

Rapport

Implementering av lokaliseringstjeneste i Trondheim kommunes helse- og omsorgstilbud til personer med kognitiv svikt

En kvalitativ undersøkelse

Forfatter(e)

Babak Farshchian

Yngve Dahl



Rapport

Implementering av lokaliseringstjeneste i Trondheim kommunes helse- og omsorgstilbud til personer med kognitiv svikt

EMNEORD:
EmneordVERSJON
1.0DATO
2016-09-30FORFATTER(E)
Babak Farshchian
Yngve DahlOPPDRAGSGIVER(E)
Trondheim kommuneOPPDRAGSGIVERS REF.
Klara BorgenPROSJEKTNR
102011234ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
39+ vedlegg

SAMMENDRAG

Overskrift sammendrag

Trondheim kommune har i forbindelse med sin satsning på velferdsteknologi jobbet aktivt med å implementere en lokaliseringstjeneste for personer med kognitiv svikt. Denne rapporten er resultatet fra en kvalitativ undersøkelse utført blant de involverte i utviklingen og driften av tjenesten. Vi har intervjuet i alt 16 personer blant ledere, ansatte, rådgivere og brukere i perioden juni 2015 til september 2016. Vi har også hatt tilgang til dokumentasjon og utredninger gjort av Trondheim kommune i forhold til antatte gevinster og kostnader knyttet til tjenesten. Studien er gjort basert på casestudie-metoden. Rapporten dokumenterer episoder og synspunkter blant våre informanter. Vi har beskrevet implementeringsprosessen så detaljert som mulig slik at Trondheim kommune og andre kommuner kan bruke rapporten som underlag for gevinstrealiseringsplaner og investeringer i tjeneste og teknologi. Rapporten kan være nyttig for alle som jobber med velferdsteknologitjenester i kommuner, men også leverandører av varslings- og lokaliseringsteknologi.

UTARBEIDET AV
Babak Farshchian

SIGNATUR

KONTROLLERT AV
Marius Mikalsen

SIGNATUR

GODKJENT AV
Eldfrid Øvstedal

SIGNATUR

RAPPORTNR
A27866ISBN
978-82-14-06137-6GRADERING
ÅpenGRADERING DENNE SIDE
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.7	2016-06-27	Presentasjon av hovedfunn delt med Trondheim kommune. Kommentarer mottatt.
0.8	2016-08-16	Første utkast til rapport og oppdatert presentasjon kommentert av Trondheim kommune.
0.9	2016-08-24	Rapport oppdatert basert på kommentarer fra Trondheim kommune
0.9.2	2016-09-06	Rapport oppdatert basert på kommentarer fra Trondheim kommune
1.0	2016-09-30	Siste versjon

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1 Introduksjon	6
2 Hva er en lokaliseringstjeneste?	7
3 Beskrivelse av case	10
4 Metode brukt i rapporten	11
5 Funn fra intervjuer og observasjoner	13
5.1 Gevinsthypoteser	13
5.2 Funn fra faser i tjenesteforløpet	15
5.2.1 Henvendelser	15
5.2.2 Kartlegging	16
5.2.2.1 Hvem får LT?	17
5.2.2.2 Samtykke og "kapt-4A-vedtak"	18
5.2.3 Individuell tilpasning	20
5.2.4 Opplæring	21
5.2.5 Individuell tilpasning	22
5.2.6 Daglig bruk	23
5.3 Verktøy for bruker og pårørende	24
5.3.1 GPS-enheten	25
5.3.1.1 Telefonifunksjonen	25
5.3.1.2 "Av/på"-knappen	26
5.3.1.3 Alarmknappen	26
5.3.1.4 Lading og testing	26
5.3.2 App med alarmfunksjon for pårørende	28
5.3.3 Kommunikasjon med kommunen	28
5.4 Verktøy for helsepersonell	29
5.4.1 Geric, Kvaliteket og skjemaer	29
5.4.2 Brukerkortet (papirversjon og digital versjon)	30
5.4.3 Safecall (portal og mobil)	31
5.4.4 CIM	32
5.4.5 eLink, eposter og Outlook	32
5.4.6 Transmed	32
5.5 Samhandling	33
5.5.1 Bruker og pårørende	33

5.5.2	Hjemmetjenesten	34
5.5.3	Helse- og velferdssenter	34
6	Oppsummering av hovedfunnene	35
6.1	For brukere og pårørende	35
6.2	For kommunen og ansatte	36
7	Konklusjon	37
7.1	Er konklusjonene generaliserbare?	37
7.2	Behov for mer kunnskap	37
8	Referanser	38

BILAG/VEDLEGG

Sammenheng

Norske kommuner har sett på GPS og lokaliseringsteknologi som del av en fremtidig tjeneste for personer med kognitiv svikt. Gjennom prosjekter som Trygge Spor (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø, & Bøthun, 2013) og andre piloter er det generert mye kunnskap om bruk av lokaliseringsteknologi. Denne kunnskapen førte i 2015 til at Helsedirektoratet pekte ut GPS-basert varslings- og lokaliseringsteknologi som en av tre typer teknologier som de anbefaler integrert i kommunenes ordinære helse- og omsorgstilbud (Nasjonalt velferdsteknologi-program, 2015). I 2016 startet flere kommuner en kommersiell anskaffelse av GPS-teknologi.

Trondheim kommune har hatt en ledende rolle i utformingen av en varslings- og lokaliseringstjeneste basert på GPS-teknologi. Allerede i 2015 var deler av tjenestemodellen som ble utviklet i Trygge Spor-prosjektet på vei til å bli tilpasset og integrert i Trondheim kommunes tjenestetilbud, bl.a. gjennom integrering av rutiner i fagsystemene. Våren 2015 ble forskere fra SINTEF IKT bedt om å undersøke denne innføringsprosessen. I perioden juni 2015 til september 2016 har vår gruppe studert innføringsprosessen gjennom intervjuer og andre datakilder vi har fått tilgang til. Denne rapporten er en oppsummering av våre funn. Det opprinnelige forskningsspørsmålet var: *"Hva må til for at lokalisering av personer med demens eller annen type kognitiv svikt skal bli en tjeneste i Trondheim Kommunes portefølje av velferdsteknologi-tjenester?"*

Denne rapporten beskriver i detalj innføringsprosessen for lokaliseringstjenesten (heretter kalt LT) i et gitt tidspunkt. Vi prøver å belyse hvilke prosesser som var i gang eller fullført, og hvordan situasjonen var for de som var involvert i å levere tjenesten. Vi vil beskrive utfordringene som de ansatte – samt en bruker og pårørende – opplevde i det tidspunktet vi utførte undersøkelsen. Hovedfunn fra studien er summert opp i kapittel 6 av rapporten. Noen av de viktigste funnene er:

- Trondheim kommune har vært aktive og systematiske i integrering av LT-relaterte rutiner og forløp med kommunens eksisterende verktøy.
- Ansatte har generelt en positiv holdning til tjenesten. De fleste mener bruker og pårørende får en reell verdi og bedre livskvalitet, og virker å være fornøyd med å kunne tilby tjenesten.
- Brukere av tjenesten er veldig forskjellige. Dette gjør det utfordrende å si noe om hvilken "type bruker" som vil ha mest gevinst av å få tjenesten. Trondheim kommune har jobbet med å sette i system en grundig kartleggingsprosess, noe som kan bidra til økt kvalitet i tjenesten. For fremtiden burde man også kartlegge hvilke brukere som får mest gevinst.
- Pårørendes rolle i tjenesten kan tydeliggjøres bedre. Tjenesten er først og fremst utviklet for brukeren. Det er samtidig lagt vekt på at tjenesten skal virke avlastende for pårørende. En underliggende antakelse ser ut til å være at bruker og pårørende har sammenfallende interesser. Tydelige kartleggingsrutiner og bevisstgjøring hos ansatte er viktige for å holde fokuset på brukeren.
- Tjenesten er utviklet for å fremstå enkel for brukeren. Allikevel har tjenesten mange tilpasninger rundt lokalisering, kommunikasjon med pårørende, henting osv. som kan være vanskelig for en bruker med kognitiv svikt å forholde seg til. Det kan være utfordrende for de ansatte å vite om brukeren virkelig har forstått hva tjenesten gjør, og hva han/hun samtykker til.
- For at tjenesten skal fungere hensiktsmessig også i stor skala er det viktig at alle involverte aktører har fått god opplæring og er involvert i innføringsprosessen.
- Det er uvisst om tjenesten påvirker en brukers fysiske aktivitetsnivå eller om brukeren blir tryggere eller sikrere i hverdagen. Her trengs det mer langsiktig forskning, spesielt rettet mot brukere.
- Vår studie har samlet flere utsagn fra ansatte som kan tyde på utsettelse av noen tjenester—spesielt tilsyn men også sykehjemsplass. Men for å påvise dette vitenskapelig trenger man randomiserte observasjoner over lenger tid.
- Faktorer som stort antall involverte aktører og teknologier gjør at tjenesten er kompleks. Fra forskningen vet vi at slike tjenester kan være vanskelig å implementere i stor skala.

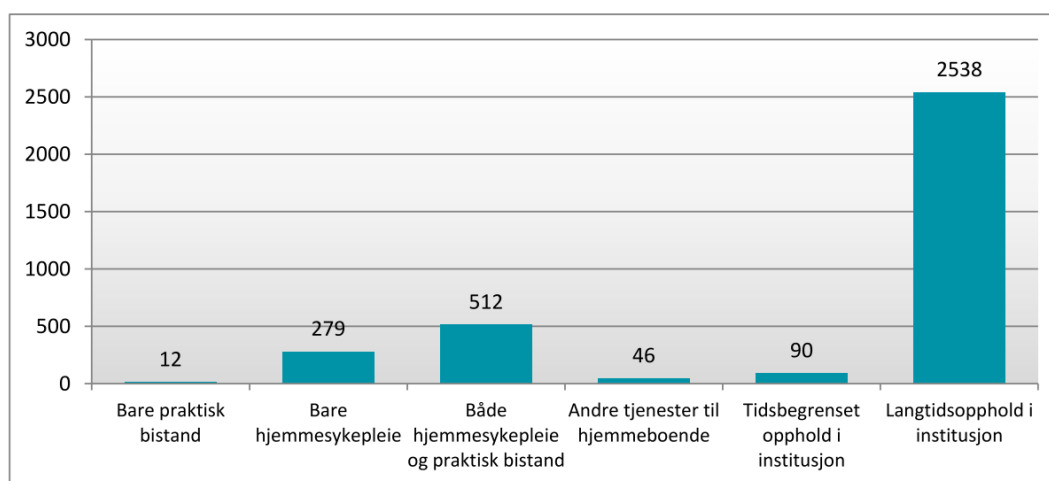
1 Introduksjon

"*Én av tre leteaksjoner er etter personer med demens*" kan vi lese på NRK sine websider i skrivende stund¹. Erlend Aarsæther i Norsk Folkehjelp forteller i samme artikkel at hvert sykehjem i Norge vil en til to ganger årlig be om ekstern hjelp for å finne personer med demens. Den 84 år gamle demente mannen det er snakk om i artikkelen ble funnet omkommet 11. september 2016. Slike hendelser har vært med på å rette søkelyset mot aktuelle tiltak som kan forhindre at personer med demens eller kognitiv svikt ikke finner veien hjem, eller i verste fall dør. Det er kanskje i denne sammenhengen at mange av oss har hørt om GPS-teknologi foreslått som en mulig løsning. For mange blir det naturlig å tenke at når "alle" har en smarttelefon med GPS og Google kart, hvorfor skal vi da ikke klare å finne personer med kognitive utfordringer før det er for sent?

Verdens Helseorganisasjon (WHO) anser demens som et stort og voksende problem (World Health Organization, 2012). Demens er spesielt utbredt blant de aller eldste ("the oldest old") men kan også forekomme i lavere alder. Det er anslått at det finnes nærmere 50 millioner personer med demens på verdensbasis, og at tallet øker med nesten 8 millioner hvert år (World Health Organization, 2016). I Norge er det anslått at det finnes minst 78 000 personer med demens, og at 71 000 av disse er mottakere av helse- og velferdstjenester (Helsedirektoratet, 2015). Forskjellige prognoser viser at antallet personer med demens vil doble i løpet av perioden 2015 til 2040 (Helsedirektoratet, 2015; Hjort & Waaler, 2016).

Demens er en sykdom som gjør en person mer avhengig av hjelp og omsorg. Behov for helse- og velferdstjenester hos personer med demens er atskillig høyere enn andre sykdommer: "*tjenestemottakere med demens har en helt særegen behovsprofil der nesten alle er i gruppen med omfattende behov*" (Helsedirektoratet, 2015, p. 20). Figur 1 viser fordelingen av personer med demens på type tjenester i 10 kommuner i IPLOS-registeret i 2014.

Mannen vi leser om i NRK-artikkelen hører antakelig til en undergruppe av personer med demens som har tendenser til "vandring". Størrelsen på denne gruppen varierer fra 17% til 63% av alle personer med demens, avhengig av hvilken studie man refererer til. Studier viser imidlertid at hjemmeboende personer med demens kan ha større tendenser til vandring (Lai & Arthur, 2003). Det er også store variasjoner på type vandring. Vi skal ikke gå nærmere inn på problematikken rundt vandring, men det er viktig å få med seg at vandring kan være farlig for sikkerheten til personen med demens—noe som NRK-artikkelen er et eksempel på –og at vandring kan oppleves belastende på pårørende og helsepersonell.



Kilde: IPLOS-registeret

Figur 1: Fordeling av personer med kognitiv svikt på kommunale tjenester.

¹ <https://www.nrk.no/buskerud/en-av-tre-leteaksjoner-er-etter-personer-med-demens-1.13128953>

På bakgrunn av denne utfordringen begynte noen norske kommuner å se på GPS og lokaliseringsteknologi som del av en tjeneste for personer med kognitiv svikt. Gjennom prosjekter som Trygge Spor (Ausen et al., 2013) og andre piloter er det generert mye kunnskap om bruk av lokaliseringsteknologi. Denne kunnskapen førte i 2015 til at Helsedirektoratet pekte ut Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS) som en av tre typer teknologier som de anbefaler integrert i kommunenes ordinære helse- og omsorgstilbud. De to andre typer teknologier er elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser (Nasjonalt velferdsteknologi-program, 2015). I 2016 startet flere kommuner en kommersiell anskaffelse av GPS-teknologi.

Trondheim kommune har hatt en ledende rolle i utformingen av en varslings- og lokaliseringstjeneste basert på GPS-teknologi. Allerede i 2015 var deler av tjenestemodellen som ble utviklet i Trygge Sport-prosjektet på vei til å bli tilpasset og integrert i Trondheim kommunes tjenestetilbud, bl.a. gjennom integrering av rutiner i fagsystemene. Tjenesten ble prøvd ut med flere brukere der bl.a. Helsevakta – Trondheim kommunes nye vaktentral – spilte en viktig rolle. Våren 2015 ble forskere fra SINTEF IKT bedt om å undersøke denne innføringsprosessen. I perioden juni 2015 til september 2016 har vår gruppe studert innføringsprosessen gjennom intervjuer og andre datakilder vi har fått tilgang til. Denne rapporten er en oppsummering av våre funn. Det opprinnelige forskningsspørsmålet var: *"Hva må til for at lokalisering av personer med demens eller annen type kognitiv svikt skal bli en tjeneste i Trondheim Kommunes portefølje av velferdsteknologi-tjenester?"*

Denne rapporten beskriver i detalj innføringsprosessen for en sammensatt velferdsteknologitjeneste på et gitt tidspunkt. Vi prøver å belyse hvilke prosesser som var i gang eller fullført, og hvordan situasjonen var for de som var involvert i å levere tjenesten. Vi vil beskrive utfordringene som de ansatte – samt en bruker og pårørende – opplevde i det tidspunktet vi utførte undersøkelsen. Vi prøver også å belyse hva Trondheim kommune anså som gevinster ved innføring av denne tjenesten, og hva de vi har intervjuet mener om gevinstene. Rapporten prøver ikke å evaluere tjenesten i forhold til en gevinstrealisering, men kan brukes som underlag for en gevinstrealiseringsplan. Det er også viktig å huske at lokaliseringstjenesten i Trondheim kommune er under stadig endring. Det er skjedd mye siden vi utførte vår undersøkelse. For eksempel er ny GPS-teknologi under anskaffelse, eksisterende IKT-verktøy er under forbedring, og mye midlertidige papirbaserte verktøy er integrert i digitale fagsystemer. Rapporten kan være av nytte for kommuner som planlegger eller er i gang med innføring av velferdsteknologitjenester, da spesielt varslings- og lokaliseringstjenester.

Rapporten fortsetter med en kort beskrivelse av hva en lokaliseringstjeneste er og oversikt over tidligere funn fra Trygge Spor og annen forskning. Vi beskriver deretter vår forskningsmetode (casestudie), før vi beskriver funnene fra studien. Vi avslutter med en oversikt over hovedfunn.

2 Hva er en lokaliseringstjeneste?

Rapporten fra prosjektet Trygge Spor beskriver lokaliseringsteknologi i detalj. Vi skal ikke gjenta dette, men gi en kort kunnskapsoversikt. Vi anbefaler at lesere som ikke har kjennskap til lokaliseringstjenester leser rapporten fra Trygge Spor (Ausen et al., 2013).

Lokaliseringstjenesten –heretter kalt LT –skal skape trygghet og frihet for bruker og pårørende. LT skal hjelpe brukeren å vedlikeholde nivå på fysisk aktivitet, og skal føre til mindre bruk av tvang. LT skal forbedre livskvaliteten til bruker og pårørende. I praksis gjøres dette ved at brukeren har med seg en GPS-enhet, eller radiotransponder (se Figur 2), når han/hun er ute. GPS-enheten er koblet til en tjenesteinfrastruktur som sikrer at man kan søke, finne og hente personen hvis nødvendig. Dette gjøres ofte, men ikke alltid, via en vaktentral (se Figur 3) i tett samarbeid med pårørende og andre – for eksempel hjemmetjenesten. Brukeren av lokaliseringstjenesten er ikke bare personer med demens. Alle personer med kognitiv svikt kan potensielt være brukere av tjenesten.



Figur 2: En type GPS-enhet som kan festes til nøkkelring.



