

Rapport

Velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene

Forutsetninger og anbefalinger for implementering av Trygghetspakken i Bærum kommune

Forfattere

Lisbet Grut

Karl-Gerhard Hem



Rapport

Velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene

Forutsetninger og anbefalinger for implementering av Trygghetspakken i Bærum kommune

EMNEORD:
Teknologi
Helse
Innovasjon

VERSJON

1

DATO

21. juni 2012

FORFATTERELisbet Grut
Karl-Gerhard Hem**OPPDRAGSGIVER**

Bærum kommune

OPPDRAGSGIVERS REF.

Kristin Standal

PROSJEKTNR

90L28503

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

41 + 1

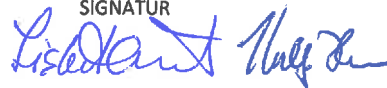
SAMMENDRAG

Velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene

Rapporten beskriver erfaringer fra implementering av Trygghetspakken - velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenester til eldre personer, og er basert på intervjuer med ansatte i kommunen, brukere og pårørende, samt underlagsdata fra IPLOS og KOSTRA. Målsettingen med arbeidet er å tilby tilrettelegging ved hjelp av velferdsteknologi slik at eldre kan bo trygt hjemme så lenge som mulig, samt at kommunen kan effektivisere ved å utsette behov for ytterligere personbaserte tjenester. En forutsetning er at teknologien som helhetlig system fungerer. Intervjuene viser at velferdsteknologi kan være et gode hjelpemiddel og bidra til at eldre kan bo trygt hjemme, men den teknologien som er prøvd ut i prosjektet er ennå ikke tilstrekkelig robust, og den organisatoriske rammen og kompetansen er ennå ikke tilstrekkelig utviklet til at dette kan tas i bruk på bred basis.

UTARBEIDET AV

Lisbet Grut og Karl-Gerhard Hem

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Ingrid Storruste Svagård

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Randi Eidsmo Reinertsen

SIGNATUR**RAPPORTNR**

SINTEF A23142

ISBN

978-82-14-05485-9

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.1	23.4.2012	Etablert innholdsfortegnelse og struktur
0.2	27.4.2012	Oversendt Bærum kommune for godkjenning
0.3	25.5.2012	Oppdatert etter møte med kommunen
0.4	14.6.2012	Kvalitetssikring SINTEF
1.0	20.6.2012	Ferdig rapport klar for publisering

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn for prosjektet	5
2	Metode og datagrunnlag	9
3	Resultater	11
3.1	Bakgrunnen for kommunens satsning på velferdsteknologi i omsorgssektoren	11
3.2	Målgrupper for velferdsteknologisatsningen	12
3.3	Forventninger til hva velferdsteknologi kan bidra med i framtidige tjenester.....	13
3.4	Utfordringer knyttet til å ta i bruk Trygghetspakken	13
3.5	Vil Trygghetspakken påvirke faglighet i tjenesten?	14
3.6	Organisering.....	15
3.7	Hvilke etiske spørsmål er ansatte og ledere opptatt av?	16
4	Brukererfaringer	17
4.1	Kommentarer knyttet til konkrete tjenester og de ulike teknologiske løsningene	17
4.2	Hvordan ser brukerne og pårørende på Trygghetspakken?	19
5	Trygghetspakke, ressurser og økonomi	21
5.1	Befolkningssammensetningen i Bærum kommune	21
5.2	Pleie og omsorg.....	22
5.3	Hjemmebaserte tjenester	23
5.4	Trygghetsalarm	27
5.5	Kostnadsmodell for Trygghetspakken	29
6	Konklusjon	31
6.1	Ressurser og økonomi.....	31
6.2	Velferdsteknologi som et tjenestesystem	31
	Referanser	33
	Vedlegg. Tabell med grunnlagsdata fra Kostra. 2009 – 2011 (foreløpige tall)	34

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Velferdsteknologi i generell betydning kan være en betegnelse på alle hjelpemidler som brukes for å fremme menneskers velferd (Hofmann, 2010). Velferd kan sies å være et uttrykk for summen av levestandard og opplevelsen av å ha det godt. I dette prosjektet legger vi til grunn en forståelse som er mer avgrenset mot de konkrete satsingene som skjer i den kommunale omsorgstjenesten, ved å definere velferdsteknologi i tråd med NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (Hagen-utvalget):

"Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon." (NOU 2011:11 pkt. 7.1)

Bærum kommune satser innen området Velferdsteknologi. Kommunen har vedtatt at det skal tilbys en "trygghetspakke" til kommunens innbyggere, parallelt med tilrettelegging av "bolig med service". Trygghetspakken er et utvalg av velferdsteknologiske løsninger og kommunale omsorgstjenester som til sammen kan bidra til økt trygghet, sikkerhet og selvstendighet i hjemmet for beboeren og hans/hennes pårørende. Løsninger som kan inngå i en trygghetspakke kan være ulike digitale huskehjelpemidler (f.eks. kalender som varsler om planer og aktiviteter eller komfyrvakt som varsler om at komfyren står på), fallsensor, kommunikasjonsløsninger, bevegelsessensorer som styrer lys, døralarm, GPS-sporing utendørs og kroppssensorer for måling av vitale fysiologiske data. Kommunen har engasjert seg i en rekke FoU-prosjekter på området i et samarbeid med SINTEF. Kommunen erkjenner at det er behov for en bedre forståelse av behovene som skal dekkes, og hvordan de ulike teknologiske løsningene og helsetjenestene bør utformes, for å ivareta innbyggernes behov best mulig. Det pågående Innomed-prosjektet "Trygghetspakken - behovskartlegging", som ledes av SINTEF, utreder brukerbehov og det kommunale tjenesteapparatets behov og forutsetninger for å ta i bruk Trygghetspakken.

Prosjektet Trygghetspakken prøver ut to ulike velferdsteknologisystemer. I piloten er det to brukere på hvert system:

1. Abilia Senior Trygghetspakken – et "aktivt" system som brukeren kan bruke i det daglige. Systemet inneholder mange ulike kommunikasjons- og varslingsmuligheter, blant annet en kalenderfunksjon som kan hjelpe brukeren å huske gjøremål og avtaler. Systemet kan inngå i kommunikasjonen mellom brukeren og kommunen/tjenesten, men kan også like gjerne brukes som et kommunikasjonshjelpemiddel mellom brukeren og pårørende/sosialt nettverk, eller også bare som et hjelpemiddel for brukeren til å holde oversikt over hverdagens aktiviteter. De ulike mulighetene i dette systemet må utredes nærmere i senere prosjekter.
2. Salveo Trygghetssystem (Curatec) – et "passivt" system som ikke krever at brukeren forholder seg til systemet i det daglige, og som varsler kommunen/tjenesten dersom noe uregelmessig inntreffer.

Denne rapporten er et ledd i at Bærum kommune ønsker å styrke behovskartleggingen i prosjektet gjennom en nærmere utredning av det kommunale tjenesteapparatets forutsetninger. Rapporten beskriver forutsetninger for implementering av Trygghetspakken og retningslinjer som bør etableres for en slik implementering.

Rapporten er tematisk delt i tre:

1. Beskrivelse av forutsetninger og barriere for implementering i nåværende tjenesteorganisasjon og hos tjenesteytere.
2. En vurdering av muligheter for endringer i tjenesteorganisasjonen og hos tjenesteytere.
3. En vurdering av mulige økonomiske og ressursmessige betingelser og konsekvenser, samt mulige modeller, for implementering.

Bruk av teknologi innen nye områder i pleie- og omsorgssektoren reiser en rekke spørsmål om hva som er hensiktsmessige løsninger og hvordan denne teknologien bør utvikles. En oversikt laget av Kunnskapscenteret (Hofmann, 2010) viser at det foreligger lite litteratur om nytte og utilsiktede virkninger av bruken av velferdsteknologi. Det meste av forskningen på teknologi og eldre har et individperspektiv ved at den er opptatt av forholdet mellom teknologien og den enkelte brukeren. Innen denne forskningen finnes det studier som viser at form og fasong har betydning for om eldre velger å bruke den teknologien som tilbys. Om brukerne og/eller pårørende synes tingen er pen eller stygg kan være like viktig for bruken som hvorvidt de synes den er praktisk å bruke (Faucounau et al., 2009). Studier viser at praktisk erfaring med teknologien fører til en mer nyansert oppfatning av teknologi (Engstrom et al., 2009). Når det gjelder studier av funksjon, viser studiene at individuelt tilpasset verbal instruksjon/informasjon kan bidra til at eldre personer husker gjøremål eller kan organisere dagen sin bedre (Savenstedt et al., 2003).

Studier som diskuterer etiske spørsmål knyttet til bruk av for eksempel GPS for demente, konkluderer med at det er bruken og hensikten med bruken som må være gjenstand for en etisk refleksjon, ikke teknologien i seg selv (Welsh et al., 2003). Etiske dimensjoner vil dreie seg om finne en balanse mellom den enkeltes krav til individuell frihet, retten til informert samtykke og behovet for trygghet. Et eksempel på et sentralt etisk dilemma vil være forholdet mellom å kartlegge og følge opp den enkelte for å trygge personen og samtidig unngå å invadere personens privatsfære. Bharucha (2009) peker også på etiske dilemma knyttet til at systemer som skal øke den enkeltes valgfrihet også samtidig bygger på nitid kartlegging av personsensitiv informasjon.

Det er foreløpig et problem at det meste av denne typen teknologi er utviklet med tanke på yngre brukere, både yngre funksjonshemmede og yngre brukere uten funksjonsnedsettelse. Dette gjør det usikkert om teknologien uten videre er anvendbar for eldre og for personer med progressive lidelser, og da særlig personer med kognitiv svikt. De få studiene som har fokusert på dette er små både når det gjelder utvalg og varighet, og det er derfor vanskelig å trekke generelle konklusjoner.

Bharucha (2009) konkluderer i sin oversikt med at det ennå er mye som gjenstår før man har velferdsteknologi som er funksjonelle i bruk, robust og, ikke minst, også oppleves meningsfull for eldre brukere. For at teknologien skal være god, må den innfri mange ulike krav: den må være intelligent, kontekstsensitiv, diskret, passiv, bærbar/flyttbar, rimelig, oppfylle krav til personvern, og den må være godtatt av sluttbrukerne. Carswell og kolleger (2009) fant at (assistive) teknologi kan brukes i mange ulike sammenhenger for å bedre eldres velferd når det gjelder å stimulere både fysisk og kognitiv kapasitet. Gjenstander bør være praktiske (for eksempel ha "passe" størrelse og ergonomisk tastatur) og selvforklarende i bruk. Eldre kan ha lav toleranse for lang responstid og tekniske feil.

