



Hvilke erfaringer har helsepersonell og pårørende med bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen?

Velferdsteknologiens muligheter og sårbarheter.

Student: Hanne Krarup Møller Lerdahl.

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Masteroppgave

MAELDRE-412 Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre.

Antall ord: 20335

1.juni 2017

SAMMENDRAG

Velferdsteknologiens muligheter og sårbarheter byr på mange spennende utfordringer innenfor demens og teknologi. Omsorgssektoren har i flere år kjent til trygghetsalarm, komfyrvakt, døralarmer ol. Medio 2010 ble teknologi til eldre utvidet ved at det ble introdusert GPS til personer med kognitiv svikt. For ved å feste en GPS på en person med demens så ville ansatte på institusjoner og pårørende til en hver tid vite hvor personene befant seg.

Formålet med denne Masteroppgaven ble å undersøke om forventningene til at teknologi ville ordne alt, samsvarte med pårørendes og ansattes erfaringer.

Til denne oppgave ble det anvendt fem gjennomgående nøkkelbegreper: Velferdsteknologi, Pårørende, Forventninger, Erfaringer og Demens.

Omsorgstjenesten i Oppegård kommune i Akershus hadde gjennom sine prosjekter samlet en del erfaringene om velferdsteknologi og kognitiv svikt. De ønsket at deres erfaringer kunne belyses grundigere sammen med annen forskning, gjerne i en masterstudie.

Det ble valgt en kvalitativ metode der informanter fortalte om sine erfaringer knyttet til teknologi og hverdagsomsorg til personer med demens. Det ble også benyttet feltarbeid på flere arenaer som omhandlet velferdsteknologi og demens for og blant annet å ta del i pårørendes erfaringer.

Det empiriske materiale antydte ganske tidlig at erfaringene med velferdsteknologi ikke var forenelige med forventningene til for eksempel *bare sett på en GPS*, så ser vi hvor han er. Skulle velferdsteknologi fungere bør mange personer involveres da personen med demens er ekstra sårbar og avhengig av et omsorgskollektiv med gode hjelpere som holder hverdagen i gang.

TITTELSIDE

SAMMENDRAG

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD

1. INNLEDNINGEN	Side 8
1.1 Bakgrunn for studien	Side 8
1.2 Presentasjon av problemstilling	Side 8-9
1.3 Myndighetens forventninger	Side 9
1.3.1 Myndighetens utfordringer	Side 9-10
1.4 Velferdsteknologi i Oppegård kommune	Side 10-13
1.5 Pårørende	Side 13
1.6 Demens	Side 13
1.7 Deltakerne i oppgaven	Side 13
1.8 Oppgavens struktur	Side 14
2. RELEVANT LITTERATUR	Side 15
2.1 Myndighetens forventninger til den kommunal eldreomsorgen	Side 15-16
2.2 Velferdsteknologi	Side 16-18
2.3 Demens	Side 18-19
2.4 Pårørende	Side 19-20
2.5 Sykepleieteori og erfaringsbaserte kunnskaper	Side 20-21
2.6 Tidligere forskning	Side 21
2.7 Oppsummering	Side 22

3 METODE	Side 23-24
3.1 Metode litteratur	Side 24
3.2 Intervjuene	Side 25-26
3.2.1 Informantene	Side 26
3.2.2 Gjennomføring av intervjuene	Side 26-27
3.2.3 Intervjukontekst	Side 27
3.3 Feltarbeid	Side 27-28
3.3.1 Pårørendeskolen	Side 28-29
3.3.2 Forskers rolle i pårørendegruppen	Side 29
3.3.3 Demensforum	Side 30
3.3.4 Leverandørkonferansen	Side 30-31
3.3.5 Utstyersrommet i Kolben	Side 31
3.3.6 Almas hus	Side 32
3.4 Analysen	Side 32
3.4.1 Sortering/koding av dataene	Side 33
3.5 Forforståelse, forskningsetikk og etiskrefleksjon	Side 34
3.5.1 Forskningsetikk	Side 34-35
3.5.2 Etiskrefleksjon og taushetsplikt	Side 35-36
3.6 Metode kritikk	Side 36-37

4 FUNNENE	Side 38
4.1 Omsorgtjenestens velferdsteknologiske prosjekter	Side 38
4.2 Pårørendes erfaringer	Side 39-40
4.3 Erfaringer og forventninger hos ansatte	Side 40-42
5 MULIGHETER OG SÅRBARHETER	Side 43
5.1 Velferdsteknologi	Side 43
5.1.1 Hva er velferdsteknologi	Side 44
5.1.2 Informasjon om velferdsteknologi	Side 45-46
5.1.3 Kostnader ved velferdsteknologi	Side 46-47
5.1.4 Informasjon og opplæring om velferdsteknologi for ansatte	Side 47-48
5.2 Pårørendes erfaringer i hverdagen sammen med personer med demens	Side 49-50
5.2.1 Pårørendes erfaringer med automatisk kalender	Side 50-51
5.2.2 En pårørendes erfaring med GPS	Side 51-52
5.2.3 Pårørendes erfaringer med komfyrvakt	Side 53-55
5.2.4 Pårørendes bekymringer	Side 55-57
5.3 Helsepersonells erfaringer	Side 57-58
5.3.1 Erfaringer med automatisk kalender	Side 58-59
5.3.2 Erfaringer med GPS og døralarmer	Side 59-60
5.3.3 Helsepersonells erfaringer med trygghetsalarm	Side 60-63
5.4 Velferdsteknologi og demens fremover i Oppegård kommune	Side 63-65
5.4.1 Fremtidens muligheter og sårbarheter	Side 65-66
5.5 Ethiske refleksjoner	Side 66-68

6 KONKLUSJON

Side 69

6.1 Mirakler til alle

Side 69-70

Litteraturliste

Vedlegg 1. Tilbakemelding fra NSD

Vedlegg 2. Informantinformasjon og samtykkeerklæring.

Vedlegg 3. Intervjuguiden.

FORORD.

Arbeidet med denne masteroppgaven har brakt meg tett innpå et spennende fagfelt. Jeg er en praktisk person og vil at teknologi skal virke slik det er tenkt og gjerne slik bruksanvisningen beskriver. Gjennom innsamling av materiale til denne oppgaven har jeg møtt mennesker som har erfart at teknologi ikke fungerte selv om det praktiske var ivaretatt og alt så tilsynelatende greit ut. Disse pårørende, pasienter, frivillige, naboer, ansatte og ledere fortjener ros for den innsatsen de gjør i hverdagen.

Tusen takk til ansatte og pårørende som har delt sine erfaringer og historier med meg gjennom intervjuer og samtaler.

Tusen takk til veileder Hilde Thygesen som har fulgt arbeidet.

Stor takk også til husband Arne som har lest, rettet og ordnet med lange til dels uforståelige setninger skrevet av en ivrig student.

Årnes 1. juni 2017 Hanne Møller Lerdahl.

1 INNLEDNINGEN

En informant fortalte at kommunen hadde gått til anskaffelse av elektroniske kalendere som personer med demens kunne få til hjemmebruk. En slik kalender viser dag og tid i et tydelig display. Kalenderne viste at det var natt frem til klokken åtte om morgenen. Flere hjemmeboende pasienter ble forvirret av dette, de våknet tidlig og så på kalenderen der det var natt og la seg til å sove igjen. Når de så våknet utpå formiddagen hadde de ikke spist eller kledd på seg og noen var tydelig døgnville.

1.1 Bakgrunn for studien

Historien over gir et innblikk i forventninger og erfaringer med teknologi til personer med demens. Teknologien er tenkt til å gi pårørende og brukere større frihet, trygghet og sikkerhet, slik at de kan bo hjemme lengre (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hvordan skal vi få til det og hvem er involvert? Det er ikke nødvendigvis slik at det er teknikkens feil at velferdsteknologi ikke fungerer, men det er noen av mulighetene og sårbarhetene i kombinasjonen tekniske hjelpemidler og personen med demens. En grunn kan være at befolkningen i Norge blir eldre og spesielt kvinner som tradisjonelt har vært de fremste omsorgspersonene. Levealderen for kvinner har steget med fem til seks år på tiden fra 1950 til 2000 (Schiøtz 2003). En slik utvikling medfører at pårørende og pasienter har relativ høy alder, samtidig er det ønsket at både de som blir syke og pårørende skal bo hjemme lengst mulig, være *lengre i eget liv*.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Omsorgstjenesten i Oppegård kommune kontaktet Diakonhjemmet Høgskolen angående et masterprosjekt som kunne forske på pårørendes erfaringer ved bruk av velferdsteknologi til personer med demens. Kontaktpersonene i Oppegård kommune hadde ønske om at studien skulle inneholde erfaringer, pårørende og velferdsteknologi. Det var utfordrende å komme frem til en god problemstilling som ikke var for omfattende, men som involverte alle begrepene. Problemstillingen kan formes som et spørsmål det er mulig å undersøke og finne noen svar på (Dalland 2007, Thagaard 2013). Ved å kombinere Oppegårds ønsker med temaene i dette masterstudiet ble følgende problemstilling valgt.

Hvilke erfaringer har helsepersonell og pårørende med bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen?

Arbeidstittel :

Velferdsteknologiens muligheter og sårbarheter.

En annen arbeidstittel kunne vært:

«Mirakler til alle»

Arbeidstittelen *Mirakler til alle* vokste frem ved gjennomgang av offentlige dokumenter og feltarbeid som innimellom beskrev store forventninger til at velferdsteknologi nærmest ved mirakelløst vis kunne bedre hverdagen. Velferdsteknologi kan bidra til økt egenmestring, samfunnsdeltagelse og livskvalitet (Helsedirektoratet 2012). Velferdsteknologi kan lette omsorgen i hverdagen gjennom større trygghet og avlastning for pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Slike beskrivelser kan gi store forventninger til hva teknologien kan bidra med. Leverandører av ulike tekniske innretninger krediterte også mulighetene med velferdsteknologi ved å fremheve at deres tekniske installasjoner nesten utrettet mirakler.

1.3 Myndighetens forventninger

Helse- og omsorgsminister Bent Høie roser kommunene i landet for positive holdning til velferdsteknologi og han presiserer at teknologien kan gi flere eldre økt livskvalitet og mer selvstendighet i egen hverdag og han minner om at teknologien er en ekstra ressurs som virker sammen med personlig omsorg og ikke erstatter menneskelig kontakt (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Det forventes at pårørende stiller opp så mye som mulig, flere pårørende er eldre selv og kan oppleve myndighetens forventninger som belastende.

1.3.1 Myndighetens utfordringer

Endringer i demografisk utvikling medfører at det blir flere eldre i samfunnet. Det kan ha sammenheng med bedre levekår og optimal medisinsk behandling. Eldre har samlet større ressurser i form av kunnskaper og økonomiske midler enn tidligere (St.meld.nr 25 (2005-

2006)). Økt andelen eldre i samfunnet, medfører også flere utfordringer knyttet til sykdommer hos eldre. Flere eldre enn tidligere får demens eller kognitiv svikt. Beregninger anslår at det er cirka 10.000 personer som får demens i Norge hvert år (Engedal og Haugen 2009). Disse vil etter hvert trenge bistand og omsorg fra familie, venner, frivillige, hjemmetjenesten og på sikt en institusjonsplass. Det er ønskelig både fra de eldre og myndighetene at eldre bor hjemme i eget hjem så lenge som mulig.

Myndigheten har utarbeidet føringer og mål for at eldre skal få bo hjemme så lenge de ønsker. Et gjennomgående mål er at hver enkelt opplever trygghet i egen hverdag, målet kan nås ved å implementere velferdsteknologi som et tillegg til det ordinære omsorgstilbud i kommunen (Meld. St. 29 (2012-2013)). Regjeringens mål inneholder noen utfordringer. Da hverken velferdsteknologi eller annen omsorg fungerer av seg selv, men er avhengig av aktører som bidrar og utvikler et omsorgskollektiv/nettverket rundt den hjemmeboende (Moser og Thygesen 2013, Solheim 1996, Helsedirektoratet 2015).

Det må dannes et nettverk rundt personen med demens. Deltagerne i et slikt omsorgskollektiv kan være pårørende, hjemmetjenesten, medhjelpere i bofellesskap, personale på institusjoner, ergoterapeuter, vaktmester, IKT ansvarlig, frivillige, naboer, NAV, hjelpemiddelsentralen og kundebehandler hos forhandlere som selger velferdsteknologi. Noen av disse relasjonene er nye, mens andre er innarbeidet og ved å samordne dette kan flere løsninger fremstå (Meld. St. 29 (2012-2013)). Gjennom felles innsats håper man at personen med demens vil oppleve en forutsigbar og trygg hverdag, mulighet for å bo hjemme lengre og ha anker i sitt eget liv.

1.4 Velferdsteknologi i Oppegård kommune

Oppegård kommune grenser til Oslo, kommunen har cirka 27000 innbyggere. Oppegård jobber aktivt med de forventninger myndighetene legger til grunn for kommunens omsorgsarbeid. Oppegård ønsker å fremstå som en inkluderende kommune som vil innbyggerens beste der pårørende og brukere er godt ivaretatt.

Kommunens visjon er: *Effektiv og trivelig – med innbyggeren i sentrum* (Strategiplan 2006).

Oppegård kommunen hadde innenfor kommuneplanen en Strategiplan for pleie-omsorg – og rehabiliteringstjenester for perioden 2006-2016. Strategiplanen bygget blant annet på at Oppegård kommune har en svak vekst i antall eldre innbyggere og de hadde også estimert en

økning i antall personer med demens med ca. 22% i plan perioden 2006-2016 (Strategiplan 2006).

Oppegård kommunes vekst i befolkningen kan ha flere grunner utover høyere levealder og bedre helse for befolkningen generelt. Kommunens nærhet til Oslo kan medføre tilflytting grunnet kort pendlevei, som igjen kan føre til større andel eldre innbyggere om noen år. Det anbefales at helse- og omsorgstjenestene tar høyde for at også demens vil gi store utfordringer i årene som kommer (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Med bakgrunn i økt behov for helsetjenester i kommunen hadde Oppegård føringer for opplæring og utvikling for å imøtekomme dagens behov og fremtidens forventninger om at eldre kan bo hjemme lengre (Strategiplanen 2006). Omsorgstjenesten i Oppegård kommune hadde i likhet med andre kommuner utviklet prosjekter i tråd med forventningene i « Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014-2020» (Helsedirektoratet 2015). Dette var prosjekter der Oppegård kommune ønsket å følge nasjonale forventninger for innføring av ny teknologi eller det som også omtales som velferdsteknologiske løsninger. Norsk offentlig utredning, NOU 2011:11. «Innovasjon i omsorg» fremhever samarbeid og samhandling mellom det offentlige og de private omsorgsutøverne som et tiltak i implementeringen av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Omsorgssamarbeid kan bidra til at hver enkelt får mulighet til å bo i egen bolig, være sammen med andre og oppleve en meningsfylt hverdag (ibid.).

Omsorgstjenesten i Oppegård kommune hadde anvendt erfaringsbaserte prosjekter for å belyse at det ikke bare dreiet seg om tekniske løsninger til enkelte, men også et behov for menneskelige ressurser som håndterer tjenesten (Arbeidsgruppa Oppegård 2013). Arbeidsgruppa hadde gjennom sine prosjekter belyst de kommunale forventningene og erfaringer innenfor bruken av GPS, døralarmer og trygghetsalarmer.

De hadde innhentet ny informasjon, gjennomført flere prosjekter og utarbeidet rapporter knyttet til erfaringer med velferdsteknologi. De hadde prosjektet *Morgendagens Omsorg et forprosjekt i velferdsteknologi* med overskriften *lengre i eget liv*. Helsepersonell hadde deltatt i arbeidet og de hadde diskutert teknologiske utfordringer, etikk og økonomi som utfordringer for pasienter, ansatte og pårørende. (Oppegård 2013). En faggruppe hadde jobbet med et annet prosjekt. *For sikring av vandrere på sykehjem i Oppegård kommune*. Der de i praksis hadde kartlagt døralarmer som velferdsteknologi til personer med demens (Oppegård 2014).

I juli 2013 sluttførte de prosjektene med en rapport: *Velferdsteknologi-arbeidsgruppas anbefalinger* (Arbeidsgruppa Oppegård 2013).

Oppegård kommune ønsket å belyse ytterligere hvordan velferdsteknologi kunne bidra til at pårørende og personer med demens kunne bo hjemme lengre. Omsorgstjenesten i Oppegård kommune tilbød i 2015 noe teknologi til eldre, de planla å utvide slik at tilbudet om velferdsteknologi samlet inneholdt trygghetsalarm, komfyrvakt, GPS, døralarmer og elektroniske bordkalendere.

Personer med demens har nedsatt hukommelse og har problemer med å lære nye ting, men flere har glede av å fortsette i hverdagen slik de er vant med. Eldre har lenge hatt nytte av komfyrvakt og trygghetsalarmer, men hva skjer når mer teknologi tas i bruk? (Alvsvåg 2015). Oppegård kommune brukte hverdagsrehabilitering der pasienter ble trent på å opprettholde for eksempel balanse og tilberede enkle måltider. Målene for hverdagsrehabiliteringer omfatter både individet og samfunnet med intensjon om å utnytte de ressurser og muligheter som er tilgjengelig (Meld.St.29(2012-2013)). Velferdsteknologi kan være et hjelpemiddel for disse pasientene. De som ønsker å lage seg middag kan ha et komfyrur som stenger strømmen etter en tid og noen kan bruke GPS slik at de kan fortsette å gå tur. Forutsetningen for at det skal fungere er at pasienten ikke har kommet for langt i sitt sykdomsforløp (Helsedirektoratet 2015).

Omsorgssektoren i Oppegård kommune bygget sine forventninger til velferdsteknologi på stortingsmeldinger, planer og rapporter angående nåværende og fremtidige helse- og omsorgstjenester. Prosjektet som de kalte «*Morgendagens omsorg-lengre i eget liv*» hadde forankring i Meld. St. 29 «Morgendagens omsorg». Stortingsmeldingen beskriver muligheter som helse- og omsorgssektoren kan anvende for at brukere kan bo hjemme lengre tross helseutfordringer (Meld. St. 29 (2012-2013)) Det samme gjør NOU 2011-11. «Innovasjon i omsorg» (Helse og omsorgsdepartementet 2011). Det nevnes også omsorg for pårørende som endel av en moderne pårørendepolitikk (Meld. St. 29 (2012-2013)). Disse momentene fremmes ytterligere i Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Sykehjemmet i Oppegård som hadde erfaring med GPS, hadde også hatt forskning på kompensasjon- og velvære teknologi. Som en del av et større prosjekt angående effekten av robotselen Paro hos personer med demens på sykehjem (Jøranson 2015). I prosjektet ble det blant annet forsket på om velværeteknologi var egnet for å dempe aggresjon og stress hos pasienter med demens. Flere ansatte hadde sammen med pasienter deltatt i prosjektet med

Paro. Prosjektet analyseres ikke nærmere i denne oppgaven, men omtales som et eksempel på hva omsorgstjenesten var kjent med av velferdsteknologi.

I denne oppgaven er dokumentasjon fra strategiplan og rapportene fra prosjektene i omsorgstjenesten i Oppegård kommune ikke metode analysert nærmere, men anvendt for å belyse problemstillingen.

1.5 Pårørende

Pårørende til personer med demens kan grovt deles i to grupper. De som bor sammen med pasienten eller i nærheten og har kontakt i hverdagen. Og de som ikke bor helt i nærheten, men tar ansvaret for at pasienten får den omsorgen de trenger (Smebye 2008). Begge gruppene pårørende yter mye for sine nærmeste og opplever flere utfordringer i hverdagen.

1.6 Demens

Demens er en alvorlig sykdom som medfører kognitiv svikt og nedsatt hukommelse, omtrent femti prosent av personene med demens bor hjemme, resterende bor i omsorgsbolig/institusjon (Rokstad 2008). Beregninger fra 2008 tilsier at det var cirka 71 000 personer med demens mellom 45 og 90+ år (Engedal og Haugen 2009). Tallene varierer noe og tall fra SSB i 2010 anslår at det er omtrent 69 000 som har demens i Norge og at tallet er stigende (Kunnskapssenteret 2011). En slik utvikling medfører at mange pårørende og personer med demens lever med de utfordringene sykdommen medfører i hverdagen.

1.7 Deltagerne i oppgaven

Informantene som ble intervjuet var høyskoleutdannet helsepersonell fra omsorgstjenesten i Oppegård kommune. Pårørende var deltagere på pårørendeskolen i Follo-regionen med nære relasjoner til personer med demens.

Pasienter/ brukerne i denne oppgaven er i utgangspunktet alle som mottar helsehjelp/ omsorgstjenester fra det offentlige.

