om at tilbudet var innrettet mot den enkeltes behov, og at man fikk en kontaktperson som jevnlig kom på besøk over tid. Hvor viktig det var for de eldre med forebyggende hjemmebesøk, økte dessuten med økende alder, noe forfatterne forklarer med at funksjonssvikt, angst, ensomhet og depresjon kan øke med alder, og at disse plagene er forbundet med mer usikkerhet. Besøkene hadde imidlertid størst betydning blant eldre som ikke hadde egne barn eller et sterkt sosialt nettverk, og som oppga dårlig psykisk helse.

Verdien av å treffe de samme hjelperne eller å ha oversikt over hvem som kommer på hjemmebesøk, blir også beskrevet som stor i flere av studiene (James et al., 2019; Lersveen & Devik, 2021; Silverglow et al., 2020). Dette handler ikke utelukkende om å ville forholde seg til et lite antall pleiere (Lersveen & Devik, 2021), men like mye om å vite hvem pleierne er, og når de kommer (Silverglow et al., 2020). Dette gir følelse av forberedthet og kontroll. Deltakerne i studien til Silverglow et al. (2020) mente at det å vite når pleierne kom, var en forutsetning for at de skulle kunne planlegge sin egen dag. Det var også nyttig å være forberedt på besøket, slik at de rakk eller husket å stille spørsmål eller be om hjelp mens pleierne var til stede. Pleierne ble ofte oppfattet som travle (Silverglow et al., 2020).

Oppsummert viser studiene at det å vite hva tjenesten kan tilby, ha oversikt over hvem som kommer, og når de kommer, har stor betydning for Eldres trygghet i hjemmet. Denne kunnskapen gir følelse av å være forberedt og ha kontroll, og forutsetter at helsepersonell informerer om, etterlever og signaliserer tilgjengelighet.

3.7 Bruk av teknologi og digitale tjenester

Over halvparten av de inkluderte studiene omhandler bruk av teknologi og digitale tjenester til hjemmeboende eldre. Ulike teknologier benyttes, og det varierer også om teknologien er et supplement til hjemmetjenester for øvrig, eller om de erstatter disse. Funnene i disse studiene viser at eldre kan oppleve både trygghet og utrygghet når de mottar tjenester som er teknologiske eller digitale. Seks av publikasjonene omhandler bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi, to publikasjoner dekker i hovedsak kompensasjons- og velværeteknologi, og to publikasjoner beskriver erfaringer med det som kan kategoriseres som teknologi for behandling og pleie. Teknologi for sosial kontakt dekkes ikke eksplisitt av de inkluderte studiene, men sosial interaksjon ses som en gevinst i teknologiene som ellers beskrives.

3.7.1 Trygghets- og sikkerhetsteknologi

Trygghetsalarmer har vært i bruk siden 1970-tallet og er dermed blant den eldste og mest brukte velferdsteknologien i vestlige samfunn. Ulike typer trygghetsalarmer omhandles i tre norske studier (Stokke, 2018; Flakk & Halvorsen, 2022; Grønli, 2019).

Stokke (2018) har studert eldre hjemmeboendes erfaringer med bruk av den tradisjonelle analoge trygghetsalarmer. Studien ble gjennomført med deltagende observasjon og 22 intervjuer med eldre, deres pårørende, ledere og ansatte hjemmetjenesten i to norske kommuner. Hovedfunnet i denne studien er at samskaping mellom den eldre, deres pårørende, helsepersonell og teknologien i seg er helt avgjørende for at teknologien skal kunne bidra til trygghet og selvstendige liv for eldre hjemmeboende. Et eksempel var en eldre som aldri hadde trengt å utløse alarmer, men som av og til gjorde det for å sjekke at den virket. Den eldre var klar over at han kunne teste alarmer uten at det gikk melding til hjemmetjenesten, men opplevde en ekstra trygghet ved å teste den direkte og dermed slå av en liten prat med en av pleierne. Denne handlingen betydde mye for hans opplevelse av trygghet og selvstendighet. Selv om han aldri hadde brukt alarmer, var han avhengig av å vite at den virket, for å kunne leve et selvstendig liv hjemme. Et annet eksempel var ekteparet Peter og Marie. Peter hadde trygghetsalarm, men fingrene hans var så numne at han ikke klarte å trykke på alarmer. Marie hadde demenssykdom og skjønnte ikke hvordan hun skulle bruke alarmer, men sammen hadde de ved flere tilfeller opplevd at den hadde vært livreddende for Peter, fordi Marie klarte å trykke på den når Peter sa at hun skulle gjøre det. I studien kommer det også frem at det kan være små marginer og noen ganger flaks som bidrar til at trygghetsalarmer er til nytte. En annen informant, Anna, fortalte at hun hadde hatt god nytte

av alarmer en gang hun hadde falt ute på isen. Uten alarmer kunne hun ha blitt liggende ute i mange timer, kanskje fryst i hjel fordi det var vinter og kaldt. I dette tilfellet var alarmer en suksess, men ifølge Anna var det veldig flaks at hun falt på høyre side; hadde hun falt på venstre ville hun ikke klart å utøse alarmer. Stokke konkluderer blant annet med at erfaringer med trygghetsalarmer og evnen til å bruke den endrer seg over tid. Man kan derfor ikke bare installere en trygghetsalarm og deretter gå ut fra at den vil fungere. Alarmer og den som skal bruke den, må kontinuerlig følges tett opp.

Flakk og Halvorsen (2022) har undersøkt eldre hjemmeboendes erfaringer med det de kaller en mobil trygghetsalarm. Denne alarmer er en videreutvikling av den analoge alarmer og er tilkoblet det mobile nettverket. Den har god rekkevidde også utendørs. Ti eldre ble intervjuet i denne studien, hvorav sju bodde alene og alle hadde hjemmetjenester, men i ulikt omfang. Alarmer var i hovedsak introdusert og foreslått som nyttig av helsepersonell eller pårørende. Deltakerne i studien mente at trygghetsalarmer ga ulike former for trygghet: trygghet relatert til *uavhengighet*, trygghet relatert til *aktivitet* og trygghet relatert til at *andre ble betrygget*. Alarmer bidro til at enkelte følte seg modigere, for eksempel ved forflytning om en var dårlig til beins, eller om natten, for den som bodde alene. Alarmer førte også til større trygghet for det å være i aktivitet, både fysisk og sosialt, men de fleste opplevde ingen endring i aktivitetsnivået fra før de fikk alarmer. En deltaker fortalte at hun hadde brukt alarmer i flere nødsituasjoner for å hjelpe andre eldre, og flere av de andre deltakerne var opptatt av at alarmer var en betryggelse for pårørende. Den gjorde familien mindre engstelig for at den eldre bodde alene hjemme. Samtidig som alarmer bidro til trygghetsopplevelse, var de eldre enige om at den ikke kunne gi den samme tryggheten som de fikk gjennom sosial kontakt eller besøk av hjemmetjenesten. Alle mente at alarmer var pålitelig og lett å bruke, selv om noen mente den kunne hatt en mer diskret form, og at den måtte lades for ofte. Det var stor variasjon i opplæringen de hadde fått, men de fleste i utvalget var kjent med teknologi, ved at de tidligere hadde hatt analog trygghetsalarm, og ved at de hadde mobiltelefon. Intervjuene avslørte imidlertid store forskjeller i hvordan de eldre forstod teknologien og instruksene de hadde fått, og at det er et stort behov for tilpasset informasjon og individuell tilnærming når teknologi skal implementeres.

