

2017:00342 - Åpen

# Rapport

## GPS for trygghet, frihet og mestring

Fra prosjekt til drift – Bruk av GPS for lokalisering av personer med demens/ kognitiv svikt

### Forfattere

Tone Øderud

Dag Ausen, Sigrid Aketun, Morten Thorgersen



# Rapport

## GPS for trygghet, frihet og mestring

Fra prosjekt til drift – Bruk av GPS for lokalisering av personer med demens/  
kognitiv svikt

EMNEORD:

Emneord

VERSJON

4

DATO

2017-09-30

FORFATTERE

Tone Øderud

Dag Ausen, Sigrid Aketun, Morten Thorgersen

OPPDRAGSGIVER

Oslo kommune/ Regionale forskningsfond Hovedstaden

OPPDRAGSGIVERS REF.

RFF-prosjekt 234981

PROSJEKTNR

102005992

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

56 inkl. 3 vedlegg

SAMMENDRAG

### "GPSen er gull verd"

Målet med denne rapporten er å beskrive bruk av lokaliseringsteknologi og dokumentere effekt av tiltaket. Oslo kommune har som en del av Samspill-prosjektet tatt i bruk lokaliseringsteknologi som et ordinært tjenestetilbud for hjemmeboende personer med demens/ kognitiv svikt i samtlige 15 bydeler. Så langt har 180 brukere benyttet GPS i Oslo. Bruk av GPS bidrar til at brukere, pårørende og ansatte opplever økt trygghet og sikkerhet. Bruker opplever økt frihet, fysisk aktivitet og mestring og pårørende får avlastning. Det er videre dokumentert at brukere kan bli boende lengre hjemme med bruk av GPS. Tjenesten er utviklet som en del av ordinær drift i tett samarbeid med pårørende, ansatte i bydelene og alarmsentralene. Kommersielt tilgjengelige GPSer er benyttet og alarmsentralene leverer alarmtjenester til bydelene. Tjenestedesign og brukermedvirkning er benyttet for å utvikle den nye tjenesten og kvalitative- og kvantitative metoder er brukt for å dokumentere effekt og samle kunnskap. Prosjektet har vært finansiert av Regionale forskningsfond Hovedstaden, Oslofjordfondet og Agder. Oslo kommune er prosjekteier, Drammen, Kristiansand og Skien er samarbeidskommuner, SINTEF er forskningspartner og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse bidrar med kunnskapsspredning.

UTARBEIDET AV

Tone Øderud, seniorforsker

SIGNATUR



KONTROLLERT AV

Dag Ausen, forskningsleder


SIGNATUR



GODKJENT AV

Jon Harald Kaspersen, forskningsdirektør

SIGNATUR



RAPPORTNR

2017:00342

ISBN

978-82-14-06699-9

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

# Historikk

---

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1	2017-09-22	Utkast til gjennomlesing i Oslo kommune

---

2	2017-09-26	Revidert utkast til kvalitetskontroll i Oslo kommune
---	------------	--

---

3	2017-09-28	Endelig rapport til kvalitetskontroll i Oslo kommune
---	------------	--

---

4	2017-09-30	Rapport
---	------------	---------

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Om Samspill – prosjektet</b> .....	<b>8</b>
2.1	Prosjektdeltakere .....	8
2.2	Oppsummering av prosjektaktiviteten i deltakerkommunene .....	10
2.2.1	Drammen kommune .....	10
2.2.2	Kristiansand kommune .....	10
2.2.3	Skien kommune .....	11
2.2.4	Oslo kommune .....	11
<b>3</b>	<b>Mål</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Metode</b> .....	<b>12</b>
4.1	Innovasjon og tjenestedesign .....	12
4.2	Brukermedvirkning .....	13
4.3	Kvantitative og kvalitative metoder .....	13
4.4	Lovverk .....	13
<b>5</b>	<b>Gjennomføring av Samspill i Oslo</b> .....	<b>14</b>
5.1	Samarbeid - Bydel, Alarmsentralene, Helseetaten og SINTEF .....	14
5.2	Inkludering av brukere .....	15
5.3	Datainnsamling, erfaringsutveksling og kunnskapsspredning .....	15
5.4	Valg av teknologi .....	17
<b>6</b>	<b>Resultater og erfaringer</b> .....	<b>18</b>
6.1	Statistikk og erfaringer fra Oslo kommune .....	18
6.1.1	Diagnose, kjønn, aldersfordeling og brukstid .....	18
6.1.2	Registrering og bruk av IPLOS .....	19
6.1.3	Bosituasjon og tjenester til brukere med GPS .....	20
6.1.4	Hvem gjør hva –Samspillet mellom pårørende, bydel og alarmsentralene .....	21
6.2	Effekter og erfaringer – Oslo kommune .....	24
6.2.1	Trygghet og sikkerhet .....	25
6.2.2	Økt frihet og fysisk aktivitet .....	26
6.2.3	Avlastning for pårørende .....	27
6.2.4	Bo lengre hjemme .....	27
6.2.5	Avlede eller hindre bruker i å gå ut .....	27
6.2.6	Overvåking eller trygghet .....	28
6.2.7	Er teknologien lett å bruke og fungerer den? .....	29

6.2.8	Bruk av GPS på reise i inn- og utland .....	30
6.3	Tjenesteforløp for bruk av lokaliseringsteknologi (GPS) i Oslo kommune .....	30
6.3.1	Behovsdrevet innovasjon og tjenesteutvikling i praksis.....	30
6.3.2	Innføring av teknologi og organisering av tjenesten - en læringsprosess .....	31
6.3.3	Samarbeid med alarmsentralene – støtte for pårørende og tjenesten .....	32
6.3.4	Pårørende – en viktig ressurs .....	32
6.3.5	Behov for informasjon og kompetanseheving .....	33
6.3.6	Identifisere brukere .....	34
6.3.7	Kartlegging av behov .....	34
6.3.8	Samtykke .....	35
6.3.9	Tilpassing og opplæring .....	36
6.3.10	Daglig bruk og evaluering .....	36
6.3.11	Overgang til sykehjem .....	39
6.4	Finansiering og egenbetaling - "GPS-en er gull verd" .....	39
<b>7</b>	<b>Suksessfaktorer, utfordringer og anbefalinger .....</b>	<b>40</b>
7.1	Suksessfaktorer .....	40
7.2	Utfordringer og anbefalinger .....	42
<b>8</b>	<b>Referanser.....</b>	<b>44</b>

