

Edvin Magne Lillesæter

Hjemmeboende eldres erfaringer med velferdsteknologi. Experiences of elderly people living at home with welfare technology.

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Jørn Østvik

Mai 2022

Edvin Magne Lillesæter

**Hjemmeboende Eldres erfaringer med
velferdsteknologi.
Experiences of elderly people living at
home with welfare technology.**

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Jørn Østvik
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan hjemmeboende eldre opplever bruken av velferdsteknologi samt å undersøke hva vernepleieren kan bidra med for at teknologien skal oppleves som trygg å benytte seg av.

Metode: Metoden som er valgt er litteraturstudie, og tar for seg fem forskningsartikler med tilhørende relevant litteratur.

Resultat: Resultatene peker på mange gode opplevelser med velferdsteknologi, herunder en økt opplevelse av trygghet og ivaretagelse. Forståelsen for bruken av teknologien synes å være noe varierende, og dette kan ha sammenheng med eksisterende digital forståelse. Det er også ulikheter i hvor interesserte brukerne er i å aktivt involvere seg i valg knyttet til velferdsteknologien, og dette kan også ha sammenheng med digital forståelse, og følelsen av mestring. Ensomhet kommer frem som et negativt aspekt ved velferdsteknologi. Samtidig kan velferdsteknologi innebære stigma fordi den tydeliggjør aldringsprosessen, og er ikke alltid utformet i tråd med de eldres behov knyttet til blant annet diskresjon.

Konklusjon: Oppgaven konkluderer med at det behøves kompetente vernepleiere som introduserer velferdsteknologien på en måte som viser hvordan den gagnar de eldre, for å unngå at teknologien føles som et nederlag. Samtidig viser det seg at mestring og brukermedvirkning er viktige aspekter for at velferdsteknologien skal oppleves som nyttig og for at den skal bli brukt. Vernepleieren bør arbeide for å identifisere gruppen som står i fare for å bli ensomme knyttet til velferdsteknologien. Det er også aktuelt å benytte parterollen og empowerment som verktøy for å fremme de positive aspektene ved slik teknologi.

Summary

Purpose: The purpose of this thesis is to investigate how elderly people living at home experience the use of welfare technology, and to investigate what the social worker can contribute to the technology, for it to be safe to use.

Method: The method chosen is a literature study, and present five research articles with associated relevant literature.

Result: The results point to many good experiences with welfare technology, including an increased experience of security and care. The understanding of the use of the technology seems to be somewhat variable, and this may be related to the elderly's digital understanding. It is also differences in how interested users are in actively participating in choices related to welfare technology, and this may also be related to digital understanding, and the feeling of mastery. A negative aspect of welfare technology is loneliness. At the same time, welfare technology can involve stigma because it clarifies the aging process, and it is not always designed in line with the needs of the elderly related to for example discretion.

Conclusion: The thesis concludes that there is a need for competent social workers who introduce welfare technology in a way that shows how it benefits the elderly, in order to avoid the technology feeling like a defeat. At the same time, it turns out that mastery and user participation are important aspects for the welfare technology to be perceived as useful, and for it to be used. To identify those who can become lonely due to welfare

technology is important. It is also relevant to use the partner role and empowerment as a tool to promote the positive aspects of such technology.

Innholdsfortegnelse

1.1 Innledning	4
1.2 Begrunnelse for valg av tema	4
1.2 Avgrensning og problemstilling	4
1.3 Oppgavens disposisjon	5
2.0 Teori	5
2.1 Velferdsteknologi	5
2.2 Eldre hjemmeboende	7
2.3 Vernepleierfaglige områder	8
3.0 Metode	9
3.1 Fremgangsmåte	9
Tabell 1. PICO-skjema	10
3.2 Søkehistorikk	11
Tabell 2 Søkehistorikk	11
3.3 Litteratormatrise	13
Tabell 3. Artikkel 1	13
Tabell 4. Artikkel 2	15
Tabell 5. Artikkel 3	17
Tabell 6. Artikkel 4	20
Tabell 7. Artikkel 5	22
3.4 Analyse	24
Tabell 8. Tematabell	24
4.0 Resultater	25
4.1 Utfordringer	25
4.1.1 Stigma	25
4.1.2 Ensomhet	26
4.2 Muligheter	27
4.2.1 Trygghet og sikkerhet	27
4.2.2 Selvstendighet og mestring	27
4.3 Faktor for å lykkes	28
4.3.1 Brukermedvirkning	28
4.3.2 Kartlegging av kognitiv funksjon	29
5.0 Diskusjon	29
5.1 Ensomhet som følge av velferdsteknologiske løsninger	30
5.2 Empowerment som verktøy for brukermedvirkning	30
5.3 Behovet for brukermedvirkning for å sikre fremtidig behov	31
5.4 Hvordan minske stigma og fremme mestring og trygghet, ut ifra brukerens erfaringer?	32
5.5 Metodediskusjon	34
6.0 Konklusjon	35
7.0 Referanseliste	36

1.0 Innledning

I denne delen presenteres oppgavens innledende aspekter, før teorigrunnlaget etableres i kapittel 2.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet jeg har valgt for bacheloroppgaven er velferdsteknologi for hjemmeboende eldre. Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er fordi andelen eldre er betraktelig mye høyere nå enn før, noe som gjør at velferdsteknologi rettet mot eldre er svært dagsaktuelt. Ifølge SSB økte antall eldre i befolkningen med 164 000 fra 2008 til 2018, samtidig var antall sykehjemsplasser stabilt i den samme tiårsperioden (SSB, 2019). Dette peker på at det vil bli et større behov for å ivareta eldre mens de fremdeles bor hjemme i årene som kommer. Forskning på velferdsteknologi er nødvendig for å oppnå dette.

Helsedirektoratet anbefaler i sin fagrapport at det settes igang både en standardisering innenfor området, og også at det arbeides mot å iverksette en nasjonal arkitektur med gode og harmoniserende standarder. Det overordnede målet med velferdsteknologi er å sikre god helse og velferd for hele befolkningen, og området står overfor flere år med mye og ny utvikling (Helsedirektoratet, 2012).

1.2 Avgrensning og problemstilling

Problemstillingen blir som følgende:

«Hvordan opplever hjemmeboende eldre bruken av velferdsteknologiske løsninger, og hva kan vernepleieren gjøre for at denne teknologien oppleves som trygg for denne gruppen?»

Av oppgavens omfang, og ut ifra at forskningen ofte sier noe om velferdsteknologi generelt, vil det ikke skiller mellom de ulike typene av velferdsteknologiske løsninger. I enkelte momenter i oppgaven har det allikevel vært relevant å nevne hvilken type velferdsteknologi det er snakk om, særlig i eksempler og i resultat-delen.

Betegnelsen «eldre», «bruker», «pasient» og «tjenestemottaker» blir brukt om hverandre og omfatter mennesker over 67 år. Betegnelsen «vernepleier», «helsepersonell» og «tjenesteyter» blir også brukt om hverandre. Denne variasjonen i ordlyder begrunnes med leservennlighet og språklig variasjon.

Det teoretiske grunnlaget legger vekt på eldre, empowerment og enkelte av vernepleierens faglige oppgaver. Avgrensninger gjort i dette kapittelet har grunnlag i relevans knyttet til problemstillingen.

1.3 Oppgavens disposisjon

Oppgavens innledende del vil inneholde begrunnelse for valg av tema, avgrensning og problemstilling samt disposisjon. Videre i oppgaven presenteres relevant teori i form av velferdsteknologi, eldre hjemmeboende og vernepleierfaglige områder. I oppgavens metodekapittel gjøres det rede for fremgangsmåte og søkehistorikk samt at litteratormatrisene kan undersøkes i denne delen. I resultatbiten deles funnene inn i utfordringer, muligheter og faktorer for å lykkes, med tilhørende undertemaer. I kapittel 5 starter diskusjonen, som er delt inn i *ensomhet som følge av velferdsteknologiske løsninger, empowerment som verktøy for brukermedvirkning, behovet for brukermedvirkning for å sikre fremtidig behov og hvordan minske stigma og fremme mestring og trygghet ut ifra brukernes erfaringer*. Avslutningsvis i diskusjonskapittelet fremkommer metodediskusjonen som tar for seg relevante aspekter ved valgt metode.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven presenteres teori som er relevant for å belyse problemstillingen.

2.1 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi ansees som et relativt nytt begrep i helse og omsorgssammenheng. I boken til Moser (2019, s. 26) henvises det til første gang begrepet ble benyttet i en rapport fra Helse og omsorgsdepartementet. Begrepet velferdsteknologi blir der forklart som følger:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.» (Moser, 2019, s. 26).

