



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R

BO TRYGT OG GODT HJEMME

En forstudie av Agderkommunenes bruk av velferdsteknologi



AUD FINDAL DAHL OG MARIANN FOSSUM

Senter for omsorgsforskning – rapportserie nr. 7 - 2012

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 7 - 2012

Aud Findal Dahl og Mariann Fossum

Bo trygt og godt hjemme
En forstudie av Agderkommunenes
bruk av velferdsteknologi

Senter for omsorgsforskning – Sør

2012

© Senter for omsorgsforskning - Sør v/Aud Findal Dahl og Mariann Fossum i samarbeid med Senter for eHelse og omsorgsteknologi ved Rune Fensli.

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 7 – 2012

ISBN: 978-82-91313-92-4

ISSN: 1892-705X

SAMMENDRAG

Denne rapporten er en sluttrapport fra forstudiet «Bo trygt og godt hjemme», som er utført på oppdrag fra Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS). Kristiansand kommune har vært prosjektansvarlig, og Universitetet i Agder representert ved Senter for omsorgsforskning-Sør i samarbeid med Senter for eHelse og omsorgsteknologi har gjennomført forstudien.

Hensikten med forstudien har vært å framskaffe kunnskap som kan gi kommuner og regionale samarbeidspartnere et bedre beslutningsgrunnlag for regionalt satsing når det gjelder å prøve ut og implementere nye teknologiske løsninger som skal kunne bidra til at mennesker med funksjonssvikt kan bo trygt og godt hjemme lengst mulig. Det har vært et mål å synliggjøre potensialet og gi anbefalinger for framtidige FoU-prosjekt innen velferdsteknologi på Agder.

Det er gjennomført en kartlegging i form av en spørreskjemaundersøkelse. Et utvalg av strategiske dokumenter er innsamlet og analysert, samt at problemstillingen er belyst gjennom kvalitative fokusgruppeintervjuer og gjennom en idédugnad med aktuelle informanter.

Resultatene viser at det foreligger et relativt beskjedent materiale i form av strategiske dokumenter som beskriver hvorledes kommunene skal forholde seg til fremtidens velferdsteknologi. Eksisterende teknologi- bruk er til dels svært begrenset ut over bruk av tradisjonell trygghetsalarm.

Det antas å være et stort potensiale for å benytte teknologi til å understøtte helse- og omsorgstjenestene, og det foreslås flere aktuelle tiltak for fremtidige satsinger i Agder-kommunene. Dette kan være dels i form av prosjekter der en er avhengig av å forankre prosjektene ut over egen region, dels er det forslag til regionale satsinger som kan gjennomføres i fellesskap på vegne av Agder-kommunene. Det er også foreslått iverksatt konkrete tiltak innen den enkelte kommune.

Det anbefales at forslagene gjennomgår en bred drøfting og at de forankres på strategisk nivå, både administrativt og politisk på regionalt nivå og kommunalt nivå, slik at det kan oppnås både et eierskap til de aktuelle tiltak som planlegges iverksatt og at disse er godt forankret innenfor de berørte tjenestene.

FORORD

Velferdsteknologi er et nasjonalt og internasjonalt satsningsområde som mange virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten har fokus på. Velferdsteknologi brukes ofte synonymt med begrepene omsorgsteknologi og helseteknologi. I denne rapporten er begrepet velferdsteknologi valgt som et samlet begrep for teknologisk støtte anvendt i helse- og omsorgstjenesten for å sikre menneskers velferd. Velferdsteknologi er foreslått som et sentralt bidrag til å møte utfordringer i og å øke kvaliteten i tjenestetilbudet. Hva og hvordan velferdsteknologi kan brukes vil være økende fokusert i tiden fremover. Velferdsteknologi er et omfattende begrep og omfatter også kommunikasjonsstøtte i form av elektronisk pasientjournal. Denne form for velferdsteknologi er imidlertid utelatt i forstudien da tematikken er tatt opp i annet prosjekt knyttet til Agderkommunene.

Dette forprosjektet har hatt fokus på å kartlegge Agderkommunenes bruk og planer for implementering av velferdsteknologi. Prosjektet er gjennomført i perioden høsten 2011—våren 2012 og består av fire ulike delstudier. Prosjektansvarlig er Kristiansand kommune ved rådgiver Anne Aunevik, på vegne av Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS). Ansvarlig for gjennomføring av prosjektet har vært Universitetet i Agder (UiA), representert ved Senter for omsorgsforskning-Sør i samarbeid med Senter for eHelse og omsorgsteknologi. Delundersøkelse 1, 2 og 3 ble gjennomført av førstelektor Aud Findal Dahl og førsteamanuensis Mariann Fossum, Senter for omsorgsforskning-Sør. Delundersøkelse 4 ble gjennomført av førsteamanuensis Rune Fensli, Senter for eHelse og omsorgsteknologi. Forfattere av rapporten har vært førstelektor Aud Findal Dahl og førsteamanuensis Mariann Fossum. Førsteamanuensis Rune Fensli, Senter for eHelse og omsorgsteknologi har bidratt med underkapittel 1.4 og kapittel 9.

Vi vil rette en takk til alle respondentene som har deltatt i alle delundersøkelsene.

Grimstad, juni 2012, for Senter for omsorgsforskning-Sør

Aud Findal Dahl og Mariann Fossum

INNHOOLD

SAMMENDRAG	3
FORORD	5
1 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn og mandat.....	9
1.2 Oversikt over kapitler.....	9
1.3 Velferdsteknologi og dets muligheter.....	11
1.4 Internasjonale perspektiver.....	12
2. METODER	15
2.1 Delundersøkelse 1: Spørreundersøkelse angående Agderkommunenes bruk av velferdsteknologi.....	15
2.2 Delundersøkelse 2: Fokusgruppeintervju med ressursinformanter (Gruppe I).....	16
2.3 Delundersøkelse 3: Analyse av Agderkommunenes styringsdokumenter angående bruk av velferdsteknologi.....	17
2.4 Delundersøkelse 4: Idédugnad med ressursinformanter (Gruppe II).....	17
3. RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN	19
3.1 Trygghets- og sikkerhetsteknologi.....	19
3.2 Kompensasjons- og velværeteknologi.....	22
3.3 Teknologi for sosial kontakt.....	26
3.4 Teknologi for behandling og pleie.....	28
4. RESULTATER FRA FOKUSGRUPPEINTERVJU MED RESSURSINFORMANTER (GRUPPE I)	33
4.1 Samfunnsrelaterte aspekter.....	33
4.2 Individrelaterte aspekter.....	34
4.3 Organisasjonsrelaterte aspekter.....	35
4.4 Teknologirelaterte aspekter.....	37
5. RESULTATER FRA ANALYSE AV KOMMUNALE STYRINGS-DOKUMENTER	39
6. RESULTATER FRA IDÉDUGNAD MED RESSURSINFORMANTER (GRUPPE II)	41
7. STATUS OG UTFORDRINGER FOR VELFERDS TEKNOLOGI PÅ AGDER	43
8. ANBEFALINGER UT FRA DELUNDERSØKELSENE	45
9. AKTUELLE TILTAK PÅ NASJONALT, REGIONALT OG KOMMUNALT NIVÅ	49
9.1 Overordnet nivå.....	49
9.2 Regionalt nivå.....	49
9.3 Kommunalt nivå.....	51
10 REFERANSER	53
VEDLEGG 1	I
VEDLEGG 2	XXXI

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og mandat

Overordnet strategisk samarbeidsorgan (OSS) for samarbeid mellom kommunene i Agderfylkene og Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) har initiert prosjektet «Bo trygt og godt hjemme». OSS sin rolle er å være pådriver for styrking og videreutvikling av regional samhandling. Prosjektet «Bo trygt og godt hjemme» ble forankret i OSS gjennom følgende vedtak: OSS 07.01.11: «OSS vil initiere et forprosjekt med fokus på å bo trygt og godt hjemme. Hensikten med forprosjektet er å kartlegge status og å avklare hva som bør være fokus for et eventuelt hovedprosjekt.....».

I mars 2011 fikk Helsenettverket i Knutepunkt Sørlandet ved Kristiansand kommune fylkesmannens skjønnsmidler for 2011 til gjennomføring av foreliggende forstudie. Det ble i den forbindelse inngått kontrakt mellom Kristiansand kommune og Universitetet i Agder (UiA) representert ved Senter for omsorgsforskning-Sør i samarbeid med Senter for eHelse og omsorgsteknologi.

Tanken er å videreføre forprosjektet i et hovedprosjekt der fokus vil være å utvikle og ta i bruk teknologi som skal bidra til å forebygge og utsette hjelpebehov. Forstudiet skal framskaffe kunnskap som kan gi kommuner og regionale samarbeidspartnere et bedre beslutningsgrunnlag for kommunal og regional satsing når det gjelder å prøve ut og implementere nye teknologiske løsninger, som bidrar til at mennesker med funksjonssvikt kan bo trygt og godt hjemme lengst mulig. Intensjonene er å få synliggjort mulighetene som ligger i samarbeid mellom kommunene på Agder og ulike aktuelle samarbeidspartnere.

1.2 Oversikt over kapitler

Kapittel 1. Innledning

Rapporten oppsummerer resultater fra prosjektet «Bo trygt og godt hjemme». Hensikten med prosjektet har vært å kartlegge status og å synliggjøre potensialet samt gi anbefalinger for framtidige FoU-prosjekt innen velferdsteknologi på Agder. Prosjektet har kartlagt velferdsteknologi innen kommunene i helse- og omsorgssektoren. Mandatet og begrepet velferdsteknologi er avklart, og velferdsteknologiens muligheter trekkes frem.

Kapittel 2. Metoder

Prosjektet består av fire delundersøkelser: Et spørreskjema ble sendt ut til hver av de 30 kommunene i Agderfylkene. Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med inviterte ressursinformanter fra de aktuelle kommunene samt analyse av tilsendte kommunale styringsdokumenter vedrørende velferdsteknologi fra de kommunene som svarte på spørreskjemaet. Idédugnad med inviterte deltakere fra aktuelle instanser (kommunene, sykehus (møtte ikke), NAV, brukerorganisasjoner, politikere, næ-

ringslivet, yrkesorganisasjoner og demenskoordinator) ble gjennomført. Metoder og utvalg er detaljert beskrevet i dette kapittelet.

Kapittel 3. Resultater fra spørreundersøkelsen

Kapitlet inneholder en oversikt over hvilke typer velferdsteknologiske løsninger som er utbredt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Agderkommunene. Respondentenes holdninger til velferdsteknologi ble kartlagt. Det ble også spurt om på hvilken måte brukere og/eller pårørende er involvert i utforming av tilbudet for denne type løsninger. Årsaker til at brukere fra egen kommune ikke kan bo hjemme er beskrevet, det samme er hvilke tre tiltak som vil kunne bety mest i denne sammenheng. De viktigste tre behov som må dekkes i forbindelse med økt bruk av velferdsteknologi i kommunene er også beskrevet. Kommunene varierer i størrelse, og hele 73,9 % av de 25 kommunene som svarte på spørreskjemaet er koblet til Norsk helsenett SF. Trygghets- og sikkerhetsteknologi samt kompensasjon- og velværeteknologi er de to typene velferdsteknologi som forekommer hyppigst hos de kommunene som deltok. De fleste alarmene for trygghets- og sikkerhetsteknologi går til kommunal hjemmetjeneste og sykehjem/annen institusjon. Respondentene rapporterer generelt svært positive holdninger til bruk av velferdsteknologi, samt at de ser et stort potensiale for økt bruk innenfor mange brukergrupper.

Kapittel 4. Resultater fra fokusgruppeintervju med ressursinformantene fra kommunene (Gruppe I)

I dette kapittelet beskrives hvordan ressursinformantene vurderer status for bruk, implementering og fremtidige muligheter relatert til velferdsteknologi for kommunene i Agderfylkene. En overordnet strategi etterlystes. Informantene beskrev uavklarte juridiske konsekvenser og etiske problemstillinger. Mangel på ansvarlige pådrivere i kommunene og behov for økt kompetanse blant pleie- og omsorgspersonalet uttrykkes som sentralt. Informantenes anbefalinger er å satse på regionalt og interkommunalt samarbeid samt ta utgangspunkt i behovsklarering før teknologiutvikling. Det er også viktig å satse på kompetansehevingstiltak inkludert endring av bachelorutdanninger, som for eksempel sykepleierutdanningen. Informantene uttrykte at NAV/hjelpemiddelsentralene bør utvikles i retning av å bli premissleverandør med hensyn til kommunikasjon og kompetanse utad, og at ansatte, brukere og pårørende bør være aktive deltakere i produktutvikling og utprøving.

Kapittel 5. Resultater fra analyse av kommunale styringsdokumenter

Kommunale styringsdokumenter ble analysert og resultatene viste at svært få av kommunene har konkrete planer for bruk av velferdsteknologi og få konkrete beskrivninger av satsningsområder og mål innenfor velferdsteknologi. De kommunene som omtaler bruk av velferdsteknologi gjør det på et intensjonalt nivå og ser på det som et bidrag til å møte fremtidige utfordringer innen helse- og omsorgstjenesten.

Kapittel 6. Resultater fra idédugnad med ressursinformanter (Gruppe II)

Visjoner og verdier samt kjennetegn for eHelsesituasjonen i Agderkommunene i år 2015 drøftes i en idédugnad med 10 ressursinformanter fra Agderkommunene. Informantene beskrev Agder som ledende innen velferdsteknologi regionalt/nasjonalt i år 2015, basert på etiske verdier for tjenestene og tværfaglige vurderinger av brukerbehov. Trygghet for brukerne ble også trukket frem som sentralt, samt at bruken av teknologiske verktøy benyttes på en slik måte at det frigjøres ressurser til de bru-

kerne som trenger det mest. Informantene fikk også spørsmål om å nevne de viktigste tiltakene for å nå dette målet, samt aktuelle hindringer.

Kapittel 7. Status og utfordringer for velferdsteknologi på Agder

Kapitlet summerer opp de viktigste resultatene og beskriver utfordringene som fremkommer via delundersøkelsene. Resultatene og utfordringene drøftes relatert til aktuell litteratur. Svært få kommuner på Agder har prøvd ut og systematisk evaluert velferdsteknologi. Manglende regional og nasjonal strategi er beskrevet. Innføring av velferdsteknologiske løsninger reiser organisatoriske, etiske og juridiske problemstillinger. Informantene beskriver det som utfordrende å velge hva kommunene skal satse på ut fra manglende oversikt over tilbud av velferdsteknologiske løsninger og kompetanse på feltet. Trygghet for brukerne uttrykkes som vesentlig for den fremtidige satsningen. Mangel på finansieringsordninger trekkes frem som utfordrende.

Kapittel 8. Anbefalinger ut fra delundersøkelsene

I kapitlet foreslåes en rekke tiltak på bakgrunn av delundersøkelsene som kan oppsummeres i følgende punkter:

- Utvikling av felles strategi og samarbeid i felles forum
- Strukturelt tilrettelegging for nettverksarbeid
- Velferdsteknologiske pådrivere
- Samarbeid mellom flere instanser
- Bruk av frivillige organisasjoner
- Opplæring og kompetansebygging

Kapittel 9. Aktuelle tiltak på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå.

Dette kapitlet er en videre konkretisering av mulige veier å gå med hensyn til tiltak og prosjekter.

1.3 Velferdsteknologi og dets muligheter

I løpet av de nærmeste tiårene vil samfunnet måtte møte en situasjon som beskrives som fremtidens omsorgsutfordringer (Daatland og Veenstra, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Utfordringene er oppsummert i fem punkter: Nye yngre brukergrupper, flere eldre med hjelpebehov, knapphet på helse- og omsorgspersonell og frivillige omsorgsytere, manglende samhandling og medisinsk oppfølging, mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; NOU, 2011:11). I tillegg har NOU 2011:11 beskrevet en sjetteste utfordring og mulighet: Et internasjonalt helsepersonellmarked med pasienter og brukere som søker behandling, rekreasjon og opptrening på tvers av landegrensene (NOU, 2011:11). Med bakgrunn i oppslutningen om den skandinaviske modellen (velferdsstaten) beskriver Daatland og Veenstra (2012) muligheter i møte med de utfordringene som sektoren står overfor. De hevder at det ikke primært er et spørsmål om ressurser, men et spørsmål om å ville. Ulike typer velferdsteknologi har blitt fremhevet som et sentralt virkemiddel for å øke kvaliteten på tjenestene i årene fremover. Velferdsteknologi er definert i NOU 2011:11 som:

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

Stadig flere velferdsteknologiske løsninger blir tilgjengelige, samtidig er den store utfordringen sektoren står overfor karakterisert som behovet for og å tilpasse velferdsteknologien til enkeltindividets behov (Koch, 2010). Både etiske og juridiske problemstillinger kan komme i konflikt med både utvikling og bruk av velferdsteknologi. Spesielt etiske problemstillinger har vært begrenset fokusert i forbindelse med prosjekter som involverer utprøving av velferdsteknologiske løsninger. Velferdsteknologiske løsninger vil i seg selv ikke være et mål, men midler til forventede effekter på kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren (Zwijzen, Niemeijer, og Hertogh, 2011). Den enkelte type teknologi vil medføre behov for ulik etisk overveieelse med tanke på produktutvikling, beslutning om anskaffelse og bruk (Hofmann, 2010). Eksempel døralarm versus GPS-sporing (Global Positioning System) av demente vil måtte vurderes på ulik måte relatert til etiske spørsmål og moralske utfordringer.

Avgjørende for en vellykket utvikling og bruk av velferdsteknologi krever omfattende organisatoriske endringer som vil ha innvirkning på økonomiske rammer og personalets holdninger og kompetanse. Velferdsteknologi vil påvirke helse- og omsorgsarbeideres arbeidssituasjon og autonomi (Hofmann, 2010; NOU, 2011:11).

