

PROSJEKTRAPPORT

Varslings- og lokaliseringsteknologi

Behovskartlegging og erfaringsinnhenting



Prosjekttittel: Varslings- og lokaliseringsteknologi. Behovskartlegging og erfaringsinnhenting.

Utarbeidet av: Gro Anita Fosse, Kristiansand kommune og Tone Øderud, SINTEF

Hovedforfatter: Gro Anita Fosse, Helsefremming- og innovasjon, Kristiansand kommune

Medforfatter: Tone Øderud, SINTEF Teknologi og samfunn

Bidragstere:

Kristiansand Kommune: Kathrine Færestrand, Venke Åmlid Nyhus, Anne Reidun Røise, Yngvar Rypestøl, Guttorm Slettebøe, Kjetil Løyning og Ellen Torgersen
EL-COM SØR AS: Jarl A Reiersen

Antall sider: 42

Antall vedlegg: 4

Dato: oktober 2014

Sammendrag

I forhold til de forventede demografiske utfordringene vi står ovenfor, økning i antall eldre og samtidig færre yrkesaktive, er det et behov for nytenking og innovasjon i forhold til dagens organisering av offentlige tjenester innen helse- og omsorg

Denne rapporten er utarbeidet som en del av innovasjonsprosjektet *Varslings- og lokaliseringsteknologi* som inngår i prosjektet *Samspill*¹. Hovedmålet med rapporten er å beskrive ulike behov og erfaringer som har kommet fram gjennom behovskartlegging og erfaringsinnhenting på ulike omsorgssentre, dagsenter, omsorgsboliger og hjemmetjenesten i Kristiansand kommune. Funnene belyser noe av det som er viktig å vektlegge i det videre arbeidet, og legger føringer for hvor det er aktuelt å foreta utprøving av varslings- og lokaliseringsteknologi.

Behovskartleggingen og erfaringsinnhentingene har blitt gjennomført ved bruk av metoder som idemøter, intervju og møter med aktuelle interessenter. Interessenter betegnes i denne sammenheng som brukere, pårørende, ansatte, ledere, teknisk personell og leverandører av velferdsteknologi. Rapportens periode har vart fra februar 2014 til juli 2014.

Efaringene viser at det per i dag brukes ulike former for varslingsteknologi både på omsorgssentre og i hjemmetjenesten. Dette er teknologi som bevegelsessensorer og døralarmer som kan varsle fall, eller gi beskjed om at bruker har forlatt boligen sin. Det er ikke tidligere tatt i bruk lokaliseringsteknologi som GPS² i regi av kommunen, men ut i fra kartleggingen er det behov for, og ønske om å ta i bruk denne formen for lokaliseringsteknologi både på omsorgssentre og i hjemmetjenesten. Det er også et behov for å ta i bruk hjelpemidler med påminnesfunksjoner som kan øke brukers selvstendighet, og føre til at bruker kan klare seg selv i eget hjem.

Kartleggingen har avdekket et behov for opplæring og informasjon i forhold til bruk av velferdsteknologi både for ansatte og pårørende til personer med kognitiv svikt. Det er også avdekket et behov for gjennomgang av gjeldende lovverk og rutiner i forhold til praktisering av vedtak om tvang, vedtak om bruk av velferdsteknologi og samtykkevurdering.

På bakgrunn av funnen i rapporten og i samarbeid med styringsgruppen *Trygghetspakke og telemedisinsk sentral*, er det vedtatt at teknologien skal prøves ut på omsorgssentre og hjemmetjenesten i området vest. Teknologien som skal prøves ut er lokaliseringsteknologi (GPS) og teknologi med påminnesfunksjon (medisindispenser). I tillegg skal det fokuseres på spredning av informasjon og erfaringer som allerede er gjort i forhold til bruk av døralarm og bevegelsessensor.

¹ Innovasjonsprosjekt med fokus på samhandling og tjenesteutforming ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i demensomsorgen.

² GPS står for Global Positioning System, som er lokaliseringsteknologi som kan beregne og opplyse om en geografisk posisjon.

Forord

Rapporten er gjennomført av personell fra Kristiansand kommune og SINTEF. Det har vært et tett samarbeid mellom partene hvor kommunen har fått god oppfølging og veiledning fra SINTEF gjennom hele prosessen. Bildene i rapporten tilhører Kristiansand kommune, og er fra situasjoner med ulike arbeidsgrupper eller på besøk/ observasjon på omsorgssentre og i hjemmetjenesten. Personene på bildene har samtykket til publisering.

I rapporten er det også hentet informasjon fra andre rapporter og prosjekter med fokus på velferdsteknologi. Disse er nevnt i referanselisten.

I løpet av kartleggingsperioden har jeg som prosjektleder møtt kunnskapsrike og engasjerte ledere og medarbeidere i ulike virksomheter i kommunen. Felles for disse har vært et ønske om å skape en bedre hverdag for brukere og pårørende, men også å gi ansatte en mulighet til å utføre helse- og omsorgstjenester på best mulig måte.

Takk til alle informanter og bidragsytere som har bidratt med nyttige innspill og tilbakemeldinger.

Kristiansand, 2014

Sammendrag.....	0
Forord	1
1. Innledning.....	1
1.1 Rapportens hovedinnhold.....	2
2. Rapportens målsetting.....	2
3. Metode	3
3.1 Arbeidsmøter/ idèmøte	5
3.2 Intervju	6
4. Demens og kognitiv svikt.....	6
5. Velferdsteknologi.....	7
5.1 Varslings- og lokaliseringsteknologi.....	9
5.2 Nasjonale satsinger.....	10
5.3 Nasjonale standarder og rammeverk for velferdsteknologi	10
6. Innovasjon og velferdsteknolog	11
6.1 Veikart for innovasjon.....	12
6.2 Kommunenes fremtidige rolle	13
7. Pleie- og omsorgssektoren i Kristiansand.....	13
7.1 Visningsmiljø for velferdsteknologi	13
7.2 Hukommelsesteamet, demenskoordinator, pårørendeskolen og dagsenter	14
7.3 Hjemmetjenesten	15
7.4 Trygghetsalarmer	16
7.5 Elektronisk pasientjournal.....	17
7.6 Omsorgssenter.....	18
7.7 Tjenestesteder som var involvert i kartleggingen.....	19
8. Etikk	21
9. Regler som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.....	22
9.1 Samtykke	23
9.1.1 Kap.4A Helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp (tvang)	24
10. Resultater fra behovskartleggingen.....	24
10.1 Behov og erfaringer hos brukere og pårørende	24
10.1.1 Opplevelsen av trygghet og selvstendighet i eget hjem	24
10.1.2 Aktivitet i hverdagen	25
10.1.3 Sosial kontakt.....	25
10.1.4 Omsorg og avlastning av pårørende	25
10.1.5 Pårørende ønsker å være delaktige og er positive til å ta i bruk teknologi	26
10.1.6 Behov for å ta i bruk teknologi så tidlig som mulig i demensforløpet.....	26
10.1.7 Teknologien må tilpasses brukers individuelle behov	26
10.1.8 Behov for informasjon, opplæring og koordinering av tiltak.....	27
10.2 Behov hos ansatte på omsorgssenter og i hjemmetjenesten.....	28

10.2.1	Varsle fall	28
10.2.2	Forebygge fall	28
10.2.3	Frihet til å gå ut og uønsket vandring	29
10.2.4	Nød- alarm for ansatte - (varsling for ansatte)	30
10.2.5	Beboertilpasset sykesignalanlegg - ringesnor en utfordring	30
10.2.6	Hjelpemidler med påminnelsesfunksjoner	31
10.2.7	Økt kompetanse	31
10.2.8	Rutiner i forhold til dokumentasjon	31
10.2.9	Kjennskap til lovverket om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.....	32
11.	Erfaringer fra bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i Kristiansand kommune ...	33
11.1	Døralarmer	33
11.2	Bevegelsessensorer.....	34
11.3	Eksempel på vellykket bruk av velferdsteknologi.....	34
11.4	Erfaring med bruk av sykesignalanlegg	35
11.5	Utfordringer med overgang til digital trygghetsalarm.....	35
11.6	Mulighetsrommet.....	36
12.	Oppsummering	37
13.	Anbefalinger til utprøving og videre arbeid	39
14.	Referanseliste.....	40

1. Innledning

Helse- og omsorgstjenesten står ovenfor store utfordringer og endrede oppgaver framover. Dette skyldes blant annet at befolkningens alderssammensetning endres, og at kompleksiteten i oppgavene som skal løses av helse- og omsorgssektoren vil endres og økes. Vi vet også at det blir mangel på helse- og omsorgsarbeidere og at det å tilby forsvarlig helsehjelp i en kommune blir utfordrende. Samtidig som vi lever lenger, får flere sammensatte lidelser og redusert funksjonsevne, bør det i kommunene utvikles mere sammensatte tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Videre er kognitiv svikt, fall og ensomhet løftet frem som viktige innsatsområder. Ulike former for varslings- og lokaliseringsteknologi kan være et av flere hjelpemidler som kan gi nye muligheter og bidra til utvikling av pleie- og omsorgstjenesten.

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag. Sees, gripes og brukes mulighetene, er en helt annen framtid mulig.»

(Kåre Hagen, NOU 2011,11, 2011)

Velferdsteknologi kan være mulige løsninger på noen av de utfordringene vi står ovenfor i framtiden, men teknologien kan også skape utfordringer. Der man vurderer å ta i bruk velferdsteknologi er det viktig å gjennomføre en behovskartlegging av brukers behov, ressurser og nettverk. I tillegg må man vurdere hvilken type teknologi som er aktuell, behovet for opplæring og de ulike etiske og juridiske utfordringene. Et mål med bruk av velferdsteknologi bør være at bruker opplever trygghet og egenmestring, ikke usikkerhet.

Desember 2013 godkjente RFF³ prosjektet SAMSPILL – Samhandling og tjenesteutforming ved bruk av varsling- og lokaliseringsteknologi i demensomsorgen. Prosjektet er finansiert av Regionale Forskningsfond Hovedstaden, Oslojordfondet og Agderfondet. Samarbeidspartnerne i prosjektet er kommunene Oslo, Drammen, Skien, Kristiansand, Aldring og helse⁴ og SINTEF⁵. Oslo kommune er prosjekteier og SINTEF er prosjektleder.

Prosjektet Samspill er et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. Målsettingen er å utvikle praksisnære tjenestemodeller og forskningsbasert kunnskap om organisering av trygghetstjenester for personer med kognitiv svikt/ demens. Prosjektet ønsker å utvikle kunnskap om hvordan bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (dør-alarm, fall-alarm, bevegelsessensorer, GPS, osv.) kan integreres som en del av kommunenes operative pleie- og omsorgstjenester. Det er også ønskelig og utforske hvordan brukerne og deres pårørende, offentlige aktører og private leverandører kan samhandle slik at teknologien kan bidra til effektiv tjenesteutforming og imøtekomme brukernes behov.

Prosjektet Samspill bygger videre på erfaringer fra andre offentlige innovasjonsprosjekter som for eksempel Trygge spor, Trygghetspakken, Varsling i sykehjem m. fl. og understøtter kommunenes aktiviteter innen bruk av varsling- og lokaliseringsteknologi i demensomsorgen⁶.

Kristiansand kommune har gjennom Handlingsprogrammet 2012 – 2015 forankret en satsing på bruk av velferdsteknologi. Det er satt av midler til både investering og pilotering i Handlingsprogramperioden. Bystyret har gjennom handlingsprogrammet, samt en egen

³ Regionale Forskningsfond (RFF)

⁴ Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse)

⁵ SINTEF, flerfaglig forskningsinstitutt

⁶ Rapportene henvises til i referanselisten

helsefremmingsplan⁷, vedtatt at kommunen skal prioritere «utvikling og bruk av teknologi som fremmer mestring og uavhengighet både i hjem og på institusjon». Videreutvikling og utprøving av teknologiske løsninger vil gjøre det mulig for flere å bo hjemme lenger med økt trygghet og sikkerhet. Det er aktuelt med videreutvikling av den tradisjonelle trygghetsalarmen til fleksible trygghetspakker eller trygghetsløsninger som kan tilpasses den enkelte brukers behov.

Bruk av GPS for lokalisering er et av flere innsatsområder knyttet til dette arbeidet. Kristiansand er spesielt opptatt av at man ved å delta i prosjektet kan bidra til utvikling av teknologiske løsninger slik at de oppfattes som trygge og brukervennlige. Med deltakelse i prosjektet ønsker kommunen å få i gang aktivitet innen utprøving av velferdsteknologi som varslings- og lokaliseringsteknologi. Kognitiv svikt og demens er prioriterte diagnosegrupper for kommunen⁸. Faglig hjelp og veiledning fra SINTEF er et viktig motiv for deltakelse i prosjektet som kan bli begynnelsen på en ny organisering av framtidige helsetjenester i w2Kristiansand kommune.

1.1 Rapportens hovedinnhold

Den viktigste hensikten med rapporten er å gi Kristiansand kommune et kunnskapsgrunnlag for å velge hvilken teknologi som skal prøves ut fra høsten 2014, samt hvor teknologien skal prøves ut. Rapporten omhandler behov hos bruker, pårørende og ansatte i kommunen, erfaringer med bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, samt organisatoriske og tekniske utfordringer. I forbindelse med dette presenterer rapporten funn og erfaringer, som er avdekket gjennom kartleggingen.

2. Rapportens målsetting

Målet med rapporten er å få innsikt i dagens situasjon, å identifisere hva som fungerer bra, og å kartlegge områder hvor det er behov for forbedring.

Hovedmålsettingen med rapporten har vært:

- Kartlegge og beskrive behovet for varslings- og lokaliseringsteknologi
- Danne et grunnlag for valg av teknologi og tjenestested for utprøving av varslings- og lokaliseringsteknologi med oppstart september 2014

Delmål:

- Innhente erfaringer fra omsorgssentre og hjemmetjenesten
- Identifisere utfordringer ved å ta i bruk varsling- og lokaliseringsteknologi

Hensikten med å gjennomføre en fokusert behovskartlegging og erfaringsinnhenting er å sikre at utvikling av nye produkter og tjenester er forankret i reelle brukerbehov, både uttalte og de ikke-uttalte. Dette inkluderer forståelsen av situasjonen for ulike interessenter (brukere) som i dette tilfellet inkluderer personer med demens/ kognitiv svikt, pårørende, pleie- og omsorgspersonell, administrativt og teknisk personell, frivillige og andre som leverer teknologi og tjenester til pleie- og omsorgstjenesten. Dette utvidede brukerperspektivet danner grunnlaget for behovskartleggingen, hvor brukerne er personer eller grupper av personer som er direkte eller indirekte i kontakt med et produkt, en prosess eller en tjeneste.

⁷ <http://www.kristiansand.kommune.no/Documents/HP-forslag%202014-2017/Helse-%20og%20sosial/Handlingsprogram%20helseogsosial.pdf?epslanguage=no>

⁸ Helsefremmingsplan Kristiansand kommune, 2013.



*Når ekspertene lager en trapp,
lager brukerne en sti...*

KS forskning, innovasjon og digitalisering (Riche Vestby)

3. Metode

Behovskartleggingen er gjennomført ved bruk av kvalitative metoder i form av intervjuer, arbeidsmøter og erfaringsutveksling. Erfaringer fra tilsvarende prosjekter i andre kommuner, rapporter og faglitteratur er systematisert, analysert og benyttet som bakgrunnsmateriale. Behovskartleggingen handler om å forstå brukerens fremtidige behov og deretter bruke kunnskapen som grunnlag for utvikling av nye produkter, tjenester og organisasjonsformer. Kristiansand kommune har gjennomført en behovskartlegging- og erfaringsinnhenting i hjemmetjenesten, på omsorgssentre og blant utvalgte brukere og pårørende.

Behovskartleggingen kan være avgjørende for at et innovasjonsprosjekt blir vellykket. Målet er at kartleggingen skal føre til god innsikt i brukers behov og ønsker i forhold til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Erfaringsinnhenting sier noe om hva som tidligere har vært i bruk og hva som per i dag er i bruk av ulike former for varslings- og lokaliseringsteknologi.

Eksempler på tema som har blitt fokusert på ved kartlegging av brukerbehov, tjenestebehov og erfaringsinnhenting:

- Hva er allerede forsøkt av teknologi i hjemmetjenesten og på omsorgssenter og hva er erfaringene?
- Hvilke hindringer og utfordringer ser du/dere ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi?
- Hva karakteriserer pleie- og omsorgstjenesten i dag?
- Hvordan ønsker du at pleie- og omsorgstjenesten skal være i framtiden og hvordan oppnår vi det?
- Er det områder i pleie- og omsorgstjenesten hvor dere ønsker å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi?

- Hva er behovet for bruk av teknologi på omsorgssentret, og har det oppstått episoder hvor teknologi kunne vært nyttig?
- Har ansatte erfart brukere og/eller pårørende som har ønske eller behov for varslings- og lokaliseringsteknologi?
- Hvordan praktiseres lovverket om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi § 4-6 a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi?

Behovene som har blitt identifisert og erfaringene som er innhentet tar utgangspunkt i informanter fra ulike virksomheter i helse- og sosialsektoren i Kristiansand kommune. Kristiansand kommunes styringsgruppe for prosjektet vedtok at omsorgssentre vest, nord og øst samt Ytre Vågsbygd sone skulle inkluderes. Intervjuene er foretatt på Prestehøia omsorgssenter, Vågsbygdtunet, Ternevig omsorgssenter, Bispegra omsorgssenter, Ytre Vågsbygd sone og Tveit omsorgssenter. De nevnte institusjonene har ulike erfaringer eller ingen erfaring med bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Det er også foretatt intervju med en pårørenderepresentant, brukere av dagsenter, leverandøren av trygghetsalarmer i kommunen og andre ansatte i helse- og sosialsektoren. Intervjuene er anonymisert og deltakelsen har vært frivillig.

Tabellen under viser hvem informantene er og hvilken metode som er benyttet:

Informanter	Antall	Metode
Representanter fra kommunen. Personalet virksomhet behandling og rehabilitering, omsorgssentre og service og forvaltning, IT, hukommelsesteamet, demenskoordinator	13	Arbeidsmøter/ idegenerering
Virksomhet behandling- og rehabilitering. Virksomhetsleder og tjenesteledere, hukommelsesteam og demenskoordinator	6	Arbeidsmøter/ idegenerering
Virksomhet omsorgssentre. Virksomhetsleder og tjenesteledere, hukommelsesteam og demenskoordinator	7	Arbeidsmøter/ idegenerering
Leder og ansatte i hjemmetjenesten	8	Arbeidsmøter/ idegenerering
Leder og ansatte i omsorgssentre, fagsystemansvarlig, rådgiver	16	Arbeidsmøter/ idegenerering
Ansatte i virksomhet omsorgssentre	6	Intervju
Ledere i virksomhet omsorgssentre	3	Intervju
Pårørende	1	Intervju
Leder i virksomhet behandling- og rehabilitering	1	Intervju
Hjemmeboende brukere med dagsentertilbud	2	Intervju
Trygghetsalarmene, Kløvertun	1	Møte
Leverandør av trygghetsalarm og sykesignalanlegg i kommunene (ELCOM SØR)	1	Møte
Hukommelsesteamet	1	Møte
Saksbehandlere og leder i Virksomhet service- og forvaltning	3	Møte

3.1 Arbeidsmøter/ idèmøte

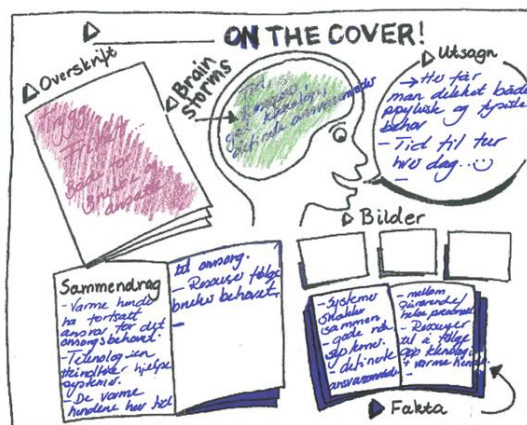
Det ble i flere omganger gjennomført ulike arbeidsmøter med ansatte i samarbeid med SINTEF. Blant deltakerne var blant annet pleiepersonell, ledere, fagsystemansvarlig og saksbehandlere. I løpet av arbeidsmøtene har deltakerne sittet i grupper og løst oppgaver ved hjelp av ulike metoder for idegenerering og konseptutvikling. Case beskrivelser (vedlegg 1), «Bullseye-session» og «forslag til avisoverskrift» er benyttet med utgangspunkt i tema: hvordan ønsker vi at pleie- og omsorgstjenesten skal være i framtiden og hvordan kan vi oppnå det? «Bullseye-session» er en metode som kan bidra til nye ideer på en inspirerende måte. Deltakerne sitter sammen i små grupper og hver gruppe får ett sett med bilder. Deretter velger man bilder som man mener er relevante og beskriver med stikkord hva man assosierer med bildene. I denne sammenheng ble informantene bedt å velge bilder ut i fra hva de synes karakteriserer dagens pleie- og omsorgstjeneste og hva de ønsker skal karakterisere framtidene pleie- og omsorgstjeneste. De kom også med tilbakemeldinger på spørsmål og presenterte resultatet i plenum. Samlingene har blitt avsluttet med en oppsummering og diskusjon i plenum.