Det meste av forskning på bruk av teknologi og eldre er gjort på institusjoner og på dagtidsaktiviteter. Lite er gjort i hjemmene til folk og nesten ingen ting er gjort knyttet til bruk om natten / i mørket. Carswell og kolleger (2009) poengterer at det er viktig å være bevissthet at dag (lys) og natt (mørke) representerer to ulike utfordringer og krever ulik tilnærming og ulike løsninger.

2 Metode og datagrunnlag

Rapporten bygger på informasjon som er innhentet ved semi-strukturerte intervjuer med ledere og fagpersoner i Bærum kommune, brukere og pårørende, samt styringsdata fra kommunen. Det er gjennomført intervjuer med et begrenset utvalg ansatte i Bærum kommune. Både ledere på ulike nivå og ansatte som er involvert i den konkrete utprøvingen av teknologi i regi av Innomed-prosjektet i fire leiligheter, er intervjuet. Informantene ble identifisert av SINTEF-forskerne og kommunens nøkkelaktører i prosjektet i samarbeid. Når det gjelder ansatte og ledere er utvalget gjort med tanke på å sikre bredde i erfaringer, men samtidig sikre at personell med relevant erfaring er inkludert. Samtlige fire brukere i prosjektet, samt en nær pårørende for hver av dem, er intervjuet. Intervjuguidene ble tilpasset de ulike målgruppene i kartleggingen.

Rapportens beskrivelser av mulige økonomiske konsekvensene av implementering av trygghetspakken, bygger på styringsdata fra Bærum kommune, gjort tilgjengelig via IPLOS- og KOSTRA-registeringene.

3 Resultater

Dette kapitlet bygger på informasjon som er kommet fram i intervjuer med ledere og ansatte i kommunen.

3.1 Bakgrunnen for kommunens satsning på velferdsteknologi i omsorgssektoren

Intervjuene med ledere på ulike nivåer viser at kommunens satsning på velferdsteknologi i tjenester for eldre begrunnes i en forventning om at kommunen kommer til å få stor ressursmangel i årene som kommer. Denne forventningen bygger på befolkningsframskrivninger som viser at man må forvente en stor økning i antallet og i andelen eldre i årene som kommer uten at det kan forventes en tilsvarende økning i antall ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Økningen blant eldre forventes å være størst blant de aller eldste, det vil si personer over 90 år.

Det er et overordnet mål for kommunen å ha en tjenesteprofil som skal tilby kvalitativt gode og faglig forsvarlige tjenester til det økende antall brukere. Kommunenes tjenester - omsorgstjenester og andre tjenester - skal fylle tre krav, uavhengig av om man satser på velferdsteknologi eller ikke:

- Tjenestene skal levere faglig kvalitet
- Ressurser skal disponeres mest mulig effektivt
- Kommunen skal levere tjenester som svarer på befolkningens behov.

Når det gjelder pleie- og omsorgstjenester, forventer kommunen at det i årene som kommer ikke vil være tilstrekkelige personellressurser til å yte tilfredsstillende tjenester med den organisering og type tjenesteprofil man har i dag. Kommunen har derfor startet et arbeid med å utvikle mer effektive måter å yte tjenester på, og samtidig utvikle metoder og verktøy som kan bidra til å utsette behovet for tjenester hos befolkningen/brukere. Satsning på velferdsteknologi er sentralt i dette endringsarbeidet. Bærum kommune er opptatt av å være "i tiden" når det gjelder tjenesteprofil. Bruk av ulike typer teknologi i tjenestene er ett av flere virkemidler for å ivareta dette. Velferdsteknologi er et eksempel på verktøy som både forventes å kunne modernisere tjenestene, øke effektiviteten i ressursbruken og samtidig bidra til å utsette eller redusere den enkeltes behov for personbaserte tjenester fra kommunen.

Alle ledere og tjenesteytere som er intervjuet er innforstått med at det er nødvendig med en effektiv og ressursøkonomisk tjenesteorganisasjon. Alle er også opptatt av at det samtidig er grunnleggende viktig å ivareta faglig kvalitet i tjenesteytingen. Faglig kvalitet i tjenesteytingen er sett på som en betingelse for å ivareta brukernes verdighet og deres behov for å oppleve trygghet i hverdagen. Slik informantene i denne undersøkelsen ser det, aktualiserer dette flere dilemmaer. Eksempel på et

dilemma som peker seg ut er at et krav om effektivitet kan komme til å stå i motsetning til kravet om faglig kvalitet i tjenesten. Et annet dilemma er at kravet om å legge til rette for brukerens opplevelse av trygghet kan komme til å svekke brukerens integritet og selvstendighet.

Velferdsteknologi består av flere "lag"/komponenter: selve gjenstandene, hele det elektroniske systemet og tjenesten som kommuniseres gjennom systemet. Innføring av velferdsteknologi som en del av en ordinær tjeneste krever at dette systemet som helhet er stabilt og robust, det vil si at det må være godt organisert både i kommunen og hos leverandører, og at den faglige oppfølgingen, både av teknologien, tjenesten og brukeren, er solid.

3.2 Målgrupper for velferdsteknologisatsningen

Kommunens oversikter viser at de fleste som søker hjemmebaserte tjenester er eldre enn 80 år første gang de søker tjenester. Mange får da flere tjenester, noe som indikerer et stort hjelpebehov når brukerne først søker tjenester. Oversiktene viser også at målgruppen for velferdsteknologi i eldreomsorgen er en uensartet gruppe. Dermed er det ikke mulig å utvikle én løsning som passer for alle. Gruppen kan identifiseres med to hovedkjennetegn: grad/type av behov og personens sosiale situasjon.

Grad av behov:

- a) I den ene enden av skalaen finnes eldre med høyt funksjonsnivå. Denne gruppen vil omfatte eldre som ennå ikke er brukere av omsorgstjenester, samt eldre som i dag har et lavt behov. For denne gruppen vil velferdsteknologi være tiltak som kan bidra til å utsette tidspunktet for at den eldre blir bruker av personbaserte tjenester, eller å redusere bruk av personbaserte tjenester til et minimum.
- b) I den andre enden av skalaen finnes eldre med stor funksjonsproblemer og som i dag mottar mye og flere ulike typer hjemmebaserte tjenester. Her vil formålet med velferdsteknologi være å kunne redusere personhjelp noe og å kunne utsette overgang til sykehjem.

Sosial situasjon:

- a) Eldre med pårørende/ sosialt nettverk. For disse brukerne vil pårørende både kunne være en ressurs og støtte for brukeren og en potensiell samarbeidspart for kommunen. Velferdsteknologi vil kunne støtte opp om kontakt og kommunikasjon mellom bruker og pårørende, og bruker, pårørende og tjenesten. Tjenesten må også ta i betraktning at pårørende kan ha egne behov som pårørende. Dette kan for eksempel dreie seg om behov for avlastning for å unngå at de selv blir uslitt på grunn av tunge pleie- og omsorgsoppgaver.
- b) Eldre uten pårørende/ sosialt nettverk. Denne gruppen "ensomme gamle" er en svært sårbar gruppe som vil kunne trenge både flere og andre typer tiltak enn eldre som mottar hjelp og støtte fra egne pårørende.

3.3 Forventninger til hva velferdsteknologi kan bidra med i framtidige tjenester

I intervjuene med ledere og ansatte kommer det fram at både ledere og ansatte har mange ulike forventninger til hvordan velferdsteknologi vil kunne inngå som et element i tjenesteytingen.

Én forventning dreier seg om effektivitet i den totale ressursbruken. Dersom velferdsteknologi kan føre til at behovet for personbaserte tjenester reduseres, vil velferdsteknologi kunne bidra til at kommunen kan tilby tjenester til flere brukere innenfor samme ressursbruk. Dersom velferdsteknologi kan bidra til at eldre kan fortsette å bo hjemme lenger, utsette sykehjemsplassering og ev. også redusere sykehusopphold, vil velferds-teknologi kunne bidra til innsparinger både for kommunen og for spesialisthelsetjenesten.

Intervjuene viser videre at det er en oppfatning blant ansatte og ledere om at velferdsteknologi vil kunne bidra til å redusere personbaserte tjenester for noen grupper brukere, og dette vil kunne bidra til at kommunen kan frigjøre ressurser slik at man kan endre tjenesteprofilen til å tilby tjenester til nye målgrupper. Eksempler på nye målgrupper vil kunne være grupper som tidligere ikke opplevde å bli eldre fordi den medisinske og helsefaglige oppfølgingen tidligere ikke har hatt dagens standard. Dette vil kunne dreie seg om personer som har levd lenge med store funksjonsnedsettelse og noen grupper utviklingshemmede. Det er en oppfatning blant ledere som er intervjuet om at velferdsteknologi vil kunne legge til rette for en dreining av målgruppen for hjemmebaserte tjenester ved at personbaserte tjenester til brukere som har lite behov kan tones ned, slik at forholdsvis flere ressurser kan brukes på brukere med omfattende behov.

Når det gjelder den enkelte brukers situasjon, tenker informantene seg at velferdsteknologi vil kunne stimulere brukerens selvbestemmelse og øke/sikre brukerens opplevde og faktiske trygghet i egen bolig. I denne sammenhengen vil velferdsteknologi kunne fungere som et forebyggende tiltak som kan hindre eller utsette funksjonsfall og dermed bidra til at behovet for økte tjenester utsettes eller reduseres.

Intervjuene med ledere og fagpersoner viser at det er en forventning om at velferdsteknologi vil kunne legge til rette for nye kommunikasjonsformer og kommunikasjonsarenaer i kommunen. Dette vil kunne dreie seg både om å legge til rette for kontakt og kommunikasjon brukere i mellom, kontakt og kommunikasjon mellom bruker og tjenesteytere, og kommunikasjon tjenesteytere imellom. Det er også en forventning om at velferdsteknologi vil kunne fungere som et kommunikasjonshjelpemiddel for pårørende i deres omsorgsoppgaver og i deres kontakt med den eldre.

3.4 Utfordringer knyttet til å ta i bruk Trygghetspakken

Intervjuene med fagpersoner og med ledere på lavere nivå viser at brukerne av pleie- og omsorgstjenester er en svært sammensatt gruppe med mange ulike typer behov. Hvis løsninger skal

fungere godt, må de reflektere denne variasjonen ved at de må kunne tilpasses individuelt. Det vil si at de forventer et utstrakt behov for "skreddersøm".

De fleste brukerne, også de som mottar forholdsvis mange tjenester, deltar ofte i aktiviteter utenfor hjemmet. Ukedagene vil dermed være ulike og brukerne vil ikke ha samme dagsrytme/dagsprogram hver dag. Dersom velferdsteknologi skal være et verktøy for å strukturere og organisere daglige gjøremål, må teknologien være tilpasset denne variasjonen.