1.4 Internasjonale perspektiver

Det er i flere sammenhenger pekt på andre land som på mange måter er kommet lengre enn Norge i forhold til å ta i bruk nye løsninger innenfor velferdsteknologi. Som noen eksempler på dette kan det kort refereres til våre naboland Sverige og Danmark samt Skottland.

Strategiske forhold innen eHelse området i Sverige viser blant annet at det er satset på en implementasjonsprosess med sterke nasjonale føringer, hvor det er vektlagt lovendringer ved bruk av IKT-løsninger, etablering av en felles infrastruktur, forsøk på å oppnå felles IKT-løsninger, gi muligheter for tilgang til medisinsk informasjon uavhengig av nivå og organisatoriske grenser, samt tilrettelegge elektroniske tjenester beregnet for pasienter (Doupi, Renko, Giest, og Dumortier, 2010b).

I Danmark har en i flere år hatt en felles infrastruktur gjennom www.sundhed.dk, der også pasientene har tilgang til medisinsk informasjon. Fokus har vært å tilby fremtidsrettede tjenester til alle innbyggere, og skape en nærhet mellom pasienter og helsetjenestene. Det er en rekke eksempler på tiltak innført både innenfor kommunal sektor og i samarbeid mellom kommunene og sykehusene for oppfølging og rehabilitering av pasienter (Doupi, Renko, Giest, og Dumortier, 2010a). På mange måter minner situasjonen i Danmark om forholdene i Norge, der en rekke enkeltstående velferdsteknologiske tiltak har vært utprøvd og til dels er under utvikling og utprøving. Det er mange ulike forskningsmiljø i Danmark som er pådrivere i utviklingen, og det foreligger omfattende prosjektrapporter som beskriver erfaringer innenfor mange ulike tiltak. Det er vanskelig å peke på noen enkeltstående prosjekter som gir særlig grunn til å iverksette nye tiltak innenfor Agderkommunene, men det kan være flere kommunale satsinger som kan bidra til et verdifullt erfaringsgrunnlag. Imidlertid har det vært utprøving også i Norge av et spesielt dansk konsept relatert til kronisk obstruktiv lungelidelse

(KOLS). Ved Egersund kommune har man testet ut en KOLS-koffert som har gitt en telemedisinsk oppfølging av pasienter etter sykehusopphold (Brudvik og Bakke, 2010).

Fra Skottland foreligger et stort erfaringsmateriale fra National Health Service basert på gjennomføring av til dels omfattende reformer. Siden 2006 har regjeringen prioritert et skifte innenfor helse- og omsorgstjenestene ved at det satses mer på forebyggende tiltak og iverksetting av tiltak i pasientens eget hjem som et alternativ til institusjonalisering (The National Telecare Programme Board, 2011).

I mai 2010 ble det utarbeidet en ny «Health Care Quality Strategy» som har til hensikt å gjøre Skottland til en førende nasjon ved å tilby høy kvalitet i sine helsetjenester, der disse utføres i samarbeid mellom lokale myndigheter og det uformelle nettverk (næromsorgen rundt pasienten). Det er på regionalt nivå etablert call-senter for alle telefonhenvendelser om helsetjenester (NHS 24), der formålet er å tilby rask hjelp på riktig nivå, tilsvarende «Beste effektive omsorgsnivå». Videre er det gjennom sentrale føringer for Telecare iverksatt omfattende bruk av omsorgsteknologiske løsninger innenfor lokale kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er definert tre ulike nivåer for tiltak og tilbud innenfor lokale telecare tjenester. Nivå 1 «Supported Self-Care» tilrettelegger for pasientens egenmestring understøttet av teknologi. Nivå 2 «Disease Specific Care Management» innebærer oppfølging av tverrfaglige team blant annet gjennom fjernmonitorering, virtuell kontakt og bruk av alarmsystemer. Nivå 3 «Management» innebærer en omfattende tele-health-care med daglig monitorering av medisinske parametere og personlig utarbeidede program basert på de aktuelle behov.

På mange måter kan det hevdes at i Skottland har de klart å arbeide innenfor nye måter å tenke på for tjenestetilbudet, og de har klart å etablere varige endringer i tjenestene. Erfaringsgrunnlaget fra Skottland kan være verdifullt sett i sammenheng med innføring av Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), der de kommunale tjenester har fått større ansvar, i likhet med situasjonen i Skottland, og der innovasjon i kommunale tjenester vil være sentralt i årene fremover. En erfaringsoverføring fra Skottland til Agderkommunene kan derfor være et aktuelt tiltak for å dra nytte av hvordan en har gjennomført reformene og omstillingene, og slik at denne kunnskapen kan gi Agderkommunene et fortrinn når det skal utarbeides strategier og tiltak for innføring av velferds-teknologiske løsninger.

2. METODER

Forprosjektet består av fire delundersøkelser der følgende metoder ble brukt:

1. Spørreskjema som ble sendt til alle kommunene i begge Agderfylkene, totalt 30 kommuner.
2. Fokusgruppeintervju med åtte inviterte ressursinformeranter som representerte et utvalg av de involverte kommunene (Gruppe I).
3. Dokumentanalyse av styringsdokumenter angående bruk av velferdsteknologi vedtatt i de 25 kommunene som svarte på spørreundersøkelsen.
4. Idédugnad med ressursinformeranter fra aktuelle instanser (kommunene, sykehus, NAV, brukerorganisasjoner, politikere, næringslivet, yrkesorganisasjoner og demenskoordinator) (Gruppe II).

2.1 Delundersøkelse 1: Spørreundersøkelse angående Agderkommunenes bruk av velferdsteknologi

Et nettbasert spørreskjema (se vedlegg 1) ble utarbeidet og sendt til helse- og sosialsjefene i hver av de 30 kommunene, hvorav 25 besvarte. Disse fikk anledning til å delegerer oppgaven med å besvare skjemaet til en utvalgt ansatt i kommunen som hadde best mulighet for å kunne gi eksakte svar. Kommunene hadde ulik størrelse og varierte fra 1300 innbyggere til 82000 innbyggere. Av bakgrunnsdata fra kommunen krysset respondenten av på spørsmålet om størrelse på kommunen i form av antall innbyggere (nærmeste hele tusen). Det ble også spurt om antall brukere som mottar hjemmebaserte tjenester over og under 67 år, samt antall brukere som mottar tjenester fordelt etter ulike grader av funksjonstap (lette, middels og tunge). Det siste var kun aktuelt dersom slike registertall var tilgjengelige for respondenten. Det var også av interesse å vite om kommunene var koblet til Norsk helsenett SF, eller om det var planer for slik tilkobling og eventuelt tidspunkt. Respondentene ble også bedt om å sende inn skriftlige strategier og planer for bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene for den aktuelle kommunen, som senere ble benyttet i delundersøkelse 3.

Spørreskjemaet ble utformet med fire hoveddeler relatert til velferdsteknologi, slik dette begrepet er presentert i NOU 2011:11 s.100:

1. **Trygghets- og sikkerhetsteknologi:** Med trygghets- og sikkerhetsteknologi menes IKT-baserte løsninger som utløser seg selv og teknologier som krever inngripen fra brukeren. Det mest vanlige eksemplet er trygghetsalarm og ulike overvåkingssystemer med detektorer som varsler, for eksempel fall, brann, innbrudd, vannlekkasje, og bryter strømmen til komfyrer eller automatisk lysstyring. Denne kartleggingen fokuserer på teknologi som det er aktuelt for hjemmetjenesten å bruke i kontakt med bruker.
2. **Kompensasjon- og velværeteknologi:** Med kompensasjon- og velværeteknologi menes tekniske hjelpemidler som kan bidra til at brukeren i større grad kan mestre sin sykdom og/eller funksjonssvikt. Vanlige eksempler er forflytningshjelpemidler og medisindosett med automatisk

varslings. Mange av disse tekniske hjelpemidlene kan brukere søke om og få utlånt fra NAV/Hjelpemiddelsentralen.

- 3. Teknologi for sosial kontakt:** Med teknologi for sosial kontakt menes teknologiske løsninger som kan forbygge og avhjelpe ensomhet hos brukere. Teknologi for sosial kontakt omfatter alle former for teknologi- og nettbasert kommunikasjon.
- 4. Teknologi for behandling og pleie:** Med teknologi for behandling og pleie menes her sensorer som måler/overvåker informasjon fra kroppen. Sensorene kan bæres på kroppen eller være montert i klær. De omfatter også måling av urin/blod, samt elektroniske medisinskap og medisinesker. Hovedhensikten er at teknologien kan bidra til at pleie og omsorg i større grad kan utføres i hjemmet som et alternativ til institusjon.

Spørsmålene ble utformet mest mulig likt innenfor de fire ulike områdene: Først en introduksjon med definisjon av det aktuelle området, en kartlegging av hva som er tilgjengelig, samt varslingsystemet. Respondenten skulle svare med avkrysning i spørreskjemaet. Deretter kom en rekke påstander om holdninger og hindringer for bruk av velferdsteknologiske løsninger, der svarene var forventet relatert til en fem-delt Likertskala; helt enig, nokså enig, ingen mening, nokså uenig, helt uenig. Det ble også gitt anledning til å skrive i åpne kommentarfelt. Respondentene svarte på hvilken brukergruppe i kommunen der de så det største potensialet for økt bruk av velferdsteknologi relatert til hvert av de aktuelle områdene.

Spørreskjemaet ble avsluttet med en rekke spørsmål, blant annet om brukerinvolvering. Det ble bedt om en klarering i tre punkter hver på viktigste behov og hindringer knyttet til velferdsteknologi i aktuell kommune. Spørsmål angående opplæring og opplæringsbehov ble berørt, samt hvilke prosjekter innen velferdsteknologi som var gjennomført, pågikk eller var planlagt.

Respondentene fikk et følgeskriv i tilknytning til spørreskjemaet der det ble klargjort hvem som står bak undersøkelsen og hensikten med den. Det ble opplyst at svarene på spørreundersøkelsen ville bli behandlet konfidensielt og om muligheten for å trekke seg fra undersøkelsen. Det ble purret kommunene to ganger elektronisk og en gang pr. telefon da det fortsatt var et ønske om å øke svarprosenten. Datamaterialet ble analysert og er presentert som frekvenser, gjennomsnitt og median i tabeller og diagrammer.

2.2 Delundersøkelse 2: Fokusgruppeintervju med ressursinformanter (Gruppe I)

Det ble avholdt et fokusgruppeintervju den 12. januar 2012. Gruppen var sammensatt av utvalgte ressurspersoner fra enkelte av kommunene, totalt åtte informanter, tre menn og fem kvinner. Både små og store kommuner var representert. Gruppen omfattet ledere, mellomledere og konsulenter samt representanter fra utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste (tidligere Undervisningssykehjem/hjemmesykepleie). Gruppen var ledet av to moderatorer (forfatterne) som startet med å informere om betydningen av konfidensialitet og mulighet for å trekke seg fra fokusgruppeintervjuet. Fokusgruppeintervju kan defineres som et intervju der gruppen som regel består av seks til ti personer og ledes av moderator. Intervjustilen kjennetegnes som ikke-styrende, der det først og fremst er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus for gruppen. Moderator presenterer emnene som skal diskuteres, og legger til rette for ordveksling. En søker å skape en velvillig og åpen atmosfære, der man kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter på emnene som er i fokus. Det er ikke noe formål å komme til enighet eller presentere løsninger, men å få frem ulike synspunkter

(Kvale, Brinkmann, Anderssen, og Rygge, 2009). Det er altså gruppens synspunkter intervjueren vil ha fram, og spørsmålene gis derfor til gruppen og ikke til enkeltpersonene. Intervjuet ble tatt opp på bånd og transkribert. I tillegg ble det tatt notater der de viktigste utsagn og reaksjoner ble notert. Som styringshjelp i intervjusituasjonen var det utarbeidet en åpen intervjuguide (se vedlegg). Deltakerne var svært aktive gjennom hele intervjuet. Intervjuet hadde en varighet på 80 minutter.

Datamaterialet ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse. I trinn 1 i analysen ble intervjumaterialet lest i sin helhet for å få en helhetlig forståelse for materialet. I trinn 2 ble teksten delt opp i meningsenheter og i trinn 3 ble fortolkning gjennomført. Dette ble gjort for å sirkle inn ulike temaer (Patton, 2002). Meningsenhetene og temaene ble diskutert av begge forfatterne.

2.3 Delundersøkelse 3: Analyse av Agderkommunenes styringsdokumenter angående bruk av velferdsteknologi

Dokumentanalyse er gjennomført basert på skriftlige strategier og planer innsendt av de 25 kommunene som svarte på spørreundersøkelsen. Totalt seks kommuner sendte inn strategier og planer samt at fem kommuner svarte at de ikke hadde skriftlig planverk om temaet på det aktuelle tidspunktet. Totalt 14 kommuner svarte ikke på henvendelsen.

2.4 Delundersøkelse 4: Idédugnad med ressursinformanter (Gruppe II)

Deltakere var representanter fra frivillige organisasjoner, fagforeninger, NAV, eldreråd, næringslivet, samt SSHF og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. SSHF var invitert men deltok ikke. Det var totalt 10 deltakere, fem kvinner og fem menn. Idédugnaden var organisert som et arbeidsverksted. Deltakerne var fordelt rundt to bord og arbeidet med tre presenterte problemstillinger. Samtlige deltakere fikk anledning til å presentere muntlig og samtidig levere post-it lapper med oppsummering av hovedpunktene. Foruten lederen av idédugnaden deltok tre observatører. De tre problemstillingene som deltakerne arbeidet med var følgende: 1. Hva mener du skal karakterisere/beskrive eHelse situasjonen i Agderkommunene i år 2015? De viktigste visjoner og verdier, samt stikkord/kjennetegn. 2. Hva er de tre viktigste aktivitetene framtidige satsinger må inneholde? 3. Hva vil være de viktigste barrierene/hindringene for å oppnå målsetting for Agderregionen i år 2015?

De tre observatørene noterte fra fremleggene og samlet i tillegg post-it lappene som bakgrunn for sammenstillingen av tankene og ideene som kom frem. Resultatene presenteres som en oppsummering.

3. RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

Resultatene fra spørreundersøkelsen er oppsummert under fire hovedkategorier hentet fra NOU 2011:11; 1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi, 2. Kompensasjons- og velværeteknologi, 3. Teknologi for sosial kontakt og 4. Teknologi for behandling og pleie. Resultatene omfatter svar fra totalt 25 respondenter, som hver representerer en kommune på Agder. Svarprosenten er 83,3 %. Der det er brukt en skala på fem verdier i spørreskjemaet, har kategoriene helt enig og nokså enig, blitt slått sammen til enig, og kategoriene helt uenig og nokså uenig, blitt slått sammen til uenig.

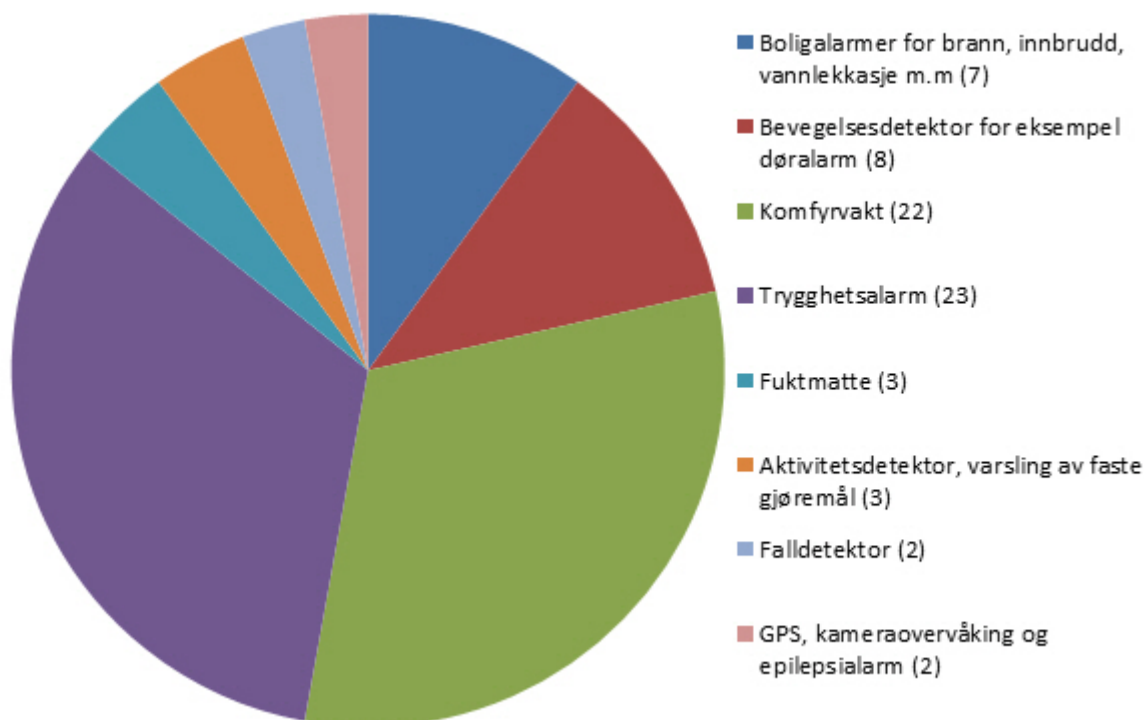
Statistisk sentralbyrå presenterer en inndeling i små, mellomstore og store kommuner som er blitt brukt i grupperingen av kommunene i utvalget. Kommuner med færre enn 5000 innbyggere er definert som små, fra 5000 til 19999 innbyggere som mellomstore, mens 20000 eller flere innbyggere er definert som store kommuner (Statistisk sentralbyrå, 2011). Antall innbyggere i kommunene i utvalget varierer fra 1300 innbyggere til 82000 innbyggere og i forhold til en inndeling i små, mellomstore og store kommuner er det i utvalget totalt syv små kommuner, 14 mellomstore og fire store kommuner. Antall brukere som mottar hjemmebaserte omsorgstjenester (yngre enn 67 år) varierer fra fire brukere til 1556 brukere pr. kommune. Antall brukere som mottar hjemmebaserte omsorgstjenester (eldre enn 67 år) varierer fra 1 bruker til 1700 brukere pr. kommune.