Den samme teknologien – mobil trygghetsalarm – er gjenstand for undersøkelse i masteroppgaven til Grønli (2019). Her ble ni eldre intervjuet om sine erfaringer med alarmer. Disse deltakerne mottok ingen andre hjemmetjenester. Funnene omhandlet opplevelse av trygghet ved at noen kunne lokalisere den eldre og komme til unnsetning, og viste at opplevelsen av trygghet var sterkest når den eldre var alene. Det at pårørende også ble beroliget av alarmer, var viktig. Usikkerheten oppstod når den eldre hadde fått mangelfull opplæring i bruk av teknologien. Noen deltakere i denne studien så ikke noe behov for alarmer, fordi de i utgangspunktet ikke følte seg utrygge, eller fordi de hadde andre trygghetsfaktorer i miljøet. I diskusjonen tar Grønli opp utfordringer med at deltakerne ikke hadde andre tjenester. Siden hjemmetjenesten ikke hadde kontakt med de eldre, var det få muligheter til å oppdage at alarmer faktisk ikke var i bruk, eller til å bistå med veiledning om det oppstod tekniske problemer. Grønli peker også på at teknologien ofte introduseres for sent med tanke på opplæring av den eldre; den introduseres gjerne etter et funksjonsfall eller etter sykdom, på et tidspunkt da evnen og motivasjonen til å lære noe nytt er redusert. Hun stiller også spørsmål ved om den mobile trygghetsalarmer egentlig understøtter Eldres muligheter til å bo lengst mulig hjemme, slik implementeringen praktiseres i dag.

Kommunikasjons- og overvåkingsteknologi er også en undergruppe av trygghets- og sikkerhetsteknologien som omtales i tre av studiene, to er gjennomført i Sverige (Åkerlind et al., 2018; Fänge et al., 2018) og én er gjennomført i Norge (Karlsen et al., 2018).

I Åkerlind et al. sin studie (2018) ble tolv eldre og åtte pårørende intervjuet om erfaringer med kommunikasjons- og overvåkingsteknologi i form av a) et kamera som observerer den eldre om natten, b) videokonferanseutstyr som gjør det mulig å ha ansikt-til-ansikt-dialog med hjemmetjenesten eller pårørende til daglig sjekk eller andre sosiale interaksjoner og påminninger, c) e-post for informasjon og påminninger, og d) SMS/MMS-tjeneste for meldinger. Tilsynelatende mottok ingen av de eldre deltakerne andre hjemmetjenester, og alle hadde god kognitiv funksjon. Generelt opplevde de eldre at overvåkingen innga trygghet. Det var trygt å vite at noen ville komme om de falt, fikk et illebefinnende om natten eller ble utsatt for noe kriminelt. Samtidig kunne de kjenne på usikkerhet fordi de ikke visste når de ble observert, og de følte at privatlivet ble påvirket. For eksempel ville de unngå å kle av seg foran kameraet. Teknologien gjorde det ellers lettere å ha spontan kontakt med andre, noe som også økte trygghetsfølelsen. Mange eldre syntes det var godt at teknologien også gjorde de pårørende tryggere. Men når teknologien sviktet, skapte det usikkerhet. Forfatterne konkluderer med at teknologi kan inngi trygghet, men at trygghet er en individuell opplevelse som krever at teknologien tilpasses den enkeltes behov. Bekymringer knyttet til etikk og integritet kan løses med god informasjon.

I en annen svensk studie har Fänge al. (2020) studert hvilke erfaringer eldre med demens og deres pårørende har med sensorbasert teknologi relatert til trygghet og selvstendighet i eget hjem. Studien var basert på kvalitative semistrukturerte intervjuer med 9 eldre mennesker med demens og 21 pårørende. Funnene viste at de fleste informantene med demens ikke var klar over at de hadde teknologi som fulgte med på bevegelsene og adferdsmønsteret deres. Samtlige informanter mente teknologi kunne være en støtte når det gjaldt å gjøre livet i egen bolig for mennesker med demens tryggere og bedre. De påpekte samtidig at teknologi ikke kunne erstatte personlig pleie og omsorg, men at det kunne være et supplement. Fordelene var at viktig informasjon kunne fanges opp via overvåking av for eksempel antall ganger en person forlot og la seg tilbake i sengen i løpet av natten. Hvis en person forlater sengen opptil 30 ganger, kan det være første tegn på urinveisinfeksjon, angst eller søvnløshet. Flere av de pårørende verdsatte muligheten til å oppdage ugunstig adferd på et tidlig stadium og få helsepersonells vurderinger av dette. En viktig forutsetning var at man kunne stole på teknologien. Flere av informantene oppga at de hadde problemer med teknologien, at den ikke fungerte som den skulle, eller at den ikke fungerte i det hele tatt. Selv om teknologien var tilpasset informantenes behov og ønsker, viste den seg ofte å ikke fungere som den skulle. Et problem var eksempelvis at alarmen gikk hvis personen med demens åpnet døren, ikke for å gå ut, men for å kikke litt på livet i gata.

Det ble reist etiske problemstillinger knyttet til personvernet til personen med demens, men for de fleste (pårørende) var sikkerhetsspørsmål mer viktig enn privatliv. De pårørende reflekterte også over hvilken rolle de selv hadde når de mottok alarmer og meldinger. De understreket viktigheten av å beholde forholdet som pårørende og ønsket at noen andre enn dem selv, for eksempel hjemmetjenesten, skulle svare på alarmene. Noen pårørende ga tydelig uttrykk for at de ikke ønsket å ta på seg omsorgsansvar for den Eldres hverdag og sikkerhet.

Den norske studien til Karlsen et al. (2018) inkluderer erfaringer med en rekke ulike teknologier som både sorterer under trygghets- og sikkerhetsteknologi (overvåkingskamera, trygghetsalarmer og bevegelsessensorer), men også kompensasjons- og velværeteknologi (medisindispensere, medisinpåminnere, sensorlys, komfyrvakt, røykvarsler, digital huskeliste/kalender). Studien er basert på kvalitative intervjuer med 18 eldre, hvorav 15 ble intervjuet en gang til etter 5–6 måneder. De eldre deltakerne hadde ulike behov og tilstander, både somatisk og kognitivt, og samtlige mottok andre hjemmetjenester i tillegg til

teknologien. Pårørende som var sterkt involvert i velferdsteknologien, ble intervjuet sammen med den eldre. Hovedfunn i denne studien var at majoriteten av både eldre og pårørende opplevde at teknologien de brukte, ga økt trygghet og selvstendighet, og at den bidro til at de eldre kunne bo lenger hjemme. Noen av informantene opplevde at teknologien hadde forbedringspotensial. For eksempel ga en dame uttrykk for at hun opplevde det som ubehagelig å kle av og på seg på soverommet der hun hadde fått installert overvåkningskamera. Hun var usikker på hvordan hun skulle skru av og på kameraet. På natten var hun imidlertid veldig fornøyd med å ha denne installasjonen. For henne fungerte det mye bedre enn at en fra hjemmetjenesten låste seg inn for å se til henne. De pårørende som deltok i studien, var også fornøyd, men påpekte at de følte et sterkt ansvar for å passe på at teknologien fungerte og ble brukt slik den skulle. Noen pårørende opplevde stress og bekymring fordi de hele tiden skulle bidra til at de eldre kunne bo lengst mulig hjemme. De opplevde også at det var uklare grenser mellom deres og hjemmetjenestens ansvarsområde. De hadde flere ganger opplevd å bli ringt til på natten fordi det var utløst alarm hos den eldre, mens de mente det var det profesjonelle hjelpeapparatet som hadde ansvar for å undersøke hvorfor alarmen var blitt utløst.

Oppsummert viser studiene at trygghets- og sikkerhetsteknologi gir trygghet både gjennom muligheten til selv å tilkalle hjelp og ved at noen «følger med». Teknologien skaper trygghet i hjemmet, også om man bor alene, og frihet til å utføre daglige gjøremål og aktiviteter uten at verken en selv eller familien skal engste seg for mye. En forutsetning er at den eldre forstår og kan bruke teknologien, noe som krever en viss kognitiv fungering og at det gis tilpasset opplæring og veiledning. Teknologien gir nye muligheter for sosial kontakt, men kan ikke erstatte slik kontakt. Eldre stoler heller ikke ubetinget på teknologien. Den kan true både personvern og paradoksalt nok hemme livsutfoldelse og selvstendighet. Teknologien etterspørres sjelden av de eldre selv, men foreslås av helsepersonell og familie. Både det å identifisere nytteverdi og «vinduet for nytteverdien» krever betydelig samhandling mellom helsepersonell, de eldre og pårørende.