1.8 Oppgavens struktur

Oppgaven deles inn i seks kapitler med tilhørende litteraturliste og vedlegg som inneholder tilbakemelding fra NSD- Norsk senter for forskningsdata, informantinformasjon, samtykke skjema og intervjuguide. Oppgaven har ikke et eget kapittel om avgrensninger da det ville blitt en oppramsing av alt som kunne vært med. Hvis det er hensiktsmessig redegjøres det for avgrensningene der det er naturlig.

Kapitel 1 inneholder Bakgrunn for studien, bakgrunnsinformasjon fra Oppegård kommune, presentasjon av problemstilling og kort om sentrale begreper i teksten. Kapittel 2 tar for seg Relevant litteratur, herunder også forskning og offentlige dokumenter som stortingsmeldinger og andre utredninger. Kapittel 3 Inneholder Metode for innhenting av informasjon, fremgangsmåte for analyse og arbeidet underveis. I kapittel 4 Presenteres noen av funnene fra denne forskning. Kapittel 5 inneholder Drøfting av funn, empiri og teori. Kapittel 6 inneholder Konklusjon. Etterfulgt av litteraturliste og vedleggene.

2 RELEVANT LITTERATUR

Bakgrunnsmateriale var nødvendig for å belyse problemstillingen i denne Masteroppgaven i Helse- og sosialfaglige tjenester til eldre. Det var behov for relevant innspill gjennom faglitteratur, aktuelle rapporter, stortingsmeldinger og forskning.

Litteratursøket til denne oppgaven ble konsentrert rundt Nøkkelbegrepene/ Hovedtemaene : Velferdsteknologi, erfaringer, forventninger, pårørende og demens. Begrepene ble anvendt både enkeltvis og sammensatt. Gjennom søkene i Bibsys, Scholar, Diva, Googel, Sintef, Nasjonalt kompetanse senter for Aldring og helse, Helsedirektoratet og noen andre kom det frem mye litteratur om de aktuelle temaene. Utfordringen lå i å avgrense og spesifisere søkene.

Velferdsteknologi til personer med demens vil bli belyst med stortingsmeldinger, offentlige rapporter, litteratur og forskning rettet mot eldre og velferdsteknologi, samt samhandling med pårørende og etiske avveininger. Gjennom litteratursøkene og tilfeldigheter i hverdagen har det dukket opp artikler og prosjekter knyttet til andre kommuners forarbeid og/eller utarbeidelse av en plattform for implementering av velferdsteknologi. Denne oppgaven vil ikke gå nærmere inn på andre prosjekter som var under arbeid, men forholde seg til avsluttede rapporter, forskningsoppgaver og lignende.

2.1 Myndighetens forventninger til den kommunal eldreomsorgen

Eldreomsorgen i Norge er i stadig utvikling og myndigheten utarbeider planer og igangsetter prosjekter knyttet til hvordan de ønsker at kommunene skal ivareta de eldre og deres omsorgspersoner. En av disse er stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* som har et eget kapittel: Velferdsteknologi- en ny ressurs. Teksten innledes med «Velferdsteknologi handler ikke om teknologi- men om mennesker» (Meld. St. 29 (2012-2013:109)). Meldingen har som intensjon å belyse mulighetene for bedret felles innsatts til syke og andre som trenger profesjonell bistand, familieomsorg og hjelp fra frivillige (ibid.).

De seinere årene har Demensplan 2015 «*Den gode dagen*» bidratt med åpenhet og forståelse rundt demens og samfunnsutfordringen knyttet til hverdagen for pasienter og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Demensplan 2015 har sitt utspring i Rapport IS-1486 «Glemsk, men ikke glemt» (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Rapporten setter

søkelyset på at demens er en kronisk sykdom som ikke lar seg helbrede og etter hvert trenger den syke mye hjelp fra både pårørende og omsorgstjenesten og det vises til behovet for utredning, hjemmetjeneste, egnede boliger, tekniske hjelpemidler, tannhelse osv., (ibid.). Bakgrunnen for rapporten var Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) « Mestring, muligheter og mening- Framtidas omsorgsutfordringer-Omsorgsplan 2015». I meldingen diskuteres flere temaer i eldreomsorgen deriblant partnerskap med familie og samarbeid med frivillige, samt utfordringen som er knyttet til høyere alder og hvordan legge til rette for framtidens omsorgstjenester (ibid.).

En videreføring av dette arbeidet ble lagt frem i Demensplan 2020 «*Et mer demensvennlig samfunn*» (Helse og omsorgsdepartementet 2015). Demensplan 2020 ble utarbeidet i samarbeid med personer som har demens og nære omsorgspersonene (ibid.). Målet for planen er å forme et samfunn der personer med demens også deltar gjennom blant annet å styrke samarbeide med frivillige og andre som bidrar til god omsorg for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet 2015b). Demensplan 2020 belyser flere utfordringer, en av dem er hvordan implementere velferdsteknologi til pasienter med langtkommen demens? (ibid.). Denne problematikken løfter også helsedirektoratet frem og gav ut i 2016 to korte rapporter knyttet til Nasjonalt velferdsteknologiprogram. En av rapportene « Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger» inneholder forslag angående implementering av velferdsteknologi i kommunal regi, der varslings- og lokaliserings teknologi avgrenses til å omfatte personer med demens tidlig i sykdommen (Helsedirektoratet 2015). Rapporten har også fokus på kostnadsbesparelsene for kommunene ved å implementere velferdsteknologi i omsorgstilbud (ibid.).

Mye relevant teori beskrev nytteverdien av teknologi i omsorg, men etter hvert ble det også aktuelt å samle data om den underliggende teknikk som bidrar til at velferdsteknologi kan fungere. Helsedirektoratets fagrappport om *Implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og sosialtjenestene 2013-2030* (Helsedirektoratet 2012). Var en nyansert rapport som også hadde et vedlegg med produkter og skjema med forslag til løsninger. Slike skjematiske forklaringer kan bidra til at teknikken rundt velferdsteknologi blir mer forståelig.

2.2 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi blir beskrevet på forskjellige måter og med ulike betegnelser. Det kan være smarte løsninger, omsorgsteknologi, hverdagsteknologi, telemedisin og smarthusteknologi disse kan alle utgjøre enheter innenfor velferdsteknologi (Helsedirektoratet 2015). Andre

offentlige dokumenter har også begrepsdiskusjon. NOU 2011:11 nevner hjelpemidler, tekniske hjelpemidler og bare teknologi om det som etter hvert beskrives som velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Informantene i dette studiet brukte ofte begrepene hjelpemidler eller tekniske hjelpemidler når de snakket om forskjellig utstyr. Begrepet tekniske hjelpemidler er knyttet til utstyr fra NAV og er personlig tilpasset den enkelte bruker (Holthe 2015). I Melding til stortinget nr.29 «Morgendagens omsorg» finner man den offentlige definisjonen på velferdsteknologi.

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evner til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som 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» (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Nasjonalt velferdsteknologiprogram kom i 2015 med en begrepsliste der velferdsteknologi beskrives slik «Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren» (Helsedirektoratet 2015). Velferdsteknologi kan deles inn i flere teknologiområder. Trygghetsskapende teknologier, Mestringsteknologier, Utrednings- og behandlingsteknologier og Velværeteknologier (Helsedirektoratet 2015). Inndelingen av hovedkategoriene kan variere litt, andre dokumenter har en litt annen gruppeinndeling (Meld. St. 29 (2012-2013)). Dette utdypes ikke nærmere her.

Denne oppgaven tar i hovedsak for seg området trygghetsskapende teknologi. Det antas at personer med demens har mest glede av trygghetsskapende hjelpemidler som bidrar til trygghet og støtte for pasienter og pårørende (Holthe 2015). Trygghetsskapende tiltak kan være GPS, trygghetsalarm, døralarmer, automatisk brannvarsling osv., teknologi som kan bidra til at personer kan være *Lengre i eget liv*. Begrepet *Lengre i eget liv* bygger på større undersøkelse rundt hva som skal til for at mennesker kan bo hjemme og beholde det de anser som sitt eget liv. Det er rimelig å anta at idèen kommer fra Danmark, allerede i 2007 ble *Lengre i eget liv* og velferdsteknologi sentrale begrep i helsetjenesten i Danmark (Helsedirektoratet 2012).

Flere prosjekter ble igangsatt i Danmark, i hovedsak rettet mot eldre og mennesker med kroniske sykdommer. Prosjektene fokus var at omsorgen brukere mottok fra

hjemmetjenesten og andre vil være uforandret, men at de hadde velferdsteknologiske /omsorgstekniske hjelpemidler som tilleggs bistand. Danskene hadde også et mål om å spare inn på arbeidskraft og få en økonomisk gevinst (Dansk Sundhedsinstitut 2011). I Norge har arbeidet med innføring av velferdsteknologi vært ganske saktegående, det har blitt jobbet med smarthus teknologi og ulike digitale løsninger (Holthe og Sandberg 2016). Etter hvert ble det anbefalt at kommunene satset på felles velferdsteknologi program (Helsedirektoratet 2012). Det er et stort og komplisert arbeid som videreføres i 2016 ved å utvikle og samle erfaringer fra ulike modeller som var aktuelle siden oppstarten (Helsedirektoratet 2015).

2.3 Demens

Vi oppnår høyere alder i Norge og det blir flere utfordringer som eldre må takle (Daatland og Solem 2007). En av utfordringene med økt levealder er faren for flere aldersrelaterte sykdommer og en av den er demens. Diagnosen demens er en alvorlig diagnose å få. Da det er uvisst hvilken behandling eller virkning legemidler har på sykdommen (Drivdal 2008). Pasienter med demens vil ha effekt av tilrettelagte omgivelser og tilpasset miljøarbeid (ibid.). Det finnes flere typer demens som gir forskjellige sykdomsbilder, de fleste får demens av Alzheimers type (Engedal og Haugen 2009). Sykdommen kan beskrives slik :

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg over tid (Engedal og Haugen 2009:20).

Demens er en sykdom som rammer flest eldre, men den forekommer også helt ned i førti års alder, beregninger fra England anslår at 35% av personene med demens mellom 45-64 år har Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen 2009). Det vil utgjøre en stor forskjell i dagliglivets utfordringer hvilken alder personen har ved sykdommens start. Personer med tidlig debut, har kanskje yngre barn boende hjemme og er fremdeles i arbeid (Wogn- Henriksen 2008). Mens eldre som får demens noen ganger har andre aldersrelaterte sykdommer og partner på samme alder.

Personer med demens er mennesker som er rammet av en demens sykdom. Begrepet *Demente* anvendes ikke lengre i daglig tale da det er en gammeldags betegnelse som sa noe

om en diagnose på en gruppe mennesker og enkelt individer. For eksempel de demente eller hun har blitt dement (Engedal og Haugen 2009). I moderne kommunikasjon beskriver vi personen med sykdommene og ikke sykdommen som personen (Smebye 2008). Eksempler på slik retorikk kan være at vi sier, han fikk et hjerteinfarkt og mannen kalles ikke for infarkt.

Knut Engedal har sammen med andre forfattere bidratt til en større forståelse for demens de siste tiårene. Han kom med en ny bok i 2016 : *En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer* (Engedal 2016). En annen bok er *Lærebok demens. Fakta og utfordringer* (Engedal og Haugen 2009)., den er nærmest et oppslagsverk i demens som mange etter hvert kjenner til og boken finnes på flere arbeidsplasser i helsesektoren

2.4 Pårørende

Begrepet pårørende blir brukt om den nærmeste familie, for personer med demens vil det i praksis være ektefelle/samboer, søsken og barn. I noen tilfeller der yngre personer får demens kan også foreldre være pårørende eller det kan være andre i familien som står pasienten nær. Nærmeste pårørende kan også være verge, i noen tilfeller blir nærmeste pårørende, den personen som pasienten oppgir (Molven 2002). De seinere årene har tilflytningen til større byer og tettsteder økt, det kan medføre at flere eldre ikke har pårørende i nærheten fordi de selv eller pårørende har flyttet på seg. Det blir viktig å avklare hvem som er de nærmeste pårørende og hvem som er tilgjengelig i hverdagen. Pasienter uten pårørende kan ha stor nytte av et tett samarbeide med en fast primærkontakt (ibid.). Men det legges i første omgang opp til et samarbeide med pasienter og pårørende. For pårørende vil en demensdiagnose i nærrelasjon medføre nye erfaringer og samarbeide på andre måter.

Pårørende blir utsatt for store påkjenninger psykisk og fysisk. Pårørende til mennesker med demens står ofte i en svært krevende omsorgssituasjon over flere år. De som påtar seg tunge omsorgsoppgaver skal få tilbud om omfattende avlastning og faglig støtte (Helse- og omsorgsdepartementet 2007:20).

Pårørende til personer med demens får ofte utvidet omsorgsrolle fra den dagen en av deres nærmeste blir syk. Omsorgen er krevende både psykisk og fysisk og pårørende bruker mye tid på omsorgsarbeidet (Ulstein 2009). Det kan bli en diskusjon rundt hvem som er primær og hvem som er sekundærmottaker av omsorgstjenesten og hvem som trenger mest omsorg. Kunnskapssenteret belyser også denne problematikken og der betegnes primærtiltak til

pårørende og sekundær tiltak til pasienten (Kunnskapssentret 2011). I denne oppgaven er pasienten primærmottaker av tjenesten og pårørende er sekundærmottakere.

I boken *Pårørende til personer med demens* flettes hverdagshistoriene og erfaringene sammen for å forstå, involvere og støtte de pårørende (Jakobsen og Homelien 2011). Boken fremholder at pårørende har mest erfaring om sin pasient, pårørende og pasient bør behandles likt i samarbeidsrelasjoner med tjenestetilbudet (ibid.). I denne oppgaven bidrar boken til refleksjon i analysen.

Kirsti Solheim var engasjert av pårørendeskolen i Follo. Hun beskrev mange situasjoner som pårørende kjente til. Hun har arbeidet med personer med demens i flere tiår og fortalte om sine erfaringer som omsorgsperson både profesjonelt og privat. Hennes bok *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (Solheim 1996), er fremdeles like aktuell med innføring i hverdagsdemens også til denne oppgaven.

Heftet *Fra fortvilelse til forståelse* omhandler pårørendeskolen, pårørendegrupper og samarbeide mellom frivillige og kommunen (Hotvedt og Smebye 1999). Det var lagt frem på pårørendeskolen da de ønsket å gi pårørende skriftlige informasjon om de ulike emnene på skolen. Flere pårørende var innom bordet med informasjonen og viste interesse. Heftet omtaler flere temaer som også kan være aktuelt i danning av omsorgskollektiv.

En annen bok som kan bidra til større forståelse for demens er boken *Personer med demens. Møte og samhandling* (Rokstad og Smebye 2008). Innholdet i boken er samlet for å gi en bedre forståelse av hvordan en demenssykdom rammer den enkelte. Boken bygger på kommunikasjon, relasjoner og miljøarbeid (ibid.). Noe som var relevant for denne studien

2.5 Sykepleieteori og erfaringsbaserte kunnskaper

Det finns flere modeller for hvordan helsepersonell kan samle inn informasjon om pasienter. Sykepleier teoretiker Doris Carnevali beskriver en balansemodell som omfatter dagliglivets aktiviteter på den ene siden og pasientens helsetilstand på andre siden (Kirkevold 1992). Balansemodellen kan anvendes for å beskrive de krav og forventninger en person har til hverdagen og hvilke begrensninger for eksempel en demensdiagnose medfører. Carnevali fremhever at sykepleieren gjennom sine observasjoner også får et innblikk i pasientens omgivelser og de som deltar i omsorgen (Carnevali 1992). Hun fremhever pasientens ressurser

som helt nødvendig i hverdagen, i hennes balansemodell bør krav og ressurser veie likt (ibid.). Sykepleieteoretiker Doris Carnevali beskriver to sentrale elementer i pasienters hverdag «Dagliglivet og den funksjonelle helsetilstanden» (Kirkevold 1992). Der både pasientens muligheter og forventninger kartlegges sammen med ressurser utenfor pasienten (ibid.). Pasientene trenger mange ytre ressurser og i hennes oversikt nevnes blant annet helseteknologi, tilpasset bolig, personlige eller offentlige omsorgstjenester som samhandler med pasienten og pårørende, for å skaffe seg dette trenger pasientene tilstrekkelig kognitiv funksjon (Kirkevold 1992). Ved ubalanse har pasienten behov for bistand til å opprettholde sin funksjonsevne. En av de ytre ressurs som kan bidra til likevekt er tilgjengelige personer som pårørende, venner, frivillige og arbeidskamerater (ibid.). I denne teksten anvendes hennes teori for å understøtte dokumentasjon og dannelse av omsorgskollektiv.

2.6 Tidligere forskning

Det foreligger endel forskning på om velferdsteknologi kan bedre mulighetene for å bo lengre i egen bolig gjennom god pasientomsorg. Hilde Thygesen gjennomførte i 2009 studier i boliger for personer med demens som en del av sitt doktorgradsarbeid. Hennes hovedfokus var «Hva er god demensomsorg og hvordan oppnås den?» (Thygesen 2013). Thygesen rettet også blikket mot teknologien i omsorgen (ibid.). Hun har også sammen med andre forfattere forsket endel på tematikken velferdsteknologi og samfunnet (Thygesen 2015, Moser og Thygesen 2013). I boken *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (Tjora og Melby (red.) 2013). Tar Moser og Thygesen for seg temaene velferdsteknologi og teleomsorg, de belyser endringer, ansvar og aktører. Det oppsummeres med behovet for omsorg på nye måter og opprettelse eller utvidelse av omsorgskollektivet til pasienten. Temaene var aktuelle til denne oppgaven.

En annen forsker som har sett på velferdsteknologi i praksis er Torhild Holthe. I Boken *Mot-Håp-Tålmodighet. Yngre personer med demens og betydningen av hjelpemidler til kognitiv støtte i hverdagen* (Holthe 2015). Hennes forskning bygger på et oppdrag Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse fikk i 2009 som en del av demensplan 2015. Det ble utført et stort og omfattende forskningsarbeid med mange informanter, der gjennomsnittsalder for informantene med demens og deres pårørende var 60-65 år. Holthe beskriver noen av utfordringene rundt demens og velferdsteknologi. Boken er aktuell til denne oppgaven da den inneholder refleksjon og praktiske opplysninger om velferdsteknologi.

«Familiebasert omsorg på godt og vondt» er forskning på pårørendes opplevelse av omsorgsbyrden knyttet til hjemmeboende personer med demens (Sykepleien 2009). Hensikten med denne kvalitative studien var å øke forståelsen for pårørendes behov ved igangsettelse av tiltak til personer med demens. Informantene forteller om store variasjoner i organiseringen av familieomsorg. Noen beskriver at de nærmest er alene med ansvaret, mens andre fremhever at de deler omsorgen seg i mellom og samarbeider bra. Studien var relevant i refleksjonene i denne oppgaven.

Masteroppgaven til Trond Eirik Bergflødt : *Hvordan samarbeider hjemmesykepleien og pårørende til beste for personer med demens som bor hjemme?*(Bergflødt 2014). Og Ellen Normannseth og Kjersti Skavik sin forskning om: *Bruk av velferdsteknologi i kommunal helse- og omsorgssektor* (Normannseth og Skavik 2013). Forskningen belyser temaer som er aktuelle til denne oppgaven som pårørendeomsorg og hvordan være *lengre i eget liv*.

2.7 Oppsummering

Felles for noe av den valgte litteraturen var erfaringsbaserte historier og råd om samarbeid og ivaretagelse av pårørende og pasienter i demensomsorgen. Ved å fokusere på velferdsteknologi, demens, pårørende, forventninger og erfaringer var det stort sett overnevnte litteratur som ble anvendt i denne oppgaven.

Relevant litteratur knyttet til metode og etikk presenteres i metode kapittel.

3 METODE

I daglig tale kan det være utfordrende å ha klare skiller mellom metode og vitenskap da disse henger sammen (Tranøy referert i Dalland 2007). Begrepene kan også behandles ulikt, der metoden er hvordan ting gjøres, mens vitenskap er det som fremstår etter forskning og utprøving. I denne oppgaven blir metoden anvendt som en fremgangsmåte (Dalland 2007). Til denne oppgaven ble det anvendt to metoder for frembringelse av data, disse var intervjuer av informanter og feltarbeid.

Fra tidligere mastergradsoppgave og studieoppgaver i etterutdanninger hadde jeg erfaring med kvalitativ metode, noe som også ble valgt til denne studien. Det opplevdes utfordrende å forske med kvalitativ metode, men det er spennende å komme dypere i stoffet. Kanskje opprette en gjensidig kontakt med informantene og mulig finne det spesielle (Dalland 2007). Sammen med feltarbeid eller deltagende observasjon gir det forskeren mulighet til å oppholde seg i miljøer og være både nær og distansert (Thagaard 2013). Feltarbeid slik det har blitt benyttet i denne forskningen var relativt nytt for meg, så det var spennende hvordan det lot seg kombinere i analysen.