Kommunene ble også spurt om de er koblet til Nasjonalt helsenett, og totalt 17 (73,9 %) kommuner er koblet til Nasjonalt helsenett. De andre syv kommunene beskriver at de har planlagt påkobling. Tre av disse syv kommunene oppgir tidspunktet for påkobling til å være i løpet av 2012. Kommunene ble spurt om de hadde planer og/eller strategier for økt bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenestene. Totalt ti kommuner rapporterte at de hadde planer, mens en svarte «vet ikke» og 13 svarte «nei».

3.1 Trygghets- og sikkerhetsteknologi

Komfyrvakt og trygghetsalarm er den typen trygghets- og sikkerhetsteknologi som nesten alle kommunene har installert hos hjemmeboende brukere. Figur 1 (neste side). gir en oversikt over de typene trygghets- og sikkerhetsteknologi som er rapportert installert hos hjemmeboende brukere av hjemmetjenestene i kommunene.

Ulike typer trygghets- og sikkerhetsteknologi



Figur 1. Typer trygghets- og sikkerhetsteknologi som er installert hos hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten i kommunene (n=antall kommuner).

Mange av kommunene benytter flere løsninger med hensyn til hvor kommunens alarmer i dag går (Tabell I). De fleste kommunene har sitt varslingssystem knyttet til kommunal hjemmetjeneste og/ eller sykehjem/institusjon. Totalt fire kommuner bruker brannvesenet, to bruker et vaktsselskap, tre bruker pårørende og en bruker alarmsentralen Hjelp 24 som er en privat landsdekkende aktør. Noen kommuner praktiserer forskjellige løsninger avhengig av brukerens behov.

Tabell 1. Oversikt over mottakere av alarmer for trygghets- og sikkerhetsteknologi knyttet til kommunenes varslingssystemer

Alarmen går til	Antall kommuner
Kommunal hjemmetjeneste	15
Et vaktsselskap	2
Brannvesenet	4
Sykehjem/institusjon	9
Pårørende	3
Hjelp 24	1

Tabell 2 gir en oversikt over holdninger til hvordan respondentene vurderer trygghets- og sikkerhetsteknologi. Hele 100 % av respondentene mener at økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi kan gi mer trygghet og selvstendighet for brukere med funksjonssvikt. Totalt 83,3 % av respondentene mener at trygghets- og sikkerhetsteknologi bør installeres ved å benytte dagens trygghetsalarm og 79,3 % er enige at økt bruk kan frigjøre personellressurser i hjemmetjenesten. Påstanden om at trygghets- og sikkerhetsteknologi kan bidra til sosial isolasjon er 66,7 % av respondentene uenig i og 20,8 % har ingen mening om dette. Totalt 50 % er uenig i at personvern hensyn til nå ikke har vært tilstrekkelig ivare tatt ved utvikling av trygghets- og sikkerhetsteknologi.

Tabell 2. Holdninger til trygghets- og sikkerhetsteknologi

Påstander om trygghets- og sikkerhetsteknologi, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
Økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi kan gi mer trygghet og selvstendighet for enkelte brukere med funksjonssvikt	24 (100)	0	0	Enig
Trygghets- og sikkerhetsteknologi bør installeres ved å benytte løsninger som kan knyttes til dagens trygghetsalarm	2 (83.3)	3(12.5)	1(4.2)	Enig
Det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering og økt bruk av teknologiske hjelpemidler	24(95.8)	0	1(4.2)	Enig
Det er viktig å ta hensyn til pårørendes ønsker og behov ved installering og økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi	20(83.4)	0	4(16.7)	Enig
Økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi kan frigjøre personellressurser i hjemmetjenesten.	19(79.3)	3(12.5)	2(8.3)	Enig
Trygghets- og sikkerhetsteknologi bør etter behov kunne tilbys av det offentlige hjelpeapparatet til alle personer med funksjonssvikt	23(95.9)	0	1(4.2)	Enig
Trygghets- og sikkerhetsteknologi kan bidra til økt sosial isolasjon	3(12.5)	5(20.8)	16(66.7)	Uenig
Personvern hensyn har til nå ikke vært tilstrekkelig ivare tatt ved utvikling av trygghets- og sikkerhetsteknologi	4(16.6)	8(33.3)	12(50.0)	Uenig

Tabell 3 (neste side) gir en oversikt over respondentenes oppfatning av hindringer for å ta i bruk trygghets- og sikkerhetsteknologi. Over 20 av respondentene fra kommunene er enig i de fire påstandene: De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov, hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes, bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi og ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for evt. installasjon av trygghets- og sikkerhetsteknologi.

Tabell 3. Hindringer for bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi.

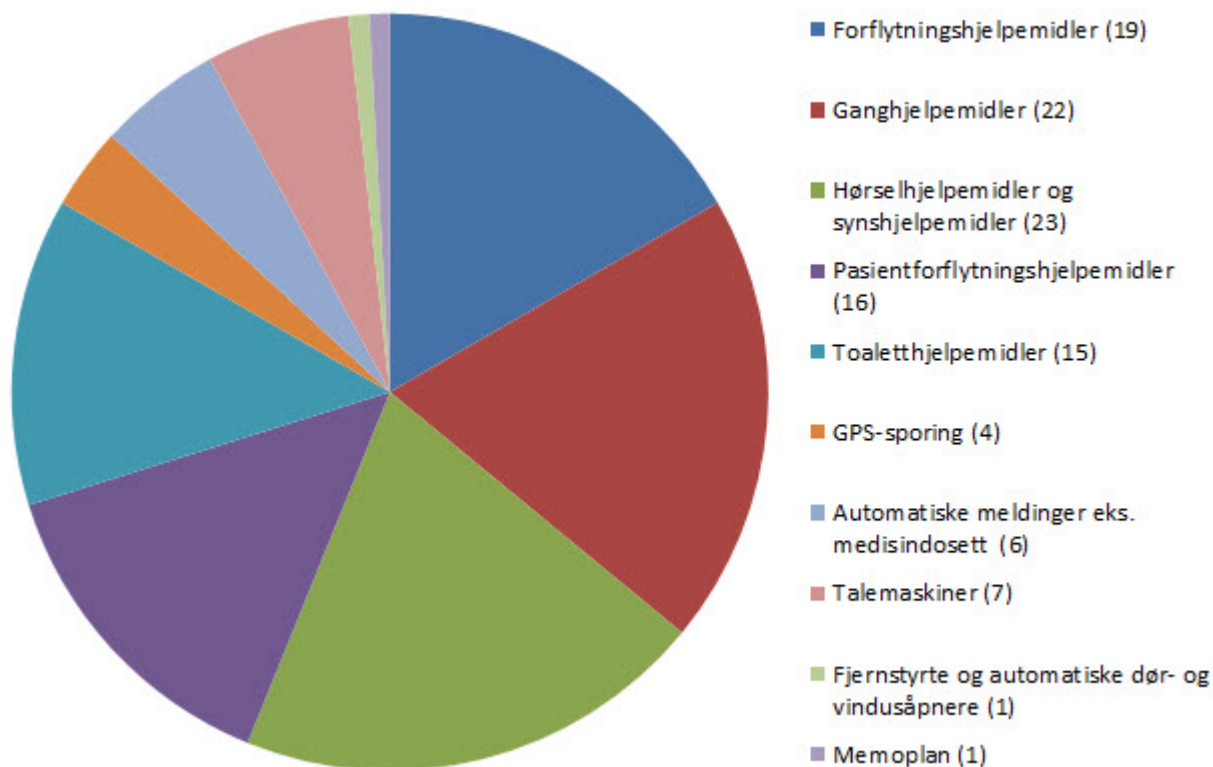
Påstander om trygghets- og sikkerhetsteknologi, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov	20(50.0)	8 (33.3)	4(16.7)	Enig
Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes	23(95.9)	0	1(4.2)	Enig
Økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	14(58.3)	2(8.3)	8(33.4)	Enig
Leverandørene leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	5(21.7)	11(47.8)	7(30.3)	Ingen mening
NAV leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	8(33.3)	10(41.7)	6(25.0)	Ingen mening
Lovverket har til nå ikke gitt mulighet for utstrakt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi	18(75.0)	3(12.5)	3(12.5)	Enig
Bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi	22(91.6)	0	2(8.3)	Enig
Ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for evt. installasjon av trygghets- og sikkerhetsteknologi	22(71.7)	2(8.3)	0	Enig

Respondentene ble bedt om å nevne for hvilke brukergrupper de ser det største potensialet for økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi. Følgende grupper av brukere ble nevnt: psykisk syke, rusavhengige, kronikere for eksempel hjemmeboende med kronisk obstruktiv lungelidelse, yngre brukere med omfattende pleiebehov, psykisk og fysisk utviklingshemmede, hjemmeboende eldre som bor usentralt og er enslige, personer med funksjonsnedsettelse og personer som føler seg usikre/har angst for ikke å få hjelp, demente i en tidlig fase, demente som står i fare for å gå ut på natt, eldre med fare for fall, brukere på institusjon, brukere som er i risiko for fall f.eks. på grunn av svimmelhet, yngre pasienter som er vant til data og nye medier må vurderes individuelt og ikke nødvendigvis en spesiell brukergruppe. De nevner også at bruk av teknologien er avhengig av den enkeltes behov og nyttiggjøring uavhengig av brukergruppe, og det er store individuelle forskjeller i den enkelte brukergruppe.

3.2 Kompensasjons- og velværeteknologi

Forflytningshjelpemidler, ganghjelpemidler, hørselshjelpemidler og synshjelpemidler, samt pasientforflytningshjelpemidler er det som er mest utbredt installert hos hjemmeboende brukere. Figur 2. gir en oversikt over de typene kompensasjons- og velværeteknologi som er installert hos hjemmeboende brukere av hjemmetjenestene i kommunene.

Kompensasjons- og velværeteknologi



Figur 2. Typer kompensasjons- og velværeteknologi som er installert hos hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten i kommunene (n=antall kommuner).

Tabell 4 (neste side) gir en oversikt over holdninger til hvordan respondentene vurderer av kompensasjons- og velværeteknologi. Ved samtlige av sju påstander svarte 20 eller flere av respondentene at de var enige. Totalt 24 av respondentene rapporterte at de var enige i at økt bruk av teknologiske hjelpemidler kan gi økt trygghet og selvstendighet for brukere med funksjonssvikt. Det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering og økt bruk av teknologiske hjelpemidler, og teknologiske hjelpemidler bør etter behov kunne tilbys av det offentlige hjelpeapparatet (NAV) til alle personer med funksjonssvikt, samt at bruk av teknologi kan forebygge økt hjelpebehov hos mange brukere.

Tabell 4. Holdninger til kompensasjons- og velværeteknologi.

Påstander om kompensasjons og velværeteknologi, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler kan gi økt trygghet og selvstendighet for brukere med funksjonssvikt.	24(100)	0	0	Enig
Det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering og økt bruk av teknologiske hjelpemidler.	24(100)	0	0	Enig
Det er viktig å ta hensyn til pårørendes ønsker og behov ved installering og økt bruk av teknologiske hjelpemidler.	20(83.3)	0	4(16.7)	Enig
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler kan frigjøre personellressurser i hjemmetjenesten.	20(84.3)	3(12.5)	1(4.2)	Enig
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler vil kunne gi bedre kvalitet på hjemmetjenester.	21(66.6)	3(12.5)	0	Enig
Teknologiske hjelpemidler bør etter behov kunne tilbys av det offentlige hjelpeapparatet (NAV) til alle personer med funksjonssvikt.	24(95.8)	1(4.2)	0	Enig
Bruk av teknologi kan forebygge økt hjelpebehov hos mange brukere.	24(95.8)	1(4.2)	0	Enig

Tabell 5 gir en oversikt over respondentenes oppfatning av hindringer for å ta i bruk kompensasjons- og velværeteknologi. Totalt fra 20 til 22 av respondentene fra kommunene er enig i de fire påstandene: Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes, ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for evt. installasjon av trygghets- og sikkerhetsteknologi, bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi og kommunene og NAV må samarbeide mer for å utvikle behovstilpasset teknologi.

Tabell 5. Hindringer for bruk av kompensasjons- og velværeteknologi

Påstander om kompensasjons- og velværeteknologi, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov	12(54.1)	8(33.3)	3(12.5)	Enig
Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes	22(87.5)	1(4.2)	2(8.3)	Enig
Økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	12(50.0)	2(8.3)	8(33.2)	Enig
Leverandørene leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	5(21.7)	13(56.5)	5(21.7)	Ingen mening
NAV leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	8(34.8)	8(34.8)	7(30.4)	Ingen mening
Lovverket har til nå ikke gitt mulighet for utstrakt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi	14(62.5)	5(20.8)	4(16.7)	Enig
Bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi	21(87.5)	1(4.2)	2(8.4)	Enig
Ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for evt. installasjon av trygghets- og sikkerhetsteknologi	22(91.6)	1(4.2)	1(4.2)	Enig
Kommunene og NAV må samarbeide mer for å utvikle behovstilpasset teknologi	20(83.3)	4(16.7)	0	Enig
Det tar for lang tid fra bruker får et behov til de teknologiske hjelpemidlene er installert i hjemmet	14(58.3)	4(16.7)	6(25.0)	Enig

Respondentene ble bedt om å nevne for hvilke brukergrupper ser de det største potensialet for økt bruk av kompensasjons- og velværeteknologi. Følgende grupper av brukere ble nevnt: individuelt tilpasset, funksjonshemmede, rehabiliteringspasienter, eldre, begynnende demens, yngre brukere, synshemmede, hørselshemmede, psykisk funksjonshemmede, nevrologiske skader og sykdommer, personer som har trenger rehabilitering/habilitering, brukere av hjemmetjenester, personer med spesielle sykdommer som ALS, MS, Huntington, kronikere, bevegelseshemmede, brukere med behov for omsorgsleilighet, spesielt yngre brukere med trafikkskader, MS, psykisk utviklingshemmede og brukere med cerebrale skader.

3.3 Teknologi for sosial kontakt

Få kommuner rapporterer bruk av teknologi for sosial kontakt. Tabell 6 viser at teknologi for sosial kontakt er i bruk i kun to av kommunene.

Tabell 6. Teknologi for sosial kontakt som er installert hos hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten kommunene.

Ulike typer teknologi for sosial kontakt	Antall kommuner som har denne typen teknologi installert hos hjemmeboende brukere
Videokommunikasjon via telefon	0
Videokommunikasjon via PC med kamera	1
Webtjenester, nettsamfunn, Facebook, Twitter	1
Tekniske «kjæledyr»	0
Spillteknologi for sosial kontakt	0

Tabell 7 viser respondentenes holdninger til påstandene om teknologi for sosial kontakt. Totalt 21 respondenter er enig i at det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering og økt bruk av teknologi for sosial kontakt, og teknologi for sosial kontakt kan forebygge ensomhet hos brukere. I forhold til påstandene om at teknologi for sosial kontakt vil kunne bidra til økt sosial isolasjon for noen brukere og forsterke sosiale forskjeller er 13 respondenter uenige.

Tabell 7. Holdninger til teknologi for sosial kontakt

Påstander om teknologi for sosial kontakt, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
Økt bruk av teknologi for sosial kontakt kan gi mer trygghet og selvstendighet for enkelte brukere med funksjonssvikt	20(87.0)	3(13.0)	0	Enig
Det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering og økt bruk av teknologi for sosial kontakt	21(91.3)	2(8.7)	0	Enig
Det er viktig å ta hensyn til pårørendes ønsker og behov ved installering og økt bruk av teknologi for sosial kontakt	17(73.9)	2(8.7)	5(17.3)	Enig
Teknologi for sosial kontakt kan forebygge ensomhet hos brukere	21(91.3)	2(8.7)	0	Enig
Teknologi for sosial kontakt bør etter behov kunne tilbys av NAV til alle personer med funksjonssvikt	17(69.5)	4(17.4)	2(8.7)	Enig
Teknologi for sosial kontakt er en viktig del av rehabiliteringen for mange brukere	17(75.9)	5(21.7)	1(4.3)	Enig
Teknologi for sosial kontakt vil kunne bidra til økt sosial isolasjon for noen brukere	7(30.4)	3(13.0)	13(56.5)	Uenig
Teknologi for sosial kontakt kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller	4(17.3)	8(34.8)	13(56.5)	Uenig

Tabell 8 viser til særlig to hindringer for bruk av teknologi for sosial kontakt som 18 og 19 respondenter er enige i: Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes og ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for eventuelt installasjon av teknologi for sosial kontakt. Ellers har de andre påstandene en noe lavere skår når det gjelder hindringer for å ta i bruk teknologi for sosial kontakt.

Respondentene ble også spurt om hvilke brukergrupper som var mest aktuelle for denne typen teknologi. Her nevnte de: psykisk syke, eldre, funksjonshemmede, ensomme, uføre, brukere med tunge funksjonstap, yngre fysisk og psykisk funksjonshemmede brukere, bruker mellom 40-70 år, bruker med hjemmesykepleie, i utgangspunktet alle, men foreløpig har vi ikke identifisert brukergrupper, kronikere, demente, brukere m/lite sosialt nettverk, de som har behov for oppfølging i forhold til spesifikke helseproblemer - kan tas «over nett» og «tryggingstilsyn» i form av bilde.

Tabell 8. Hindringer for bruk av teknologi for sosial kontakt.

