

«Jeg vet ikke om så mye som finnes, så jeg har heller ikke spurt etter det»

En kvalitativ studie om hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever digital trygghetsalarm tjeneste

Antall ord: 18308

JULIE PEHRSSON THOMASSEN

VEILEDER

Cecilie Karlsen

Universitetet i Agder, 2021

Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

SAMMENDRAG

Bakgrunn: For å løse fremtidens demografiske utfordring satses det stort på teknologi, hvor også pårørende vil være en viktig ressurs. Hjemmesykepleien, pårørende og personen med demens vil være nødvendige samarbeidspartnere ved digital trygghetsalarmtjeneste.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å få mer og ny kunnskap om hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever digital trygghetsalarmtjeneste i samarbeid med hjemmetjenesten.

Problemstilling: Hvordan opplever pårørende til hjemmeboende personer med demens digital trygghetsalarm tjeneste?

Metode: Det ble benyttet kvalitativ forskningsmetode med en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming. Syv pårørende til hjemmeboende personer med demens ble intervjuet ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Utgangspunktet for analyse var systematiske tekstkondensering.

Funn: Funnene viste at digital trygghetsalarm ga trygghet og de eldre kunne fortsette å bo i eget hjem. Funnene viste uklar rolle og ansvarsfordeling og ambivalens knyttet til teknologitjenester. Det viste seg å både være ulik grad av involvering og opplæring samt usikkerhet knyttet til mangelfull informasjon og kompetanse.

Konklusjon: Funnene i denne studien tyder på viktigheten av en tydelig rolle og ansvarsfordeling mellom pårørende og hjemmesykepleien ved digital trygghetsalarmtjeneste. Pårørende til personer med demens bør involveres i større grad enn de er i dag for å øke kvaliteten på tjenesten og redusere omsorgsbelastningen. Det bør settes søkelys på opplæring, informasjonsdeling og kompetanse hos både pårørende og hjemmesykepleien som spiller en rolle i implementering og oppfølging av teknologi. Ved å ivareta disse aspektene kan man oppnå trygghetsalarmens hensikt med å ivareta trygghet og sikkerhet for pårørende og personen med demens.

Nøkkelord: Trygghetsalarm, pårørende, demens, hjemmesykepleie

SUMMARY

Background: To solve the demographic challenges of the future, technology is a priority area where family caregivers will be an important resource. Home care services, family caregivers and the person with dementia will be necessary partners in digital safety alarm services.

Purpose: The purpose with this study was to gain more and new knowledge about how family caregivers experience digital safety alarm service in collaboration with home care services.

Question: How do family caregivers experience digital safety alarm services?

Method: Qualitative research method was used with a phenomenological- hermeneutic approach. Seven family caregivers of persons with dementia were interviewed, using a semi structured interview guide. The data were analyzed using systematic text condensation.

Findings: The findings showed that digital safety alarms provided security and the elderly could continue to live in their own homes. Findings showed unclear role and division of responsibilities and ambivalence related to technology services. The findings suggest that there was a varying degree of involvement and training, and uncertainty associated with a lack of information and competence.

Conclusion: The findings in this study indicate the importance of a clear role and division of responsibility between family caregivers and home care services in digital safety alarm services. Relatives of people with dementia should be involved to a greater extent than they are today to increase the quality of service and reduce the burden of care. The focus should be on training, information sharing, and competence of both family caregivers and the home care services that play a role in the implementation and follow-up of technology. By taking care of these aspects, one may achieve the purpose of the safety alarm to ensure the safety and security of family caregivers and the person with dementia.

Keywords: Security alarm, telecare, technology, family caregivers, dementia, home nursing, home care services

FORORD

Å skrive denne masteren har vært en utrolig spennende og lærerik prosess. Samtidig som det har det vært en utfordrende og krevende tid.

Jeg må få lov til å takke familie og venner som har støttet meg, motivert meg og «heiet» meg frem. Spesielt vil jeg takke mann og barn som har vært tålmodige og holdt ut med meg i denne prosessen. Tusen takk til Kathrine som har lyttet til min frustrasjon og gitt mange oppmuntrende ord på veien.

En stor takk til min kunnskapsrike og engasjerte veileder, Cecilie Karlsen. Du har bidratt med mange gode innspill og presise tilbakemeldinger. Jeg kunne ikke utført denne oppgaven uten din hjelp.

Til slutt vil jeg si tusen takk til informantene som delte sine rike erfaringer som gjorde studien mulig.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt og problemstilling	2
1.2 Presisering og avgrensning	2
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	3
2.1 Velferdsteknologi og teknologiske tjenester.....	3
2.1.1 Digital trygghetsalarm	4
2.1.2 Digital teknologi som en del av kommunale hjemmetjenester	6
2.1.3 Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi	7
2.2 Hjemmeboende personer med demens	10
2.3 Pårørende til hjemmeboende personer med demens	11
2.3.1 Pårørende som en viktig ressurs	13
2.4 Salutogenese.....	14
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	16
3.1 Organisering av teknologitjenester i kommunen.....	16
3.2 Pårørendes erfaringer med velferdsteknologi	17
4.0 METODE	20
4.1 Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming	20
4.2 Forforståelse.....	20
4.3 Rekruttering og utvalg	21
4.4 Gjennomføring av intervju	22
4.5 Etterarbeid etter intervju.....	23
4.6 Analyse av intervjuer.....	23
4.7 Etske overveielser	28
5.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	29
5.1 Uklar rolle og ansvarsfordeling	29
5.1.1 Mangelfull oppgavefordeling	30
5.1.2 Lite initiativ til samarbeid.....	30
5.1.3 Teknologi i tillegg til omsorgsoppgaver ga økt belastning	31
5.2 Ambivalens knyttet til teknologitjenester.....	33
5.2.1 Tilgjengelighet, men falsk trygghet	33
5.2.2 Kombinasjon av flere tjenester ga trygghet.....	35
5.2.3 Varierende grad av involvering og opplæring	36
5.2.4 Utilstrekkelig informasjon og manglende kompetanse	37
6.0 DRØFTING.....	41
6.1 Rolle og ansvarsfordeling mellom pårørende og hjemmesykepleien.....	41

6.2 Ambivalens knyttet til teknologitjenester.....	45
6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning	49
6.4 Metodediskusjon.....	50
7.0 KONKLUSJON	55
LITTERATURLISTE	56

Vedlegg 1. Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 2. Fakultetets forskningsetiske komitè

Vedlegg 3. Informasjonsskriv og samtykkeskjema (tredje person)

Vedlegg 4. Informasjonsskriv og samtykkeskjema (pårørende)

Vedlegg 5. Intervjuguide

Vedlegg 6. Pico/ søkestreng

1.0 INNLEDNING

Bakgrunn for denne studien var å undersøke hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever digital trygghetsalarmtjeneste.

Antall personer med demens var i 2020 estimert til 101 188 mennesker, og det forventes at antallet stiger til 238 499 personer i år 2050 (Aldring og helse, 2021). Mye av omsorgsoppgavene for personer med demens utføres av nære pårørende. Pårørendes ulønnede innsats er beregnet til å være 136.000 årsverk, hvilket er omtrent det samme som det de kommunale omsorgstjenestene utgjør (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a s.11). Å være pårørende til en person med demens er utfordrende på flere måter. I hverdagen yter mange omsorg og utfører ulike oppgaver, og de har behov for hjelp, støtte samt medvirkning og involvering i tjenester som omhandler deres nære (Jakobsen & Homelien, 2011) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s.21). Tidligere forskning viser at denne omsorgsbelastningen kan føre til dårlig fysisk og psykisk helse hos pårørende (Hagen & Eide, 2020).

I dag er de fleste personer med demens hjemmeboende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 8). I møte med demografiske utfordringer og for å gjøre det mulig for eldre personer å bo lenger hjemme, er teknologi pekt på som et viktig tiltak for å øke mestring av eget liv og helse. I tillegg anses dette for å ha en stor trygghetsverdi for bruker og pårørende (Meld.st.29, 2012-2013, s.109, Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s.26). Bruk av teknologi som en del av kommunale helse- og omsorgstjenester er en nasjonal satsning gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP). Erfaring fra NVP (KS, 2021a) viser at flere kommuner tilbyr teknologi på lik linje med andre tjenester, og at den mest anvendte teknologien i dag er digital trygghetsalarm. Tall fra juni 2020 viste at det var 104.353 registrerte trygghetsalarmer i Norge (KS et al., 2021, s. 6). Trygghetsalarmtjenesten anses for å være en enkel teknologi, men viser seg likevel å være kompleks når den tas i bruk som en del av et tjenestetilbud (Stokke et al, 2019).

Ved implementering av teknologi som et tjenestetilbud er det viktig at helsepersonell, pasientene og pårørende sine behov blir ivaretatt (Nakrem & Kiran, 2019). Det er derimot lite forskning som fokuserer på pårørende til personer med demens sine erfaringer ved bruk av digital trygghetsalarmtjeneste. Det er derfor behov for mer kunnskap og erfaringer ut i fra pårørendes perspektiv.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever digitale trygghetstjenester som en del av kommunale hjemmetjenester.

Problemstillingen er som følger: *Hvordan opplever pårørende til hjemmeboende personer med demens digital trygghetsalarm tjeneste?*

1.2 Presisering og avgrensning

Studien er avgrenset til å omhandle hvilke rolle, oppgaver og ansvar pårørende får i tilknytning til implementering og oppfølging av digital trygghetsalarm. Dette innebærer inkludering i beslutningsprosesser og samarbeid med hjemmetjenesten, informasjon og opplæring i bruk av digitalt trygghetsalarmsystem, og informasjon om teknologiens muligheter/begrensninger. Får de ta del i oppfølgingen underveis og beslutninger som tas?

For å avgrense utvalget handler prosjektet om erfaringer med trygghetsalarm som en *kommunal* hjemmetjeneste og ikke *privat* trygghetsalarm. Personen med demens hadde i tillegg til digital trygghetsalarm, vedtak på hjemmetjenester i kommunen. Pårørende var nær sønn/datter, svigersønn/svigerdatter eller søster/bror som bodde i nærheten av personen med demens, og de var involvert i trygghetsalarm tjenester ved at de mottok alarm, eller at hjemmetjenesten (eller responscenter) kontaktet dem ved behov.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet redegjøres det for begrepene velferdsteknologi, teknologiske tjenester og digital trygghetsalarm. Deretter presenteres hjemmeboende personer med demens og deres pårørende, og hva det innebærer å være pårørende til en person med demens. Videre beskrives helhetlig tjenestemodell som beskriver tjenesteflyt i kommunen og oppgaver som må gjennomføres når teknologi tas i bruk som en del av kommunale helse- og omsorgstjenester. Til slutt presenteres salutogenesen som teoretisk referanseramme for en helsefremmende tilnærming.

2.1 Velferdsteknologi og teknologiske tjenester

I kommunen og spesialisthelsetjenesten satses det stort på velferdsteknologi (Thygesen, 2019, s. 26). Antall eldre i samfunnet vil stige, noe som vil føre til større etterspørsel av helse- og omsorgstjenester (Moser, 2019, s. 34). På bakgrunn av dette er det behov for å tenke nye løsninger for å møte den demografiske utfordringen (Moser, 2019, s. 34). Spørsmålet om hvordan dette skulle gjøres ble løftet frem i Hagen-utvalgets rapport *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11). I rapporten presenteres definisjonen av begrepet velferdsteknologi slik:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU 2011:11, s. 99).

Den nasjonale satsingen på området, Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP), er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019). Målet med programmet er å bidra med tilrettelegging slik at flere kommuner skal kunne ta i bruk velferdsteknologi som en del av kommunale helse- og omsorgstjenester. Deltakende kommuner som deltar i programmet, bidrar med kunnskaps- og erfaringsdelinger som er nyttige angående endringer som må gjøres innad i kommunen for å kunne lykkes med implementering (KS, 2021a). Nasjonalt velferdsteknologiprogram har som mål at velferdsteknologi skal være en del av tjenestetilbudet i alle kommuner, samt at vurdering og tildeling av teknologi skal skje på lik

linje som tildeling av andre tjenester i kommunen (KS, 2020b). Forvaltning kan tildele teknologi som en egen tjeneste, som erstatning for andre tjenester, eller tildeles som en del av et samlet tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2014, s.30). På bakgrunn av at deltakende kommuner skal kunne vise til gevinster ved bruk av teknologi, besluttet regjeringen å videreføre det nasjonale programmet ut 2024 (KS, 2021a, s.1).

Velferdsteknologi er et paraplybegrep, og grupperes ofte inn i fire underkategorier:

Trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (Meld.St. 29, 2012-2013, s. 111). I gruppen trygghets- og sikkerhetsteknologi er det flere ulike teknologier; blant annet alarmer, ulike varslingssystemer og Global Positioning System (GPS), hvor hensikten er å ivareta trygghet og sikkerhet for tjenestemottaker og pårørende (Moser, 2019, s. 29-30). Denne studien vil i hovedsak handle om digital trygghetsalarm tilhørende gruppen *trygghets- og sikkerhetsteknologi* for personer med demens og deres pårørende. Teknologien er i en konstant utvikling hvor det stadig utvikles nye løsninger og funksjoner (Moser, 2019). I denne studien benyttes begrepene `alarm` og `teknologi` for å beskrive digital trygghetsalarm/velferdsteknologi.

2.1.1 Digital trygghetsalarm

Samtlige kommuner i Norge tilbyr *trygghetsalarmtjeneste* (Brevik, 2016, s. 20). Det er ulikt hvordan kommuner velger å organisere tjenesten samt hvilke kriterier de legger til grunn ved tildeling av velferdsteknologi. Trygghetsalarm er ikke en lovpålagt tjeneste (Brevik, 2016, s. 20). Det finnes ulike type trygghetsalarmer. Ett eksempel er vist på bildet under.



Figur 1: Digital trygghetsalarm (Stavanger kommune, 2017).

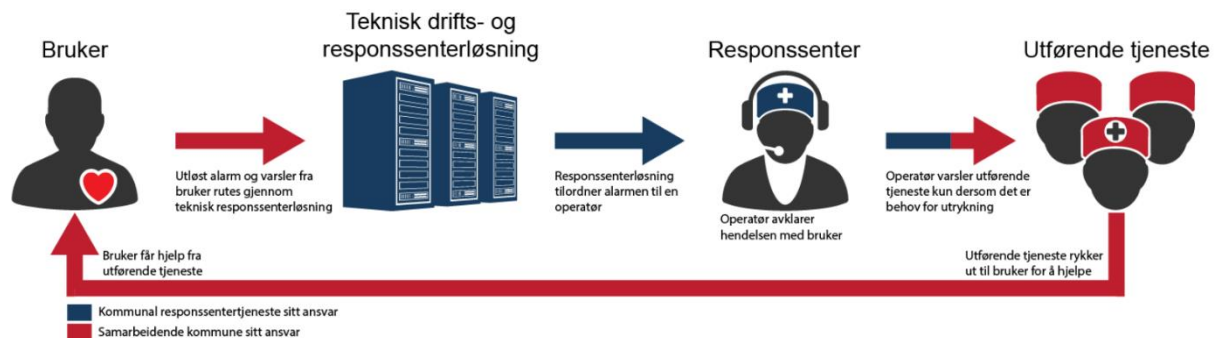
Trygghetsalarmen har en knapp hvor bruker kan trykke ved behov for assistanse. Alarmen kan henge rundt halsen som et smykke, eller festes som et armbånd. Når brukeren trykker på knappen vil det kunne være mulig å kommunisere med en respondent som er egnet for oppgaven med å besvare. Alarmen kan varsle både til tjenesten og til pårørende (Stokke, 2017).

Som en del av satsingen på velferdsteknologi har de siste årene mer avanserte alarmer og varslingssystemer blitt utviklet og prøvd ut (Moser, 2019, s. 30). I 2014 kom Helsedirektoratet (2014) med en sterk anbefaling til kommunene om å legge om alle analoge trygghetsalarmer til fulldigitale løsninger før bredbåndet skulle «fases» ut. Analog telefon blir mindre og mindre brukt, og digitale løsninger vil på sikt kunne gi flere muligheter ved bruk av mobilt nett. Det vil for eksempel kunne gi personer med demens større frihet til å bevege seg utenfor huset, og en av mulighetene vil være at helsepersonell eller pårørende mottar varsel hvis personen beveger seg utenfor et visst område (Helsedirektoratet, 2014). I tillegg til at de nye trygghetsalarmene kan virke utendørs, kan de kobles til ulike sensorer som gjør det mulig å varsle fall, bevegelse i et rom, om personen ligger i sengen, eller om personen går ut døren og varsling ved brann/røykutvikling (Moser, 2019, s. 30).

Det skilles gjerne mellom aktiv og passiv teknologi (Aldring og helse et al. 2021). Aktiv teknologi betyr at personen selv må ta del i, og aktivt utføre en handling med teknologien. I praksis vil det eksempelvis si at personen trykker på trygghetsalarmen. Ved passiv bruk av teknologi behøver ikke personen å forholde seg til teknologien. I det siste tilfellet mottar helsepersonell og eventuelt pårørende et varsel, for deretter å handle. Et eksempel her kan være bruk av fallalarm hvor en sensor registrerer fall uten at personen med demens behøver å selv aktivere alarmen (Aldring og helse et al. 2021).

I anbefalingen til Helsedirektoratet (2014) kom det videre frem en oppfordring til kommunene om å benytte seg av en digital kommunikasjonsplattform som muliggjør å overvåke drift. Det vil si at det foreligger en automatisk varsling ved for eksempel: lavt batteri på alarmen, hvis alarmen er frakoblet eller det er problemer med nettet eller det foreligger strømbrudd (Helsedirektoratet, 2014). Etter nasjonale anbefalinger forventes det at kommunene vil ta i bruk mer velferdsteknologi i fremtiden, noe som vil gi flere alarmer og økt varslinger til hjemmetjenesten (Brevik, 2016). For å avlaste kommunen og kvalitetssikre tjenesten anbefales bruk av kommunalt responscenter som mottak for ulike varsler. Dette vil kunne bidra til en mer bærekraftig og sikker måte å håndtere et økende antall varsler på i fremtiden (Brevik, 2016).

Under vises en figur som illustrerer hvordan «alarmkjeden» potensielt kan virke i praksis. Det vil si fra en hjemmeboende person med demens utløser alarmen til den blir besvart av en operatør på responscenteret. Her blir behovet for å kontakte hjemmetjenesten, pårørende eller å ringe ambulansepersonell kartlagt/avdekket eller eventuelt avslutte samtalen dersom behovet for hjelp ikke er tilstede (Kristiansand kommune, 2021b).



Figur 2: Kommunalt responscenter (Kristiansand kommune, 2021a).

Erfaring viser at trygghetsalarmen kan rutes direkte til pårørende, hvorpå hjemmesykepleien har en viktig back-up funksjon i det å motta alarm dersom pårørende ikke svarer (Fensli et al. 2017, s. 58). Kommuner i denne studien hadde tilsynelatende ingen eller få pårørende som var direkte mottaker av alarmer. For å få innblikk i hvordan dette fungerte i praksis, hospiterte jeg på et responscenter. Dette ga nyttig informasjon om at det er enkelte kommuner som ruter alarm videre til pårørende hvis dette er avtalt på forhånd. Dette var gjerne steder hvor det var lengre geografiske avstander til hjemmesykepleien.