Figur 3: Arbeidsflaten til en ansatt på Trondheims Helsevakta.

Funn fra tidligere utprøvinger i norske kommuner i regi Trygge Spor er dokumentert i bl.a. (Ausen et al., 2013; Holthe, Øderud, & Landmark, 2015; Øderud et al., 2015; Øderud, Landmark, Eriksen, & Berit, 2013). Hovedfunn fra prosjektrapporten er vist i tabellen under.

Tabell 1: Hovedfunn og konklusjoner fra prosjektet *Trygge Spor* (Ausen et al. 2013).

<i>"Resultatene viser at bruk av lokaliseringsteknologi bidrar til økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet for personer med demens og deres pårørende. Dette gjelder for både hjemmeboende og personer som bor på institusjon eller annen form for bofellesskap."</i>
<i>"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."</i>
Utfordringer <i>"knyttet til mottak og håndtering av alarmer og varsler, og foreslår at en modell med sentralisert alarmmottak og lokal oppfølging utredes videre som en mulig løsning."</i>
<i>"Lokaliseringsteknologi må vurderes opp mot hvilke andre tiltak som kan benyttes for å forhindre at personer går seg bort."</i>
<i>"Sannsynligvis er slik teknologi mindre inngripende enn låsing av dører og medisinerer."</i>
<i>"Etiske vurderinger, kartlegging av individuelle behov, faglig kompetanse og tilrettelegging av teknologi og tjenester er viktige forutsetninger for forsvarlig og vellykket bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi."</i>
<i>"Det er viktig med en klar ansvars plassering og individuelle vurderinger for å følge opp og eventuelt lokalisere bruker."</i>
<i>"Det bør innhentes informasjon fra brukers nærmeste pårørende om hva bruker sannsynligvis ønsker i de tilfeller der bruker ikke er i stand til å uttrykke dette selv."</i>

Det skjer en del internasjonal forskning rundt teknologi-baserte tjenester for personer med kognitiv svikt. Mye av denne forskningen ser dessverre på demens kun som et problem som må håndteres –"disease management" (Gauthier et al., 2010). Denne tankegangen påvirker også teknologiutviklingen –mye av teknologien som blir laget ser på omsorg relatert til demens og kognitiv svikt som problemløsning (Topo, 2009). Nyere forskning ser ut til å verdsette såkalt pasient-sentrert omsorg (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008).

Velferdsteknologitjenester relatert til demens og kognitiv svikt hører i hovedsak til et av de fire områdene under (Fleming & Sum, 2014):

- Teknologi og tjenester som er laget for selve brukeren –for eksempel i tidlig fase av demens –for å gjøre mestring av hverdagen enklere.
- Teknologier og tjenester for trygghet, både hjemme –for eksempel komfyralarmer –og ute –for eksempel lokaliseringsteknologi.
- Helsetjenester for fjernkommunikasjon med bruker og pårørende.
- Terapeutiske teknologier som selroboten Paro.

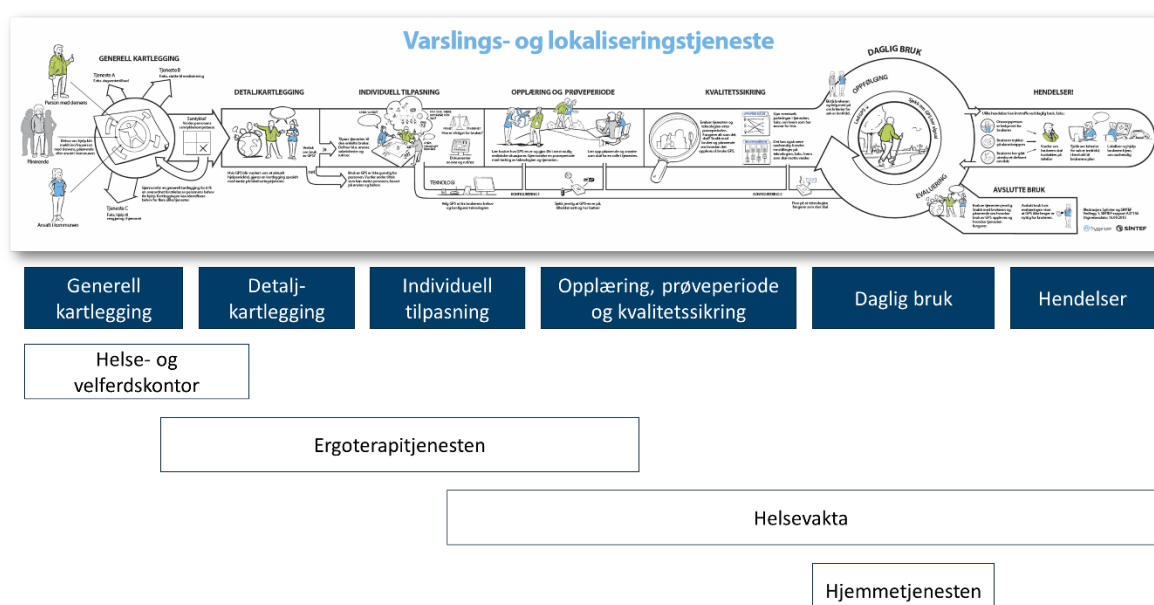
En stor kunnskapsoppsummering fra 2014 viser til fravær av empirisk bevis på at teknologiske intervensjoner har noen effekt: *"the research has been characterised by very small samples, high drop-out rates, very basic statistical analyses, lack of adjustment for multiple comparisons and poor performance of the technology itself."* (Fleming & Sum, 2014). Det ble funnet minst empirisk bevis for effekten av trygghetsskapende teknologi som GPS –noe som betyr at studier av typen vi beskriver her er viktige. Mest bevis fant forfatterne for teknologier som gir enkel aksess til informasjon om demens til pårørende. Forfatterne peker også på det faktum at tidsperioden for bruk av teknologi hos personer med demens kan være for kort for å rettfærdiggjøre investeringer.

Det finnes lite forskning på lokaliseringsteknologi og –tjeneste for personer med kognitiv svikt. Det som finnes er ofte fokusert på selve GPS-enheten som for eksempel i (Faucounau et al., 2009). Noen synspunkter på tjeneste-aspekter er dokumentert i (Dahl & Holbø, 2012a). Det er også dokumentert at brukere, pårørende

og profesjonelle helsearbeidere kan ha forskjellige syn og underliggende verdier når det gjelder anvendelse av GPS-teknologi i omsorgssammenheng (Dahl & Holbø, 2012b).

3 Beskrivelse av case

Det er ikke lett å definere når en tjeneste blir en tjeneste. Det finnes ikke en fast tidsfrist. En ny tjeneste består av flere innovasjoner som gradvis fanges opp –fra prosjekter –og implementeres i rutiner og i teknologi som brukes i daglig drift. Dette er også det som har skjedd i vår tilfelle av LT. Når innovasjonsprosjektet Trygge Spor var ferdig var det laget en tjenestemodell (se øverste del av Figur 4 under). Deler av denne modellen var allerede i bruk da vi begynte vår undersøkelse. For eksempel, som vi skal se, var mye av rutiner for kartlegging og daglig drift av tjenesten på plass mens den teknologiske delen gjennomgikk fortsatt store endringer. Det er derfor viktig å huske at det som blir presentert her er et øyeblikksbilde som allerede er endret betraktelig når rapporten er publisert.



Figur 4: Figuren viser modellen som følges i lokaliseringstjenesten (øverst) og de forskjellige enhetene i Trondheim kommune som er involvert i tjenesten (hvite bokser nederst).

Tjenestemodellen som blir implementert i Trondheim kommune er en tilpasset versjon av modellen fra Trygge Spor. Svarte bokser i Figur 4 viser stegene i tjenesten slik vi har observert:

- **Generell kartlegging:** Når det kommer en henvendelse fra publikum –for eksempel fra pårørende, fastlege, sykehus –gjøres det en generell kartlegging av bruker. Helse- og velferdskontoret er ansvarlig for dette. Målet er å kartlegge tjenestebehovet hos brukeren –ikke bare for LT men også for andre tjenester. Dersom generell kartlegging tilsier at det kan være behov for LT vil man gjøre en detaljkartlegging av brukeren.
- **Detaljkartlegging:** I detaljert kartlegging vil man utføre hjemmebesøk, vurdere samtykkekompetanse og trafikksikkerhet. Resultatet vil være et vedtak –eller ikke vedtak. Ergoterapitjenesten er ansvarlig for detaljkartlegging, mens vedtak fattes av HV-kontoret.
- **Individuell tilpasning:** Sammen med Helsevakta vil Ergoterapitjenesten gjøre en tilpasning av tjenesten. Dette betyr at man sammen med bruker og pårørende bestemmer hvordan tjenesten skal fungere for denne brukeren. Det som kan tilpasses inkluderer håndtering av alarmer, rutiner rundt

- lading og testing av GPS-enheten, når det skal utføres søk, hvordan hentesituasjoner skal håndteres osv. Det lages et *brukerkort*² som dokumenterer tilpasningen.
- Daglig bruk: Under daglig bruk vil Helsevakta, sammen med hjemmetjenesten, sørge for at GPS-enhetene fungerer som de skal og er ladet. I tillegg vil Helsevakta ha mottaksansvar for alarmer som måtte utløses –for eksempel hvis brukeren trykker på en alarmknapp på GPS-enheten.
 - Hendelser: Håndtering av hendelser er Helsevaktas ansvar, som kan føre til at hendelsen håndteres per telefon –i de fleste tilfeller –eller at man utfører søk og eventuell henting av bruker.

Tjenestemodellen er implementert ved at rutiner for de forskjellige stegene er definert. I tillegg har de ansatte fått tilgang til verktøy –papir-basert og digitalt –som hjelper dem i hvert steg. For eksempel finnes det nå skjemaer i Geric (kommunens journalsystem), som hjelper de ansatte under kartlegging og tilpasning. Geric brukes også i kommunikasjon med hjemmetjenesten ved at hjemmesykepleier får en oppgaveliste som inkluderer lading og testing av GPS-enhet der det er nødvendig. I tillegg finnes det mer spesialiserte verktøy, som for eksempel verktøy for å utføre søk på bruker.

Når vi begynte med vår studie hadde Trondheim kommune dokumentert erfaringer med 11 brukere med LT (Trondheim Kommune, 2016). For vår studie valgte vi tre brukere som var tildelt LT via "tjenesteveien" – dvs. de hadde gått gjennom mer eller mindre alle stegene i tjenestemodellen. Vi brukte disse tre casene som referanse og eksempel når vi intervjuet våre informanter. På grunn av det relativt lave antall brukere i Trondheim og i vår studie har vi valgt å ikke beskrive casene våre i detalj. Dette av hensyn til personvern. Kriterier for tildeling av LT, som brukes av Trondheim kommune, er gjengitt senere i rapporten.

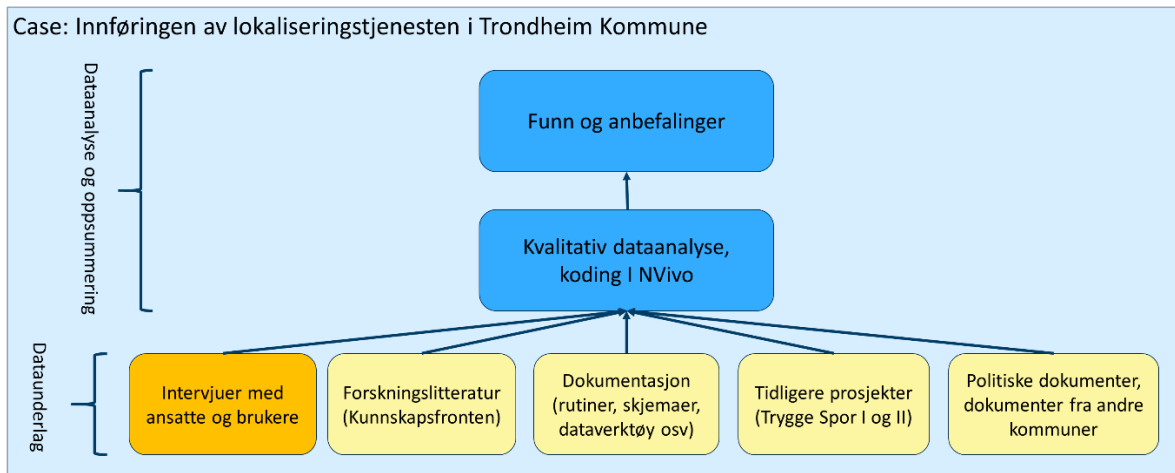
Lokasjonstjenesten vil være en av de første omfattende velferdsteknologitjenestene i den nye Helsevakta i Trondheim. Mange av våre informanter var ansatt i Helsevakta. Når du leser dette dokumentet er det viktig å være oppmerksom på begrepsbruk. Våre informanter snakker om trygghetspatruljen. Dette heter nå Helsevakta. Men bruken av det nye navnet var ennå ikke utbredt blant de ansatte da vi intervjuet dem. Vi har latt være å endre dette i sitatene.

4 Metode brukt i rapporten

Studien er utført som en case-studie (Yin, 2014). Case-studie er en type forskning som legger vekt på detaljert beskrivelse av et tilfelle –for eksempel implementering av en tjeneste. Case-studier bruker ofte flere datakilder for å belyse et case. I vår studie har vi hovedsakelig brukt intervjuer, men vi har også gått gjennom dokumentasjon, publikasjoner fra tidligere prosjekter, og forskning gjort av andre. Dette er illustrert i Figur 5. Innsamlet data er da importert til et digitalt analyseverktøy (NVivo³).

² Brukerkortet endret navn til rutinekort etter at vår undersøkelse var over. Vi har valgt å beholde navnet brukerkort i dette dokumentet siden mange av våre informanter brukte begrepet brukerkort i intervjuene.

³ <http://www.qsrinternational.com/what-is-nvivo>

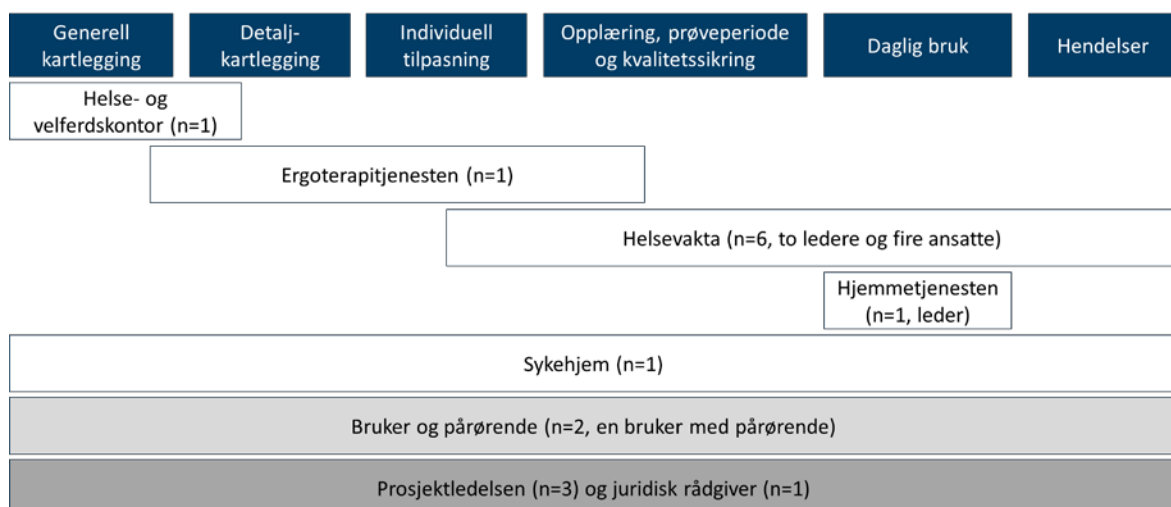


Figur 5: Casestudiemetoden er brukt med flere datakilder.

I studien har vi brukt en interpretativ fremgangsmåte (Klein & Myers, 1999; Walsham, 1995). Det vil si at vi har fokusert på hva informantene har opplevd og hvilke erfaringer og synspunkter de har. Vi har også vært interessert i å vite mest mulig detaljer om det som skjer i praksis, noe som er vanskelig å fange i tjenestemodeller men som kan ha stor betydning for hvor vellykket tjenesten blir. Vi har også lagt vekt på å dokumentere synspunkter fra de fleste involverte.

Figur 6 under viser hvem vi har intervjuet. De svarte boksene viser stegene i tjenestemodellen. De hvite boksene viser enheter i kommunen. Informantene fra HV-kontoret, ergoterapitjenesten, og en sentral informant fra Helsevakta ble intervjuet to ganger. Vi intervjuet dem som gruppe i begynnelsen av studien, og individuelt mot slutten. Vi planla å intervju alle tre brukerne som utgjorde våre case. Dette fikk vi ikke til pga. praktiske årsaker. Vi intervjuet én bruker med pårørende. Flere intervjuer med prosjektledelsen ble gjennomført både før, under og mot slutten av studien. Alle vi har intervjuet var kvinner unntatt brukeren og en av lederne i Helsevakta.

Alle intervjuer ble tatt opp med lydopptaker. Grad av transkribering varierte pga. tidsbegrensninger. Alle sitater som er gjengitt i rapporten er direkte transkribert fra intervjuene.



Figur 6: Figuren viser hvem som er intervjuet. Antall fra hver gruppe/enhet er vist i parenteser.

I tillegg til intervjuene fikk vi tilgang til omfattende dokumentasjon som var laget av Trondheim kommune for tjenesten, inklusive skjemaer, kriterier, rutiner osv. Vi fikk også tilgang til gevinstrealiseringsplanene og noen tall på tidsforbruk fra fagsystemene. Vi besøkte alle arbeidsplassene som del av intervjuer, men gjorde ikke noen lange observasjoner.

Prosjektet er meldt til NSD som en del av SINTEFs forskningsaktiviteter innenfor Nasjonal program for velferdsteknologi (Nummer 42918, prosjektnavn Samveis- pilotering av velferdsteknologi).

5 Funn fra intervjuer og observasjoner

I dette kapitlet vil vi gjengi funnene i studien. Gevinsthypoteser er gjengitt fra dokumenter vi har fått fra prosjektledelsen og intervjuer vi har hatt med dem. Funn fra tjenesteforløpet og beskrivelse av verktøyene er hovedsakelig basert på intervjudata, men også dokumentasjonen til tjenesten.

