



# Høgskulen på Vestlandet

## BER331 - Bacheloroppgave

BER331

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	29-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	20
<b>SIS-kode:</b>	203 BER331 1 HMH 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 325

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 11605

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 3

**Andre medlemmer i  
gruppen:** 329, 341

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Eldre og gamle sine erfaringer og holdninger med velferdsteknologi

Elderly and older's experience and attitudes towards assistive technology

**Kandidatnummer: 325, 329 & 341**

Bachelor i ergoterapi BER331

Fakultet for Helse og Sosialvitenskap

Veileder: Tina Taule

Innleveringsdato: 29.05.2019

Antall ord: 11605

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Forord

I begynnelsen av bachelorperioden måtte vi bytte forskningsspørsmål, tema og metode. Vi lærte at ting ikke alltid går som planlagt når det skal utføres en studie. Vi måtte omstille oss og motivere hverandre til å fokusere på et nytt tema. Etterhvert som vi fant et nytt kunnskapshull, økte motivasjonen. Vi har lært mye av hverandre, og ved å være tre studenter har vi hatt gode faglige diskusjoner. Sammen har vi sørget for et godt samarbeid med mye latter og glede, samt noen å dele frustrasjoner med.

Vi vil gjerne takke vår veileder Tina som har bidratt med gode råd og konstruktiv tilbakemelding. Samtidig vil vi gjerne rette en spesiell takk til Oda for all bistand med akademisk skriving og korrekturlesning av oppgaven. Det har vært til god hjelp og støtte i denne perioden. Vi vil i tillegg også takke Leon for motivasjon og støtte gjennom denne perioden, samt for at han har vært så tålmodig.

God lesning!

# Sammendrag

**Tittel:** Eldre og gamle sine erfaringer og holdninger med velferdsteknologi

**Forsknings spørsmål:** *Hva sier forskning om hjemmeboende eldre og gamle sine erfaringer og holdninger til velferdsteknologi i hverdagslivet?"*

**Formål:** Undersøke hvordan hjemmeboende eldre opplever bruk av velferdsteknologi i hverdagslivet, på bakgrunn av nasjonale dokumenter og tidligere forskning.

**Metode:** Et systematisk søk i databaser etter eksisterende forskning ble utført for å skape en litteraturgjennomgang av kvalitative studier. Det ble tatt i bruk inklusjons og eksklusjonskriterier ved valg av artikler, som videre ble kritisk vurdert. Det ble utført tematisk analyse av resultatene i de inkluderte artiklene.

**Resultat:** Eldres erfaringer og holdninger til velferdsteknologi er basert på deres interesser, kunnskap, tidligere erfaring og vilje. Samtidig er forholdet til pårørende også en viktig faktor. Noen av de eldre følte at velferdsteknologi var med på å gjøre de mer selvstendige, likevel var det viktig at deres privatliv ikke ble krenket.

**Konklusjon:** Eldre har individuelle erfaringer og holdninger til velferdsteknologi, derfor er det viktig å ta hensyn til etiske perspektiver og enkeltmennesket ved implementering.

**Nøkkelord:** Velferdsteknologi, eldre, gamle, erfaringer, holdninger

# Abstract

**Title:** Elderly and older's experience and attitudes towards assistive technology

**Research question:** "What does research say about elderly and older people, living at home, experiences and attitudes towards assistive technology in everyday life?"

**Aim:** The purpose of this study was to identify how elderly and older people living at home experience the use of Assistive Technology in everyday life, on the basis of national documents and previous research.

**Method:** A systematic search of databases was conducted to create a literature review of qualitative studies. Inclusion and exclusion criteria were used in the selection of articles, which were further critically evaluated. Thematic analysis of the results of the included articles was performed.

**Results:** Elder's experience and attitude towards assistive technology are based on their interests, knowledge, past experience and will. At the same time, the relationship with dependents are also an important factor. Some of the elderly felt that welfare technology helped them to be more independent, yet it was important that their privacy was not violated.

**Conclusion:** Older adults have individual experiences and attitudes towards assistive technology, therefore it is important to take into account the ethical perspectives and the individual when implementing assistive technology.

**Key words:** Assistive technology, elderly, older, experience, attitudes

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Figur og Tabell liste</b> .....	<b>7</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>8</b>
1.2 Formål og spørsmålsformulering.....	10
1.2.1 Problemstilling .....	10
<b>2.0 Kunnskapsgrunnlaget</b> .....	<b>11</b>
2.1 Paradigmet .....	11
2.1.1 Occupational justice.....	12
2.2 Begrepsmodeller for praksis .....	13
2.2.1 Modellen for menneskelig aktivitet .....	14
2.3 Relatert viten .....	15
2.3.1 Den Relasjonell modell for funksjonshemming .....	15
2.3.2 Brukermedvirkning .....	16
2.3.3 Etikk .....	17
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>18</b>
3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	20
3.2 Litteratursøket .....	22
3.3 Valg av litteratur.....	23
3.3.1 Validitet og overføringsverdi av inkluderte artikler .....	24
3.4 Analyse av inkluderte artikler .....	25
3.5 Etske vurderinger .....	26
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>26</b>
4.1 Person .....	32
4.1.1 Privatliv .....	32
4.1.2 Trygghet .....	33
4.1.3 Mestring.....	34
4.1.4 Stigmatisering .....	34
4.1.5 Motivasjon og tidligere erfaringer .....	35
4.1. 6 Personlig økonomi .....	35
4.2 Omgivelser .....	35
4.2.1 Utforming og funksjonalitet.....	35
4.2.2 Digital sikkerhet .....	36
4.2.3 Pårørende .....	37
4.2.4 Økonomi .....	37
4.3 Aktivitet .....	38
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>38</b>
5.1 Person .....	39
5.2 Omgivelser .....	42

5.3 Aktivitet .....	44
5.4 Metodediskusjon .....	45
5.4.1 Vår rolle som forskere.....	46
<b>6.0 Nytteverdi for praksis .....</b>	<b>47</b>
<b>7.0 Avslutning.....</b>	<b>48</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>50</b>
<b>Figur liste.....</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>55</b>
<b>Vedlegg 2.....</b>	<b>56</b>



## **Figur og Tabell liste**

Figur 1. Den relasjonelle modell for funksjonshemming

Figur 2. Trinnene i kunnskapsbasert praksis

Figur 3. Flytdiagram

Tabell 1. Inklusjon og eksklusjonskriterier

Tabell 2. Oversikt over aktuelle søkeord, kombinasjon og databaser

Tabell 3. Oppsummering av den kritiske vurderingen

Tabell 4. Temaer oppdaget etter tematisk analyse

# 1.0 Innledning

Ifølge det Store norske leksikon (Engedal, 2019) blir eldre definert som mennesker mellom 60 og 74 år, mens mennesker fra 75 år og oppover blir definert som gamle. I 2016 var forventet levealder for norske menn 80,6 år og 84,2 år for norske kvinner (Folkehelseinstituttet, 2018). Ifølge tall fra SSB er forventet levealder antatt å stige med syv år for menn og seks år for kvinner frem mot 2060 (Tønnessen, 2018). I 2033 er det forventet at det for første gang blir flere eldre, enn barn og unge i Norge (0-19). Dette betyr at forsørgerbyrden for eldre blir større enn for barn og unge (Tønnessen, 2018).

Alderdom er den fasen hvor alle mennesker i større eller mindre grad svekkes kroppslig og mentalt. Kroppen kan ikke utføre fysisk arbeid like effektivt og lenge som før, musklene stivner og leddene og knoklene blir svakere grunnet kalktap, hvilket kan øke faren for fall og brudd (Engedal, 2019). I tillegg bearbeider mennesker informasjon og tanker langsommere enn før, og innlæringsprosesser går saktere (Engedal, 2019). Disse svekkelsene kan påvirke eldre sin deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Kielhofner, 2010, s. 162). Det fremtidige skifte i forsørgerbyrden gjør at det kan bli mangel på helsepersonell med kompetanse på dette feltet. Det vil derfor være behov for nytenkning ved utnyttelse av menneskelige og materielle ressurser (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

Den teknologiske utviklingen kan være en viktig ressurs for å skape balanse mellom etterspørsel og tilbud i helsetjenesten. Velferdsteknologi kan være en viktig assistanse for ansatte i helsevesenet, og bidra til effektivisering av mange helse- og pleietjenester (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 25). Velferdsteknologi kan bli beskrevet som teknologisk assistanse som bidrar til blant annet økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og aktivitet til tross for nedsatt funksjonsevne. Det kan være med på å styrke eldres selvstendighet i hverdagen, og kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse på institusjon (NOU 2011:11, 2011, s. 99). Det blir anbefalt av helsedirektoratet (2012, s. 12) å etablere en nasjonal satsing knyttet til velferdsteknologi, som for eksempel Velferdsteknologisk innovasjonsprogram 2013-2020. Det kommer blant annet frem i programmet at kommunen skal ha en rolle i arbeidet for etablering av velferdsteknologi.

I enkelte norske kommuner har det blitt utprøvd “trygghetspakker”. Det er en sammensatt pakke av tjenester og teknologier tilpasset brukere (Røhne & Svagård, 2016, s. 8). I en kommune ble det erfart en reduksjon på 36% i kostnader ved bruk av teknologiske medisindispensere, i tillegg ble antall hjemmebesøk redusert med 42% (Røhne & Svagård, 2016, s. 40). I en annen kommune ble det brukt digitalt tilsyn, som er fellesbetegnelse for trygghetsalarmer og sensorer (Røhne & Svagård, 2016, s. 43). Ved bruk av digitalt tilsyn ble behov for institusjonsplass utsatt 21 måneder og behovet for omsorgsbolig utsatt med 16 måneder (Røhne & Svagård, 2016, s. 44).

En konsekvens av eldrebølgen er at det blir nødvendig for samfunnet å begrense antall institusjonsopphold, samtidig er det samfunnsøkonomisk lønnsomt at eldre bo hjemme lengst mulig (Evensen et al., 2009, s. 34). Hjemmet har stor betydning for vår identitet, og valg av aktiviteter er ofte knyttet til hjemmet, og rutiner i hverdagen. I hjemmet skapes gode minner og opplevelser, med blant annet familie og venner (Jacobsen, Legarth, & Sønnichsen, 2013, s. 64-65).

Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 21) beskriver at eldre selv skal bli inkludert i beslutninger som angår dem selv. Eldre skal i tillegg få mulighet til å leve lengst mulig hjemme, og få støtte og veiledning til å mestre sin hverdag. Dette er også lovfestet i verdighetsgarantiforskriften (2010, §1) som skal sikre at eldreomsorgen blir tilrettelagt slik at det sikrer en verdig, trygg og meningsfull alderdom. NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg (2011, s. 98) viser til at omsorgstjenester har et stort utbytte av velferdsteknologi, da det kan gi eldre en bedre mulighet for å klare seg selvstendig i hverdagen. I tillegg kommer det frem at eldre som tar i bruk velferdsteknologi opplever økt trygghet.

I stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 116) kommer det frem at ergoterapeuter er et av yrkene som vil være sentrale i utvikling, utprøving, innføring og bruk av velferdsteknologiske løsninger. Ergoterapeuter kan også være et viktig ledd mellom de forskjellige partene som er involvert, for eksempel hjelpemiddelsentralen, helse- og sosialpersonell og teknologimiljøer. Ergoterapeutens

kjernekompetanse vektlegger samspillet mellom person, omgivelser og aktivitet (Kielhofner, 2010, s. 60), noe som gjør at ergoterapeuten har en viktig rolle i arbeidet med å sikre at teknologien blir tilpasset enkeltmennesket (Jessen-Winge & Riddersholm, 2013, s. 32).

En økning i antall eldre vil medføre at flere har behov for hjelp til å mestre sin hverdag. Det er derfor et behov for nytenkning innen faget (Evensen et al., 2009, s. 9). Velferdsteknologi har en økende rolle i helsesektoren og er et relevant tema i dagens samfunn. Det er derfor viktig at velferdsteknologien er tilpasset eldre, og at de opplever mestring i stedet for avmakt og nederlag (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 25).

## **1.2 Formål og spørsmålsformulering**

På bakgrunn av nasjonale dokumenter og tidligere forskning er formålet med denne oppgaven å undersøke hvordan hjemmeboende eldre opplever bruk av velferdsteknologi i hverdagslivet. Denne kunnskapen kan brukes for å fremme betydningen av brukermedvirkning i videreutviklingen av velferdsteknologi, og dermed sikre at teknologien er tilpasset enkeltmennesket.

### **1.2.1 Problemstilling**

På bakgrunn av oppgavens formål, vil følgende forskningsspørsmål bli forsøkt besvart: *“Hva sier forskning om hjemmeboende eldre og gamle sine erfaringer og holdninger til velferdsteknologi i hverdagslivet?”*

## 2.0 Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget til ergoterapi består av paradigme, begrepsmodeller for praksis, og relatert viten (Kielhofner, 2010, s. 22).