2.1.2 Digital teknologi som en del av kommunale hjemmetjenester

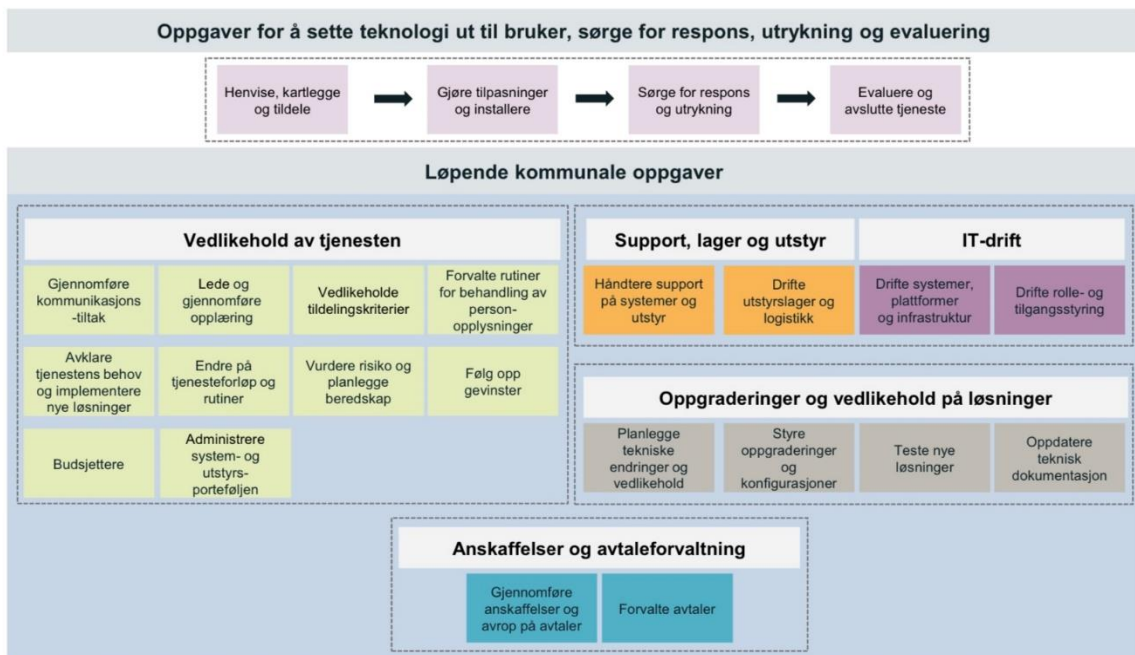
Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2) viser til oppgaver kommunene er pålagt å tilby pasient- og brukergrupper, som for eksempel helsetjenester i hjemmet. Hjemmetjenesten samhandler i større grad med ulike aktører i kommune- og spesialisthelsetjenesten for å løse ulike oppgaver (Holm & Wiik, 2020, s.31). Hjemmetjenesten tilbyr tjenester i hjemmet, hvilket vil si blant annet hverdagsrehabilitering, praktisk bistand og hjemmesykepleie (Holm & Wiik, 2020).

Intensjonen til samhandlingsreformen (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) var å sørge for tidlig innsats og forebygging, et koordinert og helhetlig tjenesteforløp for pasienten, hvor målet var å tilrettelegge for tjenester mest mulig nært brukeren. Dette betyr at kommunene må ta ansvar for en stor del av tjenestene grunnet blant annet kortere liggedøgn på sykehus eller forhindret innleggelse på bakgrunn av oppfølging av kommunehelsetjenesten (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009). Videre har kommunen blitt pålagt flere oppgaver med utvikling av tjenester knyttet til velferdsteknologi, som både Hagen- utvalgets *innovasjon omsorg* og regjeringens *morgendagens omsorg* har lagt føringer for (Thygesen, 2019, s. 33). For kommunene som skal implementere velferdsteknologi kreves det nytenkning som innebærer løsninger for samhandling mellom mennesker, praksiser, rutiner, kunnskap, etikk, lover etc. (Holm & Wiik, 2020). Oppgaver som gjøres i forbindelse med digital trykghetsalarm blir videre beskrevet under «helhetlig tjenestemodell».

2.1.3 Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi

En av de største utfordringene for implementering og drift av velferdsteknologi handler om organisering (Karlsen et al., 2019). Derfor har NVP utarbeidet en helhetlig tjenestemodell som kommunene nå jobber med å tilpasse og implementere.

Under vises et bilde av en helhetlig tjenestemodell med ulike oppgaver kommunene må ivareta ved bruk av velferdsteknologi:



Figur 3: Helhetlig tjenestemodell (KS, 2020a, s.4).

For å sikre at velferdsteknologi skal være en naturlig del av tjenesten må ulike oppgaver løses i kommunen, eller i samarbeid med andre kommuner (KS, 2021a). Modellen er sektorovergripende og belyser viktigheten med en god ledelsesforankring. Roller og ansvar skal fordeles mellom de som forvalter tjenesten, leverandører, support, IT- drift og vedlikehold (KS, 2020a). Øverste del av modellen viser et tjenesteforløp med eksempler på inndeling av oppgaver som er viktig for å sette teknologi ut til bruker, sørge for respons, utrykning og evaluering. Eksempel på ulike oppgaver i tjenesteforløpet som bør ivaretas er delt inn i fire kategorier:

1. **Henvise, kartlegge og tildele:** Det første som skjer er at det mottas en forespørsel om bruk av teknologi fra brukeren selv, pårørende eller tjenesten. Det utføres kartlegging hos bruker hvor pårørende også kan være til stede. På dette tidspunktet vurderes behovet for velferdsteknologi, og hvilken nytte dette kan gi personen. Blir det besluttet å ta i bruk teknologi skrives det vedtak og det dokumenteres i fagsystem.
2. **Gjøre tilpasninger og installere:** Teknologien installeres hjemme hos brukeren, oftest utført av en installatør. Brukeren og pårørende skal få informasjon, veiledning og grundig opplæring. Det bør settes av tid for å bli kjent med teknologien som skal benyttes og utføre test der det er mulig. Modellen anbefaler at ansatte i hjemmesykepleien er trygg på bruken av aktuell teknologi.
3. **Sørge for respons og utrykning:** Et varsel som utløses fra en alarm krever at det er avklart på forhånd hvem som skal motta varselet. Varselet kan rutes direkte til et responscenter, direkte til pårørende eller til hjemmesykepleien. Responscenteret kan ta imot varsel, for så å rute anropet videre. Personen som besvarer alarmen må foreta nødvendig handling. Dette innebærer beslutninger hvor vidt det er behov for at hjemmetjenesten rykker ut, om personen eventuelt kan vente til planlagt besøk eller om det må tilkalles annen nødhjelp, for eksempel ambulanse.
4. **Evaluere og avslutte tjeneste:** Ta stilling til om teknologien fortsatt skal benyttes, endres eller om det er behov for å avslutte tjenesten. Pårørende og helsepersonell vurderer jevnlig bruken og behovet for teknologien som er installert. Det bør være avklart hvem som skal gjøre denne evalueringen. Noen kommuner har organisert seg slik at det er såkalte superbrukere eller tverrfaglige team som har ansvar for å følge opp. I andre kommuner har hjemmetjenesten ansvar for evalueringen (KS, 2020a).

Modellen tar for seg ulike aktørers roller og ansvar, hvor blant annet pårørende og helse- og omsorg nevnes som viktige aktører (KS, 2020a). Pårørende spiller en viktig rolle ved implementering og oppfølging av digital trygghetsalarm hos hjemmeboende personer med demens. Modellen kan relateres til oppgaver og ansvar som skal fordeles når hjemmeboende personer med demens skal benytte seg av digital trygghetsalarmtjeneste. For eksempel hvem tar ansvar for å installere alarm hos bruker, følge opp bruken og evaluere behov og hensikt samt hvem som skal respondere på alarmen (KS, 2020a).

For å illustrere kommunens ansvar og oppgaver vises her et eksempel på tjenesteforløp for digital trygghetsalarm.

TJENESTEFORLØP: DIGITAL TRYGGHETSALARM



Figur 3: Tjenesteforløp digital trygghetsalarm (Nasjonalt velferdsteknologiprogram & KS. Hentet 20.10.2021).

Tjenesteforløp for hver enkelt teknologi bør utvikles fordi teknologiene er ulike og er tiltenkt ulike brukere og behov. Ved at kommunene arbeider aktivt med tjenesteforløpene, og oppdaterer disse, kan man blant annet sikre riktig teknologi til riktig bruker, samt gi brukeren god oppfølging (KS, 2021a s. 40).

Helse- og omsorgstjenesten må omorganisere seg for å lykkes med innføring og bruk av velferdsteknologi. Dette innebærer å fordele ansvar, arbeidsoppgaver og arbeidsprosesser (St.meld. 29, 2012-2013, s. 115).

2.2 Hjemmeboende personer med demens

Demens vil føre til biologiske og psykologiske endringer hos en person utover det som er vanlig ved normal aldring (WHO, 2021). Demens er et syndrom som fører til kognitiv svekket funksjon hos personen som er rammet, og årsaken kan komme fra skade og ulike sykdommer. Den mest vanlige formen for demens er Alzheimers sykdom (WHO, 2021).

Personens hukommelse, tenkning og orientering påvirkes, i tillegg til forståelse, beregning, læringsevne, språk og dømmekraft (WHO, 2021). Nedsatt kognitiv funksjon kan også ses i sammenheng med forverring i emosjonell kontroll, sosial adferd eller motivasjon (WHO, 2021). For personen som er syk og deres pårørende vil hverdagen endres, og personen med demens vil etter hvert være helt avhengig av hjelp for å kunne klare seg i dagliglivet. Mange vil trekke seg tilbake, og flere utvikler depresjon og angst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b).

Sykdommen er ikke bare en belastning for personen selv, men også for helse- og omsorgstjenesten, pårørende og samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2021). Regjeringen ser at det vil bli økt etterspørsel om helse- og omsorgstjenester, og at det er nødvendig med bærekraftige løsninger. På bakgrunn av dette har regjeringen nylig lansert Demensplan 2025, som bygger videre på viktige perspektiver fra Demensplan 2015 og Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b).

Målene i demensplanen 2025 er å sikre gode og tilpassede tjenester til personen med demens og pårørende; at de fanges opp til rett tid, sikres medbestemmelse og at de får være en del av et demensvennlig samfunn. Det er i tillegg økt fokus på forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b). Tjenesten skal tilrettelegge for aktiviteter som er tilpasset personen med demens slik at mening og mestring kan oppnås, i tillegg til at det vil kunne bidra til å avlaste pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 39). Videre kommer en beskrivelse av pårørende til hjemmeboende personer med demens.

2.3 Pårørende til hjemmeboende personer med demens

Når en person rammes av alvorlig sykdom, rammes også pårørende (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 13). Personen som er syk bestemmer selv hvem nærmeste pårørende skal være. Det er gjerne en eller flere som jevnlig har kontakt med personen med demens. Hvem dette skal være må avklares med helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018). Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 1-3 b) tar utgangspunkt i denne rekkefølgen angående hvem nærmeste pårørende bør være: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.

I 2020 ble regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan lansert. Målene med strategien er blant annet å anerkjenne pårørende som en ressurs og også å tilrettelegge slik at pårørende kan leve et godt liv med å yte omsorg til sin nære og det i kombinasjon med arbeid og utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Regjeringen ønsker at pårørende skal kunne medvirke i behandlingsopplegget til personen som er syk. Det er ønskelig at pårørende sine behov, i tillegg til pasientene sine behov blir tatt på alvor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Personer som opplever å være pårørende til en person med demens, er ofte i en sårbar og krevende situasjon. Det er derfor viktig at hjemmesykepleien møter denne gruppen med forståelse, tillit og empati (Jakobsen & Homelien, 2011, s.18). Nære pårørende må ses på som viktige ressurser og de har behov for å være en del av helsetjenestens virksomhet (Andreassen, 2014, s. 20-21). Lovverk sikrer pårørendes rettigheter og statlige føringer understreker hvor viktig det er å involvere pårørende (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 13). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 2-8) kommer det frem at kommunen har plikt og ansvar overfor en pårørende som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Dette innebærer at kommunen skal tilby nødvendig støtte til pårørende i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønning. Omsorgen pårørende yter blir gjerne omtalt som den «skjulte omsorgen» (Haugan og Rannestad, 2014, s. 21), eller som den «uformelle omsorgen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a, s.7).

Ifølge Söderlund (2004) (Jakobsen & Homelien, 2011, s.18) opplever pårørende fysisk og psykososial belastning i omsorgsarbeidet. Det å være pårørende til en person med demens oppleves gjerne forskjellig fra ektefelle til barn, fra kvinner til menn, fra datter til sønn.

Belastningen for pårørende kan forsterkes på grunn av egen kronisk sykdom, eller fordi de er i arbeid i tillegg til å utføre omsorgsoppgaver (Jakobsen & Homelien, 2011, s.17). Pårørendestrategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a) viderefører fokus på involvering av pårørende, og benytter *pårørendemedvirkning* i stedet for det velkjente begrepet brukermedvirkning. I dagens samfunn blir brukerbegrepet benyttet i ulike sammenhenger (Andreassen, 2014, s. 20), og det omhandler gjerne bruker og pårørende. *Brukermedvirkning* er et viktig begrep som benyttes for å sikre et godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og pårørende (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 73). Begrepet innebærer blant annet at pårørende får nødvendig informasjon som kan bidra til mindre usikkerhet og bekymring i hverdagen (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 73). Det skal være tilrettelagte systemer og rutiner for hvordan helse- og omsorgstjenesten legger til rette for samtaler med pårørende, og det kan være nyttig med samtaler for å planlegge behov for helsehjelp i fremtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a, s. 59). Av og til kan pårørende være såpass slitne at de ikke ønsker å medvirke i avgjørelser som skal tas i henhold til den som er syk, eller valg som angår dem selv. Da er det viktig at dette blir respektert av helsetjenesten (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 73-74).

Brukermedvirkning er viktig i alle former for helse- og omsorgstjenester. Inkludert tjenester som handler om velferdsteknologi. For personer med komplekse behov, slik som personer med demens, kan velferdsteknologi være nyttig sett i sammenheng med andre helse- og omsorgstjenester (Karlsen, 2021, s. 9). Erfaringer viser at velferdsteknologi kan gi både kvalitative og kvantitative gevinster, det handler om økt livskvalitet for personer med demens og pårørende, og unngåtte bruk av ressurser som for eksempel redusert antall tilsyn fra hjemmesykepleie som betyr økonomisk gevinst for tjenesten (KS, 2021a).

Brukerens rettigheter og påvirkning på sitt individuelle hjelpe- og behandlingstilbud er beskrevet som brukermedvirkning på individnivå. Brukermedvirkning på systemnivå handler om at brukeren medvirker på systemet rundt, som for eksempel det som angår politikk, rammebetingelser og ulike utforminger knyttet til hjelpeapparatet (Andreassen, 2014, s. 21). I denne studien vil det dreie seg om brukermedvirkning på individnivå, og muligheten til medvirkning i tjenester som omhandler digital trygghetsalarmtjeneste.

2.3.1 Pårørende som en viktig ressurs

Pårørendes roller kan endre seg underveis i et sykdomsforløp, og behovet for å være til stede og medvirke kan variere ut ifra om det er akutt sykdom eller om det er langvarig og stabilt. Det trenger ikke nødvendigvis være enkelt å definere hvilken rolle pårørende skal ha. Og det kan være usikkerhet knyttet til hvem som skal ha ansvar for å definere dette (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 49). Pårørendes omsorgsoppgaver kan vise seg å være mindre synlige og oppleves ulikt for pasienten og for helsepersonell. Det bør avklares mellom pasienten, pårørende og helsepersonell hvilke oppgaver pårørende skal ha (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 49).

Det kan være nødvendig for pårørende å få generell informasjon som omhandler pasienten, for å kunne mestre å håndtere en vanskelig situasjon (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 49). Informasjonen kan dreie seg om rettigheter og rutiner, saksbehandling, informasjon om pasientens sykdom, behandling og undersøkelser (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 49 & 64). Informasjonsutveksling er taushetsbelagt, men ofte ønsker pasienten at pårørende skal involveres, og slik kan det oppnås en felles forståelse (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 52-53). Dette kan bidra til trygghet for alle parter. Pårørende kjenner pasienten godt, og de kan ha en viktig rolle med å bidra med sine kunnskaper som omhandler pasienten. Dette kan være betydningsfullt da det skal tas faglige vurderinger og ulike beslutninger. Samarbeid mellom pårørende og helsepersonell vil bidra til at pårørende føler seg anerkjent av helsepersonell (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 51).

Ofte tar pårørende på seg dagligdagse oppgaver som innebærer transport, innkjøp/lage mat, holde orden på økonomi og renhold. I tillegg er de en viktig del av pasientens sosiale hverdag (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 52). Viktig avklaring kan for eksempel være hvilken avlastningsmuligheter pårørende har behov for, og om de har rett på hjelpestønad eller omsorgsstønad. Det er ingen plikt for pårørende å følge opp pasienten, med unntak av barn under 18 år. Det er derfor frivillig for pårørende å påta seg ulike oppgaver (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 52-53).

Det er en plikt for kommunen å gi støtte i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad til pårørende som vurderes som å ha et særlig tyngende omsorgsarbeid (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 310). Bøckmann & Kjellvoll (2021, s. 311) Argumenterer for

at det bør skje en utvidelse av hvem pårørende som bør ha krav på støtte, på bakgrunn av psykisk merbelastning som følge av å være pårørende til en syk person over tid.

2.4 Salutogenese

Pårørende som omsorgspersoner for eldre hjemmeboende, har økt risiko for belastning, stress, depresjon og andre psykiske og fysiske helserelevante plager (Cassie & Sanders, 2008). Dette kan ses i lys av Antonovsky sin teori, salutogenese, som i utgangspunktet var en teori som handlet om *stress*. Antonovsky beskrev helse som et kontinuum mellom «den subjektive opplevelsen av god helse og den subjektive opplevelsen av dårlig helse» (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Begrepet «Opplevelse av sammenheng» (OAS) er en del av Antonovsky sin omfattende salutogene modell (Antonovsky, 2018, s. 5). Antonovsky var opptatt av hva som gir god helse, og at mennesker skal føle en opplevelse av sammenheng, ved at livet føles *begripelig, håndterbart og meningsfullt*. Det handler om egne ressurser og ressurser i samspill med omgivelsene (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s.28).

Den første av de tre kjernekomponentene i OAS, *Begripelighet*, handler om hvordan menneske kognitivt vil reagere på stimuli fra indre og ytre miljøer. Mennesker vil i løpet av livet utsettes for ulike hendelser. Det er da avgjørende i hvilken grad disse stimuliene er forutsigbare. Vil man møte situasjonen med forståelse, opplevelse av struktur og sammenheng? Eller vil situasjonen man står i føles kaotisk og uforståelig (Antonovsky, 2018, s. 39-40). *Håndterbarhet* er den andre komponenten i OAS. Den handler om menneskers ressurser til å håndtere utfordringene som livet byr på. Ressursene kan være de man selv har til rådighet, eller det kan være andre ressurser som for eksempel pårørende, lege eller kollegaer. Opplever et menneske sterk håndterbarhet, vil det si at man kan takle disse utfordringene på en god måte, og komme seg vel videre i livet. Den tredje og siste komponenten er *meningsfullhet*. Her handler det om menneskets motivasjon til å håndtere utfordringer og krav man møter i livet. – *At livet er forståelig rent følelsesmessig* (Antonovsky, 2018, s. 39-41).