5.1 Gevinsthypoteser

Ved prosjektets oppstart hadde prosjektledelsen for LT-tjenesten i Trondheim kommune laget en oversikt over hva de anså som potensielle gevinster ved tjenesten. Prosjektledelsen har gjort tilgjengelig flere dokumenter som omhandler det vi her vil kalle gevinsthypoteser. Vi har også fått tilgang til dataunderlaget der det er gjort beregninger på størrelse eller sannsynlighet for å oppnå disse gevinstene. I dette avsnittet gir vi en oversikt over disse gevinsthypotesene.

I dokumentet "Antatte gevinster for GPS-tjeneste" (Trondheim Kommune, 2015) har prosjektledelsen utarbeidet et regnestykke over gevinsthypoteser og antatte kostnader forbundet med LT basert på drift av 50 LT-brukere i 2017. Det er en antakelse i dokumentet at tjenesten vil være bærekraftig: *"Det viser seg at det blir en del kostnader (tidsbruk) hos ergoterapitjenesten og Helsevakta i oppstart av tjenesten, men i det lange løp så sparer kommunen mye ved å utsette behovet for flere tjenester i hjemmet og sykehjemsplass"* (Trondheim Kommune, 2015). I samme dokument er det også gjort detaljerte beregninger på hva kostnaden i tid og ressurser vil være for de forskjellige enhetene i Trondheim kommune. For de enheter som vi har inkludert i vår studie er følgende antakelser gjort av prosjektledelsen i samarbeid med enhetene:

- Helse- og velferdskontoret vil få ingen økte utgifter da de får henvendelser om å vurdere tjenestetilbudet til de samme brukerne. Dersom de ikke får tilbud om LT må de ofte kartlegges for andre typer tjenester uansett.
- Ergoterapitjenesten vil i gjennomsnitt bruke ca. 10-11 timer på kartlegging av brukere, samt ca. 2 timer hver 6. måned på en ny evaluering.
- Hjemmetjenesten vil bruke ca. 10 minutter daglig per bruker på å lade batteri til GPS-enheten. Det er antatt at 10 av de 50 brukere skal ha pårørende som lader, mens 10 av dem skal ha behov for lenger tid til lading, dvs. 15 minutter, pga. testing i tillegg til lading. De fleste av disse brukerne har hjemmetjeneste fra før og "ladeoppdraget" kan slås sammen med andre oppdrag hjemmetjenesten har hos brukeren.
- Når det gjelder Helsevakta er det beregnet 1500 timer per år. Disse er tenkt å dekke daglig drift inkludert tilpasning, uttrykking og henting, utlevering, opplæring og lageransvar.

Besparelser som følge av tjenesten er delt i to typer, kvantitative og kvalitative. Det er ikke enkelt å skille mellom disse da de henger tett sammen, men det kan være nyttig å definere dem hver for seg for å øke vår forståelse av gevinster. Kvalitative gevinster er koblet til brukere, pårørende og ansatte i hjelpeapparatet, og antatte verdier –eller opplevde fordeler –en GPS-tjeneste gir disse aktørene. Det er antatt at brukere vil få økt frihet, mestring, selvstendighet og trygghet, samt utsatt progresjon i sykdommen. For pårørende vil tjenesten føre til økt trygghet, frihet og avlastning. Ansatte i hjelpeapparatet vil oppleve at de tilbyr høyere kvalitet i sine tjenester, og vil føle en trygghet rundt brukers situasjon (Trondheim Kommune, 2015). De kvantitative besparelsene er først og fremst koblet til besparelser som prosjektledelsen ser for seg knyttet til utsettelse av

andre og mer kostbare tjenester som hyppige tilsyn, dagtilbud flere dager i uka, og sykehjemsplass. Slike tjenester anses også å være mer inngripende i brukerens hverdag enn hva en fremtidig LT vil være. Prosjektledelsen (bestående av prosjektleder med bakgrunn som demenskontakt og ergoterapeut, og prosjektmedarbeider med bakgrunn som saksbehandler og ressursperson for demens på Helse- og velferdskontor) har undersøkt 11 tilfeller blant nåværende brukere av LT-tjenesten og gjort en analyse av hvilke tjenester som er utsatt pga. at brukeren har fått LT-tjenesten (Trondheim Kommune, 2016). Analysen er basert på ekspertisen hos prosjektledelsen og kriterier for tildeling av LT og andre tjenester (for eksempel sykehjemsplass). En oversikt viser at:

- Hos alle brukere ser LT ut til å ha ført til utsatt eller eliminert behovet for tilsyn hjemme.
- Hos 3 brukere er behov for sykehjemsplass antas å være utsatt.
- Hos 1 bruker antar man at behov for dagtilbud er utsatt.
- Hos 3 brukere er det antatt at avlastende tiltak for pårørende er utsatt.
- Hos 2 brukere har LT ført til reduserte leteknostnader i form av leting i nabolag, kontakt med politi eller innleie av vaktsselskap.

I 5 av de 11 rapporterte tilfeller begynte brukeren med LT i 2016 (gjennomsnittlig hatt LT i ca. 4 måneder). 3 brukere fikk tjenesten i 2015 (én flyttet til sykehjem i 2016 etter 8 måneder med GPS), 2 brukere siden 2014 (har fortsatt tjenesten), og 2 brukere siden 2012 (med flytting til sykehjem 2015 og 2016. En har fortsatt GPS). Orienteringsvansker er den mest hyppige årsaken til at disse brukere har fått LT. Orienteringsvansker er også viktig kriterium for å få LT. Trygghet for pårørende, og enklere gjenfinning er også nevnt som begrunnelse for flere.

Tabellen under viser en oversikt over antatt nytteverdi, besparelser og kostnader fordelt på involverte aktører, ifølge prosjektledelsen (Trondheim Kommune, 2015).

Aktør	Antatt nytteverdi og besparelser	Antatte kostnader
Bruker	<ul style="list-style-type: none"> - Opplever frihet, mestring, selvstendighet, trygghet. - Utsatt progresjon av diagnose ved at bruker er i fysisk aktivitet, samt får stimulering. - Utsatt behov for potensielt mer inngripende tjenester (f.eks. nattilsyn, sykehjem) og tiltak (f.eks. begrensning av bevegelsesfrihet). 	Ingen nevnt
Pårørende	<ul style="list-style-type: none"> - Opplever trygghet, frihet og avlastning. 	Ingen nevnt, men i gevinstberegningen inngår at noen pårørende må lade og teste utstyr.
Ansatte i hjelpeapparatet	<ul style="list-style-type: none"> - Opplever at de gir en større kvalitet på tjenesten - Avlastning ifht en-til-en bemanning og håndtering av aggresjon, som kan være belastende for ansatte (gjelder mest HV-senter). - Enklere hverdag for hjemmetjenesten ved at de potensielt kan finne brukeren på en mer effektiv måte. 	I gevinstberegningen inngår at de ansatte må håndtere teknologi, og ta på seg nye oppgaver som lading og testing av GPS, håndtering av GPS-relaterte alarmer, leting og henting.
Kommunen og samfunnet	<ul style="list-style-type: none"> - Utsatt behov for kommunale tjenester, f.eks. tilsyn (dag og natt), sykehjem. - Mindre kostbare leteaksjoner for de involverte (hjelpeapparatet, pårørende, politiet, taxier og frivillige) 	Kostnader knyttet til ergoterapitjenesten, hjemmetjenesten og Helsevakta i kommunen.

5.2 Funn fra faser i tjenesteforløpet

I dette avsnittet viser vi våre funn fra de forskjellige stegene i tjenesteforløpet. Et hovedfunn her er at disse stegene ikke utføres sekvensielt, men at det er flere iterasjoner for eksempel mellom overordnet og detaljert planlegging, og mellom ergoterapitjenesten og Helsevakta. Dette kan potensielt ha stor betydning for hvordan tjenesten burde planlegges i fremtiden—for eksempel ved å anskaffe bedre samhandlingsverktøy eller slå sammen noen funksjoner som skjer i flere steg.

5.2.1 Henvendelser

For en tjeneste som LT er det viktig at riktige brukere blir identifisert tidligst mulig. Personer med demens kan, på grunn av nedsatt kognitive funksjon, ha utfordringer knyttet til det å danne nye rutiner, som for eksempel å ta med seg en GPS-enhet når de går utenfor hjemmet. Det er derfor viktig at bruker starter tidligst mulig med tjenesten. I tillegg vil utviklingen av sykdommen kunne gjøre at "mulighetsvinduet" ikke blir veldig stort. Å ha effektive rutiner for å informere publikum om tjenesten, og tydelig informasjon, som kan hjelpe potensielle brukere å ta kontakt, er derfor viktige. Tjenesteforløpet starter ved at *"behov for hjelp blir meldt inn fra person med demens, pårørende eller ansatte i kommunen"* og generell kartlegging starter (Trygge Spor, 2015). For at gevinsten fra LT skal være optimal må man da ta stilling til hvilken type "behov for hjelp" som er relevant for LT, og hvordan man skal informere publikum utenfor tjenesteforløpet om dette.

De fleste henvendelser som har resultert i at tjenesten har blitt tilbydd til i alt 11 brukere, har vært gjort av kommunens egne ansatte og prosjektledelsen der de har oppdaget kandidater med reelle behov. Dette kan sees på som hensiktsmessig, da det er snakk om et prosjekt og ikke en offentlig tilgjengelig tjeneste. Tross dette ser det ut som LT allerede er ettertraktet, til dels fordi tjenesten, og demens-relaterte tjenester generelt, ofte er omtalt i media:

Ansatt: Foreløpig er det litt tilfeldig [hvem som har blitt tilbydd tjenesten]. Det kan være saksbehandlere, andre som jobber i helse som vet eller hørt om tjenesten, osv. Det har og vært en del i media. Det kan hende folk blir litt obs på det. De vet ikke at det ikke er en kommunal tjeneste ennå. Men det er jo klart at når folk strever på et eller annet vis prøver de å finne en løsning, så tar de kontakt. Det er ikke sikker at de sier at de trenger en GPS. Men de sier.. nå er det så trasig men han mannen min. Han går ut om natta. Jeg skjønner ikke hvordan vi skal løse dette her. Da kan [kan de treffe] en saksbehandler, en sykepleier, en ergoterapeut, som vet at GPS kan være lurt å prøve.

Henvendelser kommer ofte fra de som har god kjennskap til brukeren. Dette er først og fremst pårørende og ansatte i kommunen, men det kan også være fastlegen, hjemmesykepleieren, Helsevakta, sykehjem, poliklinikk osv. I et tilfelle var det for eksempel datteren til en person med kognitiv svikt som tok kontakt, og senere kartlegging førte til at personen fikk LT. En annen ble tildelt LT ved at sykehjem tok kontakt, mens i et tredje tilfelle var det ektefelle som henvendte seg til kommunen.

Det varierer hvor tidlig henvendelser kommer. Personer som allerede har tjenester fra før—for eksempel får besøk av hjemmesykepleier—ser ut til å ha større sjanse for å bli identifisert som potensielle brukere av tjenesten på et tidlig stadium. Det kan imidlertid være vanskeligere å oppdage behov for tjenesten blant personer som bor alene hjemme. Vi har også observert at endring i bruksmønster i andre tjenester kan føre til henvendelser, slik det er fortalt av en ansatt ved Helsevakta:

Ansatt: Vi avdekker mye over trygghetsalarmen. Vi har eksempler av brukere som trykker mye på, og skjønner ikke hvor de er, virker forvirret. Da skriver vi ofte statusrapport til Helse- og velferdskontoret om at de kanskje må inn og se, at kanskje brukeren trenger et tilsyn om morgen og et tilsyn om kvelden. At det blir en tjeneste ut av det. Det er ikke sikkert Helse- og velferdskontoret ville ha oppdaget det for de har ikke noe med alarmene å gjøre. Det er jo en informasjon som vi sitter med. Plutselig begynner brukeren å ringe femti ganger på en dagvakt. For det skjer.

Vi er også blitt fortalt om en episode hvor omsorgsgivende pårørende har meldt inn behov, men nærmere kartlegging har vist at det kun er pårørende som har et kontrollbehov. Bruker var daglig ute på tur, men kom alltid hjem igjen. Pårørende visste ikke hvor bruker befant seg. I dette tilfelle ble brukeren ikke tildelt LT.

5.2.2 Kartlegging

Når det kommer en henvendelse om en person som kan være en potensiell bruker av LT—eller andre kommunale tjenester—er neste steg å gjøre en kartlegging av behovene til brukeren. Kartleggingen på dette stadiet skjer formelt i to steg. Generell kartlegging, som gjøres av HV-kontoret, er på overordnet nivå og er mer rettet mot å finne riktig tjeneste for brukeren. Detaljert kartlegging gjøres av ergoterapitjenesten etter at HV-kontoret har identifisert behov for LT. Disse to stegene er ikke helt separate, og det er mye kommunikasjon mellom saksbehandleren ved HV-kontoret og ergoterapeuten. Senere kommer også en kartlegging/tilpasning i forhold til type GPS-teknologi som brukeren trenger, og rutiner rundt varsling og henting. Da er også Helsevakta involvert.

Flere av informantene mener at kartleggingsprosessen er betydelig mer omfattende enn for eksisterende hjelpemidler. Det ser ut som alle involverte i tjenesteforløpet på en eller annen måte deltar i kartleggingen. Det holdes flere møter med og uten bruker/pårørende som involverer HV-kontoret, ergoterapitjenesten, Helsevakta, og hjemmetjenesten. Kunnskap om behovene er distribuert. Vurdering av samtykkekompetanse og trafikksikkerhet er to av de mer krevende oppgavene i kartleggingsprosessen:

Ansatt: Det er helt forskjellig fra enkle hjelpemidler. Det er en langvarig prosess. Det er en mer grundig prosess. Du trenger ikke å vurdere samtykke[kompetanse] til en person som skal ha en dusjkrakk. Som regel så forstår han [brukeren] selv at han skal ha det. Dette med samtykke...du må være sikker på at han forstår hva det er, og konsekvensene. Også må du vurdere trafikksikkerheten. Det er mange runder. Også er det samarbeid med trygghetspatroljen og hjemmetjenesten, hvordan hver case skal løses. Det er mange slike sekvenser kan du si. I tillegg til at man må koordinere i tid for å kunne gjøre ting sammen. Helt annerledes når det er snakk om hjelpemidler fra NAV. Da står det bare på meg. Og det er jeg som styrer når jeg skal gjøre ting. Da er vi ikke hjemme hos brukeren og vurderer behovet så hyppig... for da er vi på et besøk, vurderer behovet, skriver en søknad og leverer til NAV, og så er vi ferdig. Kanskje en gang til for å tilpasse. Med kompliserte hjelpemidler f.eks. elektriske rullestol er det selvfølgelig flere runder.

Kartleggingen fokuserer på informasjonen som kommunen trenger for å levere tjenesten, som inkluderer informasjon om brukerens kognitive og fysiske tilstand og sosiale forhold. Prosessen utføres i dialog med bruker og eventuelle pårørende. Dialogen ser ut til å være strukturert og basert på informasjon som skal samles inn i standard skjemaer. Målet er å tilpasse tjenesten til brukeren.

De ansatte vi har intervjuet har lang erfaring med kartlegging, og vet hvordan de skal forholde seg til brukeren i prosessen. Allikevel mener de at kartleggingsprosessen for LT kan i blant være krevende for brukeren og pårørende. Det er da snakk om lange hjemmebesøk der flere enheter fra kommunen har møtt opp. Mye informasjon skal samles fra brukeren og pårørende i løpet av slike møter:

Ansatt: Den erfaringen vi gjorde oss [fra hjemmebesøk sammen med ergoterapeut] var at det var ikke noe lurt å gå to til en dement bruker. For da begynte jeg å stille spørsmål, også skulle demenskontakten [ergoterapeuten] stille spørsmål. Det ble for mye rett og slett. Møtet ble for lenge for den brukeren. Det ble så mye på en gang. Det snakket jeg og demenskontakten etterpå om, at dette her var ikke lurt. Vi må nesten dele det opp litt så det blir heller flere kortere møter... Vi pleier ellers å dra sammen [på hjemmebesøk til demente brukere]. Det har da ikke vært snakk om GPS. Det er så grundig kartlegging for GPS. Så jeg tror det blir mye.

Kartlegging av trafikksikkerhet i tillegg krever at brukeren og ergoterapeuten er ute i trafikken sammen. Ergoterapeuten observerer bruker i realistiske situasjoner i trafikken for å se hvordan bruker forholder seg til trafikkbildet.

Når den detaljerte kartleggingen er utført av ergoterapitjenesten—og LT er tildelt—skjer det en kartlegging av hvilken type GPS-enhet brukeren kan bruke, og hvilke rutiner for alarmer, henting osv. brukeren skal ha. Dette er en del av fasen "individuell tilpasning" i tjenesteforløpet. Helsevakta-ansatte sitter med kunnskap om dette og spiller en sentral rolle i prosessen:

Ansatt ved Helsevakta: Det er vi som sitter med GPS-ene som bestemmer hvilken type GPS brukeren skal få. Kunnskap hos Ergo[terapitjenesten] er varierende om GPS-enhetene. Når jeg har hatt møtet [med brukeren] så tenker jeg gjennom hvilken GPS som er best så diskuterer jeg med Ergo for å komme til endelig beslutning. F.eks. vi har han [brukeren]. Han har det [GPS-enheten/tjenesten] med tvang. Han vet ikke selv at han har det [GPS-enheten]. Det er sydd fast i beltet hans. Det er den vanlige varianten SL6 som vi har best erfaring med.

Mengde tid som går til kartleggingsprosessen er vanskelig å beregne, og er avhengig av flere faktorer. Dersom brukeren for eksempel har andre kommunale tjenester vil kommunen allerede sitte inne med mye av informasjonen som trengs. Kartleggingen ser også ut til å være enklere for brukere som bor sammen med pårørende da pårørende kan skaffe en del av dataen som trenges i kartleggingen.

