

BACHELOROPPGAVE I ERGOTERAPI

av

Christ Y. Dahl & Nora Solheim Martinsen

Antall ord: 8.330

Trondheim, Juni 2019

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Problemstilling.....	2
1.2	Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
2	Bakgrunnsinformasjon	3
2.1	Demens.....	3
2.2	Pårørende til personer med demens	3
2.3	Velferdsteknologi	4
2.4	Lovverk.....	4
2.5	Velferdsteknologi og ergoterapeutens rolle	5
3	Teori	6
3.1	Model of Human Occupation (MOHO).....	6
3.2	Occupational Justice (OJ).....	7
4	Metode	8
4.1	Litteratursøk	8
4.2	Refleksjon	8
5	Resultat	9
6	Diskusjon	15
6.1	Pasientens nytteverdi.....	15
6.2	Pårørendes nytteverdi.....	16
6.3	Helsepersonellens nytteverdi	17
6.4	Utfordringer ved implementering.....	18
7	Konklusjon	19
8	Litteraturliste	20

1 Innledning

Denne bacheloroppgaven i ergoterapi handler om bruk av lokaliseringsteknologi for personer med demens. Vi valgte temaet på bakgrunn av egen erfaring av å arbeide i demensomsorg og interesse for velferdsteknologiske løsninger og gevinster. Samfunnsutviklingen i den senere tid indikerer at det vil bli flere eldre og færre personer å gi omsorg. Dette krever nytenkning og handling. Økt levealder gir større forekomster av pasienter med demens, det er viktig for norske kommuner å stå klare til å møte deres behov, samt deres pårørendes behov (Gausdal, Michelet & Skarpengland, 2015, s.37).

Tradisjonelt sett har befolkningen bestått av mange unge og få eldre. Dette har gjort det mulig å benytte relativt store mengder arbeidskraft inn i eldreomsorgen. Den relative ratioen mellom eldre og arbeidsføre unge vil endres, det vil bli flere eldre per arbeidsfør. Disse demografiske endringene vil tvinge frem behov for nytenking innen eldreomsorgen dersom man ønsker å opprettholde dagens velferdsnivå. For å møte utfordringer med den voksende andelen eldre i samfunnet må det tilrettelegges for at flere kan bo selvstendig i egen bolig så lenge som mulig (Devik & Hellzen, 2012, s.4).

Anslagsvis bor halvparten av personer med demens hjemme. Mange pårørende opplever å stå alene som omsorgsgiver i den første perioden etter at diagnosen er stilt (Holthe, 2011, s. 1). En sykehjemsplass koster omtrent 900.000 kr per år. Dersom man kan tilby god livskvalitet ved tilrettelegging av egen bolig til en lavere kostnad er dette noe som bør vurderes. Derfor satser mange kommuner på utbygging av hjemmetjeneste. Dette, sett i sammenheng med samfunnets demografiske utvikling, gir behov for nye og moderne tiltak (NOU, 2011:11, s.77).

I rapporten "Innovasjon og omsorg" fra NOU, heretter NOU-rapporten, foreslås "Teknoplan 2015". I forslaget vektlegges utvikling og implementering av velferdsteknologi. Økt trygghet og selvhjelpenhet for brukerne, samt kvalitetsforbedring av tjenestene er sentrale elementer (NOU, 2011:11, s.17-18). Hensikten er å muliggjøre at velferdsteknologiske løsninger tas i bruk som verktøy i de kommunale helse -og omsorgstjenestene. Målet er at teknologien vil gi brukerne større mulighet til å mestre eget liv (NOU, 2011:11, s.98-99).

Vektlegging av hverdagsmestring kan frigjøre ressurser. Dette vil potensielt bidra til en mer bærekraftig drift av helsetjenester. I følge Ness (2016) vil vektlegging av hverdagsmestring endre fokuset fra brukerens somatiske helse til hvordan brukeren best mulig kan delta i sitt eget hverdagsliv (Ness, 2016, s. 33). Ergoterapeutens virkeområde er blant annet å formidle og tilrettelegge for bruk av tekniske hjelpemidler. I det siste har det blitt økt fokus på velferdsteknologi (Holthe, 2011, s.42).

Denne oppgaven vil inneholde presentasjon av problemstilling, bakgrunnsinformasjon og ergoterapeutisk teori. Deretter redegjør vi hvordan vi har gått frem for å finne relevante vitenskapelige artikler. I resultatdelen presenteres relevante funn i artiklene. I diskusjonsdelen knytter vi teori og funn opp mot problemstillingen. Til slutt kommer en avslutning som oppsummerer det vi har kommet frem til.

1.1 Problemstilling

I senere tid har flere kommuner startet implementering av ulike moderne velferdsteknologi. Som fremtidige ergoterapeuter er det relevant å kartlegge hvordan denne teknologien kan påvirke hverdagen for brukerne. Dette er utgangspunktet for vår problemstilling:

“Hvilke gevinster kan lokaliseringsteknologi gi pasienter rammet av demens, pårørende og helsepersonell og hvilke utfordringer er knyttet til bruk av slik teknologi?”

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi velger å begrense problemstillingen til brukergruppen eldre personer med demens. Mange i denne gruppen har såkalt vandreatferd, noe som fører til utrygghet både for personer med demens pårørende og helsepersonell. Med lokaliseringsteknologi mener vi ulike løsninger basert på GPS-teknologi (Global Positioning System).

2 Bakgrunnsinformasjon

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse for flere ulike diagnoser som medfører kognitiv svikt og generelt gradvis redusert evne til egenomsorg. Demens er et samlebegrep for en rekke sykdommer, den vanligste varianten er Alzheimers (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019). Demens forekommer sjelden hos mennesker under 50 år, størst prevalens finnes i aldersgruppen over 70 år. Ved normalt sykdomsforløp utvikles tilstanden gradvis over flere år, redusert hukommelse er vanligvis blant de første symptomene. Tap av språk samt episoder med forvirring kan også oppstå tidlig i sykdomsforløpet. Langtidshukommelsen er ofte intakt i de tidligste fasene, men korttidshukommelsen blir tidlig svekket (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2013, s. 13). Demens påvirker evnen til å utføre daglige aktiviteter. Vurdering av funksjon og tilrettelegging av aktivitet er viktig. Personer med demens har mange gjenværende ressurser, dette gir mulighet å leve selvstendig i en periode (Gausdal et al., 2015, s. 37).

Personer med demens utvikler ofte vandreatferd, hvilket kjennetegnes ved rastløs vandring både i eget hjem og ute. Vandreatferd kan defineres som en trang til å vandre og er et typisk symptom ved demenssykdom (Alzheimer's Society London, 2019). Generelt har personer med demens behov for økt grad av tilsyn. De pårørende opplever dette ofte som en stor belastning (Brækhus et al., 2013, s. 13).

2.2 Pårørende til personer med demens

Å være pårørende kan oppleves som en sårbar situasjon. Pårørende opplever ofte store endringer i hverdagslivet. Demensrammede kan endre atferd, hvilket kan føre til misforståelser og uønskede hendelser. Pasientens virkelighetsoppfatning kan endre seg, hvilket medfører et avvik i den syke og de pårørendes persepsjon. Dette kan medføre uforutsigbarhet og utfordringer for begge parter (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 46-48).

Ensomhet og isolasjon er ofte et resultat av sykdommen. Konsekvensene av sykdommen kan være vanskelig å håndtere. Mange pårørende føler seg også alene om omsorgsansvaret. Innad i familien og i sosial kontekst endres kommunikasjon og samhandling. Pårørende kan oppleve angst, uro og bekymringer knyttet til dette (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 24-27). For å avlaste pårørende tilbyr kommunene hjelp i form av hjemmetjeneste, dagtilbud eller avlasting. Dersom personer med demens bor sammen med ektefelle tiltrer som oftest tiltaket tidlig i sykdomsforløpet (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2018). De pårørende kan også føle stor sorg over tap av et familiemedlem til sykdommen. Ektefeller kan oppleve at forholdet endres fra et gjensidig partnerskap til et mer ensidig forhold basert på pleie (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 52-54).