Kvalitative forskningsoppgaver kan skrives ved at resultater, teori og synspunkter er sammenhengende tekst. Slik at funnene vurderes i lyset av teorien samtidig som forskerens meninger kommer med (Dalland 2007). En måte og presenter det på er å fremheve enkelte temaer i beskrivende tekst og anvende sitater fra intervjuene (Aadland 2002). En av utfordringer var og hele tiden vise hva som er sitert om det er empiri, teori eller egne synspunkter (Dalland 2007). Empiri har sitt utspring i erfaringsdata og forskningen dreier seg om å undersøke gitte fenomener (Aadland 2002). Prosjektplanen for denne masteroppgaven tok ikke høyde for forskning på nye verdensbilder slik Galileo Galilei gjorde på femtenhundretallet, da han «oppdaget» at jorden var rund og ikke flat (ibid.). Hensikten med oppgaven var å se etter sammenhenger mellom forventninger og erfaringer. Noen vil kalle dette for et postmoderne tilsnitt. «... det postmoderne samfunn er kompleks og uoversiktlig..» (Aadland 2002:228). Noe også Innsamlingen av det empiriske materiale til denne oppgaven har vært til tider, med intervjuer av helsepersonell i Oppegård kommune og feltarbeidet på Pårørendeskole, besøk på leverandørkonferanse for tilbydere av velferdsteknologi, utstysrommet i Kolben, Almas hus og Demensforum. Demenskoordinator og prosjektleder i Oppegård kommune hadde også bidratt med relevant informasjon. Etter hvert utgjorde dette mye data som måtte sorteres. Kvalitativ metode var egnet for fremstilling

av erfaringene i teksten. En kvalitativ fremgangsmåte kan beskrives som induktiv der man fletter sammen flere observasjoner og lager en felles teori (Aadland 2002). Kvalitativ metode kan også sammenlignes med sykepleieplanlegging. Der sykepleieren i møte med pasienten tar et raskt overblikk, samler inn data, vurderer viktigheten og eventuelt henter mer informasjon fra for eksempel pårørende (Carnevali 1992).

3.1 Metode litteratur

I boken *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (Thagaard 2013). Drøftes kvalitativ metode både som induktiv og deduktiv. Kvalitativ metode og intervjuer beskrives som egnet for å komme bakenfor informantens fortellinger og bidrar til rikere beskrivelser av aktuelle temaer (ibid.). Boken er aktuell i denne studien da den blant annet beskriver flere metoder for datainnsamling og forskerens forhold til deltagerne ved feltarbeid (ibid.).

I denne studien anvendes i hovedsak Olav Dallands bok for *Metode og oppgaveskriving for studenter* som en retningsssnor for oppsett og utforming (Dalland 2007). Ved usikkerheter anvendes også Diakonhjemmet Høgskoles «Retningslinjer for oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå» (Diakonhjemmet 2014).

En annen bok som ble brukt for veiledning av praktisk gjennomføring og oppsett for masteroppgaven var *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, av Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010).

Boken *Det kvalitative forskningsintervju* (Kvale 2006). ,ble anvendt i utarbeidelse av intervjuguiden. Boken har to hovedformål som dreier seg om hvordan gjennomføre et forskningsintervju og hvordan bidra til refleksjon rundt intervjuet (ibid.).

I boken *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*, fremheves det at det er informantenes stemmer som skal høres og at det er viktige egenskaper ved kvalitativ forskning (Moen og karlsdøttir 2011). Boken var relevant til denne oppgaven som hadde mange «stemmer».

3.2 Intervjuene

Ved kvalitativ metode kommer forskeren inn i informantens omgivelser og undersøker noe i deres miljø. For å kunne anvende de opplysningene som kommer frem i intervjuene må dataene være relevante og gyldige. Valide data kan oppnås ved å følge metodekriterier som er bestemt gjennom hele oppgaven (Jacobsen 2005). Litteraturen nevner også andre tiltak. Ved å samle inn dataene slik det er beskrevet, kan man oppnå større nøyaktighet i materiale (Dalland 2007). Begge overnevnte gode råd ble utfordret i denne oppgaven.

Oppegård kommune ønsket i utgangspunktet at pårørende skulle intervjues og pårørende var i prosjektfasen informanter til denne forskningen. Fokuset var deres erfaringer i hverdagen som pårørende til personer med demens. Det viste seg at det var vanskelig å rekruttere pårørende som informanter. Oppstart av intervjuene ble utsatt og i mellomtiden hadde noen pårørende blitt syke og slitne, andre mente de ikke hadde nok å bidra med. Etterhvert var det hensiktsmessig og endre innfallsvinkelen i denne forskningen litt. Informantgruppen ble endret fra pårørende til personer med demens til å omfatte helsepersonell med erfaring fra omsorg for personer med demens.

Et annet moment i rekrutteringsfasen av pårørende kan være bruken av begrepet velferdsteknologi i førstekontakten, betegnelsen var relativt lite i bruk. I intervjuer og feltarbeid omtalte både informantene og pårørende velferdsteknologi med begrepene *smarte løsninger, hjelpemidler, teknologi, velferdsteknologi, tekniske innretninger, omsorgsteknologi og lignende uttrykk om hverandre*. Det ble ikke foretatt noen systematisk vurdering av den forskjellige begrepsbruken.

For å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse angående: Helsepersonell og pårørendes erfaringer med velferdsteknologi til personer med demens, var pårørende, deres meninger og erfaringer viktige data. En undersøkelse der pårørende er inkludert får frem deres synspunkter og er i tråd med politiske retningslinjer (Meld. St. 29 (2012-2013)). Pårørendeperspektivet i dette studiet ble ivaretatt gjennom feltarbeidet på pårørendeskolen.

I forskningsoppgaver blir ofte personene som blir intervjuet og bidrar med relevant informasjon kalt for informanter (Thagaard 2013). I denne studien har noen personer bidratt med mye bakgrunnsstoff, disse kunne da ha vært nøkkelinformanter (ibid.). Deres rolle hadde kommet tydeligere frem, men da dette var en studie der kommunen var navngitt i oppgaven

valgte jeg å kalle alle for informanter. En slik inndeling kan bedre anonymiteten ved og ikke fremheve nøkkelinformantene spesielt.

3.2.1 Informantene

I utgangspunktet var målet og rekruttere cirka ti pårørende som informanter. Etterhvert var det ni ansatte med helsefaglig høyskole bakgrunn som stilte som informanter. De ansatte ble rekruttert fra den delen av omsorgstjenesten som kommunen selv drifter. Informantenes hadde enten direkte pasient/pårørende kontakt eller andre roller som var berørt av implementeringen av velferdsteknologi i eldreomsorgen. Prosjektleder helse og demenskoordinator i kommunen var behjelpelig med å rekruttere ansatte informanter. Noen ble forespurte på mail, andre meldte seg etter at ledere i de forskjellige enhetene etterspurte informanter.

3.2.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i henhold til prosjektplanen. Alle de forespurte informantene stilte opp og ingen trakk seg i ettertid. Alle informantene valgte å bli intervjuet på sine arbeidssteder. Intervjuene forgikk stort sett uforstyrret og det var muligheter for å utdype temaene for begge parter.

I forarbeidet til intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide, som et hjelpemiddel i intervjusituasjonen. En intervjuguide bør inneholde åpne spørsmål som gir intervjupersonen mulighet til å komme med egne historier og innspill (Thagaard 2013, Kvale 2006).

Intervjuguiden dreide seg i hovedsak om: Hvilke erfaringer ansatte hadde med velferdsteknologi til personer med demens? Bidro teknologien til at pårørende og/eller brukere var fornøyde? Hvordan var informasjonen og samarbeide med kommunen? En gjennom arbeidet intervjuguide kan sammenlignes med sykepleierens dataverktøy, tross et mål for informantinformasjonen og fokus på hvordan forskjellige metoder kan samle og bearbeide erfaringer kan det oppstå feil. Det er flere metoder for å unngå feiltolkninger av eget materiale. En av dem er å «spille djevelens advokat overfor sine egne funn» (Kvale 2006:168). Gjennom å stille kontrollspørsmål som etterlyser validitet og forforståelse.

Intervjuguiden fungerte som en veileder ved intervjuene, i noen av intervjuene var det behov for å anvende stikkordene fra guiden, mens det i andre intervjuer ikke var nødvendig med

innspill . Spørsmålene i guiden var inspirert av Oppegård sitt arbeid med prosjekt «Morgendagens omsorg-lengre i eget liv» og problemstillingen. Intervjuguiden ble justert litt utfra om det var medarbeidere eller ledere som ble intervjuet og deres relasjon til nærhet og distanse i pasientkontakten (Intervjuguiden: vedlegg 3). Intervjuer bestemmer selv hvor strengt guiden skal følges, eller om det er aktuelt å følge opp enkelt spørsmål (Kvale 2006). Det var muligheter for å komme med relevante innspill innenfor emnene i guiden, de fleste informantene benyttet seg av denne muligheten og fortalte aktuelle historier og egne erfaringer rundt teknologi, pasientomsorg og samarbeide. Intervjuer noterte ned fortløpende i stikkord og skrev det ut i sin helhet umiddelbart etterpå, ved uklarheter ble informantene kontaktet for utdyping. Lydopptak ble ikke vurdert, da jeg var ukjent med det og var usikker på om min «fomling» ville påvirke intervjuet.

3.2.3 Intervjukontekst

Informantene ble intervjuet om samme tema, men i litt ulike kontekster. Noen hadde eget kontor, andre lånte et rom for anledningen. Valg av sted for intervjuene kunne vært et punkt i analysen, ved at intervjuene er gjennomført på forskjellige steder. Der det refereres fra intervjuer i teksten er det hensiktsmessig å forklare de sosiale omgivelsene (Kvale 2006). I denne oppgaven vil ikke intervjustedene bli nevnt da slike opplysninger kan svekke informantens anonymitet.

3.3 Feltarbeid

Feltarbeid er en annen måte å innhente informasjon på. Feltarbeid kan sammenlignes med deltagende observasjon og handler om at forskeren er til stede og kan studere hvordan mennesker oppfører seg i sosiale sammenhenger (Thagaard 2013). Ved å ha øyne og ører åpne får man med seg det som skjer og kan samle kvalitative data gjennom observasjon (Aadland 2002). I feltarbeid med direkte kontakt med flere informanter samtidig er de nonverbale uttrykkene like viktig å observere som de verbale ytringene. Feltstudier er en metode som gir mulighet til å observere adferd og kultur hos deltagere i en fokusgruppe (Kvale 2006). Kontaktpersonene i Oppegård kommune inviterte til feltarbeid på Pårørendeskolen og Demensforum i Follo-regionen. Jeg fikk også invitasjon til en leverandørkonferanse for tilbydere av velferdsteknologi og kommunens utstyrsrommet for

smarte løsninger i Kolben kulturhus. Da flere av informantene nevnte Almas hus ble det også utført et mini feltarbeid der. Feltarbeid innbrakte relevant informasjon til denne oppgaven i perspektivene pårørende til personer med demens, samarbeide og velferdsteknologi.

3.3.1 Pårørendeskolen

Pårørendeskolen for pårørende fra Oppegård kommune var en felles satsning for Follo-regionen. Pleie og omsorgssektorene i disse kommunene samarbeider om pårørendeskolen og demensforum. Det er den nyeste organiseringen av pårørendeskoler som Follo-regionen anvender, den startet som et samarbeid mellom tre kommuner og favner i dag hele sju kommuner (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Modellen de bruker skal bidra til enklere utveksling av erfaring og kunnskap mellom pårørende og ansatte (ibid.).

Pårørendeskoler har som hovedhensikt å styrke pårørende slik at de bedre mestrer hverdagen med demens og bidra med en kort innføring i hvordan de kan stille krav og innhente hjelp fra det offentlige ved behov (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Pårørendeskole for pårørende og pasienter med demens ble startet i Oslo tidlig på 90 tallet og fikk økonomisk støtte fra forskjellige bidragsytere (Hotvedt 1999). I dag kan kostnadene dekkes gjennom tilskudd fra Aldring og helse Nasjonalkompetasetjeneste som fordeler pengene på oppdrag fra Helsedirektoratet (Aldring og helse 2016). Det tas også en kursavgift fra deltagerne. Pårørendeskoler arrangeres noen ganger i samarbeid med Nasjonalforeningen Demensforbundet (Jakobsen og Homelien 2011). Pårørendeskolen i Follo-regionen hadde en representant som orienterte om lokalt og sentralt arbeid i Nasjonalforeningen Demensforbundet.

Målsettingen for pårørendeskolen var opplysning, samarbeide, politisk engasjement, dagligomsorg og tap ved demens (fra brosjyren *Pårørendeskole 2015: Kolbotn 2015*, Sosial- og helsedirektoratet 2007, Hotvedt 1999). Pårørende og personer med demens ble tilbudt fire kurskvelder som hver inndelt i to sekvenser, del en med fellesforelesning over relevante emner. Som nevnt tidligere holdt Kirsti Solheim de to første kveldene foredrag om hovedtemaer som sykdomslære, kommunikasjon og velferdsteknologi. De neste kveldene var foredragene delt mellom hjelpemidler og lovverk med lokale forelesere.

Etter pausen var det samtalegrupper, disse ble ledet av fagpersoner fra de forskjellige kommunene. Gruppesamtalen varte cirka en time på kurskveldene. Gruppene var inndelt etter

tilhørighet til den syke, for eksempel ektefelle, barn og eller andre slektninger/pårørende. Det ble mellom 10-15 i hver gruppe og de var geografisk spredd over alle sju kommunene. Flere av deltagerne kjente ikke hverandre, mens andre kjente noen og i gruppene kunne det være flere pårørende fra samme familie. Samling i gruppene dreide seg om problemer rundt teknologi, ernæring, legebesøk, hygiene, økonomi, avvisning og utfordringer knyttet til samarbeid med tjenesteutøvere i de forskjellige kommunene.

3.3.2 Forskers rolle i pårørendegruppene

Første kvelden i samtalegruppen presentert jeg meg kort og informerte om hvorfor jeg var tilstede. Deltageren fikk mulighet til å uttale seg om min tilstedeværelse og mitt motiv. Det kom ingen negativ tilbakemelding på min tilstedeværelse. På oppfordring fra fagpersonene fortalte jeg litt om min erfaringsbakgrunn med personer med demens både i arbeid og privat. Ved å komme inn som forsker i et felt der jeg kjente temaene var det viktig at jeg ikke ble tildelt en rådgivende rolle som forstyrret forskningen og endret mitt fokus. Man bør være klar over at observasjoner og studierapporter kan bli preget av egen forforståelse (Aadland 2002). Jeg tok ikke notater under gruppesamtalene, stikkordsnotater ble gjort i etterkant og fullstendig utskrift ble laget dagen etter. I gruppene stilte jeg ikke spørsmål eller deltok i samtalene, men svarte kort på direkte spørsmål. En slik fremgangsmåte bidro til at jeg hadde anledning til å observere verbal og nonverbal adferd hos deltagerne.

Mine observasjoner var at noen opplevde situasjonen trygg med kjente rundt seg, mens andre ble avventende og det tok lang tid før de sa noe. Gruppesamtaler kan både hemme og fremme kommunikasjon, da noen forteller mer kanskje med bakgrunn i at noen bekrefter historien deres, mens andre holder litt igjen på hva de forteller. Dette kan ha ulike perspektiv, det kan være respekten for familien og den syke eller tilbakeholdenhet for å utlevere seg selv. Ved å snakke om utfordringer i hverdagen kan de som deltar oppleve at problemene blir større (Thagaard 2013). Ved å tilby pårørendeskolen har kommunen håp om at pårørendes erfaringer kan bli lettere når de har noen og snakke med som forstår problemene. Etter hvert som jeg orienterte meg i gruppa observerte jeg at de som ikke kjente fagpersonen fra tidligere var friere i sin kritikk av omsorgstjenester i sine kommuner.

3.3.3 Demensforum

Demensforum for Follo-regionen ble holdt i Ås kulturhus og tema i 2016 var *Den gode dagen*. Målsettingen var å utvide kunnskapen om demens for alle som var i kontakt med personer med demens. Det var også håp om at eksisterende nettverk kunne forsterkes og nye kontakter knyttes (Demensforum i Follo 2016). Demenskoordinatorerne i den enkelte kommune hadde sammen med Nasjonalforeningen Follo Demensforening ansvaret for demensforum.

Målgruppene for demensforum var ansatte i omsorgstjenesten i kommunene, pårørende og andre interesserte som ville ha nytte av informasjon og utfordringer ved demens. Ved å etterspørre pårørende, ble det opplyst at det var veldig få pårørende tilstede. Det var flere foredrag de også kunne hatt glede av. Først ut var «De vanligste demenssykdommene: Årsaker, symptomer og behandling». Etter lunsj kom «Tiltakspakke demens- strukturert oppfølging av hjemmeboende personer med demens» fremført av leder i Grimstad kommunes demensteam. Demensforum ble avsluttet med generalsekretæren i Nasjonalforeningen for folkehelsen som snakket om et «Demensvennlig samfunn». Der kommunens toppledelse inngår et samarbeid med Nasjonalforeningen og oppretter en «kampanjen for et mer demensvennlig samfunn som vil legge til rett for at mennesker med demens skal kunne opprettholde et aktivt liv så lenge som mulig» (Nasjonalforeningen 2016). Det ble til denne studien ikke undersøkt om ansatte i Oppegård kommune hadde faglig utbytte av informasjonen på demensforum. Oppegård kommune var ikke innlemmet i «Tiltakspakke demens strukturen» eller tilsluttet et «Demensvennlig samfunn» på det tidspunktet.

3.3.4 Leverandørkonferanse

Omsorgstjenesten i Oppegård kommune hadde invitert til en leverandørkonferanse der forskjellige tilbydere av velferdsteknologi kunne informere om sine produkter.

Omsorgstjenesten og deres samarbeidspartnere ønsket ytterligere informasjon om velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt. Fra kommunen møtte fagpersoner som hadde tilknytning til implementering av velferdsteknologi. Dette var ledere og ansatte i kommunens omsorg/helsetjenester, økonomimedarbeider og representanter for tekniske avdelinger. Det var ikke representanter fra private utbyggere eller næringslivet i kommunen til stede.

Det var stort sett produkter beregnet på varsling og respons som ble presentert, men noen tilbød hele pakker der også support og pasientomsorg var en del av tilbudet. Representantene fra firmaene fikk flere spørsmål knyttet til abonnemeter og høye utgifter for brukeren, det ble også etterspurte samordning av varslingstjenester.

Firmaet som hadde anbudet i Oppegård kommune for support og respons på trygghetsalarmene, fikk en del spørsmål angående nåværende tilbud og hva de kunne bidra med i et fremtidig samarbeide rundt velferdsteknologi. Det ble også diskutert utfordringer ved dagens situasjon knyttet til brukervennlighet og kostnader.

Et firma hadde erfaring med å være bindeleddet mellom kommuner og leverandørene. Representantene fra kommunen stilte ulike spørsmål, mens representantene fra firma snakket om sine vellykkede prosjekter. Firma inviterte i liten grad til fagligdiskusjon rundt velferdsteknologiske tiltak til personer med kognitiv svikt.

Hvert firma brukte god tid på å forklare hva det måtte stå i en kravspesifikasjon fra kommunen inn i en anbudsrunde om velferdsteknologi. De som har ansvaret for implementering av velferdsteknologi i kommunene ble forespeilet en omfattende jobb med spesifisering av hva kommunen ønsket tilbud på.

3.3.5 Utstysrommet i Kolben

Oppegård kommune ønsker å veilede innbyggerne rundt tekniske innretninger som kan bidra til at eldre kan bo hjemme lengre. Det er en del av kommunenes satsning på velferdsteknologi. Omsorgstjenesten disponerer et rom i Kolben kulturhus i sentrum av kommunen. Rommet er plassert i nærheten av seniorsentret og holder åpent for demonstrasjoner og informasjon knyttet til teknologi til hjemmebruk en dag i uken. Demenskoordinator, kreftkoordinator og seniorveileder bytter på å være tilstede. Det er mulig for besøkende å prøve for eksempel en døralarm, få brukerveiledning om MEMAS nettbrett ol. Utstyret som vises i rommet kan kjøpes hos Enklere liv, Ekspert eller andre og noe kan lånes fra NAV ved behov. Kommunen tilbyr ikke oppfølging eller respons hvis innbyggere kjøper en døralarm, brannalarm, komfyrvakt eller nettbrett i et utsalgssted. Det er utfordrende å måle informasjonseffekten av utstysrommet da det gjennomgående var sparsomt med besøkende innom.

