



«Personalerfaringer knyttet til å ta i bruk GPS for oppfølging
av beboere med demens på sykehjem»

Wenche Linberg
VID vitenskapelige høgskole
Diakonhjemmet

Masteroppgave
Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre

Antall ord: 25 247
7. august 2020

Forord

Sporingsteknologi har vært brukt i helsetjenester til personer med demenssykdom for å legge til rette for bevegelsesfrihet utendørs. Med GPS kan personen lokaliseres og få nødvendig hjelp dersom vedkommende ikke finner veien tilbake. Jeg fattet interesse for GPS gjennom mitt arbeid som kvalitetssjef ved et sykehjem, hvor det hendte at beboere med demens tok seg ut på egenhånd, noe som utløste bekymring for at personen skulle skade seg, leteaksjoner og noen ganger involvering av politi for å finne vedkommende. Dersom GPS kan være et hjelpemiddel vil det kunne legge til rette for frihet for beboer og trygghet både for beboer og personalet. Innføring av GPS som hjelpemiddel for å følge opp beboere med demens på sykehjem er hovedtema i denne masteroppgaven.

Jeg erfarte at det å ta i bruk GPS ikke var en enkel sak. Spørsmålene var mange, og jeg ønsket å vite mer om andre sykehjem sine erfaringer. Dette sammenfalt med at jeg skulle i gang med masteroppgaven, og jeg valgte å benytte anledningen til å fordype meg i tematikken.

Denne masteroppgaven er skrevet på deltid ved siden av full jobb. Skriveprosessen har vært lærerik, men også krevende og med tidvis mye frustrasjon. Stor takk til veileder Nina Jøranson som har fulgt meg gjennom prosessen, og som har kommet med kloke og viktige refleksjoner underveis. Stor takk også til sykehjemmene som lot meg låne av ansatte sin tid, og til dere som stilte opp på intervju og delte av deres erfaringer fra praksis. Jeg kunne ikke utført denne masteroppgaven uten dere. Også takk til Hilde Thygesen som tok oss gjennom et lærerikt masteremne om bruk av velferdsteknologiske løsninger i helsetjenester for eldre.

Men størst takk til Dag, uten din tålmodighet, støtte og omsorg på hjemmebane, så hadde aldri denne oppgaven sett dagens lys.

Oslo, august 2020

Wenche Linberg

Sammendrag

Hensikten med denne masteroppgaven er å utforske erfaringer hos helsepersonell som har tatt i bruk sporingsteknologien GPS for oppfølging av beboere med demens på sykehjem, samt hvordan GPS-bruk har påvirket rutiner og arbeidsoppgaver på sykehjemmet.

Oppgaven er en utforskende studie hvor det er benyttet fokusgruppeintervju ved to sykehjem for innsamling av data, med til sammen syv deltakere. I analysen er det benyttet systematisk tekstkondensering som beskrevet av Malterud (Malterud, 2017).

Oppgaven er forankret i politiske føringer knyttet til velferdsteknologi og demensomsorg, og tidligere forskning om bruk av GPS til personer med demens diskuteres i oppgaven. Det anvendes teoretiske perspektiver om personsentrert omsorg og forbedringsarbeid for å belyse problemstillingen.

Bruk av GPS innebærer at helsepersonell må innarbeide og utføre flere nye rutiner og arbeidsoppgaver som skaper behov for utvikling av nye kompetanser hos helsepersonell. Det kan utvikle seg ulike praksiser knyttet til forståelsen av hvem som skal ha GPS og hva som er hensikten med bruken. Oppgaven viser at innføring av teknologien bør planlegges godt, hvor kunnskap om forbedringsarbeid og innføring av GPS som en systematisk forbedringsprosess, kan bidra til en felles forståelse hos personalet for trygg og hensiktsmessig bruk av teknologien.

Nøkkelord: GPS, sykehjem, personalerfaringer, demens

Summary

The aim of this master thesis is to explore the experiences of health care professionals after implementing the use of GPS tracking technology for persons with dementia in nursing homes, as well as how the use of GPS has affected routines and tasks in the nursing home.

The study is explorative in which focus group interviews have been used to collect data at two nursing homes, with a total of seven participants. Data has been analyzed through systematic text condensation as described by Malterud (Malterud, 2017).

The thesis relates the use of GPS to political guidelines on welfare technology and dementia care, and reviews previous research on the use of GPS for people with dementia. The research question is further explored using theoretical perspectives on person-centered care and a model for systematic improvement.

The use of GPS entails the implementation of new routines and tasks that requires new competence from the staff. There may be various practices related to who should have GPS and purpose of use. A well planned implementation of the technology using improvement theory is recommended for successful application and common understanding among the staff for the safe and desirable use of the technology.

Keywords: GPS, nursing home, health care professionals, dementia

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
SUMMARY	4
1 INNLEDNING	7
1.1 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	9
1.2 STUDIENS VIDERE OPPBYGGING	10
2 TEORI	11
2.1 LITTERATURSØK.....	11
2.2 DEMENSZYKDOM.....	12
2.2.1 Personer med demenssykdom i behov av heldøgns omsorg.....	14
2.2.2 Personsentrert omsorg.....	14
2.3 BRUK AV GPS I HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.....	16
2.3.1 Bruk av GPS til personer med demenssykdom	17
2.3.2 Nye ansvarsområder og oppgaver for helsepersonell.....	19
2.3.3 Etiske vurderinger.....	19
2.4 VELFERDSTEKNOLOGIENS ABC.....	20
2.5 MODELL FOR KVALITETSFORBEDRING.....	21
2.6 OPPSUMMERING.....	23
3 METODE	25
3.1 VALG AV DESIGN OG METODE	25
3.1.1 Egen for forståelse.....	25
3.2 FOKUSGRUPPEINTERVJU.....	26
3.2.1 Individuelle intervju	27
3.3 UTVALG.....	27
3.4 GJENNOMFØRINGEN AV FOKUSGRUPPEINTERVJUENE.....	29
3.5 ANALYSE.....	30
3.5.1 Transkribering.....	30
3.5.2 Systematisk tekstkondensering	31
Trinn 1: Å få et helhetsinntrykk med foreløpige temaer.....	32
Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering	33
Trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold	34
Trinn 4: Fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	35
3.6 RELIABILITET OG VALIDITET	36
3.6.1 Reliabilitet (pålitelighet).....	36
3.6.2 Validitet (gyldighet).....	37
3.7 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	40
3.7.1 Informert samtykke og anonymitet.....	40
3.7.2 Ikke skade	41
4 PRESENTASJON AV FUNN	43
4.1 NYE RUTINER OG ARBEIDSOPPGAVER.....	43
4.1.1 Nødvendig å vurdere og evaluere behovet for GPS.....	43
4.1.2 Behov for å avklare lokale rutiner og ansvarsforhold	45
4.2 ULIKE FORMER FOR TRYGGHET	46

4.2.1	<i>GPS er en trygghet</i>	46
4.2.2	<i>GPS kan være en falsk trygghet</i>	47
4.3	UTVIKLING AV NYE KOMPETANSER	48
4.3.1	<i>Nye opplæringsbehov</i>	48
4.3.2	<i>Kompetanseutvikling gjennom erfaringsdeling</i>	49
5	DRØFTING	51
5.1	NYE RUTINER OG ARBEIDSOPPGAVER.....	51
5.1.1	<i>Hvordan GPS kan understøtte behov hos personer med demens</i>	51
5.1.2	<i>En utvidelse av mulighetsrommet</i>	53
5.1.3	<i>En utvikling av ulike praksiser?</i>	54
5.1.4	<i>Betydningen av å utarbeide prosedyrer</i>	56
5.2	ULIKE FORMER FOR TRYGGHET	58
5.2.1	<i>Ulike former for trygghet</i>	59
5.2.2	<i>Stress, merarbeid og en falsk trygghet</i>	61
5.3	UTVIKLING AV NYE KOMPETANSER	64
5.3.1	<i>Teknologisk kompetanse</i>	64
5.3.2	<i>Vurderingskompetanse</i>	65
5.3.3	<i>Kompetanseutvikling gjennom erfaringsdeling</i>	67
6	KONKLUSJON	70
6.1	VIDERE FORSKNING	71
	REFERANSELISTE	73
	VEDLEGG 1: TILBAKEMELDING FRA NSD	78
	VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA	81
	VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPE	83
	VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE IMPLEMENTERINGSANSVARLIG	84

1 Innledning

Det er en nasjonal satsning på utprøving av velferdsteknologiske løsninger innen helse- og omsorgstjenester. At satsning på velferdsteknologi har blitt så aktuelt, henger sammen med troen på at velferdsteknologi vil være et viktig virkemiddel for å løse de demografiske utfordringene som velferdsstaten står ovenfor med en økende andel eldre (Moser og Thygesen, 2014, s. 59, NOU 2011). Framskrivningene viser at det vil være en sterk økning i antall eldre med størst økning i aldersgruppen over 80 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 21). Samtidig blir det færre yrkesaktive til å ivareta helse- og omsorgstjenestene. Dette bidrar til å forsterke de demografiske utfordringene, og det er i denne konteksten at velferdsteknologi har blitt introdusert (Thygesen, 2015, s. 7). En utfordring er at forekomst av demenssykdom øker med alder, og av demografiske årsaker vil det bli en fordobling av demens frem mot år 2040 (Helsedirektoratet 2019). Forekomsten av demens i Norge var i underkant av 80 000 personer i 2013, men siden en betydelig andel ikke blir diagnostisert, så er estimatet trolig for lavt. De fleste av disse personene vil ha behov for ulike tjenester hjemme eller på sykehjem i sykdomsperioden. Helse- og omsorgstjenester må planlegges ut fra at vi i årene som kommer vil få en sterk økning i antall personer med demens, og dette vil ha betydning for de kommunale helsetjenestene når det gjelder blant annet kapasitet, kompetanse og faglig tilnærming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.7, Helsedirektoratet 2019).

Økt bruk av velferdsteknologi er en av flere faktorer som kan bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste i framtiden, og velferdsteknologi kan gi eldre mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 59). I Stortingsmelding 29, *Morgendagens omsorg*, forankres et nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi, med mål om at velferdsteknologi skal være en integrert del av omsorgstjenestene innen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012 s. 28). Å ta i bruk velferdsteknologi handler om å sette det offentlige i stand til å møte de demografiske utfordringene ved at det tenkes nytt om hvordan tjenesten innrettes, og det satses på velferdsteknologi for å bistå enkeltmennesket til å bedre mestre eget liv og helse og bedre kvaliteten på tjenester (Helsedirektoratet 2012, s. 11, Moser og Thygesen, 2013, s. 148). Velferdsteknologi forstås som et virkemiddel for å organisere og levere helse- og omsorgstjenester på nye måter, hvor teknologien inngår som ett av flere tiltak i en helhetlig vurdering rundt brukeren (KS, 2016, s. 8). Bruk av velferdsteknologi i den kommunale helse-

og omsorgstjenesten bør ta utgangspunkt i tjenestens formål etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester, som blant annet innebærer å tilrettelegge for mestring av sykdom og sikre en meningsfylt tilværelse (Helsedirektoratet 2012, s. 21). I kvalitetsreformen for eldre, *leve hele livet*, beskrives det hvordan helse- og omsorgstjenester skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte og legge til rette for aktivitet og deltakelse og gi hjelp til selv å mestre hverdagen til tross for sykdom og funksjonstap. Måler er at det skal være flere gode leveår der eldre opplever god livskvalitet, at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den. Velferdsteknologiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring vurderes som viktige virkemidler (Helse- og omsorgsdepartementet 2018, s. 10, 21). I Demensplan 2020 rettes fokus mot et mer demensvennlig samfunn og også her beskrives hvordan utvikling av tjenestene skal ta utgangspunkt i og utformes for å dekke de behov og opplevelser den enkelte har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.7, 11). Det skal legges til rette for brukermedvirkning slik at personer får mulighet til å bestemme over eget liv, og at ting som er viktig for en ut fra egne verdier og preferanser bli tatt hensyn til. Dette kan berøre helt dagligdagse spørsmål som å bestemme når en skal stå opp, spise eller hvile (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 35).

Denne studien handler om personalerfaringer knyttet til å ta i bruk sporing med GPS (Global Positioning System) for oppfølging av beboere med demens på sykehjem. GPS er lokaliseringsteknologi som viser hvor en person befinner seg og fungerer i denne konteksten som velferdsteknologi. Vedkommende har en GPS sender på seg som gjør det mulig for andre å lese av på et kart hvor personen er. Teknologien skal ikke erstatte menneskelig omsorg, men være en støtte for brukere, pårørende og helsepersonell (NOU 2011, s. 98). Mange personer med demens har ønske og behov for å være fysisk aktive og oppleve en meningsfull hverdag. Samtidig kan personer med demens gå seg bort, uten å vite hvor de er, hvordan de kom dit, eller hvordan de skal finne veien tilbake til sitt eget hjem, og dette kan føre til alvorlige hendelser og leteaksjoner. Hvert år er det flere leteaksjoner etter personer med demens som er savnet fra eget hjem eller institusjoner, Norsk folkehjelp har anslått at det er opp mot 1000 leteaksjoner årlig (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø & Bøthun, 2013, s. 3, 9). En leteaksjon er en stor belastning for alle parter og det er viktig å finne personene raskt, da tiden er en kritisk faktor. En GPS legger til rette for at personen blir funnet raskere, dersom vedkommende har den med seg og teknologien fungerer (Holthe, Øderud og Landmark, 2015, s. 43). Dersom dører må låses kan dette begrense fysisk aktivitet og redusere livskvalitet (Ausen et al., 2013, s. 3).

Det finnes dokumenterte erfaringer knyttet til bruk av GPS for personer med demens. GPS kan tilrettelegge for ivaretagelse av individuelle behov hos personer med demens med økt livskvalitet og trygghet, og det er anbefalt at kommuner tar GPS i bruk (Helsedirektoratet 2017, s. 3). GPS kan legge til rette for at personer med demens kan fortsette å være fysisk aktive og i større grad mestre hverdagen (Ausen et al., 2013, s. 17,18). GPS kan gi økt frihet til å bevege seg utendørs etter eget ønske, trygger pårørende og helsepersonell og kan avverge store leteaksjoner (Helsedirektoratet 2015 s. 4, Helsedirektoratet 2017, s. 12).

Det har også vist seg at det å ta i bruk GPS i helse- og omsorgstjenester er komplekst og ikke en lettvinnt løsning. GPS-enheten fungerer ikke av seg selv, og det kreves mye organisering samt at noen må ivareta de oppgavene som er en forutsetning for at teknologien skal fungere (Moser og Thygesen, 2013, s. 156, Thygesen 2015, s. 9). Bruk av velferdsteknologi forutsetter opplæring, endring av arbeidsrutiner og vilje til å gi tjenester på nye måter (Helsedirektoratet 2015 s. 5, NOU 2011:11, s. 118). Det har blitt sagt at å ta i bruk velferdsteknologi dreier seg 20 % om teknologi og 80 % organisering (NOU 2011:11, s. 99).

Litteraturen beskriver erfaringer fra bruk av GPS for hjemmeboende personer med demens, hvor pårørende og hjemmetjenesten følger opp bruken (Ausen et al., 2013, Øderud, Ausen, Aketun og Thorgersen, 2017). Erfaringer inne på sykehjem er derimot lite beskrevet, og jeg ønsker med denne studien å utforske helsepersonell sine erfaringer med å ta i bruk GPS på sykehjem som en del av tilbudet for beboere med demens.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Hensikten med studien er å utforske ulike erfaringer hos helsepersonell etter å ha tatt i bruk GPS for å følge opp beboere med demens på sykehjem. Problemstillingen som utforskes er:

«Hvilke erfaringer har helsepersonell på sykehjem etter å ha tatt i bruk GPS for oppfølging av beboere med demens?».

For å undersøke denne problemstillingen har jeg videre forsøkt å besvare følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har ansatte med å ta i bruk GPS?
- Hvordan har GPS-bruk påvirket rutiner og arbeidsoppgaver på sykehjemmet?

1.2 Studiens videre oppbygging

Resten av denne studien er organisert som følger. Kapittel 2 går gjennom teori og bakgrunn relatert til problemstillingen. Det redegjøres for litteratursøket, og deretter beskrives demenssykdommen og erfaringer med bruk av GPS i helse- og omsorgstjenester. Til slutt presenteres *Modell for kvalitetsforbedring* som teoretisk rammeverk. I kapittel 3 redegjøres det for valgt design og metode, samt hvordan funnene har fremkommet. I kapittel 4 presenteres hovedfunnene i studien, og disse drøftes i kapittel 5. Det avsluttes med en konklusjon med forslag til anbefalinger for praksis og videre forskning.

2 Teori

Dette kapitlet presenterer relevant litteratur knyttet opp til problemstillingen. Først redegjøres det for litteratursøket som er utført, deretter beskrives demenssykdom, erfaringer med bruk av velferdsteknologien GPS til personer med demens og etiske vurderinger med velferdsteknologi. Deretter presenteres opplæringspakken *Velferdsteknologiens ABC* som skal bistå kommunene med å ta i bruk ulike teknologier (KS 2016). Å ta i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester kan knyttes til teori om forbedringsarbeid, og til slutt gjennomgås *Modell for kvalitetsforbedring* som beskriver fem faser som må ivaretas for å lykkes med forbedringsarbeid (Helsebiblioteket 2015).

2.1 Litteratursøk

Våren 2019 ble det søkt i Cinahl, SweMed+, PubMed og Idunn etter forskning som kan bidra til å belyse problemstillingen. Innledende søk ble gjort med hjelp av bibliotekar for å drøfte relevante søkeord. Nevnte søkemotorer er valgt ut fra at de gir treff på tidsskrifter innen områdene sykepleie og helse. Det er også søkt i Oria som gir tilgang til bøker og tidsskrifter til norske fag- og forskningsbibliotek, samt i VID Open etter tidligere masteroppgaver. Det er gått videre i referanser for å lete etter andre relevante artikler. Det er ikke gjort et uttømmende systematisk litteratursøk, men søket har gitt en oversikt over hovedtema innen forskningsfeltet.

Ut fra problemstillingen var det ønskelig å finne artikler som belyser erfaringer helsepersonell har hatt med å ta i bruk GPS for oppfølging av personer med demens på sykehjem. Det ble først søkt med ulike variasjoner rundt GPS og demens. Søkeordet *GPS* gav mange treff som ikke har med sporingsteknologi å gjøre, men heller som en forkortelse for general practitioners (GPs). *GPS* ble supplert med *Global positioning system* og *Geographic Information Systems*. For å rette søket mot personer med demens ble det forsøkt i ulike kombinasjoner med *dementia* og *Alzheimers´s disease*. I tråd med problemstillingen ble det videre forsøkt kombinasjoner med *Nursing homes*, *Long term care* og *Residential care*. Fokuset i denne studien er på erfaringer til helsepersonell, og det ble også forsøkt kombinasjoner av GPS og demens opp mot *implementation*, *Clinical competence*, *Attitude of health personnel*, *caregivers* og *Health care professionals*.

Søket har ikke resultert i vitenskapelige artikler direkte rettet mot studiens hovedtema. Mangel på treff kan understøttes av en litteraturstudie som undersøker hvor forskningsfronten er for bruk av lokaliseringsteknologi i eldreomsorgen i Norge og andre land (Rhøne, Øderud og Dale, 2017). Studien beskriver at vitenskapelig litteratur ikke har spesifikt adressert utfordringene knyttet til implementering, men konsentrert seg om hvilke brukergrupper GPS passer for, brukeropplevelsen, teknologisk utvikling og etiske vurderinger (s.1, 20). Det er valgt ut to studier som tar opp brukererfaringer med GPS innen demensomsorg. Studiene retter seg hovedsakelig mot hjemmeboende brukere, men det vurderes at disse brukererfaringene delvis kan overføres til sykehjem og dermed kan være med å begrunne hvorfor GPS skal tas i bruk (Grut, Øderud og Bøthun, 2017, Øderud et al., 2015).

Via masteremne om bruk av velferdsteknologiske løsninger i helsetjenester for eldre ble jeg kjent med at det foreligger viktig kunnskap om utprøving av GPS for personer med demens blant annet fra det offentlige innovasjonsprosjektet *Trygge spor* og det regionale innovasjonsprosjektet *samspill* (Samhandling og tjenesteutforming ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i demensomsorgen). *Trygge spor* hadde utprøving av GPS i fem kommuner i perioden 2011-2015 og til sammen 200 deltagere har vært delaktig i prosjektet (Grut et al., 2017, s. 129). *Samspill* har bygget videre på erfaringer fra *Trygge spor* og dreier seg om utprøving og implementering av GPS til hjemmeboende i samtlige bydeler i Oslo (Øderud et al., 2017, s. 30). Disse prosjektene dokumenterer brukererfaringer, men tar også opp erfaringer helsepersonell har med implementering av teknologien i helse- og omsorgstjenester. Selv om dette i stor grad er rettet mot erfaringer i hjemmetjenesten, så anses disse funnene å ha overføringsverdi og relevans også for å belyse og forstå erfaringer med å ta i bruk GPS på sykehjem.

Masteremnet gjorde meg også kjent med stortingsmeldinger og andre offentlige rapporter om velferdsteknologi. Sentrale dokumenter er NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*, som satt velferdsteknologi på dagsorden, og Stortingsmelding 29, *Morgendagens omsorg*, med forankring av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Via velferdsteknologiprogrammet har det vært utprøving av blant annet GPS, og resultater og anbefalinger er presentert i to gevinstrealiseringsrapporter (Helsedirektoratet 2015, Helsedirektoratet 2017). Disse dokumentene er med på å argumentere for bruken av GPS i helse- og omsorgstjenester.

2.2 Demenssykdom

Med økende alder stiger forekomsten av demenssykdom og grunnet aldrende befolkning er det ventet en betydelig vekst i antall personer som rammes. Demens er en progredierende sykdom, som vil si at den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og til slutt bli avhengig av hjelp fra andre. Personer med demens utgjør en stor andel av brukerne av kommunale omsorgstjenester (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s. 7). I dokumenter som *Glemsk, men ikke glemt* og *Demensplan 2015 og 2020* synliggjøres en politisk satsning på å styrke tjenestetilbudet for å bedre imøtekomme behovene til personer med demens (Sosial- og helsedirektoratet 2007, Helse- og omsorgsdepartementet 2007, Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og en meningsfull hverdag, til tross for alvorlig sykdom og funksjonssvikt (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s. 9).

Demens er en samlebetegnelse for ulike sykdommer som kommer av skader som primært påvirker hjernen, og demens ved Alzheimers sykdom er den vanligste formen (Engedal og Haugen 2018, s. 18, 60). Demens kan defineres som følgende (Engedal og Haugen, 2018, s. 18):

Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.

