

GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg – hva må til?

Av Torhild Holthe, Tone Øderud og Bjørg Th. Landmark

Abstrakt

Torhild Holthe er ergoterapeutspecialist i eldres helse og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Tone Øderud er seniorforsker ved SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling helse.

Bjørg Th. Landmark er utdannet sykepleier med flere videreutdanninger. Hun er ansatt som rådgiver knyttet FoU aktivitet i Drammen kommune og førstelektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Det er rundt 70 000 personer med demens i Norge i dag, og antallet dobles fram mot 2040. Flere personer med demens kommer til å bo i eget hjem med støtte av pårørende og kommunale hjemmetjenester. Redningssentralene melder om flere leteaksjoner etter eldre med demens som har gått seg bort. Dette er en stor belastning for alle parter. GPS kan benyttes til å lokalisere personer som har gått seg bort. Flere kommuner har erfaringer med GPS-bruk, og denne studien beskriver noen av disse.

Mål: Dersom GPS blir en kommunal tjeneste, og et av tiltakene i demensomsorgen - hvordan skal vi ivareta rådgiving og implementering på best måte? Hva er kunnskapsbehovet hos helsepersonell i kommunen?

Metode: Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju er benyttet for innsamling av data. Det deltok 15 informanter fra forebyggende tjenester og sykehjem i elleve kommuner våren 2014.

Resultater: Informantene mottok sjelden eller aldri spørsmål om GPS fra pårørende. De inviterte heller ikke til å snakke om temaet, da de mente at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap. Informantene var enige om at GPS bør være et tiltak på lik linje med trygghetsalarm, men dersom GPS skal bli en kommunal tjeneste, må retningslinjer og samarbeid etableres på tvers av etater.

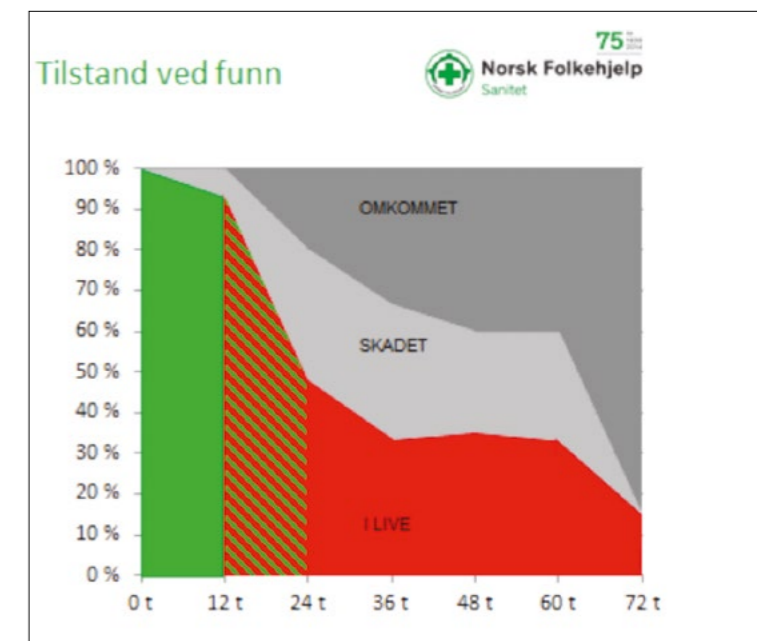
Introduksjon

I Melding til Stortinget 29 heter det at velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester kan gi muligheter for å bo lenger og tryggere i eget hjem (2). Om innføring av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester sies det «at kun 20 prosent av utfordringene ved bruk av velferdsteknologi er knyttet til teknologien, de resterende 80 prosent omhandler mennesker og organisering av tjenesten» (3). Etter lov om helsetjenester i kommunene (4) er kommunene pålagt å etablere tjenester for å gi nødvendig helsehjelp til innbyggerne. Mange kommuner har organisert tjenester som vektlegger tidlig intervensjon og forebygging som innsatsteam, forebyggende team, demensteam eller rådgiver på innovasjon eller velferdsteknologi.