3.7.2 Kompensasjons- og velværeteknologi

En norsk masteroppgave (Bendiksen, 2022) har undersøkt hvordan eldre erfarer bruk av teknologi i form av en elektronisk medisindispenser. Medisindispenseren varsler når det er på tide å ta medisinen, og den aktuelle dosen leveres via maskinen. Hjemmesykepleien alarmeres automatisk hvis dosen ikke tas innenfor et gitt tidsrom. Erfaringene ble innhentet via intervju med tre eldre i hjemmesykepleien i alderen 85 til 92 år. Deltakerne mente at dispenseren utgjorde en sikkerhet fordi den sørget for at det nesten ble umulig å glemme å ta medisinen. Samtidig mente de at de var i god stand fremdeles til å klare dette på egen hånd; ingen av dem husket at de hadde bedt om å få dispenseren, men teknologien var en forsikring, og noen var glad for å slippe å ha «fremmede» i huset. De hadde fått god opplæring da teknologien ble innført, og problemer i oppstarten hadde gått seg til. Teknologien var blitt en del av dagliglivet som de ikke tenkte så mye over. Selv om de eldre oppfattet at teknologien fungerte som en forsikring, diskuterer forfatteren om tiltaket egentlig bidrar til større mestring hos brukerne. Teknologien er effektiv for tjenesten og reduserer behovet for fysiske besøk, men den kan også senke forventningene den eldre har til seg selv (Bendiksen, 2022). Forfatteren peker også på at fravær av helsepersonell i hjemmet kan redusere muligheten til å oppdage endringer i behovet for helsehjelp. Formålet med denne typen teknologi er å kompensere for sviktende funksjoner og bidra til selvhjelpenhet og mestring. Funnene i masteroppgaven understreker behovet for bevissthet på hvilket og hvem sitt behov teknologien skal dekke. Det bør reflekteres åpent omkring motivet for

implementering av teknologi, enten den skal kompensere for sviktende funksjon hos den eldre eller for kapasitetsutfordringer i tjenesten – eller begge deler, noe som kan være berettiget. For mye eller ubevisst bruk av teknologi kan være uheldig, men fravær av teknologi er også et problem. Silverglow et al. (2020) viser til eksempler der eldre forteller om hjelpeløshet og følelse av å være fengslet i eget hjem når behov for teknologi ikke dekkes. En eldre kvinne sa:

Nei, jeg kommer ikke ned siden jeg ikke har trappeheis, så jeg har blitt fengslet her oppe, og det er klart, det er ikke gøy å ikke komme ut. Det savner jeg veldig (Silverglow et al., 2020, s. 194).

Borg et al. (2022) har utført en sammenligning av utvalgelse, bruk og nytte av en rekke ulike assisterende produkter relatert til sansesvikt, problemer med kommunikasjon, mobilitet og hygiene, og av trygghetsalarmer. Sammenligningen er basert på en spørreundersøkelse blant nærmere 90 000 brukere av hjemmetjenester, hvorav ca. 9 % hadde demens. Undersøkelsen viste at eldre med demens sjeldnere deltar i utvalgelse av hjelpemidler, sjeldnere bruker hjelpemidler og sjeldnere opplever nytte av hjelpemidler. Den viste også at brukere av hjelpemidler rapporterer mer engstelse, mer ensomhet, mer utrygghet hjemme og mer erfaring med å bli behandlet med lite respekt av helsepersonell enn ikke-brukere. Med et personsentrert perspektiv på omsorg uttrykker forfatterne bekymring over at eldre som bruker hjelpemidler, oftere føler seg utrygge selv om de har hjemmetjeneste, at deres meninger og ønsker ikke blir tatt hensyn til, og at de opplever mindre respektfull omsorg enn eldre som ikke bruker hjelpemidler. Funnene reiser dessuten spørsmål ved om behov for hjelpemidler hos personer med demens i tilstrekkelig grad blir møtt.

Oppsummert viser studiene at kompensasjons- og velværeteknologi kan gi eldre en opplevelse av sikkerhet, velvære, og mestring i eget hjem. Samtidig krever implementering av teknologien at man er bevisst på hvilke og hvem sine utfordringer det skal kompenseres for. Fornøydhet med og nytte av teknologien er ikke et resultat av teknologi alene. Utvalgelse, tilpasning og oppfølging er kritiske elementer som krever at helsepersonell har en personorientert tilnærming. Personer med demens bruker færre teknologiske hjelpemidler og opplever mindre nytte av teknologien enn andre eldre.

3.7.3 Teknologi for behandling og pleie

I Sverige har Göransson et al. (2018; 2020) studert erfaringer med å bruke en app som hjemmeboende eldre kan anvende til å registrere egne helsemål, motta råd og veiledning og eventuelt alarmere helsepersonell. I alt 13 helseproblemer (for eksempel obstipasjon, feber, smerter og søvnproblemer) var lagt inn i appen, der den eldre kunne rangere alvorligheten av problemene. I tillegg til at den eldre selv hadde mulighet til å tilkalle assistanse eller tilsyn, gjorde appen det mulig for hjemmesykepleien å følge med på registreringer og agere ved behov. Individuelle intervjuer med 17 eldre og fire fokusgrupper med 12 sykepleiere ble gjennomført for å innhente erfaringer med appen (Göransson et al., 2018). Overordnet viste undersøkelsen at de eldre opplevde at de ble aktive partnere i «pleieteamet» i stedet for å være passive mottakere. Bruk av appen ga økt motivasjon både for å lære seg å bruke appen og for å ta ansvar for egne helseplager. De eldre opplevde at de fikk nye muligheter til å forbedre og kontrollere helseplager, og fikk økt opplevelse av trygghet fordi de jevnlig hadde kontakt med hjemmesykepleien. Selvtilliten økte også når de opplevde at de mestret teknologien. Det ble imidlertid også pekt på problemer med teknologien. Noen eldre syntes det var vanskelig å logge på, og at displayet var lite. I 2020 publiserte Göransson en ny studie basert på samme utvalg (17 eldre) der erfaringene med appen

og eventuelle endringer i erfaring over tid ble målt både kvalitativt og kvantitativt. Studien viste at appen kunne komplementere ordinær hjemmesykepleie, og at den økte de eldres opplevelse av trygghet og egenomsorg. Samtidig bekreftet resultatene det de eldre selv var oppmerksom på: at opplevd støtte med appen kun var midlertidig.

Oppsummert viser studiene at teknologi for behandling og pleie kan øke eldres opplevelse av delaktighet og mestring av egne helseplager. Det positive utbyttet i form av økt trygghet og egenomsorg viste seg imidlertid ikke å være varige.

4. Konklusjoner og avsluttende betraktninger

4.1 Bakgrunn, hensikt og metode

Bakgrunnen for denne kunnskapsoppsummeringen er et behov for kunnskap om hvilke forhold som ifølge eldre hjemmeboende er viktige for at de skal være trygge i eget hjem. Hensikten er å identifisere, sammenfatte og presentere kunnskap, med betydning for helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner, om disse forholdene.

Gjennom et systematisk og strukturert litteratursøk har vi identifisert og gjennomgått artikler som kan bidra til å tette dette kunnskapshullet. I alt ble 18 publikasjoner inkludert i studien, og analysen endte opp i sju tematiske områder:

1. Tjenester som skaper trygghet
2. Følelsen av å være hjemme
3. Hjelp og støtte fra familie og nettverk
4. Medbestemmelse og mestringsfølelse
5. Positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne
6. Oversiktlige og tilgjengelige tjenester
7. Bruk av teknologi og digitale tjenester

Hovedfunnene innenfor disse tematiske områdene utdypes nedenfor.