En salutogen tilnærming vil i denne studien være relevant fordi jeg ønsker å rette fokus også på pårørendes helse, som igjen vil bidra til å legge til rette for et godt liv for denne gruppen (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Det at pårørende ser på situasjonen de står i som begripelig, håndterbar og meningsfull vil på bakgrunn av Antonovsky sin teori være med på å fremme

helse. Dette kan videre være viktig i den krevende omsorgsrollen pårørende kan ha med å ta vare på personen med demens, og involvering i digital trygghetsalarmtjeneste. Som sykepleier kan et helsefremmende perspektiv være nyttig for å forstå helheten av situasjonen pårørende befinner seg i, i tilknytning til digital trygghetsalarmtjeneste.

3.0 TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet presenteres tidligere forskning om organisering av teknologitjenester i kommunen og pårørendes erfaringer med velferdsteknologi. Det ble søkt i databaser som Medline, Cinahl og pubmed. Det ble i tillegg funnet artikler utenfor disse databasene.

Det ble forespurt hjelp fra universitetets bibliotekar i forbindelse med søkeprosessen. Det ble gjort søk ved utarbeidelse av prosjektskisse våren 2020. Deretter er det utført oppdaterte søk vår 2021 og høst 2021.

Internasjonale forskningsartikler viser ulike definisjoner omkring teknologi i bruk i helse- og omsorgstjenesten. Videre er helsetjenester og hjemmetjenesten ulikt organisert i ulike land, og enkelte studier beskriver ikke nødvendigvis spesifikt digital trygghetsalarm i sine studier, men lignende teknologier.

Det er også begrenset forskning som handler om pårørendes erfaringer med digital trygghetsalarmtjeneste, dermed er det også valgt å inkludere artikler som omhandler velferdsteknologi generelt.

3.1 Organisering av teknologitjenester i kommunen

Tidligere forskning viser at velferdsteknologi bør handle om hvem som har effekt av dette, hvorfor, når og under hvilke omstendigheter det virker. Det må være riktig tilpasset pasientens behov og evner. Det vil ha en positiv effekt for individet og samfunnet hvis det oppfattes nyttig (Berge, 2017).

Erfaringer hentet i fra ti ulike kommuner viser til ulike måter hjemmesykepleien, responsenteret, pårørende og frivillige kan samarbeide på ved mottak av trygghetsalarmer. Pårørende og frivillige anses som viktige ressurser å samarbeide med når det gjelder velferdsteknologi (Fensli et al., 2017). Pårørende kan for eksempel ønske å bidra ved utløst trygghetsalarm. Erfaringer viser at det er få kommuner som involverer pårørende som mottaker av alarm, men det belyses at det kan være nyttig i fremtiden. Funn viser at pårørende er usikre på å ta et så stort ansvar, og det anses som viktig at de har noen å rådføre seg med i vanskelige situasjoner som kan oppstå. God informasjon mellom hjemmetjenester og pårørende kan være nyttig på bakgrunn av at digital trygghetsalarm har mulighet til å koble på ulike typer sensorer, som kanskje ikke nødvendigvis alltid vil trenge utrykning fra helsepersonell. Dette kan være oppgaver pårørende har muligheter for å kunne løse (Fensli et al., 2017).

Trygghetsalarmer kan være nyttige og brukervennlige (Nauha et al., 2016), men selv enkle teknologier som trygghetsalarmer som skal brukes som en del av tjenestene blir komplekst. Mange aktører skal involveres, det krever nye oppgaver og organiseringer i kommunene (Stokke et al., 2019). Det dreier seg ikke kun om personen som benytter seg av trygghetsalarmen, men samspillet mellom mennesker og teknologi, hvor det er behov for kompetanse hos de ulike involverte aktørene. Eksempler på de involverte er pårørende, hjemmetjenesten, teknikere, hvor alle har ulike roller med ulik kunnskap og forventninger til trygghetsalarmtjenesten (Stokke et al., 2019).

Studien viser at det er ulike forventninger og usikkerhet knyttet til det å bruke trygghetsalarm (Stokke et al., 2019).

Studien til Johannessen et al (2019) viser at det kan være nyttig for særlig små kommuner å samarbeide om velferdsteknologi. Ledere opplevde det som nyttig å delta i interkommunale prosjekter for å få draghjelp, støtte og for å holde seg oppdatert på velferdsteknologifeltet. For å kunne vurdere behov for velferdsteknologi til enkelte brukere ble det påpekt at helsepersonell må ha tilstrekkelig med kompetanse. Dette ble ansett som nyttig for å unngå negativitet og skepsis hos brukerne ved bruk av teknologi. På en annen side ble det sett på som en utfordring å holde seg oppdatert fordi noen av teknologiene var det få av i kommunen, og kunnskapen kunne da lett bli glemt. Funn i studien viser at det er nødvendig at helsepersonell har gode rutiner for oppfølging av teknologi, for å unngå falsk trygghet. Funn viste at noen hjemmetjenester hadde rutiner for å følge opp trygghetsalarmer blant annet etter det hadde vært tordenvær, for å forsikre at teknologien fortsatt virket. God dialog med pårørende ble ansett som viktig spesielt da det var snakk om teknologi til personer med demens.

3.2 Pårørendes erfaringer med velferdsteknologi

I følge Marasinghe (2016) kommer det frem at teknologi kan redusere omsorgsbelastningen for pårørende, ved å blant annet redusere engstelse og frykt. Videre kommer det frem at det er behov for mer oppmerksomhet og anerkjennelse av pårørende som en ressurs, fordi det vil være behov for omsorg og støtte i fra pårørende, i takt med den forventede økningen av eldre med nedsatt funksjonsevne. Videre i studien anbefales det at teknologier utvikles på en måte som ikke fører til økt belastning for pårørende eller brukeren selv (Marasinghe, 2016).

Berge (2017) har i sin studie funnet at pårørende var sterkt bekymret for sikkerheten til de hjemmeboende eldre. Pårørende i studien var spesielt bekymret for at det skulle forekomme fall, og at den eldre ble liggende i lang tid uten å få hjelp. Informantene ønsket bruk av teknologi for en økt sikkerhet da de selv ikke var til stede hjemme hos den eldre. Pårørende i studien oppfordret derfor sine nære til å ta i bruk teknologi, slik at det skulle være trygt å bo hjemme.

Karlsen et al., (2018) viser i sin studie at pårørende hadde et ønske om å bli involvert når teknologi tas i bruk som en del av tjenestetilbudet, i tillegg til bedre og tilrettelagt informasjon om velferdsteknologi for å kunne fortsette å bruke det. Pårørende i studien viste seg å være viktige pådrivere og ressurser for at teknologien skulle fungere i daglig drift hos de eldre. Det belyses også i studien at teknologien kan bedre omsorgen hjemmetjenesten utøver i enkelte tilfeller, men det er behov for bedre oppfølging av pårørende og bedre samarbeid med hjemmetjenesten, slik at pårørende ikke opplever teknologi som en ekstra belastning (Karlsen et al., 2018).

I følge Fänge et al., (2019) opplevde pårørende at teknologi gjorde dagliglivet enklere og tryggere. Pårørende i studien belyste viktigheten med å installere teknologi tidlig i sykdomsforløpet da personen med demens enda forstår hensikten med bruk av alarm. Videre opplevde pårørende i studien at helsepersonell viste frykt og usikkerhet i bruk av teknologi. Helsepersonell utførte oppgaver som de ikke mestret, som å «tukle» med ruterer, uten at de visste hva de gjorde, eller klarte å rette opp i det igjen. Videre opplevde noen pårørende at sensorer ikke virket som de skulle, og de etterlyste raskere responstid på alarmene. Pårørende som var direkte mottaker av alarmene opplevde uklarhet rundt roller, og syntes det var ubehagelig å ha ansvar for den eldre personens sikkerhet, og at det truet relasjonsforholdet mellom den hjemmeboende eldre og pårørende. Pårørende i studien opplevde likevel en trygghet i at de kunne bli varslet hvis det skjedde noe med personen med demens. Hvis det oppstod problemer med teknologien anså de pårørende i studien at det var nødvendig med tilstrekkelig støtte for at de kunne stole på teknologien. Det ble belyst at hjemmeboende eldre kan bo hjemme lenger ved bruk av teknologi.

Ifølge en studie utført av Olsson et al., (2011) kom det frem at pårørende vekslet mellom sitt eget behov for trygghet, og personen med demens sitt behov for trygghet. Alarmen ble i denne studien også ansett som en trygghet for pårørende og for personen med demens. Pårørende i studien oppga selv å benytte seg av alarmen for å tilkalle hjelp i fra tjenesten ved behov for

assistanse ved fall, eller forflytning. Studien viste at informasjonen omkring teknologi som ble gitt pårørende, mest sannsynlig ikke var gitt av ansatte i tjenesten, men informasjon kom fra venner, familie eller andre typer informasjonssentre, som for eksempel pårørende sentere. Hvilket kunne tyde på manglede kompetanse blant helsepersonell (Olsson et al., 2011). Studien belyser viktigheten med at sykepleiere som jobber med personer med demens og deres pårørende må ha oppdatert kunnskap om teknologi (Olsson et al., 2011).

Sriram et al., (2020) sin studie viser pårørendes erfaringer med teknologi for hjemmeboende personer med demens. Funn viser at pårørende har en rolle som omsorgsperson, og bidrar med ulike praktiske oppgaver i hverdagen. Pårørende i studien erkjenner den totale omsorgsbelastningen ved å ta seg av personen med demens, i tillegg til å ha egne barn å ta seg av. En pårørende i studien betegnet kombinasjonen av å ta seg av egen familie i tillegg til å utføre oppgaver for personen med demens som «sandwichgenerasjonen». Pårørende i studien mente det var mer hensiktsmessig å benytte seg av passive teknologier hos personen med demens. Det viste seg at personen med demens sin evne til å benytte seg av alarm endret seg i demensforløpet. Funn viste at kunnskapen pårørende tilegnet seg var i fra familie, offentlige organisasjoner, støttegrupper/demensgrupper eller nettbaserte søk.

4.0 METODE

I dette kapittelet presenteres valg av vitenskapsteoretisk tilnærming og metode. Først kommer en beskrivelse av fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming og forforståelse.

Videre presenteres rekruttering og utvalg, gjennomføring av intervju og etterarbeid etter intervju, analyse av intervju og til slutt etiske overveielser.

Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser pårørende til personer med demens har med digital trygghetsalarmtjeneste. Kvalitativ metode var derfor en hensiktsmessig tilnærming, og det ble gjennomført semistrukturert intervju av syv nære pårørende til personer med demens.

4.1 Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming

En tilnærming inspirert av fenomenologi og hermeneutikk er benyttet i denne studien.

Ifølge Malterud (2002) bygger kvalitativ metode på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). I denne studien var informantenes erfaringer i fokus, og videre i prosessen har materialet blitt tolket i lys av min forforståelse. Dette kan ses i sammenheng med den hermeneutiske sirkel som betyr at man legger vekt på forholdet mellom delene og helheten ved tolkning av en tekst, samt er fokusert på kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2018, s.28).

Fenomenologi handler om å forstå menneskers subjektive erfaringer og bevissthet. En forutsetning for å forstå innebærer at man setter sin egen forforståelse i parentes og fokuserer på å forstå informantenes erfaring i lys av individets livsverden. Med en fenomenologisk tankegang beskrives fenomenet nøyaktig og omhyggelig (Malterud, 2018 s. 28-29).

4.2 Forforståelse

Min forforståelse vil påvirke hvordan jeg samler inn, leser og tolker mine data (Malterud, 2017, s. 44). Jeg har derfor arbeidet med min forforståelse og vært bevisst denne underveis i arbeidet med studien, samt reflektert rundt egen kunnskap og hvilken innvirkning det kan ha på materialet. Da problemstillingen var utarbeidet, ble min forforståelse skrevet ned. Jeg har flere års erfaring selv som sykepleier i hjemmetjenesten. Da erfarte jeg at pårørende følte en trygghet med alarm, og at de hadde tillit til bruk av digital trygghetsalarmtjeneste, men at samarbeidet med hjemmetjenesten kunne i enkelte sammenhenger vært bedre. I tillegg har jeg erfaring med velferdsteknologi, som prosjektmedarbeider i det nasjonale prosjektet «Innføring

velferdsteknologi», som har gitt meg engasjement og innsikt i tema. Min forforståelse er en viktig side av motivasjonen min for å utføre denne studien (Malterud, 2018, s. 45).

4.3 Rekruttering og utvalg

Det ble rekruttert syv informanter fra fire ulike kommuner til studien.

Først ble det gitt muntlig informasjon om studien til ledere i hjemmetjenesten i flere kommuner. Deretter ble det sendt ut en mail med informasjonsskriv, samtykkeskjema og etiske godkjenninger. Noen ledere sendte forespørselen videre til andre kontaktpersoner som jobbet nærmere feltet, da de hadde mer kjennskap til hvem som kunne være aktuelle informanter.

På grunn av en utfordrende rekrutteringsprosess under koronaepidemien, ble det forsøkt en bred og omfattende rekruttering via ressurspersoner for velferdsteknologi, demensteam, demenskontakt og teknisk hjelpemiddelsentral. I tillegg ble det forsøkt rekruttering via demens- pårørendegruppe på facebook.

De syv som ble inkludert ble rekruttert via ledere og ansatte i kommunen.

Inklusjonskriterieriene var som følger:

- Pårørende til hjemmeboende personer med demens som var bruker av digital trygghetsalarmtjeneste.
- Pårørende skulle bo i nærheten av personen med demens
- Pårørende skulle være nær familie; for eksempel sønn/svigersønn, datter/svigerdatter, eller søsken
- Pårørende måtte beherske norsk for å kunne gjennomføre intervju
- Personen med demens skulle være samtykkekompetent og samtykke til at deres pårørende ble intervjuet

Tabell 1. Presentasjon av informantene

Fiktive navn	Alder	Relasjon til person med demens	I arbeid	Utdanning	Erfaring med teknologi
Britt	58 år	Datter	Ja	Høyere utdanning	Digital trygghetsalarm
Wibeke	58 år	Svigerdatter	Ja	Yrkesutdanning	Digital trygghetsalarm
Nina	52 år	Datter	Ja	Høyere utdanning	Digital trygghetsalarm Tidligere erfaring med GPS

Lars	53 år	Sønn	Ja	Yrkesutdanning	Digital trygghetsalarm
Gunn	68 år	Søster	Nei	Yrkesutdanning	Digital trygghetsalarm
Arvid	63 år	Sønn	Ja	Høyere utdanning	Digital trygghetsalarm
May	58 år	Datter	Ja (Redusert stilling)	Høyere utdanning	Digital trygghetsalarm -Fallalarm

En av informantene hadde ektefelle i samme hus som av ulike grunner ikke kunne la seg intervju. En søster deltok i studien, da hun var den eneste nære pårørende til personen med demens. Alle informantene bodde i nærheten av personen med demens.

4.4 Gjennomføring av intervju

På grunn av koronapandemien ble det gjennomført telefonintervju med samtlige informanter etter deres ønske. Intervjuene varte i fra 20 minutter til 50 minutter. Pårørende ble først kontaktet per telefon, etter at personen med demens hadde samtykket til å kontakte dem. Pårørende fikk dermed forespørsel om de ønsket å delta i studien, de fikk informasjon om studiens hensikt, hva det innebar å være deltaker, samt at deres stemme ville være et viktig bidrag i denne studien. To pårørende hadde allerede i forkant av samtalen sett informasjonsskriv hjemme hos personen med demens, og var på denne måten allerede informert. Fire pårørende hadde fått informasjon om studien av tjenesten i sin tilhørende kommune og hadde skrevet under på samtykke før de for første gang ble kontaktet av meg. De andre pårørende som ønsket å delta i studien fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema som de returnerte via e-mail. Deretter ble det avtalt tidspunkt for intervju med alle informantene. Det ble gjort lydopptak fra alle intervjuer ved bruk av diktafon. For å sikre best mulig kvalitet på opptakene, ble det i forkant gjennomført en test ved hjelp av et familiemedlem. Dette skulle sikre riktig justering på lyd, altså om rommet var hensiktsmessig å benytte i den grad at det ikke medførte eksempelvis ekko eller gjenklang på opptaket.

Det ble gjort omstendelige forberedelser før intervjuet. Blant annet så ble det utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 5) som inneholdt temaer og spørsmål som skulle være til hjelp i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2019, s.162). Hensikten var å gi informantene tid og rom til å dele sine livserfaringer, og guiden var et hjelpemiddel for å huske de temaene som det var ønskelige å vite noe om (Malterud, 2018, s. 133). Intervjuguiden åpnet innledningsvis med

spørsmål som ga bakgrunnsinformasjon om informanten. Videre fulgte flere åpne spørsmål, men enkelte spørsmål var av mer lukket karakter. Dette var en nødvendighet for å kunne få gode og utfyllende svar på hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever digital trygghetsalarmtjeneste. Her er et eksempel på et åpent spørsmål i fra intervjuguiden: Hva er din erfaring med digital trygghetsalarm?

Avslutningsvis i intervjuguiden ble det forespurt om informantene hadde noe mer de ønsket å tilføye.

4.5 Etterarbeid etter intervju

Transkripsjonen ble utført av meg kort tid etter hvert intervju. På denne måten gjenoppleves samtalen, og en får muligheten til å gjøre seg godt kjent med materialet (Malterud, 2018, s. 80). Gjennom transkripsjon ble den muntlige samtalen på en konkret måte gjort om til en skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2019, s.210). Det ble benyttet headset og diktafon av troverdig kvalitet, slik at stemmene til informantene ble mest mulig tydelig.

Transkripsjonen førte til ettertanke, og jeg fikk mulighet til å møte teksten på ny. Dette viste seg å være nyttig da jeg skulle arbeide videre med analysen, og jeg ble godt kjent med materialet (Malterud, 2018, s. 80). Transkriberingen utgjorde til sammen 69 sider (Med skriftstørrelse 11 og 1,15 i linjeavstand).

4.6 Analyse av intervjuer

Analyseprosessen ble gjennomført med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering, inspirert av Malterud (2018). Metoden er pragmatisk, hvilket betyr at den kan benyttes uavhengig av vitenskapsteoretisk ståsted (Malterud, 2018). Systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (2002). Å analysere betyr at man organiserer, fortolker og sammenfatter materialet. Malterud (2018) organiserer sin analysemetode etter fire ulike trinn: 1. Helhetsinntrykk, 2. Meningsbærende enheter, 3. Kondensering og 4. Syntese

I følge Malterud (2018, s. 99) skal man i *trinn én* lese nøye igjennom det transkriberte materialet slik at man kan danne seg et helhetsinntrykk og vurdere mulige temaer (Malterud, 2018, s. 99). Problemstillingen ble notert på et papir lett til syne, som en påminnelse på hva studien skulle gi svar på (Malterud 2018, s.99).