Kunnskaper og erfaringer med GPS til personer med demens i Trygge spor-prosjektet (1) og andre småskalautprøvinger viser positive tendenser. Prosjektdeltakere har uttalt at selv om teknologien ikke er «helt perfekt», så vil de ikke være den foruten. Pårørende følte seg tryggere dersom et familiedlem med demens kunne ha med seg en GPS på sin daglige gåtur. Da kunne de lokalisere personen dersom vedkommende ikke var hjemme til avtalt tid (1). Trygge spor-prosjektet viste at implementering av GPS krever gjennomtenkte beslutninger om skreddersøm av løsningen til bruker og situasjonen til dennes pårørende. Det er også behov for å sikre prosedyrer for oppfølging med lading, batteribytte, avtale om hvem som skal lokalisere, når dette eventuelt skal skje, og hvem som skal rykke ut for å hente personen. Dette handler om å etablere et «sikkerhetsnett» der rutiner og minst én støtteperson er på plass.

HVOR STORT ER PROBLEMET?

Tall fra Oslo Politidistrikt viser at det mottok om lag 150 meldinger om savnede personer med demens i 2012. Hvis vi legger beregninger fra USA til grunn, som viser at omkring halvparten av de som blir savnet, er institusjonsbeboere (5), kan det estimeres til 1,5 forsvinninger per institusjon i Oslo-området årlig. Dersom tallene legges til grunn for landets 800 sykehjem, kan det bety opp mot 1000 hendelser eller forsvinninger i Norge hvert år. Ikke alle forsvinninger fører til store leteaksjoner. De fleste blir funnet av politiet eller andre (publikum, drosjer, etc.) relativt raskt, det vil si i løpet av noen få timer. Det er viktig å finne folk fort, da tiden er en kritisk faktor, og nedkjøling er den hyppigste dødsårsaken (6-8). Ofte vil organiserte leteaksjoner iverksettes først etter



Figur 1. Tilstand ved funn. Jo raskere en finner personer som har gått seg bort, desto større sjanse for å finne dem i live.

noe tid, og jo lenger en person er borte, desto større risiko er det for ikke å bli funnet i live (Figur 1). En gjennomgang av data fra 2009 - 2011 fra Hovedredningssentralen i Sør-Norge indikerte at det er flest leteaksjoner i sommerhalvåret (5, 9). Dette samsvarer med data fra USA (5).

Det er grunn til å tro at personer med GPS-enhet blir funnet fortere, dersom teknologien fungerer og det er mobildekning der personen befinner seg.

HVA ER GPS, OG HVORDAN BRUKE GPS?

Erfaringer fra blant annet Trygge spor-prosjektet (3) viser at kunnskap om GPS er nødvendig for at hjelpemidlet skal fungere i praksis og ikke gi falsk trygghet. Endring i Pasient- og brukerrettighetsloven åpner for å anvende GPS til personer med demens som ikke har samtykkekompetanse, forutsatt at de ikke motsetter seg. Dersom personen ikke vil ta med seg GPS-en, må det treffes vedtak om nødvendig helsehjelp etter kapittel 4 i Lov om pasient- og brukerrettigheter (10). Argumenter for lovendringen er at lokaliseringsteknologi anerkjennes som et hjelpemiddel i tjenesten til personer med demens (11). Det betyr at rutiner må etableres dersom GPS skal inkluderes som en ny tjeneste i kommunen. Spørsmålet er hvordan disse oppgavene kan organiseres. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om dagens praksis med GPS. Derfor var det aktuelt å undersøke kommunenes erfaringer og holdninger til å bruke GPS til personer med demens. Spørsmålene

vi ønsket å få svar på, var: Hvilke erfaringer har kommunene med å implementere lokaliseringsteknologi for personer med demens og deres pårørende per 2014? Og hva trenger ansatte av kunnskap for å kunne gi råd og bistand ved valg, implementering og daglig bruk av GPS?

Metode

Studien har et kvalitativt design, og fokusgruppeintervju er anvendt som metode for å innhente data. Hensikten var å få en forståelse av de ansattes kunnskapsnivå og holdninger til GPS til hjemmeboende personer med demens. Videre var vi opptatt av hva de trenger for å være ressurspersoner for GPS-tildeling og oppfølging. Dersom noen hadde praktiske erfaringer, ville dette være positivt og nyttig for gruppedeltakernes erfaringsutveksling (12). Det var ingen forutsetning at deltakerne skulle ha egne erfaringer med bruk av GPS.

UTVALG

Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført i perioden 30. april til 19. mai 2014. Rammen for intervjuene var to timer. Til sammen deltok 15 informanter fra ulike nivåer i kommunale helse- og omsorgstjenester fra fire fylker og elleve kommuner på Sørøstlandet. Alle intervjuene ble moderert av Bjørg Th. Landmark og Torhild Holthe. Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og samtykket er datert 26. mars 2014.