Demens kan deles inn i ulike faser og etterhvert som sykdommen utvikler seg blir det økende behov for hjelp av andre og til slutt behov for kontinuerlig tilsyn og pleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 18, Engedal og Haugen 2018, s. 20). I startfasen ser man første tegn til sviktende hukommelse, spesielt for hendelser i nær fortid. Hos noen kan det observeres språkvansker eller vansker med å utføre tidligere enkle praktiske gjøremål, som å lage mat. I denne fasen klarer de fleste å kompensere, men i neste fase kommer de fleste i kontakt med helsevesenet ettersom personen får større vansker med å bruke sine tillærte mestringsevner. I denne fasen blir personen lett forvirret og kan bringes ut av fatning, spesielt ved stress. Det forekommer psykotiske symptomer, som vrangforestillinger, og hukommelsen svekkes i betydelig grad. Noen klarer ikke å kommunisere verbalt, andre klarer ikke eget personlig stell og andre går seg vill (Engedal og Haugen, 2018, s. 21). Evnen til å orientere seg geografisk svikter raskt når sykdommen tiltar. Det skaper først vansker med å orientere

seg på ukjente steder, etterhvert blir det også problematisk å finne frem i kjente omgivelser. Ved alvorlig demens kan forståelsen bli så redusert at personen ikke forstår hvor han befinner seg (s. 36). Dette medfører at personer med demenssykdom kan gå seg bort i eget nærmiljø, uten å vite hvordan de skal finne veien tilbake til sitt eget hjem, og dette kan igjen føre til alvorlige hendelser og leteaksjoner (Ausen et al., 2013, s. 3). I den siste fasen er de fleste personer med demens totalt avhengig av fysisk pleie og har store kommunikasjonsproblemer (Engedal og Haugen, 2018, s. 21).

2.2.1 Personer med demenssykdom i behov av heldøgns omsorg

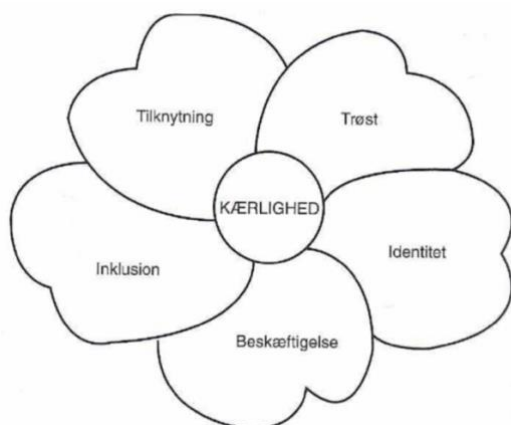
Ettersom demenssykdommen utvikler seg vil de aller fleste ha behov for sykehjemsplass, da omsorg i eget hjem overstiger hva familie og hjemmetjeneste kan ivareta (Gjøra og Michelet, 2018, s. 280), og i overkant av 80 % av beboere på sykehjem har demenssykdom (Helsedirektoratet 2019). Sykehjem er en boform for heldøgns omsorg og pleie, og kommunen skal sørge for at det tilbys plass i sykehjem dersom dette, etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering, er det eneste tilbudet som kan sikre nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2 a). Beboere ved sykehjem har nedfelt flere rettigheter i lover og forskrifter. Beboere skal blant annet kunne bevege seg både i og utenfor institusjonen med de begrensninger institusjonen fastsetter av hensyn til behovet for trygghet og trivsel (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 12-4). Videre skal de kunne dyrke sine interesser og forme sin tilværelse (Forskrift for sykehjem m.v., 1988, § 4-4), og i verdighetsgarantiforskriften er det nedfelt at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for et verdig og meningsfullt liv i samsvar med individuelle behov (2010, § 2). Her står det også at det skal legges til rette for selvbestemmelsesrett og for at den enkelte har adgang til å komme ut (§ 3).

2.2.2 Personsentrert omsorg

Legemidler kan lindre symptomer, men det finnes i dag ingen legemidler eller andre behandlingsmetoder som kan kurere demenssykdom (Engedal og Haugen 2018, s. 85-86). Litteraturen beskriver bruk av ikke-medikamentelle tiltak, miljøtiltak som innebærer å tilrettelegge de fysiske og sosiale omgivelsene slik at personer med demens opplever økt trivsel og mestring i hverdagen. Miljøtiltak bør ta utgangspunkt i tidligere interesser og vaner, hvor helsepersonell legger til rette ut fra kunnskap om personen og avpasses til hva personen

mestrer (s. 315, 323). Gode tjenester for personer med demens er tilpasset den enkelte, ut fra ønsker, behov og den fasen av sykdomsutviklingen som personen befinner seg i. For å tilby individuelt tilrettelagte tjenester og for å kunne ivareta individuelle behov forutsettes det at man kjenner til livshistorien, preferanser og den enkeltes interesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 93). Prinsippene for gode tjenester inkluderer å finne støttende tiltak rundt personens egne funksjoner slik at personen kan oppleve størst mulig grad av mestring (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s. 7). Personsentrert omsorg blir i økende grad anbefalt som den foretrukne tilnærmingen i behandling og omsorg for personer med demens (Rokstad og Røsvik, 2018, s. 300). Både *Demensplan 2015* og *Demensplan 2020* vektlegger personsentrert omsorg som verdigrunnlag (Gjøra og Michelet, 2018, s. 297), og i *Nasjonale faglige retningslinjer for demens* slås det fast at virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens (Helsedirektoratet 2019).

Det finnes flere teoretiske rammeverk for forståelse av personsentrert omsorg til personer med demenssykdom. Kitwoods (1999) tilnærming er den mest kjente og beskriver hvordan personsentrert omsorg generelt innebærer å styrke personens opplevelse av *personhood*, på norsk *personverd*, gjennom systematisk personarbeid i omsorgsmiljøet. Personverd er den status eller verdi vi gir hverandre som mennesker i gjensidige relasjoner, hvor opplevelsen av egen verdi som menneske baseres på den tilbakemelding og de signaler som mottas fra andre. Personer med demens er særlig utsatt for å oppleve en degradering av personverd på grunn av kognitiv svikt og endret funksjonsnivå. Fokus på personsentrert tilnærming for å bekrefte opplevelsen av verdi som menneske er derfor særlig viktig (Rokstad og Røsvik, 2018. s. 301). Kitwood (1999) beskriver hvordan personalet må ha fokus på fem viktige psykologiske behov som er særlig betydningsfulle for personer med demens; trøst, identitet, tilhørighet, beskjeftigelse og inklusjon. Behovene vil variere i forhold til personlighet og livshistorie, og intensiteten øke med utviklingen av kognitiv svikt (s. 90).



Figur 1: De viktigste psykologiske behov hos personer med demens (Kitwood, 1999, s. 90)

Å ha en *identitet* er å vite hvem man er, og det innebærer å ha en kontinuitet med fortiden. Identitet kan opprettholdes til tross for utvikling av demenssykdom, ved at andre kjenner livshistorien og opprettholder kontinuitet med fortiden for deg. Dette blant annet ved å imøtekomme behovet for beskjeftigelse. *Beskjeftigelse* handler om å få være engasjert i livet på en måte som oppleves som meningsfull for den enkelte ut fra den enkeltes historie (Kitwood 1999, s. 91-92). Målet med personsentrert omsorg er at personen med demens skal oppleve å bli møtt som en unik person, ikke som et sykdomstilfelle, og hvor relasjonen med helsepersonell baseres på gjensidighet og verdien om likeverd (Rokstad og Røsvik, 2018, s. 304). Å jobbe personsentrert innebærer at personalet gjør seg kjent med personen sitt levde liv og individualiserer behandlingen, fanger opp ønsker og behov og vurderer hvilke tiltak som kan settes i gang for den enkelte for økt livskvalitet og trivsel (Engedal og Haugen 2018, s. 97, Kitwood 2009). Personsentrert omsorg legger til rette for selvbestemmelse og muligheter for å utøve ønskede aktiviteter (Helsedirektoratet 2019).

I denne studien vil personsentrert omsorg, som et teoretisk perspektiv, kunne knyttes til hensikter ved bruk av GPS på sykehjem, som å møte behovet for å opprettholde identitet, beskjeftigelse og gå ute som en betydningsfull del av livshistorien, til tross for sviktende hukommelse og orienteringsevne.

2.3 Bruk av GPS i helse- og omsorgstjenester

Bruk av GPS i helse- og omsorgstjenester faller inn under velferdsteknologibegrepet. Velferdsteknologi som begrep ble satt på dagsorden med Hagen-utvalget sin rapport *Innovasjon i omsorg* (NOU 2011:11, s. 99):

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

Ut fra definisjonen er velferdsteknologi et samlebegrep for flere ulike teknologier rettet mot ulike behov. Velferdsteknologi er ikke all slags teknologi, men kjennetegnes ved at det er teknologi som inngår i en helse- og omsorgskontekst og som er en del av tjenestene som tilbys. Velferdsteknologi muliggjør blant annet oppfølging på avstand (Thygesen 2015, s. 6). For å gjøre det mer oversiktlig, kan man dele inn velferdsteknologi i 4 hovedkategorier: trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (Helse- og omsorgsdepartementet 2012, s. 111, NOU 2011:11, s.101). GPS faller inn under velferdsteknologibegrepet og hører her til kategorien trygghets- og sikkerhetsteknologi. Med oppdatering av pasient- og brukerrettighetsloven i 2013, ble mulig å ta i bruk GPS som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere som ikke har samtykkekompetanse (Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen 2017, s.13, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6a). Dette innebærer at det er åpnet opp for å ta i bruk GPS i helsetjenester for personer med demenssykdom, dette så fremt det vurderes til å være i brukerens interesse, at tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, at det vurderes som det minst inngripende alternativet og at det legges vekt på om brukeren ville ha gitt tillatelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6a).

2.3.1 Bruk av GPS til personer med demenssykdom

Bruk av GPS til personer med demens kan gi økt trygghetsfølelse, og det kan legge til rette for økt frihet, aktivitet og selvbestemmelse.

Trygghet

GPS gir økt trygghetsfølelse for både pårørende og helsepersonell knyttet til at bruker kan lokaliseres hvis vedkommende ikke finner veien tilbake. At personer med demens ikke finner veien kan utløse store leteaksjoner. Med GPS kan brukeren bli lokalisert og hentet hjem og

leteaksjoner unngås (Helsedirektoratet 2015, s. 19, Helsedirektoratet 2017, s. 13). Mange brukere har formidlet at de opplever det som en trygghet at noen kan se hvor de er (Ausen et al., 2013, s. 13, Helsedirektoratet 2015, s. 18, Øderud et al., 2017, s.6). De aller fleste brukere føler seg ikke overvåket, og om de gjør det, så aksepteres det for pårørende sin skyld, slik at pårørende skal kunne påse at de er trygge (Øderud et al., 2015, s. 8 og Øderud et al., 2017, s. 28). Brukere av GPS kan ha et bevisst forhold til hva som er viktigst av bevegelsesfrihet og trygghet, med individuelle forskjeller vedrørende hvor mye risiko de er villige til å ta. Det er ikke nødvendigvis egen trygghet som alltid er bakgrunn for GPS bruken, men også for at pårørende skal ha mindre bekymringer. Pårørende opplever GPS som et trygghetsskapende hjelpemiddel ved at den gir mer kontroll over situasjonen enn de har hatt tidligere. Samtidig må de akseptere en viss risiko knyttet til at brukeren beveger seg ute alene (Grut et al., 2017, s. 131-133).

Frihet, aktivitet og selvbestemmelse

GPS bidrar til at personer med demens kan ha friheten til å fortsette med utendørsaktiviteter og være fysisk aktive til tross for svikt i orienteringsevne (Ausen et al., 2013, s. 17, Øderud et al., 2015, s. 7, Øderud et al., 2017, s. 6). GPS kan også gi økt livskvalitet ved å legge til rette for mestring og bevegelsesfrihet (Ausen et al., 2013s. s. 18). Dette er viktig fordi fysisk aktivitet har vært en viktig del av hverdagslivet for mange og noe som de ønsker å fortsette med. Det kan være viktig å bestemme selv når man vil ut, hvor man skal gå og hvor lenge man skal være ute. Turgrupper og annen tilrettelagt aktivitet er dermed ikke av interesse for alle (Grut et al., 2017, s. 130).

GPS legger til rette for større frihet og aktiv hverdag for den enkelte ved at bruker kan gå ut mer etter eget ønske. Alternativet kan være at pårørende eller personalet ved sykehjem forsøker å avlede og holde personen inne av frykt for at de skal rote seg bort eller skade seg. Bruk av GPS gir færre konflikter mellom bruker og pårørende eller helsepersonell, knyttet til usikkerhet og risiko som kan oppstå når bruker er ute alene (Ausen et al., 2013, s. 15, Grut et al., 2017, s. 132, Helsedirektoratet 2017, s. 12, Øderud et al., 2017, s. 8). Pårørende opplever at GPS gir økt trygghet og frihet, og at uten GPS ville de forsøkt å holde bruker inne (Øderud et al., 2015, s. 7).

Funnene fra disse studiene er relevant for min studie ved at de dokumenterer fordeler ved bruk av GPS og er med på å begrunne hvorfor det kan være ønskelig å ta i bruk GPS-sporing.

2.3.2 Nye ansvarsområder og oppgaver for helsepersonell

I dette kapittelet presenteres tidligere erfaringer med å ta i bruk GPS i helse- og omsorgstjenester knyttet til endringer i rutiner og arbeidsoppgaver for helsepersonell. Bruk av GPS aktualiserer også etiske problemstillinger.

Nye rutiner og arbeidsoppgaver

Innføring av GPS medfører nye ansvarsområder, nye arbeidsoppgaver og behov for nye rutiner (Ausen et al., 2013, s. 39, Moser og Thygesen, 2013, s. 150-153). Personalet må kunne følge opp selve teknologien, som å påse at GPS-enheten er oppladet, og de må kunne logge seg inn på PC eller mobil og se hvor beboer er. De må også påse at beboer faktisk har GPS med seg, og når beboer er ute, må de gjøre faglige vurderinger som hvor lenge beboer har vært ute, hvor langt vedkommende har gått og om personen bør hentes tilbake. Det er ikke nytt at personalet gjør tilsyn med beboeren, men det er nytt *hvordan* tilsynet gjøres og at det gjøres på avstand via en PC fremfor å sjekke rommet. Teknologien fungerer ikke av seg selv, men forutsetter innsats fra et kollektiv av ulike aktører og krever koordinering og fordeling av oppgaver og ansvar (Moser og Thygesen, 2013, s. 150-154). En ny aktør er gjerne en alarmsentral som GPS-enheten er koblet mot. Alarmsentralen mottar alarmer, og det må her være tydelige avtaler om hvem som skal hente bruker (Ausen et al., 2013, s. 42, Øderud et al., 2017, s. 31).

Det må gjøres vurderinger i forhold til hvem GPS passer for. Flere faktorer er av betydning, som brukerens interesser, aktivitetsnivå og helse, om vedkommende vil kunne dra fordel av mulighetene ved GPS, om bruker er forsvarlig i trafikken og om det er noen alternative tiltak (Ausen et al., 2013, s. 20, 39-40, Øderud et al., 2017 s. 31, 34). Demens er en progredierende sykdom, slik at GPS sjelden er en permanent løsning. Det må være en fleksibilitet i forhold til at situasjonen kan endre seg (Ausen et al., 2013, s. 41, Helsedirektoratet 2017, s. 11).

Tidligere erfaringer viser dermed at det er arbeidskrevende å ta i bruk GPS, teknologien fungerer ikke av seg selv, og det er flere forutsetninger som ligger til grunn for vellykket bruk. Alle disse momentene er relevante for problemstillingen i denne studien.

2.3.3 Etiske vurderinger

Etikk som fag kan defineres som *systematisk tenkning om moralske problemer og sammenhenger, om hva som er moralsk godt, rett og rettferdig* (Eide og Aadland, 2008, s. 9). Etikk i helse- og omsorgstjenestene reiser spørsmålet om hvordan disse tjenestene kan være, og muligheter for å utvikle en bedre praksis (s. 12). Et etisk dilemma består av en verdikonflikt, en valgsituasjon hvor det finnes gode moralske innvendinger mot ethvert handlingsalternativ (s. 10). I spennet mellom verdier og fagkunnskap er det rom for faglig-etisk skjønn hvor hensyn veies mot hverandre (s. 14). Bruk av GPS aktualiserer etiske problemstillinger om overvåking og retten til privatliv (Hoffmann, 2010, s. 21, Helse- og omsorgsdepartementet 2012, s. 112). Den etiske diskusjonen bør ta utgangspunkt i brukers behov, hensikt og hva som er det minst inngripende tiltaket (Ausen et al., 2013, s. 51, Øderud et al., 2015, s. 9). De etiske problemstillingene og ulike handlingsalternativer må dermed vurderes og diskuteres i hvert enkelt tilfelle. Det er hvordan teknologien brukes som kan reise etiske dilemma, ikke teknologien i seg selv (Ausen et al., 2013, s. 52).

Thygesen og Moser (2010) viser til en etikk-i-praksis tilnærming. Dette baserer seg på at etiske vurderinger gjøres i praksis, og ikke blir bedømt utenfor kontekst ut fra en ide om hva god omsorg er (s. 129). Etikk-i-praksis legger vekt på selve situasjonen og dens etikk, og erkjenner at det ikke er noen enkel eller gitt rekkefølge på verdier i demensomsorg. Det er en avveining av verdikonflikter, fordeler og ulemper, for å finne beste løsning for personen i en spesifikk kontekst (s. 142).

Etiske vurderinger er relevant for denne studien og kan knyttes til personsentrert omsorg, slik at det som er betydningsfullt for personen er viktig i vurderingen av om GPS er et godt tiltak.

2.4 Velferdsteknologiens ABC

Stadig flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi. Velferdsteknologiens ABC er en tverrfaglig opplæringspakke for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Opplæringspakken er utviklet med bakgrunn i nasjonale styringsdokumenter, forskningsbasert kunnskap innenfor velferdsteknologiområdet og kommunale erfaringer. Opplæringspakken skal bistå kommunene med å ta i bruk ulike teknologier, og tar for seg nødvendige endringer og ansattes behov for informasjon og opplæring for å utnytte mulighetene som ligger i teknologien (KS 2016). Opplæringspakken adresserer kompleksiteten ved å ta i bruk velferdsteknologi, noe som krever omstilling i både kultur og kompetanse og i måten

kommunene leverer helsetjenester på. Det overordnede målet er å sørge for opplæring til ansatte som gjør dem i stand til å se muligheter og hvilke endringer som må til for å kunne utnytte mulighetene (s. 7). Opplæringspakken består av fem emner som bygger på hverandre og dekker sentrale tema som lovverk og etikk, kartlegging av brukerbehov, uttesting av velferdsteknologi i praksis, hva som kreves av oppfølging og evaluering underveis og overgangen fra utprøving til ordinær drift (KS 2016).

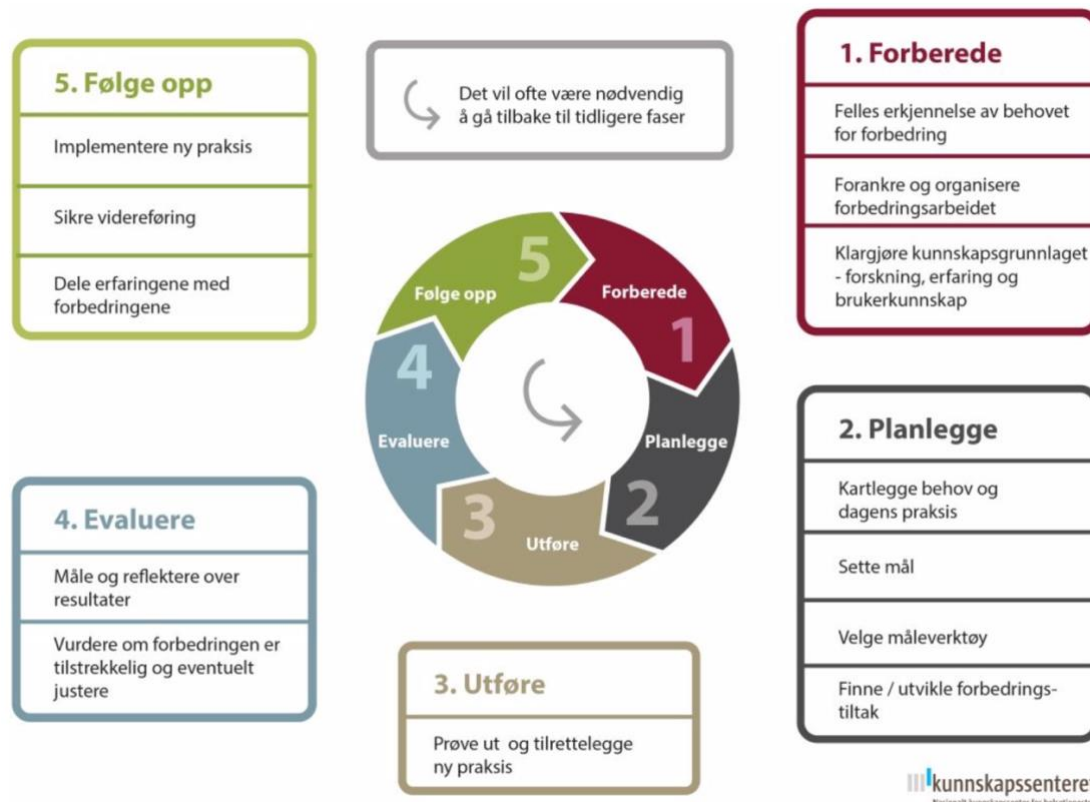
Opplæringspakken er relevant for denne studien da den gir innspill til faktorer av betydning for å lykkes med å ta i bruk nye teknologier i kommunale helse- og omsorgstjenester. I denne studien vil deler av opplæringspakken benyttes for å belyse og forstå innføring av GPS på sykehjem.

2.5 Modell for kvalitetsforbedring

Det fremgår av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, § 4-2) at virksomheter skal jobbe systematisk med kvalitetsforbedring. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene. Behovet for utvikling og forbedring er blant annet knyttet til en stadig endring og utvikling av kunnskap, kompetanse og teknologi. Kvalitetsforbedringsarbeid innebærer å benytte allerede eksisterende kunnskap for å innføre nye eller forbedrede prosesser, systemer og tjenester i praksis (Stubberud, 2018, s. 12). Prosessen med å ta i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester kan ses i lys av teori om forbedringsarbeid. Det kan benyttes ulike tilnæringer og modeller og *Modell for kvalitetsforbedring* kan være til hjelp for å sikre nødvendig systematikk for å gjennomføre forbedringer. *Modell for kvalitetsforbedring* er valgt som et teoretisk perspektiv i denne studien, og deler av modellen benyttes for å utforske og drøfte erfaringer personalet har etter å ha tatt i bruk GPS for å følge opp beboere med demens på sykehjem. I denne studien har forbedringsmodellen sine faser også gitt inspirasjon og struktur til oppbygging av intervjuguiden (vedlegg 3, vedlegg 4).