3.4.6 Almas hus

Almas hus er en visningsleilighet tilrettelagt for eldre og utstyrt med velferdsteknologi på Aker sykehus i Oslo (Oslo kommune 2013). Det var ansatt ergoterapeuter som tilbød undervisning og informasjon både til grupper og enkeltpersoner. Ved mitt besøk viste en ergoterapeut frem ulike hjelpemidler og velferdsteknologi som doforhøyer, støtte håndtak, automatisk nattlys, medisindispenser, heve/senk kjøkken, forskjellige alarmtyper og utstyr for kommunikasjon. Feltarbeidet på Almas hus var relevant både som informasjon om underliggende tekniske tiltak og eksempler på nytteverdien av velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt.

3.4 Analysen

En analyse er et detektivarbeid der man leter etter hva sidene med informasjon forteller (Dalland 2007). Empirien til analysen i denne oppgaven var satt sammen av intervjuer og feltarbeid. Dette utgjorde etterhvert mye materiale med litt forskjellig vinkling mot problemstillingen. Etter datainnsamlingen kan det være informasjon som er vanskelig å sortere (ibid.). Utfordringen i sorteringen av datamateriale i denne studien var variasjonsbredden i fortellingene, der pårørendes historier kunne sorteres etter lignende hendelser, kunne det vært naturlig å sortere intervjuene under hvert spørsmål. Hvordan kategorisere og trekke ut essensen av dette? Hvordan finne ut om det var svar på det på det jeg undersøkte? (Kvale 2006). Ved å lese gjennom flere ganger oppdaget jeg etter hvert begreper som gikk igjen i materiale. Får å ivareta de mest fremtredende begrepene ble det valgt en analyse med sortering under de fire Hovedtemaene/Nøkkelpbegrepene fra problemstillingen og intervjuguiden: *Pårørende, Velferdsteknologi, Forventninger og Erfaringer*. En temasentrert presentasjon krever at informasjonen er sortert og kodet på forhånd (Thagaard 2013).

3.4.1 Sortering/koding av dataene

Ved utarbeidelse av prosjektrapporten til denne oppgaven ble det arbeidet en del med analysemetoder for kvalitativ forskning og konkludert med at informasjonen fra informantene og feltarbeids notatene bør sorteres med samme metode. Man kan da sammenligne informasjonen og fremstille en bredere forståelse av hvert tema (Thagaard 2013).

Ved gjennomgangen av de nesten førti sider med tekst fra feltarbeid og intervjuer ble feltarbeidsnotatene og informantinformasjonen fordelt under hovedtemaene. Hvert tema ble merket med en egen farge. Fargemerkingen gjorde teksten mer oversiktlig. Deretter ble temaene samlet i egne bolker og kategoriserte etter likheter i utsagnene. Etterhvert ble tema pårørende fra feltarbeidet inndelt i tre kolonner: samarbeide, informasjon og erfaringer. Begrepene erfaringer og forventninger hos informantene måtte også deles i flere båser, en for tjenesten, en for pårørende og en for personen med demens. Det mest omfattende tema å overføre til bolker var velferdsteknologi, herunder befant det seg mye, fra informasjon om oppstart av automatisk kalender til innstallering av tekniskutstyr. Begrepene henger litt i hverandre, så flere gjennomganger med «oppstramming» var nødvendig, mange runder med skjemaer og inndelinger. Dette arbeidet kan også beskrives som koding, koding kan brukes for å redusere og organisere materiale (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). Gjennom å sortere informant informasjonen og feltarbeidsnotater i «bokser» under temaene/nøkkelbegrepene kunne dataene etter kodingen anvendes som empiriske materiale. Som sammen med tidligere forskning, relevant litteratur og Oppegårds prosjektrapporter kunne bidra til analysering av problemstillingen. En temasentrert sortering med meningsfortetning bringer frem etisk dilemmaer rundt det å sette sammen flere enkelt utsagn til et hele. Hver informants fortelling får mindre oppmerksomhet, det er også muligheter for at forskerens forforståelse vil prege teksten (ibid.). I denne oppgaven der oppdragsgiver var kjent kan en slik fremgangsmåte ikke nødvendigvis være negativ, men et bidrag til å anonymisere teksten ytterligere. Det vil da være vanskeligere både for informantene og andre å kjenne seg igjen i teksten (Thagaard 2013). En mulig feilkilde i en slik type undersøkelser kan være at informantene hadde begrenset informasjon om temaene som ble etterspurt. Men forhåndsopplysninger kunne også ha medført en forforståelse av tema (Aadland 2002).

3.5 Forforståelse, forskningsetikk og etiskrefleksjon

Informantene fortalte om sin hverdag som helsepersonell og brakte mye av sin erfaring inn i intervjuene. En av utfordringene var og ikke delta i diskusjoner med bakgrunn i egne erfaringer. Forskeren må holde sitt syn adskilt fra informantens (Gudmundsdottir 2011). Det var noen ganger utfordrende ved intervjuene, da fagfeltet og erfaringene var gjenkjennbare.

Det er lett å engasjere seg og evaluere den andres spørsmål i lyset av hvilke etiske rammer som er viktig for oss (Henriksen og Vetlesen 2010). Fortløpende tolkning og forforståelse kan bli elementer som forstyrrer et objektivt intervju.

Ved å gå inn i et prosjekt der det antas at man kjenner noen av sannhetene var det viktig å legge forforståelsen til side og møte prosjektet etter hvert som det viste seg. Det kan være komplisert å være klar over egen forforståelsen da det kan være både beviste og ubeviste holdninger som former oss (Aadland 2002). Det var utfordrende å forutse hvor stor påvirkning mine erfaringer hadde for vinklingen av oppgaven. Som geriatrisk sykepleier med fagligbredde og erfaring knyttet til eldre og personer med demens var min rolle og stemme en del av dette prosjektet. Jeg var masterstudent for andre gang med en tidligere master i verdibasert ledelse og hadde yrkesfaglig bakgrunn som sykepleier og leder i psykiatrien og eldreomsorgen. Jeg har i flere år hatt personene med demens som spesielt interessefelt også med fokus på pårørende. Både i intervjuene og i feltarbeidet ble jeg behandlet som en fagperson som kunne bidra faglig. Jeg kunne «stammespråket» og var tilsnakkens, noe som kanskje gjorde utenfra perspektivet vanskeligere. Ved at begge parter kjente kommunikasjonsformen kunne intervjuer og samtaler bli preget av at vi forsto hverandre og det gav muligheter for å anvende et mer muntlig og mindre utfyllende språk.

3.5.1 Forskningsetikk

Forskningsoppgaver med informant informasjon kan medføre at opplysninger av taushetsbelagt karakter kan bli blottlagt i det skriftlige materialet. I denne oppgaven kunne en slik uforsiktighet ramme på flere måter. Ansattes identitet kan bli avslørt, likeledes deres meninger og pasientfortellinger i intervjuene. Pårørendes fortellinger fra feltarbeidet måtte også gjenfortelles slik at anonymiteten ble bevart for de involverte.

Diakonhjemmet Høgskole vektlegger etikk og etisk refleksjon i sine Master utdanninger, de har et felles emne der det foreleses i *Verdier og relasjoner i profesjonell praksis*. Einar Aadland som underviser ved Diakonhjemmet høgskolen er sentral i denne undervisningen. Han har skrevet en del bøker og artikler om metode og etikk. Boken *Etikk for helse- og sosialarbeidarar* (Aadland 1998) er relevant nesten tjue år etter den kom ut. Det samme er «Og er ser på deg...» *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag* (Aadland 2002). Som fletter etikk og metode sammen. Annen litteratur som omhandler disse emnene er: *Helse og jus. En innføring for helsepersonell* (Molven 2002). *Jus for sykepleiere. Innføring i helserett* (Andenæs og Olsen 1998). Disse bøkene inneholder teori om lovverket, flere modeller for etikk og metode som kunne bidra til etisk refleksjon i denne oppgaven.

3.5.2 Etisk refleksjon og taushetsplikt

Informantene var helsepersonell i offentlig sektor, de var kjent med taushetsplikten og var dyktige til og ikke avdekke sensitiv brukerinformasjon. Det var en større utfordring å bevare deres anonymitet, da de arbeidet innenfor et mindre område og flere kjente hverandre. Informantene snakket sammen og flere var klar over hvem som var intervjuet og hvem som skulle intervjues. «De kom med utsagn : Jeg hører du skal til NN, hun er veldig flink og hyggelig». Alle informantene ønsket å ha intervjuene på arbeidsplassen, noe som kan vitne om en trygg kultur, der det var akseptert å diskutere utfordringer i omsorgstjenesten. Alle informantene fikk skriftlig informasjon om masterprosjekter i forkant og det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige (Vedlegg 2). Informantene ble ikke identifisert med arbeidssted eller tittel på samtykkeskjema. Opplysninger som ble samlet inn blir anonymisert og makulert ved ferdigstillelse av oppgaven våren 2017.

Informasjon fra pårørende måtte også sikres mot uheldig publisering, de snakket mest om de nære utfordringene i hverdagen, der både dem selv og personen med demens inngikk. Prosessen var enklere ved at forsker ikke hadde kjennskap til Oppegård kommune eller omegn fra tidligere. I tilfeller der pasienter, pårørende eller kolleger ble nevnt med navn hadde jeg ikke forforståelse eller erfaring gjennom tidligere historier å identifisere det med.

Informantinformasjonen ble bearbeidet og omskrevet slik at det ikke bør være mulig å kjenne igjen enkelt personer i teksten. Noen kan kjenne igjen egne utsagn og det kan ikke utelukkes at beskrivelser fra kommunen gjenkjennes da kommunen er identifisert i teksten.

Oppgaven ble fremlagt for Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) for godkjenning der pårørende var oppført som informanter. NSD gav tilbakemelding om at oppgaven ikke var meldepliktig. Ved endring i problemstilling og med ansatte som informanter ble oppgaven meldt inn en gang til. Hensikten med ny melding var muligheten for gjenkjenning av informanter med bakgrunn i at kommunens identitet er kjent. Oppgaven ble heller ikke den gangen vurdert til meldepliktig (NSD nr.48341, Vedlegg 1). NSD minner om at deres beslutning ikke fritar forskeren fra å beskytte informantene mot uheldig publisering.

Etiske avgjørelser hører ikke til noen enkelt del av intervjuundersøkelsen, men må foretas gjennom hele forskningsprosessen. Når vi her diskuterer etikk som en del av planleggingsfasen, er det for å fremheve betydningen av at de etiske sidene blir vurdert fra begynnelsen av og gjennom hele forskningsprosessen. (Kvale 2006:65).

Etisk refleksjon handler også endel om den som intervjuer og hvilken erfaringsbaserte kunnskap den har med seg «Kvalitative metoder som intervju og observasjon vil også preges av forskerens personlighet» (Dalland 2007:86). Uavhengig av informantutvelgelse vil min oppfatning av hva jeg trodde jeg ville oppdage ha stor betydning. «Noe av det mest avgjørende perspektivet fra hermeneutikken for en oppgaveskribent, er oppmerksomheten på hvilken rolle forforståelsen spiller» (Aadland 2002:251).

3.6 Metode kritikk

Det var noen områder som metoden burde vært bedre gjennomarbeidet i forkant.

Oppgaven inneholder data fra flere arenaer der skriftlig samtykke kunne vært benyttet.

Pårørende som deltok i samtalegruppen og pårørende jeg snakket med i pausene ble ikke forlagt skriftlig informasjon og samtykkeskjema. De samtykket muntlig til at jeg kunne gjøre feltarbeid og bruke det i en masteroppgave knyttet til pårørendes erfaringer. Manglende skriftlig samtykke medførte at anonymiseringen av deres utsagn ble særdeles viktig slik at de ikke følte seg krenket eller utlevert.

Firmaene på leverandørkonferansen ble bare kort introdusert for meg og mitt prosjekt. De burde vært orientert skriftlig og gjort oppmerksom på muligheten for samtykke til at deres informasjon ble anvendt i et masterprosjekt.

Kritiske område nummer to dreide seg om metoden for innsamling av informantdata som burde vært gjennomarbeidet ytterligere.

Ved å endre fokus fra intervju med pårørende til intervju med ledere og omsorgspersonell, ble ikke fremgangsmåten for rekruttering av informanter godt nok diskutert. Kriteriet var at ansatte kjente til tekniske hjelpemidler eller velferdsteknologi. Det ble ikke fortatt en gjennomgang av de forskjellige omsorgsdistriktene og spesifikk spurt etter hvem som hadde kompetanse/erfaring. Det ble litt tilfeldig og en svakhet med denne oppgaven er at ikke ansatte fra alle pleie og omsorgssonene er representert med informanter.

Ved å oppdage dette tidligere kunne det blitt invitert et utvalg informanter som representerte alle omsorgsdistriktene, men oppgavens utforming og omfang begrenser også antall informanter. «Kvalitative metoder er omstendelige og dyptpløyende, så slike metoder begrenser naturlig nok utvalget til noen få respondenter» (Aadland 2002:248). I en større populasjon kunne også teknisk avdeling, seniorkontakt, NAV og representanter for frivillige blitt intervjuet. Et nettverk/ omsorgskollektiv kunne belyst erfaringene med velferdsteknologi i Oppegård kommune bredere og bidratt med flere innfallsvinkler til erfaringene som kom frem i studiet. Det erfaringsbaserte materiale fra helsepersonell bygger på deres subjektive opplevelse av situasjoner hos pasienter med demens. En annen måte å gjøre dette på kunne vært at personale hadde nedtegnet sine erfaringer systematiske med for eksempel bruk av Doris Carnevalis sykepleieplanleggings verktøy (Kirkevold 1992).

Et siste kritisk moment er metoden for litteratursøk i ulike databaser. Ved oppstart av oppgaven burde søkeordene slik de ble brukt alene og sammensatt blitt ført inn i et eget skjema. Der antall treff per søk og relevans for studiet hadde fremgått, noe som kunne bidratt til et tettere teoretisk rammeverk.

4 FUNNENE

Omsorgssektoren i Oppgård kommune hadde som tidligere beskrevet gjennomført flere prosjekter knyttet til velferdsteknologi og demens. To år seinere ble noen av temaene belyst på ny gjennom min forskning. Noen av funnene fra forskningen presenteres i dette kapittel knyttet til temaene som følger oppgaven *velferdsteknologi, pårørende, forventninger og erfaringer*. Demens behandles ikke særskilt da demens fletter seg inni de andre emnene. Teksten berikes med sitater i *kursiv*.

4.1 Omsorgstjenestens velferdsteknologiske prosjekter

Det overordnede målet med velferdsteknologi i denne sammenhengen var selvhjulpenhet og mulighetene for å bo hjemme lengere for personen med demens. Pårørende og helsepersonell hadde erfaring med flere typer velferdsteknologiske løsningene. Det var MEMAS et nettbrett/nettbretts program som det skal være enkelt å betjene der det kan legges inn faste avtaler som for eksempel dagsenter. Pårørende/ eller andre kan også legge inn fortløpende avtaler som frisør, lege, julebesøk osv. De fleste var kjent med DORO telefoner der tastene er tydelige og telefonnummer kan legges inn og brukes ved å trykke på en tast. Noen hadde prøvd ut GPS sporings og varslingsutstyr for å lokalisere og anrope personer med tilhørende smart telefon og elektronisk kart. Alle eldre som ønsket det kunne få automatisk DAG/NATT kalender som automatisk bytter til ny dag, viser klokkeslett og definert døgnskille. Flere eldre hadde KOMFYRVAKT en innretning som slukker strømmen til komfyren ved høy temperatur eller etter angitte timer. Noen kjente til BEVEGELSEALARM av flere ulike typer som har til felles å varsle ansatte eller pårørende hvis en person for eksempel beveger seg mot døren. Omsorgstjenesten hadde hyppig bruk av TRYGGHETSALARM et « smykke» som personene har på armen og utløser selv ved behov for bistand. Trygghetsalarmene betjenes av sentral med kompetent personale som kontakter personen og videre formidler henvendelsen til hjemmetjenesten. Alle overnevnte løsningene kan bidra til at eldre kan bo hjemme lengre.

4.2 Pårørendes erfaringer

Pårørendes fortellinger og samtaler på pårørendeskolen inneholdt mye erfaringer. De opplevde at det var utfordringer i kombinasjonen teknologi og demens. En ektefelle fortalte:

-Komfyrvakta er plassert for nært luftingen fra stekeovnen så når vi steiker noe slukker uret.

De som satte opp komfyrvakta hadde ikke nok kjennskap til komponenten og satte den for nærme varmekilden. Mens noen hadde tidsstyrt komfyrvakt, som ble satt på av andre slik at beboeren kunne lage mat innenfor et gitt tidspunkt. En sønn fortalte:

- Mor glemmer ofte komfyrvakta og da ringer hun til oss og er fortvilet fordi komfyren er ødelagt.

Pårørende hadde erfaringer knyttet til bruk av telefon og flere pårørende var tvilende til at deres familiemedlem ville klare å bruke et nettbrett. En datter sa:

- Far klarer å ringe med en telefon der han bare trenger å trykke på en tast.

Flere pasienter hadde automatisk kalender noe som heller ikke bare var enkelt. En sønn fortalte:

- Mor forstår ikke de digitale tallene, så jeg kjøpte en stor veggklokke på Clas Olsson etter at hun fikk den har hun sluttet å ringe for å spørre om hva klokka er.

Oppegård kommune ønsket samarbeid og kommunikasjon med pårørende og brukere av velferdsteknologi. De hadde pårørendeskole, demensforum, seniorsenter, seniorkontakt, frivilligsentral og utstyrsrommet i Kolben. Pårørende ble orientert om de forskjellige tilbudene på pårørendeskolen og flere utalte:

- Vi har ikke hørt om utstyrsrommet i Kolben, hva har de der?

Pårørendeskolen hadde informasjon om tekniske hjelpemidler, velferdsteknologi og søknadsprosedyrer. Informasjonen var ikke ensrettet da kommunene i Follo- regionen har forskjellig praksis. En ektefelle spurte i plenum på pårørendeskolen om GPS.

-Hvis vi søker om GPS, hvor kan vi hente den og hvem hjelper oss?

Svaret var flere spørsmål tilbake. Hvilken kommune bor dere i? Hvilken telefon bruker dere i dag? Har pasienten en diagnose? Er det varig bruk da NAV har tidsperspektiv på sine utlån. Pårørende i åttiårene spurte ikke videre.

Pårørende undret seg over at utgifter til diverse tjenester som eldre har behov for kan bli høy. En sønn sa:

-Follo-regionen bør ha et felles system der utgifter til alarmer og annet beregnes etter inntekt og ikke etter faste priser.

Utgiftene løper også om tjenesten ikke er i bruk. Betalingen for trygghetsalarmen er den samme om den brukes hver dag eller om den ligger i skuffen og aldri er i bruk.

Pårørende var stort sett enige om at det enkleste var best og helst noe som pasienten var kjent med fra tidligere.

4.3 Erfaringer og forventninger hos ansatte

En av informantene i denne oppgaven sa med humoristisk snert om GPS

- Det er bare å smette på bikkjer og unger så veit vi hvor dem er.

Noen av informantene hadde deltatt i prosjektet med GPS ved sykehjemmet og forskjellige tekniske utfordringer knyttet til bruk av GPS. De fortalte:

-Pasienten kom langt av sted før vi fikk opp noe på kartet.

Det viste seg at det i første rekke var signalene fra GPS ikke ble fanget opp av mottaker.

Leverandøren mente at dette kom av tykke vegger i første etasje på sykehjemmet.

Informantene fortsatte med:

- Oppdateringa var ofte preget av etterslep og feil.

-Mobiltelefonen virket ikke alltid, passordet var for langt.

- Vi sleit med pålogging, nettsøking, lading av telefonen og undret oss over om enheten virket eller ikke.

Sykehjemmet hadde flere vandrere og brukte i tillegg til GPS en varslingsteknologi som gav anrop til sykehjemmets faste alarmnett. En informant utalte:

- Vi bruker en type alarm som flyttes etter pasientens behov, om natten kan den være ved sengen, på dagtid kan vi plassere den ved pasientens toalett eller til døren ut av rommet. Det hadde vært hensiktsmessig med bare en alarmtype til pasientene.

På leverandørkonferansen etterspurte de fremmøte om noen av firmaene var i stand til å levere en GPS som kunne brukes inne og ut og i tillegg bytte mottaker flere ganger i døgnet. De svarte at det var ikke så enkelt å få teknologien til å fungere og utdypet ikke det videre. Men det var forventninger til at teknologi kunne gi smarte løsninger. En informant fortalte:

-Pasienten klarer ikke lengre nettbrettet, pårørende vil gjerne at hun skal bruke det, pasienten blir forvirret og lei seg.

