



MASTEROPPGAVE:

EFFEKTSTUDIE VED BRUK AV GPS
TIL PERSONER MED DEMENS.

FORFATTER: ANNE SYNNØVE SØRLI

STUDENT VED UTDANNINGEN:

MASTER OF HEALTH PROMOTION AND COMMUNITY CARE
AVDELING FOR HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE
HØGSKOLEN I GJØVIK

Dato: 15.12.2013

SAMMENDRAG

Tittel: Effektstudie ved bruk av GPS til personer med demens.

Dato: 15.12.2013.

Deltaker: Anne Synnøve Sørli

Veileder: Dag Waaler, ansatt ved Høgskolen i Gjøvik

Stikkord/nøkkelord (3-5stk): Demens, GPS, effekt, kvalitet

Antall ord: 19577

Antall vedlegg: 9

Publiseringsavtale inngått: Ja

Kort beskrivelse av masteroppgaven:

Den demografiske utviklingen i Norge vil føre til en betydelig økning i antall eldre frem mot år 2050. Samtidig vil det bli en nedgang i antall personer i yrkesaktiv alder. Dette vil gjøre det utfordrende å få tak i tilstrekkelig arbeidskraft for kommunehelsetjenesten. Ca. 70000 personer har demens i dag og det antas at antallet vil fordobles frem mot 2040. Disse brukerne vil ha behov for mange tjenester.

For å opprettholde samme kvalitet på tjenestetilbudet må vi derfor se etter nye måter å utføre tjenestene på. I dette studiet ble GPS til personer med demens vurdert som et mulig nytt tjenestetilbud.

Dette er et kvantitativt studie, gjort blant tjenesteyterne i fem kommuner i Norge, der GPS blir benyttet til personer med demens. Datainnsamling og analyse er i hovedsak gjort ved hjelp av et elektronisk databehandlerprogram, Questback.

Det var kun 19 respondenter, 6,8%, som svarte på undersøkelsen. Resultatet har derfor bare intern gyldighet.

Resultatene viser at bruk av GPS til personer med demens kan bedre kvaliteten på kommunehelsetjenesten til disse brukerne. Men, det avhenger av gode prosedyrer, at brukerne blir involvert i tjenesteutformingen og at tjenesteyterne deltar i etisk refleksjon.

ABSTRACT

Title: Study of effect using GPS for people with dementia.

Date: 15.12.2013.

Participants: Anne Synnøve Sørli

Supervisor: Dag Waaler, employed at Gjøvik University College

Keywords (3-5): Dementia, GPS, effect, quality

Number of words: 19577

Number of appendix: 9

Availability: Open

Short description of the master thesis:

The demographic development in Norway will lead to a significant increase in the number of elderly towards the year of 2050. At the same time there will be a decrease in the number of employees. This will make it challenging to obtain sufficient labor for community health care services. Approx. 70,000 people have dementia today and it is expected that the number will double by 2040. These users will be in need of a lot of services.

To maintain the quality of the services, we have to look for new ways to perform these services. In this study, GPS is considered as a potential new solution for people with dementia.

This is a quantitative study done among service providers in five municipalities in Norway, where GPS is used for people with dementia. Data gathering and analysis is mainly done by the electronic data processing application, Questback.

There were only 19 respondents, 6.8%, who responded to the survey. The result is therefore only of internal validity.

The results show that the use of GPS for people with dementia can improve the quality of health care services to these users. However, it depends on good procedures, that users are involved in service design and that service providers participate in ethical reflection.

FORORD

Jeg holder på med videreutdanningen Master of health promotion and community care, Master i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid, ved Høgskolen i Gjøvik.

I studieplanen for programmet *Master of Health Promotion and Community Care* (MHPCC) står det at:

«Studiet er et samarbeid mellom høgskolene i Gjøvik, Lillehammer og Hedmark. Utdanningen har fokus på helsefremmende arbeid og omsorg på flere samfunnsarenaer. Målet er å utvikle kunnskap som vil bidra til en bedret livssituasjon for utsatte grupper, til fornyelse innenfor det offentlige velferdssystemet og en bærekraftig, sosial utvikling på regionalt nivå og i nærmiljøene.» (Høgskolen i Gjøvik 2013)

Jeg er nå i gang med å skrive masteroppgaven. Temaet jeg har valgt er bruk av GPS til personer med demens. Min bakgrunn for valg av tema er at jeg er sykepleier og har jobbet mange år i kommunehelsetjenesten. Jeg har jobbet i hjemmebaserte tjenester, som leder på institusjon og nå som ansvarlig for kvalitet, fag og opplæring i Helse og omsorg i en liten norsk kommune. I kommunehelsetjenesten er det mange oppgaver som skal løses, og det er mange måter å løse oppgavene på. I dette arbeidet har vi ulike lovverk, forskrifter og retningslinjer som sier noe om hva vi skal og kan gjøre for å løse oppgavene.

Det som opptar meg spesielt ved temaet i denne masteroppgaven, er at det i fremtiden ser ut til å bli store utfordringer i kommunehelsetjenesten når det gjelder å yte tilstrekkelige og kvalitativt gode tjenester til alle som har behov for dette. Spesielt når jeg tar i betraktning den demografiske utfordringen med et økende antall eldre brukere, mange personer med demens, et ønske om at vi skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og ikke tilstrekkelig tilgang på tjenesteytere. Hvilke muligheter har vi til å løse dette? Velferdsteknologi kan bli, slik jeg ser det, et viktig supplement i tilbudet om tjenester. Dette vil i så fall påvirke både organiseringen og kvaliteten i tjenestene våre. Kan bruk av GPS til personer med demens være et av tiltakene vi kan ta i bruk? Vil kvaliteten på tjenesten endre seg ved å ta i bruk dette?

Jeg ønsker å takke ressurspersoner i kommunene, SINTEF og min kontaktperson der for deres velvillighet og bruk av tid.

Takk til min veileder ved Høgskolen i Gjøvik, Dag Waaler, for din støtte gjennom arbeidet med masteroppgaven.

Takk til medstudenter og studieansvarlige for fire lærerike år sammen med dere. Jeg har hatt stor nytte av deres kunnskap, som dere villig har delt, og våre mange interessante refleksjoner. Uten dere hadde dette studiet ikke blitt det samme.

Takk til min arbeidsplass for muligheten til å videreutvikle meg. Jeg håper det har og vil komme til nytte i mitt arbeide i kommunehelsetjenesten.

Takk til familie og venner for deres tolmodighet og støtte. Disse årene har beriket meg både faglig og personlig. Jeg er takknemmelig for at jeg har fått mulighet til å utvikle meg. Nå ser jeg frem til mer tid sammen med dere.

15.12.2013.

Anne Synnøve Sørli

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
FORORD.....	4
1 INNLEDNING MED PROBLEMSTILLING	9
2 TEORETISK GRUNNLAG.....	19
2.1 GPS	19
2.2 Myndighetskrav	22
2.2.1 Kvalitetsforskriften.....	22
2.2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	24
2.3.3 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	26
2.2.4 Helsepersonelloven	27
2.2.5 Personopplysningsloven.....	27
2.3 Ethiske utfordringer ved bruk av GPS.....	28
2.4 Litteratursøk.....	30
2.5 Prosjektet Trygge spor.....	31
3 METODE	33
3.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign.....	33
3.2 Utvalg	33
3.3 Utarbeidelse av spørreskjema.....	34
3.4 Datainnsamling	36
3.5 Dataanalyse.....	37
3.6 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	37
3.7 Metodekritikk	38
3.8 Ethiske aspekter ved forskningen	39
4 RESULTATER, ANALYSE OG DISKUSJON	41
4.1 Bruk av filterspørsmål	41
4.1.1 Deltakelse i undersøkelsen	42
4.1.2 Arbeidssted, grunnutdanning og stillingsstørrelse	45
4.2 Medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet	47

4.4 Et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud.....	53
4.4 Tjenester til rett tid	56
4.6 GPS i kommunehelsetjenesten	61
5 OPPSUMMERING / KONKLUSJON.....	64
5.1 Videre anbefalinger	66
REFERANSER	67
VEDLEGG	71
Vedlegg 1 Søking etter annen forskning og resultater.....	71
Vedlegg 2 Forespørsel om undersøkelse i kommunene	73
Vedlegg 3 Databehandleravtale.....	74
Vedlegg 4 Svar fra NSD	79
Vedlegg 5 e-post-invitasjon til de prosjektansvarlige i kommunene	80
Vedlegg 6 Spørreundersøkelsen med invitasjonsmelding.....	81
Vedlegg 7 Takk for deltagelse i spørreundersøkelsen.....	90
Vedlegg 8 Samlet fremstilling av resultater.	91
Vedlegg 9 Spørsmål sendt de prosjektansvarlige i kommunene	106

Antall ord: 19577

FIGURLISTE:

Figur 1 Antall personer i aldersgruppen 67 år og eldre 1950–2050.....	9
Figur 2 Prosentvis årlig endring i antall personer over og under 80 år 1950–2050.....	10
Figur 3 Antall personer med demens framskrevet 2010–2050	11
Figur 4 Sammenheng mellom kognitiv svikt, fall og ensomhet	12
Figur 5 Antall personer i yrkesaktiv alder (16–66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer (Koeffisienten for aldersbæreevne) 2000–2050	14
Figur 6 GPS micro-tracker	21
Figur 7 GPS armbåndet «fri»	21

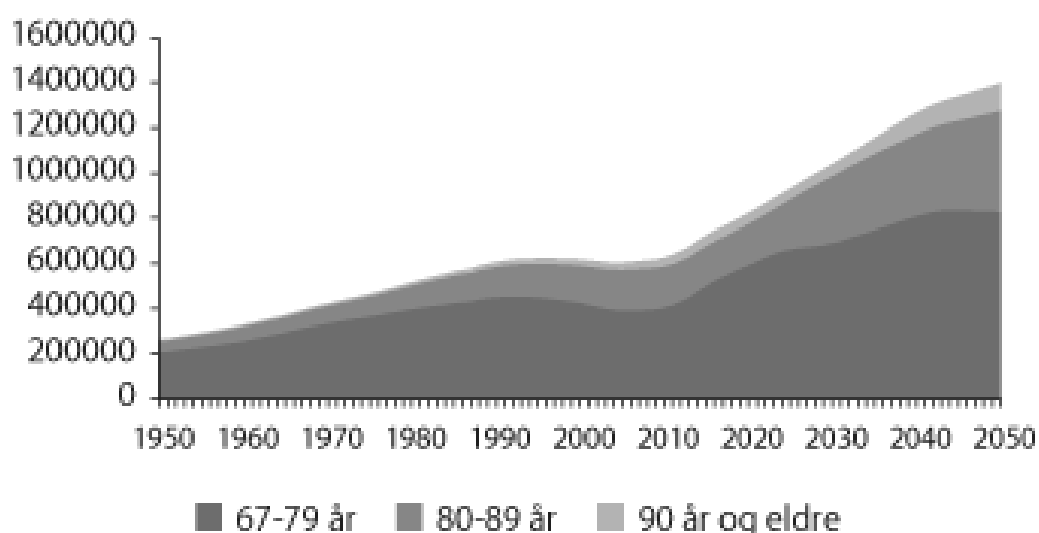
TABELLISTE

Tabell 1 Hvilken kommune respondentene arbeider i.....	42
Tabell 2 Respondentenes arbeidssted.....	45
Tabell 3 Respondentenes grunnutdanning	46
Tabell 4 Respondentenes stillingsbrøk.....	47
Tabell 5 Resultater fra spørsmål 20 - alt. 1, 2, 3 og 7	48
Tabell 6 Resultater fra spørsmål 13 - alt. 1, 3 og 5	50
Tabell 7 På hvilken måte det benyttes mindre makt	50
Tabell 8 Resultater fra spørsmål 10 - alt. 1, 2 og 3	51
Tabell 9 Grunner til økt livskvalitet for personer med demens som benytter GPS	52
Tabell 10 Grunner til økt livskvalitet for pårørende.....	53
Tabell 11 Resultater fra spørsmål 13 - alt. 2 og 4.....	54
Tabell 12 Grunner til at brukerne får mindre omsorg	54
Tabell 13 Hva som gjør at kvaliteten på tjenesten blir bedre.....	55
Tabell 14 Resultater fra spørsmål 20 - alt. 4, 5 og 6	55
Tabell 15 Opplevd grad av at GPS-utstyret har fungert godt.....	56
Tabell 16 De største utfordringene ved bruk av GPS-utstyret	57
Tabell 17 Tilføyelser fra respondentene.....	58
Tabell 18 Hvor mange som hadde opplevd behov for å søke etter personer med GPS	58
Tabell 19 Opplevd grad av nytte ved bruk av GPS til søk.....	59
Tabell 20 Resultater fra spørsmål 10 - alt. 4	59
Tabell 21 Oppgaver det kan bli mindre av ved bruk av GPS til personer med demens.....	60
Tabell 22 Hva den frigjorte tiden kan benyttes til.....	61
Tabell 23 Resultater fra spørsmål 20 - alt. 8	62
Tabell 24 Hvor i kommunehelsetjenesten bruk av GPS til personer med demens er nyttig som et hjelpemiddel	62

1 INNLEDNING MED PROBLEMSTILLING

Befolkningsframskrivninger viser at det vil bli en demografisk utfordring i fremtiden. Alderssammensetningen vil endre seg på den måten at det prosentvis vil bli langt flere eldre enn det er i dag. Dette gjelder nesten hele verden, men kanskje mest for EU/EØS-land, USA, Canada, Australia og New Zealand, som tidligere ble kalt vestlige land (Høydahl 2008). På grunn av oppgavens størrelse vil det i denne oppgaven belyses hvilken betydning dette vil få for forholdene i pleie- og omsorgstjenesten i Norge, spesielt for tjenestene til personer med demens som blir en utsatt gruppe i denne sammenheng.

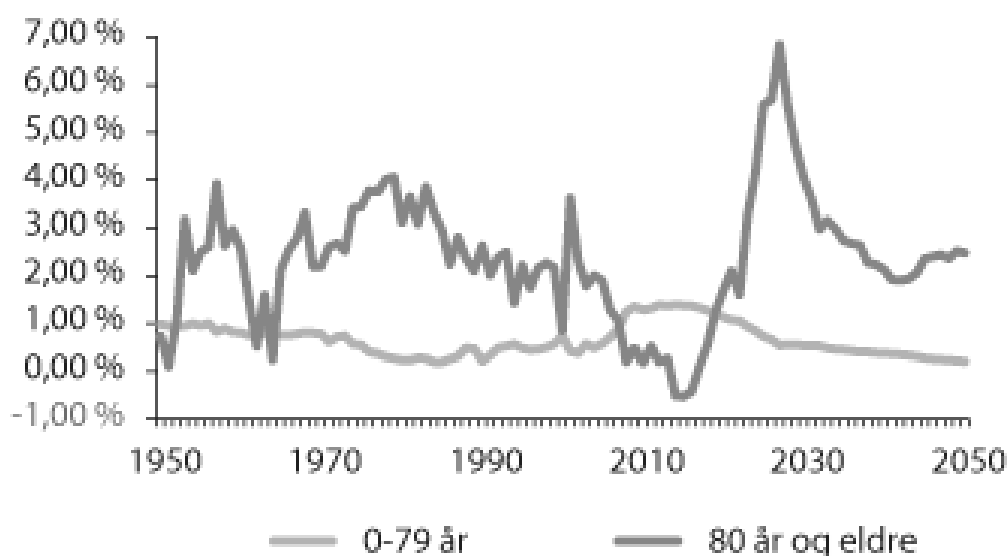
Pleie- og omsorgstjenesten i Norge har vært gjenstand for stor oppmerksomhet de siste årene på grunn av den demografiske utfordringen. I tillegg til en aldrende befolkning, med et forventet tjenestebehov, øker behovet for helsetjenester også for yngre brukere. Det er især økningen av kroniske sykdommer og livsstilssykdommer, som diabetes, demens, KOLS, kreft og psykiske lidelser, som gjør at behovet for helsetjenester vil øke (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Befolkningsframskrivninger for Norge viser at det i årene som kommer vil bli en betydelig økning i antall personer over 67 år, og antallet vil mer enn fordobles fra i dag til 2050. Over 650000 nordmenn har passert 67 år i dag. I 2050 vil ca. 1,5 millioner nordmenn, ha passert pensjonsalder. Som vist i figur 1.



FIGUR 1 ANTALL PERSONER I ALDERSGRUPPEN 67 ÅR OG ELDRE 1950–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Middellalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

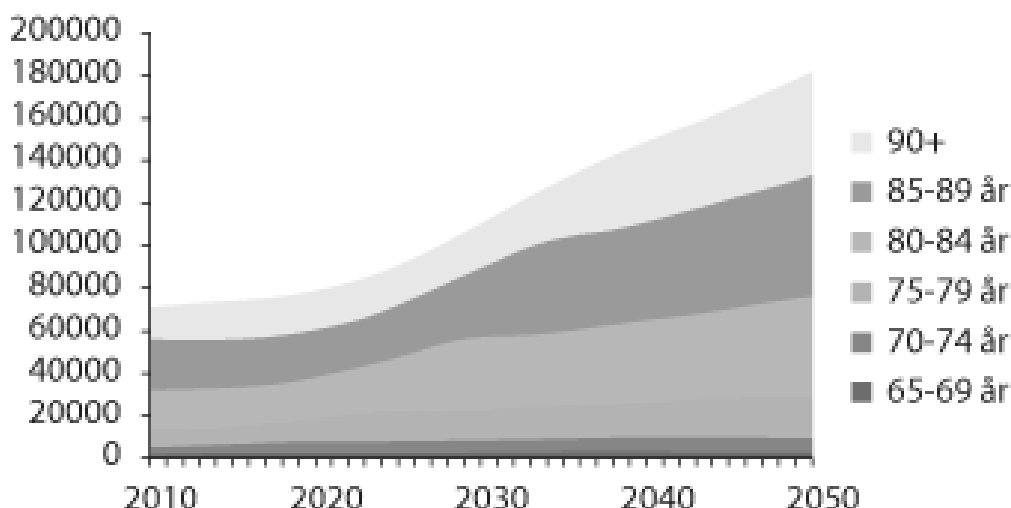
Det vil bli ca. dobbelt så mange av de yngste eldre, i alderen 67 – 79 år, i denne perioden. Denne gruppen vil ha behov for en del hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten. Men, i sammenheng med at levealderen øker kan også antall år uten sykdom bli fler, slik at de totale antall år med sykdom holder seg stabilt. Det kan ses en økning av sykdommer som ikke er aldersrelaterte (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Vi vet at forekomst av sykdom øker med stigende alder. Antallet eldre personer over 80 år vil mer enn tredobles frem til 2050, og framskrivningene viser at økningen vil bli særlig stor i årene rundt 2030. Som vist i figur 2.



FIGUR 2 PROSENTVIS ÅRLIG ENDRING I ANTALL PERSONER OVER OG UNDER 80 ÅR 1950–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

I sammenheng med at antall personer over 80 år øker, forventes det også en stor økning av antall personer med demens. Statistikken viser at 17,6 % vil utvikle demenssykdom i alderen 80-84 år. Risikoen for å få demens øker med stigende alder, og forekomsten er på ca. 40 % for aldersgruppen over 90 år (Taranrød 2011). Se figur 3.



FIGUR 3 ANTALL PERSONER MED DEMENS FRAMSKREVET 2010–2050

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. Beregnet ut fra en gitt prosent forekomst av demens per aldersgruppe. Basert på middelalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

Det er ca. 70000 personer med demens i Norge i dag og det antas at antallet vil fordobles frem mot 2040 (Taranrød 2011). Det er anslått at minst halvparten av disse bor hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Dette kommer til å utgjøre en betydelig utfordring for pårørende og det kommunale hjelpeapparatet og har ført til en stor satsing nasjonalt for å møte behovet for tjenester man mener det vil bli behov for.

Demens er en kronisk og degenerativ (funksjonen reduseres) hjernesykdom som rammer flere av hjernens funksjoner. Årsakene til at sykdommen oppstår kan være mange, for eksempel arv, hjerneskade og andre sykdommer som hjerte- og karsykdommer. Det finnes flere typer demens. Den vanligste er Alzheimers sykdom. Ca. 60 % av de som rammes får denne typen. Tidlige symptomer på demens er hukommelsestap og vanskeligheter med å finne ord (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2013). For å stille en demensdiagnose må også praktisk evne være redusert i tillegg til svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Dette kalles kognitiv svikt. Personene som rammes vil på grunn av den reduserte hukommelsen etter hvert ha vanskeligheter med å mestre dagliglivets aktiviteter, som personlig stell, gjøre innkjøp, lage mat og finne frem selv i kjente omgivelser. Disse vanskelighetene vil få innvirkning på det sosiale livet og livskvaliteten. Livskvalitet vil bli nærmere omtalt senere i dette kapitlet.

Det finnes ikke i dag noen behandling som kan kurere demenssykdom. Sykdommen er progredierende, det vil si at sykdommen tiltar, gradvis vil forverre seg og at personen til slutt vil bli helt hjelpeløs. Sykdomsforløpet kan vare fra noen få år opp til 20 år (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2013). Det er derfor viktig å få stilt en riktig diagnose så tidlig som mulig slik at brukeren, pårørende og hjelpeapparatet har mulighet til å planlegge og sette i verk nødvendige og riktige tiltak (Sosial- og helsedirektoratet 2007). De ulike demenssykdommene vil etter hvert gi litt ulike symptomer og adferd. Når dette oppstår er det da lettere å forstå hva som skjer og vite hva man som pårørende eller hjelper kan gjøre. Etter hvert som den kognitive svikten blir større og personen med demens har behov for mer hjelp kan det bli krevende for pårørende å ha den daglige omsorgen uten ulike hjelpetiltak eller (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Fysisk aktivitet, som det å gå en tur, er viktig for alle i et helsefremmende perspektiv. For personer med demens kan fysisk aktivitet være sekundærforebyggende ved at det kan bidra til å begrense utviklingen av sykdommen (Hesseberg 2013). Fysisk aktivitet vil også bidra til at de opprettholder musklenes styrke og sin balanse. Dette vil forebygge fall, som er viktig for å hindre bruddskader. Sosialt samvær, trygghet og opplevelse av mestring er viktige faktorer for livskvaliteten til den enkelte person med demens og deres pårørende. De viktigste måtene å forbedre dagliglivet til personer med demens er sosial kontakt og tilpassete omgivelser (Bjørneby, Topo og Holthe 2001). Sammenhengen mellom kognitiv svikt, fall og ensomhet illustreres i figur 5.



FIGUR 4 SAMMENHENG MELLOM KOGNITIV SVIKT, FALL OG ENSOMHET

Kilde: KS 2013

Det er derfor viktig å tilrettelegge for at personer med demens kan opprettholde sin fysiske aktivitet og funksjon. At de har mulighet til å bevege seg rundt på egenhånd kan også bidra til at sosial kontakt opprettholdes.

Når den kognitive svikten øker vil det etter hvert bli fare for at personen med demens går ut, uten å ta på seg mer klær, og ikke finner veien tilbake. Personer som forsvinner gir en stor utrygghet for personen selv, pårørende og hjelpeapparatet. I løpet av året er det mange leteaksjoner etter personer med demens. Bare i Oslo er det mellom 100 og 120 personer med demens som blir meldt savnet hvert år (Trinh og Roald 2013). Dette er ressurskrevende for pårørende, politiet og pleie- og omsorgstjenesten. Personer med demens er dessuten vanskelig å finne fordi de i liten grad legger igjen elektroniske spor, som bruk av bankkort og mobiltelefon, som benyttes av politiet i andre forsvinningsaker. Ved forsvinning kan det være fare for at personen blir skadet. De kan bli nedkjølt med fare for å få andre sykdommer eller også dø som følge av dette (Trinh og Roald 2013).