Påstander om teknologi for sosial kontakt, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov	11(50.0)	9(40.9)	2(9.1)	Enig
Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes	18(81.8)	2(9.1)	2(9.1)	Enig
Økt bruk av teknologi for sosial kontakt vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	10(45.4)	6(27.3)	6(31.7)	Enig
Leverandørene leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	5(22.7)	14(63.6)	3(13.6)	Ingen mening
NAV leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	9(42.8)	10(47.6)	2(9.5)	Ingen mening
Lovverket har til nå ikke gitt mulighet for utstrakt bruk av teknologi for sosial kontakt	8(36.3)	8(36.4)	6(27.3)	Ingen mening
Bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av teknologi for sosial kontakt	16(72.8)	3(13.6)	3(13.6)	Enig
Ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for evt. installasjon av teknologi for sosial kontakt	19(86.3)	3(13.6)	0	Enig
Kommunene og NAV må samarbeide mer for å utvikle behovstilpasset teknologi	15(68.3)	6(27.3)	1(4.5)	Enig
Det tar for lang tid fra bruker får et behov til de teknologiske hjelpemidlene er installert i hjemmet	7(31.8)	13(59.1)	2(9.1)	Ingen mening
Innstallering av teknologi for sosial kontakt er brukernes private ansvar, og ikke noe hjemmetjenesten trenger å forholde seg til	8(36.4)	3(13.6)	11(50.0)	Uenig

3.4 Teknologi for behandling og pleie

Teknologi for behandling og pleie rapporteres å være i liten grad utbredt i kommunene. To kommuner rapporterer å ha hjemmeanalyser og egenregistrering av kliniske data som for eksempel: KOLS koffert og PT-INR (Protrombin tid- Internasjonal normalisert ratio (for vurdering av Marevan dosering)) måling. Tabell 9 gir en oversikt over teknologi for behandling og pleie.

Tabell 9. Teknologi for behandling og pleie som er installert hos hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten kommunene.

Ulike typer teknologi for behandling og pleie	Antall kommuner som har denne typen teknologi installert hos hjemmeboende brukere
Hjemmeanalyser og egenregistrering av kliniske data som for eks. KOLS- koffert og INR- måling	2
E-læringsverktøy, eks. helsefilm	1
Sengealarm	1
Døralarm	1

Tabell 10 viser respondentenes holdninger til påstandene om teknologi for behandling og pleie. To påstander sier over 20 respondenter seg enige i: rehabilitering, behandling og omsorg for brukere bør i større grad tilrettelegges i brukers hjem og bruk av sensorer på eller i kroppen kan gi brukere økt trygghet, selvstendighet, mobilitet og/eller frigjort tid.

Tabell 10. Vurdering av holdninger til teknologi for behandling og pleie.

Påstander om teknologi for behandling og pleie, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
Rehabilitering, behandling og omsorg for brukere bør i større grad tilrettelegges i brukers hjem	23(95.8)	0	1(4.2)	Enig
Bruk av sensorer på eller i kroppen kan gi brukere økt trygghet, selvstendighet, mobilitet og/eller frigjort tid	22(91.7)	2(8.3)	0	Enig
Lovverket har til nå ikke ivaretatt tilfredsstillende krav til personvern og sikkerhet for økt bruk av teknologi for behandling og pleie	10(43.5)	13(56.5)	0	Ingen mening
I kommuner med store geografiske avstander er det større behov for bruk av teknologi i behandling og omsorg	19(79.2)	2(8.3)	3(12.5)	Enig
Samordnede innkjøp mellom kommuner og retningslinjer fra staten vil kunne bidra til økt bruk av sensorer på eller i	18(75.0)	6(25.0)	0	Enig
Bruk av teknologi for behandling og pleie kan bidra til effektiv ressursbruk i hjemmetjenesten	9(37.5)	12(50.0)	3(12.5)	Ingen mening

Over 80 % av respondentene sa seg enige i at: Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes. Den største utfordringen er å få til standardisering mellom ulike former for teknologi slik at ulike løsninger kan fungere sammen, økt bruk av teknologi for behandling og pleie forutsetter integrasjon mellom de ulike fagsystemene og relevante kurs og faglig oppdatering for an-

satte er viktig for å få til økt bruk av teknologi for behandling og pleie. En del flere respondenter skårer at de har ingen mening om teknologi for behandling og pleie, sammenlignet med de tre andre typene teknologi.

I Tabell 11 presenteres respondentenes vurdering av påstander om hindringer for bruk av teknologi for behandling og pleie.

Tabell 11. Hindringer for bruk av teknologi for behandling og pleie.

Påstander om teknologi for behandling og pleie, n (%)	Enig	Ingen mening	Uenig	Median
De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov	9(37.5)	12(50.0)	3(12.5)	Ingen mening
Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes	21(87.5)	2(8.3)	1(4.2)	Enig
Økt bruk av teknologi for behandling og pleie vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	13(56.5)	5(21.7)	5(21.7)	Enig
Nasjonale myndigheter har til nå ikke presentert retningslinjer og anbefalinger om bruk teknologi for behandling og pleie, dette medfører at bruken begrenses	5(22.7)	14(63.6)	3(13.6)	Ingen mening
Ansatte i hjemmetjenesten har negative holdninger til bruk av teknologi for behandling og pleie	15(62.5)	8(33.3)	1(4.2)	Enig
Knapphet på ressurser i helsetjenesten begrenser bruken av teknologi for behandling og pleie	9(37.5)	6(25.0)	9(37.5)	Ingen mening
Den største utfordringen er å få til standardisering mellom ulike former for teknologi slik at ulike løsninger kan fungere sammen	20(83.3)	4(16.7)	0	Enig
Økt bruk av teknologi for behandling og pleie forutsetter integrasjon mellom de ulike fagsystemene	20(83.3)	4(16.7)	0	Enig
Relevante kurs og faglig oppdatering for ansatte er viktig for å få til økt bruk av teknologi for behandling og pleie	23(95.8)	0	1(4.2)	Enig

Respondentene ble bedt om å nevne for hvilke brukergrupper de ser det største potensialet for økt bruk teknologi for behandling og pleie. Følgende grupper av brukere ble nevnt: pasienter i hjemmetjenesten generelt, kronikergrupper, rehabiliteringspasienter, eldre og funksjonshemmede, pasienter med KOLS, demens, diabetes, kreft, hjertesykdom. Pasienter som trenger Marevandosering, for de som selv kan være med å ta ansvar for sin egen helse og brukere med behov for overvåking eller aktiv behandling for sin diagnose/sykdom, uten stor kognitiv svikt.

Respondentene ble spurt om på hvilken måte brukere og/eller pårørende er involvert i å utforme tilbudet av velferdsteknologiske løsninger i kommunen. I det åpne kommentarfeltet var det listet følgende aktiviteter der brukere og/eller pårørende er involvert. Brukergruppene er representert gjennom planarbeid. Brukere innen psykiske helsetjenester er med å ”drifter» en egen nettside for tjenesten. Brukerrepresentanter i diverse utvalg og ressursgrupper blir tatt med når firma viser diverse teknolog. Eldrerådet og Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne er delaktige i kommuneplanarbeidet og brukere/pårørende er delaktige i individuelle løsninger i forhold til sitt behov. Flere respondenter

nevnte at det til nå har vært lite fokus på å involvere brukere og/eller pårørende i å utforme tilbudet av velferdsteknologiske løsninger i kommunen.

Respondentene ble spurt om de tre vanligste årsakene til at brukere fra egen kommune ikke lenger kan bo i eget hjem, men må flytte til omsorgsbolig eller på institusjon. De tre årsakene som ble nevnt av flest respondenter var følgende:

- demens
- utrygghet
- fysisk funksjonssvikt

Andre nevnte årsaker var lang avstand til hjelpetilbud/pårørende, alvorlig sykdom, uhensiktsmessig bolig, omfattende pleiebehov, lite nettverk/pårørende, palliativ pleie/terminale pasienter, påtrykk fra pårørende, isolasjon og stor fare for fall.

Respondentene ble spurt om hvilke tre tiltak som vil kunne bety mest for at brukere skal være i stand til å bli boende lengre i eget hjem, enn det som er mulig pr. i dag. De tre tiltakene som ble nevnt av flest respondenter var følgende:

- tilrettelagt bolig
- elektroniske hjelpemidler
- alarm og trygghetssystemer (omfatter også GPS sporing, dørsensorer og bevegelsessensorer).

Under punktet elektroniske hjelpemidler var mange forskjellige benevnelser brukt. Noen nevner kun begrepet «hjelpemidler», mens andre detaljerer dette med for eksempel hjelpemidler for sosial kontakt. Andre nevnte tiltak var: GPS sporing, økt kompetanse til de ansatte (flere sykepleiere), lettere tilgang til praktisk hjelp, fysioterapi, økt bemanning, hjemme-rehabilitering, bevegelsessensorer, flere boliger med heldøgns omsorg og pleie, individuelt tilrettelagt hjemmetjeneste, bedre dialog med bruker og pårørende, rehabilitering og forebygging, tilsyn over nett, mer avlasting og aktivitet; dagtilbud, aktivitet med frivillige, kommunikasjon med lege eller hjemmesykepleie og større ”nærhet» til hjelpeapparatet.

Respondentene ble spurt om de tre viktigste behov som må dekkes i forbindelse med økt bruk av velferdsteknologi. De tre behovene som ble nevnt av flest respondenter var følgende:

- opplæring, kunnskap og kompetanse hos ansatte
- finansiering
- trygging av brukere

Under punkt opplæring, kunnskap og kompetanse inkluderes kunnskap om hva som finnes på markedet. Andre nevnte behov var å frigjøre kompetente hender til de sykeste syke, bevegelsessensorer, GPS, innføring av nasjonalt helsenett og andre kommunikasjonsformer (video/ personlig digital assistent (PDA)) for ansatte og brukere, utvidet bruk av teknologi knyttet til trygghetsalarmsystemet, teknologi tilpasset brukernes behov, bedre utnyttelse av de teknologiske mulighetene, standardisering, økt brukermedvirkning, avanserte senger/teknologi, fallsensor, teknologisk villighet hos bruker, demonstrasjon av hjelpemidler, bedre samhandling, meldingsutveksling, implementeringsbistand, varsling brann, innbrudd etc., sikker strøm og nett, lovverk som ikke setter begrensninger så lenge det kan til fordel for brukerne, inspirasjon, holdningsendring hos ansatte, mer tilrettelagt og brukervennlig teknologi, samt behov for økt trygghet og sikkerhet.

Respondentene ble spurt om de tre viktigste hindringene for økt bruk av velferdsteknologi. De tre hindringene som ble nevnt av flest respondenter var følgende:

- mangel på kunnskap og kompetanse knyttet til utviklingsmuligheter og hva som er tilgjengelig av teknologi
- holdninger blant brukere, pårørende, ansatte og politikere
- uavklart angående finansieringsordninger og mangel på økonomisk satsning

Andre nevnte hindringer var uklart lovverk, tregt/usikkert nett, svak nasjonal styring/strategi, eldre bebyggelse der det må mye tilrettelegging til, organisering og endret arbeidsmåte, personell ressurser, gode IT-løsninger, tid til å forstå og innføre, aksept i befolkningen for at teknologi er et bra supplement, samt vedlikeholdsmannskap.

Respondentene ble spurt om kommunen har organisert opplæringstilbud i anvendelse av ny teknologi for ansatte i hjemmetjenesten. Totalt syv kommuner svarte at de hadde opplæringstilbud i anvendelse av ny teknologi for ansatte i hjemmetjenesten og 15 kommuner svare at de ikke har dette. I det åpne kommentarfeltet nevnte respondentene følgende opplæringstilbud: De ansatte læres opp fortløpende på de løsninger som anvendes.

Avslutningsvis i spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å liste opp fullførte, pågående og planlagte prosjekter innen velferdsteknologi. Det var totalt nevnt 15 fullførte prosjekter, 12 pågående prosjekter og seks planlagte prosjekter.

De fullførte prosjektene var følgende: Prosjekter med bruk av IKT i alle tjenester for å frigjøre mest mulig ressurser til direkte bruker oppgaver, implementering av fagsystemer (elektronisk pasientjournal) og ulike moduler knyttet til disse, omsorgsboliger med trygghetsalarm, ny eldreplan med planlagte omsorgsboliger med heldøgns bemanning hvor velferdsteknologi er et eget tema, innført bruk av mobile løsninger (PDA), GPS- merking, epi-fuktalarm, døralarm til bruk på natt, telenorprosjektet: testet ut fuktalarm og døralarm, kameraovervåkning i tilknytning til kommunale boliger (fellesareal og uteområder), samarbeidsprosjekt med flere kommuner i prosjekt i Knutepunkt Sør, utprøving av tekniske hjelpemidler, Elin-K (elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene); utvikling og utprøving av meldinger mellom kommune, fastlege og sykehus, samt installert PPS (praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten) som prosedyreverktøy både i sikker og åpen sone.

De pågående prosjektene var følgende: Tilkopling til og implementering av Norsk Helsenett, deltakelse i prosjektet «Lenger i eget liv» gjennom Helsenettverk Lister, visningsbolig, kvalitetssystem og elektronisk matbestillingssystem, prosjektet «bo trygt og godt hjemme» - kartleggingsfase, forprosjektet «Fremtidens bydel»: Velferdsteknologi inn i fremtidens bolig, eget prosjekt med utprøving av teknologi, meldingsutveksling, meldingsløftet; videreføring av ELIN-K. MinVakt, innføring av PDA i hjemmetjenesten 2011-2012, Grunnleggende dataopplæring 2011-2012, Gerica opplæring, samt utbredelse av video-konferanser.

De planlagte prosjektene var følgende: Konkret uttesting av nye teknologiløsninger innen institusjonsbaserte tjenester og tjenester for funksjonshemmede, nye omsorgsboliger hvor en egen gruppe ser på temaet velferdsteknologi, innføring av medisinsoversikt (kardex) i Profil, ny eldreplan skal lages 2012, pågående identifisering av aktuelle prosjektområder, igangsette prosjektarbeid i forbindelse med fremtidens tjenester i kommunen der teknologi vil fremkomme som en viktig del av prosjektet, innføring av mobile løsninger til bruk for hjemmetjenesten, samt prosjekt for utarbeidelse av bl.a. bruk av elektronisk verktøy til pasienter i pleie- og omsorgsenhetene.

4. RESULTATER FRA FOKUSGRUPPEINTERVJU MED RESSURSSINFORMANTER (GRUPPE I)

I dette kapitlet beskrives hvordan ressursinformantene som ble intervjuet beskriver status for bruk, implementering og fremtidige muligheter relatert til velferdsteknologi for kommunene i Agderfylkene.

4.1 Samfunnsrelaterte aspekter

Informantene ble presentert for det faktum at svært få av kommunene har rapportert om vedtatte planer og/eller strategier for økt bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenesten. Påstanden var hentet fra materialet som ble samlet inn i forbindelse med spørreundersøkelsen. Informantene uttrykte at det er behov for en regional samordning i påvente av en nasjonal strategi. Av positive insitamenter for fortsatt engasjement og tro på utviklingen pekte de på regionale fora og organisasjoner som for eksempel: UiA ved Senter for eHelse og omsorgsteknologi, Senter for omsorgsforskning – Sør og utviklingsssentrene som har satt tematikken på agendaen.

Det ble også nevnt som positivt at OSS har vedtatt å ha et fagutvalg i forhold til velferdsteknologi. Fylkeslegen ble også framholdt som positiv og støttende. DIGIN er en IKT-klynge på Sørlandet som prøver å få Arena-status (innovasjonsprogram i Norges Forskningsråd) og e-Helsealliansen ble trukket frem. Det at det ikke foreligger en nasjonal strategi forbandt informantene med utfordringer for kommunene i det å ta valg og vite hva en bør satse på og dermed også med økonomisk risiko. En uttrykte det slik: *«Det er kjempevanskelig, og jeg tenker i et bilde at du... man må bygge en tunell, men så på en måte prøver du å borre deg gjennom, finne ut hvor du skal gå, og så etter hvert så vil det også være en nasjonal strategi, og så håper du da at du ikke bommer for mye, for å si det sånn. Og det er jo der risikoen ligger litt, og der er også en økonomisk risiko».*

Informantene uttrykte at det er en langt klarere strategisk tenkning fra myndighetenes side rundt utvikling i norsk skole enn det er innen omsorg: *«Altså, hvis du ser på den norske skole, ikke sant, så er det beskjed, gjør dette, ikke sant, mens innenfor omsorg så har vi ikke de der dra-kreftene».* De var likevel opptatt av at det også kan ha sin pris med for sterk statlig styring. Dette ble uttrykt slik: *«..vi etterlyser på en måte statlige signaler, på den annen side er det farlig at staten skal sette seg ned og bestemme for mye før man vet for mye...og det du (en medinformant) signaliserer er egentlig at de statlige signalene skal gå på at vi gir noen i oppgave å utvikle noe».*

Det ble i denne sammenheng uttrykt som en mulighet at Norge kunne deles i fire eller fem regioner. Hver region kunne få sitt eget område med hensyn til å ta hovedansvar for teknologisk utvikling og som også etter hvert deler sine erfaringer. En sa det slik: *«..vi må dele Norge inn i fem regioner, ikke sant, eller fire, og så si Nord-Norge, - de har størst utfordringer i forhold til avstand. De er best på tele-medisin fordi de... det er største behovet der. Da videreutvikler de tele-medisin til et nasjonalt nivå og så deler man med andre regioner. Ok, Sørlandet for eksempel tar trygghetspakken, ..og så får de ett eller to år på å videreutvikle det, og så har man en nasjonal konferanse hvor disse legges fram og så ..har man da nasjonalt et kjempeløft. Alternativet er sånn som det er nå, så er det småkommuner som tester ut akkurat de samme*

utfordringene...» Det ble påpekt at Danmark har bevilget 3 milliarder kr til forskning og innovasjon på dette området. Norge har ikke gjort det samme. Det ble påpekt at NOU: 2011, som kom sommeren 2011, var ... *«en kreativ og løsningsorientert NOU som fikk mange til å tenke...»*. Informantene uttrykte også at Samhandlingsreformen, som ble innført nå 1. januar 2012, setter saken på dagsorden. De påpekte også det faktum at Teknoplan 2015, som del av Regjeringens omsorgsplan 2015, selvsagt ennå ikke foreligger.