#### BILAG/VEDLEGG

Vedlegg 1: Skjema for Detaljert kartlegging av behov for lokalisering (GPS)

Vedlegg 2: Skjema for Rutiner og avtaler for bruk av lokaliseringsteknologi

Vedlegg 3: Spørreskjema om Bruk av lokaliseringsteknologi og dokumentasjon av effekt og erfaringer

## 1 Sammendrag

Samhandling og tjenesteutforming ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i demensomsorgen (Samspill) er et regionalt innovasjonsprosjekt finansiert av Regionale forskningsfond (RFF) Hovedstaden, Oslofjordfondet og Agder. Oslo kommune ved Helseetaten er prosjekteier, og Drammen kommune, Kristiansand kommune og Skien kommune er samarbeidspartnere. SINTEF er forskningspartner og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH) er ansvarlig for kunnskapsspredning. Prosjektet er gjennomført i perioden februar 2014 til april 2017.

### Mål

Målet med prosjektet har vært å bidra til at varslings- og lokaliseringsteknologi tas i bruk som en integrert del av kommunenes ordinære tjenestetilbud og prosjektet har tatt utgangspunkt i kommunenes egne virksomhetsplaner og aktiviteter.

### Lokalisering - en del av tjenestetilbudet i Oslo kommune

Oslo kommune har som en del av Samspill-prosjektet tatt i bruk lokaliseringsteknologi som et ordinært tjenestetilbud for hjemmeboende personer med demens eller annen kognitiv svikt i samtlige 15 bydeler. Så langt er det 180 brukere av GPS i Oslo. Bruk av GPS bidrar til at brukere, pårørende og ansatte opplever økt trygghet og sikkerhet, bruker opplever økt frihet, fysisk aktivitet og mestring og pårørende får avlastning. Det er videre dokumentert at brukere kan bli boende lengre hjemme med bruk av GPS.

Prosjektet støtter opp under Helseetatens visjon "Sammen for bedre Oslohelse", og lokaliseringsteknologi bidrar til å oppnå kommunens målsetting om å legge til rette for trygghet, mestring og aktivitet for at alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Tjenesten er utviklet som en del av ordinær drift og i tett samarbeid med pårørende, ansatte i bydelene og de to alarmsentralene, som Oslo kommune har avtale med; Doro Care Trygghetsentralen og Telenor Objects/ Aleris. Oslo kommune har etablert en døgnkontinuerlig alarmtjeneste, hvor alarmsentralene har ansvar for mottak av alarmer, lokalisering av bruker ved behov og teknisk oppfølging, inkludert utlevering av GPS og opplæring av brukere og pårørende i forhold til bruk av GPS. Alarmsentralene utfører også eventuelle henteoppdrag i de tilfellene hvor dette skulle bli nødvendig. Kommersielt tilgjengelige GPSer er benyttet. Tjenstedesign og brukervedvirkning er benyttet for å utvikle den nye tjenesten.

### Velferdsteknologi muliggjør tettere samarbeid rundt brukeren

Prosjektet har i praksis vist at Velferdsteknologi, i dette tilfellet lokaliseringsteknologi, kan legge til rette for et tett og effektivt samarbeid rundt bruker. Det gjelder særlig hvordan oppfølging av bruker kan organiseres individuelt gjennom hele døgnet, alle dager i uken. Pårørende har vist at de både kan og ønsker å følge opp bruker så langt de har anledning. Forutsetningen for dette er at pårørende får tilstrekkelig opplæring og at alarmsentralene fungerer som døgnkontinuerlig back-up uten krav om særskilt betaling utover vanlig månedsbetaling. Oppfølging kan også foretas av frivillige, av dagsenteret eller av hjemmetjenesten dersom bruker ikke har pårørende som kan bidra. Et felles administrasjonssystem for mottak av alarmer, lokalisering og eventuelt henting av bruker opereres av alarmsentralene og fungerer som «navet» i oppfølgingen, hvor både pårørende, frivillige og bydelene kan bidra med oppfølging av bruker. En forutsetning for vellykket bruk av lokaliseringsteknologi er at det utføres en grundig kartlegging og analyse av brukerbehov og tilgjengelige ressurser, for å identifisere hvilke brukere som vil ha nytte av GPS og hvordan tjenesten skal utformes.

### Resultater – statistikk, effekt og erfaringer

Kvalitative- og kvantitative metoder er benyttet for å dokumentere effekt og samle kunnskap og erfaringer. Kontaktpersoner i bydelene og pårørende har deltatt i intervju og erfaringsutveksling og videre fylt ut spørreskjema som beskriver deres erfaringer og brukers erfaringer med bruk av GPS. Så langt det er mulig, har brukere selv bidratt med informasjon. Datamaterialet fra spørreundersøkelsen i Oslo inkluderer 109 brukere. Resultatene under beskriver funn og erfaringer fra Oslo kommune.