ANALYSE

Lyddopptak ble gjort av alle intervjuene, og de ble deretter transkribert. Vi gjorde en kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Malterud (12). Hver forsker leste intervjuene flere ganger og identifiserte meningsbærende enheter hver for seg. Deretter møttes forskerne og sammenlignet meningsbærende enheter og tolkninger av disse, samt drøftet likheter og forskjeller (12). De meningsbærende enhetene vi ble enige om, ble skrevet ned, og deretter ble enhetene kategorisert. Denne prosessen ble gjentatt inntil det var enighet om kategoriseringen. I tillegg reflekterte vi over funnene for å få en dybdeforståelse av temaene. Analysen viste at funnene kunne oppsummeres i tre temaer: Dagens praksis med GPS, Behov for kunnskap og kompetanse, Utfordringer i dag og behov for innovasjon.

Resultater

Funnene presenteres ved å beskrive informantenes

HVA ER GPS?

- › Lokaliseringsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Lokalisering eller bestemmelse av grafisk posisjon kan gjøres ved bruk av for eksempel Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). GPS er satellittbasert posisjoneringsteknologi som benyttes utendørs. Kommunikasjon mellom GPS-enheten og støttesystemet foregår som regel via mobilnettet, og det er derfor en forutsetning at GPS-enheten befinner seg innenfor et område med mobildekning og sterke nok GPS-signaler. I denne artikkelen brukes GPS eller lokaliseringsteknologi som synonyme begreper.
- › I dag finnes GPS-løsninger som kan bæres på kroppen, legges i jakkelommen eller i vesken eller festes på en rullator, rullestol eller liknende (1). Fra et brukerperspektiv består et GPS-system i hovedsak av to deler: GPS-enheten som bruker bærer med seg, og et GPS-støttesystem som muliggjør lokalisering av bæreren av GPS-enheten ved SMS, innlogging på nettsted eller ulike brukerapplikasjoner på nettbrett eller smarttelefon (1).

erfaringer knyttet til dagens praksis med bruk av GPS, behov for kunnskap og kompetanse, og hva som skal til for implementere GPS i tjenesten. Innenfor disse tre områdene presenteres undertemaer.

DAGENS PRAKSIS MED GPS

Å «gå seg vill» - en påkjennning for alle

Informantene hadde stor forståelse for at dette med å gå seg vill og ikke finne veien hjem var en stor belastning, både for den det gjaldt, og for familien. Uttrykk som «Grøss og gru – stakkars menneske!», «Stakkars familie», «Tenk om han hadde hatt en GPS – da hadde dette kanskje ikke skjedd!» og «Hvem er det - er det en av mine?» ble løftet fram i gruppene.

I første rekke tenkte deltakerne på pårørende og familien, og hvor ille det måtte være for dem at et familiemedlem ble borte. De var innforstått med at når et familiemedlem utvikler demens, vil det bety økt ansvar for pårørende, og at man lett kan kjenne seg (med)skyldig dersom et familiemedlem forsvinner. Deltakerne uttrykte også stor medfølelse for brukeren, som sikkert måtte ha det vondt når han

	Yrkestittel/profesjon	Alder	Jobber i Demensteam (ja = x)	Antall år i yrkespraksis	Praktisk erfaring m/ GPS
1	Ergoterapeut	32	X	6,5	Nei
2	Ergoterapeut	32	X	8	Nei
3	-	46	X	5,5	Nei
4	Sykepleier	65	-	30	Nei
5	Vernepleier	32	X	16	Nei
6	Ergoterapeut	40	X	18	Nei
7	-	52	X	25	Nei
8	Sykepleier	53	-	10	Ja
9	Sykepleier	51	-	19	Ja
10	Vernepleier	-	-	7	Ja
11	Sykepleier	61	(x)	38	Ja
12	Sykepleier	44	-	18	Nei
13	Sykepleier	51	-	28	-
14	Sykepleier	51	-	26	-
15	Sykepleier	47	X	10	Nei

Tabell 2. Deltakere i fokusgruppeintervjuene (- betyr ikke oppgitt)

eller hun ikke mestret situasjonen og ikke fant veien hjem igjen.

Alle hadde hørt om GPS, og alle hadde positive tanker om slik teknologi og mente den kunne være nyttig. Samtidig var de usikre på hvordan GPS virket, og hvilken rolle de selv skulle eller burde ha i forhold til å gi råd og anbefalinger til brukere og pårørende og eventuelt anskaffe slikt utstyr.