4.2 Oppsummeringens hovedfunn

De eldre deltakerne som inngår i studiene, har det til felles at de har helse- og funksjonssvikt som i større eller mindre grad medfører behov for helse- og omsorgstjenester. De fleste av deltakerne har imidlertid samme ønske og mål som helsemyndighetene: *De vil bo trygt hjemme så lenge som mulig*. I mange tilfeller er det nettopp den kommunale hjemmetjenesten som sammen med pårørende, venner og naboer skaper sikkerhetsnett som gjør dette mulig. *Hjemme* er for de fleste av disse deltakerne egen bolig, men ikke i alle tilfeller. Det ser ut til at det er «følelsen av å være hjemme» som er det sentrale og det den enkelte eldre finner trygghet i. «Hjemme best» dekker i så fall mer enn den fysiske bygningen, noe som funnene i denne oppsummeringen understøtter. Felles for de fleste studiene er at de viser at eldres opplevelse av trygghet er relatert til en rekke forhold som til slutt handler om det mest grunnleggende i omsorg: kvaliteten på *møtet mellom mennesker*. I flere av de inkluderte studiene fremheves det at den personorienterte tilnærmingen og den personlige relasjonen de eldre fikk til enkelte tjenesteytere, var spesielt trygghetsskapende. En slik erkjennelse gir grunn til å tro at en del av utfordringene i eldreomsorgen som fremskrives, ikke trenger å være så dystre eller dyre som man kan få inntrykk av. Det eldre selv oppgir

som forutsetninger for trygghet, er relativt konkret.

Følelsen av å være hjemme omfatter opplevelse av integritet, av å være hjemme i eget liv, av å kunne følge egne rutiner og vaner, og av nærhet til mennesker som er viktige. Appellen til helsepersonell om å opptre med respekt og gi omsorg som er orientert mot den eldre som person, og gi verdi til det livet som er levd, er tydelig. *Hjelp og støtte fra familie og nettverk* betyr både emosjonell og praktisk støtte, og er for svært mange en absolutt betingelse for å kunne mestre hverdagen hjemme. Slik hjelp og støtte krever også samarbeid og støtte fra tjenestens side. Temaet *medbestemmelse og mestringsfølelse* handler om at trygghetsopplevelse oppstår når hverdagen kjennes påvirkelig og håndterlig. Medbestemmelse og mestringsfølelse kan tilrettelegges ved at tjenester gis på den Eldres premisser. *Positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne*, som også er grunnleggende viktig for at eldre skal kjenne at det er trygt å være hjemme, handler om å møtes av kompetente fagfolk, men vel så mye om å møte helsepersonell som kjenner en og inngir følelse av at de bryr seg om en. Studiene under dette tematiske området synliggjør også Eldres forventninger om og behov for sosial kontakt med de som bistår med hjemmetjenester. *Oversiktlige og tilgjengelige tjenester* betyr at eldre kan kjenne på kontroll og forberedthet. For helsepersonell gjelder det å informere om tjenestens tilbud, om pleierne som kommer, og om besøkstid, samt etterleve og signalisere tilgjengelighet.

Over halvparten av de inkluderte studiene omhandler *bruk av teknologi og digitale tjenester* til hjemmeboende eldre. Disse studiene viser at eldre kan oppleve både trygghet og utrygghet når de mottar tjenester i form av teknologi.

Trygghets- og sikkerhetsteknologi gir trygghet både ved at den eldre får mulighet til selv å tilkalle hjelp, og ved at noen «følger med». Teknologien skaper trygghet i hjemmet, også om man bor alene, og frihet til å utføre daglige gjøremål og aktiviteter uten at verken en selv eller familien skal engste seg for mye. En forutsetning er at den eldre forstår og kan bruke teknologien, noe som krever en viss kognitiv fungering og at det gis tilpasset opplæring og veiledning. Teknologien gir nye muligheter for sosial kontakt, men kan ikke erstatte slik kontakt. Eldre stoler heller ikke ubetinget på teknologien. Den kan true både personvern og noen ganger hemme livsutfoldelse og selvstendighet. Teknologien etterspørres sjelden av eldre selv, men foreslås av helsepersonell og familie. Både det å identifisere nytteverdi og «vinduet for nytteverdien» krever betydelig samhandling mellom helsepersonell, de eldre og pårørende.

Kompensasjons- og velværeteknologi kan gi eldre en opplevelse av sikkerhet, velvære, og mestring i eget hjem. Samtidig krever implementering av teknologien at man er bevisst på hvilke og hvem sine utfordringer det skal kompenseres for. Fornøydhet med og nytte av teknologien er ikke et resultat av teknologi alene. Utvelgelse, tilpasning og oppfølging er kritiske elementer som krever at helsepersonell har en personorientert tilnærming. Videre krever bruk av teknologi en kontinuerlig oppfølging, da den Eldres situasjonen kan endre seg raskt. Personer med demens bruker færre teknologiske hjelpemidler og opplever mindre nytte av teknologien enn andre eldre.

Teknologi for behandling og pleie kan øke Eldres opplevelse av delaktighet og mestring av egne helseplager. Det positive utbyttet i form av økt trygghet og egenomsorg viste seg imidlertid ikke som varig i den litteraturen som her er inkludert.

4.3 Avsluttende betraktninger

Det er generelt stor optimisme når det gjelder bruk av teknologi i hjemmetjenesten. Samtidig ser vi at majoriteten av studiene i denne oppsummeringen dekker erfaringer hos eldre som

fungerer godt kognitivt. Hvorvidt implementering av teknologi vil kunne gjøre det tilstrekkelig trygt å bo hjemme med demenssykdom, er det foreløpig lite forskningsbasert kunnskap om.

Et fellestrekk ved de inkluderte studiene er at de viser viktigheten av å ha erfaring med eller føle seg overbevist om at tjenesten vil være tilgjengelig når behovet oppstår. Møter mellom eldre og helsepersonell i omsorgstjenesten påvirkes naturlig nok av hvor mye tid og ressurser som er avsatt, men kvaliteten i møtene ser ut til å være vel så viktig som varighet eller hyppighet.

Funnene i oppsummeringen viser at eldres ønsker og Bo trygt hjemme-reformens intensjoner er sammenfallende. Like fullt vil reformen neppe lykkes dersom de eldre ikke opplever trygghet i hjemmet. Trygghet vokser frem og påvirkes av komplekse sammenhenger og krever betydelig innsats, koordinering, kompetanse og samarbeid mellom mange og svært forskjellige aktører. Eldre er en heterogen gruppe med ulike behov og ressurser, men behovet for å bli sett og hørt er felles. Vi anbefaler derfor at arbeidet med reformen tar på alvor eldres eget perspektiv på et trygt liv hjemme. Det er de det gjelder.

5. Referanser

- Adorno, G., Fields, N., Cronley, C., Parekh, R. & Magruder, K. (2018). Ageing in a low-density urban city: Transportation mobility as a social equity issue. *Ageing and Society*, 38(2), 296–320. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000994>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Balteskard, B. & Clancy, A. (2018). Å falle, det kan jo hende alle!: Eldre hjemmeboende og risiko for fall. *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(2), 122-135. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04>
- Bendixen, B. (2022). *Eldre sitt forhold til elektronisk medisineringsstøtte* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. <https://hdl.handle.net/10037/25728>
- Blix, B. H., Stalsberg, H. & Moholt, J.-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Borg, J., Alam, M., Boström, A.-M. & Marmstål Hammar, L. (2022). Experiences of Assistive Products and Home Care among Older Clients with and without Dementia in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12350. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912350>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2016). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Clarke, P. & Gallagher, N. A. (2013, December). Optimizing mobility in later life: The role of the urban built environment for older adults aging in place. *Journal of Urban Health*, 90(6), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9800-4>
- Clegg, A. D., Young, J. P., Iliffe, S. P., Rikkert, M. O. P. & Rockwood, K. P. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Daatland, S. O. (2014). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* (NOVA Rapport nr. 16). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2680295>
- Dye, C. J., Willoughby, D. F. & Battisto, D. G. (2010). Advice from rural elders: What it takes to age in place. *Educational Gerontology*, 37(1), 74–93. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.515889>