Intervjuene med fagpersoner viser at de tenker seg at noen av de oppgavene hjemmetjenesten utfører, kan gis via velferdsteknologi, mens andre ikke kan det. Flere informanter er opptatt av at kontakt som skjer via teknologiske kommunikasjonsløsninger, vil være formet av nettopp det faktum at kontakten skjer via teknologien. Enkelte av informantene uttrykker bekymring dersom satsningen på velferdsteknologi fører til at hjembesøk reduseres til et minimum. Ofte utfører hjemmetjenesten mer enn én oppgave når de er hos brukeren. Et hjembesøk vil nesten alltid også være en anledning for fagpersonen til å gjøre seg opp en mening om brukerens allmenntilstand og om situasjonen som helhet. Kontakt som skjer via kommunikasjonsteknologi vil ikke kunne legge til rette for dette faglige "blikket" på samme måte som et personlig møte. Dersom en bruker ikke gir klart uttrykk for sine behov, risikerer man å ikke kunne fange opp signaler på endringer i brukerens situasjon og nye behov som oppstår.

Ett eksempel på tjenester som bør kunne gis helt eller delvis via Trygghetspakken kan være det som i dag kalles "ringetilsyn". "Ringetilsyn" er telefonkontakt som tas på kvelden og/eller i helgen i tillegg til de andre besøkstjenestene til brukeren. Intervjuene viser at "ringetilsyn" via bildetelefon/skype tenkes å være et godt alternativt til vanlig telefon slik at antall hjembesøk hos den enkelte kan reduseres noe. Et annet eksempel er at tjenesten kan minne brukeren på aktiviteter og gjøremål gjennom minnefunksjonen i MEMOplanner.

Eksempel på oppgaver som fagpersoner mener ikke kan gis via velferdsteknologi er sårstell og/eller massasje for å forebygge sår, hjelp til personlig stell og på/avkledning. Andre eksempler på tjenester som ikke enkelt lar seg tilpasse er enkelte typer medisiner, som for eksempel sprøyter, øyendråper og enkelte typer tabletter. I tillegg kommer den løpende vurderingen av brukerens allmenntilstand, - en vurdering som fagpersoner gjerne gjør i forbindelse med et hjembesøk.

3.5 Vil Trygghetspakken påvirke faglighet i tjenesten?

Ansvars- og oppgaveavklaringer i kommunen, og mellom kommunen og andre aktører knyttet til installasjon, bruk og service/vedlikehold av velferdsteknologi er prosesser som så vidt er startet i kommunen.

Ansatte og ledere har oppfatninger om at bruk av velferdsteknologi vil kunne føre til en dreining fra direkte kommunikasjon til kommunikasjon som er formidlet via digitale løsninger mellom bruker og tjenesteyter. Fagpersoner og ledere på lavere nivå er opptatt av at formidlet kommunikasjon ved hjelp av velferdsteknologi vil kreve en enda grundigere behovsvurdering og oppfølging av brukere enn i dag. En høy bevissthet om dette vil være svært viktig, i følge fagpersonene, fordi formidlet kommunikasjon ikke legger like godt til rette for å fange opp små, indirekte bekymringssignaler som en direkte kommunikasjon vil gjøre. Jo nærmere tjenesteyterne er brukeren i sitt daglige arbeid, jo mer skepsis ser det ut til å være til at formidlet kommunikasjon kan erstatte direkte kommunikasjon. Begrunnelsen for denne skepsisen er at et ansikt til ansikt-møte gir anledning til å innhente mye og detaljert informasjon som igjen kan gi et solid grunnlag for fagpersonen til å vurdere brukerens allmenntilstand og ev. behov for endring i tjenester. Samtidig er tjenesteytere opptatt av at man alltid må ha et helhetsperspektiv på kontakten med brukere. I et slikt helhetsperspektiv vil velferdsteknologi kunne være et hjelpemiddel for å redusere antall daglige hjembesøk for enkelte brukere som har mange daglige besøk, men teknologien kan ikke erstatte hjembesøk fullt ut.

Intervjuene viser også at tjenesteytere forventer at bruk velferdsteknologi vil stille nye krav til tjenesteyteres faglige kompetanse. For at velferdsteknologi skal være et nyttig og fruktbart verktøy, må de ulike faggruppene inkludere kunnskap både om selve teknologien, kunnskap om mulige bruksområder, og kunnskap om mulighet, begrensninger og risiko i sine respektive fag. Foreløpig mangler dette i ansattes faglig profil. Man mangler erfaring og kunnskap både når det gjelder selve teknologien, de ulike bruksområdene og mulige begrensninger.

3.6 Organisering

De ulike sektorenes eller tjenestenes rolle knyttet til satsningen på velferdsteknologi er ennå ikke avklart. Både ledere på ulike nivå og tjenesteytere tenker seg at bruk av velferdsteknologi vil påvirke ansvars- og oppgavefordeling mellom for eksempel rehabiliteringstjenesten, hjemmebaserte tjenester, tildelingskontoret, samt grenseoppgangen mot aktører utenfor kommunen. Gjennom intervjuene kommer det fram at mye er uavklart når det gjelder organisering og avgrensning av kommunens oppgaver, tjenester og ansvar i årene som kommer. Intervjuene viser at man forventer at de neste årene – ikke minst som en følge av samhandlingsreformer – vil måtte finne løsninger på flere forhold:

- Satsningen på velferdsteknologi aktualiserer nytenkning når det gjelder å avklare hvilke oppgaver som skal være et kommunalt ansvar og hvilke oppgaver som kan eller bør ivaretas av andre aktører. Flere grenseoppganger må avklares både når det gjelder hvilke aktører som skal involveres og hvilke tjenester de enkelte aktørene skal ta ansvar for. Aktørene som nevnes er kommunen, NAV, private aktører, brukeren selv og ev. brukerens pårørende.

- For å kunne tilby kvalitativt gode tjenester innenfor en strammere ressursbruk, vil det være behov for både tydelig oppgave- og ansvarsavklaring og nye samarbeidsformer med for eksempel seniorsentrene, frivillighetscentralen, næringsliv og andre private aktører i kommunen.
- Det må avklares hvem som skal ha ansvar for å skaffe, finansiere og installere teknologien og hvem som skal ha ansvar for service og vedlikehold av teknologien. Det er forventninger om at både seniorsentrene og frivilligsentralen vil kunne være aktører som har kontakt med brukere via velferdsteknologi.
- Intervjuene viser at enkelte forventer at NAV skal ta en rolle i finansiering, uten at disse forventningene bygger på konkrete signaler fra NAV.
- Intervjuer med fagpersoner og ledere på lavere nivå viser at det er en forventning om at kommunens ledelse vil gi tydelige signaler om hva som skal være kommunale oppgaver i årene som kommer. Det er også en forventning om at omfang og bredde i typer tjenester kommunen vil tilby vil komme til å bli strammet inn.

3.7 Hvilke etiske spørsmål er ansatte og ledere opptatt av?

Spørsmål om de etiske utfordringene knyttet til velferdsteknologi ser ut til å dreie seg om i hovedsak om to ting. Det ene er spørsmålet om hvordan velferdsteknologi kan sikre god faglig kvalitet i tjenesten. Tjenesteytere mener det er uetisk å innføre mye momenter dersom dette vil føre til redusert faglig kvalitet i tjenesten. Det andre er spørsmål om hvordan man kan sikre brukers personvern når velferdsteknologi tas i bruk. I intervjuene kommer det fram en forventning om at kommunens ledelse deltar aktivt for å finne gode løsninger på begge disse spørsmålene.

Når det gjelder personvern er de fleste – og dette gjelder både brukere, pårørende og fagfolk - opptatt av spørsmål knyttet til hvorvidt velferdsteknologi vil påvirke brukernes frivillighet og samtykke. I denne undersøkelsen er det bare de som har vært involvert tett i velferdsteknologisatsningen som er opptatt av at bruk av velferdsteknologi også må innebære høye krav til informasjonssikkerhet på individnivå, ved at man sikrere systemene både mot "hacking" fra utenforstående og "snoking" fra aktører internt i kommunen.

Tjenesteyterne er også opptatt av at det ikke må bli et krav fra kommunen til brukere om at de skal bruke velferdsteknologi for at de skal få hjelp overhode. Et slikt krav vil kunne føre til en dreining mot at ressurssterke brukere får lettere tilgang til tjenester og at ressursvake brukere stenges ute.

4 Brukererfaringer

Dette kapitlet formidler informasjon som er kommet fram i intervjuene med de fire brukerne og den av de pårørende som har vært involvert i kontakten med prosjektet. Den første utprøvingen – erfaringene fra de fire brukerne - viser at den velferdsteknologien som er valgt ennå ikke er robust nok til å tas i bruk som en del av det ordinære tjenestetilbudet. Intervjuene med brukerne og pårørende viser at de ulike teknologiene som er prøvd ut ikke fungerer tilstrekkelig stabilt til at brukerne kan tenke seg å bruke dem på permanent basis. I de følgende punktene skal vi gå nærmere inn på brukernes erfaringer med fordeler og begrensninger med Trygghetspakken.

4.1 Kommentarer knyttet til konkrete tjenester og de ulike teknologiske løsningene

De fire brukere formidler at det ennå skjer for mange feil knyttet til teknologien til at de synes den er praktisk og betryggende å bruke. Dette gjelder begge systemene, både velferdsteknologipakken fra Abilia og Curatec-systemet. Brukerne føler seg ikke trygge på at teknologien fungerer 100% i det daglige. De sammen inntrykkene gjelder for så vidt også for fagpersonene.

To av de fire brukerne har testet ut en medisindispenser. Slik dispenserer fungerer i dag, er den ikke robust nok. For å hindre risiko for feilmedisinering, er dispenserer konstruert slik at brukeren ikke selv kan åpne den og ta ut medisiner som ikke kommer ut automatisk ved de forhåndsprogrammerte tidspunktene. Det hender imidlertid at pakken med medisiner ikke blir skjøvet helt ut av dispenserer slik at brukeren kan få tak i den. Dermed kan ikke brukeren stole på at medisinerne blir lever regelmessig og til det tidspunktet de skal.

Det er heller ikke alle typer medisiner som egner seg for å kunne gis via medisindispenser, for eksempel øyendråper, sprøyter og en del typer tabletter. En annen begrensning er at medisindispenser er for stor og tung til å bli tatt med når brukeren skal ut. Dette begrenser bruken av dispenserer til tidspunkt når brukeren er hjemme. Brukere som er en del på farten, og samtidig trenger medisiner flere ganger daglig, vil dermed måtte forholde seg til ulike måter å organisere medisinerne sine på: én for de tidspunktene vedkommende er hjemme og en annen når vedkommende er utenfor hjemmet. Den ene brukeren opplevde også flere ganger at dispenserer varslet om at medisinerne måtte tas, selv etter at de var tatt, og brukeren klarte ikke å slå av varslingen.