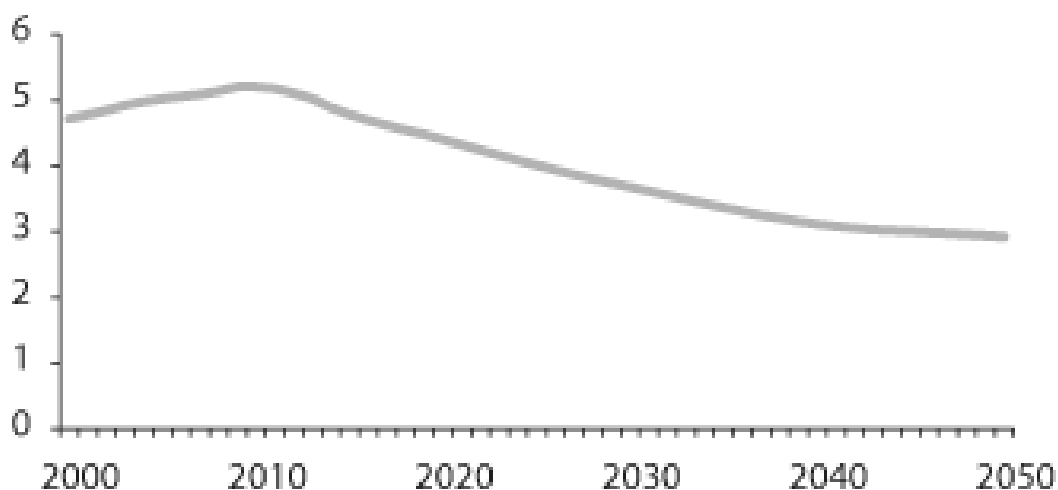
Fysisk aktive personer med demens vil derfor etter hvert ha behov for følge av en annen person når de skal gå ute. De fleste med denne diagnosen bor, som tidligere beskrevet, hjemme. Dette medfører at pårørende etter hvert må være med ut for å gå tur, som også kan bli en belastning for pårørende, særlig hvis personen med demens er veldig aktiv. Dersom personen med demens bor sammen med pårørende som fremdeles er i jobb, kan dette gi en stor utrygghet for dem og nedsatt livskvalitet. Når personer med demens bor alene kan det at de går ut og ikke finner hjem igjen være årsaken til at de må flytte på institusjon. På institusjon er det mulig å komme ut med følge av personalet, men kanskje ikke i den grad personen med demens har ønske om og behov for. Det kan føre til at det blir nødvendig å gi urolige brukere beroligende medisiner eller fysisk hindre dem i å gå ut hvis det ikke passer å være med. I noen grad kan det også være behov for slike tiltak når personen bor sammen med pårørende. Dette er bruk av makt og i noen tilfeller bruk av tvang. Bruk av makt og tvang er regulert i Pasient- og brukerrettighetsloven (se delen om myndighetskrav). Brukermedvirkning er viktig for å unngå dette. Medvirkning fra personen med demens er også viktig og nødvendig for å få gode relasjoner mellom brukeren, pårørende og tjenesteyteren. Det å kunne ta beslutninger og kontrollere eget liv, er også viktig for opplevelsen av å ha god livskvalitet (Bjørneby, Topo og Holthe 2001).

I januar 2012 kom rundskrivet: «Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2012» fra Helsedirektoratet. I dette rundskrivets prioriterte områder for kommunene, under punkt 3.4.8 «Omsorgsplan 2015», står det:

(....) *Regjeringens hovedstrategi er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden de neste 10-15 årene til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og til å planlegge og forberede den raske veksten i antallet eldre over 80 år som forventes fra rundt 2020.* (Helsedirektoratet 2012a, s. 11)

I Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47 (2009), skrives det om rett behandling, på rett sted, til rett tid. I kommunehelsetjenesten jobbes det også etter LEON – prinsippet. «... *LEON-prinsippet, som står for Lavest Effektive Omsorgs-Nivå, [...] Prinsippet innebærer at ingen skal motta omsorg på et høyere tjenestenivå enn nødvendig.*» (Hauge og Mittelmark 2003, s. 64) I denne sammenheng ønskes det at også personer med demens skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Det er da viktig at de er selvhjulpne og uavhengige så lenge som mulig.

I tillegg til en aldrende befolkning med et forventet stort behov for hjelp, og en stor økning i antallet personer med demens, vil det bli en betydelig nedgang i tilgang på arbeidskraft. Dette vil øke utfordringene for pleie- og omsorgstjenesten ytterligere.



FIGUR 5 ANTALL PERSONER I YRKESAKTIV ALDER (16–66 ÅR) PER ANTALL ELDTRE I GRUPPEN 67 ÅR OG MER (KOEFFISIENTEN FOR ALDERSBÆREEVNE) 2000–2050

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2012. Middelfalternativet (MMMM) i befolkningsframskrivningene.

Antall personer i yrkesaktiv alder er i dag i overkant av 5 personer per person som er 67 år og eldre. Dette vil synke til ca. 3,5 personer i 2030 og 2,9 personer i 2050. Denne nedgangen vil

gjøre det utfordrende å få tak i tilstrekkelig arbeidskraft til pleie- og omsorgssektoren. Det vil derfor sannsynligvis bli færre tjenesteytere per bruker i denne sektoren i fremtiden. Nedgangen i aldersbæreevnen vil i tillegg true vår velferd og nasjonens økonomiske bæreevne. I Stortingsmelding 25 *Mestring, muligheter og mening* fra 2006 står det at Norge har vært et av de land som har brukt flest offentlige helsekroner per person. Utgifter til helsetjenesten utgjorde 3,4 % av BNP i Norge i 2005. «*Bruttonasjonalprodukt (BNP) er definert som verdien av samlet innenlandsk produksjon av ferdige varer og tjenester, verdsatt til markedspriser, i en gitt periode.*» (Wikipedia 19.10.2013) Det er forventet at andelen helseutgifter av BNP i Norge øker til 4,7 % i 2030 og 6,7 % i 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Denne utviklingen blir i Stortingsmelding 47 (2009) betegnet som ikke bærekraftig.

Stortingsmelding 47 (2009) antyder flere løsninger på denne utfordringen. Det er blant annet et ønske om at innbyggerne skal klare seg hjemme så lenge som mulig. For å nå dette målet legges det vekt på helsefremmende arbeid, ressursmobilisering i lokalsamfunnet og reorganisering av helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Det beskrives en økt satsing på hjemmetjenesten, med tanke på både kvalitet og kvantitet. Økt samhandling med pårørende og tilrettelegging for at brukerne skal kunne klare seg med tjenester på lavest mulig nivå, aller helst at de skal være eller gjøres selvhjulpne, er også beskrevet (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Fremtidens eldre brukere vil ha andre og flere ressurser å møte sykdom og funksjonsnedsettelse med enn de eldre brukerne i dag. De vil ha bedre helse, høyere utdanning, bedre økonomi og benytte mer teknologi (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Dette er ressurser som kan bidra til å nå målet om at de i større grad skal kunne klare seg hjemme lengre, med mindre hjelp fra det offentlige. Tidlig innsats, tverrfaglig samarbeid og godt samarbeid med brukerne og pårørende blir sett på som viktige faktorer for å få dette til (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

For å opprettholde samme kvalitet på omsorgen må vi derfor tenke helt nytt i pleie- og omsorgstjenesten for framtidens eldre. Eldrebølgen vil utløse enorme utgifter for velferdsstaten og legge beslag på en stadig større andel av den arbeidsføre befolkningen. Vi må derfor se etter løsninger som kan virkeliggjøre ambisjonen om en trygg og aktiv alderdom på en bærekraftig måte. Det handler om å ta nye løsninger i bruk, slik at flere eldre kan bo hjemme lengre, og om å redusere behovet for ansatte uten å redusere kvaliteten i møtet med brukerne.

Det har i mange år vært fokus på forebyggende arbeid internasjonalt for å bedre folkehelsen. Dette har omhandlet blant annet vaksiner, kosthold og hygiene. I helsetjenesten har det også vært et stort fokus på å behandle sykdom, og for liten innsats i å forebygge og begrense sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). De siste årene har det helsefremmende arbeidet kommet til som en ekstra dimensjon i forhold til det å forebygge og begrense sykdom. Etter den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa i 1986, ble *helsefremmende arbeid* tatt i bruk som begrep og fenomen i Ottawaharteret. Ottawaharteret definerer helsefremmende arbeid som en prosess som gjør mennesker i stand til bedre å bevare sin egen helse (WHO 1986). Fordi mennesket oppfattes som et hele påpekes det også at helsefremmende arbeid ikke først og fremst er helsesektorens oppgave. Det understrekes at mulighetene for et godt liv først og fremst legges utenfor helsevesenet. Forhold i familien og i lokalmiljøet betyr mye for menneskers liv og helse (WHO 1986). Fellesskap i og utenfor familien vil stimulere til et godt liv og god helse og gi trygghet i tilværelsen. Helsefremmende tiltak er i følge Ottawaharteret (WHO 1986) å bygge en sunn helsepolitikk, styrke lokalmiljøets muligheter for handling, tilpasse helsetjenesten, utvikle menneskers personlige ferdigheter og skape et støttende miljø som setter mennesker i stand til å ta avgjørelser og ha styring over sitt liv.

Helsefremmende arbeid blir derfor sett på som en av løsningene i møte med fremtidens utfordringer her i Norge, og i mange andre land. En løsning som kan bidra til en bærekraftig utvikling. I Stortingsmelding 47 (2009) er det å fremme helse tatt med som et viktig tema i forhold til hver enkelt og i forhold til samfunnsøkonomien.

Empowerment er et sentralt begrep innen helsefremmende arbeid. Dette er et engelsk begrep og kan best oversettes til norsk som mestring og myndiggjøring. Det var søramerikaneren Paulo Freires frigjørende pedagogikk, fra 1974, som var et viktig utgangspunkt for denne tenkningen (Mæland 2005). Han var opptatt av sammenhengen mellom livssituasjon og samfunnsmessige forhold og muligheten for å oppheve egenundertrykking ved bevisstgjøring av de undertrykte. Empowerment er å styrke personenes ressurser og mestringsevne slik at de får større makt og kontroll over egen helse og påvirkningsfaktorer for helsen samt å mestre sin egen livssituasjon (Mæland 2005). Ved at personer for eksempel får kunnskap om demens og mulige tiltak for å forbedre sin situasjon kan de påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen og deres livssituasjon. Eksperten hjelper da den andre ved å overføre kunnskap eller makt, men skal samtidig være en samarbeidspartner (Askheim 2012). Samarbeidet mellom eksperten og den hjelpetrengende øker muligheten for å lykkes, men det er alltid den enkeltes situasjon og

ressurser som må være utgangspunktet, fordi det er aktørene som kan ta de beste beslutninger på egne vegne (Askheim 2012).

I det helsefremmende arbeidet rettes fokuset mot salutogene, helsefremmende, faktorer som medvirker til god helse og livskvalitet (Sletteland og Donovan 2012). Når vi har gode opplevelser, øker det vår trivsel og gir oss bedre livskvalitet og god helse. Eksempler på helsefremmende faktorer som påvirker vår livskvalitet kan være sosialt nettverk, økonomisk likhet, frisk luft, naturopplevelser, fysisk aktivitet, sunn mat, muligheter for stillhet, musikk eller andre kulturopplevelser.

Livskvalitet er en subjektiv opplevelse og kan derfor være vanskelig å måle eller observere. Ulike ting blir vektlagt hos hver enkelt når de skal beskrive hva som er livskvalitet for dem, som for eksempel at man har det bra, trives, er trygg, tilfreds eller lykkelig (Hauge og Mittelmark 2003). Livskvalitet har en nær tilknytning til begrepet helse (Sletteland og Donovan 2012). Flere aktører har laget helsedefinisjoner som tar utgangspunkt i livskvalitet og den enkeltes situasjon som også forutsetter aktiv deltakelse i eget liv. Peter F. Hjort sin definisjon av helse er å ha overskudd til å mestre hverdagens krav (Hjort 1982). Dette kan ses på som å ha god livskvalitet. Hvis man definerer helse som fravær av sykdom vil en person som har demens ikke ha god livskvalitet. Men, personer med kroniske sykdommer kan si at de opplever å ha god helse (Nes og Clech-Aas 2011). Det antas da at sykdommen er noe det går an å leve med og at andre kvaliteter i livet, som for eksempel å mestre livets utfordringer, gjør at de likevel opplever å ha god livskvalitet og god helse. Livskvalitet kan derfor defineres som en persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet i sin alminnelighet (Sosial- og helsedepartementet 1999).

Det å mestre livets utfordringer vil etter hvert bli vanskelig for personer med demens uten betydelig hjelp fra pårørende og/eller pleie- og omsorgstjenesten. Brukerne vil ha ulike behov for tiltak fra pleie- og omsorgstjenesten. Det er summen av tiltakene som kan tilbys og kvaliteten på disse, som til sammen vil utgjøre i hvilken grad brukerne vil mestre sine utfordringer og bidra til at de opprettholder en god livskvalitet. Bruk av GPStil personer med demens kan være et av flere tiltak som kan bidra til det. Dette er et område som er faglig interessant og det er behov for mer kunnskap om.

Det har til nå vært mest vanlig å gjøre undersøkelser blant brukere og pårørende om hvordan det oppleves å bruke GPS. Målet med denne oppgaven er å finne ut hva de ansatte i

kommunehelsetjenesten mener om hvilken effekt det har for kvaliteten på tjenesten ved innføring av GPS.

Problemstillingen for denne masteroppgaven er:

Hvilken effekt på kvaliteten av det kommunale tjenestetilbudet opplever de som jobber der at bruken av GPS til personer med demens gir?

Med *effekt* menes innvirkning på tjenestetilbudet. «Forskrift om kvalitet for pleie- og omsorgstjenesten» vil bli benyttet for å definere hva *kvalitet* innebærer i dette studiet. Det blir nærmere omtalt i kapittelet om myndighetskrav.

I de neste kapitlene vil GPS omtales spesielt samt etiske utfordringer og lovverk som regulerer dette feltet. Dette etterfølges av metodevalget for den empiriske undersøkelsen, gjennomføring og behandling av denne og til sist resultater, analyse og diskusjon av funn.

2 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapittelet vil GPS bli nærmere beskrevet samt de viktigste myndighetskravene som regulerer bruken av GPS til personer med demens. Det er viktig å være oppmerksom på de etiske utfordringene ved bruk av GPS. Dette vil derfor bli nærmere omtalt. Litteratursøk som er gjort vil også beskrives, samt et eget punkt om prosjektet «Trygge spor».

2.1 GPS

Nok tid til å utføre oppgavene i helsesektoren blir en utfordring i fremtiden. For å opprettholde samme kvalitet i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten må vi derfor våge tenke helt nytt rundt organiseringen av tjenesten. Det handler om å ta nye løsninger i bruk, slik at flere eldre kan bo hjemme lengre, og om å redusere behovet for ansatte uten å redusere kvaliteten i møtet med brukerne (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Dette er ønskelig både for brukerne, tjenesteyterne og de som organiserer tjenesten og blir en stor utfordring for velferdsstaten.

Det arbeides etter et helhetlig menneskesyn i pleie- og omsorgstjenesten. Det vil si å vurdere fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov hos brukerne. Samtidig stilles det krav til effektivitet, lønnsomhet og mer helse for hver krone (Aadland 2004). Brukernes grunnleggende behov skal dekkes innenfor gitte rammer. KS (2011) skriver at det i et moderne samfunn vil være en løpende debatt om prioriteringer og kamp om tilgjengelige ressurser. Den norske velferdsstaten har i de siste 10 årene endret seg i tråd med den internasjonale trenden kalt: «New Public Management». Denne har som mål å gjøre offentlig sektor mer effektiv, å få mer helse og velferd ut av hver krone. Her vektlegges det økonomisk målbare (Eriksson og Karlsson 2008). En av løsningene for å få til en kvalitativt god og trygg tjeneste, spesielt for personer med demens innenfor de økonomiske rammene som er til rådighet i fremtiden, kan være å ta i bruk velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Bruk av teknologi kan frigjøre arbeidskraft, eller tid, som kan benyttes til å utføre de mest prioriterte oppgavene innen pleie- og omsorgstjenesten, oppgaver som trenger fysisk nærhet til brukerne.

Velferdsteknologi er et relativt nytt begrep som ble introdusert i Danmark av Sosialministeriet våren 2007. Det har særlig blitt benyttet i Norge etter Hagen – utvalgets innstilling NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» (Helsedirektoratet 2012b). Velferdsteknologi defineres slik i NOU 2011:11:

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

I fagrapporten om velferdsteknologi (Helsedirektoratet 2012b) blir teknologien delt inn i ulike kategorier alt etter hva den kan bidra med. Det er: trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie. På grunn av oppgavens omfang vil det her fokuseres på GPS – sporing som blir betegnet som kompensasjons- og velværeteknologi (Helsedirektoratet 2012b).

GPS er en forkortelse for Global Positioning System. *«Det er et nettverk bestående av minst 24 satellitter som er plassert i bane rundt jorden. Systemet gjør det mulig for en mottaker å fastsette egen posisjon med svært stor nøyaktighet overalt i verden, under nær sagt alle værforhold.»* (Wikipedia 20.10.2013) Kommentarene verdørende GPS-sporing i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» er at det kan gi den enkelte bruker større bevegelsesfrihet, redusere bekymringsnivået hos pårørende og gi personalet oversikt over hvor beboerne befinner seg. GPS blir omtalt som en type velferdsteknologi som bør kunne tilbys de som ønsker og har behov for det. Samtidig er det noen som er imot bruk av GPS og mener det ikke har noe med omsorg å gjøre. *Begrepet «omsorg» er i denne sammenheng ensbetydende med «menneskelig omsorg»* (Thygesen 2011, s. 14).

Hva er omsorg? Omsorg betyr å sørge for eller bry seg om og innebærer en forståelse for livssituasjonen andre er i. Det blir utført av personer og er knyttet til kunnskap og praksis (Hofmann 2010). Helsepersonell skal oppføre seg omsorgsfullt, men på en profesjonell måte. Det vil si at deres handlinger skal utføres på en kompetent og faglig kyndig måte samtidig som brukerne har innflytelse over tjenestetilbudet (Sosial- og helsedepartementet 1999). Bare da får vi kvalitativt gode tjenester.

Det er forsket lite på bruk av GPS til personer med demens (NOU 2011:11). En av grunnene er at det frem til nå ikke har vært tillatt å benytte GPS til personer med demens som har hatt behov for dette i kommunehelsetjenesten. Pasient- og brukkerettighetslovens §4A har betegnet bruk

av sporingsutstyr som bruk av tvang. Det har derfor krevd en spesiell begrunnelse for å ta det i bruk. Til nå har GPS derfor blitt benyttet mest i forskningsprosjekt.

Det finnes ulike typer GPS. Størrelse, utforming og funksjonaliteten til GPS'en er viktige faktorer for hvilken type som velges og blir benyttet i ulike prosjekt for å teste bruken til personer med demens (Ausen mfl. 2013). Disse faktorene er viktige for personen med demens som skal gå med enheten og for de som skal motta signaler enten det er pårørende, det kommunale hjelpeapparatet eller andre. Figurene 6 og 7 viser to typer GPS som er i bruk.



FIGUR 6 GPS MICRO-TRACKER

GPS enhet fra Safecall, micro-tracker S2. Denne enheten ble brukt av de fleste i prosjektet «Trygge spor». Kilde: <http://www.hmi-basen.dk/r11x.asp?linkinfo=20341>



FIGUR 7 GPS ARMBÅNDET «FRI»

GPS enhet som ble utviklet i prosjektet «Trygge spor»

Kilde: Masteroppgave, Silje Bøthun, Institutt for produktdesign, NTNU (Bøthun 2011)

Det er viktig å være sikre på at utstyret fungerer etter intensjonen og at det fungerer godt slik at brukerne og de som skal administrere tjenesten kan stole på utstyret. Helsedirektoratet legger i fagrappporten om velferdsteknologi betydelig vekt på følgeforskning når GPS blir benyttet i forskningsprosjekter (Helsedirektoratet 2012b). I den står det at:

«Følgeforskning er et begrep som beskriver oppfølgende forskning på metoder/tiltak som implementeres i tjenestene før et solid kunnskapsgrunnlag foreligger, der forskningen har til hensikt å avklare sikkerhet, effekt og nytte. Følgeforskning er sentralt for det velferdsteknologiske området, som er i en innføringsfase med begrenset kunnskapsgrunnlag.» (Helsedirektoratet 2012b, s. 37)

2.2 Myndighetskrav

Kommunehelsetjenesten er regulert av mange lover og forskrifter. Dette kapittelet vil omhandle de viktigste som kommer til anvendelse når GPS skal benyttes til personer med demens.

2.2.1 Kvalitetsforskriften

Det er viktig at pleie- og omsorgstjenesten er av god kvalitet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene som trådte i kraft 01.07.2003, heretter kalt Kvalitetsforskriften, er et sentralt dokument for pleie- og omsorgstjenesten. Formålet med denne forskriften er at den skal:

«bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester (.....) får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.» (Kvalitetssforskriften 2003)

§3 i Kvalitetsforskriften omhandler oppgaver og innhold i tjenestene, med konkrete beskrivelser av hva kommunen skal sikre personer som mottar pleie- og omsorgstjenester for å ivareta deres grunnleggende behov. Oppgavene kommunen skal løse er i Kvalitetsforskriften beskrevet slik:

- *tjenesteapparatet og tjenesteyterne skal kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes*
- *det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*

- *brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.*

For å løse disse oppgavene er det satt opp en rekke punkter, og listen er ikke uttømmende da det er benyttet «bl.a.» i forskriften (Kvalitetss forskriften 2003). I denne oppgaven har jeg trukket ut de punktene i forskriften som vil kunne komme til anvendelse når det er aktuelt med bruk av GPS til personer med demens. Disse er uthevet og satt i kursiv etterfulgt av mine kommentarer til de ulike punktene. Dette er:

Opplevelse av respekt i forhold til tjenestetilbudet, innebærer respekt for brukernes ønsker og behov. Brukermedvirkning i forhold til utforming av tjenestetilbudet er av denne grunn viktig, og brukernes ønsker skal respekteres.

Opplevelse av forutsigbarhet i forhold til tjenestetilbudet, innebærer blant annet å vite hva vedtaket inneholder så som hva de skal få hjelp til, hvor mye, på hvilken måte og når de skal få hjelp. Med tanke på fremtidens utfordringer, et økende antall hjemmeboende personer med demens og andre brukere med behov for pleie- og omsorgstjenester i tillegg til nedgang i tilgang på arbeidskraft, kan dette være et punkt det kan bli vanskelig å etterkomme i fremtiden. Mange personer med demens som bor hjemme kan utløse akutte behov for tjenester som er vanskelig å ta høyde for i tjenesteutformingen, for eksempel søk etter bortkomne brukere. Dette vil gjøre at andre brukere med behov for hjelp må vente til tjenesteyterne har mulighet til å komme.

Opplevelse av trygghet i forhold til tjenestetilbudet, innebærer at brukerne får tjenester som til enhver tid er tilpasset sitt behov og at hjelpen kommer som avtalt. Det er også viktig at tilbudet i seg selv oppleves trygt. Ved bruk av GPS vil dette si at de kan stole på at utstyret fungerer og at de faktisk blir funnet hvis de går seg bort.

Selvstendighet og styring av eget liv, innebærer at det skal legges til rette for at brukerne har mulighet til å klare seg mest mulig på egenhånd. Dette er viktig med tanke på målet om at vi skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Ved at kommunene følger prinsippet om å gi tjenester på laveste effektive omsorgsnivå, er det også viktig med tilrettelegging for å kunne bo hjemme. Brukerne skal blant annet ha mulighet til å gå tur når de selv ønsker det, uten at de må vente på at noen har mulighet til å følge dem ut.

Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, innebærer at det skal legges til rette for at personer med demens skal kunne opprettholde dette også etter at de har fått diagnosen demens. Det vil blant annet si at de skal ha mulighet til selv å oppsøke sine venner og pårørende, eller det skal legges til rette for dette.

Mulighet for ro og skjermet privatliv, innebærer at brukerne ikke unødig blir forstyrret, for eksempel i form av hyppige tilsyn for å kontrollere at brukerne er hjemme. Med tanke på bruk av GPS til personer med demens innebærer det også at de ikke blir unødig overvåket.

Mulighet til selv å ivareta egenomsorg, innebærer at det skal legges til rette for at brukerne selv har mulighet for å dekke sine grunnleggende behov. I denne sammenheng for eksempel behov for fysisk aktivitet.

Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov, innebærer at det til enhver tid må vurderes om kommunen har de tilbud brukerne har behov for og/eller etterspør. Behov og etterspørsel vil gjennom årenes løp endre seg i takt med at brukernes behov endrer seg. Kommunens tilbud må endres i tråd med dette. I denne oppgaven skriver jeg om bruk av GPS til personer med demens. Dette har de siste årene blitt sett på som et mulig tilskudd til hva som bør kunne tilbys fysisk aktive personer med demens dersom det er behov for dette. Bruk av GPS – sporing til personer med demens har bare vært tillatt i begerenset bruk pga. lovgivningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). I utredningen NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg begrunnes dette med at slike hjelpemidler er et ganske nytt fenomen, og at lovverket derfor i liten grad er tilpasset dette. Det kom, i denne utredningen, et ønske om endring i lovverket.

Kapittelet i denne oppgaven som handler om resultater, analyse og diskusjon vil i hovedsak bli delt inn etter hvilke hovedoppgaver kommunen er satt til å løse som følge av Kvalitetsforskriften.