- Ericsson, I., Ekdahl, A. W. & Hellstrom, I. (2021). "To be seen" - older adults and their relatives' care experiences given by a geriatric mobile team (GerMoT). *BMC Geriatrics*, 21(636). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02587-y>
- Fausset, C. B., Kelly, A. J., Rogers, W. A. & Fisk, A. D. (2011). Challenges to aging in place: Understanding home maintenance difficulties. *Journal of Housing for the Elderly*, 25(2), 125–141. <https://doi.org/10.1080/02763893.2011.571105>
- Flakk Nordang, E. & Halvorsen, K. (2022). Service users' experiences with mobile safety alarms in home care: A qualitative study. *Nursing Open*, 9(4), 2063-2072. <https://doi.org/10.1002/nop2.1217>
- Folkehelseinstituttet (2023). *Helse hos eldre i Norge: Folkehelse rapporten*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/?term=>
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. (FOR-1988-11-14-932). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Fänge, A.M., Carlsson, G., Chiatti, C. & Lethin, C. (2020). Using sensor-based technology for safety and independence – the experiences of people with dementia and their families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 648-657. <https://doi.org/10.1111/scs.12766>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2017). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre: En oppsummering av kunnskap*. <http://hdl.handle.net/11250/2476696>
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K. A., Johannessen, A., Kvello-Alme, M., Krokstad, S., Livingston, G., Matthews, F. E., Myrstad, C., Skjellegrind, H., Thingstad, P., Aakhus, E., Aam, S. & Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's disease*. <https://doi.org/10.3233/JAD-201275>
- Grønlie, T. H. (2019). *Erfaringer fra hjemmeboende eldre (uten andre helse- og omsorgstjenester) med bruk av den mobile trygghetsalarmen* [Masteroppgave, VID vitenskapelige høyskole, Diakonhjemmet Oslo]. <http://hdl.handle.net/11250/2617680>
- Göransson, C., Eriksson, I., Ziegert, K., Wengström, Y., Langius-Eklöf, A., Brovall, M., Kihlgren, A. & Blomberg, K. (2018). Testing an app for reporting health concerns –Experiences from older people and home care nurses. *International Journal of Older People Nursing*, 13(2), e12181-n/a. <https://doi.org/10.1111/opn.12181>
- Göransson, C., Wengström, Y., Ziegert, K., Langius-Eklöf, A. & Blomberg, K. (2020). Self-care ability and sense of security among older persons when using an app as a tool for support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 772-781. <https://doi.org/10.1111/scs.12782>
- Helsedirektoratet (2019). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 26. april 2022, lest 20. juni 2023). <https://www.helse-direktoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Helsedirektoratet (2022). *Om velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. april 2022, lest 20. juni 2023). <https://www.helse-direktoratet.no/tema/velferdsteknologi/om-velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfolging>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- James, I., Norell Pejner, M. & Kihlgren, A. (2019). Creating conditions for a sense of security during

- the evenings and nights among older persons receiving home health care in ordinary housing: A participatory appreciative action and reflection study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 351-351. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1372-z>
- Jaul, E. & Barron, J. (2021). Characterizing the Heterogeneity of Aging: A Vision for a Staging System for Aging. *Frontiers in public health*, 9, 513557-513557. <https://doi.org/10.3389/fpu-bh.2021.513557>
- Johnston, M., Black, C., Mercer, S., Prescott, G. & Butler, J. (2018). The prevalence of multimorbidity measured by linked healthcare data and its association with mortality in a large longitudinal cohort. *International journal of population data science*, 3(4). <https://doi.org/10.23889/ijpds.v3i4.909>
- Karlsen, C., Moe, C. E., Haraldstad, K. & Thygesen, E. (2019). Caring by telecare?: A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1300-1313. <https://doi.org/10.1111/jocn.14744>
- Lersveen, G. L. & Devik, S. A. (2021). Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: Pasienters og pårørendes perspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), 1-15. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-05>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2021). The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1855751>
- Meld. St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 24 (2022-2023). *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- Munkejord, M. C., Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best?: En tematisk analyse av eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-01-03>
- NOU 1992: 1. (1992). *Trygghet – verdighet – omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154788-nou1992-1.pdf>
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- PRISMA (2018). *PRISMA for Scoping Reviews*. Hentet juli 2023 fra <http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews?AspxAutoDetectCookieSupport=1>.
- Reinertsen, B. (2018). *De har sagt at de ikke kan være «selskapsdamer: En studie av hvordan eldre opplever tjenestene de mottar fra det offentlige* [Masteroppgave, Nord universitet]. <http://hdl.handle.net/11250/2566534>

- Rodriguez-Mañas, L. & Fried, L. P. (2015). Frailty in the clinical scenario. *Lancet*, 385(9968), e7-e9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61595-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61595-6)
- Ryan, A. A. & Moore, K. (2023). 'Knowing me, knowing you': An exploration of the views and experiences of nursing home residents and staff on their nursing home as 'home'. *Ageing and society*, 43(4), 768-789. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000787>
- Silverglow, A., Lidén, E., Berglund, H., Johansson, L. & Wijk, H. (2021). What constitutes feeling safe at home?: A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing Open*, 8(1), 191-199. <https://doi.org/10.1002/nop2.618>
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Fänge, A. M., Naumann, D., Kucsera, C. S. A. B. A., Tomson, S. & Woolrych, R. (2014). Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries. *Social science & medicine*, 106, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.01.006>
- Spring, A. (2018). Short- and long-term impacts of neighborhood built environment on self-rated health of older adults. *The Gerontologist*, 58(1), 36-46. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx119>
- Stokke, R. (2018). Older People Negotiating Independence and Safety in Everyday Life Using Technology: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), e10054-e10054. <https://doi.org/10.2196/10054>
- Tøien, M., Bjork, I. T. & Fagerstrom, L. (2018). An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1093-1107. <https://doi.org/10.1111/scs.12555>
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>
- Ydstebø, A. E. (2020). *Home-dwelling persons with dementia: The impact of individual and organizational factors on the use of health resources and quality of life*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Stavanger]. <https://hdl.handle.net/11250/2688981>
- Åkerlind, C., Martin, L. & Gustafsson, C. (2018). eHomecare and safety: The experiences of older patients and their relatives. *Geriatric Nursing*, 39(2), 178-185. <https://doi.org/10.1016/j.ger-nurse.2017.08.004>

Om forfatterne

Siv Fladsrud Magnussen er førsteamanuensis ved Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU, Gjøvik. Hun har publisert flere vitenskapelige artikler og rapporter om innovasjon og samskaping i offentlig tjenesteyting, med særlig fokus på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hun har også deltatt som ressursperson i en rekke kommunale innovasjonsprosjekter. Magnussen er nasjonal koordinator for de fem regionale sentrene for omsorgsforskning og har siden 2019 deltatt i det nasjonale støtteapparatet for Leve hele livet-reformen.

Karen Marie Øvern er førstebibliotekar ved NTNU Universitetsbiblioteket i Gjøvik, hvor hun blant annet underviser i systematiske oversikter, kritisk tenking og akademisk skriving for Institutt for helsevitenskap. Øverns vitenskapelige artikler har stort sett kretset om bibliotekpedagogikk og studenters bruk av informasjon. Hun har også utgitt et bokkapittel om bibliotekarers undervisende roller og bistår ellers forskere ved instituttet i systematiske oversikter.

Siri Andreassen Devik er førsteamanuensis ved Senter for omsorgsforskning, midt, Nord universitet og sitter i Omsorgsbibliotekets redaksjonsutvalg. Hun er medlem av SOFs prosjektgruppe i nasjonalt støtteapparat i Leve hele livet-reformen og har vært medforfatter på flere av Senter for omsorgsforskning kunnskapsnotater relatert til denne reformen. Hun har publisert flere vitenskapelige artikler og rapporter om palliasjon, etikk, pasientsikkerhet, tjenestetilbud og kvalitet.

