

**Fagartikkel** til Tidsskrift for omsorgsforskning, etter språkvask 18.09.2017

## Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens

### **Forfattere:**

Torhild Holthe, Ergoterapeut, MSc, forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse/stipendiat HIOA (korresponderende forfatter). E-post: torhild.holthe@aldringoghelse.no

Anne Lund, Ergoterapeut, Førsteamanuensis, HIOA. E-post: Anne.Lund@hioa.no

Bjørg Landmark, Sykepleier, seniorforsker, prosjektleder Drammen kommune/Førstelektor Høgskolen i Sørøst-Norge. E-post: Bjorg.Th.Landmark@drmk.no

## Sammendrag

Et pilotprosjekt i Drammen kommune i 2014–2015 undersøkte hvorvidt velferdsteknologi kunne støtte opp om mestring og selvstendighet og trygge omgivelsene slik at personer med kognitiv svikt/tidlig fase av demens kunne bo lenger hjemme, med hjemmetjenester.

Fem hjemmeboende personer med kognitiv svikt/demens og deres pårørende ble rekruttert fra to hjemmetjenestedistrikt. Ulike typer velferdsteknologi ble implementert, og evaluert av to forskere hver annen/tredje måned.

Pilotprosjektet varte i 12 måneder. Medarbeidere fra hjemmetjenesten deltok i refleksjonsgrupper der målet var kunnskapsutveksling.

Ved avslutningen av prosjektet deltok seks medarbeidere fra de to hjemmetjenestedistriktene i fokusgruppeintervju. En tema-analyse fant at medarbeidere som hadde deltatt i refleksjonsgrupper, mente at informasjon og refleksjon om velferdsteknologiske tiltak økte deres bevissthet knyttet til hensikt og praktisk bruk av teknologi. Det å følge opp teknologien hjemme hos deltakerne og se den i praksis gav verdifull læring.

Lærdommen fra prosjektet er at det er behov for å utbedre dagens praksis, spesielt knyttet til opplæring både av medarbeidere og tjenestemottakere. Tverrfaglig samarbeid og effektiv formidling kan forbedres slik at velferdsteknologiske løsninger blir relevante tidlige tiltak som er tilpasset brukernes behov.

- Forskning viser at velferdsteknologi kan ha potensialer til å støtte opp om hverdagslivet til personer med demens som bor i eget hjem, og deres pårørende.
- Det er lite kunnskap om velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt og demens i regi av hjemmetjenesten, hvordan slike tjenester skal organiseres, hvem som skal betale, og hvem som har ansvaret.
- Denne fagartikkelen tilfører hjemmetjenestens perspektiv på ulike typer velferdsteknologi til personer med demens, og på mulig organisering av slike tjenester og på hva som kan være drahjelp i kunnskap- og kompetansebyggingen.

## Implementering av velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt: Erfaringer fra et pilotprosjekt

Drammen kommune fikk i 2014 i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre et pilotprosjekt om boligtilpasning og velferdsteknologi til hjemmeboende tjenestemottakere med kognitiv svikt, eller i en tidlig fase av en demensutvikling. I denne artikkelen presenteres medarbeidere i hjemmetjenestens erfaringer knyttet til følgende problemstilling:

Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler muliggjøre at personer med demens/kognitiv svikt kan bo lenger hjemme?

Bakgrunnen for at Helsedirektoratet ønsket å fokusere på velferdsteknologi er den demografiske utviklingen som fører til at vi blir flere eldre og færre yngre i arbeidsfør alder som kan gå inn i omsorgsykker. Velferdsteknologi kan bidra til tryggere hverdager og økt selvstendighet for eldre og for personer med demens (NOU 2011:11, 2011). Målet for kommunene er å inkludere velferdsteknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Det vil medføre flere nye oppgaver og ansvar for medarbeiderne og kreve nye samarbeidsformer mellom ulike aktører (Helsedirektoratet, 2014a). Denne satsningen vil også kreve kunnskap om *hvordan* velferdsteknologiske løsninger kan muliggjøre at eldre med kognitiv svikt og demens fortsatt kan bo hjemme og klare seg i hverdagen. Videre er kunnskap om teknologiens funksjonalitet, robusthet og om den oppleves meningsfull for tjenestemottakeren en forutsetning for at den skal bli del av en forsvarlig tjeneste (Helsedirektoratet, 2012).

Helsedirektoratet understreker at «formålet med å ta i bruk velferdsteknologi er å gi enkeltmennesket mulighet til bedre å mestre eget liv og helse» (NOU 2011:11). I dette ligger også økt trygghet for brukerne og deres pårørende. Velferdsteknologi skal også bidra til «å styrke det offentliges oppgaveløsning gjennom innovasjon og anvendelse av ny teknologi» (Helsedirektoratet, 2012, s. 21).