Det kommer ikke frem hvilke typer teknologi som ansees som velferdsteknologi, men det legges heller vekt på at teknologien skal kunne gjøre det mulig for det enkelte individet å

mestre hverdagen uavhengig av sykdomsbilde. For å skille vanlig teknologi med velferdsteknologi finnes det tre kjennetegn. Den første tar for seg at teknologien blir brukt i en helse- og omsorgstjenestekontekst. Det andre kjennetegnet kommer frem ved at teknologien gjør det mulig å følge opp en bruker, eller yte omsorg uten å være fysisk til stede. Det tredje kjennetegnet er målgruppen den er beregnet til, som gjerne er tjenestemottakere. Dette kan være eldre, psykisk utviklingshemmede eller barn i spesielle situasjoner (Moser, 2019, s.26-27).

Innenfor velferdsteknologi er det blitt utarbeidet fire ulike kategorier. Noen av disse kategoriene kan være overlappende og en viss type teknologi kan tilhøre flere kategorier. Denne inndelingen er dannet utfra hvilke hensikter tiltaket har med et utgangspunkt tjenestemottakerens behov (Moser, 2019, s.29).

Kategori 1: «Trygghets- og sikkerhetsteknologi». Av ordlyden er denne teknologiens hensikt å ivareta brukerens eller pårørendes trygghet og sikkerhet. Eksempler på dette kan være trygghetsalarm, som gjør det mulig å tilkalle hjelp ved behov. Sensorteknologi er også innenfor denne kategorien som kan gi mye informasjon om brukeren. Eksempel på sensorteknologi er døralarm (Moser, 2019, s. 29-30).

Kategori 2: «Kompensasjon- og velværeteknologi». Dette omfatter teknologi som blir brukt for å kompensere for manglende ferdigheter, samt at det er med å fremme brukers deltakelse og velvære. Eksempler på dette kan være digitale kalendere, digitale medisindispensere og hørselshjelpemidler. Slik teknologi gjør det mulig for brukeren å strukturere hverdagen og gjøre det lettere i sosiale sammenhenger (Moser, 2019, s. 31).

Kategori 3: «Teknologi for sosial kontakt og kommunikasjon». Denne type teknologi har som hensikt å bidra til sosial kontakt for de som er isolert grunnet sykdom eller funksjonshemming. Disse løsningene blir i dag prøvd ut gjennom tjenesteapparatet og oppfølgingen av eldre hjemmeboende.

Kategori 4: «Teknologi for behandling og pleie». Hovedmålgruppen her er kronisk syke personer. Gjennom tettere og bedre oppfølging er målet at sykehusinnleggelse skal reduseres og mindre tilleggsbelastninger for den syke. Eksempel på teknologi som blir benyttet er telemonitorering, noe som gjør det mulig å gjennomføre ulike målinger fra brukers eget hjem, der resultatene blir sendt direkte til sykehuset (Moser, 2019, s. 32-33).

2.2 Eldre hjemmeboende

Eldre mennesker defineres som 67 år og eldre i *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11, s. 23). Det kommer frem at 40 000 av disse får tjenestetilbud i sykehjem, mens hele 225 000 får tjenester i eget hjem eller omsorgsbolig, hvor 2/3 er over 67 år gamle. Fra 2025 vil man se en drastisk økning av antall personer over 80 år (NOU 2011:11, s. 23-26). Samtidig vil gruppen som er over 70 år øke fra 11% i 2004 til 19 % i 2060. Dette er et resultat av de store etterkrigskullene samt at levealderen øker (Moser, 2019, s. 34).

Ved økende alder er det vanlig at funksjonsevnen blir nedsatt, og at deltakelse i dagliglivet reduseres. Om man ser på alle mennesker i Norge over 67 år var hele 74 % boende i egen bolig og uten tjenester fra det offentlige pr. 2011. 16 % av gruppen over 67 år bor i eget hjem med tjenester fra det offentlige samme år og de resterende 10% bor i omsorgsbolig eller institusjon. Mye tyder på at eldre på en generell basis har fått bedre helse fra perioden 1998-2008 (SSB, 2013, s. 63-65). Det er en politisk satsing at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig (Meld. St. 15 (2017-2018), S.1).

Videre er det viktig å se på antall yrkesaktive per person som er over 67 år, noe som påvirker velferdstilbudet, finansiering av pensjonister og helsetilbudet. I år 2000 fantes det 4,7 yrkesaktive for hver eldre. Når vi ser fram i tid vil denne verdien ligge på 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050. Samtidig pekes det på at en 80-åring kommer til å ha bedre økonomi, bedre boforhold og bedre helse i 2030 enn den gjorde i 2010. Dette gjør at man er bedre beredt for å håndtere redusert funksjonsevne som kommer med den naturlige aldringsprosessen (NOU 2011:11, s. 23-26).

Ved å benytte velferdsteknologi som gjør at man kan yte omsorg på avstand vil både tid og ressurser kunne brukes på andre oppgaver, noe som fører til økt effektivisering, billigere tjenester og økt produktivitet. (Moser, 2019, s. 34-35).

Mange eldre har også et ønske om å bo i eget hjem så lenge det lar seg gjøre. Ved hjelp av velferdsteknologi er det mulig å bo i omgivelser som man både kjenner til og mestrer. Dette gir også en følelse av kontroll over egen livssituasjon. Gjennom å mestre velferdsteknologien får den eldre en mestringsfølelse dersom teknologien er tilpasset. Det å bo i eget hjem kan dessuten gjøre at alderdommen oppleves som meningsfull og god (Sigurjónsson, 2017, s. 25).

Mye peker på at «fall», «ensomhet» og «kognitiv svikt» påvirker hverandre i stor grad. Eksempelvis dersom noen har opplevd et fall og derfor holder seg innendørs for å unngå videre fall, vil dette øke ensomheten, som igjen vil fremskynde den kognitive svikten.

Ved bruken av forebyggende tiltak og teknologi kan denne utviklingen forhindres. For mennesker over 65 år har omtrent 30% hatt et fall, og ved økende alder øker også prosenten. Ved fall med brudd er det normalt med langvarig funksjonsnedsettelse og behov for bistand i hverdagen. Det regnes med at det er omtrent 10.000 mennesker som får demenssykdommen hvert år. Når det kommer til ensomhet, føler 3% av aldersgruppen 60-79 år seg ensom. Om man sammenligner de med dårligere helse med de som har god eller utmerket helse, er ensomheten tre ganger større hos de med dårlig helse (NOU 2011:11, s. 30-32). Om man ser på aldersgruppen over 80 år melder hele 40% at de kjenner på ensomhet (Prop. 64 L (2019-2020), s. 7-8).

2.3 Vernepleierfaglige områder

Vernepleieren blir beskrevet ut fra 4 ulike roller som heter «partnerrolle», «brobyggerrolle», «ansvarsrollen» og «pådriverrollen» i boken *Vernepleierens rolle* (Brask et al., 2016). Vi skal se nærmere på «partnerrollen» ettersom dette er den rollen vernepleieren anvender oftest (Brask et al., 2016, s. 69).

Partnerrollen tar for seg samhandling på individnivå, og har et sterkt fokus på den gode relasjonen mellom den ansatte og bruker. Momenter som individuell tilpasning, samarbeid på brukerens premisser og dialog står sterkt i fokus for denne rollen (Brask et al., 2016, s. 63). Vernepleierens partnerrolle har også fokus på selvbestemmelse, noe som handler om at brukeren selv har rett til å medvirke i viktige bestemmelser i ens eget liv. Det er essensielt å se på de ressursene og mulighetene brukeren har, og legge dette til grunn for tilretteleggingen. Tilretteleggingen som blir gjennomført skal ha som formål å øke brukerens følelse av mestring og livskvalitet (Brask et al., 2016, s. 64-68). For å få til god tilrettelegging er aktiv lytting og turtaking i dialogen viktig, samt at det er to likeverdige parter (Brask et al., 2016, s. 52).

I boken til Ellingsen (2014, s. 66) henvises det til Fos yrkesetiske retningslinjer som påpeker det viktige målet med «empowerment» for vernepleiere. Det pekes også på viktigheten rundt økning av deltakelse og selvbestemmelse. Begrepet «empowerment» står i tilknytning til personer som er eller har tidligere vært i en avmaktssposisjon. Gjennom å arbeide med «empowerment» er målsetningen å styrke individets selvtillit, selvbilde, ferdigheter og øke deres kunnskap. Brukeren vil da oppnå en større kontroll over eget liv (Ellingsen, 2014, s.66). I følge Ellingsen (2014, s. 66-67) er derfor empowerment nært knyttet til kvaliteter som vi gjerne vil inneha - nemlig styrke, innflytelse, makt og kontroll. I arbeidet med eldre vil allikevel empowerment kunne by på spesielle utfordringer. Både i denne brukergruppen, og i andre sårbare grupper, vil spørsmålet «vet og vil individet sitt eget beste?» stilles (Ellingsen, 2014, s. 71). Det kan

være vanskelig å oppfylle målet med empowerment når vi har å gjøre med personer som for eksempel er rammet av demens eller annen kognitiv svikt. Når man legger vekt på at den eldre skal ta selvstendige valg, kan disse valgene være motstridende for vernepleieren med bakgrunn i profesjonsetikkens grunnlag (Ellingsen, 2014, s. 71). Altså kan empowerment føre til et dårligere helsetilbud grunnet fokuset på selvbestemmelse hos den eldre. Her er det da viktig at vernepleieren har evne til å reflektere over etiske dilemmaer, har god relasjonell og kommunikativ kompetanse og ikke minst utøve gode skjønnsmessige vurderinger. Skjønnsmessige vurderinger omhandler å ta valg ut fra relevante kriterier i en gitt beslutningssituasjon, og hvordan disse kriteriene skal forstås og anvendes (Ellingsen, 2014, s. 71-77).