#### Oppsummering av statistiske data fra Oslo kommune:

77% av brukerne har demens, mens 23% har orienteringssvikt pga. annen kognitiv svikt.  
41% kvinner og 59% menn er fordeling mellom kvinnelige og mannlige brukere av GPS  
Gjennomsnittsalder ved oppstart av GPS er 74,2 år, for kvinner 76,2 år og for menn 72,8 år,  
40% er i 70 årene, mens nesten 10% er under 60 år  
60% av brukerne benytter GPS i opptil ett år og 35% mellom 1 - 2 år.  
94% bor i egen bolig, hvorav 45% bor alene og 55% bor med ektefelle.  
14% av brukerne har ingen andre tjenester fra kommunen enn lokalisering, 49% har hjemmesykepl.  
53% av brukere med GPS har dagtilbud og 33% har andre tjenesten (demensteam, rehabilitering)  
Lading og administrasjon av GPS: Bruker selv 21%, pårørende 47%, bydelene 17%.  
Lokalisering av bruker: Pårørende 32%, alarmsentral 30%, samarbeid pårørende/alarmsentral 37%  
Hente bruker om nødvendig: Pårørende 32%, alarmsentral 30%, pårørende/alarmsentral 34%

#### Effekter og erfaringer fra Oslo kommune:

Over 90% svare at GPS gir trygghet for bruker, pårørende og ansatt  
Over 80% svarer at GPS for økt frihet for bruker og i noen tilfeller for pårørende  
Rundt 75% svarer at GPS bidrar til at bruker kan være fysisk aktiv og opprettholde sitt aktivitetsnivå  
Over 75% svarer at GPS er avlastende for pårørende  
Over 50% svarer at GPS kan bidra til at bruker kan bo lengre hjemme, 35% sier at det ikke er relevant  
Nesten 45% svarer at GPS bidrar til at de ikke trenger å avlede eller hindre at bruker går ut alene  
Neste 90% svarer at bruker gir uttrykk for at de ikke føler seg overvåket, 10% sier det ikke er relevant, men 2% føler seg overvåket (GPS benyttes ikke dersom bruker motsetter seg det).  
Nesten 70% sier at det er enkelt å bruke GPS, mens 10% synes det er vanskelig å bruke GPS.  
60% sier at GPS fungerer fint uten feil og mangler, mens 15% er uenig i at GPS fungerer fint uten feil.

### Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid

Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid har vært en sentral metode, og pårørende, kontaktpersoner i bydelene, alarmsentralene, Helseetaten, Senter for fagutvikling/ Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo, Sykehjemsetaten (SFF/USHT) og SINTEF har bidratt gjennom hele prosjektperioden. Det har gitt ansatte i bydelene anledning til å delta i utformingen av en ny tjeneste, og pårørende har bidratt til at produkter og tjenester møter brukernes behov. Pårørendes innsats har vært avgjørende for utformingen av den nye tjenesten.

Deltakelse fra bydelene har vært frivillig, uten frikjøp av ansatte. Kontaktpersonene fra bydelene har vært dyktige og motiverte ressurspersoner som har bidratt med fagkunnskap og erfaring, og dette har vært en viktig suksessfaktor. Oslo kommune har en operativ døgntjeneste som har bidratt til å

senke terskelen for å ta i bruk lokaliseringsteknologi i tjenesten og bidratt til å komme raskere i ordinær drift. Alarmsentralene har deltatt frivillig på samarbeidsmøter med bydelene gjennom hele prosjektet, og samarbeidet med alarmsentralene er en annen suksessfaktor.

#### Kompetanseheving og opplæring – en kontinuerlig prosess

Innføring av lokaliseringsteknologi er en prosess, og det er viktig med kontinuerlig opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjenesten og en bred informasjonsspredning som inkluderer dagsenter, fastleger, spesialisthelsetjenesten, seniorsenter, pensjonistforeninger, pårørende og innbyggerne generelt. Det har gjennom prosjektet vært muligheter for refleksjon, erfaringsutveksling og praktisk opplæring over tid, og dette har vært en annen suksessfaktor. Kompetanseheving og informasjonsspredning er en kontinuerlig prosess som bør innarbeides som en del av daglig drift.

#### Innovasjon i offentlig sektor

Finansiering fra Regionale forskningsfond har gjort det mulig å gjennomføre et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor med omfattende brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Helseetaten har ledet prosjektet med faglig bistand fra SFF/USHT og SINTEF.

Vi ønsker å si tusen takk til hver enkelt bruker, pårørende, bydelskontaktene, alarmsentralene og Helseetaten som har bidratt med stort engasjement og entusiasme i gjennomføringen av prosjektet.



## 2 Om Samspill – prosjektet

Samspill-prosjektet har hatt som mål å bidra til at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i Oslo, Drammen, Kristiansand og Skien blir en integrert del av kommunenes ordinære tjenestetilbud og har tatt utgangspunkt i kommunenes egne virksomhetsplaner og aktiviteter. Hver kommune har prioritert egne mål og aktiviteter, og Samspill har understøttet den enkelte kommunes piloter og utprøvinger innen temaet varslings og lokalisering. Felles fokus har vært overgangen fra pilotering av lokaliseringsteknologi til utvikling av en ny tjeneste i ordinær drift. Erfaring og kunnskap fra de ulike pilotene er bragt inn til felleskapet i Samspill og kommunene har villig delt og bistått hverandre. Kommunene har fulgt sine egne prioriteringer og hatt ansvar for å gjennomføre piloter i egen kommune. SINTEF har bistått kommunene i forbindelse med gjennomføring og dokumentasjon av prosjektaktiviteter og piloter, samt bidratt til kunnskapsspredning i samarbeid med NKAH. Samspill har bygget videre på erfaringer fra andre offentlige utviklingsprosjekter, som Trygge spor<sup>1</sup> [1, 2, 3] og Nasjonalt program for velferdsteknologi [4]. Resultater fra Samspill er også meldt inn som en del av rapporteringen til det nasjonale programmet for Drammen kommune og Skien kommune.

Denne rapporten omhandler implementering av lokaliseringsteknologi og følger opp tidligere prosjektrapporter fra Samspill [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Samspill har også inkludert bruk av annen velferdsteknologi som mobil trygghetsalarm, digitalt tilsyn, varslings og forebygging av fall og pilotering av medisindispenser, knyttet opp mot kommunenes individuelle ønsker og strategiske planer. Erfaringer fra disse utprøvingene er dokumentert i egne prosjektrapporter [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Under følger en kort beskrivelse av prosjektdeltakere og en oppsummering av arbeidet i de fire prosjektkommunene, mens resten av rapporten omfatter erfaringer og resultater fra Oslo kommune.

Begrepet "bruker" henviser til tjenestemottaker som her er person med demens eller kognitiv svikt.