### 2.1 Paradigmet

Paradigmet i ergoterapi har et fokus på aktivitet, og aktivitetens innvirkning på helse og livskvalitet. Det understreker at mennesket har et sterkt behov for å delta i aktiviteter, noe som er med på å skape deres mening med livet. Mennesket har behov for å være i deltakelse og liker å engasjere seg i praktiske, produktive og underholdende aktiviteter. Deltakelse i aktiviteter som daglige gjøremål og fritidsaktiviteter, er det med på å forme hverdagen og de eldres plass i tilværelsen. Det er gjennom deltakelse i aktiviteter mennesket utvikler sine evner, og knyttes til de sosiale og kulturelle omgivelsene. Ved mangel på eller redusert deltakelse i aktiviteter, kan det redusere personens livskvalitet, samt minske personens mulighet til utvikling og tilpasning, som kan føre til nedsatt kapasitet (Kielhofner, 2010, s. 58-59).

Aktivitet og deltakelse formes etter den eldres erfaringer, livsforløp, helse, kjønn, etnisitet, sivilstatus, boforhold og livsstil (Jacobsen, Legarth. & Sønnichsen, 2013, s. 63). Aktiviteter innen husarbeid, som f.eks. matlaging, vasking og vedlikehold, er en del av hverdagslivet som følger med mennesket fra ung voksen. Disse aktivitetene er utført over lengre tid, og kan knyttes til den eldres vane og identitet. Etter hvert som de slutter i lønnet arbeid kan disse aktivitetene få en større rolle innen å strukturere hverdagen (Jacobsen et al., 2013 s. 63). Ved nedsatt evne eller vansker med utførelse av de hverdagslige aktivitetene, kan den eldre oppleve redusert livskvalitet og meningen med tilværelsen kan svekkes (Kielhofner, 2010, s. 59).

### **2.1.1 Occupational justice**

Med Occupational justice menes rett til aktivitet og deltakelse (Christiansen & Townsend, 2014, s. 308). Begrepet fokuserer på å fremme sosiale og økonomiske forandringer som kan bidra til å fremme individuell, samfunnsmessig og politisk bevissthet, samt ressurser og like muligheter for aktivitet og deltakelse. Dermed kan mennesket oppfylle deres potensiale og oppleve velvære (Jacobsen et al., 2013, s. 62).

Occupational justice bygger på ergoterapiens grunnsyn, at mennesket er aktiv av natur, deltar i aktivitet som selvstendige individer og at aktivitet er kontekstavhengig. I tillegg er deltakelse i aktiviteter avgjørende for helse og livskvalitet. Manglende rett til aktivitet og deltakelse kan føre til aktivitetsfrarøvelse, meningsløshet og ubalanse (Wilcock & Townsend, 2013, s. 543). Noen av rettighetene i occupational justice er rett til å oppleve aktivitet som meningsfull og berikende, rett til å utvikle seg gjennom deltakelse i aktivitet og rett til å utøve individuelle eller felles selvbestemmelser gjennom valg i aktivitet (Christiansen & Townsend, 2014, s. 316).

Når et menneske opplever fratakelse av retten til aktivitet og deltakelse, oppstår det Occupational injustice. Dette oppleves som stress i utførelse av de hverdagslige aktivitetene og kan føre til sykdommer. Det kan utvikle symptomer for sykdommer som varierer fra fatigue til immunforstyrrelser. Videre kan det også oppstå samfunnsforstyrrelser og sosial oppløsning av helse, utdannelser og andre systemer (Christiansen & Townsend, 2014, s. 316). Aktivitetsfrarøvelse er en av konsekvensene av occupational injustice. Ved aktivitetsfrarøvelse opplever individer og grupper begrenset mulighet til utførelse av meningsfulle aktiviteter, grunnet ytre faktorer som er utenfor deres kontroll (Christiansen & Townsend, 2014, s. 316).

Hva som blir prioritert og verdsatt i et samfunn er det politiske styresettet, økonomi og kultur som bestemmer. Slike samfunnsskapt prioriteringer kan være med på å forme individets muligheter eller begrensninger for deltakelse i ulike aktiviteter (Bernhoft-Osa, Fjeldstad, Erichsen, Nes & Kötterheinrich, 2005, s. 25). Et eksempel på dette er regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020, som har dannet et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse og omsorgstjenestene. Dette programmet skal gi

mennesker økt mulighet til å mestre eget liv og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 44).

Empowerment er et sentralt begrep innen rett på aktivitet og deltakelse. Empowerment går ut på å mobilisere og styrke personers egne krefter samt å nøytralisere krefter som skaper avmakt (Bernhoft-Osa et al., 2005, s. 26). Prinsippet empowerment gjennom aktivitet går ut på at mennesker gjennom deltakelse i aktivitet skaper erfaringer og kunnskap, noe som kan påvirke evnen til å ta kontroll over eget liv. Empowerment gjennom aktivitet kan oppnås gjennom opplevelse av deltakelse, mulighet til å ta valg, meningsfullhet og balanse (Christiansen & Townsend, 2014, s. 322). Ved disempowerment kan personen oppleve mangel på mulighet til å forme sitt eget liv (Agner, 2017, s. 286).

Eldre som opplever svekkelse av evner som er forårsaket av alderdom, kan oppleve mangel på kontroll over egen kropp i utførelse av aktiviteter. Ergoterapeuter hjelper den eldre med å identifisere måter å øke kontroll over deltakelse i aktiviteter, som for eksempel å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger. Dette blir gjort ved å styrke personens egne krefter, som å motivere bruker til å ha tro på seg selv og at det er mulig å oppnå økt kontroll over egen kropp. Videre kan dette være med på å redusere gapet mellom samfunnets krav og personens evner. Ved å minimalisere fysiske, psykiske og sosiale barrierer er ergoterapeuten med på å fremme empowerment hos den eldre, som kan øke engasjement i deltakelse av aktiviteter (Agner, 2017, s. 285).

## **2.2 Begrepsmodeller for praksis**

Begrepsmodeller for praksis er modeller satt sammen av teori, forskning og ressurser for praksis, som blir benyttet av ergoterapeuter. Modellene har et spesifikt fokus, og ergoterapeuten må benytte seg av den som passer best til hver klients situasjon (Kielhofner, 2010, s. 25). I denne oppgaven har vi valgt å ta i bruk “modellen for menneskelig aktivitet” (MoHO), for å belyse hvordan velferdsteknologi kan ha innflytelse på samspillet mellom person, omgivelser og aktivitet (Kielhofner, 2010, s. 161-162).

### **2.2.1 Modellen for menneskelig aktivitet**

MoHO er en begrepsmodell for praksis som fokuserer på det dynamiske samspillet mellom aktivitet, menneskets indre karakteristikk og omgivelser. MoHO erkjenner at det kan være flere faktorer enn motoriske, kognitive og sensoriske hemninger som fører til vanskeligheter i utførelse av daglige aktiviteter. Disse faktorene kan være motivasjon til aktivitet, vedlikehold av positiv involvering i livsroller og rutiner, og innflytelse fra fysiske og sosiale omgivelser (Kielhofner, 2010, s. 161-162). I MoHO blir de indre menneskelige karakteristikkene delt i tre interagerende elementer: vilje, vane og utførelsessystemet (Kielhofner, 2010, s. 162).

Vilje er den prosessen hvor mennesket motiveres til å velge aktivitetene de utfører. Vilje begynner med menneskets naturlige trang til å utføre aktiviteter, og blir gjennom livet formet av livserfaring (Kielhofner, 2010, s. 162). Tankene og følelsene som utgjør vilje i MoHO er handlingsevne, verdier og interesser. Handlingsevne er de tanker og følelser den eldre har om sin personlige kapasitet og effektivitet. Verdier er hva den eldre anser som godt, riktig og viktig å gjøre. Interesser består av aktiviteter som er morsomt eller tilfredsstillende for den eldre å utføre. Dersom et menneske opplever funksjonsnedsettelse kan viljen bli påvirket og de eldre kan oppleve at de mister evnen til å fungere på den måten de selv synes er viktig (Kielhofner, 2010, s. 162-163).

Vanedannelse er en prosess hvor mennesker organiserer handlinger i mønstre og rutiner. Ved å utføre de samme handlingene i spesifikke kontekster lager mennesker vanemessige handlingsmønstre. Disse styres av vaner og roller. Vaner er innlærte måter å utføre aktiviteter som foregår automatisk. Roller kan gi den eldre en identitet og en følelse av forpliktelser som følger med de forskjellige rollene. En funksjonsnedsettelse kan påvirke de daglige rutine og rollene. Intervensjonen innen ergoterapi går ut på å konstruere eller rekonstruere vaner og roller (Kielhofner, 2010, s. 162-163).

Utførelsessystemet er mentale og fysiske evner, og hvordan de brukes og oppleves i aktivitetsutførelsen. Aktivitetsutførelse påvirkes blant annet av det muskuloskeletale-, nevrologiske- og kardiopulmonale system, som blir tatt i bruk når den eldre utøver en aktivitet. Utførelse kan også kreve kognitive evner, som for eksempel hukommelse (Kielhofner, 2010, s. 164).



Ifølge MoHO omfatter omgivelser både det fysiske-, sosiale-, kulturelle-, økonomiske- og politiske trekk i menneskets kontekst. Det er mange faktorer i omgivelsene som kan påvirke menneskelig aktivitet, som for eksempel fysiske gjenstander, andre mennesker, forventninger og kultur. Hvor godt gjenstander og rom er tilpasset den eldre påvirker aktivitetsutførelsen (Kielhofner, 2010, s. 165).

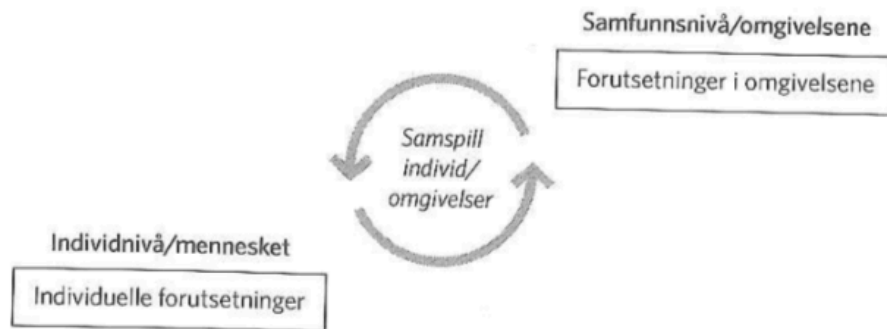
## 2.3 Relatert viten

### 2.3.1 Den Relasjonell modell for funksjonshemming

Den relasjonelle modellen for funksjonshemming (Figur 1) tar for seg deltakelse i aktiviteter, og er ikke avhengig av diagnosen til bruker. Den fokuserer på samspillet mellom mennesket og omgivelsene, og beskriver at «en funksjonshemming» kan oppstå i konkrete situasjoner i samfunnet. Modellen er utviklet av de nordiske velferdsstatene, men gjelder også for FN-konvensjonen, World Health Organization (WHO) og International Classification of Functioning (ICF) (Lid, 2018, s. 25-27).

Vi har valgt å ta i bruk modellen fordi den beskriver at eldre kan oppleve en “funksjonshemming” i hverdagen, hvis omgivelsene ikke er tilpasset. I oppgaven fokuserer vi på at velferdsteknologi kan øke de eldres mulighet til en selvstendig hverdag.

I modellen blir «funksjonshemming» beskrevet som et manglende samsvar mellom brukers forutsetninger og kravene omgivelsene stiller, der «funksjonshemming» er et komplekst samspill mellom mennesket og omgivelsene. Dette kan for eksempel være at eldre ikke lenger mestrer å bo selvstendig hjemme. Omgivelsene skal være tilpasset den eldres behov, og bidra til en selvstendig hverdag. Dersom eldre opplever en «funksjonshemming» i hverdagen, kan dette reduseres ved at omgivelsene blir tilrettelagt. Velferdsteknologi kan da være med på å styrke menneskets forutsetninger. Det overordnede målet med modellen er å oppnå et inkluderende samfunn (Lid, 2018, s. 25-27).



Figur 1. Relasjonell modell for funksjonshemming. Fra *Universell utforming, verdigrunnlag, kunnskap og praksis*(s. 26), av I.M. Lid, 2018, Oslo: Cappelen Damm.

### 2.3.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, der bruker har rett til å medvirke, og tjenesten skal involvere bruker i bestemmelser (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg kan brukermedvirkning bidrar til terapeutisk verdi, egenverdi og er et virkemiddel for å bedre og kvalitetssikre tjenesten bruker skal benytte. De eldre skal kunne være med å styre sitt liv, og ha mulighet til å påvirke sine omgivelser gjennom valg og ressurser, som kan øke den eldres selvbildet samt styrke motivasjonen. Brukermedvirkning kan også ha en positiv effekt på den terapeutiske prosess. Når bruker har behov for hjelp til å mestre sin hverdag, er det vesentlig at bruker blir tatt på alvor, behandlet med respekt, får hjelp og føler tillit og trygghet (Helsedirektoratet, 2017).