Usikkerhet om GPS

Det viste seg at bare fire av de 15 informantene hadde konkrete erfaringer med å bruke GPS (2014). Alle hevdet at de sjelden fikk spørsmål om GPS fra pårørende. Enkelte antydte ett til to spørsmål per år. Informantene som hadde erfaringer med å anskaffe og implementere GPS, var i hovedsak knyttet til GPS-prosjekter.

Informantene var ikke sikre på hvem som burde ha ansvaret for GPS i sin kommune, og de var usikre på egen rolle. De savnet et system for å håndtere GPS i kommunale helse- og omsorgstjenester, noe

de mente var en forutsetning for å sikre forsvarlig bruk. Alle ønsket seg en «oppskrift» på hvordan de skulle gå fram dersom de fikk spørsmål om GPS, og både kurs og nettsider ble nevnt som mulige opplæringsmetoder.

Flere av gruppedeltakerne savnet at man snakket om GPS på arbeidsplassen og at de drøftet rutiner for bruk av slik teknologi på sykehjemmet eller i hjemmetjenesten.

BEHOV FOR KUNNSKAP OG KOMPETANSE

Hovedfunnet i fokusintervjuene var behovet for kunnskap på flere plan: Fokusgruppedeltakerne mente at de hadde behov for mer kunnskap om GPS, både om selve produktet og hvordan GPS-teknologi fungerer. Økt kunnskap om ulike produkter kunne gjøre dem bedre i stand til å velge en løsning som passet brukeren. Videre mente informantene at det var behov for faktakunnskap om demens. Dette gjaldt både sykdomsutvikling og symptomer, og spesielt den aktuelle personens historie og situasjon,

rammebetingelser og de involvertes preferanser. Kjennskap til, og erfaringer med, bruk av ulike skjemaer og rutiner for behovskartlegging, tilpasning av løsninger og dokumentasjon ble også trukket fram. Videre så informantene stor verdi i å lære av andres praktiske erfaringer med GPS.

Informantene etterspør kunnskap for å kunne tilby GPS som en forsvarlig kommunal tjeneste. De mener at kommunen må sette fokus på opplæring om vurdering og implementering av GPS til brukere med demens og sette av tid til dette.

Kunnskap gir frihet

Informantene trakk fram behovet for vurderingskompetanse, og understreket viktigheten av dette før tildeling av GPS. Vurdering av personens funksjonsnivå er viktig for å identifisere rett hjelpemiddel og hvordan dette skal skreddersys til den enkeltes ressurser og situasjon. I denne prosessen er det en forutsetning å kjenne produktet. Det koster tid og ressurser. «Jo bedre trent man er, jo enklere går prosessen», ble det hevdet. «Dersom en formidler GPS annethvert år, vil det ta lenger tid og oppleves mer omstendelig, kanskje?» Frekvens på slike oppdrag vil trolig variere i felten, og man må regne med litt ekstra tid hvis det er lenge siden forrige gang man formidlet GPS.

Roller og ansvar

Fokusgruppeintervjuene avdekket generell usikkerhet om hvem som egentlig skal ha ansvaret for å formidle informasjon, anskaffe, implementere og følge opp bruken av GPS. Det kom fram at mange var avventende til hva Helsedirektoratet og KS ville bestemme seg for av standarder for trygghetsalarm, da de mente at denne avgjørelsen ville kunne innvirke på valg av GPS også.

Usikkerhet om ansvar, roller og funksjon handlet også om en har forstått lovverket korrekt, og om hvilke prosedyrer og rutiner kommunen burde ha. De savnet en felles forståelse hos alle medarbeiderne. Det viste seg å være stor forskjell på kommuner som ikke hadde erfaringer med GPS, og kommuner som hadde prøvd ut GPS på brukere. I prosjektkommunene fikk ofte den som hadde vært knyttet til GPS-prosjektet en helt spesiell rolle, og ble ansett som ressursperson, som kunne bistå med råd og hjelp. I kommuner som ikke hadde slike ressurspersoner, var informantene mer nølende til hvordan de burde gå fram. En fortalte at en bruker de vurderte GPS for, ble såpass raskt verre at de «slapp trøbbe-

let med å anskaffe GPS-en». Dette ble betegnet som en lettelse, siden prosessen rundt anskaffelse og implementering ble oppfattet som usikker, omfattende og vanskelig.

