

**BSYBAC\_5**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Hjemmeboende eldres opplevelse av velferdsteknologi



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 05.05.22*

**Kandidatnummer 5118**

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Andelen eldre i Norge har økt og vil fortsette å øke framover, mens antall yrkesaktive minker. Velferdsteknologi forespeiles som en av bærebjelkene til å ivareta kvaliteten i framtidens helsevesen. Samtidig kan det ses på som et virkemiddel som fremmer deltakelse og empowerment til brukeren, tilpasset deres behov.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan hjemmeboende eldre opplever velferdsteknologi.

**Metode:** Oppgaven bruker integrativ litteraturoversikt som metode, basert på fire kvalitative forskningsartikler. Resultatet fra analysen av forskningsartiklene, relevant teori og egne refleksjoner danner grunnlaget for drøftingen.

**Resultater:** Resultatene tyder på at hjemmeboende eldre i stor grad oppfatter velferdsteknologi som nyttig. Flertallet hadde erfaring med teknologi, noe som kan tenkes å senke terskelen for å ta i bruk velferdsteknologi. Det varierte hvor involverte brukerne var i å anskaffe velferdsteknologi, samt hvor involverte de ønsket å være i dette. Funnene tyder på at deres opplevelse av trygghet og selvstendighet ble ivaretatt. Videre ble utfordringer relatert til falsk trygghet, stigma, personvershensyn og isolasjon identifisert.

**Nøkkelord:** velferdsteknologi, bruker, erfaring, eldre, hjemmeboende

## Innhold

1. INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av temaet .....	1
1.2 Problemformulering.....	2
1.3 Hensikt.....	2
2. TEORI.....	3
2.1 Velferdsteknologi .....	3
2.1.1 Ulike former for velferdsteknologi .....	4
2.1.2 Utfordringer relatert til velferdsteknologi .....	5
2.2 Aldring og endret sykdomsbilde.....	5
2.3 Empowerment.....	6
2.4 Virginia Hendersons behovsteori .....	7
3. METODE.....	8
3.1 Valg av metode.....	8
3.2 Litteratursøk.....	9
3.2.1 Valg av søkeord.....	9
3.2.2 Valg av litteratur.....	9
3.3 Analyse av artikler.....	10
4. RESULTATER.....	12
4.1 Brukeres holdninger til bruken av velferdsteknologi .....	12
4.1.1 Tidligere erfaring med teknologi.....	12
4.1.2 Brukermedvirkning .....	14
4.2 Ivaretagelse av behov gjennom velferdsteknologi .....	15
4.2.1 Opplevelse av trygghet.....	15
4.2.2 Opplevelse av selvstendighet .....	16

4.3	Utfordringer i forhold til bruken av velferdsteknologi.....	18
4.3.1	Personvern.....	18
4.3.2	Stigma.....	19
4.3.3	Tap av sosial kontakt.....	19
5.	DISKUSJON.....	21
5.1	Metodediskusjon.....	21
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	Brukeres holdninger til bruken av velferdsteknologi.....	23
5.2.2	Ivaretagelse av behov gjennom velferdsteknologi.....	25
5.2.3	Utfordringer i forhold til bruken av velferdsteknologi.....	27
6.	AVSLUTNING.....	31
6.1	Konklusjon.....	31
6.2	Anvendelse i praksis.....	32
	LITTERATUR .....	33
	VEDLEGG 1: SØKELOGG .....	38
	VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE.....	39

## 1. INNLEDNING

Andelen eldre i Norge har økt og vil fortsette å øke framover (Grimsbø, 2016). Christiansen (2021) anslår i Folkehelse rapporten at antall mennesker over 67 år vil doble seg mellom 2020 og 2060 og at 12% av befolkningen da vil være over 80 år. Samtidig vil det være 2,3 yrkesaktive per person i 2060. I 2021 var tallet 4,3. Kort oppsummert vil ressursene minke og antall pasienter øke. Gitt et sånt framtidsscenario mangler man hender for å kunne opprettholde kvaliteten på dagens helsevesenet, med mindre man tar i bruk nye løsninger (Grimsbø, 2016). Det er over ti år siden Hagen-utvalget satte velferdsteknologisatsningen på dagsordenen med sin utredning *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11). Helsesektorens utfordringer i forhold til knappheten på ressurser og økende antall pasienter er noe som forhåpentligvis kan imøtekommes til en viss grad av velferdsteknologi. Velferdsteknologi forespeiles som en av bærebjelkene til å ivareta kvaliteten i framtidens helsevesen. Samtidig kan det ses på som et virkemiddel som fremmer deltakelse og empowerment til brukeren, tilpasset deres behov (NOU 2011:11).

### 1.1 Bakgrunn for valg av temaet

Gjennom både arbeid og praksis i hjemmesykepleien har jeg sett ulike former for velferdsteknologi bli tatt i bruk. Mens jeg vurderte ulike temaer jeg kunne fokusere på i denne oppgaven luftet jeg velferdsteknologi til en kollega. «Det er jo spennende, det er i utvikling, vi ser det mer og mer» argumenterte jeg. «Jeg har ikke sansen for det,» svarte min kollega, «for mange brukere er dagens høydepunkt at noen kommer innom med medisiner og snakker med dem. Tenk på alle de ensomme eldre som må forholde seg til en medisindispenser i stedet for et menneske». Under denne samtalen tenkte jeg tilbake til et foredrag av Kari Martinsen hvor hun advarte mot å sette for mye lit til teknologiens inntog i omsorgsarbeidet.

Om spenningsfeltet mellom helsepersonells såkalte «varme» hender og «kald» teknologi. Videre tenkte jeg på meg og mine. En av mine bestemødre nektet å bruke «disse nymotens» mobiltelefonene og sverget til fasttelefonen, den andre er mer aktiv på det sosiale mediet Snapchat enn noen av sine barnebarn. Bruken av teknologi faller mer naturlig for noen enn andre og folks utgangspunkter er forskjellige.

## 1.2 Problemformulering

I en artikkel i Sykepleien skriver Lie (2019): «Digitaliseringen av helsetjenestene er ikke noe vi som helsepersonell kan velge om vi vil være en del av eller ikke» (Lie, 2019, s. 60). Som sykepleier vil man møte velferdsteknologi i en eller annen form i sin yrkesutøvelse, sånn har det blitt. Eksempelvis ble bruk av medisindispensere sett på som et smittevernstiltak for hjemmesykepleien i starten av Covid-19 pandemien. Økt bruk av velferdsteknologi i større og større grad er noe brukerne av tjenestene heller ikke kan velge bort. Dette fikk meg til å tenke på hva brukerne selv tenker om velferdsteknologi, hva slags innstilling, utgangspunkt og erfaringer har de? På bakgrunn av dette har jeg kommet til følgende problemstilling: hvordan opplever hjemmeboende eldre velferdsteknologi. Jeg ønsker å fokusere på hjemmeboende eldre ettersom velferdsteknologi hovedsakelig er rettet mot dem. Ved å undersøke dette temaet vil man få en bedre forståelse av brukeropplevelsen av velferdsteknologiske løsninger.

## 1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan hjemmeboende eldre opplever velferdsteknologi.

## 2. TEORI

I teorikapittelet vil jeg utdype ulike begrep for å skape en ramme rundt oppgavens problemformulering. Jeg velger å ta utgangspunkt i følgende sitat fra *Innovasjon i omsorg* for å sette begrepene i sammenheng:

Velferdsteknologien vil ikke skape revolusjon i omsorgstjenestene. Sterkere fokus på å utnytte de muligheter teknologien gir, vil ikke alene være avgjørende for omsorgstjenestenes evne til å møte framtida. Utvalget ser imidlertid at velferdsteknologien kan understøtte en ny utvikling og være et av flere tiltak for å endre disse tjenestenes innretning, med større vekt på «hjelp til selv-hjelp», selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering. På den måten kan den svare på mange av de behov omsorgstjenestenes nye brukergrupper har, og være godt tilpasset nye seniorgenerasjoners behov. (NOU 2011:11, s. 98-99).

### 2.1 Velferdsteknologi

Som nevnt i innledningen er det over ti år siden Hagen-utvalget satt velferdsteknologi på agendaen i sin utredning *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11). Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) ble opprettet i 2014 med mål om at velferdsteknologi skulle være en integrert del av tjenestetilbudet i kommunenes helse- og omsorgstjeneste innen 2020. I perioden mellom oppstart av programmet og 2019 hadde omkring 80% av kommunene i Norge tatt del i prosjekter rundt velferdsteknologiske løsninger (Breivik et al., 2019).