2.2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Når arbeidet med denne oppgaven startet opp var det Pasient- og brukerrettighetsloven, som trådte i kraft 01.01.2001 og sist ble endret 24.06.2011 som var gjeldende. I den står det i §4-1 at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Om hvem som har samtykkekompetanse i §4-3, står det at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart

ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. I §4-6 står det at: Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. I §4A-5 står det at dersom pasienten motsetter seg bevegelseshindrende tiltak, skal dette alltid regnes som alvorlig inngrep. Det står i §4A-4 at varslingssystemer med tekniske innretninger kan anvendes dersom lovens vilkår er oppfylt. Lovens vilkår står i §4A-3 og er følgende: a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og b) helsehjelpen anses som nødvendig, og c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. Det står også at:

«Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.»

(Pasient- og brukerrettighetsloven 1999)

Kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven omfatter – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Formålet med kapittel 4A er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang, og at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

I følge dette lovverket ble altså bruk av GPS-sporing til personer med demens sett på som et alvorlig inngrep og det måtte treffes et vedtak om bruk av tvang for å kunne benytte det. Det måtte kunne dokumenteres at det uten GPS ville føre til vesentlig helseskade. For at man skulle kunne dokumentere dette, måtte personen med demens sannsynligvis ha gått seg bort minst en gang først. Ved at det måtte treffes vedtak om bruk av tvang, har GPS i kommunehelsetjenesten, nesten uten unntak, bare blitt benyttet i ulike prosjekt.

Endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven trådte i kraft fra 01.09.2013. Under Kapittel 4, Samtykke til helsehjelp, er det nå tatt inn en helt ny paragraf, §4-6a. *Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi*. Her står det at:

Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse (...)

Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukerens interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket fremstår som det minst inngripende. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket.

Denne bestemmelsen kommer ikke til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket.

Det er etter dette ikke nødvendig å søke fylkesmannen om bruk av tvang for kunne bruke GPS til personer med demens. Hvis GPS blir en del av kommunenes tjenestetilbud, vil dette i stor grad forenkle saksbehandlingen. Det er likevel viktig at tiltaket blir nøye vurdert med tanke på at det må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og at det skal være i pasientens eller brukerens interesse. Alle personer med demens skal ikke ha GPS for enhver pris. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen, i dette tilfellet bruk av GPS, skal Kapittel 4A – om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen følges som tidligere.

Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder også flere paragrafer som må hensyntas i pleie- og omsorgstjenesten med tanke på bruk av GPS til personer med demens:

§2-1a (...) Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. (...)

§3-1 (...) Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og Bruker. (...)

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

2.3.3 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven av 24.juni 2011, som trådte i kraft 01.01.2012 inneholder også ulike bestemmelser som må hensyntas ved bruk av GPS til personer med demens. Her er det spesielt viktig å trekke frem punktene i lovens formål som er å:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,

- fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

2.2.4 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven er også viktig i pleie- og omsorgstjenesten med tanke på innføring av GPS til personer med demens. Helsepersonellovens §6 handler om ressursbruk. I den står det at: «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.»

I § 16 står det at: «Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.» En av pliktene, som blir av spesiell betydning i denne sammenheng, er dokumentasjonsplikten. I § 39 og 40 står det at den som yter helsehjelp skal nedtegne eller registrere opplysninger i samsvar med god yrkesetikk og at det skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen.

2.2.5 Personopplysningsloven

Ved bruk av GPS-sporing vil også Personopplysningsloven komme til anvendelse. Formålet med denne loven er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Som det står i §8 skal det skal bes om *samtykke* fra brukerne når det tilbys tjenester som krever informasjon om hvor brukerne befinner seg. Datatilsynet er opptatt av at det nye lovverket ikke skal åpne for muligheter til å bruke opplysningene til noe annet enn å øke brukerens livskvalitet (Datatilsynet 2013). I §28i Personopplysningsloven står det at

opplysninger ikke skal lagres lengre enn nødvendig og at det ikke skal lagres overskuddsinformasjon. Dette er viktig med tanke på mulighetene for overvåking bruk av GPS gir.

2.3 Etske utfordringer ved bruk av GPS

Ved innføring av teknologi i pleie- og omsorgstjenesten kan det oppstå etiske dilemma. Bjørn Hofmann (2010) beskriver at en problemstilling er moralsk når den reiser spørsmål om hva som er godt og rett å gjøre, det vil si når den utfordrer våre verdier og normer for handling som en sosial gruppe aksepterer og forsøker å praktisere. Etikk er læren om moral. Normativ etikk forsøker å finne og begrunne løsninger på moralske problemstillinger. Etske problemstillinger er teoretiske utfordringer innen etikk (Hofmann 2008).

Selvbestemmelse eller autonomi er et sentralt etisk prinsipp i vår kultur, og viktig i et helsefremmende perspektiv. Det er et sammensatt begrep med forskjellige betydninger for ulike bruksområder. Det er en vanlig oppfatning at selvbestemmelse er å bestemme selv, mens det motsatte er at andre bestemmer. Det motsatte av autonomi er paternalisme eller ansvarsovertagelse og overbeskyttelse (Hauge og Mittelmark 2003). I noen situasjoner er det slik at en person ikke kan eller vil ta beslutninger. Da kan andre mene at de har rett til å bestemme på vedkommendes vegne. Vi er alle avhengige av andres omsorg i perioder av livet. Det er en del av det å være menneske. Autonomi er en grunnleggende verdi som omsorgstjenesten er basert på. Å øve makt over andre og å bli øvet makt over, er en del av det å gripe inn i hverandres liv. Men det går et klart skille mellom å ta ansvar *for*, og ansvar *fra* (Henriksen og Vetlesen 2006). Her kan opplevelse av avmakt oppstå. Når vi som arbeider innen velferdsfeltet skal ta hensyn til at den vi skal hjelpe har rett til selvbestemmelse, må vi anerkjenne den andre ut fra hans situasjon og vise respekt og forståelse. Dette er forankret i helsepersonellens profesjonelle rolle. Relasjonen vi har til den andre og vår evne til empati er også viktig.

Vi kan benytte ulike etiske perspektiver for å løse etiske problemstillinger. Det etiske perspektivet blir på et vis et par briller vi ser problemstillingen gjennom. I denne oppgaven vil tre av de etiske perspektivene benyttes spesielt. Dette er:

Pliktetikk som tar utgangspunkt i moralske normer og regler og blant annet er grunnlaget for at våre brukere skal ha medbestemmelse i saker som gjelder dem. Som profesjonelle tjenesteytere er vi forpliktet ved lov og forskrift til å gi brukerne medbestemmelse (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §3-1) (Kvalitetsforskriften 2003). Vi er også forpliktet til å utnytte ressursene på en god måte (Helsepersonelloven 2001, §6).

Konsekvensetikk, der brukerne som har medbestemmelse vil velge det som er rett for dem, dersom forutsetningene er tilstede. Dette må hjelperne respektere og bidra til. Det konsekvensetiske perspektivet er også viktig med tanke på hvilke tjenester som blir eller ikke blir tilbudt brukerne.

Diskursetikk som legger vekt på at beslutninger tas etter at alle involverte parter har kommet med sine synspunkter. I dette perspektivet utvikles en maktfri dialog mellom bruker, pårørende og tjenesteyter. På denne måte blir løsningene på det etiske problemet noe alle står sammen om å akseptere og kjempe for, som det beste eller mest oppnåelige i den situasjonen som foreligger. (Henriksen og Vetlesen 2006) Dirskursetikken er også viktig for hva tjenesteyterne til en hver tid mener er et godt tjenestetilbud, og hva som er den beste måten å utføre tjenestene på.

Innføringen av teknologi i pleie – og omsorgstjenesten vil også utfordre våre verdier gjennom hvilke ord og begrep som anvendes. Omsorgsteknologi var det som i hovedsak ble benyttet frem til Hagen – utvalgets innstilling, «*Innovasjon i omsorg*», kom i 2011 der velferdsteknologi ble benyttet. Ordene omsorgsteknologi og velferdsteknologi blir brukt vekselvis. Kombinasjonene av omsorg og teknologi er vanskelig og kanskje har dette ført til noe av diskusjonen rundt dette temaet som vi har i dag. Hofmann (2010) skriver at omsorg tradisjonelt har blitt utøvet av personer og er knyttet til kunnskap (episteme) og praksis (phronesis). Teknologi har blitt knyttet til techne og lære (logos). Omsorg og teknologi har derfor blitt oppfattet som helt forskjellige ting. Når det blir snakket om omsorgsteknologi kan det oppfattes som at omsorgen skal utøves ved hjelp av teknologien, og at personene forsvinner. Dette er ikke ønskelig ut fra perspektivet til brukere eller tjenesteytere, og er det diskusjonen har dreid seg om i stor grad (Hofmann 2010). Det blir da en diskusjon om våre verdier som handler om utrygghet i forhold til hvordan omsorgen skal utføres. Ansattes verdier blir utfordret når teknologiske løsninger erstatter deres nærhet. Mange eldre sidestiller også nærhet med trygghet. Velferd er en viktig verdi og et positivt ladet ord som forbindes med det å ha gode levekår, god helse og god livskvalitet (NOVA 2013). Ordet velferdsteknologi er det derfor enklere å forholde seg til.

I arbeidet innen pleie- og omsorgstjenesten kommer man daglig opp i situasjoner preget av etiske valg og vurderinger. Dette kan være situasjoner der vi opplever å gå på akkord med verdier og normer som vi føler oss moralsk forpliktet av. Et etisk dilemma oppstår når det finnes gode moralske innvendinger mot ethvert handlingsalternativ (Eide og Aadland 2008). Et viktig utgangspunkt for å begrunne hva som er en etisk forsvarlig holdning eller handling er at arbeidet med mennesker alltid er et møte med unike individer (Henriksen og Vetlesen 2006).

Innen de fleste områder av velferdsarbeidet er det utformet etiske retningslinjer. Slik blir verdiene en del av det faglige grunnlaget i arbeidet og rammen for profesjonsetikken. For å reflektere over våre tanker og handlinger og videreutvikle vår profesjonalitet, må det jobbes kontinuerlig med å bevisstgjøre grunnholdningene til hver enkelt utøver. Slik kan vi bli etisk kompetente yrkesutøvere. Det handler om å være involvert og å våge å bruke personlige forutsetninger, samtidig som en evner å se ting i perspektiv (Henriksen og Vetlesen 2006).

Som tidligere beskrevet så blir yrkesutøverne innen velferdsarbeidet utfordret av skjerpede krav om økt effektivitet og mer helse og omsorg for pengene, jfr. New Public Management. En trygg etisk plattform, både faglig og personlig, blir en forutsetning for å stå i dette. Å arbeide med etiske problemstillinger er viktig for å utvikle kvaliteten på tjenesten og sikre at brukernes behov blir ivaretatt (Eide og Aadland 2008). «Samarbeid om etisk kompetanseheving» er et landsomfattende samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjonene innen helse og omsorg samt KS. I dette prosjektet er hovedmålet «...å bidra til at kommunene styrker den etiske kompetansen i helse-, sosial- og omsorgstjenesten og gjennomfører systematisk etisk refleksjon i tjenestene.» (KS 2013) I juni 2013 var 210 kommuner eller bydeler i Norge med i prosjektet. Dette er et viktig arbeid som gjør at kommunene får nye arenaer og gode verktøy for å ta opp etiske problemstillinger ved innføring av blant annet velferdsteknologi som GPS-sporing.

2.4 Litteratursøk

Det er søkt etter tidligere forskning på feltet, bruk av GPS til personer med demens, i mange databaser (Vedlegg 1). Det ble i starten benyttet flere søkeord i ulike kombinasjoner som: kognitiv svikt/demens/vandring og GPS/GIS/teknologi/ og effekt/kvalitet. Det ble flest treff når det kun ble benyttet GPS/GIS og demens. Det var likevel få treff og kun artikler og kvalitative

studier. Disse studiene sier mye om effekten for brukere og pårørende og noe om økonomiske besparelser, lite eller ingenting om hvordan det påvirker kvaliteten på tjenestetilbudet. Litteraturlistene i det som ble funnet ble derfor benyttet og det ble da gjort funn av en kvantitativ studie. Den er gjort av ABT-fonden i Danmark: «Demonstrasjonsprosjekt med bruk av GPS system i eget hjem.» I den nevnes også kun arbeidskraftbesparende effekt, ikke hvordan det påvirker kvaliteten i tjenesten.

Effekten for brukere og pårørende er samsvarende i alle studiene. Det beskrives at bruk av GPS til personer med demens gir økt selvstendighet, frihet og trygghet. Trygghet for brukere og pårørende vektlegges som viktigere enn at bruk av GPS kan oppleves som overvåking og krenkelse av brukernes integritet. Integritet innebærer respekt for menneskeverdet, personvern og selvbestemmelsesrett (Fensli 2010). I forskningen som ble funnet skrives det også om at bruk av GPS kan forlenge muligheten til å bo i eget hjem.

Av det som blant annet kommer frem i media ser vi at det er en del motstand til bruk av GPS og annen velferdsteknologi. Det er snakket om varme hender og kald teknologi, overvåking vs. våke over osv (Thygesen 2011). Eriksson og Karlsson (2008) skriver at store endringer i måten å gjøre arbeidet på er ressurskrevende og smertefullt for de ansatte som er involvert. Det krever en nyorientering i deres arbeidsfelt og brudd med kjente arbeidsmetoder (Eriksson og Karlsson 2008). Dette kan også være en årsak til motstanden.

Det er kun i sluttrapporten fra prosjektet «Trygge spor» det kan finnes noe om kvaliteten i tjenesten. Dette prosjektet er derfor mest interessant for dette studiet og av den grunn vil dette omtales noe mer i neste kapittel.

2.5 Prosjektet Trygge spor

Det har frem til 1. september i år ikke vært tillatt å benytte GPS i Norge til personer med demens som et ordinært tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten på grunn av lovverket, unntatt i ulike prosjekt for å teste ut dette utstyret. Det prosjektet jeg har funnet interessant er «Trygge spor – GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens» (Ausen mfl. 2013).

Dette var et stort studie i 2012 i de fem kommunene Drammen, Bærum, Trondheim, Bjugn og Åfjord, finansiert av Oslofjordfondet, der SINTEF har vært forskningspartner og prosjektleder. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Universitetet i Agder har også bidratt med kompetanse og ressurser i prosjektet.

Prosjektets overordnede mål var: «Å vurdere om teknologien har effekt og nytte for personer med demens, deres pårørende og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten». Dette var en kvalitativ studie. Det ble benyttet spørreskjema med åpne spørsmål ved intervju av pasienter og pårørende, og til fokusgruppeintervju med personalet. Resultatene viste at:

- Bruk av lokaliseringsteknologi bidrar til økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet for personer med demens og deres pårørende.
- Bruken av varslings- og lokaliseringsteknologi ofte er det minst inngripende tiltaket som gir personen økt frihet, mobilitet og selvstendighet, og at tiltaket oppleves som fravær av tvang.
- Etiske vurderinger, kartlegging av individuelle behov, faglig kompetanse og tilrettelegging av teknologi og tjenester er viktige forutsetninger for forsvarlig og vellykket bruk av varlings- og lokaliseringsteknologi.
- En modell med sentralisert alarmmottak og lokal oppfølging blir foreslått å utrede videre som en mulig løsning.

I rapporten fra prosjektet «Trygge spor» står det:

Effekten i forhold til pleie- og omsorgstjenesten og personalet varierer, og må sees i sammenheng med hvordan tjenesten er organisert, hvordan opplæringen er gjennomført, hvordan forankringen er i virksomhetene og holdninger til bruk av teknologi. Flere ansatte mente at “Det handler mye om holdninger” (Ausen mfl. 2013, s. 20).

De ansatte som jobber i pleie- og omsorgstjenesten der prosjektet «Trygge spor» ble foretatt opplever også at de kan tilby brukerne et mer individuelt tilpasset og bedre tjenestetilbud. Det er også beskrevet færre konflikter med og økt frihet for brukerne på institusjon, engasjerte medarbeidere og bedre samhandling internt i pleie- og omsorgstjenesten og i forhold til andre tjenesteområder. I rapporten står det også at flere ansatte mener at bruk av lokaliseringsteknologi kan utsette behovet for ytterligere tjenester, at det derfor kan bidra til en mer effektiv bruk av ressurser og at de kan tilby en bedre tjeneste ved å kunne tilby GPS.

SINTEF ble kontaktet med forespørsel om å få gjøre en ny undersøkelse i prosjektet «Trygge spor» med problemstillingen i denne oppgaven som utgangspunkt. Det ble gitt tillatelse derfra og fra de prosjektansvarlige i de fem kommunene prosjektet foregår.

3 METODE

I dette kapitlet vil datainnsamlingsetoden som er benyttet beskrives, på hvilken måte utvalget av respondentene er foretatt samt mulighetene for bortfall av respondenter. På hvilken måte bearbeidingsprosessen og analysen har blitt gjennomført vil også bli beskrevet. Det vil også bli redegjort for hva som er gjort for å styrke studiens validitet og reliabilitet, og hva jeg har gjort for å sikre at de etiske spørsmålsstillingene i forbindelse med forskningen har blitt håndtert på en akseptable måte (Jacobsen 2010).

3.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign

Empiriske studier kan enten være av kvalitativ eller kvantitativ karakter. Ved et kvalitativt design velges ofte intervju, observasjon eller tekstanalyse, mens det ved et kvantitativt design er mest vanlig å bruke spørreskjema med lukkede svaralternativer (Jacobsen 2010). Fordelen ved kvantitativ metode er at man raskt får mange svar, mens ulempen er manglende dybde. Ved bruk av kvalitativ metode er situasjonen omvendt (Flyvbjerg 2009). Ofte er en kombinasjon av metodene nødvendig, en metodetriangulering (Ringdal 2013). I denne undersøkelsen er det valgt å benytte kvantitativ ekstensiv metode for å få svar på problemstillingen: «*Hvilken effekt på kvaliteten av det kommunale tjenestetilbudet opplever de som jobber der at bruken av GPS til personer med demens gir?*» Det er i de 5 kommunene i prosjektet «Trygge spor» til sammen ca. 500 tjenesteytere som har fått opplæring i tjenesteområdene der GPS blir benyttet til personer med demens. I prosjektet er det tidligere gjort kvalitative undersøkelser der det er benyttet intervju som metode av noen ansatte, brukere og pårørende. Det ønskes derfor å inkludere alle ansatte i denne undersøkelsen. Funn av tidligere studier viser at det ikke er forsket på effekten av kvaliteten i det kommunale tjenestetilbudet ved bruk av GPS til personer med demens.

Dette er et case-studie, som benyttes når ett eller noen få tilfeller blir inngående studert. Case kommer av ordet casus som betyr det enkelte tilfelle (Jacobsen 2010). Det enkelte tilfelle i dette studiet er prosjektet «Trygge spor».

3.2 Utvalg

Det ble ikke funnet kvantitative undersøkelser i prosjekter der personer med demens benytter GPS som har hatt fokus på kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten. Det ønskes derfor at alle

ansatte som jobber i tjenesteområdene til de fem kommunene der GPS blir benyttet til personer med demens i prosjektet Trygge spor skal delta i denne undersøkelsen. Det blir ikke gjort et utvalg av disse. Undersøkelsen omfatter hele den teoretiske populasjonen (Jacobsen 2010). I følge de prosjektansvarlige i kommunene, som er kontaktpersoner for dette studiet, er det ca. 800 mulige respondenter, mottakere av spørreskjemaet. Dette blir enhetene i undersøkelsen. Så mange enheter er muliggjort fordi Questback vil bli benyttet til innsamling og behandling av svarene. Questback vil bli nærmere omtalt i kapittelet om datainnsamling.

3.3 Utarbeidelse av spørreskjema

Spørreskjema er valgt som datainnsamlingsmetode. Det var nødvendig å lage et spørreskjema for denne undersøkelsen, da det ikke kunne finnes noe med samme tema som var benyttet tidligere.

Utgangspunktet for spørsmålene var ønsket om å få svar på problemstillingen. Temaer for de ulike spørsmålene er valgt med utgangspunkt i et prosjekt i ABT-fonden i Danmark (INCA Vidensformidling & InnovationsHus Syd 2011), og noen av spørsmålene SINTEF benyttet i prosjektet «Trygge spor» (Ausen mfl. 2013), i tillegg til det som er vektlagt i Kvalitetsforskriften (Kvalitetssforskriften 2003). Min forforståelse vil også prege spørsmålene. Samtidig mener jeg også at jeg vet noe om hvilken effekt bruk av GPS til personer med demens kan ha, og at jeg har kunnskap om hva jeg kan se etter. Min kunnskap om og mine erfaringer fra dette gir meg min forforståelse. Forforståelsen har innvirkning på både et kvalitativt og et kvantitativt metodedesign (Jacobsen 2010). Det er viktig å forstå betydningen av at man er oppmerksom på egen forforståelse når man skal forske. Forforståelse er de forutsetninger vi bringer med oss og som avgjør om vi finner mening i en handling og som påvirker vår oppfattelse av virkeligheten (Aadland 2004). Hva som trer frem for oss i ulike situasjoner er påvirket av hva vi har med oss av kunnskap og erfaring.

Begrepet forforståelse ble introdusert av Hans–Georg Gadamer (1900–2002), ”.....*som mente at vi aldri vil kunne møte verden uten et sett med ”briller” eller for-dommer som hjelper oss til å finne et system, en orden eller kort og godt mening i det vi står overfor*” (Aadland 2004, s. 184). Han mener derfor at helt objektiv forskning ikke er mulig. Vi oppfatter mennesker, situasjoner og ting rundt oss forskjellig, fordi det er ulike ting som betyr noe for oss, som vi fokuserer på eller vektlegger. Forforståelse har derfor innvirkning på forskningen og er noe det er viktig å være bevisst på.

Spørreskjemaet som ble utarbeidet har både lukkede (kvantitative data) og åpne spørsmål (kvalitative data), som gjør at det blir en metodetriangulering (Ringdal 2013). De lukkede spørsmålene, variablene, har flere svaralternativer, verdier. (Jacobsen 2010) Begrepen effekt og kvalitet, som er benyttet i problemstillingen, er abstrakte begrep som har vært nødvendig å operasjonalisere for at de skal bli målbare (Jacobsen 2010).

I noen av svaralternativene er Likert-formatet benyttet med 4 svarkategorier, fra «1 Ingen grad» til «4 Stor grad» i tillegg til «Vet ikke» (Ringdal 2013). Fire svarkategorier er valgt for å bedømme om tendensen er positiv eller negativ i resultatene. Seks svaralternativer ville gjøre alternativene mer utydelig og gjøre det vanskeligere å velge. Fem kategorier ville gi en midtkategori, som hverken / eller. Dette er bevisst ikke valgt for å unngå at respondentene legger seg på midtalternativet og ikke tar stilling til spørsmålet, noe som kan gjøre resultatet av undersøkelsen mindre valid. Svaralternativet «Vet ikke» er benyttet for at respondentene skal komme seg videre i undersøkelsen hvis de ikke kan gi et svar.

Noen av spørsmålene er satt opp som matriser. Det vil si at det er flere variabler/spørsmål som er listet opp vertikalt, under hverandre, og verdiene/svarkategoriene er satt opp horisontalt. Dette er benyttet for å unngå mange gjentakelser slik at spørreskjemaet blir mindre arbeidskrevende å besvare. Positive og negative formuleringer er bevisst blandet slik at det ikke skal bli en ja- eller nei- effekt, der respondentene krysser av uten å ta stilling til spørsmålet fordi de har kommet inn i en rytme (Jacobsen 2010).

I noen av spørsmålene er det mulig å krysse av for flere svaralternativer. Dette er det opplyst om i spørreskjemaet. Svaralternativene er de det forventes vil forekomme mest hyppig, med bakgrunn i rapporten fra prosjektet «Trygge spor». I tillegg til svaralternativene er det tatt med en åpen kategori, «Annet», som respondentene kan benytte hvis de ikke finner noe svaralternativ som passer eller ønsker å liste opp flere alternativer. Dette gjør at kategoriene blir utfyllende (Jacobsen 2010). Der det er nødvendig er kategoriene gjensidig utelukkende, som i spørsmålet om stillingsprosent.

De åpne spørsmålene er i all hovedsak oppfølgingsspørsmål til de strukturerte spørsmålene. Dette kan gi ny og rik informasjon fra respondentene. På de åpne spørsmålene er det valgfritt å svare, slik at de som ikke ønsker å skrive noe skal kunne komme videre i spørreskjemaet. Oppfølgingsspørsmålene er routet slik at det er hva respondenten svarer på de lukkede spørsmålene som er bakgrunnen for oppfølgingsspørsmålene.

