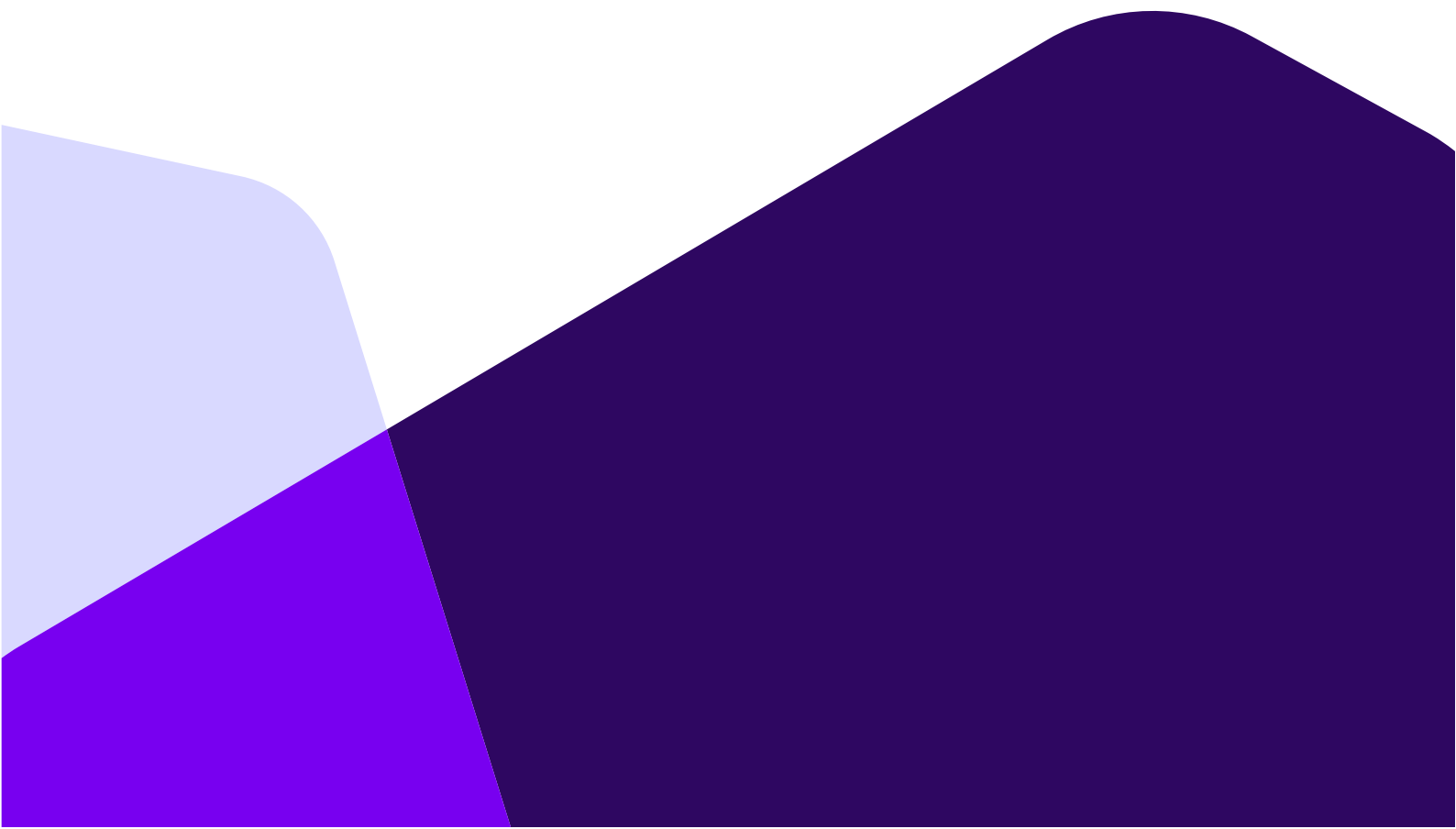


Eline Tønnesland Borgersen

Tina Lorenze Aak

Velferdsteknologi i demensomsorgen: Pårørendes erfaringer



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Postboks 4

3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2024 Eline Tønnesland Borgersen, Tina Lorenze Aak

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Omtrent 800 000 personer i Norge innehar en pårørenderolle, hvorav omtrent halvparten av disse er pårørende til Personer med Demens (PmD). Pårørende til PmD opplever stor belastning, og offentlige dokumenter har satt pårørendes utfordringer i fokus. Velferdsteknologi skal være en støtte for pårørende. Forskning viser imidlertid at velferdsteknologi både kan redusere og tilføre omsorgsbyrde til pårørende.

Hensikt: Studiens hensikt er å få innsikt i pårørendes erfaring med bruk av velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens. Vi ønsker å undersøke hvilke oppgaver pårørende har ved bruk av velferdsteknologi, samt hva som kreves i form av kapasitet, ferdigheter og ressurser for å ivareta slike oppgaver.

Teoretisk forankring: Studien bygger på relevant forskning på feltet. Det anvendes et teoretisk rammeverk fra et sosioteknisk perspektiv, med vekt på to av rammeverkets kjernesporsmål. Det teoretiske rammeverket og tidligere forskning vil gjennomgås i diskusjonen for å svare på vår problemstilling.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming, med et utvalg av åtte pårørende til PmD. Vi har utført intervjuer med semistrukturert tilnærming, og videre benyttet systematisk tekstkondensering som analysemodell.

Resultat: Våre resultater viser at erfaringene omkring velferdsteknologi var varierende, hvor teknologien både ga trygghet og økt omsorgsbelastning. Funnene viser at alle deltakerne i varierende grad opplevde ansvar og oppgaver knyttet til velferdsteknologi, hvor pårørendes kapasitet for å ivareta slike oppgaver varierte.

Konklusjon: Vår studie viser at personer med demens har begrenset evne til å ivareta oppgaver knyttet til velferdsteknologi, noe som gjør at oppgavene overlates til pårørende. Pårørendes kapasitet og tjenestens ressurser til støtte og oppfølging, utgjør viktige faktorer for vellykket bruk av velferdsteknologi til personer med demens. Funnene våre viser imidlertid utfordringer på dette område, hvor helse-, omsorg- og velferdstjenester bør ta stilling til denne problemstillingen i fremtidig praksis.

Nøkkelord: velferdsteknologi, demens, pårørende, hjemmeboende

Abstract

Background: Approximately 800,000 people in Norway hold a caregiving role, of which about half of these are caregivers for persons with dementia (PmD). Caregivers experience significant burdens, and public documents have highlighted the challenges faced by caregivers. Assistive technology is intended to support caregivers. However, research indicates that assistive technology can both decrease and add to caregiver burden.

Purpose: The study aims to gain insight into caregivers' experiences using assistive technology for home-dwelling PmD. We intend to explore the tasks caregivers undertake when using assistive technology, as well as the capacity, skills, and resources required to fulfil these tasks.

Theoretical basis: The study builds upon relevant research in the field. It employs a theoretical framework based on a socio-technical perspective, with emphasis on two of the framework's key questions. The theoretical framework and previous research will be reviewed in order to reach a conclusion on our research question.

Method: The study adopts a qualitative approach, with a sample of eight caregivers to PmD. We have conducted interviews using a semi-structured approach, and further utilized systematic text condensation as an analysis method.

Findings: Our results show that experiences with assistive technology varied, where the technology provided both safety and increased caregiver burden. The findings indicate that all participants experienced varying degrees of responsibilities and tasks related to assistive technology, where the capacity of caregivers to handle such tasks varied.

Conclusion: Our study demonstrates that people with dementia have limited ability to handle tasks related to assistive technology, leading to these tasks being delegated to caregivers. The capacity of the caregivers and the service's resources for support and follow-up constitute represent important factors for the successful use of assistive technology for people with dementia. However, our findings reveal challenges in this area, where healthcare services should address this issue in future practice.

Keywords: assistive technology, dementia, family caregiver, home-dwelling

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Forord	8
1 Innledning	9
1.1 Hensikt med studien og problemstilling	10
1.2 Studiens oppbygning	11
2 Bakgrunn	12
2.1 Redegjørelse av relevante begreper	12
2.1.1 Demenssykdom	12
2.1.2 Pårørende til personer med demens	13
2.1.3 Velferdsteknologi – en tjenesteløsning	14
2.2 Forskning på feltet	15
2.3 Begrepsavklaring	17
3 Teori	19
4 Metode	22
4.1 Design	22
4.2 Rekruttering og utvalg	23
4.3 Datainnsamling	24
4.4 Forskningsetisk vurdering	25
4.4.1 Forforståelse	26
4.5 Transkripsjon	27
4.6 Analyse	27

5 Resultater	32
5.1 Velferdsteknologiens muligheter og begrensninger	32
5.1.1 Teknologiens anvendelse i praksis	32
5.1.2 Teknologiens verdi for pårørende	34
5.2 Ansvar og oppgaver	35
5.2.1 Hjelpemiddel med å forstå	35
5.2.2 Vedlikehold og praktiske oppgaver	36
5.2.3 Administrative oppgaver	37
5.3 Varierende tilbud	38
5.3.1 Tilrettelagte tjenester	38
5.3.2 Opplæring	39
5.3.3 Varierende kapasitet fra kommuner	40
6 Diskusjon	41
6.1 Diskusjon av resultater	41
6.1.1 Tilfører eller reduserer omsorgsbelastning	41
6.1.2 Forutsetninger knyttet til kapasitet og kompetanse	43
6.2 Metodediskusjon	46
7 Konklusjon	49
7.1 Implikasjoner for praksis	49
Referanser	51
Vedlegg	57

Forord

Vår masteroppgave utgjør siste del av vår mastergrad i “Digitalisering og innovasjon i helse- og velferdstjenester” ved Universitetet i Sørøst- Norge (USN). Arbeidet med masteroppgaven har vært givende, lærerikt og utfordrende på en og samme tid. Vi er takknemlige for å ha vært to studenter som har stått sammen i dette prosjektet. I tillegg er vi heldige å ha hatt flere gode hjelpere som har bidratt til prosjektet, og som fortjener en takk.

Først og fremst ønsker vi å takke våre deltakere i dette prosjektet, som tok seg tid til å stille til intervju. Vår veileder for prosjektet har vært Hilde Thygesen, professor ved USN på Fakultetet for helse- og sosialvitenskap. Takk til deg for at du har veiledet oss gjennom denne masteroppgaven slik at vi kom oss i mål. Takk til venner og familie som har bidratt med råd og lest korrektur. Til slutt ønsker vi å takke våre samboere som har støttet oss gjennom oppturer og nedturer i denne perioden.

Oslo, 15.05.2024

Eline Tønnesland Borgersen

Tina Lorenze Aak

1 Innledning

I Norge innehar omtrent 800 000 personer en pårønderolle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b), og omtrent halvparten av disse er pårørende til en person med demens (Nasjonalforeningen, 2024). Demens representerer en av de fremste helseutfordringene i Norge, og i 2020 ble hele 101 000 tilfeller registrert (Strand et al., 2021). Som følge av den stadig aldrende befolkningen, er det i fremtiden forventet en dobling av antall personer med demens (Meld. St. 15 (2017–2018)) noe som innebærer at det beregnede antallet vil være nærmere 240 000 i år 2050 (Meld. St. 24 (2022–2023)). At befolkningen stadig blir eldre, fører til at antall pårørende per eldre reduseres, noe som igjen fører til et økt press på pårørende (Meld. St. 24 (2022–2023)).

I 2009 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet et utvalg som fikk i oppgave å utrede nye innovative løsninger for å møte fremtidens omsorgsutfordringer (NOU 2011: 11). I utvalgets utredning ble blant annet pårørendeomsorgen satt på dagsordenen. Utvalget beskrev pårørendeomsorgen som “den usynlige omsorgen” fordi den så vidt ble registrert i saksbehandling, statistikker eller offentlige utredninger, selv om den hadde en årsverksinnsats på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten (NOU 2011: 11). I utredningen ble derfor behovet for økt politisk oppmerksomhet rundt den enkelte pårørendes innsats fremhevet, og det ble uttalt at kommunale myndigheter burde anerkjenne den enkeltes innsats i større grad, blant annet ved å vurdere tiltak i form av opplæring, avlastning og økonomi (NOU 2011: 11).

Siden den gang har regjeringen flere ganger satt pårørendes situasjon på dagsordenen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b; Meld. St. 15 (2017–2018); Meld. St. 24 (2022–2023); Meld. St. 29 (2012–2013)). Selv om situasjonen for pårørende har fått økt oppmerksomhet de siste årene, viser innspill fra pårørende at vi som samfunn fremdeles har en vei å gå for å ivareta dem på en god nok måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b). Derfor utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 en pårørendestrategi og handlingsplan for tidsrommet 2021-2025, med blant annet anerkjennelse av pårørende som ressurs og “god og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårønderollen med utdanning og arbeid” som to av tre hovedmål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 9). Når det gjelder pårørende til personer med demens, er dette en gruppe som er forbundet med stor omsorgsbelastning (Jakobsen & Homelien, 2011). Fordi de fleste personer med demens bor hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a; Meld. St. 24 (2022–2023)), og har vansker med å ivareta

dagligdagse oppgaver selv, innebærer det et stort ansvar for pårørende (Clemmensen et al., 2019). Velferdsteknologi anses som et viktig tiltak for å kunne møte utfordringene det medfører, hvor det skal kunne fungere som støtte til både brukere, pårørende og helsepersonell (NOU 2011: 11). Begrepet velferdsteknologi vil bli nærmere redegjort for senere, men kort forklart kan det forstås som en samlebetegnelse på tjenester som innebærer tekniske løsninger som skal assistere eller kompensere for nedsatt funksjonsnivå, og på den måten bidra til økt selvstendighet, livskvalitet og trygghet (NOU 2011: 11; Thygesen, 2019b). I regjeringens pårørendestrategi uttales det at velferdsteknologi blant annet kan spille en avgjørende rolle i å utvide muligheten for at personer med demens kan bo hjemme lenger, og at ulike typer velferdsteknologi kan bidra til økt forutsigbarhet, avlastning og gi følelse av økt trygghet for pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b; NOU 2011: 11). Forskning viser imidlertid at selv om velferdsteknologi kan bidra til å redusere stress og omsorgsbelastning for pårørende, kan det også bidra til at pårørende får flere oppgaver, mer ansvar og dermed økt press (Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Karlsen et al., 2019; Lariviere et al., 2021; Marasinghe, 2016; Sriram et al., 2019).

1.1 Hensikt med studien og problemstilling

Over har vi sett at utviklingen går i retning av at en større andel av befolkningen vil få sykdommen demens, og at dette medfører en økt belastning for deres pårørende. Hensikten til norske myndigheter, og helsesektoren overordnet, er blant annet å løse dette gjennom bruk av velferdsteknologi. Om dette er en effektiv løsning for å imøtekomme og ivareta den stadig større belastningen for pårørende, er imidlertid omdiskutert. Hensikten med studien er dermed belyse dette temaet, ved å undersøke pårørendes erfaring med bruk av velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens. Vi ønsker å undersøke hvilke oppgaver og ansvar pårørende opplever å ha i forbindelse med velferdsteknologi, og hva som kreves av dem i form av kapasitet, ressurser og ferdigheter for å ivareta det eventuelle ansvaret. Problemstillingen som undersøkes er:

«Hvilke oppgaver erfarer pårørende å ha ved bruk av velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens, og hva kreves av pårørende for å ivareta disse oppgavene?»