### 2.1 Prosjektdeltakere

Prosjektdeltakere i Oslo kommune:

Oslo kommune Helseetaten: Morten Thorgersen og Irene Oksdøl,  
Senter for fagutvikling/ Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo, Sykehjemsetaten (SFF/USHT): Sigrid Aketun

Bydelskontakter i Oslo kommune:

Bydel Alna: Solveig Holbek, Peter Alexander Serville,  
Bydel Bjerke: Mona Bekkhus – Wetterberg, Ragnhild Strand,  
Bydel Frogner: Ingvild Haugen, Marius Morstøl, Ivar Hoel Paulsen,  
Bydel Gamle Oslo: Stian Aasgaard,  
Bydel Grorud: Eva Bjørnson,  
Bydel Grünerløkka: Christine Johannesen, Hanne Eggen, Suzanne Nielsen  
Bydel Nordre Aker: Elin Linløkken,  
Bydel Nordstrand: Anlaug Bergan Svozilik, Susanne Tengwall,  
Bydel Sagene: Stine Lampe, Cathrine Einarsrud,  
Bydel St. Hanshaugen: Julia Brækkan, Nina Carlsen, Kristin Skrede,

---

<sup>1</sup> Trygge spor I og II – Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor, samarbeidsprosjekt mellom kommunene Drammen, Bærum, Trondheim, Bjugn og Åfjord, SINTEF og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, finansiert av RFF Oslofjordfondet 2011-2013, og NFR 2013-2015, [www.sintef.no/trygge-spor](http://www.sintef.no/trygge-spor)

Bydel Stovner: Ann-Kristin Knudsen,  
Bydel Søndre Nordstrand: Elin Halvorsen,  
Bydel Ullern: Katrine Printz Moe, Martine Olsen,  
Bydel Vestre Aker: Cesilie Kongshavn, Anne Lise Oulie,  
Bydel Østensjø: Anne Moseby, Berit Syversen

Prosjektdeltakere i samarbeidskommunene:

Drammen kommune: Bjørg Th. Landmark, Sissel Eriksen, Fiona Le og Herdis Schultzen  
Kristiansand kommune: Gro Anita Fosse, Kjetil Løyning, Kristine Jortveit, Marilyn Sørensen og Silje Hornnes  
Skien kommune: May Omland, Espen J. Gottschal, Leoni Juvland, Anne Lene Heldal og Tove Holst Skyer

Leverandører av alarmtjenester:

Doro Care Trygghetssentralen AS: Arvid Bakke og Bent Finnbakk  
Telenor Objects/ Aleris: Edvin Holsæter, Arne Sporild og Bodil Røed

Leverandører av lokaliseringsteknologi:

Safecall: Tommy Rasmussen  
Safemate: Marius Bjønnes  
Doro Care: Arvid Bakken

Referansegruppe:

Nasjonalforeningen for folkehelsen: Kari-Ann Baarlid  
NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse: Vigdis Jynge  
Trondheim kommune: Kirsti Fosslund Brørs  
Bærum kommune: Anne Berit Fossberg

Kunnskapsspredning:

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH): Torhild Holthe og Ida Wulff Jensen

Forskningspartner:

SINTEF Digital: Dag Ausen og Mette Røhne  
SINTEF Teknologi og samfunn: Tone Øderud, Lisbet Grut og Øystein Dale

Vi ønsker også si hjertelig tusen takk til hver enkelt bruker, pårørende, ansatte kommunene, Doro Care Trygghetssentralen, Telenor Objects/ Aleris, Safemate og Safecall for at dere har bidratt med stort engasjement og viktig kunnskap og nyttige erfaringer. Videre tusen takk til Regionale forskningsfond Hovedstaden, Oslofjordfondet og Agder for økonomisk støtte til gjennomføring av prosjektet.

## 2.2 Oppsummering av prosjektaktiviteten i deltakerkommunene

### 2.2.1 Drammen kommune

Drammen kommune har tatt i bruk lokaliseringsteknologi for både hjemmeboende og personer på sykehjem. Over 70 personer med demens eller annen kognitiv svikt har benyttet GPS siden 2011, og det var 25 aktive brukere av GPS ved utgangen av 2016. Aldersspennet på brukerne av GPS i Drammen har vært fra 46 – 94 år, og lengste brukstid for GPS har vært 4 år. Brukerne er fordelt på hjemmeboende og bofellesskap med og uten andre tjenester fra kommunen og institusjon med heldøgnspleie.

Drammen kommune har i tillegg utarbeidet rapporten "Modell for gjennomføring av samtykkevurderinger i hjemmetjenesten"[11] og kommunen har gjennomført prosjektet "Demensprosjekt – bolig og velferdsteknologi" [10] i samarbeid med blant annet Helsedirektoratet, NAV hjelpemiddelsentral, Utviklingscenter for hjemmetjenester, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Husbanken og SINTEF. Prosjekt har undersøkt hvordan eksisterende boliger kan tilpasses personer med demens og bidra til at de kan bo lengre hjemme.

Kunnskap og erfaringer fra Samspill har bidratt inn som en del av Drammen kommune sitt arbeid med Nasjonalt program for velferdsteknologi. Resultatene fra Samspill har blitt rapportert inn til Nasjonalt program for velferdsteknologi og bidratt til måloppnåelse og merverdi for begge prosjektene.



### 2.2.2 Kristiansand kommune

Kristiansand kommune har tatt i bruk lokaliseringsteknologi for hjemmeboende og personer på institusjon. Totalt har 37 personer med demens eller annen kognitiv svikt benyttet GPS i prosjektperioden [6, 8]. Ved avslutning av prosjektet var det 17 aktive brukere av GPS, hvorav 8 blir fulgt opp av pårørende, mens omsorgssenter følger opp de andre 9.

I tillegg har Kristiansand kommune pilotert bruk av medisindispenser for hjemmeboende (8 personer) [12], brukt nattkamera for digitalt tilsyn, bevegelses-sensor og e-lås og arbeider med utredning av mulighetene for etablering av kommunal

responsentertjeneste og felles anskaffelse av trygghets- og varslingsteknologi. Samspill prosjektet i Kristiansand ble i løpet av prosjektperioden inkludert som en del av satsingen rundt utviklingen av den kommunal responsentertjeneste, og Samspill prosjektet har bidratt med kunnskap og erfaringer rundt bruk av varslings og lokaliseringsteknologi.