Å gi eldre økt selvstendighet og egenomsorg kan ha positiv effekt på mange. Det er imidlertid viktig å ta i betraktning at det alltid vil være noen eldre som i større grad har behov for helse- og omsorgstjenester. Eldre kan være sårbare og avhengig av å få hjelp, og det blir derfor helsetjenesten sitt ansvar å hjelpe mennesker med å dekke sine grunnleggende behov. I slike situasjoner er det vesentlig å bevare behovet for selvbestemmelse og opprettholde egne ressurser gjennom brukermedvirkning (Nakrem, 2018, s. 73).

Å skape mellommenneskelige relasjoner er sentralt innenfor helsehjelp, og brukermedvirkning. Det kan både skje ansikt til ansikt eller "fjernstyrt" gjennom

velferdsteknologi. Kommunikasjon skal formidles slik at bruker får en opplevelse av respekt og trygghet. Ergoterapeuten viser anerkjennelse ved å forstå og se brukers situasjon (Nakrem, 2018, s. 73-74). I møte med brukere som har behov for helsehjelp, er det ergoterapeuten sitt ansvar å skape og opprettholde gode relasjoner (Nakrem, 2018, s. 75-76).

### **2.3.3 Etikk**

#### **2.3.3.1 Etske grunnprinsipper**

Etske grunnprinsipper tar for seg hva samfunnet opplever som rett og galt. I en valgsituasjon der flere av løsningene har gode argumenter, er hovedutfordringen ofte å avveie etske prinsipper mot hverandre. I menneskerettighetserklæringen er alle mennesker unike, og den enkeltes integritet skal respekteres. Alle mennesker har rett til et privatliv, og bli møtt med respekt med hensyn til ulike holdninger (FN-sambandet, 2018). For å oppnå en positiv utvikling og identitet, er det en viktig forutsetning å kunne bestemme over sitt eget liv. Hvis bruker har evne til å ta avgjørelse selv, skal dette bli respektert og tilrettelagt (Øvsthus, Skeie & Kure, 2012, s. 58).

#### **2.3.3.2 Etske perspektiver**

Etikk kan beskrives som det som gjør et menneske til et menneske, og hvordan vi får et godt liv. Innføring av velferdsteknologi kan føre til ulike etske problemstillinger, og det er individuelt hvordan den påvirker de eldre. En etsk vurdering bør ta for seg hvordan teknologien endrer oppfatningen og vurdering av hva som er effektivt og god omsorg. Hva som utgjør god omsorg i det norske helsevesenet, kan endres og revideres når velferdsteknologi blir iverksatt (Kiran & Nakrem, 2018, s. 101-104).

Velferdsteknologi som blir tatt i bruk i Norge i dag er lett å ta i bruk, likevel kan det se ut som det vil ta tid før velferdsteknologi blir en del av kommunens helsetjenester (Helsedirektoratet, 2012, s. 39). Dette er blant annet på grunn av usikkerhet knyttet til hvordan teknologien vil påvirker brukergrupper innen kommunehelsetjenesten. Når kommunen tilbyr velferdsteknologi gjennom sin helsetjeneste, medfører det et juridisk og moralsk ansvar for hjemmeboende eldre, noe de ikke har hatt ansvar for tidligere. Innføring av velferdsteknologi

kan medføre at hjemmeboende eldre blir gjort til pasienter (Kiran & Nakrem, 2018, s. 105-106).

Et annet poeng ved at velferdsteknologi ikke blir tatt i bruk i kommunehelsetjenesten, kan være helselovgivningen og personvernet i Norge. Dette påvirker innføring av teknologier som lagrer data og personopplysninger. Noen har negative holdninger til velferdsteknologien fordi det påvirker livssituasjonen til den eldre. Det kan være vanskelig å se hvordan teknologien kan påvirke positivt for den eldre, fordi det krever mye å bruke den. Opplæringen tar for seg at helsepersonell og pårørende får ansvar for å lære eldre hvordan utstyret skal bli tatt i bruk (Kiran & Nakrem, 2018, s. 105-106).

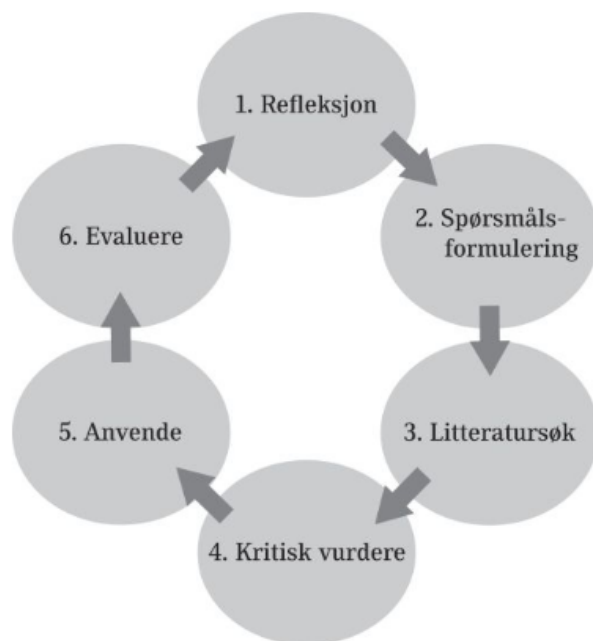
En annen utfordring med velferdsteknologi er at den ikke er tilpasset brukers behov og livssituasjon. For hjemmeboende eldre er det en stor individuell forskjell på hvilke behov teknologien skal dekke. Hvis bruker opplever at teknologien er lite tilpasset sin situasjon, vil det være lettere å få hjelp av hjemmesykepleien. I slike tilfeller kan det være viktig å presentere for både helsepersonell og bruker at velferdsteknologi ikke bare er et hjelpemiddel, men et virkemiddel som kan bidra til økt frihet i livssituasjonen (Kiran & Nakrem, 2018, s. 106-107).

## 3.0 Metode

Formålet med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvordan hjemmeboende eldre og gamle opplever velferdsteknologi på bakgrunn av nasjonale dokumenter og tidligere forskning. For å besvare forskningsspørsmålet benyttet vi oss av litteraturgjennomgang. Dette involverte å søke etter, vurdere, evaluere og kombinere relevant litteratur (Aveyard, 2014, s. 2). Ved bruk av denne metoden oppstår det ny kunnskap som enten besvarer på forskningsspørsmålet, eller tydeliggjør behovet for mer forskning (Aveyard, 2014, s. 4-5). I litteraturgjennomgangen har vi søkt etter forskningsartikler med kvalitativ design, da dette er det foretrukne studiedesignet for å innhente kunnskap om erfaringene og holdningene til eldre og gamle (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reiner, 2007, s. 35).

Dette ble gjort ved å finne, kritisk vurdere og analysere eksisterende forskning, som deretter sammenfattes, for så å danne en systematisk litteraturstudie av kvalitative studier. Vi benyttet

oss av de fire første trinnene i kunnskapsbasert praksis i arbeidet med metoden (figur 2.). Vi har ikke tatt i bruk de to siste trinnene, fordi disse omhandler å ta i bruk kunnskap fra den vitenskapelige litteratur i praksis (Nortvedt et al., 2007, s. 158), og evaluering av praksis (Nortvedt et al., 2007, s. 172). De siste trinnene er ikke relevant for oss i denne oppgaven fordi arbeidet avsluttes etter fjerde trinn. Likevel kan trinnene være relevant når vi møter eldre i praksis, og kan ta i bruk funnene fra litteraturstudien.



Figur 2. Trinnene i KBP. Fra “Kunnskapsbasert praksis” av helsebiblioteket.no, u.å (<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>).

Hensikten med kunnskapsbasert praksis er å finne relevant forskning, som besvarer forskningsspørsmålet og tetter kunnskapshullet (Nortvedt et al., 2007, s. 13). Det første trinnet i kunnskapsbasert praksis består av refleksjon, hvor vi har reflektert over egen praksis og om det foreligger et kunnskapshull (Nortvedt et al., 2007, s. 18). I dette tilfellet er kunnskapshullet eldre og gamles erfaringer og holdninger ved bruk av velferdsteknologi. For å finne relevant forskning ble det tatt i bruk søkeord som var strukturert etter PICO (vedlegg 1). PICO står for, Population/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, og er et verktøy som konkretiserer spørsmålsformuleringen. PICO har på denne måten vært med på å veilede

for å systematisere søkestrategien (Nortvedt et al., 2007, s. 29). Vi brukte forskjellige termer på engelsk og norsk for velferdsteknologi og eldre, samt det engelske ordet for erfaring.

I begynnelsen av søkeprosessen ble det gjort søk etter systematiske oversikter som besvarer forskningsspørsmålet, for å undersøke om det var et kunnskapshull. Det ble funnet eldre systematiske oversikter, men vi valgte å ekskludere de fra den kritiske vurderingen, fordi artiklene inneholdt både ny og gammel informasjon (Kunnskapssenteret, 2015, s. 9). Disse var ikke relevant grunnet hastigheten til den teknologiske utviklingen, som gjør at informasjonen kan være utdatert. Det ble også gjort et foreløpig søk for å undersøke om det fantes tilstrekkelig antall primærstudier til å utføre en litteraturstudie (Kunnskapssenteret, 2015, s. 22). I dette søket fant vi nye emneord og tekstord som var benyttet i forskningsartiklene, som ble inkludert i PICO-skjemaet, se vedlegg 1. Vi har valgt å kun inkludere primærstudier for å finne ny oppdatert forskning som besvarer vårt forskningsspørsmål.

### **3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

Vi har laget inklusjon og eksklusjonskriterier, for å velge ut hvilke artikler som er relevant for oppgavens forskningsspørsmål (Aveyard, 2014, s. 76). Inklusjon- og eksklusjonskriteriene for de vurderte artiklene vises i tabell 1.

Forskningsspørsmålet: “Hva sier forskning om hjemmeboende eldre og gamle sine erfaringer og holdninger til velferdsteknologi i hverdagslivet?”.

Tabell 1. Inklusjon og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Hjemmeboende eldre mennesker 65 år og eldre	Mennesker under 65 år, eldre på institusjon
Intervensjon	Velferdsteknologi / teknologi	
Språk	Engelsk og skandinaviske språk	Andre språk
Studiedesign	Kvalitativ, som baserer seg på Eldres erfaring med velferdsteknologi	Systematisk oversikt, kvantitative studier, kvalitative studier som baserer seg på erfaring fra helsepersonell og pårørende
Tidsperiode	Inkluderer studier fra 2014-2019	Eldre enn 2014

Vi har valgt å kun inkludere artikler fra tidsperioden 2014 til 2019, på grunn av hastigheten til den teknologiske utviklingen, og at velferdsteknologien stadig er i endring (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 15). Teknologien i artikler publisert før 2014 kan være utdatert og det er mulig at det har kommet nye løsninger eller utforminger. Vi ekskluderte artikler som ikke var skrevet på engelsk eller skandinavisk, fordi vi ikke kan sikre en korrekt oversettelse.

Vi valgte å fokusere på hjemmeboende eldre fordi det er viktig for eldre å kunne bo hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 21), samtidig er det samfunnsøkonomisk gunstig (Evensen et al., 2009, s. 34). Velferdsteknologi kan øke muligheten for at eldre kan bo lengre hjemme, som i tillegg kan øke livskvaliteten (NOU 2011: 11, 2011, s. 98). Vi valgte å ekskludere de som bor på institusjon fordi årsaken til flytting ofte er redusert funksjon, og de mottar allerede helsetjenester.

## 3.2 Litteratursøket

For å styrke litteraturstudiens kvalitet har vi utført søk i flere databaser, for å finne primærstudier som samsvarer med inklusjonskriteriene (Kunnskapssenteret, 2015, s. 26). Det ble gjort søk etter kvalitative studier i Cinahl på bakgrunn av at denne databasen har god dekning innenfor kvalitativ forskning. Det ble også gjort søk etter kvalitative studier i de generelle databasene Embase, Cinahl, Medline, Oria, SweMed+ og Epsitemonikos (Nortvedt et al., 2007, s. 45), for å få et bredere søk.

OTseeker er en database som er særlig relevant for ergoterapeuter. Det ble gjort søk i denne databasen for å finne studier som er rettet mot ergoterapeuter (Helsebiblioteket, u.å). Studiene som ble funnet i denne databasen oppfylte ikke inkluderingskriteriene som omhandlet tidsperiode og studiedesign, og ble derfor ikke inkludert i oppgaven. For å få med et ergoterapeutisk perspektiv, har vi utført søk i internasjonale tidsskrifter etter fagartikler som passer med inkluderingskriteriene.

For å finne relevante forskningsartikler utarbeidet vi aktuelle emneord og tekstord, og benyttet oss av en kombinasjon av disse i søket (Kunnskapssenteret, 2015, s. 29). Vi benyttet oss av verktøyet MeSH i utarbeidelsen av emneord og tekstord, og for å finne de rette begrepene på engelsk. PICO ble som nevnt tatt i bruk i søket, hvor vi utarbeidet søkeord på populasjon, intervensjon og utfall (Vedlegg 1). Tabell 2 viser en oversikt over aktuelle søkeord, kombinasjonen av disse og databaser der de inkluderte artiklene ble funnet.