Modell for kvalitetsforbedring ble utviklet av daværende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Modellen er en videreutvikling av Demings sirkel, en mye brukt modell for systematisk kvalitetsforbedring, og bygger på teori, forskning og erfaring fra kvalitetsforbedring (Stubberud, 2018, s. 43). Modellen består av fem faser: *forberede*, *planlegge*, *utføre*, *evaluere* og *følge opp* (Figur 2). Hver fase har anbefalinger om aktiviteter

som er viktige å ivareta for å lykkes med forbedringsarbeid. Rekkefølgen på fasene glir delvis over i hverandre, ved at man i praksis gjerne jobber med flere trinn parallelt. Modellen kan benyttes i små og store forbedringsprosesser og kan også fungere som en huskeliste for faktorer som forskning har vist er nødvendig for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring (Konsmo, de Vibe, Bakke, Udness, Eggesvik, Norheim, Brudvik og Vege, 2015, s. 4, 18). Under følger en beskrivelse av fasene i modellen:



Figur 2: Modell for kvalitetsforbedring (Helsebiblioteket 2015)

Første fasen er forberedelsesfasen, denne er avgjørende for en god start på forbedringsarbeidet. Utgangspunktet er helsepersonellens felles erkjennelse av behovet for forbedring. Denne erkjennelsen kan for eksempel komme som et resultat av teknologisk utvikling, uheldige hendelser, nye faglig retningslinjer eller endrede behov hos bruker. I forberedelsesfasen må det brukes tid på å informere og involvere alle berørte aktører. For å styrke læring og utvikling kan flere enheter i en organisasjon, eller flere organisasjoner/nivåer samarbeide om forbedringsarbeidet (Helsebiblioteket 2015). Klargjøring av kunnskapsgrunnlaget er en viktig del av forberedelsesfasen og omfatter å innhente oppdatert forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukererfaringer på området som skal forbedres (Stubberud, 2018, s. 46).

I planleggingsfasen skal det kartlegges ulike behov og dagens praksis, settes mål for forbedringsarbeidet og finne/utvikle forbedringstiltak. Det bør settes mål for forbedringsarbeidet slik at man lettere kan se om endringen av tjenesten har ført til forbedringer. Tiltak som har vært effektive andre steder må tilpasses den nye konteksten de skal brukes i (Helsebiblioteket 2015).

I utføringsfasen er det utprøving av de nye tiltakene og ny praksis tilrettelegges (Stubberud, 2018, s. 47). Helsepersonell som skal utføre de nye tiltakene må ha tilstrekkelig informasjon både om selve tiltaket og hva man ønsker å oppnå. Det må også sørges for nødvendig opplæring og avklaring av ansvarsforhold (Helsebiblioteket 2015).

I evalueringsfasen vurderes det om tiltaket har virket etter hensikten og om endringene har ført til forbedringer. Berørte parter bør være med å evaluere resultatene og komme med viktige innspill (Helsebiblioteket 2015). Det kan være nødvendig å gå tilbake til forberedelses- og planleggingsfasen for å justere tiltakene hvis evalueringen viser at forbedringen ikke er tilfredsstillende (Stubberud, 2018, s. 48).

Den siste fasen er oppfølgingsfasen, hvor det skal sikres at forbedringene innføres i vanlig drift og opprettholdes. Det anbefales blant annet å opprette prosedyrer og opplæringsprogram, og det er nødvendig å følge opp videre at ny praksis fortsatt fungerer optimalt (Helsebiblioteket 2015).

2.6 Oppsummering

Politikkutforming knyttet til velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester omhandler velferdsteknologi som en mulighet for å imøtekomme demografiske utfordringer, med en økende andel eldre, som velferdsstaten står ovenfor. Med velferdsteknologi tenkes det nytt om hvordan tjenesten innrettes, og teknologien skal bistå enkeltmennesket for økt livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger.

Forekomst av demenssykdom øker med alder, slik at det forventes en sterk økning i antall personer med demens, noe som vil ha betydning for de kommunale helsetjenestene når det gjelder blant annet kompetanse og faglig tilnærming. Det er en politisk og faglig ønsket utvikling med en personsentrert tilnærming innen demensomsorg. Å jobbe personsentrert innebærer at personalet gjør seg kjent med personen sitt levde liv og individualiserer

behandlingen, fanger opp ønsker og behov og vurderer hvilke tiltak som kan settes i gang for den enkelte for økt livskvalitet og trivsel. Mange personer med demens har ønske og behov for å være fysisk aktive og oppleve en meningsfull hverdag. Evnen til å orientere seg geografisk svikter raskt når sykdommen tiltar, slik at flere personer med demens risikerer å gå seg vill. Litteraturgjennomgangen viser at bruk av sporingsteknologien GPS til personer med demenssykdom kan gi økt trygghetsfølelse, og det kan legge til rette for økt frihet, aktivitet og selvbestemmelse. Innføring av GPS medfører nye arbeidsoppgaver og behov for nye rutiner for helsepersonell som skal ivareta oppfølgingen av teknologien. *Velferdsteknologiens ABC* er en opplæringspakke utviklet for å bistå kommunene med å ta i bruk ulike teknologier og adresserer kompleksiteten ved å ta i bruk velferdsteknologi. Prosessen med å ta i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester kan ses i lys av teori om forbedringsarbeid og *Modell for kvalitetsforbedring* kan være til hjelp for å sikre nødvendig systematikk for å gjennomføre forbedringer.

3 Metode

I dette kapittelet beskrives valgt metode og det redegjøres for innsamling av data. Det går gjennom hvordan analysen er utført og til slutt forskningsetiske overveielser.

3.1 Valg av design og metode

Et design er en plan for hvordan studien skal gjennomføres (Thagaard, 2016 s. 54). I arbeidet med denne studien er det brukt et utforskende og beskrivende design hvor hensikten er å utforske helsepersonells erfaringer på ulike områder etter å ha tatt i bruk GPS på sykehjem for å følge opp beboere med demens. Problemstillingen som skal belyses er avgjørende for valg av metode (Malterud, 2017, s. 32, Johannessen, Tufte og Christoffersen 2016, s. 95), og ut fra litteraturgjennomgangen er erfaringer med å ta i bruk GPS på sykehjem lite beskrevet.

Kvalitative metoder er egnet der man søker forståelse for noe som er lite kjent og er egnet for å utforske menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser og holdninger (Malterud 2017, s. 30-32, Thagaard 2016 s. 12-13). Det er derfor valgt å benytte en kvalitativ metode hvor intervjuer blir brukt for innsamling av data.

3.1.1 Egen forforståelse

En forsker er sjelden helt uten oppfatninger av det som skal undersøkes og eventuelt hva man forventer av resultater. Vi har alle med oss kunnskaper og oppfatninger om virkeligheten, og denne forforståelsen vil kunne påvirke hva som observeres og hvordan disse observasjonene vektlegges og tolkes (Johannessen et al., 2016, s. 34-35). Alle disse punktene påvirker forståelsen man opparbeider seg gjennom forskningsarbeidet. Malterud (2017, s. 41) viser til at forskerens ståsted, faglige interesser og personlige erfaringer vil påvirke valg av problemstilling, hvilke metoder og utvalg som anses relevante og hvordan konklusjonene vektlegges og formidles. Med andre ord vil forskerens person påvirke forskningsprosessen og resultatene. Når en forsker tolker materiale, så oppfattes mønstre vedkommende har evne til å gjenkjenne ut fra sitt perspektiv (Malterud 2017, s. 43), og man mister dermed et nøytralt blikk. Det er derfor av betydning at det i denne studien gjøres rede for egen forforståelse, slik at resultatene kan tolkes og vurderes i forhold til dette.

Jeg har utdanningen som sykepleier og arbeidserfaring fra sykehjem, først som sykepleier og senere som kvalitetssjef. Stillingen som kvalitetssjef innebærer ansvar for å igangsette og gjennomføre forbedringsarbeid i egen praksis, og inkluderer erfaring med *Modell for kvalitetsforbedring* som er presentert tidligere.

Ut fra arbeidserfaring og videreutdanning i aldring og eldreomsorg har jeg god kjennskap til demenssykdom, og har selv opplevd stresset med å iverksette leteaksjoner etter savnede beboere. Jeg hadde derimot ingen tidligere erfaring med bruk av GPS på sykehjem, men hadde vært i en situasjon hvor det ble vurdert å ta det i bruk, og opplevde at det utløste behov for mange avklaringer. Forforståelsen har utviklet seg med oppgaven, og den siste tiden har jeg også fått noe erfaring med bruk av GPS på egen arbeidsplass. Et masteremne om bruk av velferdsteknologiske løsninger i helsetjenester for eldre har gitt meg noe innsikt i muligheter, begrensninger og kompleksiteten ved å ta i bruk ny teknologi innen helse- og omsorgstjenester.

3.2 Fokusgruppeintervju

Intervju er en mye brukt fremgangsmåte innen kvalitativ forskning. Formålet med intervju er å få fylldig og omfattende informasjon, og er egnet for å få innsikt i personers erfaringer (Thagaard, 2016 s. 13, 95). I denne studien er det benyttet fokusgruppeintervjuer for å belyse problemstillingen. Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju, men til forskjell fra gruppeintervju hvor det typisk er mye interaksjon mellom intervjuer og informanter med mye spørsmål og svar, legges det i fokusgrupper opp til høy grad av interaksjon mellom de som intervjues (Halkier, 2016, s. 9-10). Utgangspunktet har vært å utforske erfaringer som tidligere er lite beskrevet, og en styrke ved fokusgrupper er at man kan stille noen få, brede og åpne spørsmål rundt et tema, og at informantene gjennom gruppeinteraksjonen kan komme frem til hva som er vesentlig (s. 42). Den som utfører undersøkelsen skal legge til rette for denne gruppeinteraksjonen, og kalles derfor moderator, ikke intervjuer. Deltakerne kan beskrive, vurdere og argumentere seg i mellom rundt et fastlagt tema, og på denne måten forhandle seg frem til hva som er av betydning. De stiller spørsmål til hverandres uttalelser og kommenterer hverandres erfaringer og forståelser, og en styrke ved fokusgrupper er at deltakerne ber om hverandres meninger og kommenterer erfaringer og forståelse ut fra en kontekstuell forståelse som forskeren ikke har (s. 13-15).

3.2.1 Individuelle intervju

Halkier (2016, s.19) viser til at individuelle intervjuer kan gi moderatoren i en fokusgruppe en fornemmelse av viktige erfaringer og forståelser som kan brukes i planleggingen av fokusgruppene. Det ble derfor utført individuelle intervjuer med den som hadde ansvaret for implementeringen av GPS på hvert av sykehjemmene, med en delvis strukturert tilnærming med intervjuguide (vedlegg 4). Disse individuelle intervjuene er ikke en del av datamaterialet eller analysen i dette studiet, men kan sees på som en bakgrunnssamtale med nøkkelpersonell. Intervjuene gav økt innsikt i erfaringer knyttet til bruk av GPS på sykehjem, mens litteraturen ellers i stor grad er rettet mot hjemmeboende brukere. Intervjuene utviklet min forforståelse i forkant av fokusgruppeintervjuene, og gjorde det mulig å formulere oppfølgingsspørsmål i intervjuguiden for å utforske deres erfaringer og forståelser på områder som var identifisert som vesentlige. I utgangspunktet kan det være interessant å se implementeringsansvarlig sine erfaringer med å ta i bruk GPS i forhold til helsepersonells erfaringer, men dette faller utenfor fokusområdet for denne studien. Det fokuseres her på det utøvende nivået, hvor det er deres erfaringer som er gjenstand for analyse og drøfting.

3.3 Utvalg

Etter at studiet var godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) (vedlegg 1), startet rekrutteringsprosessen for å få tak i informanter som kunne bidra med erfaringer relevant for forskningsspørsmålene. Det var ønskelig å komme i kontakt med sykehjem som hadde benyttet GPS i omlag ett år og som var geografisk lokalisert innen rimelig nærhet. Inklusjonskriteriet ble bestemt ut fra at informantene skulle huske prosessen med innføringen, samtidig som det var gått tilstrekkelig tid til at de har kunnet reflektere over innføringen og gjøre seg ulike erfaringer. Det ble søkt på nett etter kommuner og sykehjem som hadde tatt i bruk GPS og dokumenter som lå tilgjengelig om ulike kommuners satsning på velferdsteknologi ble gjennomgått. Ut fra dette søket ble tre sykehjem identifisert som kandidater og ledelsen ble kontaktet via e-post med informasjon om prosjektet og forespørsel om deltakelse (vedlegg 2). Henvendelsen ble senere fulgt opp via telefonkontakt. Fikk forklart hvordan to av sykehjemmene hadde forsøkt GPS, men av ulike grunner hadde valgt å avslutte bruken igjen. For min del var det ønskelig å få denne erfaringen med i studiet, men de takket dessverre nei til deltakelse. Det tredje sykehjemmet besvarte ikke forespørselen om å delta i studien etter den initielle kontaktfasen. Det ble samtidig tatt kontakt med fagmiljøer innen

demensomsorg som henviste til sentrale personer som jobber mer overordnet med velferdsteknologi i nærliggende kommuner. Denne fremgangsmåten for å finne utvalg beskriver Thagaard (2016, s. 62) som tilgjengelighetsutvalg og snøballmetode. Det betyr at når man først kommer i kontakt med en person, så kan vedkommende også vite om og anbefale andre relevante kontakter. Via disse personene fikk jeg oversikt over et større antall sykehjem på Østlandet og hvorvidt de hadde erfaring med GPS eller ikke. Jeg fikk anbefalt tre sykehjem som oppfylte inklusjonskriteriene og ledelsen ved sykehjemmene ble kontaktet via e-post. Alle tre var i utgangspunktet positive til deltakelse, men det ene sykehjemmet kunne ikke delta grunnet praktiske forhold hos dem. De to resterende sykehjemmene oppfylte inklusjonskriteriene og hadde GPSer i bruk på intervjutidspunktet. For å ivareta anonymitet blir ikke sykehjemmene ytterligere beskrevet.

Deltakerne i kvalitative studier velges ut fra at de har erfaringer som er relevante for å belyse problemstillingen (Thagaard 2016, s. 60, Halkier, 2016, s. 29). Inklusjonskriteriene i denne studien gjorde at relevante deltakere var fagutdannet helsepersonell som har vært involvert i det daglige arbeidet med beboere med demens før og etter at GPS ble tatt i bruk ved sykehjemmet. Ved bruk av fokusgrupper er interaksjonen mellom informantene også av betydning, slik at man også må vurdere utvalget ut fra ønsket gruppedynamikk (Halkier, 2016, s. 31). Det var ønskelig med ulike profesjoner med mulighet for større bredde i perspektiver og erfaringer i diskusjonene. Litteraturen anbefaler mellom tre og tolv deltagere i fokusgrupper (Halkier, 2016, s. 37, Johannessen et. al 2016, s. 115). I henvendelsen til sykehjemmene ble det uttrykt ønske om inntil fem deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene uten videre føringer eller kontroll ved utvelgelse. Antallet ble vurdert til å være stort nok til å skape en gruppeinteraksjon og samtidig håndterbart for en uerfaren moderator med liten tidligere erfaring med denne rollen. En større gruppe kunne gitt flere perspektiver og er egnet nettopp i en eksplorativ studie som dette, men samtidig kan større grupper være vanskeligere å styre (Halkier 2016, s. 38). Gruppestørrelsen i denne studien er dermed et pragmatisk resultat ut fra antallet ansatte som ble stilt til rådighet og som ønsket å delta. Det er gjennomført to fokusgruppeintervju, hvor *fokusgruppe 1* bestod av en sykepleier og to hjelpepleiere og *fokusgruppe 2* bestod av to sykepleiere, en ergoterapeut og en hjelpepleier. Utvalget vurderes som relevant, men det fremkom under fokusgruppe 2 at en av sykepleierne var relativt nyutdannet og hadde tiltrådt stillingen etter at GPS var tatt i bruk. Dette er en svakhet ved utvalget da vedkommende ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Intervjuet ble gjennomført til tross for dette, da det viste seg at denne sykepleieren jobbet ved en avdeling

som hadde flere GPSer i bruk og vedkommende hadde mye erfaring. Det ble vurdert at vedkommende styrket interaksjonen i fokusgruppen ved å stille undrende spørsmål som de andre reflekterte over og kom til enighet rundt. Øvrige deltagere hadde mellom 10 til 30 års yrkeserfaring med beboere med demens.

3.4 Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene

Intervjuer kan ha ulik grad av struktur og i denne studien er det valgt en delvis strukturert tilnærming. Dette innebærer at det på forhånd er utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 3), men at det har vært en fleksibilitet i forhold til rekkefølge på spørsmål og at det er åpnet for tema som ikke har vært planlagt (Thagaard, 2016, s. 97-98). I intervjuguiden er det forsøkt å formulere få og åpne spørsmål ettersom det ved bruk av fokusgrupper er ønskelig å legge til rette for at deltakerne i stor grad diskuterer sentrale tema seg i mellom, fremfor at den som utfører undersøkelsen og informantene har en spørsmål-svar dynamikk (Halkier 2016, s. 61). Intervjuguiden var til hjelp for å skape noe struktur i intervjuet, og det ble forberedt noen underpunkter jeg hadde i bakhånd for å kunne utdype de forskjellige temaene (Johannessen et al., 2016, s. 115). Intervjuguiden legger også til rette for å sammenligne informasjon fra de to fokusgruppene rundt de samme temaene (Thagaard, 2016, s. 182). Ved intervju nummer to ble erfaringer som ble tatt opp i det første intervjuet fulgt opp.

Intervjuene ble utført på deres arbeidsplass og hadde en varighet på ca. 1,5 time som er en vanlig tidsramme ved fokusgruppeintervjuer (Johannessen et al., 2016, s. 147). Jeg forsøkte å innta en uformell rolle og skape en avslappet atmosfære for å bedre gruppedynamikken og verdien av intervjuet (Halkier, 2016, s. 53). Det var kjøpt med bakst og brus som ble satt frem, og jeg brukte tid innledningsvis på å presentere meg selv og understreket at det var de som satt med kunnskapen og at jeg var der for å lære. Informasjonsskrivet og samtykke ble gjennomgått slik at de fikk påminnelse om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg (vedlegg 2). Videre ble det forklart hvordan det gjennom intervjuet ville bli stilt seks ganske åpne spørsmål, og at det var ønskelig at det var en uformell tone hvor de snakket sammen og diskuterte sine erfaringer rundt de ulike temaene. Det ble brukt lydopptak, og dette ble skrudd på først etter en innledende samtale og at alle hadde presentert seg for å sørge for at de innsamlede dataene forble anonyme.

Under intervjuet opplevde jeg det som en fordel å ha arbeidserfaring med ledelse av møter, og dermed være komfortabel i rollen som moderator. Det var spesielt fordelaktig å kunne ha kapasitet til å lytte til hva som ble sagt, påse at alle spørsmålene i intervjuguiden ble dekket og samtidig oppmuntre alle til å delta ved å inkluderende spørre «er det andre erfaringer?» eller «hva tenker du?». Dette var samtidig en ny situasjon, og det var mye læring i å lytte til egne intervju som en del av forberedelsene til neste intervju (Thagaard, 2016, s. 100).

Det må tas høyde for at samtidig som det sosiale samspillet er en styrke ved fokusgrupper, så kan det bli tendens til konformitet slik at holdninger tilpasses det som fremstår som akseptabelt og at det blir lite variasjon i hva det gis uttrykk for av forståelse og erfaringer (Halkier, 2016, s. 15). Halkier (2016, s. 14) viser også til at den sosiale kontrollen i fokusgruppen kan hindre noen erfaringer eller perspektiver å komme frem, at det kan bli en underrapportering fra enkeltpersoner hvis de har en atypisk forståelse. Siden det er interaksjonen mellom deltakerne som skaper data, så må dynamikken i gruppen vurderes (Halkier, 2016, s. 31). Jeg opplevde at det var en trygg atmosfære i intervjuene. Alle uttalte seg, tidvis var de ivrige og snakket i munnen på hverandre, de stilte spørsmål til hverandres utsagn og turte være uenige. Det kom også frem negative så vel som positive erfaringer. Det var gruppeinteraksjon hvor de snakket med hverandre og bygget på hverandres utsagn.

Avslutningsvis takket jeg for intervjuet og spurte hvordan det hadde vært, og alle informantene gav uttrykk for at de opplevde intervjuet som positivt. Som en forberedelse til analysen av intervjuet anbefales det å notere ned inntrykk rett etter intervjusituasjonen (Thagaard 2016, s. 112, Halkier, 2016, s. 67), og min opplevelse, både i forhold til hva som ble sagt og hvordan dynamikken i gruppen fungerte, ble derfor notert ned rett etter intervjuet.

3.5 Analyse

Etter datainnsamlingen må materialet organiseres og tilgjengeliggjøres for analyse. I denne studien ble det benyttet lydopptaker under intervjuene, og for å kunne gjøre en systematisk analyse, så er det nødvendig å gjøre om lydfilene til skriftlig materiale (Halkier, 2016, s. 72, Malterud, 2017, s. 77). I denne seksjonen redegjøres det først for hvilke overveielser som er gjort i prosessen fra lyd til tekst, og deretter hvordan selve analysen ble utført.

3.5.1 Transkribering

Formålet med skriftliggjøringen av et lydopptak er å fange opp den muntlige samtalen i en form som best mulig formidler det deltakerne ønsket formidle. Ved omgjøring av materiale til tekst, vil det alltid være en form for filtrering og mening kan gå tapt, feiltolkes eller forvrennes. En fordel med å transkribere selv er at det er mindre risiko for å misforstå betydningen av det som har blitt sagt, og jeg har selv gjort om lydfilene til skriftlig materiale kort tid etter hvert intervju. En annen fordel med å utføre transkriberingen selv, er at det kan være vanskelig å utføre for folk som ikke selv har vært til stede ved at det kan være vanskelig å skille stemmer fra hverandre (Malterud, 2017, s. 77-78, Halkier, 2016, s. 72).

Transkripsjonen er anonymisert ved at det ikke er brukt navn på informantene, og der de omtaler sykehjemmet, gatenavn eller spesifikke steder, så er dette utelatt. Begge grupper kom inn på taushetsbelagte og potensielt gjenkjennende saker fra egen praksis, og enkelte utsagn ble i transkripsjonen merket som «sensitivt utelatt» for å hindre gjenkjennelse. Det var god lyd kvalitet på opptakene og det er lyttet gjennom flere ganger for å best mulig ivareta meningsinnhold fra fokusgruppene i den skrevne teksten. All tale er transkribert for å unngå fortolkning i transkriberingsprosessen. Bekreftende eller benektende støtteord som «mmm» eller «nææh» er inkludert, det er tatt med uferdige setninger og der informantene snakker i munnen på hverandre er det nedskrevet som det var (Halkier, 2016, s. 73). Jeg noterte også i margen noen av inntrykkene som ble skrevet ned rett etter intervjuene og beskrivelser som «latter», «her er de ivrige» og «alle uttrykker at de er enige» har blitt tatt med i transkripsjonen. Det bør bemerkes at disse notatene er subjektive oppfattelser som kan inneha egne fortolkninger, selv om dette er forsøkt unngått etter best evne.

3.5.2 Systematisk tekstkondensering

Innen kvalitativ metode finnes det flere analysemetoder å velge mellom (Malterud, 2017, s. 91, Johannessen et al., 2016, s. 161). En forskjell er hvorvidt data leses på langs eller på tvers i analysen. I en langsgående analyse følges ett enkelt eller noen få forløp over tid, mens i den tverrgående analysen sammenfattes informasjon fra flere deltakere. I denne studien er utgangspunktet for analysen det transkriberte materialet fra de to fokusgruppene, og intervjuguiden legger til rette for en tverrgående analyse, hvor likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer fra fokusgruppene fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2017, s. 93, Thagaard, 2016, s. 181). Felles prinsipp for de fleste kvalitative analysemetodene er at det først er en dekontekstualisering og deretter rekontekstualisering. Dette innebærer at forskeren

først får et overblikk over materialet, materialet brytes ned og meningsbærende enheter ses i sammenheng med andre deler som sier noe om det samme. Deretter følger en rekontekstualisering av fortolkninger med presentasjon av funn (Malterud, 2017, s. 94).

Systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation – STC) er en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data og er valgt som analysemetode i denne studien (Malterud, 2017, s. 97). Bakgrunn for valget er at metoden er grundig beskrevet, den har en forståelig trinnvis fremgangsmåte som hjelper meg å arbeide systematisk i analysen samt dele med leseren hvordan jeg har kommet frem til mine resultater (Malterud, 2017, s. 97). Prinsippene om dekontekstualisering og rekontekstualisering gjenfinnes også i systematisk tekstkondensering og analysen er gjennomført i fire trinn: å få et helhetsinntrykk; å identifisere meningsdannende enheter; å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene; og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98). De følgende avsnittene beskriver hvordan det har vært arbeidet med de ulike trinnene i analysen.

Trinn 1: Å få et helhetsinntrykk med foreløpige temaer

Første trinn innebærer å bli kjent med materialet. Teksten leses gjennom for å få et helhetsbilde og det vurderes mulige temaer som kan belyse problemstillingen. Det skal jobbes aktivt med å sette egen forforståelse midlertidig til side og være åpen for hva materialet kan formidle (Malterud, 2017, s. 99). Malterud anbefaler at man ikke går for bredt ut, men identifiserer fire til åtte foreløpige temaer i teksten. Dette er ikke resultater eller kategorier utviklet gjennom systematisk tolkning, men representerer et første steg i organiseringen av materialet som mulige svar på problemstillingen.

I denne studien startet jeg med å gjøre meg kjent med materialet fra den første fokusgruppen. Materialet ble gjennomlest for å danne et helhetsinntrykk og for å vurdere mulige temaer som sier noe om problemstillingen. Det ble forsøkt å sette til side egen forforståelse og hva jeg trodde jeg visste om tema, og dermed stå mer åpen for hva informantene egentlig har delt av erfaringer. Temaer som ble identifisert var *trygghet, kontroll, frihet, fungere i praksis, teknologien, usikkerhet, noe nytt, passe på, nye oppgaver og utfordringer*. Jeg valgte å gjennomføre analysetrinn 1 og 2 for det første fokusgruppeintervjuet. Dette er en tverrgående analyse, og jeg gikk tilbake til trinn 1 med materialet fra den andre fokusgruppen for å se etter likhetstrekk og variasjoner i erfaringene. Foreløpige temaer var *endrede rutiner, vurdere, kartlegge, passe på, mer ansvar, teknologien, for personalet sin trygghet og opplæringsbehov*.

Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

Datamaterialet består av 56 sider transkribert tekst fra de to fokusgruppeintervjuene. I andre trinn av analysen organiseres den delen av materialet som skal studeres nærmere, og resten legges til side (Malterud, 2017, s. 100). Malterud (2017, s. 101) foreslår at man kommer frem til tre til fem reviderte foreløpige tema som nå danner grunnlag for kodegrupper. Det er spesielt for STC at man ikke går bredt ut, men konsentrerer seg innledningsvis om relativt få temaer og kodegrupper (s. 100). Jeg brukte tid på å vurdere hva de foreløpige temaene sa noe om, om det var ulike tema eller nyanser av samme og hvordan de kan tenkes å belyse problemstillingen. Etter å ha vurdert de foreløpige temaene, startet jeg med kodegruppene *frihet, trygghet, usikkerhet og passe på*. Noen av vurderingene som ble gjort her, var at *kontroll* var en nyanse av *trygghet*. Mens *noe nytt og utfordringer* hadde med *usikkerhet* å gjøre.

I dette analysetrinnet er det en dekontekstualisering, hvor deler av teksten, i STC kalt meningsbærende enheter, hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng og sorteres ut fra kodegruppene. Jeg tok for meg en kodegruppe om gangen, og gikk nøye gjennom det transkriberte materialet for å skille relevant tekst fra irrelevant (Malterud 2017, s. 101, s.104). Kodegruppene ble justert underveis og det ble også lagt til flere koder. Etter at flere koder ble lagt til, ble hele materialet gjennomgått på nytt for å identifisere nye meningsbærende enheter (Malterud 2017, s. 103). Dette var et tidkrevende og møysommelig arbeid, med mye frem og tilbake av kodegrupper ut fra hva jeg fant i materialet. Det ble ført en logg over valg og endringer som ble gjort underveis og det var nyttig å innimellom gå tilbake til den for å reflektere over hvilke valg som hadde blitt gjort i håndtering av kodegruppene. Noen av kodegruppene viste seg å kunne undergrupperes ytterligere, og de ble derfor inndelt i foreløpige subgrupper.

Analysen ble midlertidig stanset ved dette punktet for å gå tilbake til trinn 1 med materialet fra den andre fokusgruppen. Foreløpige tema ble identifisert og vurdert mot kodegruppene og de midlertidige subgruppene som ble etablert gjennom første analyserunde. Videre ble det en justering av kodegrupper, og materialet ble gjennomgått for meningsbærende enheter og lagt sammen med de opprinnelige enhetene fra første runde i de justerte kodegruppene (Malterud 2017, s. 111). Etterhvert som kodegruppene ble revidert og meningsbærende enheter flyttet, ble kodegruppene bedre atskilt. De inneholdt nyanser av et tema, og jeg opprettet etterhvert

også flere subgrupper i dette analysetrinnet som de meningsbærende enhetene ble sortert i. En gradvis omforming fra tema til kode og reviderte kodegrupper innebærer at det jobbes fleksibelt ut fra det som læres av empirien (Malterud 2017, s. 102-103). Under vises et eksempel på inndeling av kodegruppe i subgrupper og tilhørende meningsbærende enheter:

Meningsbærende enhet	Subgrupper	Kodegruppe
<i>for det går jo an at det henger seg opp. Og at det på den måten viser feil.</i>	<i>GPS kan være en falsk trygghet</i>	<i>Muligheter og begrensninger</i>
<i>Det hjelper oss jo veldig egentlig, hvis de skulle gå ut og ha den med.</i>	<i>GPS er en trygghet</i>	

Tabell 1: inndeling av kodegruppe i subgrupper og eksempel på tilhørende meningsbærende enhet

Trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I dette tredje analysetrinnet utvikles det kondensater. Kondensater er tekster, et kunstig sitat, som sammenfatter alle de meningsbærende enhetene i en kodegruppe (Malterud 2017, s. 105, s. 107). Fremgangsmåten med abstrahering når data er kodet, med utvikling av et kondensat, er spesifikt for STC (Malterud 2017, s. 98).

Jeg startet med en kodegruppe og fortsatte arbeidet med å sortere tekst som omhandlet ulike sider ved kodegruppen i subgrupper. De subgrupper man fester seg ved, vil være preget av egen forforståelse og det perspektivet man har lest materialet ut fra, og dermed bringe en tolkning inn i analysen. En med et annet faglig perspektiv og ståsted ville kunne tolket teksten annerledes (Malterud 2017, s. 106, Graneheim og Lundman, 2004, s. 111). Etter å ha sortert tekst i subgrupper er det disse som er analyseenheten. Det ble utviklet et kondensat for hver subgruppe som inneholder en sum av informantenes utsagn og gjenforteller og sammenfatter subgruppen. Teksten bygges opp og redigeres sammen i logisk rekkefølge med elementer fra samtlige meningsbærende enheter. Hver eneste meningsbærende enhet ble vurdert, og enten tatt med, forkastet eller flyttet til en annen subgruppe. Når meningsbærende enheter ikke passet inn, ble det utført nye refleksjoner av inndelingen som var gjort i kodegrupper og subgrupper. Kondensatet bærer etter dette med seg innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene og har omsatt de til en mer generell form. Til slutt utvikles et «gullsitat» som

illustrerer det som er abstrahert. Kondensatet er et arbeidsnotat som brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i analysens fjerde og siste trinn (Malterud 2017, s. 107).

Under er et eksempel på kondensat og gullsitat fra subgruppen «hele tiden passe på at har den på seg»:

Det er jo mange som ikke forstår hva det er for noe og hvorfor de skal ha den på. Når vi ber de ha den på, så stort sett så gjør de det, men de har jo demens ikke sant, så merker de denne klumpen rundt halsen og husker ikke hva det er for noe, så tar de den av. Jeg har funnet de mange steder, i rullatoren, i en skuff, i toalettveska, på nattbordet og under puta. Og det er noen som absolutt ikke vil ha den på eller i lomma og bare tar den av med en gang, og da har du et problem hele dagen. Det er snakk om at de skal komme i andre former enn bare det halskjede, men det må jo passes på uansett. Får de det i skoene, så er det ikke sikkert de tar på seg det paret. Det er jo lett å ta på tøflene ikke sant. Jeg føler et kjempeansvar, for hvis en har gått ut og den kanskje ligger igjen i nattbordskuffen, så er det meg de går på. "Skulle ikke du sørge for at han hadde den på seg?". Det er mye mer som skal passes på og mer stress i løpet av dagen. Før var det nok å passe på at ingen tok heisen for eksempel, men nå er vårt ansvar å passe på at de har den på seg til enhver tid og at den er opplada. Jeg senker jo ikke skuldrene mer fordi de har denne på seg, jeg følger ikke noe mindre med de av den grunn. Jeg er veldig på vakt og sjekker flere ganger i løpet av dagen at den er på. Du er aldri helt sikker på om de har den, så det kan være litt sånn falsk trygghet.

Gullsitatet som er utviklet og som illustrerer det som er abstrahert er følgende: *"Jeg slapper ikke noe mer av nå selv om de har GPS. Det er et stort ansvar å hele tiden skulle passe på at de faktisk har den på seg"*

Trinn 4: Fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

Analysens fjerde trinn består av rekontekstualisering hvor kondensatene fra hver subgruppe blir redigert og anrettet til en analytisk tekst som representerer de nye beskrivelse det er kommet frem til. De analytiske tekstene utgjør en sammenfatning av funn, som ut fra analyse og syntese er omformet til en gjenfortelling på et mer generelt nivå (Malterud, 2017, s. 109).

Denne analytiske teksten består av resultatene som kan knyttes til denne studiens problemstilling. Overskriftene i resultatkapittelet er kodegruppene som nå har fått sitt endelig navn som fanger essensen av hva de handler om, og hver subgruppe har fått et eget avsnitt. I den analytiske teksten gjenfortelles meninger på vegne av andre, og for selv å ta ansvar for tolkninger benyttes tredjeperson form (Malterud 2017, s. 108-110). Sitater fra intervjuene brukes som eksempler for å utdype det som den analytiske teksten sier noe om (Malterud 2017, s. 119), og i tråd med Malterud (2017, s. 109) ble den analytiske teksten vurdert opp mot gullsitatet fra forrige analysetrinn, og funnet å være fortsatt dekkende.

Til slutt i analysen valideres funnene, de analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene, og vurderes opp mot de opprinnelige transkripsjonene. Transkripsjonen leses gjennom og det evalueres om tolkninger og beskrivelser fra funnene kan tilbakeføres til de opprinnelige data eller om de kan ha blitt tillagt gjennom analysen. Det sees også aktivt etter om det er meningsbærende enheter som motsier funnene (Malterud 2017, s. 110). Det ble vurdert om de analytiske tekstene har støtte i de opprinnelige transkripsjonene og dermed reflekterer informantenes utsagn. Det betyr ikke at alle funn kan knyttes opp mot hver enkelt deltaker (Malterud 2017, s.110), noe som reflekteres i den analytiske teksten ved å bruke benevnelse som «alle» og «noen» der den analytiske teksten til subgruppene understøttes av meningsuttrykk fra flere i transkripsjonen. Noen funn kunne ikke tilbakeføres til begge fokusgruppene da det var vesentlige forskjeller mellom stedene, og det er da henvist til fokusgruppe 1 og fokusgruppe 2, slik at det skilles mellom stedene i funnene.

Resultatkapittel med de analytiske tekstene presenteres i kapittel 4, og drøfting av resultatene er skilt ut i eget kapittel etter resultatkapittelet.

3.6 Reliabilitet og validitet

Det benyttes ulike begreper for å vurdere kvaliteten til kvalitative undersøkelser, som *troverdighet*, *pålitelighet*, *overførbarhet*, *validitet* og *reliabilitet* (Johannessen et al., 2016, s. 231). I denne studien benyttes begrepene reliabilitet og validitet, med bakgrunn i at begrepene er beskrevet i litteraturen som er benyttet i metodekapittelet, blant annet av Halkier (2016, s. 105) som skriver om bruk av fokusgrupper.

3.6.1 Reliabilitet (pålitelighet)

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet. Det stilles spørsmål til kvaliteten knyttet til hvordan data er samlet inn og analysert (Johannessen et al., 2016, s. 231, Halkier, 2016, s. 107). Påliteligheten kan styrkes ved å gi en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten under hele forskningsprosessen (Thagaard, 2016, s. 202, Johannessen et al., 2016, s. 231), og jeg har forsøkt å gjøre nøye rede for hvordan innsamling og analyse av data er utført i metodekapittelet. Reliabilitet kan knyttes til hvordan data er utviklet, og det innebærer blant annet å skille mellom funn og egne vurderinger av denne informasjonen (Thagaard 2016, s. 194). I denne studien er funn og drøfting adskilt i egne kapitler for å synliggjøre tolkninger.

Reliabilitet handler også om hvilken betydning egne erfaringer har for de dataene forskeren får (Thagaard ,2016, s. 194). I denne konteksten er egen forforståelse av betydning, og jeg har redegjort for denne slik at leseren kan vurdere hvordan det kan ha påvirket resultatene. Forforståelsen vil blant annet ha betydning for utforming av spørsmålene i intervjuguiden, ved at en mer eller mindre klar forhåndsopfatning av hva det er interessant å spørre om og hva man ønsker å vite noe om, så er det andre spørsmål som ikke blir stilt (Johannessen et al., 2016, s. 35). Jeg vurderer at bruk av fokusgruppene har en styrke i dette henseende ved at man stiller få og åpne spørsmål slik at andre forhold som man ikke har tenkt på kan komme frem.

3.6.2 Validitet (gyldighet)

Validitet, eller gyldighet, er et spørsmål om relevans gjennom alle ledd i forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 193). Validitet i kvalitative undersøkelser handler om at det skal være en sammenheng mellom det man ønsker å undersøke og de strategier man velger for å få frem kunnskapen. Det handler om i hvilken grad metoden er egnet til å svare på de forskningsspørsmålene som er stilt (Malterud, 2017, s. 23, Johannessen et al., 2016, s. 232, Halkier, 2016, s. 107).

Jeg har tidligere argumentert for valg av fokusgrupper som egnet for å belyse problemstillingen og i denne studien er det utført fokusgruppeintervju ved to sykehjem. Det er ikke noe fasitsvar på hvor mange fokusgruppeintervjuer det skal være i en undersøkelse (Halkier, 2016, s. 40). Antall intervjuer kan vurderes ut fra et *metningspunkt*, som innebærer at det gjennomføres nok intervjuer til at det ikke lenger fremkommer ny kunnskap, og hvor poenget blir å ikke stoppe for tidlig samtidig som man ikke utfører for mange intervju (Halkier, 2016, s. 39, Thagaard, 2016, s. 65, Johannessen et al., 2016, s. 114). Med tanke på

metningspunkt var det flere likheter mellom fokusgruppene i erfaringer de hadde gjort seg, men det var også ulikheter som kan forstås som at det kunne vært aktuelt med flere intervjuer. Tidsfaktoren har vært av betydning i dette studiet, og det har vært tidkrevende å identifisere sykehjem som oppfylte inklusjonskriteriene og som takket ja til deltakelse. Dette har vært avgjørende for at det kun har blitt utført to fokusgruppeintervjuer. Samtidig kan det stilles spørsmål ved relevansen av metningsbegrepet, hvor Malterud (2017, s. 65) innvender at selve metningsbegrepet representerer en forestilling om at det foreligger en overskuelig mengde fakta som skal innhentes for å kunne beskrive feltet i sin helhet. Noe som strider mot det fortolkede paradigmet som de kvalitative metodene hviler på, som innebærer at kunnskapen i sin natur er delvis, midlertidig og avhengig av forskerens situering. Det er viktigere å skaffe et relevant utvalg enn et stort utvalg (Malterud, 2017, s. 65, Johannessen et al., 2016 s. 114), og deltakerne hadde erfaring med det jeg ønsket å undersøke. Jeg opplever at de to intervjuene har gitt rikelig informasjon som har vært relevant for å belyse problemstillingen. Som beskrevet i kapittel 3.4 om gruppedynamikken i fokusgruppene, så var det en trygg atmosfære hvor informantene delte ivrig og diskuterte erfaringer, både positive og negative. Temaet er også utforsket i dybden, og da bør ikke utvalget være større enn at det kan gjennomføres analyser innen den tid og ressurser som er til rådighet (Halkier, 2016, s. 39, Thagaard, 2016 s. 65). Det bør også nevnes at begge sykehjemmene som har deltatt har lyktes med å ta GPS i bruk, og erfaringer til de som ikke har fått det til blir dermed ikke belyst. Rekrutteringsprosessen avdekket også at to av sykehjemmene hadde tatt GPS i bruk men lagt det vekk igjen. At disse ikke er representert kan ses på som en skjevhet i utvalget.

Utvalget i fokusgrupper må vurderes ut fra ønsket gruppedynamikk (Halkier, 2016, s. 31). Som beskrevet i kapittel 3.2.1, så har jeg valgt å utføre individuelle intervju med implementeringsansvarlige ved sykehjemmene, noe som kan ses på som en bakgrunnssamtale med nøkkelpersonell. Intervjuene utviklet min forforståelse i forkant av fokusgruppeintervjuene, og gjorde det mulig å formulere oppfølgingsspørsmål for å utforske deres erfaringer og forståelser på områder som var identifisert som vesentlige. Implementeringsansvarlige ble ikke inkludert i fokusgruppene da jeg anser disse som ha en lederrolle som kunne påvirket gruppedynamikken. Deres tilstedeværelse kunne ha ført til at informantene hadde holdt tilbake på noe av kritikken og ikke snakket så fritt. Samtidig kan det tenkes at implementeringsansvarlige ville ha startet viktige innspill som de andre kunne respondert på, og at dette kunne gitt mer innsikt. Utvalget anses som relevant ved at det har

vært ønskelig å fokusere på det utøvende nivået i denne studien, det er deres erfaringer som er gjenstand for analyse og drøfting.

Funnene i en kvalitativ studie vil påvirkes av hvem som har utført analysen. Informasjon blir tillagt mening ut fra egne forhåndsoppfatninger, forforståelse og hva det blir lagt mest vekt på (Johannessen et al., 2016, s. 35). En med et annet faglig perspektiv og ståsted ville kunne tolket teksten annerledes (Malterud, 2017, s. 106, Graneheim og Lundman, 2004, s. 111). Dette betyr at flere versjoner kan være gyldige samtidig (Malterud, 2017, s. 199). Funnene er et resultat av analyse med systematisk tekstkondensering i kombinasjon med egen forforståelse som uunngåelig vil påvirke blikket i analysen. Jeg har gjort rede for egen forforståelse og teoretiske perspektiv slik at leseren kan vurdere hvordan dette kan ha påvirket funnene. Jeg har videre gjort rede for hvordan jeg har jobbet med analysen og vurderer at det å følge trinnene i STC har bidratt til at jeg har jobbet ut fra hva informantene har meddelt, med en induktiv tilnærming hvor deres erfaringer løftes frem. Ut fra tilgjengelig litteratur ble det primært lest om erfaringer fra hjemmetjenesten, og jeg var åpen for at erfaringer på sykehjem kunne se annerledes ut. Dette fremfor at jeg skal presse deres erfaringer inn i forutinntatte kodegrupper. Forforståelsen kan være styrkende for et prosjekt, men det kan også stå i veien for å lytte til materialet og oppdage nytt (Malterud, 2017, s. 45). Det er en styrke ved resultatene at jeg ikke kun har fått bekreftet det jeg trodde jeg visste, men at det også er resultater som har overrasket meg (Malterud, 2017, s. 45-46). Malterud (2017, s. 115) skriver at forforståelsen vil komme i veien hvis man holder fast ved hovedpunktene i intervjuguiden ved datainnsamling og analyse. Jeg mener derfor at det er en styrke ved denne studien at funnene er en videreutvikling fra tema i intervjuguiden.

Intern validitet handler om troverdighet, og denne kan styrkes ved å tilbakeføre resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene (Johannessen et al., 2016, s. 232). I analysen er det beskrevet en validering av funnene hvor de analytiske tekstene ble vurdert opp mot de opprinnelige transkripsjonene for å kontrollere om tolkninger og beskrivelser fra funnene kunne tilbakeføres til de opprinnelige data. Troverdighet kan også styrkes ved at andre kompetente personer analysere det samme datamaterialet for å se om de kommer frem til samme fortolkning (Johannessen et al., 2016, s. 232). Jeg vurderer at en styrke her er bistand fra veileder som har gått nøye gjennom transkripsjonene og vært en viktig samtalepartner i utformingen av resultatkapittelet.

I kvalitative undersøkelser er det et spørsmål om overførbarhet, om den tolkningen som utvikles også kan være relevant i andre sammenhenger (Malterud, 2017, s. 24, Thagaard, 2016 s. 205). Med forbehold at det kun er gjennomført to intervjuer med totalt syv informanter, så kan overførbarhet i denne studien knyttes til gjenkjennelse. Personer med kjennskap eller erfaring fra bruk av GPS, kan kjenne seg igjen i tolkningene som formidles. Gjenkjennelsen innebærer at tolkningene i teksten gir en dypere mening til tidligere kunnskaper og erfaringer, og samtidig overskrider leserens forståelse (Thagaard, 2016, s. 213). Jeg tenker at gjenkjennelsen også kan knyttes til implementeringsperspektivet i forhold til å ta i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester.

3.7 Forskningsetiske overveielser

Forskning er underlagt forskningsetiske prinsipper og lovverk (Johannssen et al., 2016, s. 83, Malterud, 2017, s. 211). Denne studien innebærer behandling av personopplysninger og er forhåndsmeldt og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 1). I dette kapittelet redegjøres det for forskningsetiske overveielser i forhold til informert samtykke, ivaretagelse av anonymitet og at deltakerne ikke skal ta skade av å delta.

3.7.1 Informert samtykke og anonymitet

Et forskningsetisk prinsipp er at deltakere skal få informasjon om studiet og frivillig gi sitt samtykke til å delta (Thagaard, 2016, s. 26, Halkier, 2016, s. 67, Malterud, 2017, s. 214). Det ble på forhånd utarbeidet et informasjonsskriv om studiet med samtykke til deltakelse, ut fra mal anbefalt av NSD (NSD 2019). Det presiseres i informasjonsskrivet at deltakelse er frivillig, og at informantene når som helst kan trekke seg uten at det vil ha noen negative konsekvenser (vedlegg 2).