Holdninger og etisk refleksjon

I fokusgruppene ble det drøftet hvorvidt GPS var overvåkning eller hjelpemiddel. De fleste syntes å anerkjenne GPS som et hjelpemiddel. Enkelte så potensialet i GPS til å overvåke en person, dersom det blir brukt på en slik måte. Deltakerne var opptatt av å gjøre en god jobb, og å finne fram til den løsningen som var best for brukeren. Hovedhensikten med GPS ville være å støtte opp om mestring og aktivitet hos en bruker og legge til rette for at dette kan bli en realitet.

Behov for kunnskap om hvordan de kunne vurdere etiske spørsmål og identifisere hva slags verdier som står på spill, ble trukket fram. Mange var vant til og ønsket å drøfte etiske dilemmaer på jobben og så dette som både spennende og en måte å utvikle egen vurderingskompetanse på. De savnet etiske refleksjoner knyttet til hvordan GPS kan brukes for personer med demens. Informantene var enige om at personalgruppen måtte ha felles forståelse av GPS og praktisk bruk av denne. Ellers kunne det lett føre til problemer, slik en situasjon eksemplifiserer: En avdelingssykepleier skaffet en beboer GPS. Andre i personalgruppen stilte seg tvilende til om dette var et riktig tiltak, siden sykehjemmet lå nær en motorvei. Fordi ikke alle i personalgruppen ble informert om vurderingene som lå til grunn for tiltaket, fikk de heller ingen felles forståelse. Dette ble en trussel mot samarbeid og enhetlig tilnærming til den aktuelle beboeren.

HVA SKAL TIL FOR AT GPS BLIR EN DEL AV TJENESTEN?

Informantene poengterte at det er viktig å komme tidlig inn med GPS mens brukeren ennå forstår hva GPS handler om, og kan akseptere at han eller hun har behov for den. En tidlig intervensjon vil kunne støtte opp om gode vaner og rutiner og avlaste pårørende. Samtidig kan tidlig introduksjon av GPS bety at brukeren blir forespeilet en mulig dyster framtid der denne en dag ikke vil være i stand til å finne veien hjem. Mange kvier seg for å introdusere GPS på grunn av dette.

Informantene anså fastlegen som en nøkkelperson. Fastlegen bør vite om at GPS kan støtte mestring hos brukeren og avhjelpe stress og frykt

hos pårørende. Informantene mente at det ville bli enklere for dem å introdusere GPS dersom de kunne følge opp legens råd.

Usikkerheten i dag gjaldt hvem som egentlig har ansvaret for å inkludere og drifte GPS som et tiltak i kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne usikkerheten synes å kunne ut i en viss vegring i tjenesten i dag.

Informantene så det som viktig å avklare etablering av praktiske rutiner omkring GPS. Det kan gjelde hvem som skal ha ansvar for å lade GPS-en og sikre at brukeren får med seg enheten når han eller hun går ut av huset. Det må gjøres avtaler om hvem som skal definere akseptabel utetid, for å følge med på om personen kommer hjem til avtalt tid, og hvem som eventuelt skal ha tilgang til å lokalisere vedkommende. Vurdering av hva som var akseptabel utetid skulle baseres på kjennskap til personens vaner og rutiner, kapasitet og funksjon, samt etter hvilken årstid og når på døgnet det er. Dette ble foreslått å skje i tett samarbeid med pårørende.

Det ble ansett som viktig at fagfolk samtalte med pårørende om problemer og behov, før GPS anskaffes. Deltakerne ønsket seg sjekklister og veiledere for å kunne gjennomføre dette arbeidet på en god måte. Noen ønsket at de hadde en ressursperson i kommunen som de kunne ringe eller henvise til, og som tok ansvaret for alt omkring GPS.

GPS - en kommunal tjeneste?

Informantene var enige om at GPS er et tiltak som vil være aktuelt i fremtiden, og at GPS burde bli en kommunal tjeneste. De sammenlignet GPS med trygghetsalarm og anså det som fornuftig og rasjonelt at kommunen kjøpte inn enheter som kunne lånes ut til brukere ved behov. Prosedyrer som skulle følges, burde ligge klare, slik de gjør ved utlån av trygghetsalarmer. Da ville rutiner og prosedyrer for implementering være spikret, og alle ville vite hva de skulle gjøre.