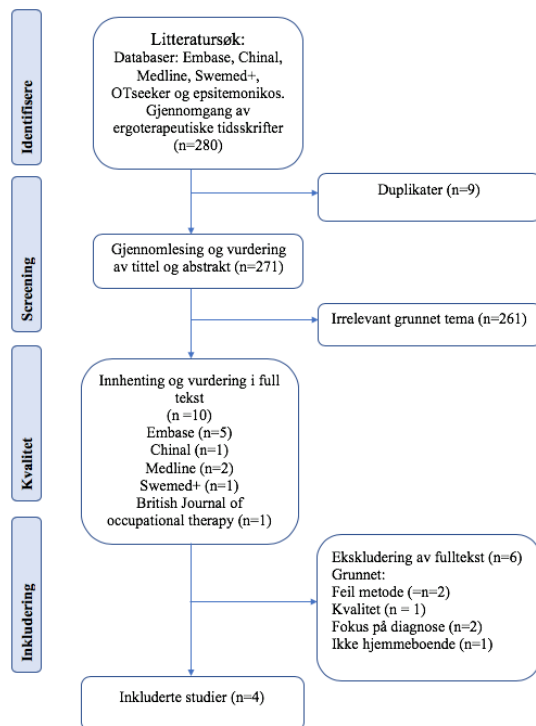
Tabell 2. Oversikt over aktuelle søkeord, kombinasjon og databaser.

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER
1. Eldre 2. Elderly 3. Retired 4. Aged 5. Aged, 80 and over 6. Elder 7. Older 8. Velferdsteknologi 9. Assistive technology 10. Welfare technology 11. Expirience 12. safety 13. Aging in place	Embase	(1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7) AND (8 OR 9 OR 10) AND (11)
	Cinahl	(1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7) AND (8 OR 9 OR 10) AND (11)
	Medline	(1 OR 2 OR 4) AND (8 OR 9 OR 10) AND (11 OR 12)  (13)
	Swemed+	(9) AND (4)

### 3.3 Valg av litteratur

Valg av litteratur foregikk i stadier. Først ble titler og sammendrag vurdert ut ifra inklusjonskriteriene og relevans til forskningsspørsmålet. Videre ble potensielt relevante artikler innhentet i fulltekst for gjennomlesning (Kunnskapscenteret, 2015, s. 36). Disse artiklene ble kritisk vurdert ved hjelp av “Sjekkliste for kvalitative studier” som er utviklet av kunnskapsbasertpraksis.no (vedlegg 2). Den kritiske vurderingen tok for seg korrekt valg av studiedesign, studiens kontekst, begrunnelse av valg av populasjon og om datainnsamlingen/dataanalysen blir klart beskrevet og er systematisk (Kunnskapscenteret, 2011)

Etter at artiklene var kritisk vurdert ble artiklene som hadde metodiske feil eller ikke passet med inklusjonskriteriene ekskludert. De gjenværende artiklene ble kritisk vurdert igjen av en ny person i gruppen, for å sikre validitet. Videre ble disse inkludert i litteraturgjennomgangen. Vi har illustrert prosessen til valg av litteratur i et flytdiagram (figur 3.), basert på en mal utarbeidet av Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, the PRISMA group, 2009, s. 3).



Figur 3. Flytdiagram

### 3.3.1 Validitet og overføringsverdi av inkluderte artikler

Det er viktig å ta i betraktning at ingen oversikter er perfekte. Det kan være både positive og negative sider ved å kun velge artikler som har høy kvalitet. Ved høy kvalitet på forskningsartikler, blir resultatene mer troverdige, men på den andre side kan artikler som blir ekskludert inneholde relevant informasjon, for å besvare forskningsspørsmålet (Aveyard, 2014, s. 138-139). Samtidig kan artikler med lav kvalitet gi ugyldig informasjon.

Ved inkludering av artikler tok vi i bruk “older adults` experiences of daily life occupations as everyday technology changes” (Ryd, Malinowsky, Öhman, Kottorp & Nygård, 2018, s. 601) og “Older adults` reasons for using technology while aging in place” (Peek et al., 2015, s. 226). Artikkelen tar for seg elders erfaring med teknologi i hverdagen. I artikkelen blir teknologi beskrevet som alt fra kaffemaskin til smarttelefon, og ikke velferdsteknologi som vi fokuserer på. I kvalitative studier er det sjeldent at funnene er generaliserbare, men likevel er målet at kunnskapen fra studien kan ha overføringsverdi, og brukes av andre (Forskningsetiske Komiteer, 2010, s. 13-14). Resultatene i disse studiene ga oss kunnskap som har overføringsverdi til eldre og gamles holdninger og erfaringer med velferdsteknologi.

Vi inkluderte også artikkelen “Technology and trust: elders’ people’s perspective of a home monitoring system”. Selv om denne artikkelen bare omhandler en type velferdsteknologi, sensor overvåkning. Denne artikkelen inneholder gode sitater som viser at de eldre har reflektert over implementering av velferdsteknologi i hverdagen (Lie, Lindsay & Brittan, 2016, s. 1501). I kvalitative studier bidrar deltakerne med essensiell informasjon. Det er viktigere at deltakerne bidrar med data av betydning, enn at det er mange deltakere i studien. Altså på tross av få deltakere, kan dette føre til overføringsverdi i praksis (Forskningsetiske Komiteer, 2010, s. 14).

Til tross for at artikkelen “Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi” inkluderte både hjemmeboende eldre og psykisk utviklingshemmede (Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke & Mebly, 2017, s. 117), har vi inkludert den fordi studien er utført i norske kommuner. Dette kan den ha overføringsverdi for å besvare vårt forskningsspørsmål, ettersom informantene gir kunnskap som kan være nyttig i andre kontekster (Forskningsetiske Komiteer, 2010, s. 14), for eksempel hjemmeboende eldre uten helsehjelp.

Ved inkludering av de aktuelle artiklene tok vi utgangspunkt i validitet, hvor vi etter kritisk vurdering konkluderte med at studiene kunne trekke slutninger eller hadde gyldige resultater (Dahlum, 2018). Artikler ble tatt i bruk hvis alle eller de fleste av kriteriene fra sjekklisten var oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke var oppfylt, var det liten sannsynlighet for at studiens konklusjon var påvirket (Kunnskapssenteret, 2011).

### **3.4 Analyse av inkluderte artikler**

Vi har benyttet oss av tematisk analyse beskrevet av Helen Aveyard (2014, s. 143) i arbeidet med litteraturgjennomgangen og analyse av forskningsartiklene. Tematisk analyse går ut på å kategorisere felles temaer, nøkkelord, metaforer og ideer som er felles i flere eller alle studiene, og tolke det i lys av de andre studiene. Dette gjorde vi for å identifisere likheter og ulikheter i studiene (Aveyard, 2014, s. 143). Det første steget i den tematiske analysen er å oppsummere de inkluderte artiklene, se tabell. 4 (Aveyard, 2014, s. 143). Det neste steget er å finne felles temaer. Ved å lese resultatene til de inkluderte artiklene fant vi temaer som var aktuelle (Aveyard, 2014, s. 144 - 145).

I analyseprosess oppsto det flere forslag til temaer ut ifra eldre og gamles holdninger og erfaringer i de inkluderte artiklene. Etter diskusjon ble disse sammenfattet til elleve tema, som representerte holdningene og erfaringene, uten å ta de ut av kontekst. Noen av temaene kunne blitt presentert under ett tema, men det ville tatt resultatet ut av kontekst, som kunne endret betydningen av resultatet.

### **3.5 Etiske vurderinger**

Etisk refleksjon er en viktig del av forskningsprosessen (Kunnskapsdepartementet, 2018). Dette er også lovpålagt i Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (Forskningsetikkloven, 2017, §1). Det er blitt gjort etiske vurderinger i arbeidet med å analysere, lese og gjengi forskningsartiklene. Det var viktig å gjengi resultatene fra forskningsartiklene slik forfatterne har skrevet det. Samtidig var det viktig å sitere deltakerne i studien mest mulig korrekt, slik at deres bidrag og sitater ikke ble tatt ut av kontekst. Oversettelse fra engelsk, tolking og forståelse kan ha innvirkning på dette. For å minske feiltolking av artiklene og danne en felles forståelse, har minst to personer fra gruppen lest og kritisk vurdert samme artikkel. Når vi har gjengitt resultatene har vi vært opptatt av at kildehenvisningen skal være korrekt. Det har blitt tatt i bruk verktøy som søk og skriv, for å sikre korrekt sitering (Søk og skriv, 2019).

## **4.0 Resultat**

I følgende kapittel vil hovedfunnene fra de inkluderte artiklene bli presentert, med hensikt om å besvare forskningsspørsmålet "Hva sier forskning om hjemmeboende eldre og gamle sine erfaringer og holdninger til velferdsteknologi i hverdagslivet?". I tabell 3 kommer en oppsummering av de inkluderte artiklene.

Tabell 3. Oppsummering av den kritiske vurderingen

Forfatter, årstall, Land	Tittel	Formål	Metode	Deltakere	Konklusjon/Hovedfunn	Styrker	Svakheter
Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke & Melby, 2017 Norge	Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpetjenester av velferdsteknologi	Undersøke hvilke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester	Semi-strukturerte intervju	15 voksne personer med vedtak om tjenester i sin kommune. Eldre og psykisk utviklingshemmende. Fokusgruppe intervju med ansatte i kommunen	Deltakerne var fornøyd med teknologien, fikk økt mobilitet, følte seg tryggere og mer selvstendige	Fire forskere med fire ulike teoretiske ståsteder som samarbeidet med studien, som bidrar til objektivitet og nøytralitet i tolkning av data.  Tar med gode sitater fra deltakere som viser brukernes positive og negative meninger	Vanskelig å holde en helt passiv rolle i intervju, som å ikke bekrefte eller støtte informantenes erfaringer og meninger. Kunnet vært styrket hvis forskerne hadde vært helt bevisst på å være passiv.  Kan ha ekskludert personer som ikke er komfortable å snakke med forskere.  Utvelgelse av informantene ble gjennomført av prosjektmedarbeidere, som kan ha påvirket utfallet.  Både eldre og psykisk utviklingshemmede var inkludert i studien. Det var vanskelig å vite hvilke opplevelser som tilhørte hvilken gruppe. Diagnose kan påvirke opplevelsen.

<p>Lie, Lindsay &amp; Brittan, 2016, England</p>	<p>Technology and trust: older people's perspective of a home monitoring system</p>	<p>Utforske bruken, designet og hvordan "SHel home monitoring system", et system med sensor overvåking, ble akseptert av eldre hjemmeboende.</p>	<p>Intervju før installasjon, under installasjon og etter prøveprosjektet</p>	<p>elleve eldre hjemmeboende</p>	<p>Forskningen fant ut at eldres vaner og normer må ikke bli forstyrret av overvåkningssystemet. Om forholdet mellom den pårørende var tillitsfullt var også en viktig faktor. Helsejenester må også få tillit hos den eldre</p>	<p>Studien presenterer gode sitater fra de eldre, hvor de reflekterer over bruken av systemet. Det blir også presentert sitater som er kritiske til systemet. De eldre var erfarne frivillige og var komfortable til å ta del i forskning. Forskerne opplevde at dette gjorde svarene mer utfyllende og ærligere.</p>	<p>Studien handler om et hjemme overvåkningsystem, SHel. Forholdet mellom forskerne og SHel, er ikke gjort rede for. De eldre som deltok i studien var avhengig av å kunne nominere en pårørende til studien. Dette ekskluderer hjemmeboende eldre uten pårørende. Det var kun elleve deltakere, og resultatet er ikke representativt for hele befolkningen.</p>
--	---	--	---	----------------------------------	--	---	--

<p>Peek, Luijckx, Rijnaard, Nieboer, van der Voort, Aarts, van Hoof, Vrijhoef &amp; Wouters, 2016, Nederland</p>	<p>Older Adults' Reasons for Using Technology while Aging in Place</p>	<p>Forstå hvordan og hvorfor eldre bruker teknologi. Undersøke hvilke faktorer som påvirker hjemmeboende eldres grad av bruk av forskjellige typer teknologi, og beskrive disse faktorene i en omfattende modell.</p>	<p>Kvalitativ utforskende feltstudie, som innebar hjemmebesøk.</p>	<p>femtitre hjemmeboende eldre i en alder fra 68-95 år, uten kognitiv svekkelse som bodde</p>	<p>Eldres syn og fokus på teknologi er formet etter deres personlige, sosiale og fysiske kontekst. Det er behov for kunnskap om disse psykologiske og fysiske faktorene for å fremme "aging in place" med bruk av teknologi.</p>	<p>For å kvalitetssikre transkriberingen av intervjuene, ble transkriberingen sendt til deltakerne for å få godkjennelse av dem. Tok test for å undersøke om deltakerne hadde kognitiv svikt. Viser tydelige meningsforskjeller mellom de ulike deltakerne ved å ta i bruk sitater. De jobbet i vekslende par for å redusere innvirkningen av deres syn og meninger ved innhenting og analyseringen av dataen</p>	<p>Studien fokuserer på teknologi generelt, og ikke bare velferdsteknologi. Det var ikke noe oppført i hvor stor grad forskerne klarte å holde en passiv rolle ved intervjuene</p>
--	--	---	--	---	--	---	--