Flere prosjekter har pekt på gevinster og positive erfaringer med velferdsteknologi. Det nasjonale velferdsteknologiprojektet har lansert to gevinstrealiseringsrapporter, og anbefaler elektroniske medisindispensere, lokaliseringsteknologi (GPS), elektroniske dørlåser (Helsedirektoratet, 2015), digitalt tilsyn, sykesignal i institusjon, logistikk-løsninger for optimale kjøreruter i hjemmetjenesten og avstandsoppfølging av ulike kroniske sykdommer, som f.eks. KOLS-kofferten (Helsedirektoratet, 2017). Disse rapportene peker på gevinster både for tjenestemottaker og for tjenesteutøvere. Disse kan oppsummeres som økt kvalitet på tjenestene, spart tid og unngåtte kostnader.

Andre studier har vært mer fokusert på å forstå hvordan velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler kvalitativt kan inkluderes i hverdagen til personer med kognitiv svikt/demens, og peker på at tilgang til velferdsteknologi som kognitiv støtte kan ha en positiv betydning for personer med demens og deres pårørende, især i en tidlig fase av sykdommen (Arntzen, Holthe & Jentoft, 2016; Jentoft, Holthe & Arntzen, 2014; Lindqvist, Larsson & Borell, 2015; Lindqvist, Nygard & Borell, 2013). Det kan imidlertid være utfordrende å finne det rette hjelpemiddelet og skreddersy dette for personen med demens, slik at det inkorporeres i hverdagen og bidrar til mestring og velvære. Videre er det avgjørende at pårørende stiller som ressurspersoner, og at det etableres et «sikkerhetsnett» omkring personen med demens som kan oppdage når et hjelpemiddel ikke fungerer som det skal (Holthe, 2015). Derfor krever

integrasjon av velferdsteknologi i kommunal omsorgstjeneste både kunnskap hos de ansatte og innovasjon av rutiner og systemer (KS, 2015).

### Prosjektorganisering

For å svare på Helsedirektoratets oppdrag ble det etablert et pilotprosjekt i kommunen. To tjenestedistrikt ble involvert i rekrutteringen av fem hjemmeboende tjenestemottakere med kognitiv svikt/tidlig fase av demens sommeren/høsten 2014. De fem personene som ble rekruttert (heretter kalt deltakerne) hadde alle kognitiv svikt, var over 60 år og mottok hjemmetjenester, men kun to hadde demensdiagnose da prosjektet startet. To av deltakerne hadde vedtak om hjemmetjeneste, tre hadde oppfølging i form av veiledning og råd fra forebyggende helseteam.

Pilotprosjekter defineres som små-skala studier for å teste ut et studiedesign eller metode for et mulig framtidig prosjekt (Giangregorio & Thabane, 2015, s. 128). Piloten ble gjennomført som en case-studie der hver deltaker ble fulgt opp i inntil 12 måneder, avhengig av deltakelsestid. Case-studier kan være prospektive, eksperimentelle og inneholde flere målepunkter i løpet av intervensjonen, og deltakerne er sin egen kontroll (Nilson-Wikmar & Harms-Ringdahl, 2015, s. 213).

De fem deltakerne ble vurdert til å ha utfordringer i hverdagen, og disse ble forsøkt løst med å ta i bruk velferdsteknologi. Forskerne (to ergoterapeuter) intervjuet deltakerne på regelmessige hjemmebesøk (hver annen måned), bistod med å foreslå og implementere hjelpemidler/velferdsteknologi og fulgte opp med å evaluere bruk og nytte av disse.

Deltakerne fikk vedtaksbasert oppfølging av hjemmetjeneste eller forebyggende team under hele piloten. For å lese mer om resultatene fra piloten henvises til prosjektrapporten

«Demensprosjekt – bolig og velferdsteknologi 16.09.2015» (Landmark, Eriksen, Holthe & Senum, 2015)

Prosjektet ble organisert med to arbeidsgrupper av medarbeidere: Gruppe 1 besto av forskerne og prosjektmedarbeiderne som gjennomførte intervensjonene og sto for framdriften i prosjektet. Gruppe 2 besto av medarbeidere og ledere (heretter kalt klinikere) fra et tjenestedistrikt samt sykepleier fra forebyggende helseteam for eldre. En pårørenderepresentant og saksbehandlere fra NAV hjelpemiddelsentral og Husbanken var også invitert inn i arbeidsgruppe 2.