Andre viktige aspekter som ble trukket frem var uavklarte juridiske konsekvenser og etiske utfordringer ved implementering av velferdsteknologi. I tillegg påpekte informantene at det er manglende press nedenfra blant ansatte. En uttrykte dette slik: *«Ansatte,- de er jo veldig skeptiske til å ta det i bruk. Så det er ikke noe press nedenfra i tjenesten heller»*. Informantene påpekte at selv om det er mulig å få til personvern hensyn innenfor dagens lov- og regelverk er det svært lite hensiktsmessig. En sa: *«..mitt inntrykk er at de som da har gått inn i dette hos oss, ...har vel en slags konklusjon med at det er mulig å få det til innenfor dagens lov- og regelverk, men det er forferdelig tungvint»*. Informantene hevdet at dette støttes både av Datatilsynet og «Hagenutvalgets» konklusjoner som påpeker behovet for nytt lovverk. Et eksempel på aktuell utfordring er GPS-sporing av demente. De så også behov for at det arbeides med løsninger nasjonalt som gjør det mulig å koble privat eide og innkjøpt utstyr med systemer i det offentlige. Det ble beskrevet utfordringer med tekniske løsninger og at det medfører tunge investeringer for kommunene. Utfordringene ble uttrykt av en informant på følgende måte: *«Der er mange forskjellige tilbydere av teknologi, ingen av løsningene snakker sammen, eller veldig få av dem snakker sammen og det er jo investeringer som sitter langt inne i kommunen, hvis de ikke vet om man kan ta dem i bruk, hvor lenge de vil vare»*.

4.2 Individrelaterte aspekter

Informantene uttrykte at brukere og pårørende har ulikt ståsted og innsikt i kjennskap til løsninger innen velferdsteknologi. Det er gjerne pårørende som har innhentet opplysninger om aktuelle hjelpemidler og løsningsforslag fra ulike kilder trigget av utfordringer for sine nærstående brukere, og det er gjerne dem som kommer med spørsmål om og forslag til nye teknologiske løsninger. De uttrykte også at brukere kan ha god innsikt, men da mange lider av kognitiv svikt, medfører dette en ekstra utfordring.

Informantene beskrev ansattes kunnskapsnivå innenfor temaet velferdsteknologi som en stor utfordring. Dette støttes av resultatene fra spørreundersøkelsen hvor over 80 % av respondentene er enig i at hjemmetjenesten ikke vet nok om hvilke produkter og løsninger som finnes innenfor velferdsteknologi. Kunnskapsmangelen ble påpekt og kommentert på følgende måte: *«Jeg tror de har hatt mer enn nok av de nye reformene som kommer ... vedrørende jobben og sanne ting som skal holdes ved like»*. Informantene uttrykte at de ansatte har utfordringer med å holde seg oppdatert innen selve omsorgsfaget. Informantene beskrev sammensatte utfordringer hos de ansatte i kommunehelsetjenesten. De beskrev at mange ansatte har fordommer og er redde for å ta i bruk velferdsteknologi. Motstanden blir koblet med bekymring for at teknologi skal erstatte den menneskelige kontakten, fordi man opplever mangel på «tid og hender» overfor brukerne. De hevdet at teknologien kan fremstå som en erstatning for den menneskelige kontakten. En informant uttrykte dette slik: *«...det er ganske mye fordommer mot teknologi, fordi at det er en erstatning, fordi det ikke er nok hender på sikt, fordi at vi har ikke tid, ikke sant...»*. De ansatte ble imidlertid også beskrevet som endringsvillige og at de tar utfordringer i situasjoner hvor de blir gitt tillit og ansvar. Dette ble uttrykt på følgende måte: *«Så synes jeg mange tør å ta ansvar og de gjør noe med det og de lærer seg og de vil»*. Hoveddelen av de ansatte er kvinner og

informantene uttrykte at kvinner ikke er så opptatt av bruk av teknologi: «*Det er veldig mange kvinner som ikke er interessert i å håndtere disse nye tekniske løsningene*».

En annen tematikk informantene var opptatt av var hvordan få til motivasjon og holdningsendring. Her uttrykte de behovsforståelse som en viktig motivasjonsfaktor for aktuell ansattgruppe i motsetning til teknologiforståelse. En sa det slik: «*Hvis jeg skulle få i oppgave å utvikle en satsning på omsorgsteknologi... så ville jeg nok kanskje presentert for medarbeidere noen eksempler på muligheter for å få opp... sånn... dette så spennende ut. Men så ville ikke jeg gått veldig mye på teknologisiden, jeg ville gått på behovssiden. Og så skulle det teknologiske svaret.... det skulle ikke komme før man hadde definert behovene*».

Informantene uttrykte at det er mye fordommer mot teknologi relatert til omsorgsarbeidet, fordi det ses på som en erstatning der det egentlig burde vært hender, og der det burde vært gitt bedre tid. De uttrykte at det derfor blir viktig å få fram at teknologien kan frigjøre tid og ressurser på en praktisk og hensiktsmessig måte, men ikke slik at den skal forhindre nødvendig tilsyn til brukerne. De mente at hvis vi skal påvirke holdninger hos andre så må det gjøres via kunnskap, - men mest gjennom hva man gjør og erfarer. Mange ansatte er redde for å gjøre feil selv om det er virkemidler i systemene som forhindrer dette, - noe som er viktig å få erfart. Informantene uttrykte også at det er viktig, for å motivere de ansatte, å koble læring om det praktisk tekniske sammen med faglige problemstillinger, som for eksempel etikk og etisk refleksjon. Det kom fram slik: «*... så tror jeg det med etikk og etisk refleksjon inn i hverdagsproblemen, ... det å ta opp de etiske dilemmaene i personalgruppa, tror jeg er med på å heve.. både kompetansen i forhold til det med nye typer duppeditter og sånn, og at hvis man går en runde rundt de her tingene, - sensorer, overvåkning og låser og alt sånt, så tror jeg kanskje det er en metode vi kan bruke for å bli litt flinkere..... Altså, koble etikken fast... for hvis det ... kommer litt sånn ovenfra at nå er det noen som har funnet på noe lurt,.. og at dette skal vi ha her, - og så skal du prøve å implementere det ned i organisasjonen, så tror jeg det blir mye mer motstand. .. Hvis vi da tar en runde rundt behovene så tror jeg vi kan bruke teknologien mye bedre*».

4.3 Organisasjonsrelaterte aspekter

Kommunene ble av informantene beskrevet som svært forskjellig organisert og at det fører til ulike ordninger og systemer med hensyn til hvordan velferdsteknologien er eller blir implementert. De enkelte kommuner kan for eksempel vektlegge ulike aspekter med hensyn til innovasjon og utvikling. Det ble også uttrykt at avdelingene i kommunene ofte er mer rettet mot drift enn mot utvikling. Flere påpekte at det oppleves som et økt forventningspress i kommunene om å få til mer på dette området, samtidig som en opplever at andre utfordringer blir prioritert med hensyn til tid, oppmerksomhet og det å få til hensiktsmessig organisering og ansvarsfordeling. Det er derfor vanskelig å møte tilbydere på ulike systemer med en klar forventning. En vet at dette kanskje er nevnt, eventuelt prioritert i kommuneplanen, men kompetansen i kommunene er for dårlig til at en kan ha klare formeninge om hva en bør satse på. En sa det slik: «*... det er vanskelig å finne ut hvor man vil og hva man vil egentlig, selv om man har det i kommuneplanen, selv om vi har det som ... satsningsområde og ønsker å være med på en sånn utvikling*». Informantene uttrykte også at teknologien stadig ikke er god nok til tross for at man har foretatt nye investeringer. En kan ha foretatt utbytting av utstyr for så å oppdage at det nye ikke fungerer bedre enn det gamle. En sa det slik: «*Jeg synes jo også at det er rart at vi i 2011 og nå i 2012 har fagsystemer som er såpass gammeldagse og vanskelige og tunge å jobbe i når vi vet hva som finnes av teknologi. Det er ganske håpløst. Og for vår del, ... så har vi kjørt et system i ti år og byttet i fjor for å bli lik de andre kommunene i vår region. Og jeg er bare kjempeskuffet. Jeg trodde vi kom inn i noe som halve Norge bruker, det er faktisk over 200 kommuner som bruker det, og det er jo ikke bra. Det er lite brukervennlig og det er fryktelig mange klikk.....*».

Informantene trekker her inn refleksjoner vedrørende fagsystemene som benyttes for informasjonshåndtering i kommunen. Dette har ikke inngått direkte som en del av velferdsteknologi i denne undersøkelsen basert på definisjonen som var lagt til grunn for prosjektet. Området er likevel kommet frem som et sentral område for å videreutvikle god informasjonshåndtering i hjemmebasert omsorg.

Det er et stort behov for økt kompetanse om bruk og implementering av velferdsteknologi i kommunene generelt og hos den enkelte ansatte. Informantene uttrykte at det er behov for noen som kan være pådrivere, - noen som får dette som en egen oppgave, at tid frikjøpes og at dette må forankres i kommunestrategien. Det ble nevnt at det gjerne er personer som har mer enn nok annet å gjøre som i tillegg får slike oppgaver, og som de ofte også kan være relativt lite interessert i. Det ble framholdt betydningen av at en finner fram til personer som er interessert i dette, og at det er viktig å gi dem både tid og tillit: «... jeg tror og at vi må tenke litt utradisjonelt i forhold til hvem vi gir disse oppgavene, fordi det er så mange unge, flinke sykepleiere hos oss, de danser på tastaturet og de synes det er kjempegøy. Men så tror jeg vi har en sånn rigiditet på det at det er den som har vært der lenge som skal gå inn i sårne... frikjøpes til sårne greier og det er den som liksom har vært der en stund som skal... og så er det kanskje ikke de vi skal bruke i det hele tatt, vi skal kanskje gi noen av de unge frikjøp en dag i uka og så jobber du med det.... og for det er jo det som ofte skjer ... særlig innenfor omsorg, inntrykket mitt er at vi bare legger på og legger på, og så gjør vi det ofte overfor de som på en måte er utslitt. Altså, du kan bli seniorrådgiver og ... da kan du stille med dette, istedenfor som du sier, sette på de nye, unge, svært motiverte».

Informantene uttrykte også at om en gir en person ansvar på tvers av enheter og avdelinger så er det viktig at den som skal jobbe med dette virkelig fungerer på tvers og ikke «blir borte» i sin lille avdeling.

I tillegg til dette med ansvarliggjøring, frikjøp av tid eller eventuelt særlige ansettelser, var man opptatt av kompetansebygging av både formell og uformell karakter. Nettverksdannelse er et tiltak som flere hadde gode erfaringer med på andre områder som rus, lindrende omsorg osv. Det ble også henvist til Praxis Sør, - og aktuell metodisk tilnærming med «Kunnskapende nettverk» som en god modell. Informantene uttrykte at det er viktig å bringe sammen grupper av personer på tvers av kommuner, - de som faktisk er opptatt av aktuell tematikk. Dette er viktig for å dele informasjon og fagkunnskap. Informantene uttrykte at Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, sammen med universitetet har en viktig rolle i forhold til kompetansebygging. De uttrykte at Utviklingssentrene burde ta initiativ til å få til et opplæringsprogram innen velferdsteknologi. En tenker seg at her er det viktig å spre kompetanse ned til ansatte på grunnplanet. En informant sa det slik: «...Utviklingssentrene eller universitetet...at de lager sånn light-utgave, sånn at helsefagarbeidere og andre kan gjennomføre, det tror jeg hadde vært veldig positivt, for da får man spredt det....». Relatert til høyre nivå ble det stilt spørsmål om hvorfor innovasjonsstudier kun ser ut til å være rettet mot næringsliv og ikke det offentlige, - og informantene var også opptatt av at grunnutdanningene (bachelornivået) var oppdaterte på disse utfordringene. De uttrykte at det var behov for mer forskning på området, både hva angår forbedring av teknologien, men ikke minst i forhold til implementering og resultater, og de så for seg at akademia har en viktig rolle her: «... jeg savner et universitet som er villig og driver følgeforskning på å dokumentere resultater eventuelt, kanskje det er litt tidlig, men nå er jo vi i den fasen der vi skal begynne, og vi vil gjerne ha med oss et universitet for å kunne dokumentere resultater, for hvis vi skal komme et steg videre, hvis dette ikke skal være noe som bare er kult å ha et utstillingsbolig og sånn, så må vi ha kost/nytte-evaluering, vi må liksom ha dokumentert at dette er noe som koster så mye å kjøpe, så mye i ressurser og har den og den organisatoriske konsekvensen».

Det ble uttrykt at det er for få ledere langt nok ned i systemet som har ansvar innen omsorg, helse- og sosialfeltet, for eksempel sammenliknet med skolesektoren. Dette ble uttrykt å virke negativt inn på utviklingen innen velferdsteknologi. Det ble også beskrevet at det ofte er kun ledere som reiser for å se på utstyr, eller på studiebesøk og seminarer. Igjen er det, etter informantenes utsagn, viktig å satse på

personer som har fått tildelt særlig ansvar for dette feltet og som er motiverte. Lederne er viktige som inspiratorer, med tanke på det å se den ansatte og å gi oppmuntring.

Det ble også hevdet at det var viktig med interkommunalt samarbeid. En burde også klarere bedre hvilke type ansvar som hører hjemme på henholdsvis administrativt nivå, - politisk nivå eller på brukernivå. Det er også viktig å se på kommunestørrelse, hvilke tilgjengelighet der er på ressurser og kompetanse og om det er hensiktsmessig for en kommune å ta ansvar for noe alene eller om det er klokt å gå sammen med andre og eventuelt på hvilke måte.

4.4 Teknologirelaterte aspekter

Informantene uttrykte at det er en stor utfordring å få de ulike tekniske løsningene til å samvirke. De beskrev også at det har vært en del prosjekter på teknologi og helse som har blitt evaluert med et nedslående resultat. Framgang for god brukernytte har vært liten i forhold til bruk av penger og ressurser. En viktig grunn er at dette feltet er teknologi- og mulighetsdrevet og ikke behovsdrevet og at det er viktig at teknologien følger behovene og ikke omvendt. Behovsprøvd innovasjon var et begrep som ble nevnt og det ble henvist til erfaringer man hadde gjort med InnoMed. Dette betyr at ansatte, tjenestemottakere og pårørende blir med i et samarbeid med bedrifter og leverandører, og deltar i utviklingsarbeidet ved å lage behovskriterier og kravspesifikasjoner. Dette ble beskrevet slik: *«...vi har jo brukt InnoMed sin behovsprøvede innovasjon som grunnlag for det prosjektet vi har. ansatte, tjenestemottakere og pårørende lager da kriterier, altså behovskriterier... kravspesifikasjon og samarbeider med noen bedrifter, leverandører. Og det som er utrolig spennende er jo at de er veldig positive og de er jo kjempeglade for å få de innspillene... og det er kjempegøy og et dynamisk samarbeid. Det ser vi fram til å få videreutviklet».*

Informantene uttrykte, med tanke på videreutvikling, at det var viktig å ta utgangspunkt i løsninger som fungerer, og som ansatte og brukere har et godt forhold til. Dette vil også kunne redusere eventuelt motstand hos ansatte. Her ble trygghetsalarm framholdt som noe mange er fortrolige med. Det ble uttrykt at leverandørene må åpne opp for å utvikle brukervennligheten på produktene slik at en kan få flere funksjoner på samme system. For eksempel vil det være et behov for at ulike varslere rutes til ulike mottakere, for eksempel noe til pårørende og noe til hjemmetjenesten. Det er også av stor interesse å få til en mulighet for differensiering av meldinger. Det ble sagt slik: *«...det er bare en alarm, du vet ikke hvor hen det er, ..er det kjempehast eller er det sånn at jeg skulle egentlig... jeg er veldig tørst eller jeg skulle hatt hjelp til et eller annet, du vet ikke hva det er egentlig de ringer på...».*

Informantene uttrykte at det var interessant å få testet ut toveis kommunikasjonsløsninger. De mente at det var nyttig for aleneboende eldre å ha kontakt med familie og venner på denne måten, - og også det å se hverandre elektronisk. Informantene uttrykte at det burde være enkelt å koble slik løsning opp mot hjemmetjenesten eller andre offentlige tjenester. Begrepet call-senter ble også brukt i denne forbindelse. Det burde være en privat sak å investere i slikt system. Likevel, ble det sagt, det er andre tiltak, for eksempel epilepsialarm, som kommunen bør bekoste. Dette, hvis det er godtgjort et slikt behov hos brukeren. Informantene uttrykte at NAV og hjelpemiddelsentralene burde være mer med i utviklingen framover. Det ble framholdt at disse instanser var viktige som kompetansesentra og som premissleverandører med hensyn til kommunikasjon og kompetanse utad, og ikke nødvendigvis som finansieringskilde. Det er behov for en slik leverandørnøytral og gjennomgående kompetanseinstans. De uttrykte at dette bør tas opp med NAV, men også høyere opp i systemet.

Det kan være aktuelt å endre eller oppdatere tilbudet av hjelpemidler som kommunene benytter. Det kan være andre muligheter og kvaliteter som gjelder i 2012 enn i 1980. De uttrykte at det var en oppgave for hjelpemiddelsentralene å delta i dette endringsarbeidet.

5. RESULTATER FRA ANALYSE AV KOMMUNALE STYRINGS-DOKUMENTER

I forbindelse med spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å sende inn overordnede planer og strategier for bruk av velferdsteknologi som kommunen de representerer eventuelt har i sine planer og/ eller program. Totalt seks kommuner (respondenter): Tre store og tre små/mellomstore sendte inn. Eksempler på planer: Kommuneplaner, handlingsplaner, omsorgsplaner og IT-planer. Det varierte hvilke type plan/planer som kommunen hadde presentert sine mål om velferdsteknologi i og hvor omfattende temaet velferdsteknologi var beskrevet. Planene var ikke svært konkrete i form, men intensjonelt beskrevet. Fem kommuner ga tilbakemelding på at de ikke hadde noen konkrete planer ved datainnsamlingstidspunktet.