For å hjelpe med å besvare vår problemstilling har vi utarbeidet to forskningsspørsmål:

Hvilke oppgaver og ansvar medfølger bruk av velferdsteknologi for pårørende til personer med demens?

Hva kreves av pårørende i form av ressurser, ferdigheter og kapasitet for å ivareta disse oppgavene?

1.2 Studiens oppbygning

Oppgaven består av syv kapitler. I kapittel 1 har vi gjennomgått studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. Videre vil vi legge frem relevante begreper og tidligere forskning på feltet i kapittel 2. I kapittel 3 redegjøres det for studiens teoretiske forankring, bestående av et rammeverk som er relevant for å belyse oppgavens problemstilling. I kapittel 4 blir valg av design og metode for datainnsamling presentert, sammen med fremgangsmåte for analyse. Hovedfunnene fra studien presenteres i kapittel 5, som deretter drøftes i kapittel 6 etterfulgt av metodediskusjon. Til slutt, i kapittel 7 blir studiens konklusjon lagt frem, etterfulgt av hva våre funn kan ha å bety for praksis.

2 Bakgrunn

I dette kapitlet gis en redegjørelse av de relevante begrepene demenssykdom, pårørende til personer med demens og velferdsteknologi. Deretter presenteres litteratursøk, etterfulgt av en gjennomgang av forskningen på feltet. Avslutningsvis gis det en kort presentasjon av begrepsavklaringer.

2.1 Redegjørelse av relevante begreper

2.1.1 Demenssykdom

Demens er en samlebetegnelse på en rekke symptomer på ulike sykdommer som har tilfelles at de svekker hjernens funksjon (Engedal & Haugen, 2018a). Det er en progredierende sykdom, hvilket betyr at den over tid forverrer seg og symptomene blir fremtredende (Engedal & Haugen, 2018a). Den mest utbredte demenstypen er Alzheimers, etterfulgt av vaskulærdemens og demens med lewylegemer (Engedal & Tveito, 2019). Symptomer som følge av kognitiv svekkelse inkluderer redusert oppmerksomhet, hukommelse, orienteringsevne og manglende evne til å utføre praktiske oppgaver (Engedal & Haugen, 2018b). Personer med demens opplever også atferdsmessige og psykologiske symptomer, disse kan inkludere depresjon, handlingssvikt, rastløshet, interesseløshet og passivitet (Engedal & Haugen, 2018b; Selbæk, 2018). Den svekkede hukommelsen gjør det utfordrende for personer med demens å lære seg nye ting, og de handler ofte etter tidligere innlærte vaner og ferdigheter (Engedal & Haugen, 2018b).

Demens deles ofte inn i tre stadier, mild, moderat og alvorlig demens, som har en glidende overgang fra første til tredje stadiet (Engedal & Tveito, 2019). Den milde fasen er ofte preget av lett hukommelsessvikt, likegyldighet og tilbaketrekning (Engedal & Tveito, 2019; Ulstein, 2018). Pårørende oppdager gjerne at personen med demens glemmer å betale regninger og handle mat, samt har lite interesse for å delta på aktiviteter og liknende (Ulstein, 2018). Personer med demens klarer seg likevel ofte på egenhånd i den milde fasen, og det er først i den moderate fasen at helse- og omsorgstjenester ofte blir påkoblet. Det er likevel ikke alltid slik, da skillet på mild og moderat demens kan være vagt, med en glidende overgang. I den moderate fasen er hukommelsen og orienteringsevnen ytterligere svekket, og de innlærte vanene blir ofte glemt (Engedal & Tveito, 2019). Evnen til å utføre personlig hygiene, velge ut

klær og kle på seg er sterkt redusert, og PmD er ofte i behov av hjelp fra pårørende eller helse- og omsorgstjenesten (Engedal & Tveito, 2019). Svekket orienteringsevne medfører økt risiko for at personer med demens går seg vill på ukjente steder, og faller. Tap av kontroll av tid, sted og rom gjør det også krevende å forholde seg til avtaler (Engedal & Tveito, 2019). Pårørende opplever ofte å måtte gi slipp på eget sosialt liv for å være hjemme med personen med demens, samt sliter ofte med dårlig samvittighet og en følelse av at de ikke gjør nok for personen med demens (Ulstein, 2018). Etter hvert som sykdommen utvikler seg, går den over i den siste fasen av demens, og i denne fasen har personer med demens så stort hjelpebehov at det ofte blir aktuelt med langtidsplass på sykehjem (Engedal & Tveito, 2019).

2.1.2 Pårørende til personer med demens

Å være pårørende innebærer å ha et nærstående forhold til bruker eller pasient, og som regelmessig hjelper til med nødvendige oppgaver for å bidra til et selvstendig liv for brukeren (Ulstein, 2018). Demenssykdom kalles også for en pårørendesykdom fordi pårørende blir såpass sterkt påvirket og involvert i sykdommen (Jakobsen & Homelien, 2011). Hva det vil si å være pårørende til en med demens varierer ut ifra type demenssykdom, hvor raskt sykdommen utvikler seg, samt om pårørende bor i sammen med vedkommende eller ikke (Engedal et al., 2019; Ulstein, 2018). Felles for pårørende til personer med demens, er at pårørenderollen er forbundet med stor belastning, og at de er særlig utsatt for fysiske og psykiske påkjenninger (Jakobsen & Homelien, 2011). Det er imidlertid ikke alle som opplever omsorgsutøvelsen belastende, men finner den heller meningsfull og givende, eller en blanding (Ulstein, 2018). Det skjer en overføring av ansvar og oppgaver til pårørende når en person utvikler demens, ettersom den demensrammede ikke lenger er i stand til å ivareta dagligdagse oppgaver på egenhånd (Clemmensen et al., 2019). Pårørende spiller en stor rolle i å etablere og opprettholde oversikt over hverdagen til personen med demens (Arntzen et al., 2016). Siden personer med demens ikke lenger evner å vurdere egne begrensninger, føler pårørende behov for å være tilgjengelige til enhver tid, i frykt for at noe galt skal skje personen med demens (Glomsås et al., 2022; Jakobsen & Homelien, 2011; Rykkje & Tranvåg, 2019). Som følge av dette opplever pårørende mangel på frihet (Rykkje & Tranvåg, 2019), og egne fritidsaktiviteter og sosialt liv blir begrenset (Ulstein, 2018). Dette er også forbundet med økt opplevelse av omsorgsbelastning (Steinsheim et al., 2023). Den uforutsigbare hverdagssituasjonen kan gi pårørende følelse av mangel på kontroll, trygghet og velvære (Jakobsen & Homelien, 2011). Pårørendes hverdagssituasjon er preget av

personen med demens sine atferdsendringer som rastløshet, aggressivitet og initiativløshet, og det fører til følelsesmessig byrde, uhåndterbare situasjoner og kaos for pårørende (Engedal et al., 2019; Jakobsen & Homelien, 2011). Pårørende opplever skyldfølelse og dårlig samvittighet av at de ikke klarer å møte personen med demens med tålmodighet og vennlighet, når de samme spørsmålene stilles gjentatte ganger (Engedal et al., 2019).

Pårørende som bor sammen med personen med demens opplever gjerne stor stressbelastning og vedvarende tilpasningsbyrde som følge av at de er sammen både dag og natt, og får dermed lite pause fra situasjonen (Engedal et al., 2019; Rykkje & Tranvåg, 2019). Videre viser forskning til at pårørende som bor sammen med personen med demens er forbundet med høyere omsorgsbelastning enn de som ikke bor sammen (Hagen & Eide, 2020). Pårørende erfarer de atferdsmessige endringene døgnet rundt, og det kan tære på forholdet til den demensrammede, samt pårørendes helse (Engedal et al., 2019). Når pårørende ikke bor sammen med den demensrammede innebærer pårørenderollen å støtte og følge opp personen med demens på avstand. Det kan inkludere å påminne personen med demens om dagligdagse gjøremål, ringe dem for å sjekke at de har det fint, samt dra hjem til personen med demens for å forsikre seg om at medisiner er tatt (Arntzen et al., 2016; El-Saifi et al., 2019). For noen pårørende er denne rollen spesielt krevende og utmattende (Glomsås et al., 2022).

2.1.3 Velferdsteknologi – en tjenesteløsning

Velferdsteknologi er et relativt nytt begrep i helse-, omsorg- og velferdskontekst, men har de siste årene blitt et viktig satsingsområde innenfor feltet (Helsedirektoratet, 2012; Thygesen, 2019). Innovasjon i omsorg (2011: 11) definerer velferdsteknologi som en samlebetegnelse på tekniske løsninger som skal assistere eller kompensere for nedsatt funksjonsnivå, og på den måten bidra til økt selvstendighet, livskvalitet og trygghet (NOU 2011: 11). I tillegg skal det bidra til en enklere hverdag for bruker, pårørende og helsepersonell, samt gjøre det mulig å bo hjemme lenger (NOU 2011: 11). Definisjonen tar imidlertid ikke stilling til hvilken kontekst den tekniske løsningen inngår i, i motsetningen til Thygesen (2019) som understreker at det er teknologiens kontekst som avgjør om det kan forstås som velferdsteknologi eller ikke. Den tekniske løsningen må ses som en del av en helse-, omsorg- og velferdstjeneste, og tilbys til personer som innehar en slik tjeneste. Videre må den tekniske løsningen gjøre det mulig å tilby avstandsbasert omsorg, hvilket innebærer at teknologien tillater helsepersonell å gi omsorg til tjenestemottaker selv om de er fysisk adskilt (Thygesen, 2019).

GPS, trygghetsalarm, medisindispenser, digitalt tilsyn og digital kalender er velferdsteknologi som ofte tilbys til personer med demens for å kompensere for nedsatt funksjonsevne og bidra til trygghet (Thygesen, 2019). Trygghetsalarm og GPS skal kompensere for redusert orienterings- og balanseevne og på den måten bidra til sikkerhet og trygghet for personer med demens og deres pårørende. Trygghetsalarm og GPS er bærbare enheter som tjenestemottaker bærer med seg, for eksempel som en klokke eller et halskjede. Trygghetsalarmen er koblet til et tjenesteapparat via en alarmsentral i tjenestemottakers bolig, som responderer når tjenestemottaker utløser alarmen ved å trykke på knappen (Thygesen, 2019). GPS (Global Positioning System) er satellittbasert og gjør det mulig for tjenesten og pårørende å finne tjenestemottakers geografiske posisjon uten at personen med demens trenger å gjøre noe (Thygesen, 2019). I motsetning til trygghetsalarmen som hovedsakelig virker innendørs, fungerer GPS også utendørs. Elektronisk medisindispenser skal kompensere for personer med demens sine manglende evner til å håndtere medisiner på egenhånd. Dispenseren fungerer ved at den mater ut forhåndsdoserte medisiner til gitte klokkeslett, og gir lyd fra seg når de skal tas (Thygesen, 2019). Digital kalender er en digital skjerm som skal hjelpe personer med kognitiv svikt å holde oversikt over ukedag og tid på døgnet. Avtaler og påminnelser kan legges inn, og bli vist eller lest høyt opp (Brandt et al., 2020).

2.2 Forskning på feltet

Forskningen som er relevant på feltet, er hentet fra databasene Cinahl, Medline, PubMed, Idunn, Google Scholar og Oria (VID og USN). Søkeprosessen startet med å kartlegge relevante søkeord for temaet vårt, og vi benyttet mesh.uia.no til dette. Søkeordene som ble brukt er følgende; assistive technology, technology, telecare, welfare technology, smart home technology, home health care, dementia, caregiver, family caregiver, informal caregiver og next of kin. Fordi forskningsfeltet vi studerer utvikler seg raskt, valgte vi å kun inkludere artikler publisert etter år 2015. Slik ville vi tilegne oss oppdatert kunnskap på feltet. Dette anså vi som særskilt viktig for vårt tema, basert teknologiutviklingen som er i konstant og rask utvikling. Artikkelen som utgjør forskningsgrunnlaget i studien ble funnet gjennom søk i de ulike databasene, samt ved bruk av snøballmetoden. Søket viste at det var mye forskning på generell bruk av velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens, samtidig som det var mindre forskning på hvordan velferdsteknologi påvirker omsorgsbyrden til pårørende til hjemmeboende personer med demens. Vi valgte å benytte oss av de artikkelen som i større grad involverte pårørendes erfaringer.

Arntzens (2016) og Glomsås (2022) sier at pårørende opplever et behov for tjenester som kan redusere pårørendes byrde samtidig som det kan bidra til trygghet, hvor velferdsteknologi blir nevnt som en sentral faktor. Forskning viser imidlertid til varierende erfaringer fra pårørende ved bruk av velferdsteknologi (Arntzen et al., 2016; Fänge et al., 2020; Gibson et al., 2015; Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Karlsen et al., 2019; Lariviere et al., 2021; Marasinghe, 2016; Sriram et al., 2019; Steils et al., 2021; Thoft & Møller, 2021). Glomsås (2022) sin undersøkelse fra Norge, intervjuet pårørende med den hensikt å se på deres erfaring ved bruk av velferdsteknologi. Det fremkommer at velferdsteknologi har støttet pårørende i å etablere trygge miljøer for sine nære, samtidig som det har hjulpet dem med å håndtere engstelsen knyttet til det å ikke kunne være tilgjengelig hele tiden (Glomsås et al., 2022). Tilsvarende resultater er blitt dokumentert i andre undersøkelser, hvor pårørende beskriver at velferdsteknologi bidrar til følelsen av økt trygghet og mindre engstelse og stress (Arntzen et al., 2016; Fänge et al., 2020; Karlsen et al., 2019; Lariviere et al., 2021; Mortenson et al., 2018; Sriram et al., 2019). Forskning viser også at velferdsteknologi kan bidra til å frigjøre tid for pårørende (Arntzen et al., 2016; Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Sriram et al., 2019). Ved innføring av velferdsteknologi opplever flere pårørende at de ikke trenger å være tilgjengelig til enhver tid, da de vet at dersom det skjer et fall eller deres nære ikke tar medisinerne, vil det bli fanget opp av teknologien (Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Sriram et al., 2019). Velferdsteknologi, i form av digital kalender, reduserte også behovet for hyppige påminnelser av diverse avtaler til personen med demens, som også resulterte i færre telefonsamtaler til PmD i løpet av pårørendes arbeidsdag (Arntzen et al., 2016). En studie som sammenlignet to grupper av pårørende til personer med demens, hvor den ene gruppen benyttet mye velferdsteknologi mens den andre brukte mindre, fant at det ikke var noe signifikant forskjell i pårørendes omsorgsbyrde (Davies et al., 2020).