Etter grundig gjennomlesning av intervjuene ble følgende foreløpige temaer dannet: Samarbeid med hjemmetjenesten, lite/dårlig informasjon om teknologi, demens- utfordringer med bruk av trygghetsalarm, kommunikasjon, pårørendekurs, dagsenter, samarbeid med hjemmesykepleien.

Det ble brukt tid på å reflektere rundt de foreløpige temaene som var oppsatt. Flere av disse ble senere i analyseprosessen endret eller slått sammen med andre temaer.

Trinn to handlet om å sortere de meningsbærende enhetene som man ønsker å se nærmere på (Malterud, 2018, s. 100).

Det første som ble gjort var å legge inn det transkriberte materialet i Nvivo 12 Pro. Dette for å gjøre prosessen mest mulig ryddig og oversiktlig. Alle intervjuene ble først gjennomgått og det ble laget såkalte noder i Nvivo av all tekst, for å ikke overse materialet som senere kunne vise seg å ha en betydning for videre analyse. Dette innebar setninger og avsnitt. Disse ble merket med tall, slik at det var lettere å finne tilbake til opprinnelig intervju senere i analyseprosessen. Nodene dannet etter hvert utgangspunkt for meningsbærende enheter. Alle nodene var først sortert under ulike temaer, som etter hvert ble sortert som meningsbærende enheter i ulike kodegrupper. Denne måten å systematisere på, kaller Malterud for koding (Malterud, 2018, 101). Kodegruppene endret stadig navn etter hvert som de meningsbærende enhetene ble kodet, blant annet fordi de enkelte meningsbærende enheter fikk ny betydning enn først antatt. Analyseprosessen var ikke en lineær prosess, da det var mye flytting på meningsbærende enheter og koder. Trinn 2 ble gjennomgått litt for raskt, slik at det måtte tas et skritt tilbake for å gå enda mer grundig til verks med å sortere og dele opp, for å gjøre kodene enda mer selvforklarende. Det ble benyttet lang tid i denne fasen, og de transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger. Det viste seg at enkelte meningsbærende enheter måtte utvides for å få tak i hele sammenhengen, og meningen med innholdet. Kodegrupper og meningsbærende enheter ble etter hvert flyttet over i tekstformat word, og forsøkt satt sammen i tabeller. Det ble stadig opprettet nye dokumenter, og Nvivo ble aktivt benyttet parallelt med arbeidet i Word.

Trinn tre innebar å abstrahere innholdet i kodegruppene, og det ble etter hvert dannet subgrupper ut ifra hvordan materialet ble tolket.

Kodegrupper med tilhørende meningsbærende enheter ble flyttet over i et nytt word dokument som dannet grunnlag for kondensering og videre utarbeidelse av subgrupper.

Med utgangspunkt i meningsbærende enheter ble det laget kondensat. Slik ble det empiriske materialet gjennomgått systematisk. Jeg-form ble benyttet i kondensatene og informantenes

ord, begreper og uttrykk ble ivaretatt, med hensikt om å kunne forholde seg så tekstnært som mulig. Videre ble det reflektert rundt kondensatenes mening, og i hvilken grad de ga svar på hvordan pårørende til personer med demens opplevde digital trygghetsalarmtjeneste (Malterud, 2018, s. 107).

Et eksempel på et kondensat vises under:

Jeg vet ikke hva det er av velferdsteknologi, og jeg vet ikke hvordan informasjon om velferdsteknologi er ut til pårørende. Vi har ikke fått informasjon om hva som finnes på markedet. Det kan være ting som finnes, som en ikke aner finnes, og en tenker ikke på behovet når en ikke vet det finnes. Men det kan jo være fordi det ikke har vært aktuelt enda. Det at fallalarm fantes visste ikke jeg.

Det ble i tillegg valgt ut enkelte gullsitat som godt beskrev hovedfunnene. Her ble en av informantenes stemme benyttet (Malterud, 2021, s. 108). Gullsitat presenteres i resultatkapittelet.

I *Trinn fire* startet prosessen med å rekontekstualisere, altså sette sammen en analytisk tekst med utgangspunkt i tekst og kondensater som var nedskrevet i word dokumentet i trinn tre. Dette ble senere grunnlaget for resultatdelen (Malterud, 2018, s. 108-109). Det opprinnelige materialet i Nvivo ble stadig sett tilbake på, for å bekrefte at foreløpige funn i analysen ga en gyldig beskrivelse ut fra det informantene hadde beskrevet i intervjuene (Malterud, 2018, s. 108). Underveis i prosessen med å sette sammen bitene, ble det oppdaget fenomen som viste seg å påvirke hverandre og ha sammenheng i større grad enn først antatt. Det viste seg at flere av funnene i stor grad handlet om pårørendes ambivalens. Hvilket gjorde det utfordrende å fremstille dette hver for seg. Subgrupper ble slått sammen, delt opp, og enkelte fikk nye benevnelser.

Tabell 2. Presentasjon av kodegrupper, subkategori og hovedkategorier

KODER	SUBKATEGORIER	HOVEDKATEGORIER
<p>Ønsker at hjemmesykepleien minner på bruk av alarm, og sjekker om personen forstår hvordan den skal brukes</p> <p>De bør teste alarm, å gi beskjed om den virker</p>	Mangelfull oppgavefordeling	Uklar rolle og ansvarsfordeling
<p>Opplevde at hjemmesykepleien ikke møtte opp til avtale</p> <p>Samarbeidsmøte ble ikke fulgt opp</p>	Lite initiativ til samarbeid	
<p>Bekymret for at noe skal skje</p> <p>Slitsomt å mase, minne på bruk av alarmer, og lete etter den</p> <p>Kav å måtte lade GPS</p> <p>Opplever at pårørende ringer de, i stedet for å trykke på alarmer</p> <p>Utfører mange omsorgsoppgaver og praktiske oppgaver som har innvirkning på eget arbeid, familie og fritid</p>	Teknologi i tillegg til omsorgsoppgaver ga økt belastning	
<p>Opplever at den demente ikke evner å bruke alarmer</p> <p>Personen tar av seg alarmer</p> <p>Hadde brukt alarm hvis den så finere ut</p> <p>Opplever det som trygt at de kan trykke uansett hva det er</p> <p>Økt trygghet på natt</p>	Tilgjengelighet, men falsk trygghet	Ambivalens knyttet til teknologitjenester
<p>Opplever at (kommunen) hjemmesykepleien stiller opp ved behov og iverksetter tiltak</p> <p>Dagsenter – godt tilbud</p> <p>Kombinasjonen alarm og tilsyn gir størst trygghet</p>	Kombinasjon av flere tjenester	

<p>Var involvert i beslutningen om å installere alarm</p> <p>Hjemmesykepleien er flinke til å gi beskjed og involvere hvis det er noe</p> <p>Aldri noen som snakker til meg om alarmer</p> <p>Ble vist hvordan alarmer virket, og det ble utført test av alarm</p> <p>Ble ikke forklart eller vist hvordan alarmer virket</p>	<p>Variierende grad av involvering og opplæring</p>	
<p>Vet ikke hva som finnes av teknologi</p> <p>Ønsker mer og bedre informasjon, og at de forteller om mulighetene og begrensningene</p> <p>Kurs for pårørende</p> <p>Usikkerhet knyttet til hvem som hadde kompetanse</p> <p>Savnet informasjon da alarmer ble byttet</p> <p>Ringte for å høre hvordan alarmer virket ved strømbrudd</p> <p>Usikkerhet rundt responsentertløsning</p> <p>Usikkerhet knyttet til alarmens rekkevidde</p> <p>Usikkerhet knyttet til høyttaleren sin rekkevidde</p> <p>Ønsker at pårørende skal bruke teknologi- skaper trygghet til å kunne bo hjemme</p> <p>Den pårørende synes det er skremmende at teknologien skal erstatte menneske</p>	<p>Usikkerhet knyttet til mangelfull informasjon og kompetanse</p>	

4.7 Etiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), søknadsnummer 564659 (Vedlegg 1) og Fakultetets etiske komite, søknadsnummer RITMO 082231 (Vedlegg 2). Studien er i tråd med helsinkideklarasjonen med tanke på å beskytte og ivareta personene som er med i studien sine rettigheter omkring personvern (The World Medical Association, 2018). I en intervjuundersøkelse er etikk viktig i alle faser, og ikke bare under selve intervjuet (Kvale & Brinkmann 2019, s. 97). Etiske vurderinger og hensyn har vært høyt prioritert og diskutert ved gjennomføring av studien. Fra de involverte personene har det blitt innhentet samtykke til både å behandle personopplysninger og samtykke til å delta i studien.

Tjenesten var behjelpelige med å informere personen med demens om studien, da det var de som hadde kjennskap til personen. Slik ble personens anonymitet ivaretatt og de ansatte overholdt sin taushetsplikt. Kommunens ansatte fikk i oppgave å vurdere om personen med demens oppfylte inklusjonskriteriene, deriblant om personen var samtykkekompetent. Ledere eller ansatte i tjenesten hjalp til med å innhente samtykke fra personen med demens. Dette ble videresendt på mail til meg. Først da personen med demens hadde samtykket og gitt kontaktinformasjon om pårørende, kunne pårørende kontaktes.

Personen med demens og pårørende ble informert om at de kunne trekke seg når som helst i studien om ønskelig (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 104). For å beskytte konfidensialiteten til de involverte ble det transkriberte materialet anonymisert med nummer og senere i prosessen tildelt fiktive navn. Deretter ble materialet oppbevart på passordbeskyttet data. Samtykkeerklæringene vil makuleres når studien er ferdig.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I tillegg til digital trygghetsalarm hadde to pårørende erfaring med fallalarm som tilleggsteknologi og GPS. Erfaringene pårørende delte omkring disse teknologiene er inkludert i presentasjon av funnene.

Tabell 3. Presentasjon av funn med hovedkategori og subkategori

Uklar rolle og ansvarsfordeling	Ambivalens knyttet til teknologitjenester
<ul style="list-style-type: none">• Mangelfull oppgavefordeling• Lite initiativ til samarbeid• Teknologi i tillegg til omsorgsoppgaver ga økt belastning	<ul style="list-style-type: none">• Tilgjengelighet, men falsk trygghet• Kombinasjon av flere tjenester• Varierende grad av involvering og opplæring• Usikkerhet knyttet til mangelfull informasjon og kompetanse

Funnene i studien viser at informantene utførte flere oppgaver i hverdagen knyttet til sine nære pårørende med demens. Informantene opplevde at det var mangelfull oppgavefordeling ved bruk av teknologi og at hjemmesykepleien tok lite initiativ til samarbeid. Dette tydet på at det var uklar rolle og ansvarsfordeling mellom hjemmesykepleien og informantene.

Ambivalens knyttet til bruk av teknologitjenester viste seg på bakgrunn av usikkerhet og skepsis til bruk av teknologien på grunn av variert grad av involvering og opplæring og mangelfull informasjon og kompetanse. Teknologien ble ansett som en trygghet, men på en annen side ga den en falsk trygghet. Tryggheten ble forsterket ved kombinasjon av ulike tjenester som personen med demens hadde fått tildelt.

5.1 Uklar rolle og ansvarsfordeling

Erfaringene tydet på at det kunne være uklar og mangelfull fordeling av oppgaver og ansvar mellom informantene og hjemmesykepleien. Flere informanter hadde forventninger til hva som burde være hjemmesykepleien sitt ansvar. Som for eksempel det å minne på bruk av alarm, og

legge til rette for samarbeidsmøter. Informantene fortalte om ulike oppgaver og ansvar de hadde i hverdagen som kunne oppleves som ekstra belastning.

5.1.1 Mangelfull oppgavefordeling

For flere av informantene var det viktig å følge opp om personen med demens hadde på seg trygghetsalarmen, men det var uklart hvem som hadde ansvar for å gjøre det.

Flere informanter fulgte selv med på om personen med demens hadde alarmen på seg, og de minnet på bruken av den. Tre informanter var tydelige på at hjemmesykepleien burde se til bruken av alarm med jevne mellomrom, og det ble uttalt at «dette burde være en enkel sak» for de å gjøre. Det ble nevnt at hjemmesykepleien gjerne kunne tatt en test for å se om personen med demens forstod hvordan alarmen skulle brukes, samtidig som de registrerte at alarmen i det hele tatt virket. En informant fortalte at det hadde vært et tema tidligere, at hjemmesykepleien skulle se om alarmen var i bruk. Nå husket hun ikke om hjemmesykepleien hadde dette som et tiltak. Hun sa videre at hun måtte ta kontakt med hjemmesykepleien for å få en avklaring på dette. En informant hadde tydelig forventning til at hjemmesykepleien skulle følge opp bruk av alarm, og at dette ikke bare skulle være pårørende sitt ansvar.

«Ja, men som sagt så må en jo egentlig kanskje ta en prat med hun N.N igjen, og si: mamma bruker ikke denne! Og snakke med hjemmesykepleien eller legen og si at: Nå må hjemmesykepleien sjekke at hun går med den hver dag. Altså bare gjør det. Det er en del av opplegget de sitt» (Nina, 52 år)

5.1.2 Lite initiativ til samarbeid

To informanter hadde opplevd at hjemmesykepleien ikke opprettholdt avtalen om samarbeidsmøte. De hadde en tydelig forventning til at hjemmesykepleien tok ansvar for å innkalle til nytt møte. For informantene var dette viktig for å blant annet opprettholde god kommunikasjon og samarbeid. Den ene informant beskrev at han hadde tatt fri i fra jobb og ventet på hjemmesykepleien. De hadde ikke møtt opp, og i ettertid hadde han heller ikke hørt noe i fra dem. Han beskrev i intervjuet at han kunne tatt kontakt selv for å si «nå vil jeg ha samarbeidsmøte». Men han trodde hjemmesykepleien skulle ta ansvar for dette. Han beskrev episoden slik:

«Det er sikkert et år, eller to år siden tenker jeg, så skulle vi ha samarbeidsmøte. Jeg tok fri i fra jobb ikke sant- det var på ettermiddagen. Og reiste hjem til min mor. Og der satt vi. Og venta, og venta og venta. Så ringte jeg da, etter vi hadde ventet en time, da det var ingen som kom. Så tenkte jeg måtte ringe og høre hva som hadde skjedd. NEI, da var hun blitt syk og var hjemme. Ingen informasjon, tilbakemeldinger.. ingenting. Og etter det har vi ikke fått innkalling til samarbeidsmøte i det hele tatt» (Arvid, 63 år)

Det viste seg at en annen informant delte opplevelsen med mangelfullt initiativ til samarbeidsmøte. Informanten forklarte at hun hadde tatt initiativ til møte tidligere, og mente det var hjemmesykepleien sitt ansvar å følge opp denne gangen. For henne var et møte viktig for å blant annet vite hvem som gikk til moren, og hvem det var hun skulle forholde seg til av pleierne.

«Jeg hadde bedt om et møte, og skulle hatt det den uken hun havnet på sykehus. Så nå venter jeg egentlig at de tar initiativ til å ta møte med oss igjen. Jeg lar ballen ligge litt hos de nå, for det er jeg som har tatt initiativ. Jeg føler det er litt dårlig sånn kommunikasjon. Jeg vet ikke hvem som går der, og vi visste ikke hvem som var primærkontakt» (May, 58 år).

5.1.3 Teknologi i tillegg til omsorgsoppgaver ga økt belastning

Hverdagen til informantene bestod av ulike oppgaver knyttet til det å være pårørende til personen med demens. Erfaringene viste at telefonanrop, økonomiske oppgaver, transport, handling, renhold, bekymring for fall samt lading av GPS kunne oppleves som en ekstra belastning i hverdagen. For eksempel kunne svakheter og andre sykdommer i tillegg til kognitiv svikt, bidra til å øke bekymringen pårørende hadde overfor den demente. Noen av tilleggssykdommene til personene med demens som ble nevnt var angst, dårlig syn og hørsel, vond rygg, benskjørhet, hjerteproblemer og diabetes.

Samtlige pårørende beskrev at hverdagen var preget av ulike omsorgsoppgaver og praktiske oppgaver som kunne vise seg å ha innvirkning på eget arbeid, familie og fritid. En informant opplevde det «totale» ansvaret i hverdagen som en belastning:

«For jeg gjorde så mye der en periode, og jeg har både jobb og barn, så jeg makter det ikke» (Britt, 58 år).

Oppgavene informantene påtok seg var eksempelvis: å gi medisiner, følge til lege, lage mat, handle, betale regninger, ta av støttestrømper, ta oppvasken og hjelpe til i dusjsituasjon. Samtlige fortalte at de ofte var på besøk eller tok personen med demens med hjem til seg. Flere informanter opplevde oppgavene som noe «ekstra» i hverdagen, men samtidig så viste erfaringene at de ønsket å stille opp for sine nære.

«Jeg jobber jo fryktelig mye med dette sånn sett... det er jo det alle mine venner sier, at hadde det ikke vært for deg så hadde ikke hun kunne bo hjemme. Og det kan jeg si meg helt enig i. Fordi at vi er til stede når ikke hjemmesykepleien er til stede. Men hun kan ikke, altså hun trenger ikke 24/7 tilsyn, men jeg ser henne jo hver dag og det kan være ganske så slitsomt. Jeg må jo si det..... Så vi gjør det med glede, men det er klart at det er jo slitsomt....» (May, 58 år).

Den mest fremtredende bekymringen informantene hadde, var engstelse for fall hos personen med demens. Det var seks informanter som ga uttrykk for dette. Fire fortalte at de hadde opplevd at personen med demens hadde hatt fall, og situasjonen ble blant annet beskrevet som «skummel». En informant erfarte at alarmen hadde bidratt til ytterligere belastning i hverdagen, så hun hadde sluttet å bry seg om den, noe som førte til dårlig samvittighet.

«Nei, den bidrar til å – at jeg får et litt mer strevsomt liv. På en måte. Samtidig så, altså fordi at jeg må stadig minne henne på det. Som jeg da har kuttet ut å gjøre, som sånn sett blir en slags dårlig samvittighet. Så har jo vi som pårørende gitt litt opp. Fordi det å mase HVER eneste dag, og forklare og forklare det samme, når det er mer enn nok å snakke om på en måte...» (Nina, 52 år).

Fem informanter opplevde at personen med demens ringte til dem i stedet for å benytte seg av alarmen, eller kontakte hjemmesykepleien. Bakgrunnen for anropet kunne være alt fra hverdagslige opplysninger om hvordan dagen hadde vært, til hendelser med fall. En informant fortalte at personen med demens hadde ringt henne ved fall, og opplevde det tryggere å ringe henne for å få hjelp.

«Den eskalerende episoden var jo i fjor, til påske. Hvor hun da ramla på kjøkkengulvet, og ringer meg som er på en tur langt inn i heia i NN. Og var 6 km i fra bilen. Og da måtte jeg bare si at: nå må du legge på telefonen med meg, også må du trykke på alarmen, eller trykke på klokka de med en gang. Også må du legge på så jeg kan få ringt til hjemmesykepleien, og be de om å bare kjøre med en gang. Også måtte jeg skynde meg hjem så fort jeg kunne. Da var det ambulanse og sykehus rett og slett. Med hull i hodet og sånn.» (May, 58. år)

Videre så ble det fortalt av en informant, at det hadde vært ekstra krevende da de hadde testet ut GPS. De måtte sørge for at den var ladet, gjerne lete etter ledningen og holde oppsyn med at den ble tatt med på tur.