Bilde 1. caseoppgave
Foto: Kristiansand kommune



Bilde 2. Informantene lager forslag til avisoverskrift
Foto: Kristiansand kommune



Bilde 3. Forslag til forside
Foto: Kristiansand kommune



Bilde 3. Idegenerering med bruk av «Bullseye»
Foto: Kristiansand kommune



Bilde 4. «Bullseye»
Foto: Kristiansand kommune

3.2 Intervju

Det ble foretatt intervjuer med pårørenderepresentant, brukere av dagsenter samt ansatte og ledere på de nevnte omsorgssentrene og hjemmetjenesten. Intervjuguidene ble utviklet av SINTEF og tilpasset de ulike informantene (vedlegg 2). I tillegg ble informantene gitt informasjon om prosjektet og hensikten med rapporten før det ble gjort skriftlige notater i intervjusituasjonen. Ordrette utsagn er dokumentert og intervjuer har gått gjennom svarene med samtlige av informantene i etterkant av intervjuene. Intervjuguiden var veiledende og det var mulighet for informantene og komme med innspill utover spørsmålene som ble stilt.

4. Demens og kognitiv svikt

Demens er en fellesbenevnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Det finnes ulike typer demenssykdommer. Alzheimers sykdom er den mest vanlige. Det viktigste kjennetegnet er hukommelsessvikt og problemer med språket. Det er også vanlig å få vanskeligheter med å orientere seg, problemer med å utføre daglige gjøremål, og at det kan blir endringer i personligheten⁹.

I følge demensplan 2015 «Den gode dagen» er det anslagsvis 70 000 personer med demens i Norge. Antall personer med demens forventes å dobles fram til 2040 fra dagens antall til 140 000. Demens er sjeldent hos 50-åringer (ca. 1 500), men øker i forekomst fra 65-70 års alder, og finnes hos 15-20 prosent av alle over 75 år¹⁰.

Det antas at ca. halvparten av alle med demens diagnoser vil komme til å bo i eget hjem. Demens er en sykdom som utvikler seg over tid, og det er vanlig å skille mellom ulike alvorlighetsgrader av sykdommen. De som har utviklet en alvorlig grad av demens vil som regel bo på et omsorgssenter som er tilrettelagt for personer med demens. En av

⁹ Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2014

¹⁰ Demensplanen «Den gode dagen» 2007

utfordringene er personer i et tidlig sykdomsforløp som ofte bor i eget hjem sammen med pårørende, ektefellen og/ eller barn.

Personer som utvikler symptomer på demens, er ofte utilstrekkelig utredet og mangler diagnose¹¹. Forskning har vist at ca. 40 % av de over 70 år som mottar hjemmetjenester har en kognitiv svikt. Videre viser forskningen at under 20 % er utredet¹². Forutsetningen for å kunne gi rett hjelp til rett tid, er at personer med demens diagnostiseres på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen. Pårørende må også inn i tiltakskjeden på et tidlig stadium. Både pasient og pårørende har et stort behov for informasjon, kunnskap, økt veiledning og rådgivning om sykdommen. Det er dokumentert at tidlig diagnostisering muliggjør brukermedvirkning, noe som fremmer kvalitet i omsorgen¹³. For at personer med demens skal kunne bo i eget hjem, må tjenestene tilpasses familieforhold og individuelle behov. Det å ta vare på og legge til rette for pårørende blir en viktig oppgave.

«Kristiansand kommune vil med sine 83 000 innbyggere ha 1 200 personer med en demensdiagnose. Her vet vi også at det er mørketall. Med tanke på at det er ca. 10 000 nye personer i Norge som blir rammet årlig, så vil det i Kristiansand kommune være ca. 170 nye tilfeller per år.»

(Hukommelsesteamet)

Kognitive funksjoner blir ofte betegnet som evnen til å oppfatte og innhente informasjon, lagre den, planlegge og å handle ut fra den informasjonen vi får. For å betegne kognitiv svikt må den ha et omfang som virker negativt inn på personenes evne til å håndtere dagliglivets utfordringer og krav. Den kognitive svikten kan variere. Begrepet må sees i forhold til den enkelte persons livssituasjon. Mild kognitiv svikt kan beskrives som gradvis reduksjon i kognitive prestasjoner, og er velkjent ved økende alder. Opplevde eller påviste hukommelsesproblemer kan ses på som en mild kognitiv svikt uten at det fyller kriteriene for diagnosen demens. Aktivitet og sosial kontakt kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens og kognitiv svikt og i noen grad forsinke sykdomsutviklingen og redusere behovet for medikamentell behandling¹⁴.

5. Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Videre styrke 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 institusjon¹⁵.

Målsettingen med bruk av velferdsteknologi er å understøtte og forsterke brukerens trygghet, sikkerhet, sosiale deltakelse, fysisk aktivitet, daglige gjøremål, mobilitet og livskvalitet. Velferdsteknologi omfatter alle typer teknologisk assistanse som har til formål å bedre kvaliteten av velferdstjenester. Dette kan skje via økt selvhjulpenhet, uavhengighet, medbestemmelse og verdighet for mottakere av helse- og omsorgstjenester.

I NOU 11:2011 er beskrivelsen av velferdsteknologi delt inn i følgende fire hovedområder¹⁶:
1) Trygghets- og sikkerhetsteknologi, 2) Kompensasjons- og velværeteknologi, 3) Teknologi

¹¹ St. meld.nr.25, 2005 – 2006

¹² Engedal og Wergeland et.al: 2013

¹³ St. meld.nr.25, 2005 – 2006

¹⁴ NOU 2011:11 Innovasjon I omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

¹⁵ NOU 2011:11 Innovasjon I omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.

for sosial kontakt og 4) Teknologi for behandling- og pleie. Velferdsteknologi kan for noen være et verktøy til å mestre egen sykdom. Innenfor pleie og omsorgstjenesten kan teknologi for behandling og pleie bidra til at flere tjenester utføres i hjemmet som alternativ til institusjon eller sykehus.

Trygghets- og sikkerhetsteknologi

Dette omfatter teknologi som skal skape trygge rammer omkring enkeltindividets liv, og mestring av egen helse. Trygghetsalarmen er i dag den mest brukte løsningen i denne gruppen¹⁷. Flere eksempler på denne type teknologier er komfyrvakt, falldetektorer, bevegelsesdetektor og lokalisering av posisjon. Dette kan være løsninger som kan utløse seg selv, eller utløses ved inngripen fra bruker. I fremtiden vil det bli mer aktuelt med løsninger som ikke krever inngripen fra bruker selv, men som er installert uten at bruker er bevisst på det¹⁸. Flere av disse løsningene gir kognitiv støtte, og bidrar til at bruker kan være hjemmeboende og klare seg lenger på egen hånd. For pårørende kan det gi økt trygghet.

Kompensasjon- og velværeteknologi

Dette omfatter teknologi som bistår ved f.eks. fysisk funksjonssvikt eller når hukommelsen blir dårligere. Gruppen omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet mer komfortabelt – f.eks. styring av lys og varme¹⁹. Det forventes en økende etterspørsel etter teknologi som kan bidra til å strukturere dagen og kompensere for redusert hukommelse slik at brukeren klarer seg lengst mulig i egen bolig. Andre eksempler er forflytningshjelpemidler og hjelpemidler som kompenserer for fysiske funksjonsbegrensninger og manglende styrke, som f.eks. rullestol. Det kan også være hjelpemidler knyttet til teknologisk assistanse i bolig som f.eks. personheis, trappeheis, hev- og senkbart møblement. Hørsels- og synshjelpemidler som kan kompensere for sansetap er også inkludert. Hjelpemidler for kognitiv støtte som påminnere og medisindosetter kan gi økt grad av selvhjulpenhet. Lokaliseringsteknologi kan gi økt bevegelsesfrihet og trygghet for bruker og redusere belastning og bekymring hos pårørende.

Teknologi for sosialkontakt

Dette omfatter teknologi som bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, f.eks. videokommunikasjonsteknologier. Innenfor området teknologi for sosial kontakt har det skjedd mye de siste årene, og bruken av sosiale medier har økt. I fremtiden forventes det at sosiale medier vil spille en viktig rolle for økt sosial kontakt²⁰. Dette kan være teknologi i kategori: videokommunikasjon, webtjenester og robotteknologi. Videokommunikasjon kan gi mulighet for sosial kontakt selv om man bor langt fra hverandre. Telefoni med bruk av PC og webkamera er et vanlig eksempel. Robotteknologi for sosial kontakt er foreløpig i liten grad tatt i bruk i Norge, men enkelte kommuner er i ferd med å teste ut robotselen "Paro"²¹.

Teknologi for behandling og pleie

Dette omfatter teknologi som kan bidra til at mennesker gis mulighet til å bedre mestre egen helse, f.eks. ved kronisk lidelse. Eksempel på teknologi for behandling og pleie kan være sortorteknologi for å måle blodtrykk, blodsukker og respirasjon, teknologi for kommunikasjon med helsepersonell og diverse behandlingsutstyr²². Dette er teknologi med høye krav til sikkerhet og kan for eksempel i kombinasjon med kommunikasjonsteknologi, brukes til hjemme- monitorering av ulike kronikergrupper som kols, diabetes eller hjertepasienter uten at pleieren trenger å være fysisk tilstede.

¹⁶ NOU 2011:11 Innovasjon I omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

¹⁷ Helsedirektoratet 2012

¹⁸ NOU 2011:11 Innovasjon I omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

¹⁹ Helsedirektoratet 2012

²⁰ NOU 2011:11 Innovasjon I omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

²¹ <http://www.picomed.no>

²² NOU 2011:11 Innovasjon I omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

5.1 Varslings- og lokaliseringsteknologi

Varslings- og lokaliseringsteknologi omfatter blant annet trygghetsalarm, døralarm, komfyrvakt, varsling av brann i bolig, varsling av bevegelse og fall og registrering av posisjon. Innen pleie- og omsorgssektoren er formålet med å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi et ønske om å bidra til trygghet- og sikkerhet omkring bruker og pårørende, og å bidra til mestring av egen hverdag. Uforsvarlig bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan redusere brukers trygghet og frihet. Ethiske vurderinger er en forutsetning for vellykket bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.

Lokaliseringsteknologi og sporingsteknologi er ofte begreper som blir brukt om hverandre. Vi har valgt å bruke begrepet lokalisering som er benyttet i pasient- og brukerrettighetsloven, § 4-6 a. (Ref. kap.9.2). Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Lokaliseringsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Lokalisering kan gjøres ved bruk av for eksempel Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). I dag finnes GPS- løsninger som f. eks kan bæres på kroppen, legges i jakkelommen eller i vesken eller festes på en rullator, rullestol eller lignende²³.

GPS global positioning system



GPS-teknologi er satellittbasert og gjør det mulig å lokalisere hvor personer oppholder seg utendørs. I hovedsak fungerer ikke GPS innendørs på grunn av signalforstyrrelser inne i bygninger. Typiske løsninger brukt i omsorgssektoren består av en GPS-enhet som personen som skal lokaliseres har på seg eller bærer med seg, og et støttesystem eller administrasjonssystem på datamaskin, mobiltelefon eller nettbrett som brukes til å lokalisere personen. For å overføre posisjon fra bærer til mottaker er man avhengig av at enheten befinner seg innenfor et område med mobildekning. Det finnes også GPS-systemer med radiooverføring mellom bærer og mottaker, men rekkevidden på disse er som regel ikke tilfredsstillende for bruk i omsorgssektoren. "Geofence" er en form for elektronisk gjerde, som kan registrere når bruker går utenfor det angitte området. Områdevarsel kan sendes både når enheten tas inn eller ut av et forhåndsdefinert område. Dette gjør at bruker kan gå fritt innenfor et visst område, men dersom vedkommende går utover dette avgrensede område sendes et varsel til f.eks. pårørende eller omsorgstjenesten som kan lokalisere vedkommende²⁴.

²³ Rapporten «Trygge spor» 2011

²⁴ Prop.90 L 2012- 2013

Integrert døralarm



Ikke integrert døralarm



Bevegelsessensor



Av/ på bryter til bevegelsessensor



5.2 Nasjonale satsinger

I arbeidet med Velferdsteknologi har helsedirektoratet på vegne av helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot 2030. Rapporten anbefaler å etablere et velferdsteknologisk innovasjonsprogram (2013- 2020) som helsedirektoratet har ansvar for. Hensikten med programmet er å prøve ut velferdsteknologisk løsninger i kommunene med fokus på trygghetspakker og tjenesteinnovasjon. Programmet bygger på samhandlingens målsettinger om helsefremmende arbeid, forebyggende tjenester, tidlig innsats og å kunne yte tjenester der brukerne bor. Etter en åpen søknadsrunde ble 32 deltakerkommuner, fordelt på 10 pilotprosjekter, valgt til å være med i velferdsteknologiprogrammet. Fra 2015 er planen at nye kommuner tas opp i programmet og fra 2016 skal nye løsninger spres og presenteres for andre kommuner. Målet er at innen 2020 skal velferdsteknologiske løsninger integreres som en naturlig del av den operative omsorgstjenesten i kommunene²⁵.

5.3 Nasjonale standarder og rammeverk for velferdsteknologi

Helsedirektoratet fikk i 2014 et utredningsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor de ble bedt om å vurdere om rammeverket, Continua Health Alliance, også er egnet for det velferdsteknologiske området i Norge²⁶. I juni 2014 var anbefalingene ferdig og ble presentert

²⁵ Fagrappporten om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2020. Helsedirektoratet, 2012

²⁶ Helsedirektoratet 2014

i rapporten «Anbefalinger på valg av standarder/ rammeverk for velferdsteknologi». Programansvarlig for område eHelse og velferdsteknologi, Kjetil Løyning ved Kristiansand kommune, er KS KommiT²⁷ sin representant inn i arbeidsgruppen. I rapporten anbefales det at Continua inklusiv underliggende standarder inngår som anbefalt standard fra 2016, og at det vurderes om Continua skal være obligatoriske standard fra 2019. Ved å velge et standardisert rammeverk for velferdsteknologi er det mulig å redusere en videre utvikling av proprietære løsninger i markedet. I følge rapporten finnes det over 450 standarder av ulik viktighet. Standardene dekker mange områder som for eksempel informasjonsutveksling, helseinformatikk, sikkerhet, tilgjengelighet, brukergrensesnitt osv. Continua som rammeverk, har valgt ut de viktigste standardene som muliggjør at velferdsteknologi kan fungere sammen med e- helse. Valg av standard og rammeverk kan bli førende for hvilke løsninger og leverandører man velger å pilotere i prosjektet Varslings- og lokaliseringsteknologi²⁸.

6. Innovasjon og velferdsteknolog

Innovasjon er et vidt begrep som kan defineres på en rekke ulike måter og som benyttes i ulike sammenhenger. Ordet *innovasjon* kommer opprinnelig fra det latinske ordet «innovare», som betyr å fornye eller å skape noe nytt. I denne rapporten betyr innovasjon fornyelse ved og:

- ta i bruk ny viten eller teknologi – eller kjent viten benyttet på nye områder, til nye eller bedre produkter og/eller tjenester
- skape merverdi for innbyggerne, kommuner, virksomheter eller samfunnet
- ha en eksperimenterende form hvor resultatene ikke er kjent på forhånd

Innovasjon er noe nytt og nyttig som er tatt i bruk og skaper verdi. Innovasjon kan være et nytt produkt, en ny tjeneste, en ny arbeidsmåte eller en ny organisasjonsform som er tatt i bruk og skaper verdier. Innovasjon i sammenheng med omsorg kan like godt være kunnskap som tas i bruk i en ny sammenheng eller brukes på en ny måte²⁹. Gode innovasjoner innen pleie og omsorg kan bidra til bedre tjenester, reduserte kostnader og økt livskvalitet for bruker. I denne sammenheng kan man se på bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som innovasjon i omsorg fordi man anvender eksisterende kunnskap og teknologi til å utvikle nye måter å utøve tjenester i helse- og sosialsektoren.

KS³⁰ uttaler at innovasjon er en nødvendighet for å løse fremtidens velferdsutfordringer og at innovasjonen skal være «nytt, nyttig, nyttiggjort». De mener også at innovasjonen skal være «en ny eller bedre løsning som er så god at folk tar den i bruk». KS skal bidra til at kommuner og fylkeskommuner selv finner de smarteste løsningene, og at det skapes en kultur for nytenkning.

KS har blant annet utviklet et innovasjonsverktøy som de har kalt N3: Nytt, Nyttig, Nyttiggjort. Det nyskapte skal ikke bare være nyttig, men også være tatt i bruk³¹. De har også laget en kortfilm hvor de formidler hva som menes med innovasjon og hvorfor KS har fokus på dette området³².

²⁷ Program for IKT- samordning i kommunesektoren

²⁸ Anbefalinger på valg av standarder/ rammeverk for velferdsteknologi. Helsedirektoratet, 2014

²⁹ NOU 2011,11 Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet

³⁰ Kommunenes sentralforbund, (interesse-, arbeidsgiver- og medlemsorganisasjon for kommunesektoren i Norge)

³¹ <http://ks-innovation-tool.herokuapp.com/>

³² <http://www.youtube.com/watch?v=aASqzPt2Hz0>

I stortingsmeldingen 29, «Morgendagen omsorg» står det at innovasjon ikke er å lete etter beste praksis, men hva som kan bli en bedre neste praksis³³. Det står videre at en viktig forutsetning for nytenkning og innovasjon er at ansatte ses på som medspillere og ressurser. En endringsprosess som ikke er forankret hos ansatte er sjeldent vellykket. Innovasjon som er drevet fram av folkevalgte og ansatte kan løse mange av framtidens omsorgsutfordringer. Gjennom tidligere innovasjonsprosjekter hvor det har vært involvering av ansatte i forbindelse med pilotering og bruk av teknologi, har det kommet fram flere viktige behov.

I prosjektet «Trygge spor»³⁴ som omhandler bruk av GPS og i prosjektet «Trygghetspakken»³⁵, er det identifisert et behov for innovasjon på spesielt to ulike områder. 1) organisering og samhandling i forhold til mottak av varsler og alarmer 2) bedre teknologistøtte. Innovasjonspotensialet i kommunene er stort, og markedet er umodent og fragmentert, både for privat og offentlig sektor. Det mangler en felles plattform som inkluderer kunnskap om teknologiens muligheter og begrensninger, og kunnskap om behov i pleie- og omsorgstjenesten. Det kan tenkes at en innovativ tankegang vil kunne bidra til å løse noen av de utfordringer som alle norske kommuner står overfor, og vil således ha stor betydning i nasjonal sammenheng. Prosjektet SAMSPILL er et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor, og målsettingen er å utvikle praksisnære tjenestemodeller for samhandling og utvikle kunnskap om hvordan bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan bidra til effektive tjenester og imøtekomme brukers behov.