Informantene fra større kommuner så for seg at de trengte en dedikert person som de kunne henvise bruker og pårørende til, og som kunne sørge for alt fra implementering til oppfølging og brukerstøtte. I mindre kommuner, derimot, ville de ikke ha ressurser til å «øremerke» en person til disse oppgavene. Informantene mente at det måtte etableres et alarmmottak i kommunene, eventuelt interkommunalt. De antydte at organiseringen kunne være ulik i en stor og en liten kommune.

Diskusjon

Informantene var enige om at GPS er et godt hjelpemiddel for alle som trenger det. Flere hadde erfaringer med brukere som hadde gått seg bort, og viste medfølelse for bruker og familiens fortvilelse. Informantene uttrykte ønske om å finne løsninger hvor personer med demens kan få friheten tilbake. Ved å legge til rette for at personen kan fortsette å gå sine daglige turer, kan han leve et fritt og aktivt liv og oppleve selvstendighet og mestring. Likevel kan det oppstå dilemmaer om hva som er best for brukeren. En oppfatning er at «demente må passes på» og GPS-tagging kan være en rasjonell måte å gjøre dette på (13). Informantene mente at GPS bidro til å trygge pårørende. Hvis deres nærmeste ikke var tilbake til avtalt tid, kunne de lokalisere vedkommende. Dette understøttes av Pot m.fl. (2012), som mente at GPS i første rekke burde være et gode for personen med demens (14). Funn fra Trygge spor understøtter også at GPS kan være nyttig for personer med demens, og i tillegg opplever pårørende trygghet og avlastning (1). Å ha oppmerksomhet mot pårørende er viktig. Landau m.fl. (2010) hevder at pårørende bør ha en sentral rolle i beslutningsprosessen, fordi de kjenner brukeren best og vet hvor skoen trykker (15). I den nye pasientrettighetsloven er pårørende pålagt å være med i vurderings- og beslutningsprosessen når tiltak skal vurderes til personer med demens uten samtykkekompetanse. Pårørende eller verge, eventuelt personalet ved institusjonen, skal gjøre denne vurderingen (10). Å samarbeide med pårørende eller verge kan bety nye arbeidsoppgaver for ansatte, men er nødvendig for å ivareta brukerens behov og integritet. Pårørendes kapasitet og innsats må vurderes. Kan pårørende være støttepersoner i den daglige bruken av GPS, og hva trenger de for å kunne det? Pårørende får ofte en sentral rolle som støttepersoner i livet til personer med demens, og opplevelsen av kontroll i situasjonen, såkalt «locus of control», kan være avgjørende for mestringsgrad (16) og motivasjon. For at GPS skal være trygt for alle må det etableres klare ansvarsforhold rundt drift og rutiner for lokalisering.

Informantene oppfattet GPS som et hjelpemiddel og ikke som overvåkning. Holdninger til GPS har utviklet seg generelt i samfunnet de siste to - tre årene. Lovendringen fra 2013 medfører større grad av individualitet, vektlegger fleksibilitet og tar hensyn til den enkelte bruker (10, 17). Problemet er altså ikke hvorvidt GPS skal brukes, men snarere hvordan. Hva må være på plass for at GPS skal fungere som

et faglig forsvarlig hjelpemiddel? En viktig forutsetning er kompetanse i å kartlegge brukerbehov, vaner, rutiner og hva som er personens preferanser for hverdagslivet. Dunk m.fl. (2010) hevder at individuell kartlegging og rådgivning er nødvendig for å finne fram til den beste løsningen. Det må settes av tilstrekkelig tid slik at den som formidler GPS-en får et godt bilde av personens rutiner, samt hvilke hendelser som har skjedd, og med hvilken grad av risiko (18). Dette understøttes av Faucounau m.fl. (2009), som fremhever personsentrert tilnærming og hensyn til brukerens ønsker når teknologien skal skreddersys (19). Plastow (2006) hevder at terapeuter som skal vurdere brukerbehov for GPS i den hensikt å oppnå sikkerhet, må ivareta personvern og integritet hos den enkelte (20). Behovskartlegging har vært en sentral del av Trygge spor-prosjektet (1). Det er utarbeidet et kartleggingsverktøy som er tilgjengelig på nettet (21). «Det midtnorske teknologiprojektet» fant at kartlegging av brukerbehov var én ting, men å identifisere tiltak kunne være vanskelig (22). Prosjektet utviklet derfor et verktøy for kartlegging og som hjelp til å identifisere og planlegge tiltak (23).