Intervjuene med hjemmetjenesten viser at mange brukere tar ulike typer medisiner som gis i ulik form, for eksempel som drikke (og som gjerne skal oppbevares kjølig), salve eller sprøyte. Dette gjør at hjemmetjenesten uansett må hjem til brukeren for å gi medisiner.

De to brukerne som har MEMOplaner har god forståelse av hvordan denne kan brukes, men de kjenner ikke alle funksjonene. De har dermed ikke fått gjort erfaringer som kan belyse helheten i

bruksmulighetene. Det finnes andre studier som viser at elektroniske kalendere med påminnefunksjon kan være en støtte for den eldre i den daglige kortsiktige planleggingen. Brukerne i vår studie forstår at MEMOplanner kan brukes på denne måten. De har ingen problemer med å håndtere selve teknologien, men de har hittil vært lite interessert i å bruke MEMOplanner i sin egen daglige planlegging. De klarer seg greit med "gule lapper" og mobiltelefonen. En av brukerne har Ipad og bruker Skype på denne. Begge brukerne synes størrelsen på skjermen er fin. Begge setter pris på dato- og klokkeslettfunksjonen, og at skriften er stor og tydelig.

Brukerne har liten toleranse for ting som er vanskelig å forstå og for ting som ikke fungerer. Dette gir seg utslag i at de slutter å bruke teknologien når den ikke fungerer slik de har forventet, eller de må plunder mye for å få den til å fungere. Den ene brukeren av Abilia-systemet har vært plaget av støy fra apparatene. De mange ledningene i stuen oppleves forstyrrende og lite pent. Systemet har gitt en rekke varslinger som ikke har fungert etter forventningen, noe som har vært opplevd som svært forstyrrende. Et annet eksempel er at systemet har varslet om at en plate på komfyren er på, når den ikke er det.

Den ene brukeren forteller at det var planlagt at MEMOplanner skulle styre lyset på soverommet, men dette har ikke virket etter intensjonen. Brukeren har også opplevd at MEMOplanner varsler om at plater på komfyren står på når de i realiteten er av. Brukeren har lært seg å stoppe varslingen ved å gå på kjøkkenet og slå platene på og av igjen. Til sammen har de mange "barnesykdommene" i teknologien og en opplevd mangel på opplæring redusert interessen og bruken av velferdsteknologi. Skjermen oppleves stygg og som et litt forstyrrende element i en forholdsvis liten stue. Denne brukeren har skjermen plassert på et bord foran vinduet. Den er plassert der beboeren oppholder seg mest, og slik sett skulle dette være en funksjonell plassering. Men den er plassert slik at den hemmer utsikten til blomstene i stua og til hagen utenfor. Dersom dette hadde vært en permanent situasjon, og ikke et tidsavgrenset prosjekt, ville brukeren ha flyttet skjermen til et mer diskret sted i leiligheten, slik at beboeren ikke hadde vært nødt til å se den hele tiden.

Den andre brukeren av Abilia-systemet har skjermen plassert i en krok i stuen mellom TV-en og radioen. Skjermen er vinklet slik at den er synlig fra hele stuen og fra soverommet når døren til soverommet er åpen. Brukeren synes dette er en fin og praktisk plassering.

Brukerne av Curatec-systemet stolte i begynnelsen ikke på at systemet fungerte i og med at systemet ikke gir noen signaler om at det er operativt. Tjenesteytneres praktiske test og forsikring om at det faktisk fungerer har beroliget brukerne. Systemet oppleves nå som en stor trygghet for brukerne og for pårørende. For den ene brukeren er opplevelsen av trygghet mye viktigere enn tanken på at noen kan overvåke leiligheten og følge beboerens bevegelser. Brukeren skulle ønske at systemet kunne gi indikasjoner på at det "på".

Systemet interagerer på en eller annen måte med radio og tv slik at det "knitrer". Dette ble bedre etter at kontrollen ble flyttet lenger vekk fra radio og tv, men er ikke helt borte i følge de ene brukeren.

4.2 Hvordan ser brukerne og pårørende på Trygghetspakken?

Intervju med pårørende antyder at pårørende betrakter Trygghetspakken som et positivt tiltak dersom den eldre er komfortabel med bruken og dersom pårørende kan føle seg trygg på at den eldre blir godt ivaretatt. Pårørende er særlig opptatt av at systemet kan tilby en økt trygghet for brukeren om natten. Dette har også betydning for pårørendes opplevelse av egen trygghet og livskvalitet ved at de ikke engster seg like mye for den eldres velferd som før. Den eldres medbestemmelse og selvbestemmelse er viktig for pårørende. Dersom dette hadde vært et varig tiltak og ikke et prosjekt, hadde pårørende også ønsket at kommunen la til rette for pårørendes medbestemmelse i å vurdere om den eldre skal bruke velferdsteknologi eller ikke.

Både brukerne og pårørende ser ut til å ha et forholdsvis lavt refleksjonsnivå når det gjelder spørsmål knyttet til personvern. "Overvåking" oppfattes å være greit hvis det øker følelsen av trygghet og så lenge det ikke dreier seg om at andre faktisk kan se og høre dem direkte. Grensen for brukerne går ved bilde- og lydopptak, altså opplevelsen av å bli "sett" og "hørt" uten å kunne styre dette selv. Brukerne gir uttrykk for en fatalistisk innstilling om at "teknologi og overvåking er kommet for å bli – det er bare sånn det er", som én av dem sa. Både brukerne og pårørende gir uttrykk for at de stoler på at kommunen ikke misbruker sin rolle og den tilliten brukeren viser dem når det gjelder innhenting og lagring av informasjon om dem. Ingen av dem reflekterer over risiko knyttet til at informasjon kan komme på avveie.

Brukerne både ønsker og er avhengig av at tjenesteytere veileder dem og viser hvordan teknologien fungerer og hva den kan brukes til. De har behov for at tjenesteytere følger opp og informerer "om igjen" etter en kort tid når brukeren har glemt det som ble sagt i den første veiledningen.

Velferdsteknologi-nysgjerrigheten kan karakteriseres som lav, selv om alle brukerne begrunner deltagelsen i prosjektet med at de ser på seg selv som nysgjerrige mennesker som synes det er fint å bli spurt om, å være med, og morsomt å oppleve noe nytt. Tre av brukerne ble med fordi barna oppfordret dem og mente at de ville ha nytte og glede av det. Brukerne gir uttrykk for at Trygghetspakken er grei å forholde seg til. De er fortrolige med å bruke flere ulike former for digital teknologi, og det er det konkrete behovet som styrer interessen og bruken. De er ikke interessert i å "leke seg med" teknologien for å finne ut av alle funksjonene, slik kanskje yngre mennesker er. Dersom velferdsteknologi ikke oppleves nyttig i forhold til det konkrete behovet de har, lar de ganske enkelt være å bruke det. Dette kan delvis forstås ut fra at mange eldre mennesker kan være lite opptatt av å sette seg inn i alt som er nytt. Erfaringene fra prosjektet viser at eldre mennesker både har kunnskap og interesse for nye teknologiske løsninger. Samtidig ser det ut til at det skal lite motstand til før de mister interessen eller resignerer.

5 Trygghetspakke, ressurser og økonomi

I det følgende kapitlet gis grunnlagsdata og beregninger for mulige økonomiske besparelser ved å innføre trygghetspakke for noen av innbyggere i Bærum kommune. Først presenteres bakgrunnsdata om demografi og totale kostnader til pleie og omsorg, brutt ned på pleie- og omsorg i hjemmet og i institusjon. Dernest presenteres en oversikt over hjemmetjenestene etter omfanget av hjelp, type og omfang av bistandsbehov og kostnadene for ulike brukergrupper. Til slutt presenteres en modellberegning som viser mulige innsparinger dersom økningen i tjenestebehovet kan utsettes i ett år. I et vedlegg gjengis noen nøkkeltall fra KOSTRA.

Utgangspunktet er basisinformasjon om demografi og tjenester i Bærum. Det er benyttet opplysninger fra kommunebudsjettet for 2012 (Handlingsprogrammet), et analysenotat som er et vedlegg til budsjettet, årsrapport for år 2010, og særskilte beregninger vi har fått fra kommunen. Fra Statistisk sentralbyrå har vi hentet ut et utvalg av statistikk for Bærum for 2009 - 2011 (se tabell i vedlegget). Kostnadsberegninger er hentet fra Norut-rapport 5/2009.

5.1 Befolkningssammensetningen i Bærum kommune

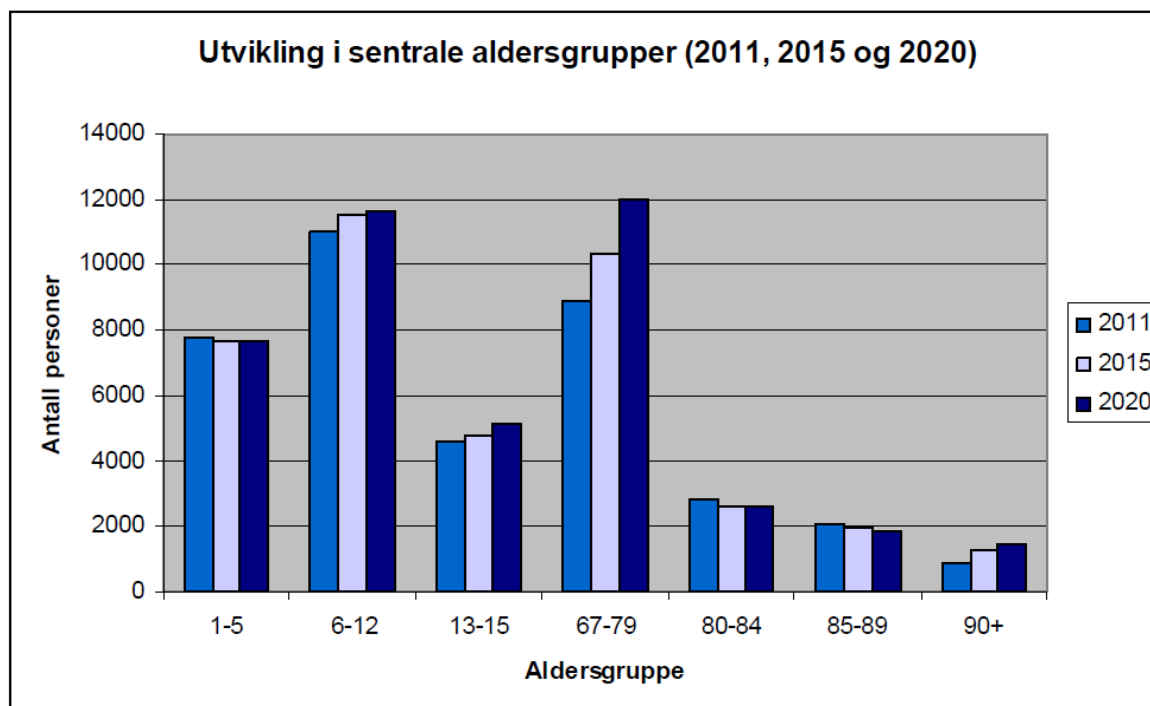
Ved siste telling var 14 430 personer i Bærum 67 år eller eldre, og av disse bodde 5 650 (39 prosent) alene (tab 1).