Gruppe 1 og 2 møttes på refleksjonsmøter som ble avholdt en gang hver annen måned, avhengig av turnus. Her presenterte gruppe 1 funn fra behovskartleggingen og erfaringer med utprøving av hjelpemidlene. Klinikere i gruppe 2 bidro med spørsmål, erfaringer og synspunkter. Målet for møtene var kunnskapsutveksling.

Refleksjonsmøtene varte ca. to timer og ble gjennomført etter en fast plan:

- Velkommen ved prosjektleder som gir ordet til forskerne
- Presentasjonsrunde
- Presentasjon av case – ti minutter
- Gjennomgang og drøfting av tiltak som er relevant for caset. Senere: evaluering av tiltak – Ett tiltak av gangen, begynn med det mest kritiske. Hva er gjort? Hva skjer? Skal noe endres? Hva har vi lært? Hva må vi gjøre bedre neste gang? 80 minutter
- Avtale om hva som skal observeres videre – ti minutter
- Avtale om hvem som gjør hva av videre tiltak – fem minutter

### **Velferdsteknologi for å bo hjemme lenger**

Til sammen ble 29 produkter, knyttet til deltakernes behov, preferanser og bosituasjon prøvd ut og evaluert i løpet av piloten, se tabell 1. Resultatene viste at deltakerne hadde både positive og negative erfaringer med bruk av velferdsteknologi. To av deltakerne bodde på sykehjem før piloten startet. Begge

hadde et sterkt ønske om å flytte hjem, og dette ble mulig som en prøveordning i forbindelse med piloten.

Tabell 1. Oversikt over teknologier i piloten, kategorisert etter Helsedirektoratets inndeling. Antall produkter i parentes.

<p><b>Trygghetsskapende teknologier</b></p> <p><i>«...skal muliggjøre at mennesker kan føle trygghet og ha mulighet til å bo lenger hjemme. I dette inngår løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og motvirker ensomhet».</i></p>	<p>Komfyrvakt (2) Tidsbryter på kaffetrakter (1) Talemelding ytterdør (1) Alarm ytterdør: Dørsensor med varsling (1) GPS (1) Regulering av varmtvannet i dusjen (2)</p>
<p><b>Mestringsteknologier</b></p> <p><i>«...skal muliggjøre at mennesker bedre kan mestre egen helse. I dette inngår løsninger til personer med kronisk sykdom og personer med behov for rehabilitering og/eller opptrening og vedlikehold av mobilitet».</i></p>	<p>Automatisk kalender (dag eller døgn) (4) Påminnelser skriftlig: Stor bordalmanakk og digital fjernstyrt kalender (2) Klokke med påminnerfunksjon/tale (Memo) (1) Skrive huskelapper (1) White board (1) Finn-igjen, tingleter (1) Enkel analog telefon med programmerte nummer til noen viktige personer (2) Medisindispenser (manuell ukedispenser) (2) Bruk av kontrastfarger og merking (2)</p>
<p><b>Helseteknologier</b></p> <p><i>«... som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet».</i></p>	<p>Medisindispenser (2)</p>
<p><b>Velværeteknologier</b></p> <p><i>«... som kan bidra til at mennesker blir mer bevisst sin egen helse, og som kan være en hjelp i dagligdagse gjøremål uten at nedsatt helsetilstand er årsaken til bruken av teknologi. Velværeteknologier kan bidra i det folkehelsefremmende arbeidet».</i></p>	<p>Enkel fjernkontroll til TV (3) Automatisk lysstyring ved bevegelsessensor (2)</p>

## **Etiske vurderinger**

Studien ble framlagt for REK, som svarte at siden prosjektet falt utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, kunne det gjennomføres uten godkjenning. (Referansenummer 2014/11).

Det er alltid grunn til å vurdere de etiske aspektene ved ulike tiltak til personer med demens og kognitiv svikt. Dersom velferdsteknologi skal erstatte helsehjelp, må det sikres at tiltaket er lovlig og faglig forsvarlig og i tjenestemottakerens interesse. I pilotprosjektet ble de fem deltakerne og deres pårørende informert, skriftlig og muntlig, om prosjektet av hjemmetjenesten. Alle takket ja til å delta og gav skriftlige informerte samtykker.

I denne fagartikkelen vil vi presentere hvordan medarbeiderne i de to tjenstedistriktene erfarte bruken av velferdsteknologi til tjenestemottakere. Hvilke erfaringer fikk de gjennom deltakelse i piloten om velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt, og hva må til for å integrere velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

## Metode

### **Fokusgruppeintervju som metode**

På slutten av pilotprosjektet gjennomførte forskerne ett fokusgruppeintervju med tre medarbeidere i hvert av de to tjenstedistriktene. På fokusgruppeintervjuene møtte både ledere og klinikere; fem kvinner og én mann.