### 2.2.3 Skien kommune

Skien kommune har pilotert lokaliseringsteknologi, mobil trygghetsalarm [5, 9] og ulike typer fall-alarmer for å forebygge og varsle fall [13]. Demensteamet i kommunen har rekruttert og kartlagt brukere. I prosjektperioden har 17 brukere med demens eller



annen kognitiv svikt benyttet GPS, og nesten halvparten av disse har brukt GPS i over 2 år. Klyvetunet er etablert som læringsarena for pilotering av varslings- og lokaliseringsteknologi og for pilotering av kommunens responscenter. Kunnskap og erfaringer fra Samspill har inngått som en del av Skien kommunes arbeide med Nasjonalt program for velferdsteknologi. Resultatene fra Samspill har blitt rapportert inn til programmet og bidratt til økt måloppnåelse og merverdi for begge prosjektene [4].

### 2.2.4 Oslo kommune

Oslo kommune har i løpet av prosjektet pilotert [7] og tatt i bruk lokaliseringsteknologi for hjemmeboende i samtlige 15 bydeler, som en del av Trygghetspakke 3. Tjenesten er utviklet som en del av ordinær drift og i tett samarbeid med pårørende, ansatte i bydelene og de to alarmsentralene; Doro Care Trygghetscentralen og Telenor Objects/ Aleris. Kommersiell tilgjengelige GPSer er benyttet og alarmsentralene mottar varslinger og alarmer, lokaliserer bruker ved behov og har det tekniske ansvaret for GPSene. Alarmsentralene utfører også eventuelle henteoppdrag i de tilfellene hvor dette skulle bli nødvendig. Rundt 160 personer har benyttet lokaliseringsteknologi gjennom prosjektperioden. I august 2017 var det ca. 180 aktive brukere av GPS i Oslo. SFF/USHT og Helseetaten har utarbeidet kurs om bruk av GPS og Trygghetspakke 3.



## 3 Mål

Målgruppen for Samspill prosjektet har vært personer med demens eller annen kognitiv svik og hensikten har vært å:

- Skaffe erfaring og utvikle kunnskap om hvordan bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan organiseres og integreres som en del av kommunenes operative helse- og omsorgstjenester.
- Utvikle praksisnære tjenestemodeller for samhandling mellom offentlige, private og frivillige tjenesteytere for å bidra til at personer med demens og deres pårørende kan opprettholde en aktiv hverdag og videre bidra til å løse noen av utfordringene i demensomsorgen.

Oslo kommune har hatt som mål å:

- Gå fra vellykket pilotering av lokaliseringsteknologi til utvikling av en ny tjeneste i ordinær drift for lokalisering av personer med demens eller annen kognitiv svikt.
- Identifisere hva skal til for en større spredning og implementering av GPS i alle bydeler.

Oslo kommune har derfor internt benevnt utprøvingen «Fra prosjekt til drift», og det har vært en del av utviklingen av Trygghetspakke 3.

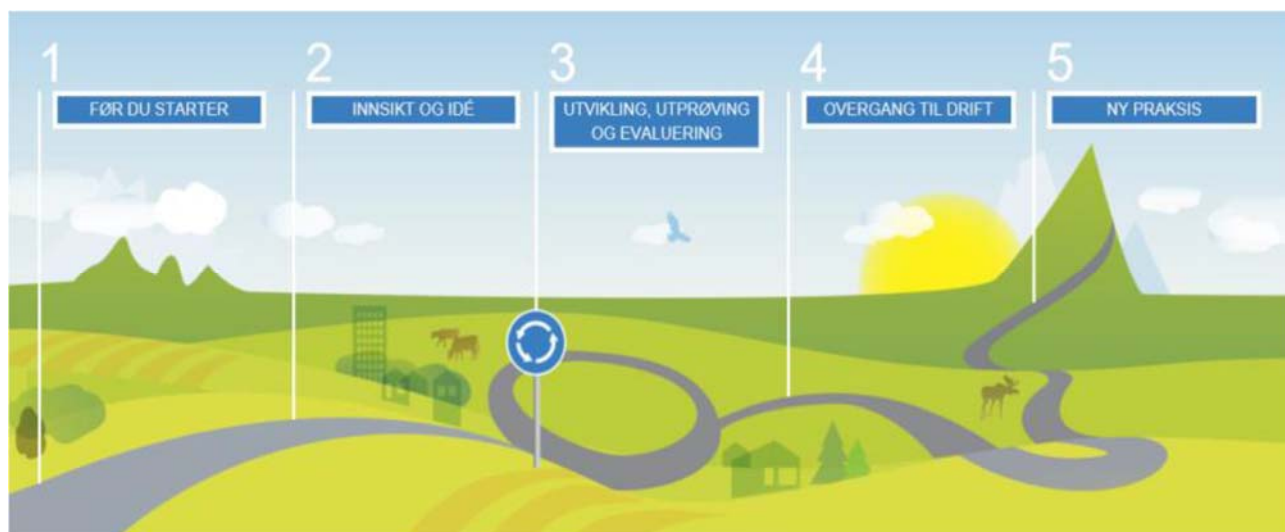
## 4 Metode

Det er benyttet metoder fra behovsdrivet innovasjon [14] og tjenstedesign for å gå fra pilot til drift for lokaliseringsteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste [15, 16]. Det er samlet kvalitative og kvantitative data over en treårsperiode i de fire kommunene Oslo, Drammen, Kristiansand og Skien. Følgforskning med tilbakemeldinger og erfaringer er benyttet aktivt for å gi innspill til forbedringer og justeringer underveis i utviklingen. Det totale datamaterialet omfatter statistikk og erfaringer fra 216 brukere av lokaliseringsteknologi, deres pårørende, ansatte i tjenesten, ansatte på alarmsentralene og leverandørene av lokaliseringsteknologien.