6.1 Veikart for innovasjon

Veikart for innovasjon av velferdsteknologi er utarbeidet av SINTEF og NOVA³⁶ på oppdrag fra KS for å skaffe kunnskap om hvordan velferdsteknologiprojekter kan gjennomføres i kommunen. Rapporten sier noe om hva som kan bidra til å øke og spre kunnskap om hvilke muligheter som finnes på velferdsteknologiområdet.

I tillegg til rapporten har prosjektet levert et nettbasert veikart for innovasjon av velferdsteknologi. Veikartet er utviklet og inspirert av ISO- standarden³⁷ for brukersentrert design av interaksjonssystemer. Hensikten med veikartet er å illustrere et løp for utvikling og implementering av velferdsteknologi, som systematiserer arbeidet fra oppstart til implementering, og sikre god brukerinvolvering gjennom hele prosessen.

Metoden har fokus på en repeterende prosess med fasene; forstå brukerbehovet, spesifisering av krav, utvikling av nye løsninger og evaluering av nye løsninger mot krav. Prosessen fortsetter til nye løsninger tilfredsstillende behovene³⁸.



³³ St.mld 29 (2012- 2013) «Morgendagens omsorg»

³⁴ Rapporten «Trygge spor» 2011

³⁵ Rapporten «Trygghetspakken» 2013

³⁶ Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

³⁷ En samling standarder for kvalitetsstyring (*quality management systems*)

³⁸ <http://www.ks.no/veikartforvelferdsteknologi/>

6.2 Kommunenes fremtidige rolle

Helsedirektoratet peker på at kommunene i fremtiden vil kunne ha ulike roller som tilbyder, pådriver og rådgiver. En tilbyderrolle vil si å tilby brukere og ansatte behovsprøvede velferdsteknologiske løsninger. Pådriverrollen vil si at kommunen gjennom samarbeid med pårørende, frivillige og nærmiljø tar i bruk velferdsteknologiske løsninger med integrering opp mot de kommunale tjenestene. En fremtidig rådgiverrolle ovenfor befolkningen innebærer at kommunen blant annet har kunnskap om hvor informasjon om ulike produkter og løsninger finnes³⁹.

7. Pleie- og omsorgssektoren i Kristiansand

Kristiansand kommune har gjennom Handlingsprogrammet 2012 – 2015 forankret en satsing på bruk av velferdsteknologi. Det er satt av midler til både investering og pilotering i Handlingsprogramperioden. Bystyret har gjennom handlingsprogrammet samt gjennom «helsefremmingsplanen» vedtatt at kommunen skal prioritere "utvikling og bruk av teknologi som fremmer mestring og uavhengighet både i hjem og på institusjon".

Det siste året har nasjonale føringer og virkemidler blitt enda mer rettet inn mot innovasjon i offentlig sektor. Samtidig har helse- og sosialsektoren gjennomført en omstillingsprosess som blant annet skal stimulere til innovasjon og målrettet og systematisk utviklingsarbeid. I november 2013 vedtok helse- og sosialstyret i Kristiansand en plan fra helse- og sosialsektoren med forslag om innovasjonsarbeid i helse- og sosialsektoren⁴⁰.

I de neste avsnittene beskrives kommunens nye visningsmiljø for velferdsteknologi og eksisterende tilbud til eldre innbyggere, personer med demens og deres pårørende. Dette er tilbud som hjemmetjeneste inkludert trygghetsalarm, hukommelsesteam, pårørende skolen, dagsenter og omsorgssenter.

7.1 Visningsmiljø for velferdsteknologi

Mulighetsrommet er en visningsarena for velferdsteknologi som er opprettet i samarbeid med kommunene i Knutepunktet Sørlandet og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Etableringen av Mulighetsrommet er et ledd i kommunenes mål om å ta velferdsteknologiske løsninger i bruk i det helsefremmede og forebyggende arbeidet. Kompetanseheving og forankring er en viktig forutsetning for å lykkes med implementering av velferdsteknologi og Mulighetsrommet kan være et godt virkemiddel til å heve denne kompetansen hos potensielle brukere, pårørende, kommuneansatte og politikere.

Selve planleggingen av Mulighetsrommet startet desember 2012. I april 2013 ble det arrangert en dialogkonferanse med leverandører hvor ulike former for velferdsteknologi ble presentert. I planleggingsfasen deltok representanter fra kommunene i Knutepunktet Sørlandet, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten (USHT), Eldrerådet, Rådet for funksjonshemmede og NAV- hjelpemiddelsentral. Første visning ble holdt i september 2014. Det er ansatt en prosjektmedarbeider i 50 % stilling tilknyttet Mulighetsrommet. Arbeidsoppgavene består i å foreta visninger og fungere som et bindeledd mellom kommunen og leverandører av velferdsteknologi på Mulighetsrommet. Opplæring og formidling til helsepersonell blir også en viktig oppgave i det videre arbeidet med Mulighetsrommet⁴¹.

³⁹ Fagrapporten om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2020. Helsedirektoratet 2012

⁴⁰ Innovasjonsarbeid i helse- og sosialsektoren, Kristiansand kommune. November.2013

41

7.2 Hukommelsesteamet, demenskoordinator, pårørendeskolen og dagsenter

I Kristiansand kommune ble det august 2012 opprettet et hukommelsesteam. Hukommelsesteamet er organisatorisk plassert under virksomhet service og forvaltning og samarbeider blant annet med forvaltningskontoret i kommunen. Hovedoppgavene til hukommelsesteamet er utredning av personer hvor det er mistanke om demens og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Dette kan føre til at flere med mistanke om demens blir tidlig fanget opp og får tilbud om kartlegging og utredning. Hukommelsesteamet møter ofte personer før de er brukere av kommunehelsetjenesten og gir kommunen en mulighet til å forberede kommende behov for hjelp hos personen selv og pårørende. Hukommelsesteamet samarbeider tett med fastlegene i kommunen og kan bidra til at flere med mistanke om kognitiv svikt og demens blir oppdaget og diagnostisert. Det første møtet med bruker skjer ofte i etterkant av en henvisning fra fastlegen eller saksbehandler på kommunens forvaltningskontor, sonekontor eller pårørende. Alle kan komme med en henvendelse til Hukommelsesteamet, men bruker sin fastlege må godkjenne at det settes i gang en utredning.

Dersom kartleggingen forgår i personens hjem er alltid pårørende eller annen nær relasjon til stede så langt det lar seg gjøre. I forkant av besøket skal bruker være informert og ha godtatt besøket. Selve kartleggingen foregår med en uformell samtale hvor tema ofte er familiebakgrunn, skole og jobb. Metoder som brukes for å teste det kognitive funksjonsnivået er MMSE- NR 2 (Mini mental status, revidert 2 utgave)⁴³, klokketesten og geriatrikisk depresjonsskala. Det blir i tillegg gjennomført en samtale med pårørende hvor brukeren selv ikke er til stede. Pårørende blir blant annet spurt om hvordan de opplever bruker i forhold til aktiviteter i dagliglivet, depresjon og omsorgsbelastninger. Rapporten blir sendt til fastlegen som stiller en spesifikk demensdiagnose. Hukommelsesteamet foretar oppfølgingsbesøk eller telefonkontakt hver sjette mnd.

Pårørendeskolen i Kristiansand kommune startet opp januar 2012, og er støttet av Nasjonal kompetasetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse). Pårørendeskolen er et kurstilbud til pårørende til personer med demens. Målet er å redusere pårørendes belastning slik at de kan oppleves som en ressurs for personen med demens, samt at de opplever å mestre situasjonen bedre. Pårørendeskolen arrangeres to ganger i året. Hvert kurs har en varighet på fem kvelder av to og en halv time. Tema på kurset blant annet sykdomslære (demens), kommunikasjon, egenomsorg, utfordrende adferd og lovverket. Det blir også gitt informasjon om kommunes tilbud til mennesker med demens og deres pårørende.

Et annet tilbud som kan være til hjelp for pårørende og personer med demens, er dagsenter som er tilrettelagt for personer med demens. Et dagsentertilbud har som mål å bedre brukers hverdag. I Kristiansand kommune finnes det seks dagsenter som er tilknyttet virksomhet behandling og rehabilitering. Dagsentrene tilbyr matservering, hobbyaktiviteter, avislesing, trim, turer med mer. Bruker eller pårørende kan søke plass på dagsenter via virksomhet service og forvaltning⁴⁴.

Demensplan 2015 «Den gode dagen» er en delplan til Omsorgsplanen 2015⁴⁵. Planen er lagt fram for å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i demensomsorgen. Undersøkelser viser at dagaktivitetstilbud gir en meningsfull hverdag og gode opplevelser for bruker. Det gis også avlastning for pårørende og kan i enkelte tilfeller utsette behovet for heldøgnplass. Et av hovedmålene i Demensplan 2015 er at innen 2015 bør alle kommunene kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens. Et dagaktivitetstilbud skal aktivisere og stimulere brukeren samtidig som tilbudet skal avlaste pårørende. For å møte de

⁴³ Test på demens som kartlegger pasientens orientering i forhold til tid, sted og hukommelse

⁴⁴ Intranett, Kristiansand kommune 2014

⁴⁵ Demensplanen «Den gode dagen» 2007

fremtidige utfordringene vil det være behov for å utvide dagaktivitetstilbudet slik at tilbudet også er tilpasset yngre brukere med demens og deres pårørende. Tiltak som utvidet åpningstider kan for mange løse store utfordringer i hverdagen⁴⁶.

I løpet av høsten 2014 skal Kristiansand kommune utarbeide et arbeidsdokument for fremtidig drift av dagsentrene for eldre, inkludert opprettelse av dagsenterplasser for yngre mennesker med demensdiagnose (under 67 år). Det skal også ses på om det finnes andre grupper yngre med behov for dagsenter. Videre skal arbeidsgruppen kartlegge behovet for dagsenter per i dag og de neste 12 årene, samt vurdere hva tilbudet bør inneholde, behovet for bemanning og kompetanse, lokalisering, åpningstider og forslag til hvordan frivillige kan bidra på dagsentrene. Arbeidet skal bygge på prinsippene som er styrende for fremtidig utvikling av helse- og sosialsektoren i Kristiansand kommune, som vil si at kommunen skal ha helhetlige og sammenhengende tjenester med fokus på forebygging, tverrfaglighet og kompetanse.

Det er virksomhet service og forvaltning som har ansvaret for behandling av søknader og tildeling av omsorgstjenester, boliger for vanskeligstilte, og Husbankens låne- og tilskuddsordninger, tolketjenesten og statlig mottak. Virksomheten er også koordinerende enhet, og har ansvar for at tjenestene blir koordinert for mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester⁴⁷. Det å tildele velferdsteknologiske hjelpemidler til en bruker som har behov for det, kan føre til endringer i dagens rutiner ved saksbehandling. Det kan tenkes at det er behov for å foreta endringer på dagens søknadskjema og ulike kartleggingsverktøy, samt vurdere dagens rutiner ifht vedtak og kriterier for å få tildelt et velferdsteknologisk hjelpemiddel.

7.3 Hjemmetjenesten

Hjemmesykepleie er lovpålagt og gis til dem som trenger nødvendig helsehjelp. Målet er å gjøre det mulig å bo hjemme så lenge som bruker ønsker det, og å forebygge behovet for heldøgns pleie og omsorg. Målgruppen for hjemmesykepleie er personer som trenger nødvendig helsehjelp på grunn av sykdom, funksjonsnedsetting eller alder. For å kunne motta hjemmesykepleie må søker bo i Kristiansand kommune, være berettiget tjenester etter Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-a, *Retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste*⁴⁸. Den det gjelder må selv ønske hjemmesykepleie⁴⁹.

Hjemmehjelp

Formålet med praktisk bistand er å yte hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål tilknytning til husholdningen. Målgruppen for denne type hjelp er alle som på grunn av sykdom eller funksjonsnedsetting har nedsatt evne til praktiske gjøremål i hjemmet. Søkeren må bo i kommunen og være berettiget tjenester etter sosialtjenesteloven. Søkeren må selv søke hjelpen⁵⁰.

Tabellen under gir en oversikt over antall som mottar hjemmehjelp kommunalt (HJHJ), hjemmehjelp privat⁵¹ (HJHJPR), hjemmesykepleie i kommunen (HJSY) og antall personer som har fått innvilget tjenesten trygghetsalarmer (TRYG).

Tall hentet fra Profil (kommunens fagsystem for pleie- og omsorg), fra kalenderåret 2013:

⁴⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, 2007

⁴⁷ Intranett Kristiansand kommune 2014

⁴⁸ http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_2

⁴⁹ Intranett Kristiansand kommune, 2014

⁵⁰ Intranett Kristiansand kommune, 2014

⁵¹ Private tjenester finansieres i sin helhet av mottaker selv

	Antall personer	Timer pr. uke/snitt	Timer per. Mnd. / snitt	Antall uker i 2013/snitt
HJHJ	1470	0,94	4,04	35
HJHJPR	133	0,81	3,48	40
HJSY	2813	4,5	19,35	33
TRY	1984			

Kommentar: Antall personer som har tjenesten trygghetsalarm er flere enn antall trygghetsalarmer kommunen har plassert ut hos brukere. Årsak til dette kan være at i tilfeller hvor et ektepar har behov for hjemmesykepleie, blir begge registrert som mottagere av tjenesten trygghetsalarm, men det blir kun installert en alarm i hjemmet.

7.4 Trygghetsalarmer

Den mest utbredte velferdsteknologien som hittil har vært etablert i de fleste land, er trygghetsalarmen. Den er basert på en alarmknapp hos brukerne. Dersom bruker utløser alarmen, vil kyndig personell ta telefonisk kontakt og eventuelt sende helsepersonell hjem til vedkommende umiddelbart. Hensikten med kommunens trygghetsalarmtjeneste er å gi økt trygghet for brukeren⁵².

Kristiansand kommune har siden 1987 hatt ordningen med trygghetsalarmer. Alle kommunens innbyggere kan søke. Søkere må fylle ut et skjema som leveres til *Helse- og sosial servicesenter* eller til virksomhet service og forvaltning⁵³. Brukere under 75 år vil bli behovsprøvd. I dag har kommunen ca.1700 trygghetsalarmer ute hos brukere. Dette tallet har vært stabilt de siste 2-3 årene. Alle alarmene er blitt behandlet av hjemmetjenesten. Enten telefonisk via 2 veis tale, eller ved utrykning.

Merknad til bruken av trygghetsalarm:

Kommunen har statistikk over antall utløste alarmer, men ingen oversikt over årsakene til hver utløste alarm. En rapport med oversikt over dette vil være meget tidkrevende. Det er enkelte brukere som bruker alarmen hyppigere enn andre, og som eksempelvis kan trykke 200 -600 ganger i uka.

Oversikt over antall utløste alarmer:

År	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (mai 2014)
Antall alarmer	42893	71665	77892	84527	112080	123912	44620

Dersom tendensen fra tidligere år holder seg vil antall utløst alarmer øke til ca.127860 alarmer ved utgangen av 2014.

Det er virksomhet service og forvaltning som mottar søknader fra brukere om trygghetsalarm. Dersom det er et hastevedtak og bruker har behov for alarm innen hjemreise fra opphold på institusjon, kan institusjonen kontakte Kløvertun direkte. Service og forvaltning innvilger i slike tilfeller, vedtak om alarm i ettertid. For bruker koster tjenesten trygghetsalarm kr 130,- pr påbegynt måned. I tillegg kommer telleskrittene ved bruk av alarmen og ved

⁵² Helsedirektoratet 2014

⁵³ Intranett Kristiansand kommune, 2014

ukentlig automatisk testing av alarmer. Hver alarm koster ca. 5000 for selve trygghetsalarmen og ca. 700 kroner for å få den installert. Kommunene samarbeider med et eksternt firma i forhold til installasjon hos bruker og drift av trygghetsalarmene. Bruker betaler ikke for selve alarmer eller installasjon av denne, dette er kostnader som tilfaller kommunen. Gjenbruk av trygghetsalarmer er en rutine. Det er ingen oversikt over hvor mange av de som har tjenesten trygghetsalarm, som benytter seg av alarmer.

Dagens trygghetsalarmsystem er hovedsakelig basert på bruk av analoge telefonlinjer. Telenor planlegger å fase ut de analoge linjene i løpet av 2017. Dette fører til at kommunene må forberede seg på å installere nye løsninger basert på ny teknologi. En rekke kommuner har derfor de siste årene prøvd ut bruk av trygghetsalarmer knyttet til mobilnettet. Per i dag er 83 av de ca. 1700 trygghetsalarmene i Kristiansand kommune, digitale.

I «Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenester 2013- 2030», skriver helsedirektoratet at det er en vesentlig forskjell mellom den mest vanlige trygghetsalarmen som benyttes i dag og de fremtidige mulighetene som kan realiseres i de nye sensorbaserte og digitale løsningene. Helsedirektoratet deler utviklingen av trygghetsalarmen inn i tre generasjoner:

- 1.generasjon omfatter enkel trygghetsalarm med varslingsfunksjon og to-veis talefunksjon
- 2.generasjon omfatter i tillegg utstyr for varsling via sensorer, som komfyrvakt, røykvarsler og oversvømmelsesvarsler
- 3. generasjon omfatter mer avanserte og integrerte løsninger, f.eks. GPS, videokommunikasjon og fallsensor

Helsedirektoratets anbefaling er at kommunene legger til grunn behovet for 3. generasjon trygghetspakker ved fremtidige anskaffelser. Overgangen fra dagens trygghetsalarmer til framtidens trygghetspakker indikerer at fremtidige anskaffelser må møte framtidens behov. Løsningene må i tillegg bygge på Datatilsynets anbefalinger vedrørende personvern og informasjonssikkerhet. Som en del av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram har Helsedirektoratet et eget arbeid med å beskrive framtidens trygghetsalarmer og hvilke funksjoner kommunene bør ta høyde for⁵⁴.

September 2014 starter prosjektet «Forprosjekt trygghetspakken» som blant annet skal evaluere dagens trygghetsalarmsystem i Kristiansand kommune, og kartlegge et framtidig behov ifht. trygghetsalarmsystemet.

Prosjektmålene er og:

- sikre overgang fra analog til digital trygghetsalarm innen 2017.
- Planlegge en utprøving av trygghetspakken.

Dersom man i løpet av prosjektet SAMSPILL avdekker et behov for å koble varslings- og lokaliseringsteknologi til trygghetsalarmen, så vil det måtte sees i sammenheng med oppgradering av server og digitalisering av trygghetsalarmen.

7.5 Elektronisk pasientjournal

Kristiansand kommune bruker fagsystemet Visma Omsorg Profil. Systemet har funksjonaliteter som dekker behov for dokumentasjon og oppfølging knyttet til de fleste faggrupper, med fokus på ledere, leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysio- og ergoterapeuter,

⁵⁴ Fagrapporten om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2020. Helsedirektoratet, 2012

merkantilt ansatte og flere. Visma Omsorg Profil gir i tillegg god støtte for arbeidsrutiner som saksbehandling, egenbetaling, ressursadministrasjon og logistikk.

Pasientjournalen er en sentral del av løsningen, og i «Plan og Rapport» dokumenteres all helsehjelp. Det er meningen at kommunen selv skal opprette egendefinerte områder i Profil. Kristiansand kommune har valgt å ta utgangspunkt i sykepleiegrunnleggende behov. I tillegg inngår blant annet IPLOS⁵⁵, diagnoser, skjemaer, elektroniske meldinger og ikke minst medisiner som viktige elementer i funksjonaliteten «Pasientjournalen».