Informantene beskrev situasjoner der pårørende hadde problemer med å tilrettelegge slik at personen med demens fikk glede av teknologien.

-Pårørende har problemer med å logge seg på når de er på ferie og får da hjelp av noen kjente.

Flere pårørende var eldre og ukjente med bruken av nettbrett, de var heller ikke i stand til å hjelpe pasienten når den trengte det. En informant fortalte:

-Noen pårørende ringer de voksne barna sine om legeavtaler, barna legger legetimen inn fra sin PC slik at det kom inn på nettbrettet til ektefelle med demens.

Det kom ikke frem så mye erfaring med bruk av nettbrett, men alle kjente til trygghetsalarm. Kommunen brukte ikke et bestemt kartleggingsverktøy for å finne ut om disse pasientene kan mestre en trygghetsalarm. Informantene hadde flere eksempler knyttet til trygghetsalarmer.

-Alle som ønsker det får trygghetsalarm, flere har den i nattbordskuffen.

En ansatt stilte spørsmål om økonomi på leverandørkonferansen, da hun hadde fått henvendelser fra brukere som ønsket å si opp trygghetsalarmen på grunn av kostnadene.

- Hvorfor er trygghetsalarmene knyttet til de dyreste ordningene hos Telenor?

Spørsmål ble ikke direkte besvart, men påpekt at det er varierende økonomi hos eldre og store utgifter kan være et hinder for bruk av velferdsteknologi.

Ved tilfeldige hjemmebesøk ble det noen ganger oppdaget ubrukte alarmer. En informant fortalte:

-Jeg har avsluttet alarmer som bare ligger i en skuff og ikke er i bruk.

Noen pasienter var redde for at alarmen skulle bli ødelagt. Flere informanter fortalte:

-Mange pasienter tar av alarmen når de går på badet, de er engstelige for at den skal bli våt.

Flere av funnene drøftes i neste kapittel.

5 MULIGHETER OG SÅRBARHETER

Presentasjonen av mulighetene og sårbarhetene helsepersonell og pårørende hadde erfart med velferdsteknologi i demensomsorgen, vil veksle mellom relevant litteratur, funnene og forskers innspill. En slik fremstilling kan bidra til at leseren ser sammenhengen mellom litteraturen og erfaringene i teksten (Thagaard 2013). Eller det motsatte at en slik postmodernistisk tilnærming vil medvirke til en nærmest «babelsk forvirring av synspunkter, retninger og teorier» (Aadland 2002). En studie som denne vil inneholde fragmenter fra mange fortellinger. Kjennetegnet ved historier kan være at det kommer frem en sammenheng mellom flere hendelser i samme beskrivelse (Thagaard 2013). Noe som var overførbart til omsorgen for personer med demens der sammensatte situasjoner heller var reglen enn unntaket.

Diskusjonen presenteres innenfor hovedtemaene: *Velferdsteknologi, Pårørende, Forventninger og Erfaringer*. Som tidligere fletter demens seg inn og oppsummeres ikke spesielt. Til hvert emne er det en kort innledning. Informanter og pårørendes erfaringer skrives i *kursiv*.

5.1 Velferdsteknologi

Oppegård kommune hadde som flere kommuner i Norge utfordringer med en helhetlig satsning på velferdsteknologi i kommunen. Digitale og nettbaserte hjelpemidler er uten kommunale systemer som sikrer informasjon og support (Holthe 2015). Myndigheten kunne bidratt til å lette dette arbeidet i kommunene. Gjennom å utarbeide nasjonale anbefalinger og bedre tekniske muligheter kunne flere kommuner kommet raskere i gang med ensrettet velferdsteknologi (Helsedirektoratet 2015). Slike retningslinjer forelå ikke da denne forskningen ble gjennomført og heller ikke da omsorgstjenesten i Oppegård kommune sluttførte prosjektene som har bidratt i denne forskningen.

5.1.1 Hva er velferdsteknologi?

I kontakten med ansatte og pårørende ble begrepet velferdsteknologi brukt og jeg opplevde at det var uklart hva egentlig begrepet velferdsteknologi inneholdt. Så hva tenkte pårørende og ansatte at velferdsteknologi kunne inneholde? Begrepet velferdsteknologi er relativt nytt (Holthe 2015). Og det var rimelig å anta at det ikke var godt implementert i daglig tale.

Flere ansatte fortalte at de kjente til velferdsteknologi, men det var uklart hva som skiller velferdsteknologi, smarte løsninger, omsorgsteknologi, hjelpemidler og tekniske hjelpemidler. Informanter belyste dette ved å si: vi bruker trygghetsalarmer, automatisk døråpner, spyl/tørk toalett, døralarmer, fjernkontroller til dører, flere har ekstra lys på rullestoler, noen har mopedrullestoler de bruker ute. Det er mulig med tilpasset kjøkken med heve/senk overskap eller benk. Mange kjøkkenredskaper kan skaffes i elektriske utgaver. Enkelte pårørende skaffer GPS, døralarmer, nettbrettet Memas og mobiltelefoner.

Men hva var velferdsteknologi? Helsedirektoratet har ikke spesifikke beskrivelser over hva som er velferdsteknologi og ikke, de konsentrerer seg mer om formålet, der velferdsteknologi har forebyggende funksjoner og et pårørendeperspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Informantinformasjonene og feltarbeidet brakte heller ikke frem en klar forståelse av hva velferdsteknologi var.

5.1.2 Informasjon om velferdsteknologi

På pårørendeskolen informerte en ergoterapeut om velferdsteknologi i plenum. Pårørende i salen undret seg over hva det innebar.

Flere pårørende nevnte velferdsstaten og alderstrygd som et gode til eldre. Og om det hadde en sammenheng med velferdsteknologi.

Velferdsstaten bidrar til en trygget alderdom for de fleste gjennom pensjonsordninger, men det bidrar ikke nødvendigvis til en meningsfull hverdag (Daatland og Solem 2007).

Myndighetene burde kommet med en mer spesifikk forklaring på hva som er velferdsteknologi og hva som ikke er. Det er vanskelig å skaffe seg noe man ikke vet hva er. Flere pårørende fortalte hvordan de hadde blitt oppmerksomme på teknologi til eldre i hverdagen, deres erfaringer kan oppsummeres slik:

Pårørende hadde hørt om ny teknologi gjennom venner og kjente eller reklame fra butikker/firmaer som solgte døralarmer, GPS og lignede. Noen hadde sett fjernsynsprogrammer om teknologi til eldre. De fleste kjente til Komfyrvakt, flere hadde familiemedlemmer med dag og nattkalendere. Noen var ikke klar over at det fantes så mange tekniske hjelpemidler og de kjente ikke til visningsleiligheter som Almas hus eller «utstysrommet» i Kolben. Pårørende var mest opptatt av forskjellige hjelpemidler som kunne løse praktiske problemer i hverdagen. De kom med eksempler på praktiske ting som doforhøyere, håndtak i passe høyde, antisklimatter på bad ol.

Oppegård kommune ønsket at både pårørende og ansatte skulle få informasjon og ha kompetanse om velferdsteknologi (Arbeidsgruppa Oppegård 2013, Oppegård 2014). De anbefalte i sitt prosjekt å lage en plan for opplæring innenfor velferdsteknologi for ansatte, pårørende og brukere (Oppegård 2014). Muligheten ligger kanskje i allerede etablerte arenaer i kommunen.

Hvordan få informasjonen ut til de som trengte den? Seniorsentret hadde flere nyttige tilbud til eldre, de ønsket flest aktiviteter knyttet til det friske menneske og minimalt med sykdomsfokus. Prosjektgruppa i Oppegård som jobbet med «Morgendagens Omsorg Lengre i eget liv» anbefalte at informasjon kunne formidles gjennom eldresenter og seniorsenter (Oppegård 2013). Men hvordan finne riktig målgruppe og få kartlagt deres behov.

En informant foreslo at noen kunnet forelest for seniorenne om velferdsteknologi til eldre slik at sykdom ikke ble et tema.

Et av sykehjemmene har treningskjøkken med endel teknisk utstyr /hjelpemidler, her kunne det for eksempel vært felles kvelder med matlaging slik at det var muligheter for å prøve ut hjelpemidler/velferdsteknologi gjennom matlaging og ikke ha sykdom i fokus.

En informant fortalte at hun hadde vært innom dagsentret og prøvd å reklamere litt for smarte løsninger. Hun hadde snakket med to eldre damer 85+ begge med rullator, om de ikke kunne tenke seg automatisk lys på badet om natten. Nei, sa den ene jeg har gatelyset rett utenfor og det lyser opp hele rommet. Informanten tenkte at kanskje komfyrvakt kunne være noe for damene, men heller ikke det var de interessert i, da de brukte vannkoker og mikroovn og det slo seg av selv. Men for å berolige informanten skulle de tenke over hennes forslag når de ble gamle.

Ved å snakke direkte med eldre og andre som kan ha glede av velferdsteknologi, kan man kanskje opprette en kontakt og vekke en interesse hos brukere og pårørende. Men man er ikke eldre enn man føler seg, hvordan vi opplever alder kan være påvirket av omstendigheter i livet som påvirker mennesket positivt eller negativt (Daatland og Solem 2007). Funnene knyttet til velferdsteknologi og informasjon antyder at Oppegård kommune bør satse mer på kommunikasjon med pårørende.

Pårørende som støttespillere er helt avgjørende for riktig opplæring, anvendelse og sammenheng ved bruk av teknologi (Holthe 2015). For å utføre oppgavene trengte pårørende informasjon og opplæring. Pårørende mottok noe informasjon på pårørendeskolen, men det kom frem i foredraget om velferdsteknologi at Follo- kommunene hadde forskjellig praksis vedrørende: Informasjon, tildeling, søknadsprosedyre, montering, tekniskoppfølging, respons og support. Kommunene i Follo-regionen bør ha informasjon kommunevis om søknadsprosedyre, utlevering og oppfølging av hjelpemidler/velferdsteknologi. På demensforum kunne de hatt mer spesifikk informasjon om velferdsteknologi. Demensforum hadde pårørende som en av sine målgrupper, men det var lav deltagelse fra pårørende på demensforum. Flere pårørende hadde muligens benyttet seg av demensforum ved at pårørendeskolen på høsten inviterte til Demensforum på våren. To slike treffpunkter i året kunne bidratt til hyppigere informasjon og sosialt samvær for pårørende.

5.1.3 Kostnader ved velferdsteknologi

Pårørende var opptatt av kostnadene ved velferdsteknologi og muligheten for ulikheter i trygghetsskapende tilbud som medfører endel utgifter.

Pårørende nevnte økonomi og at noe av utstyret som er å få kjøpt blir dyrt da det trengs tilleggs abonnement for mobil og GPS.

Noen eldre har god økonomi og kan kjøpe det de trenger, mens andre ikke har så god råd. Den utfordringen kan medføre at hos noen fungerer velferdsteknologien bedre fordi disse både har råd til riktig utstyr og kan betale for kompetent bistand. Men de som ikke har økonomi til verken GPS eller abonnement får ikke brukt springsteknologi. De seinere årene har også egenandeler på helsetjenester blitt hevet noe som medfører flere byrder for de med dårligst økonomi (Daatland og Solem 2000). Eldre generelt har bedre økonomi, men et kommunalt tilbud bør ta høyde for alle innbyggerne uavhengig av økonomi.

Pårørende foreslo at Follo kommunene burde fått på plass en teknologipakke der utgiftene til ny teknologi beregnes etter egenandelsprinsippet.

Egenandel ved helsehjelp kan beregnes etter personenes inntekt (Ullensaker kommune 2017). Har noen innbyggere flere tjenester som for eksempel trygghetsalarm og hjemmehjelp, kan disse også beregnes hver for seg. På Oppegård kommune sine hjemmesider oppgis ikke priser på overnevnte tjenester (Oppegård kommune 2017).

Flere pårørende antok også at økonomi var en av begrunnelse for at foreldrene ikke ville på sykehjemmet, de fryktet at økonomien ble dårligere.

Pårørendeskolen kunne hatt kostnader ved velferdsteknologi, ulike helsetjenester og opphold på institusjon som et av sine temaer. En person med god kompetanse på området kunne bidratt med flere eksempler, da dette er et komplekst felt. Ved å få klarhet i hva de ulike tilbudene medfører av kostnader på kort og langsikt hadde kanskje flere vurderte og benyttet seg av smarte løsninger, avlastning og institusjonsopphold.

5.1.4 Informasjon og opplæring om velferdsteknologi for ansatte

Oppegård Kommune hadde en målsetning om at ansatte skulle kjenne til hjelpemidler som brukes ved velferdsteknologi. Ved fagsamlinger for helsepersonell kom det frem at informasjonen ikke var så gode som man kunne ønsket og det må arbeides videre med opplæring til ansatte (Oppegård 2013).

I intervjuene fortalte informantene om varierende kjennskap til velferdsteknologi. Noen hadde erfaringer fra tidligere arbeidsteder, men fremholdt at velferdsteknologi utviklet seg raskt, så vi må oppdateres jevnlig. Flere informanter hadde hørt om Almas hus og kunne tenke seg et studiebesøk dit.

Almas hus er en «Velferdsteknisk» visningsleilighet på Aker sykehus. Der tekniske hjelpemidler og demensvennlige omgivelser kan studeres nærmere (Oslo kommune 2013).

Med økte kunnskaper kan personale veilede pårørende og pasienter i bruk av velferdsteknologi til personer med demens, så de kan informere og beskrive teknologi for pasientene også der pasienten ikke selv forstår behovet (Helsedirektoratet 2015).

Helsepersonell må få nødvendig opplæring slik at de kan hjelpe pasienter og pårørende med å balansere daglivets krav og anvende tilgjengelige ressurser (Carnevali 1992). Deler av

omsorgstjenesten hadde tatt tak i dette og hadde tiltak som informerte personale slik at de raskere kunne bistå pasientene i søknadsprosessen hos NAV.

Informanter fortalte om krevende prosesser og manglende oppfølging/opplysninger fra NAV ved søknad om ulike hjelpemidler til pasienter.

Ved innføring av velferdsteknologi bør NAV sin rolle være å bistå kommunene med informasjon om ulike hjelpemidler, søknadsprosedyre, forskjellige installasjoner og daglig drift (Holthe 2015). Men det ble opplevd annerledes i Oppegård.

En informant fortalte at søknader og oppfølging av hjelpemidler utgjorde en stor arbeidsmengde for ergoterapeutene, så noen av de fasteansatte hjelper til og de får nå tilbud om et kurs.

Ansatte og pårørende bør være en naturlig del av dette, de har mye omsorgskompetanse som sammen med regelmessig informasjon og opplæring om velferdsteknologi kan bidra til at personer med demens kan være «lengre i eget liv». Opplæringen av ansatte, brukere og pårørende bør være en kontinuerlig prosess som også innbefatter samarbeide med studiesteder, hjelpemiddelsentraler og andre (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hjelpemidler til personer med demens kan opprettholde vanlige aktiviteter og være til hjelp i dagliglivet for pasient og pårørende (Holthe og Sandberg 2016). Men hvordan skal informasjon og tilbud nå frem til personer med demens, pårørende og ansatte.

Informanter fortalte om kommunens satsning på opplæring i demensomsorg.

Flere ansatte hadde fulgt ABC demens opplæring, som er en landsomfattende kurspakke som bidrar til økt kompetanse hos personale som jobber med personer med demens (Aldring og helse 2017). Noen kommuner hadde satt demenskompetansen inn i et system og anvender kompetansen blant annet ved regelmessige hjemmebesøk hos personer med demens (Nærdal 2016). Oppegård kommune hadde ikke i 2016 en slik oppfølging av pasientene og det er antagelig ikke på grunn av manglende kompetanse, men heller fraværende styringsverktøy og ressurser for den type oppfølging.

5.2 Pårørendes erfaringer i hverdagen sammen med personer med demens

Myndighetene prioriterer at innbyggerne skal bo hjemme så lenge som mulig. Målet kan være lavest eller beste effektive omsorgsnivå (Alvsvåg 2015). Bak tanker om frihet og trygghet for den enkelte, ligger også mulighetene for innsparinger for kommunene. Gjennom at pårørende var nøkkelpersoner ved implementering av velferdsteknologi kan behovet for institusjonsplasser utsettes og omsorgen kan tilbys hjemme hos pasienten (Thygesen og Pols 2015). En slik tankegang involverer mange deltagere, disse kan samlet omtales som et omsorgskollektiv/nettverk (Moser og Thygesen 2013). I et nettverk er det flere aktører som engasjerer seg for at velferdsteknologien skal fungere, noe som innebærer at også teknisk personell og leverandørene er en del av omsorgskollektivet (ibid.). Pårørende til personer med demens kan oppleve at hverdagen byr på mange utfordringer, noen pårørende er midt i livet, bor i nærheten og kan stikke innom sin mor/far/tante/bestemor ganske ofte. Andre pårørende er på pasientens alder, har kanskje i noen år samarbeidet med flere instanser i omsorgskollektivet for å holde hverdagen i gang. Ved å ha omsorg for en person med demens blir demens på en måte også en pårørendesykdom (Jakobsen og Homelien 2011). Pårørende på pårørendeskolen oppgav ikke nødvendigvis omsorgsbyrden som sin største bekymring, men som en av flere refleksjoner i omsorgshverdagen.

En pårørende sa det slik at vi har ikke primært samme sykdom, men sekundært samme oppgaver, det ligner på å ha barn på skolen.

Flere pårørende hadde besøkt Enklere liv og andre butikker som solgte alarmer og tydelige klokker. Mange hadde sett og lest artikler om GPS og hvor kjekt det var, telefon de kunne legge inn faste nummer under tastene på telefonen, slik at tast 1 er datter Bjørg, 2 er nabo Ove osv.

Pårørende fortalte om hyppige oppringninger, ringing til feil person og noen ganger oppringning om natten. De fremhevet to hjelpemidler de mente fungerte godt, det ene var telefon enten med bilde eller ensifrede nummer til den nærmeste familie. Det andre var en enkel klokke med store tall og tydelige visere med den aktuelle dagen i stor skrift under. De konkluderte med at det enkleste ofte var godt nok.

For personen med demens er det viktig å ha kontakt med familie og venner, men for noen kan også en enkel telefon bli trøblete (Holthe 2015). Sykdommen medfører for mange at både korttids og langtids hukommelse svekkes etter hvert, noe som kan bidra til at både telefonnummer og hvem de har ringt til kan være glemt.

Flere informanter var helt tydelige på at skal velferdsteknologi fungere til personen med demens er de helt avhengig av oppegående pårørende som er i nærheten. Noen informanter mente at samarbeide med pårørende er enklere der pårørende er ektefeller eller der flere generasjoner bor i tomannsbolig.

Det innebærer at pårørende bør ivaretas og få nødvendig opplæring, støtte og oppfølging etter kort tid, virker ikke teknologien får pårørende og pasienter lavere motivasjon og hjelpemidlet brukes mindre (Holthe 2015). Sjansen for feilbruk av velferdsteknologi og/eller ikke bruk kan være større der personen med demens har hatt sykdommen en stund. Helsedirektoratets skriver i sin siste rapport knyttet til nasjonalt velferdsteknologiprogram at varslings og lokaliserings teknologi er mest aktuelt for personer med demens, men de tilføyer at det er i en tidlig fase av sykdommen (Helsedirektoratet 2015). En evaluering av et innovasjonsprosjekt knyttet til Almas hus og nytteverdien av velferdsteknologi til personer med demens, refererte til at effekten ved velferdsteknologi var vanskelig å måle (Almas hus 2013).

5.2.1 Pårørendes erfaringer med automatisk kalender

Automatisk kalender kan være til glede for personer som trenger hjelp til å huske dag og tid. Innbyggere i Oppegård kommune som ønsket automatisk kalender fikk dette utlevert raskt. Noe som medførte muligheter for noen og sårbarheter for andre. En type kalendere er innstilt slik at den viser dag og dato, andre har også funksjoner for om det er natt eller dag (Holthe 2015).

Pårørende opplevde at der det var skille på natt og dag skapte dette problemer for personen med demens.

Erfaringene var noe av det samme som helsepersonell opplevde, brukerne ble forvirret og de viste ikke hvilken tid det var på døgnet.

En pårørende fortalte at hun hadde nappet ut kontakten og satt bort kalenderen, moren ringte henne uansett og spurte hvilken dag og tid det var.

Pårørendes erfaringer viste at det som pasienten var kjent med fra tidligere fungerte i noen tilfeller bedre enn ny teknologi.

En sønn fortalte at moren hadde en digital billedramme som skiftet bilder med jevne mellomrom, hun fikk også en automatisk kalender. Etter noen dager observerte sønnen at kalenderen var flytte på. Moren ville ikke ha den på bordet da den ikke byttet bilder som den andre.