3.0 Metode

Metoden som har blitt benyttet for å besvare problemstillingen er litteraturstudie. Ved å benytte en litteraturstudie vil man få en systematisk tilnærming i alle trinnene i prosessen. Det som kjennetegner en systematisk litteraturstudie, er at den har en oppsummering og sammenstilling av relevant forskning samt eksisterende kunnskap til et gitt forskningsområde. Gjennom en litteraturstudie får leseren god forståelse av det aktuelle temaet og problemstillingen. Hvordan man har kommet frem til kunnskapen skal dermed beskrives godt (Thidemann, 2019, s. 77-79). Grunnet problemstillingen var det mest hensiktsmessig å benytte kvalitative studier, siden disse har som mål å tilegne kunnskap om meninger, opplevelser, erfaringer, tanker og nyanser. Kvalitativ metode gir dermed dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 76).

3.1 Fremgangsmåte

I starten av prosessen ble det benyttet innledende litteratursøk (Thidemann, 2019, s.81) for å bli orientert i hva slags forskning og litteratur som fantes og hva den inneholdt. Databasene som ble benyttet var Idunn, Svemed+ og Google Scholar. Søkeordene som ble benyttet var «velferdsteknologi/welfare technology» og «erfaringer/experience». Det ble også søkt på ulike bacheloroppgaver for å få inspirasjon til søkeord og utforming av oppgaven. Gjennom det innledende litteratursøket fikk jeg bedre kunnskap om temaet og inspirasjon til andre søkeord som videre ble benyttet i det systematiske litteratursøket. Søkene som ble gjort var gjennomført med «or» og «and», samt at det måtte være fagfelleverdert. Ved funn av aktuelle artikler innenfor temaet ble det benyttet manuelt søk (Thidemann, 2019, s. 81), ved å se på referanselisten på artikler som belyser

problemstillingen. Prosessen endte allikevel opp med å velge fem artikler ved hjelp av systematisk søk, da dette ble ansett som mer hensiktsmessig og etterprøvbart. Før det systematiske søket ble satt i gang, ble det utarbeidet en PICO-tabell med grunnlag i det innledende søket. Siden denne litteraturstudien ikke sammenligner to type tiltak, ble C ekskludert fra tabellen. Tabell 1 viser denne tabellen som inneholder både norske og engelske søkeord. Ettersom det var få norske artikler, ble de norske søkeordene på «patient» og «outcome» ekskludert fra det systematiske søket.

Tabell 1. PICO-skjema

Patient (hvem/hva)	Intervention (hva)	Outcomes (resultater)
Engelsk: -Elderly or living at home or homecare or old people - Norway or norwegian or scandinavia Norsk: -Eldre or Eldreomsorg or Hjemmeboende -Norge or skandinavia	Engelsk: -Welfare technology or Technology Norsk: - Velferdsteknologi	Engelsk: - Experience or Safety or Independence/independent or Advantage or Disadvantage or Loneliness Norsk: - Erfaringer or trygghet or selvstendighet or fordeler or ulemper or ensomhet

Inklusjonskriteriene for denne studien var at artiklene måtte være nyere enn 2016 for å sikre ny forskning. Det var også gunstig å benytte artikler som hadde rot i Norge eller skandinaviske land, ettersom helsetjenesten i disse landene er sammenliknbar. Artiklene måtte være fagfellevurdert, og kun kvalitative artikler ble benyttet.

For å avgjøre hvilke databaser som skulle brukes, ble oversikten av databaser fra NTNU Universitetsbibliotek benyttet (NTNU, u.å.). Databasene som ble benyttet var Pubmed, Web of Science og Svemed+.

For å avgjøre om artiklene kunne benyttes for å belyse min problemstilling, ble det brukt sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). Disse sjekklistene er ment som et pedagogisk verktøy hvor man lærer å vurdere de vitenskapelige artiklene på en kritisk måte (Thidemann, s. 91). Alle utvalgte artikler har blitt kvalitetsvurdert ved hjelp av «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» (Helsebiblioteket, 2016).

Videre ble kanalregisteret (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.) benyttet for å sjekke om de ulike tidsskriftene som artiklene var utgitt i var fagfellevurdert. I tillegg ble det hjemmesiden til hvert tidsskrift undersøkt for å gi en øvrig bekreftelse på fagfellevurdering.

3.2 Søkehistorikk

Tabell 2 viser til søkehistorikken som er gjennomført. Med en slik søkehistorikk vil det være mulig å etterprøve søkene i senere tid. Tabellen viser til dato for søket, valg av database, valgte søkeord og deres kombinasjon, samt treff og hvor mange av artiklene som ble lest og valgt (Thidemann, 2019, s. 89). Etter at søkene var gjennomført, ble titlene i søket først lest. Ved artikler med relevante titler ble abstraktet lest. Dersom abstraktet synes å besvare problemstillingen ble artikkelen lest fra start til slutt. Deretter ble artiklene inkludert ettersom hvilke av de som best besvarte problemstillingen etter gjennomført sjekklisterføring (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 2 Søkehistorikk

Søkeda to	Søke nummer	Søkeord/ord-kombinasjone r	Avgrensning Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
21.04	1	(elderly or living at home or homecare) and (welfare technology or technology) and (experience or loneliness or independence or disadvantage) and (norway or norge or scandinavia)	Web of science Articles 2016 og nyere	86	23	9	1 Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers Older Adults' Engagement in Technology-Mediated Self-Monitoring of Diet: A Mixed-Method Study

22.04	2	(elderly living at home) AND (welfare technology) AND (experience)	Pubmed	15	6	5	1 Testing an app for reporting health concerns- Experiences from older people and home care nurses
22.04	3	(elderly OR old people or home) AND (welfare technology) AND (experience) AND (norway OR norge OR scandinavia)	Pubmed	71	15	12	1 'They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services
22.03	4	Velferdsteknologi	SveMed+ Peer reviewed Nyere enn 2016	5	5	3	2 Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? OG Hvilken nytte har hjemmeboende med

							hjelpebehov av velferdsteknologi?
--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------

3.3 Litteratormatrise

Ved hjelp av en litteratormatrise får man en god oversikt over hovedelementene i hver artikkel, og også samlet sett (Thidemann, 2019, s. 95). De 5 utvalgte artiklene blir presentert i tabell 3-7, hvor man får et overblikk over hva de ulike studiene har resultert i.

Tabell 3. Artikkel 1.

Referanse	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
Hensikt	Få en dypere forståelse rundt bruken av velferdsteknologi for eldre og deres pårørende.
Metode	Kvalitativ forskning. Gjennomførte intervju med eldre hjemmeboende og deres pårørende etter 5-6 mnd bruk av teknologien.

Utvalg/populasjon	<ul style="list-style-type: none"> -18 eldre hjemmeboende som er eldre enn 60 år. - Nylig fått "telecare" (velferdsteknologi) innen 0-3 mnd. - Ingen avgrensing av sykdom. - Variasjon i bistandsbehov. - Nære pårørende til eldre var også inkludert.
Resultater/ Hovedfunn	<p>Hovedfunn 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eldre opplevde økt trygghet og sikkerhet med bakgrunn i: <ul style="list-style-type: none"> - Mulighet for å oppdage ulykker, men også unngå dem med velferdsteknologi. - Muligheten for å kunne varsle personal dersom det har skjedd en ulykke og bli lokalisert med GPS dersom utendørs. <p>Hovedfunn 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eldre opplevde økt selvstendighet gjennom påminnelser og medisindispenser som gjorde hverdagen deres mer forutsigbar.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppfølgingsintervju etter 5-6 mnd. - Benyttet sitat for å styrke funnene. - COREQ sjekkliste benyttet. - Deltakere kunne selv bestemme tid og sted for intervjuet. - Intervjuene ble tatt opp. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De eldre var allerede kjent med velferdsteknologi og dette kan ha påvirket svarene.

Redegjort for etiske overveielser	<ul style="list-style-type: none"> -Studien er godkjent av NSD. -Deltakere fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiet. -Konfidensialitet (anonymisering) - Fokus på brukers tilstand og hensyn deretter.
Relevans	Studien tar for seg Eldres erfaringer knyttet til velferdsteknologi på en konstruktiv måte.

Tabell 4. Artikkel 2.