Selv om velferdsteknologi i flere sammenhenger har vist seg å redusere engstelse og frigjøre tid for pårørende (Arntzen et al., 2016; Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Sriram et al., 2019), har det også ført til flere og nye oppgaver (Gibson et al., 2015; Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Thoft & Møller, 2021). Forskning på feltet viser at pårørende opplever ansvar for å veilede sine nære i bruk av velferdsteknologien, samt påminne dem om å benytte seg av teknologien (Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Thoft & Møller, 2021). Pårørende erfarer også et ansvar om å kontinuerlig vurdere om teknologien fortsatt fungerer for personen med demens, om den bør endres, og når den eventuelt må fjernes (Gibson et al., 2015). Forskning sier videre at flere pårørende har oppgaver som å fylle

medisindispenser, lade batterier og legge inn aktiviteter i en elektrisk kalender (Arntzen et al., 2016; Holthe et al., 2018; Steils et al., 2021). Denne forskning antyder dermed at pårørende har et betydelig ansvar i forbindelse med velferdsteknologiens bruk. Funn fra flere studier tilsier at et slikt ansvar er ressurskrevende i form av tid og ferdigheter, og krever en viss teknologisk forståelse (Arntzen et al., 2016; Holthe et al., 2018; Steils et al., 2021). Sriram og medforfattere (2019) resultater indikerer at flere pårørende er bekymret for deres kompetanse og kjennskap til velferdsteknologi. Dette understrekes av lignende funn, hvor Jarvis (2017) viser til at 51% av ergoterapeuter ikke ga ut velferdsteknologi på grunn av bekymringer for at personen med demens og pårørende ikke hadde nok kunnskap til å håndtere teknologien. I tillegg til dette, viser resultatene presentert av både Steils (2021), Sriram (2019) og deres medforfattere, at en stor barriere for å oppnå vellykket bruk av velferdsteknologi er pårørendes kunnskapsnivå og mangel på informasjon og opplæring. Pårørende påpeker selv at det viktigste for dem er god opplæring og nok informasjon for å kunne ta del i teknologien (Steils et al., 2021).

Forskning på området viser til flere faktorer som er sentrale for at implementering av velferdsteknologi for personer med demens skal være vellykket. Arntzen og medforfattere (2016) fremhever nødvendigheten av pårørendes engasjement og oppfølging for å sikre vellykket bruk av velferdsteknologi, samtidig som de understreker betydningen av at teknologien ikke krever for mye av dem. Tilsvarende resultater er dokumentert i et annet studie hvor det påpekes at bruk av velferdsteknologi krever støtte fra pårørende for at den skal fungere til personer med demens (Lariviere et al., 2021). Samlet sett tilsier forskning at selv om velferdsteknologi kan bidra til å redusere stress, bekymringer og omsorgsbelastning for pårørende, fremkommer det også utfordringer med bruk av de ulike teknologiene som inkluderer flere oppgaver og et større ansvar på pårørende (Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Karlsen et al., 2019; Lariviere et al., 2021; Marasinghe, 2016; Sriram et al., 2019).

2.3 Begrepsavklaring

Vi har valgt å begrense oss til noen få begreper som vi benytter gjennomgående i studien. Dette både for å øke lesbarheten for leseren og variere språket, men også for å bidra til en mer nøyaktig og nyansert presentasjon av temaet. For å tydeliggjøre hvilke begreper vi benytter i denne studien, blir det her presentert en kort oversikt over aktuelle begreper og forkortelser. Vi vil i studien bytte på å skrive "personer med demens" og forkortelsen "PmD". Videre benytter vi begrepet «tjenesten» når vi referer til helse-, omsorg- og velferdstjenester

som inngår i velferdsteknologien. Selv om vi har beskrevet velferdsteknologi som en integrert del av en tjenesteløsning, velger vi også å omtale velferdsteknologi som «teknologien». Intervjuobjektene i studien blir omtalt som både pårørende og deltakere.

3 Teori

Moser og Thygesen (2019) presenterer et rammeverk for deltakelsesbasert innføring av velferdsteknologiske løsninger. Rammeverket bygger på et sosioteknisk perspektiv, som innebærer å forstå at i praksis utgjør menneskelige- og tekniske forhold en sømløs vev, altså at menneskelige og tekniske forhold henger sammen og påvirker hverandre (Moser & Thygesen, 2019). Dette er relevant ettersom teknologi ikke oppstår i et vakuum, men er nøye utviklet som svar på menneskelige- og samfunnsmessige behov (Moser & Thygesen, 2019). Velferdsteknologi kan for eksempel både bidra til å imøtekomme det menneskelige behovet knyttet til å bo hjemme lengst mulig og ta sikte på å møte samfunnets behov med å avlaste helsevesenet (NOU 2011: 11). Rammeverket søker også å fange kompleksiteten i en innovasjonsprosess, ved å gå frem og tilbake mellom et nettverk av aktører (Moser & Thygesen, 2019), hvor vi i vår studie vektlegger de menneskelige aktørene. Rammeverket fremhever flere viktige begrep og kjernesporsmål (Moser & Thygesen, 2019). I denne studien vil vi presentere to av begrepene, samt benytte to av kjernesporsmålene.

Rammeverket for deltakelsesbasert innføring av velferdsteknologiske løsninger bygger på skriptbegrepet. Et skript kan forstås som en implisitt bruksanvisning som enhver teknologi kommer med, og skriptet er utformet på bakgrunn av de menneskelige og samfunnsmessige behovene (Moser & Thygesen, 2019). Den implisitte bruksanvisningen kan forstås som et slags manuskript, hvor forhåndsbestemte roller, oppgaver, funksjoner og ansvar er fordelt mellom ulike aktører. Skriptet forutsetter at tjenestemottaker har tilstrekkelig kapasitet, ferdigheter og kompetanse til å påta seg visse roller for at tjenesteløsningen skal fungere vellykket (Moser & Thygesen, 2019). Det er opp til brukeren og de involverte aktører å innrette seg skriptet, justere eller tilpasse det, eller velge å avvise det (Moser & Thygesen, 2019).

Skriptets implisitte bruksanvisning er med på å bestemme hvem og hvor mange som blir involvert i en velferdsteknologisk løsning. Dette nettverket av aktører utgjør det Moser og Thygesen (2019) kaller for et *omsorgs- og velferdskollektiv*. Hensikten til Moser og Thygesen (2019) er blant annet å fange opp at det er flere personer som blir påvirket av at én person blir syk, og det er ingen fasit på hvem som *gir* og hvem som *får* omsorg (Moser & Thygesen, 2019). På denne måten forsøker omsorgs- og velferdskollektivbegrepet å inkludere alle involverte aktører i én persons "sykdom", også ubetalte og uformelle omsorgsutøvere, slik som venner og familie. Det er hensiktsmessig å kartlegge en person sitt omsorgs- og

velferdskollektiv for å videre fordele roller og ansvar på en god måte, og dermed også utnytte ressurser best mulig (Moser & Thygesen, 2019).

Rammeverket består av seks kjernespmåsmål som gjør det enklere å fokusere på sosiale og verdimessige konsekvenser ved implementering av velferdsteknologiske løsninger (Moser & Thygesen, 2019). Kjernespmåslene i rammeverket følger en iterativ modell, noe som innebærer at prosessen ikke nødvendigvis følger en lineær rekkefølge, til tross for nummereringen én til seks (Moser & Thygesen, 2019). Det innebærer at prosessen kan bevege seg frem og tilbake mellom de ulike kjernespmåslene, avhengig av konteksten. Det er den konkrete sammenhengen som avgjør hvilke kjernespmåsmål som er mest relevant (Moser & Thygesen, 2019). Vi har valgt å ta utgangspunkt i to av kjernespmåslene, som også har vært grunnlaget for våre to forskningsspørsmål i denne studien. Under presenteres en liste over Moser og Thygesen (2019) sine seks kjernespmåsmål:

1. Hvilke utfordringer og behov legges til grunn?
2. Hvilke verdier skal realiseres?
3. Hvilke aktører er involvert?
- 4. Hvordan er roller, oppgaver og ansvar fordelt?**
- 5. Hvilken kompetanse, kapasitet og andre ressurser forutsettes?**
6. Evaluering- Hvilke forhandlinger, justeringer, tilpasninger og læringsprosesser finner sted?

Kjernespmåsmål fire handler om fordeling av roller, oppgaver og ansvar som følge av velferdsteknologi, hvor det tar opp hvordan disse endringene påvirker ulike aktører i kollektivet, inkludert pårørende (Moser & Thygesen, 2019). Sentrale spørsmål er hvordan oppgaver og ansvar fordeles, anerkjennes og utøves, og om det er behov for- og mulig å overføre eller omdefinere roller og ansvar (Moser & Thygesen, 2019). Det neste kjernespmåålet tar for seg om aktørene i kollektivet innehar den nødvendige kompetansen, kapasiteten og ressursene for å ivareta de overnevnte rollene. Og hvis ikke, hvordan og om det er mulig for aktørene å tilegne seg de nødvendige forutsetningene (Moser & Thygesen, 2019). Til slutt blir det aktuelt å se på om ansvar og oppgaver kan delegeres noen andre, dersom tjenestemottaker med følgende kollektiv, ikke har de nødvendige ressursene (Moser & Thygesen, 2019). Vi vil benytte Moser og Thygesen (2019) sitt rammeverk, med vekt på de to kjernespmåslene til å undersøke konsekvensen av velferdsteknologi for pårørende, med et særlig fokus på ansvar og oppgaver. Videre skal dette bidra til å gi bedre innsikt i hva som

kreves av pårørende i form av kapasitet, kompetanse og ferdigheter for å kunne ivareta dette ansvaret.

4 Metode

I dette kapitlet vil vi først presentere valg av metodisk tilnærming og hvordan dataen ble innsamlet. Deretter legger vi frem forskningsetiske overveielser, samt en redegjørelse av vår forforståelse. Analysen blir så presentert i de ulike trinnene fulgt av Malterud (2017).

4.1 Design

Målet med denne studien er å belyse og fremheve pårørendes erfaringer med bruk av velferdsteknologi for personer med demens. Kvalitativ metode brukes for å beskrive, fortolke og analysere kvaliteter eller egenskaper ved de fenomenene som skal utforskes (Malterud, 2017). Det har derfor vært hensiktsmessig for oss å benytte oss av en kvalitativ tilnærming som gir mulighet til å utforske og gi større forståelse av pårørendes erfaringer ved bruk av velferdsteknologi, fremfor kvalitativ metode som søker å finne svar som det kan settes to streker under (Malterud, 2017). Gjennom kvalitativ tilnærming kan vi fokusere på deltakernes følelser, holdninger og meninger omkring velferdsteknologi, og hva slags konsekvenser dette har (Tjora, 2021). Gjennom å rette oppmerksomheten mot individuelle, subjektive perspektiver og erfaringer, oppnås en mer detaljert og omfattende forståelse av hvordan deltakerne i studien tolker og opplever verden omkring seg (Malterud, 2017). Kvalitative metoder egner seg også godt til å undersøke og belyse sensitive og personlige temaer, som kan innebære private forhold i deltakernes liv (Thagaard, 2018).

Ved å benytte kvalitativ metode stiller vi oss åpen for muligheten til å motta ulike svar, ut ifra en valgt problemstilling som ikke legger føringer for bestemte svar (Malterud, 2017). Både Malterud (2017) og Thagaard (2018) beskriver kvalitativ metode som egnet for å undersøke temaer som har begrenset forskningsomfang. Kvalitativ metode stiller derfor ekstra krav til åpenhet og fleksibilitet (Malterud, 2017; Thagaard, 2018). Innenfor kvalitativ metode finnes det flere kvalitative tilnærminger (Thagaard, 2018). Deltakende observasjon og intervju er de to mest brukte (Thagaard, 2018), hvor vi har valgt å benytte oss av sistnevnte.

4.2 Rekruttering og utvalg

Innen kvalitativ forskning tas strategiske valg om hvilke deltakere som skal inkluderes i prosjektet, med den hensikt at deltakerne har de erfaringene og egenskapene som trengs for å belyse det aktuelle fenomenet (Thagaard, 2018). Det var ønskelig med et utvalg på seks til åtte personer, da et høyere antall enn dette antagelig ville blitt utfordrende med hensyn til vårt begrensede tidsomfang. Rekrutteringsprosessen startet ved at vi kontaktet Demenslinjen via Nasjonalforeningen for folkehelsen, Almas hus, pårørendeskolen via Kirkens bymisjon, samt diverse lokallag i Oslo og omegn, via e-post og Facebook. Det ble rekruttert én deltaker gjennom Demenslinjen, men utover dette var responsen begrenset. Etter anbefaling fra pårørendeskolen, benyttet vi pårørendegrupper på Facebook for videre rekruttering. Vi publiserte innlegg i Facebook-gruppene hvor vi kort beskrev prosjektet, og mottok deretter henvendelser fra totalt syv personer som viste interesse for å delta. De interesserte tok selv kontakt med oss, og det ble gjennomført en kort dialog via Facebook om deres rolle som pårørende og hvilken type teknologi de hadde erfaring med. Videre ble informasjonsskriv og samtykkeskjema oversendt dem per post.

Vi ønsket å oppnå likevekt mellom kvinnelige og mannlige deltakere, da et variert utvalg kan gi bredere og mer nyansert kunnskap til å belyse vårt tema (Malterud, 2017). Som følge av begrenset tilgang på deltakere, lyktes vi ikke med dette. Resultatet ble et utvalg bestående av syv kvinner og én mann. Skjema under viser en oversikt over deltakernes relevante karakteristikk for oppgaven. Inklusjonskriteriene var som følger:

- Erfaringer knyttet til bruk av velferdsteknologi i hjemmet i løpet av det siste året
- Pårørende med minimum ukentlig kontakt med deres nære
- Pårørende må være over 18 år

Deltakere	Kjønn	Pårørenderelasjon	Bor sammen	Velferdsteknologi
Deltaker 1	Kvinne	Ektefelle	Ja	Trygghetsalarm med GPS, digital kalender

Deltaker 2	Mann	Sønn	Nei	Egenlaget digital kalender
Deltaker 3	Kvinne	Datter	Nei	Digitalt tilsyn (kamera ved ytterdør), medisindispenser, GPS, trygghetsalarm
Deltaker 4	Kvinne	Datter	Nei	Trygghetsalarm
Deltaker 5	Kvinne	Datter	Nei	Digital kalender
Deltaker 6	Kvinne	Ektefelle	Ja	GPS
Deltaker 7	Kvinne	Datter	Nei	GPS, trygghetsalarm, digital kalender
Deltaker 8	Kvinne	Tidligere samboer	Nei	Digital tilsyn (dørsensor), trygghetsalarm, digital kalender

4.3 Datainnsamling

For innsamling av data til vår studie ble det utført individuelle intervjuer, med semistrukturert tilnærming. Semistrukturert intervju består av forhåndsbestemte temaer, men som er åpen for tilpasninger av temaenes rekkefølge og spørsmål underveis i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Dette gir deltakerne anledning til å belyse det de måtte ønske, samtidig som det sikrer oss tilgang på den informasjonen som er relevant for vårt prosjekt (Kvale & Brinkmann, 2015; Skilbrei, 2023; Thagaard, 2018). Intervju er en god metode for å innhente deltakernes erfaringer, refleksjoner og perspektiver på temaet, og gir oss et godt grunnlag for å besvare vår problemstilling (Skilbrei, 2023; Thagaard, 2018). Vi valgte å gjennomføre individuelle intervjuer, som bidrar til en tydeligere fremstilling av deltakernes erfaringer (Skilbrei, 2023). Denne tilnærmingen bidrar også til å ivareta deltakerne på best mulig vis og opprettholde deres anonymitet (Skilbrei, 2023). Det var viktig for oss i lys av studiens tema, som kan være sensitiv for deltakerne.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) sørger en intervjuguide for en viss struktur i intervjuet. I vårt arbeid med intervjuguiden vektla vi å formulere enkle og åpne spørsmål. Åpne spørsmål inviterer til utfyllende og detaljerte svar som gir oss en god mulighet for å besvare prosjektets

problemstilling (Skilbrei, 2023). Vi forsøkte å unngå innflytelsesrike spørsmål, samt spørsmål med ja/nei svar. Intervjuguiden ble presentert for veileder, hvor vi mottok veiledning og nødvendige korrigeringer. Resultatet ble en intervjuguide bestående av totalt 13 spørsmål, hvor noen av de innledende spørsmålene var utformet for å etablere en relasjon med deltakerne. For å avdekke potensielle svakheter i intervjuguiden valgte vi å gjennomføre et par testintervjuer før vi startet opp med intervjuene, hvor vi gjorde noen enkle justeringer. Se *vedlegg 1* for intervjuguiden.