<p>Ryd, Malinowsky, Öhman, Kottorp &amp; Nygård, 2018 Sverige</p>	<p>Older adults' experiences of daily life occupations as everyday technology changes</p>	<p>Teknologi påvirker hvordan vi utfører hverdagslige aktiviteter, men vi vet lite om hvordan det påvirker hverdagslivet til eldre. Hensikten med studien er å få frem eldres perspektiv.</p>	<p>Individuelle intervjuer</p>	<p>seks kvinner og fem menn, i alderen 67 – 92 år.</p>	<p>Occupational engagement og utførelse i forhold til teknologi kan bli tilrettelagt. Dette er nyttig kunnskap for interessenter som utvikler og implementerer ny teknologi, og de som møter eldre med behov eller ønske om å bruke teknologi i sine daglige aktiviteter</p>	<p>Det blir tydelig presentert i studien at teknologi har stor påvirkning på omgivelsene, og kan gjøre hverdagen utfordrende for noen eldre. Ergoterapi er tatt med i studien, og viktigheten med meningsfulle aktiviteter. Studien tar med sitater med erfaringer fra deltakerne.</p>	<p>Selv om deltakerne i studien er eldre mennesker, er det ingen indikasjoner på at dere erfaringer stemmer med aldersgruppen. Studien tar for seg teknologi som blir beskrevet som alt fra kaffetrakter til smarttelefon, og da ikke velferdsteknologi. I studien har de tatt med noen deltakere med kognitive utfall, men den kognitive funksjon til deltakerne er ikke vurdert. Deltakerne i studien bor i en by, dette kan ha påvirket utfallet, fordi eldre som bor på landet kanskje har et annet behov når det kommer til teknologi. De burde derfor inkludert deltakere fra forskjellige steder.</p>
---	---	---	--------------------------------	--	--	--	--



Når vi analyserte resultatene i de inkluderte artiklene, fant vi felles tema. Videre kategoriserte vi disse under hovedoverskriftene person, omgivelser og aktivitet, hvor vi presenterer hovedfunnene (Aveyard, 2014, s. 155). Hovedoverskriftene, tema og underkategorier blir presentert i tabell 4. Vi har strukturert funnene på denne måten, for å se de i lys av kjernekompetansen til ergoterapi, samspillet mellom person, omgivelser og aktivitet.

Tabell 4. Temaer oppdaget etter tematisk analyse.

Person	Privatliv - Selvstendighet	Isaksen et al. Lie et al. Peek et al.
Person	Stigmatisering	Isaksen et al. Lie et al. Peek et al.
Person	Trygghet - Sikkerhet - Tillit - Følelse av kontroll og trygghet	Isaksen et al. Lie et al. Peek et al. Ryd et al.
Person	Mestring - Mestringsfølelse - Mulighet til å mestre teknologien	Isaksen et al. Peek et al. Ryd et al.
Person	Motivasjon og tidligere erfaringer - Erfaringer - Interesser - Kunnskap - Negative holdninger - Skepsis	Lie et al. Peek et al.
Person	Personlig økonomi - Kostnader	Isaksen et al. Lie et al. Peek et al. Ryd et al.
Omgivelser	Utforming og funksjonalitet - Overflødigheit	Isaksen et al. Peek et al. Ryd et al.
Omgivelser	Digital sikkerhet - Privat informasjon - Overvåkning - Tiltro til teknologien	Isaksen et al. Lie et al. Peek et al.
Omgivelser	Pårørende	Lie et al. Peek et al.
Omgivelser	Økonomi	Isaksen et al. Lie et al. Peek et al. Ryd et al.
Aktivitet	ADL-Aktiviteter - Verdier av aktiviteter - Rutiner - Praktisk fordel ved bruk - Teknologien passer med formålet	Isaksen et al. Lie et al. Peek et al.

## 4.1 Person

### 4.1.1 Privatliv

Å leve selvstendig er et tema som kommer frem som et grunnleggende behov, og blir tatt opp i artiklene til Lie et al. (2016, s. 1517), Isaksen et al. (2017, s. 120-121) og Peek et al. (2015, s. 230). Lie et al. (2016) tar for seg hjemmeboende elders erfaring med «SHel home monitoring system». Deltakerne i studien hadde individuelt syn på privatliv, men det ble presentert som en negativ faktor at systemet lagde forstyrrelser for deltakernes privatliv. Noen av deltakerne opplevde ikke overvåkingen som ukomfortabel. I studien kom det fram at det er en klar sammenheng mellom trygghet og sikkerhet. I artikkelen til Isaksen et al. (2017) var de fleste informantene fornøyd med velferdsteknologien, og mente at de følte seg tryggere og mer selvstendig, samt at de fikk økt mobilitet.

Peek et al. (2015) undersøkte hvilke faktorer som har innflytelse på hjemmeboende eldre sin bruk av ulike typer teknologi, og forklarer dette i en omfattende modell. Ut ifra intervjuet kom det fram at bruken og synet de eldre hadde på teknologi er formet etter deres personlige, sosiale og fysiske kontekst.

Det kom fram i studien til Peek et al. (2015, s. 230) at det kan bli tatt i bruk teknologi for å fremme selvstendighet i hverdagen. Dette kom også fram i studien til Isaksen et al. (2017, s. 120-121) hvor det er en informant som sa «Det er mange ting jeg kan gjøre alene i dag, som jeg ikke kunne gjøre før jeg fikk den mobile alarmen.». Det blir beskrevet i studien at teknologien gav dem økt selvstendighet og egenkontroll, samt at de følte seg tryggere. På den andre siden var velferdsteknologien i studien til Lie et al. (2016, s. 1516) avhengig av involvering av familien. Det kom fram fra deltakere at de ikke hadde samvittighet til å sette den type ansvar på familien, fordi teknologien førte til at noen følte de var en byrde.

I studien til Lie et al. (2016, s. 1511) var det flere som hevdet at de ikke var private personer. Det kom fram en forståelse fra flere deltakere at privatliv var koblet til identitet og ble påvirket av alder eller livsstil. Ved en viss alder er det mindre behov for å skape en falsk fasade og noen opplevde at de ikke hadde noe å skjule (Lie et al., 2016, s. 1511).

På den andre siden var det eldre som ikke ønsket at familie skulle ha innsikt i hva de gjorde hver dag og mislikte dette sterkt. Dette ble begrunnet med behov for å opprettholde privatliv (Lie et al., 2016, s. 1516-1517). En eldre fortalte at hun opplevde det som påtrengende, og at det var med på å redusere hennes følelse av selvstendighet fordi hun var avhengig av noen andre.

Derimot kom det frem fra en annen bruker at systemet kunne være til hjelp fordi hun til tider var «for selvstendig» og ikke ba om hjelp i situasjoner hvor hun muligens burde. Systemet kunne hjelpe henne med å være mindre selvstendig og stole mer på hjelp fra andre (Lie et al., 2016, s. 1517). Hvis eldre skulle bruke velferdsteknologi som formidlet informasjon videre til familien, var det ønsket om at de selv kunne bestemme hvilken informasjon som ble formidlet (Lie et al., 2016, s. 1517).

#### **4.1.2 Trygghet**

Ifølge Lie et al. (2016, s. 1513) var det individuelt hvordan eldre deltakere opplevde trygghet i hverdagen. I noen intervjuer kom det frem at trygghet i hjemmet ofte var knyttet til sikkerhet til huset, som for eksempel boligalarm. Det var en klar sammenheng mellom trygghet og sikkerhet. Det kom også frem at eldre ofte installerer ny boligalarm etter et innbrudd. Dette ble gjort for å øke sikkerheten i hjemmet. Deltakerne var også klar over at teknologien kunne forbedre deres personlige sikkerhet, som for eksempel gjennom trygghetsalarm. Under intervjuer fortalte noen eldre at sikkerhet og trygghet henger sammen med alt som blir gjort gjennom en dag, som å slå av komfyren etter matlaging. Ifølge Isaksen et al (2017, s. 120) var mobil trygghetsalarm med på å gjøre deltakerne mer selvstendig i hverdagen. Ved hjelp av teknologien følte deltakerne i studien økt trygghet. Det var en trygghet at noen kunne finne ut hvor de var. Dette kom også frem i Peek et al (2015, s. 232), der deltakerne følte økt trygghet når de hadde med seg mobiltelefon.

Ryd et al. (2018) undersøkte hvordan eldre opplevde teknologiens påvirket hverdagslivet. Behov for kontroll, trygghet og hvilket forhold deltakerne hadde til teknologien hadde også en innvirkning. I studien fortalte noen deltakere at de var redde første gang de skulle prøve ny teknologi, på grunn av usikkerhet og behov for sikkerhet. For noen forsvant denne følelsen over tid. Derimot ble teknologien ikke tatt i bruk hvis den eldre hadde en negativ opplevelse

knyttet til teknologien (Ryd et al., 2018, s. 605). Det var også tilfeller hvor eldre opplevde at teknologien ga falsk trygghet. En informant i Isaksen et al. (2017, s. 121) fortalte ”En gang jeg var ute på tur, og hadde behov for hjelp ... så virket ikke alarmen. Det viste seg at jeg var et sted uten mobildekning”.

### **4.1.3 Mestring**

I studien til Isaksen et al. (2017, s. 120) kommer det frem at flere av brukerne var tilfredse med teknologien. Noen opplevde glede og stolthet ved å mestre teknologien. Det å mestre teknologien kunne være en drivkraft for å ta i bruk teknologien, samt gi dem en følelse av kontroll (Ryd et al., 2018, s. 605). På den andre siden kom det frem i studien til Peek et al. (2015, s. 232-233) at de eldre hadde en usikkerhet når det kom til deres evne til å mestre denne teknologien.

De eldre så på sine tekniske ferdigheter som svakere sammenlignet med de yngre, og noen ble hindret grunnet sine engelskferdigheter. Noen av de eldre opplevde at de måtte øve jevnlig for å kunne mestre teknologien. Til tross for dette var det eldre som mestret teknologien, og opplevde at teknologien gjorde en forskjell i utførelsen av aktiviteter (Peek et al. 2015, s. 232).

### **4.1.4 Stigmatisering**

De eldre deltakerne var opptatt av at hjemmet skulle være deres private sted, og var bekymret for at noen skulle forstyrre dette. De opplevde også at velferdsteknologi ikke var forbundet med aktive eldre, blant annet fordi de følte seg trygg fra før. De aktive eldre følte seg trygg i hjemmet, og hadde derfor ikke behov for å ofre sitt privatliv mot at noen skulle observere deres bevegelser i hjemmet (Lie et al., 2016, s. 1510-1511). Ifølge Peek et al. (2015, s. 232) kan teknologi få eldre til å føle seg gammel, som igjen påvirker eldre til å ikke ta i bruk ny teknologi. Deltakerne var også bekymret over at andre skulle se på dem som gamle, og ville derfor ikke ta i bruk for eksempel trygghetsalarm.

#### **4.1.5 Motivasjon og tidligere erfaringer**

Ifølge Peek et al. (2015, s. 229-230), Lie et al. (2016, s. 1518) og Isaksen et al (2017, s. 122) hadde deltakernes tidligere erfaringer stor påvirkning på deres holdninger til velferdsteknologi. Mange av deltakerne hadde i tillegg tidligere erfaringer med blant annet trygghetsalarmer, og hadde derfor bedre mulighet for å mestre den nye teknologien. Interesser og kunnskap for teknologi var viktige faktorer for å mestre ny velferdsteknologi (Isaksen et al., 2017, s. 122). I Peek et al. (2015, s. 230) blir deltakernes valg av teknologi styrt av interessen for teknologi og viljen til å ta i bruk teknologien. Noen av deltakerne hadde lav vilje til å ta i bruk ny teknologi, som igjen påvirket interessen. Deltakere som hadde erfaring med teknologi fra før, hadde mer selvtillit til å ta i bruk ny teknologi. I studien gjennomført av Isaksen et al (2017, s. 120) var noen av deltakerne skeptiske til teknologien i begynnelsen, men ble mer fornøyd etter hvert. To trakk seg delvis fordi de opplevde at det ikke passet deres hverdag.

#### **4.1. 6 Personlig økonomi**

I studien til Isaksen et al. (2016, s. 120) fortalte noen av deltakerne at de var bekymret for hvem som skulle dekke utgiftene av teknologien når studien var over. Dette var også noe som kom fram i studien til Peek et al. (2015, s. 232), hvor informantene nevner at villigheten til å betale for teknologien har innflytelse på hvorvidt de trenger teknologien eller ikke. En av informantene fortalte at hun hadde valgt å fikse høreapparatene sine istedenfor å bruke pengene på noe annet, som for eksempel å dra på ferie.

### **4.2 Omgivelser**

#### **4.2.1 Utforming og funksjonalitet**

I noen tilfeller hadde ikke deltakerne utbytte av teknologien. En deltaker som prøvde den automatiske pilledispenser «Pilly», fortalte at det ikke var mulighet for å sove lenge i helgene, fordi alarmen på «Pilly'en» vekket deltakeren til samme tid hver dag. Deltakeren lot i tillegg «Pillyèn» bli igjen hjemme, fordi h\*n ikke vil føle seg som en pasient i offentlighet. Andre beskrev funksjonaliteten til «pilly» som god. Ved utprøving av trygghetsalarmen beskrev

mange at den var liten og lite sjenerende. På den andre siden var det noen som fikk gnagsår av reimen til trygghetsalarmen (Isaksen et al., 2017, s. 121).