2.3 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er i dag et viktig satsningsområde for norske myndigheter. Det er forventet at eldre kan dra nytte ved å benytte seg av moderne velferdsteknologi. Det kan også bidra til at eldre kan bo lenger hjemme. Det kan være økonomisk gunstig, samt avlaste helsepersonell i sitt arbeid. Velferdsteknologi beskrives som teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Dette kan styrke den enkeltes evne til å klare seg i hverdagen tross sykdom som sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (NOU, 2011:11, s. 99).

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. Dette kan ikke nødvendigvis erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men det kan tilrettelegge for økt selvstendighet og trygghet (NOU, 2011:11, s. 99).

Ifølge NOU-rapporten kan 20 % av omsorgstjenestens oppgaver helt eller delvis løses ved bruk av teknologi (NOU, 2011:11, s. 99). Det meste knyttes til arbeidsformer og organisering (Laberg, 2011, s.2). I NOU-rapporten deles velferdsteknologi inn i fire kategorier. Trygghets- og sikkerhetsteknologi er teknologi som bidrar til at personer føler seg trygge i sine omgivelser, og kan bidra til selvhjulpenhet. Kompensasjons- og velværeteknologi anvendes for å hjelpe personer blant annet ved funksjonsnedsettelse eller nedsatt hukommelse. Teknologi for sosial kontakt sørger for at personer holder kontakt med sine sosiale omgivelser. Teknologi for behandling og pleie omhandler teknologi som hjelper helsevesenet til å følge helsetilstand til den enkelte i hjemmet uten å være fysisk til stede. Den hjelper også menneske til å mestre egen helse for eksempel ved kroniske lidelser (NOU, 2011:11, s. 100).

Moderne velferdsteknologiske løsninger kan være et ledd i tilrettelegging for selvstendig liv med god livskvalitet. Det kan bidra til å løse praktiske oppgaver både i og utenfor hjemmet. Dermed kan det avlaste offentlige helsetjenester samt pårørende. Det kan også på sikt kombineres med GPS (Tuntland, 2015, s. 237-238).

Lokaliseringsteknologi er teknologi som kan beregne og gi informasjon om geografisk posisjon. GPS (Global Position System) er et eksempel på et av systemene som blir brukt. Dette er satellittbasert teknologi. Denne teknologien vil gi signaler fra bærer til mottaker om posisjon (SINTEF, 2014).

2.4 Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven har til formål å sikre lik tilgang til kvalitetssikrede helse-tjenester for hele befolkningen. Den skal sikre pasientrettigheter, ivareta menneskeverd, integritet og liv, samt fremme sosial trygghet (Store Norske leksikon, 2019). Loven omfatter også samtykke og samtykkekompetanse. Alle personer over myndighetsalder har i utgangspunktet rett til å selv bestemme hvilke helsetjenester de velger å motta. Unntaksvis kan man få bortfall av samtykkekompetansen som følge av fysisk eller psykisk sykdom, herunder demens. Dette skal alltid vurderes individuelt jamfør §4-3 (Pasient- og brukerret-

tighetsloven, 2018, §4-3). Bruk av varslings -og lokaliseringsteknologi er regulert av §4-6, og slår fast at teknologien kun skal benyttes for å hindre eller begrense risiko for skade. Det stilles også krav til at brukeren ikke skal motsette seg tiltaket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §4-6). Ved bruk av moderne velferdsteknologi er det ikke alltid opplagt at brukeren har anledning til å motsette seg tiltaket. Eksempelvis kan en bruker med demens overvåkes langt ut over det brukeren selv oppfatter, dermed finnes det etiske utfordringer knyttet til bruk av slike tiltak.

2.5 Velferdsteknologi og ergoterapeutens rolle

Ergoterapeuter er sentrale når det gjelder kunnskapsbasert hjelpemiddelformidling. Deres primære kompetanse er å tilrettelegge for aktivitet og deltakelse ut i fra brukerens behov og ønsker. Sammenhengen mellom person, aktivitet og omgivelser, samt målet om å muliggjøre aktivitet og deltakelse er sentralt i arbeidet (Bevensee & Hove, 2013, i: Brandt, Madsen & Peoples, 2013, s. 73-95). Ergoterapeuters rolle er å vurdere hvilke tiltak som skal settes inn for brukeren, også ved bruk av velferdsteknologi (Laberg, 2011, s. 1-4). Ergoterapeuter er også sentrale i arbeidet med å forklare hensikt og virkning av tiltak, herunder teknologiske hjelpemidler som lokaliseringsteori. Både gevinster og ulemper forbundet med tiltaket bør belyses.

Empowerment er et sentralt begrep i moderne ergoterapeutisk arbeid (Tuntland, 2015, s. 55). Det defineres som en prosess med mål å frigjøre individet og tilrettelegge for selvstendige valg (Bernhoft-Osa, Fjeldstad, Erichsen, Nes & Kötterheinrich, 2005, s. 26). Ergoterapeuter må lytte og ta hensyn til både brukere og pårørende, og bør være løsningsorientert og åpen for tverrfaglig samarbeid. Dette innebærer iblant at man må se vekk fra tradisjonell teori. Ergoterapeuter skal være en samarbeidspartner som kommer med råd basert på brukerens behov og ønsker (Tuntland, 2015, s. 56-59). Vurdering av tiltak kan med fordel være basert på å fremheve og styrke gjenværende ressurser hos brukeren i stedet for å skulle gjenopprette tapte egenskaper. Eksempelvis kan en person med demens ellers ha gode somatiske forutsetninger og dra nytte av den fysiske aktiviteten en spasertur gir. Ved bruk av lokaliseringsteknologi vil potensiell konsekvens av at personen går seg vill reduseres, hvilket gir større frihet. Økt frihet kan resultere i økt livskvalitet. Dette er et tenkt eksempel på empowerment i praksis.

3 Teori

Ut fra problemstillingen ser vi det relevant å trekke inn disse tre ergoterapeutiske teoriene som er Model of Human occupation (MoHO) og Occupational Justice (OJ). Vi vil ta utgangspunkt i MoHo fordi den gir et helhetlig syn på bruker, støtter aktivitetsfokus praksis, bidrar til å prioritere brukerens behov og ønsker, samt tilbyr en klientsentrert tilnærming. Modellen fokuserer på det dynamiske samspill mellom person, aktivitet og omgivelser (Kielhofner, 2008, s.1). Vi ønsker også å trekke inn det ergoterapeutiske perspektivet om aktivitet og deltakelse inn under MOHO fordi ergoterapeuter er opptatt av at eldre skal bevare aktivitet og deltakelse i hverdagsliv med tanke på mulige nedsatte kroppsfunksjoner (Vik, 2012)

Vi velger også å trekke inn teorien om Occupational Justice, fordi den fokuserer på personens deltakelse i samfunnet, og på relasjon mellom hverdagsaktivitet, helse og livskvalitet. Ergoterapeuter har lenge vært opptatt av sosial rettferdighet og rettferdig fordeling av ressurser og makt. (Stadnyk, Townsend & Wilcock, 2010, s.308-309).

3.1 Model of Human Occupation (MOHO)

I MoHo blir mennesker sett på med tre faktorer som henger sammen. Disse faktorene er vilje, vanedannelse og utøvelseskapasitet (Kielhofner, 2012, s. 26). Vilje er et mønster av personens tanker og følelser som en aktør i sin omverden, og handler om motivasjon for aktivitet. Vanedannelse blir definert som et beredskap som viser atferdsmønstre som styrer personens vaner, roller og som er tilpasset personens rutinemessig, tidsmessig, fysiske og sosiale omgivelser. Dersom det er gjentakelse av atferdsmønstre i bestemte kontekster og sammenhenger vil dette resultere i vanedannelse (Kielhofner, 2012, s. 26).