Noen kommuner ga tilbakemelding på at de har planer om å sette opp mål for implementering av velferdsteknologi i sine fremtidige planer, mens en kommune, som også har skriftlige planer, oppga å ha nedsatt en arbeidsgruppe for velferdsteknologi. De kommunene som hadde planer om bruk av velferdsteknologi ser på det som et bidrag til å møte fremtidige utfordringer innen helse- og omsorgstjenesten i kommunene. De beskrev at det vil bli et område som må ha økende fokus i fremtidig utvikling av tjenestetilbudet. Mange av de skriftlige planene kommunene har konkluderer med at det må arbeides videre med å finne konkrete satsningsområder innenfor velferdsteknologi. Tabell 12 gir en oversikt over type plan og eksempler på mål/tiltak/støtteutsagn for velferdsteknologi skissert i planene.

Tabell 12. Oversikt over type plan og eksempler på mål/tiltak/støtteutsagn for velferdsteknologi skissert i planene.

Plan	Mål/tiltak/støtteutsagn
Handlingsplan/handlingsprogram	Bruk av teknologi åpner nye muligheter for både samhandling, tiltaksutvikling og muligheter for å klare seg selv. Dette vil kreve utprøving av nye arbeidsformer i tett dialog med både brukere, ansatte, forskningsmiljø og aktuelle leverandører.
Omsorgsplan	Ny teknologi kan hjelpe folk å bo lenger hjemme. På dette felt er det stor utvikling og det er viktig at vi videreutvikler oss med tanke på å kunne utnytte ny teknologi i omsorgstjenesten.
Strategisk IT-plan	Ha en helhetlig og faglig forsvarlig omsorgstjeneste, der IT vil være et virkemiddel for å oppnå effektivitet og kvalitet i både produksjon og virksomhetsstyring.
Kommuneplan	Samarbeide med UIA om eHelse og omsorgsteknologi. Ta i bruk moderne velferdsteknologi.

6. RESULTATER FRA IDÉDUGNAD MED RESSURS-INFORMANTER (GRUPPE II)

Første hovedpunkt som deltakerne arbeidet med var: Hva mener du skal karakterisere/beskrive eHelse situasjonen i Agderkommunene i år 2015? Dette er også å betrakte som målsettinger å strekke seg etter innen temaet velferdsteknologi, og kan danne grunnlag for formulering av visjoner for tjenestene. Punktene er oppsummeringer av deltakernes innlegg i forhold til forslag til visjoner og verdier, samt kjennetegn. Punktene er i presens og beskriver situasjonen ved måloppnåelse.

1. Agder fremstår som ledende innen velferdsteknologi regionalt/nasjonalt, basert på etiske verdier for tjenestene og tverrfaglige vurderinger av brukerbehov.
2. Trygghet for brukerne.
3. Effektive teknologiske verktøy benyttes slik at det frigjøres ressurser til de som trenger det mest.
4. Brukere opplever god elektronisk informasjonsflyt mellom personer og systemer. Effektivitet er et mål for tjenesteutvikling, men skal ikke være en motsetning til opplevd trygghet hos brukerne.
5. Agderregionen har et testmiljø preget av solide evalueringer gjennom brukerstyrt innovasjon og testgrupper med delaktighet fra enkeltpersoner og pårørende/frivillige i samarbeid med kommunehelsetjenestene.
6. Fagmiljøene er i gang med opplæring og kompetanseheving, slik at brukere blir ivaretatt og er trygge på teknologien.
7. Flere har mulighet for å bo hjemme selv i høy alder og sosial kontakt opprettholdes gjennom bruk av teknologiske løsninger som også kan være aktivitetsfremmende.

Om trygghet ble det sagt at eHelse-satsningen har bidratt til en tryggere offentlig omsorg med fornøyde brukere som er preget av troverdighet og etisk refleksjon, og god balanse mellom bruk av teknologi og fysiske møter med brukerne. Brukerne opplever at teknologien er der for den enkelte og ikke for systemets egen del. Fornøyde brukere opplever god informasjonsflyt mellom personer og systemer.

Andre hovedpunkt som deltakerne arbeidet med var: Hva er de tre viktigste aktivitetene framtidige satsinger må inneholde? Punktene er oppsummeringer av deltakernes innspill i forhold til aktiviteter for fremtidige satsninger.

1. Behovene for velferdsteknologi må kartlegges.
2. Politisk forankring i de kommunene der området ikke er uttrykt og at det skjer en videreføring fra intensjon til handling. Interkommunalt samarbeid.
3. Følge opp med tilstrekkelige ressurser som omfatter økonomi, kompetanseheving og personansvar.

-
4. Utpeke dedikerte personer i hver kommune som får et særskilt ansvar for innføring av velferdsteknologi.
 5. God informasjon og synliggjøring av suksesshistoriene, mulighetene og begrensningene. Vise nytteverdien synliggjort gjennom eksempler basert på konkrete brukerbehov, slik at en kan lære av hverandre.
 6. Satse på bruk av frivillige organisasjoner.
 7. Aktiv brukervedvirkning gjennom realistiske case som synliggjør hva teknologien kan gjøre, og innføring av løsninger basert på konkrete behov hos bruker.
 8. Planlegge å gjennomføre prosjekt for videreføring innenfor realistiske rammer.
 9. Følge opp med et prosjekt som ikke er for omfattede.

Det tredje og siste hovedpunktet som deltakerne arbeidet med var: Hva vil være de viktigste barrierene/hindringene for å oppnå målsetting for Agderregionen i år 2015?

1. Manglende politisk vilje.
2. Svak endringskompetanse på ulike nivåer.
3. Svak økonomi og mangel på personellressurser.
4. Juridiske hindringer for bruk av velferdsteknologi.
5. Manglende samarbeid mellom yrkesgrupper og forvaltningsnivåer.
6. Manglende samhandling mellom kommuner, frivillige tjenester og pårørende.
7. Uklart ansvar for utrykning/respons ved alarmer fra hjemmet.

7. STATUS OG UTFORDRINGER FOR VELFERDSTEKNOLOGI PÅ AGDER

De fire delundersøkelsene gir til dels sammenfallende resultater. Spørreundersøkelsen viser at svært få av kommunene på Agder har prøvd ut og systematisk evaluert velferdsteknologi på Agder. Kommune størrelsen på Agder varierer veldig, og dette bør være med når resultatene fra de tre delundersøkelsene vurderes. Respondentene beskriver manglende nasjonal og regional strategi både i fokusgruppeintervjuet og i spørreundersøkelsen. Spørsmålet er om det vil være hensiktsmessig å organisere en regional strategi med utgangspunkt i de fem regionene som allerede har gode etablerte samarbeidsfora. Samarbeidsmøter med fokus på å kunne dele erfaringer og sammen arbeide mot fremtidige satsninger vil kunne være aktuelt og positivt.

Hagenutvalget (NOU, 2011:11) foreslår å starte med trygghetsalarmer, hvor man videreutvikler dette til å gjelde en trygghetspakke med utgangspunkt i individuelle behov. Dette er støttet av resultatene fra undersøkelsens fire delundersøkelser. Både i intervjuene og i idédugnaden fremheves betydningen av å starte med avgrensede områder, og fremskaffe erfaringer på dette området som kommunene kan dele. Dette vil være ressursbesparende og vil bidra til å møte et uttrykt behov hos kommunene på Agder. Mange av kommunene uttrykker gjennom undersøkelsen en usikkerhet i forhold til hvilke satsninger de skal gjøre. Denne usikkerheten bekreftes i datamaterialet samlet inn i denne kartleggingen og i litteraturen (Disch og Vetvik, 2009; NOU, 2011:11; Tennøe, 2009). Respondentene uttrykker at det er vanskelig å ta stilling til hva en bør satse på av velferdsteknologi, på grunn av manglende informasjon og kunnskap om teknologiske muligheter og begrensninger. Svært lite forskning er gjort på å identifisere gevinster av å prøve ut velferdsteknologiske løsninger (NOU, 2011:11; Tennøe, 2009).

Innføring av velferdsteknologiske løsninger reiser etiske problemstillinger. Bekymring for at velferdsteknologien kan medføre inhuman omsorg har vært uttrykt i og begrunnet i andre studier (Koch, 2010; Sävenstedt, Sandman, og Zingmark, 2006; Zwijsen et al., 2011). Uavklarte juridiske konsekvenser er trukket frem som en utfordring i delundersøkelsene, dette er også nevnt som en sentral utfordring i andre studier relatert til implementering av velferdsteknologi (Koch, 2010; Sävenstedt et al., 2006; Zwijsen et al., 2011).

I to av delundersøkelsene nevnes at mangel på ansvarlige pådrivere/ressurspersoner i kommunene kan være en utfordring ved implementering av velferdsteknologi. En løsning kan være at de fem regionene arbeider videre med å se på hvordan ansvarlige pådrivere/ressurspersoner kan organiseres på tvers av kommunestrukturer.

Behov for økt kompetanse blant pleie- og omsorgspersonalet er trukket frem som en hindring for implementering av velferdsteknologi og det er også uttrykt at sektoren mangler den nødvendige tekniske kompetanse til å ivareta vurdering og innkjøp av de satsninger som skal gjøres. Dette kan være en forklarende faktor i forhold til at de beskriver lite påtrykk fra pleie- og omsorgspersonalet. Ser vi til Hagenutvalgets (NOU, 2011:11) sine vurderinger, bør dette området vurderes. Alle impliserte parter, slik som ansatte, brukere, pårørende, leverandører bør involveres i utvikling, testing og implementering av teknologi.

NAV/ hjelpemiddelsentralenes oppgaver har vært trukket frem i flere av delundersøkelsene og det er fremhevet behovet for en avklaring i forhold til ansvar og oppgaver sett i sammenheng med de nye utfordringene som kommer med økende implementering av velferdsteknologi. Det bør avklares hva skal finansieres privat og hva skal håndteres som hjelpemidler som kommunene og/eller NAV bør være ansvarlige for. Disse spørsmålene er også drøftet i Hagensutvalgets utredning (NOU, 2011:11).

Utfordringer med finansiering og utilstrekkelige økonomiske incentiver er også beskrevet i resultatene fra delundersøkelsene. Til tross for utfordringer med finansiering er det både avsluttende, pågående og planlagte prosjekter innen velferdsteknologi. I forhold til planlagte prosjekter nevner flere av respondentene at de er avventende til hvilke prosjekter de skal gå i gang med, mens noen kommuner er i full gang med å planlegge større prosjekter.

Resultatene kan oppsummeres med at det er store variasjoner i hvilken type velferdsteknologi som kommunene har implementert: Holdningene til velferdsteknologi er utelukkende positive og respondentene beskriver hindringer som er sammenfallende med Hagensutvalgets utredning (NOU, 2011:11). Respondentene beskriver at det er et ønske om mer informasjon og hjelp/støtte til å møte de utfordringene som valg, implementering og evaluering av velferdsteknologi representerer.

8. ANBEFALINGER UT FRA DELUNDERSØKELSENE

Det kommer tydelig fram av funn, særlig fra to av delundersøkelsene (fokusgruppeintervju og idédugnad) respondentenes bekymring for manglende helhetlig nasjonal strategi innen velferdsteknologi. Dette er en bekymring vi også finner grunnlag for i Hagenutvalgets utredning (NOU, 2011:11) til tross for at behovet for slik nasjonal strategi mer og mindre aktualiseres i flere nasjonale reformer de senere år, samt NOUer og annet utredningsarbeid. Det er derfor i NOU 2011:11 foreslått et nasjonalt program for velferdsteknologi som del av Omsorgsplan 2015 der en tre-trinns «Teknoplan» for utbygging av en «trygghetspakke» inngår. Nasjonale og regionale strategier henger ofte sammen, eller bør gjøre det. Derfor haster det med en klar strategi nasjonalt. Det er likevel slik at vi ser, ut fra det som er skrevet og sagt i regi av nasjonale myndigheter, en del føringer som en bør ta med i det videre arbeid regionalt.

Det vil antakelig være hensiktsmessig å legge opp til et arbeid for å meisle ut en felles regional strategi for Agder. Denne kan være overordnet og prinsipiell. Agderfylkene er inndelt i fem underregioner som naturlig nok vil kunne ha ulike behov og interesser. Dette bør også kunne imøtekommes innenfor en regional felles strategi og satsing. Det er likevel slik at fem kommuneregioner er etablert for nettopp å bedre samarbeidet, og i noen grad samordne, mellom kommunene. Dette er i seg selv en krevende utfordring og et viktig grunnlag for å få til et godt samarbeid mellom de fem kommuneregionene. En felles strategisk tenkning for regionene krever et felles fora. Det vil antakelig ikke være hensiktsmessig eller ønskelig å legge opp til flere fora enn det som er i dag. En bør etterstrebe en enkelhet i samarbeidsstrukturen også her. **OSS har etablert et fagutvalg for eHelse og velferdsteknologi.** Det består av representanter for de fem kommuneregionene samt representanter for alle utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste og en brukerrepresentant. Dermed er alle kommuner representert her, også de to kommuner som ikke er del av de fem kommuneregionene. **En løsning kan derfor være at fagutvalget får i oppdrag å utarbeide og etablere en felles strategisk plattform.** KS sin rolle i forhold til regional strategi kom informantene relativt lite inn på. Det synes rimelig at KS og fagutvalget samhandler på en konstruktiv måte og at det tilrettelegges for det.

Primært er det avgjørende med en klar politisk forankring, både på fylkes/regionsnivået, men også i de enkelte kommuner. Dette gjelder intensjoner, men ikke minst konkretiseringer med hensyn til økonomi og personalressurser. Enkelte kommuner har klare intensjoner om utvikling av velferdsteknologi nedfelt i sitt planverk. Planene opptrer i ulike drakter, og det er ikke nødvendigvis sammenheng mellom det som står i en plan sammenliknet med en annen innen samme kommune. **Det vil antakelig være hensiktsmessig at tematikken tas opp i det overstyrende dokument,** selv om en i et annet mer områderettet planverk både kan være mer utdypende og konkret.

De tretti kommunene på Agder er svært forskjellige hva gjelder antall innbyggere, og dermed hva en kan forvente av ressurser. Det er viktig at en regional strategi utvikles med sikte på å få med alle, men også at samtlige kommuner opplever at dette er nyttig for seg. Det kan bety en arbeidsdeling på noen områder, men også, i noen tilfeller, at enkelte kommuner, tar et særlig ansvar og innlemmer kommuner som har sammenfallende behov. Respondentene i fokusgruppeintervjuet hadde flere eksempler på **gode erfaringer med nettverksgrupper og koordinatore** innen ulike faglige områder som for eksempel rus, demens, lindrende omsorg etc. **En lignende struktur kan utvikles på dette området.**

Det er påpekt mangel på «pådrivere» i kommunene. Det oppleves derfor nødvendig å få på plass personer som et tiltent å arbeide med disse utfordringene i alle kommuner. Dette kan gjøres ut fra flere typer løsninger. En kan tenke seg prosentvise ressurser eller hele stillinger. Tilsetninger i definerte stillinger eller delte ansvarsområder kan være aktuelt. Det er viktig med god klarering og definering av aktuelle arbeidsoppgaver. Slike ressursstillinger kan eventuelt arbeide på tvers av institusjoner/seksjoner. Det er påpekt betydningen av at personene bør være interesserte, dedikerte, kompetente og ikke ha for mange andre arbeidsoppgaver som opptar deres tid. Tid og oppmerksomhet fra lederne er viktig. Incentivtiltak, også økonomiske, for rekruttering til slike oppgaver bør kanskje vurderes. En ser at også interkommunale løsninger kan være en mulighet, men byr også på særlige utfordringer. Det er usikkert i hvilke grad kommunene ønsker «å bli koordinert» på tvers på dette området. For eksempel vet vi at trygghetsalarm håndteres ulikt i kommunene og relatert til hvordan den enkelte kommune har organisert sine tjenester. En aktuell utfordring utgjøres også av eventuelle forskjeller i avlønnings- og tilsetningsforhold. Dette må en, der slike løsninger eventuelt kan være aktuelle, legge til rette for i det interkommunale strategiske og politiske samarbeidet.

Det regionale strategiske samarbeidet bør innbefatte flere instanser: Næringsliv (leverandører) med tanke på brukerrettet innovasjon, frivillige organisasjoner, SSHF, NAV og hjelpemiddelsentralene for å nevne noen. Utviklingen av velferdsteknologiske løsninger må hele tiden ta utgangspunkt i aktuelle brukerbehov. Derfor er det viktig at brukergruppene, inklusive pårørende og ansatte, er med i premisslevering, utvikling av kvalitetsindikatorer og utprøving/evalueringer. Dette er også klart støttet i NOU 2012:11. I fokusgruppeintervjuet kom det fram positive prosjekterfaringer med InnoMed, der ansatte, brukere og leverandør deltok i utvikling og utprøving av utstyr. Vi vil imidlertid her minne om å balansere ønsket om en behovsrettet utvikling, mot behovet for nytenkning og innovativ aktivitet. Fremtidige behov kan være ukjente.

Frivillige organisasjoner er av flere pekt på som **en ressurs** også i denne sammenheng, særlig kom dette fram under idédugnaden. En kan tenke seg situasjoner der personer påtar seg oppgaver innen både drift av systemer og koordinering av nettverk.

Forstudien har i hovedsak tatt utgangspunkt i kommunenes situasjon, ønsker, behov og begrensninger. Vi ser det likevel som viktig at **forholdet til Helseforetaket i regionen** bør være sentralt i utforming og **satsing på velferdsteknologi**, ikke minst med tanke på de utfordringer som Samhandlingsreformen representerer for både kommuner og helseforetak.