Velferdsteknologi, slik det defineres i *Innovasjon i omsorg*, er teknologisk støtte som på ulike måter styrker mestring av den enkeltes hverdag på tross av psykiske eller fysiske begrensninger. Blant annet kan velferdsteknologi bidra til «økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet» (NOU 2011:11, s. 99). Pårørendestøtte og forbedring av tjenestebildet faller også innunder velferdsteknologi. (NOU 2011:11).

### 2.1.1 Ulike former for velferdsteknologi

Når man kategoriserer velferdsteknologi skiller man ofte mellom hvor, hva og hvem: hvor brukes det, hva brukes det til og hvem bruker det (NOU 2011:11). *Innovasjon i omsorg* velger å bruke fire hovedkategorier for å dele inn velferdsteknologi:

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi. Hensikten er å skape trygge rammer, for eksempel gjennom ulike alarmer. Trygghetsalarmer trykker man selv på for å opprette kontakt med alarmsentral eller hjemmesykepleie. En mobil trygghetsalarm har innebygget GPS, og kan tas med ut av hjemmet. Fallalarmer kan bæres på armen, den registrerer fall og varsler hjemmesykepleien uten at man selv utløser den. (NOU 2011:11).
2. Kompensasjons- og velværeteknologi. Hensikten er å kompensere for hukommelsessvikt og/eller fysisk funksjonssvikt, samt gjøre hverdagslivet mer komfortabelt. Eksempler på dette er elektroniske medisindispensere som deler ut multidosedoser til rett tid med påminning og kalenderklokker for å holde rede på døgnet. (NOU 2011:11).
3. Teknologi for sosial kontakt. Hensikten er å gjøre det sosiale livet til brukeren lettere. Videokommunikasjon og tekniske kjæledyr er eksempler på dette. (NOU 2011:11).
4. Teknologi for behandling og pleie. Hensikten er å støtte menneskers mulighet til å bedre mestre egen helse. Et eksempel på dette er elektroniske journaler som gir brukere og behandlere tilgang til medisinske data over nett (NOU 2011:11). Smittestopp-appen som ble brukt under Covid-19 pandemien er et annet eksempel (FHI, 2020). Appen ble brukt som et tiltak for å forhindre videre spredning av Covid-



19. En smittet person kunne registrere seg i appen, hvoretter appen ga beskjed til alle aktuelle nærkontakter som brukte appen at de burde teste seg (FHI, 2020).

### *2.1.2 utfordringer relatert til velferdsteknologi*

Det finnes utfordringer i forhold til å ta i bruk og bruke velferdsteknologi. En faktor er selve introduksjonen til brukerne selv (Farsjø & Moen, 2016). Manglende motivasjon, mestringsforventning og teknologierfaring tenkes å føre til en høyere terskel for å ta i bruk velferdsteknologi. Har man mindre teknologierfaring har man også større behov for opplæring og oppfølging. En annen utfordring som ofte dras fram i debatter er spenningsfeltet mellom omsorgens «varme hender» og «kald teknologi» (Grimsbø, 2016). Bruken av teknologi i helse er ikke noe nytt, men den er heller ikke verdinøytral i seg selv. Blant annet kan teknologien rette fokuset mot faktorer som kan måles, mens mer diffuse faktorer overses. Videre har det å gjøre det til en integrert del av tjenestetilbudet, selve implementeringsprosessen, vist seg å være en utfordring for kommunene (Breivik et al., 2019). Når det gjelder etiske dilemmaer, forekommer de i bruken av velferdsteknologi slik de gjør ellers. Personvern står for mange hensyn. Datatilsynet har ansvar for å ivareta sikkerhet og personvern i digitale dataregistre (SNL, 2019). Datatilsynet (2014) skriver at de er positive til velferdsteknologi, men at nytteverdien av teknologien må veies opp mot hensynet til personvernet. Et eksempel er bruken av GPS-teknologi, for hvem eier egentlig dataene, hvem har tilgang, hvordan brukes de og hvordan lagres de. Personvernet må vurderes mot det å kunne gå «fritt» (Grimsbø, 2016).

## 2.2 Aldring og endret sykdomsbilde

Aldring pluss økt sannsynlighet for sykdom gjør at eldre helsemessig sett er en utsatt gruppe (Romøren, 2014). Det er en klar sammenheng mellom økende alder og bruk av kommunale

helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 15 (2017–2018)). Mer enn halvparten av personer over 80 år mottar omsorgstjenester, hovedsakelig i sitt eget hjem. Tjenester i hjemmet regnes som både lettere å tilpasse og billigere enn i institusjon. De over 90 år har klart størst bistandsbehov. Samtidig er det generelle sykdomsbildet i endring (Hauge, 2017). Bedre helse og andre ressurser enn tidligere generasjoner gjør at de kommende eldregenerasjonene vil leve og lever lenger. Bedre økonomi, boforhold, utdanning, funksjonsevne og teknologiske ferdigheter er noen av disse ressursene (Meld. St. 15 (2017–2018)). Videre har medisinske fremskritt gjort at sykdommer som tidligere var dødelige kan kureres. Undersøkelser viser at kombinasjonen økende levealder og bedre behandling ikke har ført til mindre tilfeller av kroniske sykdommer, men heller at folk lever lenger med sin sykdom (Hauge, 2017).

### 2.3 Empowerment

En av de viktigste bærekraftstrendene innenfor helsetjenesten er å overføre rutineoppgaver som tidligere var tildelt helsepersonell til brukerne/pasientene selv (Hauge, 2017). Hjelp til selv-hjelp. Empowerment kan defineres som maktoverføring, men begrepet er omdiskutert i norsk litteratur (Gammersvik, 2018). Hauge (2017) sammenligner det med IKEAs ide om å la folk sette sammen møblene sine selv. Man ønsker å styrke den enkeltes ressurser, uavhengighet og tro på seg selv (Tveiten, 2018). I mange tilfeller kan dette føre til bedre tilgjengelighet, større grad av selvbestemmelse og bedre kunnskap om egen situasjon og sykdom. Velferdsteknologi kan gi brukere følelsen av at de mestrer egen helse (Grimsbø, 2016). Forskning peker mot at pasienter som tar ansvar oppnår bedre resultater, dog en innvending er at ikke alle føler seg i stand til å ta dette ansvaret. (Gammersvik, 2018; Hauge, 2017).

## 2.4 Virginia Hendersons behovsteori

Spørsmålet «hva er sykepleie?» kan besvares utfra ulike perspektiv (Kristoffersen, 2016). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Virginia Hendersons behovsteori for å diskutere velferdsteknologi i forbindelse med sykepleie. Den nye seniorgenerasjoners behov er en del av hva velferdsteknologi ønsker å dekke. I Virginia Hendersons sykepleiedefinisjon, definert nedenfor, har perspektivet hovedvekt på menneskers grunnleggende behov:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet sykt eller friskt å utføre de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredelig død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (Henderson, 1993, s. 9)

Utfra dette perspektivet gjenspeiles et menneskesyn som tilsier at alle mennesker har gitte grunnleggende behov. Sykepleie kan sies å ha en fysisk funksjon som går ut på å assistere og utfylle disse behovene. Hadde man hatt ressursene man trengte ville man dekket det selv og ikke trengt sykepleie. Henderson definerte 14 grunnleggende behov med en miks av fysiske, psykiske, eksistensielle og sosiale aspekt. Hvordan man ivaretar sine grunnleggende behov blir av Henderson omtalt som en persons «livsmønster», som er individspesifikt og kan tilfredsstilles på forskjellige måter. Mennesket kjenner selv best sine egne behov. Innenfor sykepleie må man derfor ta hensyn og innrette seg deretter. (Kristoffersen, 2016).

### 3. METODE

#### 3.1 Valg av metode

Metode er enhver fremgangsmåte som brukes for å få fram kunnskap (Dalland, 2012). Man bruker metode enten for å danne ny kunnskap eller for å etterprøve hvorvidt eldre kunnskap er sann, gyldig eller holdbart. Som regel vil man innenfor samfunnsvitenskapen skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Man velger metode basert på hva man ønsker å belyse. Begge metodene har som hensikt å bidra til en bedre forståelse av samfunnet, handlinger og samhandlinger. Forenklet kan man beskrive kvantitativ som noe man teller og kvalitativt som noe man tolker, selv om man vil finne telling og tolkning i begge metodene. Ønsker man å undersøke forekomsten av noe er det hensiktsmessig å bruke en kvantitativ orientert metode, mens ønsker man forståelse man ikke kan tallfeste er det hensiktsmessig å bruke en kvalitativ orientert metode. (Dalland, 2012).