Kielhofner (2012) hevder at atferd i kjente omgivelser og situasjoner påvirkes av vane og roller. Utøvelseskapasitet er evnen vi har til å utføre daglige aktiviteter. Det er en evne som er bestemt av personers status for de objektive fysiske og mentale komponenter. I tillegg til personers tilsvarende subjektive erfaringer eller opplevelser. Subjektive opplevelser kan forstås med hvordan mennesket er i stand til å utføre meningsfulle aktiviteter, og hvordan sykdommer eller funksjonsnedsettelse oppleves og påvirker oss (Kielhofner, 2012, s. 31-32).

Kielhofner (2012) fastslår at meningsfulle aktiviteter utføres i ulike omgivelser, og påvirkes av fysisk og sosiokulturell kontekst. Omgivelser beskrives som de rom mennesker ferdes i og gjenstander som brukes samt muligheter og støtte. Omgivelsenes fysiske og sosiale aspekter kan muliggjøre eller forhindre aktivitetsutøvelse (Kielhofner, 2012, s. 23-34).

I følge Kielhofner (2012) er aktivitetsidentitet et resultat av menneskets opplevelse av evnen til å utføre daglige aktiviteter, ha valgmulighet til å velge meningsfulle aktiviteter samt mulighet til å opprettholde rutiner. Summen av livserfaringer, selvoppfattelse og ønsker kan danne grunnlaget for aktivitetsidentitet. Gjennom hele livet skaper mennesker aktivitetsidentitet gjennom aktivitet og deltakelse (Kielhofner, 2012, s. 119-120).

Aktivitet og deltakelse er et ergoterapeutisk perspektiv hvor aktivitet defineres som handlinger mennesker utfører og deltakelse defineres som menneskers involvering i dagliglivet. Deltakelse handler om involvering og adgang til sosiale og samfunnsmessig sammenheng, både alene og sosialt (Birk & Langdal, 2013, I: Brandt, Madsen. & Peoples, 2013, s.125). Ergoterapeuter arbeider ut fra en grunnleggende verdi at menneske gjennom deltakelse i aktivitet blir menneskers subjektive opplevelse ved å ta utgangspunkt i det meningsfulle fremmet (Mathiasson, G. & Morville, A-L. 2013, s.98, I: Brandt et. al., 2013). Når mennesker engasjerer seg i meningsfulle aktiviteter, og det resulterer i følelsen av selvtillit, kan mennesker bli motivert til å engasjere seg i andre meningsfulle aktiviteter. Derfor forbinder Wilcock (1998) engasjement i meningsfulle aktiviteter med begrepene å gjøre, å være og å bli til, samt Rebeiro, Day, Semeniuk, O'Brien & Wilson (2001) med begrepet å høre til. Ergoterapeuter har med disse fire begrepene en forståelse av hvordan meningsfulle aktiviteter kan bidra til sunnhet og velvære (Birk & Langdal, 2013, s. 127, i: Brandt et. al., 2013).

3.2 Occupational Justice (OJ)

Occupational Justice kan defineres som en menneskerettighet knyttet til aktivitet og deltakelse for alle (Bryant, Fieldhouse & Banningen 2014 , s. 481). Teorien tar utgangspunkt i at mennesker er forskjellige med ulike behov som kan uttrykkes når vi utfører og deltar i hverdagsaktiviteter (Stadnyk, Townsend & Wilcock, 2010, s.313). I følge Townsend & Wilcock (2004) er deltakelse gjennom hverdagsaktiviteter essensiell for å fremme helse, trivsel og sosial inkludering. Et aktivitetsperspektiv omhandler nye perspektiver og innsikt i rettferdighet knyttet til aktivitetsdeltakelse (Townsend & Wilcock, 2004, s.80). Townsend & Wilcock (2004) nevner fire rettigheter som er forbundet med rett til aktivitet og deltakelse. Første rettighet er retten til å erfare aktivitet som meningsfullt og berikende. Den andre er rett til å utvikle seg gjennom å delta i ulike aktiviteter for å forbedre helse og sosial inkludering. Den tredje er rett til å gi mulighet for å velge hvilke aktiviteter man har behov og interesse for. Den fjerde rettigheten er å ha nytte av rettferdige muligheter som tilrettelegger for deltakelse i forskjellige aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004, s.80). OJ baserer seg på at mennesker er aktive vesener. Mennesker interagerer med hverandre i aktivitet, og det kan være hensiktsmessig for helse og økt livskvalitet. OJ tar utgangspunkt i menneskers aktivitetsbehov, rettferdighet og empowerment. I tillegg til individuelle aktivitetsmuligheter (Townsend & Wilcock, 2004, s. 80).

Individuell autonomi utøves i et miljø eller en sammenheng, og gjennom hverdagsaktivitet kan mennesker uttrykke empowerment. Autonomi er retten til å bestemme over eget liv og sette egne mål. Personers autonomi skal respekteres av helsepersonell uavhengig av hvor selvhjulpne personer er og hvor stor grad av hjelpebehov som er nødvendig (Jepsen & Larsen, 2013 I: Brandt, Madsen & Peoples, 2013, s. 213-225).

4 Metode

I følge Dalland (2014) er innsamling av data å hente inn relevant informasjon. Litteratursøk har som mål å få et overordnet blikk over eksisterende kunnskap om et tema. Når vi søker etter relevante artikler er det en fordel å bruke søkeord som kan hjelpe oss til å finne relevante artikler som svarer på problemstillingen vår. Med problemstillingen vår som grunnlag bør vi utarbeide kriterier som begrenser søkene våre (Dalland, 2015, s. 68-71). Metoden i denne oppgaven er et litteraturstudie basert på fem vitenskapelige artikler. Aveyard (2014) definerer et litteraturstudie som “the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular topic” (Aveyard, 2014, s. 2).

4.1 Litteratursøk

Det ble hovedsakelig søkt etter artikler på norsk og engelsk. Det dukket opp flest relevante artikler når engelske søkeord ble benyttet. Derfor er artiklene som er benyttet i oppgaven hovedsakelig engelskspråklige. De ble lest, tolket, analysert og senere oversatt. Databaser som er benyttet i litteratursøket er: Bibsys, Oria, Pubmed, Google Scholar og researchgate. Studiene vi har benyttet oss av i oppgaven er i kvalitative. I følge Dalland (2015) er kvalitative metoder å undersøke meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2015, s. 112). Datainnsamlingen i studiene er gjort med intervju eller spørreskjemaer med et relativt lite antall informanter.

Søkeord: *demens og velferdsteknologi, gps og demens, dementia and gps-tracking, dementia caregivers, careholders, gps-enhet, lokaliseringsteknologi, implementering av lokaliseringsteknologi*

4.2 Refleksjon

Velferds- og lokaliseringsteknologi er teknologi som er i utvikling. Det må derfor tas hensyn til at fire av fem artikler som er brukt i oppgaven er fra 2009-2012, og at kvaliteten på hjelpemidlene kan ha forbedret seg siden den tid. I tillegg er bare to av de vitenskapelige artiklene fra Norge, og det må tas hensyn til at det kan være kulturelle forskjeller. Studiene inneholder få informanter og vi kan derfor ikke si at resultatene er representative for alle. I studiene har det også blitt benyttet flere ulike GPS-enheter. De fleste studiene brukt i oppgaven er intervjuer, og vi må da ta hensyn til at i intervjuer kan det ligge mulige feilkilder i kommunikasjonsprosessen. Vi kan for eksempel ikke vite om spørsmål er riktig oppfattet eller om intervjueren har oppfattet svaret riktig (Dalland, 2015, s. 120). I analysen vi har gjort av artiklene har vi trukket ut det mest relevante knyttet opp mot problemstillingen. Analyse handler om en grundig undersøkelse for å forstå innholdet i et intervju (Dalland, 2015, s.178). Datamaterialet vi fant delte vi systematisk opp i flere deler og så etter mønstre.