Tabell 1. Personer 67 år og over i Bærum. 2011

	Bor alene	Bor med andre	Sum
67-79 år	2 676	6 257	8 933
80 år eller eldre	2 974	2 523	5 497
Sum	5 650	8 780	14 430
Prosent	39	61	100

Kilde: SSB

Figur 1 nedenfor viser at det er to grupper av eldre som vil øke i antall de neste ti årene: De mellom 67 og 79 år, og de over 90 år.



Figur 1. Utvikling i sentrale aldersgrupper til 2020 for Bærum. Kilde: SSB/Kommunebudsjettet (Handlingsplanen 2012-2015)

5.2 Pleie og omsorg

Tall fra kommunen og SSB viser følgende ved utgangen av 2011:

- I alt 4 604 mottar pleie og omsorgstjenester, hvorav over halvparten er 80 år eller eldre
- I alt 3 594 mottar hjemmetjenester, hvorav over 1 100 mottar minst to typer av hjemmetjenester. Dette inkluderer ambulante tjenester i private boliger og tjenester til personer i boliger med pleie- og omsorgsformål
- Av de som mottar hjemmetjenester har 695 personer (20 prosent) et omfattende bistandsbehov, slik dette defineres i Iplos
- 1721 personer/husstander har trygghetsalarm
- De som får praktisk bistand får i gjennomsnitt 6 timer per uke
- De som får hjemmesykepleie får i gjennomsnitt 5 timer per uke
- Det er i alt 2 963 årsverk i pleie og omsorg¹
- Lønnsutgifter i hjemmetjenesten er om lag 826 millioner kroner (dette inkluderer både praktisk hjelp og hjemmesykepleie, og tjenester som kommunen yter ambulant og i boliger med pleie- og omsorgsformål).

¹ Foreløpige tall fra SSB/KOSTRA pr 15.6.12

5.3 Hjemmebaserte tjenester

Regnskap og statistikk for hjemmebaserte tjenester omfatter også andre typer tjenester enn tradisjonell hjemmehjelp og hjemmesykepleie (tab 2). Oversikten i tabell 2 viser for eksempel at fem prosent av brukerne bor i samlokaliserte boliger, og at denne gruppen står for 38 prosent av kostnadene. Ambulerende tjenester har 58 prosent av brukerne og 26 prosent av kostnadene.

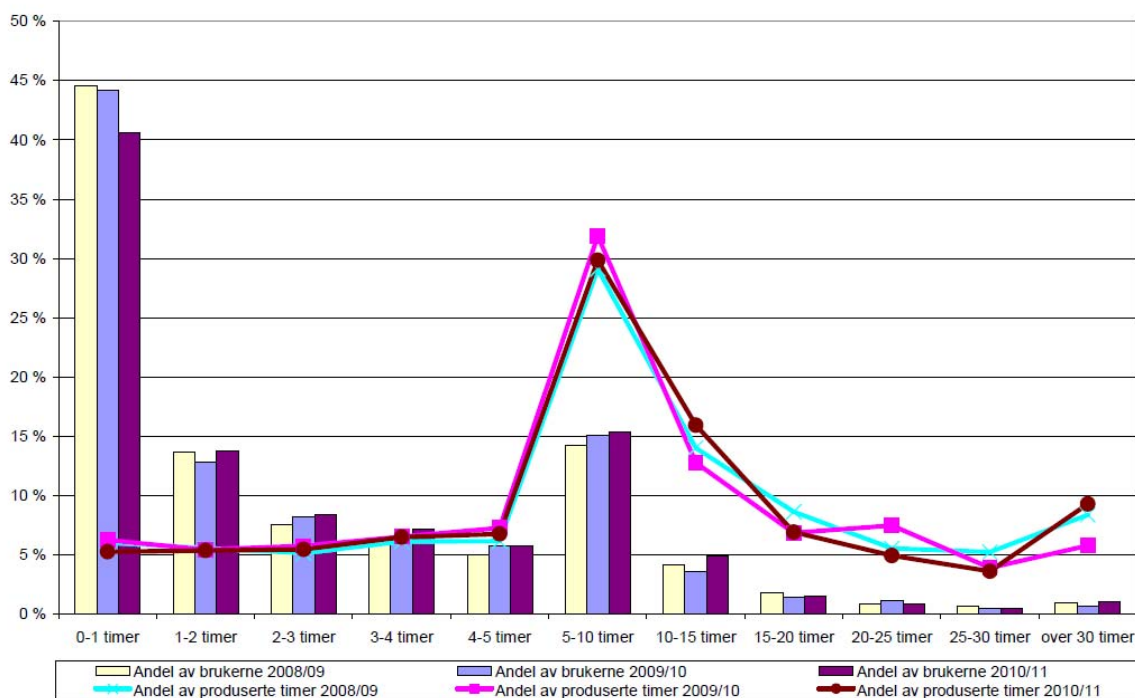
Tabell 2. Brukere og kostnader for pleie, omsorg og hjelp i hjemmet for Bærum kommune 2010. Kilde: KOSTRA

Delområder	Brukere	Kostnader
Ambulerende	3 251	199 946
Psykisk helse	872	93 382
Samlokaliserte boliger	279	292 556
Bolig med service	534	105 279
BPA	94	34 014
Individuell avlastning	398	29 546
Omsorgslønn	230	17 526
Sum	5 658	772 249

Tabellen viser korrigerte bruttoutgifter for størsteparten av tjenestetilbudet på hjemmebaserte tjenester (KOSTRA 254). I tillegg kommer utgifter til administrasjon og Tildelingskontoret.

Ambulerende hjemmebaserte tjenester ytes i hovedsak som praktisk hjelp i hjemmet og som hjemmesykepleie, og fordeles avhengig av den enkeltes behov. Både type og omfang av tjenester som den enkelte mottar varierer derfor mye. Det medfører at en liten andel av brukerne mottar en stor andel utførte tjenestetimer.

Figur 2 nedenfor viser at mer enn 40 prosent av brukerne legger beslag på bare 6 prosent av timene. Tilsvarende får om lag 2 prosent av brukerne over 30 timer hjelp per uke, og disse beslaglegger om lag 10 prosent av de totale timene. Figur 2 viser også timer for Ambulerende og Boliger med services, som er vist i tabell 2. Figur 2 viser at det har vært en økning i andelen timer til denne brukergruppen.

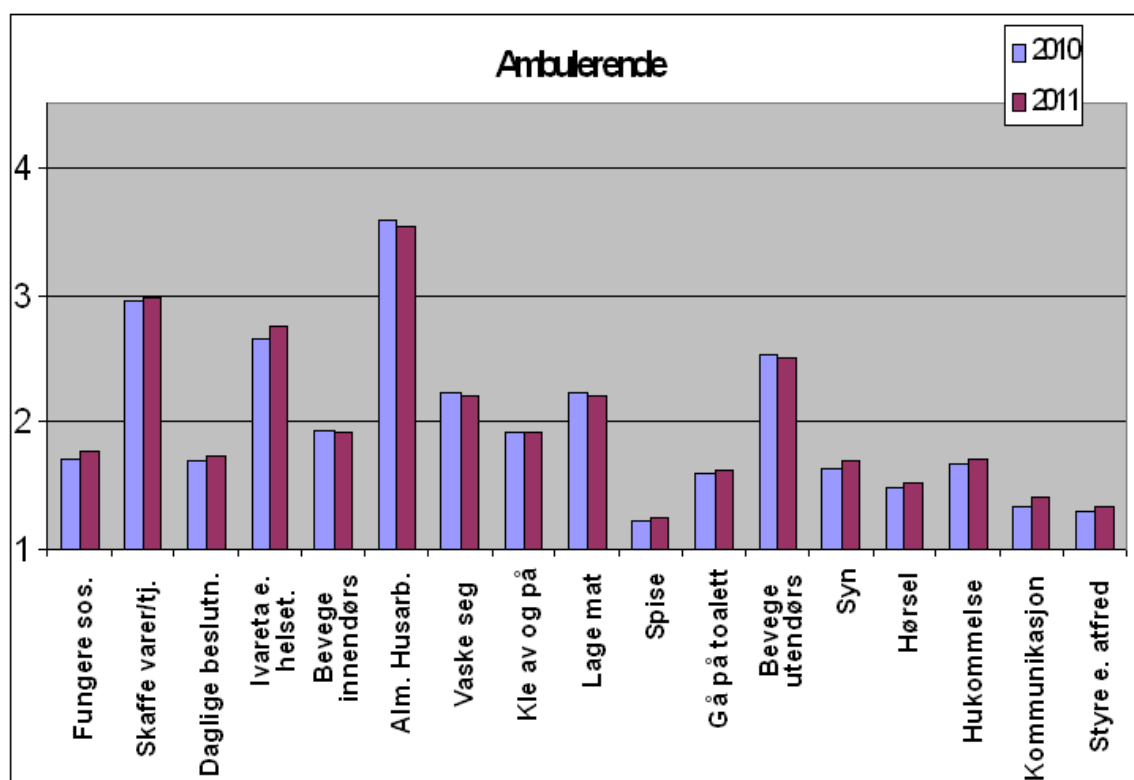


Figur 2. Hjemmebaserte tjenester i Bærum kommune etter antall timer tjenester per uke. Andel av brukerne (søylene) og andel av produserte timer (linjefrafen). Kilde: Analysenotat i kommunesamarbeidet KOSTRA 2010²

I Iplos-registreringen kartlegges i tillegg til antall tildelte timer tjenester også for hver bruker grad og typer av funksjonsbegrensninger for i alt 17 funksjonsområder eller aktiviteter. Skårene i Iplos går fra 1 til 5, der 1 betyr at den aktuelle aktivitet ikke utgjør noe problem eller utfordring, mens skår 5 betyr at personen har fullt bistandsbehov. Figur 3 viser at brukerne av ambulante hjemmetjenester primært har problemer med alminnelig husarbeid. Deretter kommer vansker med å skaffe varer og tjenester, vansker med å ivareta egen helsetilstand og vansker med å bevege seg utendørs. Svært få har behov for assistanse eller tilrettelegging for å spise.