Fokusgruppeintervju er en egnet metode for å undersøke og forstå et fenomen, for eksempel kulturelle verdier eller hva ulike aktører tenker om helse, eller som i dette tilfellet, om velferdsteknologi til tjenestemottakere med kognitiv svikt eller i en tidlig fase av demens. Deltakere som inviteres til en fokusgruppe, har alle en befatning eller en erfaring med problemstillingen som skal diskuteres. Gruppeprosessen kan hjelpe deltakerne til å utforske egne synspunkter. Det er ikke et mål at gruppa skal komme til enighet, men at man skal reflektere i gruppe og “klatre på hverandres” tanker (Krueger, 1998).



## **Analyse**

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert. Etter flere gjennomlesninger av transkriptene gjorde vi en tematisk analyse inspirert av Kvale og Brinkmann (2016) for å strukturere innholdet etter tre pre-definerte temaer: holdninger til velferdsteknologi, erfaringer med piloten og hva som skal til for å drifte velferdsteknologi i regi av omsorgstjenesten. Formålet med analysen var å gjengi en oppsummert fortolkning av fokusgruppe-deltakernes meninger som kom fram under intervjuene.

## **Resultater**

Resultatene presenteres under tre temaer: holdninger til velferdsteknologi, erfaringer med velferdsteknologi i piloten og krav til å drifte velferdsteknologi som en del av hjemmetjenesten.

### **TEMA 1: Holdninger til velferdsteknologi**

Medarbeiderne uttrykte at holdninger i samfunnet handler om at alle eldre må ta ansvar for eget liv og helse. Det å greie seg selv så lenge en kan, er en seier og ikke et tap! En av medarbeiderne hevdet at enkelte eldre ikke ønsker hjemmetjeneste, fordi de føler at de blir bundet av det. For eksempel ved medisint levering:

Det er jo mange vi går og leverer medisiner til, og alle skal jo egentlig ha medisinen sin klokka ni. Men vi kan umulig være hos alle klokka ni, derfor kommer vi en gang mellom ni og elleve-tolv. Det er sikkert mange som kunne tatt medisinerne sine selv, og fått dem til riktig tid også!

Medarbeiderne mente at mange eldre ville kunne nyttiggjort seg pilledosett med ringelyd for når tablettene skal tas. Argumenter som ble brukt for pilledosetter, var at tjenestemottakere ville fått mer kontroll selv, at det kunne gi både mestringsopplevelse og frihet. En sa: «Jeg tror mange eldre kunne greie å ta medisinerne sine med påminnelser, og så kunne vi

[hjemmetjenesten] heller brukt tiden vår på de demente!» Mens en annen sa:

Hvis godet [med en pilledispenser] er at mor får tablettene til rett tid, er jeg ikke sikker på at de pårørende tenker så mye på dette. De fleste ville trolig heller opplevd det som en større trygghet at hjemmetjenesten kom innom tre ganger om dagen. Så jeg tror de fleste ville velge dette framfor en dispenser – hvis man kunne velge da!

Enkelte hadde erfaringer med teknologi som ikke virket som den skulle. Utrykninger til feilvarslinger (falske alarmer) skapte ekstra bry: «Da må vi reise ut og sjekke! Vi må jo alltid det, for det kan være en reell alarm!» Hvis det oppstår feilmelding, må årsaken til dette avklares, noe som fort kan ta mye tid og bli stress. Enkelte var usikre på om teknologien var god nok: «Velferdsteknologi kan også være til irritasjon for brukeren, ikke bare oss [i hjemmetjenesten]. Det kan være ringelyder eller piping som brukerne ikke forstår og som kan skape forvirring.» Og de var også opptatt av hvilket ansvar de hadde dersom teknologien sviktet.

Å ta i bruk ny teknologi som en del av hjemmetjenesten, kunne by på usikkerhet. Det ble nevnt et eksempel med GPS. Dette tiltaket opplevdes som svært tidkrevende, da det var lite føringer om hvem som skulle gjøre hva. «Når vi [hjemmetjenesten] skulle dit for å legge henne, var hun ikke hjemme. Og vi ble usikre på hva vi skulle gjøre, og om vi skulle ringe politiet for hjelp til å lete etter henne.» De fortalte at de hadde en telefon av eldre dato, som ikke egnet seg til GPS-lokalisering. De hadde erfart at det var enklere å lokalisere GPS'en ved bruk av PC framfor mobiltelefon. Og det ble lett stress for vakthavende sykepleier dersom mobil søkerenhet ikke virket; da måtte vedkommende tilbake til kontoret for å søke via PC-en. De hadde foreløpig ikke etablert rutiner for å dokumentere når feilene skjedde. De sa: «Det med GPS er en ny oppgave for oss. Det er en ny oppgave at vi skal ha omsorg for folk

utenfor hjemmet også. Og nå hender det at vi må spore opp hvor personen er, før vi kan gi den hjelpen vi skal!»