Segesten (2017) beskriver ulike modeller for litteraturbasert oppgaveskriving, deriblant litteraturoversikt. Litteraturoversikt som metode kan beskrives som en måte å skape oversikt over eksisterende kunnskap via et systematisk utvalg av artikler (Friberg, 2017). Metoden har ulike hensikt og former, og både kvalitative og kvantitative data kan anvendes. Man kan skape en allmenn litteraturoversikt eller en integrativ litteraturoversikt. Integrativ litteraturoversikt innebærer at man analyserer ulike empiriske forskningsartikler, sammenstiller funnene og setter sammen funnene for å danne «en ny helhet» (Friberg, 2017, s. 150). Det vil si at man ser etter felles nøkkelfunn og sammenhenger og setter dem opp mot hverandre. Dannelsen av en ny helhet ved å sammenligne funnene er det som skiller en integrativ litteraturoversikt fra en allmenn litteraturoversikt. (Friberg, 2017).

Med bakgrunn i denne oppgavens problemformulering og hensikt er integrativ litteraturstudie som beskrevet i Friberg (2017) valgt som metode.

## 3.2 Litteratursøk

Etter å ha deltatt på søkekurs med universitetsbibliotekar satte jeg i gang et strukturert litteratursøk via relevante databaser for helsefag, deriblant Cinahl, Medline, Idunn, SveMed+ og Oria.

### 3.2.1 Valg av søkeord

Hensikten med oppgaven er hjemmeboende eldres opplevelse av velferdsteknologi. Jeg valgte søkeordene mine med bakgrunn i hensikten, disse var: «velferdsteknologi», «eldre», «hjemmeboende» og «erfaringer». Da de fleste relevante databaser og artikler baserer seg på engelsk valgte jeg å oversette disse nøkkelordene til engelsk. De engelske ordene som ble brukt i søkeprosessen fant jeg ved å bruke de oversatte nøkkelordene og finne nærliggende MeSH-termer via EBSCOhosts MeSH 2022 søkemotor. Ved bruk av boolsk søk ble forbindelsen mellom søkeordene bestemt. I tillegg gjorde trunkering av enkelte ord at treff som inneholdt ordets ulike bøyingsformer også kom opp. Etter å ha lagt merke til en trend hvor flere av treffene besto av systematiske oversiktsartikler valgte jeg å legge til «qualitative NOT “systematic review”» som enda et søkeord. Søkeprosessen presenteres i Vedlegg 1.

### 3.2.2 Valg av litteratur

Et strukturert litteratursøk innebærer at man formulerer kriterier for å begrense søkingen (Dalland, 2012). Basert på oppgavens problemformulering og hensikt valgte jeg å kun inkludere artikler som: var fagfellevurdert, ikke eldre enn 10 år, hadde liknende brukergruppe

som Norge og som tok utgangspunkt i brukerperspektiv. Når det gjelder tidsavgrensningen så er forskning ferskvare, og oppdatert kunnskap ble tilstrebet. Artikler som ikke tilfredstilte disse inklusjonskriteriene ble valgt bort. Artikkelen jeg endte opp med å inkludere ble funnet ved hjelp av databasene Medline og Idunn. En oversikt over de utvalgte artiklene vises i

Tabell 1.

Tabell 1

Forfattere, årstall, tittel	Hensikt	Perspektiv	Metode
Glomsås et al. (2021) <i>'They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services</i>	Å utforske eldre menneskers erfaring med brukermedvirkning i implementeringen og hverdagsbruken av velferdsteknologi	Bruker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie</li> <li>• Intervju med 16 deltakere, 5 menn og 11 kvinner.</li> <li>• &gt;65 år, hadde brukt en eller annen form for velferdsteknologi i &gt; 6mnd.</li> </ul>
Sánchez et al. (2019) <i>Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway</i>	Å utforske holdninger og perspektiv rundt velferdsteknologi blant eldre aleneboere i Norge	Bruker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie</li> <li>• Intervju med 9 deltakere, 4 menn og 5 kvinner</li> <li>• 79-91 år</li> </ul>
Ienca et al. (2021) <i>Digital health interventions for healthy ageing: a qualitative user evaluation and ethical assessment</i>	Å utforske synspunkt, behov og oppfatning hjemmeboendes eldre hadde rundt bruken av digitale helseteknologier	Bruker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie</li> <li>• Intervju med 19 deltakere, 10 menn og 9 kvinner</li> <li>• &gt;65 år</li> </ul>
Isaksen et al. (2017) <i>Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?</i>	Å undersøke hvilke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester	Bruker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie</li> <li>• Intervju med 15 deltakere, 6 menn og 9 kvinner.</li> </ul>

### 3.3 Analyse av artikler

Friberg (2017) beskriver hvordan man gjennom analyse tar en helhet og gjør dem om til deler, som man så setter sammen til en ny helhet. Hver artikkel er en helhet. Ved å lese gjennom artiklene flere ganger skaper man et utgangspunkt for å forstå innhold og sammenhenger. Videre ser man etter forskjeller og/eller likheter i forhold til teoretisk tilnærming, metode,

analyse, hensikt og resultat i de valgte artiklene. Gjennom dette finner man deler fra helheten. Disse sorteres inn i passende kategorier som det er hensiktsmessig å presentere i en oversiktstabell. Sammenligninger presenteres og tolkninger og slutninger dras for å vise hvordan dataene henger sammen. Ved dette skaper man en ny helhet. (Friberg, 2017).

Ved å følge analysemetoden presentert i Friberg (2017) leste jeg gjennom artiklene flere ganger og analyserte innholdet i dem for å finne hovedtrekk. En videre datareduksjon ble foretatt for å trekke ut hovedtrekk som samsvaret om denne oppgavens hensikt og problemformulering. Gjennom analysearbeidet kom jeg fram til tre kategorier og sju underkategorier. Disse presenteres i kapittel 4. En litteratormatrise over artiklene er lagt med i Vedlegg 2.

## 4. RESULTATER

Dette kapitlet tar for seg funnene fra artiklene. Hensikten til oppgaven er å undersøke hvordan hjemmeboende eldre opplever bruken av velferdsteknologi. Etter å ha analysert de fire forskningsartiklene ble dataene sortert i tre hovedkategorier og sju underkategorier. Kategoriene kan peke mot ulike aspekter av problemformuleringen og hensikten. Tabell 2 presenterer en oversikt over disse kategoriene, som utdypes videre i dette kapitlet.

Tabell 2

Hovedkategori	Underkategori
Brukeres holdninger til bruken av velferdsteknologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidligere erfaring med teknologi</li> <li>• Brukermedvirkning</li> </ul>
Ivaretagelse av behov gjennom velferdsteknologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplevelse av trygghet</li> <li>• Opplevelse av selvstendighet</li> </ul>
Utfordringer i forhold til bruken av velferdsteknologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personvern</li> <li>• Stigma</li> <li>• Tap av sosial kontakt</li> </ul>

### 4.1 Brukeres holdninger til bruken av velferdsteknologi

#### 4.1.1 Tidligere erfaring med teknologi

Funn fra Sánchez et al. (2019) viste at deltakerne hadde erfaring med teknologi, og brukte det regelmessig. Eksempler på disse er mobiltelefon, smartklokker og iPad. Blant velferdsteknologi hadde noen fallalarm. Andre brukte nettbaserte journaler som tillot helsepersonell å se over medisinene deres og deres helsemessige bekymringer. Mange fortalte at de ikke kjente et behov for velferdsteknologi, men kunne tenke seg at det kom til å endre seg i framtiden, noe følgende sitat belyser:

Yes, I'm very interested in it [welfare technology] because I cannot think of moving out of my house ... I also have thought about the possibility of installing electronics [devices in my house], just in case I fall, although I'm not that bad, I'm not there yet, but I can give my opinion [on welfare technology] anyways. (Sánchez et al., 2019, s. 847).



Studien til Ienca et al. (2021) tyder på at de fleste var kjent med og brukte regelmessig teknologier som datamaskin og mobiltelefon. Av 19 deltakere var det kun 5 som ikke brukte smarttelefon, noe de begrunnet med at det enten var visuelt eller kognitivt utfordrende eller at de ble snakket bort fra det av slektninger. Videre var de fleste kjent med velferdsteknologi og de aller fleste var positivt innstilt til bruken. Ingen var eksplisitt imot teknologi. I studien ble det observert et skille mellom de yngste (under 70 år) og eldste (over 80 år) deltakerne ved at de yngste både brukte teknologi hyppigere og hadde mer kunnskap om teknologi.

Velferdsteknologien som ble evaluert i studien var et praterobot formet som en bamse, en smarttelefon applikasjon for koordinering av helsetjenester og to smartklokker (Apple Watch S4 og Fitbit Charge 3). (Ienca et al., 2021).