I starten av spørreskjemaet er det filterspørsmål om hvilken kommune respondentene jobber i, hvor i kommunen de jobber, hvilken utdanning de har og hvilken stillingsstørrelse. Det er ønskelig å benytte filtrene i analysen for å se om dette har innvirkning på svarene. Dette er enkle spørsmål å svare på, noe som gjør at det blir enkelt å komme i gang med spørreundersøkelsen, og vil bidra til at de blir fortrolig med det elektroniske spørreskjemaet.

3.4 Datainnsamling

Undersøkelsen ble laget i og sendt ut ved hjelp av Questback. Det er et elektronisk databehandlerprogram som tar imot, lagrer og behandler dataene. Elektronisk utsendelse og innsamling av data er ikke mye brukt frem til nå. Denne metoden vil gjøre det enklere å nå og følge opp alle respondentene, da systemet muliggjør automatiske påminnelser til respondentene som ikke har svart. Metoden gjør det også mulig å nå flere respondenter. Svarene lagres automatisk slik at man unngår tastefeil når dataene skal registreres. Man sparer tid ved at man når alle respondentene samtidig og ikke har behov for å registrere data i etterkant, og undersøkelsen blir mindre kostnadskrevende da det ikke er utgifter til porto. Det er i dag vanlig med elektroniske pasientjournaler og annen dokumentasjon i alle kommuner. Respondentenes forutsetninger for å svare på et elektronisk spørreskjema er derfor tilstede.

Det ble sendt en forespørsel til de prosjektansvarlige i de fem kommunene i april i år (Vedlegg 2). Der var det ønske om å sende ut spørreundersøkelsen og motta svar i løpet av juni måned. Tilbakemelding fra kommunene om stort arbeidspress og feriestart, gjorde at det i samråd med dem ble valgt å utsette utsendelsen til etter ferieavviklingen. Det var mulig å svare på undersøkelsen i overkant av tre uker. Dette ville fange opp de som kun jobber hver tredje helg. Svarfristen var kort, det kunne gjøre at flere svarte. Det kunne også gi færre svar fordi det ikke nådde alle pga. fri, fravær, de ikke hadde tid eller andre mulige feilkilder.

Det har blitt tatt kontakt på telefon med de prosjektansvarlige i alle kommunene i prosjektet «Trygge spor». Ønsket var å motta lister med e-postadressene til de ansatte som så kunne legges inn i det elektroniske databehandlerprogrammet. De prosjektansvarlige ønsket ikke å gi ut e-postadressene med begrunnelse i at dette kunne misbrukes. I tillegg hadde ikke alle ansatte kommunal e-postadresse. Vi ble enige om at spørreskjemaet skulle sendes ut via en åpen lenke til de prosjektansvarlige, så skulle de distribuere denne til respondentene. Det ble avklart at de prosjektansvarlige skulle gi fortløpende tilbakemeldinger på hvor mange respondenter som hadde mottatt lenken, da dette er viktig med tanke på svarprosenten i undersøkelsen.

For å finne ut om spørreskjemaet er gyldig og relevant ble det sendt ut for testing og tilbakemelding til de prosjektansvarlige i kommunene, kontaktpersonen i SINTEF, medstudenter, veileder på Høgskolen og til en ressursperson i bedriften som administrerer det elektroniske databehandlerprogrammet. Dette har bidratt til å gjøre spørreskjemaet til et godt instrument for å få svar på problemstillingen. Det vil etter dette med stor sannsynlighet måle det som ønskes å måle, ha intern gyldighet og relevans (Jacobsen 2010).

Ved at spørreskjemaet blir sendt ut til alle ansatte som arbeider i tjenesteområdene der GPS blir benyttet til personer med demens vil det, ved en tilfredsstillende svarprosent, også få ekstern gyldighet og relevans (Jacobsen 2010). Det betyr at hvis vi gjør samme undersøkelse i andre norske kommuner kan vi få tilnærmet like svar.

Undersøkelsen ble så testet med en pilotundersøkelse. Svarene på denne var forståelige, og tilbakemeldingene var at de forsto spørsmålene. Undersøkelsen kan da ses på som pålitelig og troverdig (Jacobsen 2010).

3.5 Dataanalyse

Dataene ble registrert automatisk, i elektronisk form, i Questback. Analysen av de lukkede spørsmålene ble så gjort av dette databehandlerprogrammet. Dette har gitt tabellene som blir benyttet i resultat-, analyse- og diskusjonsdelen. Tabellene blir så, i noen grad, delt opp for å passe inn i de ulike delene i resultat-, analyse- og diskusjonsdelen.

Svarene fra de åpne spørsmålene ble analysert som tekstdata i kvalitativ forskning (Ringdal 2013), men på en noe enklere måte da det ikke var så mye tekst. Spørsmålene ble benyttet som hovedkategorier. Det som kom frem i de enkelte svarene ble delt inn i underkategorier. På bakgrunn av at dette i hovedsak er en kvantitativ undersøkelse, ble det så telt opp hvor mange ganger hver underkategori ble nevnt.

3.6 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Undersøkelsens validitet eller gyldighet sier noe om vi faktisk måler det vi vil måle (Ringdal 2013). I alle undersøkelser kan det oppstå målefeil. Målefeilene kan være systematiske eller

tilfeldige. Systematiske målefeil går direkte ut over dataenes validitet. Hvis for eksempel respondentene svarer det som er sosialt ønskelig, viser en positiv eller negativ grunnholdning, oppstår det en systematisk målefeil som kan undergrave målingens validitet.

Reliabilitet eller pålitelighet betyr at gjentatte målinger med samme spørreskjema vil gi samme resultat.

Hvis svarprosenten er over 50% anses den for å være tilfredsstillende (Jacobsen 2010). Dette er viktig hvis undersøkelsen skal være genaeraliserbar. Frafall er alltid en utfordring i undersøkelser, spesielt når det som i dette studiet benyttes elektroniske spørreskjema som respondentene selv skal fylle ut. Muligheten til å finne ut hvem som ikke har svart er umulig når det blir benyttet e-postutsendt spørreskjema (Jacobsen 2010).

3.7 Metodekritikk

Det kan bli en utfordring å nå alle respondentene som er ønsket i denne undersøkelsen fordi kommunene ikke har gitt tilgang til de ansattes e-postadresser. Når det blir benyttet en åpen lenke til spørreskjemaet vil det også muliggjøre at en person kan svare flere ganger i stedet for at flere, unike respondenter svarer. Dette blir derfor en usikkerhet i undersøkelsen.

Ved at lenken skal distribueres av de prosjektansvarlige, gir det også en usikkerhet med tanke på hvem som mottar skjemaet. Vil alle ansatte i de aktuelle tjenesteområdene motta spørreskjemaet, er det kun de som er positive til bruk av GPS eller bare de som har mye erfaring med bruk av dette? Det kan også være flere muligheter for bortfall av deltagere (Jacobsen 2010), blant annet om de prosjektansvarlige har tid til å prioritere videresending når de mottar lenken og om respondentene har tid til å svare.

Det ble avklart at de prosjektansvarlige skulle gi fortløpende tilbakemelding på hvor mange respondenter som hadde mottatt lenken, da dette er viktig med tanke på svarprosenten i undersøkelsen. Dette ble ikke etterfulgt av de prosjektansvarlige. Det ble derfor sendt ut en e-post med spørsmål til de prosjektansvarlige om antall GPS i bruk, antall ansatte som jobber i de ulike tjenesteområdene og hvor mange som hadde mottatt spørreskjemaet (Vedlegg 9).

Det var mulig å svare på undersøkelsen i overkant av tre uker. Dette ville fange opp de som kun jobber hver tredje helg. Svarfristen var forholdvis kort. Det kunne gjøre at flere svarte fordi de

ikke kunne utsette det, men kan også gi færre svar fordi spørreskjemaet ikke nådde alle pga. fri, fravær, de ikke hadde tid eller andre eventualiteter.

Bruk av Questback gir i utgangspunktet mulighet til å sende automatiske påminnelser til respondentene som ikke har svart på undersøkelsen, hvis den er sendt ut ved hjelp av unike e-postadresser. Denne muligheten var ikke tilstede. Det ble derfor sendt ut påminnelse til kontaktpersonene med en ukes mellomrum, med opplysning om hvor mange som hadde svart i den repektive kommune og ønske om at de kunne minne respondentene på undersøkelsen. Dette kunne være uheldig, da det kunne oppfattes som mas.

3.8 Ethiske aspekter ved forskningen

Det vil her bli redegjort for hvordan det er sikret at etiske spørsmålsstillinger i forbindelse med denne spørreundersøkelsen er håndtert på en akseptabel måte.

Prosjektet «Trygge» spor har godkjenning fra REK, Regional etisk komité. Det var ikke nødvendig å søke ny godkjenning for denne undersøkelsen. Jeg fikk tillatelse fra SINTEF og de prosjektansvarlige i kommunene til å gjøre en undersøkelse i tilknytning til dette prosjektet. Undersøkelsen ble meldt inn til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (Vedlegg 4)

Personvernet er høyt ved bruk av elektronisk spørreskjema. Respondentene kan garanteres absolutt anonymitet. Det ble også laget en databehandlingsavtale med Questback. Denne skal sikre at dataene som kommer inn ved denne undersøkelsen blir behandlet konfidensielt og slettes etter en viss dato.

Under forutsetning av at det er mange som svarer på undersøkelsen vil det også være svært vanskelig å finne ut hvem som har svart hva. Hvis det kommer inn få svar kan det bli nødvendig å anonymisere noe. Det er benyttet et filterspørsmål for kommuner. Dette blir anonymisert i denne oppgaven på den måten at de blir kalt Kommune 1, Kommune 2 osv.

Det er viktig med god informasjon til respondentene for å oppnå en tilfredsstillende svarprosent. Når respondentene åpnet lenken til denne spørreundersøkelsen ble det på første side informert om:

- hvem jeg er og hvorfor jeg ønsker å gjennomføre spørreundersøkelsen

- hvem som har gitt tillatelse til at jeg gjennomfører den
- når undersøkelsen gjennomføres
- hvor lang tid det vil ta å svare
- at de som svarer er sikret anonymitet
- at det er frivillig å svare
- at det er søkt Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste om tillatelse
- hva resultatet skal benyttes til
- muligheten for å lese resultatet

4 RESULTATER, ANALYSE OG DISKUSJON

Jeg har valgt å presentere resultatene fra spørreundersøkelsen sammen med analyse og diskusjon av funn for at det skal være lettere å lese og se sammenhengene. Alle resultater er i sin helhet vedlagt oppgaven (Vedlegg 8). Invitasjonsmeldingen må ligge som spørsmål 1 i et elektronisk spørreskjema. Derfor er første spørsmål angitt som spørsmål 2 (Vedlegg 6 og 8). Kapitlene i denne delen, med analyse, resultater og diskusjon, er i hovedsak delt inn ut fra hovedpunktene i Kvalitetsforskriften. I tillegg er det et kapittel om bruk av filterspørsmål og et om GPS i kommunehelsetjenesten.

Som det vil fremkomme i delen om deltakelse i undersøkelsen, har det kommet inn veldig få svar. Til tross for purringer til de prosjektansvarlige, hadde det ikke kommet tilbakemelding om hvor mange som hadde mottatt spørreskjemaet. Det ble derfor nødvendig å lage en tabell med noen spørsmål som skulle besvares (Vedlegg 9). Denne ble sendt til de prosjektansvarlige med e-post. Det er likevel en kommune det ikke har kommet inn fullstendige svar fra.

Svarene fra kommunene viser at prosjektet ”Trygge spor” fortsatt pågår. Det var ved undersøkelsestidspunktet tilsammen 46 personer med demens som benyttet GPS i de fem kommunene. I tillegg var det 8 brukere som hadde benyttet GPS, men som ikke benyttet dette lenger. Alle kommuner har, i følge kontaktpersonene, planer om fortsatt å benytte GPS til personer med demens, samt utvide til flere brukere.

På grunn av lav svarprosent på undersøkelsen vil jeg av hensyn til personvernet anonymisere svarene slik at det ikke kommer frem hvilke kommuner svarene kommer fra.

4.1 Bruk av filterspørsmål

I starten av undersøkelsen var det fire filterspørsmål, hvilken kommune de jobbet i, hvor i tjenesten de jobbet, utdanningsnivå og stillingsstørrelse. Dette var tenkt benyttet for å finne ut om det var likheter eller ulikheter på det som kom frem i undersøkelsen for eksempel mellom de ulike kommunene. Med så få innkomne svar er dette ikke mulig. Det som kom frem var likevel interessant og resultatene vil derfor bli analysert og drøftet.

4.1.1 Deltakelse i undersøkelsen

Det ble sendt ut informasjon til de prosjektansvarlige i de fem kommunene om at alle ansatte, som jobbet i tjenesteområdene der GPS ble benyttet til personer med demens i prosjektet «Trygge spor», var ønsket som deltakere i denne undersøkelsen. Etter opplysningene fra kommunene var det ca. 800 mulige respondenter. Jeg har fått tilbakemelding om at de har videresendt det elektroniske spørreskjemaet til ca. 280 respondenter. Det er ikke oppgitt eksakt antall. Jeg vil derfor benytte dette antallet, 280, som mitt datagrunnlag.

Det har kommet inn svar fra 19 respondenter. 73,7% av svarene kom fra en kommune og fra en av de andre kommunene kom det ingen svar (Se tabelle 1).

TABELL 1 HVILKEN KOMMUNE RESPONDENTENE ARBEIDER I

Alternativer	Antall	Prosent
Kommune 1	2	10,5%
Kommune 2	14	73,7%
Kommune 3	2	10,5%
Kommune 4	1	5,3%
Kommune 5	0	0,0%
N	19	100%

Det var tre store kommuner og to mindre kommuner. Antall svar som har kommet inn kan ikke forklares med kommunestørrelse.

Hva kan være årsaken til den lave svarprosenten? Det var kun 35% av de som var inkludert i undersøkelsen som fikk videresendt spørreskjemaet av de prosjektansvarlige i kommunene. En av kommunene opplyste at ikke alle ansatte hadde e-postadresse fra arbeidsgiver, noe som ville gjøre det umulig å videresende spørreskjemaet til alle ansatte i tjenesteområdene. Dette kan også gjelde flere av kommunene. Det er mulig det da ville ta mye tid for mine kontaktpersoner å finne e-postadressene til alle, og at dette ikke ble prioritert. Noen andre mulige årsaker til at så få har fått videresendt spørreskjemaet er at det bare ble videresendt:

- **til ansatte med god kjennskap til bruk av GPS i den gjeldende kommunen.** Det vil si ansatte som daglig er i kontakt med brukere som benytter GPS eller som administrerer bruken.
- **til ansatte som i hovedsak er positive til bruk av GPS.** Dette kan være ønskelig for å få en best mulig undersøkelse, så innføringen av GPS som et tiltak forenkles.

- **til ansatte som har store stillinger.** Fordi det anses at de kan svare best mulig, eller det er de som i hovedsak har ansvar for brukerne som benytter GPS.
- **til så mange ansatte de prosjektansvarlige så som tilstrekkelig for undersøkelsen uten at det går ut over den daglige driften.** Ved stor arbeidsbelastning kan dette være ønskelig.

Av de som fikk videresendt undersøkelsen, 280 respondenter, var det 6,8% som svarte. Fra en av kommunene kom det ingen svar. Det er vanlig at det er frafall av respondenter i undersøkelser der det benyttes spørreskjema som respondentene selv skal fylle ut, enten det skal fylles ut på papir eller elektronisk. I dette tilfellet var det uvanlig stort. Dette går ut over reliabiliteten til denne undersøkelsen fordi utvalget kan bli veldig skjevt.

Det kan være flere mulige årsaker til at det var så få som svarte, som for eksempel:

- **De hadde ikke tid til å svare.** De prosjektansvarlige fortalte at det foregikk mye i kommunene. Det var i utgangspunktet ønskelig å sende ut spørreskjemaet før sommerferien, men da var det så høy arbeidsbelastning at de ønsket å vente til etter ferieavviklingen. En av kommunene ønsket ikke å delta før sommeren på grunn av stort arbeidspress. Dette ble tatt hensyn til fordi det var ønskelig at alle kommunene i prosjektet ”Trygge spor” skulle inkluderes i undersøkelsen.
- **De synes ikke bruk av GPS er interessant nok til å bruke tid på dette.** I en travel hverdag kan endringer i måten å utføre arbeidet på bli en ekstra belastning, og det kan være vanskelig å se mulighetene som ligger frem i tid.
- **De synes de har brukt nok tid på dette prosjektet fra tidligere.** Alle prosjekt er tidkrevende. Ved at det foregår mye i kommunene kan det etterhvert bli en stor belastning på de ansatte. Prosjektet ”Trygge spor” hadde pågått i to år og oppfølgingsprosjektet ”Trygge spor II”, der de skal arbeide med organisering og prosedyrer ved bruk av GPS, var allerede igangsatt. Det er også sannsynlig at det ikke er bare dette som har foregått i tillegg til den daglige tjenesteytingen. Innføring av Samhandlingsreformen krever mye arbeid og oppmerksomhet i tillegg til andre oppgaver. Det er brukerne i kommunehelsetjenesten som skal være førsteprioritet. Inntrykket er at det er større endringsvilje blant ansatte i kommunehelsetjenesten nå enn for noen år siden. Det er også store forventninger om at det skal arbeides med prosjekter som har som mål å gjøre tjenesten bedre, men det er ofte satt av lite tid og ressurser til

dette. Dette kan gå ut over den daglige tjenesteytingen som ligger de ansattes hjerte nærmest.

- **De syntes spørreskjemaet var for omfattende.** Det er gjort forsøk på å gjøre det så kort som mulig for å få svar på problemstillingen. Det er også i samsvar med tilbakemeldingene fra de prosjektansvarlige og min veileder. Et spørreskjema med færre spørsmål kunne gitt flere svar, men det er vanskelig å si noe sikkert om det.
- **Det er bare de som i hovedsak er positive til bruk av GPS som har svart.** Det var 500 ansatte som hadde fått opplæring om bruk av GPS i prosjektet ”Trygge spor”. Etter det som kom frem i rapporten fra prosjektet, var det lite negativt om bruk av GPS. Det som var negativt av det som kom frem var behov for bedre prosedyrer i forhold til alarmmottak osv. Med tanke på alt det positive som kom frem i rapporten er det lite sannsynlig at det bare er 19 av de 280 som mottok spørreskjemaet som er positive til bruk.
- **De som er negative til bruk har ikke svart på grunn av at de vet det er sosialt ønskelig at de er positive til bruk av GPS og er redde for å bli gjenkjent.** Ansatte med god kunnskap om det og er positive til bruk, burde være interessert i å svare. I et diskursetisk perspektiv skal man være enig om hva som er den beste måten å utføre tjenester på. Det kan være vanskelig å si noe negativt om bruk av GPS, hvis det blir oppfattet som at dette er noe de bør være positive til.
- **Det er også mulig at det er noen som ønsker å vanskeliggjøre innføringen av GPS til brukere med demens.** Tjenesteyterne kan forsøke å vanskeliggjøre innføringen av teknologi på denne måten. Dette er en strategi fra tjenesteyterne mot den skjulte disiplinering (Mathiesen 1992). Med det menes en forventning om at alle skal være positive til dette tiltaket. Ved å la være å svare er det en slags stille protest.

Det ble ikke foretatt noe besøk til de ulike kommunene før utsendelse av spørreskjemaet. Dette kunne vært gjort, og kunne gitt flere svar. Det var et ønske om å komme til de ulike kommunene for å møte de prosjektansvarlig og mulige respondenter og fortelle om dette studiet. De prosjektansvarlige mente dette ikke var nødvendig, og begrunnet det med at de kjente prosjektet godt og at det ikke var nødvendig å bruke tid på dette i en travel hverdag. Dette ble derfor etterkommet.

Det var et ønske om å nå så mange respondenter som mulig fra de fem kommunene for å få svar på problemstillingen. Hvis intervju hadde blitt benyttet som metode kunne frafallet vært unngått, men det som kom frem i undersøkelsen ville sannsynligvis blitt det samme. Det hadde ikke vært mulig å intervju så mange respondenter som 19, men hadde blitt nødvendig å gjøre et utvalg. Man kunne bedt om et visst antall respondenter i hver kommune med ulik utdanning, men det hadde likevel vært de prosjektansvarlige som skulle plukke de ut. Sannsynligheten for at det hadde vært mange av de samme respondentene er til stede. Det vil si respondenter med god kunnskap om GPS, som i hovedsak er positive til bruk, med store stillinger. Det som er sikkert nå er at jeg ikke har påvirket svarene som kom frem med min tilstedeværelse og at respondentene er sikret anonymitet. Dette er usikkerhetsmomenter i en kvalitativ metode.

4.1.2 Arbeidssted, grunnutdanning og stillingsstørrelse

Respondentene jobber på ulike tjenestesteder der GPS benyttes til personer med demens. Det har kommet flest svar fra ansatte i bolig med service og hjemmesykepleien, men også noen svar fra ansatte i institusjon / sykehjem og annet (Se tabell 2).

TABELL 2 RESPONDENTENES ARBEIDSSTED

Alternativer	Antall	Prosent
Bolig med service	8	42,1%
Bofellesskap	0	0,0%
Institusjon / sykehjem	5	26,3%
Trygghetspatroljen	0	0,0%
Hjemmesykepleien	6	31,6%
Annet. Spesifiser her:	3	15,8%
N	19	19

(Det var her mulig å krysse av for flere tjenestesteder.)

Svar på: «Annet. Spesifiser her:»

PLO helseinformatikk

Dagsenter for personer med demens

Helseinformatikk

Sannsynligheten for at det i prosjektet er flest brukere med GPS i hjemmesykepleien og bolig med service er stor. Det kan derfor være at bildet av det som kommer frem på de andre spørsmålene i undersøkelsen kan stemme ganske bra med virkeligheten, selv om det har kommet inn få svar og det er stor usikkerhet om hvem som har mottatt og svart på spørreskjemaet.

Flertallet av respondentene har høgskoleutdanning, 63,2% (Se tabell 3). I tillegg er det en som har krysset av for annet og har spesifisert dette med: ”Master i helse og sosialinformatikk”. Denne personen har da også høgskoleutdanning. Det vil si at det er 13 av 19 respondenter med høgskoleutdanning som har svart på undersøkelsen, 68,5%.

TABELL 3 RESPONDENTENES GRUNNUTDANNING

Alternativer	Antall	Prosent
Utdanning på høgskolenivå (Sykepleier/vernepleier/ergoterapeut eller annet)	12	63,2%
Utdanning på videregående skoles nivå (Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider eller annet)	5	26,3%
Ufaglært	1	5,3%
Annet. Spesifiser her:	1	5,3%
N	19	100%

Svar på: «Annet. Spesifiser her:»

Master i helse og sosialinformatikk

Det er ikke sannsynlig at dette gjenspeiler hvordan den reelle fordelingen er mellom yrkesgruppene i pleie- og omsorgstjenesten, selv om det kan være noen ulikheter kommunene imellom. I Stortingsmelding 25 (2005-2006) skrives det om at andelen med høgskoleutdanning er lav i kommunehelsetjenesten. Tall fra 2005 viser at det da var 22,1% som hadde utdanning på høgskolenivå (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Det er ikke grunn til å tro at det er store endringer på dette i dag.

Hva kan årsaken være til at det er så mange med høgskoleutdanning som har svart?

- Er det i hovedsak de med høgskoleutdanning som har mottatt spørreskjemaene?

- Er det de med høgskoleutdanning som føler mest ansvar for å svare på slike undersøkelser?
- Er de med annen utdanning ikke vant med til å bli spurt om sin mening om det som foregår i pleie og omsorgtjenesten?

Det hadde vært interessant å få svar på noen av disse spørsmålene. På grunn av oppgavens omfang og tid var det ikke mulig å gå inn i dette. Det hadde styrket undersøkelsens representativitet og vært interessant å få svar fra flere med annen utdanning, spesielt fra de med utdanning på videregående skoles nivå. Denne gruppen ansatte er de som ofte har mest nærhet til brukerne. Det er ikke sikkert at resultatet hadde blitt anderledes enn det faktisk ble, men det kunne brakt inn andre nyanser som hadde vært viktige med tanke på problemstillingen.