Validitet står for relevans og gyldighet og reliabilitet handler om pålitelighet (Dalland, 2015, s. 52). For å ivareta validiteten har vi brukt relevante søkeord og vi anser artiklene som gyldige for hva vi har undersøkt. For å ivareta reliabiliteten har vi brukt pålitelige og godkjente databaser. Vi har forsøkt å gi rene beskrivelser av hva som står i artiklene.

5 Resultat

I denne delen vil vi presentere resultatet av litteratursøket. Vi har valgt ut fem vitenskapelige artikler vi finner relevant og interessant for problemstillingen. Artiklene baserer seg på bruk av lokaliseringsteknologi hos personer med demens. De handler hovedsakelig om pasienter, pårørende og helsepersonells opplevelser samt utfordringer ved bruk.

R. Landau, S. Werner, G.K. Auslander, N. Shovad & J. Heinik (2009): Attitudes of Family and Professional care-givers toward the use of GPS in tracking patients with Dementia:

Artikkelen baserer seg på hvordan familie og helsepersonell som jobber med personer med demens opplever bruk av lokaliseringsteknologi. Studiet ble utført på bakgrunn av at vandring er en tendens i atferden hos personer med demens.

Studiet ble utført med en datainnsamling fra 69 familiemedlemmer av personer med demens og 96 profesjonelle helsepersonell. Studiet benyttet tre spørreskjemaer. Det første var for å måle etiske problemer. De skulle blant annet svare om de selv ville brukt GPS dersom de fikk demens. Det andre spørreskjemaet var et skåringsskjema hvor informantene skåret om hvem som burde være involvert i avgjørelsen om en person skal bære GPS. Det tredje gikk ut på å skåre viktigheten av enhetens design. De fem faktorene som omfattet informantenes holdninger til bruk av GPS var: respekt for personens autonomi, innvendinger mot bruk av enheten, støtte for bruk av enheten, forpliktelse til bruk av enheten for pasientens sikkerhet og begrenset støtte for bruk.

Resultat av studiet:

Den høyeste skårede faktoren var støtte for bruk av omsorgsgiverens tanker om situasjonen. Det var en forskjell på pårørende og helsepersonells holdninger til faktorene. Pårørende var mer positive til bruk av GPS enn helsepersonell. Helsepersonellet var mer opp-tatt av respekt for pasientens autonomi. De høyest rangerte alternativene når det kom til hvem som skulle involveres i implementeringsprosessen var (i riktig rekkefølge): mest involvert familie, ektefelle, barn og pasienten selv. Her så man også en forskjell på pårørende og helsepersonell. Pårørende skåret høyere enn helsepersonell på at pasienten selv skulle involveres i beslutningen. Resultatet av skåringsskjemaet om enhetens design var at pårørende mente det burde være mulighet for å låse enheten rundt pasientens håndledd for å unngå at den ble glemt hjemme. I tillegg mente også flere pårørende enn helsepersonell at det var viktig med noe som kunne minne pasientene på å ta med seg GPS før de forlot hjemmet (Landau, Werner, Auslander, Shoal & Heinik. 2009. s. 671-692).

E.B. White, P. Montgomery & R. McShane (2010): Electronic tracking for people with dementia who get lost outside the home: a study of the experience of familiar carers:

Artikkelen handler om lokaliseringsteknologi for personer med demens som gikk seg bort utenfor hjemmet og pårørendes erfaringer. Studiet er et kvalitativt studie i form av intervjuer med 10 omsorgspersoner. Informantene var enten barn eller partner av en person

med demens. Intervjuene fokuserte på informantenes subjektive erfaringer med bruk av GPS-sporing. De fikk spørsmål som omhandlet deres opplevelse av utfordringene, bruk av systemet, syn på autonomi og hvordan prosessen var når de skulle bestemme seg for å benytte seg av GPS. GPS-enheten som ble brukt var en GPS som lignet på en mobiltelefon.

Resultat av studiet:

Det er oppgitt i artikkelen at syv av personene med demens levde med en partner, to levde alene og en levde med en sønn. Av disse hadde ni gått seg bort i løpet av de siste seks månedene og seks av disse hadde gått seg bort minst 3 ganger. Fire hadde ingen annen strategi for å få kontroll over vandringen annet enn GPS og seks hadde brukt en strategi som omhandlet konstant oppsyn av personen med demens. Det kom frem at pårørende ikke kun var bekymret for vandringen, men også det etiske knyttet til autonomi og privatliv.

Alle de pårørende forbandt "å gå seg bort" med fare. En av informantene var bekymret for den psykiske velværen til personen med demens ved vandring, da hun mente at vedkommende virket engstelig. De resterende ni informantene trodde at personene med demens så på vandringen som uproblematisk. Omsorgspersonene opplyste at de var bekymret for sin egen psykiske helse, og tre av informantene sa at de brukte lokaliseringsteknologi for å redusere sin egen følelse av angst. Risiko for institusjonalisering av personene med demens var en bekymring for to av informantene. Ni informanter vurderte sikkerhet som viktigere enn personvern og fire mente at alle med demens burde benytte seg av GPS.

Syv informanter mente at å akseptere gps-sporing var avhengig av personlige faktorer. En av informantene mente at grunnen til at ektemannen hadde gått med på GPS-sporing var fordi han var åpen om sykdommen sin. En annen informant sa at ektemannen alltid var tolerant og derfor hadde han gått med på det. Seks av informantene mente også at forholdet de hadde med personen med demens spilte stor rolle. En av informantene følte seg tynget av hele situasjonen, slik at når ektemannen hadde nektet å bære GPS-enheten, hadde hun ikke forsøkt mer. En annen informant sa at hvis ektemannen kunne gå ute trygt, kunne hun få tid til seg selv.

Sju av informantene mente at teknologien var godt tilgjengelig, én mente at enheten trengte enklere instruksjoner. Syv av omsorgspersonene mente enheten var for stor og ubehagelig å bære med seg. En mente at toleransen for enheten ville bli lettere akseptert dersom det var et kjent objekt for personen, som for eksempel en klokke.

Ni av informantene sa at GPS ga dem et roligere sinn og at de slappet av i større grad enn tidligere. En informant rapporterte at det kun ga litt avslapning, i og med at det var mange andre bekymringer knyttet til sykdommen. Tre informanter mente det ga personen med demens større frihet. Den ene informanten som hadde en ektemann som ikke aksepterte GPS-enheten, fortalte at det resulterte i at hun låste dørene slik at han ikke skulle gå ut. En av informantene fortalte om at batteriet en dag hadde gått tomt og han var ikke i stand til å lokalisere faren sin. Likevel påpekes det at det er behov for større studier knyttet til sikkerhet og klinisk verdi ved bruk av GPS (White, Montgomery, & McShane. 2010. s.152.158).

Y. Dahl & K. Holbø (2012): “There Are No Secrets Here!”: Professional Stakeholders’ Views on the Use of GPS for Tracking Dementia Patients:

Artikkelen handler om helsepersonell sin holdning til bruk av GPS i demensomsorg. Studiet ble gjennomført på bakgrunn av at personer med demens ofte ble passive fordi å gå ut ble vanskelig og usikkert. Det var elleve helsearbeidere i fokusgruppen. Helsepersonellet som var inkludert i studiet var ansatte ved sykehjem, hjemmesykepleier og alarmservice-ansatte i Norge. I tillegg var administrative personer ved institusjonene inkludert. Det var fire hovedtemaer som ble drøftet: De ulike perspektivene, autonomi, kunnskapen de hadde om pasientene og rutinene for bruk av GPS-sporing. I løpet av denne tiden skulle pasienter bære en GPS-enhet. Helsearbeiderne foreslo kandidater som kunne delta i studiet. Kandidatene var personer som de mente hadde trafikkforståelse og var vurdert som sikre til å gå ut alene. Avgjørelsen om pasientene ble tatt etter tett dialog med pasienten, slektninger og annet helsepersonell. Studiet involverte fire pasienter.