Dersom kartleggingsarbeidet resulterer i vedtak om tildeling av tjenesten, vil ergoterapi-tjenesten gå inn sammen med Helsevakta, sette opp tjenesten for brukeren, og utføre opplæring i bruk av teknologien. Opplæring skjer også kontinuerlig blant kommunens egne ansatte som ikke har kjennskap til LT.

Tjenesten evalueres med jevnlig mellomrom, ca. to ganger i året, for å følge utviklingen i demenssykdommen og for å finne ut om brukerens tjenestebehov har endret seg. Dette er i tråd med gjeldende rutiner også for andre som mottar helsetjenester i Trondheim kommune (helhetlig pasientforløp i hjemmet) og er ikke spesielt for LT.

5.2.2.1 Hvem får LT?

Tekstboksen til høyre viser veiledende retningslinjer som er utviklet for tildeling av LT i Trondheim Kommune. LT i Trondheim er i utgangspunktet utviklet for hjemmeboende brukere. I analysen som er gjort av eksisterende brukere (Trondheim Kommune, 2016) finner vi allikevel to typer brukere, de som bor hjemme (n=9) og de som bor på institusjon (n=2). Av de som bor hjemme er alle vurdert til å være fysisk aktive og trafikksikre –tildelingskriterier er tydelige på dette. De fleste i denne gruppen har videreutviklet demens og klarer ikke å håndtere teknologien. De bor hjemme og er derfor avhengig av pårørende eller hjemmetjenesten for å ta seg av lading, testing og opprettholdelse av rutiner for å kunne huske å ta med seg enheten når de går ut. Alle brukere

Veiledende punkter for hvem som kan få lokaliseringstjeneste i Trondheim kommune.

1. Type diagnose er ikke avgjørende for å få tjeneste med lokaliseringsteknologi i kommunen. Man skal ta utgangspunkt i brukers behov og funksjonsnivå.
2. Det skal alltid utføres en funksjonsvurdering av bruker for å kartlegge behovet. Bruker kan ha nedsatt orientering ifht sted/rom og retning/tid. Dersom det har skjedd hendelser der bruker har gått seg bort eller ikke funnet frem, så be pårørende/ bruker/ nærpersion beskrive hva som skjedde. Det kan være andre årsaker enn orienteringsvansker som er grunnen til at en hendelse har oppstått. Her kan det være aktuelt med andre løsninger/tiltak.
3. Tiltaket skal fremme mestring og aktivitet både for bruker og evt. pårørende. Tiltaket kan være aktuelt dersom pårørende/ektefelle blir hindret i å utføre sine aktiviteter fordi de må følge bruker.
4. Bruker skal være vurdert for trafikksikkerhet og være trafikksikker for å få tjenesten lokaliseringsteknologi.
5. Brukers samtykkekompetanse må vurderes før vedtak fattes og tjenesten iverksettes.
6. Lokaliseringsteknologi/GPS skal ikke benyttes der pårørende eller ansatte ønsker kontroll over hvor bruker er eller for overvåking.
7. Det skal ikke være en erstatning for personalet.

Fra " Kriterier for tjenesten lokaliseringsteknologi", Trondheim kommune.

har orienteringsvansker –som også er et tildelingskriterium. Enklere gjenfinning sammen med trygghet for bruker og pårørende er også blant de viktigste gevinsthypoteser for LT. Alle brukere så langt har vært eldre med en form for demens. Personer over 18 med psykisk utviklingshemming er blitt vurdert men ikke tildelt LT:

Prosjektleder: Psykisk utviklings-hemmede kan regnes som en egen gruppe (med eget lovverk). Pr i dag er det ingen med Psykisk utviklings-hemming som har GPS. Den bruker-saken som var under vurdering, ble ikke aktuell pga. endring i funksjons-nivå.

Hvordan har våre informanter tenkt når de har foreslå LT for en bruker, eller er blitt tildelt tjenesten? Her er noen sitater:

Forsker: Hvorfor tenker du at GPS vil passe for [brukeren]?

Ansatt: Spesielt med henne, som jeg visste om, er at hun er glad i å gå tur. Veldig glad i å gå ut. Fortalte meg om veier som hun tok. Da begynte jeg å tenke hva om hun ikke fant veien hjem igjen?

Ansatt: Han var mye ute og gikk, fysisk sprek, var borte for kona noen ganger. Da begynte det å ringe bjeller. Hadde og en gang vært i kontakt med politiet. Informerte om GPS. Hun [ektefelle] var skeptisk at han kunne plukke fra ting. Ønsket mer opplysning.

Ansatt: Var enkelt å si ja [dvs. fatte vedtak for LT]. Det gir frihet for begge to [bruker og pårørende]. At hun [pårørende] kan stå ut. Sikkerhet for henne. Viktig at han [bruker] kunne gå ut alene og opprettholde fysisk og kognitiv [styrke].

Ansatt: Hvis han ikke var trafiksikker hadde han fått avslag. Kanskje også hvis han selv ikke kunne håndtere [GPS-enheten], system [for rutiner] der han kunne hatt den med seg. Det er personavhengig både på grunn av bruker og ergoterapeut.

Ansatt: Hun på [Navn på bydel] har full timeplan. Vi har aldri hentet henne, men sønnen føler trygghet. Vi får beskjed om hun går ut 2-3 om natta. Det er brukere som er utsatt for å komme på sykehjem.

Pårørende: Typisk hverdag. Jeg er ute på et eller annet hver eneste dag. Så han er jo veldig mye alene. Og da går han seg noen små turer. Per i dag er det ikke noe problem i nrområdet her. Men når han er i byen, og, ja, det har hendt, at han ikke har funnet dit han skulle i byen.

For de to brukere som bor på sykehjem ser det ut som raskere gjenfinning og det å unngå ulykker ute og i trafikken har vært en hovedårsak for tildeling av LT.

5.2.2.2 Samtykke og "kapt-4A-vedtak"

En utfordrende aspekt av tjenesten er vurdering av brukerens kompetanse til å gi informert samtykke. Prosjektledelsen er tydelig på at samtykkevurdering er en viktig del av rutinene til kommunen når de ansatte kartlegger brukere, men at samtykkekompetanse tilknyttet velferdsteknologi er nytt:

Prosjektleder: Dette er noe alle helsepersonell lærer i sin grunnutdanning å ha fokus på om bruker er samtykkekompetent eller ikke. Det som er nytt er å vurdere brukers samtykkekompetanse tilknyttet velferdsteknologi. Kommunen har alltid hatt rutiner knyttet til vurdering av samtykkekompetanse, men det er i forbindelse med prosjektet opprettet nye rutiner på bakgrunn av lovendring i forhold til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.

Våre informanter snakker om episoder der brukere ikke skjønner hva begrepet "GPS" betyr. Man prøver da å bruke andre—for brukeren—kjente begrep for å få brukeren til å forstå hva han/hun sier ja til. I én av casene er f.eks. "utealarm" brukt som et erstatningsbegrep:

Ansatt: Det er også de som ikke skjønner hva GPS er. F.eks. [bruker] skjønner ikke hva GPS er men skjønner at datteren trenger å kunne finne henne. De er ikke mot GPS, men de skjønner ikke de ordene vi bruker, som GPS.

Ansatt: Vi må prøve å bruke andre ord. Vi kan ikke snakke om GPS. De skjønner ikke hva det er. Siden hun hadde alarm fra før, som hun viste til meg, så snakket vi om alarm som hun kan bruke ute.

Ansatt: Vi snakket ikke om å miste orienteringen, men at om det skjedde noe. Prøvde å forklare det på annen måte. Konkret måte. Hun hadde mistet orienteringen i to tilfeller. Men hun husket ikke. Så det var vanskelig å relatere til det. Hvis du har "alarmen for utendørs bruk".

Selv om en bruker med demens som kanskje aldri har brukt GPS har problemer med å forstå hva tjenesten handler om, er det "*fagutøvers jobb å avklare om bruker forstår konseptet/hvilken konsekvens det er å ta i bruk en GPS*" (sitat fra prosjektledelsen). Dette presiseres også av juridisk rådgiver til prosjektledelsen.

En annen aspekt—som sannsynligvis også gjelder andre tjenester der pårørende kan dra nytte av tjenesten—er interessekonflikt hos pårørende. Brukere med pårørende kan se ut til å enklere gi samtykke:

Ansatt: [Bruker NN] var enklere, syns jeg. Der var kona innstilt på, og var med og motiverte. Hun var med og forklarte. Han var kanskje litt forberedt og da, fordi hun hadde snakket med ham om det. Det var ikke noe problem å få ham til å forstå det. Men det blir bestandig litt usikker[het]. Har vi skjønnet dette her eller har vi det ikke? Sier du ja fordi det høres fornuftig ut eller? Det er litt vanskelig å si da, noen ganger. Men der og da mener jeg at han forstod det. Han var enig og syntes det var greit, og at dette var noe som ordnet seg uten at han trengte å gjøre så mye med det.

Avlastning av pårørende slik at de ikke selv blir syke, og kan potensielt bli i jobb lenger, er av prosjektledelsen sett på som en gevinst. Hensynet til dette er også nedfelt i retningslinjer for tildeling. I minst tre av de 11 casene som er analysert, ser prosjektledelsen på avlastning av pårørende som en gevinst. Lovverket ser ut til å være tydelig på at pårørende ikke skal påvirke kartleggingsprosessen på en måte som kan påvirke brukerens samtykke. Dette er et område innenfor kartleggingen som kan være utfordrende for de ansatte.

En annen utfordring er når brukeren ikke er samtykkekompetent. De aller fleste nåværende brukere er vurdert til å være samtykkekompetente. Når dette ikke er tilfelle kan man fatte to typer vedtak:

- *Kap-4A-vedtak:* Dette er et tvangsvedtak. Brukeren har ikke samtykkekompetanse og motsetter seg tiltaket:

"Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Kapitlet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. kapittel 4, og som motsetter seg helsehjelpen." (Lovdata.no)

- *§4-6a-vedtak:* Brukeren er ikke samtykkekompetent men motsetter seg ikke tiltaket:

"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. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling reguleres av § 4-6. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av samtykkekompetansen til bruker.

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 alternativet, og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. 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." (Lovdata.no)

De ansatte kan føle usikkerhet i forhold til tvangsvedtak:

Ansatt: Akkurat det [kapt-4A-vedtak] har jeg aldri gjort før. Når bruker ikke er samtykkekompetent, enten det gjelder en psykisk utviklingshemmet person eller annen person med demens som ikke er samtykkekompetent, og motsetter seg dette her [LT], og det er bestemt at det skal søkes om tvangsvedtak, det er jo helt nytt for oss, det har vi aldri vært nødt til å gjøre før. For det første virker det litt skummelt, og for det andre er det ganske alvorlig. Vi har bestemt, i hvert fall per i dag, at dette skal gjøres av oss demenskontakter. Dette fordi vi har fått litt opplæring i samtykkevurdering og tvang.

5.2.3 Individuell tilpasning

Det brukes en del tid og ressurser for å tilpasse lokaliseringstjenesten til hver enkelt bruker. Det er mye detaljer om tjenesten og brukeren som må på plass, både når det gjelder brukerens og pårørendes behov, og kommunens muligheter for å tilby tjenesten på en best mulig måte for brukeren. Rutiner defineres for hver enkel bruker:

Ansatt: Det må være klare rutiner, når skal man lokalisere, hvem skal varsles, i hvilken rekkefølge, det må være helt klart så det ikke blir noen synsing. Man skal ikke synes om man skal kontakte noen. Det skal være tydelig. Ellers kan det blir misbrukt.

Ansatt: Pårørende blir tatt med i vurderingen. Og på løsningen av tiltaket. Vi snakker med pårørende, for eksempel om de vil bli kontaktet først når man begynner å lokalisere. Skal pårørende ut og hente eller skal trykghetspatruljen gjøre det. Det er slike ting som må klargjøres...og skal stå i statusrapporten. For det er ikke bare jeg som skal være involvert. Det er for eksempel hjemmetjenesten og. Og det må være helt klart.

Brukerkortet spiller en sentral rolle her. Alle detaljer om tilpasningen står skrevet i brukerkortet, som brukes hyppig av Helsevakta. Helsevakta lager og oppdaterer brukerkortet, mens andre enheter har lesetilgang.

Ansatt: Hva gjør vi når brukeren trykker på SOS-knappen? Hva gjør vi når batteri er lav, tomt, eller når vi ikke har kommunikasjon? Alt står skrevet i brukerkortet. Vi agerer ut fra det som står i brukerkortet. Hvis det står hjemmesykepleieren skal lade batteriet så ringer vi dem. Hvis for eksempel brukeren er på sykehjem, der stoler vi på ansatte som er på ham hele tiden, og rutiner lages deretter. Vi vet at han er i sikkerhet så lenge vi ikke har fått beskjed om at han har gått ut.

Informasjon om individuelle rutiner og om brukeren finnes i flere skjemaer og IT-systemer, noe som kan virke kompliserende for de ansatte⁴:

Ansatt: Først var det papir. Nå er det Geric... Også har vi CIM der bilder blir lagt inn. Det går ikke an å legge bilder i Geric. De som skal hente har med seg LMP [PDA]. Her skal du ha tilgang til Geric og CIM. De som rykker ut har med dette. På brukerkortet kan også stå om vanlige turmønstre. Vi tar bilder av brukere der de står med klær slik de går fra forskjellige posisjoner—for eksempel at de er fremoverbøyd. Slike bilder legger vi i CIM—for eksempel en mann som alltid går i bruk skinnjakke. Holdninger og klær, lue. Brukerkortpermen skal bort men skal ligge i Geric og CIM. Papirutgaven skal ligge i mappen hvis alt ramler ned.

Tilpasning av tjenester generelt er en tids- og ressurskrevende prosess. Vi må huske at brukergruppen er i utgangspunktet krevende, med store forskjeller mellom individene. Dette reflekteres spesielt i tilpasningsprosessen i LT. Dette har ført til at kartlegging og tilpasning er en av hovedaktivitetene i tjenesten:

Ansatt: Når brukeren skal ha trykghetsalarm, det er en mye enklere prosess. Denne her er veldig sånn, tilpasset hver enkelt. Så det er ganske mye forarbeid som må være på plass før brukeren har GPS i hånda. Også er det ikke noen som er like.

Forsker: Hva er de største utfordringer dere har i hverdagen deres?

Ansatt: Tilpasninger og forventninger til tjenesten. Det er helt andre forventninger. Pårørende har en del forventninger, brukere har en del andre forventninger. Også har du all teknologien som du får tak i Claus Olsen, kan kjøpe på nettet... også henger lovverket [som gjelder for kommuner] langt etter.

⁴ Verktøy som nevnes i sitatene beskrives i et senere avsnitt om IT-verktøy.

Ikke all tilpasning er på grunn av brukerens ønsker. Vi har også observert en del tilpasninger som gjøres for å unngå at de ansattes oppgave blir umulig å utføre, eller sørge for at brukerens sikkerhet blir ivarettatt:

Ansatt: Hvis vi finner ut at du [bruker] skrur den [GPS-enheten] av hver gang du går ut da har vi avdekt en tilpasning, og vi må deaktivere av-knappen for den personen.

Ansatt: Hvis vi ser at det er en som kommer til å trykke [alarmknappen] hele tiden, da må vi finne en annen måte. Formålet er at alle skal kunne bo hjemme... også skal ikke man utløse nye tjenester heller.

Deaktivering av knapper blir ikke nødvendig i de nye enhetene som blir kjøpt inn som en del av anskaffelsen. De nye enhetene skal komme i forskjellige varianter, alle med og uten diverse knapper.

5.2.4 Opplæring

Brukere fra tidligere studier som SINTEF har utført i prosjektet Trygge Spor har uttrykt ønske om opplæring. De vil vite hvordan GPS-teknologien virker, hva skjer hvis de trykker på knappene i GPS-enheten, hva skjer hvis de går seg vill, osv. Å ha denne forståelsen viser seg å være viktig for å skape følelsen av trygghet hos den enkelte (Trygge Spor, 2013). Samme studier viser også at opplæringen må gjentas jevnlig—fordi brukere ofte glemmer det de lærer—og må være praktisk orientert—for eksempel å utsette brukere for realistiske scenarier der de må bruke teknologien.

Vår undersøkelse viser også behov for opplæring, ikke bare hos bruker men også hos pårørende og ansatte i kommunen. I utgangspunktet skal teknologien være tilpasset brukeren slik at man ikke skal ha store opplæringsbehov. Man erkjenner at brukere med kognitiv svikt kan ha utfordringer med å lære å bruke ny teknologi. I mange tilfeller vil teknolien være såkalt "passiv", det vil si ikke ha behov for betjening. Brukere kan allikevel ha utfordringer når det gjelder å forstå hva LT og GPS er, og kunne bruke/reagere på de teknologiske hjelpemidlene:

Ansatt: Det er ikke mange i den aldersgruppen som forstår hva GPS er. I 70-åra og har kanskje hørt om GPS. Men hva er det? I tillegg hvis man også har en demenssykdom... kanskje mistet litt dette med hukommelse og innlæring og logikk og alt det der. Det blir enda verre å forklare det. Så vi bruker nok mer tid på å forklare, og danne oss et inntrykk av om brukeren forstår dette her og om han er enig i det og forstår konsekvensene av det.

Ansatt: Det er en utfordring å kunne forstå og kunne bruke teknologien. I den aldersgruppen er det en begrensning. Jeg har hevdet det før og ser det i praksis nå. Det føler jeg at det ikke blir helt forstått. For helsepersonell som har satt seg inn i dette er det vanskelig å forstå at noen ikke kan bruke den.

Ansatt: Vi må prøve å bruke andre ord. Vi kan ikke snakke om GPS. De skjønner ikke hva det er. Siden hun hadde alarm fra før, som hun viste til meg, så snakket vi om alarm som hun kan bruke ute.

For pårørende som påtar seg ansvaret for lading, testing og eventuelt mottak av alarm via app blir det vanskelig å forholde seg til all den nye teknologien og de nye rutinene:

Pårørende: Jeg fikk jo forklart hvordan det fungerte og hva vi skulle gjøre. Jeg husker ikke så mye.