Intervjuene ble gjennomført over en periode på fire uker. Fire av intervjuene ble utført fysisk, hvorav to av dem fant sted i et av studentenes hjem, et av dem ble gjennomført i deltakerens hjem, mens det siste ble gjennomført på skolen på et møterom. De resterende intervjuene ble utført digitalt over Zoom på grunn av avstand. Intervjuene hadde en varighet fra 25-60 minutt. Begge studentene deltok under hvert intervju og byttet på å være intervjuer. Vi organiserte det slik at én student hadde ansvar for å opprettholde strukturen i intervjuet og stille de nødvendige spørsmålene i henhold til intervjuguiden. Følgelig kunne den andre studenten fokusere på å være en aktiv lytter, og stille relevante oppfølgingsspørsmål underveis. Det var viktig for oss å ha fokus på oppfølgingsspørsmål for å sikre oss en dypere forståelse på viktige temaer (Skilbrei, 2023). Vi fortalte deltakerne om rollene vi hadde i forkant av hvert intervju. Rollene vi tildelte oss ga intervjuene en god flyt, samtidig som vi utnyttet fordelene av å være to studenter i intervjusettingen.

4.4 Forskningsetisk vurdering

Som forsker er det vår plikt å forholde oss til forskningsetiske retningslinjer, for å sikre at forskningen utføres på en forsvarlig måte (Thagaard, 2018). Dette innebærer at vi må være kjent med hvilke etiske utfordringer som kommer med kvalitative studier, og følge regelverket som regulerer dette (Malterud, 2017). Vår studie er godkjent av Sikt, som innebærer at vi har sendt inn vårt prosjekt, hvor studiens etiske grunnlag er blitt vurdert og godkjent. Innvilget søknad med saksnummer 215884 ligger vedlagt, se *vedlegg 3*. Et av prinsippene som inngår i forskningsetiske retningslinjer er informert samtykke (Thagaard, 2018). Deltakere som skal være med i et forskningsprosjekt skal vite hva de er med på, og få god nok informasjon om hva prosjektet innebærer slik at de kan ta stilling til om de ønsker å bidra eller ikke (Malterud, 2017). Vi utarbeidet informasjonsskriv og samtykkeskjema som vi sendte ut til alle deltakerne, se *vedlegg 2*. Her ble det informert om at de når som helst kan trekke sitt samtykke, samt trekke seg fra prosjektet uten konsekvenser. Et annet viktig prinsipp for å

utføre en etisk forsvarlig forskningspraksis er å bevare deltakernes anonymitet (Thagaard, 2018). Det var viktig for oss at deltakerne følte seg trygg på at all dataen som skulle behandles og presenteres, ble beholdt anonymt, samt at vi kontinuerlig gjennom hele prosessen ivaretok deres personvern (Malterud, 2017; Thagaard, 2018). Samtykkeskjema ble innhentet av alle deltakerne i forkant av intervjuene, og ble oppbevart i et låst skap som kun vi hadde tilgang til.

I samsvar med forskningsetiske retningslinjer ved USN, benyttet vi oss av UIO sin app Diktafon for lydopptak av intervjuene, og det medfølgende datainnsamlingsverktøyet Nettskjema. Utskrift av de transkriberte intervjuene ble oppbevart innelåst, adskilt fra samtykkeskjemaene. All data er dermed blitt behandlet konfidensielt, og vil bli makulert/slettet etter prosjektets avslutning.

4.4.1 Forforståelse

Forforståelse er de erfaringene, forutsetningene, og faglige perspektiver vi tar med oss, bevisst eller ubevisst, inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2017). Vår forforståelse kan virke både positivt og negativt inn på vårt forskningsprosjekt (Malterud, 2017). En forforståelse kan blant annet virke som en motivasjon for å sette i gang forskningen på et bestemt tema, noe som betraktes som nyttig i prosjektet (Malterud, 2017). Samtidig kan forforståelsen bidra til at vi går inn i prosjektet med en snever synsvinkel og et begrenset perspektiv (Malterud, 2017).

Med bakgrunn som sykepleier og ergoterapeut, har vi begge tilegnet oss noe kunnskap om demens gjennom praksisperioder og undervisning. Tina Aak har arbeidserfaring som ergoterapeut på geriatrisk avdeling på sykehus, som har gitt innsikt i demenssykdommen, og de utfordringene det medfører. Eline Tønnesland Borgersen møter personer med demens i sitt arbeid på sykehuset. Tidligere erfaring fra hjemmetjenesten har også bidratt til økt kunnskap om hjemmeboende personer med demens. Imidlertid har vi begge begrenset kompetanse når det gjelder praktisk bruk av velferdsteknologi, og mangler derfor praksis i bruk av enkelte velferdsteknologiske løsninger som deltakerne deler erfaringer om. For å forebygge at vår forforståelse skal ha en negativ innvirkning på vårt prosjekt, vil vi tilstrebe å ha et aktivt og bevisst forhold til vår egen forforståelse underveis i prosjektet (Malterud, 2017).

4.5 Transkripsjon

For å utarbeide en analyse, må materialet først være fremstilt tilgjengelig for en analyse. Ved transkripsjon kan materialet som fremkommer gjennom muntlige samtaler sammenfattes til tekst på en håndterbar måte (Malterud, 2017). Hensikten med dette er at de fortalte erfaringene og opplevelsene som fremkom i samtalene under intervju, enklere er tilgjengelig for en analyse i form av dokumentasjon og tekst (Malterud, 2017). Vi benyttet oss av datainnsamlingsverktøyet Nettskjema, sammen med den tilhørende appen Diktafon. Lydopptakene ble gjort via Diktafon og overført til Nettskjema på en datamaskin. Her ble all data automatisk transkribert. På grunn av noen unøyaktigheter i transkripsjonen, krevdes det en grundig gjennomgang og revisjon av materialet for å korrigere feil. Ansvaret for korreksjon av materialet ble delt slik at vi korrigerer halvparten av transkripsjonene hver, etterfulgt av en gjennomgang av hverandres arbeid. Vi valgte denne tilnærmingen fordi det var tidsbesparende å fordele ansvaret, samtidig som det muliggjorde kvalitetssikring og korreksjon av hverandres arbeid i tilfelle uenigheter.

4.6 Analyse

Etter at materialet var håndterbart for analyse, fastsatte vi en nærmere bestemt analyseprosess, som i det følgende presenteres. For et godt resultat anbefaler Malterud (2017) å følge en fast prosedyre slik at forskningsarbeidet holder seg innenfor det riktige sporet. Det finnes flere analysemetoder innenfor kvalitativ tilnærming, der vi har valgt å benytte oss av Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering. Metoden er utviklet for å gi nybegynnere en innføring i hvordan en kan utføre en analyseprosess på en overkommelig og systematisk måte, og vi vurderte den dermed som godt egnet for vår oppgave. Analysen utføres i fire trinn; Trinn 1: Danne et helhetsinntrykk, trinn 2: Identifisere meningsdannende enheter, trinn 3: Abstrahering av innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og til slutt trinn 4: Sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017).

Trinn 1: Helhetsinntrykk

I det første trinnet skulle vi bli kjent med materialet. Her leste vi over 134 sider med tekst, hvor vi vurderte mulige temaer som skulle representere pårørendes erfaringer ved bruk av velferdsteknologi. Malterud (2017) påpeker at vi skal forsøke å aktivt legge vekk vår forforståelse og vårt teoretiske rammeverk, samtidig skal vi ikke glemme problemstillingen

vår. Dette bidrar til at vi tydeligere kan se hva materialet handler om, og bidrar til mer åpenhet for de inntrykkene vi får av deltakernes erfaringer. Malterud (2017) anbefaler at vi ikke skal gå for bredt ut, hvor vi bør se etter fire til åtte temaer som vekker vår oppmerksomhet. På dette trinnet satt vi hver for oss, hvor vi dannet oss et helhetsinntrykk, samt skrev ned foreløpige temaer etter anbefaling fra Malterud (2017). Vi kom begge frem til et felles tema *trygghet*. Videre hadde én av oss temaene *ansvar, oppgaver, brukerens forutsetninger, og teknologiens egenskaper*. Den andre hadde temaene *hjelpemiddelet, helse relaterte konsekvenser, avansert teknologi og oppgaver*.

Trinn 2: Meningsbærende enheter

Under dette trinnet skulle vi fokusere på den delen av materialet som var gjenstand for nærmere analyse, og legge resten til side (Malterud, 2017). Malterud (2017) påpeker fordelene med å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker. Videre anbefaler hun derfor at vi samles på dette trinnet og diskuterer våre foreløpige temaer. Vi satt oss derfor sammen for å se på hva som var sammenfallende, og drøftet hvilke temaer som kunne bidra til å belyse vår problemstilling (Malterud, 2017). Vi kom følgende frem til fem reviderte temaer som skulle danne grunnlag for kodegrupper. Kodegruppene vi kom frem til var *velferdsteknologiens muligheter og begrensninger, ansvar og oppgaver, trygghet, tjenestens utforming, og konsekvenser for pårørende*. En av vurderinger vi gjorde her var å kombinere *ansvar og oppgaver* til en kodegruppe da vi anså de å være gjensidig tilknyttet hverandre.

Når vi hadde utviklet grunnlaget for kodegrupper, gikk vi gjennom materialet linje for linje, og identifiserte meningsbærende enheter. Videre klippet vi ut de meningsbærende enhetene og systematiserte dem med våre foreløpige kodegrupper i tankene. Dette kaller Malterud (2017) for koding. Malterud (2017) påpeker at kodegruppene skal utvikles og justeres underveis som vi identifiserer de meningsbærende enhetene. Etter hvert som vi fant mange meningsbærende enheter som vi plasserte under trygghet, så vi at det framkom flere nyanser av trygghet, som kontroll, frihet og avlastning. Disse aspektene vurderte vi som konsekvenser som kommer frem i de andre kodegruppene. Vi valgte derfor å fjerne trygghet som en separat kodegruppe.

Trinn 3: Kondensering/abstrahert meningsinnhold

I det tredje trinnet skulle vi abstrahere informasjonen som er sortert og etablert fra trinn to (Malterud, 2017). Vi fortsatte å identifisere meningsbærende enhetene og kondenserte innholdet i dem. Videre la vi til side deler av materialet der vi ikke fant noen meningsbærende

enheter. De identifiserte og kondenserte meningsbærende enhetene lå nå sortert under våre foreløpige kodegrupper. Etter vi hadde dannet oss en oversikt over kodegruppene og innholdet av de meningsbærende enhetene, gjorde vi videre noen justering. Vi observerte at *konsekvenser for pårørende* ble gjenspeilet i de andre kodegruppene, på samme måte som trygghet. Derfor valgte vi å integrere de meningsbærende enhetene i de resterende kodegruppene og fjerne *konsekvenser for pårørende* som en separat kode. Etter Malterud (2017) sin anbefaling leste vi kodegruppene hver for oss og noterte stikkord som vi oppfattet som relevante subgrupper. Deretter drøftet vi sammen og valgte ut to til tre subgrupper som vi vurderte som mest aktuelle for å belyse vår problemstilling. Under viser et eksempel på inndeling av kodegrupper til subgrupper, tilhørende meningsbærende enheter.

Meningsbærende enheter	Subgrupper	Kodegruppe
«Det var jeg som pårørende som måtte ha kontakt med hjelpeapparatet, og så hukommelsesteamet, og hjelpe med å sette det opp»	Administrative oppgaver	Ansvar og oppgaver
«Vi var inne daglig, både en og to ganger per dag, for å hjelpe dem med å forstå»	Hjelpe dem med å forstå	
«Så jeg måtte passe på å lade den, og så måtte den legges tilbake igjen i jakka»	Vedlikehold og praktiske oppgaver	

Etter å ha sortert de meningsbærende enhetene inn i de ulike subgruppene, utviklet vi et kondensat for hver subgruppe. Et kondensat kalles ifølge Malterud (2017) et kunstig sitat, som innebærer konkrete innhold fra de ulike meningsbærende enhetene. Når vi skulle skrive kondensatene fulgte vi Malteruds (2017) instruksjoner om å bruke jeg- form for å representere deltakerne best mulig, med deres egne ord og uttrykk. Videre skulle vi velge ut

et "gullsitat" som best mulig representerte innholdet fra de meningsbærende enhetene i subgruppen. Vi valgte å skrive halvparten av kondensatene hver, etterfulgt av en gjennomgang av hverandres arbeid.

Under er et eksempel på et kondensat og gullsitat fra subgruppen «Hjelpe dem med å forstå»:

Vi var inne daglig, både en og to ganger per dag for å hjelpe dem med å forstå. Sånn som mamma ser på veggen og ser et kamera og spør «hva er dette for noe?», så må vi drive forklare og styre. Både vi og hjelpemiddelsentralen hadde prøvd å forklare han at han skulle trykke på den telefonen hvis han ramlet, men han skjønnte det ikke. Noen ganger fikk jeg varsel på min telefon fordi han ikke hadde satt GPS-klokken på lading, da måtte jeg ringe han og si at han hadde glemt å lade den, men det nyttet ikke, han forsto det ikke. Hun fikk en sånn alarmklokke, men hun skjønnte ikke hva det var selvfølgelig. Men vi var flere ganger inne og testet den og sa «se mamma nå kan du trykke på knappen, så prater den ute i gangen». Men hun ble bare redd når hun hørte stemmer. Vi var der og forklarte, og mamma sa «ja dette er bra», men så var det glemt to minutter etterpå. Vi prøvde å skrive lapper og forklare at denne klokken, mamma, det er et hjelpemiddel. Men så glemmer hun at hun har lappene og rydder dem vekk. Vi prøvde å laminere og henge helt enkelt på kjøleskapet, men hun glemmer at det henger der. Så vi prøvde egentlig ganske mye til å få hun til å forstå, men det funket ikke.

Følgende gullsitat: «*Vi var inne daglig, både en og to ganger per dag, for å hjelpe dem med å forstå*»

Trinn 4: Syntese - fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

Det fjerde trinnet består av å rekontekstualisere innholdet vi har kommet frem til fra det forrige trinnet (Malterud, 2017). Kondensatene fra hver subgruppe ble omskrevet til analytiske tekster. De analytiske tekstene skal gjenfortelle hva deltakerne sier ved bruk av tredjeperson-form. Gjennom denne prosessen hadde vi et fokus på å bevare enkelte ord og uttrykk fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Etter at vi fullførte skrivingen av de analytiske tekstene, vendte vi tilbake til gullsitatene som ble etablert i det foregående trinnet, og bekreftet deres fortsatte relevans for å gi en dekkende beskrivelse av hovedfunnene. Hver analytisk tekst skal få sitt eget avsnitt i resultatkapittelet og kodegruppene skal få passende overskrifter (Malterud, 2017). Vi tok derfor sikte på å utvikle

overskrifter som hadde sitt opphav i de opprinnelige temaene og kodegruppene, samtidig som de inkluderte innsikt fra analysen, teorien og syntesen. I tråd med Malterud (2017) avsluttet vi analysen med å validere funnene opp mot de originale tekstene og den sammenhengen det er hentet fra. Dette gjorde vi ved lese gjennom transkripsjonene på nytt, og aktivt se på om de originale tekstene støttet funnene vi hadde kommet frem til i de analytiske tekstene.