² Lenke til Handlingsprogrammet og KOSTRA-notatet:

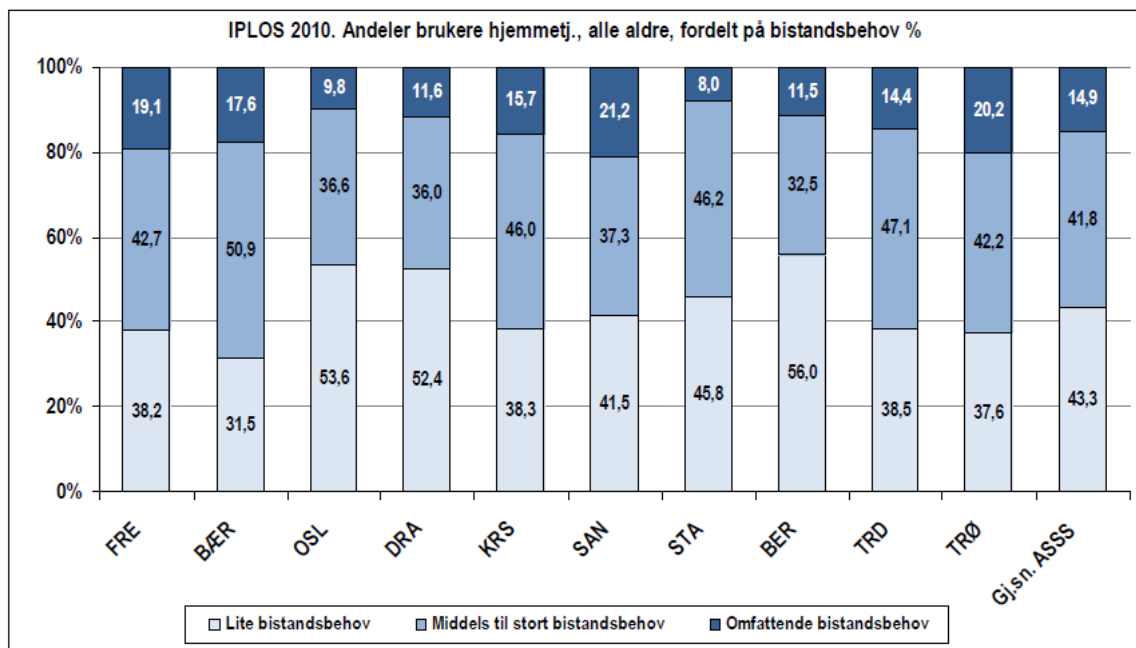
<https://www.baerum.kommune.no/Organisasjonen/Radmannen/Handlingsprogram/>



Figur 3. Gjennomsnittlig Iplos-skår for mottakere av ambulante, hjemmebaserte tjenester fra Bærum kommune. Kilde: Data fra kommunen

Ved å beregne gjennomsnittlig skåre for hver bruker kan de fordeles i grupper med henholdsvis lite, middels eller omfattende bistandsbehov (fig 4 nedenfor). Figur 4 viser tall for ti store kommuner (Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner, ASSS). Figuren viser at halvparten av brukerne i Bærum har middels stort bistandsbehov, 31,5 prosent har lite bistandsbehov og 17,6 prosent har et omfattende bistandsbehov.

Det er en viss forskjell mellom kommunene. For eksempel kan det virke som om Bærum har en noe lavere andel brukere med lite bistandsbehov. En nylig gjennomgang fra SINTEF tyder imidlertid på at det eksisterer ulike kommunale normer for skåring av bistandsbehov (denne rapport kommer i 2012, Anthun/Paulsen). Det betyr at slike interkommunale sammenligninger kan inneholde systematiske feil.



Figur 4. Brukernes fordeling av bistandsbehov i Bærum og andre kommuner av samme størrelse. Kilde: Analysenotat, bilag til handlingsplanen

Ved å bruke denne tredelingen av behovsnivå er det mulig å lage en oversikt over tjenesteforbruk etter alder og bistandsbehov, se tabell 3 nedenfor. Personer med omfattende bistandsbehov over 67 år mottar i gjennomsnitt vesentlig mindre tjenester enn yngre brukere. En mulig forklaring på dette kan være at eldre brukere med stort tjenestebehov i større grad bor i institusjon.

Tabell 3. Tjenesteforbruk etter bistandsbehov. Antall brukere og gjennomsnittlig antall timer for ambulerende tjenester og Bolig med service. Bærum. 1.1.2012.

	Antall mottakere	Totalt	Noe avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov
Totalt	-	5,2	1,3	4,2	13,2
0-17 år	-	2,0		2,0	
18-49 år	59	8,1	2,1	2,5	26,6
50-66 år	171	5,8	0,7	2,9	16,7
67-79 år	344	4,7	1,1	4,0	11,7
80-89 år	865	4,7	1,2	4,0	11,9
90 år og eldre	412	6,0	1,7	5,3	12,9

Kilde: KOSTRA/Bærum kommune.

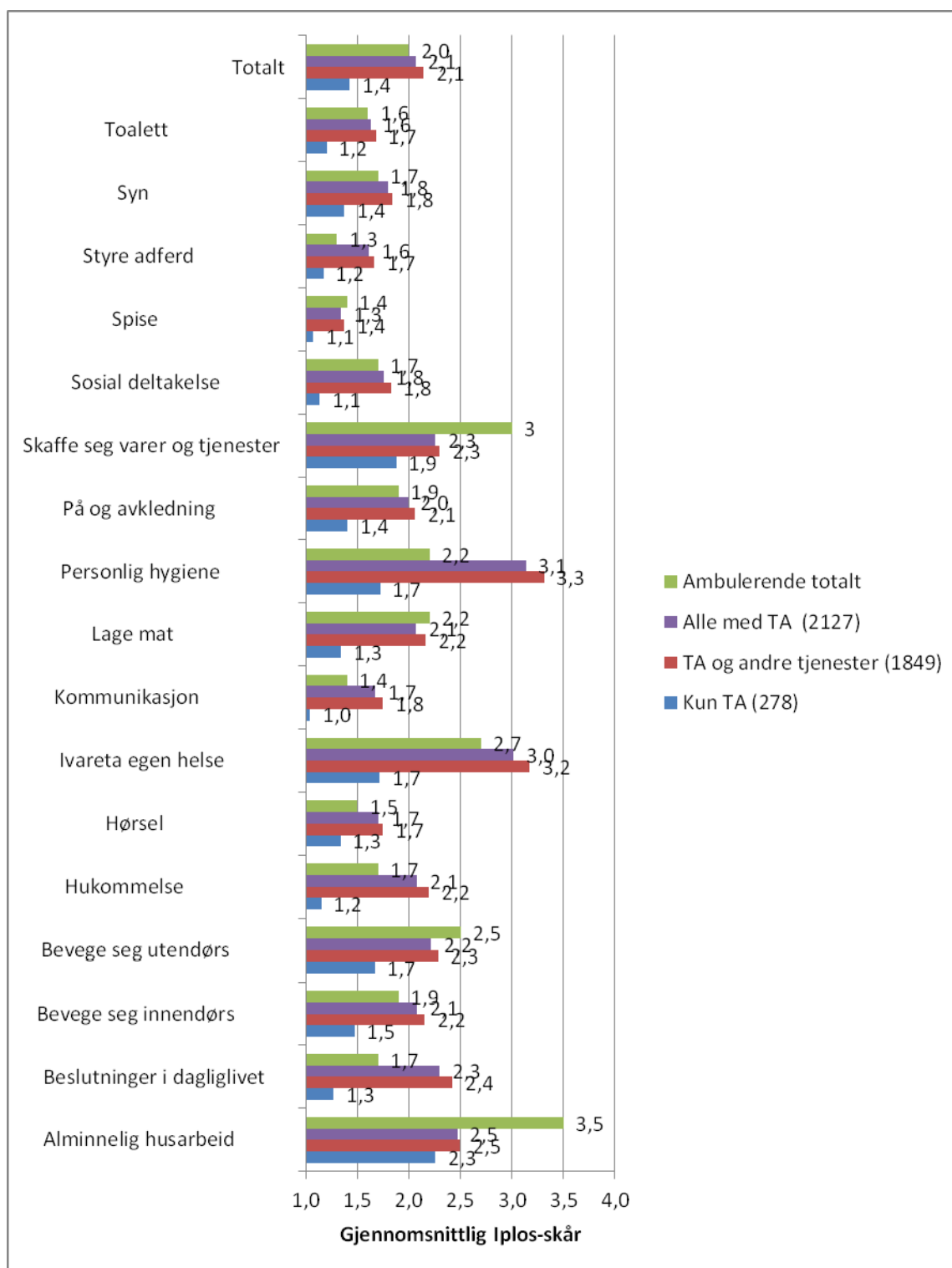
5.4 Trygghetsalarm

Tall fra Iplos viser at det er vel 1 700 brukere av trygghetsalarm i Bærum (antall alarmer), mens det gjennom året er ca. 2 100 personer som mottar denne tjenesten. Tabell fire nedenfor viser at hovedtyngden av de som har trygghetsalarm bor alene, og at mer enn 80 prosent av husholdningene er en-personhusholdning.

Tabell 4. Antall brukere med trygghetsalarm. Kilde: Beregninger fra Bærum kommune

	Antall brukere	Bor alene
Antall brukere med trygghetsalarm i 2011	2127	1420
Antall brukere med trygghetsalarm i 2011 og andre tjenester	1849	1217
Antall brukere med kun trygghetsalarm i 2011	278	203

Figur fem nedenfor viser at personer som får trygghetsalarm i gjennomsnitt har nokså lik, eller noe høyere bistandsbehov enn mottakere av ambulante tjenester totalt (gjennomsnitt 2,1 mot 2,0 for alle som mottar hjemmetjenester). Personer som kun har trygghetsalarm har et vesentlig lavere bistandsbehov (gjennomsnittskår 1,4).



Figur 5. Gjennomsnittlig Ipløs-skår for mottakere av trygghetsalarm. Kilde: Bærum kommune

Den enkelte søker om å få installert trygghetsalarm, og betaler deretter en månedlig avgift som skal dekke de fulle kostnadene til kommunen.

5.5 Kostnadsmodell for Trygghetspakken

Tjenestene til den enkelte bruker tildeles etter prinsippet om lavest mulig effektive omsorgsnivå. Etter som behovet øker kan man si at brukeren går opp et trinn i "omsorgstrappen", der hvert trinn oppover i "trappen" er et uttrykk for mer omfattende og mer kostbare tjenester. Noen av tjenestene er vist i tabell 2 over. I tillegg kommer andre kommunale tjenester og for eksempel institusjonsplass. En oversikt over de vanligste kommunale tjenestene er vist i tabellen bakerst i rapporten. Dersom man antar at kommunen, eller brukeren selv, installerer en trygghetspakke i egen bolig, og samtidig mottar tilhørende oppfølgingstjenester, vil dette kunne utsette behovet for økte personbaserte tjenester.