Referanse	<p>Glomsås, H.S., Knutsen, I.R., Fossum, M & Halvorsen, K. (2021) They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. <i>BMC health service research</i> 21(245), 1-11.</p> <p>https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4</p>
Hensikt	Undersøke Eldres hjemmeboende erfaringer rundt brukermedvirkning ved implementering og bruken av velferdsteknologi
Metode	<p>Kvalitativ studie med utforskende og beskrivende design.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 individuelle intervju med brukere over en periode på 6 mnd.
Utvalg/populasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakere fra 5 kommuner i Norge. 11 eldre kvinner og 5 eldre menn. - Alder på deltakere 65-95 - Deltakere måtte være kunne gi samtykke - Måtte være eldre enn 65 år - Måtte ha brukt velferdsteknologi i minst 6 mnd - Variert utvalg mtp kjønn, alder, erfaring og interesse av velferdsteknologi.

<p>Resultater/ Hovedfunn</p>	<p>Studien avdekket 4 hovedtema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utfordringer knyttet til brukermedvirkning i avgjørelser grunnet ulike preferanser hos den enkelte eldre. Hvor noen eldre ikke ønsket å ta stilling til valg, ønsket andre eldre å bli inkludert i valgene. 2. Hvordan den enkelte Eldres erfaring, kunnskap og trening i velferdsteknologi styrte dens mulighet for å etterspørre velferdsteknologi og delta i avgjørelser. De fleste deltakerne var enige om at det var viktig å få informasjon om hva som kunne tilbys av kommunen og generelt. 3. Hvordan Eldres erfaringer angående trygghet påvirket holdningene rundt velferdsteknologi og bruken av det. Hvor deltakerne uttrykte at velferdsteknologien ga en følelse av trygghet og at det var viktig for å videre benytte slik teknologi. 4. Det siste hovedtemaet handlet om hvordan eldre erfarte velferdsteknologi som et verktøy for å kunne bo lengre hjemme. Hvor flere av deltakerne uttrykte at slik teknologi var essensielt for å kunne fortsette og bo hjemme. De var positive til mer velferdsteknologi, så lenge den ville hjelpe dem å mestre hverdagen. Når velferdsteknologien kom til nytte, fikk deltakerne en følelse av mestring.
<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 informanter fra 5 ulike kommuner for å sikre bredde. - Ulik bakgrunn i form av alder, kjønn og interesse for velferdsteknologi. - Opptak ble gjort av intervjuene. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfatterne uttrykker at enkelte av informantene ga korte svar og at kunnskapsgrunnlaget kan ha blitt noe begrenset. - Informantene var i ulike stadier mtp implementering av bruk og hvor kjent de var med velferdsteknologi. Noe som kan ha påvirket brukers opplevelse.

Redegjort for etiske overveielser	<ul style="list-style-type: none"> - Studien fulgte prinsipper for medisinsk forskning fra "Helsinki Declaration" - Deltakere fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien - Deltakerne ga skriftlig samtykke - Deltakerne fikk skriftlig informasjon om mulighet for å kunne trekke seg fra studien. - Samtykkekompetansen ble vurdert. - Studien er godkjent av NSD
Relevans	Studien tar for seg Eldres erfaringer knyttet til implementering og bruk av velferdsteknologi.

Tabell 5. Artikkel 3.

Referanse	<p>Göransson, C., Eriksson, I., Ziegert, K., Wengström, Y., Langius-Eklöf, A, Brovall, M., Kihlgren, A. & Blomberg, K. (2017). Testing an app for reporting health concerns-Experiences from older people and home care nurses. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 13(2), 1-10.</p> <p>https://doi.org/10.1111/opn.12181</p>
Hensikt	Utforske erfaringer ved bruken rundt helserapporterings-app hos eldre mennesker med hjemmebaserte tjenester og erfaringer hos ansatte.
Metode	<p>Kvalitativ metode, eksplorativ. Eldre hadde tilgang til app for å melde inn helseproblemer, med tilgang til "self-care" råd, grafer og risikovurderinger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17 individuelle intervju (fra eldre) og 4 fokusgruppeintervju (fra ansatte)

Utvalg/populasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakere fra en urban kommune og en landlig/distriktlig kommune. - Måtte være eldre enn 65 år - Måtte bo i eget hjem med hjemmebasert helsetjenester. - Må være kognitive god nok til å delta. - 11 eldre kvinner og 6 eldre menn med forskjellig helsetilstand. - 12 kvinnelige ansatte
Resultater/ Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne opplevde læringen av den nye appen som spennende, moro, interessant og lett å lære. De følte seg stimulerte og så fram til å bruke teknologien. - De eldre i studien beskrev hvor lett den nye måten å kommunisere på var. - De eldre opplevde en følelse av sikkerhet gjennom innrapportering på appen samt økt selvtillit. - De eldre fikk en følelse av å være moderne ved bruk av velferdsteknologi, noe som ga dem positiv energi. - Gjennom «self-care» programmet i appen økte deres kunnskap og mulighet for å ta vare på seg selv. - De eldre opplevde engstelighet og bekymring for at hjemmebesøk ble redusert.

Kvalitetsvurdering	<p>Nivå 1</p> <p>Svakhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det var ansatte og ikke forskere som fant deltakere til studien. - De som deltok i studien var trolig mer interessert i velferdsteknologi enn de som ikke deltok i studien. - Ifølge ansatte var deltakerne i bedre form enn de som ikke deltok. <p>Styrke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troverdigheten i studien er opprettholdt gjennom kvalitative kriterier, pålitelighet og etterprøvelse. - Intervjuene ble gjennomført av 4 forskere med ulike perspektiv og kunnskap om feltet for pålitelighet. - De 4 forskerne hadde god dialog under arbeidet med analysen for å vedlikeholde påliteligheten. - Det er tatt med sitat fra eldre for å styrke etterprøvbarheten.
Redegjort for etiske overveielser	<ul style="list-style-type: none"> - De eldre mottok muntlig og skriftlig informasjon. - Informert om at deltakelse er frivillig og man kunne trekke seg når man ville. - Alle deltakere ga skriftlig samtykke. <p>For at det skulle bli likt fikk de eldre mulighet til å låne smarttelefon eller nettbrett.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etisk godkjenning av Regional Ethical Review Board. - Studien er utført i samsvar med retningslinjene hos Helsinki Declaration.
Relevans	<p>Studiens funn tar for seg Eldres erfaringer knyttet til læring og erfaringer gjennom bruk av velferdsteknologi.</p>

Tabell 6. Artikkel 4.

Referanse	<p>Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>, 3(2), 117-127.</p> <p>https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09</p>
Hensikt	<p>Hvilke erfaringer eldre hjemmeboende har med velferdsteknologi</p>
Metode	<p>Kvalitativ studie med individuelle intervjuer med brukere og fem fokusgruppeintervjuer med ansatte i to kommuner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13 intervju med eldre og et intervju med 2 eldre. Ca 1 time per deltaker. - Noen intervju ble gjennomført med folk som kjente dem godt. - Benyttet lydfiler og transkribering.
Utvalg/populasjon	<p>49 brukere mottok velferdsteknologi i to ulike kommuner, 15 av disse ble intervjuet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne var eldre og personer med funksjonsnedsettelse. - De fleste hadde en form for kognitiv svikt. - Utvalg av deltakere ble gjort med bakgrunn i individuelle behovskartlegginger.

<p>Resultater/ Hovedfunn</p>	<p>Studiens hovedfunn er kommet frem gjennom kategoriene tilfredshet, trygghet, selvstendighet, stigmatisering og menneskelige forutsetninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne beskriver at de var tilfredse med velferdsteknologien og at den var med på å gjøre dagen bedre. - Deltakerne beskriver en følelse av økt trygghet ved bruk av velferdsteknologi. Men var også opplevd falsk trygghet knyttet til tekniske problemer. - De fleste deltakerne forklarte at bruken av velferdsteknologi førte til økt selvstendighet. 3 deltakere opplevde ikke økt selvstendighet. Men heller å bli knyttet til hjemmet. - Studien peker på hvordan teknologiens utforming og virkemåte er påvirkende for bruken av velferdsteknologi gjennom deltakernes vilje og evne. Noen deltakere opplevde stigma grunnet velferdsteknologien. - Deltakerne beskriver at deres og ansattes interesse og kunnskap for velferdsteknologi var viktig for å kunne lykkes.
<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benyttet kriterier som troverdighet, pålitelighet, samstemmighet og overførbarhet for å fastslå vitenskapeligheten i studien. - Gjort opptak av intervjuene. - Fire ulike forskere med fire ulike teoretiske ståsted bidrar til objektivitet og nøytralitet. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien kan ha ekskludert personer som ikke var komfortable med å snakke med en forsker. - Utvalg av informanter ble gjort av prosjektmedarbeidere, noe som kan ha påvirket utvalget noe. - Noen av deltakerne bor i omsorgsbolig og ikke eget hjem.