Et annet forskningsetisk prinsipp er konfidensialitet, og det er gjort flere vurderinger knyttet til håndtering av datamaterialet og for å sikre at deltakerne ikke kan bli gjenkjent (Thagaard, 2016, s. 28, Halkier, 2016, s. 67). I denne studien ble det benyttet lydopptaker under intervjuene, og i tråd med skolens retningslinjer var denne uten nettilknytning (VID 2019). Lydfiler og samtykkeskjema har blitt oppbevart adskilt og forsvarlig innelåst. Jeg har selv gjort om lydfilene til skriftlig materiale og vurderinger i forhold til transkribering og

ivaretagelse av anonymitet er omtalt i kapittel 3.5.1. Etter at transkribering og analyse var fullført ble lydfilene slettet.

Det deles ikke informasjon som kan identifisere enkeltpersoner eller gjøre det gjenkjennelig hvilke sykehjem som er representert. Utvalget som har deltatt i intervjuene beskrives kun i forhold til profesjon og spennet i år med arbeidserfaring knyttet til personer med demens.

Det er benyttet en temasentrert tilnærming i analysen, som har den fordel at man ikke så lett blir gjenkjent eller gjenkjenner seg selv. Jeg har vært forsiktig med sitater generelt og unngått bruk av spesielle sitater som kan bidra til identifikasjon (Thagaard, 2016, s. 191). Der det er dialekt eller annen identifiserende talemåte, er det valgt å omskrive sitatene til bokmål.

3.7.2 Ikke skade

Informantene har fått informasjon om studiet, men det er en utfordring knyttet til informert samtykke i kvalitativ forskning, ved at det så tidlig i prosessen er uklart hvordan analysen og tolkningen av data vil bli (Thagaard, 2016, s. 27). Informantene viste tillit ved å dele åpent av sine erfaringer, både positive og negative. Denne tilliten har det vært viktig å ta vare på videre, ved å håndtere det som har blitt sagt i tråd med hva som har blitt ment (Malterud, 2017, s. 212). Som beskrevet tidligere, har jeg tilstrebet å være åpen for og ivareta de perspektiver som informanten har formidlet, ved å ikke tvinge materiale inn i forhåndsdefinerte kategorier (Thagaard, 2016, s. 121). Den analytiske teksten i resultatkapittelet har sin opprinnelse i meningsbærende enheter fra to fokusgruppeintervjuer. Spørsmålet da er om alle kjenner seg igjen i alle resultatene eller om de opplever å bli påtvunget noen meninger de ikke har gitt uttrykk for. Jeg har her gått tilbake til transkripsjonen for å kontrollere at funnene er i tråd med hva som ble sagt, men noen deltakere har vært mer dominante i intervjuene og det har vært variasjoner i hvor mye de ulike tema ble diskutert i de to gruppene. I resultatkapittelet har jeg derfor som nevnt bevisst brukt nyanser som «noen av informantene», «alle», «den ene fokusgruppen» etc. Der det er brukt sitater, er de hentet fra tilsvarende sammenheng i intervjuet.

Det er nødvendig å tenke gjennom hvordan materialet brukes slik at det informantene har delt ikke slår negativt tilbake og påfører belastning i etterkant (Thagaard, 2016, s. 30).

Informantene har samtykket til deltakelse, men de har ikke på forhånd samtykket til forskerens fortolkninger (s. 27). Å tolke betyr å sette noe inn i en større sammenheng, å forstå

og forklare funnene fra analysen og utvikle en forståelse som går utover det intervjupersonene har formidlet av synspunkter (Johannessen et al., 2016, s. 162). Det er et etisk aspekt hvordan informantene opplever retningen som materialet har blitt brukt og om de føler seg forstått og kan relatere seg. Funnene fra analysen er tatt med videre i drøftingen, og vurdert opp mot teori og egen forforståelse. Jeg har dermed forsøkt løfte funnene inn i denne konteksten, ikke undertrykke deres stemmer med egne tolkninger. Målet er at de skal gjenkjenne og akseptere sluttbeskrivelsen, at de anerkjenner dette analytiske løftet, som noe som har rot i det de har ønsket å formidle (Malterud, 2017, s 194). Konklusjonene er det jeg som må stå for, og derfor er resultatkapittelet og drøftingen holdt adskilt for å være tydelig på hva som er min tolkning (Thagaard, 2016, s. 215).

4 Presentasjon av funn

Hensikten med denne studien var å utforske ulike erfaringer helsepersonell har etter å ha tatt i bruk GPS for oppfølging av beboere med demens på sykehjem. For å undersøke dette var det to forskningsspørsmål, det ene var rettet mot hvilke erfaringer ansatte har med å ta i bruk GPS og det andre hvordan GPS-bruk har påvirket rutiner og arbeidsoppgaver på sykehjemmet. I dette kapitlet presenteres relevante funn som samlet skal belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. De tre hovedfunnene i studien er:

- 1) Nye rutiner og arbeidsoppgaver
 - Nødvendig å vurdere og evaluere behovet for GPS
 - Behov for å avklare lokale rutiner og ansvarsforhold
- 2) Ulike former for trygghet
 - GPS er en trygghet
 - GPS kan være en falsk trygghet
- 3) Utvikling av nye kompetanser
 - Nye opplæringsbehov
 - Kompetanseutvikling gjennom erfaringsdeling

4.1 Nye rutiner og arbeidsoppgaver

I begge fokusgruppene kom det frem at GPS hadde medført flere nye rutiner og arbeidsoppgaver som må ivaretas. Først i dette kapitlet presenteres en ny arbeidsoppgave som utpekte seg, vurderingen av hvem som skal ha GPS, deretter hvordan sykehjemmene har utviklet lokale tilpasninger av rutiner og ansvarsforhold.

4.1.1 Nødvendig å vurdere og evaluere behovet for GPS

Felles for begge fokusgruppene var oppfattelsen av at det ikke bare er å gi GPS til alle beboere, det skal være et behov. Begge sykehjemmene hadde etablert rutiner for å vurdere behovet rutinemessig, det kunne være i inkomstsamtaler, ved halvårlige vurderinger eller i tverrfaglige møter. GPS var aktuelt for beboere som vurderes som i fare for å kunne gå ut og

ikke klarer å finne veien tilbake og heller ikke klarer å spørre om hjelp til å finne veien. Dette kunne være beboere som beveget seg fritt på sykehjemmet, men som plutselig kunne gå utenfor området og rote seg bort. Eller det kunne være beboere som «stakk av», det vil si beboere som stadig søkte ut, og som personalet mente ikke kunne gå trygt ute alene. Det hadde vært hendelser som personalet eller beboer hadde opplevd som utrygt, at beboer hadde vært savnet en liten stund, og at de etter det hadde begynt med GPS.

Fokusgruppene beskrev ulike hensikter med å ta i bruk GPS. I fokusgruppe 1 kom det frem erfaringer med at GPS kan gi beboer frihet og mulighet til å opprettholde ønskede vaner og rutiner. Informantene hadde et eksempel på hvordan en beboer med GPS kunne fortsette med å gå i butikken selv, og at dette ikke ville vært mulig uten GPS da det hadde vært episoder med at vedkommende hadde gått i feil retning, uten å kjenne seg igjen og hadde vært savnet en kort periode. I samme fokusgruppe kom det også frem at det var flere med demenssykdom som informantene nå kunne la gå inn og ut av sykehjemmet og sitte ute i fint vær etter eget ønske, uten å måtte vente til personalet hadde tid til å følge ut og sitte med dem. Dette var beboere som var fysisk spreke og man ellers hadde vært redd skulle reise seg, og uten å mene det, gå i feil retning og rote seg bort.

«Det er det beste for demente at dem føler seg fri til å gå i butikken. De har jo gjort det i mange år, så hvorfor skal de ikke kunne gjøre det nå selv om de er på sykehjem?» (sykepleier)

I fokusgruppe 2 var bruk av GPS til beboere personalet hadde vurdert som i fare for å gå ut uten følge, mest fremtredende. De hadde flere brukere av GPS som de mente ikke kunne gå trygt ute alene. Dette var beboere som de forsøkte å overtale til å bli ved sykehjemmet fremfor å gå ut uten følge, og hvis disse beboeren gikk ut alene, så var det viktig for beboer sin trygghet at personalet kunne finne de for å bistå på turen og hjelpe de tilbake.

Alle informantene uttrykte at de var delaktige i å melde behov for GPS og at de hadde en oppgave med å observere og rapporterte i det daglige hvordan GPS fungerer for beboeren. De beskrev erfaringer med at beboer sin situasjon endrer seg, slik at man må være oppmerksom på nyoppståtte behov, eller om GPS ikke lenger er et godt tiltak for beboeren. Utferdstrang var et eksempel på hvordan behovet kan endre seg raskt, og i begge fokusgruppene kom det fram at været var av betydning. Med våren og fint vær kunne flere søke ut, også beboere man tidligere hadde tenkt ikke ville gå ut på eget initiativ. Informantene i begge gruppene hadde

også erfaringer med at demenssykdommen utvikler seg slik at GPS ikke lenger er et godt tiltak, hvis personen for eksempel går ut på natten eller med lite hensiktsmessig bekledning.

«En beboer jeg har, har aldri vist noe tegn til å ville gå ut, men nå med det fine været, vil han ut hele tiden. Utferdstrang kan endre seg fort, og det er viktig å tenke på det og observere og følge med hver dag». (sykepleier)

4.1.2 Behov for å avklare lokale rutiner og ansvarsforhold

I begge fokusgruppene kom det frem at det var etablert flere nye rutiner og personalet hadde fått nye ansvarsområder å ivareta. Informantene hadde ikke kjennskap til at det forelå skriftlige prosedyrer for bruk og oppfølging av GPS, men baserte seg på muntlig informasjon. Fokusgruppe 2 viste til en manual som beskrev et kartleggingsskjema og praktisk bruk av den elektroniske pasientjournalen for å søke GPS. Felles for begge gruppene var lokale rutiner knyttet til kartlegging av beboer og anskaffelse av GPS-enheten, laderutiner, rutiner for å motta og håndtere varsler fra GPSene og knyttet til henting av beboer.

Det var en stor forskjell mellom stedene knyttet til valgt organisering og ansvars plassering i prosessen med å anskaffe GPS til den enkelte. I den ene fokusgruppen henviste de til ergoterapeuten som en sentral person som i stor grad ivaretok dokumentasjon og søknaden, mens for fokusgruppe 2 var dette en oppgave som alle sykepleiere hadde opplæring i.

En ny arbeidsoppgave var å påse at GPSen ble ladet opp. Informantene beskrev ulike rutiner for når og hvor de skulle lades, også innad på samme sykehjem. Det var vanlig å sette de til lading hver kveld natten igjennom. Ved en avdeling hadde personalet i tillegg etablert en rutine hvor de også ladet under måltider mens beboere var under oppsikt for å være helt trygg på at batteriet var godt oppladet. De fleste hadde valgt å ha ladere på vaktrommet. Noen av praktiske hensyn knyttet til tilgang på stikkontakter, andre hadde valgt dette bevisst for en påminnelse og for å lett kunne se om GPSen var til lading eller gitt til beboer.

Det var lokale tilpasninger vedrørende varsler som gikk til telefoner og rutinen for hvordan man praktisk gikk frem for å se hvor beboer var. Ved det ene sykehjemmet var det en felles ansvarstelefon som mottok alle varsler, det andre sykehjemmet hadde GPSene koblet opp til den enkelte avdeling sin sykepleiertelefon. Og ved innlogging for å lokalisere beboer,

henviste de i den ene gruppen til en app på telefonen og den andre gruppen til bruk av datamaskin.

En annen avklaring var hvordan rutinen skulle være for henting av en beboer. Felles for begge grupper var at de hadde avtale med en alarmsentral som kunne ringes til for bistand med henting. Fokusgruppe 2 forklarte hvordan de gjorde en vurdering før det kontaktet alarmsentralen. Hvis det var dagvakt med nok personer på avdelingen, og beboer ikke var for langt unna, så kunne de hente selv. De anså det som best for beboer å bli hentet av et kjent ansikt.

Det kom frem i begge gruppene at GPS fremdeles følte litt nytt for dem, og at ikke alle hadde kommet helt inn i alle rutinene enda. De reflekterte over hvordan de fremdeles måtte passe på hverandre for å sikre at oppgaver ble fulgte opp. Det kunne være ved fordeling av beboere i rapporten, en påminnelse om at beboer bruker GPS og at den må gis til vedkommende, eller etterspørre hvor GPS var hvis den ikke stod til opplading etter at beboer hadde lagt seg.

“Det er bare å understreke viktigheten av at de må ha rutiner, prosedyrer for lading og alt det der. Det er superviktig» (sykepleier)

4.2 Ulike former for trygghet

GPS ble oppfattet som en trygghet, samtidig var det erfaringer som gjorde at personalet følte at GPS ikke alltid var helt til å stole på.

4.2.1 GPS er en trygghet

Fokusgruppe 1 hadde tatt i bruk funksjonen med å programmere inn en radius beboer kunne gå innenfor, et elektronisk gjerde kalt *geofence*. Dersom beboer gikk utenfor denne radiusen, så mottok personalet et varsel på telefonen. Geofence ble satt opp ut fra en individuell kartlegging av den enkelte beboer. Ett eksempel var for beboeren som hadde vane med å gå til butikken, men som hadde episoder med å gå i feil retning. Vedkommende hadde nå geofence som varslet hvis vedkommende gikk lenger enn til butikken. Dette gav personalet trygghet til å la beboeren opprettholde sin rutine med å ta disse turene etter eget ønske. En annen beboer hadde sin sone ved et kollektivstopp. Beboeren kunne gå turer i nærmiljøet etter eget ønske,

og personalet hadde trygghet i å vite at de kunne bistå før beboer tok seg langt avgårde med kollektivtransport.

Særlig i fokusgruppe 2 kom det frem at det var flere beboere som personalet vurderte til å ikke kunne gå trygt ute alene selv om de hadde GPS. I disse tilfellene gav GPSen personalet bedre kontroll ved at de kunne lokalisere beboeren hvis vedkommende likevel tok seg ut. Uten å måtte bruke mye tid og ressurser på å lete, så kunne de rykke ut og bistå. Informantene beskrev dette som en trygghet både for personalet og for beboer som fikk nødvendig hjelp på turen.

«Det beste er at vi ikke stenger de inne, at de føler seg fri til å gå ut og at de kan føle at de er selvstendige. Men samtidig blir ikke demensen bedre og flere er redusert fysisk, så det er jo tryggere for alle parter, at vi kan lokalisere han». (sykepleier)

4.2.2 GPS kan være en falsk trygghet

Begge gruppene hadde erfaring med at teknologien ikke alltid virket som forventet ved at signalene kunne vises feil på kartet. Springingen kunne henge seg opp slik at beboer hadde gått lenger en prikken på kartet viste. Det kunne også se ut som beboer var ute på gaten selv om vedkommende var inne i huset, noe som flere ganger hadde resultert i at personalet var på farten ut etter beboer for så å oppdage at vedkommende var på avdelingen. Feil med signalene ble omtalt som misvisende og at man ikke helt kunne stole på GPSen.

Begge gruppene hadde eksempler på at GPS kan være en falsk trygghet og at teknologien ikke fungerer som et resultat av brukerfeil fra personalet sin side eller ved at beboer tar GPSen av seg igjen. Fokusgruppe 1 hadde erfart at GPSen ikke var ladet riktig, med den konsekvens at de ikke fikk lokalisert beboer og måtte få hjelp av politi for å lete. Ved en anledning hadde de forvekslet GPSene til to beboere, og fikk da varsel på en sone som var programmert for en annen beboer når personen var ute. Det hendte at man kunne glemme å gi GPSen til beboer om morgenen og senere oppdage at den fremdeles stod til opplading. Flere av informantene poengterte at du ikke må stole for mye på den, at man ikke kan la det være en «sovepute».

«Men du er aldri helt sikker. Du er ikke helt sikker nå heller. Det hjelper oss jo veldig egentlig, hvis de skulle gå ut å ha den med. Men.. Altså om de tar den av seg eller ... Hver dag også nå, så må vi passe på at de blir lada opp og ... vi må holde øye med dem». (hjelpepleier)

Særlig informantene i fokusgruppe 2 hadde erfaring med at det var blitt mer å passe på og en falsk trygghet knyttet til at beboer kunne ta GPSen av igjen. Informantene gav uttrykk for at det sjelden var noe problem å gi den til beboeren, men når beboeren «kjente klumpen rundt halsen senere», så kunne flere ta den av seg igjen. Informantene relaterte dette til demenssykdommen, at beboer kjente den rundt halsen og ikke skjønnte hva den var eller hvorfor han skulle ha den på seg, og derfor tok den av. GPSen kunne bli funnet i en toalettveske, under hodeputen, i rullatoren eller på nattbordet.

«Flere av de kan ta av seg sin, så det må vi sjekke flere ganger i løpet av dagen. Selv om vi har hengt den på dem, så kan den ligge i nattbordskuffen eller under puta. Det er mye greier som må passes på». (sykepleier)

Flere av informantene gav uttrykk for at de ikke slappet noe mer av selv om beboer har GPS på seg, at de ikke fulgte noe mindre med de av den grunn. Informanter i fokusgruppe 2 gav uttrykk for at det å passe på at beboer har GPSen på til enhver nesten kunne være et større stressmoment enn om de ikke hadde hatt GPS.

«Hvis en har gått ut og den kanskje ligger igjen i nattbordskuffen, så er det meg de går på ikke sant? Altså, skulle ikke du sørge for at han hadde den på seg? Det er jo sånn man føler. Man føler et kjempeansvar» (hjelpepleier)

4.3 Utvikling av nye kompetanser

4.3.1 Nye opplæringsbehov

Informantene hadde ulike erfaringer med opplæringen som var gitt. I fokusgruppe 1 hadde ingen av informantene deltatt på formelt kurs, de hadde fått opplæring av kollegaer i avdelingen for å kunne følge opp bruken i det daglige. Det kom frem ønske om at opplæringen kunne vært mer systematisk og at flere fikk god informasjon. Informasjon også utover praktiske forhold som laderutiner, som betydningen av GPS, hva den gjør for beboeren og hvorfor den er viktig. I den andre gruppen hadde flere fått delta på kurs både internt og

eksternt. Her var det også opplæring mellom kollegaer etter hvert som det ble aktuelt ut fra at avdelingen hadde GPS i bruk. Informantene i begge gruppene henviste til muntlig informasjon om bruk og oppfølging av GPS, og svarte benektende på om det forelå skriftlige prosedyrer eller sjekklister de kunne bruke i opplæringen. Fokusgruppe 2 hadde, som tidligere nevnt, en manual som beskrev bruken av et kartleggings skjema og den elektroniske pasientjournalen i søknadsprosessen, og sykepleierne gav uttrykk for at det var nyttig å ha noe skriftlig å følge.

Av opplæringsbehov beskrev informantene i begge gruppene behov for teknologisk kompetanse knyttet til selve GPS-enheten. Ut fra organisering og hvilket ansvar du har fått, er det aktuelt lære seg hvordan enheten lades, oppfølging av varsler fra GPSen på telefonen og hvordan man logger seg inn for å lokalisere beboer på kartet. Det var kun fokusgruppe 1 som beskrev at de hadde tatt i bruk geofence, informantene i den andre fokusgruppen kjente ikke til denne funksjonen.

Ut fra hva disse informantene fortalte, er det også behov for opplæring i og utvikling av ulike vurderingskompetanser. Dette er knyttet til vurderingen av hvem som skal ha GPS, om dette er det beste tiltaket for beboer og om det er forsvarlig for eksempel med tanke på trafiksikkerhet. Personalet må også kunne vurdere når beboer skal hentes og om de skal hente selv eller om de skal ringe alarmsentralen for å bistand. Det er behov for å kunne vurdere om situasjonen endrer seg i form av nyoppståtte behov eller at GPSen ikke lenger er et godt tiltak for beboeren.

«Er det rett her borte, så har vi jo hentet selv. Ellers kan vi ringe det GPSfirma, så henter de ... eller bruker de politiet? Jeg husker ikke, jeg har ikke vært med på sånn leteaksjon enda. Nei, jeg må sette meg mer inn i den GPSen». (sykepleier)

4.3.2 Kompetanseutvikling gjennom erfaringsdeling

GPS opplevdes fremdeles som ganske nytt, og i begge fokusgruppene ble det gitt uttrykk for at det var ting de var usikre på og følte de visste for lite om. Begge gruppene hadde nytte av å dele erfaringer i fokusgruppeintervjuet, som laderutiner. Den ene gruppen avdekket at avdelingene hadde ladere på ulikt sted, og brukte tid på å diskutere dette. De kom frem til, at siden det var en problemstilling at man kunne glemme å gi GPSen til beboer om morgenen, så burde alle avdelingene ha ladere på vaktrommet som en påminnelse. Ingen av informantene

visste hva batterikapasiteten var, og ved å snakke sammen kom det frem at de hadde etablert ulike laderutiner. Som nevnt tidligere, var det en avdeling som på eget initiativ i tillegg til natt også ladet under måltider for å være på den sikre siden.

Det kom også frem innspill til rutinen fokusgruppe 1 hadde, hvor alle varsler fra GPSen gikk til en ansvarsvakttelefon. Det kom frem meninger om at varselet burde gå direkte til avdelingen, for å unngå forsinkelser ved at beskjeder må videreformidles. Fordeler og ulemper ved dette ble diskutert inngående under intervjuet.

Fokusgruppe 2 diskuterte etikk knyttet til å overvåke beboere. Det var spørsmål om det ble en enda større grad av overvåkning dersom de skulle ta i bruk geofence. Fokusgruppe 1 som brukte geofence problematiserte ikke graden av overvåkning, men viste til erfaringen med at dette la til rette for frihet hvor beboer kunne gå inn og ut etter eget ønske.

Alle gav uttrykk for at det hadde vært lærerikt å sitte sammen og dele erfaringer i fokusgruppeintervjuene og mente det burde gjøres oftere, særlig på tvers av avdelinger. De hadde ikke gjort dette i særlig grad, men opplevde det som veldig lærerikt når de først satt og snakket sammen.

«For vi pleier ikke å prate sammen om sånne ting i det hele tatt. Derfor vi lærer masse når vi sitter og prater sånn egentlig». (hjelpepleier)

5 Drøfting

Hensikten med denne studien er å utforske ulike erfaringer hos helsepersonell etter å ha tatt i bruk GPS for å følge opp beboere med demens på sykehjem. De tre hovedfunnene fra analysen danner struktur i dette kapitlet, og belyser samlet forskningsspørsmålene i denne studien. Funnene vil i det følgende diskuteres i lys av relevant litteratur og teoretiske perspektiver. Teori om forbedringsarbeid benyttes for å utforske prosessen med å ta i bruk GPS, i tillegg til å anvende en personsentrert tilnærming innen demensomsorg. Diskusjonen starter med funnet om nye rutiner og arbeidsoppgaver, deretter erfaringene med hvordan GPS oppleves som en trygghet men også en falsk trygghet, og til slutt behovet for å utvikle nye kompetanser.