Personer med demens kan ha problemer med å lære nye ting og forstå nytteverdien av gjenstander de aldri har sett før. Noen har problemer også med tekniske gjenstander de kjenner fra tidligere og enda større utfordringer med å forklare andre hva som ikke fungerer (Holthe 2015). For å tilrettelegge for bruk av hjelpemidler hos hjemmeboende med demens vil det være nødvendig med kompetanse på demens (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Ved flere av intervjuene og i feltarbeidet til denne oppgaven har spørsmålet om teknikere, vaktmestere og elektrikere bør ha velferdsteknologi og demens som valgfag dukket opp. En slik kompetanse kunne belyst utfordringen med implementering av velferdsteknologi fra flere sider.

5.2.2 En pårørendes erfaring med GPS

Demens svekker evnen til å konsentrere seg om kanskje noe så enkelt som hvilket husnummer bor jeg i. Har den syke da i tillegg orienteringsvansker og redusert hukommelse, blir det utfordringer i hverdagslivet. Flere tiltak kan igangsette for å gi disse menneskene en god alderdom. Utover de allmenne rådene som godt stell og god pleie anbefales det turer ut i naturen, kulturopplevelser og gjensyn med gamle minner (Engedal 2016). Det tilstrebes også at hver enkelt skal få bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Et velferdsteknologisk bidrag kan være GPS. Pårørende i «min» samtalegruppen på pårørendeskolen hadde ikke prøvd ut GPS til sine familiemedlemmer med demens. Men en datter tok opp spørsmålene rundt GPS i plenum og hun fortsatte sin historie i pausen, slik at flere fikk innblikk i hennes erfaringer.

Det hadde fungert rimelig greit med GPS så lenge moren bodde hjemme. Men da moren skulle på avlastning, opplyste sykehjemmet at de ikke hadde teknologiske eller fysiske ressurser til å være respons og support ved bruk av GPS.

På leverandørkonferansen i Oppegård stilte omsorgstjenesten spørsmål til representantene for firmaene om de kunne levere GPS som kunne varsle flere ved behov. Slik at man enkelt kunne velge hvem som skulle være respons, svarene var uklare og omfattende. Alle måtte ha samme type mottaker (les telefon) og samme nettleverandør. Så kommer de med alle disse fremmedordene som ikke alle har helt inne som GSM, HUB, Shepherd osv. Men de konkluderte med at ved å bytte bosted mellom hjemme og institusjon var det ikke mulig i 2016. En representant fra omsorgstjenesten spurte om noen kunne tilby en trygghetsalarm med innebygget GPS eller omvendt, for å redusere antall «dingser» pasienten måtte forholde seg til. Firmaet som fremla sine tjenester for samordning på mirakuløst vis svarte at dette var noe de kunne ordne. Ved direkte spørsmål om dette også kunne omfatte hjemmetjenesten/sykehjemmet og eller frivillige var svaret nei. Forutsetningene var lik de ovenfor, alle måtte ha samme telefon, nettleverandør osv. Ved bruk av GPS var det flere utfordringer, samtykkekompetanse hos bruker var en av dem.

Datteren som tidligere hadde hatt omsorg for andre familiemedlemmer med demens, hadde vært forutseende og utarbeidet en fremtidsfullmakt sammen med moren sin. Der hadde de mange år i forveien skrevet ned hvordan moren ønsket å ha det på alderdommen og hva datteren kunne bestemme. De hadde da et punkt om overvåking ved kognitiv svikt, der moren samtykket i at hvis det var for hennes sikker og trygghet var det helt greit med sporingsteknologi. Sykehjemmet godtok fullmakten og moren kunne bruke GPS, men responsen måtte fremdeles gå til datter når moren var på sykehjemmet.

Lovverket som brukes i dag kan fremstå som komplisert ved bruk av varsling og lokaliseringsteknologi til personer med demens og uavklart samtykkekompetanse (Meld. St. 29 (2012-2013)). Fortellingen over bringer inn mange muligheter ved en godt gjennom arbeidet fremtidsfullmakt. Fullmakten kan inneholde ønsker knyttet til økonomi og arv, men også overvåking ved bruk av GPS, døralarmer ol. Eksempler på fremtidsfullmakter kan skaffes på internett, pårørende i eksemplet ovenfor anbefalte samarbeide med en advokat.

5.2.3 Pårørendes erfaringer med komfyrvakt

Noen vil hevde at der det ikke er kompetente pårørende er bruken av velferdsteknologi usikker (Holthe 2015). Flere av historiene i denne studien forteller om pårørende som opplevde bekymringer ved bruk av teknologi til personer med demens. Og i mange tilfeller var familien den viktigste medspilleren for personer med demens (Kunnskapssentret 2011).

En sønn fortalte at en mann fra kommunen hadde vært og montert et slikt komfyrrur hos moren hans. Hjemmehjelpen hadde oppdaget at platene på komfyren sto på og bedt vaktmester i kommunen komme med en komfyrvakt. Moren forsto ikke hvordan hun skulle bruke uret og hvis hjemmehjelpen skrudde det på før hun gikk, slik at moren kunne lage mat, slukket komfyruret før maten var ferdig og fortvilelsen var stor.

Komfyrvakten kan ha to funksjoner en som kutter strømmen etter en hvis tid og en funksjon som reagere på overopphetning (Helse – og omsorgsdepartementet 2011, Holthe 2015). Personer med demens er ikke så gode på å lære nye ting. Ved at de ikke klarer oppgaver i hverdagen kan de få reaksjoner som angst, sinne, depresjon og fortvilelse (Engedal og Haugen 2009). Pårørende fortalte videre om komfyrvakten.

Sønnen og familien som bodde et godt stykke unna fikk så en telefon fra en oppbrakt mor som ikke forsto hvorfor komfyren ikke virket. Pårørende fortalte at de heller reiste til moren og laget mat et par dager i uken og de hadde koblet ut komfyrvakten.

Belastningen for pårørende kan i mange tilfeller bli veldig høy. For enkelte pårørende som har næromsorg for personer med demens, kan døgnet ligne på en 24 timers vakt der de hele tiden må vise omsorg og være på vakt, pårørende blir slitne og flere har problemer med å sove godt (Jakobsen og Homelien 2011). Pårørende burde opplevd en gevinst ved at moren fikk komfyrvakt istedenfor ble det flere besøk hos moren og de brukte også endel ressurser på å berolige moren gjennom telefon.

En sønn fortalte at han etter samtale med hjemmetjenesten hadde bestilt en slik komfyrvakt til moren sin. Da hun var litt glemsom og komfyren hadde stått på noen ganger. Prosedyren rundt dette var slik at flere personer måtte hjem til moren for at komfyrvakten skulle fungere. Etter hvert ville ikke moren slippe inn disse menneskene som kom til forskjellige tider og presenterte seg som demenskoordinator, elektriker, vaktmester, ergoterapeut osv. Det ble ikke installert noe komfyrvakt hos henne. Hun ble meget mistenksom.

Personer med demens kan ha paranoide tanker (Jakobsen og Homelien 2011). Noe som kan føre til at de ikke får den omsorgen de har rett til. Pasienten kan ha redusert evne til å samordne flere hendelser knyttet til samme tema (Engedal og Haugen 2009). Til personer med demens er det hensiktsmessig at så få personer som mulig er innom i løpet av døgnet og at disse i tillegg har god kompetanse om demens. En måte å løse det på er fastpersonale hos personer med demens som også kan være tilstede når noe skal installeres. Hamar kommune har arbeidslag i hjemmetjenesten som jobber sammen rundt en pasientgruppe (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Grimstad kommune praktiserte noe av det samme i sin «Demensrute» der samme ansatt var innom faste pasienter med jevne mellomrom, slik at pasienten kanskje kjenner igjen de som kommer (Nærdal 2016).

Sønnen fortsatte sin fortelling med, og etter hvert ville hun heller ikke slippe inn hjemmetjenesten når de kom på sine besøk. Sønnen sa med latter i stemmen at når pasientene med demens flyttet til nye leiligheter da var det induksjonskomfyr, den skjønnte de ikke noe av og så var problemet løst.

Innføring av ny teknologi kan bidra til at flere eldre kan bo hjemme lengre, men det skaper også utfordringer i hverdagen. Tilrettelegging for personer med demens bør bidra til at de kan ha et selvstendig og aktivt liv så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

En eldre pårørende fortalte at kona hadde Alzheimers sykdom, hjemmesykepleien var innom en gang i uken og bistod ved dusj og hårvask. En dag hadde han ytret sin bekymring angående at kona kunne finne på å sette på komfyren hvis han var ute et øyeblikk. Hjemmesykepleien anbefalte en komfyrvakt, mannen tenkte at ny teknologi kunne gi trygghet og takket ja. En vaktmester fra kommunen kom innom og monterte komfyrvakten. Etter hvert oppdaget han at hvis de stekte noe i stekeovnen så stoppet uret og strømmen ble kuttet. Han hadde funnet ut at det kom av at varm utlufting fra stekeovnen «lurte» uret til å tro at komfyren var overopphetet. Mannen hadde en nabo med demens, med sammen komfyrur og samme problem. Etter hvert fant han ut at hvis han hadde en trebit liggende halvt over utluftingen, var problemet løst. Han praktiserte dette hjemme og ved flere anledninger ringte naboen fordi komfyren var slukket og da brukte de den samme type trebit hos han.

Tilrettelegging i hjemmet for personer med demens må bygge på samarbeide og respekt for pårørende (Holte 2008). Informantene derimot forteller om hvordan de selv ordner og fikser for at teknologien skal fungere. Noe som i utgangspunktet ikke er uvanlig ved innkjøp og

oppdatering i hjemmet. Men det ble utfordrende der pårørende opplevde dette som en tilleggs belastning utover den daglige omsorgen for ektefelle med demens.

5.2.4 Pårørendes bekymringer

Pårørende til personer med demens har store omsorgsbelastninger og kan få redusert egen helse (Jakobsen og Homelien 2011). Pårørende kan oppleve isolasjon og mindre sosial omgang, fordi de er veldig slitne og ikke har krefter til mer enn hverdagen. Støttende sosiale relasjoner kan dempe stress og negative tanker hos pårørende, mens redusert sosialt nettverk kan være belastende (Smebye 2008). Andre pårørende kan oppleve at tapet av en ektefelle eller annen nære familiemedlem til en demenssykdom medfører sorg og krisereaksjon (Drivdal 2008). Personen er fysisk tilstede, men sykdommen har påvirket adferden slik at personen er en annen (ibid.). Noen pårørende var også bekymret for den av foreldrene som ikke hadde demens.

En datter utalte det er mor som holder hjulene i gang, hun sørger for felles måltider, spaserturer og hagearbeid.

Både i felles samlingene og i gruppesamtalene på pårørendeskole kom det frem at pårørende hadde noen ekstra bekymringer i hverdagen. Pårørende brakte frem at de var engstelige for at deres ikke skulle få tilstrekkelig stell og pleie. Jeg har valgt å ta med noen av disse refleksjonene da de var med til å danne et bilde av pårørendes hverdag.

En fortalte om moren som hadde gått ned flere kilo, da maten bare ble satt foran henne.

Denne utfordringen er også aktuell som oppslag i nyheter og dagspresse (Dagbladet 2017).

Pårørende fortalte at mor eller far spiste godt når de var sammen med andre og maten var satt frem.

Personer med demens har en kognitiv svikt som medfører reduksjon i egen handlekraft. De kan ha nedsatt evne til å handle inn mat, de klarer ikke å tilberede den og ofte glemmer de å spise. Noen pårørende hadde hørt om huskeklokker som nærmest sa fra at nå er det tid for mat. En huskeklokke kan fungere til pasienter som husker korte beskjeder og utfører det umiddelbart (Holthe 2015). En huskeklokke som sier at nå er det kveldsmat, hjelper ikke

pasienten med demens hvis ikke maten er smurt, satt frem og noen er tilstede og minner de på å spise og drikke. For noen personer med demens kan en huskeklokke med nye lyder skape uro (Engedal og Haugen 2009). Tilstrekkelig ernæring og gode måltider er utfordrende hos personer med demens. Mellom delvis å klare seg selv og bli mer hjelpetrengende kan hjemmetjenesten være et alternativ.

En datter fortalte om moren som fikk påsmurt mat av hjemmetjenesten, asjetten ble satt i kjøleskapet. Når datteren åpnet kjøleskapet hos moren kunne det stå 4-6 asjetter med mat og flere kartonger med sur melk. Ved pårørendes henvendelse til hjemmetjenesten undret de ansatte seg over manglende spising, da pasienten alltid sa at hun hadde spist. Datteren avsluttet fortellingen med: Det har ingen hensikt å smøre mat til noen som ikke spiser den.

I noen kommuner deles hjemmetjenesten inn i soner eller distrikter, som kan deles inn i områder / arbeidslister etter geografi. Demensplan 2020 foreslår at forskjellige arbeidsformer og tjenester kan prøves ut for å bistå personer med demens og deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Et tiltak kan være å tildele «Samspising» som en tjeneste, der ansatte fra hjemmetjenesten har ressurser til å være tilstede mens pasienten spiser. Samtidig kan det observeres om det er oppvask eller matrester på benken eller andre ting som tyder på spising når vedkommende er alene. Det bør avklares hvem som har ansvaret for ernæring til hjemmeboende pasienter om det er hjemmetjenesten eller pårørende (Jakobsen og Homelien 2011). Omsorgskollektivet kan også samarbeide om ernæringstiltak, noen kan handle, andre lage mat og spise sammen med personen med demens.

Informantene på pårørendeskolen fra Follo kommunene var kritiske til utstakt bruk av hjemmetjenesten. Det kom frem at belastningen på pårørende ble stor ved at syke eldre bodde hjemme lengre. En Informant sa at når pasienten ikke kan ta vare på seg selv, må de på sykehjemmet, også når pårørende ikke orker mer.

Ved besøk fra hjemmetjenesten har pårørende og pasienter redusert oversikt over hvem som kommer og når de kommer (Fermann og Næss 2008). De ansatte har heller ikke anledning til å være tilstede under måltidet, da de har flere pasienter som venter. Det kan også ha sammenheng med at det er mange ansatte som besøker pasientene. Kanskje det bør satse mer på ernæring hos personer med demens. Tilstrekkelig ernæring bidrar til å opprettholde helse og aktiviteter, noe som fører til mindre sykdom (Brodtkorb 2008). Med bedre helse kan en del eldre bo hjemme lengre og nytte gjøre seg av velferdsteknologi.

Pårørende bør få hjelp og oppmuntring til avlastning og til opprettholdelse av sosiale nettverk (Smebye 1999). Så kan de ta bedre vare på seg selv, da de står ofte i omsorgsoppgavene i lang tid da demens er en sykdom som ikke går over.

Flere pårørende nevnte dagsenter som et positivt tiltak for personer med demens og pårørende. Pårørende opplevde det som trygt at de viste hvor pasienten var og kunne ta det med ro de timene og de fleste opplevde at pasienten ønsket å reise på dagsentret. Flere fortalte om problemer med å få foreldrene avgårde til dagsentret, mens en pårørende fortalte at moren hans gledet seg til hver dag på arbeidsstua som hun kalte det.

Et dagsenter for personer med demens kan bidra med kjøring til og fra, faste måltider, fysisk og sosiale aktiviteter. Pårørende hadde mye erfaring og forslag til tiltak, det hadde også helsepersonell som ble intervjuet, men noen ganger sett fra et annet perspektiv.

5.3 Helsepersonells erfaringer

På demensforum var det demonstrasjon av MEMAS- nettbrett og i salgsreklamen ble lettheten med programmet fremhevet. MEMAS er et dataprogram lastet ned på et nettbrett. MEMAS er i følge informasjonen «Enkel huskehjelp, for personer med kognitiv svikt, deres pårørende og omsorgspersonell, som vil gi færre bekymringer, økt trygghet og glede» (Memas 2015). Et eksempel fra MEMAS representantene var at hvis pasienten skulle til legen kunne de bare ta med nettbrettet og få skrevet inn neste time. Helsepersonell som var tilstede argumenterte med at disse pasientene muligens ikke husket legetimen sin, så hvordan skulle de huske å ta med nettbrettet.

En informant fortalte at noen må programmere og legge inn gjøremålene. Brukeren er helt avhengig av oppegående pårørende som kjenner til for eksempel en legetime og legger den inn til visning på brettet.

Informantene kjente til pasienter som hadde MEMAS og utfordringene rundt brettet. Personalet hadde over lengre tid bistått pasienter med å organisere avtaler på nettbrettet, men etter hvert ble det vanskelig for pasientene å mestre brettet. Hos pasienter med demens kan den *prospektive* hukommelsen bli svekket tidlig i demenssykdommen, *prospektiv* hukommelse er knyttet til blant annet fremtid og planlegging (Rokstad 2008).

Flere informanter fortalte om pasienter som ikke helt forsto hvem dag det var og trykket på brettet, hvor skjermen hoppet til et annet tema og dagens gjøremål var borte for pasienten.

Nettbrettene burde vært utformet slik at de automatisk vendte tilbake til riktig dag, hvis noen gjorde litt feil.

En informant fortalte om en pasient som ikke helt forsto nettbrettet lengre, men at pårørende fortsatte å legge inn avtaler og beskjeder, noe som uroet pasienten da den ikke mestret teknologien lengre.

Pårørende som bodde et stykke unna oppdaterte ofte nettbrettet fra sin PC, de la også inn fødselsdager som de ønsket å minne pasienten på. Pasienten behersket ikke nettbrettet og henvendte seg ofte til personalet for hjelp. Primærkontakten hadde ved flere anledninger kontaktet pårørende for å komme frem til en bedre løsning for pasienten. Personalet hadde valgt å gå tilbake til bruk av vanlig almanakk som pasienten kjente til fra før.

5.3.1 Erfaringer med automatisk kalender

Automatiske kalendere kan være litt forskjellig utformet, en type kalender var innstilt slik at natt varte frem til åtte på morgenen, flere eldre stod opp tidligere enn det og ble forvirret av at det var natt på kalenderen. Endret døgnrytme kan forekomme hos personer med demens (Rokstad 2008). En omsorgsutfordring for hjemmetjenesten som også ble omtalt innledningsvis.

Informanter fortalte om pasienter som opplevde at ved å få beskjed om at det var natt frem til åtte, kunne pasientene finne på å legge seg igjen og sove utover formiddagen.

Ved å sove på dagen kan man få problemer med konsentrasjonen og oppmerksomheten, noen vil også få innsovningsvansker. Eldre mennesker har noen ganger endringer i søvnmønstret som medfører at de sovner tidligere på kvelden og våkner før på morgenen (Rokstad 2008).

Informantene fortalte at de hos flere pasienter hadde de observert at kalenderen ikke var i bruk.

Som nevnt tidligere kunne pasienten med demens hatt nytte av kontinuerlig oppfølging av helsepersonell med demenserfaring. Det anbefales en primærkontakt som kjenner pasienten og kan vurdere endringer hos pasienten gjennom faste besøk (Nærdal 2016). Den faste

kontakten kunne da observert om kalenderen var funksjonell for brukerne og eventuelt tilbudt å bytte i en annen type kalender.

5.3.2 Erfaringer med GPS og døralarmer

Prosjektet *Lengre i eget liv* beskrev utprøvingen av GPS som et positivt tiltak for pasienten og gav sykehjemmet mulighet til testing av velferdsteknologi (Oppegård 2014). Det viste seg å være en rekke utfordringer med teknologien rundt GPS, utfordringene rettet seg i størst grad til hvordan sykehjemmet var bygget med tykke vegger og store områder ute og inne (ibid.). Personale på sykehjemmet opplevde ustabil nettdekning og en type «etterslep» som medførte at signalene fra GPS kom frem for seint i forhold til hvor pasienten befant seg, gjennom henvendelse til firma som leverte sporingssystemet fikk de tilbakemelding om at det var brukerfeil (ibid.). Sykehjemmet hadde i 2013 en pasient med demens som ønsket å gå tur. Pasienten kunne vandre av sted og ikke finne tilbake og ble en gang funnet i Oslo veldig forvirret (Oppegård 2014). Sammen med pårørende ble det enighet om å la pasienten prøve GPS. Sykehjemmet kjøpte inn GPS og opprettet kontakt med et privat sporingssfirma, pårørende betalte abonnementet. Pasienten ble vurdert som trafikk sikker og var motivert for GPS. Både pårørende og personale opplevde at pasienten hadde stor glede av turene og var enige om at det var positivt å prøve ut GPS. Pasienten forsto selv at hun måtte ha med seg «dingsen» når hun skulle ut (Oppegård 2014). I forbindelse med utprøvingen ble pasienten vurdert samtykkekompetent og sykehjemmet utarbeidet ikke prosedyrer til pasienter med demens som ikke var samtykkekompetente ved denne utprøvingen.