Medarbeiderne uttrykte at bruk av velferdsteknologi kan gjøre at folk kan greie seg bedre hjemme, at slik teknologi kan gi både mestring og kontroll. Men det fordret at «Vi må tenke nytt – ikke alle er glade i nye oppgaver – det krever en viss åpenhet. Vi kan tenke å jobbe på nye måter. For eksempel, i stedet for å ringe og minne om en tablett, kan pilledosetten gjøre dette.» At hjemmetjenesten har brukt velferdsteknologi i liten grad, mente de skyldtes at de ikke hadde nok kunnskap om produkter og løsninger, og ikke var trygge nok på at velferdsteknologi virker. Det ble tatt til orde for at hjemmetjenesten burde fått mer opplæring om velferdsteknologi. Flere mente at det var svært krevende å holde seg oppdatert på alt det nye som kom, og hvordan dette fungerte. I ett av distriktene hadde hjemmetjenesten jevnlig møter med ergoterapiavdelingen, og der de la fram bestillinger til ergoterapeuten. En sykepleier sa:

Ja, men vi må være klar over at det blir opp til oss [i hjemmetjenesten] å skrive ned ting vi må bringe videre til ergoterapeuten, for det kan jo finnes løsninger vi ikke vet noe om..., og da blir brukerne i grunnen avhengige av at vi har et bevisst forhold til dette...

En annen mente at «Det er masse kunnskap [om velferdsteknologi] i kommunen, men det er behov for å finne måter å dele kunnskapen på». De så at det var tidkrevende å lære opp brukeren til å bruke hjelpemiddelet, og kanskje pårørende også. Men de trodde at når den jobben var gjort, så kunne tid spares inn.

## **TEMA 2: Erfaringer med velferdsteknologi i pilotprosjektet**

Medarbeiderne mente at piloten hadde fokusert på teknologi som tiltak for hverdagslige problemer som de møter i hjemmetjenesten hver eneste dag, for eksempel fjernkontroller og

lys. De mente at de gjennom deltakelse i piloten hadde fått nye innspill om hjelpemidler og kreative ideer. Videre var det nyttig at Hjelpemiddelsentralen gav klare kriterier for hva man kan få eller ikke. Å være med i refleksjonsgrupper var positivt, fordi det opplevdes alltid nyttig å sitte flere sammen og tenke løsninger sammen. En sa:

Jeg kan tenke altfor høytravende, kanskje..., noen ganger er det enkleste det beste. Jeg så for meg smart-phone og alt mulig, og så endte det opp med en beskjedbok, ikke sant? Det er bra å snakke sammen, og finne ut hva som er viktig [for brukeren], ... bra at flere har snakket med brukeren. Og deretter finne ut hva som passer for hver enkelt, ... hva som funker best. Det er spennende å ha disse diskusjonene omkring dette. For det vi opplever som et kjempeproblem...[er at] folk ønsker generelt ikke å ta imot hjelpemidler, men når de trenger det, så er det for sent.

Gjennom piloten fikk vi idéer om hva som fins [av velferdsteknologi], såpass kunnskap at vi kan reklamere for løsninger. Vi vet at tingene fungerer såpass bra at vi kan formidle det ut til andre. Når du har sett bruken av det [hjelpemiddelet], ... du skjønner mer av hva det handler om da. Ellers blir det vanskelig å si gå og kjøp, og så virker det kanskje ikke....

En annen føyde til:

Ja, [en av deltakerne] hadde problemer med TV og med medisiner. Han bare gav opp å se TV, og det endte med at han ikke fikk til å se på TV. Da gikk han hvileløst omkring, og vi så at han var på vei ned i en depresjon, egentlig. Men så fikk han denne enkle og fantastiske [fjernkontrollen], og den fungerer veldig bra. Stakkars eldre som skal forholde seg til alle disse fjernkontrollene. Jeg håper dette blir tilgjengelig for alle. For de aner ikke hva de skal trykke på! Ja, jeg kunne tenke meg en sånn sjøl, jeg (latter).