Deltakerne i Isaksen et al. (2017) bestod både av eldre og personer med funksjonsnedsettelse. De fleste hadde en eller annen form for kognitiv svikt. Flere var kjent med velferdsteknologi fra før av, deriblant trygghetsalarmer. Funn fra studien tyder på at de som var kjent med tidligere teknologi fortalte at de opplevde velferdsteknologien som brukervennlig. Spesielt deltakerne som hadde kunnskap og interesse for annen teknologi, som datamaskiner og mobiltelefoner, fortalte at de så å si ikke hadde behov for opplæring. En informant fortalte: «jeg bruker smarttelefon og nettbrett – og denne her er jo enklere å bruke» (Isaksen et al., 2017, s. 122)

Det varierte hvor teknologisk vant deltakerne i Glomsås et al. (2021) var. Med tanke på teknologi var noen aktive brukere av sosiale medier, mens andre verken hadde mobil eller datamaskin. Når det gjaldt velferdsteknologi tok de i bruk ulike typer, hvorav trygghetsalarmer, medisindispensere og digitale dørlåser var de tre vanligste. Et av

inkluskjonskriteriene i studien var at deltakerne hadde brukt en eller annen form for velferdsteknologi i over seks måneder. (Glomsås et al., 2021).

#### *4.1.2 Brukermedvirkning*

Studien til Glomsås et al. (2021) peker mot ulike preferanser med tanke på hvor involverte informantene ønsket å være i å få tak i og bruke velferdsteknologi. Noen mente at helsepersonell visste best og ville at de skulle velge. Andre ønsket ikke å velge på grunn av manglende energi, kunnskap eller fordi de ønsket å unngå konflikt. Noen rapporterte at de følte at andre bestemte for dem, noe de fleste synes var greit mens andre ønsket større rom for å gjøre egne valg. En deltaker satte ord på det i følgende sitat: “..they just came with it (medication dispenser). They are a bit.. what can I say ... they are a bit controlling. It would have been nice if they had asked.” (Glomsås et al., 2021, s. 5). Funn fra studien tyder på at de som brukte medisindispenserne ikke hadde blitt spurt om de foretrakk den eller et tilsyn fra hjemmesykepleien. Et videre punkt som ble tatt opp med tanke på brukermedvirkning handler om hvilken modell av en gitt teknologi som blir tatt i bruk. Kommunen kjøper eller leier gjerne inn en modell som blir gjeldende for hele kommunen, noe som gjør at brukerne av tjenesten ikke får teknologi tilpasset den enkelte. (Glomsås et al., 2021).

Deltakerne i Isaksen et al. (2017) fikk utdelt velferdsteknologi etter behovskartlegging, de fleste mer enn én type. Noen var skeptiske til å ta i bruk velferdsteknologien i utgangspunktet, men endret mening etter bruk.

Et av inkluskjonskriteriene i studien til Sánchez et al. (2019) var at deltakerne ikke mottok offentlige helsetjenester. I den grad de brukte fallalarmer så hadde de skaffet dem selv. Funn fra studien avdekket at enkelte var bekymret for å miste muligheten til å velge selv med tanke

på bruken av velferdsteknologi. De bekymret seg over hvorvidt det at det å bo hjemme er mer kostnadseffektivt for kommunen ville gjøre at de blir påtvunget velferdsteknologi hvis de opplever kognitiv svikt. Følgende sitat belyser dette: “I say that I do not want it [welfare technology] now, but at some point there will be someone who will say that I should have it without me even having a say on it” (Sánchez et al., 2019, s. 847).

## 4.2 Ivaretagelse av behov gjennom velferdsteknologi

### 4.2.1 *Opplevelse av trygghet*

Deltakerne i Sánchez et al. (2019) rapporterte at de hadde endret væremåte eller selv kjøpt inn hjelpemidler når de anså det som nødvendig for deres opplevelse av trygghet. Videre rapporterte deltakerne i studien at alle følte seg trygge i nabolaget sitt. I tillegg fortalte flere at de ikke var redde for å dø. Det de var redde for var å oppleve smerte, å falle, sykehusinnleggelse eller å bli feilbehandlet. De fleste fortalte at de aldri hadde falt og flere fortalte at de ikke anså seg selv «gamle nok» til at det å falle ville være et problem. Andre hadde selv skaffet fallalarmer og fortalte at dette dekket behovet deres for å føle seg trygg gitt de skulle falle. (Sánchez et al., 2019).

Deltakerne i Glomsås et al. (2021) rapporterte en økt følelse av trygghet gjennom bruken av flere velferdsteknologier. Bruken av trygghetsalarm ble dratt fram som en teknologi som førte til en økt opplevelse av trygghet, spesielt følt av dem som hadde trygghetsalarm med innbygget GPS-sporing. Det at hjemmesykepleien ga dem beskjed når de måtte bytte batterier og fikk beskjed hvis medisiner fra medisindispenser ikke ble tatt eller ikke kom ut ble også dratt fram som noe som økte opplevelsen deres av trygghet. Enkelte rapporterte at de opplevde at trygghetsalarmen deres var for tung å ha rundt nakken, så de la den plasser de

ikke nødvendigvis ville kunne nå om de faktisk trengte den. De anså ikke dette selv som et problem. (Glomsås et al., 2021).

Studien til Isaksen et al. (2017) tyder på at bruken av teknologi hadde en positiv påvirkning på deltakernes opplevelse av trygghet. Informantene rapporterte at de stolte på teknologien. En person fortalte at han følte seg tryggere når han beveget seg utenfor hjemmet med mobil trygghetsalarm, noe følgende sitat sier noe om: «Nå kan jeg dra på lange sykkelturer og samtidig vite at om det skjer noe med meg, så finner de meg» (Isaksen et al., 2017, s. 120). Videre viser funn fra studien at det var stor enighet over at de stolte på teknologien. Enkelte av dem beskrev dog opplevelser der de hadde opplevd at GPS-teknologien hadde sviktet. En hadde gått på tur en plass uten mobildekning, en annen hadde ikke klart å bli sporet opp av vakselskapet. (Isaksen et al., 2017).

For deltakerne i Ienca et al. (2021) ble trygghet rapportert som en stor motivator for å ta i bruk velferdsteknologi. I studien undersøkte de smartklokker som hadde innebygget GPS. Blant funksjonene var det en Akutt SOS funksjon som satte dem i kontakt med den lokale nødetaten samt sendte en predefinert tekstmelding til nødkontakt. Funn fra studien viser at deltakernes opplevelse av trygghet ble styrket gjennom denne funksjonen, både i hjemmet og hvis de skulle ut på en spasertur. Ienca et al. (2021).

#### *4.2.2 Opplevelse av selvstendighet*

Resultatene fra Sánchez et al. (2019) tyder på at alle deltakerne anså selvstendighet som meget viktig. De fleste av dem var autonome og levde en aktiv livsstil. Så lenge de kunne opprettholde en verdig livsstil ønsket de å fortsette å bo hjemme, og anså velferdsteknologi som et verdifullt ledd i å oppnå dette. (Sánchez et al., 2019).

De fleste deltakerne i Ienca et al. (2021) hadde et sterkt ønske om å fortsette å være selvstendige og å bo hjemme. Følgende sitat illustrerer dette: «Yes, especially the possibility to be at home longer and to be independent, I think that is something important, yes» (Ienca et al., 2021, s. 6). De anså velferdsteknologi som noe som kunne bidra til empowerment gjennom å styrke deres autonomi.

Studien til Isaksen et al. (2017) tyder på at bruken av velferdsteknologi førte til opplevd økt selvstendighet. Mange var fornøyde med teknologien. Noen tilegnet dette til gleden av mestring og til økt selvstendighet og økt egenkontroll. De fortalte om økt mobilitet. Følgende sitat beskriver en deltakers opplevde nytte av mobil trygghetsalarm: «Nå kan jeg være på farta, uten å måtte si fra til hjemmetjenesten» (Isaksen et al., 2017, s. 121). For andre betydde elektronisk medisindispensere at de ikke trengte vente på personell. Andre fortalte at de slapp «maset fra personalet». Dog var det andre som opplevde at det å ha medisindispenser gjorde dem mindre fleksible. En liten dosett kunne de ta med seg hvis de skulle ut av huset. En deltaker fortalte: «jeg blir jo sittende her hjemme å vente på at Pilly skal si i fra» (Isaksen et al., 2017, s. 121).

Deltakerne i studien til Glomsås et al. (2021) drar fram bruken av medisindispensere som et område hvor de fleste foretrakk velferdsteknologien foran et fysisk tilsyn. De fikk alltid medisinen til rett tid og trengte ikke vente på pleiepersonell. Videre ga den dem mestringsfølelse, noe dette sitatet viser:

I think you can say that everyone should try a medication dispenser. They will become so fond of them. In the morning when I get up, the dispenser says, “it’s time for medicine” and then I manage to take it myself. (Glomsås et al., 2021, s. 7)

Videre viser studien at trygghetsalarmen gjorde at deltakerne følte de kunne fortsette med sine daglige aktiviteter. Deres følelse av selvstendighet ble dyrket. De ønsket å bo hjemme så lenge som mulig, og flere av dem uttrykte at velferdsteknologi var en forutsetning for å gjøre dette mulig. (Glomsås et al., 2021).