«Det ble et veldig kav fordi at denne måtte være ladet. Og da fikk vi beskjed som pårørende at nå er den gått ut av lading, så måtte vi ringe til henne å si at «nå må du lade den», og hun ville da ... hun er veldig sånn ryddig og pertentlig, så hun ville ikke bare ha en ledning som stakk ut en plass. Hun rydda vekk ledningen for hver gang hun ryddet den frem igjen, også var det spørsmål om hvor er den ledningen og sånn, så det ble litt kaos med det. Pluss at vi liksom prøvde å oppmuntre henne til å ta den med seg på tur, men det ble veldig sjeldent at hun gjorde det» (Nina, 52 år).

5.2 Ambivalens knyttet til teknologitjenester

Informantene uttrykte i stor grad ambivalens knyttet til bruk av alarm. Informantene opplevde at alarmen ga trygghet, men på den andre siden opplevdes det en utrygghet og skepsis knyttet til alarmen og tjenestene rundt denne. Det viste seg å handle om motstridende følelser hos informantene selv, men det handlet også om at informantene seg imellom hadde ulike opplevelser og oppfatninger når det gjaldt involvering og opplæring. Jeg har valgt å bruke benevnelsen *ambivalens* omkring disse motsetningene.

5.2.1 Tilgjengelighet, men falsk trygghet

Seks av informantene beskrev trygghetsalarmens funksjon som en trygghet; det var en trygghet å vite at personen med demens hadde alarm. Flere opplevde det som trygt at personen med demens kunne trykke på alarmen for å få hjelp fra hjemmesykepleien uansett hva det måtte

være, altså ikke nødvendigvis kun ved fall. For tre pårørende viste det seg ekstra trygt at personen med demens hadde mulighet til å trykke på alarmen på nattestid for å tilkalle hjelp fra nattevaktene ved behov. En informant fortalte at personen med demens hadde vært plaget med angst på nettene. En annen uttrykte at det ikke var like lett å få tak i pårørende på natt. Pårørende oppfattet det som positivt at hjemmesykepleien sa at det bare var å trykke på alarmen hvis det var noe. Pårørende opplevde videre at hjemmesykepleien var tilgjengelige, og de satt pris på at hjemmesykepleien var ekstra tilgjengelige når pårørende skulle reise bort.

«Det var et tema med jevne mellomrom, at hun hadde i alle fall den. Vi reiser mye på hytta, og min bror er mye på hytta, og hun er alene i helgene og da, da var det et tema at hun var trygg når hun hadde den, og hvis det skjedde noe kunne hun trykke han inn» (Britt, 58 år).

Videre kom det frem ulike faktorer som gjorde at pårørende ikke opplevde trygghet. Erfaringen viste at det var fire informanter som viste usikkerhet og bekymring for om personen med demens tok av seg alarmen. En informant viste tydelig sin ambivalens da hun fortalte at hun følte alarmen ga trygghet, samtidig som hun viste skepsis til både teknologien og om personen med demens bar alarmen på seg.

«Hvis jeg kan stole på at den virker, og hun har den på hånden. Så føler jeg at det er en veldig god trygghet» (Gunn, 68 år).

For flere var usikkerheten knyttet til personen med demens sin *evne* til å trykke på alarmen. Dette omhandlet blant annet spørsmålet om informasjonen angående alarmen fort ble glemmt samt tvil om personen ville huske på å ta den i bruk. Dette viste seg å kunne ha en sammenheng med hvor langt i demensforløpet personen befant seg. De fleste informantene hadde tiltro til selve teknologien, men altså ikke alltid til personen som skulle bruke alarmen.

«Så jeg stoler på teknologien, at det fungerer og virker det er jeg ikke redd for.. men det er mer at hun bruker den hvis det skulle skje noe, det er jeg litt mer skeptisk til. At hun husker den der rundt halsen for eksempel.. for sånne ting kan jo begynne å svikte, men teknologien den stoler jeg på» (Arvid, 63 år).

Videre hadde en informant erfart at demenssykdommen påvirket evnen personen hadde til å forstå hensikten med alarm og hva alarmer skulle brukes til.

«Begrensningene er jo mamma sitt sinn!! Det er en veldig stor begrensning, og den største begrensningen. At hun ikke klarer å forstå dette. Hva det er, og hvordan hun skal bruke dette» (Nina, 52 år).

For to informanter ble denne usikkerheten beskrevet som en *falsk trygghet*.

«Jeg føler det er falsk trygghet for å være helt ærlig. Føler det er noe hun betaler for fordi hun burde ha det, men jeg er ikke helt sikker på at hun hadde brukt den hvis hun hadde trengt hjelp» (Wibeke, 58 år).

En informant som opplevde at alarmer ikke ble brukt, mente at det kunne handle om det estetiske; at alarmer ikke var fine nok. Personen med demens alltid hadde vært opptatt av å stelle seg og å se fin ut.

«Så det som hadde kanskje vært noe hjelp for mamma, det hadde vært hvis den så ut som et smykke, og ikke som en grå kjedelig ting» (Nina, 52 år).

5.2.2 Kombinasjon av flere tjenester og trygghet

Flere informanter ga uttrykk for at de var fornøyde med ulike tjenester utført av kommunen. De var fornøyde med at hjemmesykepleien så behovene, utførte kartlegging og iverksatte flere tilsyn om nødvendig. Samtlige pårørende opplevde god hjelp til personen med demens generelt fra hjemmesykepleien, og hjemmesykepleien ble omtalt som «snille og greie». En informant med erfaring fra trygghetsalarm syntes det var fint at hjemmesykepleien hadde tatt initiativ til å installere fallalarm, etter gjentatte fall hos personen med demens. En annen informant var spesielt fornøyd med kontaktpersonen i kommunen som ofte hadde vært på besøk hos den hjemmeboende eldre med demens. De hadde blant annet fått tilbud om komfyrvakt uten at dette var noe de selv hadde tatt initiativ til. I tillegg fikk de tildelt støttekontakt og tilbud om dagsenter. I intervjuene kom det frem at fem av de hjemmeboende benyttet seg av dagsentertilbud, som ble sett på som et trygt og viktig tilbud hvor de fikk sosiale stimuli og oppfølging av helsepersonell.

«Også er det jo det at liksom at hun skal på dagsenter for eksempel. Så kommer de og henter henne, og hvis hun ikke åpner så vil de liksom lure på det.

Demens- det er en flott gruppe, og mamma er heldig som for eksempel får være på dagsenteret hvor de virkelig bryr seg om henne» (Nina, 52 år).

Selv om nesten samtlige pårørende opplevde det som trygt med alarm, vektla fire pårørende at den største tryggheten var alarm i kombinasjon med tilsyn av hjemmesykepleien. Dette ble knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for både personen med demens og pårørende. Flere tilsyn i løpet av dagen, og det at pårørende visste at hjemmesykepleien var innom opplevdes som en trygghet.

«Jeg har en trygghet i at hun har hjemmesykepleie som kommer til henne hver morgen, og veldig mange ettermiddager, men ikke alle. Sånn at jeg liksom tenker i alle fall hvis hun ramler, så vil det ikke gå (litt stille) mer enn høyest et døgn- selv om det er altfor lenge. Det er ikke det, men hun vil ikke ligge dagevis. Så det er den største sikkerhet for meg syns jeg» (Nina, 52 år).

5.2.3 Varierende grad av involvering og opplæring

På spørsmål om informantene opplevde å bli involvert i beslutningen om å installere alarm, svarte fem stykker at de følte seg involvert, og at det hadde vært et samarbeid mellom pårørende og hjemmesykepleien. To av informantene kunne ikke med sikkerhet huske tilbake til tiden da alarmen ble installert, men den ene mente å huske at det hadde blitt gitt noe informasjon. I et tilfelle var det demenskontakten som hadde foreslått installasjon av alarm, og pårørende hadde sagt seg enig i at det var lurt.

«De involverte oss. Ja, jeg syns jo hjemmesykepleien er flinke til å gi beskjed og involvere hvis det er noe» (Wibeke, 58 år).

Fem av de syv informantene følte de fikk ta del i oppfølging og beslutningene underveis. Det viste seg for eksempel gjennom opplevelsen av at hjemmesykepleien tok kontakt hvis det skjedde noe, og muligheten de selv hadde til å ringe hvis noe oppstod. En av informantene hadde tillit til at hjemmesykepleien tok kontakt hvis det ble behov for nytt hjelpemiddel.

«Hvis det skulle blitt behov for noe nytt, så hadde de tatt kontakt. Også hadde vi hatt en samtale på det. Det tror jeg absolutt» (Gunn, 68 år).

Tre pårørende opplevde at de ikke var involvert i tjenesten med alarm. Det ble fortalt at alarmen aldri ble snakket om, og at den eneste kommunikasjonen som hadde vært i forbindelse med alarmen var «den dama» som hadde ringt for å si at alarmen var utløst. En informant fortalte at alarmen ikke hadde vært snakket om fra hjemmesykepleien sin side etter den ble installert.

«Nei, det har ikke jeg blitt involvert i i det hele tatt vil nå jeg si. Det kan være helt i første dag for det er så mange år siden at de forklarte litt, det kan tenkes. Men etter på det så har jeg ikke hørt noen ting om den fra hjemmesykepleien, altså det har jeg aldri» (Arvid, 63 år).

Da alarmen ble installert var det tre pårørende som sa de fikk ta del i opplæringen, og at det ikke virket så vanskelig. De ble forklart og vist hvordan alarmen virket, samt at de fikk ta del i test av alarm.

«Vi var jo der nede for vi skulle se hvordan det virket, hvordan de skulle trykke. Så da var vi nede og hørte, også sier de bare at de tar en test. Trykker og ser om den virker og sånn» (Lars, 53 år).

Fire pårørende hadde ikke deltatt på opplæring i forbindelse med installasjon av alarm. Det ble fortalt at det kun ble vist hvordan alarmen virket, og en informant sa at det ikke hadde vært annen opplæring enn at det bare var å trykke på den. En informant viste misnøye med manglende opplæring da personen med demens fikk fallalarm. Blant annet så ble det ikke forklart at fallalarmen ikke ville virke ved «myke fall», altså at personer siger sammen ned på gulvet.

5.2.4 Utilstrekkelig informasjon og manglende kompetanse

Informantene etterlyste mer informasjon omkring alarmens muligheter og begrensninger. Erfaringene viste at mangel på kunnskap hadde en sammenheng med utilstrekkelig

informasjon. Blant annet så visste de lite om alarmens rekkevidde. Alle informantene hadde begrenset kunnskap omkring teknologi til eldre, og informantene ga uttrykk for at de ønsket mer kompetanse på området.

«Ja, altså jeg skulle ønske at de involverte oss om alt som finnes av teknologi. For de ser jo, de ser jo brukeren når de er hos de. Så ofte så er det jo hjemmesykepleien og de som ser behovene. Og hvis det da finnes noe, så er det veldig greit hvis de kan involvere pårørende. Det kan komme nye ting som ikke vi aner finnes i det hele tatt...»
(Wibeke, 58 år).

To informanter var spesielt fornøyde med å ha deltatt på kurs for pårørende, hvor de uttalte at det hadde vært god informasjon om hva som finnes av muligheter. Men det tydet likevel på at informasjonen ikke var tilstrekkelig eller at det var behov for mer. En av disse informantene mente det burde vært obligatorisk å dele ut skriv til pårørende med informasjon om tilbud og hjelpemidler. Hun erkjente sin mangel på kunnskap til tross for at hun hadde deltatt på kurs.

«Nå vet ikke jeg om så mye som finnes, så jeg har heller ikke spurt etter det. Det kan jo være ting som en ikke aner finnes, for en tenker ikke på behovet liksom, når en ikke vet det finnes» (Wibeke, 58 år).

To andre informanter var usikre på hvem som hadde kompetanse og ansvar for å gi informasjon til pårørende.

«Jeg vet ikke om de er kompetente til det. Eller om de må trekke inn andre avdelinger igjen? Er det hun som primærkontakt som da kan si at: nå har det kommet noen nye tekniske hjelpemidler. Er det en idé? Er det hun som skal ta det opp med oss?»
(May, 58 år).

En informant beskrev manglende informasjon knyttet til bytte av alarm. Hun visste at dette var gjort, men opplevde ikke tilstrekkelig informasjon.

«Så har hun byttet den ut en gang. Vet jeg. Men vi får ikke så mye informasjon om det. Jeg kunne veldig gjerne fått... altså at de hadde informert oss om det» (May, 58 år).

To informanter hadde erfart strømbrudd i området. De hadde ikke tilstrekkelig kompetanse omkring kommunens back up system som gjorde at de ble usikre. De valgte å kontakte kommunen for å forsikre seg om at alarmer virket som den skulle.

«La oss si at strømmen går, telefonlinjene eller nettet er nede. Så vet ikke jeg hvordan den virker. Det er jo ikke noe greit. Men det kan godt hende at de har sagt det, men det er så lenge siden, i alle fall 2-3-4 år siden. Jeg husker ikke i detalj ...» (Lars, 53 år).

Flere ga uttrykk for at de var usikre på hvordan alarmer virket i uteområdet. En informant var usikkerheten også knyttet om personen som besvarte alarmer ville høre personen med demens hvis han/hun befant seg i andre rom eller på verandaen som var et stykke unna høyttaleren. Enkelte fortalte at de trodde alarmer virket i hagen og på verandaen, men at den ikke var testet ute, og det viste tydelig mangel på informasjon og kunnskap om alarmens rekkevidde.

«Men så plutselig for en og en halv måned siden, så hadde hun plutselig vandret bort til naboen. Nå er ikke det mer enn.. la oss si 200 meter, men det er litt lengre å gå. Og det synes vi var litt skummelt, for hun er jo veldig ustø. Jeg tror aldri hun hadde funnet på å gjøre det nå. Også er vi jo spent på det da, om hvis hun hadde ramlet på veien. Hadde da alarmer blitt utløst? Det har ikke jeg fått noe informasjon om. Og hvor lang rekkevidde den har» (May, 58 år).

De fleste viste seg å ha lite erfaring og manglende kunnskap rundt responscenterløsningen. På spørsmål om hvem som besvarte alarmer viste de fleste informantene lite kunnskap. Blant annet handlet dette om hvem som besvarte, eller hvor responscenteret var lokalisert.

«For jeg tror hun får kontakt med hjemmesykepleie med en gang. Hvis ikke jeg husker... men det tror jeg hun gjør.. Men hvor det går hen det er jeg litt usikker på. Men hun får kontakt direkte med hjemmesykepleien» (Arvid, 63 år).

Selv om informantene hadde lite kunnskap knyttet til alarmer, var flere informanter positive til bruk av teknologi til demens. Det ble blant annet sagt at det var ønskelig med teknologiske hjelpemidler slik at personen med demens kunne bo lengst mulig hjemme. Fallalarm ble nevnt

som alternativ for å lette bekymring for fall. Samtidig viste det seg å være delte meninger omkring bruk av mer avansert teknologi. Han undret seg likevel over om moren kunne bo hjemme alene hvis hun var så dårlig at hun hadde behov for mer avansert teknologi. En informant var skeptisk til utviklingen av teknologi, og så på dette som skremmende.

*«Det er jo veldig mye teknologi, men det er jo skremmende også syns jeg. At liksom det skal erstatte på en måte mennesket. For det er jo mer og mer det det går imot»
(Gunn, 68 år).*

6.0 DRØFTING

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever digital trygghetsalarmtjeneste, som en del av kommunal hjemmetjeneste. Hovedfunnene i denne studien viste at det var uklar rolle og ansvarsfordeling på bakgrunn av mangelfull oppgavefordeling, lite initiativ til samarbeid og flere oppgaver i hverdagen som ga økt belastning.

Videre viste informantene usikkerhet og skepsis, som bidro til ambivalens knyttet til teknologitjenester. Pårørende opplevde tilgjengelighet i tjenesten, men samtidig kunne alarmen gi en opplevelse av falsk trygghet. Kombinasjon av flere tjenester ga en trygghet for pårørende, men på en annen side var det variert grad av involvering og opplæring, og funnene viste mangelfull informasjon og kompetanse, hos hjemmesykepleien og pårørende.

Hovedfunnene vil videre bli drøftet, i tillegg til implikasjon for praksis og metodediskusjon.

6.1 Rolle og ansvarsfordeling mellom pårørende og hjemmesykepleien

Et av hovedfunnene i denne studien viser at det var uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom hjemmesykepleien og pårørende. For flere av informantene var det viktig å følge opp bruken av trygghetsalarm og om personen med demens hadde alarmen på seg, men det var uklart hvem som hadde ansvar for å gjøre det. Informantene i denne studien minnet ofte personen med demens på å bruke trygghetsalarmen i hverdagen, og en av informantene kunne huske at hjemmesykepleien hadde sagt at de skulle følge opp dette. Tønnessen & Kassah (2017, s. 70) beskriver at forventninger, oppgaver og ansvar bør være klart og tydelig fordelt mellom helse- og omsorgstjenesten og pårørende, slik at pårørende får en emosjonelt bedre hverdag. I lys av Antonovsky (2018, s. 126) sin teori kan det tenkes at opplevelse av trygghetsalarmtjeneste som «begripelig» styrkes ved klare og tydelige roller og ansvar mellom pårørende og hjemmesykepleien. Dette vil kunne føre til en opplevelse av indre sammenheng hos pårørende og ikke en følelse av at noe er uorganisert og kaotisk. En informant i denne studien beskrev sin erfaring med bruk av GPS som «et veldig kav», nettopp fordi informanten hadde ansvar for å lade GPS, og minne personen med demens på bruk av GPS. Det var i tillegg en utfordring at personen med demens ryddet bort laderen og glemte hvor den var. Hvis oppgaver og ansvar hadde vært klart og tydelig fordelt mellom hjemmesykepleien og informanten ville mest sannsynlig informanten ikke opplevd GPS som en belastning, men at det var en sammenhengende struktur som ga mening og forutsigbarhet. Samtidig vises det til at avtaler

om oppgave- og ansvarsfordeling bør skje i dialog og forhandling mellom pårørende og tjenesten (Moser, 2019, s. 112). Hvilke oppgaver pårørende skal ha bør avklares mellom brukere, pårørende og helsepersonell, dette fordi pårørendes omsorgsoppgaver og rolle kan oppleves ulikt (Bøckmann & Kjellvold, 2021, s. 49). Dette bekrefter videre hvor viktig det er at kommuner arbeider systematisk med helhetlig tjenestemodell (figur 3), samt følger opp bruk av tjenesteforløp (figur 4) for teknologier, hvor fordeling av ansvar og roller står sentralt (KS, 2020a).