Medarbeiderne hevdet at det å lære om velferdsteknologi knyttet til en persons spesielle behov og situasjon, var nyttig. Dette bidro til å få fokus på hva som kunne ha nytteverdi for brukerne, hva de skal se etter og spørre om. Gjennom prosjektet fikk de inspirasjon til å se problemstillinger med andre øyne, og en trygghet på hvordan noen av teknologiene fungerte, slik at de kunne anbefale slike løsninger til andre brukere, som ikke var med i prosjektet. De hadde erfart at velferdsteknologi kunne bety mestring og selvstendighet for brukeren, men at en vellykket implementering krevde en innsats fra hjemmetjenesten, og at «det ble mer arbeid for oss i tjenesten – det krever en innsats; men, at det avlaster hjemmetjenesten dersom folk blir mer selvhjulpne». Gevinsten kunne være at hjemmetjenesten kunne trekke oppdrag, som i ett tilfelle: En av deltakerne (med Parkinsons sykdom) hadde et sterkt ønske om å klare seg selv, og han var misfornøyd med at hjemmesykepleien sjelden kom med pillene hans til det avtalte klokkeslettet. En av medarbeiderne i hjemmetjenesten tok ansvar for å legge inn klokkeslett for medisiner og andre avtaler i en digital kalender (Memas), fra en PC på jobben. Hjemme hos deltakeren hadde hjemmetjenesten gjort klar pillene i eggeglass plassert på kjøkkenbenken med klokkeslett nedskrevet på en lapp. Den digitale kalenderen var plassert på kjøkkenbenken og viste dagens aktiviteter og hvilke klokkeslett pillene skulle tas. Deltakeren var svært motivert for å mestre å ta medisiner på egen hånd, og det styrket både helsa og selvfølelsen. Hjemmetjenesten vurderte også dette som en god investering, da de kunne trekke to–tre oppdrag i døgnet hos denne personen.

### **TEMA 3: Krav til å drifte velferdsteknologi som del av hjemmetjenesten**

Medarbeiderne mente at moden velferdsteknologi og optimal rigging til brukerens behov ville gi mindre belastning for hjemmetjenesten og for de pårørende. Gode løsninger ville kunne frigi ressurser, mente de. De var opptatte av å gi gode tjenester og å anskaffe velferdsteknologi i rett tid til en person og med rett brukertilpasning. Alle visste at det var en

viss treghet i systemet, og at hvis man søkte hjelpemidler fra NAV, var det ofte ventetid for installasjon. I pilotprosjektet tok det eksempelvis seks uker for å få installert en enkel fjernkontroll til TV. En kommenterte:

Men det er fryktelig lang tid, og det burde være en kjappere saksbehandling ved demens! Dette er jo progredierende, og selv om tidsaspektet er usikkert, må teknologien inn så kjapt som mulig, før det er for sent eller før pårørende er helt utslitt. Du kan ikke få forklart eller tryllet, du må bare ha de hjelpemidlene som kan støtte opp!

Medarbeiderne opplevde det som krevende, kanskje umulig, å holde seg oppdatert om hva som finnes av muligheter innen velferdsteknologi til enhver tid. De mente at teknologien var i en rivende utvikling, og at det stadig kom nye ting. Derfor foreslo de som en løsning at hjemmetjenesten måtte ha minst én dedikert person som har et særlig ansvar for opplæring av to til tre superbrukere som lærer opp sine kolleger i hjemmetjenesten. Disse måtte ha kunnskap og interesse for velferdsteknologi, kunne rigge løsninger som understøttet brukerens behov og få alt til å fungere. Dette er en oppgave som de mente ble vanskelig å gjøre ved siden av vanlig jobb i hjemmetjenesten. Selv om de visste at velferdsteknologi kan fungere, hadde de ikke folk til å montere og få teknologien opp og gå. I denne sammenhengen ble kommunens hjelpemiddelteam nevnt som en mulig IKT-ressurs de kunne støtte seg til.

Medarbeiderne understreket at velferdsteknologi burde være et tidlig tiltak fra kommunen. Dersom velferdsteknologi kom inn som et sent tiltak, og især hvis en av følgene av å få teknologi var at besøk fra hjemmetjenesten ble trukket tilbake, fryktet de at dette kunne oppleves som forringelse av tjenesten.

Medarbeiderne understreket viktigheten av at bruk av teknologi til tjenestemottakere blir dokumentert i et felles dokumentasjonssystem, slik at den som installerer velferdsteknologi

kan føre dette i for eksempel tiltaksplanen slik at hjemmetjenesten kan følge opp. Som en del av den daglige rutinen, må hjemmetjenesten følge med og observere om det oppstår problemer med velferdsteknologien eller endringer i brukerens funksjonsnivå som tilsier behov for nye tiltak. Det må også være noen som har spesielt ansvar for å oppdatere velferdsteknologien hjemme hos brukerne. Hjemmetjenesten har ukentlige møter med ergoterapeutene der de kan drøfte problemstillinger og samarbeide om å individualisere tiltakene. En av hjemmetjenestene var samlokalisert med hjelpemiddelteamet, og det så det som en fordel at de kunne hente ting og snakke med de på teamet. En ansatt stilte spørsmålet: «Det skal kanskje ikke være hjemmetjenesten som har ansvar for velferdsteknologi? Det må være folk som *kan* velferdsteknologi som følger opp dette. Pluss at ansvarsforhold 24/7 må defineres. Og rutiner for samtykke.»