Vedlegg 1. Oversikt over inkluderte studier

Forfattere, år, tittel	Hensikt	Metode, utvalg, analyse	Resultat
Aakerlind, C., Martin, L. & Gustafsson, C. (2018). eHomecare and safety: The experiences of older patients and their relatives. <i>Geriatric Nursing</i> , 39(2), 178-185. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.08.004 (Forskning) Sverige	Å beskrive hvordan eldre pasienter med innvilget velferdsteknologi i hjemmebasert omsorg og deres pårørende forstår trygghet, samt beskrive hvordan de opplever trygghet i hverdagen.	Kvalitativ. Individuelle intervjuer med 12 eldre og 8 pårørende. Innholdsanalyse.	Velferdsteknologi i hjemmebasert omsorg kan fremme trygghet for eldre og deres pårørende. Tvil og etiske bekymringer om tjenesten kan minimeres ved å gi adekvat informasjon.
Balteskard, B. & Clancy, A. (2018). Å falle, det kan jo hende alle!: Eldre hjemmeboende og risiko for fall. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 8(2), 122-135. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-04 (Forskning) Norge	Å undersøke hvilke tanker hjemmeboende gamle har om fall, risikoen for å falle og betydningen risikoen for fall kan ha i hverdagslivet	Kvalitativ. Dybdeintervju med 8 eldre. Hermeneutisk analyse.	Tre temaer: (1) Å være menneske er å være ut-satt (2) Gammel og alene, og (3) Å savne det som var. Fenomenet «oppstand mot tiden» handler om å kunne leve og engasjere seg i hverdagen til tross for høy alder og angir motstand mot ensidig risiko- og skadetenkning. Motstandsstrategien kan gi livslyst og tilstedeværelse i eget liv. Understreker betydningen av å tilrettelegge for meningsfulle sosiale fellesskap og muligheter for fysisk utfoldelse.
Bendixen, B. (2022). Eldre sitt forhold til elektronisk medisineringsstøtte. UiT Norges arktiske universitet]. (Utvikling, masteroppgave) Norge	Å undersøke hvordan hjemmeboende eldre opplever å bruke en velferdsteknologisk løsning for medisindosering	Kvalitativ. Individuelle intervjuer med 3 eldre. Tematisk tekstkondensering.	Elektronisk medisineringsstøtte kan hjelpe den eldre personen med å være selvhjulpnen i hverdagen. Måten støtten er utformet på, er med å legge til rette for mestring, selv med redusert kognitiv funksjon. En del av grunnlaget for innføringen er en god kartleggingsprosess for å finne ut av hvem som kan nyttiggjøre seg av teknologien.

<p>Borg, J., Alam, M., Boström, A.-M. & Marmstål Hammar, L. (2022). Experiences of Assistive Products and Home Care among Older Clients with and without Dementia in Sweden. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 19(19), 12350. https://doi.org/10.3390/ijerph191912350 (Forskning) Sverige</p>	<p>Å sammenligne utvelgelse, bruk og utbytte av hjelpemidler blant eldre brukere av hjemmesykepleie med og uten demens i Sverige. Hensikten var også å utforske forholdet mellom bruk av hjelpemidler, erfaringer med hjemmetjenesten og ensomhet og trygghet</p>	<p>Kvantitativ. Befolkningsundersøkelse fra 2017. Selvrapporterte data fra 89 811 hjemmetjenesteklienter i alderen 65 år eller mer, hvorav 8,9 % hadde demens (påførende svarte på vegne av disse).</p>	<p>Respondenter med demens deltok sjeldnere i valg av hjelpemiddel, brukte færre hjelpemidler og hadde mindre nytte av dem. Brukere av hjelpemidler var oftere engstelige og plaget av ensomhet, og følte seg oftere utrygge hjemme med hjemmesykepleien. De opplevde også oftere at deres meninger og ønsker ble tilsidesatt, og at de ble dårlig behandlet av personalet i hjemmetjenesten. Funnene reiser tvil om hvorvidt behovene for hjelpemidler hos personer med demens er tilstrekkelig dekket. Behov for å styrke personsentrert tilnærming i anskaffelsen av hjelpemidler.</p>
<p>Ericsson, I., Ekdahl, A. W. & Hellstrom, I. (2021). "To be seen" - older adults and their relatives' care experiences given by a geriatric mobile team (GerMoT). <i>BMC Geriatrics</i>, 21(1), 1-636. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02587-y (Forskning) Sverige</p>	<p>Å oppnå bedre forståelse av pasientens (og påførendes) perspektiv ved mottak av omsorg fra et geriatrisk mobilt team</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerte intervjuer med 22 eldre og 11 av deres påførende. Analysert med innholdsanalyse.</p>	<p>Tilbudet ble oppfattet som trygt og sikkert, og man mente at brukerne «ble sett». Omsorgen ble oppfattet som lett tilgjengelig, og den ble levert av helsepersonell som ikke bare kjente pasientens helseproblemer, men som også kjente pasienten som person.</p>
<p>Flakk Nordang, E. & Halvorsen, K. (2022). Service users' experiences with mobile safety alarms in home care: A qualitative study. <i>Nursing Open</i>, 9(4), 2063-2072. https://doi.org/10.1002/nop2.1217 (Forskning) Norge</p>	<p>Å undersøke hvordan brukere av hjemmesykepleie opplever bruk av mobil trygghetsalarm, og hvordan alarmen påvirker deres evne til å mestre hverdagen</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerte intervjuer. Deltakere: 10 personer fra 47 til 85 år.</p>	<p>Den største fordelen med en mobil trygghetsalarm var følelsen av trygghet –vissheten om at man vil få kontakt med helsepersonell i enhver situasjon. Implementeringen viste varierende forståelse blant brukerne. Behovet for sosial interaksjon i hverdagen er viktig å være oppmerksom på.</p>
<p>Fänge, A. M., Carlsson, G., Chiatti, C. & Lethin, C. (2020). Using sensor-based technology for safety and independence – the experiences of people with dementia and their families. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 34(3), 648-657. https://doi.org/10.1111/scs.12766 (Forskning) Sverige</p>	<p>Å undersøke hvilket behov mennesker med demens har for sensor-basert teknologi, hvilke erfaringer de har med bruk av slik teknologi, og hvilke fordeler slik teknologi gir disse menneskene med tanke på sikkerhet og uavhengighet</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerte intervjuer med 9 mennesker med demens og 21 påførende til mennesker med demens. Informantene ble intervjuet etter å ha brukt teknologi i minst 6 måneder. Dataene ble analysert via manifest innholdsanalyse.</p>	<p>Teknologi ble ansett som et sikkerhetstiltak som kunne gi en følelse av kontroll over hverdagen for personen med demens. Forståelse og aksept av teknologien var viktig, sammen med det å oppleve at teknologien var til å stole på. Etske dilemmaer knyttet til overvåking av personen med demens i hjemmet ble også fremhevet</p>