### 4.3 utfordringer i forhold til bruken av velferdsteknologi

#### 4.3.1 Personvern

Funn fra Sánchez et al. (2019) tyder på at deltakerne ikke hadde bekymringer rundt personvern. Enkelte fortalte at ikke så noen konflikt mellom teknologi og personvern. Andre fortalte at de ikke hadde noe problem med å dele informasjon med mennesker som bryr seg om dem. Med tanke på følelsen av å bli overvåket var det noen som var bekymret, men generelt var deltakerne positivt innstilt til bruken. Når det gjaldt bruk av kameraovervåkning var det delte meninger mellom deltakerne. Noen mente det var upassende, andre at det var akseptabelt. Kun én deltaker uttrykte bekymring rundt misbruk av dataen sin, mens en annen fortalte at de ikke visste hvordan de skulle beskytte dataen. (Sánchez et al., 2019).

I Isaksen et al. (2017) tyder resultatene på at de som brukte mobil trygghetsalarm ikke opplevde det som ubehagelig å kunne bli sporet. Enkelte uttrykte at de ikke hadde noe å skjule, og dermed så de intet problem med at bevegelsene kunne spores. Følgende sitat oppsummerer en deltakers tanker om å kunne bli sporet: «(...) det er overhodet ikke ubehagelig. Det er lite av min atferd å kamuflere, så den som gidder kan bare se hvor jeg beveger meg» (Isaksen et al., 2017, s. 5).

Funn fra Glomsås et al. (2021) tyder på at ingen av dem som brukte mobil trygghetsalarm opplevde dette som inngripende overvåking.

I studien til Ienca et al. (2021) satt deltakerne spørsmål med hvorvidt for mye informasjon om dem ble hentet inn i forhold til den datamengden som egentlig trengtes. Funn tyder på at personvern ble satt høyt. Deltakerne var på generelt basis positivt innstilt til å dele helserelatert informasjon med helserelaterte hensikter. De uttrykte også at de stolte på helsepersonellet. De bekymret seg derimot for hvor mye info som nådde andre parter, spesifikt forsikringsselskaper. En deltaker uttrykte bekymringen gjennom sitatet: «that's why I also have trouble with these apps, because there I give so much price of my life and my attitude and about how I move, feed, how I react, that's none of the insurers business» (Ienca et al., 2021, s. 6).

#### 4.3.2 *Stigma*

Funn fra Sánchez et al. (2019) tyder på at deltakerne ikke anså seg selv «gamle nok» til å bruke velferdsteknologi enda, og så dermed ikke behovet.

Et par som begge hadde elektronisk medisindispenser i Isaksen et al. (2017) hadde sluttet å bruke den delvis begrunnet i at lyden den lagde. De fortalte at de opplevde det som flaut. En deltaker fortalte om bruk av alarm: «jeg skrur av alarmen, eller legger den igjen hjemme når jeg ikke vil være pasient» (Isaksen et al., 2017, s. 121).

#### 4.3.3 *Tap av sosial kontakt*

I studien til Glomsås et al. (2021) rapporterte enkelte at de savnet de fysiske tilsynene på grunn av den sosiale kontakten. «If I had the choice, I would have chosen someone to come. I

am alone a lot. I think it is nice when someone comes here and talks to me.” (Glomsås et al., 2021, s. 7).

Tap av sosial kontakt ble nevnt som en bekymring i Sánchez et al. (2019) og i Ienca et al. (2021).



## 5. DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

En styrke til litteraturbasert metode er at kunnskapen samles på samme plass, den blir dermed mer tilgjengelig (Friberg, 2017). Man trenger ikke deltakere ettersom man analyserer ferdigstilt arbeid. En svakhet til litteraturbasert metode er at man bruker begrenset mengde artikler. Gjennom valget av artikler velger man også bort andre som kunne belyst andre sider av problemstillingen. Andre helsefaglige databaser og andre søkeord kunne avdekket andre relevante artikler. Det å bruke fire forskningsartikler har blitt opplevd som et hensiktsmessig og oversiktlig valg i denne oppgaven. Med mer tid og ressurser kunne utvalget fortrinnsvis vært økt for bredere forståelse. I tillegg har fokuset og fortolkningen preget hvordan analysen ble. Målet er å være nøytral i analysearbeid, men noe av ens forforståelse vil skinne gjennom. For min del vil antagelig både jobb og praksis i hjemmesykepleien være erfaringer som har hatt innvirkning på analysen. Gjennom bruken av analysemetoden som presentert i Friberg (2017) ble artiklenes innhold kategorisert og satt sammen til en ny helhet. Sett gjennom et annet fokus vil man sannsynligvis komme fram til andre kategorier enn de som er presentert i denne oppgaven. I tillegg gjør det at tre av artiklene er skrevet på engelsk at jeg kan ha oppfattet innholdet annerledes eller tapt nyanser gjennom oversettelsen. Engelsk er de facto språk for vitenskapelige artikler og brukes for å gi resultatene større rekkevidde. Det at den siste artikkelen jeg valgte er skrevet på norsk minsker rekkevidden den har. (Friberg, 2017).

Alle studiene brukte kvalitativ metode i form av intervjuer. Kvalitative studier ble valgt på grunn av dybdeforståelsen de gir med tanke på brukeres erfaringer. Dalland (2012) skriver at det mindre utvalget av informanter i kvalitative studier betyr at man ikke kan trekke generaliserte slutninger fra dem. Man får fram det spesielle, men ikke det som er felles i stor

sammenheng. Videre baserer alle studiene seg på intervju, og intervju vil alltid være delvis personavhengig. Både intervjueren og de intervjuede vil ha en forforståelse som preger svarene og tolkningen av dem. (Dalland, 2012).

For å kvalitetssikre artiklene har jeg vurdert dem mot Fribergs granskningsspørsmål for kvalitative studier (Friberg, 2012). Tre norske og en sveitsisk artikkel ble valgt. I motsetning til det norske helsevesenet er det sveitsiske svært privatisert (Ienca et al., 2021). Staten sørger ikke for helsetjenester, det finansieres i stedet gjennom private helseforsikringer. Dette er påbudt for alle innbyggerne å ha. I den valgte studien skinner dette gjennom i den ekstra bekymringen deltakerne har for hvor mye ekstra informasjon som samles inn om dem og hvorvidt forsikringsselskapet får tilgang til mer informasjon enn de trenger. Allikevel, den sveitsiske befolkningen er meget lik den norske i form av forventet levealder, utdanningsnivå og inntektsnivå (FN, 2020). Med tanke på oppgavens hensikt oppleves artikkelen dermed som egnet.

Når det gjelder brukergruppen valgte jeg å fokusere på hjemmeboende eldre ettersom det er denne gruppen som velferdsteknologi har vært mest rettet mot. I Isaksen et al. (2017) består brukergruppen av eldre, men også av voksne mennesker med funksjonsnedsettelse. Deres opplevelser preges av andre forutsetninger som kan ha påvirket resultatene. Jeg har valgt i denne oppgaven å ikke sette fokus på en spesifikk type velferdsteknologi og heller fokusere på generelle opplevelser. Velferdsteknologi er et vidt begrep (NOU 2011:11). Et fokus på en spesifikk type velferdsteknologi kunne gitt bedre dybdeforståelse. Med tanke på etiske overveielser kan man stille spørsmål om det er kun de som er positivt innstilt til velferdsteknologi som har ønsket å la seg intervjues.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke eldre opplevelse av velferdsteknologi. Ved hjelp av funn fra fire forskningsartikler, teori og egne erfaringer vil jeg i dette kapitlet drøfte ulike sider av dette.