På spørsmål om hvor stor stillingsbrøk respondentene har svarer 94,7% at de har 75 – 100% stillinger (Se tabell 4)

TABELL 4 RESPONDENTENES STILLINGSBRØK

Alternativer	Antall	Prosent
0 - 39%	0	0,0%
40 - 74%	1	5,3%
75 - 100%	18	94,7%
N	19	100%

Det er vanskelig å vite om dette gjenspeiler den reelle fordelingen i kommunene spørreundersøkelsen er sendt ut til, men sammenlignet med gjennomsnittet for hele landet gjør det mest sannsynlig ikke det (Moland 2013). Prosentandelen for alle deltidsansatte i helse- og sosialtjenester blir i Fafo-rapporten fra 2013 om heltid-deltid beregnet til 50%, mens det for de med høgskoleutdanning er ca. 27% (Moland 2013). Spørsmålene her blir da om det i hovedsak er de med store stillinger som har mottatt undersøkelsen, eller om det er de med store stillinger som føler mest ansvar for å svare eller har tid til dette.

4.2 Medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet

I Kvalitetsforskriften er et av punktene opplevelse av respekt i forhold til tjenestetilbudet. Det er da viktig med brukermedvirkning i forhold til utforming av tjenesten. Ved tildeling av

tjenester til personer med demens kan det ved manglende samtykkekompetanse være nødvendig at pårørende eller en hjelpeverge samtykker på vegne av brukeren (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §3-1) Når GPS skal benyttes som et tiltak er det også viktig, i henhold til Pasient- og brukerrettighetslovens §4A, at dette er det minst inngripende tiltaket i forhold til andre tiltak som kan settes i verk.

Det er kun 8 av 19 respondenter som svarer at brukerne i stor grad har vært med på å bestemme om de skal ta i bruk GPS, 8 svarte i noen grad, 1 svarte i ingen grad og 2 vet ikke (Se tabell 5).

TABELL 5 RESULTATER FRA SPØRSMÅL 20 - ALT. 1, 2, 3 OG 7

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 Har personene med demens vært med på å bestemme om de skal ta i bruk GPS	1	0	8	8	2	19
2 Ser du på bruken av GPS overfor personer med demens som overvåking / krenkelse av retten til privatliv	11	7	1	0	0	19
3 Gir personer med demens, som benytter GPS, uttrykk for å være overvåket uten at de ønsker at noen skal vite hvor de er	7	11	0	0	1	19
7 Deltar du i systematisk etisk refleksjon der problemstillinger rundt bruken av GPS til personer med demens kan tas opp	0	7	7	4	1	19

Det var et overraskende funn. Brukermedvirkning og respekt for brukernes ønsker og behov er viktig for å kunne tilby en tjeneste som oppleves som kvalitativt god for brukerne. I et diskursetisk perspektiv bør alle involverte parter ha mulighet til å komme med sine synspunkter. Da vil vi få det beste eller best oppnåelige tilbudet i den situasjonen som foreligger. Ved å benytte GPS til personer med demens som ikke ønsker dette tilbudet, kan det oppleves som bruk av makt og tvang fra kommunehelsetjenesten. Dette gjør at etiske dilemma kan oppstå. Ut fra et pliktetisk ståsted er vi ved lov og forskrift forpliktet til å gi brukerne medbestemmelse i saker som angår dem. Brukermedvirkning er derfor viktig med tanke på om kvaliteten på tjenesten som kommunen leverer er etisk tilfredsstillende.

I et konsekvensetisk perspektiv vil brukerne velge det som er rett for dem. Det bør derfor legges til rette for brukermedvirkning og tas hensyn til brukernes meninger. Kommunen kan ha sett på bruk av GPS som det minst inngripende tiltaket for brukerne som har vært med i prosjektet, og derfor satt det i verk uten at brukerne har vært involvert i tilstrekkelig grad. Hvilke tiltak som

settes i verk eller ikke er også viktig i et konsekvensetisk perspektiv. Det kan hende at brukerne hadde en så langt kommen demens at det ikke var mulig med brukermedvirkning, men at bruk av GPS ble sett på som et riktig tiltak eller at det var ønskelig å forsøke GPS likevel, for å få et tilstrekkelig antall deltakere i prosjektet. Mulighetsrommet for bruk av GPS til personer med demens er i mange tilfeller kort, fordi kommunehelsetjenesten ofte kommer i kontakt med brukerne noe ut i sykdomsforløpet og at det derfor i løpet av kort tid blir behov for mer omfattende hjelp. I prosjektet ”Trygge spor” har dette vært tilfellet for noen av brukerne (Ausen mfl. 2013). Hensynet til brukernes ønsker og behov er alltid viktig. I de tilfellene der brukerne ikke kunne samtykke til bruk i dette prosjektet, har pårørende samtykket på vegne av brukerne. Det kan da hende at det er pårørendes ønsker og behov som har blitt tatt mest hensyn til. Dette kan også gi etiske dilemma. Hvem skal tjenesten være mest nyttig for? Er det brukeren eller pårørende? Pårørende er viktige ressurspersoner for brukerne, men er det etisk forsvarlig å benytte et tiltak som brukeren ikke ønsker? Slike etiske dilemma må drøftes i hvert enkelt tilfelle.

Ved spørsmål om respondentene ser på bruk av GPS som overvåking / krenkelse av retten til privatliv var det 11 av 19 som mente at de i ingen grad gjør det. Det var bare 7 av 19 som i ingen grad mente at personer med demens som benytter GPS gir uttrykk for at de er overvåket. En respondent vet ikke (Se tabell 5). Svarene på disse spørsmålene viser at det er mange muligheter for at etiske dilemma kan oppstå også her. I Kvalitetsforskriften står det også at brukerne skal ha mulighet for et skjermet privatliv. Dette innebærer blant annet, slik jeg ser det, at de ikke unødig blir overvåket. Det å overvåke personer reguleres av lovverket. Hovedregelen er at det skal bes om samtykke fra brukerne når det er en tjeneste som krever informasjon om hvor brukerne befinner seg. I §28 i Personopplysningsloven står det også at opplysninger ikke skal lagres lengre enn nødvendig og at det ikke skal lagres overskuddsinformasjon. Dette vil si at GPS-sporing ikke skal foregå kontinuerlig. Det skal kun foregå når en bruker er forsvunnet, stoppes når denne har kommet til rette og sporingsdataene skal slettes når oppdraget er ferdig utført. Systemene og prosedyrene i kommunehelsetjenesten må legges til rette for og ta hensyn til dette når GPS-sporing skal benyttes. Det er også viktig at brukere av GPS og tjenesteyterne får god informasjon om hvordan GPS-sporing foregår, slik at de blir trygge på at overvåking ikke foregår.

Med tanke på at respondentene arbeider i kommuner som som deltar i prosjektet ”Samarbeid om etisk kompetanseheving”, er det store muligheter for å ta opp de etiske dilemmaene som kan oppstå. Men, svarene på spørsmålet om de deltar i systematisk etisk refleksjon der slike

problemstillinger kan tas opp, er det usikkert hvor godt dette blir ivaretatt. Det er bare 4 respondenter som deltar i stor grad, 7 deltar i noen grad, 7 deltar i liten grad og 1 vet ikke (Se tabell 5). Dette var overraskende. Høy etisk bevissthet i tjenesteutforming og tjenesteyting er viktig for å sikre en kvalitativ god tjeneste. Etiske dilemma i pleie- og omsorgstjenesten oppstår ofte, og i forbindelse med innføring og bruk av velferdsteknologi vil det oppstå mange problemstillinger. Her har kommunene et stort forbedringspotensiale i at ansatte i større grad får mulighet til å delta i etisk refleksjon på arbeidsplassen. Dette vil være helt avgjørende for å kunne tilby en kvalitativt god tjeneste ved bruk av velferdsteknologiske tiltak, som her ved bruk av GPS til personer med demens.

Det er positivt at så mange som 16 respondenter svarer at bruk av GPS til personer med demens fører til at det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne i stor eller noen grad (Se tabell 6).

TABELL 6 RESULTATER FRA SPØRSMÅL 13 - ALT. 1, 3 OG 5

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 At det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne, f.eks. fysisk hindring eller medisiner	0	3	3	13	0	19
3 At disse brukerne får økt livskvalitet	0	0	5	14	0	19
5 Økt livskvalitet for pårørende til disse brukerne	0	0	2	17	0	19

På det åpne spørsmålet om på hvilken måte det blir benyttet mindre makt svarer 9 respondenter at brukerne kan bevege seg fritt, og 8 at de kan unngå bevegelseshindrende tiltak (Se tabell 7).

TABELL 7 PÅ HVILKEN MÅTE DET BENYTTES MINDRE MAKT

Hovedkategori - underkategori	Nevnt antall ganger
På hvilken måte det benyttes mindre makt når GPS benyttes.	
- brukerne kan bevege seg fritt	9
- unngå bevegelseshindrende tiltak	8
- unngå medisiner	1
- unngå å lure eller overtale	1

I Kvalitetsforskriften er styring av eget liv og mulighet for å ivareta egenomsorg to av punktene som er satt opp. Det er derfor viktig at det også blir lagt til rette for at personer med demens har mulighet til å klare seg på egenhånd. Da er blant annet det å kunne gå tur når de ønsker for å dekke sitt grunnleggende behov for fysisk aktivitet viktig. Det å ha mulighet til å bevege seg fritt er også viktig med tanke på LEON-prinsippet. Bruk av GPS kan være et av tiltakene som gjør det mulig for personer med demens å bo selvstendig når de har fått problemer med å finne veien tilbake, når de er ute og går, uten hjelp. Ved spørsmål om bruk av GPS til personer med demens øker brukernes bevegelsesfrihet og mulighet for fysisk aktivitet mener 15 av respondentene at det i stor grad gjør det og 4 at det i noen grad gjør det (Se tabell 8)

TABELL 8 RESULTATER FRA SPØRSMÅL 10 - ALT. 1, 2 OG 3

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 Øker disse brukernes bevegelsesfrihet og mulighet for fysisk aktivitet	0	0	4	15	0	19
2 Vil gjøre disse brukerne mer selvhjulpne og uavhengige	0	1	9	9	0	19
3 Bidrar til at disse brukerne kan klare seg med tjenester på nåværende nivå lengre og utsette ytterligere behov for hjelp	0	1	6	12	0	19

Dette understøttes av svarene på spørsmålet om brukerne blir mer selvhjulpne og uavhengige, der 9 av respondentene svarer at brukerne vil bli det i stor grad, 9 svarer i noen grad, mens 1 svarer i liten grad. Dette kan ha sammenheng med flere ting. Blant annet at brukerne må ha hjelp til å administrere GPS'en, det må passes på at de tar den med seg, at personalet ikke fullt ut stoler på utstyret, at brukerne har behov for andre tiltak osv. Dette kan vi se av svarene på spørsmålet om GPS kan bidra til at brukerne kan klare seg med tjenester på nåværende nivå lengre og utsette ytterligere behov for hjelp. 12 svarer det i stor grad kan det, mens resten er noe usikre.

Svarene på de tre spørsmålene i tabell 8 er så positive at det å kunne tilby GPS som en del av tjenesten vil være et tilbud *tilrettelagt for personer med demens*. Dette er også et punkt i Kvalitetsforskriften og det vil av den grunn være med på å øke kvaliteten på tjenestetilbudet.

På spørsmål om i hvilken grad brukere og pårørende får økt livskvalitet ved bruk av GPS svarer alle at de i stor eller noen grad får det. Det er flere respondenter som mener at dette har mest å si for pårørendes livskvalitet (Se tabell 10).

Respondentene mener at grunnene til at brukernes økte livskvalitet har størst sammenheng med frihet og fravær av tvang og deres mulighet for selvbestemmelse, selvstendighet og mestring. Trygghet og økt mulighet for fysisk aktivitet blir også nevnt av flere respondenter i svaret på dette spørsmålet (Se tabell 9).

TABELL 9 GRUNNER TIL ØKT LIVSKVALITET FOR PERSONER MED DEMENS SOM BENYTTER GPS

Hovedkategori - underkategori	Nevnt antall ganger
Grunner til at personen med demens får økt livskvalitet:	
- frihet, fravær av tvang	12
- selvbestemmelse, selvstendighet, mestring	9
- trygghet	6
- fysisk aktivitet	6
- sosial kontakt	1

Dette betyr at bruk av GPS har vært helsefremmende for brukerne i dette prosjektet. Helsefremmende tiltak er å skape støttende miljø som setter mennesker i stand til å ha styring over eget liv (WHO 1986). Det å mestre livets utfordringer og være trygg er viktig for opplevelsen av å ha god livskvalitet. Det er kommunens oppgave å bidra til dette. I samarbeid med bruker og pårørende er det viktig å utrede om GPS er et tilbud brukeren kan nyttiggjøre seg. Mulighet for fysisk aktivitet er også viktig i en helsefremmende sammenheng blant annet fordi det kan ha positiv virkning på psykologiske faktorer, ved at de blir mer fornøyde med tilværelsen. Fysisk aktivitet er også sekundærforebyggende for personer med demens ved å forhindre en ytterligere funksjonsnedsettelse eller utvikling av annen sykdom på grunn av inaktivitet.

Respondentenes svar viser at grunner til at pårørende får økt livskvalitet har størst sammenheng med trygghet (Se tabell 10). Trygghet for at de vet hvor brukerne er og at de blir funnet hvis de er ute og går og ikke finner veien hjem er det som kommer frem i svarene.

I en helsefremmende sammenheng og for livskvalitet er trygghet viktig. Vi må derfor kunne anta at bruk av GPS til personer med demens også er viktig i et helsefremmende perspektiv for pårørende. Opplevelse av trygghet har også sammenheng med at det er en tjeneste som er tilpasset brukernes og pårørendes behov. Dette er også et av punktene i Kvalitetsforskriften. Ved at det er så mange respondenter som nevner trygghet på de åpne spørsmålene om grunnen til økt livskvalitet, anser jeg at bruk av GPS til personer med demens øker kvaliteten på tjenesten ikke bare for brukerne men også for pårørende.

TABELL 10 GRUNNER TIL ØKT LIVSKVALITET FOR PÅRØRENDE

Hovedkategori - underkategori	Nevnt antall ganger
Grunner til at pårørende får økt livskvalitet:	
- trygghet	17
- opplevelsen av å gi personen med demens økt livskvalitet	3
- muligheten til å leve et friere og mer sosialt liv	3

I respondentenes svar på grunner til økt livskvaliteten nevnes også sosial kontakt av noen. Det ser ut til at bruk av GPS til personer med demens har størst innvirkning for pårørende i så måte. Dette var noe overraskende. Men, etterhvert som sykdommen utvikler seg vil personer med demens i mindre grad opprettholde aktiviteter som fører til sosial kontakt på egenhånd (Taranrød 2011). Det må etterhvert legges tilrette for dette ved bruk av andre tiltak, for eksempel dagsenter. Det er aktiviteten i seg selv, som det å gå tur, som er mest viktig for brukerne. For pårørende er det viktig å kunne delta i det sosiale livet. Et liv sammen med en person med demens kan være utfordrende. For å klare dette over lengre tid kan det sosiale nettverket være viktig for dem. Der kan de finne støtte og energi til å holde ut, ofte i mange år. Sosial kontakt vil på denne måten øke deres livskvalitet og være helsefremmende for dem.

4.4 Et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud

Den største diskusjonen rundt innføring av velfersteknologi er om dette er god omsorg. Vi hører snakk om kald teknologi og varme hender og betegnelsene omsorgsteknologi versus velferdsteknologi. På spørsmål om bruk av GPS til personer med demens fører til mindre

omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne er det en stor spredning på svarene. 8 respondenter svarer at det i stor eller noen grad vil føre til mindre omsorg (Se tabell 11).

TABELL 11 RESULTATER FRA SPØRSMÅL 13 - ALT. 2 OG 4

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
2 Mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne	2	9	6	2	0	19
4 At kvaliteten på tjenesten gitt fra kommunen blir bedre til disse brukerne	0	0	7	12	0	19

Ved spørsmål om hva brukerne får mindre omsorg i form av er det bare 4 av 8 respondenter som benytter muligheten til å utdype dette. Samtidig har 13 respondenter svart at de vil få mer sammenhengende tid hos brukerne ved bruk av GPS til personer med demens (Se tabell 22) som, etter min mening, vil øke kvaliteten på tiden sammen med brukerne.

TABELL 12 GRUNNER TIL AT BRUKERNE FÅR MINDRE OMSORG

Hovedkategori - underkategori	Nevnt antall ganger
Brukerne får mindre omsorg i form av:	
- sosial kontakt	2
- inngripende tilsyn eller kontroll	2

2 respondenter svarer at brukerne får mindre omsorg i form av inngripende tilsyn eller kontroll. Det høres, etter min mening, ut som respondentene mener dette er negativt. Med tanke på at frihet, selvstendighet og styring av eget liv er viktig for kvaliteten på tjenesten, vil ikke inngripende tilsyn eller kontroll fra tjenesten bidra til det.

Alle de 19 respondentene svarer at kvaliteten på tjenesten gitt av kommunen blir bedre til personer med demens ved bruk av GPS (Se tabell 11). Det de i hovedsak mener blir bedre er

trygghet og sikkerhet for brukere, pårørende og tjenesteyterne og at det frigjøres tid som gjør at tjenesteyterne vil være mer tilgjengelig for brukerne (Se tabell 13).

TABELL 13 HVA SOM GJØR AT KVALITETEN PÅ TJENESTEN BLIR BEDRE

Hovedkategori - underkategori	Nevnt antall ganger
Hva er det som gjør at kvaliteten på tjenesten blir bedre?	
- trygghet og sikkerhet for brukere, pårørende og tjenesteyterne	8
- frigjort tid, tilgjengelighet for brukerne	6
- frihet, fravær av tvang	2
- kommunen blir bedre rustet, et godt tilbud	2
- utsette behovet for sykehjemsplass	1
- ingen endring	1
- vet ikke	1

Når tjenesteyterne blir mer tilgjengelig for brukerne og brukerne blir mer selvhjulpne og uavhengige, vil det gjøre tjenestetilbudet mer fleksibelt.

Opplevelse av at det gir trygghet, sikkerhet og mindre bekymring understøttes også av svarene på spørsmålene i tabell 14. Det er stor grad av enighet blant alle respondentene om at bruk av GPS til personer med demens bidrar til dette.

TABELL 14 RESULTATER FRA SPØRSMÅL 20 - ALT. 4, 5 OG 6

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
4 Opplever du at det gir trygghet og sikkerhet for personer med demens å benytte GPS	0	1	3	15	0	19
5 Opplever du at det gir mindre bekymring for pårørende, at personer med demens benytter GPS	0	0	1	18	0	19
6 Opplever du at det gir mindre bekymring for deg som tjenesteyter, at personer med demens benytter GPS	0	0	4	15	0	19

Effekten ved bruk av GPS til personer med demens vil etter respondentenes mening også gi mindre bekymring for dem som tjenesteytere. Dette vil, etter min mening, føre til økt

jobbtilfredshet som også er viktig for en helsefremmende arbeidsplass for tjenesteyterne og opplevelsen av å gi en kvalitativt god tjeneste. Fornøyde ansatte har også en innvirkning på kvaliteten av tjenestene som ytes.

4.4 Tjenester til rett tid

Opplevelse av forutsigbarhet i forhold til tjenestetilbudet er et viktig punkt i Kvalitetsforskriften. Det vil bidra til trygghet for brukere og pårørende at hjelpen kommer til avtalt tid. Det vil i fremtiden vil bli en stor økning i antall brukere som har behov for hjelp og mange av disse er hjemmeboende personer med demens. Dette kan også føre til at vi får en økning i antall leteaksjoner etter brukere som har forsvunnet. Dette vil gi en ytterligere utfordring i forhold til å gi tjenester til rett tid, hvis tjenestene blir utført på samme måte som i dag. Ved bruk av GPS til personer med demens er det også viktig at utstyret fungerer slik at brukerne blir funnet raskt. I denne undersøkelsen har tjenesteyterne, i prosjekte ”Trygge spor”, en opplevelse av at utstyret har fungert godt (Se tabell 15). Dette samsvarer også med prosjektrapporten.

TABELL 15 OPPLEVD GRAD AV AT GPS-UTSTYRET HAR FUNGERT GODT

Alternativer	Antall	Prosent
1 Ingen grad	0	0,0%
2 Liten grad	0	0,0%
3 Noen grad	4	21,1%
4 Stor grad	15	78,9%
Vet ikke	0	0,0%
N	19	100%

I denne undersøkelsen har de største utfordringene ved bruk av GPS-utstyret vært at brukerne har utstyret med seg, organisering og rutiner ved bruk og noen tekniske utfordringer (Se tabell 16).

TABELL 16 DE STØRSTE UTFORDRINGENE VED BRUK AV GPS-UTSTYRET

Hovedkategori - underkategori	Nevnt antall ganger
7. De største utfordringene ved bruk av GPS-utstyret.	
- At brukerne har GPS'en med seg	6
- Organisering og rutiner	6
- Tekniske utfordringer	4
- Opplæring	3
- Finne aktuelle kandidater	1

Dette samsvarer også med prosjektrapporten fra ”Trygge spor”. Utvikling av utstyr som er mer tilpasset denne brukergruppen er viktig. Dette ble det blant annet jobbet med i prosjektet ”Trygge spor”, der ”Armbandet fri” ble utviklet (Bøthun 2011). Dette var ikke så lett å ta av seg. På den måten blir det mer sikkert at brukerne har med seg utstyret når de går ut. Det at brukerne ikke så lett kan ta av seg utstyret, kan av noen ses på som bruk av makt og tvang og således gi grunnlag for etiske dilemma. Med tanke på at bruk av GPS til personer med demens bør være det minst inngripende tiltaket bør det derfor i hvert enkelt tilfelle vurderes om det er etisk forsvarlig med ustyr som ikke kan tas av.

En av respondentene har nevnt at det er utfordrende å finne aktuelle kandidater. Litteraturen viser at det er en utfordring å komme i kontakt med personer med demens, eller deres pårørende, på et tidlig stadiet i sykdomsutviklingen (Taranrød 2011). Det er viktig at informasjon om de ulike tjenestene som kan tilbys når ut til hele befolkningen. Kommunene har behov for hjelp til dette fra sentralt hold. Når mange vet hvilke muligheter som finnes, kan vi nå de det gjelder med kunnskap om tiltakene slik at de har mulighet til å forbedre sin livssituasjon. Personer som får demens angår ikke bare den som er syk, men også alle pasientens pårørende. I fremtiden vil det bli en stor økning av personer med demens. Da blir det viktig å komme i kontakt med de det gjelder på et tidlig tidspunkt for at de raskt skal kunne få tilpassede tjenester. På den måten har de mulighet til å leve et selvstendig liv så lenge som mulig.

I forhold til organisering, rutiner og tekniske utfordringer kom det også noen kommentarer vedrørende dette på spørsmålet om de hadde noe mer å tilføye:

TABELL 17 TILFØYELSER FRA RESPONDENTENE

1 Bruk av GPS i kommunen fordrer at en har noen som tar imot alarmene. Det kan være vanskelig for de ansatte å reise ut å hente bruker på kvelds og nattdid. For at GPS som kommunaltjeneste skal bli kvalitativt god må dette på plass.

2 Vi er storfornyede, men rutinene rundt bruken av GPS må fungere. Hvis ikke blir det falsk trygghet. Rutiner og opplæring må være grundig tilstede når man tar i bruk GPS og forståelse av bruken, risiko og effekt.

4 Vi må ha enkle sikre systemer som vi kan lite på, ellers blir dette falsk trygghet og verre enn alt.

I følge disse kommentarene bør det kanskje være et eget alarmmottak som håndterer GPS-sporing. Dette vil gjøre at det til enhver tid er godt kvalifiserte medarbeidere som håndterer det tekniske. Det vil gjøre at ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som jobber brukerrettet kan konsentrere seg om oppgavene de har best kompetanse til. Dette vil gjøre at vi kan utnytte ressursene på en god måte, noe som både helsepersonellet er forpliktet til etter Kommunehelsetjenestelovens §6 og kommunene etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Ut fra et pliktetisk ståsted er dette viktig og kan gi tjenesteyterne etiske dilemma i årene som kommer hvis oppgavene skal løses på samme måte som i dag.

Rutinene må også fungere godt slik at bruk av GPS ikke blir en falsk trygghet, som nevnes av 2 av respondentene. Det er mange rutiner som skal på plass. Dette er hovedfokus i oppfølgingsprosjektet ”Trygge spor II” som pågår nå.

16 av 19 respondenter hadde opplevd at de hadde hatt behov for å søke etter personer med demens som benytter GPS (Se tabell 18).

TABELL 18 HVOR MANGE SOM HADDE OPPLEVD BEHOV FOR Å SØKE ETTER PERSONER MED GPS

Alternativer	Antall	Prosent
Ja	16	84,2%
Nei	3	15,8%
Vet ikke	0	0,0%
N	19	19

14 av disse hadde opplevd at det i stor grad var nyttig å benytte GPS for å søke etter brukerne (Se tabell 19).