Dessuten viser funn i denne studien at informantene hadde en forventning, og et ønske, om at hjemmesykepleien skulle ta ansvar og initiativ til samarbeid, for eksempel ved å følge opp samarbeidsmøter. Informantene hadde erfart at avtalte møter ikke ble oppfulgt fra hjemmesykepleien sin side, og dette ble naturlignok sett i sammenheng med dårlig kommunikasjon mellom pårørende og hjemmesykepleien. Fensli et al. (2017) viktigheten av å ta vare på den støtten pårørende ofte ønsker å bidra med, men at det mangler gode løsninger for hvordan man skal samarbeide omkring teknologi. Etter lansering av samhandlingsreformen i 2009 var fokuset å skape bedre samarbeid mellom kommuner, samt tilby tjenester nært brukere, som skulle bidra til en mer bærekraftig velferdsstat, men heller førte dette til at kommunene ble pålagt ytterligere oppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), samtidig som kommunene fikk flere oppgaver knyttet til teknologi (Meld.st.29, 2012-2013), Helsedirektoratet, 2020a). Dette kan by på utfordringer fordi pårørende ofte har forventninger til hvordan hjemmesykepleien organiserer tjenesten. Hvis forventningene ikke innfris kan dette føre til merbelastning for pårørende (Jakobsen & Homelien, 2011). Det er forventet at brukere av tjenester vil stille høyere krav til tjenester som kommunen utfører (Haugan & Rannestad, 2014, s.19-21). Høye krav og økt fokus på brukermedvirkning og velferdsteknologi kan i verste fall føre til stort press for hjemmesykepleien, og med få ressurser kan det bli vanskelig å følge opp krav og forventninger pårørende har til trygghetsalarmtjenesten. Stokke et. al. (2019) påpeker i sin studie at til tross for offentlige dokumenter som skal sikre bærekraftige løsninger og myndiggjøring (brukermedvirkning) er virkeligheten mye mer kompleks. Det skapes forventninger om at velferdsteknologiske løsninger skal være ressursbesparende, men måten det jobbes på må endres, slik at teknologi ikke blir implementert på toppen av, og i tillegg til andre tjenester (Moser, 2019, s. 113). Sett i sammenheng med Antonovsky (2018) sin teori kan man tenke at godt samarbeid er nødvendig for at teknologitjenester skal oppleves meningsfullt,

at pårørende kan bidra i utforming av tjenesten og følge opp det de kan, men få avlastning og møte forståelse ved behov.

Funn fra denne studien viser at informantene hadde ulike praktiske omsorgsoppgaver knyttet til det å være pårørende til en person med demens, hvor teknologi kom i tillegg, som bidro til økt belastning. Oppgavene informantene utførte var blant annet transport til viktige avtaler, lage mat, handle, økonomisk ansvar og gi medisiner. Det totale ansvaret viste seg for noen å være en belastning. Forskning viser at faktorer som påvirker omsorgsbelastningen er blant annet økt omsorgstid og redusert mestringsevne hos pårørende (Hagen & Eide, 2020). Karlsen et al., (2018) & Sriram et al., (2020) viser at teknologi kan gi pårørende økt byrde og ansvar, men på en annen side opplever ikke pårørende til eldre personer nødvendigvis oppgavene de utfører som krevende, fordi de selv har en forventning om at de skal ta seg av sine egne foreldre (Opinion, 2021, s. 33). Et av målene i pårørendestrategien er å anerkjenne pårørende som en ressurs, og tilrettelegge slik at pårørende skal kunne leve et godt liv med å yte omsorg til sin nære, i kombinasjon med arbeid og utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Funn i denne studien viste at informanter hadde redusert arbeidsstilling eller måtte ta fri fra jobb for å følge personen med demens til viktige avtaler som lege og tannlege. Oppfølging av trygghetsalarmer kunne oppleves som merarbeid.

Videre var flere informanter i studien bekymret for at personen med demens skulle falle, og et par informanter hadde erfart at personen med demens hadde ringt de for hjelp i stedet for å benytte seg av alarmen. Forskning understøtter at pårørende til personer med demens er bekymret for fall og andre farer som kan oppstå i eller utenfor hjemmet (Toot et al., 2013, s.330). Jakobsen & Homelien (2011) beskriver at det ofte er barna til personer med demens som opplever størst bekymring for fall, i tillegg er barna bekymret for om personen med demens kan gå seg bort, de er engstelige for om huset er uryddig og urent, eller om det kan oppstå brann (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 26). Funn i studien til Berge (2017) viser at pårørende var redd for at det skulle forekomme fall og at personen ble liggende i lang tid uten å få hjelp. Dette samsvarer med det informantene i denne studien uttrykte, og det var flere som beskrev episoder med fall som hadde ført til brudd og kuttskader.

En informant opplevde at trygghetsalarmen bidro til et mer «*strevsomt liv*» fordi å mase samt minne om bruk av trygghetsalarmen ble en merbelastning. Tidligere forskning viser at teknologi

på en annen side kan bidra til å redusere omsorgsbelastningen for pårørende, blant annet ved å redusere engstelse og frykt (Marasinghe, 2016). I studien til Marasinghe (2016) fremkommer det en anbefaling om å utvikle teknologi som ikke fører til økt belastning for pårørende. Sett ut ifra Antonovsky sin teori vil ikke bruk av teknologi bidra til helsefremming for pårørende hvis det oppleves som stress og økt belastning. Oppgavene knyttet til teknologi oppleves individuelt alt ettersom personen har en svak eller sterk OAS. En person med sterkt OAS vil kunne rette sin oppmerksomhet mot det som anses som problemet, for deretter å ønske å finne de ressursene som er nødvendig for å løse dette (Antonovsky, 2018, s. 150).

Funn i denne studien samsvarer med funn i studien til Sriram et. al (2020), hvilket viser at informantene ønsket å stille opp for sin nære. Forskningen viser at pårørende i studien flyttet på seg selv eller personen med demens slik at de kunne bo nærme hverandre (Sriram et. al (2020). I likhet med dette bodde informantene i denne studien også i nærheten av personen med demens, og noen hadde flyttet selv eller personen med demens, slik at det ble kortere avstand mellom dem og derfor lettere å hjelpe. Kvinnene som omsorgspersoner i denne studien skilte seg ekstra ut med tanke på hvordan de skildret omsorgsbelastningen. En informant beskrev at hun følte hun ikke strakk godt nok til i hverdagen, og at denne tanken plaget henne. Søderlund (2004) (Jakobsen & Homelien, 2011, s.17) bekrefter at det å være pårørende til en person med demens gjerne oppleves forskjellig fra kvinner til menn. Pårørende undersøkelsen (Opinion, 2021, s.20) viser at det er flere kvinner enn menn som er pårørende, men skillet er ikke så stort. Det kan likevel være en tenkelig forklaring på flertallet av kvinnelige informanter i denne studien. Videre i pårørendeundersøkelsen hevdes det at det er mest vanlig å gi pårørendeomsorg til kvinner (Opinion, 2021, s.20). Det samsvarer med denne studien som viser at seks av personene med demens var kvinner og en var mann.

Tilsynelatende kan det tyde på at informantene på tross av betydelig omsorgsbelastning, opplevde opplevelse av sammenheng. De finner mening med å engasjere seg rent følelsesmessig; de opplever at det er verdt å engasjere seg i personen med demens sitt liv. Antonovsky (2018, s. 120) hevder at tilknytning, ivaretagelse og gode relasjoner i oppveksten vil styrke muligheten for å vise omsorg. De indre ressursene informantene har vil gi overskudd til å ta vare på sin nære. En informant som beskrev høy belastning savnet mer kontakt med hjemmesykepleien, trolig for å få støtte, forståelse og anerkjennelse til å klare å stå i omsorgsrollen. Antonovsky (2018) knytter dessuten medbestemmelse og personers rettigheter opp mot det å føle seg anerkjent og sosialt verdsatt. Ut ifra min forståelse vil

hjemmesykepleiens tilrettelegging av brukermedvirkning kunne anses som betydningsfullt for pårørendes opplevelse av mening, samt bidra til opplevelse av sammenheng.

6.2 Ambivalens knyttet til teknologitjenester

Informantene i denne studien uttrykte tydelig både positive og negative erfaringer knyttet til bruk av digital trygghetsalarm hos personen med demens. De viste usikkerhet og skepsis knyttet til trygghetsalarmen som tjeneste, og en rekke ulike faktorer viste seg å bidra til ambivalens rettet mot teknologitjenester. I denne studien fortalte alle informantene, bortsett fra én, at trygghetsalarmen ga en følelse av trygghet, noe som samsvarer med hensikten med digital trygghetsalarm hvilket er å ivareta trygghet og sikkerhet for brukere og pårørende (Moser, 2019, s. 29-30). Dette understøttes av funn i flere studier (Marasinghe, 2016, Sriram, 2020, Kalsen et al., 2018, Berge, 2017, Fänge et al., 2019). Trygghet for pårørende i denne studien ble blant annet knyttet til hjemmesykepleiens tilgjengelighet. Informantene opplevde at det var trygt at personen med demens kunne trykke på alarmen å få hjelp når som helst. Videre lå det ekstra trygghet i å vite at hjemmesykepleien kunne stille opp når pårørende for eksempel var bortreist eller hvis det var behov for hjelp på natten. Dette kan sammenlignes med funn i studien til Berge (2017), hvor pårørende oppfordret sine foreldre til bruk av teknologi for å bedre sikkerheten når de selv ikke var til stede.

Til tross for at informantene erfarte hjemmesykepleien tilgjengelige, viste det seg at det var kombinasjonen av flere tjenester, som tilsyn av hjemmesykepleien og trygghetsalarm, som ga informantene den største opplevelsen av trygghet. Samtlige av personene med demens hadde jevnlig tilsyn fra hjemmesykepleien, og en informant uttrykte at det var en trygghet å vite at hjemmesykepleien var innom slik at det ikke ville gå for lang tid før personen med demens fikk hjelp hvis det hadde skjedd noe. Dagsentertilbud og hjelp i fra støttekontakt ble i tillegg ansett som viktige tiltak som bidro til økt trygghet i hverdagen. Funnene i denne studien viser at kombinasjonen med teknologi og menneskelig kontakt gir pårørende trygghet, hvilket bekrefter at teknologi ikke kan være en erstatning for den nærheten og omsorgen et menneske kan gi (Meld. St. 2012-2013, s. 109).

På en annen side erfarte informantene i denne studien at alarmen kunne gi en falsk trygghet. Johannessen et al. (2019, s.77) sin studie viser til funn der helsepersonell beskrev at teknologi kan oppleves som falsk trygghet fordi helsepersonell ikke alltid er til stede og kan se at alarmen

blir tatt med (i dette tilfellet ut på tur). I denne studien viste informantene usikkerhet og skepsis knyttet til bruk av alarm hos personer med demens, nettopp fordi informantene hadde problemer med å stole på at alarmen ble benyttet hvis det var behov for hjelp. Flere informanter hadde erfart at personen med demens la fra seg alarmen, for eksempel på nattbordet. Ut i fra det informantene beskrev i denne studien kan det tyde på at hvor i forløpet personen med demens befant seg hadde innvirkning på i hvilken grad pårørende opplevde alarmen som en trygghet. Fänge et al., (2019) belyser at det vil være betydningsfullt å installere teknologi tidlig i forløpet hos personer med kognitiv svikt, da de enda er i stand til å forstå hensikten med teknologien samt hvordan den skal benyttes. På en annen side viser forskning at pårørende ikke alltid er like engasjerte i å tilegne seg kunnskap om teknologi, dette fordi teknologi beregnet til personer med demens mest sannsynlig lar seg nyttiggjøre kun en liten periode (Lorenz et al. 2017, s.736). Sett i sammenheng med Antonovsky (2018) sin teori, kan man tenke at teknologi bør innføres tidlig i forløpet mens situasjonen rundt bruk av teknologi fortsatt oppleves som håndterbar- at personen med demens fortsatt har ressurser, vet hvordan alarmen skal brukes og forstår hensikten. Man kan forstå det slik at personen med demens vil kunne nyttiggjøre seg av teknologi lengre ut i demensforløpet. På en annen side er det ikke alltid trygghetsalarm er egnet til personer med kognitiv svikt (Moser, 2019, s.30), men at det vil være mer hensiktsmessig med passiv teknologi, som sensorteknologi som er programmert til å varsle automatisk (Sriram et al., (2020), som for eksempel fallalarm.

Flere informanter følte seg involvert i beslutningen om å installere trygghetsalarm, og de fortalte at det hadde vært et samarbeid mellom informanten, hjemmesykepleien eller demenskontakten i kommunen. Informantene var fornøyd med at de fikk ta del i oppfølging og beslutninger underveis, og de følte seg involvert ved at hjemmesykepleien tok kontakt hvis det var noe. På en annen side følte de seg ikke involvert i digital trygghetsalarmtjeneste, og det ble formidlet at hjemmesykepleien aldri snakket om trygghetsalarmen. Forskning viser at helsepersonell har en viktig rolle med å følge opp ulike teknologier (Johannessen et al., 2019). Det tydet på at informantene i denne studien ikke hadde fått informasjon om ulike rutiner og om oppfølging av trygghetsalarmen. Sett i sammenheng med helhetlig tjenestemodell (Figur 3) ser det ut til at informantene i studien ble inkludert i det aller første steget, nemlig kartlegging og tildeling av tjenesten. Her var de fleste informantene involvert. Men etter teknologien var installert tyder det på at de ikke har vært involvert i evaluering av tjenesten, hvor det anbefales at pårørende og helsepersonell vurderer jevnlig bruk og behov for teknologien (KS, 2020a).

Opplæring er en av oppgavene kommunene må løse ved implementering av teknologi, hvilket er sentralt i helhetlig tjenestemodell og tjenesteforløp for digital trygghetsalarm (Figur 3 & 4)(KS, 2020a). I denne studien viser funn at det var tre informanter som hadde deltatt på opplæring. De hadde blant annet blitt vist og forklart hvordan teknologien virket. Fire informanter oppga at de ikke hadde deltatt, men at de hadde blitt forklart at det bare var å trykke på alarmen. En mannlig informant i denne studien opplevde ikke at han hadde behov for opplæring, da han anså teknologien som enkel å bruke. En mulig forklaring på dette kan være fordi informanten hadde kjennskap til teknisk arbeid. Forskning viser at det er nødvendig med tilrettelagt opplæring til både helsepersonell og brukere (Johannessen et al. 2019), nettopp fordi opplæring anses som viktig for å ivareta pårørendes brukermedvirkning og videre styrke samarbeidet mellom hjemmesykepleien og pårørende (Bøckmann & Kjellvoll, 2021, s. 312). Bøckmann & Kjellvoll (2021, s.100-101) beskriver at opplæring til pårørende vil kunne bidra til økt følelse av mestring og kontroll. Pårørendes rett til veiledning og opplæring er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-6) men er kun lovfestet for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Bøckmann & Kjellevold (2021, s. 101) er tydelige på at denne reguleringen bør endres til å gjelde også for pårørende som ikke faller under kategorien særlig tyngende omsorgsarbeid. Det kan allikevel være nødvendig å tilrettelegge for at nære pårørende skal kunne medvirke i tjenesten som angår personen med demens. Sett i sammenheng med funn i denne studien, synes det at kommunene fortsatt må arbeide videre med å involvere pårørende i opplæring.

Flere av informantene fortalte at de ikke visste hva som fantes av teknologi, og de etterlyste mer informasjon om muligheter og begrensninger. Mangel på informasjon og kunnskap førte til at informantene var usikre på; hvem i tjenesten som hadde tilstrekkelig kompetanse omkring teknologi, hvor alarmen først ble besvart (rutet), alarmens rekkevidde, rekkevidde på høyttaleren, og alarmens funksjon ved strømbrudd. Funn i denne studien viser i likhet med studien til Karlsen et al., (2018, s. 9) at pårørende som har begrenset kunnskap om teknologi, uttrykte manglende informasjon fra hjemmesykepleien og at de ønsket å få mer informasjon om teknologi samt hvordan teknologien virker i hverdagen. Dette kan man se i sammenheng med det Antonovsky (2018) beskriver som begripelighet- at situasjoner er forståelige. Altså å informere pårørende med den hensikt å øke deres forståelse om hvorvidt teknologi kan bidra til

at de er forberedt på ulike situasjoner som kan oppstå ved bruk av teknologien, og som en konsekvens av dette kan situasjonen oppleves håndterbar.

Brukermedvirkning er her et viktig begrep for å sikre at pårørende får den informasjonen de har behov for og ønsker (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 73). Studien til Sriram et. al (2020) viser til funn der pårørende ikke opplevde tilstrekkelig informasjon og støtte fra offentlige tjenester. Det å «bare gi informasjon» var for noen ikke tilstrekkelig, og pårørende fortalte videre at de tilegnet seg kunnskap gjennom ulike støttegrupper, offentlige organisasjoner, familie og internettsøk. Studien til Olsson et al (2011) bekrefter at pårørende i studien hentet informasjon i fra andre steder, og viser til mulig sammenheng med dårlig kompetanse blant helsepersonell. Informantene i denne studien visste lite om teknologiens muligheter og begrensninger, hvilket kan tyde på at hjemmesykepleien ikke hadde nok kompetanse selv, manglende rutine på å utveksle informasjon, eller det kan handle om informantens egne interesser og engasjement for teknologi.

Der imot hadde to kvinnelige informanter tatt initiativ til deltakelse på kurs for pårørende, hvorpå de ga uttrykk for at de hadde fått informasjon blant annet om teknologi, men etterlyste likevel mer. Demensplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 28) understøtter at mange pårørende opplever mangelfull informasjon om tjenester. Den ene informanten som hadde deltatt på kurs erkjente å ikke vite hva som finnes av teknologi, hvilket kunne tyde på at informasjonen på møtet ikke var tilstrekkelig, eller at informanten hadde glemt informasjonen som ble gitt på kurset. Det kan tyde på at det er behov for å gi informasjon til pårørende jevnlig, og at det kan være behov for påminnelse.

De fleste informantene opplevde økt trygghet, men også ambivalens. I likhet med studien til Karlsen et al. (2018) viser funn ambivalens sett i sammenheng med ønske om at den eldre kan bo hjemme, og på den andre siden bekymring og stress tilknyttet dette. Ønsket var sterkt om å opprettholde autonomi hos den hjemmeboende i tillegg til at det var generelle oppgaver og oppgaver som handlet om teknologi (Karlsen et al 2018). Funn i denne studien viser at det er sammenhengen mellom flere ulike faktorer som påvirker i hvilken grad pårørende stoler på teknologien. Som for eksempel opplæring, informasjon og kunnskap, som viser seg å overlape hverandre.

6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Kommunene er enda i en startfase av digital trygghetsalarmtjeneste, og det arbeides fortsatt med tjenesteforløp for å få implementert teknologi i drift på en god måte, som for eksempel fordeling av oppgaver, roller og ansvar i kommunen.

Tjenesten bør involvere pårørende bedre for å finne best mulig løsning for teknologi tilpasset behov for personer med demens, og teknologi bør innføres tidlig i et demensforløp. Informasjon og kunnskap hos pårørende og tjenesten bør sikres tidlig i demensforløpet, og det bør tilrettelegges for arenaer hvor pårørende kan tilegne seg kunnskap om ulike hjelpemidler som kommunen kan tilby. Funn viser et tydelig behov for mer informasjon og opplæring, jevnlig evaluering og oppfølging av teknologi til personer med demens. Behovene til personer med demens kan endres fort. Det er derfor viktig å involvere pårørende i evaluering av tjenester og eventuelle behov for justering av teknologien.