7.6 Omsorgssenter

Omsorgssentre og omsorgsboliger hører inn under virksomhet omsorgssentre. Etter en omorganisering januar 2014 ble også omsorgsboligene som tidligere var tilknyttet hjemmetjenesten, flyttet til denne virksomheten. I praksis betyr dette at det er omsorgssentrene som drifter omsorgsboligene. Kommunen eier og driver 12 omsorgssentre fordelt på tre områder; omsorgssentre vest, nord og øst. Flere av omsorgssentrene har tilhørende omsorgsboliger.

Et omsorgssenter er et bosted av lengre eller kortere varighet. Beboerne skal gis en trygg livssituasjon og et verdig liv. Omsorgssentrene skal være kvalifisert til å ivareta behov som oppstår ved fysiske og psykiske funksjonshemminger. Virksomheten fokuserer på at beboerne skal ha mulighet til selv å velge hvordan de vil leve sitt liv i institusjonen⁵⁶.

Omsorgssentrene kan tilby:

- Langtidsplass
- Korttidsplass
- Avlastningsopphold
- Dagsenter
- Omsorgsbolig

Omsorgsbolig

En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset bevegelsehemmede og som er tilrettelagt slik at brukere skal kunne motta heldøgns helse- og omsorgstjeneste. Brukere som får tilbud om omsorgsbolig er vurdert til å ha behov for heldøgns helse- og omsorgstjeneste ut over det som kan gis i brukerens hjem på grunn av funksjonsnedsetting, kognitiv svikt eller sykdom. Brukere mottar tjenester på samme vilkår som for andre hjemmeboende. Boligen er brukernes egne hjem, hvor de selv betaler for husleie, strøm og mat⁵⁷. Kristiansand kommune har i dag til sammen 619 plasser for døgnopphold. Disse er fordelt på 517 plasser på omsorgssentre, 80 plasser på Valhalla omsorgssenter og 22 plasser på Kløvertun rehabilitering (vedlegg 3).

I 2012 ble det etablert en arbeidsgruppe som hadde i oppgave å foreta en gjennomgang av kommunens eksisterende boligmasse med tanke på omgjøring serviceboliger til omsorgsboliger. I det samme prosjektet skulle det også vurderes om det lå potensiale for å øke antall plasser ved eksisterende omsorgssentre. Gruppens mandat var å planlegge hvordan en utfasing av dagens dobbeltrom og opprettelsen av *Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold* (ØHD) som følge av et politisk vedtak, skulle foregå. Det var behov for å opprettholde dagens omfang av antall rom til tross for omorganiseringen.

⁵⁵ Et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren.

⁵⁶ Intranett Kristiansand kommune, 2014

⁵⁷ Intranett Kristiansand kommune, 2014

En avdeling med 8 korttidsplasser på Valhalla blir i disse dager bygget om for å bli kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp. ØHD skal inneholde 12 senger fordelt på 4 enkeltrom og 4 dobbeltrom. Isteden for å fordele bortfallet av de 8 korttidsplassene som ble fjernet fra Valhalla, på mange ulike omsorgssentre, ble det avgjort at en avdeling på Stener Heyerdahl omsorgssenter (12 senger) skulle omgjøres til rulleringsbrukere. Rullering er også korttidsdrift.

Sykesignalanlegg

Per i dag er det til sammen 4 ulike typer sykesignalanlegg fra ulike leverandører på omsorgssentrene og Kløvertun rehabilitering. (vedlegg 4). Muligheten for å koble opp ulike former for velferdsteknologi varierer hos de ulike systemene. Det som er mest brukt på institusjonene er bevegelsessensorer, døralarmer og sensormatter på gulv.

7.7 Tjenestesteder som var involvert i kartleggingen

Presteheia Omsorgssenter, Kristiansand kommune

Presteheia omsorgssenter åpnet mars 2010. Omsorgssenteret har 64 rom. Av disse er 8 rom forsterkede plasser og 8 rom tiltenkt personer med demensdiagnose. Det er også tilknyttet 24 omsorgsboliger til omsorgssenteret. Beboerne som bor i omsorgsboligene har status som hjemmeboende. Omsorgssenteret har egen sansehage hvor beboerne kan vandre «fritt». Sykesignalanlegget på Presteheia omsorgssenter ble installert i 2010.



Presteheia omsorgssenter

Vågsbygdtnet, Kristiansand kommune

Vågsbygdtnet åpnet i 2000. Omsorgssenteret har 72 rom. Av disse rommene er 8 rom tiltenkt personer med demensdiagnose og 8 rom tiltenkt personer med psykiske lidelser. Sykesignalanlegget på Vågsbygdtnet ble installert i 2009.



Vågsbygdtnet

Ternevig omsorgssenter, Kristiansand kommune

Ternevig omsorgssenter ble totalrenovert i 2004. Omsorgssenteret har 66 rom totalt hvor 33 av disse rommene tilhører avdelinger som er tilrettelagt for personer med demensdiagnose. Sykesignalanlegget på Ternevig omsorgssenter ble installert i 2010.



Ternevig omsorgssenter

Bispegra omsorgssenter

Omsorgssenteret er bygd i 2004. Det har til sammen 64 beboerrom som er tiltenkt ulike brukergrupper. 8 rom er forbeholdt unge mennesker med ervervet hjerneskader, 32 rom er forbeholdt mennesker med demensdiagnose og 18 rom til mennesker med somatiske lidelser. Sykesignalanlegget på Bispegra omsorgssenter ble installert i 2004.



Bispegra omsorgssenter

Tveit omsorgssenter

Omsorgssenteret er renovert de siste årene. Det har 21 rom hvor 7 er tiltenkt mennesker med en demensdiagnose. Høsten 2014 skal det utvides med 3 rom slik at det til sammen blir 24 beboerrom. Sykesignalanlegget på Tveit omsorgssenter ble installert i 2006.

Ytre Vågsbygd sone

Sonen håndterer mellom 140 til 145 brukere med ulike behov. Området sonen dekker går fra Langenesveien til og med Flekkerøya. Det er per i dag ca. 25 årsverk ansatte i sonen. De ansatte både går, sykler og kjører bil til brukerne.

8. Etikk

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi reiser noen spørsmål i forhold til etikk og personvern. Spesielt når det benyttes hos de gruppene som kan være mest sårbare, som i dette prosjektet mennesker med demens og kognitiv svikt.

Kristiansand kommune har utarbeidet egne etiske retningslinjer for ansatte og folkevalgte i kommunen⁵⁸. I retningslinjene står det blant annet:

«Kristiansand kommune legger stor vekt på redelighet, ærlighet og åpenhet i all sin virksomhet. Alle ansatte og folkevalgte har et ansvar for at dette prinsippet etterleves. Som forvalter av innbyggernes fellesmidler, stilles det spesielt høye krav til den enkelte medarbeiders etiske holdninger»

Retningslinjene sier også at ledere på alle nivåer har et særlig ansvar for å tydeliggjøre og skape aksept for etisk forsvarlig adferd og legge betingelser til rette for praktisering av dette. Etiske refleksjoner i forhold til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi vil være viktig for helsepersonell som skal administrere teknologien. Etiske diskusjoner bør ha fokus på økt aktivitet, økt trygghet og livskvalitet for brukerne, pårørende og personell, følelse av selvstendighet, holdninger og ønsker og behov hos den enkelte bruker.

I 2007 startet prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving»⁵⁹ opp. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjonene innen helse- og omsorg samt KS. Prosjektets hovedmål er å bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen i helse- og sosialsektoren, og at tjenesten gjennomfører systematisk etisk refleksjon. Sentralt er det besluttet å videreføre prosjektet fram til utgangen av 2015. Kristiansand kommune er med i "etikk prosjektet", sammen med 214 (juni 2014) andre kommuner i landet. Kristiansand kommune ble deltager våren 2010. Høsten 2011 ble det engasjert en prosjektleder i 20 % stilling som blant annet hadde i oppgave å styrke kommunens etiske kompetanse. Prosjektet ble avsluttet våren 2012. Per i dag er enkelte av refleksjonsgruppene som ble opprettet i prosjektperioden, fortsatt aktive.

Etikkhåndboken⁶⁰ som er utviklet for å styrke den etiske kompetansen i den kommunale helse- og sosialsektoren benyttes som veiledning i hvordan vanskelige etiske dilemma kan behandles:

«Etiske dilemmaer kan synes uløselige. I praksis viser det seg ofte at systematisk refleksjon, gjerne sammen med andre på tvers av fag- og profesjongrensar, kan være til stor hjelp. Rimelige løsninger lar seg ofte finne hvis man bruker kreativiteten og går dilemmaet litt nærmere etter i sømmene, ikke minst hvis man gjør det i fellesskap.» (Eide og Aadland, 2008).

Det finnes flere modeller som kan anbefales brukt når man står ovenfor et etisk dilemma. I boka «Se gorillaen», beskriver Kvalsnes etikk som en systematisk tenkning om hva som er rett og galt i omgang mellom mennesker. Når vi står fast og lurer på hva vi bør gjøre i enkelte tilfeller, kan etikken gi oss et språk og noen prinsipper for å avklare hvilke beslutningshensyn som gjelder i en bestemt situasjon. Etisk strategi går ut på å ta for seg hvilke handlingsalternativer en har, hvem som berøres av de ulike alternativene, hvordan disse

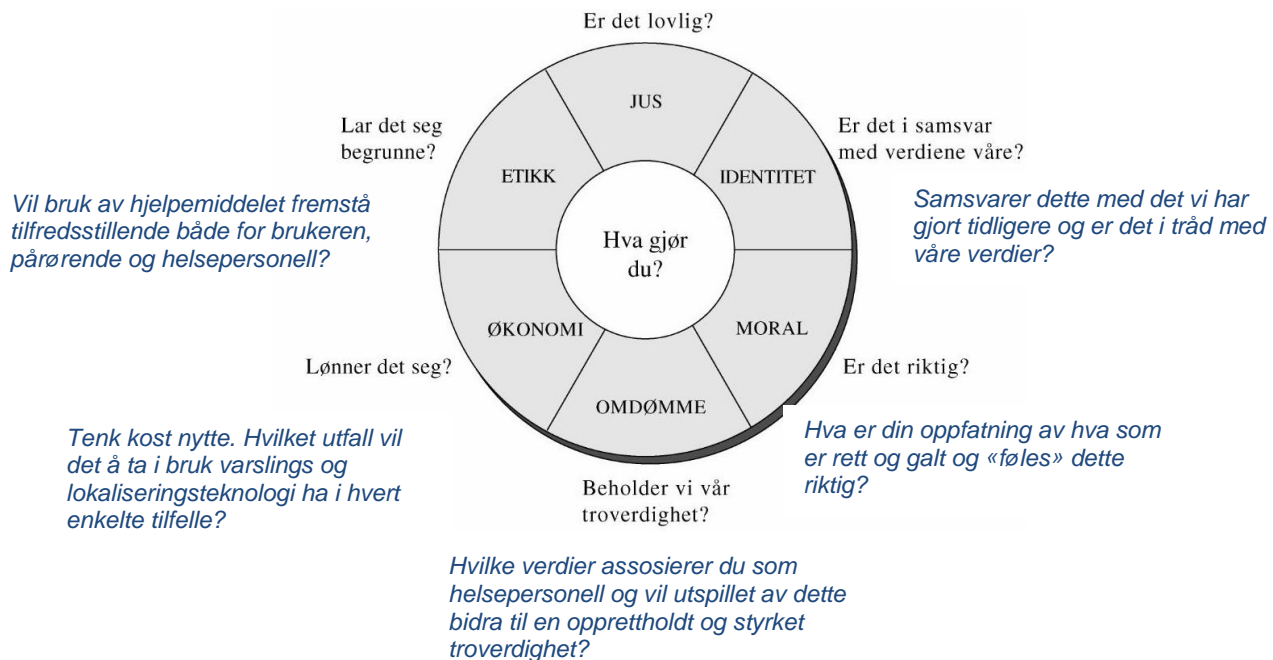
⁵⁸ <http://www.kristiansand.kommune.no/PageFiles/9551/etiske%20retningslinjer%20for%20ansatte%20og%20folk%20evalgte.pdf>

⁵⁹ <http://www.ks.no/etikk-kommune>

⁶⁰ Etikkhåndboken

berøres, hvor sannsynlig det er at utfallet blir slik eller slik og hvilke hensyn som taler for eller imot. Etikkhjulet kan være et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med å sortere og reflektere over de ulike alternativene man står ovenfor i en slik situasjon.

Er det i strid med Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Kap. 4 samtykke til helsehjelp?



Kilde: «Se gorillaen», Kvalsnes, Øyvind, 2008

Dersom man svarer nei på et eller flere av spørsmålene i etikkhjulet har man en situasjon hvor flere beslutningshensyn står mot hverandre og utfordringen blir hvem som veier mest i situasjonen. Alternativet vi da vurderer kan for eksempel være:

- lovlig, men ikke riktig,
- lønnsomt, men ikke riktig eller
- i samsvar med verdiene våre, men ulovlig

Utfordringen blir da å ta riktig beslutningshensyn. Spørsmål om moralen skal teller mer enn økonomien, eller om jussen er det høyeste prinsippet må vurderes i hvert enkelte tilfelle⁶¹.

9. Regler som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

For alle helse- og omsorgstjenester i kommunen gjelder det et krav om at tjenesten man utfører skal være forsvarlig. Kommunen må vurdere forsvarligheten ved å ta i bruk velferdsteknologi med utgangspunkt i individuell kartlegging av behov, etiske vurderinger og gjeldende lovverk. Helsepersonell er pålagt å følge Lov om pasient- og brukerrettigheter⁶².

⁶¹ Kvalsnes, «Se gorillaen» 2008

⁶² <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Gjennom et lovforarbeid i regi av helsedirektoratet med etterfølgende vedtak i stortinget, ble det vedtatt endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Endringene ble tatt inn i en ny bestemmelse; § 4-6 a i Lov av 2.7.99 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Endringene tredde i kraft 1. september 2013.

§ 4-6 a. Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling reguleres av § 4-6. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av samtykkekompetansen til bruker.

Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukerens interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet, og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket.

Denne bestemmelsen kommer ikke til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket (Lovdata, Pasient og brukerrettighetsloven, § 4).

9.1 Samtykke

Vurdering av samtykkekompetansen til den aktuelle bruker er en grunnleggende del av saksbehandlingen etter denne loven. Bruker kan være delvis samtykkekompetent som vil si at bruker har samtykkekompetanse på noen områder og enkelte områder ikke. Dette bør komme fram i brukes journal og vurderes når behovet for velferdsteknologi kartlegges. Ved tildeling av velferdsteknologiske hjelpemidler, vil man møte på ulike tilfeller av samtykke:

1. Bruker er samtykkekompetent og vil selv ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi.
2. Bruker er ikke samtykkekompetent, men motsetter seg ikke bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (§ 4-6 a).
3. Bruker er ikke samtykkekompetent og motsetter seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Man er da over i et eget kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven: kapittel 4A. Henviser til pkt. 9.1.1.

Hva lovteksten sier om samtykke

Pasient og brukerrettighetsloven § 4-1 slår fast at helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

§ 4-2 beskriver krav til samtykkets form, og samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Hvem vurderer pasientens samtykkekompetanse

For personer med demens kan samtykkekompetanse bortfalle helt eller delvis dersom han/hun åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. I følge § 4-3 er det den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Avgjørelsen som

gjelder manglende samtykkekompetanse, skal være begrunnet og skriftlig⁶³, og pasienten og dennes nærmeste pårørende skal straks informeres om dette. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell.

9.1.1 Kap.4A Helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelp (tvang)

Loven åpner opp for at man, i visse tilfeller, kan gi helsehjelp som brukeren motsetter seg (Kap.4A). I pasient- og brukerrettighetsloven § 4A -3 står det:

«Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette»

At helsepersonell har forsøkt tillitsskapende tiltak, må være dokumentert prøvd ut før helsepersonell tar i bruk loven slik det er mulighet til i følge § 4A -4, første ledd:

«Dersom vilkårene i § 4A -3 er oppfylt, kan helsehjelpen gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten»

10. Resultater fra behovskartleggingen

Hensikten med å foreta en behovskartlegging har vært å forstå og beskrive behov, slik at opplevelsen av den helsehjelpen som skal mottas og gis blir best mulig i et fremtidig perspektiv. Dette kapittelet beskriver behov som er avdekket hos brukere, pårørende og hos ansatte i helse- og omsorgssektoren. Behovene er basert på intervjuer, samtaler og informasjon fra litteratur og andre rapporter. Videre beskrives erfaringer som er gjort i kommunen og det gis eksempler på teknologi og løsninger som er benyttet eller ønskes benyttet.

10.1 Behov og erfaringer hos brukere og pårørende

I dette avsnittet ser man pårørende og brukere under ett. For å kunne hjelpe brukeren må helsepersonell også kjenne til de pårørendes behov. Pårørende og brukere nevner at det å bo i eget hjem og å oppleve trygghet, selvstendighet og samtidig ha mulighet til et sosialt og aktivt liv, er viktig.

10.1.1 Opplevelsen av trygghet og selvstendighet i eget hjem

Informantene opplever at den tradisjonelle trygghetsalarmen gir dem trygghet. En bruker som hadde trygghetsalarm som et smykke rundt halsen uttrykte at hun følge seg trygg.

«Jeg føler meg trygg med denne alarmen» - Bruker

En annen informant syntes det hadde vært fint med varsling som fungerer selv om vedkommende ikke kan aktivere trygghetsalarmen. I tillegg til trygghetsalarmen, blir det også vektlagt at plasseringen av bostedet er viktig for opplevelsen av trygghet. Det oppleves som en trygghet å ha familie eller mennesker man stoler på i nærheten.

«Jeg har en trygghet i at jeg alltid kan kontakte naboen dersom det er noe» - Bruker

⁶³ Velferdsteknologi i boliger, SINTEF 2012

Mange stoler på at de får den hjelpen de trenger av hjemmetjenesten, men enkelte av informantene sier at det kan være en utfordring at de ikke alltid vet når hjemmetjenesten kommer på hjemmebesøk, og at tjenesten ikke er tilrettelagt for ulike personers behov.

10.1.2 Aktivitet i hverdagen

De fleste ønsker å fortsette å leve livet sitt slik man er vant til. Følelsen av frihet og selvstendighet er viktig. Mange løfter frem viktigheten av å holde seg i aktivitet. Fysisk aktivitet bidrar til økt matlyst og at man blir fysisk sliten, som igjen gjør at man sover bedre om natten. En av informantene fortalte at ektefellen som hadde gått seg vill på en av sine tidligere turer, gjerne skulle hatt GPS da vedkommende fikk Alzheimer diagnose.

«Jeg vil heller ut å gå tur enn å bli låst inne» - Bruker

Nå er ikke brukeren så aktiv lengre, men dersom vedkommende hadde vært mer mobil hadde dette absolutt vært et alternativ.

10.1.3 Sosial kontakt

Personer som opplever en sykdomsutvikling hos seg selv eller at en av deres nærmeste får en demensdiagnose opplever ofte sosial isolasjon og ensomhet. Noe av det som øker trivselen til de fleste mennesker, er sosialt samvær. Fravær av sosialt samvær er en viktig årsak til opplevelsen av ensomhet. Bruk av velferdsteknologi som dekker et sosialt behov kan for enkelte personer være en løsning. Teknologi kan være med på å gjøre mennesker mer uavhengige.

«Jeg sitter mye alene. Føler jeg sitter i et isolat» - Bruker

En informant sier at hun gjerne skulle hatt en ipad som hun kunne bruke på dagsenter og hjemme hos seg selv, men at hun ikke vet hvordan hun skal lære seg å bruke den eller hvem hun kan kontakte for å få hjelp.