Resultat av studiet:

Fokusgruppen hadde ulike meninger. Noen mente at lokaliseringsteknologien kun skulle benyttes ved tilfeller hvor det var mulig å anta at pasienten var i risiko for ulykker. Noen mente at å bruke lokaliseringsteknologien kontinuerlig ville føre til større sikkerhet for pasienten. For en gruppe var hovedårsaken til bruk av teknologien å forhindre pasienter fra å komme til skade. Disse fortalte om hendelser hvor pasientene hadde vært borte i lengre perioder, spesielt på vinterstid, og de mente dette kunne rettferdiggjøre bruken av kontinuerlig sporing.

Alle deltakerne var enige om at den største motivasjonen for bruk av GPS var å redusere muligheten for at pasienten skulle komme til skade. Hjemmetjeneste-ansatte fortalte om en pasient som bodde alene, men som ofte ikke var hjemme da de kom til avtalt tid. De vurderte situasjonen som kritisk, da pasienten ofte var ute etter hjemmetjenestens siste besøk. De nevnte også at pasienten ofte ikke var hjemme når hun skulle få utdelt medisiner, og mente da at tiden de brukte på å besøke pasienten heller kunne brukes på andre pasienter, og at en GPS kunne gi dem informasjon om hun var hjemme eller ikke. De så på GPS som et tidsbesparende hjelpemiddel.

Informantene sa at de var opptatt av pasientenes personvern. Å skulle overvåke en pasient skapte sterke negative reaksjoner. En av deltakerne mente det førte til at “det ikke lenger var noen hemmeligheter”. Deltakerne som var for restriktiv bruk av lokaliseringsteknologi var også ukomfortable med å bruke dette på daglig basis. En deltaker påpekte at det var bra å bruke GPS når det gjaldt pasienters sikkerhet, men at det var annerledes dersom man brukte den som et tidsbesparende hjelpemiddel. Da var GPS-en brukt for helsepersonellens gevinst og ikke pasientens. Mange i gruppen var enige i om at GPS var for pasientenes beste interesse.

Flere av deltakerne mente det var viktig å være kjent med pasientene og deres atferdsmønster for å kunne forstå lokaliseringsinformasjonen, og for å vite når man skulle ta avgjørelser om å gripe inn. Muligheten til å trekke konklusjoner angående pasienten viste at det var viktig å kjenne til pasienten. Eksempler var hvor pasienten handler, hvor pårørende

og venner bor og transportvanene. Dette er kunnskap helsepersonell får etterhvert som de blir kjent med pasientene. Deltakere fra alarmsentralen pekte også på at informasjon fra GPS-enheten alene ikke var nok til å rykke ut. Dette personellet hadde typisk ikke nok kunnskap om hver enkelt pasient.

Det siste temaet for gruppen var fokus på de formelle rutinene for GPS-sporing av pasientene. Noe som ble diskutert i gruppen var hvem som var ansvarlig for å finne ut av den geografiske posisjonen til pasienten, hvor ofte det skulle sjekkes og hvilke avgjørelser som skulle taes når det gjaldt om man skulle gripe inn eller ikke. De mente det måtte være individuelle rutiner for hver enkelt pasient (Dahl & Holbø. 2012.s. 133-142).

Faucounau, V., Riguet, M., Orvoen, G., Lacombe, A., Rialle, V., Extra, J., Rigaud, A-D. (2009): "Electronic tracking system and wandering in alzheimer's disease: A case study":

Artikkelen omhandler elektronisk sporingssystem ved Alzheimer sykdom eller annen type demens. Faucounau et al. (2009) hevdet at studiet ikke kan generaliseres fordi den kun tar utgangspunkt i en person med demens og pårørende. Likevel kan studiet sammenlignes med lignende saker. Fokuset i studiet var å identifisere opplevelsen til en person med demens og hans ektefelle ved bruk av GPS. Gjennom intervju har personen med demens og hans ektefelle fått frem deres behov og oppfatninger om sporingsenheter, og fortalt deres opplevelse om bruk av enheten i slutten av testperioden. Artikkelen hevder at GPS-enheter blir produsert uten brukerens medvirkning eller involvering fra startfase til slutfase.

Resultat av studiet:

Bruken av GPS-sporing skapte etiske problemer med tanke på brudd på personvern og personens verdighet, samt tap av frihet. Mannen med demens hadde prøvd en sporingsenhet tidligere i form av armbåndsurs. Han likte det ikke fordi han ikke hadde mulighet til å ta den av når han ville. Samtidig samtykket han til å prøve ut ulike sporingsenheter for at ektefellen skulle føle seg trygg når han var alene utendørs. Det han var mest interessert i var å ha en enhet på beltet sitt med klips slik at han kunne ta den på og av selv. Ektefellen mente at en enhet i et armbåndsurs var det beste alternativet fordi det var vanskeligere for mannen å ta av, og det var en vane for mannen å ta på klokken når han gikk ut.

Det var en del utfordringer som oppstod ved utprøving av GPS-enheten. Brukeren syntes at enheten var stor og mente den så stygg og lite attraktiv ut. Han fortalte at han glemte i blant å ta med den seg utendørs. Ektefellen uttrykte at det var utfordrende og at hun var engstelig når mannen var ute uten enheten. Hun uttrykte at hun ikke klarte å ha kontroll over lokaliseringsteknologien for å vite hvor mannen hennes var etter mange timer ute. Batteriet til enheten gikk raskt tom for strøm, fordi mannen pleide å vandre i mange timer (Faucounau, Riguet, Orvoen, Lacombe, Rialle, Extra, & Rigaud. 2009. S. 580-587).

Grut, L., Øderud, T., Bøthun (2017): GPS som hjelpemiddel for personer med orientingsvansker:

Artikkelen fokuserte på hvordan personer med kognitiv svikt og orientingsvansker reflekterte over bruk av lokaliseringsteknologi, og hvordan brukere tenker på å bære en GPS-enhet. Studiet ønsket også å finne ut av brukernes forhold mellom trygghet, bevegelsesfrihet og autonomi, samt deres synspunkt på at deres pårørende kan følge med på hvor de befant seg. Studiet var kvalitativt og tok utgangspunkt i fem personer med kognitiv svikt og orienteringsproblemer. Felles for disse var at de likte å gå turer alene. Deres pårørende deltok i intervjuene, og deres rolle var å støtte brukere hvis de hadde vansker med å uttrykke seg. Studiet tok hensyn til tre temaer i intervjuene. Grut et al. (2017) valgte å ta utgangspunkt i og fokuserte på tre av de fem brukerne som deltok på intervjuene.

Resultatet av studiet:

Ut ifra samtalene med brukerne kom det frem tre temaer som forfatterne syntes var interessant og som ble diskutert i artikkelen. Først var det viktig for brukerne å selv bestemme når og hvor de gikk utendørs, samt hvor lenge de ønsket til å være der. Deretter om brukerne hadde innsikt i deres sykdom og hva det innebar å være ute alene uten følge. I tillegg til deres refleksjoner om trygghet og bevegelsesfrihet. Til slutt var det viktig for forståelse av hensikten til lokaliseringsteknologien og dens funksjon.

En bruker var i åttiårene og bodde alene i omsorgsbolig. Før bruk av GPS hadde han forårsaket flere leteaksjoner. Han oppga at barna var bekymret og det hadde gjentatte ganger vært diskutert om han kunne begrense de daglige spaserturene. Brukeren mente det var viktig for han å bestemme selv, i tillegg til at han heller ønsket å bevege seg fritt enn full trygghet. Pårørende sa det var viktig å respektere ønskene hans. Brukeren mente at GPS spilte en rolle i hans sosiale liv og at det bidro til et bedre forhold til familien dersom de kunne føle seg trygge.