Ansatt: Hun [pårørende] er bekymret. Har tatt på seg ansvaret for lading. Utfordringer fordi hun har også ny smarttelefon. Hun fikk ikke [smarttelefonen] på grunn av GPS men fikk den mens [GPS ble tildelt]. Måtte lære seg. Hvis han er ute og går og trykker på så får hun SMS på sin telefon. Jeg tror ikke at han gjør det [dvs. trykker på alarmknappen]. Men når de testet ble hun forvirret av hva slags meldinger hun fikk frem.

Brukere får en infoskriv om tjenesten under kartleggingen og før de får tjenesten. Opplæring i tjenesten foregår etter at brukeren er tildelt LT. Mye av opplæringen for brukere og pårørende har ellers vært muntlig. I følge prosjektledelsen blir brukere gitt grundig opplæring og oppfølging. Tidsbruken kan variere fra bruker til bruker ut ifra hvor mye opplæring de trenger.

Tjenesten har også en formell uttestingfase der det pågår en del opplæring i tillegg til tilpasning. Brukerens bruksmønster observeres for å finne ut om han/hun har forstått av og lært om bruken av GPS:

Ansatt: ..hvis du bare legger GPS-en der og sier begynn å bruke, det skjer ikke. Vi [Helsevakta] kommuniserer med [ergoterapitjenesten] om hvordan GPS-en brukes av brukeren de dagene opplæring pågår.

Ansatt: Det er ikke alle brukere har forståelse av hvordan de skal bruke den da. Noen av dem gjør det. Vi har ei som har ringt [via telefonifunksjonen]... vi hadde toveis tale... fordi hun trykte på knappen. Da svarte hun over den [GPS-enheten] eller telefonen... Det er litt forskjellig i forhold til erfaring. De har litt forskjellige oppfatninger av det, det er individuelt. Men at det er utfordringer med det, det er det absolutt.

Opplæringsbehovet hos de ansatte er også stort, og adresseres gjennom foredrag, fagdager og kurs som prosjektledelsen har holdt under innføringen av tjenesten.

Ansatt: Samarbeid med ergo[terapitjenesten] er kjempebra, og alle oss som jobber her [på Helsevakta] har hatt fordel av. [Demenskontakten] har vært innom og hatt undervisning om demens... Noe med dette her om hvordan vi møter de som har trykt på alarmen og skal ha hjelp. Hvordan møter vi de? Sier vi at nei nå er hun så dement at det nytter ikke å snakke med henne? Noe med måten vi tilnærmer oss dem, kommer inn hjem til brukeren. At vi lærer oss å lytte. [Demenskontakten] har fortalt at det er forskjellige typer demens, noen reagerer sånn og noen sånn. På siste fagdag hadde vi også en fra ressursenteret som fortalte om hvordan demente har det hjemme.

De ansatte vi intervjuet syns det noen ganger ble det mange skjemaer å forholde seg til, og ser på dette som en utfordring siden LT foreløpig ikke har så mange brukere slik at de kan bli fortrolig med alle skjemaene. Det er gjort en stor jobb med å systematisere og digitalisere hjelpeverktøy for LT (skjemaer) og legge disse i ansattes eksisterende papirbaserte og digitale verktøy som Gerica og Kvaliteket (mer om disse verktøyene senere).

Ansatt: Prosedyrer, samtykke... Virket utrolig kaotisk opp i mitt hode. Syns det var utrolig mye. Tid som det har gått til å diskutere rutiner og sortere i eget hode.

Ansatt: Hvis hjemmetjenesten er utrygg på hvordan GPS-en fungerer så har vi manualen bak i permen da, hvis vi selv også er usikre på hvilken type var det. Nå har vi en video [på Youtube] der vi kan gå inn på hver type GPS i forhold til brukerfunksjoner og sånne ting. Hvis vi trenger oppfriskning.

Siden det er flere entiteter i kommunen som er involvert i LT vil opplæringsbehovet være variert og må tilpasses de forskjellige enhetene, f.eks. hjemmetjenesten.

Ansatt: I forhold til hjemmetjenesten, nå som vi ikke har så mange brukere, det blir litt opplæring. Men når vi har flere brukere, og de [i hjemmetjenesten] blir bedre kjent med produktet vi har og blir kjent med hvilke rutiner vi vil ha, da blir det bra. For jeg tror det har litt med interessen å gjøre.

5.2.5 Individuell tilpasning

Individuell tilpasning gjøres hovedsakelig av Helsevakta når brukeren tildeles LT. Både bruker, pårørende og ergoterapitjenesten er involvert i prosessen. Helsevakta lager brukerkortet som dokumenterer hvilke tilpasninger som man er blitt enige om. Disse tilpasningene må implementeres i verktøyene, hovedsakelig Safecall:

Forsker: Hvilke tilpasninger kan man gjøre i systemet [Safecall]?

Ansatt: Vi har fått veldig lite bruksanvisning på det faktisk. Men det er visst ganske mye du kan gjøre. Du kan. Jeg har en bruker som bor på [bydel]. Der har vi laget geo-fence. Vi får beskjed når han går ut mellom kl. x og y. Jeg tror det er veldig mye [som kan tilpasses], men vi føler at vi ikke har fått den store brukerhåndboka. Vi har fått besøk og de har vist oss. Men når du sitter for deg selv og skal tilpasse. Det er vanskelig. Det har vi etterlyst.

Mye av tilpasningsarbeidet er basert på informasjon som er samlet i kartleggingsfasen. Prosessen ser også ut til å være iterativ. Man kartlegger, tilpasser, lærer fra bruken av LT, og oppdaterer tilpasningene etter behov. Brukerkortet oppdateres av Helsevakta. Tilpasning er en prosess som kan oppleves mer komplisert enn for enkle hjelpemidler:

Ansatt: Når brukeren skal ha trygghetsalarm det er en mye enklere prosess. Denne [GPS] skal ha mye mer tilpasning. Det er ganske mye forarbeid som må være på plass før brukeren har GPS i hånda. Også er det ikke noen som er like.

5.2.6 Daglig bruk

I den daglige bruken er mye av arbeidet koblet til testing og lading av GPS-enhetene, samt håndtering av varsler—enten alarmer fra GPS-enheten eller telefon fra pårørende og andre. Denne håndteringen kan i noen tilfeller resultere i utrykking og henting av bruker.

Det er i daglig bruk at man forventer å kunne realisere gevinster. En stor besparelse man forventer er å redusere risiko for bruker når brukeren har gått seg vill, samt redusere ressursforbruket knyttet til leteaksjoner:

"Flere av brukerne vi har i dag, har utløst leteaksjoner før de fikk GPS-tjeneste. Dette utløser mye tidsbruk, både for hjelpeapparat (hjemmetjenesten/Helsevakta), pårørende, politi, taxier og frivillige... Hjemmetjenesten bruker mye tid på grunn av ekstra hjemmebesøk, når han ikke er hjemme og telefoner til pårørende, sykehus, politi, Helsevakta o.l for å undersøke hvor han er og igangsette leteaksjoner" (Trondheim Kommune, 2015).

Også for brukere som ikke er hjemmeboende, som bor på helse- og velferdssenter, har LT ført til enklere leting og henting:

Ansatt: Sånn som for eksempel han som er urolig. Han bor heldigvis ikke hjemme da. Han bor i HV-senter med en person som går ved han hele tiden da. De ganger han har stukket av eller går fra avdelingen har vi funnet ham ganske kjapt. Fordi vi har bilde av bruker. Vi har GPS-en på ham. Vi ser hvor han går. I hans tilfelle er han utrygg ute. Han er ikke trafikk sikker. Han vet ikke at hvis han går i en tunnel så. Ja. For det har vedkommende gjort.

Utrykking skjer avhengig av individtilpassede rutiner. For noen brukere kan det være nok at brukeren drar ut av huset, for andre skjer utrykking når de går utenfor såkalte "geo-fence", dvs. forhåndsdefinerte områder. Ansatte har begynt å bruke Transmobile enheter i bilen. Samtidig har de også tilgang til nettbrett med CIM, LMP og SafeLock⁵. Disse verktøyene gjør det mulig å lokalisere og kjenne igjen brukeren. Brukeren hentes da direkte i utrykningsbilen eller det bestilles drosje for å hente brukeren. I noen tilfeller er det pårørende som henter, alt etter hva som er avtalt. Hentesituasjoner er nøye tilpasset hver bruker, men kan av og til medføre utfordringer:

Ansatt: Hvis vi finner ham og han ikke vil sette seg inn i bilen... for her kan det være forskjellige rutiner. Noen sendes med drosje. I brukerkortet står da at du skal ringe etter drosje, også sier du til sjåføren at han skal kjøre der han bor [på HV-senteret]. Også ringer du personale og sier at han er nå på vei hjem. Da går personale ut og tar imot ham.

Ansatt: Vi hadde et tilfelle der han [Bruker] skulle til byen og ta toget, også har han faktisk selv ringt etter drosje. Så ble det utrykning fra oss på grunn av GPS-en. Da var det veldig kinkig. Han hadde kort men han hadde ikke pinkoden. Drosjesjåføren ble litt irritert. I etterkant av det har vi, i iPaden [med TransLock] har vi et taxikort som kan brukes ved hjemsendelser. Det er ikke alle drosjesjåførere som synes det er greit at de skal få betaling dagen etter. Vi må være løsningsorientert for det er mange ting som dukker opp som vi ikke har tenkt på. Det ligner ikke på noe annet.

Vi har ikke klart å få tak i statistikk rundt antall faktiske utrykkinger. Men fra uttalelsene til de ansatte ser det ut som om daglig drift kan være ressurskrevende:

Ansatt 1: Når to av 5-7 som har GPS bestemmer seg å dra ut samtidig så tar de beslag på alle våre ressurser. Og de tre som kjører ut på dagtid, de skal sørge fire tusen trygghetsalarmer pluss de fem GPS vi

⁵ Disse dataverktøyene blir presentert og diskuterte senere i rapporten.

hadde i prosjektet. Når to drar på tur samtidig, da får ikke de fire tusen med alarm hjelpen hvis det skjer noe. Grunnen er at når de går ut er de i direkte fare, i trafikken osv. Da må vi sette inn alle ressursene på å hente dem.

Ansatt 2: Så langt har det vært kun trygghetsalarm vi har holdt på med. Alle vet om det. GPS er nytt. De ansatte har problemer med å prioritere. Vi jobber med å få dem til å forstå at dette er med lik linje som trygghetsalarm. Da må man begynne å sortere hva som er viktigst i forhold til liv og helse...hvis du har tre forskjellige ting du skal dra ut på.

Ansatt 1: Det er GPS som utløser de største peak-ene. De andre [tjenestene] går litt mer jevnt. På trygghetsalarm har vi jevnere behov. Det er GPS som utgjør peak-ene.

I følge prosjektledelsen har man ennå ikke hatt episoder der flere brukere av LT har utløst søk samtidig. Data fra fagsystemene viser en tendens til generelt lav tidsforbruk med noen "peaks" som viser tydelig behovet for beredskap. Antall episoder med søk og henting har også vært generelt lavt (ca. 2 per måned for 8 brukere) og koblet til noen få spesifikke brukere.

Alle brukere har definerte rutiner—laget sammen med brukeren selv eller pårørende—som avgjør hvordan daglig bruk er organisert, for eksempel når søk og eventuell henting skal settes i gang. Et eksempel på en rutine kan være at Helsevakta foretar søk dersom bruker ikke er hjemme kl. 16 hver dag når hjemmetjenesten kommer på tilsyn. Brukeren kan da være ute hele formiddagen uten at søk utløses. Det har vært vanskelig å finne ut hvem som faktisk har utløst SOS-alarmer som fører til utrykking. Det ser ut som det finnes veldig få tilfeller der brukeren selv har utløst alarmer fordi han/hun har gått seg vill. Slik vi har forstått det er det oftest telefon fra pårørende eller hjemmetjenesten eller ansatte på sykehjem som utløser leteaksjoner. Det er rutiner laget sammen med brukeren selv og/eller pårørende som avgjør når søk og eventuell henting skal settes i gang. I rutinen kan det for eksempel være avtalt at ansatte/pårørende varsler Helsevakta hvis bruker ikke er hjemme etter avtale.

5.3 Verktøy for bruker og pårørende

Det er hovedsakelig to teknologiske verktøy som bruker og pårørende får tilgang til som del av LT. Dette er selve GPS-enheten som må bæres av brukeren, og en app for pårørende for å kunne finne ut hvor brukeren befinner seg på et gitt tidspunkt, og for å kunne motta varsler, f.eks. dersom brukeren trykker på alarmknappen på GPS-enheten. I tillegg brukes telefon hyppig av pårørende for å kontakte kommunen. Prosjektledelsen presiserer at det ikke er hensikten at pårørende bare kan ringe når de er bekymret og ønsker å vite hvor GPS-bruker er. Vi har ikke tall på hvor ofte dette skjer. Men den ene pårørende som vi intervjuet hadde kontaktet ergoterapeut og Helsevakta flere ganger, og i tillegg hadde brukte app-en flere ganger for å lokalisere brukeren.

Det har skjedd mye teknologisk utvikling innenfor dette feltet siden de første utprøvingene begynte. Samtidig observerer vi fortsatt en del utfordringer koblet til teknologien—for eksempel telefonifunksjonen, av/på-knappen, og alarmknappen. Også lading og daglig testing av enhetene utgjør en del komplikasjoner og krever tid og ressurser. Kombinasjonen av disse utfordringene gjør at LT kan oppleves som en komplisert tjeneste for bruker og pårørende:

Ansatt: Det enkle er alltid det beste. Vi har mange hjelpemidler som gir utrolig mange muligheter—kalendere, tavler, planleggere. Men det hjelper jo ingen verdens ting hvis folk ikke greier å bruke dem! GPS har kanskje vært sånn på en måte.

Samtidig er prosjektledelsen tydelig på at LT er en tjeneste som skal følges opp av de ansvarlige ansatte, og at brukeren ikke er overlatt til seg selv:

Prosjektleder: GPS er en tjeneste. Det vil si at ved å ta i bruk GPS, så er det også ansatte som følger opp. Det skal ikke kreves noe av brukeren for å ta i bruk GPS, fordi det er en tjeneste og en passiv teknologi. Det eneste brukeren må gjøre er å ha med seg GPSen. Ved bruk av hjelpemidler kreves det noe av brukeren, f.eks. å trykke på en knapp for at noe skal skje, aktiv teknologi.... Vår opplevelse er at disse utfordringene

oppleves kun ved oppstart av tjenesten. Etter opplæring og bruk i en periode, opplever vi at pårørende blir komfortable med teknologien.

Under går vi gjennom noen observasjoner rundt bruk av denne teknologien hos bruker og pårørende.

5.3.1 GPS-enheten

Enheterne er blitt små og kan lett tas med som f.eks. i en nøkkelring. Vi har ikke observert problemer ift. å huske å ta med enheten—noe som var pekt ut i tidligere piloter som en potensiell utfordring. Det ser ut som det å ta med enheten er noe som lett kan integreres med de daglige rutinene til brukeren. Det gjøres en vurdering under behovskartlegging om hvilken type enhet som passer best for den individuelle brukeren. Det finnes en type som festes til nøkkelring, og en type som festes til belte. I tillegg kommer det nye typer på markedet helte tiden, f.eks. en som har RFID funksjonalitet for å signalisere at enheten står i laderen. Dette er nyttig for eksempel for å vite at brukeren—eller retttere sagt enheten—er hjemme.

5.3.1.1 Telefonifunksjonen

De fleste GPS-enheter har funksjonalitet for to-veis samtaler, som på en mobiltelefon. Denne kan potensielt benyttes for å kunne snakke med bruker når han eller hun ikke finner veien hjem, for å berolige, og eventuelt finne ut hvor de er ved å spørre dem direkte og be dem å forbli der de er for å bli hentet. Samtidig er det utfordringer koblet til denne funksjonaliteten. Utfordringene kommer delvis fra at funksjonaliteten kan bli for kompleks for bruker. f.eks. i følgende samtale ser vi at pårørende—kona—har problemer med å komme i kontakt med bruker—mannen—når han har gått seg bort fordi mannen ikke forstår at enheten kan brukes som telefon:

Pårørende: Det som jeg savner er å kunne snakke med han gjennom den. Når jeg ringer så hører jeg lydene rundt ham men han hører ikke at jeg snakker til ham. Da må han ha den rett i ørene, og det har han ikke. Jeg har hørt at han er utrygg der nede, men får ikke å gjøre ham trygg.

Bruker: Ja hvis jeg tar den til øre og snakker så...

Pårørende: Ja, men du vet ikke at jeg er inni der.

Bruker: Nei...

Pårørende: Det går an å snakke i den, det er bare at den ringer ikke... Jeg syns det... for det kan være viktig å snarest vite... hvor han er. Hvis han ikke vet [det selv].

Det er viktig å presisere at GPS-enheter finnes i forskjellige varianter, og hver bruker tildeles en variant som samsvarer med hans/hennes individuelle kartlegging. De som ikke kan bruke to-veis kommunikasjon skal i utgangspunktet ikke ha denne funksjonen i sin GPS-enheten. Noen ganger setter GPS-enheterne imidlertid begrensninger som vanskeliggjør tilpasning. I dette tilfelle ble det vurdert viktigere for brukeren at GPS-enheten kunne festes til nøkkelringen, selv om den eneste varianten som passet hadde to-veis kommunikasjon i tillegg.

Samtidig ser vi at telefonifunksjonen er blitt brukt av denne pårørende, ikke for å snakke med brukeren men for å vite hvor brukeren er ved å lytte til lyd fra omgivelsene:

Pårørende: Det var en gang jeg skulle på museet på foredrag. Så gikk jeg sakte og han skulle gå etter meg. Så skulle vi møtes nede. Også stod jeg der og venta. Også så ham ikke opp gjennom veien. Og da ringte jeg, og hørte [på lyd i bakgrunnen] at han hadde kommet frem, da hadde han gått bak ryggen min.

I en annen episode var telefonifunksjonen brukt av personale på vaktentral mens en forbipasserende var allerede i ferd med å hjelpe brukeren. Dette visste ikke vaktentralen, noe som førte til at kommunikasjonen med brukeren ble overhørt av forbipasserende.