«Det hadde vært veldig moro dersom jeg kunne sitte og se på bilder, og om jeg kunne se andre også, hadde det vært gøy» - Bruker

Det er viktig å følge opp brukere og eventuelt pårørende med tilstrekkelig informasjon og støtte til å ta i bruk teknologi. Dersom teknologien benyttes på en uforvarlig måte kan det skape utfordringer og eventuelt fører til sosial isolasjon. Det er viktig å kartlegge brukerbehov og diskutere etiske dilemma og juridiske utfordringer.

10.1.4 Omsorg og avlastning av pårørende

Mange pårørende opplever en stor ansvarsfølelse når en av deres nærmeste blir pleietrengende. Mange kontakter helsevesenet først når de selv er utbrent og ikke lenger orker å ta vare på ektefelle, foreldre eller søsken. Risikoen for at pårørende skal slite seg helt ut og selv bli brukere av omsorgstjenesten er stor. Å styrke pårørende ved å skape et sosialt nettverk rundt dem, og å avlaste dem, kan være en måte å redusere denne risikoen på.

«Jeg prøver å gjøre mest mulig selv før jeg ringer hjemmetjenesten. Jeg har problemer med å slippe helt taket» - Pårørende

Pårørende er ofte en glemt gruppe tross den viktige rollen de ofte har som omsorgspersoner. Pårørende til brukere med omsorgsbehov opplever ofte hverdagen som svært krevende og vanskelig. Mange opplever perioder med stress, sorg, isolasjon, uro, angst og hjelpeløshet.

«Jeg er veldig sliten, men han er så klar i hode og han ønsker å være hjemme så jeg skal strekke meg litt til.» - Pårørende

Det er ofte vanskelig å ta vare på egne behov og pårørende kan oppleve tap av nettverk som igjen gjør dem sårbare.

«Det blir til at vi velger ting bort. Samme med samværet med venner - vi velger det bort» - Pårørende

10.1.5 Pårørende ønsker å være delaktige og er positive til å ta i bruk teknologi

Teknologivillighet oppleves hos både brukere og pårørende. Mange nevner at velferdsteknologiske hjelpemidler slik som GPS, døralarm, komfyrvakt og medisindispenser kan være med på å trygge hverdagen, og øke muligheten til å kunne bo i eget hjem lenger. For personer som opplever at hukommelsen svikter, kan enkle påminnelser og løsninger som gjør det enklere å orientere seg i hverdagen være svært viktig. Slike hjelpemidler kan føre til økt opplevelse av trygghet og selvstendighet.

«Jeg klarer veldig fint å ta medisiner på morran, men på ettermiddag og kveld glemmer jeg det ofte» - Bruker

Både pårørende og ansatte på institusjoner og i hjemmetjenesten, rapporterer at de betrakter bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som et positivt tiltak. Flere sier også at de gjerne vil samarbeide med personalet, og at de ønsker å bli inkludert i kommunens vurdering for bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler til sine pårørende. Et slikt samarbeid kan være nyttig og ha mange fordeler. Pårørende skal om mulig alltid inkluderes dersom person med demens ikke har samtykkekompetanse.

10.1.6 Behov for å ta i bruk teknologi så tidlig som mulig i demensforløpet

Kognitiv svikt bringer ofte med seg ekstra utfordringer. Det er viktig å være klar over at kognitiv svikt kan gi uforutsigbarhet i handlingsmønsteret. Det vil også generelt sett være vanskelig for brukere å venne seg til eller være mottagelige for nye tjenester i hverdagen. Man skal også være svært forsiktig med å anta eller ha forutinntatte oppfatninger og forventninger om hva personer med kognitiv svikt kan tilegne seg av nye ferdigheter. Her er det store individuelle forskjeller, og man må ikke avskrive muligheten for at personer med demens kan lære å etablere vaner uten at det er vurdert og prøvd ut. En informant opplevde at familien var negativ til at vedkommende klarte å ta i bruk teknologi, mens brukeren selv var motivert for å prøve.

«Barna sier at jeg er så pass lite klar til å lære nye ting at jeg ikke vil lære å sende en melding. De tror det vil bli vanskelig for meg» - Bruker

For personer med kognitiv svikt, ser velferdsteknologiske løsninger ut til å fungere best, dersom løsningene bygger på grensesnitt eller brukerflater som brukeren kjenner fra før. Er brukeren vant med å bruke mobiltelefon før sykdommen utviklet seg, vil dette også kunne benyttes et stykke ut i sykdomsforløpet. For personer med demens er det avgjørende å forstå og kunne spille på deres restfunksjon og etablerte vaner.

10.1.7 Teknologien må tilpasses brukers individuelle behov

Løsninger som skal gi hjelp til selvhjelp og som har en grad av brukerinteraksjon bør være nøye tilpasset brukerens egne forutsetninger. Ansatte nevner viktigheten av å ha fokus på at teknologien kan tilpasses, og ta høyde for brukerens behov (individualisert teknologi). Det er også viktig å vurdere nytteverdien av å ta i bruk et velferdsteknologisk hjelpemiddel.

Det kan være avgjørende at brukere og pårørende lærer å bruke hjelpemiddelet i et tidlig forløp. Flere brukere og pårørende føler selv at de har utfordringer med å tilegne seg bruk av ny teknologi. De tror det vil bli vanskelig for dem eller de blir introdusert til bruk av slike hjelpemidler for sent. Dersom brukerens forventninger til å ta i bruk et hjelpemiddel ikke innfris, blir ofte resultatet at løsningen ikke brukes. Sammen med nøye kartlegging av brukerens behov og grundig opplæring, bør man sørge for at den teknologien man utstyret brukeren med er intuitiv, logisk og enkel å bruke. Hjelpemiddelet må oppleves som nyttig og ikke som en ekstra belastning for brukeren.

Skal teknologien oppleves som en trygghet må den være brukervennlig og pålitelig. Det må også være mulig å tilrettelegge teknologien ut i fra brukerens og pårørendes behov.

10.1.8 Behov for informasjon, opplæring og koordinering av tiltak

Mange opplever at det er vanskelig å skaffe informasjon om hva som finnes av ulike velferdsteknologiske hjelpemidler. Flere stiller også spørsmål om hvordan man kan anskaffe seg løsningen, samt om dette er det offentlige (NAV⁶⁴, Kommune) eller vedkommende selv sitt ansvar. Flere ønsker å ta i bruk velferdsteknologi dersom de blir gitt opplæring og veiledning til riktig bruk. Eldre mennesker har ikke den samme interessen eller kulturen for å prøve og feile med teknologien, slik den yngre generasjonen har. Dersom velferdsteknologi ikke oppleves nyttig for det behovet de har, lar de være å bruke det. Det er viktig med veiledning, men det er også viktig å stille krav om at teknologien er så intuitiv som mulig og at brukermanualene utarbeides slik at de er forståelige for mennesker med kognitiv svikt. Verktøyet bør ha lettfattelig språk og gjerne illustreres med tegninger i tillegg.

Pårørende og brukeren selv har et behov for å få informasjon om eventuelle sykdommer og ulike behandlingstilbud som er aktuelle for brukeren. Det er også behov for informasjon om tilbudet i kommunen som for eksempel dagsentertilbud, rulleringsopphold, kommunens hukommelsesteam og pårørendeskolen.

Et godt samarbeid med fastlegen og spesialisthelsetjenesten er også viktig for ansatte som er ansvarlig for brukeren.

*«Det burde være slik at man får utdelt en brosjyre hos legen når du får en diagnose»
- Pårørende*

Pårørende til yngre personer med demens (unders 65) som utredes av spesialisthelsetjenesten, opplever at de ikke blir henvist til informasjon som hukommelsesteamet, pårørendeskolen eller andre tilbud i kommunen. Denne informasjonen kom heller ikke via fastlegen.

«Jeg så annonsen til pårørendeskolen i fevnenen» - Pårørende

«Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for demensutredning for alle under 65 år og vi i samarbeid med brukerens fastlege som har ansvar for de over 65 år. Det er likevel mulig at vi har kontakt med de under 65 år, men vi har per i dag fått svært få henvendelser om det» - Ansatt

Det kom frem ønske om at kommunen kan få bedre tilbud til yngre personer med demens, og et ønske om utvidet åpningstid på dagsenter. En av informantene oppfattet det slik at ektefelle får redusert tid på dagsenter dersom vedkommende får innvilget rullerende

⁶⁴ Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)

korttidsopphold. Dette oppleves vanskelig siden pårørende er i jobb og ektefelle har behov for både dagsenter og rullerende opphold i perioder.

10.2 Behov hos ansatte på omsorgssenter og i hjemmetjenesten

10.2.1 Varsle fall

Fall er en av de største årsakene til skader hos beboere på omsorgssentre og hjemmeboende. Årsaker til fall kan være de fysiske omgivelsene, for eksempel teppe på gulvet eller lite lys i rommet, eller det kan skje som følge av en adferd eller sykdom hos vedkommende. Fall skjer ofte inne på eget beboerrom, ved sengen eller på badet. Dersom omsorgssenteret har flere etasjer og beboerne har mulighet til å ferdes fritt, er trappene også en fare i forhold til fall. På grunn av kognitiv svikt eller fysiske begrensinger, kan det kan være vanskelig for beboere selv å varsle et fall. Den kognitive svikten kan gjøre at person med demens ikke skjønner hvordan en alarm skal utløses. Det har kommet frem behov for automatisk varsling av fall uten at brukeren aktivt utløser alarmen.

Bevegelsessensorer er en type varsling som har som formål å varsle en risiko eller andre situasjoner på et omsorgssenter eller i hjemmet. En bevegelsessensor krever ingen aktivitet av brukeren selv. Ved bruk av bevegelsessensorer er det viktig å kjenne brukerens behov slik at man unngår mange feilalarmer.

Ansatte oppgir at det er et større behov for bevegelsessensorer på natten, da det er mindre bemanning. Personalet nevner også situasjoner hvor de opplever at beboere står opp om natten eller faller uten å få den hjelpen de trenger. Årsakene til dette kan være at pleiepersonell er opptatt med andre oppgaver eller beboere. Beboere med stor falltendens har ofte behov for flere tilsyn. Dette gjelder særlig om natten. Nattevakten løser ofte dette med å legge inn ekstra tilsyn i tillegg til rundene kl. 24, 03 og 06. Det å gå inn til en beboer på natten, kan føre til at beboeren våkner og blir urolig.

«Det som ofte skjer når vi går på tilsyn er at beboer våkner, går på do rett etter at vi har vært der, og faller» - Ansatt

Beboeren har ofte ikke med seg trygghetsalarmen eller vedkommende har ikke evne til å skjønne og aktivere alarmen. I slike tilfeller kan beboeren bli liggende skadet på gulvet fram til neste tilsyn (ref.kap.1.1.6). Dersom nattevakten nettopp har vært på tilsyn, kan dette vare opptil tre timer.

Tilbakemeldinger fra ansatte er at det de stadig opplever hendelser som medfører skader og i verste fall brudd. En ansatt sier det har vært mye fall det siste halve året, og at de er usikre på hvordan de skal løse dette på natten. Fallene skjer som oftest rundt sengen eller på badet.

Det er behov for nye måter å varsle fall i eget hjem og på omsorgssentre. På Mulighetsrommet er det demonstrert hvordan ulike type teknologi som bevegelsessensorer, sengematter eller trykkfølsomt gulv kan bidra til å varsle om brukeren har falt eller varsle om situasjoner hvor det er risiko for fall.

10.2.2 Forebygge fall

I tillegg til å varsle om brukeren har falt, ble viktigheten av å forebygge fall løftet frem. Såkalt «nattlys» er montert langs listen og fører, for eksempel, inn til baderommet hvor det har til hensikt å forebygge fall. Dette fungerer ofte tilfredsstillende, men kan også i noen tilfeller virke mot sin hensikt. En beboer opplevde at dette var mystisk og kanskje truende mens en annen beboer rett og slett ville ha lyset av, for å «spare» strøm. Dette er typiske eksempler på at det er svært viktig å kjenne brukeren sin bakgrunn og behov og gjennomføre en

individuell kartlegging og vurdering i hvert enkelt tilfelle. Man ønsker ikke å installere hjelpemidler som skaper større uro for beboerne.

Andre praktiske fallforebyggende tiltak kan være å hindre at eventuelt tepper, terskler, møbler eller glatte gulv gjør at brukeren snubler og falle. Støttehåndtak er også eksempel på fallforebyggende tiltak.

10.2.3 Frihet til å gå ut og uønsket vandring

Flere ansatte sier de til stadighet erfarer at beboere som har et ønske om å gå på tur ikke får muligheten til dette fordi avdelingen ikke er tilrettelagt slik at dette er mulig eller at det ikke er nok bemanning.

«Optimalt sett hadde vi gått mer på tur dersom vi hadde hatt mulighet» - Ansatt

Ansatte ved et omsorgssenter som har en egen «lukket» sansehage sier at de stadig avleder med en tur i sansehagen.

«Bygger det seg opp aggresjon kommer man ofte langt med en luftetur» - Ansatt

For at personer som har vanskeligheter med å orientere seg og finne tilbake, skal få gå ut slik de ønsker er det viktig at pårørende og personalet kan lokalisere personen dersom vedkommende ikke kommer tilbake inne rimelig tid. Engstelsen som ansatte og pårørende opplever er ubeskrivelig, og man erfarer at noen heller velger å "avlede" eller låse døren for å hindre at person med demens får gå ut.

«Å oppleve at en beboere forsvinner er den samme følelse som å miste en unge på stranden» - Ansatt

Flere ansatte sier at de stadig opplever at pårørende ønsker å være delaktige i brukeren sin hverdag. Personalet har fått henvendelser fra pårørende hvor de etterlyser bruk av GPS, sensoralarmer og fallalarmer. I enkelte tilfeller er pårørende villig til å inngå et samarbeid med personalet.

«Jeg ville gjerne hatt en peiler så vi kunne sett hvor vi kan finne han» - Pårørende

Vandring er et kjent fenomen på et omsorgssenter og forekommer ofte. Vanligst er beboere som vandrer i gangene, går turer ut alene eller «besøker» andre beboerrom. På den ene siden er vandring positivt siden beboerne da er i fysisk aktivitet, men på den andre siden kan vandring føre til farlige situasjoner og uroe andre beboere. En kjent utfordring er beboere som våkner på natten, står opp og går inn til andre beboere. Å oppleve at det kommer inn en person på rommet, som i verste fall oppfører seg truende, kan føre til at beboeren blir utrygg og redd. For beboere på omsorgssentre er det viktig å føles seg trygg når man er inne på sine egne rom. Dette gjelder både om dagen og natten.

Ansatte opplever stadig at beboere gir uttrykk for at de ikke føler seg trygge på eget rom og at de har behov for å sikre at uvedkommende eller andre beboere ikke kommer inn på rommet. Det blir opplyst om at det ofte praktiseres å låse dører inn til beboerrom når beboeren er inne på fellesstuen eller når beboeren er på rommet sitt. I disse tilfellene er beboere samtykkekompetent og ønsker dette selv. Pårørende blir også ofte tatt med på slike avgjørelser. Det er også utfordringer der man har utagerende beboere. De ansatte må ofte, i tillegg til å skjerme utagerende beboere, sitte sammen med de som føler seg truet for å minske opplevelsen utrygghet.

«Jeg liker ikke når han kommer inn til meg» - Beboer sagt til ansatt

Vandring kan også være en utfordring for hjemmeboende og deres pårørende. Det finnes mange eksempler hvor pårørende må følge med brukeren både dag og natt, slik at ikke vedkommende går ut. Dette er også kjent for hjemmetjenesten. Dersom vedkommende vil ut, er han/ hun ofte avhengig av at pårørende eller ansatte følger med på turen. I enkelte tilfeller må dette gjøres i skjul fordi vedkommende har et sterkt ønske om å gå en tur alene (uten følge). Det er også tilbakemeldinger fra ansatte om at det er behov for å kunne endre innstilling på døralarmene etter behov. For en bruker kan det være riktig å sette den på kl. 21, mens for en annen kan det være kl. 23 som passer brukeren best.

10.2.4 Nød- alarm for ansatte - (varsling for ansatte)

Demens og andre kognitive sykdommer kan være årsaken til en atferdsendring hos enkelte beboere, som kan føre til aggresjon og frustrasjon. I slike tilfeller kan den ansatte ha behov for å tilkalle hjelp fra andre ansatte. Noen av dagens sykesignalanlegg har en egen nød-knapp inne på beboerrommene. Dersom hendelsen ikke foregår i nærheten av hvor nød-alarmen er montert, vil det ikke være mulig for den ansatte å tilkalle hjelp. Mobile nød-alarmer som den ansatte kan gå med i lommen, eller ha på seg rundt armen, kan gi større mulighet til å tilkalle hjelp.

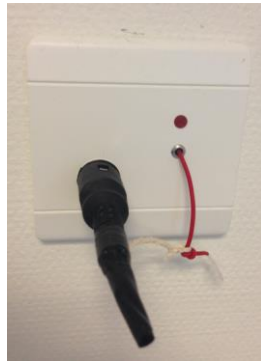
Det er også viktig for ansatte å kunne varsle om hendelser inne på en beboer sitt rom. Det kan oppstå hendelser i en stellesituasjon på badet, som gjør at ansatte har behov for å varsle kollega for assistanse. Dersom det kun er mulig å varsle via ringesnor og denne henger over brukeren sin seng, må den ansatte forlate beboer for å tilkalle hjelp.

10.2.5 Beboertilpasset sykesignalanlegg - ringesnor en utfordring

Det er behov for sykesignalanlegg som er tilpasset brukerens ressurser og behov. Beboere har ofte behov for å tilkalle personalet dersom de trenger hjelp eller ønsker kontakt. For personer med demens og kognitiv svikt kan dette ofte være en utfordring. De kan ha problemer med å forstå hvordan man bruker alarmsnoren eller alarmsmykket. Hvorvidt beboerne kan nyttiggjøre seg alarmen, avhenger av beboers funksjonssvikt. På en avdeling tilrettelagt for mennesker med demens, kan man anta at det er færre som bruker alarmsnoren, enn på en somatisk avdeling. Hvor ringesnoren på beboerrommene er montert kan være avgjørende for om brukeren kan nyttiggjøre seg den eller ikke. Det er en utfordring at alarmsnorene på beboerrommene, ofte er montert på veggen over sengen og ikke er tilgjengelige for brukerne. Det kan være at brukeren ikke er fysisk i stand til å strekke seg etter snora, at han/ hun ikke ser den (snoren er ofte hvit), eller at brukeren ikke forstår bruken. Videre kan alarmen være montert ved inngangsdøren og det er heller ikke lett forståelig for personer med kognitiv svikt.

Dersom ringesnor eller alarm som er montert slik at beboer ikke når den når vedkommende er på badet, har falt på gulvet osv. kan det føre til at beboer bli sittende eller liggende uten mulighet til å kontakte ansatte. Ansatte sier at beboer ofte klarer å tilkalle hjelp med å rope på personalet. Men på natten er det ikke alltid nattevakten er innen rekkevidde til å høre at beboere roper. Dette kan resultere i at beboere blir liggende i flere timer før vedkommende får hjelp. Ikke alle beboere har forståelse for at det å dra i snoren til sykesignalanlegget eller å aktivere en alarmknapp kobler de med personalet. De forstår ikke bruken av alarmen eller de har ikke mulighet til og nå en snor eller bevege seg for å nå alarmen.

Videre er snorene eller alarmen ofte kun montert på beboerrommene og ikke i fellesområdet eller på kjøkkenet. Sykesignalanlegg med panel som gir lys eller andre varsler som lyser kan hos noen beboere skape uro. Dersom det er et lys som lyser hele tiden kan det fange oppmerksomheten til beboer og i enkelte tilfeller føre til at beboer forsøker å demontere panelet. Dette gjelder også anlegg med lange snorer til panelet som viderefører alarmen.