<p>Göransson, C., Eriksson, I., Ziegert, K., Wengström, Y., Langius-Eklöf, A., Brovall, M., Kihlgren, A. & Blomberg, K. (2018). Testing an app for reporting health concerns—Experiences from older people and home care nurses. <i>International Journal of Older People Nursing</i>, 13(2), e12181-n/a. https://doi.org/10.1111/opn.12181 (Forskning) Sverige</p>	<p>Å undersøke erfaringene med en app blant eldre brukere av hjemmesykepleie og deres sykepleiere</p>	<p>Kvalitativ: Individuelle intervjuer og fokusgrupper. Deltakere: 24 eldre brukere og 12 sykepleiere. Data ble analysert med tematisk analyse.</p>	<p>Ved å bruke appen deltok de eldre i egen omsorg, og appen muliggjorde læring og en ny måte å kommunisere på. Samspillet ga trygghet og økt selvtillit. Hjemmesykepleierne så på varslene (fra appen) som hensiktsmessige for helsehjelpen. Alle deltakerne opplevde imidlertid utfordringer med å bruke ny teknologi og hadde forslag til forbedringer.</p>
<p>Göransson, C., Wengström, Y., Ziegert, K., Langius-Eklöf, A. & Blomberg, K. (2020). Self-care ability and sense of security among older persons when using an app as a tool for support. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 34(3), 772-781. https://doi.org/10.1111/scs.12782 (Forskning) Sverige</p>	<p>Å beskrive og evaluere erfaringer med støtte til egenomsorg blant eldre som brukte en app til å rapportere helseplager</p>	<p>Blandingsdesign: Intervensjon (mixed-metode). Spørreundersøkelse og intervju. 17 eldre deltakere. Statistiske analyser og innholdsanalyse.</p>	<p>Egenomsorg og følelsen av trygghet økte ved slutten av intervensjonen, men statistisk viste opplevelsen seg å avta i etterkant av intervensjonen. Studien viser at en app kan være et tilleggsværktøy til konvensjonell hjemmesykepleie som kan øke de eldres følelse av trygghet og evne til egenomsorg, men støtten de fikk med appen var kun midlertidig.</p>
<p>Grønlie, T. H. (2019). Erfaringer fra hjemmeboende eldre (uten andre helse- og omsorgstjenester) med bruk av den mobile trygghetsalarmer. VID vitenskapelige høgskole. Diakonhjemmet Oslo]. (Utvikling, masteroppgave) Norge</p>	<p>Å få kunnskap om hvilke erfaringer hjemmeboende eldre (uten andre helse- og omsorgstjenester) har med bruk av den mobile trygghetsalarmer</p>	<p>Kvalitativ. Individuelle intervjuer med 9 eldre deltakere. Data ble analysert med tematisk tekstkondensering.</p>	<p>1) Usikkerhet omkring funksjon: teknisk svikt, lite opplæring, egen alder og skrøpeligheit, 2) Økt trygghet for egen del og ro ved å kjenne at pårørende blir betrygget, 3) Noen opplever ikke behov – har tilgang til andre trygghetsfaktorer. Erfaringene var varierte og til dels motstridende. Funnene reiser spørsmål om hvorvidt alarmer understøtter muligheten til å eldes i eget hjem slik implementeringen pr. i dag praktiseres.</p>
<p>James, I., Norell Pejner, M. & Kihlgren, A. (2019). Creating conditions for a sense of security during the evenings and nights among older persons receiving home health care in ordinary housing: a participatory appreciative action and reflection study. <i>BMC Geriatrics</i>, 19(1), 351-351. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1372-z (Forskning) Sverige</p>	<p>Å undersøke hva som skal til for at eldre hjemmeboende som mottar omsorgstjenester, kan føle seg trygge, særlig på kveld og natt</p>	<p>Kvalitativ: Deltakende aksjonsforskningsdesign. 18 eldre deltakere. Grupperefleksjoner. Tematisk innholdsanalyse.</p>	<p>To hovedtemaer: 1) Bekreftelse av selvbildet og 2) Interaksjon på en beskyttet arena. Forutsetninger for trygghetsopplevelsen var at man var i et kjent miljø, at man kunne fortsette med egne vaner og rutiner, og at man opprettholdt selvbestemmelse.</p>

<p>Karlsen, C., Moe, C. E., Haraldstad, K. & Thygesen, E. (2019). Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 28(7-8), 1300-1313. https://doi.org/10.1111/jocn.14744 (Forskning) Norge</p>	<p>Å oppnå dypere forståelse av vedvarende bruk av velferdsteknologi for eldre og deres pårørende</p>	<p>Kvalitativ. Hermeneutisk forskningsdesign. Intervju med 18 eldre og oppfølgingsintervju med 15 av dem etter 5–6 måneders bruk av velferdsteknologi + intervju med 7 nære pårørende med omsorgsansvar.</p>	<p>De eldre opplevde større trygghet, sikkerhet og uavhengighet med bruk av velferdsteknologi. Studien avdekket også behov som ikke kunne løses med teknologien. Pårørende var mer ambivalente i sine vurderinger; de opplevde å få et større ansvar når deres nærmeste ønsket å bo lenger hjemme som følge av teknologien – dette medførte mer stress og bekymring for de pårørende.</p>
<p>Lersveen, G. L. & Devik, S. A. (2021). Opplevelse av trygghet i hjemmebasert palliativ omsorg: pasienters og pårørendes perspektiv. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>, 7(3), 1-15. https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-05 (Forskning) Norge</p>	<p>Å undersøke hva som fremmer trygghet hos pasienter og deres pårørende når de mottar palliativ behandling og omsorg i hjemmet, uavhengig av diagnose</p>	<p>Kvalitativ. Intervju med 7 pasienter og 7 pårørende. Kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Tre typer trygghet: * Trygghet i å motta tjenester og dele ansvar * Trygghet i å ha tillit til at hjelpen vil være der når den trengs, med tilhørende underkategorier * Trygghet knyttet til relasjoner som var kjente, innfridde og skapte håp Dette fremmet en felles situasjonstrygghet hos pasienter og pårørende, selv om sykdomsbildene var ulike.</p>
<p>Munkejord, M. C., Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? En tematisk analyse av Eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem Home sweet home? <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>, https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-01-03 (Forskning) Norge</p>	<p>Å undersøke hvordan eldre med varierende omsorgsbehov opplever eget hjem. Hva bidrar til å skape trygghet i egen bolig, og hva er deres tanker om, og eventuelt erfaringer med, flytting?</p>	<p>Kvalitativ. 28 dybdeintervjuer med eldre menn og kvinner bosatt i to distriktskommuner + hjemmebesøk. Analyse: Temabasert kvalitativ analysestrategi.</p>	<p>Ulike dimensjoner er med på å skape trygghet og trivsel i eget hjem:- Å føle seg hjemme; - Ikke bekymre seg for alt som skulle vært gjort; - Ikke føle seg ensom; - Ikke være engstelig for å falle eller ikke klare daglige gjøremål Studien viser at ikke alle ønsker å bli boende (alene) i den boligen der man har bodd «i alle år» – selv om man skulle få omfattende kommunale hjemmetjenester.</p>
<p>Reinertsen, B. (2018). De har sagt at de ikke kan være selskapsdamer». En studie av hvordan eldre opplever tjenestene de mottar fra det offentlige (Nord universitet]. (Utvikling – masteroppgave) Norge</p>	<p>Å undersøke hvordan eldre erfarer hjelpen de mottar – hvordan opplever de relasjonen til hjelperne som skal bistå dem, og hva opplever de som viktigst ved tjenestene de mottar?</p>	<p>Kvalitativ. Fenomenologisk tilnærming. Dybdeintervjuer med 8 hjemmeboende eldre (mottakere av helse- og omsorgstjenester i alder fra 70 til 93 år). Analyse: Tematisk innholdsanalyse.</p>	<p>Både positive og negative erfaringer. Mange opplever at hjelpen ikke svarer til forventningene, og at de møter lite forståelse og får få muligheter til medbestemmelse. Syke eldre er ofte prisgitt den hjelpen de får, og de gir eksempler på at krav til effektivitet kan føre til manglende individuell omsorg.</p>

<p>Silverglow, A., Lidén, E., Berglund, H., Johansson, L. & Wijk, H. (2021). What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. <i>Nursing Open</i>, 8(1), 191-199. https://doi.org/10.1002/nop2.618 (Forskning) Sverige</p>	<p>Å undersøke hva som har betydning for at skrøpelige eldre som mottar hjemmehjelp, skal føle seg trygge hjemme</p>	<p>Kvalitativ. Deskriptiv studie. Tolv individuelle intervjuer med skrøpelige hjemmeboende eldre. Analyse: kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Tre hovedfunn: 1) Hjemmefølelsen beskriver miljøet og de eldres forsøk på å opprettholde uavhengighet, 2) Evne til å påvirke beskriver viktigheten av å ha kontroll og medbestemmelse, 3) Det å kunne stole på personalet viser til forventninger til personalets kompetanse og verdsetting av positive relasjoner</p>
<p>Stokke, R. (2018). Older People Negotiating Independence and Safety in Everyday Life Using Technology: Qualitative Study. <i>Journal of Medical Internet Research</i>, 20(10), e10054-e10054. https://doi.org/10.2196/10054 (Forskning) Norge</p>	<p>Å undersøke bruken av trygghetsalarm, som er ment å skape økt trygghet og selvstendighet for eldre hjemmeboende</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer med elleve eldre hjemmeboende, fire pårørende og seks helse- og omsorgspersonell. Analyse: observasjon og intervjuer ble analysert stegvis deduktiv-induktiv analyse.</p>	<p>De eldre opplevde at alarmen ga en ekstra trygghet, men bruk og nytte av alarmen var avhengig av samhandlende og samskapende prosesser mellom brukere, helsepersonell og pårørende</p>
<p>Tøien, M., Bjork, I. T. & Fagerstrom, L. (2018). An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit service. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 32(3), 1093-1107. https://doi.org/10.1111/scs.12555 (Forskning) Norge</p>	<p>Å undersøke hva eldre personers mener om forebyggende hjemmebesøk, og hvilke fordeler de opplever at slike besøk har, og å utforske assosiasjoner mellom opplevd nytte og sosiodemografiske/helserelaterte faktorer</p>	<p>Kvantitativ. Tverrsnittstudie. 161 eldre deltakere som hadde mottatt tjenesten</p>	<p>Forebyggende hjemmebesøk økte følelsen av sikkerhet; 66 % rapporterte støtte til evnen til å bo hjemme; 72 % rapporterte støtte til å ha et godt liv, 83 % var fornøyde med tjenesten, og 90 % oppga at forebyggende hjemmebesøk er viktig for eldre mennesker. Besøkene hadde størst betydning blant eldre som ikke hadde egne barn eller et sterkt sosialt nettverk, og som oppga dårlig psykisk helse</p>