Utprøvingen kunne vært bedre planlagt og ikke i sommerferien med mange vikarer. Faste personale med kjennskap til GPS ville raskere kunne bidratt til ønskede tiltak rundt brukeren (Oppegård 2014). Gjennom at de også hadde kjennskap til pasientens mønster for når hun ville gå på tur, hvor hun gikk og hvor lenge hun ble borte. Betydningen av rask informasjon og god kjennskap til personen med demens kom også flere informanter innom. Personer med demens kan ha problemer med å forstå klokken og døgnrytmen, de kan stå opp midt på natten (Jakobsen og Homelien 2011).

En informant fortalte om en pasient der døralarm fungerte, pasienten bodde sammen med datter og familien. Datteren var hjemmeværende og sprekere enn moren. Når moren prøvde å gå ut plinget døralarmen fra Clas Olsson og datteren avledet moren.

Datteren bidro til at moren kunne bo hjemme lengre og samtidig kunne datteren følge med uten å overvåke kontinuerlig. Resultatene fra prosjektene i Oppegård og informant informasjonen inneholdt flere historier der teknologien fungerte best i boenheter med personale. Oppegård kommune hadde prøvd ut døralarmer i omsorgsbolig som var bemannet med personale. De hadde ikke prøvd ut døralarmer eller GPS hjemme hos brukere (Oppegård 2013). Det var også andre fortellinger om pasienter som kunne hatt glede av velferdsteknologi, men pårørende var ikke bosatt i nærheten.

En informant fortalte om en pasient som kunne hatt nytte av døralarm og GPS. Mannen hadde gått ut midt på natta for å ta en Taxi. Han trodde det var morgen og han hadde legetime. Hvis han hadde hatt døralarm så kunne noen stoppet han og hadde han kommet seg av sted ville en GPS gjort at han ble funnet. Hun avsluttet historien med å si, at mannen hadde god råd, men han hadde hverken døralarm eller GPS da familien bodde i en annen landsdel og hadde ikke anledning til å bistå han i hverdagen.

I historiene over er personen med demens avhengig at noen i omsorgskollektivet er tilgjengelig, forstår problemet og kan komme på kort varsel. Både tilstrekkelig økonomi og tilgjengelige pårørende bør være involvert. Myndighetens forventninger var at pårørende skal oppleve trygghet, mindre stress og færre bekymringer (Helsedirektoratet 2015).

Omsorgstjenesten i kommunene bør ha tjenester som kompensere for pårørendeomsorg. Et tiltak som burde vært igangsatt var samarbeid med frivillige organisasjoner, enkelt personer og andre som ønsket å bidra i hverdagen for personer med demens.

5.3.3 Helsepersonells erfaringer med trygghetsalarm

Trygghetsalarmene i Oppegård kommune går til firmaet SOS internasjonal som sortere alarmene og ringer opp hjemmetjenesten. Annen trygghetsskapende teknologi må pårørende respondere på selv. Trygghetsalarm har vært brukt som varslingsteknologien i omsorgssektoren i Norge i mange år (Alvsvåg 2015). Den kan utløses ved fall eller andre situasjoner der den hjemmeboende føler seg uvel eller ikke er i stand til å ringe etter hjelp, men benytter alarmen. De som mottar alarmen kan ringe opp på brukerens telefon og over høyttaler snakker med den som utløste alarmen, hvis personen trenger hjelp eller ikke svarer reiser hjemmetjenesten ut til vedkommende og sjekker situasjonen. Pårørende kan oppleve

trygghet ved at pasienten har trygghetsalarm og kan trykke på den ved behov, men det er verre når de faller på badet og alarmeren er på soverommet.

En informant fortalte om en hjemmeboende mann som hadde alarmeren veldig høyt opp på armen fordi han var redd for å komme borti den. Hun kjente også til flere som av samme grunn hadde tatt alarmeren av og lagt den i nattbordet, ei tok den av ved toalettbesøk og dusjing da hun var redd den skulle bli våt.

Omsorgsplanen for Oppegård kommune legger opp til styrking av hjemmetjenesten i planperioden 2006-2016 (Strategiplan 2006). Hvis dette er gjennomført var det rimelig å anta at hjemmetjenesten kan bruke flere ressurser på oppfølging av trygghetsalarmene.

Informantene roste satsningen på hjemmetjenesten i Oppegård kommune og hadde tro på at de hadde kapasitet til å håndtere mange forskjellige alarmer.

På leverandørkonferansen ble det orientert om ulike merker varslingsteknologi.

Representantene fra Oppegård kommune fulgt opp med spørsmål om samarbeid mellom pasient/bruker, pårørende og kommunen. I forhold til om de ulike alarmsystemene kunne samordnes, de la frem senarioet, hvis pasienten har trygghetsalarm så virker den inne og er vedkommende ute så virker GPS og eller omvendt. Spørsmål var da om alarmene kunne samles og behandles av samme leverandør? Det kom ingen utfyllende svar på det, men det ble redegjort for at det hadde vært utprøving av mobile trygghetsalarmer i andre kommuner, noe de anbefalte Oppegård å vurdere. Med en mobil trygghetsalarm kan personen være utendørs og fortsatt tilkalle hjelp, noe som kan gi større bevegelse områder for brukeren (Helsedirektoratet 2015).

Flere pårørende gav tilbakemelding på at dagens trygghetsalarmer var kostbare.

Trygghetsalarm er knyttet til et telefonabonnement og i mange kommuner til det eldre analoge nettet. Oppegård opplyste at de planla en oppdatering av trygghetsalarmene slik at de kunne anvende digitalt nett, noe som ville medføre økte utgifter for brukerne. Arbeidet med å implementere funksjonelle alarmer hadde utfordringer og kunne fremstå som komplisert.

En informant fortalte at det kom tre forskjellige installatører fra NAV da en av hennes pasienter skulle ha en type trygghetsalarm og etterpå måtte hun og pårørende koble litt selv.

Det kan dreie seg om å finne riktige ledninger, koblinger og noen ganger også bytte eller endre abonnement for at teknologien skal virke.

Informantene fortalte også at det ikke er systematisk oppfølging av trygghetsalarmer og det er vanskelig å anslå hvor mange som lå ubrukt rundt omkring.

Oppegård kommune hadde ikke faste kriterier for tildeling av trygghetsalarm i kommunen, de som ønsket alarm installert fikk det (Oppegård 2014). Både pårørende og ansatte kjente til trygghetsalarmer eller klokke/smykke alarm som den også kalles som ikke var i bruk. Det var vanskelig å fastslå hvor mange trygghetsalarmer som var i drift 24/7. Kommunen hadde ikke fast oppfølging av trygghetsalarmene, hverken knyttet til bruk, hyppig bruk, ikke i bruk og det var utfordrende å kartlegge hvor mange som kunne bo hjemme lengre med trygghetsalarm. Noen eldre lot også være å bruke alarmer da de var redd for at situasjonen ikke er alvorlig nok (Oppegård 2014). Det er mulig at det begrepet trygghet burde settes sammen med noe mer positivt enn det litt skremmende ordet alarm.

Informanter fra hjemmetjenesten gav utrykk for at det var bedre å reise ut en gang for mye, enn for lite, men noen pasienter var redd for å være til bry.

På leverandørkonferansen ble det stilt spørsmål om det var mulig å ha et elektronisksystem der det ble sjekket om trygghetsalarmene var i bruk. Et slikt system kjente de ikke til, men de beskrev en jevnlig oppkobling med sjekk om alarmer virket. Men det registrerer ikke noe for de alarmene som ikke brukes. Et tiltak kan være at noen har ansvaret for å sjekke at alle trygghetsalarmene er i bruk og gir den tiltenkte trygghet for pasient og pårørende.

En informant fortalte, vi tar ikke i mot døralarmer det må pårørende gjøre selv og de bruker alarmer fra enklere liv og andre steder, vi kjenner ikke til alle alarmtypene de har.

Kommunikasjon med pårørende og personen med demens om behovet for tjenester og forskjellige tekniske muligheter vil være nødvendig for å kartlegge brukerbehovet (Oppegård 2014). En av gevinstene med velferdsteknologi til personer med demens var at pårørende skal oppleve større trygghet i hverdagen (Helsedirektoratet 2015). Det kan være vanskelig å måle da pårørende ikke vet om far har trygghetsalderen på armen eller om den ligger i vinduskarmen.

For å kartlegge pasientens behov og ressurser kan forskjellige metoder benyttes. Oppegård kommune jobbet aktivt med hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering har som målsetning å gi brukerne bedret egenmestring og mulighet til å være i eget liv så lenge som mulig (Meld. St. 29 (2012-2013)). En dansk undersøkelse fremhever hverdagsrehabilitering

og samarbeide som viktige faktorer for « Længst Muligt i Eget Liv» (Dansk Sundhedsinstitut 2011). Viktige elementer som også informantene nevnte.

En informant fortalte at her på sykehjemmet hadde vi en pasient som hadde vært på sykehuset med et brudd, han hadde også demens. Han ble trent opp til å klare mange ting i hverdagen selv, da vi skulle sende han hjem var kona for sliten til å ta han i mot, så da ble han her.

Med velferdsteknologi som trygghetsalarm, GPS og noen praktiske hjelpemidler kunne muligens denne pasienten bodd hjemme lengre. Der pasienten bor sammen med eller har hjelp og kontakt med pårørende daglig, spiller disse en viktig rolle i hverdagsrehabilitering. Enten det dreier seg om hjelpemidler som toalettstol, diverse håndtak, trappeheis ol. eller abonnement til GPS, trygghetsalarmer og døralarmer er pårørende viktig i samarbeid ved endringer og nye oppgaver i hverdagen.

5.4 Velferdsteknologi og demens fremover i Oppegård kommune

Oppegård kommune har i likhet med mange andre kommuner utbygging av boliger i sentrums nære områder, det er usikkert om noen av de private utbyggerne har velferdsteknologi i sine prosjekter. Implementering av velferdsteknologi bør også innbefatte private investeringer (Meld. St. 29 (2012-2013)). Informantene var ikke kjent med om Oppegård kommune hadde samarbeid med private utbyggere om smarte løsninger/ velferdsteknologi som i dag og/eller seinere kunne implementeres i kommunens tilbud.

En informant fortalte at det var utfordringer knyttet til private utbyggere og næringsutviklere i Oppegård kommune ved for eksempel innstallering av elektroniske dørlåser.

Pasienter som har besøk fra hjemmetjenesten har i dag en nøkkelbeholder ved sin inngangsdør. Hvis leilighetene ble utstyrt med egnet teknologi, kunne hjemmetjenesten ved å ha brukerens dørkode sammen med brukerinformasjonen, låst seg elektronisk inn hos brukerne. Det ville redusert utvendige nøkkelbøks som viser at her har beboerne behov for omsorgstjenester og samtidig dempet felles bekymringer for nøkler på avveie. Samarbeide mellom kommunen og næringslivet bør videreutvikles. Gjennom en felles samarbeidsarena der private investorer, utbyggere og representanter fra kommunen kunne diskutert og planlagt velferdsteknologiske løsninger. Et slikt samarbeid kunne bidratt til enklere oppstart/ bruk av velferdsteknologi i hverdagen også for personer med demens.

Oppegård kommune har en demenskoordinator som besøker mange hjemmeboende med demens og arbeider mye med tilrettelegging i egen bolig for personer med demens og deres pårørende. Ved å utvide med flere fagstillinger øremerket demens kunne det blitt anledning til målrettet satsing på teknologi til personer med demens og deres pårørende.

Demenskoordinator kunne hatt en rådgivenderolle i boligutvikling til eldre og personer med demens og bistått blant annet ved installasjoner av velferdsteknologi i boliger.

Omsorgstjenesten i kommunen så behovet for at pårørende stilte opp og ønsket å gi pårørende et variert tilbud der samtalegrupper, fellessamlinger, demensforum og pårørendeskole inngår. En av arbeidsgruppas anbefalinger var at Oppegård kommune samarbeidet med flere aktører rundt implementeringen av velferdsteknologi og at pårørende ble inkludert fortløpende (Arbeidsgruppa Oppegård2013). Kommunen bør også aktivt trekke til seg flere gode hjelpere, frivillige og foreninger som ønsker å bidra over tid.

Informantene kjente lite til organisert frivillig arbeid som for eksempel gjennom Frivilligsentralen, Seniorsentret, Seniorkontakt ol., der personer med demens var inkludert.

Erfaringsdataene som er samlet inn tyder på at samarbeide og informasjon på tvers kan være gode hjelpemidler i arbeidet med implementering av velferdsteknologi i Oppegård kommune. Dette kommer også frem i rapporten fra prosjektet i Oppegård kommune (ibid.).

Det er flere modeller for hvordan pårørende og omsorgstjenesten kan dele omsorgen for personer med demens. På demensforum fikk vi høre at Grimstad kommune hadde «Tiltakspakke demens» der de hadde en egen *Demensrute*, det vil si at alle pasientene med demens hadde egen primærkontakt og det var samme personale som kom på besøk til faste tider (Nærdal 2016). Noe lignede har flere kommuner i Norge, Sverige og Danmark der de har en ordning med hjemmebesøk hos eldre som ønsker det (Fermann og Næss 2008). En demensrute kunne bidratt til å fange opp ressurser og utfordringer hos pårørende og pasienter tidligere i Oppegård kommune

Informantene fortalte om pasienter som opplevde utrygghet ved å bo i egen bolig. De ønsket kanskje å få bo sammen med andre enten i et bofelleskap eller på sykehjem.

Kommunen ønsker å åpne flere sykehjems plasser ved behov (Strategiplan 2006). Men det er komplekst da noen eldre ønsker å være alene og styre hverdagen slik de alltid har gjort, til tross for at de ikke klarer det lengre. Oppegård kommune bygger også boliger til personer

med demens, disse boligene bør tilrettelegges med muligheter for både praktiske hjelpemidler og velferdsteknologi.

Flere informanter stilte spørsmål ved organiseringen av disse boenhetene og da spesielt med fokus på egnetheten for eldre med demens

Personer med demens kan i varierende grad ha nytte av velferdsteknologi, men utover i sykdomsforløpet vil de også ha behov for andre omsorgstjenester. Det anbefales at kommunene tilbyr helsehjelp som inneholder både velferdsteknologi og praktisk bistand (Helsedirektoratet 2015).

Informantene fremhevet innbyggernes helse som det viktigste kriteriet for å motta hjelp utenfra. Den dagen de ikke klarte seg selv hjemme lengre eller ikke klarte å stelle sine egne lengre var sykehjemmet et alternativ.

5.4.1 Fremtidens muligheter og sårbarheter

I prosjektplanen til denne oppgaven var det planlagt å intervjuje pårørende til personer med demens og gjerne få anledning til å stille spørsmål om deres ønsker for egen omsorgssituasjon. Da det ikke ble aktuelt å intervjuje pårørende fikk alle informantene et av spørsmålet som var tiltenkt pårørende. Informantene var voksne personer uten kognitiv svikt, Hensikten med spørsmålet var å få frem noen individuelle ønsker som kanskje kunne anvendes i fremtidens tilrettelegging av velferdsteknologi.

Hvis du/dere fritt kunne sette sammen et omsorgstilbud tilpasset pårørende og en person med demens. Hvordan ville det sett ut?

Informantene ble «instruert» om at de skulle sette seg selv i enten pårørende eller personen med demens sitt sted. Flere opplevde denne fremtidstenkingen som spennende. Etter en ganske lang pause sa en informant

Jeg vil klare mest mulig selv, jeg vil ha tilrettelagt bolig med gangavstand til sentrum. Så lite hjemmetjeneste som mulig, men litt tilsyn så de vet, det går bra med meg. Kanskje noen tekniske innretninger så jeg kan dusje uten å vente på hjemmetjenesten hele dagen.

Flere svarte noe lignende og fremhevet retten til selvbestemmelse og verdighet.

Jeg vil bo hjemme i eget hus, bæres ut med skoa på, ha stort bad, tekniske hjelpemidler slik at jeg for eksempel kan måle blodsukker og sende over til hjemmetjenesten.

Det var nok utfordrende å tenke seg selv som rammet av demens, en sa:

Jeg er så klart ganske klar og har Ipad med forskjellige APPer som hjelper meg, jeg vil ikke dikteres, men være uavhengig.

Refleksjonene var interessante da man i arbeidet med å tilrettelegge for personer med demens, stort sett må basere seg på erfaringer fra pårørende. Da demenssykdommen kan redusere personene med demens sin evne til å uttrykke seg om egen situasjon. Demensplan 2020 bygger på samarbeid både med pårørende og personer med demens, så samfunnet i tiden fremover kan bli mer demensvennlig (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). For oss som er friske er det utfordrende å se for oss at vi kan få demens engang og hvilke behov vi får da.

5.5 Etiske refleksjoner

Pasienten bør få så mye informasjon som mulig slik at de kan ta valg som prioritere deres interesser (Molven 2002). Personer med demens kan få nedsatt dømmekraft og noen ganger ha behov for at andre tar gode avgjørelser på deres vegne. Etisk refleksjon handler om å vurdere ulike situasjoner som oppstår til det beste for den det angår eller slik vi antar at personen ville valgt selv. Etikken drøfter hva som er rett, galt, godt, vondt og hvordan vi skal gjøre det riktige (Aadland 1998). I intervjuene beskrev noen av informantene lovverket og taushetsplikten både som sårbarheter og muligheter ved etisk refleksjon og da spesielt velferdsteknologi med sporings muligheter. De nevnte utfordringer knyttet til dokumentasjon som et emne.

Informanter reflekterte over scenarioet der Hansen hver dag går til sin gamle venninne og blir hentet der, skal kona og dattera vite det? Og hvor og hvordan dokumenterer vi det?

Etiske utfordringer bør være grundig vurdert slik at kommunen har felles retningslinjer for sporingsdokumentasjon. Helse- og omsorgsdepartementet uthever i notatet Etiske utfordringer ved velferdsteknologi og omsorg, flere punkter som: Verdighet, privatliv, kontakt med andre mennesker, involvering av pårørende og helsepersonell i forbindelse med teknologi (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Sporingsteknologi anvendt til personer med demens er et veldig omfattende emne som vi bare så vidt er innom her. Pasientene opplever ikke

nødvendigvis overvåkingen som problematisk da de ikke helt forstår at de blir overvåket (Helsedirektoratet 2015). I mange situasjoner blir det de pårørende som kjenner personen med demens godt som tar beslutninger i hverdagen. Mens andre eldre har underskrevet et samtykke der de godtar den behandlingen eller tiltakene som igangsettes (Molven 2002). Og noen har en fremtidsfullmakt der de på et tidligere tidspunkt har samtykket i beslutninger som gjelder for eksempel helse og økonomi.

I intervjuene ble også andre temaer brakt frem, informantene fortalte om situasjoner der de lenge hadde veid for og imot. De var som nevnt opptatt av taushetsplikt og valid dokumentasjon, men de reflekterte også jevnlig over egen moralsk praksis.

En informant hadde vært med å sende en mann på sykehjemmet som ønsket å bo hjemme, hun hadde flere ganger reflektert over om det hadde vært riktig å frata han hjemmet og som hun sa verdigheten.

Hennes dilemma dreide seg om pasientens rett til selvbestemmelse og behovet for tilstrekkelig helsehjelp. Noen ganger anvendes begrepet informert samtykke, pasienten samtykker ikke i mer enn det den forstår (Andenæs og Olsen 1992). For personer med kognitiv svikt og deres pårørende er det utfordrende å sette seg inn i hva personen ønsker.

Noen informanter nevnte at hvis de skulle oppfordre pårørende og pasienter til dyre innkjøp og abonnement ved velferdsteknologi. Kunne de komme i situasjoner der de opplevde det etisk utfordrende ved nærmest å påføre pårørende og pasientene utgifter gjennom å anbefale innkjøp fra Enklere liv, Ekspert og kommunale hjelpemidler/teknologi.

Det er forskjell på å anbefale et par brodder av den billigste typen som koster cirka hundre kroner og for eksempel en trygghetsalarm. Førstegangs anskaffelse av en trygghetsalarm med lader ligger på cirka 2000,- kroner. Hjemmeboende må også betale leie for alarmen og telefonkostnader, dette kan beløpe seg til 300-600,- kroner pr mnd. (Ullensaker kommune 2017). Pasientene og pårørende kan bli påført en større kostnad og det kan bli et omsorgsskille mellom de som har god økonomi og de med redusert økonomi. Det dannet seg etiske dilemmaer med bakgrunn i hvem som har råd til for eksempel trygghetsalarm og ikke.