Kunnskap om GPS-teknologi er en forutsetning for at personer med demens og pårørende kan nyttiggjøre seg tiltaket. GPS-teknologi leveres med ulikt utseende og funksjonalitet, og formidleren må vurdere hvilke produkt som best møter de individuelle behovene (24). Hvorvidt den skal ha nød-knapp, batteriets levetid, om det skal konfigureres et elektronisk gjerde, hvem som skal motta alarm og så videre, må vurderes. For at helsepersonell skal få tilstrekkelig kunnskap om hvordan teknologien fungerer, bør de prøve utstyret selv. I tillegg er det nødvendig å teste enheten i det området der personen pleier å gå, for å sjekke at det er dekning på mobilnettet. Uten slik kunnskap blir det vanskelig for helsepersonell å motivere tjenestemottakere og pårørende til å bruke GPS. Helsepersonell må derfor tilegne seg kunnskap om lokaliseringshjelpemidler og hvordan disse kan tilpasses den enkelte bruker og pårørende.

Det hersker i dag usikkerhet omkring hvem som har ansvar for hva, dersom GPS skal tildeles som en kommunal tjeneste. Funnene viser at kommuner som har deltatt i prøveprosjekter har fått unik kjennskap til produkt og løsning. Praktiske brukertprøvinger har vist hvor det er svakheter i systemet, og man kan påpeke og utbedre disse. Imens vegrer andre kommuner seg for å ta i bruk ny teknologi og venter på en håndbok eller oppskrift på hvordan de skal

håndtere GPS. Å tildele GPS til en bruker er ingen lettvinnet løsning. Det kreves systematisk kunnskap-sinnhenting. Erfaringene tilsier at kommunene har liten tradisjon for det. Hvis kommunen skal få til innovative løsninger, må problemstillinger identifiseres og vurderes. Løsninger må utprøves og evalueres før man skalere opp.

I fokusintervjuene kom det fram at helsepersonell gjerne kunne vurdere brukerbehov og gi innspill til hvordan teknologien burde tilpasses den enkeltes ressurser og situasjon. Imidlertid vegret de seg for å være den som installerte teknologien i hjemmene. De ønsket ikke å være den instansen som mottok alarmer, eller som måtte gi teknisk support. De ønsket å henvise til en ressursperson med slik kompetanse. Hvorfor er det slik? Kan det handle om ansvarsfraskrivelse, eller tilskrives manglende kompetanse? IKT-kompetansen synes å være for lav hos helsepersonell i dag. Dette er problematisk fordi inkompetanse og negative holdninger til velferdsteknologi fort fører til at teknologi faller i miskreditt. Innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til kompetanse hos de ansatte slik at helsetjenesten er både likeverdig og faglig forsvarlig for mottakerne (1, 3).

GPS er en ny tjeneste i demensomsorgen. Hvis den og andre typer velferdsteknologi skal bidra til forsvarlig og trygg helsehjelp, må produktet og tjenesten fungere (1, 3). Nye tverrfaglige samarbeidsarenaer må etableres. IKT-kompetanse og kunnskap om produktet er viktige forutsetninger for å lykkes. Personens pårørende og fastlegen er naturlige samarbeidspartnere.

Informantene var usikre på hvem som hadde ansvar for å tildele og følge opp en person som hadde fått GPS. Å bli tildelt en GPS betyr ikke at man er 100 prosent trygg. Det vil alltid være risikoer, som at personen går ut uten å ta med GPS-enheten, at den ikke er ladet, eller at personen beveger seg et sted uten mobildekning. Det kan også være at tjenesten omkring tiltaket ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret - at retningslinjer for lokalisering og henting mangler. Da vil ikke GPS gi den tryggheten man ønsker. I NOU 11 reises spørsmålet om hvorfor teknologien ikke tas i bruk når den finnes (25). Må det en holdnings- og kulturendring til i helsetjenesten? Dokumentasjon så langt tyder på at GPS bør bli et kommunalt tilbud til personer med demens, men det er mange uavklarte spørsmål knyttet til tjenesteutviklingen (1). Det er viktig at ledelsen i kommunen, politikere og beslutningstakere engasjerer seg. Kanskje kan det pågåen-

de «velferdsteknologiprogrammet» (26) gi oss svar på hva som skal til for at teknologi kan bli en integrert del av kommunal helse- og omsorgstjeneste?