### 5.2.1 Brukeres holdninger til bruken av velferdsteknologi

#### 5.2.1.1 Tidligere erfaring med teknologi

Som nevnt i teoridelen finnes det ifølge Grimsbø (2016) ulike utfordringer i forhold til å ta i bruk velferdsteknologi, deriblant selve introduksjonen til brukerne selv. På generelt basis kan man tenke seg til at folks utgangspunkter er forskjellige, og at noen tar lettere til teknologi enn andre. Isaksen et al. (2017) påstår at med nye generasjoner av eldre høyere teknologikompetanse vil mange av hindrene for å ta i bruk teknologi gradvis bygges ned av seg selv. Denne generasjonen eldre har andre ressurser enn den foregående, deriblant bedre teknologiske ferdigheter (Hauge, 2017). Det som kommer fram på tvers av de valgte artiklene er at deltakerne i stor grad er familiære med teknologi (Glomsås et al., 2021; Ienca et al., 2021; Isaksen et al., 2017; Sánchez et al., 2019). De som beskrev seg som kjente med annen teknologi fortalte at denne kjennskapen senket terskelen for å ta i bruk velferdsteknologi (Isaksen et al., 2017; Sánchez et al., 2019). En spørreundersøkelse utført av SSB (2021) anslår at 99% av befolkningen i 2021 mellom 16-79 år hadde brukt internett i løpet av de siste 3 månedene, opp fra 96% i 2015. Videre observerte Ienca et al. (2021) at de yngre var mer villige til å ta i bruk teknologi, noe som støtter Isaksen et al. (2017) sin påstand om at hindringene gradvis vil bygges ned av seg selv.

### **5.2.1.2 Brukermedvirkning**

Velferdsteknologi skal på ulike måter styrke mestring (NOU 2011:11). Man ønsker å fremme hjelp til selv-hjelp, empowerment, som er en av de viktigste bærekraftstrendene innenfor helsetjenesten (Hauge, 2017). For å kunne oppleve empowerment forutsetter det at man har bevissthet og vilje til det. Det er dog ikke alle som har bevissthet og vilje til det, noe funn fra Glomsås et al. (2021) samsvarer med. I følge Henderson (1993) har alle menneskers et livsmønster, hvordan man ivaretar egne behov, som man som sykepleier må ta hensyn til. Folk har ulike utgangspunkt og ressurser. Det at enkelte av deltakerne i studien til Glomsås et al. (2021) ikke ønsket å ta valg rundt bruken av velferdsteknologi er også et valg i seg selv. De har tatt stilling til hvilken grad av deltakelse de ønsker (Tveiten, 2018).

I innledningen til denne oppgaven skrev jeg at bruken av velferdsteknologi blir noe brukerne av helsetjenester i større og større grad ikke kan velge bort. Funn i Glomsås et al. (2021) tyder på at enkelte av deltakerne ikke opplevde seg inkludert i forhold til velferdsteknologi, noe studien videre argumenterer for kan føre til en følelse av avmakt og oppgitthet. Frykten for å ikke bli inkludert i bestemmelser om velferdsteknologi kommer også fram i studien til Sánchez et al. (2019), hvor blant annet en av deltakerne spekulerte i at selv om han sa nei til velferdsteknologi nå ville noen senere overstyre og si ja.

Funn fra studiene til Isaksen et al. (2017) og Glomsås et al. (2021) tyder på at flere av deltakerne i utgangspunktet var skeptiske til å ta i bruk velferdsteknologi. På tross av denne skepsisen tyder resultatene på tvers av Isaksen et al. (2017), Glomsås et al. (2021), Sánchez et al. (2019) og Ienca et al. (2021) at de aller fleste opplever velferdsteknologi som et nyttig tilskudd til hjemmene og hverdagen deres, ref. kapittel 4.2.

Et annet område for brukermedvirkning handler om hvilken modell av gitt velferdsteknologi som er i bruk. Funn fra studien til Glomsås et al. (2021) viser at kommunene ofte kun bruke én modell om gangen. Fra egen erfaring var jeg under praksis i hjemmesykepleien med på at kommunen skulle ta i bruk en ny medisindispenser. Brukere som var vant med en annen type kommenterte på at de savnet den gamle, og savnet at de ikke fikk ta del i valget om hvilken de fikk bruke.

### *5.2.2 Ivaretagelse av behov gjennom velferdsteknologi*

#### **5.2.2.1 Opplevelse av trygghet**

Velferdsteknologi har som et mål å føre til økt trygghet (NOU 2011:11). Jeg tenker at dette målet sammenfaller med det å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre, et av menneskers fjorten grunnleggende behov i Virginia Hendersons behovsteori (Henderson, 1993). Funn fra studien til Sánchez et al. (2019) viser at deltakerne i studien var proaktive i å endre væremåte eller skaffe hjelpemidler for å kunne føle seg trygge. Det kommer fram i studiene til Isaksen et al. (2017), Glomsås et al. (2021) og Sánchez et al. (2019) at brukerne selv erfarte en økt opplevelse av trygghet gjennom velferdsteknologi, og Ienca et al. (2021) konkluderte at trygghet var en viktig motivator for bruken av velferdsteknologi.

Trygg bruk av velferdsteknologi forutsetter at noen tar ansvar for å følge opp hvorvidt ting fungerer slik det er tenkt. Man kan tenke seg at man fortsatt trenger å involvere mennesker når man bruker velferdsteknologi. Det at deltakerne i Glomsås et al. (2021) fortalte at hjemmesykepleien tok kontakt hvis batteriet på trygghetsalarmen var lavt eller de glemte å ta medisinen fra de elektroniske medisindispensere er eksempler på hvordan man fortsatt må involvere mennesker. En ting som kommer fram i begge studiene til Isaksen et al. (2017) og Glomsås et al. (2021) er at bruken av trygghetsalarm kan føre til en falsk trygghet når den

ikke fungerer eller brukeren ikke mestrer å ta teknologien i bruk. For tunge trygghetsalarmer ble lagt vekk i Glomsås et al. (2021), uten at deltakerne selv så på det som et problem. Slikt kan føre til at hvis de faktisk trenger alarmer så får de ikke tak i den. Dette kjenner jeg igjen fra egen erfaring i hjemmesykepleien, hvor flere brukere legger fra seg trygghetsalarmen. Har man ikke fysiske tilsyn hos brukeren vil ikke dette fanges opp. Deres grunnleggende behov for å unngå farer fra omgivelsene vil ikke være ivaretatt (Henderson, 1993).

### **5.2.2.2 Opplevelse av selvstendighet**

Velferdsteknologi kan ses på som et virkemiddel som fremmer selvstendighet og hjelp til selv-hjelp hos brukeren (NOU 2011:11). I NRK-programmet «Sånn er Norge» forteller programleder Harald Eia at uavhengighet er den mest typiske norske verdien (Eia, 2020). Denne verdsettningen av selvstendighet samsvarer med funn i studiene til Sánchez et al. (2019) og Ienca et al. (2021), hvor deltakerne forteller at de anser selvstendighet som meget viktig. I Hendersons definisjon av sykepleie er målet å hjelpe individet på en måte som hjelper hen å gjenvinne uavhengighet så fort som mulig (Kristoffersen, 2016). For enkelte vil uavhengighet ikke være mulig. Alder i seg selv bestemmer ikke hjelpebehovet, men økende alder er linket til større bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 15 (2017–2018)). Halvparten av personer over 80 år mottar omsorgstjenester. Manglende mestringsforventning er en av utfordringene til bruken av velferdsteknologi (Grimsbø, 2016). Et av Hendersons 14 grunnleggende behov er å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe (produktiv sysselsetting) (Henderson, 1993). Funn i Isaksen et al. (2017) og Glomsås et al. (2021) tyder på at deltakerne tilegnet bruken av enkelte former for velferdsteknologi som noe som ga dem mestringsfølelse, for eksempel ved at de kunne bruke medisindispenser uten hjelp.

### 5.2.3 *Utfordringer i forhold til bruken av velferdsteknologi*

#### 5.2.3.1 **Personvern**

Undersøkelser til Datatilsynet (2020b) viser at nordmenn i stor grad stoler på helsevesenet. Et gjennomgående resultat i Glomsås et al. (2021), Isaksen et al. (2017) og Sánchez et al. (2019) sine studier er at brukerne selv ikke er nevneverdige bekymret for personvernet deres gjennom bruken av velferdsteknologi. Deltakerne så ikke noe problem med å dele informasjonen, enten fordi de ikke hadde noe å skjule eller fordi de stolte på dem som mottak informasjonen. Kun én deltaker i studiene uttrykte bekymring for at dataen skulle bli misbrukt (Sánchez et al., 2019). Her skiller den sveitsiske studien Ienca et al. (2021) seg ut. Deltakerne er i likhet med de norske studiene ikke bekymret over at helsepersonell får tak i informasjonen. Det de hovedsakelig setter ord på er hvem andre, spesifikt forsikringsselskapet, kan få tilgang på informasjonen og hvor mye mer informasjon utover det som er nødvendig blir delt. Datatilsynet (2014) skriver at nytteverdien av teknologien må veies opp mot hensynet til personvernet. Jeg tenker at et relevant eksempel på hvordan personvernet kan krenkes er Smittestopp-appen til Folkehelseinstituttet (FHI, 2020). En tidlig versjon av appen ble stoppet etter advarsel fra Datatilsynet (Datatilsynet, 2020a). FHI hadde promotert og anbefalt appen, men en sårbarhet gjorde det mulig for tredjeparter å hente ut sensitiv informasjon. I tilfellet med den tidlige versjonen av Smittestopp ble hensynet til personvern ansett som viktigere enn nytteverdien. I Norge trenger vi ikke å bekymre oss spesifikt for hva slags informasjon som deles med forsikringsselskapene i samme grad som i Sveits. På tross av dette så det en generell viktig tanke, fordi faren for misbruk av data er reell.