5.1 Nye rutiner og arbeidsoppgaver

Informantene viste til flere nye rutiner og arbeidsoppgaver som følger ved bruk av GPS. En ny arbeidsoppgave er jevnlig vurdering av hvilke beboere som bør ha GPS. Det ene hovedfunnet i denne studien er at det kan være ulike hensikter og behov som skal ivaretas, og det var en forskjell mellom sykehjemmene i beskrivelsene. Forståelsen av ulike hensikter kan være flere; ut fra en personsentrert tilnærming ved bruk av GPS, ut fra at GPS brukes ved ulike grader av demenssykdom og at det da er forskjellige behov som skal ivaretas, eller at det kan ha utviklet seg ulike praksiser mellom sykehjemmene.

Først i dette kapitlet diskuteres ulike hensikter og behov ved bruk av GPS, deretter betydningen av å dele erfaringer for å utarbeide en prosedyre som kan bidra til en felles og ønsket oppfølging av GPS-bruk på sykehjem.

5.1.1 Hvordan GPS kan understøtte behov hos personer med demens

I begge intervjuene kom det frem at det gjøres en individuell vurdering av behovet for GPS. Fokusgruppe 1 viste til en beboer med demenssykdom som hadde ønske og behov for å opprettholde vanen med å gå i butikken selv etter eget ønske. Andre beboere hadde ønske om å kunne gå ut og inn av sykehjemmet og sitte ute i fint vær, uten å måtte vente til personalet hadde mulighet for å følge ut og sitte sammen med dem. Dette var beboere som var fysisk spreke, men som stod i fare for å gå seg vill grunnet utvikling av demenssykdom. Personer

med demens kan ha et ønske og behov for å være fysisk aktive og ha friheten til å opprettholde vaner med å gå turer utendørs (Ausen et al., 2013, s. 17, Øderud et al., 2015, s. 7, Øderud et al., 2017, s. 6). Samtidig svikter orienteringsevnen raskt når demenssykdommen tiltar og personer med demens kan bli lett forvirret og bringes ut av fatning (Engedal og Haugen, 2018, s. 21, 36). Sykdomsutviklingen medfører at personer med demenssykdom kan gå seg bort i eget nærmiljø, noe som kan føre til alvorlige hendelser og leteaksjoner (Ausen et al., 2013, s. 3). Ut fra beskrivelsene til fokusgruppe 1 var det tatt utgangspunkt i den enkelte beboer sine ønsker og behov i kartleggingen og vurderingen av behovet for GPS. GPS-bruk muliggjorde i disse tilfellene økt frihet, aktivitet og selvbestemmelse for beboer til tross for beboerens sviktende hukommelse og orienteringsevne. Funnene er i tråd med tidligere erfaringer hvor GPS kan legge til rette for at personer med demens kan fortsette å være fysisk aktive og i større grad mestre hverdagen (Ausen et al., 2013, s. 17, 18).

Utgangspunktet i beboerens ønsker og behov kan forstås som at personalet hadde en personsentrert tilnærming til GPS-bruk. Personsentrert omsorg som verdigrunnlag innebærer at personen med demens skal oppleve å bli møtt som en unik person, ikke som et sykdomstilfelle (Rokstad og Røsvik, 2018, s. 304). Kitwoods (1999, s. 90) tilnærming til personsentrert demensomsorg beskriver hvordan personalet må ha fokus på fem viktige psykologiske behov som er særlig betydningsfulle for personer med demens; *trøst, identitet, tilhørighet, beskjeftigelse og inklusjon*. Behovene vil variere med personlighet og livshistorie, og ofte øker intensiteten med utvikling av den kognitive svikten. Utviklingen av sykdommen innebærer en sårbarhet der personen selv blir i mindre stand til å ta initiativ til å oppfylle egne behov og derfor blir avhengig av hvordan personalet fanger opp og imøtekommer disse. Funnene i denne studien kan knyttes til å ivareta de to behovene *identitet* og *beskjeftigelse*. I en personsentrert tilnærming har personalet en rolle i å opprettholde personen sin *identitet* til tross for utvikling av demenssykdom. Dette kan gjøres ved at personalet har kjennskap til personen sin livshistorie og støtter personen i å opprettholde en kontinuitet med fortiden. Dette blant annet ved å imøtekomme behovet for beskjeftigelse. Behovet for *beskjeftigelse* er tilstede også ved demenssykdom, og innebærer å få ta del i aktiviteter som er betydningsfulle for personen ut fra den enkeltes historie, og hvor man får brukt sine evner og krefter. Behovene er nært forbundet med hverandre, slik at ivaretagelse av et behov som beskjeftigelse kan igjen styrke personidentiteten (Kitwood, 1999, s. 89-92). I denne studien tyder funnene på at personalet har en personsentrert tilnærming ved at de har identifisert beboerens ønsker og behov for å opprettholde meningsfull aktivitet. GPS kan dermed være et

virkemiddel for å imøtekomme betydningsfulle behov hos den enkelte beboer. For at GPS-bruk skal kunne understøtte en individuelt tilrettelagt tjeneste og ivareta individuelle behov, så forutsettes det en grundig kartlegging hvor helsepersonell blir kjent med personens livshistorie, interesser og behov og vurderer hvordan disse best kan ivaretas (Ausen et al., 2013, s. 20, Moser og Thygesen, 2013, s.153, Grut et al., 2017, s. 133, Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 93).

Personsentrert omsorg blir i økende grad anbefalt som den foretrukne tilnærmingen i behandling og omsorg for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, Helse- og omsorgsdepartementet 2015, Helsedirektoratet 2019, Rokstad og Røsvik, 2018, s. 300). En personsentrert demensomsorg er en ønsket utvikling både faglig og politisk (Helsedirektoratet 2019), og fokusgruppe 1 sin beskrivelse av GPS-bruk forstås som et egnet virkemiddel hvor personalet kan ivareta viktige psykologiske behov hos beboer. Denne tilnærmingen til bruk av GPS kan forstås som i tråd med hva som anses som gode tjenester for personer med demens. Utvikling av tjenestene skal ta utgangspunkt i og utformes for å dekke de behov og opplevelser den enkelte har, ved at det legges til rette for brukermedvirkning og tas hensyn til hva som er viktig for en ut fra egne verdier og preferanser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.7, 11, 35). Tjenestene skal være tilpasset den enkelte, ut fra ønsker, behov og den fasen av sykdomsutviklingen som personen befinner seg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 93), og innebærer å finne støttende tiltak rundt personens egne funksjoner for at personen skal oppleve størst mulig grad av mestring (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 7).

5.1.2 En utvidelse av mulighetsrommet

Diskusjonen viser så langt at GPS-bruk kan muliggjøre ivaretagelse av viktige behov hos den enkelte beboer, i form av økt selvbestemmelse og bevegelsesfrihet utendørs. På den annen side kom det frem i begge fokusgruppene at GPS også kunne være aktuelt for beboere som søkte ut og hvor personalet vurderte at beboer ikke kunne gå trygt ute alene. Å ha GPS var ikke ensbetydende med å kunne gå ut uten følge, og dette kan ses i lys av sykdomsutviklingen. Tidligere erfaringer med bruk av GPS til hjemmeboende personer med demens understreker at det er viktig å komme tidlig i gang med GPS-bruk. Det er viktig å komme tidlig i gang fordi demens er en progredierende sykdom som forverres over tid (Øderud et al., 2017, s. 19, Ausen et al., 2013, s. 41). I en tidligere studie hadde nesten 60 %

av brukerne GPS inntil ett år og 35 % mellom ett til to år (Øderud et al., 2017, s. 19). I en annen studie har gjennomsnittlig brukstid vært åtte måneder (Helsedirektoratet, 2017, s. 11), og for andre igjen har det vært brukere som har forverret seg såpass mye over kort tid at nytten av GPS ble vurdert som begrenset eller falt helt bort (Ausen et al., 2013, s. 41). Det er snakk om et begrenset tidsvindu i begynnelsen av sykdommen hvor GPS kan være nyttig for brukeren. Dette begrensede tidsvinduet har blant annet å gjøre med at GPS-bruk fordrer at personen kan bevege seg trygt i trafikken (Ausen et al., 2013, s. 40). Det kan derfor stilles spørsmål ved om GPS er et egnet tiltak for særlig mange personer med demens på et sykehjem, når det er slik at sykehjem først blir aktuelt ettersom sykdommen utvikler seg (Gjøra og Michelet, 2018, s. 280). Ut fra beskrivelsene til fokusgruppene i denne studien kan GPS være nyttig og i beboer sin interesse selv om beboer er vurdert til å ikke kunne gå trygt ute alene. Det er andre behov som skal ivaretas. GPS muliggjør at personalet kan lokalisere beboer raskt og bistå. Det kan dermed unngås store leteaksjoner og at beboer skader seg dersom vedkommende likevel går ut og har GPS med seg. Videre var det flere av informantene som hadde erfaring med at beboere kunne bli sinte dersom personalet forsøkte å avlede til å bli avdelingen hvis de ikke hadde anledning til følge beboer. Personalet på sykehjem kan forsøke å avlede og holde personer med orienteringssvikt inne av frykt for at de skal rote seg bort og kanskje skade seg. Beboere kan da bli utagerende og aggressive dersom de ikke får lov til å gå ut, og dette kan oppleves som vanskelig og ubehagelig (Ausen et al., 2013, s. 15-16). Dersom dører må låses kan dette begrense fysisk aktivitet og redusere livskvalitet (s. 3). Med GPS kunne beboere bevege seg friere inne på sykehjemmet og ut i hagen etter eget ønske, personalet kunne lokalisere beboer raskt dersom personen gikk lengre unna. Funnene forstås som at sykehjemskonteksten kan legge til rette for en utvidelse av tidsvinduet for GPS-bruk sammenlignet med hjemmeboende brukere. Det blir et større mulighetsrom for hvor lenge GPS kan anses som et nyttig tiltak for personer med demenssykdom. Dette muliggjøres av at det på sykehjem er personell til stede som kan agere raskt ved behov.

5.1.3 En utvikling av ulike praksiser?

Så langt viser diskusjonen at det kan være ulike behov og hensikter som ligger til grunn for vurderingen av hvem som skal ha GPS. Ulike hensikter kan forstås ut fra at demens er en progredierende sykdom og ettersom sykdommen utvikler seg kan det være ulike behov som GPS-bruk kan ivareta. For beboere i en tidlig fase av sykdommen og som kan bevege seg

trygt i trafikken, kan GPS-bruk muliggjøre ivaretagelse av viktige psykologiske behov og meningsfull aktivitet, som beskrevet i kapittel 5.1.1. Ettersom sykdommen progredierer og beboer ikke kan gå trygt ute alene, kan GPS-bruk redusere konfliktnivået mellom personalet og beboere ved at beboer kan bevege seg fritt på sykehjemmet. Dersom beboeren går ut fra sykehjemmet, kan personalet ivareta beboer sin trygghet ved at de kan lokalisere vedkommende raskt. Innføring og bruk av velferdsteknologi må ses i sammenheng med de omgivelsene og den situasjonen brukeren er i, og ha som formål å bidra til å løse helt konkrete problemer og imøtekomme behov som brukeren har (KS, 2016, s. 56). I tråd med Øderud et al. (2017, s. 34) blir det brukerens behov og funksjonsnivå som er utgangspunkt for GPS-bruk, ikke demensdiagnosen i seg selv.

Det kan være en alternativ forståelse til at GPS brukes for å imøtekomme ulike behov ettersom demenssykdommen utvikler seg. Det var en forskjell mellom fokusgruppene i beskrivelsene som kan forstås som at det har utviklet seg ulik bruk av GPS på de to sykehjemmene. Begge fokusgruppene hadde erfaring med bruk av GPS til beboere som søker ut og som ikke kan gå ute alene ute følge, hvor særlig fokusgruppe 2 hadde flere eksempler på dette. Det var kun fokusgruppe 1 som hadde GPS i bruk for bevegelsesfrihet lenger unna sykehjemmet. Dette kan tolkes som at personalet har ulik forståelse av muligheter og hvilke behov GPS kan imøtekomme. GPS-bruk på sykehjem kan dermed få ulik form ut fra hvordan personalet bruker de mulighetene som ligger i teknologien. Obstfelder og Lotherington (2015) problematiserer hvordan det er komplekse sammenhenger mellom mennesker og teknologi. Teknologier kan ikke forstås uavhengig av tjenesten de inngår i, og teknologien skaper praksiser sammen med mennesker. Dette innebærer at det ikke bare er egenskaper med GPSen som er av betydning for praksis, men hvilke sammenhenger som kommer i stand mellom teknologien, menneskene og tjenesten den skal inngå i. GPS er ikke bare er en «ting» som kan ha positive effekter på tjenesten, men kobles sammen med eksisterende praksiser og bringer frem ulike kvaliteter og egenskaper (Obstfelder og Lotherington 2015, s. 20). GPS er dermed ikke er en nøytral enhet du kan sette inn i praksis. Funnene i denne studien indikerer et handlingsrom rundt bruk av teknologien som blir viktig å klargjøre når GPS skal tas i bruk for oppfølging av beboere med demens. Helsepersonell må anvende oppdatert kunnskap i møtet med beboer for at beboer skal motta den beste helsehjelpen (Stubberud, 2018, s. 17). Forbedringsmodellen vektlegger viktigheten av å klargjøre kunnskapsgrunnlaget, som omfatter å innhente, fra ulike kunnskapskilder, oppdatert forskning og annen kunnskap og teori på det området som skal forbedres (Stubberud, 2018, s. 46, Helsebiblioteket 2015).

Videre vektlegger forbedringsmodellen at det må sikres at alle involverte får god informasjon om selve tiltaket og hva man ønsker å oppnå (Helsebiblioteket 2015). Helsepersonell har behov for forståelse av både bruksområdet og begrensninger (KS, 2016, s. 32). En ny og viktig arbeidsoppgave ved innføring av GPS på sykehjem er en individuell kartlegging og vurdering av behovet for GPS. Diskusjonen viser at det ikke nødvendigvis er selvsagt hva som ligger i denne vurderingen i forhold til hvilke behov som kan ivaretas. Det blir av betydning med en forventningsavklaring knyttet til hva det er mulig og ønskelig å oppnå ved GPS-bruk i oppfølgingen av beboere med demens. Det blir viktig å avklare handlingsrommet som ligger i teknologien, og på denne måten etablere en kjent, felles og ønsket praksis, hvor flere muligheter ved teknologien kan brukes ut fra beboer sitt behov. En klargjøring av kunnskapsgrunnlaget og forventningsavklaring knyttet til behov GPS-bruk kan ivareta for beboer, blir viktig for å kvalitetssikre innholdet i behovsvurderingen som gjøres.

Vurderingskompetanse diskuteres videre i kapittel 5.3.2.

5.1.4 Betydningen av å utarbeide prosedyrer

Innføring av GPS på sykehjem medfører flere nye arbeidsoppgaver for personalet og nye rutiner som skal følges opp. I tillegg til kartlegging av beboer og vurdering av behovet for GPS, viste informantene til laderutiner, rutiner for å motta og håndtere varsler fra GPS-enhetene og rutiner knyttet til henting av beboer. Arbeidsoppgavene er de samme som beskrevet etter utprøving av GPS i hjemmetjenesten (Ausen et al., 2013, Øderud et al., 2017). Selv om erfaringene med arbeidsoppgaver knyttet til GPS-bruk fra hjemmetjenesten er relevante og kan overføres til sykehjem, så er det på et sykehjem en annen brukergruppe og en annen kontekst med andre involverte aktører. Der pårørende for hjemmeboende brukere kan få en sentral rolle og ivareta oppgaver som opplading av GPS-enheten, så er det ved sykehjemmet helsepersonell som hovedsakelig har fått ansvar for å ivareta disse oppgavene og de nye rutinene (Moser og Thygesen, 2013, s. 152). Andre studier om GPS-bruk tar opp behovet for å beskrive det nye ansvaret og arbeidsoppgavene i prosedyrer (Ausen et al., 2013, s. 39, Øderud et al., 2017, s. 31). En fagprosedyre er detaljerte beskrivelser av hvordan helsepersonell bør utføre avgrensede oppgaver og kan bidra til kvalitetsforbedring ved å redusere uønsket variasjon i praksis (Stubberud, 2018, s. 66, 105). Informantene i denne studien fortalte at de baserte seg på muntlig informasjon, de hadde ikke kjennskap til at det forelå skriftlige prosedyrer for bruk og oppfølging av GPS. I et implementeringsperspektiv er det anbefalt å utarbeide skriftlige rutiner for at den nye praksisen innføres i vanlig drift og

opprettholdes (Helsebiblioteket 2015). Opplæringspakken Velferdsteknologiens ABC, som skal bistå kommuner med å ta i bruk velferdsteknologi, anbefaler også at nye arbeidsprosesser, rutiner, roller og ansvar er dokumentert på en strukturert, enkel og forståelig måte. Personalet bør i tillegg til å forstå hva som bør gjøres også forstå hvorfor. På den måten er det enklere for hver enkelt å forstå hvilken rolle han eller hun har i den nye tjenesten (KS, 2016, s. 8). Det er flere funn i denne studien som kan tolkes dithen at det kunne vært fordelaktig med en skriftlig prosedyre.

For det første kan det tolkes som et problem at det hadde utviklet seg ulike praksiser innad på samme sykehjem knyttet til laderutiner. En avdeling valgte å lade GPS-enhetene under måltider i tillegg til på natt. Dette for å være på den sikre siden, at batteriet skulle være optimalt. Rutinen kan tenkes å være en uønsket variasjon som kan innebærer en risiko for at beboer forlater måltidet og potensielt avdelingen uten GPS. En utvikling av ulike laderutiner innad på samme sykehjem, kan forstås ut fra usikkerhet knyttet til batterikapasitet og at informantene ikke hadde kjennskap til skriftlige prosedyrer som beskriver nødvendig opplading. I et implementeringsperspektiv er det nødvendig med god informasjon og tydelighet om hvem som skal gjøre hva og hvordan (Helsebiblioteket 2015). En prosedyre kan tenkes å skape et felles grunnlag for nødvendig opplæring og forebygge uønsket variasjon i oppfølging av praktiske oppgaver som må ivaretas for at GPS-teknologien skal fungere.

I fokusgruppe 1 var det informanter som hadde innspill til endring av rutiner som de mente ikke var hensiktsmessige. Ved dette sykehjemmet var det en felles ansvarstelefon som mottok alle varsler fra GPS-enhetene. Under intervjuet kom det frem et ønske om at varslene skulle gå direkte til avdelingen for å ikke være avhengig av at beskjeder viderefremmes. Det er viktig å innhente og dokumentere erfaringer fra involvert personale underveis i utprøvinger for å belyse hva som fungerer eller ikke fungerer og foreta nødvendige justeringer (KS 2016, s. 36, Helsebiblioteket 2015). Skriftlige prosedyrer kan tenkes å være et hensiktsmessig utgangspunkt for evaluering ved innføring av GPS ved at involvert personell samles og diskuterer erfaringer med de nye rutinene.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) skal bidra til å sikre kvalitet i tjenestene til den enkelte personen. Det blir også her lagt vekt på å utforme skriftlige prosedyrer. Målet er at kommunene skal gi kvalitetsmessige gode tjenester til den enkelte (Gjøra og Michelet, 2018, s. 280). For å gjøre arbeidet med fagprosedyrer på en systematisk måte anbefales det å bruke en såkalt retningslinjemetodikk, det vil si detaljerte veiledere for

utvikling av fagprosedyrer (Stubberud, 2018, s. 106). En prosedyre kan utarbeides lokalt på sykehjemmet dersom det er ressurser med nødvendig kompetanse til å ivareta det. Samtidig er det viktig å dele erfaringer slik at det kan komme andre til gode. Det er mange gode forbedringsprosjekter i helsetjenesten som forblir ukjent i andre organisasjoner (Helsebiblioteket 2015). I et forbedringsperspektiv kan organisasjoner samarbeide for å styrke læring og utvikling (Helsebiblioteket 2015), i denne sammenheng vurdering av nye rutiner og arbeidsoppgaver og hensiktsmessig bruk av GPS i en sykehjemskontekst. Diskusjonen så langt viser at sykehjemmene sitter inne med viktige erfaringer knyttet til bruk av GPS for å følge opp beboere med demens. Et *læringsnettverk* kunne vært en mulighet for å dele disse erfaringene og utvikle en fagprosedyre om GPS bruk på sykehjem. Et læringsnettverk er en arbeidsmetode for samhandling der helsepersonell deler kunnskap og erfaringer og skaper en felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon. Hensikten er å spre kompetanse på ulike områder og dermed bedre kvaliteten på helsetjenesten. Det har for eksempel blitt arrangert ulike læringsnettverk gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Det er viktig med god planlegging og gjennomføring for at et læringsnettverk skal bidra til å fremme kvalitetsforbedring (Stubberud, 2018, s. 56). Videre involverer læringsnettverk deltakelse fra flere organisasjoner, slik at det vil være naturlig at ressurser utenfor sykehjemmet tar ansvar for organiseringen. En mulighet kan være fagmiljøer innen demensomsorg og velferdsteknologi i kommunene.

Resultatet av et slikt læringsnettverk kunne være en overordnet fagprosedyre som beskriver anbefalt bruk og nødvendig oppfølging av nye arbeidsoppgaver ved GPS-bruk på sykehjem. Ut fra diskusjonen tidligere kan en overordnet prosedyre være særlig relevant for å klargjøre ulike behov GPS kan ivareta i ulike faser av sykdomsutviklingen. Eksisterende kunnskap gjøres da tilgjengelig og kan integreres i daglig praksis. En prosedyre kan på den måten legge til rette for at GPS-bruk kan ivareta ulike individuelle behov. Det enkelte sykehjem kan deretter gjøre lokale tilpasninger av ansvar, roller og oppfølging av praktiske rutiner.

5.2 Ulike former for trygghet

Med demenssykdom følger sviktende hukommelse, orienteringsvansker, forvirring og uro, og flere tar seg ut på egenhånd og står i risiko for å gå seg vill og kanskje skade seg (Engedal og Haugen, 2018, s. 36). I Trygge spor rapporterte så godt som alle pårørende og helsepersonell at de opplevde økt trygghet ved at de kunne lokalisere bruker med nedsatt orienteringsevne og

bistå om nødvendig. Dette kunne være hvis bruker ikke kom tilbake til avtalt tid eller hadde gått til feil bestemmelsessted. Bruk av GPS hadde avverget større leteaksjoner (Ausen et al., 2013, s. 13-14). Erfaringer knyttet til trygghet gjenfinnes i denne studien, men det ser ut til å være ulike former for trygghet. Det er også slik at GPS kan bli en falsk trygghet og skape stress og merarbeid for personalet hvis den ikke brukes riktig.