Redegjort for etiske overveielser	<ul style="list-style-type: none"> - Studien er godkjent av NSD - Samtykkekompetansen er vurdert av prosjektledelse - Informantene har mottatt informasjon og gitt skriftlig samtykke til deltakelse i studien.
Relevans	<p>Studien tar for seg eldres erfaringer med velferdsteknologi, noe som treffer min problemstilling bra. Noen av deltakerne er psykisk utviklingshemmede og blir klassifisert som voksne. Derfor vil funnene rundt de eldre hjemmeboende være av sterkere relevans.</p>

Tabell 7. Artikkel 5.

Referanse	<p>Stokke, R., Hellesø, R. & Skogstad, M. (2019) Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>, 5(3), 7-20.</p> <p>https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02</p>
Hensikt	<p>Hensikten med studien er å undersøke hvordan velferdsteknologiske løsninger er med å påvirke samspillet mellom den eldre og ansatte. Samt hvordan teknologien påvirker samspillet av omsorg. Trygghetsalarm er benyttet som teknologi.</p>
Metode	<p>Empirisk studie i 2 kommuner med kvalitativ metodetriangulering. Observasjon og dybdeintervju med aktørene (sluttbruker, pårørende og personal i hjemmetjenesten) og litteraturgjennomgang av kommunale dokumenter. En liten kommune og en større kommune ble forsket på. Intervju varte mellom 30-60 min.</p>
Utvalg/populasjon	<p>11 sluttbruker (hjemmeboende og omsorgsbolig), 4 pårørende og 6 ansatte i hjemmetjenesten og 3 ledere/ nøkkelpersoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den eldre måtte ha erfaring med velferdsteknologi i minst 1 år. - Ulike kvalifikasjoner med tanke på kjønn, alder, boforhold og funksjonsnivå.

<p>Resultater/ Hovedfunn</p>	<p>Gjennom studien presenteres to hovedtemaer:</p> <p>1: Hvordan forventninger til en teknologi påvirker praksisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fantet ulike meninger rundt målet og hensikten knyttet til bruk av alarmer fra de forskjellige aktørene. Noe som førte til usikkerhet hos de eldre og ansatte. - Flere eldre kvidde seg for å ha på alarmer grunnet stigma og utseende på alarmer. Et ønske om å ikke bli sett på som skrøpelig. <p>2: Hvordan samskaping av tjenesten skjer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trygghetsalarmen ble ikke benyttet som tenkt i alle tilfeller grunnet mangel på informasjon, tidligere ubehagelige opplevelser eller mangel på brukermedvirkning. - Det pekes på viktigheten av kartlegging og om forutsetningene er der for å benytte teknologien. Dersom ikke er det en falsk trygghet. - Hvor noen eldre opplevde en økt følelse av selvstendighet og autonomi gjennom bruken av trygghetsalarmen, peker andre eldre på hvordan de ble hemmet av alarmer og holdt seg innendørs.
	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Et rikt datamateriale med 22 dybdeintervju og litteraturgjennomgang av material fra kommunene. - Strategisk utvalg av informanter for å sikre variasjon - Benyttet sitater som styrker funnene. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det blir oppfattet av kandidaten at forfatterne ikke har nevnt de ulike svakhetene artikkelen kan ha, og dette er en svakhet i seg selv. - Datamaterialet har tidligere blitt brukt i to tidligere artikler(reanalyse)

Redegjort for etiske overveielser	<p>Prosjektet fikk godkjenning fra NSD (norsk senter for forskningsdata).</p> <p>Skriftlig samtykke fra alle respondentene</p> <p>Sluttbrukere ble informert om studien og forespørt om observasjon av helsearbeiderne.</p>
Relevans	<p>Studien er med å belyse eldres erfaringer rundt velferdsteknologi og hvordan en enkel teknologi i praksis kan utspille seg som mer kompleks enn planlagt. Noen av deltakerne bor ikke i eget hjem, men funnene rundt opplevelsen av bruken er likevel relevant.</p>

3.4 Analyse

Etter utarbeidelsen av litteratormatrise, startet analysearbeidet som ble gjennomført etter Aveyards tematiske analysemodell (Thidemann, 2019, s. 96). Til å starte med var alle artiklene lest i sin helhet og deretter ble resultatkapitlene lest grundig gjentatte ganger for å identifisere tema som kommer frem i de fem forskjellige artiklene. Ved å studere resultatbiten i de fem ulike artiklene kom seks ulike tema tydelig frem. Temaene som ble valgt er relevante for å besvare problemstillingen. For å tydeliggjøre de forskjellige temaene i hver artikkel ble det benyttet markeringstusj i ulik farge for hvert tema. Det ble da lettere å se hvilke artikler som inneholdt ulik informasjon om de temaene som har blitt identifisert.

I etterkant av identifisering av temaene ble de seks forskjellige temaene sammenlignet og formet inn i tre hovedtemaer som kommer frem i tabell 8. Dette ble gjort med bakgrunn i oppgavens omfang, og for å sikre en leservennlighet. Det ble også sett på likheter og vurdert revidering av navn til disse temaene.

Tabell 8. Tematabell

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Utfordringer	X	X	X	X	X

Muligheter	X	X	X	X	X
Faktorer for å lykkes	X	X	X	X	

4.0 Resultater

I dette kapittelet gjøres det rede for resultater funnet i utvalgte artikler.

4.1 utfordringer

Et problem som blir påpekt mtp. videoovervåkning i artikkelen til Karlsen (2018, s. 1306) var at det ikke var lett å se om kameraet sto påskrudd eller ikke. Den eldre ble derfor ubekvem når hun skulle kle av seg for natten.

I artikkelen til Göransson erfarte de eldre at smarttelefonene var vanskelig å bruke, noe som førte til engstelighet og frustrasjon. Problemet var i hovedsak for liten skriftstørrelse og ukjente knapper, noe som gjorde innlogging og bruk vanskelig. Etter hvert ble de eldre kjent med hvordan det skulle gjøres og de opplevde da at den var lett å benytte seg av (Göransson et al., 2017, s. 7).

En annen utfordring deltakerne i studien til Isaksen opplevde ved bruk av medisindispenser, var å bli vekket tidlig selv om man vil sove lengre. Videre var det problematisk at det ikke var mulighet for å kunne ta med seg medisinen ut dersom man skulle noe den dagen, slik man kunne tidligere med den lille dosetten. Med medisindispenser måtte deltakerne vente til rett klokkeslett, noe som førte til at deltakerne følte seg bundet til hjemmet (Isaksen et al., 2017, s. 121).

4.1.1 Stigma

Det er ikke uvanlig å kjenne på stigma når det kommer til velferdsteknologi. Et eksempel på dette blir presentert i studien til Karlsen hvor en deltaker opplevde medisinpåminneren som ydmykende gjennom den vokale påminnelsen (Karlsen et al., 2018. s. 1307).

Stigma er ofte en grunn til at velferdsteknologi ikke blir benyttet. Variabler som teknologiens utforming og funksjonalitet vil være med å styre den eldres vilje og evne til å benytte seg av den. Dette kommer frem i artikkelen til Isaksen hvor det er beskrevet et par som begge hadde automatisk medisindispenser i hjemmet. Paret opplevde det som et problem og ble flau når dispenseren begynte å pipe når de hadde besøk. Grunnet stigmaet som medfulgte, valgte paret å avslutte bruken av den. En annen deltaker beskrev at når hun ikke ville føle seg som en pasient, så la hun igjen alarmen i hjemmet. (Isaksen et al., 2017, s. 120-121).

Det kommer frem i studien til Stokke at gjennom hvordan kommunen har beskrevet hvem som har bruk for velferdsteknologi, påvirkes følelser og holdninger brukere hadde til trygghetsalarmen. Det beskrives at alarmen er rettet mot mennesker som bor alene, trenger hjelp, føler seg utrygge, har helsesvikt og sykdom. Noe som utspilte seg i de eldres holdninger hvor noen hadde et ønske om å ikke bli assosiert til denne skrøpelige gruppen. Dette opplevde flere av de eldre som ubehagelig, og valgte derfor å skjule alarmen under klærne (Stokke et al., 2019, s. 14).

4.1.2 Ensomhet

Mange av deltakerne i studien til Karlsen beskrev at å måtte flytte til omsorgsbolig var det samme som å miste selvstendigheten. Men for en deltaker ble konsekvensen av selvstendighet og det å måtte bo hjemme et resultat av ensomhet (Karlsen et al., 2018, s. 1307).

I artikkelen til Glomsås kommer det frem at deltakerne ikke ble spurt om de ønsket medisindispenser fremfor fysisk besøk av helsepersonell. Det blir påpekt at for noen eldre er kontakten med helsepersonelt en viktig sosial kontakt som var god å ha for de som slet med ensomhet (Glomsås et al., 2021, s. 7).

En deltaker beskrev det slik:

“If I had the choice, I would have chosen someone to come. I am alone a lot. I think it is nice when someone comes here and talks to me,” (Glomsås et al., 2021, s. 7).