Respondentene, i likhet med NOU 2011:11 påpekte også behovet for at **NAV/hjelpemiddelsentralene kobles på i utvikling av velferdsteknologien i rolle som premissleverandører og kompetansesentra**. På dette området er det antakelig behov for en klarere nasjonal tilrettelegging og styring i forkant.

Behovet for opplæring og kompetanseheving kommer klart fram gjennom delundersøkelsene. Dette vil gjelde alle typer brukere og kan være aktuelt uansett om det er gjelder systemer med stor grad av brukervennlighet. Kommunen har et særlig ansvar for sine ansatte. Det gjelder alle nivåer samtidig som at «pådrivergruppen»/superbrukerne kan trenge særlige opplegg. **Det vil derfor være behov for kurs på ulike nivå.** Disse kan arrangeres regionalt, eller for delregionene. Det er antakelig naturlig at Utviklingssentrene i de kommuner som har slike, er pådrivere. Opplæring og kompetanseheving støttes av NOU 2011:11 som også har med i sitt programforslag for perioden 2012 – 2015 at: « I 2015 skal kunnskap om velferdsteknologi være en del av helse- og sosialutdanningene ». **For kommunene på Agder betyr dette at en bør legge opp til en praksis for helse- og sosialfagsstudentene som ivaretar dette på en tilfredsstillende måte.**

Ut fra det respondentene uttrykker vil det antakelig være riktig innenfor en felles strategi å slutte opp om det forslag som NOU2011:11 legger opp til om en tretrinnsplan der utbygging av trygghetsalar-

men er første trinn. **Respondentene nevner det å bygge på en videreutvikling av trygghetsalarmen som viktig i flere sammenhenger, utfra at denne er noe brukerne er kjent med og oppfatter som hensiktsmessig i bruk.**

Det kunne derfor være naturlig å foreslå at OSS følger opp med et prosjekt som tar utgangspunkt i det foreslåtte trinn I i NOU 2011:11 som vil være en videreutvikling av trygghetsalarmen. Dette fordi det er her respondentene uttaler seg mest konkret når det kommer til forslag som gjelder det tekniske og at her er det positive erfaringer fra før som kan være med å dempe eventuell motstand i miljøene. Med slikt forslag **ligger det også til rette for at de ulike regioner kunne utforske sin egen prioritering i form av for eksempel en valgt sensortype.** Dette er imidlertid et så **viktig og sentralt anliggende for hele landet at en bør søke å løse dette i et nasjonalt fellesskap.** Når det gjelder utvikling og implementering av trygghetspakken, er det også slik at det er flere **komplekse forhold som må avklares.** Dette er det hensiktsmessig skjer i en nasjonal setting.

Uansett er det av stor betydning at **kompetansen og kunnskapen på feltet heves.** Ikke minst vil det være sentralt for den gruppen som skal fungere som pådrivere/koordinatorer rundt i kommunene.

På bakgrunn av ovennevnte vil vi tilrå at tiltak settes inn på en eller flere av følgende områder presentert i kapittel 9.

9. AKTUELLE TILTAK PÅ NASJONALT, REGIONALT OG KOMMUNALT NIVÅ

9.1 Overordnet nivå

Nasjonal modell for fremtidens trygghetsalarmer

For å kunne innføre iverksetting av en trygghetspakke i større skala enn et prøveprosjekt er det avgjørende å etablere en robust infrastruktur for mottak av trygghetsalarmer. Dette bør sees i sammenheng med fremtidens organisering av akuttmedisinske tjenester på kommunalt nivå fra 2016, og vil derfor også berøre legevaktsfunksjoner. Dersom Agderkommunene ønsker å være førende på dette området, vil det være mulig å etablere et prosjekt som forankres innenfor en til to strategisk utpekte kommuner. Samtidig vil en slik type prosjekt danne mønster for en nasjonal modell, det vil derfor være nødvendig å forankre et slikt prosjekt mot nasjonale helsemyndigheter som Helsedirektoratet og Norsk Helsenett. I likhet med tenkningen innfor omfattende teknologiutprøving gjennom EU-prosjekter, kan det være nødvendig å innlede et samarbeid med en annen region i Norge. Det bør søkes særskilt finansiering til et slikt prosjekt.

Avklaring av ansvar og roller ved tilbud av omsorgsteknologi

Det hersker i dag til dels stor usikkerhet innenfor tjenestene, men også hos brukere/pasienter, i forhold til hvem som er ansvarlig for hva når det gjelder velferdsteknologi. Usikkerheten omfatter fire nivåer: 1) Hva forventes det at pasientene selv skal bekoste og installere i eget hjem? 2) Hva vil kommunene måtte påregne av ansvar og kostnader for teknologi installasjon og alarmsystemer? 3) Hva skal NAV/hjelpemiddelsentralene i fremtiden ha ansvar for? og 4) Hva er det som skal utleveres av medisinsk måle- og behandlingsutstyr i hjemmet og som i dag forestås av avdelingene for behandlingshjelpemidler ved sykehusene på vegne av NAV? Her kan Agderregionen initiere en avklaring med de rette instanser på Agder, men dette bør skje i nært samarbeid med sentrale myndigheter.

9.2 Regionalt nivå

Overordnet regional strategi

Det bør utarbeides en overordnet strategi for Agderkommunene i forhold til satsing på velferdsteknologi. OSS ved Fagutvalget for eHelse og omsorgsteknologi kan ventelig tillegges et ansvar for å utarbeide en slik strategi, men dette bør forsøkes løst gjennom særskilt finansiering og med nødvendig faglig støtte.

Mal for kommunale strategiplaner

Det er grunn til å tro at de manglende kommunale strategier skyldes at det er vanskelig å innhente normer eller retningslinjer for hva slike planer bør omfatte. Gjennom å tilrettelegge for et felles maldokument for Agderkommunene, kan dette være til stor hjelp for arbeidet innen den enkelte kommune eller kommuneregion. Arbeid med slik mal kan tilrettelegges gjennom OSS ved Fagutvalget.

Utvikling av kvalitetsindikatorer og aktivitetsmål

Ved innføring av velferdsteknologi for å understøtte pleie- og omsorgstjenestene, men spesielt også i forhold til endringer i tjenesteansvaret som følge av Samhandlingsreformen, ser det ut til å være behov for å utvikle nye kvalitetsindikatorer og aktivitetsmål. Dette kan ventelig gjennomføres som et særskilt prosjekt felles for alle Agderkommunene i samarbeid med aktuelle forskningsmiljøer. Det bør søkes særskilt støtte til et slikt prosjekt som bør ha en varighet over flere år med tanke på nødvendig innsamling av erfaringsdata.

Kompetanseheving

Det er avdekket et stort behov for kompetanse oppgradering både i forhold til innføring av velferdsteknologi, men også i forhold til endringer i ansvaret for de kommunale tjenester som følge av Samhandlingsreformen. Et slikt tilbud kan etableres felles for Agder-regionen i nært samarbeid med relevant utdanningsinstitusjon.

Utvikling av trygghetspakker

For å kunne tilrettelegge for fremtidige trygghetspakker, kan det være aktuelt å peke ut spesielt viktige pasientcase eller situasjoner der teknologiske tiltak antas å ha en positiv effekt. Gjennom å utvikle konkrete scenario og teste ut løsninger i aktuelt testmiljøet kan en få verdifull erfaring med sammenknytning av ulike teknologiløsninger. En pilotutprøving bør gjennomføres innenfor et par utvalgte kommuner, men bør fortrinnsvis omfatte mange pasienter innenfor de utvalgte kategorier for å kunne høste tilstrekkelig erfaring fra omstillinger i tjenestetilbudet.

Publikumsrettede informasjonstiltak

Det foreligger klare behov for å gi omfattende og enkel informasjon til befolkningen om hva det innebærer at Agderregionen satser på utvikling i bruk av velferdsteknologi. Dette er spesielt viktig for å opprettholde tillit og trygghet for at de planlagte tiltak også i fremtiden skal sørge for å gi befolkningen en god tjenestekvalitet. Usikkerheten knyttet til eldrebølgen og mangel på kvalifiserte helse- og omsorgsarbeidere innebærer en frykt for en teknifisering av tjenestene på bekostning av omsorgsbehovet. En bør vurdere om det kan være aktuelt å opprette et eget informasjonskontor, gjerne i nært samarbeid med aktuelt forskningsmiljø. Dette bør finansieres som et prosjekt med en relativt lang tidshorisont for eksempel over 5-10 år fordi det i løpet av denne perioden ventelig vil bli innført omfattende bruk av velferdsteknologi, og fortsatt store endringer i tjenestetilbudene.

9.3 Kommunalt nivå

Utpeke eHelsekoordinator

Basert på de positive erfaringer fra andre områder, kan det være grunn til å utpeke særskilte eHelse koordinatorer i hver kommune. Disse kan da få en spesiell rolle ved innføring av nye teknologier innenfor kommunene, og de kan i fellesskap utvikle en kompetanse som er viktig for hele Agder-regionen. Kanskje bør det utpekes en prosjektansvarlig koordinator for Agder-regionen, som får ansvar for å være en pådriver og for å koordinere utviklingen.

Utvikle næromsorgen

Ved innføring av velferdsteknologi kan det i tråd med føringene gitt av NOU 2011:11 være nødvendig å utvikle gode nærmiljø tilbud for den enkelte pasient/bruker. Det vil i fremtiden være nødvendig å få etablert godt samarbeid mellom det formelle hjelpeapparatet og det uformelle nettverket, slik at disse fremstår som et koordinert team med god informasjonsflyt om behov og tiltak som iverksettes. Det kan være grunnlag for å utvikle dette innenfor hver enkelt kommune, eventuelt gjennom det regionale kommunesamarbeid. Dette omfatter både koordinering av frivillige tjenester, lokale sosiale aktiviteter, frisklivssentraler, men også i forhold til pårørende og det ansvar som eventuelt pårørende vil/kan bli trukket inn i når det gjelder bruk av velferdsteknologi med varslingssystemer og alarmer.

Demoinstallasjoner

Det er allerede etablert demo installasjoner for omsorgsboliger og pasienthjem som i Lyngdal kommune. Dette kan med fordel også etableres innenfor de andre kommuneregioner for å fungere som et lokalt utstillingsvindu i forhold til aktuell teknologi og bruken av denne. Slike installasjoner kan også være av betydning i forhold til opplæring av brukere og personell.

Pilotprosjekter og evaluering av disse

Det er viktig å ta initiativ til pilotprosjekter, der noen kommuner kan høste verdifull erfaring som kan deles med andre. Slike prosjekter kan både omfatte mindre enkeltstående prosjekter som den enkelte kommune eller deler av en kommune ønsker å iverksette, og det kan gjelde kommuner som gjennomfører piloter på vegne av regionen gjennom felles initierte prosjekter. Felles for disse bør være at det sikres nødvendige midler for erfaringsinnhenting og evaluering, slik at dette på en strukturert måte kan videreformidles til andre. Det bør tilstrebes et nært samarbeid med aktuelle forskningsmiljøer i slike prosjekter.

10 REFERANSER

- Brudvik, M., og Bakke, T. (2010). *Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og pasienter med kronisk sykdom – Del 3 Erfaringer og evalueringer fra prosjekter i norske kommuner med tiltak som kan redusere liggedøgn i sykehus*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/202893/1/NOKCnotat_Brudvik_2010.pdf).
- Daatland, S. O., og Veenstra, M. (2012). *Bærekraftig omsorg?: familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Disch, P. G., og Vetvik, E. (2009). *Framtidas omsorgsbilde: slik det ser ut på tegnebrettet : omsorgsplanlegging i norske kommuner : status i 2009 - utfordringer mot 2015.*: Senter for omsorgsforskning-Sør (http://www.omsorgsor.no/content/download/486/1580/version/1/file/framtidas_omsor).
- Doupi, P., Renko, E., Giest, S., og Dumortier, J. (2010a). *Country brief: Denmark*,. Bonn/Brussels: European Commission, DG Information Society and Media, (http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Denmark_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
- Doupi, P., Renko, E., Giest, S., og Dumortier, J. (2010b). *Country brief: Sweden*, . Bonn/Brussels: European Commission, DG Information Society and Media, (http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Sweden_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Koch, S. (2010). Healthy ageing supported by technology - a cross-disciplinary research challenge. *Informatics for Health & Social Care*, 35(3/4), 81-91.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., og Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU. (2011:11). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). London: Sage.
- Statistisk sentralbyrå. (2011). Gruppering av kommuner og fylkeskommuner Vol. 2012. Oslo (<http://www.ssb.no/forskning/artikler/2011/3/1301042100.29.html>).
- Sävenstedt, S., Sandman, P. O., og Zingmark, K. (2006). The duality in using information and communication technology in elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 17-25.
- Tennøe, T. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi*. Oslo: Teknologirådet.
- The National Telecare Programme Board. (2011). *Telecare to 2012: An action Plan for Scotland*. Edinburgh: The Scottish Government. (http://www.jitscotland.org.uk/downloads/1299601237-350703_v4_20110301.pdf).
- Zwijssen, S. A., Niemeijer, A. R., og Hertogh, C. M. P. M. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature. *Aging & Mental Health*, 15(4), 419-427.

VEDLEGG 1

All deltakelse i spørreundersøkelsen er frivillig og alle svarene på undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt. Kun prosjektets ansatte fra Universitetet i Agder vil ha tilgang til de dataene som innsamles. Ingen informasjon om den enkelte kommune vil bli rapportert. Resultatene av studien vil bli rapportert som statistiske oppsummeringer. I spørreundersøkelsen vil vi ha "bruker" som gjennomgående begrep. Med "bruker" mener vi en person som bruker kommunens hjemmetjeneste. Med hjemmetjeneste mener vi den kommunale pleie- og omsorg som ytes i brukeres hjem.

Det vil ta ca. 45 minutter å svare på spørreskjemaundersøkelsen. Hvis du har spørsmål kontakt Mariann Fossum; 91854845 eller send e-post til mariann.fossum@uia.no.

VELFERDSTEKNOLOGI

I spørreundersøkelsen defineres velferdsteknologi som teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, og fysisk og kulturell aktivitet, samt 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 (NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, s. 99).

Spørsmålene i spørreskjemaet er formulert med hensikt å vurdere hjemmetjenesten/omsorgstjenestens bruk av teknologi i forhold til hjemmeboende

personer med funksjonssvikt av alle kategorier. I spørreskjemaet er velferdsteknologi delt i fire hovedkategorier, ut fra hvilken støtte den kan gi til den enkelte bruker, hentet fra (NOU 2011:11); 1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi, 2. Kompensasjons- og velværeteknologi, 3. Teknologi for sosial kontakt og 4. Teknologi for behandling og pleie.

1: Bakgrunnsdata fra kommunen

Antall innbyggere i kommunen (nærmeste hele _____ 1000)

Antall brukere som mottar hjemmebaserte omsorgstjenester (< 67 år) _____

Antall brukere som mottar hjemmebaserte omsorgstjenester (>67 år) _____

Kommentar:

2: Antall brukere som mottar hjemmebaserte omsorgstjenester "etter funksjonsevne":

Spørsmålet skal kun besvares hvis det finnes registerdata på antall brukere (f.eks. IPLOS skår).

Antall brukere med lette funksjonstap: _____

Antall brukere med middels funksjonstap: _____

Antall brukere med tunge funksjonstap: _____

3: Er kommunen koblet til Norsk Helsenett?

- 11 (1) Ja
12 (2) Nei
13 (3) Vet ikke

Ved nei på spørsmål 2, vennligst besvar dette spørsmålet:

- 14 (1) Påkobling er planlagt
15 (2) Vet ikke
16 (3) Eventuelt planlagt tidspunkt for påkobling _____

4: Har kommunen vedtatt planer og/eller strategier for økt bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenestene?

- 17 (1) Ja

- 18 (2) Nei
19 (3) Vet ikke

Hvis ja:

- 20 (1) I kommuneplanen
21 (2) I handlingsprogram
22 (3) I eget strategidokument

Hovedkategori 1: Trygghets- og sikkerhetsteknologi

Med trygghets- og sikkerhetsteknologi menes IKT- baserte løsninger som utløser seg selv og teknologier som krever inngripen fra brukeren. Det mest vanlige eksemplet er trygghetsalarm, og ulike overvåkingssystemer med detektorer som varsler for eksempel fall, brann, innbrudd, vannlekkasje, og bryter strømmen til komfyrer eller automatisk lysstyring. Denne kartleggingen fokuserer på teknologi som det er aktuelt for hjemmetjenesten å bruke i kontakt med bruker.

5: Hvilke typer trygghets- og sikkerhetsteknologi er du kjent med at er installert hos hjemmeboende brukere av hjemmetjenesten i din kommune?

- 23 (1) Boligalarmer for brann, innbrudd, vannlekkasje m.m
24 (2) Bevegelsesdetektor, for eksempel døralarm
25 (3) Komfyrvakt
26 (4) Trygghetsalarm
27 (5) Fuktmatte som varsler behov for sengeskift ved inkontinens
28 (6) Aktivitetsdetektor, varsling av faste gjøremål
29 (7) Falldetektor
30 (8) Annet _____

6: Hvis trygghets- og sikkerhetsteknologi er knyttet til kommunens

varslingssystemer, hvor går alarmen i dag?

- 31 (2) Til kommunal hjemmetjeneste
- 32 (3) Til et vaktelskap
- 33 (4) Til brannvesenet
- 34 (5) Sykehjem/institusjon
- 35 (6) Legevakt
- 36 (7) AMK sentral
- 37 (8) 110 sentralen
- 38 (9) Pårørende
- 39 (10) Annet _____

7: Nedenfor nevner vi noen påstander om holdninger til bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi. Vennligst marker om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand.