5.2.1 Ulike former for trygghet

Ut fra beskrivelsene til fokusgruppe 1, så hadde personalet tryggheten til å la noen GPS-brukere gå turer alene i nærmiljøet etter eget ønske. Tryggheten er knyttet til at personalet kan lokalisere beboer ved behov, men det virker som bruk av geofence styrket denne tryggheten. Personalet hadde tillit til at de ville motta varsler hvis beboer gikk for langt eller i feil retning. Sonevarsler kan gi trygghet for at bruker følger sin vanlige, trygge turrute og det kan settes ytre soner for hvor langt det er forsvarlig at bruker går (Ausen et al., 2013, s. 41). Ut fra at beboere hadde ulike soner, så forstås det at det foreligger rutiner for å ivareta en individuell kartlegging av beboere. Det kan tenkes at det ikke bare er GPS og geofence som skaper forutsetningene for trygghet hos personalet, men dette i kombinasjon med at de etter kartlegging har tillit til at beboer håndterer å gå utendørs alene. At beboer har forståelse for trafikkbildet og kan bevege seg uten at det er stor sannsynlighet for å skape farlige situasjoner er en forutsetning for at beboer skal få frihet til å ferdes ute alene uten følge (Ausen et al., 2013, s. 16, Thygesen, 2015, s. 8). Det kom også frem at disse beboerne aksepterte å bære med seg GPS-enheten og beholdt den på gjennom dagen. Både trafikksikkerhet og at det ikke vurderes som risiko for at beboer skal ta av seg GPS-enheten, indikerer at vedkommende har flere ressurser intakt og ikke har kommet for langt i sykdomsutviklingen. Det kan dermed se ut som det er flere forhold som er av betydning og som samlet kan skape denne tryggheten hos personalet hvor beboer får opprettholde ønsket aktivitet og gå turer alene.

På den annen side viser funnene at GPS-bruk kan gi en annen form for trygghet, knyttet til bruk av GPS til personer som er vurdert til å *ikke* kunne gå trygt ute alene. For beboere som ikke kan gå trygt alene, gir GPS mulighet til å lokalisere beboer raskt og kan dermed trygge både personalet og beboer ved at det forebygges belastende leteaksjoner eller at beboer skader seg. Som nevnt avslutningsvis i kapittel 5.1.2 muliggjøres den raske responsen av at det på sykehjem er personale tilgjengelig til enhver tid. Selv om denne bruken av GPS kan være i både personalet og beboer sin interesse ut fra at beboer sin sikkerhet ivaretas, kan det på den

annen side potensielt innebære risiko for en overdreven sikring av beboer. Det synes nødvendig at det stilles krav til rutiner for grundig kartlegging av beboer sin funksjon og ønsker for å unngå at beboer sin bevegelsesfrihet ikke begrenses unødvendig. Av kartlegging nevnte fokusgruppe 2 et kartleggingsskjema med spørsmål om blant annet faste ruter og vaner for beboer, hvem som skal lade GPSen og avtaler som er gjort om hvem som skal hente ved behov. Tilsvarende verktøy er utviklet i hjemmetjenesten som støtte i kartlegging av bruker og minne om viktige forhold som må avklares (Øderud et al., 2017). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener. Det blir viktig å foreta en vurdering av hensikten med å ta i bruk GPS og dette bør veies opp mot hvordan det blir opplevd av brukeren (Ausen et al., 2013, s. 40, 51). Samtidig som den praktiske nytten kan være betydelig, er det også vesentlig hvem som har nytte av GPS, om det er beboeren eller helsepersonell (Hoffmann, 2010, s. 21, Ausen et al., 2013, s. 51). Personer med demens kan ha problemer med å fremme sine interesser på grunn av sykdomsutviklingen. Helsepersonell må dermed ta en aktiv rolle i finne ut hva beboer ville ha ønsket. Grut et al. (2017, s. 130-133) beskriver at det vil være vesentlig å avklare hva som er den enkelte brukers prioritering. Intervjuer med brukere har vist at for noen kan friheten til å bevege seg fritt omkring være viktigere en full trygghet. Dette kan bety at helsepersonell må akseptere noe risiko knyttet til at beboeren er ute alene og at de verdien den enkelte setter høyest må gjenspeiles i hvordan teknologien brukes. Moser og Thygesen (2013) viser til at det ved implementering av velferdsteknologi kan argumenteres for en endring i oppfattelsen av hva omsorg er og skal være. Med teknologien så antar omsorgen en ny form, rettet mot å realisere andre verdier og idealer i omsorg. «God omsorg» er ikke nødvendigvis det samme som å bli tatt godt vare på og være helt trygg, men kan være å muliggjøre selvbestemmelse, selvstendighet og opprettholdelse av selvet (Moser og Thygesen, 2013, s. 156). Denne endringen i omsorg knytter seg til det personsentrerte perspektivet. Personsentrert omsorg legger til rette for selvbestemmelse og muligheter for å utøve ønskede aktiviteter (Helsedirektoratet 2019). Samtidig skal tjenestene ivareta brukersikkerheten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1). Det innebærer at samtidig som bruk av GPS i helsetjenester for personer med demenssykdom forutsetter at dette vurderes til å være i brukers interesse, skal også tiltaket stå i rimelig forhold til den aktuelle risikoen. Videre at GPS-bruk vurderes som det minst inngripende alternativet og at det legges vekt på om brukeren ville ha gitt tillatelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-6a). Bruk av GPS

må dermed diskuteres og vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle, og ut fra brukerens behov må ulike handlingsalternativer vurderes og drøftes opp mot hverandre. Personalet må ha et reflektert forhold til hva som er behovene og hvem som eier dem. Det er viktig å holde fokus på brukernes behov for å ha et tilfredsstillende liv, uten å utsette seg selv og andre for risiko (Ausen et al., 2013, s. 52).

Oppsummert kan det påpekes at sykehjemmet som i større grad benyttet GPS som en form for sikring av beboer som ikke kunne gå ute alene uten følge, ikke hadde tatt i bruk funksjonen med geofence. Diskusjonen viser at sykehjemmet som benyttet denne funksjonen, erfarte det som en del av tryggheten for å kunne legge til rette for bevegelsesfrihet. Med tanke på forsvarlighet og risiko, så kan det gjøres en vurdering av nærmiljøet til sykehjemmet, om det for eksempel er mye trafikk rett utenfor eller et stille område. Et ubesvart spørsmål er om bruk av geofence med soner nærme sykehjemmet kunne lagt til rette for at flere beboere kunne bevege seg noe mer fritt, i den grad nærmiljøet er rolig? Det har vist seg at mange nødvendigvis ikke går så langt som man kan frykte, dersom de får frihet til å gå (Ausen, et al, 2013, s. 20).

5.2.2 Stress, merarbeid og en falsk trygghet

Det kan så langt se ut til at personalet erfarer at GPS-bruk gir økt trygghet, både for dem selv og for beboere. Alle informantene gav uttrykk for at GPS er et veldig fint hjelpemiddel hvis beboer går ut og har den med seg. På den andre siden er det sårbarheter knyttet til teknologien og oppfølgingen av den som gjør at GPS også kan oppleves som en falsk trygghet. Bruk av ny teknologi setter krav til nye rutiner og organisering. Vellykket bruk av GPS er under forutsetning av at både teknologien og organisering fungerer tilfredsstillende (Ausen et al., 2013, s. 19, 39). Vedrørende teknologien hadde begge fokusgruppene erfaring med at signalene kunne vises feil på kartet. Feil med signaler ble opplevd som misvisende og at de dermed ikke kunne stole helt på GPSen. GPS-bruk kan også bli en falsk trygghet dersom de nye rutine og arbeidsoppgavene ikke blir fulgt opp. Fokusgruppene 1 hadde erfart at GPSen ikke var ladet, noe som hadde utløst en leteaksjon etter beboer som var ute. Videre var det en episode med forveksling av GPSene til to beboere hvor varsel fra geofence ble utløst ut fra en sone som var programmert for en annen beboer. Begge fokusgruppene hadde også erfart at personalet hadde glemt å gi GPSen til beboer om morgenen. Å bli tildelt en GPS betyr altså ikke at man er 100 prosent trygg. Det vil alltid være risiko for at personen går ut uten GPS

eller at den ikke er ladet (Holthe et al 2015, s. 48). Funnene forstås som at det er en sårbarhet og falsk trygghet knyttet til GPS-bruk, hvor vellykket bruk forutsetter at personalet er kjent med og følger opp de nye rutinene. Velferdsteknologiens ABC skriver om implementering at det er mange ansatte som blir berørt av endringene og som må involveres slik at endringer i måten å jobbe på tas inn i drift på en god måte. Ansatte må kjenne sin rolle og sitt ansvar, må ha kunnskap og ferdighet i å jobbe på nye måter og er i behov av informasjon og opplæring (KS, 2016, s. 6, 10). Flere av informantene gav uttrykk for at GPS-bruk fremdeles opplevdes som ganske nytt og at ikke alle var helt inne i alle rutinene enda. I tråd med forbedringsmodellen blir det viktig å sørge for nødvendig opplæring og avklaring av ansvarsforhold (Helsebiblioteket 2015). Ut fra diskusjonen i kapittel 5.1.4 kan en prosedyre som gjøres kjent for personalet være til støtte i implementeringen. En prosedyre kan skape et felles grunnlag for nødvendig opplæring for oppfølging av praktiske oppgaver som må ivaretas for at teknologien skal fungere og ikke bli en falsk trygghet.

Informantene i begge fokusgruppene hadde erfaringer med at beboere kunne ta av seg GPS-enheten. At beboer tar av GPSen medfører en falsk trygghet hvor beboer kan risikere å gå ut uten å ha den med seg. Det er viktig å være bevisst at det er GPS-enheten som blir lokalisert, ikke personen (Ausen et al., 2013, s. 15). Bruk av GPS må vurderes nøye og det må eventuelt også tas i bruk andre løsninger, som døralarm, slik at personalet kan sikre at GPSen er med (s. 41). Informantene i begge fokusgruppene sjekket flere ganger i løpet av dagen at beboer hadde GPSen på seg. Noen av informantene i fokusgruppe 2 gav uttrykk for hvordan manglende tillitt til at beboer skulle beholde GPSen på, medførte økt stress og merarbeid for personalet. Økt stress var knyttet til opplevelsen av et stort ansvar hvor de kunne bli stilt ansvarlig og få kritikk dersom beboer går ut uten GPS og da kanskje går seg bort eller skader seg. Merarbeid var i form av at de hele tiden forsøkte å passe på at beboer hadde GPS med seg, dette i tillegg til at de var på vakt og opprettholdt rutinen med å passe på dører og heiser for å ha kontroll på hvem som går ut. I utgangspunktet kan det med nye rutiner og arbeidsoppgaver være vanskelig å slutte helt med å gjøre oppgavene slik man er vant til og som har fungert så langt (KS, 2016, s. 8). Når personalet i tillegg ikke kan stole på at beboer har GPSen med seg, så blir det merarbeid i form av at de må passe på både GPS og i tillegg sikre heis og dører, slik de alltid har gjort. Et viktig funn i denne studien er at informantene som beskrev mest stress med at beboer tok av seg GPSen, også var av de som hadde flere brukere som var blitt vurdert til å ikke kunne gå ute alene. Det kan indikere at problematikken er knyttet til bruk av GPS for å følge opp beboere som har kommet langt i demensutviklingen.

Dette kan tolkes til å være i et motsetningsforhold til en utvidelse av tidsvinduet for GPS-bruk på sykehjem som ble diskutert i kapittel 5.1.2. På den annen side kan det forstås som et behov for å vurdere andre typer av GPS. For det første mente personalet at beboer tok av GPS ut fra at beboer ikke skjønnte hva det var som hang rundt halsen. For det andre hadde GPSen også en funksjon hvor beboer kan trykke på en knapp og komme i toveis tale med personalet. Flere beboere trykket på knappen uten å ha noen forståelse for hva det innebar. Det medførte mange oppringinger på sykepleier sin telefon og forvirring for beboer hvis det ble tale fra GPSen. Samlet indikerer dette at en annen type GPS kunne vært mer hensiktsmessig for disse beboerne. Ausen et al. (2013, s. 55) viser til at det er nødvendig med utvikling av produkter som møter behovene til personer med demens i ulike faser av sykdommen. Selv om GPS-enheter som blir markedsført mot personer med demens gjerne har et enkelt brukergrensnitt i form av få knapper og funksjoner, så betyr ikke det at personen klarer å bruke den. I tråd med funnene i denne studien kan for eksempel funksjonen med toveiskommunikasjon bli en overflødig funksjon som er mer til forvirring en nytte for beboeren. Dermed er det viktig både med funksjon og også en utforming av GPS-enheten som gjør at brukerne har enheten med seg med hensyn til sikkerhet (Ausen et al., 2013, s. 55). Med tanke på utforming finnes det etterhvert ulike typer GPSer på markedet, og det er mulig at en annen utforming enn halskjede, for eksempel som en klokke eller beltefeste i større grad kunne sikret at beboer hadde GPSen med seg. Funnene forstås altså som at noe av problematikken med falsk trygghet, stress og merarbeid kan knyttes til utformingen av GPS-enheten som kan være uegnet for beboere med langtkommen demenssykdom. I et implementeringsperspektiv kan det her vises til forbedringsmodellen og evalueringsfasen i modellen. Det er av betydning å evaluere om nye tiltak har virket etter hensikten og om det faktisk har ført til forbedringer. Det blir viktig i evalueringen av nye tiltak å innhente erfaringer fra de som er involvert i bruken (Helsebiblioteket 2015).

Ut fra erfaringene til informantene i denne studien bør en evaluering av GPS-bruken innebære at det også vurderes hvilken form og funksjon GPS-enheten bør ha for å kunne følge opp beboere med demens i ulike faser av sykdommen. Det vil være en forutsetning av at man ved innføring av GPS skaffer oversikt over ulike GPSer som finnes på markedet og at de er tilgjengelig for personalet. Informantene i denne studien hadde kun tilgang på GPS som bæres rundt halsen.

5.3 Utvikling av nye kompetanser

Et viktig funn i denne studien er personalet sitt behov for opplæring og utvikling av nye kompetanser når sykehjemmet tar i bruk GPS for å følge opp beboere med demens. Ved innføring av GPS er det ikke bare teknologien som er i fokus, men også at teknologien skal fungere og være en del av tjenesten. Dette er en kompleks prosess med endrede ansvarsforhold, nye rutiner og behov for opplæring (Moser og Thygesen 2014, KS 2016). Det er nødvendig med samsvar mellom helsepersonell sin kompetanse og det ansvaret de skal ha og oppgavene de er satt til å gjøre (Stubberud, 2018, s. 20). Kompetanse kan defineres som *evne til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner*, hvor kompetansebegrepet blir summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger og hvordan disse brukes i samspill (NOU 2018:2, s. 14). Kompetansebehovene hos helsepersonell endrer seg blant annet som følge av ny teknologi og nye arbeidsmåter. Det blir dermed viktig å legge til rette for at de ansatte kan videreutvikle sin kompetanse (NOU 2018:2, s. 7, 14). Først i dette kapittelet diskuteres teknologisk kompetanse og vurderingskompetanse, deretter kompetanseutvikling gjennom erfaringsdeling.

5.3.1 Teknologisk kompetanse

Ut fra informantene sine beskrivelser er det behov for opplæring og en teknologisk kompetanse knyttet til oppfølging av selve GPS-enheten. Det må ivaretas opplæring i hvordan GPS-enheten lades og avhengig av hvordan sykehjemmet velger å fordele roller og ansvar, er det også noen som må ha opplæring i å følge opp varsler og kunne lokalisere beboer på et kart. Det er kjent at innføring av GPS innebærer at personalet må forholde seg til ny teknologi og at de trenger ny kompetanse og rutiner for å ivareta dette (Moser og Thygesen, 2013, s. 151). Det er viktig at personalet er trygge på teknologien, slik at de for eksempel klarer å lokalisere beboer ved behov (Ausen et al., 2013, s. 22). I et implementeringsperspektiv bli det viktig at de som blir berørt av endringsprosesser involveres og sikres opplæring (KS, 2016, s. 76, Helsebiblioteket 2015). Informantene gav uttrykk for at de hadde fått nødvendig opplæring for å ivareta teknologien. På den annen side kan det som diskutert tidligere tolkes som et problem at det hadde utviklet seg ulike praksiser innad på samme sykehjem knyttet til praktiske laderutiner hvor det var usikkerhet knyttet til batterikapasitet. Et overraskende funn var at sykehjemmene hadde ulik kjennskap til muligheter som ligger i teknologien. Det var kun det ene sykehjemmet som visste om og som hadde tatt i bruk geofence. Diskusjonen i

kapittel 5.2.1 om ulike former for trygghet indikerer at denne muligheten ved teknologien kan være nyttig både for personalet og for beboer. Kunnskap om teknologien og mulige løsninger blir viktig og kan gjøre personalet bedre i stand til å benytte GPS på en måte som er tilpasset brukeren (Holthe et al., 2015, s. 45-46). Funnene forstås i tråd med forbedringsmodellen at det blir viktig med grundige forberedelser når et sykehjem ønsker å ta i bruk GPS (Helsebiblioteket 2015). I denne sammenheng vil det innebære å klargjøre kunnskapsgrunnlaget ved å sette seg inn i muligheter ved teknologien. Ettersom sykehjemmene i denne studien har ulike erfaringer, kan det være nyttig å innhente og vurdere andre sykehjems praktiske erfaringer med GPS-teknologien. Likevel forstås funnene knyttet til den teknologiske kompetansen at dette er en form for praktiske oppgaver som personalet har fått opplæring i å ivareta. Ut fra denne studien var det ikke den teknologiske kompetansen som var hovedutfordringen, men vurderingskompetanse på ulike områder ved bruk av GPS. Det er i tråd med tidligere erfaringer, hvor det å ta i bruk velferdsteknologi dreier seg 20 % om teknologi og 80 % om organisatoriske utfordringer (NOU 2011:11, s. 99).

5.3.2 Vurderingskompetanse

Å utvikle personalet sin vurderingskompetanse ser ut til å være av stor betydning i denne studien. Personalet må kunne gjøre en individuell kartlegging og vurdering i forkant av at beboer får GPS. Personalet må også kunne observere om situasjonen endrer seg og jevnlig evaluere om GPS er et hensiktsmessig tiltak for å følge opp beboer. Det er i samsvar med erfaringer fra Trygge spor, vellykket bruk av GPS forutsetter en individuell vurdering av brukerbehov og bruken av GPS må følges opp og vurderes fortløpende (Ausen et al., 2013, s. 19). Kompetansebegrepet er som nevnt summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger og hvordan disse brukes i samspill (NOU 2018:2, s. 14). I vurderingen av GPS-behov må personalet anvende kunnskap om demenssykdom og sykdomsutvikling. Ut fra diskusjonen i kapittel 5.1, så kan funnene forstås som at det ikke er selvsagt hva som egentlig ligger i vurderingen informantene viser til. Det kan vurderes ulikt hvilke beboere som er i behov av GPS og hvilke behov som kan ivaretas. Det blir dermed viktig med kunnskap om ulike behov GPS kan ivareta for beboere med demens i ulike faser av sykdommen. På den måten kan GPS-bruk bidra til gode tjenester. Gode tjenester for personer med demens er tilpasset den enkelte, ut fra ønsker, behov og den fasen av sykdomsutviklingen som personen befinner seg i (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 93). Kompetanse består også av holdninger. Det blir av betydning av personalet har holdninger hvor de søker å gjøre seg kjent med den

enkelte beboer og tar hensyn til de verdier og preferanser som den enkelte har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 35). I tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-6a) må personalet kunne vurdere om GPS-bruk er i beboer sin interesse, risiko i forhold til for eksempel trafikksikkerhet, og om GPS er det minst inngripende tiltaket. Ansatte må ha høy faglig og etisk bevissthet og anvende kunnskapen i vurderingen av GPS-bruken (Holthe et al., 2015, s. 49). Personalet sin vurderingskompetanse blir også av betydning når beboer er ute alene med GPS. Personalet må kunne vurdere hvor langt beboer kan gå og hva som er akseptabel utetid for eksempel ut fra kjennskap til personens rutiner, funksjon og årstid (Holthe et al., 2015, s. 47). Det er ikke nytt at personalet har tilsyn med beboere, men bruk av GPS gjør at personalet må lære å observere på nye måter og gjøre faglige vurderinger på bakgrunn av nye typer data (Moser og Thygesen, 2013, s. 150). For fokusgruppe 1, som hadde tatt i bruk geofence, måtte det vurderes om og hvor raskt beboer skulle hentes hvis vedkommende gikk forbi denne sonen. For en av beboerne var det nødvendig med rask respons dersom vedkommende var i nærheten av kollektivstoppet. Personalet må videre kunne vurdere hvordan henting av beboer skal foregå. Begge sykehjemmene hadde avtale med en alarmsentral som kunne kontaktes for bistand. Alarmsentralen er ny aktør i oppfølgingen av beboer, hvor det blir nødvendig å avklare ansvar og roller mellom sykehjemmet og denne alarmsentralen (Øderud, et al., 2017, s.31, Moser og Thygesen, 2013, s. 154). Begge sykehjemmene hadde i sine rutiner at alarmsentralen kunne kontaktes ved behov, men det kom frem i begge fokusgruppene at personalet først gjorde en vurdering. Fokusgruppe 2 reflekterte over at det i utgangspunktet var best for beboer å bli hentet av et kjent ansikt. Om alarmsentralen ble kontaktet for bistand med henting ville avhenge av om det var på dagvakt, kveld eller helg og hvor langt unna sykehjemmet beboer var. En annen studie problematiserer også dette, og viser til hvordan personalet da må vurdere for eksempel hva man har av ressurser og hvem som blir igjen hvis en reiser for å hente (Ausen et al., 2013, s. 49).

Diskusjonen så langt viser at det er flere og sammensatte vurderinger som må håndteres når sykehjemmet tar i bruk GPS for oppfølging av beboere med demens. Innføring av GPS endrer måten ansatte jobber på når en måte å møte beboernes behov på skal løses ved hjelp av teknologi (KS, 2016, s. 26). Tjenestens innhold vil endre seg og personalet må jobbe annerledes med og rundt beboerne (Moser og Thygesen, 2013, s. 151). Kompetanse er knyttet til en bestemt type arbeidsoppgaver og situasjoner og må utvikles for og med dem. Innholdet i helsepersonells kompetanse er dermed styrt av pasientsituasjonene helsepersonellet møter, og

av utviklingen innenfor helsehjelpen pasienten trenger (Stubberud, 2018, s. 20). Opplæring av personalet blir en forutsetning for å lykkes med teknologien (Holthe et al., 2015, s. 49). Det er tidligere diskutert hvordan en prosedyre kan trygge personalet i å følge opp praktiske rutiner og klargjøre ulike behov GPS-bruk kan ivareta. For at en prosedyre skal være til støtte, må den implementeres og tas i bruk i det daglige arbeidet. For endring og etablering av en ønsket praksis må personalet oppleve at de har kunnskaper og ferdigheter til å utføre anbefalingene i prosedyren (Stubberud, 2018, s. 146). Ved etablering av en ny tjeneste som bruk av GPS blir det viktig å planlegge, sette av tid og ressurser og legge en plan for nødvendig opplæring (Ausen et al., 2013, s. 39, Helsebiblioteket 2015, KS 2016). Diskusjonen viser et behov for å utvikle personalet sin vurderingskompetanse ved å sikre opplæring og kunnskap på flere områder, samt utvikling av holdninger som søker å ivareta den enkelte beboer sine interesser.