Prosjektet er godkjent av NSD – Personvernombudet for forskning, ref. prosjekt nr: 42918, datert 15.6.2015.

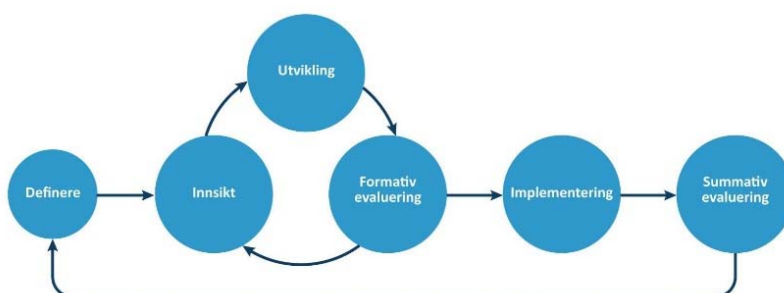
### 4.1 Innovasjon og tjenstedesign

Innovasjon og bruk av tjenstedesign er metoder som benyttes for å endre tjenestene slik at oppgavene kan løses på en bedre og mer hensiktsmessig måte. Gjennom Samveis [15, 16] er det utviklet et veikart for tjenesteinnovasjon med praktisk metodikk som benyttes som rammeverk for utvikling og overgang til drift og ny praksis, illustrert i Figur 1: Veikart for tjenesteinnovasjon Fase 3-5.



Figur 1: Veikart for velferdsteknologi er et hjelpemiddel for tjenesteinnovasjon i kommuner. Kilde: SINTEF

Prosjekter som benytter tjenstedesign går gjennom flere iterasjoner med utvikling, utprøving, evaluering, justering og endringer, for igjen å gjenta prosessen og så videre til implementering i drift. Den formative evalueringen er ett ledd i å videreføre piloten over i drift, og innovasjon prosessen har i praksis grenset opp mot følgforskning.



Figur 2: Illustrasjon av iterative innovasjonsprosesser. Kilde: SINTEF

## 4.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning og involvering av pårørende og tjenesten har vært en sentral metode gjennom hele prosjektperioden og bidratt til at produkter og tjenester møter brukernes reelle behov [14].

I arbeidet med å utvikle helse- og omsorgstjenestene er det viktig at både tjenestemottakerne, pårørende og ansatte involveres gjennom hele prosessen, slik tilfellet har vært i dette prosjektet. En god forståelse av brukerbehov har ligget til grunn for uttesting av aktuelle løsninger som igjen har gitt kommunene et godt grunnlag for utforming av morgendagens tjenester for varsling- og lokalisering.



Figur 3: Samarbeidsmodell i offentlige innovasjonsprosjekter.  
Kilde: SINTEF

## 4.3 Kvantitative og kvalitative metoder

Både kvantitative og kvalitative metoder er benyttet og data er samlet inn for hver kommune gjennom hele prosjektet. Data og erfaringer fra over 200 brukere av lokaliseringsteknologi, deres pårørende og ansatte i helse- og omsorgssektoren har gitt grunnlag for statistiske beregninger, mens kvalitative data har gitt dypere innsikt og forståelse av situasjonen for både bruker, pårørende, ansatte i helse- og omsorgstjenesten, samt aktører som leverer tjenester og produkter.

I alle deltakerkommunene er det høstet erfaringer over en periode på tre år og det er gjennomført datainnsamling ved bruk av spørreskjema, individuelle intervju, gruppeintervju, workshop/arbeidsmøter og erfaringsutveksling med pårørende og ansatte. Brukere har også, deltatt i individuelle intervju og bidratt til å fylle ut spørreskjema sammen med pårørende, der dette har vært mulig. I tillegg har fagpersoner fra alle bydelene i Oslo kommune, alarmsentralene og SINTEF hatt regelmessige prosjektmøter, informasjonsmøter og erfaringsutveksling, og ansatte fra alle deltakerkommunene har deltatt på jevnlig prosjektmøter med erfaringsutveksling for gjensidig læring.

## 4.4 Lovverk

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [17] er lagt til grunn for gjennomføring av prosjektet. Viktige kapitler i Pasient- og brukerrettighetsloven i forhold til bruk av lokaliseringsteknologi er:

- Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon
- Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp
- § 4-6a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi
- Kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi ble oppdatert i september 2013, og gjør det mulig for Helse- og omsorgstjenesten å treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse, dersom bruker ikke motsetter seg tiltaket.

## 5 Gjennomføring av Samspill i Oslo

Pilotering og utvikling av nye tjenester for varsling- og lokaliseringsteknologi er gjennomført så nært opp til daglig drift som mulig. Ansatte i kommunene, leverandører, pårørende og personer med kognitiv svikt/demens har deltatt aktivt slik at tjenesten er tilpasset reelle behov og den praktiske hverdagen. Pilotering av teknologi og tjenester er gjennomført ved å ta i bruk kommersielt tilgjengelig løsninger og det er samlet kunnskap og erfaring gjennom praktisk utprøving i den daglige tjenesten.

I Oslo kommune har gjennomføring av prosjektet vært delt i tre hovedfaser:

2014: Pilotering av lokalisering i 8 bydeler med 40 brukere.

2015: Pilotering av lokalisering i samtlige 15 bydeler med ytterligere 60 brukere.

2016: Overgang fra prosjekt til drift for bruk av lokaliseringsteknologi i samtlige bydeler med totalt 160 brukere. Målet for denne fasen har vært: Hva skal til for en større spredning og implementering i alle bydeler?

### 5.1 Samarbeid - Bydel, Alarmsentralene, Helseetaten og SINTEF

Helseetaten er Oslo kommunens fagetat og pilotering og implementer av lokaliseringsteknologi har vært en del av Helseetatens satsing på å utvikle bedre omsorgstjenester for Oslo kommunes innbyggere og har vært en del av Trygghetspakke 3.