5 Resultater

Gjennom den metodiske tilnærmingen som er vist til over, utførte vi en analyse som endte med en rekke resultater som skal belyse temaet. Hensikten med denne konkrete studien var nettopp å belyse pårørendes erfaring med bruk av velferdsteknologi for personer med demens. For å undersøke dette benyttet vi oss av to forskningsspørsmål, hvor det ene var rettet mot hvilke oppgaver og ansvar pårørende opplevde å få som følge av velferdsteknologi, og det andre rettet mot hva det kreves av pårørende i form av ressurser, ferdigheter og kapasitet. I dette kapitlet presenteres hovedfunnene som sammen skal bidra til å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

5.1 Velferdsteknologiens muligheter og begrensninger

Deltakernes erfaringer viser at ulike typer velferdsteknologi krever en viss forståelse av personer med demens, som videre har betydning for teknologiens muligheter og begrensninger i praksis. Dette inkluderer hvilke forutsetninger som kreves for å ta i bruk velferdsteknologi, og i hvilken grad teknologien er tilpasset brukers behov. Dette viser seg videre å være aspekter som har innvirkning på om pårørende opplever at velferdsteknologien gir dem verdi eller ikke.

5.1.1 Teknologiens anvendelse i praksis

Erfaringene til pårørende viser at teknologiens funksjonalitet i praksis avhenger av om velferdsteknologien er tilpasset evnene til personer med demens. I forbindelse med velferdsteknologi med GPS-sporing var det ulike grunner til at det fungerte for noen og ikke for andre. To deltakere (1 og 6) erfarte at slik teknologi var hensiktsmessige løsninger for personer med demens fordi GPS-sporing ikke forutsatte deres forståelse. En deltaker erfarte trygghetsalarm med GPS-sporing som nyttig, til tross for at PmD ikke mestret å trykke på knappen. Hun understreket betydningen av at teknologien muliggjorde sporing og direkte kommunikasjon til personen med demens, uten at PmD måtte gjøre noe.

Pårørendes erfaringer viser at en vesentlig faktor for vellykket bruk av velferdsteknologi er om pårørende kan utføre oppgaver som teknologien medfører, som PmD selv ikke mestrer. En GPS-klokke eller trygghetsalarm med GPS vil eksempelvis utløse oppgaver som lading

av GPS og påminnelse om bruk. Når det gjelder utførelsen av slike oppgaver og hvordan det fungerte for pårørende i praksis, viste det seg at det varierte ut fra om pårørende bodde sammen med PmD eller ikke. En deltaker (7) som var pårørende til PmD som benyttet seg av GPS-klokke, men som ikke bodde sammen med vedkommende, rapporterte disse oppgavene for å være for tid- og energikrevende. Hjemmetjenesten hadde derfor forsøkt å overta ansvaret, men fordi de bare var på tilsyn til bestemte tider, og PmD tok av seg alarmen utover disse tidene, lot ikke det seg gjøre. Det endte derfor med at pårørende avsluttet bruken av denne teknologien, og gikk over til en trygghetsalarm uten GPS, som ikke krevde lading. Disse erfaringene viser at det oppstår utfordringer når personer med demens ikke har pårørende tilgjengelig til enhver tid for oppfølging av oppgaver som lading og påminnelser om bruk.

Pårørendes opplevelser av trygghetsalarm var i stor grad ensartet, og undersøkelsen viser at deltakerne gjennomgående var usikre på om personen med demens forsto velferdsteknologiens funksjon. Samtlige av deltakerne som hadde erfaring med trygghetsalarm, var usikre på om PmD benyttet seg av trygghetsalarmen dersom de hadde behov for det.

“Men spørsmålet er om det kommer en situasjon hvor hun trenger å trykke på knappen, om hun skjønner at det er det hun skal gjøre? Det vet vi ikke. Det er jeg usikker på” (Deltaker 4)

Det ble også påpekt at stemmene som kommer når alarmen aktiveres, gjorde personen med demens mer forvirret og redd. En annen utfordring, som to av deltakerne påpekte (3 og 8), var at personen med demens ofte tok av seg alarmen. Likevel ble det bemerket at å bære alarmen på armen, i motsetning til rundt halsen, var mer hensiktsmessig. Dette skyldtes at den sjeldnere ble fjernet og at knappen var innenfor deres synsrekkevidde.

På samme måte som erfaringer omkring trygghetsalarmen avdekket manglende tilpasning til personer med demens, viser også erfaringer omkring medisindispenser og digital kalender til lignende resultater. Slik teknologi viser seg også i varierende grad å være lite hensiktsmessig for PmD. Både medisindispenser og digital kalender viste seg å innebære visse krav til forståelse av personen med demens som førte med seg utfordringer i praksis. Den ene deltakeren (3) som benyttet seg av medisindispenser delte utfordringer knyttet til denne teknologien. Det ble formidlet at PmD hadde vansker med å ta medisinene etter

medisinposene var tatt ut, og at posene endte på benken eller i søppelet. I tillegg hadde personen med demens manglende forståelse av hva som skulle skje når alarmen på medisindispenseren ga signal, noe som endte med at PmD ikke tok medisinene sine.

Erfaringer med digitale kalendere presenterer også ulike utfordringer. Flere pårørende var positive til bruken av denne teknologien fra start, men opplevde at det ikke fungerte til sin hensikt. En gjennomgående erfaring var at personen med demens ikke registrerte kalenderen til tross for dens tilgjengelige plassering. Hvis de likevel så på den, opplevde de at personen med demens ikke klarte å tolke informasjonen fra kalenderen. To av deltakerne (5 og 7) påpekte en annen utfordring, som innebar at den digitale kalenderen hadde ledning som var plagget i veggen, som førte til at personen med demens stadig dro ut ledningene. Som et resultat av erfaringer som viste at det eksisterende tjenestetilbudet ikke imøtekom behovene og utfordringene til personen med demens, besluttet en av deltakerne (2) å utvikle en egen digital kalender. Deltakeren beskrev at nøkkelen for at en slik kalender skulle fungere og være nyttig for både personen med demens og pårørende, var enkle prinsipper med mulighet for tilpasning etter hvert som sykdomsforløpet endret seg.

5.1.2 Teknologiens verdi for pårørende

Pårørendes erfaringer viste at velferdsteknologiske løsninger bidro til trygghet. Det fremkom ulike nyanser av trygghet, hvorav følelsen av kontroll, frihet og redusert bekymring var knyttet til økt opplevelse av trygghet. Pårørendes mulighet til å spore personen med demens sin posisjon ved hjelp av teknologi med GPS-sporing, førte til redusert bekymring for at PmD hadde gått seg vill. Økt trygghetsfølelse for pårørende viste seg også å være en konsekvens av at pårørende kontinuerlig visste hvor personen med demens befant seg, hvorav tryggheten var knyttet til økt følelse av kontroll for pårørende. En forutsetning for denne følelsen av kontroll var at sporingssystemet til GPS-en fungerte godt, hvor én deltaker (7) opplevde en følelse av mangel på kontroll som et resultat av utilstrekkelig fungerende sporing. Når sporingssystemet fungerte, muliggjorde det imidlertid økt frihet for pårørende og personer med demens. Pårørende kunne ved bruk av GPS til personer med demens forlate hjemmet, delta på aktiviteter og utføre ærender, uten å måtte ta med seg personen med demens. Personen med demens fikk økt frihet ved å kunne dra ut på turer alene. Deltakernes erfaringer indikerer at en forutsetning for at velferdsteknologiske løsninger skal være nyttige, er at de nødvendige oppgavene som følger med velferdsteknologien, blir ivaretatt. Mens noen deltakere (1 og 6) opplevde ansvaret med å utføre disse oppgavene

som ubetydelige, som nevnt ovenfor, opplevde én deltaker (7) oppgavene som tidkrevende og frustrerende.

Det var varierende erfaringer ved bruk av digitalt tilsyn. Når digitalt tilsyn fungerte som det skulle, bidro det til økt følelse av trygghet for pårørende. Ved bruk av dørsensor ble betydningen av å vite at hjemmetjenesten mottok alarm dersom PmD vandret ut om natten, understreket som en viktig faktor for pårørendes trygghet. Dørsensor ble beskrevet som en nyttig løsning, som fjernet redsel og utrygghet for pårørende. Det var en forutsetning at digitalt tilsyn fungerte for at det skulle ha verdi. Svikt i teknologien og i tjenesten forhindrer pårørendes opplevelse av trygghet.

“Så ble det montert et kamera på ytterdøren som skulle registrere når han gikk ut, men kameraet virket annenhver dag, så det var ikke noen trygghet.” (Deltaker 3)

Trygghetsalarm bidro også til begrenset følelse av trygghet, hvor kun én deltaker (4) opplevde den som betryggende, til tross for en viss usikkerhet knyttet til PmD sin forståelse av den. Hun opplevde det som verdifullt å vite at personen med demens i det minste hadde muligheten til å aktivere alarmen ved behov. Flere av de andre deltakerne sa imidlertid at PmD sin manglende forståelse av trygghetsalarmen forhindret deres opplevelse av trygghet, som førte til mer belastning for pårørende. Elektronisk medisindispenser ble også nevnt som et eksempel på dette, hvorav pårørende (3) erfarte den mer belastende enn nyttig, og ønsket at de aldri hadde tatt den i bruk.

5.2 Ansvar og oppgaver

Alle deltakerne beskrev at de i varierende grad hadde fått flere arbeidsoppgaver som følge av velferdsteknologien. Oppgavene som ble beskrevet, varierte ut ifra hvilken type velferdsteknologi de benyttet, hvordan teknologien var tilpasset brukers behov og forutsetninger, samt om pårørende bodde sammen med PmD eller ikke.

5.2.1 Hjelp dem med å forstå

I lys av velferdsteknologiens forutsetninger til brukers kompetanse og ferdigheter, erfarte flere pårørende at de sto overfor ekstra oppgaver knyttet til å forklare og veilede personen med demens i forbindelse med anvendelse av velferdsteknologien. Dette innebar å forklare

hva velferdsteknologiens funksjon var og hvordan den skulle brukes. Situasjoner som førte til ekstra oppgaver for pårørende, inkluderte PmDs manglende evne til å betjene knappen på trygghetsalarm, håndtere medisinosene fra den elektroniske medisindispenseren, forstå kilden til stemmene fra både trygghetsalarmen og medisindispenseren, og deres manglende evne til å lade GPS.

“GPS-Klokken var jo hele tiden utladet fordi han mestret jo ikke å sette den på lading selv, og så fikk jeg varsler på min telefon, så da måtte jeg stadig ringe og prøve å forklare han hvordan han skulle gjøre det, men det var nytteløst” (Deltaker 7)

Deltakerne hadde ulike tilnærminger for å få personen med demens til å forstå de ulike velferdsteknologiske løsningene. Flere av deltakerne forsøkte å forklare både over telefon, og ved å dra på besøk. Noen av deltakerne (8 og 4) forsøkte å kompensere for manglende forståelse ved å skrive instruerende lapper, men disse ble enten fjernet eller kastet av personen med demens. En annen deltaker (3) fortalte at hun var innom både en og to ganger per dag for å forklare PmD både funksjonen med trygghetsalarmen og den elektroniske medisindispenseren. Imidlertid opplevde vedkommende og flere andre pårørende, at informasjonen og veiledningen enten ble glemt to minutter senere eller ikke forstått i det hele tatt.

5.2.2 Vedlikehold og praktiske oppgaver

Flere av deltakerne opplevde å ha et ansvar for å sikre at velferdsteknologien fungerte til sin hensikt. Flere pårørende delte erfaringer om å jevnlig kjøre hjem til personen med demens som følge av at velferdsteknologien ikke fungerte som den skulle. Deltaker 3 beskrev utfordringer rundt digitalt tilsyn, som omhandlet mangel på tillit til om helsepersonell fulgte med gjennom den avstandsbaserte tjenesten, samt usikkerhet omkring velferdsteknologiens dekning eller om kamera var påskrudd.

“Også er det sånn at hvis du kjører hjemover, så ringer du inn og får ikke noe svar, så blir du bekymret, så er det sånn...” Å Guri, virker kameraet i dag? Vi må kjøre inn å se.” (Deltaker 3)

Samme pårørende (3) opplevde også å måtte kjøre hjem til personen med demens som følge av tidligere redegjorte utfordringer knyttet til den elektroniske medisindispenseren. Vedkommende opplevde at slike utfordringer ikke ble fanget opp av tjenesten, noe som

resulterte i at hun følte på ansvar til å daglig kjøre hjem til PmD, og kontrollere om medisinene ble inntatt.

Flere pårørende delte erfaringer omkring andre praktiske oppgaver som omhandlet å assistere personen med demens i bruk av de velferdsteknologiske løsninger. Dette involverte blant annet å kontinuerlig påminne om bruk av GPS og å sette på lading. Ytterligere oppgaver ble identifisert blant samtlige pårørende som hadde erfaring med digital kalender. Disse oppgavene omfattet å sørge for at kalenderen ble stilt inn fra vinter- til sommertid, oppdatering, legge inn avtaler og justere hva slags display den skulle stå på.

Som beskrevet tidligere ble det også påpekt utfordringer med både trygghetsalarmen og digital kalender som hadde ledninger koblet i stikkontakt. To av deltakerne (7 og 4) beskrev at slike utfordringer resulterte i ekstra oppgaver for dem som pårørende, hvor de kontinuerlig måtte sjekke at ledninger var tilkoblet, og sikre at både trygghetsalarmen og kalenderen var plassert på et hensiktsmessig sted.

“Så da fikk jeg telefonen fra kommunen, om at hun hadde dratt ut ledningen og de ikke hadde kontakt med henne. Så da måtte jeg dra å sette den inn” (Deltaker 4)

Slike erfaringer indikerer at det er en implisitt forventning fra tjenesten om at pårørende ivaretar slike oppgaver.

5.2.3 Administrative oppgaver

Pårørende erfarte i varierende grad å være involvert i administrative oppgaver som følge av velferdsteknologien. Oppgavene inkluderte å tilegne seg kunnskap om teknologien de skulle ta i bruk, forstå hvordan de fungerte og hvordan de skulle installeres. Noen pårørende var også delaktige i selve installeringen av velferdsteknologien. Pårørende opplevde å stå ansvarlig for samhandling med hjelpeapparatet når det gjaldt teknologien. Ved spørsmål eller dersom noe var galt med velferdsteknologien var det pårørende som måtte henvende seg til enten hjemmetjenesten, leverandører, ergoterapitjenesten eller hukommelsesteamet. De administrative oppgavene økte som følge av forsinkelser i tjenesten, eller fordi pårørende opplevde at tidligere henvendelser ble oversett eller glemt, og derfor måtte følges opp.

En betydelig del av det administrative ansvaret var knyttet til å avtale møtetidspunkter. Pårørende beskrev at det var deres ansvar å koordinere møtetidspunkter med de ulike aktørene i forbindelse med implementering av velferdsteknologi, da PmD ikke mestret dette selv. Det ble imidlertid delt erfaringer der leverandører hadde avtalt møtetidspunkt direkte

med PmD, noe som resulterte i at en leverandør møtte opp til tomt hus hos PmD. Ved en annen anledning hadde PmD ringt tjenesten og sagt opp brukeravtalen for GPS. En del av de administrative oppgavene til pårørende viste seg å bære preg av slike uheldige hendelser, hvor ekstraoppgaver inkluderte å ta kontakt med leverandører for å rette opp feil, avtale nye møtetider og skaffe nye brukeravtaler.