Generelt ser det ut som telefonifunksjonen er ønsket av de ansatte på vaktentralen fordi den gir dem en ny mulighet til å få oversikt over situasjonen når en alarm er utløst, men dette forutsetter at brukeren er vant til å bruke funksjonen:

Ansatt: Hvis man [Bruker] har hatt trykkesalvarm med snakkeknapp, og man er vant til å bruke det, da skal man også ha det i GPS-en sin.

Som en del av tilpasningsprosessen skal det også vurderes om brukeren er i stand til å bruke to-veis kommunikasjon i GPS-enheten. I den nye anskaffelsen er det lagt vekt på at det skal finnes flere typer GPS-enheter, slik at denne type tilpasning kan forenkles.

5.3.1.2 "Av/på"-knappen

"Av/på"-knappen lar brukeren slå av eller på GPS-enheten. Det har vært diskutert at denne knappen skal kunne deaktiveres:

Ansatt: Vi skal ha mulighet til å slå den av [deaktivere knappen]. Hvis vi finner ut at du [GPS-bruker] skruer den av hver gang du går ut da har vi avdekt en tilpasning, og vi må deaktivere av-knappen for den personen.

Denne av-knappen har vært et diskusjonstema under anskaffelsen. For noen brukere er det en forutsetning for tjenesten at GPS-enheten er på 24/7. I disse tilfeller vil man da ikke lade batteriet, men bytte det med ladet batteri fordi enheten er av under lading. Dette nødvendiggjør da en av/på-knapp når nytt batteri er satt inn. De nye enhetene kommer i to varianter, med og uten av/på-knapp.

5.3.1.3 Alarmknappen

Enhetene har også som regel en alarmknapp som kan trykkes for å generere en alarmmelding som sendes til pårørende eller alarmmottak, eller begge to. Alarmknappen brukes også som test-knapp av pårørende eller hjemmetjenesten. Dette skjer hver morgen ved vaktskift hos alarmsentralen. Vi har observert at alarmknappen brukes mest for testing, og at det ikke har vært mange tilfeller der bruker har aktivert alarmen:

Forker: Har du brukt den [alarmknappen]?

Bruker: Nei jeg har nesten ikke brukt den. Jeg har prøvd den et par ganger.

Pårørende: Du har prøvd den ja. Det er den jeg trykker på om morgen [for å teste enheten].

Bruker: Ikke når det har vært behov.

Forsker: Er GPS komplisert?

Pårørende: Nei.

Bruker: Nei.

Pårørende: Men jeg er ikke helt sikker på om du [Bruker] husker å trykke på den hvis det skjer noe.

Bruker: Trykke på? Skal jeg trykke på den røde her da? Ja det er...jo.

Pårørende: Hvis du er et sted du ikke vet hvor du er.

Bruker: Da kan jeg trykke på den der ja, og får tak i deg.

5.3.1.4 Lading og testing

GPS-enheten opererer med batteri og må lades—som regel daglig. I tillegg krever vaktentralen daglig testing av enheten for å forsikre seg om at den fungerer. Våre informanter snakker mye om disse to aktivitetene. Lading og testing kan utføres av pårørende eller av helsepersonell. Vi har ikke eksempler hvor selve brukeren utfører disse oppgavene. Effektstudien fra Trygge Spor viser at i 76% av tilfeller er det de ansatte som lader, mens pårørende lader i 22% av tilfeller (Øderud et al., 2015).

Lading gjøres som regel daglig. Enheten må kobles til lader på kveldstid, og settes tilbake hvor brukeren kan huske å ta den med når han/hun skal ut. Dette er ofte i en nøkkelring, men det kan også være en jakkelomme e.l. Vaktentralen har mulighet til å sjekke batterinivået på enheten på en skjerm, og enheten vil generere en

alarm dersom nivået faller under en viss prosent. Hvor hjemmetjenesten er ansvarlig for lading blir det etablert rutiner og oppdrag legges inn i Gerica:

Ansatt: Hjemmesykepleieren går inn senest mulig for å sette på lading. Den typen hun [Bruker] har går ikke an å bytte batteri på. Må sette hele GPS-en inn i en lader. Men den henger fortsatt på nøkkelknippet. Det er enkel å lade med nøkkelknippet på.

Ansatt: [Med GPS som har RFID i laderen] får vi beskjed når hun går ut. Og beskjed når hun kommer hjem og GPS-en går i dvale for å spare batteri. Skulle egentlig spare masse batteri men nå har vi gått fra å lade to ganger i uka til å lade hver natt! Grunnen kan være at hun går mye tur, og batteriet blir tappet fordi den søker signal hele tiden. Det er en utfordring å finne hvilken GPS som er best for hver bruker. Batteri er en utfordring.

I case 1, hvor pårørende hadde ansvaret for lading, har vi observert en del utfordringer. Rutinen er lik den for hjemmetjenesten, men pårørende kan finne det utfordrende:

Pårørende: Vi setter på lading og lar den stå natta. Det anbefalte dem når vi fikk den. Jeg ser den er fullada når jeg legger meg. Jeg lar den stå. Rutiner er veldig viktig. Eller så glemmes det.

Forsker: Hva tenker dere at det er behov for en ny rutine?

Pårørende: Det går greit. Det som er stressende det er at vi bor i et slikt hus. Satellitten finner den ikke. Det syns jeg har vært stressende. Det er [alarm]sentralen som ikke får kontakt med den. Dem har sine måter å gjøre det på.

Bruker: Må du ut hvis dem skal ha kontakt?

Pårørende: Nei jeg har funnet ut at hvis jeg legger den i det vinduet der, det er jo sørvendt, går ut i fra at satellitt er mot sør. Nå har jeg oppdaget at hvis den er bort på der når vi har den på lading, så har vi kontakt.

GPS-enhetene har ingen innebygd selv-test funksjon. Testing går da ut på å trykke på den eksterne alarmknappen. Dette genererer en varsel—i form av SOS-alarm som mottas som en SMS på en mobiltelefon hos vaktentralen, men også som visuell alarm på skjermen til SafeLock. De ansatte på vaktentralen vet at denne alarmen er på grunn av testing fordi det ofte er avklart i rutiner for brukere at testing skal skje i tidsrommet kl. 08.00-09.00 når hjemmesykepleieren, eller pårørende, har trykt på alarmknappen. Helsevakta og hjemmetjenesten/pårørende er ofte i en dialog per telefon når GPS testes. Testingen i vår case 1 viste seg å være i perioder utfordrende for pårørende:

Pårørende: Jeg har testet en del. Jeg har avtale med dem [vaktentralen] at jeg trykker på den [alarmknappen] mellom [kl.] 8 og 9 hver dag. For at dem skal se at dem har en kontakt. Ja, men problemet mitt er at enkelte ganger går jeg ut før 8, og da er liksom snakk om at det burde være etter 8, at dagskift skulle komme, et aller annet sånt. Jeg har fått telefon.[fra vaktentralen].[når jeg] har vært på fjellet, har vært og satt i bil og, det er ikke bestandig at det passer så veldig.

Ansatt: Man må innse at GPSen er en ute-ting. Frustrasjonen er at når brukeren er hjemme og ikke har vært ute i løpet av dagen så sender han heller ikke noen signaler. Da blir det litt sånn...ja vi får ikke kontakt med den. Og da sitter vaktentralen med informasjon "ingen kommunikasjon". Og vi vet ikke om den er avslått eller om personen er inne i huset. Det er frustrerende.

Hjemmetjenesten spiller en viktig rolle i lading og testing:

Ansatt: Der det er hjemmesykepleieren naturlig inn, der det er fast oppdrag, så tror jeg det er veldig gunstig å bruke dem for å sjekke og teste. Da må man ha et samarbeid med dem, og de må kjenne produktene. Samarbeidet er på vei. Før var GPS så ukjent og fremmed. "Herregud skal vi forholde oss til det og?". Nå begynner å bli akseptert.

5.3.2 App med alarmfunksjon for pårørende

Det finnes en nedlastbar app for pårørende⁶ der de kan sjekke GPS-posisjonen til bruker. I tillegg kan brukere få alarmer på SMS. Bruk av denne appen er avklart i samtykkeerklæringen som gis av bruker. Trondheim kommune har ikke lov til å samarbeide med pårørende dersom bruker ikke samtykker til dette. Appen viser ikke alltid den siste posisjonen til brukeren, noe som har skapt forvirring:

Pårørende: Hvis jeg bare trykker, logger meg på og trykker på [posisjon] så får jeg ikke sett hvor han er nå. For det oppdateres hvert tiende minutt. Og det er jo ikke bestandig at det stemmer, at han er der han var for ti minutter siden. Hvis han er i en bil så er det jo ganske stor forskjell da. De testene vi kjørte utover Agdenes. Da hadde vi det morsomt. Da var vi kommet ditt, men vi var her på skjermen. Så kanskje det også sikkerhetsmessig ikke er så bra.

Forsker: Hvilken forventning hadde dere før dere fikk den?

Pårørende: Hadde ikke tenkt så mye på det. Men, at det ikke var direkte, at det var bare sånn punktvis, det. Men som sagt hvis jeg ringer opp [til vaktentralen] så får jeg riktig posisjon... Hvis det hadde vært krise. Hvis det hadde.. Hvis han hadde skadet seg. Da er de ti minuttene. Ja, hva skal jeg si. Som sagt. Vi har ikke noe problem sånn.

Bruker: Nei vi har ikke.

Pårørende: Ikke noe som er farlig.

Den andre utfordringer er hvor vidt pårørende og omsorgspersoner skal få lov å se posisjonen til brukeren når de vil. Hos vaktentralen er det klare rutiner for når man kan lese GPS-posisjon. Men spesielt for pårørende kan dette være vanskelig å innføre og kan skape etiske utfordringer. Prosjektledelsen er klar over denne utfordringen:

Prosjektleder: Det er viktig at fagperson har en samtale med pårørende og bruker i forhold til når man skal lokalisere... bevisstgjøring i forhold til etiske utfordringer og om lovverk... For beboere på sykehjem som har GPS, så er det Helsevakta som lokaliserer bruker. Ansatte og pårørende har ikke tilgang til app.

5.3.3 Kommunikasjon med kommunen

Kommunen har ikke noe standardisert verktøy for kommunikasjon med brukere og pårørende, men telefon, papirpost og e-post brukes ofte. Pårørende kan sende sensitiv informasjon per epost—ikke bare for LT men også generelt for andre tjenester. Prosjektledelsen er tydelig på at ansatt/helsepersonell ikke har lov til å kommunisere via epost med sensitiv informasjon, men at kommunen kan ikke forby brukere til å bruke e-post for sensitiv informasjon. De ansatte gjør en innsats i å lære brukere og pårørende til å ikke bruke e-post for sensitiv informasjon:

Ansatt: Vi prøver å lære pårørende som skriver [e-post], og som skriver fullt navn og fødselsdato og hele pakka.. vi prøver å varsle at dere ikke må sende [i e-post]... de kan jo ringe oss. De kan godt sende oss en mail [e-post] men ikke full med.. [sensitiv data]. Det må de gjerne gjøre. Eller [papir] post og for den saks skyld. Det tar lenger tid selvfølgelig da.

Kommunikasjon med kommunale velferdstjenester oppleves generelt som vanskelig og forvirrende av vår informant. Når flere aktører er involvert—slik det typisk vil være med mange tjenester—opplever brukere og pårørende forvirring rundt hvem de skal kontakte i forskjellige situasjoner:

Pårørende: Jeg synes det er vanskelig, det har ikke med denne [GPS] prosessen her å gjøre. Men det er vanskelig å finne riktig person å ringe til. Og komme til riktig person. Plutselig er det ikke det nummeret jeg har lært meg, og det er gjort om og. Det synes jeg er litt vanskelig....Det er noe med kommunikasjonen

⁶ Dette er samme som SafeLock portalen som omtales senere. SafeLock støtter forskjellige roller for brukere, f.eks. ansatt og pårørende. Funksjonaliteten kan tilpasses for hver rolle.

som ikke er helt lett. De har forskjellige aktører. Vi må kontakte alle ledd. Vet ikke hvordan det fungerer. For en vanlig pensjonist så er det ikke godt å vite hva det her er egentlig. En bunke med brosjyrer å finne frem i. Jeg synes det er vanskelig.

Denne forvirringen er også meldt i andre studier, da for yngre pårørende av LT-brukere:

"Det virker som tjenesten er separat, at Trygghetspatroljen er en ting, og hjemmesykepleien er en ting og avlastningen er en annen ting. Det er jo ikke sånn at alle pårørende er unge og kan ringe rundt til alle de forskjellige hjelpeinstansene når personen skal på avlastning, og selv huske på at de må ringe og varsle de forskjellige instansene" (*Sitat fra intervju med pårørende i Norby, 2016*).

Viktig å huske at LT er i en innføringsfase, og at denne type kommunikasjon vil sannsynligvis forbedres i fremtiden.

5.4 Verktøy for helsepersonell

Som utenforstående observerer vi et komplekst bilde når det gjelder (IKT-) verktøy for de ansatte⁷. For hver enkelt oppgave bruker de ansatte ofte flere verktøy om hverandre, ofte på en kreative måte:

Ansatt: Når det gjelder søk og henting...vi har bilder [av Bruker] i.... Nå har vi fått CIM, ikke sikker om hundre prosent oppe. Vi har brukerkortet i Gerica, litt av det samme som i [brukerkort]permen. Men vi har og fått tilgang til CIM der vi logger oss inn og skal ha bilder av brukeren. Eller vi kan ha med på papir [når de ikke er i CIM] på grunn av taushetsplikt [og personvern]. Trygghetspatroljen har også [nett]brett som de kan ta med ut. Det har ikke CIM eller LMP [på brettet]. Men det er CIM på LMP-en. Brettet kan de bruke for å logge inn i [Safecall] og søke [brukeren på et kart]. Så hvis det er to stykker som rykker ut da kan en søke i [Safecall]og en kan kjøre. Med mindre vi kan sitte og veilede dem herfra [vaktentralen]. Men vi har også ganske mange andre oppgaver og skal besvare alarmer og andre ting. Da tar de ofte med seg denne [brettet] ut. Også kan vi jo sitte og se at ok nå har han ikke flyttet seg så veldig langt eller gått annen vei. Da kan vi ringe og si at nå har han gått den retning. Så det er litt koordinering!

5.4.1 Gerica, Kvaliteket og skjemaer

Helse- og velferdstjenestene ved TK blir grundig dokumentert. Det finnes skjemaer—i papirform og i egne elektroniske journaler—for henvendelser, kartlegginger, statusrapporter, beskjeder og oppdrag. Elektroniske skjemaer som dokumenterer rutiner kartleggingsprosessene er lagret i en intern portal som heter Kvaliteket. Kvaliteket dokumenterer standard tjenesteforløp for forskjellige typer sak, og gir tilgang til skjemaer og verktøy brukt i hver type tjenesteforløp. Der kan man lese om rutiner, hvilke skjemaer som finnes, og laste ned skjemaer. Forløp for tildeling av LT og flere av skjemaer som er aktuelle for LT er blitt integrert i Kvaliteket. Det er da snakk om helt nye skjemaer eller eksisterende skjemaer som er utvidet med egne punkter om GPS.

Gerica fagsystem⁸ er et EPJ-system (Elektronisk Pasient Journal) som brukes av alle som jobber med helse- og velferdstjenester i Trondheim kommune. Dette inkluderer—for LT— HV-kontoret, ergoterapitjenesten, hjemmetjenesten, HV-sentra og Helsevakta. Som en del av den planlagte innføringen av LT har kommunen allerede integrert deler av sine rutiner for LT i Gerica i form av nye eller utvidede journaler:

Prosjektleder: Det er gjort tilpasninger i Gerica før oppstart av ny GPS-tjeneste. Det vil si at det er opprettet en egen sak som heter GPS. Dette gjør at man kan dokumentere det ansatte gjør tilknyttet GPS-tjenesten i pasientjournal. Helsepersonell har dokumentasjonsplikt. Videre fører dette til at man kan tidsregistrere tidsbruk knyttet til tjenesten. Gunstig ved gevinstrealisering.

⁷ Det er viktig å huske at IKT-verktøyene er i stadig endring. Den siste anskaffelsen vil erstatte flere verktøy med et nytt verktøy. Det finnes også mer langsiktige løp der endra flere verktøy skal integreres. Beskrivelsen her viser nåsituasjonen.

⁸ <http://www.tieto.no/gerica>.

Kvaliteket er en kunnskapsplattform for oppslag, mens Gerica er et arbeidsverktøy som brukes daglig av mange av de som vi har intervjuet. Gerica lagrer detaljert informasjon om hver bruker ("brukerkortet"), historikk og dokumentasjon på forholdet mellom bruker og TK, og fungerer som et verktøy for formell kommunikasjon innad i TK:

Ansatt: Her er brukerkortet [i Gerica], forside med navn og opplysninger. Det har vi på alle brukere. Det har vi brukt helt siden Gerica startet. Før hadde vi NIT-Pro. Alle detaljer om brukeren, hvor hun hører til. Noe spesielt vi må vite, og så er det journalbildet, skriver det som skjer.

Ansatt: Rapportene legger vi i journal [i Gerica] som heter statusrapport, som egentlig er vurdering og konklusjonen. Statusrapport kan ses av alle i Gerica, men ergoterapijournalen er begrenset tilgang til. For de to [GPS] casene har det vært sammendrag av funksjon, og litt konklusjoner, tiltakene, kanskje litt detaljert på GPS.

Ansatt: Her er liste over alle brukere. Må søke opp brukeren. Her er [ergoterapeuten] som har skrevet. Det er de som har vært innom mappen. Hun fra dagsenter også. Og trygghetspatruljen. Og så skriver vi. Her ser du at jeg har sendt beskjed til trygghetspatruljen om neste gang hun skal på avlastning.

Parallelt med digitale versjoner av skjemaer som ligger i Gerica brukes også papirversjoner når man skal på hjemmebesøk. Mer erfarne ansatte bruker også notatbok på hjemmebesøk i stedet for papirskjema:

Ansatt: Gerica brukes aller mest. Jeg er litt gammeldags, så har jeg permer med forskjellige [skjemaer]. Syns det tar så lang tid å lete seg frem [i Kvaliteket?]. Når jeg skal ut på besøk er det greit å ha papir. Dette er permen med brukerne mine [hun tar frem perm med skjemaer gruppert i plastlommer]. [Her er] papirversjon av kartleggingsskjemaet. Med egen del om GPS. Usikker på om det med GPS er kommet inn [i Kvaliteket].