5.3.3 Kompetanseutvikling gjennom erfaringsdeling

Informantene i begge fokusgruppene gav uttrykk for at det var lærerikt å delta i intervjuet ved at de fikk sitte sammen og dele erfaringer. Erfaringsdeling og refleksjon, særlig på tvers av avdelingene, var noe de hadde gjort i liten grad. Begge fokusgruppene kom inn på etiske problemstillinger. Etisk refleksjon er sentralt for å oppdage hva som står på spill for andre, hvilke verdier som kommer i klemme og hvilke andre handlingsalternativer som finnes (Eide og Aadland, 2008, s. 13). Fokusgruppe 1 hadde en beboer hvor de hadde forsøkt med GPS, men hvor det ble vurdert som ikke trygt nok fordi beboer gikk ut på natten og uten at GPS var tilstrekkelig ladet. Det ble iverksatt andre tiltak for å ivareta sikkerheten, hvor en informant omtalte avvikling av GPS-bruk som at beboer hadde mistet friheten sin. I følge Eide og Aadland (2008, s. 13) er trolig refleksjon over reelle vanskelige situasjoner sammen med andre den beste trening for å bygge opp kompetansen til å håndtere vanskelige etiske dilemmaer. En kompetanse som innebærer praktisk dømmekraft og klokskap i faglig utfordrende situasjoner hvor verdier står på spill. Fokusgruppe 2 reflekterte over etiske problemstillinger knyttet til overvåking av beboer hvis sykehjemmet skulle ta i bruk geofence. Det ble stilt spørsmål ved om geofence ble en enda større grad av overvåking og om dette var i beboer sin interesse. Det er kjent at bruk av GPS aktualiserer etiske problemstillinger om overvåking og retten til privatliv (Hoffmann, 2010, s. 21, Helse- og omsorgsdepartementet 2012, s. 112). GPS gjør det mulig å se den geografiske posisjonen hvor bruker befinner seg, slik at man kan lokalisere beboer og bistå ved behov. Dette innebærer for brukeren en form for overvåkning, men kan på den annen side legge til rette for selvbestemmelse i forhold til

når det er ønskelig å gå ut, bruker kan opprettholde gamle vaner, oppleve trygghet og erfare økt livskvalitet (Moser og Thygesen, 2013, s. 144-155). Sykehjemmet som brukte geofence problematiserte ikke graden av overvåkning, men viste til erfaringen med at dette la til rette for frihet hvor beboer kunne gå inn og ut etter eget ønske. Som nevnt tidligere blir det hvordan teknologien brukes som kan reise etiske dilemma, ikke teknologien i seg selv (Ausen et al., 2013, s. 52). Det blir viktig å diskutere skille mellom hva som oppfattes som overvåking og hva som er omsorg ved at man «våker over» en person med demens som ønsker å ferdes alene ute (Ausen et al., 2013, s. 15). Det vil her være snakk om å gjøre en vurdering i den spesifikke konteksten for å avgjøre hvordan GPS kan være et supplement i omsorgen for denne personen. I denne sammenheng kan det vises til Thygesen og Moser (2010) som redegjør for en etikk-i-praksis tilnærming. Dette handler om at etiske vurderinger gjøres i praksis, og ikke blir bedømt utenfor kontekst ut fra en ide om hva god omsorg er (s. 129). Etikk-i-praksis legger vekt på selve situasjonen og dens etikk, med utgangspunkt i at det ikke er en enkel eller gitt rekkefølge på verdier i demensomsorg. Og det er ikke gitt hvilke verdier som står på spill for beboeren og hvordan de skal vektes. Det er en avveining av verdikonflikter, fordeler og ulemper, for å finne beste løsning for personen i en spesifikk kontekst (s. 142). Det er anbefalt at den etiske diskusjonen tar utgangspunkt i den enkelte brukers behov og hva som er hensikten med bruken (Ausen et al., 2013, s. 51, Øderud et al., 2015, s. 9). Sett i lys av dette, så er ikke nødvendigvis geofence hverken positivt eller negativt, men kommer an på hvordan det brukes og om det vurderes til å være i beboer sin interesse.

Etiske vurderinger kan være et eksempel på hvordan GPS-bruk innebærer krevende vurderinger for helsepersonell. Å drøfte etiske dilemmaer kan være en måte å utvikle egen vurderingskompetanse (Holthe et al. 2015, s. 46). Trygge spor erfarte at det var stor bevissthet rundt etiske spørsmål knyttet til bruk av GPS. I praksis handlet dette om å få anledning til systematisk refleksjon og diskusjon sammen med andre for å komme frem til den beste løsningen i den aktuelle situasjonen (Ausen et al., 2013, s. 51). Funnene forstås som at det ved innføring av GPS vil være av betydning å planlegge for jevnlig refleksjon og erfaringsdeling som et tiltak for å utvikle ansattes vurderingskompetanse i et personsentrert perspektiv. Behovet for erfaringsdeling kan videre ses i forbindelse med anbefalinger i forbedringsmodellen for vellykket implementering. Innføring av GPS må følges opp for å vurdere om bruken har virket etter hensikten og ført til forbedringer (Helsebiblioteket 2015). Felles refleksjon kan være en måte å innhente personalet sine erfaringer som en del av

evalueringen ved innføring av GPS. Dette blir i tråd med Velferdsteknologiens ABC som anbefaler felles refleksjon for oppfølging av nye løsninger. Det innebærer å sammen reflektere over om velferdsteknologien er bra for både de som gir og mottar tjenestene, om det skaper en faglig forsvarlig tjeneste, om ansvar, roller og arbeidsrutinene er tydelig definert og om teknologien fungerer som den skal og møter behovet til brukeren (KS 2016, s. 24). Systematisk evaluering kan avdekke behov for å gjøre justeringer og gå tilbake til tidligere faser for sikre nødvendig opplæring (Helsebiblioteket 2015). Det er dermed av betydning at det legges til rette for jevnlig refleksjon og erfaringsdeling ved innføring av GPS, både for å utvikle ansattes vurderingskompetanse og for å evaluere bruken av GPS-teknologi for å følge opp beboere med demens på et sykehjem.

6 Konklusjon

Denne studien har utforsket erfaringer hos helsepersonell på sykehjem etter at det er tatt i bruk GPS for å følge opp beboere med demens. Det er benyttet fokusgruppeintervju ved to sykehjem for innsamling av data, med til sammen syv deltakere. Fokuset har vært på ansatte sine erfaringer med å ta i bruk den nye teknologien og hvordan GPS-bruk har påvirket rutiner og arbeidsoppgaver på sykehjemmet.

Ut fra min fortolkning av funnene kan GPS være et hensiktsmessig tiltak for beboere i ulike faser av demenssykdom på sykehjem, også for beboere med langtkommen demens som ikke kan gå trygt ute alene. Denne fortolkningen medfører at GPS-bruk kan ha et lengre tidsvindu på sykehjem enn hva som er beskrevet for hjemmeboende brukere, hvor trafiksikkerhet ellers er av stor betydning. Et lengre tidsvindu ses i sammenheng med selve sykehjemskonteksten som innebærer at det er personell til stede som kan rykke raskt ut for å bistå beboer ved behov. GPS kan trygge personalet og legge til rette for åpne dører og bevegelsesfrihet i sykehjemmet, i hagen eller nærmiljøet. Dersom beboer går ut og har GPS med seg, kan det unngås store leteaksjoner og redusere risiko for at beboeren skader seg. Bruk av geofence for å motta varsler hvis beboer går lenger enn hva som er vurdert som forsvarlig, kan skape ekstra trygghet hos personalet og rom for mer selvbestemmelse og bevegelsesfrihet for beboer. Det var overraskende at kun det ene sykehjemmet hadde kjennskap til og hadde tatt i bruk geofence. Ut fra min fortolkning av funnene i denne studien kan GPS-bruk bli forskjellig fra sykehjem til sykehjem ut fra hvordan personalet forstår og bruker de mulighetene som ligger i teknologien. Det synes nødvendig med grundige forberedelser og forventningsavklaring ved innføring av GPS for å klargjøre hvilke behov GPS kan imøtekomme. Det blir av betydning for sykehjem som ønsker å ta i bruk GPS at det utarbeides en opplæringsplan. Opplæringsplanen bør gjøre helsepersonell kjent med muligheter som ligger i teknologien, demenssykdom og personsentrert omsorg for å bruke GPS på en måte som best kan ivareta beboer sine behov i ulike faser av demenssykdommen på et sykehjem.

Informantene erfarte GPS som et positivt supplement i oppfølgingen av beboere med demenssykdom. Samtidig var det utfordringer med at flere beboere kan ta av seg av GPS-enheten i løpet av dagen. Dette skaper stress og merarbeid for personalet og kan stå i motsetningsforhold til en utvidelse av tidsvinduet for GPS bruk ved sykehjem. Begge

sykehjemmene hadde kun tilgang til GPS i form av et halskjede som kan virke uegnet for beboere med langtkommen demenssykdom. At beboer tar av GPS-enheten knyttet informantene til at vedkommende ikke skjønnte hva den var og derfor tok den av. Det kan se ut som at personalet burde ha tilgang på flere typer av GPS med ulik utforming for å kunne tilby en modell som beboer aksepterer å ha på seg.

Å ta i bruk GPS-teknologi på sykehjem er en arbeidskrevende prosess. Bruk av GPS innebærer at helsepersonell må innarbeide og utføre flere nye rutiner og arbeidsoppgaver. Teknologien og nye arbeidsoppgaver endrer kompetansebehovene hos personalet hvor utvikling av personalet sin vurderingskompetanse ser ut til å være av særlig stor betydning. Begge sykehjemmene hadde brukt GPS i omlag ett år, men informantene uttrykte likevel usikkerhet på flere områder. Det blir viktig ved innføring av GPS å planlegge godt for å ivareta nødvendig opplæring. Det bør legges til rette for jevnlig refleksjon og erfaringsdeling for å utvikle vurderingskompetansen hos personalet slik at de blir i stand til å finne frem til gode løsninger som ivaretar den enkelte beboer.

Vellykket innføring av GPS ser ut til å forutsette grundige forberedelser, planlegging og oppfølging. *Modell for kvalitetsforbedring* kan være til hjelp for å sikre nødvendig systematikk i implementeringen. Modellen beskriver den *overordnede prosessen* for å jobbe med kvalitetsforbedring (Stubberud, 2018, s. 43). I tråd med anbefalinger i modellen bør viktige erfaringer deles slik at de kan komme andre til gode. Informantene i studien har viktige og dels ulike erfaringer med bruk av GPS og de har ulik kjennskap til muligheter som ligger i teknologien. Det etterlyses i den forbindelse en prosedyre som kan støtte implementeringen på sykehjem ved å klargjøre på et mer *detaljert nivå* en form for felles standard for GPS-bruk. Et *læringsnettverk* kunne vært en mulighet for å dele erfaringer mellom sykehjem og utvikle en felles fagprosedyre som beskriver anbefalt bruk og nødvendig oppfølging av nye arbeidsoppgaver. En slik prosedyre kan bidra til en felles forståelse hos personalet for trygg og hensiktsmessig bruk av teknologien. Eksisterende kunnskap gjøres da tilgjengelig og kan integreres i daglig praksis for hensiktsmessig bruk av GPS i en sykehjemskontekst. Det enkelte sykehjem kan deretter gjøre lokale tilpasninger av ansvar, roller og oppfølging av praktiske rutiner.

6.1 Videre forskning

Denne studien er en masteroppgave hvor funnene baserer seg på et begrenset utvalg. Det er behov for større og flere studier for å utforske hvordan GPS-teknologi på best måte kan være et supplement for å følge opp beboere med demens på et sykehjem.

Denne studien viser at innføring av GPS-bruk stiller store krav til personalet sin vurderingskompetanse. Med flere studier kan det innhentes ytterligere kunnskap om de vurderinger som bør gjøres for å sikre en GPS-bruk som ivaretar den enkelte beboers behov. Videre forskning kan innrettes mot å utforske ytterligere innhold i vurderinger som gjøres. Det ville for eksempel vært nyttig å få frem hvordan personalet konkret vurderer risikofaktorer i nærmiljøet og beboer sin trafikksikkerhet.

Denne studien har fokusert på helsepersonell sine erfaringer. Samarbeidet med pårørende er et perspektiv som ikke er inkludert i denne studien. Videre forskning kan med fordel utforske hvordan pårørende involveres i vurderingen av GPS-bruk på sykehjem.

Referanseliste

Ausen, D., Svagård, I., Øderud, T., Holbø, K. og Bøthun, S. (2013). *Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens: innovasjonsprosjekt i offentlig sektor*. Oslo: SINTEF rapport A23878 Hentet fra

https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport_enkle-sider_lav-opplosning.pdf

Eide, T. og Aadland, E. (2008). *Etikkhåndboka - for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Engedal, K. og Haugen, P.K. (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse – akademisk

Forskrift for sykehjem m.v. (1988). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (FOR-1988-11-14-932). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>

Graneheim, U.H og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Grut, L., Øderud, T. og Bøthun, S. (2017). GPS som hjelpemiddel for personer med orienteringsvansker. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, nr. 2, 127-135.

Gjøra, L. og Michelet, M. (2018). Kommunal omsorgskjede – organisering og innhold. I Engedal, K. og Haugen, P.K. (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 278-299). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse – akademisk

Halkier, B. (2016 3. utg). *Fokusgrupper*. Viborg: Samfundslitteratur

Helsebiblioteket (2015, 20. august). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Helsedirektoratet (2019). Nasjonale faglig retningslinjer om demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. IS-1990. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030>

Helsedirektoratet. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. IS-2416. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1139/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. IS-2557. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn*. I-1170. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015 Den gode dagen*. I-1170. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Hofmann, B. (2010) *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Notat fra Kunnskapssenteret Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Holthe, T., Øderud, T og Landmark B. (2015). GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg – hva må til? *Ergoterapeuten nr. 1, 42-49*.

Johannessen, A., Tufte, P.A., og Christoffersen, L. (2016, 5. utg.). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kitwood, T. (1999) *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. København: Munksgaard Danmark

Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M., og Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Notat nr. 1 om kvalitetsutvikling fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>

KS (2016, 30. august). *Velferdsteknologiens ABC – opplæringspakke til kommunene*. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/velferdsteknologiens-abc---opplaringspakke-til-kommunene/>

Malterud, K. (2017, 4. utg.) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget

Moser, I. og Thygesen, H. (2013). Velferdsteknologi og teleomorg: nye idealer og former for omsorg. I Tjora, A. Og Melbye, L. (red). *Samhandling for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. (s. 144-157). Oslo Gyldendal Akademisk

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/sec1>

NOU 2018: 2. (2018). *Fremtidige kompetansebehov 1. Kunnskapssgrunnlaget*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e6acac1df4964805a34c767fa9309acd/no/pdfs/nou201820180002000dddpdfs.pdf>

NSD (2019). *Mal for informasjonsskriv*. Hentet fra

https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere_om.html

Obstfelder, A. og Lotherington, A.T. (2015). Omsorgsteknologiens virkninger i omsorgsarbeidet. *Omsorg Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, nr. 4, 17-20.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Røhne, M., Øderud, T. og Dale, Ø. (2017). *GPS som varslings- og lokaliseringsteknologi i helse og omsorg*. Litteraturstudie. SINTEF A28038

Rokstad A.M.M. og Røsvik J. (2018). Personsentrert omsorg. I Engedal, K. og Haugen, P.K. (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-331). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse – akademisk

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Glemsk, men ikke glemte. IS-1486. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/shdir_demensrapport_korr4.pdf

Stubberud, D.G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar i kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thagaard, T. (2016, 4. utg.). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Thygesen, H. (2015). Hva er velferdsteknologi, og hvorfor er den viktig? I *Omsorg Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, nr. 4, 5-10.

Thygesen, H. og Moser, I. (2010) Technology and good dementia care: An argument for an ethics-in-practice approach. In Schillmeier, M and Domènech, M (Eds.), *New Technologies and emerging spaces of care*. (129-147). Farnham: Ashgate.

Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>

VID (2019). Rutine for behandling av personopplysninger i forskning og studentoppgaver ved VID vitenskapelige høyskole. Hentet fra

<https://www.vid.no/site/assets/files/16240/rutine-for-behandling-av-personopplysninger-i-forskning-og-studentoppgaver-ved-vid-vitenskapelige-hogskole-vid-1.pdf?1zeaqy>

Øderud, T., Ausen, D., Aketun, S., Thorgersen, M. (2017). *GPS for trygghet, frihet og mestring. Fra prosjekt til drift – Bruk av GPS for lokalisering av personer med demens/kognitiv svikt*. Oslo: SINTEF rapport 2017:00342

Øderud, T., Landmark, B.T., Eriksen, S., Fossberg, A.B., Aketun, S., Omland, M., ... Ausen, D. (2015). Persons with Dementia and Their Caregivers Using GPS. *Studies in Health Technology and Informatics*, Vol 217, 212-221

DOI: 10.3233/978-1-61499-566-1-212

Vedlegg 1: Tilbakemelding fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Personalerfaringer knyttet til implementering av GPS for beboere med demens på sykehjem

Referansenummer

484472

Registrert

13.12.2018 av Wenche Helene Falch Linberg - wenchelinberg@hotmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelig høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Nina, Nina.Joranson@vid.no, tlf: 22451836

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Wenche Linberg, wenchelinberg@hotmail.com, tlf: 90866619

Prosjektperiode

31.01.2019 - 01.12.2019

Status

19.12.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

19.12.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.12.2018. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Personalerfaringer knyttet til implementering av GPS for beboere med demens på sykehjem»

Bakgrunn og hensikt

Mitt navn er Wenche Linberg, jeg er student ved VID Vitenskapelige Høgskole og skriver nå min masteroppgave i studiet helse- og sosialfaglig arbeid med eldre. Det er en nasjonal satsning på økt bruk av velferdsteknologiske løsninger, hvor kommuner og sykehjem har kommet ulikt i gang med å bruke dette. Jeg tror noe av bakgrunnen er at selv om teknologien finnes, så er det ikke bare å ta det i bruk. Hensikten med denne studien er å utforske ulike erfaringer hos helsepersonell og implementeringsansvarlig etter implementering av GPS på sykehjem for beboere med demens.

Problemstilling er: «Hvilke erfaringer har helsepersonell på sykehjem etter implementering av GPS for beboere med demens?». For å undersøke min problemstilling har jeg følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan kan bruk av GPS bli en integrert del av oppfølgingstilbudet for sykehjemsbeboere med demens?
- Hvordan kan bruk av GPS bidra til å ivareta individuelle behov for sykehjemsbeboere med demens?

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å komme i kontakt med ansatte ved to sykehjem som har brukt GPS til personer med demens ca. ett års tid. Deltakelse innebærer et intervju med meg slik at jeg får innsikt i deres erfaringer med å ta i bruk GPS. Intervjuene vil bli gjennomført hos dere i arbeidstiden. Det vil bli brukt lydopptak under intervjuet.

- For helsepersonell vil det være et fokusgruppeintervju med 5 ansatte fra sykehjemmet med varighet ca. 1,5 time.
- For implementeringsansvarlig vil det være et individuelt intervju med varighet ca. 60 minutter.

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å

måtte oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – oppbevaring og bruk av dine opplysninger

Jeg vil ikke bruke opplysningene om deg til andre formål enn oppgitt. Utvalget som har deltatt i intervjuene beskrives i forhold til profesjoner og spennet i år med arbeidserfaring knyttet til personer med demens. Oppgaven anonymiseres slik at man ikke kan identifisere enkeltpersoner eller sted. Lydopptaket oppbevares trygt i eget hjem. Jeg skal selv gjøre om lydopptaket til skriftlig materiale etter intervjuet og lydfilene slettes ved prosjektslutt, ca. desember 2019.

Personopplysninger behandles basert på ditt samtykke. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å be om innsyn, retting, sletting og få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet). Du har rett til å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. På oppdrag fra VID vitenskapelige høgskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med student Wenche Linberg på epost (wenchelinberg@hotmail.com) eller telefon: 908 666 19, eller VID vitenskapelige høgskole ved prosjektansvarlig Nina Jøranson på epost (Nina.Joranson@vid.no) eller telefon: 22 45 18 36.

Du kan også kontakte NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Wenche Linberg
Student

Nina Jøranson
Prosjektansvarlig (Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Personalerfaringer knyttet til implementering av GPS for beboere med demens på sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide fokusgruppe

Innledning

- Ønske velkommen, presentere meg selv, kort om tema
 - Gjennomgang samtykkeskjema, bruk av materialet, håndtering av lydopptaket anonymitet, frivillig deltakelse
 - Varighet ca. 1,5 time
- Presentasjonsrunde med navn, utdanning og hvor lenge jobbet med beboere med demens

Startpørsmål:

- Hva tenker dere var hensikten med å ta i bruk GPS her?
 - Bakgrunnen, forventninger, personsentrert?
- Hvordan har dere vært involvert i prosessen og hvordan opplæring har det vært?
- Hvordan er det dere vurderer om beboer skal ha GPS og følger opp? Hvordan er rutinene her nå?
 - Behov hos beboer, etikk, forsvarlighet, hvor mange har de i bruk?
- Er det blitt forskjell på å være beboere her nå enn det var før GPS?
 - Ivaretar individuelle behov, frihet, aktivitet?
- Hva tenker dere har vært viktige erfaringer, positive eller utfordringer, med å ta i bruk GPS?
 - endring av arbeidsoppgaver/rutiner/ansvar, opplæringsbehov, kunne noe vært gjort annerledes?
- Har dere noen råd eller tips til andre sykehjem som skal ta i bruk GPS?

Avslutning

- Er det noe mer vi burde ha snakket om?
- Hvordan synes dere intervjuet har vært?

Tusen takk for at jeg fikk intervjuere dere.

Vedlegg 4: Intervjuguide

implementeringsansvarlig

Innledning

- Presentere meg selv, kort om tema
- Bruk av materialet, håndtering av lydopptaket, anonymitet, frivillig deltakelse
- Varighet ca. 1 time

Spørsmål:

- Kan du si litt om hvilken rolle du har hatt i forhold til å ta GPS i bruk?
- Hva var bakgrunnen for å ta GPS i bruk?
- Hva er din forståelse av hensikten med bruk av GPS?
- Har dere mange i bruk?
- Kan du beskrive hvordan dere gikk frem når GPS skulle tas i bruk?
Stikkord: informasjon, opplæring, innkjøp, involvering, pårørende
- Hvilke utfordringer opplevde dere med å ta i bruk GPS?
Stikkord: Støtte fra systemet over seg, kjøpt inn alt selv, teknologien, barrierer for implementering?
- Hvordan har dere erfart at bruk av GPS bidrar til å ivareta individuelle behov?
- Hvordan har rutiner og arbeidsoppgavene endret seg etter at dere tok GPS i bruk?
 - Stikkord: Rykke ut, nye rutiner og prosedyrer, åpne dører, ansvarsforhold, hvordan ble berørt
- Hvordan opplæring har du erfart at er nødvendig når man skal ta i bruk GPS?
 - Stikkord: teknologien, demenskunnskap
- Hva tenker dere kunne vært gjort annerledes når GPS ble tatt i bruk?
- Hvilke forhold er det som er med i vurderingen av om GPS skal tas i bruk?
 - Stikkord: Etikk, forsvarlighet, rom for faglige refleksjoner i hverdagen, behov hos beboer?

Avslutning

- Hva er dine råd til andre som skal ta GPS i bruk?
- Er det noe mer vi burde ha snakket om?
- Hvordan synes du intervjuet har vært?

Tusen takk for at jeg fikk intervju deg.