5.3 Varierende tilbud

Deltakerne hadde varierende opplevelse av tjenestens tilbud. Dette inkluderte hvorvidt de opplevde at tjenesten la til rette for brukeren- og pårørendes behov, i hvilken grad de pårørende erfarte å få nok opplæring, samt hvor mye kapasitet og tid de erfarte at tjenesten hadde til oppfølging.

5.3.1 Tilrettelagte tjenester

Pårørendes erfaringer viser til begrenset individuell tilrettelegging av velferdsteknologiske løsninger. Flere pårørende påpekte utfordringer med å ikke få tilbud om velferdsteknologi før en diagnose ble satt, hvor de beskrev det som en lang prosess. Det fremkom imidlertid erfaringer om et raskt tilbud om ulike tjenester når diagnosen først var satt. Til tross for dette erfarte pårørende at det likevel ble introdusert for sent. Én av deltakerne (1) ble anbefalt av kommunen å ta imot trygghetsalarm med GPS på et tidligere stadié enn vedkommende foretrakk. Likevel aksepterte deltakeren tilbudet. I etterkant vurderte vedkommende dette som en viktig faktor for vellykket bruk, da hun tror at personen med demens var mer mottakelig for slik teknologi på daværende tidspunkt enn han hadde vært senere i sykdomsforløpet. Slike erfaringer indikerer at tidlig tilbud om velferdsteknologi kan være en viktig faktor for vellykket implementering, men at utredningen av en demensdiagnose kan begrense muligheten for tidlig tilbud.

Deltakernes erfaringer viser til tjenestens manglende individuelle tilrettelegging ved implementering av velferdsteknologi. De opplevde at det var varierende om de som kom fra tjenesten hadde fokus på personen med demens, inkludert de involverte pårørende. Brukerforståelse, samt brukermedvirkning, fremkom som en viktig faktor for pårørende i tjenestens tilrettelegging av velferdsteknologien. Dette innebar et ønske fra pårørende om at tjenesten hadde innsikt i PmDs enkeltes behov, ressurser og forutsetninger for å mestre velferdsteknologien. Erfaringer med igangsetting av digitalt tilsyn viste til tilfeller med

manglende brukermedvirkning, hvor en av deltakerne hadde innvendinger som ikke ble hørt av tjenesten.

“Så jeg sa til hjemmetjenesten at det ikke er så lurt å montere kamera på ytterdøra, siden mamma (ektefellen til PmD) kunne gå ut 40 ganger for å røyke, at det var kanskje bedre å ha det ute i garasjen, der det var filmet mot ytterdøra. Men de satt det der likevel” (Deltaker 3)

Samme deltaker beskrev også flere faktorer som tjenesten ikke hadde tatt i betraktning, herunder at faren også benyttet andre dører i huset som ikke tjenesten fanget opp. Slike erfaringer viser at tjenesten i noen tilfeller kan ha mangel på innsikt i PmD sine behov og utfordringer, som begrenser et godt tilrettelagt tilbud for PmD.

5.3.2 Opplæring

Deltakerne hadde ulike erfaringer med opplæring knyttet til velferdsteknologien. Noen av deltakerne kunne ikke huske å ha mottatt spesifikk opplæring, men opplevde heller ikke behov for det. Andre var fornøyd med det de hadde fått og etterspurte ikke noe mer. Videre ble velferdsteknologien beskrevet som intuitiv og enkel å forstå for pårørende. For eksempel, ble trygghetsalarmen med GPS beskrevet som både forståelig og lavterskel. To av pårørende (3 og 4) etterlyste imidlertid en mer omfattende opplæring. Til tross for gradvis økt forståelse av teknologien, mente de at en grundigere introduksjon ville vært nyttig.

“Men klart, alle kan jo lese seg opp på det. Men det hadde vært greit å få litt mer innføring... Når det var montert, at du må gjøre sånn og sånn hvis det skjer sånn og sånn.” (Deltaker 3).

I tillegg til ønske om grundigere opplæring i anvendelse av velferdsteknologien, etterspurte én deltaker (5) opplæring i hvordan de kunne lære personen med demens å anvende velferdsteknologien på en hensiktsmessig måte. Hun understreket videre at dette kunne vært nyttig å ha mer fokus på fra tjenesten når de setter i gang med velferdsteknologi for personer med demens.

5.3.3 Varierende kapasitet fra kommuner

Deltakernes erfaringer viser til varierende opplevelser angående kommunens kapasitet og tid til å følge opp de velferdsteknologien som er satt i gang hos personer med demens. Ved bruk av velferdsteknologi som innebærer alarm og varslinger, hadde deltakerne ulike opplevelser. Flere av deltakerne fikk velge om pårørende eller tjenesten skulle motta varsler og alarmer. Mens enkelte deltakere (8) fant dette avlastende, uttrykte andre (3) bekymringer om at tjenesten ikke alltid fanget opp alarmene. Denne bekymringen oppsto spesielt etter en hendelse hvor pårørende hadde ringt sin far og hørt at han var ute og gikk. Til tross for at tjenesten bekreftet å ha mottatt alarm, hadde de ennå ikke rykket ut. Dette reiste spørsmål om hvorvidt tjenestens ressurser og kapasitet var tilstrekkelige til å opprettholde de trygge rammene som digitalt tilsyn forutsetter, som inkluderer kontinuerlig tilsyn og varslinger som muliggjør øyeblikkelig assistanse. Videre viste erfaringer at tjenesten i enkelte tilfeller ikke hadde muligheten til å motta varsler og alarmer i det hele tatt, hvor en deltaker (7) ble informert om at tjenesten kun ville motta slike alarmer ved særskilte behov.

“Med GPS-klokka, der stod det at når vi skulle skrive under brukeravtalen, så stod det at det kunne bli at hjemmetjenesten skulle svare siden de var nærmest. Men det viste seg at de ikke ville ha det ansvaret, og da ble det til at vi måtte ha det.” (Deltaker 7)

Tjenestens manglende vilje eller evne til å påta seg ansvaret med å motta alarmer avslører svikt i tjenesten, og antyder mulige begrensninger knyttet til tid og ressurser. Flere av studiens deltakere etterlyste et mer tilrettelagt tjenestetilbud, og uttrykte manglende oppfølging av velferdsteknologien som var igangsatt. Noen deltakere (8 og 6) erfarte imidlertid å bli godt ivaretatt av kommunen i forbindelse med velferdsteknologi, hvorav en av deltakerne (8) fremhevet betydningen av å få besøk av kommunen én gang i måneden for blant annet oppfølging og evaluering av velferdsteknologien. Samlet sett tyder pårørendes erfaringer på at det er tydelige variasjoner i kommunenes kapasitet til å kartlegge individuelle behov, følge opp og evaluere velferdsteknologien.

6 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatet diskuteres ved bruk av rammeverket for deltakelsesbasert innføring av velferdsteknologiske løsninger og annen forskning, for å svare på vår problemstilling. Videre vil vi diskutere styrker og svakheter ved vårt valg av metode.

6.1 Diskusjon av resultater

Hensikten med studien er å utforske hvilke erfaringer pårørende har ved bruk av velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens. Vi ønsker å utforske nærmere hvilke oppgaver pårørende erfarer å ha ved bruk av teknologien, samt hva som kreves av kapasitet, ferdigheter og ressurser for å ivareta slike oppgaver. Våre resultater viser at erfaringene omkring velferdsteknologi er varierende, hvor teknologien både kan gi verdi, samt virke mer belastende. Alle pårørende opplevde å inneha oppgaver knyttet til bruk av velferdsteknologi, men i varierende grad. Hvor stort ansvaret var, varierte for den enkelte pårørende. De ulike teknologiene kommer med forutsetninger om kompetanse, ferdigheter og ressurser som definerer behovet for et omsorgskollektiv, inkludert pårørende og deres kapasitet, ressurser og ferdigheter. Dette er i så måte avgjørende faktorer for at en velferdsteknologisk løsning skal fungere. Dette kapittelet struktureres ut ifra to vurderinger: om velferdsteknologi reduserer eller tilfører omsorgsbelastning, og hva som forutsettes av kapasitet, kompetanse og ressurser ved bruk av velferdsteknologi. Vi vil diskutere dette tett opp mot Moser og Thygesens (2019) to kjernespørsmål, sammen med tidligere forskning.

6.1.1 Tilfører eller reduserer omsorgsbelastning

Pårørende til personer med demens er forbundet med stor omsorgsbelastning (Jakobsen & Homelien, 2011), hvor regjeringen jobber for å møte slike utfordringer ved å vurdere tiltak som skal ivareta pårørende (NOU 2011: 11). Forskning understreker også at pårørende har behov for tjenester som kan bidra til trygghet samtidig som det gir pårørende avlastning (Arntzen et al., 2016; Glomsås et al., 2022). I likhet med annen forskning viser våre funn at velferdsteknologi kan bidra til følelsen av økt trygghet og redusere engstelse for pårørende til personer med demens (Arntzen et al., 2016; Fänge et al., 2020; Karlsen et al., 2019; Lariviere et al., 2021; Mortenson et al., 2018; Sriram et al., 2019). Videre viser det at ulike teknologier kan bidra til mer frihet, som tillater dem å engasjere seg i andre aktiviteter som

de før ikke hadde mulighet til. Våre resultater tilsier dermed at en økt opplevelse av trygghet påvirker andre positive aspekter slik som kontroll, frihet og avlastning. Dette vurderes å være et viktig aspekt i møte med regjeringens mål om å anerkjenne pårørendes innsats, hvor det understøtter at velferdsteknologi kan være et tiltak for å avlaste pårørende slik at de kan kombinere pårørenderollen med sitt eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b; NOU 2011: 11).

Selv om velferdsteknologi kan bidra til økt trygghet og avlastning for pårørende, viser våre funn sammen med annen forskning at det også kan føre til økt omsorgsbyrde, med flere oppgaver (Gibson et al., 2015; Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Thoft & Møller, 2021). Resultatene i studien viser at velferdsteknologien i mange tilfeller ikke fungerer til sin hensikt. Pårørendes erfaringer med å ivareta oppgaver og inneha et ansvar uten å oppleve at det genererer noe form for nytte, avviker fra forskning som understreker behovet for at velferdsteknologi må fungere som et bedre tilbud enn allerede etablerte rutiner (Arntzen et al., 2016). Våre funn tilsier at velferdsteknologi i flere tilfeller kan medføre flere oppgaver for pårørende enn de hadde fra før, hvor velferdsteknologiske løsninger av den grunn tilfører omsorgsbyrde, fremfor å redusere.

Våre funn avdekker samtidig nyanser av om pårørendes erfaring omkring velferdsteknologi gir verdi eller ikke, og i hvilken grad de opplever at det medfører eller reduserer omsorgsbyrde. For at velferdsteknologiske løsninger skal bidra til økt trygghet, kontroll og avlastning, forutsetter det at noen ivaretar en rekke oppgaver. Dette understøttes av andre studier som også viser til at slike oppgaver ofte blir ivaretatt av pårørende (Gibson et al., 2015; Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Thoft & Møller, 2021). Gibson (2015) beskriver pårørende som nøkkelpersoner for vellykket bruk av velferdsteknologi, hvor de påtar seg daglige gjøremål som kreves for at teknologien skal fungere til sin hensikt. Våre funn støtter opp under dette, hvor det blir tydelig at pårørende erfarer et stort ansvar for å ivareta en rekke oppgaver som følge av velferdsteknologi.

Det kan imidlertid virke som at ingen pålegger pårørende et slikt ansvar eller ber dem ivareta slike oppgaver. Likevel setter pårørende spørsmål til hvem andre som skal overta det ansvaret dersom ikke de tar det. I den anledning kan det synes at det ligger en implisitt forventning om at pårørende skal ivareta slike oppgaver. Av den grunn ser vi at pårørende inntar en stor rolle i personer med demens sitt kollektiv i forbindelse med velferdsteknologiske løsninger. Et viktig aspekt å diskutere av den grunn er dersom

personen med demens ikke har et kollektiv bestående av pårørende som kan ivareta oppgavene velferdsteknologien medfører. Dersom personen med demens ikke innehar den nødvendige kompetansen som velferdsteknologien forutsetter, og ikke har ressurser i form av pårørende, kan vi stille spørsmål til hvordan de skal tilegne seg de nødvendige forutsetningene (Moser & Thygesen, 2019). Alternativt om noen kan overta eller få delegert ansvar og oppgaver (Moser & Thygesen, 2019). Et sentralt spørsmål som reiser seg er hvorvidt noen andre er villig til å ivareta de medførte oppgavene, for eksempel tjenesten, dersom personen med demens ikke kan ivareta dem selv, eller har ressurser i form av pårørende. Våre funn tilsier at pårørende føler seg alene i ansvaret om å få velferdsteknologien til å fungere, hvor resultatene indikerer at tjenesten i mindre grad er til stede. Det kan dermed synes at velferdsteknologi for personer med demens i mange tilfeller er avhengig av en stor innsats fra pårørende for at det skal fungere til sin hensikt. I lys av dette kan vi se at samtidig som velferdsteknologien ved flere tilfeller fører til økt trygghet, medfører det også flere oppgaver. I andre tilfeller ses velferdsteknologi å verken bidra til trygghet eller avlastning, hvor det heller ses å forsterke en allerede eksisterende omsorgsbelastning. Dette reiser spørsmålet om det kan argumenteres for at velferdsteknologi til personer med demens, støtter og avlastet pårørende slik regjeringens mål tar sikte på at det skal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; NOU 2011: 11), eller om det i noen tilfeller bør vurderes andre tiltak.

6.1.2 Forutsetninger knyttet til kapasitet og kompetanse

Våre funn viser at de forskjellige teknologiene stiller ulike krav knyttet til kapasitet og kompetanse. Skriptets implisitte bruksanvisning sier nemlig noe om hvilke kompetanse, ferdigheter og kapasitet tjenestemottaker må inneha for at teknologien skal fungere til sin hensikt (Moser & Thygesen, 2019). I vår studie blir det tydelig at disse forutsetningene ikke samsvarer med evnene til personer med demens. Etersom personer med demens har svekket kognitiv funksjon, besitter de ikke den nødvendige kompetansen som teknologien forutsetter. Dette ble eksempelvis synlig i praksis ved at personer med demens ikke forstod teknologien, og at de derfor dro ut ledninger, ikke tok i bruk trygghetsalarm og kastet medisiner fra elektronisk medisindispenser i søppelet. Forskning og våre funn viser at pårørende ofte forsøker å lære PmD den nødvendig kompetanse og ferdighetene som velferdsteknologien krever, uten at de lykkes fordi personen med demens raskt glemmer det igjen (Glomsås et al., 2022; Holthe et al., 2018; Thoft & Møller, 2021). Dette viser at det i liten grad kan forventes at personer med demens klarer å tilegne seg den kompetansen som

velferdsteknologi krever, ettersom deres innlæringsevne er redusert (Engedal & Haugen, 2018b). Som et resultat av PmD sin mangle kompetanse til å ivareta velferdsteknologien, overlates dette til pårørende (Arntzen et al., 2016; Holthe et al., 2018; Steils et al., 2021).