Sett gjennom Hendersons behovsteori skal man som sykepleier hjelpe brukeren å unngå farer fra omgivelsene (Henderson, 1993). Det å krenke brukerens personvern er en måte man

utsetter brukeren for farer fra omgivelsene. Funn fra Isaksen et al. (2017) og Glomsås et al. (2021) viser at deltakerne selv forteller at de opplever at nytteverdien av deres mobile trygghetsalarmer overstiger personvern hensyn. Samtidig som man setter personvernet i fare minsker man også den fysiske faren for å ikke få hjelp i tide. Glomsås et al. (2021) argumenterer for at brukernes oppfatning av hva som er viktigst burde styre tjenesten for å sikre ekte brukermedvirkning. Videre foreslås det i studien at helsepersonell generelt er mer negativt innstilt enn brukerne selv. Ytterlige funn fra Sánchez et al. (2019) og Ienca et al. (2021) tyder på at deltakerne er villig til å bytte personvern mot selvstendighet. Det er dog en grense mellom å bli våket over og å bli overvåket som man må vurdere kontinuerlig.

#### **5.2.3.2 Stigma**

Velferdsteknologi slik den defineres i *Innovasjon i omsorg* er et vidt begrep, jf. kapittel 2.1 (NOU 2011:11). Isaksen et al. (2017) kommer med en påstand om at teknologi gitt på bakgrunn av et vedtak i helse og omsorgstjenesten betegnes som velferdsteknologi, mens man betegner samme teknologi kjøpt på Elkjøp eller Expert kun som teknologi. Personlig hadde jeg i likhet med deltakerne i Sánchez et al. (2019) tenkt at jeg ikke er «gammel nok» til å behøve en trygghetsalarm. Men jeg har ei smartklokke. Faktisk samme typen smartklokke som Ienca et al. (2021) tester ut under betegnelsen velferdsteknologi. Jeg har «Hjelp 113»-appen på mobilen. Hadde jeg gått meg vill eller skadet meg på tur kan jeg kontakte nødetater og bli sporet av GPS-teknologi. Jeg tenker ikke på det som velferdsteknologi, men det dekker delvis det samme behovet. Fra dette kan man tenke seg at velferdsteknologi dermed ikke er en egen type teknologi, men heller bare teknologi som er tilpasset spesifikke behov. Isaksen et al. (2017) og Glomsås et al. (2021) argumenterer for at blant annet begrepsbruk, materialbruk og funksjonalitet er barrierer for å ta i bruk velferdsteknologi. Dette kan bidra til en identitet brukerne ikke ønsker å ha, slik som deltakeren i Isaksen et al. (2017) som la igjen alarmen når



hen ikke ville være pasient eller paret som sluttet å bruke den elektroniske medisindispenseren fordi lyden var sjenerende.

### **5.2.3.3 Tap av sosial kontakt**

Det at velferdsteknologi gjør brukerne mer isolerte er en oppfatning jeg har hørt diskutert ofte av kollegaer i forbindelse med jobb og praksis i hjemmesykepleien. Det er en av forforståelsene jeg dro med meg. Sett gjennom Hendersons behovsteori er kontakt med andre et av de behovene sykepleiere skal hjelpe å dekke (Henderson, 1993). Mennesker trenger mennesker. Funn i Sánchez et al. (2019) og Ienca et al. (2021) viser til at tap av sosial kontakt er en bekymring deltakerne har. Noe som taler positivt for å kunne hjelpe med behovet om å få kontakt med andre ses i funn fra Isaksen et al. (2017) og Glomsås et al. (2021) som viser at deltakerne ble mer mobile med mobil trygghetsalarm (Henderson, 1993). Likeledes kan teknologien skape ensomhet. Ta en elektronisk medisindispenser som et eksempel. Fra min erfaring i hjemmesykepleien kan det som kanskje var tre muligheter for sosial kontakt om dagen bli til et tilsyn hver 14. dag for dosettbytte. For noen vil dette bety mer selvstendighet jf. kapittel 4.2.1. For andre, som enkelte deltakere i Glomsås et al. (2021) fortalte, vil dette bety tap av den lille sosiale kontakten de hadde.

Spenningsfeltet mellom «kald teknologi» og «varme hender» dras gjerne fram som en utfordring med velferdsteknologi (Grimsbø, 2016). Ser man på det som en komplett separasjon mellom teknologi og helsepersonell viser funn fra artiklene at brukerne foretrekker helsepersonell (Glomsås et al., 2021; Ienca et al., 2021; Isaksen et al., 2017; Sánchez et al., 2019). Men, som *Innovasjon i omsorg* presiserer, hensikten til velferdsteknologi er å understøtte ny utvikling i helsesektoren, ikke revolusjonere den (NOU 2011:11). Den forespeilte

kommende eldrebølgen og manglende personer i yrkesaktiv alder fordrer nye løsninger på dagens helsevesen, deriblant større fokus på empowerment (Christiansen, 2021; Hauge, 2017). Gjennom å overføre rutineoppgaver til brukerne selv gjennom velferdsteknologi minsker man behovet for helsepersonell, det er noe man ønsker å oppnå (NOU 2011:11). Når velferdsteknologi integreres som en del av omsorgen som gis tyder funn i Glomsås et al. (2021) og Isaksen et al. (2017) at deltakerne i stor grad finner det nyttig. Videre viser funn fra Sánchez et al. (2019) at deltakerne foretrakk ideen om en kombinasjon av teknologi og menneskelig kontakt.

## 6. AVSLUTNING

### 6.1 Konklusjon

Bruken av teknologi i helse er verken nytt eller verdinøytralt. Gjennom arbeidet med oppgaven har hensikten vært å få et innblikk i hvordan hjemmeboende eldre opplever velferdsteknologi. Funn fra studiene tyder på at de hjemmeboende eldre i stor grad er familiære med teknologi. Man kan anta at gruppens teknologiske ferdigheter kommer til å stige framover. Jo mer brukervennlig, jo lavere terskel for å ta i bruk. Det varierte hvor involverte brukerne var i å anskaffe velferdsteknologi, samt hvor involverte de ønsket å være i dette. Flere var i utgangspunktet skeptiske til å ta i bruk velferdsteknologi, men endret mening etter bruk. Når det gjaldt ivaretagelse av behov rapporterte de fleste økt opplevelse av trygghet og selvstendighet. Den opplevde tryggheten var dog ikke alltid reell. Teknologien kan svikte og feilbruk skjer. Selvstendighet settes veldig høyt, og veide høyere enn personvern. Det at brukergruppen ikke selv opplever personvern hensyn som en utfordring gjør at man som helsepersonell dermed må være ekstra oppmerksom på å ivareta det. Velferdsteknologi kan oppleves stigmatiserende og bidra til en identitet brukerne ikke ønsker. Videre er tap av sosial kontakt tilsynelatende mer enn bekymring enn en opplevelse brukerne faktisk har, men det forekommer likefullt. Det finnes enkelte tilfeller hvor velferdsteknologi faktisk foretrekkes foran helsepersonell, men de fleste ønsker en kombinasjon. Velferdsteknologi skal utnytte de mulighetene teknologien har for å styrke mestring og ivareta behov. Hvordan opplever hjemmeboende eldre velferdsteknologi? I ett ord: nyttig.