Vedlegg 2. Søkedokumentasjon

Søkedokumentasjon fra PubMed, 21. mars 2023

History and Search Details						Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time		
#34	...	>	Search: (((((((aged[MeSH Terms]) OR (aged[Text Word])) OR (elderly[Text Word])) OR (older people[Text Word])) OR (frail elderly[MeSH Terms])) OR (frail elderly[Text Word])) AND (((((((home care services[MeSH Terms]) OR (home care services[Text Word])) OR (home health care[Text Word])) OR (independent living[MeSH Terms])) OR (independent living[Text Word])) OR (community health services[MeSH Terms])) OR (community health services[Text Word])) AND (((((((perception[MeSH Terms]) OR (perception[Text Word])) OR (emotions[MeSH Terms])) OR (emotions[Text Word])) OR (respect[MeSH Terms])) OR (respect[Text Word])) OR (trust[MeSH Terms])) OR (trust[Text Word])) OR (experience[Text Word])) AND (((patient safety[MeSH Terms]) OR (patient safety[Text Word])) OR (sense of safety[Text Word])) OR (security[Text Word])) OR (safety[Text Word])) AND ("2018/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]))	267	08:40:50		
#33	...	>	Search: ("2018/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])	7,443,800	08:38:13		
#32	...	>	Search: (((((((aged[MeSH Terms]) OR (aged[Text Word])) OR (elderly[Text Word])) OR (older people[Text Word])) OR (frail elderly[MeSH Terms])) OR (frail elderly[Text Word])) AND (((((((home care services[MeSH Terms]) OR (home care services[Text Word])) OR (home health care[Text Word])) OR (independent living[MeSH Terms])) OR (independent living[Text Word])) OR (community health services[MeSH Terms])) OR (community health services[Text Word])) AND (((((((perception[MeSH Terms]) OR (perception[Text Word])) OR (emotions[MeSH Terms])) OR (emotions[Text Word])) OR (respect[MeSH Terms])) OR (respect[Text Word])) OR (trust[MeSH Terms])) OR (trust[Text Word])) OR (experience[Text Word])) AND (((patient safety[MeSH Terms]) OR (patient safety[Text Word])) OR (sense of safety[Text Word])) OR (security[Text Word])) OR (safety[Text Word]))	808	08:37:20		
#31	...	>	Search: (((patient safety[MeSH Terms]) OR (patient safety[Text Word])) OR (sense of safety[Text Word])) OR (security[Text Word]) OR (safety[Text Word])	801,336	08:36:12		
#30	...	>	Search: safety[Text Word]	728,130	08:35:57		
#29	...	>	Search: security[Text Word]	80,440	08:35:49		
#28	...	>	Search: sense of safety[Text Word]	396	08:35:35		
#27	...	>	Search: patient safety[Text Word]	54,891	08:35:15		
#26	...	>	Search: patient safety[MeSH Terms]	25,198	08:35:06		

#25	...	>	Search: (((((((perception[MeSH Terms]) OR (perception[Text Word])) OR (emotions[MeSH Terms]) OR (emotions[Text Word])) OR (respect[MeSH Terms]) OR (respect[Text Word])) OR (trust[MeSH Terms]) OR (trust[Text Word])) OR (experience[Text Word]))	2,142,635	08:34:52
#24	...	>	Search: experience[Text Word]	805,617	08:33:39
#23	...	>	Search: trust[Text Word]	52,701	08:33:27
#22	...	>	Search: trust[MeSH Terms]	12,642	08:33:18
#21	...	>	Search: respect[Text Word]	400,617	08:33:00
#20	...	>	Search: respect[MeSH Terms]	916	08:32:50
#19	...	>	Search: emotions[Text Word]	109,109	08:32:35
#18	...	>	Search: emotions[MeSH Terms]	401,298	08:32:23
#17	...	>	Search: perception[Text Word]	418,941	08:32:07
#16	...	>	Search: perception[MeSH Terms]	476,819	08:31:45
#15	...	>	Search: (((((((home care services[MeSH Terms]) OR (home care services[Text Word])) OR (home health care[Text Word])) OR (independent living[MeSH Terms]) OR (independent living[Text Word])) OR (community health services[MeSH Terms]) OR (community health services[Text Word]))	344,537	08:31:26
#14	...	>	Search: community health services[Text Word]	33,944	08:31:07
#13	...	>	Search: community health services[MeSH Terms]	329,588	08:30:51
#12	...	>	Search: independent living[Text Word]	13,749	08:30:18
#11	...	>	Search: independent living[MeSH Terms]	10,911	08:30:05
#10	...	>	Search: home health care[Text Word]	2,957	08:29:45
#9	...	>	Search: home care services[Text Word]	38,876	08:25:35
#8	...	>	Search: home care services[MeSH Terms]	50,658	08:24:57
#7	...	>	Search: (((((((aged[MeSH Terms]) OR (aged[Text Word])) OR (elderly[Text Word])) OR (older people[Text Word])) OR (frail elderly[MeSH Terms]) OR (frail elderly[Text Word]))	5,989,711	08:24:39
#6	...	>	Search: frail elderly[Text Word]	16,729	08:24:24
#5	...	>	Search: frail elderly[MeSH Terms]	14,768	08:24:09
#4	...	>	Search: older people[Text Word]	39,363	08:23:51
#3	...	>	Search: elderly[Text Word]	300,082	08:23:36
#2	...	>	Search: aged[Text Word]	5,923,684	08:21:06

Forenklet søkestreng, brukt i Scopus og Web of Science:

(aged OR elderly) AND (“home care services” OR “home nursing” OR “home health care” OR “independent living”) AND (perception OR emotions OR respect OR trust OR experience) AND (safety OR “sense of safety”)

Håndsøk, brukt i Google Scholar, Idunn og Sykepleien.no:

Eldre AND trygghet AND helsetjenester



Senter for
omsorgsforskning

Omsorgsbiblioteket er et nasjonalt elektronisk bibliotek som samler, oppsummerer og tilgjengeliggjør forskning, utviklingsarbeid og andre kunnskapsbidrag om helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Biblioteket har fått sitt mandat av Helse- og omsorgsdepartementet og driftes av Senter for omsorgsforskning.

Dette er en oppsummering av kunnskap om hvilke forhold eldre hjemmeboende erfarer er viktige for at de skal føle seg trygge i eget hjem. Den beskriver og sammenfatter 18 forsknings- og utviklingsarbeider om temaene: «tjenester som skaper trygghet», «følelsen av å være hjemme», «hjelp og støtte fra familie og nettverk», «medbestemmelse og mestringsfølelse», «positive relasjoner og det å stole på tjenesteyterne», «oversiktlige og tilgjengelige tjenester» og «bruk av teknologi og digitale tjenester». De inkluderte studiene er gjennomført i Skandinavia og publisert i perioden 2018–2022.

Kunnskapsoppsummeringen er skrevet av Siv Fladsrud Magnussen (Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU), Karen Marie Øvern (Universitetsbiblioteket, NTNU) og Siri Andreassen Devik (Senter for omsorgsforskning, midt, Nord universitet).

omsorgsbiblioteket.no