Hver bydel har valgt en til to medarbeidere som kontaktperson og ansvarlig for utprøvingen i sin bydel. Kontaktpersonene i bydelene har bred helsefaglig kompetanse innen demens og erfaring med kartlegging av brukerbehov, og flere er godkjente Alma kontakter fra Almas hus ved SFF/USHT. Kontaktpersonenes oppgaver har vært å identifisere mulige brukere, kartlegge behov, etablere tjenesten, fatte vedtak og følge opp brukere og pårørende. Kontaktpersonene har gjennom hele piloteringen samarbeidet nært med andre aktuelle fagpersoner i bydelen, med Alarmsentralene og med pårørende. For enkelte brukere som ikke har pårørende i umiddelbar nærhet, har dagsenter eller hjemmetjenesten vært involvert i å tilrettelegge tjenesten.

Doro Care Trygghetssentralen har siden 1997 hatt ansvar for driften av trygghetsalarmer i Oslo kommune og fra 2015 har Doro Care Trygghetssentralen og Telenor Objects/ Aleris hatt ansvar for driften av trygghetsalarmer. Doro Care Trygghetssentralen leverer alarmtjenester til brukere i de 10 bydelene Alna, Bjerke, Grünerløkka, Grorud, Gamle Oslo, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Stovner, Sagene, og Østensjø, og Telenor Objects/ Aleris leverer alarmtjenester til brukere i de 5 bydelene Frogner, St. Hanshaugen, Nordre Aker, Vestre Aker og Ullern. I denne rapporten er alarmsentralene benyttet som fellesbegrep for både Doro Care Trygghetssentralen og Telenor Objects/ Aleris.



Figur 4: Logo for alarmsentralene i Oslo

Som del av tjenesteinnovasjonen er det gjennomført regelmessige prosjektmøter gjennom hele prosjektperioden i lokalene til SFF/USHT på Aker helsearena hvor bydelskontakter, Helseetaten, SFF/USHT, alarmsentralene og SINTEF har deltatt. Aktuelle brukersaker, etiske dilemma, lovverk, tekniske utfordringer, organisatoriske utfordringer og andre praktiske problemstillinger har vært lagt frem, diskutert og løst i fellesskap.

Siden prosjektet skulle innføres så nært opp til ordinær drift som mulig, er det lagt vekt på å løse utfordringer og oppgaver innenfor de daglige rammene til bydelene uten å etablere en egen prosjektorganisasjon i bydelene. Det har vært en flat prosjektstruktur med direkte og effektiv kommunikasjon mellom de ulike aktørene, korte og jevnlig prosjektmøter og kontakt på epost og telefon. Deltakelse i prosjektet fra bydeler og alarmsentralene har vært basert på egeninnsats og faglig engasjement, uten verken frikjøp av ressurser eller andre prosjektmidler. Prosjektmidler er benyttet til innkjøp av GPSer (160), fasilitering av møter, deltakelse på faglige seminarer og til bistand i utviklingsprosessen fra Helseetaten og SFF/USHT og til følgeforskning fra SINTEF. Det frivillige engasjementet og den positive drivkraften til bydelene og alarmsentralene har vært en av suksessfaktorene som har ført til måloppnåelse.

## 5.2 Inkludering av brukere

Rekruttering av brukere og deres pårørende er foretatt av fagpersoner fra kommunenes helse- og omsorgstjeneste, og har vært en del av deres daglige arbeidsoppgaver. Målgruppen for prosjektet har vært:

- Personer med demens eller annen kognitiv svikt

I Oslo kommune var utgangspunktet å inkludere brukere som mottar tjenester fra bydelen eller har trygghetsalarm og som bor sammen med/har andre støttepersoner som kan bistå med daglig administrasjon av teknologien uten at hjemmetjenesten blir koplet inn. Men i praksis viste det seg relativt raskt at det var behov for å utvide målgruppen til også å inkludere brukere med kognitiv svikt eller demens som bor alene uten pårørende i umiddelbar nærhet. Hovedforskjellen er at disse brukerne i større grad har behov for oppfølging av hjemmetjenesten. Yngre brukere (over 18 år) med kognitiv svikt er også inkludert.

Til sammenligning har Drammen kommune og Kristiansand kommune inkludert brukere med kognitiv svikt eller demens som bor hjemme alene eller sammen med pårørende og brukere som bor på sykehjem. Drammen har spesielt lagt vekt på å rekruttere brukere som bor alene.

Skien kommune har valgt både brukere med kognitiv svikt eller demens som bor hjemme og på sykehjem i fortrinnsvis ett distrikt i tilknytning til responscenter piloten på Klyvetunet.

Det har vært en forutsetning at brukere som deltar oppfører seg fornuftig i trafikken og kan betraktes som "trygge i trafikken". Det har videre vært en forutsetning at brukere, eventuelt deres pårørende/verge har samtykket skriftlig til å delta i prosjektet. Deltakelsen har vært frivillig, og brukerne kunne når som helst trekke seg fra prosjektet uten at dette ville påvirke andre tjenester fra kommunen. Alle brukere får beholde lokaliseringsteknologien så lenge de har behov for tjenesten.

For hver bruker som inkluderes har kommunens fagpersoner gjennomført en grundig individuell kartlegging av brukers behov og ressurser og hvordan familie/ frivillige kan bidra i samarbeid med kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Kartleggingen er i hovedsak gjennomført ved hjemmebesøk hos bruker.

## 5.3 Datainnsamling, erfaringsutveksling og kunnskapsspredning

Data og erfaringer er samlet gjennom hele prosjektperioden, med bruk av både kvantitative og kvalitative metoder. Spørreskjema og intervjuguider for innsamling av erfaringer og effekt av lokaliseringsteknologi finnes i Vedlegg 3. Under følger Tabell 1 som gir en oversikt over metode for datainnsamling og beskrivelse av informanter.