Ansatt: Vi har også maler som det går an å ta ut på papir som vi tar med når vi besøker bruker. Jeg har en del av det i hodet. De nyutdannede bruker skjemaene mye. Jeg skriver som regel på et ark. For personer med demens er det en fordel at man ikke tar fram mange skjemaer og papir under besøke, da dette kan skape uro hos bruker.

Siden skjemaer finnes både som PDF-versjon på Kvaliteket og som digital versjon i Gerica kan det hende at det blir inkonsistens mellom de to versjonene:

Ansatt: Papirmalene stemmer ikke alltid med tilsvarende i Gerica, så vi må trekke ut og tilpasse data fra papir [versjon til Gerica]. Vanligvis ligger dette i hode og blir automatisert. Men det kan hende det blir annerledes for GPS siden vi ikke har mange nok saker.

5.4.2 Brukerkortet (papirversjon og digital versjon)

Brukerkortet i papirversjon var et sentralt verktøy for de ansatte på Helsevakta da vi intervjuet dem (i følge prosjektledelsen skal nå denne papirversjonen være erstattet med en egen journal i Gerica). Å slå opp i brukerens brukerkort er det første som ansatte gjør når det oppstår avvik, som for eksempel alarm eller avbrutt kommunikasjon. Alle brukerkort ligger i en lett tilgjengelig perm på alarmsentralen:

Ansatt: Her er selve brukerkortet. Navn og nummer på GPS. Det er telefonnummer på GPS som du kan ringe til hvis det blir alarm. Det er også type GPS. Her står det litt relevante opplysninger. Kriterier for initiering av søk. Hva skal vi gjøre ved batterivarsel. Når alarmknappen er utløst hvem kontakter vi først. Kontaktinformasjon i kommunen, hjemmesykepleier på dagtid, ukedag, helg. Og eventuelt andre ting, for eksempel hva er oppgaver til hjemmesykepleieren i forhold til GPS.

Ansatt: I permen har vi, på fremsiden, dato, klokkeslett og hvor lang tid vi bruker per vakt på søke. Også skriver vi i kommentarfeltet for neste vakt. Også har vi for samtlige brukere både bilde og navn, hvem vi skal kontakte hvis det er alarm, hvis det er ingen kommunikasjon. Hvis det er spørsmål så står det i brukerkortet. Og det [brukerkortet]er oppdatert kontinuerlig.

Brukerkortet er lagt inn i Gerica, men papirversjonene bruktes fortsatt av våre informanter på Helsevakta:

Forsker: Hvilke verktøy blir brukt mest?

Ansatt: Permen. Vi bruker jo den hver dag flere ganger, tre ganger i døgnet. Hvis hjemmetjenesten er utrygg på hvordan GPS-en fungerer så har vi manualen bak i permen da, hvis vi selv også er usikre på hvilken type det var.

Digitalversjonen av brukerkortet i Gerica ser nå ut til å være i bruk, også under utrykking.

5.4.3 Safecall (portal og mobil)

Safecalls⁹ portalløsning, heretter kalt Safecall, brukes for posisjonering av bruker som er tildelt LT. Safecall skal erstattes med ny løsning som følge av den kommersielle anskaffelsen av GPS-teknologi i 2016. Den nye løsningen skal på kort sikt ha tilsvarende posisjoneringsløsning så det er nyttig å belyse hvordan Safecall brukes av de ansatte.

Ansatt: På hver vakt åpner vi [Safecall]. Der går vi gjennom hver enkelt [bruker], vi ser på status, om det er normal, eller "ingen kommunikasjon". Også har vi, ut ifra hver enkelt bruker, så har vi forskjellige brukerkort som sier hva som skal igangsettes ut fra det vi leser i [Safecall]. Er det normalt er det ikke noe vi skal gjøre. Er det avvik så går vi i permen [med brukerkort] for hver enkelt bruker og ser hva vi må gjøre.

Ved vaktskifte på Helsevakta logger ny vakthavende seg inn på Safecall og sjekker status. Deretter brukes en mobiltelefon som får SMS-alarmer dersom noe uregelmessig skjer:

Ansatt: Før vi fikk jo alarm i Safecall-programmet. Men nå får vi den kun på telefon og det er egentlig ganske bra fordi vi får det direkte der [i form av SMS]. For vi er ikke pålogget der [på Safecall] hele tiden. Vi skal sjekke den en gang per vakt, og logger ut hvis ikke det er noe som skal følges opp.

Safecall brukes igjen når man har behov for å finne lokasjonen til en bruker. Da kan man se brukerens lokasjon på et kart. Det er strenge regler for bruk av lokasjonsdata i tjenesten:

Ansatt: Det er sjelden vi ser på kartet. Det skal vi heller ikke gjøre. Det er på grunn av personvern. Men vi gjorde det tidligere i prosjektet for å lære oss. Hvordan leser vi det. Vi har nå lært at når vi kommer på jobb så skal vi se oversiktsbildet og skal ikke gå inn [i kartet] for de som har blå farge [normal]. Ikke hvis vi ikke har fått varsel. Det står også i brukerkortet når vi skal ut og søke og nå vi skal inn og se på de.

Safecall har et tilleggsfunksjon for geo-fencing, det vil si mulighet for automatiske varsler til omsorgspersoner dersom en bruker beveger seg inn eller ut av et forhåndsdefinert geografisk område. Geo-fence funksjonen var ikke i bruk da vi utførte denne studien:

Ansatt: Jo det [geo-fence] har vi [hatt] på et par av dem [brukere]. Da er det jo et varslingsystem som sier ifra hvis de går ut. Da er et geo-fence som, hvis de går, 300 meter tror jeg, ut fra utgangsdøren da. Hvis de går fobi det, så får vi varsel.

Forsker: Har du erfaring med slike alarmer?

Ansatt: Vi hadde en bruker før. Han er ikke aktiv nå. I hvert fall erfaringsmessig var de sånn at vi ofte måtte sende ut patruljen. Men han gikk ofte ut på sent på kveld og klarte ikke å gjøre rede for at det var dag eller kveld eller natt. Han bor i [omsorgs]bolig nå. Han bodde hjemme før og var veldig mye ute... Han fant vi jo flere ganger ute. Hadde stukket av og gikk ute i tøfler, og det regnet. Og da hadde han på seg GPS-en og vi fikk hentet ham ganske mye.

I følge prosjektledelsen har LT en bruker nå som er tildelt geo-fence-funksjonalitet. For denne brukeren er geo-fence aktivert om natten og ser ut til å ha god effekt.

⁹ <http://www.safecall.dk>. Safecall leverte både GPS-enheter og støtteverktøy til Trondheim Kommune mens denne studien foregikk.

5.4.4 CIM

CIM¹⁰ er et verktøy for beredskap brukt av Trondheim kommune, politi og andre beredskapsenheter i Norge. Helsevakta bruker CIM i LT for å legge inn bilder av brukere. Vi har forstått at dette er en midlertidig løsning fordi de andre verktøyene, Safecall og Gerica, ikke tillater bruk av bilder. CIM skal etterhvert erstattes med nye verktøy som er under anskaffelse. Det er allikevel interessant å se hvordan bilder blir brukt i LT, spesielt når brukere skal hentes.

Ansatt: Også har vi CIM som er beredskapsprogrammet vårt i kommunen. Der blir bilder lagt. Det går ikke an å legge bilder i Gerica, dessverre. De som skal hente har med seg LMP [mobilenhet]. Det er sikkert ikke lagt inn i denne [viser et nettbrett, en LMP] fordi vi jobber med det ennå. Men her skal du ha tilgang til Gerica, og en app som er CIM. De som rykker ut har med dette, og kan da slå opp brukerkortet [digital versjon i Gerica]. På brukerkortet kan også stå om, hvis brukeren har et vanlige turmønster, "bruker å gå til byen". At man [de som skal hente] har en viss peiling. Også har de denne [CIM] appen som de kan finne bilder av brukeren. Og da tar vi bilder, vi har erfart, der de [Bruker] står, med klær, altså hvordan de går [naturlig, slik de pleier å gå på gata]. Det sier de [som skal ut og hente] at vi må ha bilder i forskjellige posisjoner. [En ansatt] fortalte at en gang når hun var ute og lette etter en mann så kunne hun se nesten langt fremme fordi han var så fremverbøyd, ikke sant, det er sikker han! Ser det på holdningen på ham. Slike bilder legger vi i CIM. Jeg var hjemme hos en mann som alltid, alltid, sommer og vinter, går i bruk skinnjakke. Da var det veldig greit å ta bilde av ham i den brune skinnjakken. Vi prøver å legge inn bilder av både hvilke holdninger de har, og litt klær. Er du vant til å gå med caps, eller lue. Sånn at det er lettere å se dem i mengden.

Forsker: Er det ok for brukere å ta slike bilder?

Ansatt: Ja. Det var en mann som sa "vent litt, jeg skal ordne litt". Også tok jeg bildet, også sa han [etter at han så bildet] "nei jeg vil at du skal ta nye"! Og det gjorde jeg.

I følge prosjektledelsen er CIM lite brukt i dag fordi det er få brukere av LT, og de ansatte i Helsevakta vet hvem disse brukere er. Det nye systemet som er anskaffet skal gi mulighet for å ha bilder av brukere. Erfaringer fra bruk av CIM kan være nyttige når det nye systemet skal innføres og tilpasses.

5.4.5 eLink, eposter og Outlook

Kommunikasjon med andre helseinstitusjoner, som for eksempel St. Olav og fastlege, går gjennom en eLink integrasjon. eLink-meldinger mottas i Gerica. Det er noen ansvarlige som siler innkomne eLink-meldinger, varsler ansvarlig enhet, og videresender disse til riktig mottaker i Gerica. Dette vil si at de ansatte i kommunen trenger ikke å forholde seg til et eget eLink program. Outlook er brukt som standard epost klient for kommunikasjon med brukere og pårørende (se avsnitt 5.3.3).

5.4.6 Transmed

Transmed er et verktøy under utvikling for Trondheims Helsevakta, som skal flytte inn i nytt bygg i 2018. Transmed skal i fremtiden utgjøre en arbeidsflate for mottak og håndtering av alle henvendelser og alarmer. De eksisterende verktøyene skal integreres med Transmed. Noe av denne integrasjonen er allerede implementert for Safecon:

Ansatt: Vi har alarmene på Safecon som kommer i tillegg på Transmed. Døralarm vil for eksempel også komme inn der. Så vi må kvittere ut [i Transmed] som vanlig servicealarm eller brukerfeil. Det er litt fordi vi skal ha samme systemet som legevakta. Transmed bruker vi egentlig mest til det [å kvittere ut] foreløpig. Det er litt dobbeltføring. Vi må bare klikke ut. Selve dokumentasjonen og uttrykkningen går via Safecon-programmet. Alarmprogrammet på den andre PC-en.

¹⁰ <https://onevoice.no/>.

5.5 Samhandling

Lokaliseringstjenesten er karakterisert ved at det er høy grad av samhandling mellom flere ledd. Flere enheter innenfor kommunen, som helse og velferdskontor, ergoterapitjenesten, Helsevakta, hjemmetjenesten, helse- og velferdssentra, osv., i tillegg til eksterne aktører, som fastlegen, St. Olavs hospital, politi, drosjer osv., er involvert. Samhandling mellom noen ledd ser ut til å fungere bedre enn andre. Dette gjelder også innad i kommunen. Dataverktøy spiller til dels en viktig rolle i samhandlingen. Her er Geric det verktøyet som er brukt av alle involverte innen kommunen.

Mange aktører betyr både muligheter men også utfordringer. Tjenesten blir avhengig av at alle aktører er kjent med rutiner, sine roller, og kan ta hensyn til hverandre. Avvik ved et ledd kan skape brudd i samhandlingen, noe som denne episoden illustrerer godt:

Ansatt: Jeg opplever at det for eksempel å søke opp GPS...noen ganger kan det ta fem minutter. Og da er det greit. Her forleden dag kom jeg og skulle jobbe kl. 3. Da fikk jeg beskjed av dagvakten at de hadde holdt på i nesten fire timer sammenhengende, frem og tilbake med koordinering, batteri som ikke lades, ting som ikke var gjort, følge opp hjemmesykepleieren, mye telefoner. Og når vi er bare to på vakt så sier det seg selv at en av oss blir sittende fast med det. Og den andre må ta unna alarmer og andre ting. Så det er utfordringer. En ting er at det går fort å trykke i programmet og se at alt er normalt. Men hvis det er avvik, og får vi en alarm så må vi følge opp det...og det kan ta tid. Og det er det som er veldig sårbart, at vi bare er to stykker. Vi skal jo faktisk forsvare en tjeneste og. Det er mer arbeid enn med trygghetsalarm, i hvert fall når det skjer noe som vi ikke får avklart med en gang... så er det store utfordringer. Det gjør at det blir ekstra mye på den som sitter med ansvaret i den vakta da.

Under vil vi beskrive noen episoder på samhandling og brudd på dette som våre informanter har fortalt oss. Disse episodene demonstrerer avhengighetene, og kan hjelpe kommunen å tenke måter å forbedre samhandlingen og rutineene rundt dette.

5.5.1 Bruker og pårørende

Samhandling med bruker og pårørende går ut på at pårørende er deltakere i tjenesten ved at de lader og tester GPS-enhetene og tar imot og behandler varsler. Prosjektledelsen ser positivt på denne form for samarbeid, men er samtidig opptatt av å ha klare rutiner og roller:

Prosjektleder: Vi har erfart at i de tilfeller der pårørende er en samarbeidende part ved utførelse av tjenesten, så har dette vært vellykket. Det må presiseres at vi kun kan samarbeide med pårørende der bruker har samtykket til dette. Alt samarbeid med pårørende foregår i tett samhandling/dialog med kommunen og ut fra predefinerte rutiner som er utarbeidet i samarbeid med bruker/pårørende. Selv om det er pårørende som mottar varsler ved hendelser, så er det *alltid* kommunen som står som ansvarlig og er alltid en backup i alle tilfeller.

Noen punkter relevant for samhandling med bruker og pårørende er diskutert i Avsnitt 5.3.3. Vi har også sett at oppgaver som lading og testing gjort av pårørende kan kreve både opplæring og problemløsning. Å samordne tidspunkt for testing er beskrevet i Avsnitt 5.3.1.4. Slike utfordringer kan også oppleves av de ansatte når de skal samarbeide med pårørende for å få tjenesten til å fungere som den skal:

Ansatt: Det er veldig stor utfordring med hvilken type bygg brukere bor i. Hvilken type GPS de har. Ja, og hvor går liksom grensen for at noen brukere er litt mer... liker å fikle med GPS-en og det blir litt ekstra der. Så det er litt sånn. Jeg synes det er bra med tanke for fremtiden og. Men jeg synes det er en del forbedringspotensiale ja.

Ansatt: Også bor de [bruker og pårørende] i blokk, i 8. etasje, murblokk. Gangen blir midt i leiligheten, og det var der de ladet. Vaktentralen slet litt med å få kontakt med GPS-en om morgen. Når vi da får ingen kommunikasjon så må vi agere på det. Vi da ringte til kona og ba henne om å sette den [GPS-enheten] i vinduet eller på verandaen. Hun ble litt sånn... ja.. hun ble utrygg på det...Vi hadde da et møte med henne. For da ser vi ser litt av den utfordringen [hennes]... Vi prøvde å forklare hvorfor vi gjorde det. At vi som sitter i vaktentralen vi sitter ikke med den opplysningen når vi ikke får kontakt med GPS-en.

Hun hadde opplæring. Hun er og nesten åtti år. Da ble vi enig om at, hver morgen, så skulle hun legge GPS-en foran vinduet.

5.5.2 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten ser ut til å spille en viktig rolle når det gjelder daglig bruk og drift av GPS-enheten. Dette påvirker også selve tjenesten fordi en GPS-enhet som ikke virker, på grunn av tomt batteri eller s som ikke kommer i kontakt med sentralen, betyr at tjenesten ikke fungerer. Samarbeidet med hjemmetjenesten har ikke vært problemfritt. De fleste episoder der samhandlingsbrudd nevnes er mellom Helsevakta og hjemmesykepleier (ansatt i hjemmetjenesten). Men det er også en sterk vilje til å reparere bruddene:

Ansatt: Nå i det siste så har det vært ganske mye frem og tilbake [rundt lading av GPS-enheten]. Men det er litt det at det er litt nytt for hjemmesykepleieren. Og de har tidspress fra før. Det står jo konkret hva oppdraget går ut på hvis de skal bytte GPS, at de skal gå ut, at de skal trykke på, at de skal kontakte oss på den GPS-mobilen når der er der så kan vi veilede dem. Men jeg syns jo...de forstår det som blir sagt, men vi må veilede dem på telefon. Så det blir ekstra arbeid på oss og at vi må følge opp.

Ansatt: Det at vi sitter med [Safecall], der vi søker. Vi har mer ansvarsforhold til det enn for eksempel hjemmesykepleieren som har det på oppdraget som alle andre oppdrag. Så der er en utfordring syns jeg. Men der er veldig åpne og imøtekommende når vi tar kontakt og de får hjelp. Vi tar initiativ, siden vi sitter med hovedansvaret... Så får vi snakket og tar det direkte med de da... Hvis du gjør sånn og sånn kan vi kanskje... Ok da har jeg satt batteriet feil vei. Litt sånne ting.

De fleste hjemmesykepleiere som besøker brukere i denne studien ser ut til å ha hatt lite med GPS og med LT å gjøre. Lading og testing av GPS er lagt inn i deres oppgaveliste, men det er ikke ofte de utfører slike oppgaver og de er ikke vant til det:

Ansatt: Nå har dette [LT] vært et prosjekt. Kanskje en sone [i hjemmetjenesten] har hatt en bruker. Vi har ikke hatt mange på en sone. Det er en del opplæring som må til. Også tenker jeg at når det blir flere GPS-er og de blir mer kjent med dette produktet vi har og blir kjent med hvilke rutiner vi er nødt til å ha... det tror jeg blir veldig bra. For jeg føler at det der har litt med interesse å gjøre... GPS-en er så fjernt. Noen vil kanskje ikke lære seg det, og blir irritert at vi ringer og sier at vi får ikke kontakt [med GPS-enheten]. Vi holder informasjonsmøter med dem og har PC og viser bilder og...