Medarbeiderne mente at inklusjon av velferdsteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste krever etablering av en infrastruktur, med klar oppgavefordeling og klare avtaler om ansvarsforhold og teknisk støttetjeneste («support») 24/7. De mente også at det er behov for et sted man kan henvende seg med spørsmål («call-senter»). Hjemmetjenesten kan umulig rykke ut til alle. «All velferdsteknologi må understøttes – de må virke – ellers blir det falsk trygghet. Vi kan ikke sette i gang noe uten at driften er sikret. Vi kan ikke pålegge pårørende heller.»

## Diskusjon

Hensikten med dette pilotprosjektet var å presentere hvilke erfaringer medarbeidere i hjemmetjenesten hadde med velferdsteknologiske løsninger, og i tilfelle hvordan de kunne bidra til at tjenestemottaker kunne bo lenger i eget hjem.

Det er et uttalt ønske om å jobbe kunnskapsbasert innenfor helsefagene. Statlige føringer framhever behovet for høyere kompetanse, større faglig bredde, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger for å sikre kvalitet på framtidens helse-, sosial- og omsorgstjenester. I

tillegg trenger en å styrke kompetansegrunnlaget gjennom forskning og kunnskapsspredning (St.meld. nr. 47 (2008–2009), 2009; Meld. St. 29 (2012–2013), 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Resultatene fra piloten underbygger behovet for økte kunnskaper, og deltakelsen i utprøvingen synes å ha bidratt til det. Velferdsteknologi ble bare benyttet i begrenset omfang før piloten, noe som ble tilskrevet manglende kunnskaper om produkter og løsninger, og utrygghet knyttet til om velferdsteknologi virker. Det viser at det er et økt behov for opplæring slik at medarbeiderne kan være oppdatert på nye løsninger og hvordan disse fungerer. Ifølge Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) vil økt bruk av teknologi og digitalisering stille særlige krav til kompetanse.

Så hva skal til for at helsepersonell utvikler kompetanse om velferdsteknologi? I vårt pilotprosjekt fikk medarbeiderne se på nært hold hvordan velferdsteknologi på ulike måter kunne støtte personer med kognitiv svikt og deres pårørende. Dette åpnet for å oppdage tjenestemottakernes vilje og evne til mestring, og hvordan potensialet i ulike hjelpemidler kan utnyttes. «Hva er viktig for deg?» er blitt et sentralt spørsmål i dagens helse- og omsorgstjeneste. Det innebærer at deltagerens ønsker og behov skal vektlegges, og at det må være brukerinvolvering når hjelpemidler skal tas i bruk. Brukermedvirkning er en rettighet ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Hvordan brukermedvirkning kan eller bør skje når brukeren har kognitiv svikt, er en etisk utfordring. Det kan være lett å tenke at teknologi kan være for vanskelig for personen, eller at den kan være påtrengende på en negativ måte. Helsepersonell må derfor være bevisste på egne holdninger og hvorvidt disse eller mangel på kunnskap kan hindre tilgang til et gode for personer med kognitiv svikt. Brukermedvirkning i etisk refleksjon fordrer at medarbeidere



på den ene siden og brukere og pårørende på den andre kan ha en dialog og avveie hvilke verdier som står på spill (Lingås, 2013).

Klinikerne mente at de utviklet faglig trygghet gjennom å følge utprøvingen av velferdsteknologi. Det bidro til at de kunne foreslå velferdsteknologi til andre brukere av hjemmetjenestene. Videre trakk medarbeiderne fram refleksjonsmøtene som en arena for læring og kunnskapsbygging, fordi kunnskapsbyggingen gikk hånd i hånd med praksis, slik at de raskt kunne evaluere hva som var gode og mindre gode løsninger.

Behovet for mer kunnskap om velferdsteknologi ble klart uttalt, og kunnskap om hva som fantes, hvordan den ble brukt og kompetanse om hvordan de kan formidle slik teknologi til brukere, ble beskrevet. I det ene distriktet hadde de under piloten valgt en ressursperson til å ha et særlig ansvar for velferdsteknologi som kunne holde seg oppdatert og være en diskusjonspartner med de andre i tjenesten. I det andre distriktet var de glade for å ha «kort vei» til hjelpemiddelteamet. Spørsmålet er om vi ikke heller bør oppmuntre til nye samarbeidsformer, også kalt innovasjon av tjenesten? Med nye modeller for tverrfaglig samarbeid vil vi trolig kunne unngå «silo-jobbing» og sikre en mer rettferdig tilgang til velferdsteknologi for alle tjenestemottakere i alle kommuner. Å sikre nye rutiner for samarbeid vil forhåpentlig føre til kortere ventetid på hjelpemidler, en klarere ansvarsfordeling og ikke minst en mer rettferdig tildeling av et gode for å mestre eget liv og helse.