Likebehandlingsprinsippet tilsier at sykepleieren skal behandle alle pasienter likt og behandlingen skal være faglig begrunnet (Andenæs og Olsen 1992). De ansatte ønsket i utgangspunktet å tilby alle pasientene samme tjeneste, noe som var utfordrende der økonomien var avgjørende. Etisk refleksjon er viktig i samhandling med personer med

demens, både helsepersonell og pårørende viste engasjement rundt respekt og selvbestemmelse. To viktige elementer som også i myndighetens fremhever i Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

6 KONKLUSJON

Problemstillingen i denne oppgaven etterspurte pårørende og helsepersonells erfaringer med velferdsteknologi til personer med demens. Og en konklusjon bør inneholde ny kunnskap og si noe om hva det betyr for problemstillingen (Dalland 2007). Gjennom intervjuer, samtaler og mange fortellinger har det kommet frem mye om erfaring rundt velferdsteknologi, men også mye, mye mer. Helsepersonell og pårørende har bydd på seg selv og fortalte historier fra hverdagen med personer med demens som strakte seg langt utover implementering av velferdsteknologi.

6.1 Mirakler til alle

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har jeg blitt kjent med velferdsteknologi fra flere ståsteder. utfordringene skiller seg ikke vesentlig fra ordinær omsorg for personer med demens, der alle de gode deltagerne i omsorgskollektivet må være på plass og klare for å hjelpe til. Skal en person ha GPS må pårørende tilnærmet samme type telefon, de må være tilkoblet et nettverk som har karttjeneste for GPS. I området der de bor må signal forholdene være optimale, de må enten selv være hjemmeværende og ha bil eller ha hjemmeværende gode hjelpere med bil som kan trå til raskt. Har en hjemmeboende person med demens komfyrvakt eller automatisk kalender må pårørende regne med å stille opp for at det skal fungere. Flere lignede erfaringer kom også frem ved bruk av det som betegnes som smarte løsninger, velferdsteknologi, omsorgsteknologi osv. Så en av suksessfaktorene for at teknologien skulle virke var nære pårørende og et godt fungerende omsorgskollektiv rundt personen med demens.

Det var noe av det samme omsorgstjenestens arbeidsgruppe konkluderte med i sin rapport (Arbeidsgruppa Oppegård 2013). Jeg har gjennom denne forskningen på velferdsteknologi til personer med demens tilnærmet de samme erfaringer, men anbefaler at kommunen legger enda større vekt på samarbeide med pårørende og frivillige. Det bør også være klargjort opplæring og inkludering av deltakerne i omsorgskollektivet før flere «Dingser» inntar ulike arenaer. Da det ikke hjelper med trygghetsalarm hvis den ikke er i bruk.

Gjennom tidene er det gjennomført flere åpenbaringer der historiene forteller at *Mirakler* har utrettet mye bra. Ved implementering av velferdsteknologi i Oppegård og andre kommuner i Norge trengs det antageligvis mer enn fem aktører og to «Dingser» for å anvende teknologi

til personer med demens (fritt etter Lukas 9 (Det nye testamentet 2005)). Det forutsetter at aktørene i omsorgskollektivet er motiverte, tilstede i hverdagen, økonomisk rustet og de bør like teknikk. Større nasjonalsatsning på velferdsteknologi og klare retningslinjer for kommunene, kan trolig støtte implementering av velferdsteknologi bedre enn dokumenter og leverandører som fremhever at bare vi anskaffer den rette teknologien så ordner alt seg.

LITTERATURLISTE

Aldring og Helse. (2016). Hentet 11.oktober 2016 fra:
www.aldringoghelse.no/startside/demens/paarorende

Aldring og Helse.(2017). Hentet 22.mai 2017 fra:
<http://aldringoghelse.no/startside/abc-opplaering/eldreomsorgens-abc>

Almas hus. En besøksleilighet for eldre med kognitiv svikt. Evaluering av innovasjonsprosjekt. (2013). Hentet 6.april 2017 fra:
<http://www.norskdesign.no/getfile.php/Filer/DIP%20-%20PDF/Rapport%20-%20Almas%20hus%20-%20final.pdf>

Alvsvåg, H. (2015). *Omsorgsteknologi- motsetningsfullt? I: Omsorg* (red). Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. Fagbokforlaget Oslo

Andenæs, K. og Olsen, L,O. (1998). *Juss for sykepleiere Innføring i Helsereett*. 2.utg. Oslo: Tano AS

Arbeidsgruppa Oppegård (2013). *Velferdsteknologi*. Arbeidsgruppas anbefalinger. Oppegård kommune.

Bergflødt, T.E.(2014). *Hvordan samarbeider hjemmesykepleien og pårørende til beste for personer med demens som bor hjemme?* Hentet 17. november 2016 fra:
<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/197259>

Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I: M. kirkevold, K. Brodtkorb og A, H. Ranhoff, (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Carnevali, D.L. (1992). *Sykepleieplanlegging*. 2.Utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Daatland, S.O. og Solem, P.E. (2007). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Dagbladet (2017). Hentet 16. mars 2017 fra:
<http://www.dagbladet.no/emne/underern%C3%A6ring>

Dansk Sundhedsinstitut. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune. Hentet 30.03.2017 fra: <http://www.kora.dk/>

Det nye testamentet (2005). Det norske bibelselskap.

Diakonhjemmet Høgskole. (2014). *Retningslinjer for oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå.*

Drivdal, Berentsen, V. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: M. kirkevold, K. Brodtkorb og A, H. Ranhoff, (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Engedal, K. (2016). *En bok om demens Husk meg når jeg glemmer.* Oslo: Pax Forlag.

Engedal, K. og Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens Fakta og utfordringer.* 5.utg. Tønsberg: Aldring og helse Forlaget.

Fermann, T og Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: M. kirkevold, K. Brodtkorb og A, H. Ranhoff, (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Gudmundsdøttir, S . (2011). Den kvalitative forskningsprosessen. I: T. Moen og R. Karlsdøttir, (red). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning.* Trondheim: Tapir akademiske forlag.

Henriksen, J.O. og Vetlesen, A.J. (2010). *Nærhet og Distanse, Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.* Oslo: Gyldendal Akademiske.

Helsedirektoratet (2012). Rapport 15-1990. *Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenester 2013-2030.*

Helsedirektoratet (2015). Rapport IS-2416. *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Notat september 2010. *Etiske utfordringer ved velferdsteknologi og demens.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). NOU 2011-11. Norges offentlige utredninger. *Innovasjon i omsorg.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *28 millioner til velferdsteknologi i kommunene*.

Hentet 15.mai 2016 fra: <https://regjeringen.no/no/aktuelt/28-millioner-til-velferdsteknologi-i-kom/id745681>

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Demensplan 2015 «Den gode dagen». GAN Grafiske AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Demensplan 2020 *Et mer demensvennlig samfunn*.

Hentet 24.mai 2016 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). Demensplan 2020 Kortversjonen. *Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet 24.mai 2016 fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf

Hotvedt, K.(1999). I: K, Hotvedt og K, L Smebye.(1999). *Fra fortvilelse til forståelse*.

Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Hotvedt, K. og Smebye, K. L.(1999). *Fra fortvilelse til forståelse*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Holthe, T. (2008). I: A,M. Mork Rokstad og K, Lislerud Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.

Holthe, T. (2015). *Mot-håp-tålmodighet. Yngre personer med demens og betydningen av hjelpemidler til kognitiv støtte i hverdagen*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Holthe, T. og Sandberg, E. (2016). *Hjelpemidler og teknologi*. Hentet 30.mai 2016 fra:

<http://www.nordemens.no/?PageID=6651&ItemID=5421>

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser ? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand : Høyskoleforlaget.

Jakobsen, R og Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens- om å forstå, involvere og støtte*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Johannessen , A., Tufte, P,A. og Christoffersen, L.(2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4.utg. Oslo: Abstrakt forlag.

Jøranson, N. (2015). *Effects on symptoms of Agitation and depression in Persons with Dementia Participating in Robot-Assisted Activity. A Cluster- Randomized Controlled Trail*. Hentet 22. februar 2016 fra: Journal homepage: www.jamda.com Kan også hentes fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26096582>

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteori-analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S. Kunnskapssenteret nr. (6-2011). *Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens*.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Memas. (2015). Hentet fra brosjyren: mylifeproducts memas Your memory assistant.

Moen, T. og Karlsdøttir, R. (2011). *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.

Molven, O. (2002). *Helse og jus. En innføring for helsepersonell*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Moser, I og Thygesen, H. (2013) *Velferdsteknologi og teleomsorg, Nye idealer og former for omsorg*. I: Tjora, A og Melby, L. *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Nasjonalforeningen for folkehelse. Hentet 9.mai 2016 fra: <http://nasjonalforeningen.no/tilbud/demensvennlig-samfunn/>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Notat september 2010. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Nordtug, B, Aasen, H,M og Solum Myren,G,E. (2015). *Implementering av Velferdsteknologi. En kvalitativstudie : Hvilken nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste*. Hentet 4.februar fra: <http://www.omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/>

Normannseth, E. og Skavik, K.(2013). *Bruk av velferdsteknologi i kommunal helse- og omsorgssektor*. Hentet 17.november fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/138623?show=full>

- Nærdal, B.(2016). Tiltakspakke demens. *Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende*. Tønsberg: Aldring og helse. Nasjonalt kompetanse senter.
- Oslo kommune. (2013). Geriatrisk ressurscenter. *Demensvennlige omgivelser- fysisk miljø i sykehjem og dagsenter*.
- Oppegård kommune. (2014). Status Rapport. *For prosjekt for sikring av vandrere på sykehjem i Oppegård Kommune*. HSPLØ.
- Oppegård kommune. (2013). Morgendagens omsorg. «*Lengre i eget liv*». Et forprosjekt i velferdsteknologi i HSPLØ.
- Oppegård kommune. (2017). Priser/ trygghetsalarm. Hentet 21. januar 2017 fra:
<https://www.oppegard.kommune.no/search?sortBy=ByRelevancy&query=priser&submit=Send+foresp%C3%B8rsel&lang=no&category=Trygghetsalarm>
- Pårørendeskolen 2015 og Demensforum 2016 diverse påmelding/informasjon utgitt på eget forlag i kommunalregi.
- Ullensaker kommune. (2017). Hentet 13.mars 2017 fra:
<https://ansattportal.dgi.no/sok/?t=trygghetsalarm>
- Repstad, P.(2002). *Sosiologiske perspektiver på helse- og sosialarbeidere*. Otta: Tano Aschehoug.
- Rokstad , A.M.M.(2008). Hva er demens? I: A.M. Mork Rokstad og K.L. Smebye (red.). *Personer med demens Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.
- Schiøtz Aina. (2003). *Folkets helse- landets styrke 1850-2003*. Bind 2. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Smebye, K.L.(1999). Pårørendegrupper. Samarbeide mellom frivillige og kommunen. I: K. Hotvedt og K.L. Smebye. *Fra fortvilelse til forståelse*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Smebye, K.L. (2008). Å møte personer med demens. I: A.M. Mork Rokstad og K.L. Smebye (red.). *Personer med demens Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.
- Solheim, K. (1996). *Demensguide holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Tano Aschehoug.

Strategiplan for pleie, -omsorg -og rehabiliteringstjenesten 2006-2016. Hentet 9.mai 2016 fra:
<https://isiteproduction.blob.core.windows.net/www-oppegardkommune-home-nsf/www8r9brs->

[stategiplan helse pleie og omsorg/\\$FILE/strategiplan helse pleie og omsorg.pdf](#)

St.meld.nr.25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Framtidas omsorgsutfordringer. Det kongelige helse -og omsorgsdepartement.

Sosial -og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt*. Rapport 15-1486. Oslo: Oslo Forlagstrykkeri AS.

Sykepleien.(2009). Hentet 9.november 2016 fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/familiebasert-omsorg-pa-godt-og-vondt>

Tanums.(2005). *Store rettskrivningsordbok*. 9.utg. Trondhjem: Kunnskapsforlaget, H. Aschehoug & co A/S og Gyldendal ASA.

Thagaard, T.(2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thygesen, H.(2015). Hva er velferdsteknologi og hvorfor er den viktig? I: *Omsorg Nordisk tidsskrift for palliativ medisin, velferdsteknologi*. Oslo: Fagbokforlaget.

Thygesen, H og Pols, J.(2015). Egenmestring som kollektiv praksis I: *Omsorg Nordisk tidsskrift for palliativ medisin, velferdsteknologi*. Oslo: Fagbokforlaget.

Thygesen, H. (2013). Kvalitetsarbeid i demensomsorgen : Om forskningens rolle og bidrag. I: Å. Bergland og I. Moser (red.). *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Thygesen, H og Moser, I. (2014). GPS-spring i demensomsorgen. I: Geriatrisk sykepleie (red.). *Ny teknologi i eldreomsorgen*. Sykepleien: Nr. 2-2014 Årgang 6.

Ulstein, I.(2009). Pårørendes situasjon. I: K. Engedal og P, K. Haugen (red.). *Lærebok demens fakta og utfordringer*. 5.utg. Tønsberg: Aldring og helse.

Wogn-Henriksen, K. (2008). Yngre personer med demens. I: A, M, M. Rokstad og K, L. Smebye (red.). *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.

Aadland, E.(2002) . « *Og eg ser på deg...*» Vitenskapsteori og metode i helse -og sosialfag.
Otta: Tano Aschehoug.

Aadland, E (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: det Norske Samlaget.

Fotnote: II Rapportene fra Oppegård vedlegges ikke denne oppgaven, men gis ut ved forespørsel.

Vedlegg 1.

Hilde Thygesen
VID Diakonhjemmet VID vitenskapelig høgskole
Boks 184 Vindern
0319 OSLO

Vår dato: 13.05.2016 Vår ref: 48341 / 3 / HJP Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hanne Møller Lerdahl hanlerd@online.no

48341 Lengre i eget liv. Hvilke endringer i samarbeide og oppgaver medfører bruk av velferdsteknologi for pårørende i demensomsorgen?

Behandlingsansvarlig VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Hilde Thygesen

Student Hanne Møller Lerdahl

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hanne Johansen-Pekovic

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48341

IKKE MELDEPLIKTIG PROSJEKT

I prosjektmeldingen har du oppgitt at du skal gjøre personlige intervjuer og deltakende observasjon.

I epost 11.05.16 har du bekreftet at du ikke skal gjøre lydopptak under hverken de personlige intervjuene eller deltakende observasjon. Utvalget for de personlige intervjuene vil bestå av helsepersonell som jobber med velferdsteknologi og pårørende i demensomsorgen. Som avklart i telefon 12.05.16 har disse taushetsplikt, og du kan derfor ikke samle inn sensitive personopplysninger om tredjeperson/personer med demens.

På bakgrunn av dette kan ikke vi se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et

datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Vedlegg 2.

INFORMASJONSSKRIV TIL INFORMANTER.

Til omsorgspersoner til personer med demens

Hei.

Jeg holder på med en masteroppgave i Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre og har fokus på pårørende til personer med demens. I den anledningen er det ønskelig å intervju deg i forhold til « LENGRE I EGET LIV» som er forskjellige prosjekter Oppegård kommune har jobbet med innenfor velferdsteknologi til eldre.

Intervjuundersøkelse omfatter intervju med personer som samhandler med personer med demens i hverdagen. Og gjennom Diakonhjemmet Høgskole ble det opprettet kontakt med Oppegård kommune.

Oppegård kommune har en målsetning om at de fleste eldre kan bo hjemme så lenge som mulig, de kaller sitt prosjekt «Lengre i eget liv». Som tillegg til ordinære tjenester ønsker Oppegård kommune også å tilby velferdsteknologi til innbyggere som kan ha glede/nytte av det. Velferdsteknologi kan være døralarmer, GPS for sporing, trygghetsalarmer, lyssensorer, fallalarmer, medisindispensere ol.

Min foreløpige problemstilling er : Hvilke muligheter og sårbarheter oppstår ved anvendelse av velferdsteknologi i demensomsorgen ?

En annen aktuell problemstilling kan være: Hvilke erfaringer har helsepersonell og ansatte med kommunenes forventninger til bruk av velferdsteknologi i demensomsorgen?

I arbeidet med velferdsteknologi/tekniske hjelpemidler har pårørende og andre som er nærpersonen med demens, høstet viktige erfaringer. Intervjuene vil følge en intervjuguide og i hovedsak dreie seg om: Hvilke erfaringer har dere med velferdsteknologi/ tekniske hjelpemidler. Hvor fornøyde var brukere/pårørende med teknologien? Hvordan var informasjonen/samarbeide med kommunen og andre involverte.

Jeg tar videre kontakt med du/dere på telefon for avtale om intervju. Intervjuet vil ta 1-1,5 time og kan avholdes der det passer best. Jeg kommer gjerne hjem til deg/dere eller vi kan låne et samtalerom på en institusjon i nærheten.

I forbindelse med intervjuene vil forskningsetiske retningslinjer overholdes. Alle informantene levere skriftlig samtykke. Opplysninger som samles inn blir anonymisert og makulert ved utgangen av desember 2016. Nedtegnelsene og systematiseringen av intervjuene er det bare jeg som har tilgang til. Datamateriale ligger nedlåst hjemme hos meg. Det skal ikke være mulig for andre og kjenne igjen enkeltpersoner i teksten.

Resultatene av studien blir benyttet i Oppegård Kommune sitt videre arbeid med « Lengre i eget liv», ved offentliggjøring av masteroppgaven og i undervisning/foredrag.

Med vennlig hilsen Hanne Møller Lerdahl.

SAMTYKKEERKLÆRING .

VEDRØRENDE PROSJEKT « LENGRE I EGET LIV»

Ansvarlig:

MASTERSTUDENT : HANNE MØLLER LERDAHL, DIAKONHJEMMET HØGSKOLE
AVDELING FOR ETTER-OG VIDEREUTDANNING. Tlf 93286973.

VEILEDER: HILDE THYGESSEN 1.AMANUENSIS VED DIAKONHJEMMET
HØGSKOLE. INSTITUTT FOR SYKELEIE OG HELSE. Tlf 22451931

OPPEGÅRD KOMMUNE: VED PROSJEKTLEDER IKT HSPLO
MONIKA KARSTENSEN. Tlf 91776447

Samtykkeerklæring

Jeg er informert om hensikten med Intervjuundersøkelsen som Hanne Møller Lerdahl gjennomfører. Jeg er klar over at jeg får være anonym i studien «Lengre i eget liv». Jeg er kjent med at jeg kan trekke meg når jeg måtte ønske. Min deltagelse er frivillig.

Dato _____

Underskrift _____

Underskrift _____

Vedlegg 3.

Intervjuguiden «Lengre i eget liv»

Innledning: Jeg forteller kort om min bakgrunn og oppgaven, avklarer eventuelle praktiske spørsmål. Intervjuguidens hovedspørsmål følges i hvert intervju, stikkordene anvendes ved behov for innspill.

1. Hva forbinder du med velferdsteknologi?

Stikkord: GPS for sporing, kalender, døralarmer.

2. Hvordan ble du kjent med velferdsteknologi til personer med demens?

Stikkord: media, venner, pårørendeskolen....

3. Bruker «dine» pasienter velferdsteknologi/tekniske hjelpemidler i dag?

Hvordan ble det igangsatt?

4. Hvordan fungerer velferdsteknologien i hverdagen for personen med demens?

For pårørende?

Stikkord: Funksjonalitet, lading, oppkobling, strømbrydd. Positive og negative erfaringer.

5. Hvordan fungerer samarbeidet rundt teknologien?

Stikkord : Demenskoordinator, Hjemmetjenesten, Nett leverandører , frivillige, naboer, andre pårørende.

6. Hvor fikk du informasjon fra?

Stikkord: Loggføring, journal, bruksområder, begrensninger, utgifter, ansvarfordelingen.

7. Hvilke konsekvenser/ sårbarheter førte bruken av GPS/kalender/ol. med seg ?

Større frihet for pårørende? Frihet for brukeren? Trygghet ?

Stikkord: bevege seg friere, holde orden på avtaler, huske dager ol.

8. Antar du at brukeren kan bo hjemme lengre når dere bruker GPS/kalender eller annet?

Et hypotetisk spørsmål som har mange sider utover velferdsteknologi.

Stikkord: Brukernes helse, pårørendes helse, bistand og hjelp fra f.eks hjemmetjenesten og andre.

9. Når er det ønskelig at kommunen overtar eller deler ansvaret for brukeren med pårørende?

Stikkord: Avlastning, dagtilbud, hjemmetjeneste, institusjonsopphold, ferie, helligdager, sykdom, annet. Graden av hjelp, slik at nå har vi fått noe og da holder vi ut lengre?

10. Hvis du fritt kunne satt sammen et omsorgstilbud tilpasset dere som pårørende og personen med demens, hvordan ville det sett ut?

Stikkord: Fleksibilitet, velferdsteknologi

Har du/dere noe å tilføye til slutt?

Hvordan syntes dere intervjuet har hvert?

Tusen takk for at jeg fikk intervju deg.

Med beste hilsen Hanne Møller Lerdahl.