10.2.6 Hjelpemidler med påminnelsesfunksjoner

Enkle påminnelser og løsninger som gjør det enkelt å orientere seg i hverdagen, kan være et svært viktig og nyttig hjelpemiddel for personer som begynner å merke at hukommelsen svikter. Det kan også være et viktig hjelpemiddel for pårørende og ansatte dersom de vet at brukeren får en påminnelse om viktige gjøremål. Det at brukeren blir påminnet en oppgave framfor at hjemmetjenesten kommer på hjemmebesøk og utfører oppgaven, kan føre til større grad av selvstendighet og mestring for brukeren.

Slike hjelpemidler kan være alarmer som varsler at brukeren skal ta medisinen sin eller at det er tid for å spise og drikke. Det kan også være alarmer som forteller at det er natt og at brukeren må legge seg igjen. Det er verdt å merke seg at stemmen som brukes til påminnelse bør oppfattes som positiv og snill. Dette vektlegges også av informantene. I en pilotstudie fra Skottland fant man at brukere foretrakk en fremmed stemme framfor en kjent stemme (for eksempel stemmen fra et familiemedlem). Dette ble forklart med at brukerne opplevde det som overformynderi at datter eller sønn skulle fortelle dem at det var midt på natten eller andre påminnelser. Det ga assosiasjoner til velkjent mas. Man ville heller ha en ukjent hyggelig stemme.

10.2.7 Økt kompetanse

Kompetanse i forhold til velferdsteknologi kan føre til at ansatte ønsker å ta i bruk varsling- og lokaliseringsteknologi i større grad. God forankring i ledelsen kan føre til at bruk av velferdsteknologi får de ressursene og arbeidsforholdene som kreves. Ledelsen må se behovet for motivasjonstiltak, informasjon og opplæring til både ansatte, brukere og pårørende.

Det er også et behov for å vite hva som er mulig å tilby brukere av velferdsteknologiske hjelpemidler samt hvem som skal betale for hjelpemidlene og hvordan de kan anskaffes.

10.2.8 Rutiner i forhold til dokumentasjon

Å dokumentere hendelser og annen viktig informasjon, er en viktig oppgave på omsorgssentre og i hjemmetjenesten. Å vite hva som skal journalføres og hvordan det skal journalføres er et behov hos ansatte. Det å hente ut riktig informasjon om en bruker, avhenger av at behovet eller hendelsen er dokumentert på riktig sted i journalsystemet. Det er per i dag ikke mulig å koble alarmer direkte inn i fagsjournalsystemet.

I Kristiansand kommune er det ingen egen kategori for dokumentering eller vedtak ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Ansatte erfarer videre at det ikke er klare retningslinjer for eller enighet om hvordan dette skal praktiseres eller dokumenteres. Behov basert på erfaringer antyder at dokumentasjonen i forhold til bruk av teknologi ikke er god nok. Det antas at bruk av velferdsteknologi dokumenteres under tverrfaglig, alt etter hva som møter de ansatte når de kommer inn i brukes hjem. For kommunen er det viktig å diskutere hva som skal journalføres og ikke. Dette gjelder også ved bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler, eller ved dokumentasjon av et problem som kan føre til et behov for varslings- og lokaliseringsteknologi. Dersom varslings- og lokaliseringsteknologi blir innført som en fast tjeneste i kommunen, kan det være viktig at det blir opprettet en egen kategori for dette. Det finnes en mulighet for at dersom man hadde journalført velferdsteknologi under en egen kategori, hadde man synliggjort behovet og ressursbruken for en tjeneste. For hjemmetjenesten er det også viktig å dokumentere at man har vært hos brukeren.

Med bruk av en egen modul for velferdsteknologi i journalsystemet vil det være mulig å koble velferdsteknologi direkte opp mot pasientjournalen slik at alarmer fra for eksempel trykksensoren, bevegelsessensorer og døralarmer registreres direkte inn i journalsystemet. En direkte kobling opp mot pasientjournalen vil registrere at den tjenesten brukeren har fått vedtak på faktisk blir utført. Dette kan føre til kvalitetssikring av tjenesten. Med direkte kobling mot pasientjournalen, vil det også være mulig å ta ut statistikker som blant annet sier noe om antall alarmer i forbindelse med bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.

10.2.9 Kjennskap til lovverket om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Erfaringene viser at mange ansatte ikke har nok kunnskap om endringene i Pasient og brukerrettighetsloven som ble innført i 2013. Endringene vil si at det ble tilført et ledd § 4-6 a, *Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi*. Dette leddet gjelder der mennesker ikke er samtykkekompetente og ikke motsetter seg tiltaket. Det vil si at i følge § 4-6 a kan helsepersonell ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi, dersom pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen

Tilbakemeldinger fra ansatte er at de i dag opplever det som utfordrende å praktisere lovverket riktig. Dette kan føre til at brukeren ikke får informasjon eller tilbud om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. De ansatte sier videre at det er komplisert å tolke lovverket, og at de ofte er i tvil om prosedyrene i forhold dette. Det er viktig å informere ansatte i kommunen og justere eventuelle prosedyrer og rutiner slik at varslings- og lokaliseringsteknologi kan tas i bruk innenfor rammene av gjeldende lovverk på en god og effektiv måte.

Fylkesmannen i Vest- Agder kan også bekrefte at det er ulik praksis i forbindelse med det å fatte vedtak på at helsehjelpen kan gis selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Erfaringer viser at det er en utbredt misforståelse at vedtak som sendes Fylkesmannen først kan iverksettes når Fylkesmannen har godkjent det. Et vedtak skal skrives av helsepersonell i hjemmetjenesten eller på omsorgssentre, og det bør være i samråd med brukers fastlege eller tilsynslegen. Tiltaket kan iverksettes umiddelbart etter vedtatt. Når det gjelder vedtak med varighet over tre måneder, skal de godkjennes av Fylkesmannen med en tilbakemelding til kommunen. Innen Fylkesmannen godkjenner vedtakene skal kommunen ha gitt en tilbakemelding om hvordan tiltakene fungerer. Dette glemmer kommunen å følge opp i over 50 prosent av vedtakene. Vedtak med varighet på tre måneder eller mindre, er ikke Fylkesmannen pliktig å gi en tilbakemelding til kommunen på, men som et ledd i å dyktiggjøre kommunene på saksbehandling sender Fylkesmannen alltid svar tilbake.

Tall hentet fra Fylkesmannen i Vest Agder viser at det er stor variasjon fra ulike tjenestesteder og fra kommune til kommune i antall innsendte vedtak. En oversikt over året 2013, viser at det er registrert 73 vedtak fra Kristiansand kommune. Til sammen fra hele

Vest- Agder er det registrert 172 vedtak hos Fylkesmannen. Av disse er 131 vedtak med varighet lengre enn 3 mnd. og 41 vedtak på 3 mnd. eller mindre. Tilbakeholdelse i institusjon er den tiltakskategorien som oftest er angitt på vedtakene i Vest- Agder. Deretter kommer bevegelseshindrende tiltak, annet (blodprøvetaking, forflytning, hygienetiltak, intravenøst væske og ernæring, låsing av klesskap, sårstell ol), bruk av reseptbelagte legemidler, varslingsystemer, inngrep i/på kroppen, innleggelse i institusjon og tannbehandling. Oversikten viser også at flest vedtak er fattet i samråd med sykepleier og lege.

Fylkesmannen antar at det blir sendt inn for få vedtak og at det kan være store mørketall. Imidlertid er det store forskjeller og det kan være at noen kommuner er bedre enn andre med tillitsskapende tiltak, og at det derfor er få vedtak. Det er et absolutt vilkår at tjenesten har forsøkt med tillitsskapende tiltak før man kan gi helsehjelp som pasienten motsetter seg. Det kan se ut til at noen omsorgssentre er vel raske med å fatte vedtak for sikkerhetsskyld. De kan da iverksette tiltakene når det evt. blir behov.

«Vi søker om vedtak for å være på den sikre siden»- ansatt.

Oversikten over hvor tvangen skjer, viser stor variasjon. Det er ikke grunnlag for å si noe om hva dette skyldes i denne rapporten. Ut i fra at det er stor variasjon fra institusjon til institusjon, kan man anta at holdninger og kultur til bruk av tvang kan påvirke praktiseringen. I følge artikkelen «Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning» fra Tidsskrift for Den norske legeforening 2013, kom det fram at tvang forekom hyppig samtidig som det ble fattet få vedtak. Involvering av legene, tverrfaglig samarbeid, tid, bemanning og kompetanse ble nevnt som viktige faktorer for god anvendelse av lovverket og praksisen rundt det å fatte vedtak.

«De nye lovhjemlene for bruk av tvang er trolig bevissthetsskjerpene, men har et stort potensial for feiltolkning og vedtaksvegring»

11. Erfaringer fra bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i Kristiansand kommune

I tillegg til kartlegging av behov, har ønsket vært å få kjennskap til erfaringer ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Målet har vært å få en oversikt over hva som tas i bruk slik at man kan bygge videre på og spre det som fungerer per i dag. Dette gjelder ulike former for varsling som er koblet opp mot en trygghetsalarm eller sykesignalanlegg hvor kommunene er ansvarlig for mottak av alarmene og utrykning.

Flere av informantene sier at de tidligere har tatt i bruk varslingsystemer koblet opp mot sykesignalanlegget eller trygghetsalarmen. Erfaringer er at brannvarsling, døralarmer og sensoralarmer har fungert bra. Sensormatter ble tidligere tatt mye i bruk ved ulike institusjoner, men er stort sett byttet ut med mobile bevegelsessensorer med infrarøde stråler.

11.1 Døralarmer

I 2012 utførte Kristiansand kommune innovasjonsprosjektet «Innovasjonsprosjekt vedrørende døralarmer»⁶⁵. I følge rapporten gav bruk av døralarm gevinst til både brukeren, pårørende og ansatte. Det å vite at det går en alarm som gjør det mulig å forhindre brukeren

⁶⁵<http://www.kristiansand.kommune.no/PageFiles/45100/2012%2011%2009%20Prosjektrapport%20d%c3%b8ralarm.pdf>

i å forsvinne ute på natten oppleves betryggende. Rapporten viser også at det for kommunen er mulig å spare penger ved at man utsetter brukers behov for plass på et omsorgssenter. Etter avsluttet prosjekt ble ikke døralarmer tatt i bruk i den grad man hadde ønsket. Siden erfaringer fra rapporten viser at bruk av døralarmer var positivt, vil man i prosjektet *Varslings- og lokaliseringsteknologi* fokusere på rutiner som kan øke bruken av døralarm igjen.

«Døralarmer er noe av det glupeste vi har brukt»- Ansatt

«Når folk begynner å vandre må de på sykehjem»- Ansatt

11.2 Bevegelsessensorer

Per i dag blir bevegelsessensorer benyttet på ulike omsorgssentre i kommunen. Noen omsorgssentre har brukt slike sensorer siden 2007. I de fleste tilfellene blir bevegelsessensorene brukt til å varsle om brukeren går ut av sengen, inn på badet eller ut døren. Målet ved bruk av sensorene er å forhindre fall, vandring eller at brukeren går inn på andre beboerrom. Bevegelsessensorene blir gjerne brukt på natten da det er mindre bemanning og ikke bemanning som oppholder seg på alle avdelingene til enhver tid. Bevegelsessensorene er trådløse og kan flyttes etter behov. Ved bruk av slike sensorer, krever det en kartlegging av brukers og ansattes behov. Dette er viktig for å finne ut hvor det er mest hensiktsmessig å ha sensoren plassert, samt hvilken tid på døgnet og klokkeslett det er behov for å aktivere sensoren. De avdelingene som bruker sensorer, har gode rutiner for testing av alarmene. En avdeling tester alarmene hver kveld før nattevakten kommer på vakt. Dette oppleves som en trygghet for nattevakten.

11.3 Eksempel på vellykket bruk av velferdsteknologi

Omsorgssenteret har en avdeling som er tilrettelagt mennesker med psykiske lidelser. Avdelingen har 8 rom og mer bemanning enn de andre avdelingene. Avdelingen har siden 2007 benyttet ulike bevegelsessensorer. Det er til tider flere beboere på avdelingen som har behov for «fastvakt». Bruk av fastvakt er et tiltak som innvilges dersom beboer er så urolig eller utagerende at det er behov for at en ansatt er sammen med vedkommende hele tiden, også på natten. I september 2013, besluttet lederen sammen med dagansatte og nattevakter, at det i et tilfelle skulle prøves ut bruk av bevegelsessensor hos en beboer med behov for fastvakt både på dagen og natten. Sensoren ble, etter en nøye kartlegging av brukers behov, plassert slik at helsepersonell ble varslet på natten dersom brukeren stod opp av sengen, gikk inn på badet eller ut av døren inn til beboerrom. For nattevakten var det en trygghet å vite at det gikk en alarm som gjorde at de kunne forhindre en uønsket adferd eller i verste fall forhindre at brukeren skadet seg selv eller forsvant fra institusjonen. Alternativet var at nattevakten satt inne på brukers rom eller utenfor døren hele natten. Dette er både ressurskrevende og kostbart for institusjonen.

I dette tilfellet blir kostnaden det ville vært å ha en fastvakt året rundt, benyttet til ekstra bemanning på dagtid. Gevinstene ved bruk av teknologi slik leder og ansatte ser det, er at beboeren får oppleve en følelse av frihet ved at det ikke er en person som «overvåker» beboeren hele tiden. Det gir også mer ressurser på dagtid slik at beboeren kan få tilbud om flere aktiviteter som for eksempel gå tur, handle, grille i hagen, lage julemarked sammen med andre, se på tv og lage mat. Erfaringer fra ansatte er at beboeren, ved å ha et normalt innhold av aktiviteter i løpet av dagen, blir mer sliten og får av den grunn en bedre nattesøvn.

«Vi bruker sensoralarmene på natten. Da har vi ikke en til en. Inntil vi fikk bevegelsessensor hadde vi en ekstra ansatt på beboeren hele tide. På dagen har vi ikke sensorarmen på, da aktiviserer vi beboer» - Ansatt

11.4 Erfaring med bruk av sykesignalanlegg

Teknisk svikt er en av utfordringene. Ved et omsorgssenter opplever de ansatte at systemet til stadighet må «nullstilles» for å unngå at alarmene hopper seg opp og fører til lang responstid. Ansatte får stadig tilbakemelding fra beboere som er redde for å falle fordi det tar så lang tid før personalet kommer. Beboere har behov for å vite at de får den hjelpen de trenger, både dag og natt og at de ikke blir liggende lenge før det bli oppdaget etter et fall.

«Jeg måtte vente så lenge før de kom»- Beboer

Tilbakemeldinger fra ansatte er at sykesignalanlegget bør ha funksjoner som trådløse alarmer, kort responstid, display på medisinerom, beboerbad og i fellesarealer, god dekning og at de er tilpasset brukergruppen på omsorgssentre og deres behov. Samtidig må teknologien være pålitelig og skape trygghet for både brukere og ansatte.

På samtlige av sykesignalsystemene er det per i dag ikke mulig å koble lokaliseringsteknologi som GPS opp mot eksisterende system. Dette er per i dag frittstående systemer (stand alone⁶⁶) med varsling opp mot mobiltelefoner eller en annen enhet.

Det er vanskelig å anslå varighet på anleggene og hvilke av anleggene som per i dag er mest kritisk ifht utskifting. Alle anleggene er forholdsvis nye men kan allikevel innen kort tid ha behov for utskifting eller oppgradering. Årsakene til dette er den raske utviklingen innen velferdsteknologi og at produsentene av enkelte sykesignalanlegg ikke lenger eksisterer. Dette fører til at det er vanskelig å få tak i nye deler eller oppgradere og utvide sykesignalanleggene. En annen utfordring er at behovet hos brukerne endrer seg. Brukere som i dag har behov for en plass på institusjon har ofte et komplisert sykdomsbilde eller de har en kognitiv svikt som gjør at de ikke forstår bruken av ringesnoren på sykesignalanlegget. Man opplever at den opprinnelige teknologien ikke lenger egner seg for dagens og fremtidens brukergrupper.

«Jeg kan ikke si at det er et bestemt anlegg som nødvendigvis skulle prioriteres foran andre men de eldste bør nok gå først» - Installatør

Ved feil på teknologien, behov for service eller ved anskaffelse av teknologi, svarer de fleste informantene at de i slike tilfeller kontakter vaktmesteren som videre tar kontakt med leverandøren eller den som har installert teknologien. Ansatte har ikke nok oversikt eller kjennskap til teknologien til å vite hva som er mulig å koble på sykesignalanlegget. Det blir også nevnt at vaktmesteren ikke alltid er oppdatert på teknologien fordi han/ hun kun er på omsorgssenteret 2-3 ganger i uken.

11.5 Utfordringer med overgang til digital trygghetsalarm

Bruk av analog trygghetsalarm er utbredt, teknologien er velkjent og tjenesten er godt etablert. Arbeidet med å gå over til mobilt nettverk og digitale trygghetsalarmer er i gang, og erfaring viser at overgangen kan skape uforutsette hendelser som Kristiansand kommune og andre kommuner har opplevd.

En fredag ettermiddag i april 2014 fikk driftsansvarlige for trygghetsalarmene telefon om at det var oppstått en teknisk feil hos leverandøren som medførte at alle de digitale alarmene var ute av drift. Det ble straks iverksatt tiltak for å informere og trygge de hjemmeboende som dette gjaldt. Kommuneoverlegen sendte ut en beredskapsmelding til ledere om å kontakte de berørte sonene telefonisk, via e- post, fax eller sms. Sonene ble pålagt å informere sine brukere. For brukere med særlige behov, ble det etablert alternative løsninger som å installere alarmer som ikke gikk via alarmsentralen. Først søndag kveld ble feilen fikset og trygghetsalarmene var igjen i drift. Enkelte hjemmeboende opplevde at

⁶⁶ Frittstående anlegg

trygghetsalarmen ikke kunne benyttes på to døgn. Noen av utfordringene kommunen møtte på underveis, var at de hadde problemer med kommunikasjon som f.eks. å sende fax med oversikt over hvilke brukere som var involvert i enkelte soner.

«Vi vil få problemer med trygghetsalarmene når de begynner og går over på mobilnettet. Det var en fadese når nettet lå nede. Vi måtte ringe opp alle aktuelle brukere» - Soneleder

Dette er eksempler på situasjoner som kan oppstå ved innføring av ny teknologi og det er viktig at kommunen planlegger en beredskapsplan for å sikre en god tjeneste dersom slike akutte situasjoner oppstår.

I august 2014 tiltrådte en person stillingen som kvalitetsrådgiver i Kristiansand kommune. Denne funksjonen vil tilhøre virksomhet service- og forvaltning. Kvalitetsrådgiverfunksjonen og rollen er ikke helt og holdent fastlagt da det vil være et utviklingsarbeid på dette arbeidet fremover. Det jobbes nå med systemer og med å få våre rutiner og tjenestebeskrivelser til å henge sammen med kommunens øvrige kvalitetssystem. Vedkommende vil få et spesielt ansvar for implementering, opplæring og vedlikehold av systemet i organisasjonen, samt spre kunnskap om hvordan jobbe systematisk og metodisk med kvalitet og forbedringsarbeid i alle ledd organisasjonen.

11.6 Mulighetsrommet

Opprettelsen av Mulighetsrommet har vist at det er behov for kompetanseheving og formidling av velferdsteknologi. Både brukere, pårørende, kommunens ansatte og ulike leverandører har vist stor interesse for Mulighetsrommet. Denne formen for kunnskapsoppbygging kan være en av flere viktige forutsetninger for å lykkes med implementering av velferdsteknologi i kommunen. I perioden oktober 2013 til juni 2014 har det til sammen vært bortimot 550 personer på besøk i Mulighetsrommet. Samtlige av disse har fått en introduksjon av begrepet velferdsteknologi og teknologien på Mulighetsrommet. De besøkende på har blant annet vært ansatte i kommunene i Knutepunktet Sørlandet, politikere, studenter, elever, interesseorganisasjoner, Kristiansandsregion brann og redning (KBR) og ulike leverandører av velferdsteknologi.