Våre funn viser til at dette ansvaret legger betydelige krav til pårørendes kapasitet til å utføre den nødvendige oppfølgingen. Det krever at pårørende sørger for at personer med demens har trygghetsalarm og GPS på seg, sette GPS til lading, sjekke at medisiner fra elektronisk medisindispenser faktisk blir tatt, samt sørge for at teknologi er tilkoblet strøm. Flere pårørende kjenner seg igjen i at dette er ansvarsområder som overlates til dere (Arntzen et al., 2016; Holthe et al., 2018; Steils et al., 2021). Resultatet i denne studien viser også til at pårørende blir ansvarlige for koordinering med tjenesten i forbindelse med installering og vedlikehold av velferdsteknologi, noe som også går utover pårørendes tid. For å tydeliggjøre pårørendes ansvar ytterligere, må det sees i sammenheng med PmD sin tendens til å kontinuerlig fikle med teknologien, dra ut ledninger og henge av seg trygghetsalarmen. Pårørendes oppgaver med å sørge for at teknologien fungerer som den skal, blir dermed i mange tilfeller repetitive. For pårørende som ikke bor sammen med personen med demens, krever det betydelig tid og energi å følge opp slike oppgaver, da de i tillegg må reise hjem til PmD for å følge opp. Konsekvensen av pårørendes ansvar knyttet til teknologi, må sees i lys av at pårørende allerede står i en krevende hverdagssituasjon, som nære pårørende til en person med stort omsorgsbehov. Dette understreker ytterligere behovet for støtte og god oppfølging for å ivareta pårørende (Glomsås et al., 2022).

Regjeringen fremhever god oppfølging til pårørende som et viktig tiltak for å anerkjenne pårørendes innsats som verdifull omsorgsutøver (NOU 2011: 11). Våre funn samsvarer i liten grad med regjeringens strategi om oppfølging av pårørende knyttet til teknologi, hvorav de aller fleste deltakerne ønsket seg tettere og jevnligere oppfølging fra tjenesten. Lignende resultat fremkommer i annen forskning, hvor pårørende ga uttrykk for mangelfull oppfølging av tjenesten i forbindelse med velferdsteknologi (Karlsen et al., 2019). Det var likevel noen av pårørende i vår studie som var fornøyd med oppfølgingen de fikk, og satte pris på tjenestens rutinemessige hjemmebesøk som ga pårørende anledning til å si ifra dersom teknologien ikke fungerte. Våre funn, sammen med forskning, viser til flere grunner for hvorfor pårørende bør inkluderes og følges opp når det gjelder velferdsteknologiske løsninger (Gibson et al., 2015; Glomsås et al., 2022; Lariviere et al., 2021). Ofte er pårørende de som har best kjennskap til personen med demens sitt omsorgsbehov, og de legger vanligvis merke til endringer i tilstanden og hjelpebehovene tidligere enn andre (Glomsås et al., 2022; Lariviere et al., 2021). Våre funn viser til flere eksempler der

velferdsteknologi ikke lenger fungerte for PmD, fordi deres sykdom hadde utviklet seg slik at teknologien som var i bruk, ikke lenger fungerte. Ut fra dette kan det synes at tjenesten ikke har lyktes med å gi god nok oppfølging i forbindelse med velferdsteknologi, hvor velferdsteknologien i flere av tilfellene burde blitt avsluttet tidligere. Et resultat av manglende oppfølging knyttet til velferdsteknologi, medfører ytterligere ansvar for pårørende, hvor ansvaret med å vurdere om teknologien fortsatt er egnet til PmD, overlates til pårørende. Dette understøttes også av annen forskning, som understreker at et slikt ansvar er krevende for pårørende (Glomsås et al., 2022).

Ettersom omsorgsbehovet til personer med demens endrer seg raskt, er tidsvinduet for vellykket implementering av velferdsteknologi relativt kort (Holthe et al., 2018; Lariviere et al., 2021). Som følge av dette understrekes betydningen av å igangsette slik teknologi på et tidlig tidspunkt (Fänge et al., 2020). Våre funn antyder at et tidligere tilbud vil kunne øke sjansen for at personer med demens evner å lære seg og forstå teknologien bedre. Imidlertid erfarte pårørende at selv om de mottok velferdsteknologi relativt raskt etter diagnosen ble satt, ble det likevel ansett som for sent. Karlsen (2018) viser til liknende resultater og sier at pårørende ikke fikk utnyttet velferdsteknologien som følge av at den kom for sent grunnet personen med demens sitt endrede omsorgsbehov. Erfaringene viser videre at det tar tid å få stilt en diagnose og mye kan endre seg før diagnosen er satt. Dette reiser spørsmål til hvordan velferdsteknologi kan tas i bruk på et tidligere tidspunkt, spesielt siden det virker utfordrende å rekruttere PmD før de har fått en diagnose, og dermed før det er etablert et nettverk av tjenester for dem.

Samlet sett reiser våre funn spørsmål om ulike typer velferdsteknologi er for kompliserte for personer med demens, noe som også understøttes av annen forskning (Holthe et al., 2018). Resultatene våre viser til at teknologi som krever en viss grad av aktiv deltakelse fra personen med demens, for eksempel ved å måtte trykke på knappen til trygghetsalarmen når behovet oppstår, eller å forstå at de må ta ut medisinosene når den elektroniske medisindispenseren utløser et signal, i mange tilfeller kan virke for vanskelig og krevende. Av den grunn kan det argumenteres for at slike teknologier kun er egnet i enkelte tilfeller, og at det derfor kan være hensiktsmessig å vurdere andre tilbud. Samlet viser studien at noen typer velferdsteknologi fungerer bedre enn andre. Dersom teknologiens skript forutsetter en mer passiv rolle av PmD, og PmD innehar ressurser i form av pårørende, kan slik teknologi fungere som en hensiktsmessig løsning både for PmD og pårørende. Eksempler på slik teknologi som viser seg i vår oppgave er GPS klokke, trygghetsalarm med GPS og

dørsensor. Basert på dette kan våre funn derfor antyde at slik teknologi har større potensiale til å fungere til personer med demens. På den måten kan slik «passiv» velferdsteknologi møte formålet regjeringen ønsker å oppnå, nemlig å avlaste både tjenesten og pårørende ved bruk av velferdsteknologi. Resultatene samlet sett viser altså at det er varierende hvorvidt velferdsteknologien i størst grad gir fordeler, eller om den også fører til merarbeid for involverte, herunder pårørende. For alle involverte, er det viktig å tilpasse teknologien ut ifra PmD sin kognitive funksjon, og ut ifra pårørendes muligheter til å bistå. Løsningen som sikrer best mulige resultatet, virker altså å være velferdsteknologi som krever minst mulig aktivitet fra brukeren og pårørende.

6.2 Metodediskusjon

For å utforske metodens styrker og svakheter har vi valgt å ta opp tre sentrale aspekter: reliabilitet, validitet og overførbarhet. Reliabilitet refererer til påliteligheten av studiens resultater, mens validitet handler om hvor troverdig studien er. Følgende vil vi vurdere i hvilken grad funnene våre kan overføres til andre sammenhenger.

Forskningens reliabilitet, referer til forskningsresultatets pålitelighet, og kan vurderes ut ifra hvorvidt andre forskere kan gjennomføre den samme studien for å oppnå lignende resultater, noe som kalles repliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er imidlertid utfordrende å replisere en studie i kvalitativ forskning når datainnsamlingen alltid vil bære preg av forskerens subjektivitet (Thagaard, 2018). I kvalitativ studie søker vi dermed isteden å vise pålitelighet ved å tilstrebe å gjøre studien så gjennomsiktig som mulig. Dette har vi forsøkt å gjøre ved å beskrive fremgangsmåten vår på best mulig vis, samt gjort rede for egne posisjoner. Vi har presentert våre erfaringer, bakgrunn og forforståelse som faktorer som kan ha innvirkning på studien. Malterud (2017) påpeker blant annet at det er umulig å unngå å tolke dataen ut fra vårt faglige ståsted. Vi har imidlertid aktivt søkt å utfordre våre forutinntatte antagelser og hypoteser på temaet, i tråd med prinsippene for refleksivitet slik Malterud (2017) beskriver det. Thagaard (2018) fremhever videre betydningen av å være flere forskere for å øke studiens pålitelighet. Det kan derfor ses å være en styrke i vår studie at vi har vært to delaktige forskere involvert i datainnsamlingen, transkriberingen og analyseprosessen. Vi har sammen diskutert veivalg og beslutninger, og med kritiske øyne evaluert eget og hverandres arbeid gjennom hele prosessen (Thagaard, 2018).

Menneskelige interaksjoner og forskerens subjektivitet vil alltid prege arbeidet i kvalitativ forskning, og fullstendig objektivitet er derfor ikke mulig (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud,

2017). Vi forsøkte likevel å forhindre at våre forutinntatte meninger skulle legge føringer for deltakernes svar, ved å utforme en intervjuguide bestående av åpne spørsmål (Thagaard, 2018). Ved å benytte åpne spørsmål, fikk deltakerne også frihet til å forme svarene slik de ønsket. Vi sørget for at deltakerne fikk tilstrekkelig med tid og rom til å dele sine opplevelser og erfaringer ved å anvende individuelle semistrukturerte intervju (Malterud, 2017).

Halvparten av intervjuene ble gjennomført digitalt, hvilket kan ha ført til at vi ikke fikk med oss enkelte av deltakernes reaksjoner, for eksempel ansiktsuttrykk og mimikk. I to av de digitale intervjuene var det også dårlig lyd i begynnelsen, noe som kan ha resultert i at vi har gått glipp av noe. Imidlertid forsøkte vi å kompensere for dette ved å stille oppfølgingsspørsmål.

Når vi skal vurdere studiens validitet i kvalitative metoder, kan vi vurdere om resultatene våre representerer det vi ønsket å undersøke (Thagaard, 2018). Vi kan dermed diskutere i hvilken grad dataene våre svarer til intensjonen vi hadde med studien (Leseth & Tellmann, 2018). Med dette kan vi trekke inn utvalget vårt og diskutere hvor datamaterialet er hentet fra, og om utvalget vårt gir treffende informasjon til vår problemstilling. Vårt utvalg besto av fem barn til personer med demens, og tre som var ektefeller eller tidligere samboere. En faktor som kan spille inn her, er at syv av åtte meldte seg selv gjennom et innlegg på Facebook. Det kan dermed tenkes at disse personene er mer motiverte og engasjerte i temaet. Det at alle deltakerne også er på Facebook, betyr at de har kompetanse til å være på internettet eller har en smarttelefon. Dette kan ha påvirket studiens resultater, ettersom våre funn ikke indikerte at mangel på teknologiske ferdigheter var en utfordring. Gjennom analyseprosessen og utforming av resultatet, kom det også frem at det var forskjeller på dem som bodde med personen med demens, og de som var barn og bodde et annet sted. Disse forskjellene ble spesielt tydelige i form av deres forutsetninger for å ivareta ansvar og oppgaver, noe som var et av aspektene vi ønsket å undersøke i vår oppgave. Det kan dermed ses som en svakhet at utvalget består av pårørende som i utgangspunktet har ulike roller og ressurser, for å ivareta oppgaver. På en annen side kan et variert utvalg tenkes å være en styrke hvor det kan gi et bredere og mer nyansert perspektiv til studien. Vi har begge begrenset praktisk kjennskap til velfersteknologi, som kan både være positivt og negativt for oppgavens troverdighet (Thagaard, 2018). Samtidig som det kan ha begrenset muligheten vår til å få en dypere forståelse for deltakernes erfaringer, kan det også ha bidratt til et bredere perspektiv som ikke i like stor grad har blitt formet av våre erfaringer og kunnskap. Vi er også to uerfarne forskere, som ikke har utført intervjuer før, noe som kan ses som en svakhet i studien. Vi har imidlertid forsøkt å kompensere for dette ved å utføre testintervjuer i forkant, for å bli mer komfortabel i rollen som intervjuer.

Studiens overførbarhet handler om i hvilken grad forskningen er overførbar, altså hvorvidt forskningens tolkninger er gyldig i andre sammenhenger (Thagaard, 2018). Skilbrei (2019) påpeker at en faktor for å gi undersøkelsen en form for overførbarhet, er dersom studiens funn støtter andre funn. Vi fant at mye av våre funn støttes av tidligere forskning, og det kan dermed tenkes at noen av våre tolkninger kan være overførbare i andre settinger. Våre tolkninger kan også tenkes å være gjenkjennbare for andre i lignende situasjoner. Ettersom vi valgte å skrive masteroppgaven på fulltid, er denne studien også innenfor en begrenset tidsramme. Dette har gjort at vi ikke hadde mulighet til å inkludere flere deltakere. Et begrenset antall deltakere, kan dermed ses å være en svakhet for studiens overførbarhet. Det at alle deltakerne våre hadde en viss digital kompetanse, kan være en innvirkende faktor studiens overførbarhet, hvor utvalget vårt kan sitte på kompetanse og ferdigheter som mulig skiller seg fra den generelle populasjonen av pårørende til hjemmeboende personer med demens. Et variert utvalg med både ektefeller og barn, samt ulike typer velferdsteknologi, kan i denne sammenheng ses som en styrke for oppgavens overførbarhet, da det kan tenkes at flere kan kjenne seg igjen i studien.

7 Konklusjon

I denne studien har vi utforsket pårørendes erfaringer ved bruk av velferdsteknologiske løsninger til personer med demens. Vi har lagt særlig vekt på hvilke oppgaver og ansvar pårørende opplever å ha som følge av velferdsteknologi, samt betydningen av deres kompetanse, kapasitet og ressurser. Våre funn viser at personer med demens mangler den nødvendige kompetansen som velferdsteknologien forutsetter at tjenestemottaker har. Dette fører til at de nødvendige oppgavene som medfølger teknologien må gjøres av andre. Følgende viser våre funn at dette ofte overlates til pårørende, hvor alle deltakerne i studien erfarte å ha oppgaver og ansvar knyttet til velferdsteknologi. For noen pårørende bidro teknologien til trygghet, som viste seg i form av mindre bekymringer, mer frihet og følelsen av økt kontroll. For andre pårørende førte velferdsteknologiske løsninger til økt omsorgsbelastning og stress, samt mindre frihet. Det viste seg å være flere faktorer som påvirket pårørendes opplevelse av å ha ansvar knyttet til teknologien, og blant disse synes pårørendes kapasitet å være av betydning. I våre funn knytter kapasitet seg til pårørendes grad av energi og tid til å følge opp velferdsteknologien. Det viser å forutsette mer kapasitet fra de pårørende som ikke bor sammen med personen med demens, enn de som bor sammen, for å ivareta det medfølgende ansvaret til de ulike tjenesteløsningene.

Våre funn viser til manglende oppfølging og støtte fra tjenesten, hvor samtlige deltakere ga uttrykk for at de ønsket tettere oppfølging. Den manglende oppfølgingen viste seg på ulike måter, derav tjenesteløsninger som ikke lenger fungerte for personer med demens, men som fortsatt var i bruk. Andre faktorer knyttet seg til manglende oppfølging av pårørende, hvorav pårørendes manglende kapasitet ikke ble sett og anerkjent av tjenesten. Våre funn viser at tjenesten startet opp med velferdsteknologiske løsninger uten å godt nok kartlegge viktige faktorer på forhånd, slik som personer med demens sine evner til å mestre velferdsteknologien og pårørendes kapasitet.