Helhetlig tjenestemodell kan med fordel ha økt fokus på pårørende som en viktig aktør inn i modellen. De bør være informert og involvert i tjenesteforløp, for eksempel når det gjelder kartlegging, installering og evaluering av tjenesten. Pårørende er en viktig ressurs og nødvendig samarbeidspartner, for å sikre at teknologitjenester til hjemmeboende personer med demens fungerer over tid. Det vil være nyttig og helsefremmende å få mer fokus på pårørendeinvolvering i helhetlig tjenestemodell.

6.4 Metodediskusjon

I dette kapitlet drøftes fordeler og ulemper med de ulike metodevalgene i studien. Til slutt diskuteres studiens reliabilitet og validitet.

Rekruttering og utvalg

Det ble rekruttert 7 informanter totalt i studien, selv om det ble gjort forsøk på å rekruttere flere i perioden. Det foreligger ingen fasit på antall informanter man må ha i en kvalitativ studie, men det avhenger av formålet (Kvaale & Brinkmann, 2019, s. 148). Et mindre antall informanter gjorde det mulig å bruke mer tid på en grundig analyse av hvert intervju (Kvaale & Brinkmann, 2019, s. 149). Det ble vurdert som tilstrekkelig med syv informanter da utvalget viste seg å være variert med tanke på relasjon til personen med demens, kjønn og bostedskommune. Materialet viste ulike nyanser som et godt bidrag for å finne svar på min problemstilling. Det hadde derimot vært en fordel med informanter som er førstekontakt ved utløst alarm.

For å belyse problemstillingen samt styrke validiteten i studien ble det utført et strategisk utvalg av deltakere (Malterud, 2018, s. 58).

Kommuner som hadde pårørende som førstekontakt på å besvare alarm var i utgangspunktet spesielt interessant å inkludere i studien. Her var det i utgangspunktet fire aktuelle kandidater. Det viste seg at en pårørende ikke ønsket å stille til intervju med lydopptak. Den andre ble ikke inkludert fordi det var tvil om personen med demens var samtykkekompetent. De to siste viste seg å ikke ha diagnosen demens. Dermed ble ingen informanter som er førstekontakt ved utløst alarm rekruttert. Rekrutteringen var en lang og tidkrevende prosess. Flere kommuner opplevde å være i en stressende situasjon på grunn av koronapandemien. De hadde liten tid til rådighet utover de oppgavene de måtte ta seg av. Det gikk derfor med en del tid på å etterspørre hjelp og «purre» på kommuner.

Inkluderingskriterier var pårørende til personer som var hjemmeboende og hadde en demensdiagnose, med samtykkekompetanse, og som brukte digital trygghetsalarm. Personer i tjenesten opplevde som langt kommende i demens forløpet var ikke ønskelige å inkludere, dette på bakgrunn av tvil om samtykkekompetanse. Ansatte i tjenesten tok denne vurderingen som jeg måtte stole på.

Intervjusituasjonen

Det ble utført telefonintervju av samtlige informanter. Nedstenging av samfunnet på grunn av koronapandemien gjorde det utfordrende, og det ble vurdert som lite forsvarlig å møtes fysiske

til intervju. Digitalt intervju ble utelukket på grunn av det kunne forekomme sensitiv informasjon om tredje person (som det ble søkt godkjenning til hos NSD). Telefonintervju var foretrukket av informantene på grunn av restriksjoner og at det var manglende kunnskap om teams/zoom. På bakgrunn av at det kunne fremkomme sensitive opplysninger om personen med demens under intervjuet med pårørende, ble det hentet inn tredje- persons samtykke fra personene med demens (Vedlegg 3).

Telefonintervju har en rekke fordeler, som blant annet muliggjør å utføre intervju hvor det er store geografiske avstander (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 178). En ulempe ved et slikt intervju er at nonverbal kommunikasjon samt ansiktsuttrykk uteblir. Det kan ha påvirket det sosiale samspillet i intervjusituasjonen og videre kan jeg ha gått glipp av nyttig informasjon og formidling av uttrykk. Disse uttrykkene kunne vært betydelige i videre arbeid med materialet. I tillegg opplevdes det som det var en viss avstand mellom informantene og meg, og ved fysisk intervju kunne dette vært unngått og informantene hadde kanskje åpnet seg enda mer. På en annen side virket informantene rolige og lite stresset i intervjusituasjonen. Telefon er et kjent «redskap» og de kunne oppholde seg hjemme i sine trygge og vante omgivelser. Informantene var informert om at det var ønskelig at de oppholdt seg utenfor forstyrrelser og støy, hvilket alle sammen etterfulgte. Intervjuene ble utført etter som når det passet best for informantene. Det ble intervjuet både på dagtid og på kveldstid.

Som nybegynner og uerfaren intervjuer var dette en lærerik prosess. Det ble skrevet notater etter hvert intervju, hvilket gjorde det enklere å utføre små justeringer for å bedre kvaliteten på de kommende intervjuene. Et notat etter første intervju var: «gi mer tid» til informanten. Det viste seg også å være en fordel å transkribere direkte etter hvert intervju. Da var det enklere å bli mer oppmerksom på egne forbedringspotensialer som intervjuer.

Kvaale & Brinkmann (2019, s. 170) påpeker viktigheten med «aktiv lytting» i intervjusituasjonen. Dette er i tråd med den fenomenologiske tilnærmingen. Malterud (2018, s.133) belyser nødvendigheten med å gi informantene tid og rom slik at de kan dele sine erfaringer og overveielser med intervjupersonen. Jeg var bevisst på å gi informantene tid, og erfaringene var at dette ble enklere for hvert intervju. I de første intervjuene opplevdes det rart med de stille øyeblikkene, men det viste seg å bli mer naturlig etter hvert. Flere informanter bidro med rikelige svar, mens andre fattet seg mer i korthet. Som nybegynner viste det seg å være utfordrende å følge opp samtalen med oppfølgings spørsmål, for eksempel «kan du fortelle

mer om det, kan du utdype det». Jeg ser imidlertid at dette kunne gitt mer utfyllende informasjon i enkelte tilfeller.

Selv om pårørende hadde fått informasjon om prosjektet på forhånd, valgte jeg å sette av tid i forkant av intervjuet for å snakke om studiens formål. Det ble også gitt en påminnelse omkring opptak av samtale. I enkelte intervjuer følte det ut som informantene snakket til meg og de forventet at jeg kunne svare på spørsmål som de selv var usikre på. På en annen side opplevde jeg at vi forsto hverandre godt, og at det bidro til at informantene åpnet seg og snakket fritt. Det var en fordel for min for forståelse at jeg hadde hospitert på et kommunalt responscenter i forkant av intervjuene samt før arbeid med studien. Dette bidro til at jeg hadde økt forståelse og kunnskap omkring temaet, og jeg kunne aktivt bruke min kunnskap og bygge videre på denne underveis i prosessen.

Spørsmålene i intervjuguiden ble hovedsakelig fulgt i den rekkefølgen spørsmålene var satt opp. Det forekom at informantene kom inn på temaer som det skulle spørres om lengre ut i samtalen. Informanten fikk snakke ferdig, og da vi senere kom til spørsmålet som allerede var snakket om, ble spørsmålet gjerne tatt opp for å være sikker på at all erfaring omkring temaet var formidlet. Intervjuene foregikk stort sett uforstyrret, med unntak av ett intervju hvor en pårørende beveget seg i et område uten dekning. Dette ble raskt rettet opp av informanten og medførte derfor ikke tapt materiale. Intervjuprosessen bidro til en personlig og kunnskapsrik utvikling.

Transkribering

For å være sikker på at materialet ikke skulle gå tapt, ble det benyttet to diktafoner i intervjuene. Det ble transkribert ordrett hva informantene sa, men for å bevare anonymitet ble det ikke skrevet på dialekt. Nøling, kremting og stille perioder ble notert. På denne måten ble det lettere å danne seg et helhetlig bilde samt å gjenoppleve samtalen mest mulig troverdig senere i prosessen. Det informantene formidlet og slik det ble oppfattet under datasamlingen, ønsket jeg å ivareta på best mulig måte (Malterud, 2018, s. 77). Dette til tross for at språket til tider kan virke usammenhengende og fremstå som forvirret tale (Kvaale & Brinkmann, 2019, s. 213). Resultatet ga en mer virkelighetsnær opplevelse av det som ble formidlet av informanten. Det ble i tillegg ansett å være viktig da det ikke var mulig å se ansiktsuttrykk og kroppsspråk.

Teksten ble senere noe redigert til mer leservennlig tekst.

Analyse

I det Malterud (2018, s.100) beskriver som andre analyse trinn, skal man blant annet legge til side materialet som ikke skal brukes og heller se mer spesifikt på det man ønsker å undersøke nærmere. I denne studien ble det laget noder av alt transkribert materiale i analyseprogrammet Nvivo, for ikke å gå glipp av viktig informasjon. Malterud (2018) beskriver sin analysemetode som at man tar sikte på få temaer og kodegrupper, men i denne studien ble det først dannet flere temaer. Det viste seg å være mye arbeide, og mye å holde styr på en periode. På en annen side ble jeg godt kjent med materialet ved å være lenge i denne fasen samt utforske og oppdage nye tolkninger og funn som ellers kanskje ville vært oversett.

Trinnene i analyseprosessen ble diskutert med veileder for å styrke studiens pålitelighet.

Problemstillingen ble stadig gjennomgått, og jeg jobbet aktivt for å legge til side min forforståelse, som har betydning for studiens refleksivitet (Malterud, 2002). Det opplevdes derfor nyttig med veiledning for å kunne diskutere de ulike trinnene, som gjorde det mulig å se nye mønstre.

For ikke å miste viktig informasjon og for å sikre studiens validitet, ble ingen ting slettet i Nvivo. Nvivo ble benyttet gjentatte ganger for å kontrollere materialets opprinnelse, samtidig som det gjorde det mulig for meg å forholde meg tekstnært.

Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om i hvilke grad våre forskningsresultater er troverdige, og om det er mulig for andre forskere å reprodusere vårt resultat (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276). De ulike metodevalgene som er foretatt i studien er detaljert beskrevet, slik at det er opp til leseren selv å vurdere hvorvidt de ulike delene virker troverdig eller ei. Malterud (2018, s.19) benytter seg ikke av ordet reliabilitet. Men bruker ordet refleksivitet om blant annet forskerens aktive holdning til de ulike valgene som tas gjennom forskningsprosessen. Forskeren må forsøke å se prosessen fra ulike vinkler og stoppe opp for å stille seg kritiske og reflekterende spørsmål ved eget arbeid.

Studiens refleksivitet kan påvirkes ettersom hvor bevisst forskeren er sin egen rolle. Forskeren skal i tillegg være bevisst forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg og bearbeidelse og tolkning av materialet (Malterud, 2018 & 2002). Jeg anerkjente at informantene visste om min bakgrunn som sykepleier i hjemmetjenesten, og at dette kunne påvirke deres svar i intervjuene ved at de holdt tilbake informasjon som kunne ha betydning for funnene. Det ble bevisst valgt informanter som jeg ikke hadde personlig kjennskap til.

Validitet handler om i hvilken grad metoden undersøker det den er ment til å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 276). Malterud beskriver dette som *intern validitet*, og skiller det i fra *ekstern validitet* som handler om studiens overførbarhet (Malterud, 2018, s. 23-24). I hvilken grad funnene i studien er overførbare, reiser spørsmål som for eksempel hvorvidt svaret på min problemstilling ville vært det samme hvis en annen forsker hadde utført den samme prosessen med utgangspunkt i samme problemstilling. Forskningsprosessen ble grundig dokumentert, og funnene kan være overførbare til andre liknende kontekster. Funnene er alltid preget av forskerens forforståelse, fordi man bruker seg selv som aktivt instrument i hele prosessen.

Forskeren bør kvalitetskontrollere sine anvendte metoder, for å styrke studiens gyldighet og validitet (Kvaale & Brinkmann, 2019, s. 278). Det ble brukt god tid på planlegging før de ulike trinnene i metoden ble utført. Fortolkninger og funn i analyseprosessen ble stadig kontrollert opp mot det opprinnelige transkriberte materialet, og til sist ble de ulike fasene nøye gjennomgått.

I følge Malterud (2018, s. 15) handler kvalitativ metode om flere ulike måter å finne kunnskap på. Hvordan man samler inn kunnskap og behandler denne, avgjør om en studie kan betegnes som vitenskapelig gyldig eller ikke.

7.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å finne svar på hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever digital trygghetsalarm tjeneste. Hjemmeboende personer med demens i denne studien benyttet seg av digital trygghetsalarm i tillegg til hjemmesykepleie, hvor pårørende var involvert i oppgaver knyttet til bruk og oppfølging av teknologien.

De fleste informantene var positive, og teknologi var ønsket fordi den eldre kunne bo hjemme. Funnene tyder derimot på at det er behov for at hjemmesykepleien er tydelig på å fordele roller og ansvar ved bruk av teknologitjenester, og informantene ønsket og forventet at hjemmesykepleien tok initiativ til samarbeidsmøter. Det viste seg at informantene hadde mange oppgaver de måtte utføre i hverdagen knyttet til det å være pårørende til personen med demens, og oppgaver knyttet til teknologi kunne oppleves som en ekstra belastning på toppen av dette. Allikevel opplevde informantene en tilgjengelighet i tjenesten fordi personen med demens når som helst i løpet av døgnet kunne trykke på alarmen, og hjemmesykepleien stilte opp da det var behov. Flere opplevde at det var en trygghet å vite at personen med demens hadde trygghetsalarm, men de var allikevel usikre på om personen med demens evnet å bruke alarmen. Det viste seg at det var kombinasjonen med trygghetsalarm og tilsyn fra hjemmesykepleien som ga informantene størst trygghet i hverdagen.

Studien viser at pårørende bør involveres tidlig slik at de kan medvirke i tjenesteforløp for teknologi, nettopp for å styrke sin opplevelse av sammenheng. Med dette vil teknologien kunne oppleves som begripelig, gi følelsesmessig mening og oppleves som håndterbar, slik at pårørende kan oppleve å ha ressurser nok til å mestre hverdagen som pårørende til en person med demens.

Alle informantene viste i større eller mindre grad usikkerhet og skepsis knyttet til teknologiens muligheter og begrensninger, som tyder på at det er behov for at pårørende blir involvert i opplæring i bruk av teknologi, samt får informasjon for å øke sin kompetanse. Det er da avgjørende at hjemmesykepleien og den som utfører opplæring har god kunnskap om teknologi selv.

Denne studien viste at informantene visste lite om teknologi til bruk hos hjemmeboende personer med demens, og hvilke muligheter de faktisk har og kan benytte seg av for å skape trygghet og en enklere hverdag for personen med demens og seg selv.

LITTERATURLISTE

Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. (2021). *Hvor mange i Norge har demens?*
Hentet 31.10.21 Fra

https://demenskartet.no/?doing_wp_cron=1635700525.5981431007385253906250

Aldring og helse- Nasjonal kompetansetjeneste, Helsedirektoratet og Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2021). *Hjelpemidler og velferdsteknologi*. Veiviser demens. Hentet 30.10.21 fra https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/?doing_wp_cron=1635583864.9052670001983642578125

Antonovsky, A. (2018). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen* (1. Utg. 4.Opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Andreassen, T.A. (2014). *Brukermedvirkning i helsetjenesten* (1. Utg. 3. Opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Berge, M.S. (2017). Telecare- Where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 4: (1-10). <https://doi.org/10.1177%2F2055668317693737>

[Birkeland, Annette. \(2019\) Personopplysningsloven | Forskningsetikk](#)

Brevik, K. (2016). *Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier*. (IS-2552) Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-responstjenester-for-trygghetsskapende-teknologier/Anbefalinger%20om%20responstjenester%20for%20trygghetsskapende%20teknologier.pdf/_attachment/inline/3e5757e2-0d8b-40fa-badf-a11b388448a6:4c3be032b13124491068af14e813662b49cbb05a/Anbefalinger%20om%20responstjenester%20for%20trygghetsskapende%20teknologier.pdf

Bøckmann, K. & Kjellvold, A. (2021). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten* (3.Utg. 1.Opplag). Fagbokforlaget.

Cassie, K.M., & Sanders, S. (2008). Familial Caregivers of Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 50(1) 293-320. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/01634370802137975>

Chaffey, P. (2017). *Tid for digitalisering i kommunene*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet 03.11.21 Fra https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kmd/taler-og-innlegg/politisk_ledelse/taler-og-artikler-av-statssekretar-paul-/2017/tid-for/id2567577/

Fensli, R., Smaradottir, B., Boysen, S E., Senter for e-Helse, Universitetet i Agder, Sintef digital. (2017). *Inter-organisatoriske problemstillinger knyttet til etablering og drift av velferdsteknologi, telemedisin og responscenter tjenester* (Delrapport 3, 2017). Hentet fra https://grimstad.uia.no/ehelse/M4ALMO_Rapport_3-2017.pdf

Folkehelseinstituttet. (2021, 23. Februar). *Demens*. Hentet 29.10.21 <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Hagen, P.I & Eide, A (2020). Omsorgsbelastning for pårørende til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(24), 237 -248. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-04-02>

Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.). (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm Akademiske.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Vi – de pårørende*.

Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-parorendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Demensplan 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området* (IS-2225).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20på%20det%20velferdsteknologiske%20området.pdf/> /attachment/inline/d6ab7b48-35f4-48d4-b5a8-43f4760de6ee:b4e9cd3c84b71eb7edeb1fa9512823f9ec3c010e/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20på%20det%20velferdsteknologiske%20området.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Voksne pårørende*. Hentet 09.10.21 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/avklare-hvem-som-er-parorende-deres-rolle-og-fore-journal/voksne-parorende/avklar-hvem-som-er-naermeste-parorende-til-voksne-pasienterbrukere>

Helsedirektoratet. (2019). Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram - Helsedirektoratet. Hentet 08.10.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Lov-2011-06-24-30). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Holm, S., & Wiik, H. (2020). *Bo lenger hjemme- nye utfordringer for hjemmetjenesten*. Fagbokforlaget.

Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens – om å forstå, involvere og støtte*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Johannessen, T.B, Holm, A.L., & Storm, M. (2019) Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 5 (3), s. 71-83. Hentet 02.11.21 Fra <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>

Karlsen, C., Moe, C. E., Haraldstad, K., & Thygesen, E. (2018). Caring by telecare? A hermeneutic study of experiences among older adults and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;1-14. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14744>

Karlsen, C., Haraldstad, K., Moe., C.E., & Thygesen, E. (2019). Challenges of Mainstreaming Telecare. Exploring Actualization of Telecare Affordances in Home Care Services. *Scandinavian Journal of Information Systems*. 31, (1), 31-66. <https://aisel.aisnet.org/sjis/vol31/iss1/2>

Karlsen, C. (2021). *Personsentrert tilnærming og brukermedvirkning*. Standal, K., Karlsen, C., & Dugstad, J (Red.), Velferdsteknologiens ABC, Fra brukerbehov til ny løsning. (B) (S .8-10) Nasjonalt velferdsteknologiprogram, KS, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett. Hentet 25.10.21 fra <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologiens-abc/Velferdsteknologiens-ABC-Emne-B-F41-web.pdf>

Kristiansand kommune. (2021a). *Kommunalt responscenter*. Hentet 21.10.21 Fra <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/helse-velferd-og-omsorg/dognapnevaktjenester/kommunalt-responscenter/vare-tjenester/#group-1>

Kristiansand kommune. (2021b). *Våre tjenester*. Hentet 25.10.21 fra <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/helse-velferd-og-omsorg/dognapnevaktjenester/kommunalt-responscenter/vare-tjenester/>

KS. (2020a). *Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi*. Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse & KS. Hentet 10.10.21 fra <https://www.ks.no/globalassets/Helhetlig-tjenestemodell-for-velferdsteknologi-.pdf?epsremainingpath=Presentasjon+av+helhetlig+tjenestemodell>

KS. (2020b). *Kartlegging og tildeling av tjenester med velferdsteknologi*. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse. Hentet 03.10.21 fra <https://www.ks.no/contentassets/5fbdd51263a04fa08ea6f6421f454885/Kartlegging-og-tildeling-av-tjenester-med-velferdsteknologi.pdf>

KS. (2021a). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. KS, Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse. Hentet 27.10.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Gevinstrealiseringsrapport%20%20->

[%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologiprogram%202021.pdf/attachment/inline/30887c5d-c6ec-4904-bbeb-66e4d7b86099:56a867a136cea68c1e3b09511c787aa2c0526417/Gevinstrealiseringsrapport%20%20-%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologiprogram,%202021.pdf](#)

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. (Utg. 3). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv. Gyldendal Norsk Forlag AS

Lorenz, K., Freddolino, P.P., Comas-Herrera, A....Knapp, M. & Damant, J. (2017). Technology-based tools and services for people with dementia and carers: Mapping technology onto the dementia care pathway. *Sage journals*. 18 (2), 725-741. 28178858. <https://doi.org/10.1177%2F1471301217691617>

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 2002; 122: 2468-72. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.Utg. 2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget 2017

Marasinghe, M.K. (2015). 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://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/17483107.2015.1087061>

Meld.St.29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. St.meld....(trykt utg.) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Meld.St. Nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling -på rett sted – til rett tid*. Helse – og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Moser, I. Red. (2019). *Velferdsteknologi, en ressursbok*. Oslo: Cappelen damm AS.

Nakrem, S. & Kiran, A. H. (2019). Hvordan lykkes med velferdsteknologi? *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79696>

Nasjonalt velferdsteknologiprogram & KS. *Tjenesteforløp digital trygghetsalarm*. Hentet 20.10.21 Fra

https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ks.no%2Fcontentassets%2F03edb2df5f51432ca40806cd7c53de5d%2Ftjenesteforlop---digital-trygghetsalarm.pptx%3F_t_tags%3Dlanguage%253ano%252csiteid%253abfb9d852-9a87-4d2f-a25f-779a7a8be2ea%26_t_hit.id%3DKsno2018_Models_Media_AllGenericMedia%2F_d6bb4201-3e2e-45d4-a1bc-c3e30de664d2%26_t_hit.pos%3D218&wdOrigin=BROWSELINK

Nauha, L., Keränen, S,N., Kangas, M., Jämsä, T. & Reponen, J. (2016). Assistive technologies at home for people with a memory disorder. *Sage Journal Dementia* 2018, Vol. 17 (7) 909-923. <https://doi.org/10.1177%2F1471301216674816>

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>

Nærdal, B. (2021). *Tiltakspakke demens. Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende*. Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste. Hentet 29.10.21 fra https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/evalueringsrapport-tiltakspakke_demens.pdf

Olsson, A., Engström, Skovdahl, Lampic, C. (2011). My, youre and our needs for safety and security: relatives` reflections on using information and communication technology in dementia care. *Scandinavian Journal of caring sciences*. 2012; (26) 104-112.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2011.00916.x>

Opinion. (2021). *Nasjonal pårørendeundersøkelse* Hentet 02.11.21 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonal->

[parorendeundersokelse/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%20Opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf/_attachment/inline/ca29af90-f139-4585-9a5c7bc48ad01012:28916a0d5971aa8e75391571c0c8017b58defde2/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%20Opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nasjonal-parorendeundersokelse/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%20Opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf/_attachment/inline/ca29af90-f139-4585-9a5c7bc48ad01012:28916a0d5971aa8e75391571c0c8017b58defde2/Nasjonal%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%20Opinion%202021%20for%20Helsedirektoratet.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Sriram, V., Jenkinson, C., Peters, M., Carers experience of using assistive technology for dementia care at home. *National library of medicine*. 2020 Mar 18;10(3) :e 034460

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32193267/>

Stavanger kommune (2017). *Digital trygghetsalarm*. Handlingsplan for velferdsteknologi 2018-2020. Hentet 10.11.21 Fra

<https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/planer/temaplaner/helse-og-omsorg/digital-trygghetsalarm.png?width=323&height=327&transform=DownFit&h=b16cc5f52c228ddf2d8c161a500507dfaa9aa017>

Stokke, R. (2017). «Maybe we should talk about it anyway»: a qualitative studie of understanding expectations and use of an established technology innovation in caring practices. *BMC Health Services Research*, 17(1), 657.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2587-3>

Stokke, R., Hellesø, R., & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 5(3-2019), s. 7-20.

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>

The World Medical Association (2018). Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects. WMA. Hentet 31.10.2021 fra

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Toot, S., Hoe, J., Ledgerd, R, Burnell, K, Devine, M. & Orrell, M (2012). Causes of crises and appropriate interventions: The view of people with dementia, carers and healthcare professionals. *Aging & Mental Health*, 17(3), 328-335.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2012.732037>

Tønnessen, S & Kassah, B.L.L. (2017). *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Gyldendal Norsk Forlag

WHO (2021). *Dementia*. World health Organization. 29.10.21

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Digital trygghetsalarm tjeneste

Referansenummer

564659

Registrert

24.08.2020 av Julie Pehrsson Thomassen - juliep05@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Cecilie Karlsen, cecilie.karlsen@uia.no, tlf: 48033889

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Julie Pehrsson Thomassen, juliepehrsson@gmail.com, tlf: 97538748

Prosjektperiode

01.09.2020 - 31.12.2021

Status

07.06.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

07.06.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 07.06.2021.

Vi har nå registrert 31.12.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere utvidelse av den opprinnelige sluttdato (30.06.2021), må vi vurdere hvorvidt det skal gis ny informasjon til utvalget.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Maren Urheim

Lykke til videre med prosjektet!

26.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 26.10.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Maren Urheim
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



Julie Pehrsson
Thomassen

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: RITMO 082231

Tidspunkt for godkjenning: 23/09/2020

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Pårørende til hjemmeboende personer med demens og deres opplevelse av involvering i digital trygghetsalarm tjeneste

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av gjennomføring som beskrevet i søknaden og under forutsetning av godkjenning av NSD. FEK påpeker at anonymisering skal ivaretas.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -

www.uia.no

FAKTURAADRESSE:

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

Forespørsel til deg som er bruker av digital trygghetsalarm

Dette er et spørsmål til deg om du samtykker i at din nærmeste pårørende deltar med et intervju i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om pårørendeinvolvering i digital trygghetsalarm tjeneste. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er en masteroppgave hvor jeg ønsker å undersøke hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever involvering i digitale trygghetstjenester, hvilke rolle, oppgaver og ansvar pårørende får i tilknytning til implementering og oppfølging av digitalt alarmsystem.

Dette innebærer inkludering i beslutningsprosesser, samarbeid med hjemmetjenesten (evt. kommunalt responscenter), informasjon og opplæring i bruk av digitalt alarmsystem, og informasjon om teknologiens muligheter. Hvordan får pårørende ta del i oppfølgingen underveis og beslutninger som tas?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får din pårørende spørsmål om å delta?

I min studie ønsker jeg å intervju 10-12 pårørende til eldre personer med demens. Som er bruker av trygghetsalarmtjeneste, og har en form for tilknytning til hjemmesykepleie. Pårørende skal være sønn/datter eller svigersønn/svigerdatter og bo i nærheten av deg.

På forhånd har jeg vært i kontakt med hjemmetjenesten i kommunen for å få hjelp til å dele ut dette informasjonsskrivet til deg. Jeg får kontaktinformasjon og navn på hvem jeg kan/bør kontakte av deg, via tjenesten. Jeg kan kontakte pårørende når jeg via tjenesten har mottatt ditt samtykke.

Hva innebærer det for deg at din pårørende deltar?

- Du samtykker til at pårørende vil bli intervjuet om sin bruk av velferdsteknologi og det vil komme frem sensitive opplysninger om din helse.
- Jeg vil utføre individuelt intervju sammen med din pårørende som tar ca. 1 time.
- Intervjuet vil inneholde spørsmål om: Hvordan pårørende opplever å bli involvert i tjenesten, og hvilke rolle og ansvar pårørende får i tilknytning til bruk og oppfølging av digitalt alarmsystem. Hvordan informasjonsutvekslingen mellom pårørende og hjemmetjenesten (evt. Responssenteret) oppleves. Og hvilken tillit pårørende har til teknologien.
- Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, og samtykket kan når som helst trekkes tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker at din pårørende skal delta, eller at din pårørende senere velger å trekke seg. Alle personopplysninger vil da bli slettet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Min veileder og jeg er de eneste som vil ha tilgang til intervjuene med din pårørende, før de blir anonymisert.
- Jeg vil erstatte navn og kontaktopplysninger med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og lagre datamaterialet på en minnepinne som vil være innelåst når den ikke er i bruk. (Evt. Lagre på en forskningsserver).

Jeg vil i publikasjonen anonymisere slik at deltaker ikke skal kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er Juni 2021. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Julie Pehrsson Thomassen
Mail: juliepehrsson@gmail.com Tlf: 97538748 eller
UIA, fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Cecilie Karlsen.
Mail: cecilie.karlsen@uia.no Tlf: 48033889
- Vårt personvernombud: Ina Danielsen. Mail: ina.danielsen@uia.no.
Tlf: 38142140 / 45254401

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Cecilie Karlsen

(Forsker/veileder)

Julie Pehrsson Thomassen

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Pårørende til hjemmeboende personer med demens og deres opplevelse av involvering i digital trygghetsalarm tjeneste*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- At min pårørende kan bli intervjuet om sin bruk av velferdsteknologi, og at det vil forekomme sensitive opplysninger om min helse

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Pårørende til hjemmeboende personer med demens og deres opplevelse av involvering i digital trygghetsalarm tjeneste»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om pårørendeinvolvering i digital trygghetsalarm tjeneste. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er en masteroppgave hvor jeg ønsker å undersøke hvordan pårørende til hjemmeboende personer med demens opplever involvering i digitale trygghetstjenester, hvilke rolle, oppgaver og ansvar pårørende får i tilknytning til implementering og oppfølging av digitalt alarmsystem.

Dette innebærer inkludering i beslutningsprosesser, samarbeid med hjemmetjenesten (evt. kommunalt responsenter), informasjon og opplæring i bruk av digitalt alarmsystem, og informasjon om teknologiens muligheter. Hvordan får pårørende ta del i oppfølgingen underveis og beslutninger som tas?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I min studie ønsker jeg å intervju 10-12 pårørende til eldre personer med demens. Personen med demens skal være bruker av trygghetsalarmtjeneste, å ha en form for tilknytning til hjemmesykepleie. Du skal være sønn/datter eller svigersønn/svigerdatter og bo i nærheten av din pårørende som har en demens diagnose.

På forhånd har jeg vært i kontakt med hjemmetjenesten i kommunen for å få hjelp til å dele ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring til den eldre som er bruker av trygghetsalarm. Rekruttering skjer via den eldre selv og de samtykker før jeg får kontaktinformasjon til deg som pårørende.

Personen som har teknologi har fått informasjon om prosjektet og samtykket til at du kan bli intervjuet, og at det kan forekomme sensitive helseopplysninger om hans/hennes helse.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju. Dette vil ta deg ca. 1 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om: Hvordan du opplever å bli involvert i tjenesten, og hvilke rolle og ansvar du som pårørende får i tilknytning til bruk og oppfølging av digitalt alarmsystem. Hvordan informasjonsutvekslingen mellom deg og hjemmetjenesten (evt. Responssenteret) oppleves. Og hvilken tillit du har til teknologien.
- Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke ditt forhold til helsepersonell tilknyttet hjemmetjeneste/responscenteret.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Min veileder og jeg er de som vil ha tilgang til opplysningene fra deg
- Jeg vil erstatte navnet ditt og kontaktopplysningene dine med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og lagre datamaterialet på en minnepinne som vil være innelåst når den ikke er i bruk. (Evt. Lagre på en forskningsserver).

Jeg vil i publikasjonen anonymisere slik at du som deltaker ikke skal kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er Juni 2021. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Julie Pehrsson Thomassen
Mail: juliepehrsson@gmail.com Tlf: 97538748 eller
UIA, fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Cecilie Karlsen.
Mail: cecilie.karlsen@uia.no Tlf: 48033889
- Vårt personvernombud: Ina Danielsen. Mail: ina.danielsen@uia.no. Tlf: 38142140 / 45254401

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Cecilie Karlsen

Thomassen
(Forsker/veileder)

Julie Pehrsson

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Pårørende til hjemmeboende personer med demens og deres opplevelse av involvering i digital trygghetsalarm tjeneste*», 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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide:

- Årstall født
- Arbeid
- Tidligere erfaring/kunnskap med teknologi
- Hvilken relasjon har du til personen med demens?
- Bor du i nærheten av personen?
- Hva slags type teknologi er installert?
- Tilleggsutstyr til trygghetsalarmen?
- Hvem var det som tok initiativ til å installere? (hjemmetjenesten, personen selv eller dere som pårørende?)
- Hvor lenge har du hatt kjennskap/ forbindelse til digital trygghetsalarm?
- Er du mottaker av alarm, hvilke?
- Hva skjedde i forkant/ hva var årsaken til at alarmen ble tilknyttet din pårørende? Søkte dere eller var det andre, evt. Hemmetjenesten?
- Hva er din erfaring med digital trygghetsalarm?
- Hva slags forventninger har du til bruk av digital trygghetsalarm?
- Hvordan opplever du samarbeid med hjemmetjenesten og evt. responscenteret?

Pårørende involvering

- **Hvordan føler du at du blir involvert i tjenesten?**
- **Hvordan har informasjonen til deg som pårørende vært? Eks.**
Informasjon om muligheter/begrensninger
- **Hva tenker du om opplæring i bruk av digital trygghetsalarm?**
- **Hvordan får du ta del i oppfølgingen underveis og beslutninger som tas?**
- **Hva slags rolle, oppgaver og ansvar har du som pårørende?**
- **Hvilke muligheter har dere erfart?**
- **Hvilke begrensninger med teknologien har dere erfart?**

Trygghet

- **Hvordan opplever du teknologien?**
- **Hvordan føler du alarmens hensikt med å ivareta trygghet og sikkerhet for pasienten og pårørende er?**

- Stoler du på alarmen?
- Kan alarmen bidra til å avlaste deg?
- Hvordan fungerer den i uteområdet?
- Er alarmen forståelig for personen med demens? Når trykke på knappen, og hvordan?
- Hvem besvarer alarmen da den løses ut?
- Hvordan opplever du å være mottaker av alarm?
Kan du gi et eksempel? Eller kan du fortelle om en gang du måtte rykke ut når vedkommende ringte på alarm?
- Hvordan opplever du kommunikasjon?
- Hva syns du fungerer bra med tjenesten, og hva syns du kan/bør forbedres?
- Hva er viktig for deg som pårørende?
- Hva mener du er viktig for hjemmetjenesten å vite om pårørendeinvolvering i arbeidet med teknologi til personer med demens?

Til slutt: Er det noe du ønsker å tilføye?

Søkebegreper - søkeord

Population			Phenomen of Interest		Context
<i>pårørende til hjemmeboende personer med demens</i>			<i>Opplevelser med involvering i digital trygghetsalarm tjeneste</i>		<i>tilknyttet hjemmesykepleie</i>
Pårørende	hjemmeboende	demens	opplevelser	Trygghetsalarm - utvidet med ev andre teknologier...?	
Carer OR carers OR caregivers OR family OR "next of kin*"	(home NOT "nursing home*") OR community OR dwelling* OR "independent living" OR "Community Living" OR (living N1 alone)	Dementia OR alzheimer*	Experience* OR perception* OR attitude* OR satisfaction* OR view* OR opinion* OR belief* Kan også legge til søkeord for kvalitative studier – da disse jo ofte ser på opplevelser OR qualitative OR interview* OR phenomenolog*	"safety alarm*" OR "Protective device*" OR "Signal processing, computer-assisted" OR GPS OR telemedicine or telehealth* or "home monitor*" or "self monitor" or "tele health" OR application* OR app OR apps OR mhealth OR "mobile health" OR smartphone* OR technolog* OR telehome* OR "monitoring, ambulatory" OR "ambulator* monitor*"	Legger ikke til dette i søket- Luk ut irrelevante fra trefflisten

Databaser

Eksempel på søk, CINAHL & MEDLINE (EBSCOhost). Trefflisten inkluderer dubletter, så tallet på unike treff er en del lavere. Se søketeknikker <http://libguides.uia.no/c.php?g=430896&p=4151766>

Merknader	#	Query	Results
Søker på ord for pårørende Kan tenkes flere, for eksempel søk på ektefelle – OR spouse* OR wife OR husband*	S1	Carer OR carers OR caregivers OR family OR "next of kin"	1,587,014
Søker på ord for demens	S2	Dementia OR alzheimer*	337,291
Søker på hjemmeboende – hjemmetjenester - men tar vekk dersom ordet home forekommer i frasen nursing home – vil gi treff på community home, home health care etc. Søk på fraser og bruk av NOT – se søketeknikker.	S3	home NOT "nursing home**"	399,401
Søker på hjemmeboende, boende i kommunen, eller aleneboere	S4	community OR dwelling* OR "independent living" OR "Community Living"	1,085,402
Søker på hjemmeboende, boende i kommunen, eller aleneboere N# = nærhetsoperator, se søketeknikker	S5	living N1 (alone OR independ*)	19,028
Kobler søk på hjemmeboende sammen. Bruk av OR se søketeknikker	S6	S3 OR S4 OR S5	1,417,202
Søker på ord for trygghetsalarmer – utvidet med teknologier, se søk S7-S9	S7	"safety alarm**" OR "Protective device**" OR "Signal processing, computer-assisted"	77,872
	S8	GPS	37,917
	S9	telemedicine or telehealth* or "home monitor*" or "self monitor" or "tele health" OR application* OR app OR apps OR mhealth OR "mobile health" OR smartphone* OR technolog* OR telehome* OR "monitoring, ambulatory" OR "ambulator* monitor**"	2,884,703
Kobler alle søk på ord for teknologier, trygghetsalarmer et sammen	S10	S7 OR S8 OR S9	2,979,717
Søker på ord for erfaringer	S11	Experience* OR perception* OR attitude* OR satisfaction* OR view* OR opinion* OR belief*	3,386,171
Søker på ord for kvalitative studier	S12	qualitative OR interview* OR phenomenolog*	981,078
Samler treff på søk på erfaringer	S13	S11 OR S12	3,921,693
Kobler alt sammen, slik at treff vil inneholde minst et av ordene i hvert av søkeene S1 AND S2 osv- pårørende AND demens AND hjemmeboende AND teknologier/trygghetsalarm AND erfaringer Bruk av AND se søketeknikker	S14	S1 AND S2 AND S6 AND S10 AND S13	485 Lenke til treff