Konklusjon

Prosjekterfaringer viser at nøye brukerkartlegging med behovsanalyse er nødvendig før valg av produkt og konfigurering av løsningen. Det må foreligge prosedyrer for lokalisering og henting av personer som ikke finner tilbake til utgangsstedet. Behovet for opplæring av pårørende og ansatte er en forutsetning for å lykkes med teknologien. Ansatte må ha høy faglig og etisk bevissthet og anvende kunnskapen i vurderingen av GPS-bruken.

Takk

Takk til deltakerne i fokusgruppeintervjuene som har bidratt med sine erfaringer og meninger. Takk til E. Aarsæther for figur 1 og innspill til tekst. Det er ingen uenigheter mellom forfatterne. Torhild Holthe har ledet studien og vært førsteforfatter. Bjørg Th. Landmark har vært moderator på fokusgruppene sammen med Torhild Holthe, og har deltatt i analysearbeidet og produsert tekst. Tone Øderud har deltatt i analysearbeidet og i utforming av tekst. Forfatterne har likeverdige rettigheter til artikkelen, da de samarbeider i Trygge spor-prosjektet. Korresponderende forfatter: Torhild Holthe, torhild.holthe@aldringoghelse.no.

Referanser

- Ausen D, Svagård I, Øderud T, Holbø K, Bøthun S. Trygge spor - GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor: SINTEF2013.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 29 (2012-2013), Morgendagens omsorg. 2013.
- Helsedirektoratet. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013 - 2030. 2012.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011).
- Koester R. The Lost Alzheimer's and Related Disorders Search Subject: New Research & Perspectives. National Association of Search and Rescue, Chantilly, Virginia, 1998. p. 165-81.
- Rowe M, Bennett V. A looking at deaths occurring in persons with dementia lost in the community. Am J Alzheimer Dis Other Demen. 2003;18(343).
- Koester R, Stooksbury D. Behavioral profile of possible Alzheimer's disease patients in Virginia search and rescue incidents. Wilderness and Environmental Medicine. 1995;6:34-43.

- Koester R. Lost Person Behavior - A Search and Rescue Guide on Where to Look - for Land, Air and Water. dbS Productions, 2008.
- Aarsæther E. Redningstjeneste og personer med demens: Norsk Folkehjelp, 2014.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63, sist endret LOV-2013-06-21-79 fra 01.01.2014 (1999).
- Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 90 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi). 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-90-l-20122013/3.html?id=719109>.
- Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
- Astell A. Technology and personhood in dementia care. Quality in Ageing - Policy, practice and research. 2006;7(1).
- Pot A, Willemse B, Horjus S. A pilot study on the use of tracking technology: Feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. Aging & Mental Health. 2012;16(1):127-34.
- Landau R, Auslander G, Werner S, Shoval N, Heinik J. Who should make the decision on the use of GPS for people with dementia? Aging & Mental Health. 2010;1(7).
- Bruvik F. Persons with dementia and their family carers. Quality of life, burden of care, depression and the effect of psychosocial support: University of Oslo; 2014.
- Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi), (2012-2013).
- Dunk B, Longman B, Newton L. GPS technologies in managing the risks associated with safer walking in people with dementia - a practical perspective. J of Assistive Technologies. 2010;4(3).
- Faucounau V, Riguet M, Orvoen G, Lacombe A, Rialle V, Extra J, et al. Electronic Tracking system and wandering in Alzheimer's disease: a case study. Annals of Physical & Rehabilitation Medicine. 2009;52:579-87.
- Plastow N. Is Big Brother watching you? Responding to tagging and tracking in dementia care. British Journal of Occupational Therapy, 2006;69:525-7.
- Øderud T. Kartlegging av brukerbehov - velferdsteknologi. www.sintef.no/kartlegging2014.
- KS. Det Midtnorske velferdsteknologiprojektet2014. Velferdsteknologinettverket DM. Kartleggingsverktøy. <https://ogbedreskalvibli.files.wordpress.com/2014/07/kartleggingsverktc3b8y-med-veileder.pdf>. 2014
- Williams G, King P, Doughty K. Practical issues in the selection and use of GPS tracking and location technologies to support vulnerable people at risk of becoming lost or threatened. J of Assistive Technologies. 2011;5(3):146-51.
- NOU 11. Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
- Helsedirektoratet. Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. 2014. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/velferdsteknologi/nasjonalt-velferdsteknologiprogram-nvp/Sider/default.aspx>.