Ifølge Lie et al. (2016, s. 1516) opplevde mange av deltakerne at de var for friske til å ta i bruk trygghetsalarm. Det var i tillegg noen alarmsystem som krevde en pin-kode for å skru av systemet, noe som var utfordrende for noen eldre fordi de hadde vansker med å huske koder. Valg av teknologi var ofte knyttet til vekt, størrelse, batterilevetid, pålitelighet, estetikk og pris. De var også opptatt av at teknologien ikke skulle ta for mye plass i hjemmet. Det kom også frem i en artikkel at hvis eldre ikke tok i bruk en type teknologi, skyldes det ofte at de ikke så behovet med teknologien (Peek et al., 2015, s. 229-232). Det var også et viktig poeng for deltakerne at teknologien samsvarte med aktiviteten som skulle utføres (Ryd et al., 2018, s. 604).

#### **4.2.2 Digital sikkerhet**

I Lie et al. (2016, s. 1510) kommer det frem at de eldre sin forståelse av privatliv varierte fra å ikke ville dele økonomisk informasjon, til å ville holde sine kroppslige funksjoner privat. Dette handlet om at deres personlige verdighet skulle bli respektert. Dette kom også frem at krenkelsen av de eldres privatliv var en av de negative konsekvensene av systemer som overvåker eldre i eget hjem (Lie et al., 2016, s. 1509-1510).

Det kunne oppstå et potensielt misforhold mellom sikkerhet og privatliv, men for å kunne opprettholde sikkerhet måtte de eldre gi opp en del av privatlivet (Lie et al., 2016, s. 1510). Informantene i artikkelen til Isaksen et al. (2017, s. 120) supplerer til denne påstanden, og beskriver at det å stole på teknologien er en forutsetning for økt trygghet. Ingen av deltakerne i studien som benyttet seg av trygghetsalarm med innebygget GPS-sporing opplevde at det følte ubehagelig at andre kunne spore dem (Isaksen et al., 2017, s. 121). De fleste av deltakerne i studien til Lie et al. (2016, s. 1512) var også komfortable med å bli overvåket av sensorsystemet.

På tross av dette forteller deltakerne i Lie et al. (2016, s. 1518) og Peek et al. (2015, s. 232) at de var bekymret for datasikkerhet. Mange av deltakerne i Peek et al. (2015, s. 232) fortalte at de hadde bekymringer angående privatlivet sitt og datakriminalitet. Deltakerne i Lie et al.

(2016, s. 1518) bygger opp under denne påstanden ved å fortelle at de bekymret seg over at adressen deres var tilgjengelig på nett i tilfelle det var et brudd i sikkerhetssystemet. Noe som kunne føre til at uvedkommende skulle oppdage at de ikke var hjemme, og utnytte dette.

På den andre siden kunne involveringen av offentlige organer i hjemme-  
overvåkningssystemet øke de eldres tillit. En informant fortalte at hun mente at informasjonen burde bli lagret hos noen profesjonelle (Lie et al., 2016, s. 1518). En annen informant i samme studie ville ikke at myndighetene skulle blande seg i privatlivet, og truet med å rive ned systemet (Lie et al., 2016, s. 1518).

### **4.2.3 Pårørende**

Ut ifra artiklene var det individuelt hvilket forhold deltakerne hadde til sin familie/pårørende. Ifølge Peek et al. (2015, s. 230-232) ville noen av deltakerne ikke forstyrre barna sine, og tok derfor ikke i bruk ny teknologi. På den andre siden hadde noen (Lie et al., 2016, s. 1516-1517) lav terskel for å be om hjelp fra barn/barnebarn ved behov for assistanse med teknologi. Under et intervju med en deltaker kom det frem at hun klarte å bestille matvarer over nettet, men hun så ikke poenget når hun kunne spørre sin sønn om å kjøpe mat for henne. Det kom også frem at noen eldre brukte trygghetsalarm for å gjøre barna mindre bekymret. Ved valg av teknologi hadde pårørende stor påvirkning (Peek et al., 2015, s. 230-232).

### **4.2.4 Økonomi**

I studien til Peek et al. (2015, s. 233) kom det frem at teknologileverandører, hjemmesykepleien og andre aktører som kunne gi økonomisk støtte, hadde innflytelse på bruken og holdningene de eldre hadde til teknologien. De eldre var forberedt på å betale for velferdsteknologiske løsninger selv, på bakgrunn av at diverse velferdstjenester var presset til å kutte kostnader (Lie et al., 2016, s. 1519). På den andre siden så mange eldre på konkurransen mellom det private og offentlige markedet som noe positivt fordi det var med på å senke prisene (Lie et al., 2016, s. 1518).

## 4.3 Aktivitet

I studien til Ryd et al. (2018, s. 604) kom det frem at det var økt motivasjon blant de eldre for å implementere teknologi i en aktivitet hvis det var med på å sikre at meningen til aktiviteten ble opprettholdt. For eksempel hvis en eldre bestiller varer hjem i stedet for å gå og handle selv, kan viktige aspekter ved aktiviteten forsvinne. Det kan være å sjekke kvaliteten på frukten eller ha den sosiale interaksjonen med personalet. Dersom teknologien reduserte meningen med aktiviteten, ble viljen for implementering av teknologien redusert.

Informantene i studien til Peek et al. (2015, s. 230) hadde bekymringer om at utfordringer i hverdagen kunne hindre de å delta i ønsket hverdagslige aktiviteter som rutiner i hjemmet, hobbyer og frivillighetsarbeid. Samtidig kom det frem i samme studie at flere opplevde fordeler ved bruk av teknologien, som gjorde hverdagslige aktiviteter lettere å utføre og mer effektiv (Peek et al., 2015, s. 232). Deltakerne fortalte også at teknologien førte til økt komfort i hverdagslivet, og som dermed økte livskvaliteten. Samtidig kom det frem i studien til Lie et al. (2016, s. 1514) at hvis teknologien skulle bli tatt i bruk måtte den være praktisk og bli en del av deres daglige rutine.

## 5.0 Diskusjon

Formålet med litteraturstudien var å prøve å besvare forskningsspørsmålet “Hva sier forskning om hjemmeboende eldre og gamle sine erfaringer og holdninger til velferdsteknologi i hverdagslivet?”.

Hovedfunnene i denne litteraturgjennomgangen er at faktorer i den Eldres kontekst påvirker de eldre og gamles holdninger og erfaringer til velferdsteknologi. Dette kan for eksempel være forhold til pårørende, personlig økonomi, motivasjon og mestring. I dette kapittelet har vi diskutert resultatene opp mot nasjonale dokumenter, lover, tidligere forskning, etikk, kjernekompetansen til ergoterapeuten og MoHO.

Når vi Eldres svekkes kroppen fysisk og mentalt. Kroppen klarer ikke lengre å utføre aktiviteter like effektivt og lenge som før. Det kan være utfordrende å tilegne seg ny



kunnskap. I tillegg blir tanker og ny informasjon bearbeidet langsommere enn tidligere (Engedal, 2019). Vi kan argumentere for at det kan oppstå en funksjonshemming hvis vi ser på funksjonsfallet i alderdom gjennom den relasjonelle modellen for funksjonshemming. Det er fordi modellen beskriver funksjonshemming som et manglende samsvar mellom brukers forutsetninger og kravene omgivelsene stiller (Lid, 2018, s. 25-27). På bakgrunn av definisjonen av velferdsteknologi kan det bli brukt som et middel for å styrke den enkeltes evne til å møte kravene i omgivelsene (NOU 2011: 11, 2011, s. 99). Samspeillet mellom person, omgivelse og aktivitet er ergoterapeutens kjernekompetanse (Kielhofner, 2010, s. 60), og derfor har vi valgt å presentere diskusjonsdelen ut ifra dette.

## 5.1 Person

Å leve selvstendig var et tema som var sentralt i funnene (Isaksen et al., 2017, s. 120-121; Lie et al., 2016, s. 1517; Peek et al., 2015, s. 230). I Peek et al. (2015, s. 120-121) kom det frem at velferdsteknologi kan være et middel for å oppnå dette. Samtidig blir det også rapportert i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg (2011, s. 98), at velferdsteknologi kan gi eldre en større mulighet til å klare seg selvstendig i hverdagen. Et eksempel på dette kan være i en norsk kommune hvor de har redusert hjemmebesøk med 42%, ved å ta i bruk teknologisk medisindispenser (Røhne & Svagård, 2016, s. 40). Samtidig kan det å leve selvstendig ha en innvirkning på privatlivet til de eldre, fordi flere mennesker, som helsepersonell og familie, kan ha innsikt i deres hverdag ved bruk av velferdsteknologi.

Alle mennesker har rett til et privatliv, og bli møtt med respekt med hensyn til ulike holdninger (Øvsthus et al., 2012, s. 58). Ved implementering av velferdsteknologi kan denne retten bli krenket, ved innskrenking av privatliv. I de inkluderte artiklene var det ulike erfaringer og holdninger på hvordan velferdsteknologi påvirket privatlivet. På den ene siden mislikte noen av de eldre å bli overvåket, og ønsket å opprettholde privatlivet sitt (Lie et al., 2016, s. 1516-1517). Overvåkning ble beskrevet som påtrengende, og noen opplevde redusert følelse av selvstendighet (Lie et al., 2016, s. 1517). I tillegg kan dette føre til disempowerment hvor de eldre opplever mangel på mulighet til å forme sitt eget liv (Agner, 2017, s. 286). På den andre siden følte noen av de eldre seg tryggere. De mente at teknologien bidro til økt selvstendighet og egenkontroll (Isaksen et al., 2017 s. 120-121). De eldre mente at de ikke hadde noe å skjule, som ble begrunnet av alder og livsstil (Lie et al., 2016, s. 1511).

De sprikende resultatene kan ha forskjellige årsaker. Studien til Isaksen et al. (2017) ble utført i Norge, mens studien til Lie et al. (2016) ble utført i England. I studien fra Norge var det hovedsakelig positive holdninger til å bli overvåket, i motsetning til studien fra England hvor det var blandede tilbakemeldinger. Det kan være kulturelle forskjeller i de ulike landene, som påvirker svaret deres. Samtidig hadde begge studiene få deltakere, noe som kan føre til entydige eller sprikende svar, som derfor ikke vil være representativt for den eldre befolkningen i Norge. Funnene kan likevel være en indikator for eldres holdninger til teknologi i sammenheng med privatliv.

I studien til Lie et al. (2016, s. 1517) kom det frem at de eldre selv ønsket å bestemme hvilken informasjon velferdsteknologien videreformidlet. Aktive eldre følte seg trygge, og mente at de ikke hadde behov for å ofre sitt privatliv mot å bli overvåket i hjemmet (Lie et al., 2016, s. 1510-1511). I Norge er brukermedvirkning en lovfestet rettighet, og bruker har derfor rett til å medvirke i tjenestetilbudet som omhandler seg selv (Helsedirektoratet, 2017). På den andre siden er det viktig at formålet med velferdsteknologien ikke forsvinner når det tas hensyn til brukerens meninger om hva som skal formidles eller ikke.

Fra litteraturgjennomgangen fremkom det en viss ulikhet i hvordan eldre opplever trygghet, men det var ofte knyttet til sikkerhet i hjemmet, for eksempel boligalarm. For eldre var det en sammenheng mellom trygghet og sikkerhet. Det kom frem at trygghet og sikkerhet var koblet til alt som ble gjort gjennom en dag (Lie et al., 2016, s. 1513). For noen ga teknologien økt trygghet, fordi de hadde med seg trygghetsalarm eller mobiltelefon som gjorde at de kunne bli funnet eller kontakte hjelp (Isaksen et al. 2017, s. 120; Peek et al., 2015, s. 232). Dette er i tillegg rapportert i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg (2011, s. 98) der det kommer frem at eldre som tar i bruk velferdsteknologi opplever økt trygghet.

Likevel fortalte noen av deltakerne i Ryd et al. (2018, s. 605) at de var redd første gang de skulle prøve ny teknologi. På den ene siden opplevde noen at frykten forsvant over tid, når de ble vant med teknologien. På den andre siden hindret negative opplevelser eldre å ta i bruk teknologien (Ryd et al., 2018, s. 605). I tillegg opplevde noen at teknologien ga falsk trygghet, på grunn av svakheter i systemet. For eksempel var det en informant i Isaksen et al. (2017, s. 121) som fortalte at alarmen ikke virket fordi han var et sted uten mobildekning.