TABELL 19 OPPLEVD GRAD AV NYTTE VED BRUK AV GPS TIL SØK

Alternativer	Antall	Prosent
1 Ingen grad	0	0,0%
2 Liten grad	0	0,0%
3 Noen grad	1	6,3%
4 Stor grad	14	87,5%
Vet ikke	1	6,3%
N	16	16

Dette er viktig hvis GPS skal være et kvalitativt godt tjenestetilbud. Det vil ellers føre til usikkerhet blant brukere, pårørende og tjenesteyterne. Da vil ikke GPS være et aktuelt tjenestetilbud til personer med demens. Det vil ikke være etisk forsvarlig.

Med tanke på fremtidens demografiske utfordringer er det i litteraturen beskrevet at velferdsteknologi kan bidra til å frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) (Helsedirektoratet 2012b). På spørsmål om bruk av GPS til personer med demens i prosjektet ”Trygge spor” har frigjort noe tid svarte 6 i stor grad og 10 i noen grad (Se tabell 20).

TABELL 20 RESULTATER FRA SPØRSMÅL 10 - ALT. 4

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
4 Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten	0	3	10	6	0	19

På oppfølgingsspørsmålet om hvilke oppgaver de mener det kan bli mindre av krysset 13 av disse 16 av for tilsyn for å sjekke at brukerne har det bra og evt. er hjemme (Se tabell 21). 4 av de 16 respondentene krysset av for kjøring til og fra bruker og 1 har krysset av for annet og svart ”*leite etter bruker som er forsvunnet*”.

TABELL 21 OPPGAVER DET KAN BLI MINDRE AV VED BRUK AV GPS TIL PERSONER MED DEMENS

Alternativer	Antall	Prosent
1 Tilsyn, for å sjekke at brukerne har det bra og evt. er hjemme	13	81,3%
2 Kjøring til og fra bruker	4	25,0%
3 Følge brukere som ønsker å gå tur	9	56,3%
4 Annet. Spesifiser her:	1	6,3%
N	16	16

Svar på: «Annet. Spesifiser her:» leite etter bruker som er forsvunnet

Det betyr at det brukes en del tid på bilkjøring som med fordel kan brukes til andre oppgaver. Når for eksempel hjemmesykepleien har vært på tilsyn for å sjekke om brukeren hjemme er det ikke sikkert at brukerne vil være det så lenge etter at de har reist derfra. Dette gir en usikkerhet for tjenesteyterne som kan reduseres ved bruk av GPS. Leting etter brukere kan fort ta mye tid, hvis de ikke kan spores ved hjelp av GPS. Det er, etter mitt syn, viktig at tid i forbindelse med kjøring i hjemmesykepleien kan reduseres så mye som mulig slik at tiden kan benyttes mest mulig sammen med brukerne. Kjøring mellom brukerne er dårlig bruk av ressurser. Med tanke på fremtidens utfordringer vil tilsyn av denne typen kunne øke i så stort omfang at det ikke vil være tilstrekkelig antall tjenesteytere til å gjennomføre dette. I henhold til lovverket er vi også forpliktet til å utnytte ressursene på en god måte. Bare på den måten kan vi få et fleksibelt og kvalitativt godt tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten. Da må det ses etter andre løsninger. Bruk av GPS til personer med demens ser ut til å være en av dem med tanke på dette.

9 av de 16 respondentene krysset av for å følge brukere som ønsker å gå tur. Som tidligere beskrevet er det viktig for brukerne med aktivitet for å vedlikeholde den fysiske formen og forebygge sykdommer som følge av inaktivitet. Når brukerne må vente på følge for å komme ut på tur, kan det også oppstå etiske dilemma i forhold til blant annet selvbestemmelse. Det vil være av stor verdi for brukerne å kunne gå ut når de ønsker uten å måtte vente på hjelp. I tillegg vil dette også bidra til at denne tiden kan benyttes til andre oppgaver.

På spørsmål om hva tjenesteyterne mener den frigjorte tiden i hovedsak kan benyttes til krysset 13 av 16 respondenter for – mer sammenhengende tid hos brukerne (Se tabell 22).

TABELL 22 HVA DEN FRIGJORTE TIDEN KAN BENYTTES TIL

Alternativer	Antall	Prosent
1 Mer sammenhengende tid hos brukerne	13	81,3%
2 Dokumentasjon	9	56,3%
3 Kompetanseheving	6	37,5%
4 Annet. Spesifiser her:	0	0,0%
N	16	16

Dette vil kunne gi en bedring av kvaliteten på tjenesten. Sammenhengende tid hos brukerne er viktig for at tjenesteyterne skal kunne observere hvordan brukerne har det, blant annet hvordan demenssykdommen utvikler seg. Ved at det blir mer sammenhengende tid hos brukerne vil det også kunne gjøre at brukernes behov for sosial kontakt i noen grad kan dekkes. Besøket fra kommunehelsetjenesten kan da bli en bedre opplevelse for brukeren.

9 krysset av for at den frigjorte tiden kan brukes til dokumentasjon og 6 krysset av for kompetanseheving. Dokumentasjonsplikten for helsepersonell er lovfestet i Helsepersonellovens §9. Dokumentasjon av hva som gjøres i pleie- og omsorgstjenesten er også viktig for den totale kvaliteten på tjenesten. Det har blitt stadig mer omfattende, og det brukes mye tid på dette som vil øke i takt med økt mengde av arbeidsoppgaver.

Kompetanseheving for ansatte som jobber i pleie- og omsorgstjenesten er viktig for kvaliteten på utført tjeneste. Arbeidsoppgavene blir stadig mer kompliserte etter hvert som alle trinnene i Samhandlingsreformen blir igangsatt. Da er bruk av tid på kompetanseheving blant ansatte en nødvendighet som det også skal finnes tid til i en travel hverdag. I tillegg vil innføring av velferdsteknologi, i dette tilfellet GPS, kreve en del opplæring av ansatte for at det skal kunne brukes på en forsvarlig måte og være nyttig i tjenesteytingen. Tid til kompetanseheving kan være en utfordring allerede i dag, og den vil ikke bli mindre i årene som kommer med tanke på fremtidens utfordringer.

4.6 GPS i kommunehelsetjenesten

På spørsmål om i hvilken grad tjenesteyterne vil anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet svarer 17 av 19 i stor grad og 1 i noen grad (Se tabell 23).

TABELL 23 RESULTARER FRA SPØRSMÅL 20 - ALT. 8

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
8 Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet	0	0	1	17	1	19

De som svarte i stor eller noen grad fikk spørsmål om hvor i kommunehelsetjenesten GPS til personer med demens vil være nyttig som et hjelpemiddel. Alle 18 krysset av for hjemmebaserte tjenester (Se tabell 24).

TABELL 24 HVOR I KOMMUNEHELSETJENESTEN BRUK AV GPS TIL PERSONER MED DEMENS ER NYTTIG SOM ET HJELPEMIDDEL

Alternativer	Antall	Prosent
1 I institusjon / sykehjem	14	77,8%
2 I omsorgsboliger / bolig med service	16	88,9%
3 Ved alarmmottak	1	5,6%
4 I hjemmebaserte tjenester	18	100,0%
5 Til personer som ikke bor alene	12	66,7%
6 Til personer som bor alene	12	66,7%
7 Annet. Spesifiser her:	0	0,0%
N	18	18

Mange av respondentene mener at det også passer for brukere i omsorgsboliger eller bolig med service og i institusjon. Det var like mange som krysset av for at det passer for personer som bor alene som til personer som bor sammen med noen. Det var overraskende at det var bare en som krysset av for alarmmottak, når det i svarene på andre spørsmål kommer frem at organisering og håndtering av alarmene fra GPS er viktig. Dette er ikke en vanlig organisering i dag, og kanskje er muligheten for dette ikke tilstede og derfor ukjent for de fleste respondentene.

GPS vil altså være nyttig til personer med demens i alle deler av kommunehelsetjenesten, på alle omsorgsnivå. Det er viktig at det, som tidligere beskrevet, er brukernes behov som er avgjørende for utformingen av tjenestetilbudet. Kvaliteten på tilbudet brukerne får er avhengig

av hva kommunehelsetjenesten kan tilby. Det ser ut til at GPS kan være et nyttig tilskudd, til allerede etablerte tjenestetilbud, til personer med demens også i andre kommuner.

På det siste åpne spørsmålet om de hadde noe mer å tilføye, svarte en av respondentene: *«Håper det kommer et lovverk snart som tar høyde for bruk av GPS og at det ikke kun skal bli tilgjengelig for de som er med i pilotprosjektet.»* Endringen i lovverket som åpner opp for bruk av velferdsteknologi trådte i kraft fra 1.september i år. Dette gjør at det ikke lenger er bare personer med demens som er med i ulike prosjekt, som kan få tilbud om GPS, uten at det er gjort vedtak om bruk av tvang. Med så klare tilbakemeldinger fra respondentene om at andre kommuner også bør kunne tilby GPS til personer med demens, og at det nå er åpnet i lovverket for dette bør også andre kommuner se på denne muligheten. Ikke bare muligheten for bruk av GPS, men kanskje også muligheten for bruk av annen velferdsteknologi.

5 OPPSUMMERING / KONKLUSJON

Det er i denne oppgaven foretatt en systematisk undersøkelse med empirisk forankring i prosjektet «Trygge spor». «Trygge spor» er et gjennomført utviklingsarbeid i fem kommuner i Norge, der målet var å: «Å vurdere om teknologien har effekt og nytte for personer med demens, deres pårørende og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten».

Problemstillingen for denne studien har vært:

Hvilken effekt på kvaliteten av det kommunale tjenestetilbudet opplever de som jobber der at bruken av GPS til personer med demens gir?

Dette temaet er interessant fordi utfordringene for pleie- og omsorgstjenesten blir store i årene som kommer. Vi vil som beskrevet i oppgaven, pga. den demografiske utviklingen i fremtiden, få store problemer med å gi tilstrekkelig og kvalitativt god hjelp i pleie- og omsorgstjenesten til alle som har behov for det hvis vi fortsetter å yte tjenester på samme måte som i dag. Velferdsteknologi blir, slik det ser ut til, et godt og nødvendig supplement og vil påvirke både organiseringen av og kvaliteten i tjenesten.

Det kom inn overraskende få svar på spørreundersøkelsen som ble gjennomført, men det er vanskelig å si noe sikkert om årsaken til dette. I oppgaven er det skissert andre muligheter å utføre datainnsamlingen på for å øke svarprosenten. Hovedproblemet i denne studien ble at spørreskjemaene ikke kunne sendes ut direkte til respondentenes unike e-postadresser. Kommunene ønsket ikke å dele e-postadresser med begrunnelse i faren for at de kunne bli ”misbrukt” til noe annet. Unike e-postadresser for mottakerne av spørreskjemaet hadde gjort at det kunne ha blitt sendt ut automatiske påminnelser om spørreundersøkelsen til de som ikke hadde svart. Dette var ikke mulig, vanskeliggjorde oppfølgingen av respondentene og har resultert i færre svar enn det som er ønskelig i slike undersøkelser.

Svarene som kom inn viser at spørsmålene har vært forståelige og relevante for de som har svart på undersøkelsen. På denne måten har oppgaven intern gyldighet og relevans. På grunn av at det er en så høy prosent med høgskoleutdannet personell som har svart, og at det er så mange med store stillinger har det blitt en skjevfordeling i forhold til det man kunne ha forventet hvis det hadde kommet inn flere svar. Denne oppgaven har derfor ikke ekstern gyldighet.

Designet på undersøkelsen og metodene som er anvendt har gitt svar på problemstillingen. Det som har kommet frem i denne studien om at bruk av GPS til personer med demens er positivt for brukere og pårørende med tanke på deres livskvalitet, samsvarer med tidligere studier.

I denne oppgaven er Kvalitetsforskriften benyttet for å finne ut om kvaliteten på tjenesten endrer seg ved å ta i bruk GPS til personer med demens. Resultatet er at pleie- og omsorgstjenesten har større muligheter til å gi tjenester til rett tid til brukerne i kommunehelsetjenesten ved bruk av GPS til personer med demens. Svarene fra respondentene viser også at det gir mindre bekymring for dem som tjenesteytere når personer med demens benytter GPS, enn å reise til å fra for å sjekke at brukerne er hjemme. Med tanke på muligheten disse brukerne har for å gå seg bort etter hvert som sykdommen utvikler seg, bidrar GPS til økt trygghet også for brukerne og pårørende. Det blir på denne måten også en opplevd kvalitetsforbedring av tjenesten.

Svaren har også vist at mulighetene for et fleksibelt tjenestetilbud er større ved å benytte GPS til personer med demens. Det vil bli frigjort tid som kan benyttes mer sammenhengende til de oppgavene som må foregå hos brukerne. Bruk av GPS vil av den grunn være ressursmobiliserende. Samtidig blir brukerne mer selvhjulpne og uavhengige og kan klare seg med tjenester på et lavere nivå lenger. Det blir da større mulighet for pleie- og omsorgstjenesten til å gi rett behandling, på rett sted til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Brukerne blir ved bruk av GPS også i stand til å takle noen av de utfordringene som oppstår i forbindelse med sykdommen. Dette er i så måte et helsefremmende tiltak. Bruk av GPS kan derfor være med på å heve den totale kvaliteten på tjenestetilbudet for denne gruppen.

Medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet er også et av punktene i Kvalitetsforskriften som er benyttet i denne oppgaven for å si noe om effekten bruk av GPS til personer med demens gir på det kommunale tjenestetilbudet. Det var et overraskende funn at ikke alle brukerne hadde vært med på å bestemme om de skulle ta i bruk GPS. Grad av brukermedvirkning er viktig med tanke på kvaliteten av tjenesten.

Respondentene svarte at brukerne hadde økt grad av selbestemmelse, var friere og hadde mulighet til å bevege seg mer. Dette gir økt livskvalitet for brukerne og kvaliteten på tjenesten er god når den kan bidra til det. Samtidig er det noen av respondentene som mener at brukerne i noen grad føler seg overvåket og respondentene mener i noen grad at bruk av GPS er overvåking. Funnet av at så få av respondentene deltar i etisk refleksjon var derfor overraskende, spesielt når fire av kommunene er deltagere i prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving» (KS 2013). Høy grad av etisk bevissthet blant ansatte i kommunehelsetjenesten vil være avgjørende om tjenesten blir av god kvalitet ved bruk av GPS-sporing eller annen velferdsteknologi. Innføring av teknologi i pleie- og omsorgstjenesten vil som beskrevet i oppgaven gi opphav til mange etiske utfordringer.

Resultatene av denne studien viser at bruk av GPS til personer med demens kan bedre kvaliteten på kommunehelsetjenesten til personer med demens. Men, det avhenger av gode prosedyrer, at brukerne blir involvert i tjenesteutformingen og at tjenesteyterne deltar i etisk refleksjon.

5.1 Videre anbefalinger

Undersøkelsen har vist at de som jobber i det kommunale tjenestetilbudet, og har svart på denne undersøkelsen, opplever at bruk av GPS gir en positiv effekt på kvaliteten av tjenesten. De anbefaler også i stor grad andre kommuner å ta dette i bruk. Nytt lovverk fra september i år som åpner opp for bruk har muliggjort dette. Det er da viktig med en grundig vurdering av hvem som skal få et tilbud om denne type tjeneste. Organiseringen av tjenesten er også et viktig punkt for at bruk av GPS og annen velferdsteknologi skal fungere. Målet med innføring av teknologi er å utnytte ressursene på en bedre måte. Dette studiet har vist av bruk av GPS til personer med demens kan bidra til dette.

Bruk av GPS til personer med demens vil ikke være den eneste løsningen på fremtidens demografiske utfordringer. GPS er en av mange løsninger som tilsammen kan bidra til at utfordringene kan håndteres på en god måte med individuelt tilpassede tjenester der brukernes behov er sentrale. Det finnes mange typer velferdsteknologi. Vi må finne ut hva som er bra, hva som kan bli bedre og hva vi ikke vil ha. Det er behov for flere forskningsprosjekter for å finne ut av dette.

Det som blir viktig ved økt bruk av velferdsteknologi er at tjenesteyterne får mulighet til å delta i etisk refleksjon på sin arbeidsplass i større grad enn de har hatt i prosjektet «Trygge spor».

REFERANSER

- Aadland, E. (2004) *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, O. P. (2012) *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ausen, D. mfl. (2013) *Trygge spor. GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor*. Trondheim: SINTEF.
- Bjørneby, S., P. Topo og T. Holthe (2001) *Teknologi, etikk og demens. En veiviser i bruk av teknologi i demensomsorgen*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Bøthun, S. (2011) *Armbandet "fri", GPS- og kommunikasjonshjelpemiddel for personar med demens. Masteroppgåve*. Trondheim: Institutt for produktdesign, NTNU.
- Datatilsynet (2013) *GPS og sporing*. [online]. URL: <http://www.datatilsynet.no/Teknologi/Sporing/> (23.10.2013).
- Eide, T. og E. Aadland (2008) *Etikkhåndboka, for kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Eriksson, B. G. og P.-Å. Karlsson (2008) *Att utvärdera välfärdsarbete*. Stockholm: Gothia.
- Fensli, R. (2010) *Omsorgsteknologi og etiske utfordringer*. [online] Rune Fensli, Førsteamanuensis, Universitetet i Agder, Fakultet for Teknologi og realfag. URL: http://www.ks.no/PageFiles/24458/Omsorgsteknologi_etiske%20utfordringer_27-03-2012.pdf (24.10.2013).
- Flyvbjerg, B. (2009) *Samfundsvidenskab som virker: hvorfor samfundsforskningen fejler, og hvordan man får den til at lykkes igen*. København: Akademisk Forlag.
- Hauge, H. A. og M. B. Mittelmark (2003) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *St.meld.nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Demensplan 2015. Den gode dagen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg*. Oslo: Regjeringen.

Helsedirektoratet (2012a) *Nasjonale mål og hovedprioriteringer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012b) *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell*. [online] Lovdata. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven* (23.10.2013).

Henriksen, J.-O. og A. J. Vetlesen (2006) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hesseberg, K. (2013) *Sliter med mat og medisiner*. [online]. www.forsning.no. URL: <http://www.forskning.no/artikler/2013/oktober/369770> (18.10.2013).

Hjort, P. F. (1982) *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. Oslo: Tanum-Norli.

Hofmann, B. (2008) *Etikk i vurdering av helsetiltak. Utvikling av en metode for å synliggjøre etiske utfordringer ved vurdering av helsetiltak*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

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

Høgskolen i Gjøvik (2013) *Studietilbud, Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid (MHPCC)*. [online] Høgskolen i Gjøvik,. URL: <http://www.hig.no/studietilbud/helse/master/mhpcc> (26.11.2013).

Høydahl, E. (2008) *Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato*. [online]. URL: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato> (20.10.2013).

INCA Vidensformidling & InnovationsHus Syd (2011) *Demonstrationsprosjekt med brug af GPS system i eget hjem*. Danmark: ABT-FONDEN.

Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

KS (2013) *Samarbeid om etisk kompetanseheving*. [online] Kommunesektorens organisasjon. URL: <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Samarbeid-for-etisk-kompetanseheving/> (24.10.2013).

Kvalitetssforskriften (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=forskrift%20om%20kvalitet%20i%20pleie-> (24.04.2013).

Mathiesen, T. (1992) *Det uferdige: tekster om opprør og undertrykkelse*. Oslo: Pax.

Moland, L. E. (2013) *Heltid-deltid - en kunnskapsstatus*. [online] Fafo. URL: http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Prosjekter/Saman_om_ein_betre_kommune/Kunnska_psstatus_heltid-deltid.pdf.

Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2013) *Fakta om demens*. [online] Nasjonalforeningen for folkehelsen. URL: www.nasjonalforeningen.no/no/Demensliv/Fakta_om_demens/ (01.09.13).

Nes, R. B. og J. Clech-Aas (2011) *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

NOVA (2013) *Helse, velferdstjenester*. [online] Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. URL: <http://www.nova.no/id/40.0> (20.10.2013).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. [online] Lovdata. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven* (24.04.2013).

Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sletteland, N. og R. M. Donovan (2012) *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sosial- og helsedepartementet (1999) *NOU 1999:2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Taranrød, L. B. T. (2011) *Mellom hjem og institusjon. Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Thygesen, H. (2011) *Fremtidens eldreomsorg: over/våking eller våking/over?* [online] Ergoterapeuten. URL: <http://ergoterapeutene.org/Fagbladet-Ergoterapeuten/Fagartikler> (20.10.2013).

Trinh, D. og H. Roald (2013) *Krevende å lete etter demente*. [online] Østlandssendingen. URL: <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/-krevende-a-lete-etter-demente-1.11297246> (14.11.2013).

WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. [online] World Health Organisation,. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html> (26.11.2013).

Wikipedia (19.10.2013) *Bruttonasjonalprodukt*. [online]. URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/BNP> (19.10.2013).

Wikipedia (20.10.2013) *Global Positioning System, GPS*. [online] Wikipedia. URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/GPS> (20.10.2013).

VEDLEGG

Vedlegg 1 Søking etter annen forskning og resultater

Søkeord Benyttet alene og i ulike kombinasjoner	Database	Antall treff
GPS/Global positioning system or GIS/ Geographic information system and Dementia	Medline	0
- « -	Cochran library	0
- « -	EMBASE	5. Ingen aktuelle
- « -	CINAHL	<p>4. Kvalitative studier.</p> <p>1. A pilot study on the use of tracking technology: Feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. Available(includes abstract) Pot AM; Willemse BM; Horjus S; Aging & Mental Health, 2012 Jan; 16 (1): 127-34. (journal article) ISSN: 1360-7863 PMID: 21780960</p> <p>2. The use of tracking technologies for the analysis of outdoor mobility in the face of dementia: first steps into a project and some illustrative findings from Germany. Detail Only Available(includes abstract) Oswald F; Wahl H; Voss E; Schilling O; Freytag T; Auslander G; Shoval N; Heinik J; Landau R; Journal of Housing for the Elderly, 2010 Jan-Mar; 24 (1): 55-73. (journal article - pictorial, research, tables/charts) ISSN: 0276-3893</p> <p>3. Electronic tracking for people with dementia who get lost outside the home: a study of the experience of familial carers. Detail Only Available(includes abstract) White EB; Montgomery P; McShane R; British Journal of Occupational Therapy, 2010 Apr; 73 (4): 152-9. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0308-0226</p> <p>4. Microchips will decrease the burden on the family of elderly people with wandering dementia. Detail Only Available(includes abstract) Harada T; Ishizaki F; Nitta Y; Nitta K; Shimohara A; Tsukue I; Wu X; Cheng W; International Medical Journal, 2008 Mar; 15 (1): 25-7. (journal article - research) ISSN: 1341-2051</p>

- « -	PubMed	<p>3. 2 aktuelle, 1 funnet tidligere. Alle kvalitative studier.</p> <p>1. A pilot study on the use of tracking technology: feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers.</p> <p>Pot AM, Willemse BM, Horjus S. Aging Ment Health. 2012;16(1):127-34. doi: 10.1080/13607863.2011.596810. Epub 2011 Jul 25.</p> <p>2. Electronic tracking system and wandering in Alzheimer's disease: a case study.</p> <p>Faucounau V, Riguet M, Orvoen G, Lacombe A, Rialle V, Extra J, Rigaud AS. Ann Phys Rehabil Med. 2009 Sep-Oct;52(7-8):579-87. doi: 10.1016/j.rehab.2009.07.034. Epub 2009 Aug 31. English, French.</p>
- « -	Google scholar	6 - uaktuelle
- « -	Flere andre	0
- « -	Svemed+	<p>23. Av disse var det 8 aktuelle artikler</p> <p>1. Hustad, Berit Daae. Ikke tving GPS-brikke på pasienter! Sykepleien 2013;101(4)78-9</p> <p>2. Holthe, Torhild; Ausen, Dag. GPS - nøkkelen til frihet for personer med demens? Ergoterapeuten (Oslo) 2012;55(6)34-9</p> <p>3. Jensen, Else Kristin; Sönstebö, Susanne L. "Dette skulle vi ha visst før ..." Hvordan bidra til at yngre personer med demenssykdom og deres familier kan ta i bruk velferdsteknologi i sin hverdag? Demens & Alderspsykiatri 2012;16(2)30-3</p> <p>4. Thygesen, Hilde. Fremtidens eldreomsorg: over/våking eller våking/over? Refleksjoner rundt teknologi og etikk i omsorgspraksiser. Ergoterapeuten (Oslo) 2011;54(6)50-3</p> <p>5. Kirkevold, Øyvind. Løp og kjøp? GPS - en kommentar. Demens & Alderspsykiatri 2010;14(2)11-2</p> <p>6. Dale, Øystein. GPS-teknologi - nytte ved demens. Demens & Alderspsykiatri 2010;14(2)7-10</p> <p>7. Fieber, Lena. Är det mobila larmet kränkande eller en trygghet? Allt om Hjälpmedel 2012;67(3)24-6</p> <p>8. Huldt, C. Lotshjälp via satellit. Försök med GPS-baserat navigationshjälpmedel. Allt om Hjälpmedel 2006;61(3)24-</p>
GPS/Global positioning system og Demens	Bibsys Ask	<p>2. Begge kvalitative</p> <p>1. Ausen, Dag. Trygge spor. SINTEF</p> <p>2. Nilsen, Geir og Thorsen, Beate. Bruk av GPS til personer med demens, hvor helsepersonell administrerer teknologien. Masteroppgave 2012</p>

Vedlegg 2 Forespørsel om undersøkelse i kommunene

Prosjektansvarlige i ----- kommune
i Prosjektet «Trygge Spor»

Forespørsel om å gjennomføre en undersøkelse i forbindelse med prosjektet «Trygge spor».