Gjennom bruken av velferdsteknologi kan antall besøk fra helsepersonell reduseres. Göransson artikkel viser til at eldre var engstelige for at antall hjemmebesøk fra helsepersonell ville reduseres (Göransson et al., 2017, s. 7).

En deltaker i studien beskrev det slik:

“I presume that this is about me being able to take better care of myself, by myself” (Göransson et al., 2017, s. 7).

4.2 Muligheter

4.2.1 Trygghet og sikkerhet

Gjennom bruk av velferdsteknologi kan man forhindre uhell som brann og fall, og øke eldres følelse av trygghet, sikkerhet og selvstendighet. Gjennom studien til Karlsen vil vi se nærmere på hvilke erfaringer deltakerne har gjennom ulike velferdsteknologiske løsninger. For å unngå fall og brann hos deltakere med fysiske nedsettelse ble det benyttet brannalarm koblet opp mot lys og vibrasjon i seng, mens lyssensorer ble benyttet for å unngå fall. Eldre med fysiske nedsettelse var bekymret over å være alene og falle uten å få hjelp. Da ble trygghetsalarmen og GPS erfart som en mulighet for å kunne varsle ansatte ved behov for hjelp, men også som en løsning for noen av utfordringene med å bli gammel og skrøpelig. Deltakerne opplevde å få raskere hjelp ved bruk av trygghetsalarm. Deltakerne ga også uttrykk for at GPS var med på å øke deres trygghet og sikkerhet (Karlsen et al., 2018, s. 1306).

I Glomsås artikkel tydeliggjør deltakerne at å føle seg tryggere er et kriterium for å ha en positiv holdning til teknologien. Deltakerne oppga en følelse av trygghet gjennom å ha trygghetsalarmen, og for de med GPS ble denne trygghetsfølelsen sterkere. Det kommer frem at ingen av deltakerne opplevde GPS-sporingen som påtrengende sporing (Glomsås et al., 2021, s. 6). Dette samsvarer med studien til Isaksen, hvor de i tillegg peker på økt mobilitet grunnet teknologien (Isaksen et al., 2017, s. 120-121). Deltakere i studien hos Stokke (2019, s. 16) opplevde også økt trygghet ved å eie trygghetsalarm. Deltakerne med kognitive nedsettelse mente at sensorteknologi var særlig viktig og følte på økt trygghet og sikkerhet gjennom bruken av komfyrvakt og kameraovervåkning. Noen av deltakerne ønsket heller bruk av kameraovervåkning mot å få tilsyn av fremmede på natten, dette opplevdes som tryggere for deltakerne (Karlsen et al., 2018, s. 1306).

4.2.2 Selvstendighet og mestring

I Glomsås artikkel var en gjentakende problematikk for deltakerne å få tatt medisinen til riktig tid, noe som tidligere har vært et problem. Ved hjelp av medisindispenseren kunne de nå ta medisinen selv, noe som førte til en følelse av selvstendighet og frihet for deltakerne (Glomsås et al., 2021, s. 7).

Funn i artikkelen til Glomsås peker på at de fleste deltakerne var fornøyde med bruken av velferdsteknologien. Flere av deltakerne fortalte at velferdsteknologi var en forutsetning for å kunne bo lengre i eget hjem. De var positive til å bruke mer velferdsteknologi dersom det gjorde hverdagen deres lettere. Selv med lite opplæring, følte de fleste at teknologien var lett å anvende. Når de erfarte at teknologien hjalp dem å huske ting, ga dette en følelse av mestring (Glomsås et al., 2021, s. 6-7).

Deltakere i studien til Göransson forteller at bruken av helsereportering-appen hadde motivert dem til å lære mer om smarttelefoner og deres helseproblematikk. De eldre beskrev læreprosessen som spennende, moro, lett og interessant å lære. Selvtilliten hos deltakerne økte da de mestret å bruke ny teknologi og de fikk en følelse av å være moderne. Å være moderne, og være med i tiden, ga igjen deltakerne positiv energi. Gjennom innrapporteringer av helseproblemer fikk deltakerne en følelse av å bli verdsett. Videre satte de eldre pris på funksjonen "self-care" (selvhjelp), som økte deres kunnskap og muligheter for å ta vare på seg selv. Noe som igjen førte til økt selvtillit (Göransson et al., 2017, s. 5-6).

I artikkelen hos Isaksen meddeler deltakerne at de var skeptiske til teknologien i utgangspunktet, men ble fornøyd etter hvert. De opplevde teknologien som et positivt bidrag i deres hverdag, og en glede over å ha mestret teknologien (Isaksen et al., 2017, s. 120). Videre beskrives det at alle utenom tre deltakere opplevde økt selvstendighet og egenkontroll. Det ble trukket frem eksempler som muligheten for å dra ut uten å varsle personell og slippe å vente på helsepersonell (Isaksen et al., 2017, s. 121).

4.3 Faktorer for å lykkes

4.3.1 Brukermedvirkning

I Glomsås studie kommer det fram at deltakerne hadde delte meninger når det kom til deltakelse og involvering ved implementering av velferdsteknologi. Noen av deltakerne mente at helsepersonell visste best og gjorde en korrekt avgjørelse på deres vegne. Andre deltakere ga uttrykk for at de ikke ville ta avgjørelsen grunnet manglende energi eller kunnskap. En ulempe i studien var at flere eldre ikke husket om de hadde blitt spurt om de ønsket å benytte velferdsteknologi. Noen av de eldre fortalte at de benyttet velferdsteknologi etter påtrykk fra helsepersonell eller pårørende. For noen var dette i orden, mens for andre var det ikke greit da de ønsket å ta valget selv. Teknologien ble allikevel brukt, da den eldre ønsket å unngå konflikt, eller hadde for lite kunnskap om teknologien selv. Eldre uttalte seg om at å kunne ta selvstendige valg og ha en følelse av kontroll i deres eget liv ble sett på som viktig. Deltakerne hadde uttrykt seg om at de ville være delaktige når helsepersonell foreslo velferdsteknologi for dem (Glomsås et al., 2021, s. 5).

I studien til Stokke kommer det fram at flere brukere av trygghetsalarmen hadde mottatt den etter ønske fra personal eller pårørende og ikke av eget ønske. En ansatt uttaler at

trygghetsalarmen i disse tilfellene ofte ikke ble benyttet som tenkt og heller hengt på en krok på veggen (Stokke et al., 2019, s. 15).

For å kunne være medvirkende i prosessen av anskaffelse og bruk av velferdsteknologi er informasjon en forutsetning. I Glomsås artikkel mener de fleste deltakerne at å få informasjon om velferdsteknologi og hva kommunen kunne tilby var viktig. Andre deltakere mente det ikke var nødvendig med slik informasjon før de ble dårligere og trengte teknologien. I flere tilfeller var det pårørende eller helsepersonell som anskaffet teknologien (Glomsås et al., 2021, s. 6).

I artikkelen hos Göransson påpeker en eldre deltaker at det er viktig å være fokusert, nysgjerrig og interessert i å lære for å bli kjent med hvordan velferdsteknologien skal anvendes (Göransson et al., 2017, s. 6).

4.3.2 Kartlegging av kognitiv funksjon

For at teknologi skal fungere og føre til trygghet må den eldre mestre å bruke den. I artikkelen til Stokke kommer det frem at det har skjedd flere episoder hvor den eldre ikke har mestret bruken av trygghetsalarmen, og lå på gulvet når hjemmetjenesten kom til den eldre. Flere eldre fortalte i studien at de ikke hadde mestret å bruke trygghetsalarmen grunnet at de ble uklare når ulykken skjedde. Det pekes på at kartlegging av Eldres evne til å mestre teknologien blir kartlagt i forkant av implementeringen. Kommunen har ikke rutiner for å følge opp om teknologien blir mestret av den eldre i etterkant (Stokke et al., 2019, s. 15-16).

For å kunne nytte seg av velferdsteknologi er det viktig at den kognitive funksjonen står i samsvar med hva som kreves for å benytte den. Dette vises i forskningen til Glomsås som pekte på at deltakernes innsikt i egen kognitive evne var variabel, noe som kan ha ført til feil bruk av teknologien. For eksempel da en deltaker ikke klarte å benytte trygghetsalarmen eller når en deltaker stiller seg spørrende til hvorfor medisindispenseren gjentar seg om at man må ta medisinen (Glomsås et al., 2021, s. 6).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet vil ta for seg en diskusjon av teori og resultater, som samlet sett forsøker å besvare problemstillingen.

5.1 Ensomhet som følge av velferdsteknologiske løsninger

Det kommer frem gjennom funnene at konsekvensen av å måtte bo hjemme alene var ensomhet (Karlsen et al., 2018, s. 1307). Dette kan være fordi det viser seg i Glomsås studie at for mange eldre var kontakten med helsepersonell viktig sosialt sett (Glomsås et al., 2021, s. 7). Samtidig var også eldre hjemmeboende engstelige for at hjemmebesøk fra helsepersonell skulle bli redusert (Göransson et al., 2017, s.7). Dette viser at de eldres stemme må bli hørt i forhold til deres behov. Det er viktig at kartlegging innenfor velferdsteknologi foregår på en slik måte at de som står i fare for å oppleve ensomhet knyttet til teknologien blir identifisert før teknologien benyttes. Dette forsterkes gjennom kunnskapen om at 4/10 eldre over 80 år kjenner på ensomhet (Prop. 64 L (2019-2020), s. 7-8).