Det har fra flere besøkende blitt uttrykt et ønske og et behov for en oversikt over pris på teknologien og hvor teknologien er tilgjengelig samt enkle brukermanualer for både brukere, pårørende og ansatte i hjemmetjenesten eller på omsorgssentre.

12. Oppsummering

Kartleggingen har vist at det er en rekke forutsetninger som må være på plass for at varslings- og lokaliseringsteknologi kan tas i bruk på en hensiktsmessig og forsvarlig måte. Det er viktig å gjennomføre en faglig forsvarlig kartlegging av brukers behov, ressurser, nettverk og omgivelser. Videre er etisk refleksjon, vurdering av alternative tiltak og diskusjon rundt etiske dilemma en forutsetning for vellykket bruk av teknologi for personer med kognitiv svikt. Det må også etableres individuelle rutiner som ivaretar oppfølgingen av brukere og pårørende. Personvern og Pasient- og brukerrettighetsloven vil alltid være førende på løsningene som velges.

Det er også noen grunnleggende betingelser som teknologien må oppfylle for at den skal være hensiktsmessig og forsvarlig å bruke både i hjemmetjenesten og på omsorgssentre. Teknologien må ha god funksjonalitet og oppleves enkel å bruke. Den må være pålitelig og robust, og dersom feil oppstår bør teknologien automatisk varsle at en feil har oppstått. Den må svare på opplevde behov hos brukeren og må oppleves nyttig av både brukeren, pårørende og ansatte. I dag får alle beboere i institusjon tilgang til å benytte varslingssystemer når de flytter på omsorgssentre. Dette er uavhengig av om de klarer å benytte seg av det eller ikke. Kartleggingen viser at mange personer med kognitiv svikt ikke klarer å bruke eksisterende varslingssystemer. Kommunen bør vurdere å ta i bruk trygghetskapende løsninger som kan tilpasses brukers individuelle behov i dag og i fremtiden. For å oppnå vellykket bruk av teknologi er det alltid viktig å kartlegge brukers og ansattes behov og ressurser og velge løsninger og tiltak ut i fra dette. Teknologien må også oppleves hensiktsmessig og nyttig av kommunen både når det gjelder tjenesteinnhold, tjenestekvalitet, og ressursbruk.

Erfaring fra andre kommuner og fra Kristiansand har vist at både i hjemmet og på omsorgssentre, kan bruk av varsling- og lokaliseringsteknologi gi personer med kognitiv svikt en mulighet til å bevege seg fritt ute og på den måten redusere aggresjon og frustrasjon hos brukeren. Det kan også være trygghetskapende for ansatte og pårørende, dersom brukere som ønsker å gå ut på egenhånd har med seg en GPS. Pårørende og ansatte kan lokalisere brukeren dersom vedkommende ikke er tilbake i hjemmet sitt til avtalt tid. Personer som forstår hvordan en alarm utløses kan også bruke GPS med «alarmknapp» som en «utendørs trygghetsalarm», dersom vedkommende har behov for hjelp. Erfaringer fra andre kommuner, viser at det er viktig å etablere ett nært samarbeid mellom både pårørende, hjemmetjenesten, dagsenter og omsorgssentre, og det er flere eksempler der dette fungerer godt. Kartleggingen viser også at det er villighet hos pårørende til et samarbeid med kommunen. Som beskrevet tidligere er det en forutsetning for vellykket bruk av GPS at det er gjennomført en faglig forsvarlig kartlegging av brukers behov og ressurser sammen med en etisk vurdering og gjennomgang av alternative tiltak.

Brukere rapporterer at de ofte blir sittende å vente på at hjemmetjenesten skal komme med medisiner, og de har behov for å føle seg mer selvstendig og uavhengig av hjemmetjenesten. På den annen side har ansatte i hjemmetjenesten behov for å vite at den hjemmeboende tar medisinen sin til gitte tidspunkt, og de ønsker å få beskjed dersom brukeren ikke tar medisinen. Hjelpemidler med påminnesfunksjoner kan føre til økt selvstendighet hos brukeren, og gi hjemmetjenesten tilstrekkelig trygghet for at medisinen er tatt. En medisindispenser kan minne personen på å ta medisinen til riktig tid. På den måten kan også brukeren oppleve en mestingsfølelse. Per i dag foregår det pilotprosjekter som prøver ut bruk av medisindispenser i andre kommuner.

Erfaringer fra Kristiansand har vist at bruk av bevegelsessensorer og døralarmer på omsorgssentre eller i hjemmet gir trygghet for brukeren selv, pårørende og ansatte. I mange tilfeller kan slike hjelpemidler forhindre uro, skape trygghet og hindre at ulykker oppstår.

Kartleggingen har også avdekket at det er behov for opplæring og informasjon i forhold til bruk av velferdsteknologi. Mulighetsrommet er kommunens visningsmiljø for velferdsteknologi, hvor man kan demonstrere teknologien på en lettfattelig måte. Erfaringer fra Mulighetsrommet har vist at dette kan være et svært godt verktøy for kunnskapsoppbygging, erfaringsutveksling og forankring hos alle berørte, både potensielle brukere, ansatte på alle nivåer i kommunen, leverandører og beslutningstakere. Mulighetsrommet brukes aktivt for å gjøre brukere, pårørende og ansatte kjent med teknologien, og mulighetene og begrensningene i løsningene. Denne kunnskapen og forankringen er en forutsetning for å lykkes med implementering av velferdsteknologi. Videre er det viktig å foreta praktiske utprøvinger i reelle brukersituasjoner. Dette kan være svært effektivt og ofte avgjørende for å få den nødvendige læringen hos ansatte i kommunen. På denne måten får ansatte også en mulighet til å være med å påvirke og utvikle tjenestetilbudet i kommunen. For leverandører kan Mulighetsrommet føre til at teknologien kan prøves ut og feil kan rettes opp før den testes ut i reelle situasjoner.

Teknologien som er plassert i brukeren sitt hjem eller på omsorgssentrene har med jevne mellomrom behov for reparasjoner, skifte av batteri eller service. En mulig løsning for å kvalitetssikre at dette blir utført, kan være at det i hjemmetjenesten og på omsorgssentre, er en person som er ansvarlig for denne type oppgaver. Denne personen kan også ha ansvaret for å holde kontakte med leverandøren og installatøren, samt å foreta bestilling av velferdsteknologiske hjelpemidler.

Det er ulik praksis ved ulike omsorgssentre og soner angående rutiner i forhold til vedtak om tvang. Kartleggingen har avdekket at det er mangel på informasjon om det nye lovverket § 4-6a, *Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi*. Det er ikke godt nok kjent at tjenesten selv skal fatte vedtak om bruk av teknologi for varslings- og lokalisering dersom brukeren ikke motsetter seg helsehjelpen. Det er også stor variasjon i praksis ved ulike omsorgssentre og soner angående rutiner i forhold til vedtak om tvang ved f.eks. tilbakeholdelse. Det er behov for gjennomgang og opplæring i forbindelse med lovverket og de rutinene som hvert tjenestested har i forhold til praktiseringen av vedtak om tvang, vedtak om bruk av teknologi og samtykkevurdering. Det er behov for en klargjøring av praksis i forhold til i hvilke tilfeller det skal fattes tvangsvedtak. Det er utrykt behov for å oppdatere internrutinene i kommunen, samt å gjøre rutinene bedre kjent ute i virksomhetene. Som en videre oppfølging i forhold til praksisen rundt tvangsvedtak, kan det være behov for oppdateringskurs for avdelingsledere og ansatte. Det kan også være nyttig å se på hvorfor det i noen virksomheter fattes flere vedtak om tvang enn i andre virksomheter, og videre sammenligne praksisen og kulturen i de ulike virksomhetene. Kravene til informasjonssikkerhet og personvern bør også gjennomgås og følges opp.

I kartleggingen har det, i samarbeid med brukere og pårørende, blitt synliggjort at det er behov for et mer tilrettelagt og utvidet dagsentertilbud. Det har kommet fram et ønske om et mer tilrettelagt tilbud for yngre personer med demens som blant annet inneholder mer fysisk aktivitet. Ansatte på dagsenter observerer brukere over en lengre tid per dag i forhold til hva hjemmetjenesten gjør i løpet av et besøk, og har i større grad mulighet til å kartlegge hvordan brukeren utfører og mestrer situasjoner som for eksempel toalettbesøk, spising, hukommelse og samvær med andre. Det ble også løftet frem at en pårørende erfarte at brukeren kunne miste dagsentertilbudet dersom vedkommende fikk vedtak på rulleringsplass, og det ble derfor vanskelig å ta imot tilbudet om rulleringsplass.

13. Anbefalinger til utprøving og videre arbeid

Erfaringer fra hovskartleggingen og erfaringsinnhentingene, viser at det er større åpenhet og villighet til å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi, enn hva som ble antatt ved oppstart av prosjektet. Det kan derfor være hensiktsmessig å foreta utprøving i både virksomhet omsorgssentre og virksomhet behandling og rehabilitering.

Utprøving av lokaliseringsteknologi i andre kommuner har vist at det er viktig å etablere et godt samarbeid mellom pårørende, hjemmetjenesten, dagsenter og omsorgssentre. Det kan derfor være nyttig å involvere både hjemmetjenesten og omsorgssentrene i en sone f.eks Vågsbygd i en eventuell utprøving.

Forslag til utprøving av lokaliseringsteknologi og medisindispenser:

1. Virksomhet omsorgssentre:
 - Lokaliseringsteknologi (GPS)
2. Virksomhet behandling og rehabilitering
 - Lokaliseringsteknologi (GPS)
 - Medisindispenser (påminnelsesfunksjon)

Forslag til valg av utprøvssted:

1. Virksomhet omsorgssentre:
 - Vågsbygd tunet
 - Ternevig omsorgssenter
2. Virksomhet behandling og rehabilitering
 - Ytre Vågsbygd sone
 - Midtre Vågsbygd sone
 - Kjerrheia sone

Kartleggingen har avdekket behov for opplæring og informasjon i forhold til bruk av velferdsteknologi. Aktivt bruk av Mulighetsrommet og spredning av informasjon og erfaringer som allerede er gjort i forhold til bruk av døralarm og bevegelsessensor, anbefales parallelt med utprøvingen av GPS og medisindispensere.

Videre har kartleggingen avdekket behov for gjennomgang av gjeldende lovverk og rutiner som hvert tjenestested har i forhold til praktisering av vedtak om tvang, vedtak om bruk av teknologi som tjenesten selv kan fatte og samtykkevurdering. Det anbefales å gjennomføre kurs og internopplæring for ledere og ansatte i kommunen, samt å starte en gjennomgang og sammenligning av praksis og kultur som virksomhetene har ifht. tvangsvedtak. Kravene til informasjonssikkerhet og personvern bør også gjennomgås og følges opp.

14. Referanseliste

- Ausen, D, Svagård, I., Øderud T., Holbø, K og Bøthun, S. (2013) Trygge spor SINTEF- rapport
- Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 9 (125): 1188-90.
Helse- og omsorgsdepartementet: NOU 2017:11, pkt 6,3 velferdsteknologi,
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015: "den gode dagen". Delplan til omsorgsplan 2015* [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf.
- Helsedirektoratet, (2012): *Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*,
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrappport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Sider/default.asp>
- Helse- og omsorgsdepartementet: *Meld. St. 29, Morgendagens omsorg, 2012- 2013*
<http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet: NOU 2012:4, *Trygghet i hjemmet* (2012)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2012/nou-2012-4.html?id=670699>
- Helse- og omsorgsdepartementet: NOU 2011:11, *2011 Innovasjon i omsorg* (2011).
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?showdetailedtableofcontents=true&id=646812>
- Helse- og omsorgsdepartementet: St. meld. nr.25, 2005 – 2006, *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*
- Innovasjonsarbeid i helse og sosialsektoren. Kristiansand kommune, november 2013
- Intranett Kristiansand kommune: <http://www.kristiansand.kommune.no/>
Kommunens handlingsprogram: *Handlingsplan for ehelse- og velferdsteknologi*
- Kvalsnes, Øyvind «Se gorillaen!: etikk i arbeid», Universitetsforlaget AS, Oslo, 2008
- Lovdata, Pasient og brukerrettighetsloven, kap4
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>
Prop. 90 L, Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi) 2012- 2013.
- Nasjonalforeningen for demens, 2014,
http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om_demens/
- Senter for omsorgsforskning, 2012: *Bo trygt og godt hjemme*
http://brage.bibsys.no/hig/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_30026/1/rapport07_2012_higia.pdf
- SINTEF. 2012. *Nye varslingssystemer i morgendagens sykehjem, 2012*
http://www.sintef.no/project/Velferdsteknologi/Varslingssystemer%20i%20morgendagens%20sykehjem_Innomed.pdf

SINTEF. 2012. *Trygghetspakken- behovskartlegging og erfaringer, 2012*
https://www.sintef.no/project/Velferdsteknologi/Trygghetspakken/Trygghetspakke%20behovskartlegging_Innomed%20forprosjekt%20juni%202012.pdf

SINTEF. 2012. *Velferdsteknologi i bolig, 2012*
http://www.sintef.no/project/Velferdsteknologi/Varslingssystemer%20i%20morgendagens%20Osykehjem_Innomed.pdf

SINTEF, NOVA, *Veikart for innovasjon av velferdsteknologi, 2013* Trondheim
<http://www.ks.no/veikartforvelferdsteknologi/>

SINTEF. 2013 *Trygge spor, 2013*
http://www.sintef.no/project/Velferdsteknologi/Trygge%20spor/Trygge%20spor%20rapport_ekle%20sider_lav%20oppl%C3%B8sning.pdf

Wergeland JN, Selbæk G, Høgset LD, Söderhamn U, Kirkevold Ø. Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. *International Psychogeriatrics*, 2013; 1-9.

15. Vedlegg

Vedlegg 1: Beskrivelse av case

Vedlegg 2: Intervjuguide

- Ansatte
- Brukere
- Pårørende

Vedlegg 3: Oversikt over heldøgnplasser på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Vedlegg 4: Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Vedlegg 1: Beskrivelse av case

Case 1: Ola 82 år, bor i omsorgsbolig

Ola er enkemann, har tre barn som alle har familie. En sønn og en datter bor i Kristiansand, mens den yngste sønnen har flyttet til England. Ola er 82 år og relativt sprek men Alzheimer sykdommen begynner nå å prege ham i hverdagen. Han har behov for bistand til medisiner 3 ganger daglig og får mat fra storkjøkkenet siden han ofte glemmer å spise. Ola har alltid vært en sosial og aktiv mann og liker å gå tur. Han liker å gå i sitt eget tempo og bestemme når han selv ønsker å gå tur uten å ha følge av andre. Kveldsturen setter ham også stor pris på, og han synes han sover bedre etter en tur i frisk luft. Det siste året har Ola slitt med å orientere seg og det har hendt at han ikke har funnet veien tilbake for han glemmer at han har flyttet i omsorgsbolig. Pårørende og venner har funnet ham i nabolaget hvor han bodde tidligere.

Etter disse episodene hvor Ola ikke har funnet veien hjem er personalet redd for at han skal gå seg helt bort og at det skal skje noe. Pårørende har gitt klart uttrykk for at de ønsker at Ola skal få beholde sin frihet og kunne bestemme når han ønsker å gå ut. Han blir veldig rastløs og sover dårlig om han ikke får sine daglige turer.

Hvordan vil dere vurdere Olas situasjon? Kan han fortsette å bo i omsorgsboligen og hva er forutsetningene for det?



Vedlegg 1: Beskrivelse av case

Case 2: Anna 85 år, bor på sykehjem

Anna er 85 år, enke og bor på sykehjem. Sønnen med familie bor et stykke utenfor Kristiansand, og er på besøk en gang i uka. Hun går fortsatt uten rullator, men er ustø og faller lett. På grunn av at hun har demens så forstår ikke Anna hvordan en trygghetsalarm (smykke alarm eller klokke) eller snoralarm virker. Hun våkner lett om natten og har falt flere ganger på vei til toalettet og inne på toalettet, heldigvis uten alvorlige skader. Anna har dårlig orienteringsevne og dersom hun går ut i gangen så går hun ofte inn igjen på feil rom. Anna kjenner seg ofte ikke igjen på sykehjemmet, hun ønsker å dra hjem til der hun bodde tidligere. Hun har enkelte ganger klart å snike seg ut når besøkende kommer til andre beboere.

Hvordan vil dere vurdere Annas situasjon? Hva gjør man for å hjelpe Anna?



Vedlegg 1: Beskrivelse av case

Case 3: Nils 79 år, bor på sykehjem

Nils er 79 år og har demens. Han bodde lenge hjemme i huset sitt sammen med kona, men kona har dårlig fysisk helse med revmatiske plager. Tidligere gikk hun sammen med ham, men nå klarer hun ikke det lengre. Nils går ofte ut og han blir irritert på kona dersom hun forsøker å avlede ham. Som oftest kommer han tilbake etter å ha vært nede på kaffen i sentrum, men kona er redd for at han skal gå seg bort. Det har ikke vært alvorlige episoder ennå hvor han har blitt borte. Han klarer ikke å svare dersom hun ringer i mobiltelefonen.

Nils har fått plass på sykehjemmet, men ønsker helt klart å flytte hjem igjen. Han blir sint når han oppdager at døren ut fra avdelingen er låst. Han rister i døra og forstyrrer de andre beboerne. Når personalet kommer til blir han aggressiv og personalet opplever det truende. Situasjonen bedrer seg ikke og personalet opplever at det er utrygt både for seg selv og andre beboere.

Hvordan vil dere vurdere situasjonen? Hvilke alternativ har personalet?



Case 4: Bodil 74 år, bor i omsorgsbolig

Bodil er 74 år, skilt og har en datter som bor med sin familie i nabokommunen. Bodil fikk demensdiagnosen for ett par år siden, og hun har flyttet til omsorgsbolig. Heldigvis er omsorgsboligen like ved hennes tidligere bolig, og hun treffer fortsatt gå gruppen sin som hun stortrives å gå tur sammen med to ganger i uka. De møtes utenfor aktivitetssenteret som er i huset ved siden av omsorgsboligene.

Bodil er fortsatt rask på foren og en impulsiv dame, men hun har dessverre mistet evnen til å orientere seg og finner ikke alltid tilbake. Men Bodil skjønner ikke at det er et problem, og hun har aldri opplevd situasjoner hvor hun har blitt redd. Turvennene begynner å bli urolige og er redde for at hun plutselig bare forsvinner når de er ute på tur eller skal på konsert i byen. Hun har liten tålmodighet og forsvinner raskt.

Hvordan vil dere vurdere situasjonen?



Temaoversikt - Intervjuguide ansatte på sykehjem

Innledning

Kort informasjon om prosjektet og hva intervjuet vil handle om.

Temaoversikt/ intervjuguide ansatte på sykehjem/ omsorgssenter:

Tidligere erfaringer med systemer for varslingsystem, lokalisering og sikkerhet (dersom relevant)

- Hvilke varslingsystem har vært før?
Brannalarmer, døralarmer, nattealarmer, innbruddsalarmer, "utenfor gjerdet"-alarmer, låserutiner, bruk av GPS?
- Hva fungerte bra før?
- Hva fungerte ikke så bra før?

Nåværende erfaringer med systemer for varslingsystem, lokalisering og sikkerhet

- Hvilke systemer for varslingsystem og lokalisering har sykehjemmet nå?
Brannalarmer, døralarmer, nattealarmer, innbruddsalarmer, "utenfor gjerdet"-alarmer, låserutiner, bruk av GPS?
- Hva fungerer bra nå?
- Hva fungerer ikke så bra nå?
- Er noen dører låst? Hvilke? Til hvilket tidspunkt? For hvilke beboere?

Observasjon/demonstrasjon av nåværende system for varsling og lokalisering

- Be om å få se eksisterende løsninger (om mulig).