## 6.2 Anvendelse i praksis

Både sykepleierne og brukerne selv ser mer og mer til velferdsteknologi. På bakgrunn av funnene vil jeg anbefale følgende tiltak framover:

- Innledende skepsis blant brukerne er vanlig. Sykepleier må ha nok kunnskap om velferdsteknologi til å kunne informere og motivere brukerne
- Sykepleier må kartlegge brukerens ressurser, ønsker og behov for individuell tilpasning
- Sykepleier må få tilbakemelding fra brukeren om opplevd nytteverdi. Ha fokus på brukerens autonomi og respektere at velferdsteknologi ikke er for alle
- Rutiner for oppfølging om hvorvidt den opplevde tryggheten er reell eller om den representerer falsk trygghet.
- Sykepleier må jevnlig evaluere hvorvidt nytteverdien er større enn personvern hensyn
- Når det gjelder opplevd stigma trengs oppmerksomhet rundt begrepsbruk

## LITTERATUR

Breivik, E., Rotvold, G. & Boysen, E. (2019). *Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram - Spredning og implementering 2016-2019 (07-2019)*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Christiansen, S. T. G. (2021, 13.09.2021). *Befolkningen i Norge*. Hentet 17.03 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/?term=&h=1>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Datatilsynet. (2014, 19.08.2014). *Velferdsteknologi*. Hentet 19.04.22 fra <https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/forskning-helse-og-velferd/velferdsteknologi/>

Datatilsynet. (2020a, 15.06.20). *Midlertidig stans av appen Smittestopp*. Hentet 19.04.22 fra <https://www.datatilsynet.no/aktuelt/aktuelle-nyheter-2020/midlertidig-stans-av-appen-smittestopp/>

Datatilsynet. (2020b, 11.08.20). *Personvernundersøkelsen 2019/2020*. Hentet 19.04.22 fra <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/rapporter-og-utredninger/personvernundersokelser/personvernundersokelsen-20192020/>

De forente nasjoner (FN). (2020). *HDI - indeks for menneskelig utvikling*. Hentet 06.04.22 fra <https://www.fn.no/Statistikk/hdi-menneskelig-utvikling>

Eia, Harald (programleder). (2020, 29.01.20). *Typisk norsk* [Episode i TV-serie]. *Sånn er Norge*. NRK1. <https://tv.nrk.no/se?v=KMTE31000118>

Farsjø, C. & Moen, A. (2016). Ny app kan gi ernæringsstøtte til hjemmeboende eldre. *Sykepleie Forskning*, 2(11), 166-172.

Folkehelseinstituttet (FHI). (2020, 04.03.22). *Om Smittestopp*. Hentet 19.04.22 fra <https://www.fhi.no/om/smittestopp/om-smittestopp/>

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. utg., s. 133-143). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-153). Studentlitteratur.

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I T. B. Larsen & Å. Gammersvik (Red.), *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis* (2. utg., s. 112-134). Fagbokforlaget.

Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M. & Halvorsen, K. (2021). 'They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC Health Services Research*, 21(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>

- Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 311-335). Gyldendal akademisk.
- Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal akademisk.
- Henderson, V. (1993). *ICN - Sykepleiens grunnprinsipper Rev. utgave av fagserie 4/86* (2. utg., Bd. 2.93). Norsk sykepleier forbund.
- Ienca, M., Schneble, C., Kressig, R. W. & Wangmo, T. (2021). Digital health interventions for healthy ageing: a qualitative user evaluation and ethical assessment. *BMC geriatrics*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02338-z>
- Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 117-127. <https://doi.org/doi:10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal akademisk.
- Lie, S. S. (2019). Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient. *Sykepleien*, 107(78902), 78902.

Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

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

Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpbehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-38). Gyldendal Akademisk.

Sánchez, V. G., Anker-Hansen, C., Taylor, I. & Eilertsen, G. (2019). Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S219458>

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 105-108). Studentlitteratur.

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2021, 16.08.22). *Bruk av IKT i husholdningene*. Hentet 19.04.22 fra <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/informasjons-og-kommunikasjonsteknologi-ikt/statistikk/bruk-av-ikt-i-husholdningene>

Store norske leksikon (SNL). (2019, 23.09.19). *Datatilsynet*. Hentet 19.04.22 fra <https://snl.no/Datatilsynet>



Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I T. B. Larsen & Å. Gammersvik (Red.), *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.

**VEDLEGG 1: SØKELOGG**

Database		Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
Medline	S1	"welfare technolog*" OR (MH "Biomedical Technology") OR (MH "Technology") OR "telecare"	Search modes – Boolean/ phrase, Fagfelleverdert, År: 2012-2022	9,883	0	0	0
Medline	S2	“ageing in place” OR “independent living” OR "home care"		25,570	0	0	0
Medline	S3	( (MH "Aged, 80 and Over") OR (MH "Aged") OR "elder*" OR older )		1,418,587	0	0	0
Medline	S4	(MH "Attitude" OR experience* OR attitude*)		746,598	0	0	0
Medline	S5	S1 AND S2 AND S4		86	5	0	0
Medline	S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4		55	5	0	0
Medline	S7	Qualitative NOT “systematic review”		182,139	0	0	0
Medline	S8	S6 AND S7		21	21	4	3
CINAHL	S9	S8		8	8	0	0
Idunn	S10	velferdsteknolog*		98	3	0	0
Idunn	S11	velferdsteknolog* AND hjemmeboe* AND eldre AND erfaring*		25	4	2	1

## VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier / pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Heidi Snoen Glomsås, Ingrid Ruud Knutsen, Mariann Fossum og Kristin Halvorsen 2021 BMC Health Services Research Norge	'They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services	Å utforske eldre menneskers erfaring med brukermedvirkning i implementeringen og hverdagsbruken av velferdsteknologi	Bruker	Kvalitativ tilnærming. 16 intervjuer av tjenestebrukere. Dataene ble analysert ved bruk av refleksiv tematisk analysemetode.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 deltakere, 5 menn og 11 kvinner.</li> <li>• &gt;65 år</li> <li>• Hadde brukt en eller annen form for velferdsteknologi i over 6 mnd.</li> </ul>	Funn tyder på ulike preferanser med tanke på hvor involverte hjemmeboende eldre var i å skaffe velferdsteknologi, samt hvor involverte de ønsket å være. Deltakerne opplevde økt trygghet, selvstendighet og mestring gjennom bruken av velferdsteknologi. De var ikke bekymret for personvernet. Isolasjon og falsk trygghet ble identifisert som utfordringer.
Marcello Ienca, Christophe Schneble, Reto W. Kressig og Tenzin Wangmo 2021 BMC Geriatrics Sveits	Digital health interventions for healthy ageing: a qualitative user evaluation and ethical assessment	Å utforske synspunkt, behov og oppfatning hjemmeboendes eldre hadde rundt bruken av digitale helseteknologier	Bruker	Kvalitativ tilnærming. 19 intervjuer. Dataene ble analysert ved bruk av induktiv innholdsanalyse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 menn og 9 kvinner</li> <li>• &gt;65 år</li> <li>• Medianalder: 79,6 år</li> </ul>	Funn fra studien pekte mot en generell positiv innstilling til bruken av velferdsteknologi. Deltakerne hadde personvernshensyn, hovedsakelig med tanke på hvem som fikk tilgang på informasjonen om dem og hvor mye mer enn nødvendig informasjon ble innhentet. Tap av sosial kontakt og manglende empowerment ble identifisert som utfordringer.

Kandidatnummer: 5118

<p>Jørn Isaksen, Kaia B. Paulsen, Jim Skarli, Randi Stokke og Line Melby 2017 Tidsskrift for omsorgsforskning Norge</p>	<p>Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?</p>	<p>Å undersøke hvilke erfaringer utprøving av velferdsteknologi kan gi hjemmeboende brukere av omsorgstjenester</p>	<p>Bruker</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. 14 intervjuer med brukere danner grunnlaget for analysen. Enkelte utsagn hentet fra fokusgruppeintervjuer med ansatte der de belyser brukernes opplevelser. Tematisk analyse ble brukt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 deltakere, 6 menn og 9 kvinner.</li> <li>• Både eldre og personer med funksjonsnedsettelse r (alle voksne)</li> <li>• Mottok offentlige tjenester</li> <li>• De fleste hadde en eller annen form for kognitiv svikt</li> </ul>	<p>Deltakerne i studien opplevde velferdsteknologi som nyttig. Mange var skeptiske til velferdsteknologi, men endret mening etter bruk. Funnene tyder på at de fleste deltakerne opplevde økt trygghet og selvstendighet. Deltakerne var ikke bekymret for personvernet. Stigma og falsk trygghet ble identifisert som utfordringer.</p>
<p>Veralia Gabriela Sánchez, Camilla Anker-Hansen, Ingrid Taylor og Grethe Eilertsen 2019 Journal of Multidisciplinary Healthcare Norge</p>	<p>Older People's Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway</p>	<p>Å utforske holdninger og perspektiv rundt velferdsteknologi blant eldre aleneboere i Norge</p>	<p>Bruker</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. 11 intervjuer. Dataene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 deltakere, 4 menn og 5 kvinner.</li> <li>• 79-91 år</li> <li>• Mottok ikke offentlige helsetjenester</li> </ul>	<p>Funn tyder på at hjemmeboende eldre hadde erfaring med teknologi. Mange fortalte at de ikke følte seg gamle nok for å ta i bruk velferdsteknologi, men var positivt innstilt og proaktive i forhold til å endre væremåte og omgivelser for å opprettholde følelsen av sikkerhet og selvstendighet. De anså selvstendighet som viktig, viktigere enn personvern.</p>