Den andre brukeren var i sekstiårene og var vant med å ha et aktivt liv. Han bodde sammen med familie og var ute hver dag. Han uttrykte at muligheten til å bevege seg fritt ute var viktigere enn full trygghet. Han ønsket å bestemme selv hvor og når han skulle ut å gå. Som regel fant han veien hjem selv, men ble hentet dersom han ikke visste hvor han befant seg. Brukeren ønsket ikke å sette grenser for hverdagsaktiviteter som var en stor del av livet hans. Han uttrykte at han ville fortsette å leve et liv som i størst mulig grad bekreftet hans identitet. Han ønsket ikke å delta i tilrettelagte aktiviteter, var lite opptatt av sin egen sikkerhet og ga et klart uttrykk for at han aksepterte risikoen av å gå alene. Brukeren hadde allerede kunnskap når det gjaldt bruk av GPS, og ektefellen hadde lært seg hvordan GPS fungerte.

Den siste brukeren var i midten av femtiårene og bodde med familie. Hun var opptatt av å holde seg i form og hadde brukt å gå turer alene i nærområdet. I motsetning til de to andre brukerne var hun svært opptatt av å føle seg trygg. Hun benyttet seg av tilbud fra kommunen om tilrettelagte aktiviteter for personer med demens. Brukeren fortalte at hun var avhengig av støtte fra pårørende i sosiale situasjoner og at å stole på at noen finner henne dersom hun ikke fant veien hjem var viktig. Hun så på GPS som en sikkerhet i hverdagen.

Hun var også positiv til å bruke GPS. Hun etterspurte mer opplæring, slik at hun kunne forstå hvordan GPS fungerte. Hun følte seg enda ikke helt trygg på at GPSen kunne hjelpe henne, noe som resulterte i redusert bruksverdi.

Grut et al. (2017) hevder i artikkelen at pårørende har spilt en nøkkelrolle i den daglige bruken av teknologien. Det er ikke alle pårørende som har mulighet til å støtte brukere fordi de verken har kapasitet, kunnskaper eller ferdigheter til å ta på seg oppgaver og ansvar som følger med. Teknologien kommer inn som et hjelpemiddel som kan bidra til å håndtere sosiale relasjoner. Den kan brukes for å minimere usikkerhet og risiko som kan oppstå når brukeren beveger seg ute alene. Å sette fokus på brukernes ønsker, verdier, rutiner, vaner som er deres identitet er essensiell for å tilrettelegge for en GPS-enhet som kan møte brukernes behov.

6 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil vi diskutere rundt problemstillingen basert på funn og teori. Vi er interessert i å finne ut av hvilke gevinster lokaliseringsteknologi vil gi personer med demens, pårørende og helsepersonell, samt utfordringer som er knyttet opp til bruken av slik teknologi.

6.1 Pasientens nytteverdi

I Norge er målet å skape gode tiltak i helsevesenet slik at mennesker kan bo lengst mulig hjemme. Som nevnt i innledningen koster en sykehjems plass årlig 900.000 kr (NOU, 2011, s. 77). Dersom lokaliseringsteknologi blir benyttet av mennesker med demens vil det antas å være hensiktsmessig for å unngå tidlig institusjonalisering av denne brukergruppen. Med institusjonalisering menes at brukeren endrer sitt normative atferdsmønster fra å ha full råderett over egen hverdag til å innrette seg etter faste rutiner satt av institusjonen (Store norske leksikon, 2015). Dette vil resultere i at mennesker med demens kan delta lenger i samfunnet og bo lengst mulig i egen bolig.

I artikkelen til Grut et al. (2017) oppgir brukerne at det er viktig for dem å bestemme selv. Ut fra funnene ser vi at lokaliseringsteknologi kan gi større frihet for personer med demens. De kan bevege seg utendørs alene uten konstant oppsyn. Det kan derfor antas at de vil føle på en følelse av selvstendighet. GPS-sporing vil kunne gi personer med demens trygghet til å bevege seg ute i omgivelsene, og at dette igjen kan føre til mestringsfølelse. Det kan bidra til at personer med demens kan håndtere hverdagsoppgaver og utfordringer knyttet opp mot sykdommen.

Å gi mennesker mulighet til å ta egne valg er viktig. Å bevege seg utendørs dersom man ønsker det vil være en meningsfull aktivitet for noen. I følge Townsend et al. (2004) vil utførelsen av meningsfulle aktiviteter føre til økt livskvalitet. Livskvalitet er en følelse av å ha et godt liv. Dette vil bidra til å la personene bevare en følelse av selvstendighet og myndiggjøring. Personer med demens bør ha mulighet til å velge om man vil delta eller ikke ut fra deres egne ønsker og behov. Dette resulterer i at personenes autonomi blir respektert.

Occupational justice handler blant annet om at man skal ha rett til å utvikle seg gjennom å delta i ulike aktiviteter for å forbedre helse og for sosial inkludering (Townsend & Wilcock, 2004, s.80). Å være fysisk aktiv vil i seg selv kunne være en helsegevinst. I studiet til White et al. (2010) fortalte en informant at hvis ektemannen ikke ville bære en GPS-enhet, resulterte det i at hun låste dørene slik at han ikke kunne gå ut alene. Vi antar ut fra perspektivet om aktivitet og deltakelse at dette vil kunne føre til passivitet, følelse av å ikke være sjef i eget liv, frustrasjon og mangel på aktivitet og deltakelse. Viljen de har til å gå på turer vil føre til en opprettholdelse av motoriske ferdigheter som i større grad kan bidra til å holde fysikken vedlike. Pasienten kan da slippe passive mønstre dersom de blir låst inne. En kognitiv funksjonsnedsettelse kan endre mye i livet, men det betyr ikke at det behøver å forhindre aktivitetsdeltakelse.

I studien til Grut et al. (2017) nevner den ene brukeren at han ønsker å leve et liv med aktiviteter som bevarer hans identitet. Kielhofner (2012) hevder at aktivitetsidentitet dreier seg om hvem man er som person i aktivitet. Det gir mulighet til å definere seg selv. Selv om en person blir syk har man sine rutiner, vaner og interesser å forholde seg til fra tidligere. Det vil også gi mulighet til å følge opp deres interesser og verdier, delta i aktiviteter og å handle med mål om å oppnå et resultat. Vi antar at bruk av lokaliseringsteknologi vil kunne gi mulighet til å opprettholde dette.

Personene med demens som har blitt inkludert i studiene vi har brukt er eldre mennesker. Grunnet alderdom og sykdom kan det antas at de føler på redusering av selvstendighet grunnet fysisk og kognitive funksjonsnedsettelse. Kielhofner (2012) hevder i MOHO at vilje er et mønster av personens tanker og at det dreier seg om motivasjon for aktivitet (Kielhofner, 2012, s. 26). Alle mennesker har en vilje og en indre motivasjon og vi antar at lokaliseringsteknologi vil kunne bidra til at personer med demens kan motiveres til å utføre meningsfulle aktiviteter, samt å føle trygghet i omgivelsene. Ut fra perspektivet om aktivitet og deltakelse kan vi anta at dette kan bidra til å opprettholde selvstendighet, fysisk aktivitet og økt livskvalitet. Vi vil også anta ut fra MOHO at det vil gi mulighet til å oppholde seg i kjente omgivelser, samt opprettholde daglige rutiner.

Ut fra funnene ser vi at lokaliseringsteknologi kan gi større frihet for personer med demens fordi de kan bevege seg utendørs alene uten konstant oppsyn. Denne friheten kan resultere i at pasientene føler anerkjennelse, kontroll over eget liv og at de har kapasitet til å utføre ulike aktiviteter.

6.2 Pårørendes nytteverdi

Jakobsen & Homelien (2011) hevder at å være pårørende til en demenssyk person kan være en sårbar situasjon fordi det kan føre til mange endringer i hverdagslivet. Demenssykdom påvirker personens atferd og endrer hverdagen. Ut ifra dette sier Jakobsen et. al. (2011) at det kan føre til skam overfor pårørende. Når en person får demensdiagnose hevder Jakobsen et. al. (2011) at pårørende kan ha følelser som ensomhet, isolasjon, sorg, uro og bekymringer. Kommunikasjon og samhandling endrer seg i familiens forhold og i andre sosiale omgivelser. I artikkelen til Grut et al. (2017) informerte en bruker at ved bruk av GPS hadde det blitt mindre konflikt i familien, grunnet mindre bekymring fra pårørende.