Arbeidsoppgaver og rutiner i forbindelse med varsling og lokalisering

- Hvilke oppgaver inngår i ditt daglige arbeid (relatert til varsling og lokalisering)?
- Hva er aktuelle problemområder/utfordringer relatert til varsling?
- Er det ulike oppgaver og problemstillinger i ulike skift?

Erfaringer med hendelser

- Har det skjedd uønskede hendelser, der det kunne vært behov for varsling og lokalisering?
- Har det skjedd hendelser der noen har blitt skadet?

Hva er det behov for varsling, lokalisering, tilbakeholdelse eller tvang i forbindelse med?

- Nattevandring?
- Beboere som går inn på andres rom?
- Beboere som forsvinner ut (bruk av GPS)?
- Risikable hendelser (for eksempel vold mot ansatte)?
- Utenforstående som ønsker å komme inn (for eksempel inn i medisinerrommet)?



Vedlegg 2: Intervjuguide

Har ansatte erfart om beboere har ønsker eller behov for aktivitet eller assistanse

- Har beboerne ønsker om aktiviteter som de i dag ikke får gjort? For eksempel ønske om å gå mer ut?
- Ønske om å sikre at uvedkommende ikke kommer inn på rommet?
- Beboere som står opp om natten uten å få den hjelpen de trenger?
- Beboere som faller uten å få den hjelpen de trenger?
- Beboere som ikke får tilkalt annen hjelp?

Hvordan praktiseres lovverket om bruk av Varslings – og lokaliseringsteknologi § 4-6?

- Søkes det om vedtak om tvang dersom en beboer som ønsker å gå ut må holdes tilbake?
- Hvordan tolkes bruk av lovverket § 4-6 Varslings – og lokaliseringsteknologi for personer uten samtykke?

Pårørende?

- Får dere henvendelser fra pårørende i forbindelse med bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi
- Er det en mulighet at pårørende er de som tar i mot alarmer fra GPS



Temaoversikt - Intervjuguide brukere

Innledning

Introduser deg selv, og beskriv bakgrunn og mål for prosjektet og intervjuet.

Informert om at dette er frivillig og at de når som helst kan avslutte intervjuet, og at intervjuet ikke får følger for tjenester som de mottar eller eventuelt kommer til å motta fra kommunen.

Takke informanten for deltakelsen.

Bakgrunn og demografiske data (pårørende og eventuelt bruker):

Navn:

Alder:

Yrke/ arbeid:

Familie:

Bo-situasjon:

Når fikk dere mistanke om demens og hvordan opplevde dere det?

Dagens situasjon:

Beskriv din rolle/ansvar i forhold til personen med demens.

Beskriv en vanlig dag med typiske aktiviteter/oppgaver. Hvordan fungerer det og hva er vanskelig?

Beskriv hva som skaper gode situasjoner og opplevelser både i hverdagen hjemme og på besøk/ferie?

Har du/ dere hatt behov for varsling av f.eks fall eller bevegelse, lokalisering, tilbakeholdelse eller tvang i forbindelse med nattvandring eller orienteringssvikt?

Systemer, hjelpemidler og tjenester

Har du/dere erfaring med bruk av hjelpemidler (f.eks for varsling- og lokalisering) eller tjenester for å lette hverdagen?

Hvordan fungerer teknologien? Hva fungerer bra/ ikke så bra?

Har det skjedd uønskede hendelser, der det kunne vært behov for varsling og lokalisering? Fortell.



Vedlegg 2: Intervjuguide

Har du/dere erfaring med bruk av hjelpemidler/ tjenester i forbindelse med å opprettholde kontakt og kommunikasjon med familie, venner, hjelpeapparatet, osv? Hvordan fungerer dette?

Ønsker

Har du som pårørende behov for hjelpemidler (f.eks for varsling- og lokalisering)/ tjenester for å få hverdagen til å fungere lettere?

Hva slags støtte, hjelpemidler eller tjenester skulle du ønske for deg for å kunne bo lengre hjemme og opprettholde en meningsfull og aktiv hverdag? (Beskriv fritt uten å tenke på om det er realistisk.)

Hvis du kunne endre en ting...

Hvis du hadde fått anledning til å endre en ting i forhold til det vi har snakket om i dag hva ville det være?

Andre spørsmål

Har du erfaring med hvordan lovverket om bruk av Varslings – og lokaliseringsteknologi § 4-6 praktiseres i ditt distrikt/ din kommune?



Temaoversikt - Intervjuguide pårørende

Innledning

Introduser deg selv, og beskriv bakgrunn og mål for prosjektet og intervjuet.

Informert om at dette er frivillig og at de når som helst kan avslutte intervjuet, og at intervjuet ikke får følger for tjenester som de mottar eller eventuelt kommer til å motta fra kommunen.

Takke informanten for deltakelsen.

Bakgrunn og demografiske data (pårørende og eventuelt bruker):

Navn:

Alder:

Yrke/ arbeid:

Familie:

Bo-situasjon:

Når fikk dere mistanke om demens og hvordan opplevde dere det?

Dagens situasjon:

Beskriv din rolle/ansvar i forhold til personen med demens.

Beskriv en vanlig dag med typiske aktiviteter/oppgaver. Hvordan fungerer det og hva er vanskelig?

Beskriv hva som skaper gode situasjoner og opplevelser både i hverdagen hjemme og på besøk/ferie?

Har du/ dere hatt behov for varsling av f.eks fall eller bevegelse, lokalisering, tilbakeholdelse eller tvang i forbindelse med nattvandring eller orienteringssvikt?

Systemer, hjelpemidler og tjenester

Har du/dere erfaring med bruk av hjelpemidler (f.eks for varsling- og lokalisering) eller tjenester for å lette hverdagen?

Hvordan fungerer teknologien? Hva fungerer bra/ ikke så bra?

Har det skjedd uønskede hendelser, der det kunne vært behov for varsling og lokalisering? Fortell.



Vedlegg 2: Intervjuguide

Har du/dere erfaring med bruk av hjelpemidler/ tjenester i forbindelse med å opprettholde kontakt og kommunikasjon med familie, venner, hjelpeapparatet, osv? Hvordan fungerer dette?

Ønsker

Har du som pårørende behov for hjelpemidler (f.eks for varsling- og lokalisering)/ tjenester for å få hverdagen til å fungere lettere?

Hva slags støtte, hjelpemidler eller tjenester skulle du ønske for deg for å kunne bo lengre hjemme og opprettholde en meningsfull og aktiv hverdag? (Beskriv fritt uten å tenke på om det er realistisk.)

Hvis du kunne endre en ting...

Hvis du hadde fått anledning til å endre en ting i forhold til det vi har snakket om i dag hva ville det være?

Andre spørsmål

Har du erfaring med hvordan lovverket om bruk av Varslings – og lokaliseringsteknologi § 4-6 praktiseres i ditt distrikt/ din kommune?



Vedlegg 3: Oversikt heldøgnplasser på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Områder	Omsorgssentre	Plasser totalt	Dobbelrom	Forsterket avd. demens	Tilrettelagt avd. demens	Tilrettelagt avd. psykiatri/rus	Rehabilitering Korttids/akutt
Vest	Ternevig omsorgssenter	66			33		
	Vågsbygd tunet	72		8		8	6
	Elvegata omsorgssenter	48		16			
	Stener Heyerdahl omsorgssenter	37					
Nord	Grimtunet og Grim bokollektiv	33		12			
	Presteheia omsorgssenter	64		8	8		
	Straitunet omsorgssenter	81			22		2
Øst	Tveit omsorgssenter	21			7		
	Strømmetunet	15			6		1
	Randesund omsorgssenter	16			7		
	Bispegra omsorgssenter	64			32		
Sum sykehjem		517		44	115	8	9
Behandling og rehabilitering	Valhalla omsorgssenter	80	4 rom (8 plasser)				80
	Kløvertun rehabilitering	22	2 rom (4 plasser)				22
Sum Behandling og rehabilitering		102	6 rom (12 plasser)				102
Totalt antall		619	12	44	115	8	111

Oversikt over heldøgnplasser på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering. September 2014

Vedlegg 4: Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Omsorgs senter	System og Leverandør	Kontaktperson, tlfnr, Mail	Inst.	Serv.	Muligheter for bruk av teknologi	Bruk av teknologi på sykehjemmene	Kommentar
Grimtunet	Condigi CD- 2000 Leverandør:Curacom AS Installert av: EK-Elektro. <i>Korridordisplay</i>	EI- COM SØR AS har hatt ansvar for idriftsettelse av anlegget. Har også ansvar for service og feilretting i ettertid av installasjon Tlf: 38 14 84 00 Jarl A Reiersen: jarl@elcomsor.no	2011	Nei	Døralarm med på/av bryter Trådløst smykke Trådløs gulv-detektor Varslingsmatte Varsling på dør ved trapp- eller branndør	Grimtunet Omsorgssenter: Har 33 rom fordelt på. Beboer rom. Felles rom. Dagsenter 1.etg. Bevegelsessensor. Trådløst smykke.	Systemet Condigi CD-2000 er gått ut av produksjon. Vitale komponenter som sentralenhet, anrops panel og trekksnor- panel kan skaffes via EI COM SØR fram til lageret er tomt.
Ternevig omsorgs-senter	Condigi CD- 2000 Leverandør: Curacom AS Installert av: Siemens/Bravida. <i>Korridordisplay</i>	EI- COM SØR AS har hatt ansvar for idriftsettelse av anlegget. Har også ansvar for service og feilretting i ettertid av installasjon Tlf: 38 14 84 00 Jarl A Reiersen: jarl@elcomsor.no	2010	Nei	Døralarm med på/av bryter Trådløst smykke Trådløs gulv-detektor Varslingsmatte Varsling på dør ved trapp- eller branndør	Døralarmer Bevegelsessensorer Trådløst smykke	Systemet Condigi CD-2000 er gått ut av produksjon. Vitale komponenter som sentralenhet, anrops panel og trekksnor- panel kan skaffes via EI COM SØR fram til lageret er tomt.
Strai omssorgs-senter	Condigi CD- 2000 Leverandør: Curacom AS. Installert av: Siemens/Bravida. Idriftsettelse: Curacom AS. <i>Televakt server og dect telefon</i>	EI-COM SØR AS: Har ansvar for service og feilretting i ettertid av installasjon Tlf: 38 14 84 00 Jarl A Reiersen: jarl@elcomsor.no	2007	Ja	Døralarm med på/av bryter Trådløst smykke Trådløs gulv-detektor Varslingsmatte Varsling på dør ved trapp- eller branndør	Varslingsmatter Trådløse smykker	Systemet Condigi CD-2000 er gått ut av produksjon. Vitale komponenter som sentralenhet, anrops panel og trekksnor- panel kan skaffes via EI COM SØR fram til lageret er tomt.

Vedlegg 4: Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Omsorgs senter	System og Leverandør	Kontaktperson, tlfnr, Mail	Inst.	Serv.	Muligheter for bruk av teknologi	Bruk av teknologi på sykehjemmene	Kommentar
Kløvertun	Condigi CD- 2000 Leverandør: Curacom AS Installert av: Elektro Experten.	EI- COM SØR AS har hatt ansvar for idriftsettelse av anlegget. Har også ansvar for service og feilretting i ettertid av installasjon Tlf: 38 14 84 00 Jarl A Reiersen: jarl@elcomsor.no	2008	Nei	Døralarm med på/av bryter Trådløst smykke Trådløs gulv-detektor Varslingsmatte Varsling på dør ved trapp- eller branndør	Trådløst smykke. Trådløs døralarm. Trådløs kjempebryter. <i>Kløvertun har også trygghetsalarm mot televakt server og dect telefon.</i> <i>Systemer er basert på trygghetsalarm for å tilvenne pasientene en aktuell hjemmesituasjon</i>	Systemet Condigi CD-2000 er gått ut av produksjon. Vitale komponenter som sentralenhet, anrops panel og trekksnor- panel kan skaffes via EI COM SØR fram til lageret er tomt.
Bispegra omsorgs-senter	Condigi CD- 2000 Leverandør: Curacom Installert av: KEAS. <i>Dect telefon</i>	EI- COM- SØR AS har hatt ansvar for idriftsettelse av anlegget. Har også ansvar for service og feilretting i ettertid av installasjon Tlf: 38 14 84 00 Jarl A Reiersen: jarl@elcomsor.no	2004	Nei Vakt-mester	Døralarm med på/av bryter Trådløst smykke Trådløs gulv-detektor Varslingsmatte Varsling på dør ved trapp- eller branndør	2 etg: Varslingsmatter Trådløst smykke 1 etg: Varslingsmatter Døralarmer	Systemet Condigi CD-2000 er gått ut av produksjon. Vitale komponenter som sentralenhet, anrops panel og trekksnor- panel kan skaffes via EI COM SØR fram til lageret er tomt.

Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering. September 2014

Vedlegg 4: Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Omsorgs senter	System og Leverandør	Kontaktperson, tlfnr, Mail	Inst.	Serv.	Muligheter for bruk av teknologi	Bruk av teknologi på sykehjemmene	Kommentar
Elvegata omsorgssenter	Condigi CD- 2000 Leverandør: Curacom Installert av: Y-IT/Caverion AS. <i>Dect telefon</i>	EI- COM SØR AS har hatt ansvar for idriftsettelse av anlegget. Har også ansvar for service og feilretting i ettertid av installasjon Tlf: 38 14 84 00 Jarl A Reiersen: jarl@elcomsor.no	2000	Nei Vaktmester	Døralarm med på/av bryter Trådløst smykke Trådløs gulv-detektor Varslingsmatte Varsling på dør ved trapp- eller branddør	Varslingsmatte	Systemet Condigi CD-2000 er gått ut av produksjon. Vitale komponenter som sentralenhet, anrops panel og trekksnor- panel kan skaffes via EI COM SØR fram til lageret er tomt.
Strømme omsorgssenter	iCall, IP nursecall system Leverandør: Curacom Installert av: Bravida Norge AS Vaktromdisplay, klar for IP telefoni	Roy Vidar Hilton Tlf 92 64 24 68 Roy.hilton@bravida.no	2014	Nei	Døralarm GPS Sengematte Varslingsmatte Korridordisplay, rompanel, anropspanel, trekkontakter,	Varslingsmatte	Curacom- sør fabrikk lagt ned. Mulig å skaffe deler til anlegget.
Stener Heyerdahl omsorgssenter	FACI GIGA sykesignal Leverandør: NITEC Installert av: oneco <i>Korridor display</i> Simbus Umoe IKT	Trygvold Thorsen Tlf: 91 89 86 21 post@nitec.no (kontaktperson leverandør) Jarl Myrene Tlf: 98 24 08 20 Jarl.myrene@oneco.no	2010	Nei	Trådløse trykknapper son gir alarm fra nærmeste mottaker Varslingsmatter Trekksnor	Varslingsmatter	Det er mulig å skaffe reservedeler og oppgradere systemet ved behov Det har vært lite behov for service etter at anlegget ble installert.. Systemene er veldig stabile. Programvare Dørapner/ telefon

Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering. September 2014

Vedlegg 4: Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Omsorgs senter	System og Leverandør	Kontaktperson, tlfnr, Mail	Inst.	Serv.	Muligheter for bruk av teknologi	Bruk av teknologi på sykehjemmene	Kommentar
Valhalla Omsorgs-senter	FACI GIGA sykesignal Leverandør: NITEC Installert av: oneco <i>Korridor display</i>	Trygvald Thorsen Tlf: 91 89 86 21 post@nitec.no (kontaktperson leverandør) Jarl Myrene Tlf: 98 24 08 20 Jarl.myrene@oneco.no	2010	Ja	Trådløse trykknapper som gir alarm fra nærmeste mottaker Varslingsmatter Trekkspor	Ikke noe i bruk	Det er mulig å skaffe reservedeler og oppgradere systemet ved behov Det har vært lite behov for service etter at anlegget ble installert.. Systemene er veldig stabile. Årlig serviceavtale. Ca. 8600 eksl moms i året
Presteheia omsorgs-senter	FACI GIGA sykesignal Leverandør: NITEC Installert av: oneco <i>Korridor display</i>	Trygvald Thorsen Tlf: 91 89 86 21 post@nitec.no (kontaktperson leverandør) Jarl Myrene Tlf: 98 24 08 20 Jarl.myrene@oneco.no (kontaktperson Oneco)	2010	Nei	Døralarm Bevegelses-Sensor Varslings-matter	Døralarm på enkelte rom Har tidligere brukt varslingsmatter	Det er mulig å skaffe reservedeler og oppgradere systemet ved behov Det har vært lite behov for service etter at anlegget ble installert.. Systemene er veldig stabile.

Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering. September 2014

Vedlegg 4: Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Omsorgs senter	System og Leverandør	Kontaktperson, tlfnr, Mail	Inst.	Serv.	Muligheter for bruk av teknologi	Bruk av teknologi på sykehjemmene	Kommentar
Vågsbygd-tunet	Acermann Clino pasientsignal Leverandør: Ackermann http://www.ackermann-clino.com/en/index.html Installert av: Avitell El- tek sluttet med sykesignalanlegg for 13 år siden. Solgte til Honeywell.	Svein Groverak (92493833) Dick Englund kontaktes ved anskaffelse av teknologi (901 44539) Leifkarsten.syvertsen@honeywell.com (selger for Eltek Fire og Safety by Honeywell) Kontaktperson i Honeywell: servicekoordinator tlf: 815 44045 (ansvarlig for service på systemet)	2009	Nei	Lyd/ bevegelsensensorer Trådløse enheter Varslingsmatter	Bevegelsessensorer Døralarmer Har tidligere brukt varslingsmatter	Det er mulig å skaffe reservedeler til systemet dersom noe går galt. Leverandøren leverer ikke nye systemer i dag.
Randesund omsorgs-senter	Acermann Clino pasientsignal Leverandør: Ackermann http://www.ackermann-clino.com/en/index.html Installert av: EK Elektro El- tek sluttet med sykesignalanlegg for 13 år siden. Solgte til Honeywell.	Svein Groverak (924 93833) Dick Englund kontaktes ved anskaffelse av teknologi (901 44539) Leifkarsten.syvertsen@honeywell.com (selger for Eltek Fire og Safety by Honeywell) Kontaktperson i Honeywell: servicekoordinator tlf: 815 44045 (ansvarlig for service på systemet)	2006	Nei	Lyd/ bevegelsensensorer Trådløse enheter Varslingsmatter	Bruker per i dag ingen former for varslings- eller lokaliseringsteknologi	Det er mulig å skaffe reservedeler til systemet dersom noe går galt. Leverandøren leverer ikke nye systemer i dag.

Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering. September 2014

Vedlegg 4: Oversikt over sykesignalanlegg på omsorgssentre og Kløvertun rehabilitering

Omsorgs senter	System og Leverandør	Kontaktperson, tlfnr, Mail	Inst.	Serv.	Muligheter for bruk av teknologi	Bruk av teknologi på sykehjemmene	Kommentar
Tveit omsorgs-senter	Acermann Clino pasientsignal Leverandør: Ackermann http://www.ackermann-clino.com/en/index.html Installert av: Ukjent El- tek sluttet med sykesignalanlegg for 13 år siden. Solgte til Honeywell.	Svein Groverak (924 93833) Dick Englund kontaktes ved anskaffelse av teknologi (901 44539) Leifkarsten.syvertsen@honeywell.com (selger for Eltek Fire og Safety by Honeywell) Kontaktperson i Honeywell: servicekoordinator tlf: 815 44045 (ansvarlig for service på systemet) Kenneth.wilhelmsen@bravida.no	2006	Nei	Lyd/ bevegelsensensorer Trådløse enheter Varslingsmatter	Bruker per i dag ingen former for varslings- eller lokaliseringsteknologi	Det er mulig å skaffe reservedeler til systemet dersom noe går galt. Leverandøren leverer ikke nye systemer i dag.



HELSE

Postboks 417 Lund
4604 Kristiansand
www.kristiansand.kommune.no