Ved beslutning om hvilke tiltak og tjenester som skal settes inn, må man vurdere forventet nytte og kostnad for et aktuelt tiltak opp mot kostnadene for alternativer. Det avgjørende vil være å identifiseres når kostnadene ved tiltak i boligen overstiger kostnadene til institusjonsopphold. Totalkostnadene (investering + drift) ved en ny tjeneste, for eksempel velferdsteknologi, kan sammenlignes med en slik hypotetisk innsparing. Dersom velferdsteknologi kan føre til at behovet for økte tjenester for den enkelte kan utsettes ett år, er det mulig å beregne en potensiell innsparing på kommunale budsjetter. I en rapport fra Norut (2009) er det med disse forutsetningene beregnet hva smarthusteknologi potensielt kan bety for kommunens og andre aktørers kostnader. Det avgjørende for en slik beregning vil være hva som er de reelle alternativene for den enkelte bruker, og hvilket bistandsbehov brukeren har i utgangspunktet. I rapporten er det beregnet potensielle innsparinger for en "representativ bruker" i ulike klasser av bistandsbehov for a) en bruker som uansett bor hjemme og b) for en bruker der alternativet er å flytte til institusjon.

Norut-rapporten konkluderer med følgende:

"Når alternativet er at brukeren bor hjemme uten teknologi så vil innføring av teknologipakken føre til at nytteeffektene i stor grad kommer pårørende og andre samfunnssetater til gode, fordi det avlastet dem. PLO vil på den andre siden få økte kostnader ved at de får ansvaret for å drive servicesentralen, mens nytten ikke vil være så stor fordi det fortsatt er nødvendig med jevnlig besøk hos brukeren. Når alternativet er at brukeren må flyttes til institusjon så vil PLO ha store nytteeffekter av tiltaket fordi det er langt dyrere å ha en bruker boende på institusjon enn i ordinær bolig." (s.29)

Beregningene i rapporten viser at en vellykket teknologibruk for en hjemmeboende bruker som i utgangspunktet har mye bistandsbehov vil være svært lønnsomt. Teknologien forutsettes å redusere tjenestebehovet ett trinn i omsorgstrappen, ref. tabell 3, altså at en bruker med lite bistandsbehov får redusert bistandsbehovet betydelig, mens en bruker med middels bistandsbehov får redusert sitt behov til tilsvarende en som har lite bistandsbehov. Tilsvarende vil en bruker med omfattende bistandsbehov få redusert sitt bistandsbehov noe, alternativt utsatt tidspunkt for flytting til institusjon.

Sett fra kommunens side vil beregningen være følgende:

- Hvis alternativet er å bo hjemme med dagens tjenester regnes det en brutto innsparing på kommunale budsjetter på kr. 32 000 for en bruker med lite bistandsbehov, kr. 90 000 for en bruker med middels bistandsbehov og kr. 154 000 for en bruker med omfattende bistandsbehov.
- Tilsvarende, hvis alternativet er å flytte til institusjon regnes det en brutto innsparing på kommunale budsjetter på kr. 591 000 for en bruker med lite bistandsbehov, kr. 559 000 for en bruker med middels bistandsbehov og kr. 469 000 for en bruker med omfattende bistandsbehov.

Et forbehold i disse beregningene er at det må trekkes fra årlige driftsutgifter knyttet til de nye tjenestene.

6 Konklusjon

6.1 Ressurser og økonomi

I Bærum kommune får over 5 600 personer pleie, omsorg og hjelp i hjemmet hvert år. Av disse får 3 250 personer ambulerende tjenester i eget hjem. Personer som bor i samlokaliserte boliger og boliger med service er ikke tatt med i disse tallene. Av de som mottar ambulerende tjenester har noe under en tredel et lavt bistandsbehov. Vel 40 prosent av brukerne får én time i uken eller mindre, noe som utgjør fem prosent av kostnadene.

Samlet budsjett for pleie, omsorg og hjelp i hjemmet er ca. 750 millioner kroner, hvorav ca. en firedel (200 millioner) går til ambulerende tjenester: Hjemmesykepleie (ca. 80 prosent av kostnadene) og praktisk bistand (ca. 20 prosent).

Dersom trygghetspakken kan utsette behovet for økte tjenester med ett år vil kommunen kunne spare brutto fra kr. 32 000 for en bruker som bor hjemme og har lite bistandsbehov i utgangspunktet, til om lag 500 000 for en bruker som kan unngå sykehjem i ett år.

6.2 Velferdsteknologi som et tjenestesystem

Det er mange momenter som må være på plass før velferdsteknologi kan bli et godt tilbud til hjemmeboende eldre. "Skreddersøm" kan være et stikkord for de fleste av momentene. Tjenesteorganisasjonen må omfatte en beredskap for å svare på og håndtere de behov som en satsning på velferdsteknologi, à la Trygghetspakken, vil føre med seg. Organisasjonen må kunne identifisere de ulike oppgavene og avklare hvilke instanser og aktører som skal ha ansvar for de ulike oppgavene, og hvilke ressurser som skal allokeres til ulike oppgaver. Det må også tas initiativ til opplæring både av fagpersonell, brukere og pårørende.

Når det gjelder selve installasjonen, service og vedlikehold, må dette gjøre på en smidig måte slik at brukeren forstyrres minst mulig ved at mange ulike personer kommer og går i hjemmet deres.

Boligen må være tilrettelagt for den type teknologi som skal installeres. Dette gjelder først og fremst at hele det elektriske anlegget må være av en slik kvalitet at det er mulig å installere velferdsteknologi. Det må for eksempel være nok strøm, jordet kurs, nok stikkontakter. Mange eldre bor i hus som ikke har oppgradert det elektriske anlegget siden huset ble bygget. Dette kan føre til at bruk av velferdsteknologi vil måtte kreve omfattende og kostbare utbedringer.

Selve gjenstandene må være forståelig å bruke. Gjenstandene må tåle feilbruk, for eksempel ved feiltasting. Individuelt tilrettelagt opplæring er nødvendig, og opplæring må gjøres med flere

repetisjoner. I tillegg må selve utformingen av gjenstanden og funksjonene være så selvforklarende som overhode mulig. Måten informasjon formidles på må være tilpasset den enkelte bruker. Intervjuene viser at både skriftlig og verbal informasjon oppleves svært forstyrrende dersom brukeren ikke forstår den informasjonen som gis eller ikke forstår hensikten med den informasjonen som gis. Skriftlig informasjon må være kortfattet, forståelig og relevant for den enkeltes bruk og behov. Informasjon må gis både skriftlig og muntlig, og sammen med praktisk demonstrasjon og veiledning.

I tillegg til individuelt tilpasset opplæring er det nødvendig med aktiv oppfølging av brukeren i en innkjøringsperiode. Man må regne med at innkjøringsperioden for eldre brukere kan være lengre enn for yngre brukere. Eldre mennesker kan ha problemer med å huske detaljer i nye instruksjoner uten at de nødvendigvis har kognitiv svikt. Eldre kan være redde for å virke "masete". Derfor kan man ikke forutsette at de etterspør mer informasjon og opplæring hvis de etter en tid har glemt hvordan teknologien fungerer.

Dersom teknologien skal brukes, må den oppleves nyttig. For at teknologien skal oppleves nyttig må den være tilpasset den eldres vaner og hverdagslige gjøremål. Plasseringen i boligen må "ta hjemmet på alvor". Eldre mennesker oppholder seg mye hjemme. De har møbler og inventar som det knytter seg mange minner og følelser til. Teknologien må plasseres i boligen på en slik måte at beboeren ikke synes den ødelegger hjemmet deres. Gjenstander som oppleves stygge, malplassert eller som ødelegger utsikten, virker irriterende og vil bli tatt vekk.

Det må være utarbeidet en konkret plan for hvem som skal ha ansvar for service og vedlikehold, hvilke oppgaver som faller inn under dette og hva slags kvalitetskrav som skal knyttes til dette. Kvalitetskravene må omfatte hva som skal følges opp når det gjelder selve teknologien, og også hvordan man forholder seg til og følger opp beboeren, for eksempel hvem som skal ta kontakt, hvordan det skal tas kontakt, hva som er akseptabel ventetid, hvem som skal være kontaktperson for brukeren, og hvordan pårørende skal involveres og følges opp.

Referanser

CARSWELL, W., MCCULLAGH, P. J., AUGUSTO, J. C., MARTIN, S., MULVENNA, M. D., ZHENG, H., WANG, H. Y., WALLACE, J. G., MCSORLEY, K., TAYLOR, B. & JEFFERS, W. P. 2009. A review of the role of assistive technology for people with dementia in the hours of darkness. *Technol Health Care*, 17, 281-304.

ENGSTROM, M., LINDQVIST, R., LJUNGGREN, B. & CARLSSON, M. 2009. Staff members' perceptions of a ICT support package in dementia care during the process of implementation. *J Nurs Manag*, 17, 781-9.

FAUCOUNAU, V., RIGUET, M., ORVOEN, G., LACOMBE, A., RIALLE, V., EXTRA, J. & RIGAUD, A. S. 2009. Electronic tracking system and wandering in Alzheimer's disease: a case study. *Ann Phys Rehabil Med*, 52, 579-87.

HOFMANN, B. 2010. Etske utfordringer med velferdsteknologi. In: HELSETJENESTEN, N. K. F. (ed.). Oslo.

Norut Rapport 5/2009. Ny teknologi i pleie og omsorg: en kost-nytteanalyse av smarthusteknologi og videokonsultasjoner.

SAVENSTEDT, S., BRULIN, C. & SANDMAN, P. O. 2003. Family members' narrated experiences of communicating via video-phone with patients with dementia staying at a nursing home. *J Telemed Telecare*, 9, 216-20.

WELSH, S., HASSIOTIS, A., O'MAHONEY, G. & DEAHL, M. 2003. Big brother is watching you--the ethical implications of electronic surveillance measures in the elderly with dementia and in adults with learning difficulties. *Aging Ment Health*, 7, 372-5.