7.1 Implikasjoner for praksis

Studien vår har relevans for praksis innen helsearbeid, spesielt med tanke på implementering av velferdsteknologiske løsninger. Den kan bidra til å gi en større forståelse av hvilke faktorer som bør tas i vurdering før det settes i gang med velferdsteknologiske tjenesteløsninger for personer med demens. Når slike tjenester skal tas i bruk, bør det gjøres

grundige refleksjoner og kartlegging. Dette inkluderer en vurdering av velferdsteknologiens forutsetninger til personer med demens, hvilke ferdigheter og kompetanser PmD innehar, samt en gjennomgang av hvilke roller og oppgaver som følger med.

Fordi personer med demens i mange tilfeller har begrenset mulighet til å møte slike forutsetninger, er det viktig å avklare hvem som kan ivareta oppgavene som medfølger. Dersom pårørende er tiltenkt å ivareta slike oppgaver og roller, må det vurderes opp mot pårørendes kapasitet, ressurser og ferdigheter. Slik det ser ut i dag virker velferdsteknologi å fungere dårlig for personer med demens som har pårørende med begrenset kapasitet. Helse-, omsorg- og velferdstjenester bør ta stilling til denne problemstillingen i fremtidig praksis. Ved å øke kunnskapsnivået omkring denne tematikken, kan det bidra til et tjenestetilbud som inkluderer god kartlegging, individuell tilpasning, og et økt fokus på pårørende, deres kapasitet og ressurser.

Referanser

- Arntzen, C., Holthe, T., & Jentoft, R. (2016). Tracing the successful incorporation of assistive technology into everyday life for younger people with dementia and family carers. *Dementia (London, England)*, 15(4), 646–662.
<https://doi.org/10.1177/1471301214532263>
- Brandt, Å., Jensen, M. P., Sørberg, M. S., Andersen, S. D., & Sund, T. (2020). Information and communication technology-based assistive technology to compensate for impaired cognition in everyday life: A systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 15(7), 810–824.
<https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1765032>
- Clemmensen, T. H., Busted, L. M., Sørberg, J., & Bruun, P. (2019). The family's experience and perception of phases and roles in the progression of dementia: An explorative, interview-based study. *Dementia (London, England)*, 18(2), 490–513.
<https://doi.org/10.1177/1471301216682602>
- Davies, A., Brini, S., Hirani, S., Gathercole, R., Forsyth, K., Henderson, C., Bradley, R., Davies, L., Dunk, B., Harper, E., Lam, N., Pank, L., Leroi, I., Woolham, J., Fox, C., O'Brien, J., Bateman, A., Poland, F., Bentham, P., ... Newman, S. (2020). The impact of assistive technology on burden and psychological well-being in informal caregivers of people with dementia (ATTILA Study). *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/trc2.12064>
- El-Saifi, N., Moyle, W., & Jones, C. (2019). Family caregivers' perspectives on medication adherence challenges in older people with dementia: A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1333–1339. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1496226>
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018a). Demens. I *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlag aldring og helse- akademisk.

- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018b). Kognitive symptomer. I *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlag aldring og helse- akademisk.
- Engedal, K., & Tveito, M. (2019). Demens. I *Alderspsykiatri*. Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Engedal, K., Tveito, M., & Skjellestad, T. N. (2019). De nærmeste pårørende. I *Alderspsykiatri*. Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste.
- Fänge, A. M., Carlsson, G., Chiatti, C., & Lethin, C. (2020). Using sensor-based technology for safety and independence – the experiences of people with dementia and their families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 648–657.
<https://doi.org/10.1111/scs.12766>
- Gibson, G., Dickinson, C., Brittain, K., & Robinson, L. (2015). The everyday use of assistive technology by people with dementia and their family carers: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 89–99. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0091-3>
- Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M., Christiansen, K., & Halvorsen, K. (2022). Family caregivers' involvement in caring for frail older family members using welfare technology: A qualitative study of home care in transition. *BMC Geriatrics*, 22(1), 223–237. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02890-2>
- Hagen, P. I., & Eide, A. H. (2020). Omsorgsbelastning for pårørende til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(4), 237–248.
<https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-04-02>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Demensplan 2025: Handlingsplan*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Vi – de pårørende Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-paroendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>

- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2594939>
- Holthe, T., Jentoft, R., Arntzen, C., & Thorsen, K. (2018). Benefits and burdens: Family caregivers' experiences of assistive technology (AT) in everyday life with persons with young-onset dementia (YOD). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 13*(8), 754–762. <https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1373151>
- Jakobsen, R., & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens: Om å forstå, involvere og støtte de pårørende*. Gyldendal akademisk.
- Jarvis, F., Clemson, L. M., & Mackenzie, L. (2017). Technology for dementia: Attitudes and practices of occupational therapists in providing assistive technology for way finding. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 12*(4), 373–377.
<https://doi.org/10.3109/17483107.2016.1173729>
- Karlsen, C., Moe, C. E., Haraldstad, K., & Thygesen, E. (2019). Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 28*(7–8), 1300–1313. <https://doi.org/10.1111/jocn.14744>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lariviere, M., Poland, F., Woolham, J., Newman, S., & Fox, C. (2021). Placing assistive technology and telecare in everyday practices of people with dementia and their caregivers: Findings from an embedded ethnography of a national dementia trial. *BMC Geriatrics, 21*(1), 121–134. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01896-y>
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

- Marasinghe, K. M. (2016). Assistive technologies in reducing caregiver burden among informal caregivers of older adults: A systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(5), 353–360.
<https://doi.org/10.3109/17483107.2015.1087061>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet—En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 24 (2022–2023). *Fellesskap og meistring—Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Mortenson, W. B., Pysklywec, A., Fuhrer, M. J., Jutai, J. W., Plante, M., & Demers, L. (2018). Caregivers' experiences with the selection and use of assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 13(6), 562–567.
<https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1353652>
- Moser, I., & Thygesen, H. (2019). Med verdier og sosiale konsekvenser i sentrum. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: En ressursbok*. Cappelen Damm akademisk.
- Nasjonalforeningen. (2024, 9. april). *Hva er demens?* Nasjonalforeningen for folkehelsen. Hentet 12. mai 2024 fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <http://hdl.handle.net/11250/2630053>
- Rykkje, L., & Tranvåg, O. (2019). Caring for One's Wife With Dementia – at Home: Older Husbands' Experiences With Managing Challenges of Everyday Life. *SAGE Open*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/2158244019834453>

- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. I. Hagen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlag aldring og helse-akademisk.
- Skilbrei, M.-L. (2023). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Sriram, V., Jenkinson, C., & Peters, M. (2019). Informal carers' experience of assistive technology use in dementia care at home: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 160–185. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1169-0>
- Steils, N., Woolham, J., Fisk, M., Porteus, J., & Forsyth, K. (2021). Carers' involvement in telecare provision by local councils for older people in England: Perspectives of council telecare managers and stakeholders. *Ageing and Society*, 41(2), 456–475. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1900120X>
- Steinsheim, G., Malmedal, W., Follestad, T., Olsen, B., & Saga, S. (2023). Factors associated with subjective burden among informal caregivers of home-dwelling people with dementia: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04358-3>
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T., & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thoft, D. S., & Møller, A. K. (2021). Inddragelse af personer med demens og pårørende i udviklingen af tryghedsskabende demensteknologier. *Tidsskriftet Antropologi*, 81, 63–83. <https://doi.org/10.7146/ta.vi81.128366>
- Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi en ressursbok*. Cappelen Damm akademisk.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave.). Gyldendal.

Ulstein, I. D. (2018). Pårørendes situasjon. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlag aldring og helse- akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjon- og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Godkjenning fra Sikt

Vedlegg 4: Samarbeidsnotat

Vedlegg 1

Intervjuguide - semistrukturert intervju

Problemstilling:

«Hvilke oppgaver erfarer pårørende å ha ved bruk av velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens, og hva kreves av pårørende for å ivareta disse oppgavene?»

Forskningsspørsmål:

- Hvilke oppgaver medfølger bruk av velferdsteknologi, for pårørende til eldre med demens?
- Hva kreves av pårørende i form av ressurser, ferdigheter og kapasitet for å ivareta disse oppgavene?

Innledende spørsmål:

Kan du begynne med å fortelle kort om deg selv?

Hvilken relasjon har du til personen med demens?

Hvor ofte har du kontakt med hun/han (tlf, besøk, osv)?

Innledende spørsmål på tema:

Hva slags type velferdsteknologi blir benyttet av dere hjemme/ hos din mor/far?

Hvor lenge har dere hatt velferdsteknologi?

Hvordan opplever du at teknologien fungerer i praksis?

På hvilken måte er du som pårørende involvert i teknologien?

Ansvar/oppgaver

Kan du beskrive en typisk dag eller uke med bruk av velferdsteknologi, og de oppgavene du utfører?

Kan du beskrive hvilket ansvar du føler på når det gjelder bruk av denne teknologien, og oppgavene som medfølger?

- Hvordan oppleves det å ha dette ansvaret?

Ressurser, ferdigheter, kapasitet

Hvordan har bruken av velferdsteknologi påvirket din egen livssituasjon, for eksempel din tid, energi og følelsesmessige velvære?

Hvordan har du lært å bruke teknologien?

- Hvordan opplever du at eventuell opplæring og oppfølging har vært?
- Har du gjort noen justeringer eller tilpasninger av teknologien for at den skal fungere bedre?

Hvilke oppgaver knyttet til teknologien blir ivaretatt av andre, f.eks hjemmetjenesten, leverandører, personen med demens selv?

Avsluttende

På hvilken måte opplever du at teknologien har verdi, og hvordan erfarer du at teknologien kan bidra til å løse eventuelle utfordringer i hverdagen?

Har du noe mer du vil tilføye før vi avslutter?

Vil du delta i forskningsprosjektet: Pårørendes erfaring med velferdsteknologi

Formålet med prosjektet

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske pårørendes erfaring med bruk av velferdsteknologi for eldre hjemmeboende med demens.

Dette er en masteroppgave, hvor vi har utformet følgende problemstilling:

«Hvilke oppgaver erfarer pårørende å ha ved bruk av velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens, og hva kreves av pårørende for å ivareta disse oppgavene?».

Innenfor denne problemstillingen har vi valgt å fokusere på erfaringer i form av ansvar og oppgaver, samt ressurser, ferdigheter og kapasitet. Vi har derfor definert to forskningsspørsmål:

- Hvilke oppgaver medfølger bruk av velferdsteknologi, for pårørende til personer med demens?
- Hva kreves av pårørende i form av ressurser, ferdigheter og kapasitet for å ivareta disse oppgavene?

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi vi har mottatt informasjon om at du er pårørende til en med demens som har teknologi i hjemmet. Vi har sendt ut forespørsel til ulike lokallag i Oslo og omegn om de kan rekruttere deltakere for oss. Vi har dermed fått kontaktinformasjon til dere som sagt dere villig til å delta.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

- Professor Hilde Thygesen, Hilde.thygesen@usn.no, tlf: 35026684
- Personvernombud USN, Paal Are Solberg, personvernombud@usn.no, tlf: 35575053

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi skal samle inn data ved å utføre intervju av seks til ti personer. Intervjuene vil vare mellom 30 minutter til en time. Det vil ikke framkomme personopplysninger gjennom intervjuene. Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet og sørger for at dette blir behandlet på en sikker måte.

Ditt personvern

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som kommer til å ha tilgang til personopplysningene er prosjektansvarlig og oss studenter. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Dette skal bli lagret på en sikker måte i henhold til USN sine forskningsetiske retningslinjer. Masteroppgaven vår skal i første omgang kun skrives som en monografi og derfor ikke publiseres. Dersom det blir aktuelt med publisering skal du ikke kunne gjenkjennes.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15.05.24. Dataen vil oppbevares ut året, og slettes 31.12.24.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Samtykke kan trekkes til enhver tid uten videre konsekvenser.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å be om innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende,
- å få slettet personopplysninger om deg,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves.

Spørsmål

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlig: Hilde Thygesen, e-postadresse: Hilde.thygesen@usn.no, tlf.nr: 35 02 66 84
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg, e-postadresse: Paal.A.Solberg@usn.no, tlf.nr: 35 57 50 53
- Student: Tina Lorenze Aak, tl.aa@hotmail.com, tlf: 48218488
- Student: Eline Tønnesland Borgersen, elinertonnesland@hotmail.com, tlf: 94828792

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Hilde Thygesen (veileder)

Studenter
Eline Tønnesland Borgersen og Tina Aak

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signer av prosjektdeltaker, dato)



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

215884

Vurderingstype

Automatisk

Dato

13.01.2024

Tittel

Masteroppgave - kvalitativ forskning

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Hilde Thygesen

Student

Tina Aak

Prosjektperiode

01.01.2024 - 31.12.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#) **Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Samarbeidsnotat

Vi startet mastergradsprosjektet vårt med grundige litteratursøk, der vi systematisk identifiserte relevant forskning på feltet. Vi lagde et felles dokument der vi la inn relevante forskningsartikler med oversikt over hva de omhandlet. På denne måten kunne vi sitte både sammen og hver for oss, samtidig som vi fikk en felles oversikt over den relevante forskningen vi hadde funnet. Skriveprosessen innledningsvis var preget av tett samarbeid oss imellom. Vår gjensidige forståelse av emnet, vokste i takt med vår evne til mer selvstendighet. Vi klarte i den anledning etter hvert å utnytte bedre at vi var to, hvor fordeling av ansvar og oppgaver ble mer aktuelt. Vi samarbeidet om å utarbeide en detaljert struktur av innledning og bakgrunn, hvor vi fordelte spesifikke ansvarsområder. Eline fikk hovedansvar for forskning og litteratur på demens, velferdsteknologi og pårørende, og Tina fikk ansvar for forskning på feltet.

Metoden ble utarbeidet med lignende samarbeid som ved bakgrunnen, hvor vi lagde en detaljert disposisjon, og fordelte underpunkter. Intervjuguiden ble utformet sammen, der vi utforsket og formulerte spørsmål for å sikre en helhetlig tilnærming til datainnsamlingen. Alle intervjuene ble gjennomført med begge tilstede, hvor vi byttet på å være den som intervjuet, og den som satt på siden og noterte, samt kom med oppfølgingsspørsmål. Transkriberingen av intervjuene ble deretter delt likt mellom oss, med påfølgende individuell gjennomgang for å danne grunnlag for temaene i analysen. Videre omhandlet analyseprosessen en iterativ dialog med identifisering av temaer, etterfulgt av koding og sortering av materialet. Til slutt ble det utarbeidet analytiske tekster som dannet grunnlaget for resultatet, hvor vi utarbeidet halvparten hver, med en gjennomgang av hverandres arbeid. Resultatet ble så utarbeidet med fordeling av underpunkter, etterfulgt av raffinering og forbedring av hverandres arbeid.

Når resultatet var ferdig utarbeidet gikk vi tilbake til bakgrunn for å gjøre endringer, samt utarbeide teoridelen og innledningen. Her fikk Eline ansvar for å utarbeide teoridelen, mens Tina gikk gjennom bakgrunn og skrev innledning. Ved utarbeiding av diskusjonskapittelet benyttet vi samme tilnærming som tidligere, hvor vi diskuterte og kom frem til to hovedpunkter vi ønsket at drøftingen skulle formes rundt. Her fordelte vi slik at vi fikk ett punkt hver, som vi utarbeidet et første utkast til. Etterfulgt gikk vi gjennom hverandres arbeid, endret og finpusset. Til slutt skrev en av oss avslutningen og en av oss implikasjoner for praksis. De siste dagene gikk vi begge over hele oppgaven med et tett samarbeid.