Gjennom *Innovasjon i omsorg* kommer det frem at fall, ensomhet og kognitiv svikt påvirker hverandre (NOU 2011:11, s. 30-32). Dersom man tar tallene om ensomhet blant eldre over 80 år i betraktning samt deres erfaringer knyttet til ensomhet og velferdsteknologi, kan man gå ut ifra at dersom velferdsteknologien fører til ensomhet vil den nødvendigvis også kunne føre til fall og påfølgende kognitiv svikt. Et viktig poeng med velferdsteknologien, skal i følge Helse og omsorgsdepartementet, være at den fører til "økt sikkerhet, trygghet, sosial deltakelse og mobilitet..."(Moser, 2019, s. 26). Det viser seg gjennom funnene at dette kan problematiseres når det kommer til ensomhet. Vernepleieren har ulike verktøy å benytte seg av når det kommer til å forhindre ensomhet knyttet til velferdsteknologi. Ved å ta i bruk partnerrollen kan man fokusere på personens individuelle tilpasning, samarbeid på brukerens premisser og fokus på selvbestemmelse (Brask et al., 2016, s. 63), dette kan føre til at man unngår å implementere teknologien der det ikke er hensiktsmessig.

5.2 Empowerment som verktøy for brukermedvirkning

Begrepet empowerment vil kunne komme til syne dersom man legger til grunn at den eldre har kjent på en avmakt i forbindelse med implementeringen av velferdsteknologi. Avmakten kommer frem i funnene hvor noen ikke ble spurt om de ønsket å benytte teknologi som medisindispenser, som ble oppgitt å gjøre bevegelse utenfor hjemmet utfordrende - og slikt sett fungere som en faktor for økt ensomhet (Isaksen et al., 2017, s. 121). Empowerment handler om å oppnå en større kontroll over eget liv (Ellingsen, 2014, s. 66), og er derfor nært knyttet opp til ønsket mange eldre har om å kunne bo hjemme lengst mulig (Sigurjónsson, 2017, s. 25). Slikt sett vil utvikling av empowerment kunne bidra til at eldre får bo hjemme så lenge de ønsker på tross av at funksjonsevnen blir nedsatt og at deltakelsen i dagliglivet reduseres (SSB, 2013, s. 63-65).

Allikevel kan empowerment og brukermedvirkning problematiseres. Empowerment stiller på mange måter krav til at brukeren skal ha nok innsikt til å forstå sitt eget beste, og utfordringer kan oppstå i de situasjonene hvor dette ikke er tilfellet. I Stokke pekes det på viktigheten av at eldres evne til å mestre teknologien blir kartlagt (Stokke, 2019, s. 15-16). På en annen side har ikke kommunen gode nok rutiner for dette. Funn om kognitiv kartlegging viser dessuten at den eldre ofte kan ha liten innsikt i egen kognitiv evne (Glomsås et al., 2021, s. 6). Ellingsen (2014, s. 71) trekker frem spørsmålet om individet vet sitt eget beste, som viktig å stille seg for å ikke havne i en situasjon hvor man tilegner brukeren uhensiktsmessig mye innflytelse i lys av empowerment. Fordi informasjon kommer frem som en forutsetning for å ta i bruk velferdsteknologi (Glomsås et al., 2021, s.6), er det likefullt en forutsetning at informasjonen blir forstått på riktig måte.

De problematiserende sidene ved empowerment har blitt gjort rede for, men det kommer frem at empowerment også kan fungere styrkende i tilknytning til brukermedvirkning. Spørsmålet vil da være hvordan man kan bruke empowerment for å øke motivasjonen til å ta egne avgjørelser knyttet til velferdsteknologi. Funnene til Glomsås viser at mange av de eldre mente at helsepersonell visste best, og ønsket ikke å ta egne beslutninger (Glomsås et al., 2021, s. 5). Dette kan tyde på en grad av usikkerhet hos enkelte eldre, og da særlig de som ikke innehar teknisk kompetanse. Fordi funnene til Göransson (et al., 2017, s. 6) peker på at det er nødvendig å være nysgjerrig og interessert i teknologien for å bli trygg på den, vil det være naturlig å gå ut ifra at de som aktivt involverer seg i implementeringsprosessen også får bedre utbytte av teknologien. Vernepleieren har derfor en rolle til å motivere brukerne til å sette seg inn i teknologien slik at de blir trygge nok til å ta egne avgjørelser eller komme med ønsker. Poenget om at de eldre har godt utbytte av å involvere seg i teknologien kommer også frem i funnene til Göransson (et al., 2017, s. 6-5) hvor det beskrives en følelse av økt selvtillit knyttet til læringsprosessen - som også beskrives som spennende og moro.

Fordi empowerment er nært knyttet opp til autonomi, altså selvbestemmelsesrett, kan vernepleieren styrke brukerens empowerment via en økning i personens autonomi ved å:

- Sikre nødvendig og tilpasset informasjon
- Sikre samtykke
- Styrke brukernes selvtillit ved å aktivt lytte og skape en god relasjon

5.3 Behovet for brukermedvirkning for å sikre fremtidig behov

Sigurjónsson uttaler i sin bok at gjennom å bo i eget hjem kan alderdommen føles meningsfull og god (Sigurjónsson, 2017, s. 25). Samtidig peker funnene på at mange

eldre ønsker å bo hjemme lenger, og at velferdsteknologien er en forutsetning for dette (Glomsås et al., 2021, s.6-7). Man kan derfor trekke paralleller til bruken av velferdsteknologi og muligheten for å ha en god og meningsfull alderdom i eget hjem. Altså sier dette noe om viktigheten ved god implementert velferdsteknologi, og hvordan dette speiler en god hverdag for den eldre. Som nevnt i *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11, s.23) pekes det på at det vil være en drastisk økning av mennesker over 80 år de neste årene. Samtidig vil eldre over 80 år ha bedre boforhold, økonomi og helse (NOU 2011:11, s. 23-26). Dette indikerer at eldre vil kunne bo lengre i eget hjem i årene som kommer. Noe som også kan føre til at bruken av velferdsteknologi økes, og det stilles enda høyere krav til kvalitet, ikke minst brukervedvirkning.

Ved manglende brukervedvirkning ser man i studien hos Stokke (2019, s. 15) at resultatet kan være at teknologien ikke blir benyttet. Det pekes på behovet for informasjon i anskaffelsesprosessen, og viktigheten av dette for å kunne delta i avgjørelser (Glomsås et al., 2021, s.6), og sikre brukervedvirkning. Det vil derfor være betydningsfullt å benytte partnerrollen for å sikre god informasjon, følelse av mestring og kontroll over eget liv. Dette vil trolig øke sannsynligheten for at teknologien blir benyttet og dermed ikke blir liggende ubrukt, noe som fører til en falsk trygghet for ansatte, pårørende og brukeren selv. Ubenyttet teknologi vil være lite hensiktsmessig når man i årene som kommer vil se en økning i behovet av den.

5.4 Hvordan minske stigma og fremme mestring og trygghet, ut ifra brukerens erfaringer?

Funnene til Karlsen peker på at vokale påminnelser fra medisindispenseren kunne oppleves ydmykende (Karlsen, et al., 2018, s.1307), og funnene til Isaksen (et al., 2017, s. 120-121) forteller det samme. En annen pasient i studien til Isaksen fortalte at hun tok av seg alarmen utenfor hjemmet for å "ikke føle seg som en pasient" (Isaksen, et al., 2017, s. 120-121). Dette tyder på en grad av skam og stigma ikke bare knyttet til det å være mottaker av velferdsteknologi, men også til det å bli gammel. Det kan virke som at en del eldre mennesker ikke ønsker å bli plassert i en bås som "gammel og hjelpetrengende", og at de ikke ønsker at andre skal oppfatte de som gamle. Man kan stille seg undrende til hvorfor dette oppstår, når det hverken er uvanlig eller unaturlig å eldres. Det er allikevel mye fokus på at eldre skal klare seg selv lengst mulig og at de skal bo hjemme lenger enn før, noe velferdsteknologien som helhet er et bevis på. Samtidig er det en politisk målsetning at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig (Meld. St. 15 (2017-2018), S.1), og man kan også gå ut ifra at det er en sosial forventning i samfunnet om å holde seg ung og frisk. Summen av dette kan føre til det resultatene nettopp peker på; at velferdsteknologien ikke bare er en hjelpende hånd,

men også en bekreftelse på at alderdommen melder sin ankomst. I lys av funnene ser det også ut som at kommunenes holdninger til velferdsteknologien i en viss grad er styrende for hvilke holdninger brukerne har til den (Stokke et al., 2019, s. 14). Det beskrives at velferdsteknologien er rettet mot de som trenger hjelp og er utrygge eller syke. En del eldre som har behov for velferdsteknologi kjenner seg kanskje ikke igjen i denne beskrivelsen eller kan føle seg undervurdert, fordi det på en annen side er slik at eldre mennesker er friskere nå enn de var for bare noen år siden (SSB, 2013, s.63-65).