Jeg holder på med videreutdanningen Master of health promotion and community care, Master i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid, ved Høgskolen i Gjøvik. Jeg er nå i gang med å skrive masteroppgaven. Temaet jeg har valgt er velferdsteknologi. Jeg ønsker å gjøre en effektstudie ved bruk av GPS til hjemmeboende personer med demens. Dette temaet er interessant fordi utfordringene for helse- og omsorgstjenestene blir store i årene som kommer. Velferdsteknologi blir, slik jeg ser det, et nødvendig supplement og vil påvirke både organiseringen og kvaliteten i tjenestene våre.

Jeg synes «Trygge spor» er et spennende prosjekt og har vært i kontakt med ----- i SINTEF. Hun har gitt meg mulighet til å gjøre en undersøkelse i tilknytning til prosjektet. Jeg skal benytte kvantitativ metode.

Min foreløpige problemstilling er:

På hvilken måte påvirkes organiseringen av tjenesten, når GPS tas i bruk til hjemmeboende personer med demens?

Jeg ønsker å gjennomføre undersøkelsen i -----, og skal benytte Questback for å sende ut spørreskjemaene og behandle svarene. Jeg håper derfor jeg kan få tilgang til e-postadressene til de ansatte som er aktuelle for undersøkelsen. Kriteriet er at de skal jobbe i tjenestområdet der prosjektet «Trygge spor» pågår eller er gjennomført. De kan, men må ikke selv, ha vært deltager i prosjektet.

Det vil ta 10 - 15 minutter å svare på undersøkelsen og den er anonym. Jeg har lagt ved informasjonen de ansatte vil få på e-post invitasjonen og et utkast til spørreskjema. Dette er spørsmål hentet fra ABT-fonden i Danmark, benyttet i et tilsvarende prosjekt, og noen av spørsmålene SINTEF benyttet i prosjektet «Trygge spor». Spørreskjemaet er ikke endelig, og jeg ønsker tilbakemelding på om Dere ønsker endringer.

Jeg ønsker å gjennomføre undersøkelsen i løpet av juni for å unngå ferieavviklingen blant ansatte. Jeg håper derfor på et raskt svar på om jeg kan få mulighet til å gjennomføre undersøkelsen i Deres kommune og ca. hvor mange ansatte jeg kan sende spørreskjemaet til, slik at jeg kan sende min søknad til NSD innen noen dager.

Min veileder på Høgskolen i Gjøvik er Dag Waaler.

Informasjon om masterstudiet:

I undervisningsplanen for dette emnet står det: «Programmet *Master of Health Promotion and Community Care* (MHPCC) er tverrfaglig og flervitenskapelig med det formål å gi studentene en bred yrkesmessig og faglig kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid samt sosialt forandringsarbeid i samarbeid med utsatte grupper i lokalsamfunnet. Studiene er rettet mot helsefremmende arbeid og ressursmobilisering innenfor lokalsamfunnets

sosialtjeneste, kommunal helsetjeneste og andre virksomheter så som skole, politi, trygdekontor etc. Videre er studiet rettet mot strategier for utviklings- og evalueringsarbeid på regionalt nivå. Emne 7 omfatter mastergradsoppgaven, det vil si et vitenskapelig arbeid med utgangspunkt i et selvvalgt fordypningsområde med problemstilling relevant for helsefremmende og ressursmobiliserende arbeid i lokalsamfunnet. Mastergradsoppgaven skal basere seg på en systematisk undersøkelse med empirisk forankring i et gjennomført utviklingsarbeid på individ-, gruppe-, eller systemnivå. Oppgaven skal ha en ressursmobiliserende og endringsstrategisk profil innenfor kommunalt omsorgs- eller velferdsarbeid og bygge på kunnskap ervervet i tidligere moduler. Oppgaven skal favne perspektiver og teorier relatert til helsefremmende arbeid og sosialt forandringsarbeid i lokalsamfunnet.»

Dere må gjerne ta kontakt med meg for mer informasjon.

Med vennlig hilsen
Anne Synnøve Sørli
TLF: 45606733
Student ved Høgskolen i Gjøvik
Master of Health Promotion and Community Care
anne.sorli@hig.no

Vedlegg 3 Databehandleravtale

Se neste side

DATABEHANDLERAVTALE

I henhold til personopplysningslovens § 15, jf. § 13 og personopplysningsforskriftens kapittel 2.

mellom

Anne Synnøve Sørli
Student ved Høgskolen i Gjøvik
på studiet Master of health promotion and community care

.....
BEHANDLINGSANSVARLIG

og

QuestBack AS

.....
DATABEHANDLER

1. Avtalens hensikt

I henhold til kontrakt av 10.05.13 (AVTALEN) mellom QuestBack AS og Anne Synnøve Sørli behandler QuestBack AS personopplysninger hvor Anne Synnøve Sørli er behandlingsansvarlig.

Dette bilaget gjelder personopplysninger som QuestBack AS ("DATABASEHANDLER") behandler på vegne av Anne Synnøve Sørli ("BEHANDLINGSANSVARLIG") som et ledd i gjennomføring av AVTALEN.

Databehandleravtalen skal sikre at personopplysninger ikke brukes urettmessig eller kommer uberettigede i hende.

2. Formål

Databehandleravtalen har til formål å klargjøre DATABASEHANDLERS og BEHANDLINGSANSVARLIGES ansvar i henhold til Lov om behandling av personopplysninger (POL) og Forskrift om behandling av personopplysninger (POF) for gjennomføring av AVTALEN, slik at krav til konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og kvalitet ivaretas.

DATABASEHANDLER leverer internettbaserte tjenester for undersøkelser og dialog, med funksjonalitet til å designe og distribuere informasjon og undersøkelser. Tjenestene gjør det mulig for BEHANDLINGSANSVARLIGE å samle, analysere og følge opp tilbakemeldinger fra interessenter, samt eksportere resultater.

I forhold til den aktuelle avtale kan det være snakk om følgende personopplysninger:

- Direkte identifiserbare opplysninger.
 - Opplysninger med navn, fødselsnummer eller andre opplysninger om entydig identifiserer enkeltpersoner, herunder også e-post adresser.
- Aidentifiserte personopplysninger
 - Personopplysninger/helseopplysninger der navn, fødselsnummer og andre direkte personentydige kjennetegn er fjernet og erstattet av en kode, slik at opplysningene ikke umiddelbart kan knyttes til en enkeltperson.
- Pseudonymiserte opplysninger
 - Personens navn er enveis kodet slik at det ikke er mulig å finne tilbake til navnet på den registrerte.
- Anonyme data
 - Data som er umulig å knytte til enkeltperson regnes ikke som personopplysninger. Anonyme data har ingen lovregulering eller begrensninger i bruk eller lagring og vil ikke omfattes av denne avtale.

Opplysningene skal bare brukes i nødvendig utstrekning i forbindelse med gjennomføring av AVTALEN og kun i de prosesser nevnt ovenfor.

3. Plikter

BEHANDLINGSANSVARLIG skal påse at personopplysningene lovlig kan behandles, bl.a. gjennom å sikre at det foreligger nødvendig behandlingsgrunnlag iht. POL § 8 og evt. § 9. BEHANDLINGSANSVARLIG plikter å innhente og lagre kun slike personopplysninger som er tillatt under relevante lovbestemmelser og i henhold til eventuelle konsesjoner og meldinger.

DATABASEHANDLER kan kun behandle BEHANDLINGSANSVARLIGES personopplysninger for å gjennomføre oppgaver som er beskrevet i AVTALEN. BEHANDLINGSANSVARLIG skal, med mindre annet følger av avtale eller lovbestemmelser, ha rett til tilgang til/ innsyn i de personopplysninger som behandles og systemene som DATABASEHANDLER benytter til dette formål.

DATABASEHANDLER er pålagt å følge BEHANDLINGSANSVARLIGES retningslinjer og prosedyrer for behandling av personopplysninger i forbindelse med BEHANDLINGSANSVARLIGES bruk av QuestBacks tjenester, innenfor de rammene som er definert i QuestBack AS' standard betingelser for behandling av data.

Den BEHANDLINGSANSVARLIGE og DATABEHANDLEREN skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet integritet og tilgjengelighet ved behandling av personopplysninger.

For å oppnå tilfredsstillende informasjonssikkerhet skal den BEHANDLINGSANSVARLIGE og DATABEHANDLEREN dokumentere informasjonssystemet og sikkerhetstiltakene. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig for medarbeiderne hos den BEHANDLINGSANSVARLIGE og hos DATABEHANDLEREN. Dokumentasjonen skal også være tilgjengelig for Datatilsynet og Personvernemnda.

DATABEHANDLER plikter å ha systemdokumentasjon og rutinebeskrivelser som er relevante i forbindelse med behandling av personopplysninger etter AVTALEN. Med dokumentasjon menes rutiner for autorisasjon og bruk, ulike tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak etc. DATABEHANDLER er ansvarlig for at dokumentasjonen er tilgjengelig for BEHANDLINGSANSVARLIG, og at dokumentasjonen oppdateres ved endringer. Denne dokumentasjonen skal kunne legges frem for BEHANDLINGSANSVARLIG på forespørsel. Innsyn i dokumentasjonen skal reguleres (gis til et begrenset antall autoriserte personer) slik at dette ikke svekker sikkerhetsnivået. Dokumentasjonen skal også være tilgjengelig for Datatilsynet og Personvernemnda.

Hvis det forekommer avvik fra etablert informasjonssikkerhetsnivå skal DATABEHANDLER som en del av avviksrutinen sende avvikrappporter til BEHANDLINGSANSVARLIG for avvik som har betydning innenfor avtaleområdet. Dersom det avdekkes fare for at personopplysninger kan komme på avveie, skal det treffes strakstiltak for å forhindre dette, samt varsles i henhold til forrige punktum. DATABEHANDLER skal etter at avvik er oppdaget sende rapport til BEHANDLINGSANSVARLIG der årsaken til avviket fremgår og hvilke korrigerende tiltak som er iværksatt.

DATABEHANDLER plikter å gjennomføre årlige sikkerhetsrevisjoner knyttet til behandlingen av personopplysninger etter denne avtale, jf. POF § 2-5.

4. Bruk av underleverandører

BEHANDLINGSANSVARLIGE er innforstått med at enkelte av tjenestene under AVTALEN leveres av andre selskaper innenfor QuestBack-konsernet, i eller utenfor Norge. DATABEHANDLER kan overlate BEHANDLINGSANSVARLIGES personopplysninger til slike konsernselskaper, dersom dette er nødvendig for å kunne levere tjenestene under AVTALEN.

Ved bruk av underleverandører til levering av tjenester som nevnt, eller til vedlikehold og oppdatering av registre, databaser med mer, plikter DATABEHANDLER å sørge for at disse leverandørene etterlever de samme krav til informasjonssikkerhet som hviler på DATABEHANDLER, slik at sikkerhetsnivået, som er beskrevet ovenfor, ikke blir svekket. Om personopplysningene skal overføres i eksterne nettverk, skal disse krypteres med tilstrekkelig sikkerhetsnivå.

Samtlige som på vegne av DATABEHANDLER utfører oppdrag der bruk av de aktuelle personopplysningene inngår, skal skriftlig tiltre DATABEHANDLERS avtalemessige og lovmessige forpliktelser og oppfylle vilkårene etter disse.

DATABEHANDLER vil ikke uten særskilt samtykke fra BEHANDLINGSANSVARLIGE overføre personopplysninger til mottakere i land som ikke sikrer en forsvarlig behandling av personopplysningene, ref. POL § 29.

5. Avviksmeldinger

DATABEHANDLER skal melde fra til BEHANDLINGSANSVARLIG om eventuelle avvik som har oppstått hos DATABEHANDLER, ref. POF § 2-6. BEHANDLINGSANSVARLIG har ansvaret for å vurdere om avviksmelding skal sendes til Datatilsynet, og for evt. å sende slik melding.

6. Sikkerhetsrevisjoner

BEHANDLINGSANSVARLIG har rett til å foreta sikkerhetsrevisjon av DATABEHANDLERS systemer som benyttes til behandling av personopplysninger. BEHANDLINGSANSVARLIG har rett til å la en tredjepart foreta denne sikkerhetsrevisjonen på sine vegne. Kostnadene for dette skal dekkes av BEHANDLINGSANSVARLIG.

7. Avtalens varighet

Databehandleravtalen gjelder så lenge DATABEHANDLER behandler personopplysninger på vegne av BEHANDLINGSANSVARLIG. Denne avtalen gjelder: **Effektstudie ved bruk av GPS til hjemmeboende personer med demens, som utføres i juni 2013. Personopplysningene skal slettes senest 01.07.2014.**

Ved brudd på databehandleravtalen eller personopplysningsloven med forskrifter, kan BEHANDLINGSANSVARLIG pålegge DATABEHANDLER å stoppe den videre behandlingen av opplysningene med øyeblikkelig virkning.

8. Ved opphør

Ved opphør av AVTALEN, er BEHANDLINGSANSVARLIG selv ansvarlig for å slette alle personopplysninger innhentet av BEHANDLINGSANSVARLIGES brukere og lagret på eget område i tjenestene. DATABEHANDLER kan eventuelt bistå med slettingen fra databasen mot et honorar avtalt partene i mellom.

DATABEHANDLER vil ved opphør av avtalen følge rutiner og prosedyrer som dokumentert for behandling av data. DATABEHANDLER vil oppbevare sikkerhetskopi av data i en periode på opp til 12 måneder etter utløp av AVTALEN.

9. Meddelelser

Meddelelser vil sendes til kontaktperson oppført i AVTALEN.

10. Lovvalg og verneting

Avtalen er underlagt norsk rett og partene vedtar Oslo tingrett som verneting. Dette gjelder også etter opphør av avtalen

Denne avtale er i 2 – to eksemplarer, hvorav partene har hvert sitt.

Sted og dato: Bjonerøa 10.05.2013.

Behandlingsansvarlig
Anne Synnøve Sørli



(underskrift)

Databehandler
QuestBack AS



(underskrift)

Vedlegg 4 Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Dag Waaler
Seksjon for helse, teknologi og samfunn
Høgskolen i Gjøvik
Postboks 191
2802 GJØVIK

Vår dato: 23.05.2013

Vår ref:34563 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.05.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34563	<i>Effektstudie ved bruk av GPS til hjemmeboende personer med demens</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Dag Waaler</i>
Student	<i>Anne Synnøve Sørli</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Anne Synnøve Sørli, Vestsidenvegen 719, 3522 BJONEROA

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyme.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Vedlegg 5 e-post-invitasjon til de prosjektansvarlige i kommunene

Jeg går på Høgskolen i Gjøvik, der jeg er i gang med å skrive min masteroppgave på utdanningen Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid. I den forbindelse ønsker jeg å gjøre en undersøkelse blant kommunene i prosjektet «Trygge spor», der GPS blir benyttet til personer med demens. Jeg setter stor pris på at jeg har fått tillatelse fra SINTEF og din kommune til å gjennomføre undersøkelsen.

Undersøkelsen gjennomføres i 14. august til 6. september 2013, og det tar 7-10 minutter å svare på den. Det er frivillig å svare og undersøkelsen er anonym.

Mitt forskningsspørsmål er: Hvilken effekt på kvaliteten av det kommunale tjenestetilbudet, opplever de som jobber der at bruken av GPS til personer med demens gir?

Undersøkelsen er sendt ut ved hjelp av Questback. Dette er et elektronisk databehandlerprogram som tar imot, lagrer og behandler dataene. Prosjektet er meldt inn til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Aktuelle deltagere er alle ansatte i den kommunale helsetjenesten der GPS blir benyttet til personer med demens. Denne undersøkelsen er distribuert med en lenke som kan videresendes til aktuelle deltagere. Dette gjør du ved å videresende denne e-posten.

For å finne svarprosenten er det viktig at jeg vet hvor mange som har mottatt undersøkelsen. Det er derfor fint om du kan sende meg en e-post med hvor mange ansatte i din kommune som har mottatt den.

Tusen takk for hjelpen!

For å delta i undersøkelsen vennligst klikk på lenken under her:

[LENKE]

Med vennlig hilsen
Anne Synnøve Sørli
Student ved Høgskolen i Gjøvik
Master of Health Promotion and Community Care

Vedlegg 6 Spørreundersøkelsen med invitasjonsmelding

Effektstudie ved bruk av GPS til personer med demens.

Jeg går på Høgskolen i Gjøvik, der jeg er i gang med å skrive min masteroppgave på utdanningen Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid. I den forbindelse ønsker jeg å gjøre en undersøkelse blant kommunene i prosjektet «Trygge spor», der GPS blir benyttet til personer med demens.

Undersøkelsen gjennomføres i August 2013.

Mitt forskningsspørsmål er: Hvilken effekt på kvaliteten av det kommunale tjenestetilbudet, opplever de som jobber der at bruken av GPS til personer med demens gir?

Jeg har fått tillatelse fra SINTEF og prosjektansvarlige for «Trygge spor» i din kommune til å gjennomføre undersøkelsen. Det er prosjektansvarlig i din kommune som har mottatt denne invitasjonen og så videresendt den til deg. Undersøkelsen er anonym.

Undersøkelsen er sendt ut ved hjelp av Questback. Dette er et elektronisk databehandlerprogram som tar imot, lagrer og behandler dataene. Prosjektet er meldt inn til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Det tar 7-10 minutter å svare på undersøkelsen. Det er frivillig å svare, men jeg vil sette stor pris på ditt svar. Det er gjort lite forskning på bruk av Velferdsteknologi i Norge. Ditt svar vil bidra til at dette forskningsprosjektet blir best mulig.

Resultatet av undersøkelsen vil bli benyttet i min masteroppgave. Hvis du ønsker å lese resultatet, vil den bli tilgjengelig for din kommune våren 2014.

Med vennlig hilsen
Anne Synnøve Sørli
Student ved Høgskolen i Gjøvik
Master of Health Promotion and Community Care

Din identitet vil holdes skjult
Les om [retningslinjer for personvern](#). (Åpnes i nytt vindu)

2) * Hvilken kommune arbeider du i?

- Kommune 1
- Kommune 2
- Kommune 3
- Kommune 4

Kommune 5

Her er det mulig å krysse av for flere svaralternativer.

3) * Jeg arbeider i:

- Bolig med service
- Bofellesskap
- Institusjon / sykehjem
- Trygghetspatruljen
- Hjemmesykepleien
- Annet. Spesifiser

her:

➡ **4) * Hvilken grunnutdanning har du?**

- Utdanning på høgsolenivå
(Sykepleier/vernepleier/ergoterapeut eller annet)
- Utdanning på videregående skoles nivå
(Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider eller annet)
- Ufaglært
- Annet. Spesifiser

her:

5) * Hvor stor stillingsbrøk har du i kommunen?

- 0 - 39%
- 40 - 74%
- 75 - 100%

➡ **6) * I hvilken grad har du opplevd at GPS-utstyret har fungert godt?**

- 1 Ingen grad
- 2 Liten grad
- 3 Noen grad
- 4 Stor grad
- Vet ikke

7) Hva har vært de største utfordringene ved bruk av GPS-utstyret?



8) * Har du opplevd at det har vært behov for å søke etter personer med demens som benytter GPS?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du opplevd at det har vært behov for å søke etter personer med demens som benytter GPS? er likJa)

9) * I hvilken grad opplevde du at det var nyttig å benytte GPS for å søke etter brukeren/brukerne?

- 1 Ingen grad
 2 Liten grad
 3 Noen grad
 4 Stor grad
 Vet ikke

10) * I hvilken grad mener du at bruk av GPS til personer med demens:

	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke
Øker disse brukernes bevegelsesfrihet og mulighet for fysisk aktivitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vil gjøre disse brukerne mer selvhjulpne og uavhengige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bidrar til at disse brukerne kan klare seg med tjenester på nåværende nivå lengre og utsette ytterligere behov for hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten er *lik* Stor grad 4
 - eller
 - Hvis Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten er *lik* Noen grad 3
-)

Her er det mulig å krysse av for flere svaralternativer.

11) * Hvilke oppgaver mener du det kan bli mindre av i pleie- og omsorgstjenesten ved bruk av GPS til personer med demens?

- Tilsyn, for å sjekke at brukerne har det bra og evt. er hjemme
- Kjøring til og fra bruker
- Følge brukere som ønsker å gå tur
- Annet. Spesifiser

her:



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten er *lik* Stor grad 4
 - eller
 - Hvis Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten er *lik* Noen grad 3
-)

Her er det mulig å krysse av for flere svaralternativer.

12) * Hva mener du den frigjorte tiden i hovedsak kan benyttes til i pleie- og omsorgstjenesten?

- Mer sammenhengende tid hos brukerne
- Dokumentasjon
- Kompetanseheving
- Annet. Spesifiser

her:

➡ **13) * I hvilken grad mener du at bruk av GPS til personer med demens fører til:**

	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke
At det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne, f.eks. fysisk hindring eller medisinerer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At disse brukerne får økt livskvalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At kvaliteten på tjenesten gitt fra kommunen blir bedre til disse brukerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økt livskvalitet for pårørende til disse brukerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis At det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne, f.eks. fysisk hindring eller medisinerer er lik Stor grad 4
 - eller
 - Hvis At det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne, f.eks. fysisk hindring eller medisinerer er lik Noen grad 3
-)

14) På hvilken måte benyttes det mindre makt overfor personer med demens dersom de benytter GPS?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne er lik Stor grad 4
 - eller
 - Hvis Mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne er lik Noen grad 3

•)

15) Hvis du mener at personen med demens får mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten ved bruk av GPS, hva mener du de får mindre av?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

• (

- Hvis At disse brukerne får økt livskvalitet *er lik* Liten grad 2
- eller
- Hvis At disse brukerne får økt livskvalitet *er lik* Ingen grad 1

•)

16) Hva mener du er grunnen(e) til at personene med demens som bruker GPS ikke får endret, evt. får redusert, sin livskvalitet?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

• (

- Hvis At disse brukerne får økt livskvalitet *er lik* Stor grad 4
- eller
- Hvis At disse brukerne får økt livskvalitet *er lik* Noen grad 3

•)

17) Hva mener du er grunnen(e) til at personer med demens som bruker GPS får økt sin livskvalitet?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis At kvaliteten på tjenesten gitt fra kommunen blir bedre til disse brukerne *er lik* Stor grad 4
 - eller
 - Hvis At kvaliteten på tjenesten gitt fra kommunen blir bedre til disse brukerne *er lik* Noen grad 3
-)

18) Når det gjelder kvaliteten på tjenesten fra kommunen, hva er det som blir bedre ved bruk av GPS til personer med demens?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Økt livskvalitet for pårørende til disse brukerne *er lik* Stor grad 4
 - eller
 - Hvis Økt livskvalitet for pårørende til disse brukerne *er lik* Noen grad 3
-)

19) Hva mener du er grunnen(e) til at pårørendes livskvalitet øker når personen med demens benytter GPS?

➡ 20) * I hvilken grad:

	Ingen grad	Liten grad	Noen grad	Stor grad	Vet ikke
	1	2	3	4	
Har personene med demens vært med på å bestemme om de skal ta i bruk GPS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser du på bruken av GPS overfor personer med demens som overvåking / krenkelse av retten til privatliv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gir personer med demens, som benytter GPS, uttrykk for å være overvåket uten at de ønsker at noen skal vite hvor de er

Opplever du at det gir trygghet og sikkerhet for personer med demens å benytte GPS

Opplever du at det gir mindre bekymring for pårørende, at personer med demens benytter GPS

Opplever du at det gir mindre bekymring for deg som tjenesteyter, at personer med demens benytter GPS

Deltar du i systematisk etisk refleksjon der problemstillinger rundt bruken av GPS til personer med demens kan tas opp

Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet er *lik* Stor grad 4
 - eller
 - Hvis Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet er *lik* Noen grad 3
-)

Her er det mulig å krysse av for flere svaralternativer.