Gerica er verktøyet som brukes i samarbeid med hjemmetjenesten. Oppgavelister er lagt inn i Gerica for hvert hjemmebesøk. Helsevakta kan se hvem som skal på neste hjemmebesøk for en gitt bruker. Samarbeidet med hjemmetjenesten er heller ikke en-veis. Vi får også rapporter om episoder der Helsevakta kan yte en tjeneste, det vil si finne brukeren:

Ansatt: Hjemmetjenesten syns det er bra at det finnes GPS. At mange brukere kan bo lenger hjemme. I tillegg, hvis de er på hjemmebesøk, kveldstid, hvis hun [brukeren] ikke er hjemme da, da agerer de. Da ringer de datteren. Hvis datteren ikke tar telefonen, det kanskje, så kan de ringe til oss og spørre om vi kan se hvor hun er hen. For det er med at du er på besøk og brukeren er ikke hjemme. Det [LT] letter [oppgaven deres]. Men alt annet må være prøvd først. Så sier de: vet du vi får ikke tak i datteren og brukeren er ikke hjemme.

Samarbeidet med hjemmetjenesten er i den siste tiden blitt intensivert både i form av opplæring, integrering av oppgavelister i Gerica, og dialog på ledernivå.

5.5.3 Helse- og velferdssenter

Selv om LT hovedsakelig har som mål å la brukere bo lenger hjemme, og det er hjemmeværende brukere som er hovedmålgruppen for tjenesten, er det viktig å se på samarbeidet med HV-sentre og helsehus. Mange hjemmeboende brukere av LT vil være i kontakt med et HV-senter av forskjellige grunner, som for eksempel korttidsopphold, dagtilbud og avlastningstilbud. LT kan også være verdifull for permanente beboere på HV-sentra.

Overgangene mellom hjem og HV-senter er blitt rapportert i en episode der det var uklarhet i hvem som skulle informere Helsevakta:

Ansatt: Når hun [bruker av LT] dro på korttidsopphold på fleksible avlastningsplasser, ingen av oss varslet trygghetspatroljen om at hun var på opphold [og var ikke hjemme]. Det var visst litt rart, oi hvor er hun? Og såne ting. Der ble vi oppmerksom på noe at... at vi må varsle fra sånn at vi hele tiden vet hvor hun er hen. Vi visste ikke hvem som skulle varsle. Jeg varslet fram at det må komme frem i rutine, hvem som skal varsle.

Rutiner som adresserer slike hendelser er ifølge prosjektledelsen nå laget og satt i systemet.

Lokaliseringstjenesten er blitt brukt av to personer med permanent sykehjemsplass gjennom kapt-4A-vedtak. Én av disse brukere har hatt tjenesten i 18 måneder. Denne brukeren er blitt hentet flere ganger av Helsevakta. Vi er blitt fortalt om episoder i begynnelsen der Helsevakta måtte hente denne brukeren ganske ofte, noe som førte til en dialog der personale ved senteret måtte bli enige med Helsevakta om hvordan og i hvilke situasjoner Helsevakta skal brukes. Dette betydde for eksempel at LT ikke skal brukes som en avlastning for de ansatte på senteret. Denne dialogen har ført til færre hentesituasjoner.

I tillegg har to opprinnelig hjemmeboende brukere av LT senere flyttet til HV-senter. Disse har beholdt tjenesten etter flyttingen i henholdsvis 10 og 18 måneder. Vi har blitt fortalt om en episode der brukeren fortsetter å bruke alarmknappen på GPS-enheten for å komme i kontakt med personalet i HV-senteret. Dette førte til alarmer ved Helsevakta, som da måtte kontakte personale på senteret. Episoden illustrerer at det kan være utfordrende for bruker å avvenne en gammel rutine for så å venne seg til ny rutine. Samtidig er vi også fortalt at lading og testing av GPS-enhet og håndtering av alarmer fungerer bra for brukere som er på HV-senteret, sannsynligvis fordi de har personale rundt seg hele tiden.

Kartlegging og tilpasning av brukere hjemme gjøres av HV-kontor og ergoterapitjenesten, mens for brukere på HV-senter er det selve senteret som gjør kartleggingen. Det er de ansatte ved senteret som har best kjennskap til brukerens ressurser og begrensninger. Tilpasningen gjøres i samarbeid med Helsevakta.

6 Oppsummering av hovedfunnene

Studien som er rapportert her er en kvalitativ studie, som bygger på utsagn fra de som er blitt intervjuet og dokumenter vi har hatt tilgang til. Studien er ikke ment å fastslå om gevinster er oppnådd da det er for tidlig å snakke om realiserte gevinster. Verdien av studien må sees i det som kommer frem av opplevelser av den utprøvde tjenesten og synspunkter fra informantene, og om de kan ha en effekt på en fremtidig gevinstrealisering. Det er dette vi vil diskutere i dette avsnittet.

6.1 For brukere og pårørende

Vi har intervjuet kun en bruker med pårørende i denne studien. Dette setter store begrensninger for hva vi kan si om verdien av tjenesten for brukere generelt. Det er likevel noen punkter som er kommet frem også i intervjuer med de ansatte som er verdt å ta med i videre arbeidet med tjenesten:

- Brukere av tjenesten er veldig forskjellige. Dette gjør det utfordrende å si noe om hvilken "type bruker" som vil ha mest gevinst av å få tjenesten. Trondheim kommune har jobbet med å sette i system en grundig kartleggingsprosess, noe som kan bidra til økt kvalitet i tjenesten. For fremtiden burde man også kartlegge hvilke brukere som får mest gevinst. Det er også laget såkalte "personas" under anskaffelsesprosessen som illustrerer forskjellige profiler blant LT brukere basert på tidligere erfaring. Disse personas er verdifulle verktøy, men må kombineres med høy grad av tilpasningsmulighet i teknologien som kjøpes inn.
- Pårørendes rolle i tjenesten kan tydeliggjøres bedre. Tjenesten er først og fremst utviklet for brukeren. Det er samtidig lagt vekt på at tjenesten skal virke avlastende for pårørende. En underliggende

antakelse ser ut til å være at bruker og pårørende har sammenfallende interesser. Tydelige kartleggingsrutiner og bevisstgjøring hos ansatte er viktige for å holde fokuset på brukeren.

- Tjenesten er utviklet for å fremstå enkel for brukeren. Allikevel har tjenesten mange tilpasninger rundt lokalisering, kommunikasjon med pårørende, henting osv. som kan være vanskelig for en bruker med kognitiv svikt å forholde seg til. Det kan være utfordrende for de ansatte å vite om brukeren virkelig har forstått hva tjenesten gjør, og hva han/hun samtykker til. Samtidig er det helt essensielt for informert samtykke at brukeren har forstått alle aspekter av tjenesten.
- For at tjenesten skal fungere hensiktsmessig også i stor skala er det viktig at alle involverte aktører har fått god opplæring. Opplæring kan spesielt være en utfordring for bruker og pårørende. Vi ser et behov for både bedre opplæring ved tildeling, men også gjentakelse av opplæringen dersom brukeren og pårørende har behov for dette.
- Alle brukere som får LT skal være fysisk aktive og trafikksikre. Unntaket i studien har vært de to brukere som var på HV-senter. Det er uvisst om LT fører til at brukeren blir mer eller mindre fysisk aktiv eller tryggere/sikrere. Her trengs det mer langsiktig forskning.
- Det trengs også mer forskning på hvorvidt LT fører til utsettelse av andre tjenester som sykehjem. Den nåværende analysen av hvor LT har ført til utsatt sykehjemsplass er basert på prosjektledelsens skjønn og erfaring. Vår studie har samlet flere utsagn fra ansatte som kan tyde på utsettelse av noen tjenester, spesielt tilsyn men også sykehjemsplass. For å påvise dette vitenskapelig trenger man randomiserte observasjoner over lenger tid.

6.2 For kommunen og ansatte

I dette avsnittet ser vi på hovedfunn som kan ha virkning på hvordan ansatte og kommunen kan realisere gevinstene fra tjenesten:

- Ansatte har generelt en positiv holdning til LT. De fleste mener bruker og pårørende får en reell verdi og bedre livskvalitet, og virker å være fornøyd med å kunne tilby LT. Vi har også sett fra tidligere studier i Trygge Spor at de ansatte føler mindre stress når de vet de kan lett finne brukere i krisesituasjoner. Ansatte på sykehjem mener tjenesten gir trygghet i håndtering av noen brukere. Samtidig kan vurdering av samtykkekompetanse oppleves vanskelig og kan forårsake usikkerhet hos de ansatte. Det er også tegn på at søk og henting kan resultere i perioder med stress og usikkerhet for de ansatte. Samarbeid med Hjemmetjenesten burde også forbedres (se under).
- Trondheim kommune har vært aktive og systematiske i integrering av LT-relaterte rutiner og forløp med kommunens eksisterende verktøy. Vi observerte noe papirarbeid. Noe av dette sees på som nødvendig. Mye unødvendig papirarbeid er ifølge prosjektledelsen eliminert.
- Tjenesten, slik den er i dag, involverer mange aktører både i og utenfor kommunen. Det er brukt mange typer fagsystemer, de fleste av dem i kontinuerlig endring. På grunn av store forskjeller blant brukere har tjenesten måttet implementere en høy grad av individtilpasning. Disse faktorene gjør at tjenesten er kompleks. Fra forskningen vet vi at tjenester med mange aktører og avhengigheter kan være vanskelig å implementere i stor skala (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004).
- Studien viser at pårørende har en viktig rolle i daglig drift av LT. Dette kan gjelde utvikling og drift av fremtidige velferdsteknologiske tjenester generelt. Systematisk samarbeid med pårørende blir avgjørende. Samtidig ser vi at opplæring og kommunikasjon med pårørende kan oppleves ad hoc og asymmetrisk, noe som har ført til frustrasjon hos pårørende.
- Vi observerer flere episoder der samarbeidet mellom Helsevakta og hjemmetjeneste er opplevd som utfordrende. Dette gjelder spesielt lading og testing av GPS-enheter der det gjøres av hjemmesykepleien. Prosjektledelsen vil forsøke å løse disse utfordringene ved at man setter i verk opplæring for hjemmetjenesten. Opplæring er viktig. Det er også viktig å se på strukturelle aspekter som kan være underliggende årsak til noen av disse episodene. Et eksempel er Hjemmetjenestens bruk av vikarer, som kan gjøre opplæring til en utfordring.

- Kostnader knyttet til noen ledd i tjenesteforløpet kan være forskjellig fra det som var opprinnelig antatt. Dette gjelder spesielt kartlegging/tilpasning, søk/henting, og kostnader koblet til beredskap hvor vi finner at det er ulike syn blant de vi har intervjuet. Her er det behov for nærmere kartlegging.
- De ansatte må forholde seg til mange verktøy. Noe av grunnen er at kommunen er involvert i flere prosjekter og tester ny teknologi. Dette kan være greit i en prosjektperiode, men man må regne med en del kostnader tilknyttet innkjøp, utvikling, tilpasning og opplæring ved innføring av LT. Anskaffelse av GPS-teknologi vil føre til utskifting av noen eksisterende verktøy både for ansatte, brukere og pårørende.
- Selv om LT er utviklet for brukere som bor hjemme kan tjenesten være nyttig også for beboere ved HV-sentre. LT kan være det minst inngripende tiltaket for mange beboere ved HV-sentre. Det er også rapportert flere unngåtte og potensielt kostbare leteaksjoner for de beboere som var inkludert i vår studie.

7 Konklusjon

Denne rapporten dokumenterer en casestudie av innføringen av lokaliseringstjeneste for personer med kognitiv svikt i Trondheim kommune. Vi har dokumentert detaljerte funn basert på data fra intervjuer og andre kilder. Funn med relevans for brukere/pårørende og for kommunen og kommuneansatte har blitt oppsummert. Vi ønsker å takke alle våre informanter og prosjektledelsen for tett dialog og tilbakemeldinger underveis. Vi takker spesielt vår bruker og pårørende som tok seg tid til å gi oss tilbakemeldinger på deres opplevelse av tjenesten!

Vi retter også en spesiell takk til prosjektledelsen som har fulgt oss, skaffet dokumentasjon, gitt tilbakemeldinger og stilt til flere intervjuer underveis.

7.1 Er konklusjonene generaliserbare?

I casestudiens natur som metode ligger det at hver case er unik. Casestudier er rike på detaljer som vil for det meste variere fra case til case. Casestudier som vår vil aldri kunne dokumentere effekt, men må brukes som et refleksjonsverktøy, en fortelling om hvordan det gikk i vår case. Allikevel vil enhver leser med erfaring fra velferdsteknologitjenester finne mye generell innsikt. Casestudier er nyttige når vi vet lite om effekten av noe. De gir oss eksempler på hvordan ting er gjort, noe som er viktig for nye anvendelsesområder for teknologi som velferdstjenester: "*a discipline without a large number of thoroughly executed case studies is a discipline without systematic production of exemplars, and ... a discipline without exemplars is an ineffective one*" (Kuhn quoted by Flyvbjerg, 2006).

Vår casestudie kan også være relevant for andre typer velferdsteknologi, som diverse varslingstjenester og sensor-baserte tjenester. Leseren må ta i betraktning at casestudien her er basert på at det finnes en vaktentral eid av kommunen og bemannet med erfarne helsepersonell med kjennskap til kommunen og lokale forhold. Andre byer i Norge har andre ordninger, som for eksempel innleid vaktentral eller distribuert håndtering av alarmer. Slike faktorer kan påvirke den lokale tjenesten.

7.2 Behov for mer kunnskap

Vår studie må følges opp med både nye casestudier og annen type studier. Vår kvalitative studie og andre studier fra for eksempel Trygge Spor kan brukes til å planlegge større kvantitative studier. Dette vil hjelpe kommunene til å teste sine hypoteser. Casestudier anvendt i andre sammenhenger, som for eksempel i små kommuner eller kommuner uten egen vaktentral, er viktig for å komplementere denne forskningen. Vi ser også et stort behov for bedre kartlegging av brukeres opplevelse av tjenesten.

8 Referanser

- Ausen, D., Svagård, I., Øderud, T., Holbø, K., & Bøthun, S. (2013). *Trygge spor- GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor.*
- Dahl, Y., & Holbø, K. (2012a). "There are no secrets here!": professional stakeholders' views on the use of GPS for tracking dementia patients. *Proceedings of the 14th International Conference on Human-Computer Interaction with Mobile Devices and Services - MobileHCI '12*, (7465), 133–142. <http://doi.org/10.1145/2371574.2371595>
- Dahl, Y., & Holbø, K. (2012b). Value biases of sensor-based assistive technology. In *Proceedings of the Designing Interactive Systems Conference on - DIS '12* (p. 572). <http://doi.org/10.1145/2317956.2318043>
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7(4), 362–367. [http://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](http://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
- Faucounau, V., Riguette, M., Orvoen, G., Lacombe, A., Rialle, V., Extra, J., & Rigaud, A.-S. (2009). Electronic tracking system and wandering in Alzheimer's disease: a case study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(7–8), 579–87. <http://doi.org/10.1016/j.rehab.2009.07.034>
- Fleming, R., & Sum, S. (2014). Empirical studies on the effectiveness of assistive technology in the care of people with dementia: a systematic review. *Journal of Assistive Technologies*, 8(1), 14–34. <http://doi.org/10.1108/JAT-09-2012-0021>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245. <http://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P., & Lyketsos, C. (2010). Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics / IPA*, 22(3), 346–72. <http://doi.org/10.1017/S1041610209991505>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <http://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Helsedirektoratet. (2015). *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester Data fra IPLOS-registeret.*
- Hjort, P. F., & Waaler, H. T. (2016). Demens frem mot 2050. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 13–14(130), 1356–1358. Retrieved from <http://tidsskriftet.no/article/1993496>
- Holthe, T., Øderud, T., & Landmark, B. (2015). GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg – hva må til? *Ergoterapeuten*, 42–49.
- Klein, H. K., & Myers, M. D. (1999). A Set of Principles for Conducting and Evaluating Interpretive Field Studies in Information Systems. *MIS Quarterly*, 23(1), 67–94. Retrieved from <http://misq.org/a-set-of-principles-for-conducting-and-evaluating-interpretive-field-studies-in-information-systems.html>
- Lai, C. K. Y., & Arthur, D. G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 173–182. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02781.x>
- Nasjonalt velferdsteknologiprogram. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger.* Oslo, Norway.
- Norby, M. K. S. (2016). *På rett spor? En case-studie av etableringen av en tjeneste for GPS-sporing av demente.* NTNU.
- Topo, P. (2009). *Technology studies to meet the needs of people with dementia and their caregivers a literature review.* *Journal of Applied Gerontology* (Vol. 28). <http://doi.org/10.1177/0733464808324019>
- Trondheim Kommune. (2015). Antatte gevinster for GPS-tjeneste. Internt dokument.
- Trondheim Kommune. (2016). Brukersaker GPS. Internt dokument.
- Trygge Spor. (2013). Tjenestedesign i Trygge Spor. Presentasjon, Trondheim: SINTEF.
- Trygge Spor. (2015). *Hvordan ta i bruk GPS for personer med demens? - en tjenestemodell for norske kommuner.* Trondheim.

- Walsham, G. (1995). Interpretive case studies in IS research: nature and method. *European Journal of Information Systems*, 4(2), 74–81. <http://doi.org/10.1057/ejis.1995.9>
- World Health Organization. (2012). *Dementia- A Public Health Priority*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/\npublications/dementia_report_2012
- World Health Organization. (2016). WHO Fact Sheet on Dementia. Retrieved September 1, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (Fifth). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Øderud, T., Landmark, B., Eriksen, S., & Berit, A. (2013). Exploring the use of GPS for Locating Persons with Dementia. In *AAATE*.
- Øderud, T., Landmark, B., Eriksen, S., Fossberg, A. B., Aketun, S., Omland, M., ... Ausen, D. (2015). Persons with Dementia and Their Caregivers Using GPS. In *AAATE* (pp. 212–221). IOS Press. Retrieved from <http://ebooks.iospress.nl/volumearticle/40655>



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no