Moser (2019, s. 26-27) beskriver selve kjernen i velferdsteknologi som at den skal gjøre det mulig for det enkelte individet å mestre hverdagen. Det kan oppstå en implikasjon når det i funnene viser seg at enkelte eldre ser på velferdsteknologi som noe som viser at de *ikke* mestrer hverdagen.

Velferdsteknologi kjennetegnes dessuten blant annet ved at det blir brukt i en helse- og omsorgskontekst, og at det er en tjenestemottaker som benytter seg av den. Det er mulig at det er nettopp disse kjennetegnene de eldre ikke ønsker å bli assosiert med, da andre målgrupper kan være mennesker med store fysiske eller kognitive nedsettelse eksemplvis utviklingshemming, som er langt unna det bildet mange eldre har på seg selv og sin funksjon. Slikt sett er det nødvendig at vernepleieren tydeliggjør overfor både brukere og pårørende at velferdsteknologi skal ha en styrkende posisjon knyttet til brukerens eksisterende potensiale, og at den skal løfte brukerens selvstendighet heller enn å frata selvstendighet.

Ut ifra funnene kommer det på en annen side frem en økt følelse av trygghet ved å benytte seg av velferdsteknologi, eksempelvis ved bruk av GPS og sensorteknologi (Karlsen et al., 2018, s. 1306). Dette gir en klar indikasjon på at velferdsteknologien i mange tilfeller fungerer etter sin hensikt, dersom man lykkes i å frata den eldre skam eller andre hindringer knyttet til bruk. Som nevnt tidligere kommer involvering, og en følelse av mestring tydelig frem knyttet til hvilke faktorer som er bærende for at velferdsteknologien skal oppleves god (Göransson et al., 2017, s. 6). For å fremme gode opplevelser knyttet til velferdsteknologi er det dermed viktig å innta partnerrollen, som har et stort fokus på gode relasjoner og individuell tilpasning (Brask et al., 2016, s. 63).

Slik det kommer frem i Moser (2019, s. 34-35) kan man, ved å benytte velferdsteknologi, omfordele ressurser. Dette vil føre til effektivisering, billigere tjenester og ikke minst økt produktivitet. Disse tre punktene er alle svært ettertraktede innenfor helsesektoren, og samfunnet som helhet vil derfor ha mye å tjene på å forholde seg til velferdsteknologi på en måte som fremmer dens funksjon. Det kan være relevant å se på

velferdsteknologi kun som en moderne form for teknologi, altså å se mer bort ifra at det også handler om velferd, da dette kan virke stigmatiserende for noen. Enkelte av de eldre trakk frem følelsen av å være moderne ved å mestre og bruke teknologien, noe som over tid ga en følelse av økt energi (Göransson et al., 2017, s. 5-6).

5.5 Metodediskusjon

En styrke ved denne oppgaven er at det kun har blitt benyttet kvalitative artikler for å besvare problemstillingen. Ettersom bruken av kvalitative studier har kjernesporsmål som "Hvordan foregår..?" og "Hvordan oppleves...?" (Thidemann, 2019, s. 76), kan man få kunnskap om deres erfaringer knyttet til bruken av velferdsteknologi.

En svakhet ved oppgaven er studien til Stokke ved at den ikke kun inkluderer mennesker som bor i eget hjem, men også de på omsorgsbolig. Dette gjør at en del av resultatene kan anvendes allikevel, mens enkelte funn utgår. I studien til Isaksen inkluderer de mennesker med psykisk utviklingshemming som betegnes som voksne og ikke eldre, i tillegg til eldre hjemmeboende. Mange av funnene er likevel relevante da mange av resultatene sikter til de hjemmeboende eldre.

En øvrig svakhet ved oppgaven kan være at tre av artiklene som ble benyttet var skrevet på engelsk. Dette kan resultere i at ulike oversettelser har ført til en endret betydning og dermed påvirket resultatdelen, noe som videre kan ha påvirket oppgavens reliabilitet.

En styrke ved studien er at alle artiklene har forskningsdata fra nordiske forhold, noe som gjør resultatene sammenlignbare til norske forhold. Videre ble det benyttet fem artikler med ulike forskere for å styrke påliteligheten. Alle artiklene har blitt kvalitetsvurdert gjennom bruken av sjekklister (Helsebiblioteket, 2016) og ved å undersøke om de er fagfellevurderte ved hjelp av kanalregisteret (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.).

Når det kommer til utvalget av deltakere var oppgavens avgrensning satt til eldre over 67 år. Flere av studiene har deltakere som også er under denne alderen, men studiene ble allikevel tatt i bruk da den besvarte problemstillingen på en god måte gjennom deres erfaringer og bekymringer. En annen svakhet ved oppgaven var at deltakerne i studiene ofte viste seg å være mer interessert i teknologi, mot de som ikke deltok i studien. Dette kan gi et misvisende resultat for den eldre befolkningen på en generell basis.

En annen svakhet ved oppgaven er at ikke alt som var ønskelig å drøftes kunne være med grunnet oppgavens omfang. Det er derfor gjort en avgrensning av det studenten fant mest relevant å ta med.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hjemmeboende eldre sine opplevelser knyttet til bruken av velferdsteknologi, og videre hva vernepleieren kan gjøre for at teknologien oppleves som trygg for dem.

Gjennom funn av forskningsartiklene som ble benyttet kom det fram tre ulike kategorier som peker på utfordringer, muligheter og faktorer for å lykkes. Det kommer frem at teknologien kunne være vanskelig å benytte seg av i starten, men ved øving mestret de teknologien, noe som ga dem en følelse av mestring. Flere eldre opplevde stigma ved bruk av velferdsteknologi samt en frykt for redusert hjemmebesøk som kunne føre til ensomhet. For flere av deltakerne i de ulike studiene ga teknologien dem mer trygghet, sikkerhet, selvstendighet og mestring. Mye av teknologien gjorde deres hverdag lettere og mindre avhengige av hjelp fra helsepersonell.

For at teknologien skal gi positive utslag i eldre hjemmeboende sin hverdag kan vernepleieren fokusere på å benytte partnerrollen for å få til en god relasjon, som videre kan gi en god kartlegging over den eldres kognitive evne og nytte for velferdsteknologi. Med fokus på empowerment og partnerrollen vil man kunne minske stigmaet rundt velferdsteknologien. Ved at vernepleieren benytter partnerrollen vil man få en god kjennskap til den eldre for deretter å få et bedre grunnlag om ulike teknologi bør benyttes med tanke på ensomhetens utfordring.

Ved å benytte empowerment vil en styrke den eldres selvtillit og ferdigheter gjennom bruk av velferdsteknologi. Dette vil videre gi utslag i deres livskvalitet hvor flere eldre påpeker en tryggere og sikrere hverdag hvor de føler seg mer moderne som igjen gir dem energi. Deres mulighet for å bo hjemme så lenge som mulig vil da økes.

7.0 Referanseliste

- Brask, O.D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneverroller. En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.) *REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PUBLISERINGSKANALER*. Hentet fra: <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Ellingsen, K.E. (Red). (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Universitetsforlaget.
- Glomsås, H.S., Knutsen, I.R., Fossum, M & Halvorsen, K. (2021) They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC health service research*, 21(245), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>
- Göransson, C., Eriksson, I., Ziegert, K., Wengström, Y., Langius-Eklöf, A, Brovall, M., Kihlgren, A. & Blomberg, K. (2017). Testing an app for reporting health concerns-Experiences from older people and home care nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/opn.12181>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni) *Sjekklistor*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2012) *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030 (IS-1990)*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering->

[av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/_attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/_attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf)

- Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 117-127.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>

- 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>

- 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/>

- Moser, I. (Red.) (2019). *Velferdsteknologi en ressursbok*. Cappelen Damm AS.

- NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>

- NTNU Universitetsbibliotek. (u.å.) *Databases/Articles*. Hentet fra:
<https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/en/databasesarticles/>

- Prop 64 L (2019-2020). *Lov om eldreombudet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bb485537f0bd47c0add564b76e1fb193/no/pdfs/prp201920200064000dddpdfs.pdf>

- Sigurjónsson, J. B. (Red.). (2017). *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Cappelen Damm AS.

- Statistisk sentralbyrå. (2013, 27. juni) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra:
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b>

- Statistisk sentralbyrå. (2019, 17. september) *Eldrebolgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. Hentet fra:
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>

- Stokke, R., Hellesø, R. & Skogstad, M. (2019) Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 7-20.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>

- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave). Universitetsforlaget.