Det kom frem i litteraturgjennomgangen at flere eldre opplevde tilfredshet og mestring ved bruk av teknologi, og de opplevde at den kunne gjøre en forskjell i aktivitetsutførelsen. Når teknologien ga de eldre mestringsfølelse og glede, ble de også motivert til å bruke den (Isaksen et al., 2017, s. 120; Peek et al., 2015, s. 232). Videre kan vi se på dette gjennom prinsippet empowerment, fordi eldre gjennom deltakelse i aktivitet skaper erfaringer og kunnskap. Dette kan påvirke evnen til å ta kontroll over eget liv (Christiansen & Townsend, 2014, s. 322). Derimot kan eldre oppleve svekkelse av evner (Engedal, 2019), og derfor oppleve manglende kontroll i en aktivitet (Agner, 2017, s. 285). For eksempel var det noen eldre som var usikre på sine tekniske ferdigheter og opplevde at de måtte øve jevnlig for å kunne mestre teknologien (Peek et al., 2015, s. 232-233).

Likevel kan teknologi få eldre til å føle seg gammel, samtidig som de var redd for at andre skulle anse de som gamle (Peek et al., 2015, s. 232). På denne måten stigmatiserer teknologien de eldre. Gjennom vanedannelse har de eldre roller, hvor det følger med identitet og forpliktelser (Kielhofner, 2010, s. 162-163). Innføring av velferdsteknologi kan være i strid med disse forpliktelsene eller identitetene i de forskjellige rollene, og derfor hindre eldre i å ta i bruk teknologien på grunn av blant annet stigmatisering (Peek et al., 2015, s. 232). Imidlertid kan velferdsteknologien være et middel i ergoterapi intervensjonen for å konstruere nye roller eller rekonstruere gamle (Kielhofner, 2010, s. 162-163).

Det kom frem i litteraturgjennomgangen at interesser, kunnskap, tidligere erfaringer og vilje hadde stor påvirkning på de eldres holdninger og mulighet til å mestre og ta i bruk teknologi (Isaksen et al., 2017, s. 122; Lie et al., 2016, s. 1518; Peek et al., 2015, s. 229-230). Denne enigheten var på tross av at studiene hadde utvalgt fra både Norge, England og Nederland, med informanter med forskjellig kultur og sosioøkonomisk bakgrunn.

Likevel kan denne likheten forklares gjennom MoHO, og den menneskelige karakteristikken vilje, hvor de eldre motiveres til å velge aktivitetene de utfører. Det vil si at hvis den eldre mener aktiviteten er morsom eller tilfredsstillende å utføre, kan det utvikle seg til en interesse (Kielhofner, 2010, s. 162). Derimot vil det være store individuelle forskjeller på hvilket behov teknologien skal dekke. Hvis teknologien ikke er tilpasset er det mindre sannsynlig at den blir tatt i bruk. Derfor er det viktig å presisere at velferdsteknologi skal være et middel som skal gi økt selvstendighet (Kiran & Nakrem, 2018, s. 106-107). Det var for eksempel eldre i studien

til Peek et al. (2015, s. 605) som var usikker på sin evne til å mestre teknologien, og derfor ikke tok den i bruk.

På den ene siden kan personlig økonomi også spille inn når de eldre skal ta i bruk velferdsteknologi. Det kom frem at noen av deltakerne var bekymret for hvem som skulle dekke utgiftene av teknologien når studien var over (Isaksen et al., 2016, s. 120). På den andre siden kom det frem at noen av deltakerne likevel var villig til å betale for teknologien, hvis de hadde behov for den (Peek et al., 2015, s. 232).

## 5.2 Omgivelser

Det er mange faktorer i omgivelsene som kan påvirke menneskelig aktivitet, blant annet hvor godt velferdsteknologien er tilpasset (Kielhofner, 2010, s. 165). Derfor var det også viktig for de eldre at teknologien samsvarte med aktiviteten som skulle utføres (Ryd et al., 2018, s. 604), slik at de opplevde mestring i stedet for avmakt og nederlag (Knutshaug & Nakrem, 2018, s. 25).

Det var individuelt om deltakerne hadde utbytte av velferdsteknologien eller ikke. På den ene siden ble det beskrevet i artikkelen til Isaksen et al. (2017, s. 121) at noen eldre opplevde funksjonaliteten til pilledispenser “pillyèn” og trykkgjettingsalarmen som god. Derimot var det andre som ikke likte funksjonaliteten og utformingen til produktene (Isaksen et al., 2017, s. 121). Samtidig kan utformingen gjøre at ikke alle kan bruke teknologien på grunn av deres evner. Et eksempel på dette kan være vansker med å skru av alarmen, på grunn av problemer med å huske koden (Lie et al., 2016, s. 1516). Videre kom det frem i Peek et al. (2015, s. 229-232) at valg av teknologi hos eldre ofte var knyttet til vekt, størrelse, batterilevetid, pålitelighet, estetikk og pris. Dessuten var det viktig at teknologien ikke tok for mye plass i hjemmet (Peek et al., 2015, s. 229-232).

Hjemmet har ofte stor betydning for eldre, og bidrar til atferdsmessige, fysiske, sosiale og emosjonelle dimensjoner (Jacobsen et al., 2013, s. 64-65). Krenkelse av de eldres privatliv, som deling av økonomisk informasjon og om kroppslige funksjoner, er en av de negative konsekvensene som kan oppstå ved bruk av velferdsteknologi. Eksempel på den type velferdsteknologi kan være systemer som overvåker i hjemmet (Lie et al., 2016, s. 1509-

1510). Likevel stolte noen av de eldre på teknologien, og mente den var nødvendig for å føle seg trygg (Isaksen et al., 2017, s. 120; Lie et al., 2016, s. 1512).

Derimot var noen eldre bekymret for datasikkerhet. De var bekymret for datakriminalitet, som kunne føre til deling av private detaljer. I tillegg var det noen som ikke ville at myndighetene skulle blande seg i deres privatliv (Lie et al., 2016, s. 1518; Peek et al., 2015, s. 232).

Deltakerne i studien til Isaksen et al. (2017, s. 120) hadde større aksept for å bli overvåket, enn de andre studiene, som er utført i Nederland og England. Først og fremst kan dette skyldes kulturelle forskjeller, for eksempel at de eldre i Norge kan stole mer på offentlige helsetjenester. På den andre siden har den norske studien få deltakere, og de som er intervjuet mottok helsetjenester fra før. Altså kan dette ha påvirket resultatet, fordi de stoler mer på helsetjenester enn hva andre norske eldre gjør.

Når det gjelder valg av teknologi, hadde pårørende en stor innvirkning (Peek et al., 2015, s. 230-232). Noen eldre hadde lav terskel for å be pårørende om hjelp (Lie et al., 2016, s. 1516-1517). Derimot når menneske eldres kan det oppstå rollebytte på grunn av kroppslige og mentale svekkelser (Engedal, 2019). Ved behov for hjelp fra pårørende kan rollen til den eldre, som for eksempel kan mor/far, endres fra å hjelpe barna, til at barna må hjelpe dem. Dette kan da påvirke de eldres opplevelse av identitet (Kielhofner, 2010, s. 162-163). Det kan også være en byrde for pårørende at de får et ansvar for å lære de eldre hvordan utstyret skal bli brukt (Kiran & Nakrem, 2018, s. 105-106). Samtidig var det noen som ikke ville forstyrre de pårørende, og derfor ikke tok i bruk ny teknologi (Peek et al., 2015, s. 1516-1517).

Det er samfunnsøkonomisk gunstig å la eldre bo lengst mulig hjemme (Evensen et al., 2009, s. 34). Ved å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger reduserer kommuner kostnader (Røhne & Svagård, 2016, s. 40), og utsetter behovet for institusjonsplasser og omsorgsboliger (Røhne & Svagård, 2016, s. 44). Dette støttes i tillegg av "Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 21), hvor det står at eldre skal få leve lengst mulig hjemme. Videre skal verdighetsgarantiforskriften (2010, §1) sikre at alderdommen blir verdig, trygg og meningsfull.

For øvrig kom det frem i studien til Peek et al. (2015, s. 233) at teknologileverandører, hjemmesykepleien og andre aktører som kunne gi økonomisk støtte hadde innflytelse på

bruken og holdningene de eldre hadde til teknologi. Samtidig var eldre opptatt av konkurransen mellom det private og offentlige marked. Dette var fordi konkurransen var med på å senke prisene (Lie et al., 2016, s. 1518). Det er blant annet det politiske styresettet som er med på å bestemme hva som blir prioritert og verdsatt i et samfunn, som former muligheter til deltakelse i aktivitet (Jacobsen et al., 2013, s. 62). Helsedirektoratet (2012, s. 12) anbefaler satsing knyttet til velferdsteknologi, men sier at kommunen skal ha en pådriverrolle. På den andre siden kan velferdsteknologi gjennom helsetjeneste, medføre et juridisk og moralsk ansvar for hjemmeboende eldre, noe de ikke har hatt ansvar for tidligere. Videre kan dette føre til at hjemmeboende eldre blir gjort til pasienter (Kiran & Nakrem, 2018, s. 105-106).

### 5.3 Aktivitet

Det er en antagelse i paradigmet i ergoterapi at mennesker har et sterkt behov for å delta i aktiviteter, og at dette fremmer helse og livskvalitet (Kielhofner, 2010, s. 58-59). Eldre fortalte at de opplevde økt motivasjon for implementering av teknologi i en aktivitet, hvis meningen med aktiviteten ble opprettholdt. Derimot opplevde noen eldre at mening med aktiviteten ble redusert, og derfor også viljen til å benytte teknologien (Ryd et al., 2018, s. 604). Dette kan resultere i at de eldre ikke utfører aktiviteten, fordi de ikke mestrer å utføre aktiviteten på den vanlige måten, og vil ikke utføre det på den nye måten. Likevel var noen eldre bekymret for utfordringer i hverdagen, som kunne hindre de i å delta i hverdagslige aktiviteter (Peek et al., 2015, s. 232).

De eldre kan oppleve redusert livskvalitet, ved vansker i utførelse av de hverdagslige aktivitetene (Kielhofner, 2010, s. 59). Videre kan dette føre til occupational injustice, fordi de eldre opplever en begrenset mulighet til å utføre meningsfulle aktiviteter (Christiansen & Townsend, 2014, s. 316). Derimot var det flere som rapporterte at de hadde økt komfort i hverdagslivet på grunn av teknologi (Peek et al., 2015, s. 232).

Mennesker organiserer handlinger i mønstre og rutiner (Kielhofner, 2010, s. 162-163). Altså kan aktiviteter som er utført over lengre tid knyttes til den eldres vaner og identitet (Kielhofner, 2010, s. 59). Videre måtte velferdsteknologien bli en del av de eldres rutine for at de skulle ta den i bruk. Samtidig måtte teknologien også være praktisk og lett anvendelig (Lie et al., 2016, s. 1514). Med andre ord er de eldre villige til å gjøre endringer for å fremme

aktivitet og deltakelse ved å implementere velferdsteknologi, men det må skje på deres premisser.

## 5.4 Metodediskusjon

Vi har benyttet oss av litteraturgjennomgang som metode. En styrke med denne metoden kan være at den samler eksisterende forskning, og sammenfatter denne for å danne en ny forståelse av resultatene. Samtidig har denne studien få artikler inkludert, som kan påvirke resultatet. Å utføre en litteraturstudie krever strukturert arbeid, grundig gjennomgang av litteratur og kritiske vurderinger. Vurderinger i litteraturstudien kan også ha blitt påvirket av andre årsaker enn nevnt, dette kan forklares med ressursmessige begrensninger for studien. Vi kan likevel stole på funnene, fordi de er underbygget av teori og tidligere forskning.

Vi mener det er en styrke ved studien at vi har tatt i bruk metodeboken til Helen Aveyard (2014), og fulgt denne punktvis ved innhenting, vurdering, analyse og diskusjon av resultat. Det har blitt utført litteratursøk i mange databaser med relevante søkeord til forskningsspørsmål, for å finne så mange relevante studier som mulig. I søkeprosessen tok vi i bruk Oria, men gikk vekk i fra fordi vi opplevde den mer som en søkemotor enn en database. Derfor tok vi ikke i bruk artiklene fra Oria, og har mulig ekskludert gode artikler, noe som kan ha påvirket resultatet. Underveis i søket tilførte vi ord i PICO-skjemaet, når vi fant relevante ord som kan være med på å utvide og presisere søket.

I utvelgelsen av artikler hadde vi utarbeidet inklusjons og eksklusjonskriterier, for å velge ut hvilke artikler som var relevante til forskningsspørsmålet (Aveyard, 2014, s. 76). Da vi ikke klarte å finne mange nok artikler av god metodisk kvalitet, valgte vi å tilføye teknologi i inklusjonskriteriet. Dette kan være en svakhet fordi det ikke svarer konkret på forskningsspørsmålet. Samtidig ga disse artiklene informasjon om eldres erfaringer og holdninger når det kommer til teknologi, som hadde overføringsverdi til velferdsteknologi.

Flere medlemmer av gruppen har utført en kritisk vurdering av samme forskningsartikkel. Dette ble gjort for å øke troverdighet, og sikre en felles forståelse av hva artikkelen formidler. Det er også blitt tatt i bruk sjekklister for kvalitative studier, for å sikre at viktige aspekter blir

vurdert og at de inkluderte artiklene er blitt utført på en etisk og forsvarlig måte, samt at de har høy metodisk kvalitet.