I følge Laberg (2011) finnes det tiltak som kan anvendes for å støtte et trygt og selvstendig liv. Det kan menes at tiltaket kan støtte personers hverdag og samtidig gi en trygghet til pårørende. Lokaliseringsteknologi kan bidra til å øke livskvalitet for pårørende, avlaste dem og kan gi trygghet når personen med demens bruker det utendørs. I studiet til White et al. (2010) mente pårørende at når de visste at personen med demens kunne vandre trygt ute, bidro det til at de kunne få tid til seg selv. Dette kan knyttes opp mot MOHO fordi de vil kunne få tid til å utføre sine daglige rutiner og aktiviteter, og bevare sin aktivitetsidentitet i større grad. De vil for eksempel kunne opprettholde deres verdier og interesser.

NOU (2011) hevder at teknologi kan bidra til at personen blir mer selvhjulpent. Ut ifra dette kan det tenkes at selvhjelpenhet til person med demens i hverdager kan bidra til at pårø-

rende får mulighet til å utføre egne meningsfulle aktiviteter og at de ikke føler seg alene om ansvaret (Jakobsen et. al. 2011). Det kan bidra til at det blir lettere for pårørende å engasjere seg i sosiale og meningsfulle aktiviteter. Utførelsen av meningsfulle aktivitetene kan bidra til å øke livskvalitet og forbedre helse, ifølge Stadnyk et. al (2010).

Felles for alle de vitenskapelige artiklene vi har benyttet som inkluderer pårørende er at lokaliseringsteknologi i form av GPS-sporing gir pårørende en trygghet i hverdagen. Alzheimers Society London (2019) hevder at personer med demens kan ha en sterk følelse av å vandre, og dette kan føre til både positive og negative konsekvenser. På grunn av de negative sidene av vandring kan det føre til at pårørende bekymrer seg. Ved GPS-sporing vil pårørende til enhver tid ha oversikt over hvor personen befinner seg, og de har mulighet til å gripe inn hvis det er risiko for skade.

6.3 Helsepersonellens nytteverdi

Gjentakende i funnene er at helsepersonell er svært opptatt av pasientenes autonomi og privatliv, i tillegg til pasientenes sikkerhet. Dette vitner om at lovverk og rettigheter er bevart i deres tenkemåte og dette kan være positivt for forhold mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. I artikkelen til Dahl & Holbø (2012) oppga noe helsepersonell at lokaliseringsteknologi kunne bidra til å effektivisere arbeidet deres. Dette kan være et dilemma hvis man skal bedømme hvem lokaliseringsteknologien egentlig skal hjelpe.

Likevel ser vi at effektivisering av helsetjenester på denne måten vil kunne føre til at flere pasienter kan få bedre og raskere hjelp. Et eksempel fra studiet til Dahl et al. (2012) er at hjemmetjenesten kan unngå å reise til pasienter de vet ikke er hjemme. På denne måten kan hjemmetjenesten bruke ressursene sine til å besøke pasienter som de vet er hjemme. De så derfor på GPS-enheter som et tidsbesparende hjelpemiddel. Det kan tenkes at mer tid for helsepersonell vil kunne resultere i bedre kvalitet i tjenestene, samtidig som det blir mindre belastende og mindre stressende arbeidsdager. Vi vil anta at disse faktorene vil bidra til økt livskvalitet hos helsepersonellet og bedre trivsel i jobbsituasjonen.

Ved bruk av GPS-sporing hos helsepersonell vil dette bidra til at de kan gi personer med demens større mulighet til aktivitet og deltakelse. Dersom personer med demens får mer selvstendighet resulterer det i at helsepersonell ikke nødvendigvis må følge pasientene overalt. Helsepersonell vil med GPS bidra til å tilrettelegge omgivelsene slik at det blir tryggere for pasienter å ferdes ute. I forhold til Townsend et al. (2004) sin teori om Occupational Justice så har alle mennesker rett til å utføre meningsfull aktivitet. Helsepersonellet vil, med GPS-sporing, kunne bidra til at flere personer med demens kan utføre aktivitetene de selv mener er meningsfulle. Dette er i større grad mulig dersom pasienter bærer med seg en GPS-enhet. At helsepersonell kan bidra til å redusere eller eliminere skader hos pasienter kan utgjøre en positiv effekt for både helsepersonell, pårørende og pasienten. I tillegg vil helsepersonell kunne bidra til at pasientene kan bevare fysikken gjennom fysisk aktivitet. Vi antar også at dersom pasientene får mestrings-, trygghet og selvstendighetsfølelse gjennom det å bevege seg rundt alene vil det være positivt for atferd, som igjen kan bidra til en mindre belastning i jobbsituasjon.

6.4 utfordringer ved implementering

Utfordringer som er verdt å nevne er synligheten, brukervennligheten og personvern. Vi ser at noen informanter fra funnene var bekymret for stigma knyttet til å bære en GPS-enhet. Hvordan enheten skal utformes vil alltid være et kritisk punkt, i og med nødvendigheten av brukervennlighet og stigma. Det er ikke alle som velger å være åpne om sykdom, og for å unngå at man føler på en belastning av å bære utstyret, bør utstyret designes diskret og brukervennlig. En konsekvens av demens er som nevnt kognitiv svikt. I artikkelen til Landau et al. (2009) var det også bekymring fra pårørende at GPS-enheten kan bli glemt hjemme. Dersom enheten blir glemt hjemme vil dette føre til uforutsigbarhet og usikkerhet.

I tillegg er lokaliseringsteknologi avansert. En stor andel brukere av teknologien vil være eldre personer med demens og eldre pårørende. Disse menneskene er fra en generasjon hvor de ikke er vant med å bruke slikt. Derfor kan det være en utfordring å lære seg å benytte seg av dette og det krever innsats fra både personer med demens, pårørende og helsepersonell å lære det. I tillegg må helsepersonell kunne formidle denne kunnskapen videre. Lokaliseringsteknologi i demensomsorg er ingen enkel oppgave. Det krever mye ansvar for pårørende og det krever en viss type kapasitet og kompetanse. I tillegg ble det oppgitt i tre av studiene at batterilevetiden var et kritisk punkt, i og med at den kunne gå tom for strøm, og ved slike situasjoner ville ikke GPS-enheten lenger være et pålitelig hjelpemiddel.

Et stort dilemma ved implementering av lokaliseringsteknologi i form av GPS hos personer med demens er å finne en balanse mellom personens autonomi, personvern og sikkerhet. Noe vi ser gjentar seg i funnene våre er usikkerheten om hvem som skal involveres i en slik implementeringsprosess. Som tidligere nevnt er et klassisk symptom ved en demenssykdom nedsatt kognitiv funksjon. Dette gjør at pasientene ikke alltid har forståelse for situasjonen og man kan derfor anta at flere personer med demens ikke kan redegjøre for seg selv og ta egne beslutninger basert på individets eget beste. I følge pasient- og brukerrettighetsloven skal samtykkekompetansen alltid vurderes, og for at teknologien skal kunne benyttes skal det være for å forhindre eller begrense risiko for skade (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, § 4-6). Det er ikke sikkert at en person med demens har evne til å forstå dette. Dette kan mulig føre til en følelse av tapt selvstendighet, at de blir overvåket og liten forståelse for tiltaket.

En utfordring nevnt i artikkelen til Dahl & Holbø (2012) er at lokalisering av personer med demens krever en viss kunnskap om pasientene. Dette er for å kunne identifisere når de er utenfor sine sosiale og naturlige omgivelser. Med tanke på at det ofte er vikarer og mangel på kjent helsepersonell i flere institusjoner vil det muligens kunne oppstå misforståelser om hvor og når man skal gripe inn. Dette vil kunne føre til misforståelser og man kan anta at det kan føles nedverdiggende for personer med demens.