SVAGÅRD, I., AUSEN, D., GRUT, L., STANDAL, K., BERGENE, Å. & HUSEBØ, I. 2012. Trygghetspakken – behovskartlegging og erfaringer. Innomed-rapport

Vedlegg. Tabell med grunnlagsdata fra Kostra. 2009 – 2011 (foreløpige tall)

	2009	2010	2011
Avskrivninger, institusjon	21613	22742	22247
Avskrivninger, hjemmebaserte tjenester	7265	8349	8404
Brukerbetaling for praktisk bistand	14832	15857	10835
Brukerbetaling, institusjon	130559	140643	151957
Brutto investeringsutgifter, pleie- og omsorgstjenesten	70300	19003	49266
Korrigerte brutto driftsutgifter, pleie og omsorg	1660664	1772713	1875691
Korrigerte brutto driftsutgifter til aktivisering	97137	102236	115262
Korrigerte brutto driftsutgifter, pleie i institusjon	732923	756697	777155
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon	820496	841668	860096
Korrigerte brutto driftsutgifter for hjemmetjenester f254	743031	828809	900333
Korrigerte brutto driftsutgifter, drift av institusjon	87573	84971	82941
Brutto driftsutg., pleie og omsorg	1828996	1942441	2036404
Brutto driftsutg., hjemmetjenester, f254	839869	922630	984950
Brutto driftsutg., institusjon, f253+261	888637	914697	934253
Lønnsutgifter, pleie og omsorg	1353957	1489818	1587779
Lønnsutgifter til aktivisering	69512	76318	83838
Lønnsutgifter, pleie i institusjoner	621883	659242	677642
Lønnsutgifter i institusjoner	621883	659242	677642
Lønnsutgifter i hjemmetjenesten	662562	754258	826299
Lønnsutgifter, drift av institusjon	0	0	0
MVA-refusjon drift, pleie og omsorg	30634	29304	:
MVA-refusjon investering, pleie og omsorg	12631	3091	:
Netto driftsutgifter pleie og omsorg (f234+253+254+261)	1538616	1632426	1689620
Netto driftsutgifter til pleie- og omsorg - Institusjoner (f253+261)	708449	735858	742913
Netto driftsutgifter til pleie og omsorg i institusjoner (f253)	627876	650899	659972

	2009	2010	2011
Netto driftsutgifter, tjenester til hjemmeboende brukere (f254)	749402	809269	852878
Netto driftsutgifter i alt	4227426	4383365	5154286
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester	4583	4548	4604
Mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, kommunekasse	4517	4477	4535
Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 0-66 år	1492	1488	1502
Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 67-79 år	627	604	623
Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 80 år og over	2412	2410	2444
Mottakere av hjemmetjenester 0-66 år	1415	1407	1417
Mottakere av hjemmetjenester 67-79 år	496	486	503
Mottakere av hjemmetjenester 67 år og over	2157	2131	2177
Mottakere av hjemmetjenester 80 år og over	1661	1645	1674
Mottakere av hjemmetjenester i alt	3572	3538	3594
Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål i alt	:	672	671
Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål under 67 år	:	347	318
Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 67-79 år	:	77	81
Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 80 år og over	:	248	272
Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning	608	629	673
Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning 67 år og over	330	313	342
Beboere i institusjon i alt	992	1018	1030
Beboere i institusjon 18-66 år	77	80	77
Beboere i institusjon under 67 år	106	131	136
Beboere i institusjon 67-79 år	132	119	120
Beboere i institusjon 80 år og over	754	768	774
Institusjonsbeboere på tidsbegrenset opphold	215	244	242
Institusjonsbeboere på langtidsopphold	777	774	788
Sykehjemsbeboere	946	946	953
Mottakere av avlastning	305	313	324
Mottakere av støttekontakt	459	491	505
Pleietrengende med pårørende som mottok omsorgslønn pr. 31.12	189	201	196

	2009	2010	2011
Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse BPA	85	85	84
Mottakere av matombringning	:	:	:
Mottakere av trygghetsalarm	1731	1721	1703
Omsorgsboliger i alt	401	401	401
Omsorgsboliger som er kommunalt eide	337	337	337
System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten	1	1	1
Plasser i skjermet enhet for personer med demens	117	115	136
Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon	87	88	90
Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon	203	216	224
Plasser i institusjoner, korrigert for utleie	975	975	975
Plasser i institusjon inkl. barne-/avlastningsbolig, korr. for utleie	1011	1010	1010
Plasser i sykehjem, korrigert for utleie	973	973	973
Plasser i aldershjem, korrigert for utleie	2	2	2
Plasser i barneboliger, korrigert for utleie	17	16	16
Plasser i avlastningsinstitusjoner, korrigert for utleie	19	19	19
Plasser i boform med heldøgns omsorg, korrigert for utleie	:	:	:
Kommunale plasser i institusjoner	909	904	906
Kommunale sykehjemsplasser	909	904	906
Kommunale plasser i barnebolig i kommunen	17	16	:
Kommunale plasser i avlastningsinst. i kommunen	19	19	:
Kommunale plasser i institusjon i alt, inkl. barnebolig/avlastn.inst., kommunek	945	939	941
Plasser i institusjon lokalisert i kommunen	966	961	963
Plasser i barnebolig lokalisert i kommunen	17	16	16
Plasser i avlastningsinst. lokalisert i kommunen	19	19	19
Rom i institusjon	909	943	951
Rom for en beboer i institusjoner	928	925	939
Brukertilpasset enerom med bad/wc	721	767	733
Rom i kommunale institusjoner	852	886	894
System for brukerundersøkelser i institusjon	1	1	1

	2009	2010	2011
Årsverk til aktivisering, f234, kommunekasse	149	153	159
Årsverk i alt , pleie og omsorg	2692,68	2649,23	2963,36
Kommunale årsverk i pleie og omsorg, kommunekasse	2555	2522	2836
Årsverk av personell med relevant fagutdanning	1567,3	1611,68	1713,4
Årsverk i brukerrettet tjeneste, f234+f253+f254	2512,78	2462,94	2772,66
Årsverk i brukerrettet tjeneste, f234+f253+f254, kommunalt	2384,93	2344,44	2651,71
Årsverk i brukerrettede tjenester av fagutdannet, f234+f253+f254	1567,3	1611,68	1713,4
Årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	750	766	811
Årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	817	846	903
Årsverk av leger i institusjon	8,93	8,87	9,19
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon	22,18	19,18	18,09
Psykiatrisk sykepleier, årsverk i pleie og omsorg	20,1	32,6	38,72
Geriatrisk sykepleier, årsverk i pleie og omsorg	27,34	26,99	30,85
Sykepleiere med annen spes./vd. utd., årsverk i pleie og omsorg	32,41	30,46	32,68
Andre sykepleiere, årsverk i pleie og omsorg	383,03	412,41	423,97
Vernepleier, årsverk i pleie og omsorg	112,17	117,66	126,08
Hjelpepleier, årsverk i pleie og omsorg	600,59	586,85	563,03
Ergoterapeut, årsverk i pleie og omsorg	35,14	34,82	40,39
Sosionom, årsverk i pleie og omsorg	27,93	24,19	22,47
Barnevernpedagog, årsverk i pleie og omsorg	15,36	12,63	11,5
Miljøterapeut og pedagog, årsverk i pleie og omsorg	102	93,66	105,92
Aktivitør, årsverk i pleie og omsorg	32,55	33,26	30,94
Omsorgsarbeider, årsverk i pleie og omsorg	68,02	69,13	62,99
Barne- og ungdomsarbeider, årsverk i pleie og omsorg	10,73	12,43	14,59
Pleiemedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj, årsverk i plei	908,73	802,02	997,56
Annet pleiepersonell m/helseutd., årsverk i pleie og omsorg	89,93	94,61	113,82
Servicefunksjoner, årsverk i pleie og omsorg	108,13	117,55	124,26
Administrativt personell (øk/adm), årsverk i pleie og omsorg	71,77	68,73	66,45
Uspesifiserte årsverk i pleie og omsorg	36,75	49,25	61,7

	2009	2010	2011
Legemeldt sykefravær i brukerrettede tjenester, kommunalt	222,29	219,44	190,49
Timer pr. uke av leger i institusjon. Funksjon 253	334,85	332,72	344,63
Timer pr. uke av fysioterapeuter i institusjon. Funksjon 253	798,48	690,6	651,17
Antall tjenestemottakere utenfor institusjon	4866	4817	5020
Alle tjenestemottakere	5216	5189	5294
Tjenestemottakere som mottar minst 2 hjemmetjenester	1134	1132	1133
Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, i alt	609	695	763
Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, 0-66 år	337	364	364
Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, 67-79 år	81	101	107
Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov 80 år og over	191	230	292
Tjenestemottakere med individuell plan	37	74	152
Tjenestemottakere med og uten individuell plan, eksklusiv beboere på langtidsop	116	189	334
Alle tjenestemottakere med noe/avgrenset bistandsbehov	1702	1537	1467
Alle tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov	1401	1483	1587
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand	6	6	5,5
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie	5,3	5,4	5,7
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, totalt	8,3	8,5	8,5
Antall institusjonsbeboere som har omfattende bistandsbehov	777	794	824
Antall institusjonsbeboere innskrevet på korttid som har omfattende bistandsbeh	106	124	128
Antall institusjonsbeboere innskrevet på langtid som har omfattende bistandsbeh	671	670	696
Aleneboende tjenestemottakere som mottar både hjemmetjenester og støttetjeneste	530	721	681
Antall tjenestemottakere utenfor institusjon som bor alene	1989	2338	2342
Mottakere av både hjemmetjenester og støttetjeneste	1067	1056	1031
Antall innbyggere 0-66 år	96699	98044	99282
Antall 67 år og over	14514	14745	15207
Antall 67-79 år	8900	8991	9393
Antall 80 år og over	5614	5754	5814
Folkemengde i alt	111213	112789	114489
Antall innbyggere 18 år og over	83499	84827	86463

Tabell 6.1. Brukere av alle tjenester. Alder. 2007-2010*

	2010*			2009	2008	2007
	I alt	0-66 år	67 år og eldre			
Praktisk bistand: Daglige gjøremål	93981	22232	71749	95537	93266	91979
Praktisk bistand - opplæring: Daglige gjøremål	16635	14051	2584	15642	14079	12787
Praktisk bistand: Brukerstyrt personlig assistent (BPA)	2669	2437	232	2540	2278	2012
Dagsenter	18857	8332	10525	18626	15985	14328
Matombringing	21218	3812	17406	20035	22095	20927
Trygghetsalarm	73048	5682	67366	73471	71759	69544
Avlastning - utenfor institusjon	8122	7962	160	8044	7569	7111
Avlastning - i institusjon	2344	1761	583	2525	2024	1978
Støttekontakt	28972	24157	4814	28154	25676	23797
Omsorgslønn	9149	7446	1703	9179	8668	7968
Omsorgsbolig	28153	10227	17926	:	31788	30284
Annen bolig	14782	7048	7734	:	22562	20859
Hjemmesykepleie	130119	49423	80696	129160	121586	115055
Rehabilitering utenfor institusjon	13749	7871	5878	15160	18566	18247
Dagopphold	4472	393	4079	4446	4710	4758
Tidsbegrenset opphold i institusjon - utredning/behandling	2479	226	2253	2433	2101	1907
Tidsbegrenset opphold i institusjon – rehabilitering	1486	223	1263	1577	1201	1168
Tidsbegrenset opphold i institusjon – annet	2701	240	2461	3062	2503	2266
Langtidsopphold i institusjon	34447	2079	32368	34802	32549	34591



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no