21) * Hvor i kommunehelsetjenesten mener du at GPS til personer med demens vil være nyttig som et hjelpemiddel?

- I institusjon / sykehjem
- I omsorgsboliger / bolig med service
- Ved alarmmottak
- I hjemmebaserte tjenester
- Til personer som ikke bor alene
- Til personer som bor alene

Annet. Spesifiser

her:



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet er *lik* Liten grad 2
 - eller
 - Hvis Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet er *lik* Ingen grad 1
-)

22) Hva er grunnen(e) til at du ikke vil anbefale andre kommuner å benytte GPS som et hjelpemiddel til personer med demens?

23) Er det noe mer du ønsker å tilføye?

Vedlegg 7 Takk for deltagelse i spørreundersøkelsen

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

Resultatet av undersøkelsen vil bli benyttet i min masteroppgave. Hvis du ønsker å lese resultatet, vil den bli tilgjengelig for din kommune våren 2014.

Med vennlig hilsen
Anne Synnøve Sørli
Student ved Høgskolen i Gjøvik
Master of Health Promotion and Community Care

Vedlegg 8 Samlet fremstilling av resultater.

Spørsmål 2

Hvilken kommune arbeider du i?

(Spørreskjemaet er sendt til ansatte i fem kommuner. Her nummerert fra 1 til 5.)

Alternativer	Antall	Prosent
Kommune 1	2	10,5%
Kommune 2	14	73,7%
Kommune 3	2	10,5%
Kommune 4	1	5,3%
Kommune 5	0	0,0%
N	19	100%

Spørsmål 3

Jeg arbeider i:

(Her var det mulig å krysse av for flere svaralternativer.)

Alternativer	Antall	Prosent
Bolig med service	8	42,1%
Bofellesskap	0	0,0%
Institusjon / sykehjem	5	26,3%
Trygghetspatroljen	0	0,0%
Hjemmesykepleien	6	31,6%
Annet. Spesifiser her:	3	15,8%
N	19	100%

Svar på: «Annet. Spesifiser her:»

PLO helseinformatikk

Dagsenter for personer med demens

Helseinformatikk

Spørsmål 4

Hvilken grunnutdanning har du?

Alternativer	Antall	Prosent
Utdanning på høghskolenivå (Sykepleier/vernepleier/ergoterapeut eller annet)	12	63,2%
Utdanning på videregående skoles nivå (Hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider eller annet)	5	26,3%
Ufaglært	1	5,3%
Annet. Spesifiser her:	1	5,3%
N	19	100%

Svar på: «Annet. Spesifiser her:»

Master i helse og sosialinformatikk

Spørsmål 5

Hvor stor stillingsbrøk har du i kommunen?

Alternativer	Antall	Prosent
0 - 39%	0	0,0%
40 - 74%	1	5,3%
75 - 100%	18	94,7%
N	19	100%

Spørsmål 6

I hvilken grad har du opplevd at GPS-utstyret har fungert godt?

Alternativer	Antall	Prosent
1 Ingen grad	0	0,0%
2 Liten grad	0	0,0%
3 Noen grad	4	21,1%
4 Stor grad	15	78,9%
Vet ikke	0	0,0%
N	19	100%

Spørsmål 7

Hva har vært de største utfordringene ved bruk av GPS-utstyret?

(Dette var et åpent spørsmål og det var valgfritt å svare.)

1 At brukeren har GPS'en med seg.
Organiseringen av lading etc.

2 Rutiner og oppdatering av oversikten på data

3 At beboer har med seg utstyret til enhver tid.

4 Lading

Å sikre at brukeren har den med seg

5 Opplæring av pårørende og hvem som hjelper til å lete når personen er kommet bort. Vi mangler sårt en alarmsentral !!

6 Passe på at brukeren har med seg GPS-brikken ut.

7 Lære opp ansatte hvordan den brukes, lage gode rutiner og implementere

8 Utfordringene oppstår dersom en bruker ikke kommer hjem, hvem skal rykke ut av pårørende (om brukeren har det) eller hjemmesykepleien. Det er ikke alltid man har kapasitet på arbeidslistene til å rykke ut, så det bør være en ordning på dette.

9 Teknisk i forhold til å kunne spore GPS:

Vi må kunne stole på at GPS lokaliseres til riktig adresse.

Det blir uholdbart når GPS spores til en annen adresse og blir hengende der flere timer etter at pasienten fysisk har passert inn i institusjonen.

10 Hjemmeboende brukere som bor alene.

11 Å finne aktuelle kandidater

At satlittsystemer opp mot telefonsystemer ofte tar lang tid, slik at når en alarm er gått, vil det ta lang tid før man faktisk har alarmen på telefon.

12 Murhus hvor GPS ikke klarer å lokalisere enheten.

13 bruker glemmer gps og vi må lete etter den, den kan da være borte i flere dager, Bruker slår av gps. Ikke alle ansatte greier å lære seg å bruke den

Spørsmål 8

Har du opplevd at det har vært behov for å søke etter personer med demens som benytter GPS?

Alternativer	Antall	Prosent
Ja	16	84,2%
Nei	3	15,8%
Vet ikke	0	0,0%
N	19	19

Spørsmål 9

I hvilken grad opplevde du at det var nyttig å benytte GPS for å søke etter brukeren/brukerne?

(Vistes kun hvis: "Har du opplevd at det har vært behov for å søke etter personer med demens som benytter GPS?" var lik "Ja".)

Alternativer	Antall	Prosent
1 Ingen grad	0	0,0%
2 Liten grad	0	0,0%
3 Noen grad	1	6,3%
4 Stor grad	14	87,5%
Vet ikke	1	6,3%
N	16	16

Spørsmål 10

I hvilken grad mener du at bruk av GPS til personer med demens:

(Samlet fremstilling av matrisen.)

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 Øker disse brukernes bevegelsesfrihet og mulighet for fysisk aktivitet	0	0	4	15	0	19
2 Vil gjøre disse brukerne mer selvhjulpne og uavhengige	0	1	9	9	0	19
3 Bidrar til at disse brukerne kan klare seg med tjenester på nåværende nivå lengre og utsette ytterligere behov for hjelp	0	1	6	12	0	19
4 Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten	0	3	10	6	0	19

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 Øker disse brukernes bevegelsesfrihet og mulighet for fysisk aktivitet	0,0%	0,0%	21,1%	78,9%	0,0%	19
2 Vil gjøre disse brukerne mer selvhjulpne og uavhengige	0,0%	5,3%	47,4%	47,4%	0,0%	19
3 Bidrar til at disse brukerne kan klare seg med tjenester på nåværende nivå lengre og utsette ytterligere behov for hjelp	0,0%	5,3%	31,6%	63,2%	0,0%	19
4 Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten	0,0%	15,8%	52,6%	31,6%	0,0%	19

Spørsmål 11

Hvilke oppgaver mener du det kan bli mindre av i pleie- og omsorgstjenesten ved bruk av GPS til personer med demens? (Her var det mulig å krysse av for flere svaralternativer.)

(Vistes kun hvis: "Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten" var lik "Stor grad 4" eller "Noen grad 3".)

Alternativer	Antall	Prosent
1 Tilsyn, for å sjekke at brukerne har det bra og evt. er hjemme	13	81,3%
2 Kjøring til og fra bruker	4	25,0%
3 Følge brukere som ønsker å gå tur	9	56,3%
4 Annet. Spesifiser her:	1	6,3%
N	16	16

Svar på: «Annet. Spesifiser her:»

leite etter bruker som er forsvunnet

Spørsmål 12

Hva mener du den frigjorte tiden i hovedsak kan benyttes til i pleie- og omsorgstjenesten?

(Her var det mulig å krysse av for flere svaralternativer.)

(Vistes kun hvis: "Kan frigjøre noe tid som tjenesteyterne kan benytte til andre oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten" var lik "Stor grad 4" eller "Noen grad 3".)

Alternativer	Antall	Prosent
1 Mer sammenhengende tid hos brukerne	13	81,3%
2 Dokumentasjon	9	56,3%
3 Kompetanseheving	6	37,5%
4 Annet. Spesifiser her:	0	0,0%
N	16	16

Spørsmål 13

I hvilken grad mener du at bruk av GPS til personer med demens fører til:

(Samlet fremstilling av matrisen.)

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 At det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne, f.eks. fysisk hindring eller medisinerer	0	3	3	13	0	19
2 Mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne	2	9	6	2	0	19
3 At disse brukerne får økt livskvalitet	0	0	5	14	0	19
4 At kvaliteten på tjenesten gitt fra kommunen blir bedre til disse brukerne	0	0	7	12	0	19
5 Økt livskvalitet for pårørende til disse brukerne	0	0	2	17	0	19

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 At det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne, f.eks. fysisk hindring eller medisinerer	0,0%	15,8%	15,8%	68,4%	0,0%	19
2 Mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne	10,5%	47,4%	31,6%	10,5%	0,0%	19
3 At disse brukerne får økt livskvalitet	0,0%	0,0%	26,3%	73,7%	0,0%	19
4 At kvaliteten på tjenesten gitt fra kommunen blir bedre til disse brukerne	0,0%	0,0%	36,8%	63,2%	0,0%	19
5 Økt livskvalitet for pårørende til disse brukerne	0,0%	0,0%	10,5%	89,5%	0,0%	19

Spørsmål 14

På hvilken måte benyttes det mindre makt overfor personer med demens dersom de benytter GPS? (Dette var et åpent spørsmål og det var valgfritt å svare.)

(Vistes kun hvis: "At det blir benyttet mindre makt overfor disse brukerne, f.eks. fysisk hindring eller medisinerings" var lik "Stor grad 4" eller "Noen grad 3".)

1 GPS er fravær av tvang. En kan slippe å ha låste dører , medisinerings etc.
En handler også mer i tråd med de etiske retningslinjer da en slipper å bruke tid på å overtale, "lure" brukerne til ikke å gå ut

2 De kan bevege seg fritt uten å bli holdt igjen med stengte dører.

3 Behøver ikke holde dem tilbake
Den demenssyke får større frihet og aksjonsradius

4 Man slipper å "sperre de inne". De kan få gå sine turer uten at de trenger å ha følge.

5 De kan gå ut på tur når de ønsker det. Uten GPS blir det utrygt i forhold til om de greier å finne veien hjem igjen, og en prøver da å unngå at de går ut alene.

6 de kan bevege seg fritt utendørs, mindre tilsyn av ansatte som ofte ikke er ønskelig,

7 Brukeren blir ikke holdt inne i leiligheten sin, noe som lett kan skje dersom brukeren er dement og ikke finner veien hjem.

8 Man tenker seg at man i mindre grad må innhente pasienten mot dens vilje

9 Kan slippe bruker ut når de ønsker det, da blir det mindre aggresjon hos bruker.

10 De får beholde muligheten til å bevege seg ute uten å måtte forholde seg til våre arbeidstider.

11 Man kan la de gå tur uhindret fordi man har mulighet til å finne de.

12 De føler frihet til å bevege seg uten hele tiden å bli stoppet og avledet, situasjonen blir ikke så anmassende for de. De roer seg og beholder verdigheten med å føle seg fri.

13 bruker blir ikke hindret i å gå ut, blir bare sjekket at han har gps, sko og klær på seg

Spørsmål 15

Hvis du mener at personen med demens får mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten ved bruk av GPS, hva mener du de får mindre av? (Dette var et åpent spørsmål og det var valgfritt å svare.)

(Vistes kun hvis: *"Mindre omsorg fra kommunehelsetjenesten til disse brukerne"* var lik *"Stor grad 4"* eller *"Noen grad 3"*. Det var 8 respondenter som fikk dette spørsmålet.)

1 Mindre inngripende tilsyn. Hjemmebaserte slipper å reise på gjentatte tilsynsbesøk for å se om bruker endelig er kommet hjem.

En sparer tid dersom bruker ikke er hjemme til vanlig tid, en kan se hvor bruker er.

Bruker er mer rolig som smitter i avdelingen

2 Sosial kontakt

3 Man trenger ikke sette inn så hyppige tilsyn hos demente brukere som benytter GPS, da man kan søke de opp og vite hvor de er.

4 Mindre kontroll fra tjenesten.

Spørsmål 16

Hva mener du er grunnen(e) til at personene med demens som bruker GPS ikke får endret, evt. får redusert, sin livskvalitet? (Dette spørsmålet var et åpent spørsmål og det var valgfritt å svare.)

(Vistes kun hvis: *"At disse brukerne får økt livskvalitet"* var lik *"Liten grad 2"* eller *"Ingen grad 1"*.)

Dette var et oppfølgingsspørsmål til spørsmål 13-3. Det var ingen som svarte *"Liten grad 2"* eller *"Ingen grad 1"*. Derfor har ingen fått dette spørsmålet.

Spørsmål 17

Hva mener du er grunnen(e) til at personer med demens som bruker GPS får økt sin livskvalitet? (Dette var et åpent spørsmål og det var valgfritt å svare.)

(Vistes kun hvis: "At disse brukerne får økt livskvalitet" var lik "Stor grad 4" eller "Noen grad 3". Alle de 19 respondentene fikk dette spørsmålet.)

1 Fravær av tvang

Trygghet for bruker og pårørende

2 Frihet og mestring og selvstendighet

3 Trygghet, frihet

4 De kan gå ut når de vil og ha bevegelsesfrihet.

5 Personen kan ha en tryggere og mer aktiv hverdag

Kan være med på å gi personen den frihet han ønsker

6 De får mer frihet!

7 De blir friere og kan gå ut når de ønsker, ikke nødvendigvis vente til personalet har tid til å gå sammen med de. De kan bestemme mer i sin egen hverdag.

8 frihet, fortsette med gamle vaner, være i frisk luft, selvbestemmelse

9 De blir ikke "stengt" inne og usosiale, og kan på den måten beholde sitt nettverk, som igjen fører til mer livsglede og mindre depresjoner. Det er også viktig at de får friheten til å være ute mtp på den fysiske formen.

10 de får større mulighet til å bevege seg utendørs

11 De vil opprettholde følelsen av å kunne bevege seg friere utendørs

12 Friere til å gå ut når de ønsker det.

13 de føler seg trygg og opplever stor mestring i hverdagen

14 De slipper å være avhenging av noen får å ut i aktivitet. De er trygge på at hjelpeapparatet finner de igjen

15 Brukere som er mer eller mindre selvstendige men går seg bort og ikke finner veien hjem igjen. Disse vil kunne fortsette å være selvstendige med en GPS hvor hj.spl. eller pårørende ikke trenger å involvere seg mer enn nødvendig.

16 Frihetsfølelsen og tryggheten.

17 bruker får gå ut når han ønsker det, hentes inn etter en viss tid, istedenfor 20-30 timers leting. Bruker blir mere tilfreds ved å få gå turer og sliten til kvelden

Spørsmål 18

Når det gjelder kvaliteten på tjenesten fra kommunen, hva er det som blir bedre ved bruk av GPS til personer med demens? (Dette var et åpent spørsmål og det var valgfritt å svare.)

(Vistes kun hvis: ”At kvaliteten på tjenesten gitt fra kommunen blir bedre til disse brukerne” var lik ”Stor grad 4” eller ”Noen grad 3”. Alle de 19 respondentene fikk dette spørsmålet.)

1 En slipper låste dører

Bruker kan få gå på tur alene

Utsetter behovet sykehjemsplass med skjermet enhet

2 Trygghet, sikkerhet og frigjort tid til andre omsorgsoppgaver

3 Tryggheten fra oss, oppmerksomheten, forståelse for GPS, tilgjengelighet fra oss

4 Blir bedre rustet til å ta vare på beboerne.

5 At kommunen har et konkret og godt tilbud både til pasient og pårørende, er med på å øke kvaliteten på kommunens tilbud

6 En har mulighet til å finne ut hvor de er når de ikke er hjemme, og ingen har sett de på en stund. De blir raskere funnet hvis det har skjedd dem noe.

7 trygghet både for beboere, ansatte og pårørende

8 Man trenger ikke så hyppige tilsyn, så man vil da få bedre kapasitet til andre ting.

9 vet ikke om den blir noe bedre

10 Tjenesten kan føle seg tryggere når bruker er ute på egen hånd.

11 man sparer veldig mye tid ressuser som man brukte til å lette etter personen når de ikke kom hjem til avtalt tid. Det blir også mindre bekymring for de ansatte og pårørende.

12 ?

13 Personalet er trygge på at man kan lokalisere en bruker til enhver tid, dette vil igjen senke stressnivået hos den enkelte ansatt som igjen vil føre til en bedre kontakt med brukerne. Man bruker mindre tid på bortkommne brukere, ergo mere tid til brukerne.

14 Pasienten får økt livskvaktet. Ansatte får frigjort tid og kan føle seg trygge på at pasienten ikke blir borte for oss. For oss som jobber i dette yrket, så vet vi godt hvordan panikken tar deg når en pasient er forsvunnet, det er et mareritt.

Det er viktig at vi har systemer som fungerer,ellers blir dette falsk trygghet.

Spørsmål 19

Hva mener du er grunnen(e) til at pårørendes livskvalitet øker når personen med demens benytter GPS? (Dette var et åpent spørsmål og det var valgfritt å svare.)

(Vistes kun hvis: "Økt livskvalitet for pårørende til disse brukerne" var lik "Stor grad 4" eller "Noen grad 3". Alle de 19 respondentene fikk dette spørsmålet.)

1 Trygghet

Alles skrekk er leteaksjoner som blir mediesak

2 Trygghet

3 Tryggheten, stoler på ansatte,

4 De kan slappe av når beboer er ute og går og være trygg på at de blir funnet hvis de blir borte.

5 Trygghet på å kunne lokalisere sin pårørende

6 De har mer kontroll hvor den demente befinner seg når de er ute på tur. Letter for dem å slappe av uten å være redd for at den demente skal forsvinne og ikke finne veien tilbake.

7 De føler seg tryggere når den demente raskt kan spores opp hvis vedkommende blir borte.

8 Trygghet

9 De slipper bekymringer om hvor brukeren er, og om brukeren finner hjem igjen. Det kan også gi de en god følelse om de ser at bruker opprettholder en god livskvalitet.

10 føler seg tryggere

11 De slipper å bekymre seg for at deres nærmeste går seg bort og kan lettere lokalisere vedkommende om de ikke er tilbake til forventet tidspunkt.

12 De har da mulighet til å la dem gå ut uten å måtte være redd for at de blir borte.

13 de er trygg på at hvis de ikke skulle komme hjem til avtalt tid vil bli funnet raskere enn hvis de ikke bruker gps.

14 De slipper å sitte hjemme å bekymre seg

De har muligheten til et friere liv fordi de kan finne mor/far igjen

15 Pårørende kan senke skuldrene sine med tanke på at de blir trygget på at de kan lokalisere den demente bruker. De får tid til å ha et sosialt liv uten å måtte passe på bruker til enhver tid.

16 Trygghet.

17 slipper å overvåke bruker fysisk, slipper å komme i situasjoner der bruker må nektes å gå ut, pårørende kan være trygg på at bruker kommer til rette

Spørsmål 20**I hvilken grad:** (Samlet fremstilling av matrisen.)

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 Har personene med demens vært med på å bestemme om de skal ta i bruk GPS	1	0	8	8	2	19
2 Ser du på bruken av GPS overfor personer med demens som overvåking / krenkelse av retten til privatliv	11	7	1	0	0	19
3 Gir personer med demens, som benytter GPS, uttrykk for å være overvåket uten at de ønsker at noen skal vite hvor de er	7	11	0	0	1	19
4 Opplever du at det gir trygghet og sikkerhet for personer med demens å benytte GPS	0	1	3	15	0	19
5 Opplever du at det gir mindre bekymring for pårørende, at personer med demens benytter GPS	0	0	1	18	0	19
6 Opplever du at det gir mindre bekymring for deg som tjenesteyter, at personer med demens benytter GPS	0	0	4	15	0	19
7 Deltar du i systematisk etisk refleksjon der problemstillinger rundt bruken av GPS til personer med demens kan tas opp	0	7	7	4	1	19
8 Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet	0	0	1	17	1	19

Alternativer	Ingen grad 1	Liten grad 2	Noen grad 3	Stor grad 4	Vet ikke	N
1 Har personene med demens vært med på å bestemme om de skal ta i bruk GPS	5,3%	0,0%	42,1%	42,1%	10,5%	19
2 Ser du på bruken av GPS overfor personer med demens som overvåking / krenkelse av retten til privatliv	57,9%	36,8%	5,3%	0,0%	0,0%	19
3 Gir personer med demens, som benytter GPS, uttrykk for å være overvåket uten at de ønsker at noen skal vite hvor de er	36,8%	57,9%	0,0%	0,0%	5,3%	19
4 Opplever du at det gir trygghet og sikkerhet for personer med demens å benytte GPS	0,0%	5,3%	15,8%	78,9%	0,0%	19
5 Opplever du at det gir mindre bekymring for pårørende, at personer med demens benytter GPS	0,0%	0,0%	5,3%	94,7%	0,0%	19
6 Opplever du at det gir mindre bekymring for deg som tjenesteyter, at personer med demens benytter GPS	0,0%	0,0%	21,1%	78,9%	0,0%	19
7 Deltar du i systematisk etisk refleksjon der problemstillinger rundt bruken av GPS til personer med demens kan tas opp	0,0%	36,8%	36,8%	21,1%	5,3%	19
8 Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet	0,0%	0,0%	5,3%	89,5%	5,3%	19

Spørsmål 21

Hvor i kommunehelsetjenesten mener du at GPS til personer med demens vil være nyttig som et hjelpemiddel? (Her var det mulig å krysse av for flere svaralternativer.)

(Vistes kun hvis: "Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet" var lik "Stor grad 4" eller "Noen grad 3".)

Alternativer	Antall	Prosent
1 I institusjon / sykehjem	14	77,8%
2 I omsorgsboliger / bolig med service	16	88,9%
3 Ved alarmmottak	1	5,6%
4 I hjemmebaserte tjenester	18	100,0%
5 Til personer som ikke bor alene	12	66,7%
6 Til personer som bor alene	12	66,7%
7 Annet. Spesifiser her:	0	0,0%
N	18	18

Spørsmål 22

Hva er grunnen(e) til at du ikke vil anbefale andre kommuner å benytte GPS som et hjelpemiddel til personer med demens? (Dette var et åpent spørsmål og det var frivillig å svare.)

(Vistes kun hvis: "Vil du anbefale andre kommuner å ta i bruk GPS til personer med demens som en del av tjenestetilbudet" var lik "Liten grad 2" eller "Ingen grad 1".)

Dette var et oppfølgingsspørsmål til spørsmål 20-8. Det var ingen som svarte "Liten grad 2" eller "Ingen grad 1". Derfor har ingen fått dette spørsmålet.

Spørsmål 23

Er det noe mer du ønsker å tilføye? (Dette var et åpent spørsmål og det var frivillig å svare.)

1 Bruk av GPS i kommunen fordrer at en har noen som tar imot alarmene. Det kan være vanskelig for de ansatte å reise ut å hente bruker på kvelds og nattdid. For at GPS som kommunaltjeneste skal bli kvalitativ god må dette på plass.

2 Vi er storfornøyde, men rutinene rundt bruken av GPS må fungere. Hvis ikke blir det falsk trygghet. Rutiner og opplæring må være grundig tilstede når man tar i bruk GPS og forståelse av bruken, risiko og effekt.

3 Håper det kommer et lovverk snart som tar høyde for bruk av GPS og at det ikke kun skal bli tilgjengelig for de som er med i pilotprosjektet.

4 Vi må ha enkle sikre systemer som vi kan lite på, ellers blir dette falsk trygghet og verre enn alt.

Vedlegg 9 Spørsmål sendt de prosjektansvarlige i kommunene

<p>1. Hvor mange personer med demens benytter GPS i prosjektet "Trygge spor" i dag? Gjerne fordelt per tjenesteområde.</p>	
<p>2. Ca. hvor mange ansatte jobber det tilsammen i disse tjenesteområdene?</p>	
<p>3. Hvor mange ansatte har mottatt spørreskjemaet jeg har sendt ut?</p>	
<p>4a. Er spørreskjemaet sendt ut til ansatte i et område der det tidligere har vært brukere med GPS i prosjektet, men som ikke benytter dette lenger?</p>	
<p>4b. Hvor mange brukere gjelder dette?</p>	
<p>5. Pågår prosjektet "Trygge spor" fortsatt i din kommune?</p>	
<p>6a. Har dere konkrete planer om å utvide bruken av GPS til personer med demens?</p>	
<p>6b. Til ca. hvor mange brukere, i hvilke tjenesteområder?</p>	