Tre av de inkluderte artiklene var på engelsk, med tanke på dette kan det være avvik i resultatene på grunn av vår tolkning og feil i oversettelse. Vi har individuelt analysert de inkluderte artiklene, og funnet temaene i de forskjellige artiklene. Dette kan være en svakhet fordi viktige funn kan ha blitt oversett. Samtidig har funnene i artiklene blitt kvalitetssikret fordi vi er en gruppe på tre. Sammen diskuterte vi våre tolkninger og forståelse av resultatene for å sikre at vi hadde samme forståelse. Dette øker kvaliteten på metoden og litteraturgjennomgangen.

Det kom frem i resultatene at alle eldre er forskjellige og på bakgrunn av dette kan vi ikke generalisere resultatene. Resultatene gjelder for deltakerne i studien, men kan ikke gi svar på hvilke holdninger og erfaringer eldre generelt i samfunnet har. Resultatene er vår tolkning av funnene i de ulike artiklene. Dette kan ha blitt påvirket av vårt ståsted som ergoterapistunder. Vi har vært påpasselige med å ikke ta funnene i de ulike artiklene ut av kontekst, og plassert de i temaer som samsvarer med det som er ment. Samtidig er det vanskelig å forsikre seg om at dette, fordi vi ikke har tilgang til transkriberingen til intervjuene i de inkluderte artiklene.

#### **5.4.1 Vår rolle som forskere**

Det viktig å ta i betraktning av vi som forskere kan ha “gjort feil”, og at erfaringer og holdninger alltid vil være individuelle, dette kom også tydelig frem i resultatet. Vi ble i liten grad overrasket over resultatene, fordi eldres aktivitet og deltakelse formes etter faktorer som erfaring, helse, etnisitet, livsstil, livsforløp og kjønn (Jacobsen et al., 2013, s. 63). På den andre siden ble vi overrasket over at ingen av de eldre nevnte bekymringer for at helsetjenester skulle bli erstattet med velferdsteknologi, eller at det skulle føre til dårligere helsetjenester. Dette var en hypotese vi hadde basert på vår forkunnskap om vane (Kielhofner, 2010, s. 162-163), som at de eldre er vant til de mellommenneskelige relasjonen ved bruk av helsetjenester.



På bakgrunn av at vi er ergoterapiststudenter har vi tolket resultatene fra et ergoterapeutisk ståsted. Dette vil naturlig påvirke resultatet, på grunn av vår forforståelse av eldre og aktivitet og deltakelse. Likevel har vi prøvd å holde oss nøytrale, ved å gå over hverandres arbeid. Hvis vi skal utføre en lignende studie i fremtiden ville vi snakket med fagpersoner som jobber med velferdsteknologi. Dette kunne styrket studien fordi vi kunne fått et større innblikk i hva kunnskapshullet var, samt få hjelp til relevante søkeord.

## 6.0 Nytteverdi for praksis

Litteraturstudien viser et bredt omfang av de eldre og gamles erfaringer og holdninger til bruk av velferdsteknologi. Dette viser hvor heterogen denne gruppe er, noe som understreker behovet for individuell oppfølging, utprøving og innføring av velferdsteknologi. Det er derfor viktig å kartlegge den eldre nøye, samt ta i bruk brukermedvirkning, for å velge ut de rette velferdsteknologiske løsningene, slik at de blir tatt i bruk.

Pårørende har en sentral rolle når det kommer til bruk av velferdsteknologi. Det kan være gunstig å inkludere pårørende i prosessen av utprøving og utdeling av velferdsteknologi, for å sikre nytteverdi. Pårørendes erfaring med teknologi, og deres mulighet til å hjelpe og videreformidle denne kunnskapen til de eldre, har stor påvirkning. Samtidig er det viktig at det ikke blir en belastning for pårørende.

Avslutningsvis er det viktig å huske at selv om det er samfunnsøkonomisk gunstig, er det ikke nødvendigvis det beste for alle eldre å bo hjemme, dersom dette fører til ensomhet og isolasjon. Det er viktig å ikke bare tilrettelegge slik at eldre kan bo lengst mulig hjemme, men også for at de skal ha et verdig og godt liv.

## 7.0 Avslutning

I denne litteraturstudien har formålet vært å forsøke å besvare på forskningsspørsmålet: “Hva sier forskning om hjemmeboende eldre og gamle sine erfaringer og holdninger til velferdsteknologi i hverdagslivet?”.

I 2033 er det forventet at det for første gang blir flere eldre, enn barn og unge i Norge. Dette medfører at forsørgerbyrden for eldre kan bli større enn for barn og unge. I helsevesenet kan den teknologiske utviklingen være en viktig ressurs, for å avlaste og effektivisere helse- og pleietjenester. Ergoterapeuter vil ha en sentral rolle i utvikling, utprøving, innføring og bruk av velferdsteknologiske løsninger.

I litteraturgjennomgangen kom det frem individuelle meninger og holdninger blant de eldre, men det var en del fellesnevne. Interesser, kunnskap, tidligere erfaring og vilje har innvirkning på de eldres holdninger og muligheter til å mestre teknologi. Dersom de eldre opplevde mestring ble de motivert til å ta teknologien i bruk. Det er derfor viktig å fremme mulighet for mestring for den eldre. Dette kan bli gjort ved å sikre at teknologien er utformet etter de eldres evner, og funksjonen må dekke behovet. Samtidig er det viktig at meningen med aktiviteter blir opprettholdt, slik at aktivitetene fortsatt er meningsfulle for de eldre.

De eldres forhold til sine pårørende hadde innvirkning på holdninger og erfaringer til velferdsteknologi. Dersom de eldre kunne spørre pårørende om assistanse, var de også mer positive til implementering av velferdsteknologi. Dette kan tyde på at eldre er mer villig til å ta i bruk velferdsteknologi hvis de får tilbud om assistanse og tydelig opplæring.

Velferdsteknologi er et middel som skal fremme selvstendighet i hverdagen, som videre kan føre til at eldre bor lengre hjemme. Dette er et politisk mål og samfunnsøkonomisk gunstig. Ved implementering av velferdsteknologi er det viktig å ta høyde for at de eldres privatliv kan bli krenket. Ved velferdsteknologiske løsninger som overvåker de eldre, kan dette føre til redusert følelse av selvstendighet. Samtidig er det eldre som føler det motsatt og opplever økt trygghet.

Eldre har individuelle erfaringer og holdninger til velferdsteknologi, ut ifra ulik kultur, livsstil, forhold til pårørende og sosioøkonomiske forhold. Ved implementering av velferdsteknologi er det viktig å ta hensyn til etiske perspektiver og enkeltmennesket. Ved å ta i bruk sin kjernekompetanse, kan ergoterapeuten være med på å sikre at teknologien blir tilpasset i enkeltmennesket. Ut ifra dette kan det forskes mer på hvordan velferdsteknologi kan bli mer individuelt tilpasset, og hvilken effekt implementering av velferdsteknologi har.

## Litteraturliste

- Agner, J. (2017). Understanding and applying empowerment theory to promote occupational justice. *Journal of Occupational Science*, 24(3), 280-289.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care : A practical guide* (3rd ed.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Bernhoft-Osa, K., Fjeldstad, M., Erichsen, K.B., Nes, I.T. & Kötterheinrich, J.K. (2005). Occupational Justice. *Ergoterapeuten*, 05(02). 24-29.
- Christiansen, H.C. & Townsend, E.A. (2014). Occupational Justice by Robin Stadnyk, Elizabeth Townsend & Ann Wilcock. I C. Christiansen & E. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (s. 307-336). Harlow: Pearson.
- Dahlum, S. (2018) validitet. *Store medisinske leksikon*. Hentet 27. Mai 2019 fra <https://snl.no/validitet>
- Engedal, K. (2019). Alderdom. *Store medisinske leksikon*. Hentet 11. April 2019 fra <https://sml.snl.no/alderdom>
- Evensen, E.A., Bjørneby, S., Ellingsen, C., Hagen, K., Bjørvig, S., Heiberg, A.N. & Rana, S.A. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi: Rapport fra teknologirådet (1:2009)*. Oslo: Teknologirådet.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Forventet levealder i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/>
- Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>
- Forskningsetiske Komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf?fbclid=IwAR2TtyNrYCqX0je7m3FYmjFpfWil7ifbywO-hcUKB6vyouCK67uqisDnTQ8>

- FN-Sambandet. (2018, 10. Januar). FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. st. 29 (2012-2013)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020* (Meld. St. 29 (2015-2020)). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_20.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_20.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet- En kvalitetsreform* (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec7>
- Helsebiblioteket.no. (u.å). Alle databaser. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. (15-1990). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017, 17. Oktober). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Isaksen, J., Paulsen, K.B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (09. Juni, 2017). Hvilken nytte har hjemmeboende eldre med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 17, 117-127. DOI: 10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09
- Jacobsen, A. Legarth, K.H & Sønnichsen, L.H. (2013). Aktivitet og deltakelse i forskjellige livsfaser. I Å. Brandt, A.J., Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi Aktivitet og deltakelse i hverdagslivet* (s. 49-70). København: Munksgaard
- Jessen-Winge, C. & Riddersholm, L. (2013). Ergoterapi i det danske sundhedsvæsen. I Å. Brandt, A.J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i Ergoterapi Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (s. 25-34). København: Munksgaard.
- Kielhofner, G. (2010). *Ergoterapi i praksis* (3.utg.). København: Munksgaard
- Kiran, A.H. & Nakrem, S. (2018). Etske perspektiv ved bruk av velferdsteknologi. I S. Nakrem & J. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 100-112). Oslo: Cappelen damm as.

- Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2018). Velferdsteknologi - hva, hvorfor og hvordan?. I S. Nakrem & J. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 15 - 31). Oslo: Cappelen damm as.
- Kunnskapssenteret. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning*. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/2015\\_ha\\_ndbok\\_slik\\_opsummerer\\_vi\\_forskning.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/2015_ha_ndbok_slik_opsummerer_vi_forskning.pdf)
- Kunnskapssenteret. (2011) Vedlegg 2: Sjekklistor. Vedlegg til håndboka "Slik oppsummerer vi forskning". Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklistor.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistor.pdf)
- Kunnskapsdepartementet. (2018, 15. November). Etikk i forskning. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Lid, I.M. (2018). *Universell Utforming, Verdigrunnlag, kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm.
- Lie, M. L. S., Lindsay, S. & Brittan, K. (2016) Technology and trust: older people's perspective of a home monitoring system. *Aging & Society*, 36, s. 1501-1525. doi:10.1017/S0144686X15000501
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nakrem, S. (2018). Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I S. Nakrem & J. B Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 73-76). Oslo: Cappelen Damm as.
- Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reiner. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en håndbok for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet.
- Peek, S.T.M., Luijkx, K.G., Rijnaard, M.D., Nieboer, M.E., Van der Voort, C.S., Aarts, S., Van Hoof, J., Vrijhoef, H.J.M. & Wouters E.J.M. (2015). Older Adult's Reason for Using Technology while Aging in Place. *Gerontology*, 6, 226-237.
- Ryd, C., Malinowsky, C., Öhman, A., Kottorp, A. & Nygård, L. (2018). Older adult's experience of daily life occupations as everyday technology changes. *British journal of Occupational Therapy*, 10, 601-608. DOI: 10.1177/0308022618774525

- Røhne, M. & Svagård, I. (2016). *Effekt av Trygghetspakker Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Lister regionen*(SINTEF A27917). Oslo: SINTEF IKT
- Søk & Skriv. (2019, 24. Januar). APA 6th. Hentet fra [https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/#Nettside fra organisasjon](https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/#Nettside_fra_organisasjon)
- Tønnessen, M. (2018, 26. juni). Lavere befolkningsvekst framover. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-befolkningsvekst-framover>
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wilcock, A.A. & Townsend, E.A. (2013). Occupational Justice. I B.A.B. Schell, G. Gillen & M.E. Scaffa (Red.), *Williard & Spackman's Occupational Therapy*(s. 541-553). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Øvsthus, K., Skeie, N.H. & Kure, Ø. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. (Helse- og omsorgsdeparterementet Rapport 15-1990). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

## **Figur liste**

Helsebiblioteket.no. (u.å) Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra


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

Lid, I.M. (2018). *Universell utforming, verdigrunnlag, kunnskap og praksis*



# Vedlegg 1

PICO - skjema

Population/ patient/ problem	Intervention	Comparison	Outcome 
Eldre	Velferdsteknologi		Safety
Elderly	Assistive technology		experience
Retired	welfare technology		
Aged	Aging in place		
Aged, 80 and over	Gerontechnology		
Elder			
Older			

## Vedlegg 2

### Sjekkliste for kvalitative studier

---

#### SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

---

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?			
Kommentar:				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?			
Kommentar:				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?			
Kommentar:				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?			
Kommentar:				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?			
Kommentar:				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?			
Kommentar:				
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?			
Kommentar:				
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?			
Kommentar:				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?			
Kommentar:				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?			
Kommentar:				

\*Basert på User's Guides for an article reporting the results of qualitative research in health care. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ. User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

\* Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiative#13 – February 2004. <http://www.ahimr.ab.ca/creba/forms/submission.pdf>