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

- Økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi kan gi mer trygghet og selvstendighet for enkelte brukere med funksjonssvikt
- (1) (2) (3) (4) (5)
- Trygghets- og sikkerhetsteknologi bør installeres ved å benytte
- (1) (2) (3) (4) (5)

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

Løsninger som kan knyttes til
dagens trygghetsalarm

Det er viktig å ta hensyn til
personlige ønsker og behov
hos aktuelle brukere ved
installering og økt bruk av
teknologiske hjelpemidler

(1) (2) (3) (4) (5)

Det er viktig å ta hensyn til
pårørendes ønsker og behov
ved installering og økt bruk av
trygghets- og
sikkerhetsteknologi

(1) (2) (3) (4) (5)

Økt bruk av trygghets- og
sikkerhetsteknologi kan
frigjøre personellressurser i
hjemmetjenesten.

(1) (2) (3) (4) (5)

Trygghets- og
sikkerhetsteknologi bør etter
behov kunne tilbys av det
offentlige hjelpeapparatet til
alle personer med
funksjonssvikt

(1) (2) (3) (4) (5)

Trygghets- og
sikkerhetsteknologi kan bidra

(1) (2) (3) (4) (5)

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

til økt sosial isolasjon

Personvern hensyn har til nå

ikke vært tilstrekkelig ivare tatt

ved utvikling av trygghets- og

sikkerhetsteknologi

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

Kommentar:

8: Nedenfor nevner vi noen påstander om hindringer til bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi. Vennligst marker om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand.



Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

De tekniske løsningene har

ikke vært godt nok tilpasset

hjemmetjenestens behov

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

Hjemmetjenesten vet ikke

nok om hvilke produkter og

løsninger som finnes

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

Økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Leverandørene leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
NAV leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Lovverket har til nå ikke gitt mulighet for utstrakt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for evt.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

installasjon av trygghets- og
sikkerhetsteknologi

Kommentar:

**9: For hvilke brukergrupper i din kommune ser du det største potensialet
for økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi?**

Hovedkategori 2: Kompensasjons- og velværeteknologi

Med kompensasjon- og velværeteknologi menes tekniske hjelpemidler som kan bidra til at brukeren i større grad kan mestre sin sykdom og/eller funksjonssvikt.

Vanlige eksempler er forflytningshjelpemidler og medisindosett med automatisk varsling. Mange av disse tekniske hjelpemidlene kan bruker søke om og få utlånt fra NAV Hjelpemiddelsentralen.

10: Hvilke typer kompensasjon- og velværeteknologi er du kjent med at brukes av hjemmetjenesten i re-/habilitering, stelle og pleie av brukere i din kommune?

- 40 (9) Forflytningshjelpemidler som bruker betjener selv, eks., bærestopper, mobile personløftere og ståheiser
- 41 (10) Ganghjelpemidler, oppreisningshjelpemidler, feks rullestoler og rullator
- 42 (11) Hørselhjelpemidler og synshjelpemidler
- 43 (12) Pasientforflytningshjelpemidler eks. takheis
- 44 (13) Toalettgjelpemidler eks. hev og senkbart toalet
- 45 (14) Robotteknologi til rengjøring og støvsuging
- 46 (15) GPS-sporing
- 47 (16) Robotteknologi til egentrening som del av rehabilitering
- 48 (17) Automatiske meldinger eks. medisindosett med automatisk varsling av medisintider
- 49 (18) Talemaskiner, maskiner hvor man kan peke og bruke blikk for å "snakke"
- 50 (19) Hjernetrim teknologi, eks. spillteknologi
- 51 (20) Annet _____

11: Nedenfor nevner vi noen påstander om holdninger til kompensasjon- og velværeteknologi (teknologiske hjelpemidler). Vennligst marker om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand.

	Helt enig	Nokså enig	Ingen mening	Nokså uenig	Helt uenig
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler kan gi økt trygghet og selvstendighet for brukere med funksjonssvik	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering og økt bruk av teknologiske hjelpemidler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Det er viktig å ta hensyn til pårørendes ønsker og behov ved installering og økt bruk av teknologiske hjelpemidler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler kan frigjøre personellressurser i hjemmetjenesten	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler vil kunne gi bedre kvalitet på	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

hjemmetjenester

Teknologiske hjelpemidler

bør etter behov kunne tilbys

av det offentlige (1) (2) (3) (4) (5)

hjelpeapparatet (NAV) til alle

personer med funksjonssvikt

Bruk av teknologiske

hjelpemidler er en viktig del

av rehabiliteringen for mange (1) (2) (3) (4) (5)

brukere

Bruk av teknologi kan

forebygge økt hjelpebehov (1) (2) (3) (4) (5)

hos mange brukere

Kommentar:

12: Nedenfor nevner vi noen påstander om hindringer til å ta i bruk eller øke bruken av kompensasjon- og velværeteknologi (teknologiske hjelpemidler). Vennligst si om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand?

	Helt enig	Nokså enig	Ingen mening	Nokså uenig	Helt uenig
De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Leverandørene leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
NAV leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Lowverket har til nå ikke gitt mulighet for utstrakt bruk av teknologiske hjelpemidler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

Bevilgninger til

investeringsstøtte for

kommunene er avgjørende

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

for å få til økt bruk av

teknologiske hjelpemidler

Ved bygging av nye

omsorgsboliger burde det

vært høyere krav til

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

tilrettelegging for evt.

installasjon av teknologiske

hjelpemidler

Kommunene og NAV må

samarbeide mer for å utvikle

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

behovstilpasset teknologi

Det tar for lange tid fra bruker

får et behov til de

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

teknologiske hjelpemidlene er

installert i hjemmet

Kommentar:

13: For hvilke brukergrupper i din kommune ser du det største potensialet for økt bruk av kompensasjons- og velværeteknologi (teknologiske hjelpemidler)?

Hovedkategori 3: Teknologi for sosial kontakt

Med teknologi for sosial kontakt menes teknologiske løsninger som kan forbygge og avhjelpe ensomhet hos brukere. Teknologi for sosial kontakt omfatter alle former for teknologi og nettbasert kommunikasjon.

14: Hvilke typer teknologi for sosial kontakt er du kjent med at hjemmetjenesten bruker i kontakt med brukere i din kommune?

- 52 (1) Videokommunikasjon via telefon
- 53 (2) Videokommunikasjon via PC med kamera
- 54 (3) Webtjenester, nettsamfunn, facebook, twitter
- 55 (4) Tekniske 'kjæledyr'
- 56 (5) Spillteknologi for sosial kontakt
- 57 (6) Annet _____

15: Nedenfor nevner vi noen påstander om holdninger til teknologi for sosial kontakt. Vennligst marker om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand.

	Helt enig	Nokså enig	Ingen mening	Nokså uenig	Helt uenig
Økt bruk av teknologi for sosial kontakt kan gi økt trygghet og selvstendighet for brukere med funksjonssvikt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering av teknologi for sosial kontakt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Det er viktig å ta hensyn til pårørendes ønsker og behov ved installering og økt bruk av teknologi for sosial kontakt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt bruk av teknologi for sosial kontakt kan frigjøre personellressurser i hjemmetjenesten	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Teknologi for sosial kontakt kan forebygge ensomhet hos brukere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Teknologi for sosial kontakt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

bør etter behov kunne tilbys
av NAV til alle personer med
funksjonssvikt

Teknologi for sosial kontakter

en viktig del av
rehabiliteringen for mange
brukere

(1) (2) (3) (4) (5)

Teknologi for sosial kontakt

vil kunne bidra til økt sosial
isolasjon for noen brukere

(1) (2) (3) (4) (5)

Teknologi for sosial kontakt

kan bidra til å forsterke
sosiale forskjeller

(1) (2) (3) (4) (5)

Kommentar:

16: Nedenfor nevner vi noen påstander om hindringer til å ta i bruk eller øke bruken av teknologi for sosial kontakt. Vennligst marker om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand.

	Helt enig	Nokså enig	Ingen mening	Nokså uenig	Helt uenig
De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt bruk av teknologi for sosial kontakt vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Leverandørene leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
NAV leverer i liten grad løsninger som brukerne har behov for	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Lowverket har til nå ikke gitt mulighet for utstrakt bruk av teknologi for sosial kontakt i hjemmetjenesten	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bevilgninger til	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av teknologi for sosial kontakt

Ved bygging av nye omsorgsboliger burde det vært høyere krav til tilrettelegging for evt.

(1) (2) (3) (4) (5)

installasjon av teknologi for sosial kontakt

Kommunene og NAV må samarbeide mer for å utvikle behovstilpasset teknologi

(1) (2) (3) (4) (5)

Det tar for lang tid fra bruker får et behov til de teknologiske hjelpemidlene er installert i hjemmet

(1) (2) (3) (4) (5)

Innstallering av teknologi for sosial kontakt er brukerens private ansvar, og ikke noen hjemmetjenesten trenger å forholde seg til

(1) (2) (3) (4) (5)

Kommentar:

17: For hvilke brukergrupper i din kommune ser du det største potensialet for økt bruk av teknologi for sosial kontakt?

Hovedkategori 4: Teknologi for behandling og pleie

Med teknologi for behandling og pleie menes sensorer som måler/monitorerer informasjon fra kroppen. Sensorene kan bæres på kroppen eller være montert i klær. Omfatter også måling av urin/blodprøver, samt elektroniske medisinskap og medisinesker. Hovedhensikten er at teknologien kan bidra til at pleie og omsorg i større grad kan utføres i hjemmet som et alternativ til institusjon.

18: Hvilke typer teknologi for behandling og pleie er du kjent med at hjemmetjenesten i din kommune bruker i kontakt med brukere?

- 58 (1) Informasjonsutveksling mellom hjemmetjenesten og bruker via PC
- 59 (2) Bruker har tilgang til egen journal i hjemmetjenesten via PC
- 60 (3) Hjemmeanalyser og egenregistrering av kliniske data som for eks. KOLS koffert og INR måling
- 61 (4) Sensorteknologi som dokumenterer vekt, blodtrykk, blodsukker, respirasjon, m.m
- 62 (5) E- læringsverktøy, eks. helsefilm
- 63 (6) Annet _____

19: Nedenfor nevner vi noen påstander om teknologi for behandling og pleie. Vennligst marker om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand.

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

Rehabilitering, behandling og

omsorg for brukere bør i større grad tilrettelegges i brukers hjem (1) (2) (3) (4) (5)

Bruk av sensorer på eller i

kroppen kan gi brukere økt trygghet, selvstendighet, mobilitet og/eller frigjort tid (1) (2) (3) (4) (5)

Lowverket har til nå ikke

ivaretatt tilfredsstillende krav til personvern og sikkerhet for økt bruk av teknologi for (1) (2) (3) (4) (5)

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

behandling og pleie

I kommuner med store

geografiske avstander er det

større behov for bruk av

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

teknologi i behandling og

omsorg

Samordnede innkjøp mellom

kommuner og retningslinjer

fra staten vil kunne bidra til

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

økt bruk av sensorer på eller i

Bruk av teknologi for

behandling og pleie kan bidra

til effektiv ressursbruk i

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

hjemmetjenesten

Kommentar:

20: Nedenfor nevner vi noen påstander om hindringer til å ta i bruk eller øke bruken av teknologi for behandling og pleie. Vennligst marker om du er helt enig, nokså enig, nokså uenig eller helt uenig for hver påstand.

	Helt enig	Nokså enig	Ingen mening	Nokså uenig	Helt uenig
De tekniske løsningene har ikke vært godt nok tilpasset hjemmetjenestens behov	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Hjemmetjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Økt bruk av teknologi for behandling og pleie vil kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Nasjonale myndigheter har til nå ikke presentert retningslinjer og anbefalinger om bruk teknologi for behandling og pleie, dette medfører at bruken begrenses	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Ansatte i hjemmetjenesten har negative holdninger til bruk av teknologi for	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Helt enig Nokså enig Ingen mening Nokså uenig Helt uenig

behandling og pleie

Knapphet på ressurser i

helsetjenesten begrenser

bruken av teknologi for

behandling og pleie

(1) (2) (3) (4) (5)

Den største utfordringen er å

få til standardisering mellom

ulike former for teknologi slik

at ulike løsninger kan fungere

sammen

(1) (2) (3) (4) (5)

Økt bruk av teknologi for

behandling og pleie

forutsetter integrasjon mellom

de ulike fagsystemene

(1) (2) (3) (4) (5)

Relevante kurs og faglig

oppdatering for ansatte er

viktig for å få til økt bruk av

teknologi for behandling og

pleie

(1) (2) (3) (4) (5)

Kommentar:

21: For hvilke brukergrupper i din kommune ser du det største potensialet for økt bruk av teknologi i behandling og pleie?

AVSLUTTENDE KOMMENTARER

22: På hvilken måte er brukere og/eller pårørende involvert i å utforme tilbudet av velferdsteknologiske løsninger i kommunen?

23: Hva er de tre vanligste årsakene til at brukere fra din kommune ikke lenger kan bo i eget hjem, men må flytte til omsorgsbolig eller på institusjon?:

64 (5) 1: _____

65 (6) 2: _____

66 (7) 3: _____

Hvilke tre tiltak vil kunne bety mest for at brukere skal være i stand til å bli boende i lengre i eget hjem, enn det som er mulig pr. i dag i din kommune?:

67 (5) 1: _____

68 (6) 2: _____

69 (7) 3: _____

24: Vennligst sett opp de tre viktigste behovene din kommune har for økt bruk av velferdsteknologi:

70 (5) 1: _____

71 (6) 2: _____

72 (7) 3: _____

25: Vennligst sett opp de tre viktigste hindringene for økt bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenesten i din kommune:

73 (5) 1: _____

74 (6) 2: _____

75 (7) 3: _____

26: Har kommunen organisert opplæringstilbud i anvendelse av ny teknologi for ansatte i hjemmetjenesten?

76 (1) Ja

77 (2) Nei

78 (3) Eventuelt, hvilke? _____

27: Har kommunen organisert opplæringstilbud til alle nyansatte i anvendelse av teknologiske løsninger?

79 (1) Ja

80 (2) Nei

81 (3) Eventuelt, hvilke? _____

28: For å få mer kunnskap om status når det gjelder satsing på velferdsteknologi i kommunene, ønsker vi at du svarer på følgende spørsmål; Hvilke prosjekter relatert til bruk av IKT i hjemmetjenesten har kommunen fullført, pågående og planlagt? Fint om det også inkluderer tidsperiode og kort om tema.

Fullførte prosjekter:

Pågående prosjekter:

Planlagte prosjekter:

Takk for dine svar!

De er nå lagret.

Med vennlig hilsen

Prosjekt "Bo trygt og godt hjemme"

Hvis du har spørsmål om studien eller

om undersøkelsen kontakt Mariann

Fossum; 91854845 eller send e-post til

mariann.fossum@uia.no.



VEDLEGG 2

«BO TRYGT OG GODT HJEMME 2011-2012»

INTERVJUGUIDE

Presentasjon

Vi er to ansatte ved Universitetet i Agder. Intervjuguiden er en veiledning for intervjuet som vi gjennomfører i forbindelse med prosjektet «Bo trygt og godt hjemme»

Presentasjon av prosjektet

I prosjektet ønsker vi å få mer kunnskap om Agderkommunenes bruk av velferdsteknologi.

Forespørsel om å ta opp intervjuet

Dette gjøres for å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen. Etter intervjuene vil intervjuene transkriberes det vil si skrives ordrett. Opptak som blir gjort vil bli slettet når intervjuene er transkribert.

Intervjuets varighet

Intervjuet vil vare i maksimalt 60 minutter.

Anonymitet

Dine svar vil bli aidentifisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deg som respondent i rapporten som presenterer undersøkelsen.

Frivillighet

Deltakelsen i intervjuet er frivillig, og du har rett til å trekke deg fra intervjuet når som helst.

Vi vil først stille noen bakgrunnsspørsmål:

- Alder?
- Kjønn?
- Stilling?
- Hvor lenge har du vært ansatt i kommunehelsetjenesten?

Spørsmål ut fra foreløpige resultater fra spørreundersøkelsen:

- Svært få av kommunene har rapportert at de har vedtatt planer og/eller strategier for økt bruk av velferdsteknologi i hjemmetjenesten? Hva tror dere kan være årsakene?
-
- Økt bruk av velferdsteknologi vil antagelig kreve store endringer i hjemmetjenestens arbeidsmåte og organisering. Hvordan kan denne endringen planlegges og gjennomføres i kommunene og nasjonalt?
-
- Brukernes og pårørendes ønsker er trukket frem som viktige for å vurdere økt bruk av alle typer velferdsteknologi. Hvordan kan kommunene ivareta brukere og pårørendes ønsker?
-
- Angående -Leverandører- Hvordan kan leverandørene bedre tilpasse løsningene til brukernes behov?
-
- Personvern hensyn har til nå ikke vært tilstrekkelig ivaretatt ved utvikling velferdsteknologi. Hvilke utfordringer har dere erfart?
-
- Det mest vanlige er komfyrvakt og trygghetsalarm. Hva kan være noen av årsakene til at andre alarmer- og varslingssystemer ikke er mer utbredt eks. fallalarm, GPS sporing osv?
-
- Påstand: Trygghets- og sikkerhetsteknologi bør installeres ved å benytte løsninger som kan knyttes til dagens trygghetsalarm. Hvordan ser dere på organiseringen av økt bruk av velferdsteknologi knyttet til dagens trygghetsalarmsystem?
-
- Kunnskap/kompetanse holdninger i organisasjonen og hos de ansatte er av mange nevnt som en viktig barriere for bruk av velferdsteknologi. Hvordan samsvare det med deres erfaringer, og hva kan kommunene gjøre for å øke kunnskapen/kompetansen?
-
- Hvem skal betale for teknologien?
-
- Hvordan bør kommunene på Agder videre samarbeide om innføring av velferdsteknologi?
-
- Hvis du skal velge; hvilke satsningsområder innenfor velferdsteknologi vil du foreslå for Agderkommunene?
-

Avslutning av intervjuet:

Har du noen kommentar til det vi har snakkes om i intervjuet? Er det noe du vil legge til?

TAKK FOR AT DU STILTE OPP TIL INTERVJU!



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R