7 Konklusjon

Det er flere positive gevinster for både pasienter, pårørende og helsepersonell ved bruk av lokaliseringsteknologi i demensomsorgen. Likevel krever teknologien ressurser, god kunnskap om pasienter og demenssykdom. Det vil alltid være et dilemma når det angår bruk av lokaliseringsteknologi med tanke på samtykke og hensikt med bruken. Lokaliseringsteknologi kan gi en trygghet for pårørende ved å kunne spore personer med demens. Vi ser også at enhetens utforming og brukervennlighet vil være et kritisk punkt. Bruk av lokaliseringsteknologien kan være ressursbesparende og økonomisk gunstig når det angår demensomsorg i Norge.

Det er viktig at bruk av GPS-sporing av personer med demens ikke skal bli sett på som en overvåkningsteknologi, heller en form for "frihetsteknologi". En teknologi som ikke bare vil føre til overvåkning, men som også kan gi frihet til brukeren. Vi ser for oss at bruk av slik teknologi vil resultere i økt livskvalitet, mulighet for aktivitet og deltakelse i hverdagen, frihet og trygghet for pårørende og personer med demens. I tillegg vil det kunne føre til senere eller mindre institusjonalisering av personer med demens. Lokaliseringsteknologi vil kunne bidra til at de hverdagslige aktivitetene man utfører blir lettere å opprettholde. I tillegg ser vi for oss at bruk av lokaliseringsteknologi vil kunne føre til effektivisering og kvalitetssikring av helsetjenester. Dette fordi det kan være et tidsbesparende hjelpemiddel for ulike helsetjenester.

Som kommende ergoterapeuter ser vi at ergoterapeuter er en viktig gruppe grunnet sin forståelse av aktivitet. Forståelsen av aktivitet kan ha spesielle forutsetninger for å forstå hvordan ulike former for teknologi kan kompensere for menneskelige ressurser. Det er likevel en utfordring å etablere organisering og implementering av slik teknologi. Det er derfor viktig med økt kunnskap om ulike produkter på markedet, hvordan teknologien fungerer, samt hvordan man kan tilpasse produktene til brukerne. Vi ser det nødvendig og viktig for ergoterapeuter å skape interesse for innovasjon og å formidle gevinstene lokaliseringsteknologien kan gi.

8 Litteraturliste

Alzheimers Society London. (2019). Symptoms of walking about. Hentet fra <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/walking-about>

Aveyard, H. (2014). Doing a literature review in health and social care: a practical guide (3.ed.). Maidenhead: McGraw Hill/Open university press.

Bernhoft-Osa, K., Fjeldstad, M., B.Erichsen, K., T.Nes, I & Køtterheinrich, J.K. (2005). Occupational Justice. Ergoterapeuten, 2005(02), s. 26.

Bevensee, S.L. & Hove, A. (2013). Det ergoterapeutiske ansvars- og arbeidsområde - at muliggøre aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. I: Brandt, Å., Madsen, A.J. & Peoples, H. (2013). Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3.utg.) København: Munksgaard.

Birk, M, A., & Langdal I. (2013). Centrale begreber inden for ergoterapi. I: Brandt, Å., Madsen, A.J. & Peoples, H. (2013). Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3.utg.) København: Munksgaard.

Bryant, W., Fieldhouse, J. & Bannigan, K. 2014. Creeks Occupational Therapy and Mental Health. Great Britain: Churchill Livingstone Elsevier.

Brækhus, A., Dahl, T.E., Engedal, K. & Laake, K. (2013). Hva er demens? Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Dahl, Y. & Holbø, K. 2012. "There are no secrets here!": professional stakeholders' views on the use of GPS for tracking dementia patients. Proceedings of the 14th international conference on human-computer interaction with mobile devices and services. NO-7465, 133-142. Hentet fra <https://doi.org/10.1145/2371574.2371595>

Dalland, O. (2015). Metode og oppgaveskriving (5.utg.). Oslo: Gyldendal

Devik & Hellzen. (2012). Velferdsteknologi og hjemmeboende eldre. Rapport, hint. Hentet fra <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:584475/FULLTEXT01.pdf>

Faucounau, V., Riguet, M., Orvoen, G., Lacombe, A., Rialle, V., Extra, J. & Rigaud, A-S. (2009). Electronic tracking system and wandering in Alzheimer's disease. Annals of physical and rehabilitation medicine. 52 (7-8), 579-87. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2009.07.034>

Folkehelseinstituttet. (2017, 21. Mars). Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

Gausdal, M., Michelet, M. & Skarpengland, T. (2015). Utredning og oppfølging av hjemmeboende personer med demens. Ergoterapeuten, 58(1), 36-41.

- Grut, L., Øderud, T. & Bøthun, S. (2017). GPS som hjelpemiddel for personer med orienteringsvansker. Tidsskrift for omsorgsforskning, NO-02, s.127-136.
- Holthe, T. (2011). Velferdsteknologi – også aktuelt for personer med demens. Ergoterapeuten 54(6), 42-45. (K).
- Holthe, T., Øderud, T. & Landmark, B. T. (2015). GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg – hva må til? Ergoterapeuten, 58(1), 42-49. (K).
- Jakobsen, R. & Holmlie, S. (2011). Pårørende til personer med demens. Oslo: Gyldendal.
- Jepsen, B.G & Larsen, A.E. (2013). Ergoterapeutisk intervention. I: Brandt, Å., Madsen, A, J. & Peoples, H. (2013). Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3.utg.) København: Munksgaard.
- Kielhofner, G. (2008). Model of Human Occupation (4.ed.). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2012). Modell for menneskelig aktivitet. København: Munksgaard.
- Laberg, T. (2011) Velferdsteknologi og ergoterapi. I: Ergoterapeut, (6), s. 1-4.
- Landau, R., Werner, S., Auslander, G, K., Shoal, N., & Heinik, J. (2009). Attitudes of Family and Professional Care-Givers towards the Use of GPS for Tracking Patients with Dementia. British Journal of Social Work 39(4), 670–692. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp037>
- Mathiasson, G. & Morville, A-L. (2013). Grundlæggende antagelser, værdier og etik i ergoterapi. I: Brandt, Å., Madsen, A, J. & Peoples, H. (2013). Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3.utg.) København: Munksgaard.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2019, 28. Januar). Hva er demens? Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2018, 19. November). Støtteordninger og rettigheter. Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/stotteordninger-og-rettigheter2/>
- Ness, N. E. (2016). Hverdagsmestring. Ergoterapeuten, 59 (1), 32-37.
- NOU, 2011. Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
- Tuntland, H. (2015). En innføring i ADL (2.utg). Oslo: Høyskoleforlaget.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Rebeiro, K.L., Day, D.G., Semeniuk, B., O'Brien, M.C & Wilson, B. (2001). Northern Initiative for Social Action: An Occupation-Based Mental Health Program. American Journal Of Occupational Therapy, 55(5), s. 493-500.

Sintef. (2014, Oktober). Varslings-, og lokaliseringsteknologi. Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/rapport-samspill-varsling-og-lokaliseringsteknologi-kristiansand.pdf>

Sintef. (u.å). Sintef satser på velferdsteknologi. Hentet fra <https://www.sintef.no/velferdsteknologi>

Stadnyk, R. L., Townsend, E. A., Wilcock, A. A. (2010). Occupational justice. I Christian- sen, C. H., Townsend, E. A., Introduction to occupation: The art and science of living (2nd ed.): Pearson Education.

Store norske leksikon. (2015, 18. Mars). Institusjon. Hentet fra <https://snl.no/institusjon>

Townsend, E., Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centered practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.

Vik, Kjersti. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre. *Ergoterapeuten* 01.12. s. 23-28

Vik, Kjersti (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen*. Oslo: Gyldendal.

Wilcock, A.A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian journal of occupational therapy*, 65(5), s. 248-256.

White, E, B., Montgomery, P. & McShane, R. (2010). Electronic tracking for people with dementia who get lost outside the home: a study of the experience of familial carers. *British Journal of Occupational Therapy*. 73(4). 152-159 Hentet fra <https://doi.org/10.4276/030802210X12706313443901>.