Helsedirektoratet har en visjon om at velferdsteknologi skal være en integrert del av kommunale helse- og omsorgstjenester innen 2025 (Helsedirektoratet, 2014b). Mye må på plass før dette blir en realitet. Å sikre et visst nivå av kunnskap om

velferdsteknologi hos alle ansatte i omsorgstjenestene er et godt stykke fram. KS har utviklet Velferdsteknologiens ABC, og mange kommuner deltar i dette opplæringsprogrammet. Å overføre kunnskap og kompetanse om velferdsteknologi samt å etablere nye rutiner og prosedyrer for implementering er helt nødvendig for at velferdsteknologi skal bli en integrert del av kommunens omsorgstjeneste.

### **Takk til**

Takk til de to hjemmetjenestedistriktene i Drammen for aktiv deltakelse i pilotprosjektet og for deltakelse i intervjuene. Takk til prosjektmedarbeider Kjetil Senum, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, og til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse for økonomisk bistand til å skrive denne fagartikkelen.

## Referanser

- Arntzen, C., Holthe, T. & Jentoft, R. (2016). Tracing the successful incorporation of assistive technology into everyday life for younger people with dementia and family carers. *Dementia*, 15(4), 646–662. DOI: 10.1177/1471301214532263
- Giangregorio, L. & Thabane, L. (2015). Pilot studies and feasibility studies for complex interventions: an introduction. I D. A. Richards & I. R. Hallberg (Red.), *Complex interventions in Health. An overview of research methods*. (s. 127–135). London and New York: Routledge.
- Helsedirektoratet (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>
- Helsedirektoratet (2014a). *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/120/Helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området-IS-2225.pdf>
- Helsedirektoratet (2014b). *Velferdsteknologi*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/velferdsteknologi/nasjonalt-velferdsteknologi-program-nvp/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologi-program*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1139/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologi-program.pdf>
- Helsedirektoratet (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologi-program.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet (I-1162B)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holthe, T. (2015). *Mot - håp - tålmodighet. Yngre personer med demens og betydningen av å få kognitive hjelpemidler til støtte i hverdagen*. Prosjektrapport. Tønsberg: Aldring og helse.
- Jentoft, R., Holthe, T. & Arntzen, C. (2014). The use of assistive technology in the everyday lives of young people living with dementia and their caregivers. Can a simple remote control make a difference? *International Psychogeriatrics*, 26(12), 2011–2021. DOI: 10.1017/s1041610214001069
- Krueger, R. A. (1998) *Developing Questions for Focus Groups. Focus Group Kit 3*. Thousand Oaks, California: Sage publications.
- KS (2015). *Veikart for velferdsteknologi*. Oslo: KS. Hentet fra <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/innovasjonsverktoy/veikart-for-velferdsteknologi/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2016) *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. ut.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Landmark, B., Eriksen, S., Holthe, T. & Senum, K. (2015). *Demensprosjekt - bolig og velferdsteknologi*. Prosjektrapport. Hentet fra

[http://img5.custompublish.com/getfile.php/3183212.1875.uabetuswcu/Rapport\\_Demensprosjekt\\_boligogvelferdsteknologi.pdf?return=www.utviklingssenter.no](http://img5.custompublish.com/getfile.php/3183212.1875.uabetuswcu/Rapport_Demensprosjekt_boligogvelferdsteknologi.pdf?return=www.utviklingssenter.no)

- Lindqvist, E., Larsson, T. J. & Borell, L. (2015). Experienced usability of assistive technology for cognitive support with respect to user goals. *NeuroRehabilitation*, 36(1), 135–149. DOI: 10:3233/NRE-141201.
- Lindqvist, E., Nygard, L. & Borell, L. (2013). Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(5), 386–396. DOI:10.3109/11038128.2013.766761
- Lingås, L. G. (2013). *Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Meld. St. 29 (2012–2013) (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nilson-Wikmar, L. & Harms-Ringdahl, K. (2015). Single-Subject Designs. I D. A. Richards & I. R. Hallberg (Red.), *Complex interventions in Health. An overview of research methods* (s. 213–221). Oxon: Routledge.
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63, Sist endret LOV-2015-12-11-97 fra 01.11.2016. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.