**Tabell 1: Oversikt over metoder for datainnsamling, erfaringsutveksling og kunnskapsspredning.**

Type datainnsamling	Hvor ofte/ antall	Deltakere
Individuelle intervju / samtale for kartlegging av behov og individuell oppfølging	For hver ny bruker av GPS 265 brukere totalt hvorav ca. 160 brukere fra Oslo	Bruker og pårørende sammen med helsepersonell fra bydel/ kommune. Samtale med hver bruker og pårørende om behov for lokalisering og tilpassing av tjenesten. Videre er hver enkelt bruker fulgt opp av ansatte i bydel/ kommunen.
Faste prosjektmøter med bydeler i Oslo for felles opplæring, oppfølging, erfaringsutveksling og utvikling av tjenesten.	Hver uke første halvår 2014 Hver annen uke annet halvår 2014 Hver måned første halvår 2015 Hver annen måned annet halvår 2015 og 2016.	Faglige kontaktpersoner fra alle bydelene, Helseetaten, SFF/USHT, Doro Care Trygghetssentralen, Telenor Objects/ Aleris og SINTEF Teknologi og samfunn deltatt jevnlig på prosjektmøtene i perioden 2014-2017.
Dybdeintervju bruker og pårørende	5 dybdeintervju	Brukere, pårørende og forskere fra SINTEF har deltatt på dybdeintervju
Gruppeintervju med pårørende	3 gruppeintervju 2014, 2015, 2016	15-20 pårørende fra Oslo, ansatte fra Helseetaten, SFF/USHT, Doro Care Trygghetssentralen og forskere fra SINTEF har deltatt på erfaringstilbakemelding med pårørende
Workshop	2 workshops i Oslo, 2014 og 2015	20-25 ansatte fra Bydel Frogner og Nordre Aker, Helseetaten, SFF/USHT, Doro Care Trygghetssentralen og SINTEF har deltatt på workshops.
Spørreundersøkelse	216 informanter totalt hvorav 110 informanter i Oslo	Pårørende og personalet i bydelene svarte på spørreskjema om hver enkelt bruker. Dersom mulig svarte person med demens på spørsmål.
Felles prosjektmøter for erfaringsutveksling	8 prosjektsamlinger	Prosjektdeltakere i Samspill fra Drammen, Kristiansand, Skien, Oslo, NKAH og SINTEF har deltatt på prosjektmøter med erfaringsutveksling.
Infomøter	20-25 møter i Oslo	Ansatte i helse- og omsorgssektoren i 15 bydeler i Oslo kommune, Helseetaten, SFF/USHT, SINTEF har deltatt på 1-2 informasjonsmøter i de respektive bydeler.
Kunnskapsspredning	2014-2017	Brukere og pårørende, prosjektmedarbeidere fra bydeler og kommuner, alarmsentralene, leverandører av GPSer, NKAH, SINTEF og frivillige organisasjoner har gjennom prosjektperioden jevnlig holdt innlegg og foredrag på konferanse,

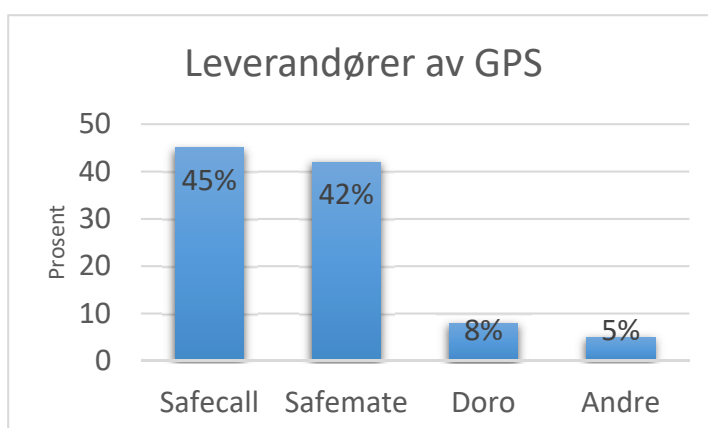
		seminarer og faglige kurs.
Avslutningskonferanse	Åpent seminar 21 mars, 2017, KS Agenda, 80 deltakere	Deltakere fra kommuner, frivillige organisasjoner, KS, Helsedirektoratet, alarmsentralene, leverandører av GPSer, universitet- og høyskoler, NKAH og forskningsinstitutter.

## 5.4 Valg av teknologi

Lokaliseringsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Lokalisering eller bestemmelse av grafisk posisjon er i dette prosjektet gjort ved bruk av Global Position System (GPS). I denne rapporten brukes lokaliseringsteknologi og GPS som synonyme begreper. GPS er satellittbasert posisjoneringsteknologi som benyttes utendørs. Kommunikasjon mellom GPS-enheten og støttesystemet foregår som regel via mobilnettet, og det er derfor en forutsetning at GPS-enheten befinner seg innenfor et område med mobildekning og sterke nok GPS-signaler.

Fra et brukerperspektiv består et GPS-system i hovedsak av to deler: GPS-enheten som bruker bærer med seg, og et GPS-støttesystem som muliggjør lokalisering av bæreren av GPS-enheten ved SMS, innlogging på nettsted eller ulike applikasjoner på nettbrett eller smarttelefon.

Valg av leverandør av teknologi er gjort ut fra hver enkelt kommunes rutiner og behov. Oslo kommune har i hovedsak benyttet GPS fra Safemate og enkelte fra Doro og Safecall, Drammen kommune har benyttet GPS fra Safecall, Kristiansand kommune har benyttet GPSer fra både Safecall og Safemate og Skien kommune har benyttet Safecall for målgruppen personer med kognitiv svikt/demens.



Figur 5: Oversikt over leverandører av GPSer til Drammen, Kristiansand, Oslo og Skien



Figur 6: Lokaliseringsteknologi fra Safemate (Trigger One) og Safecall (SL1)

Alle GPS-enhetene som er benyttet i prosjektet har egen alarmknapp og to-veis telefonforbindelse, med unntak av GPS-sålen fra Safecall.

Drammen kommune og Skien kommune har deltatt i et samarbeid med flere kommuner om en felles anskaffelse av lokaliseringsteknologi ledet av Trondheim kommune [18]. Med utgangspunkt i egne erfaringer fra Samspill og med erfaringer fra felles anskaffelsen fra Trondheim er Oslo kommune Helseetaten er i ferd med å utarbeide underlag for felles anskaffelse av lokaliseringsteknologi for alle kommunens bydeler.

## 6 Resultater og erfaringer

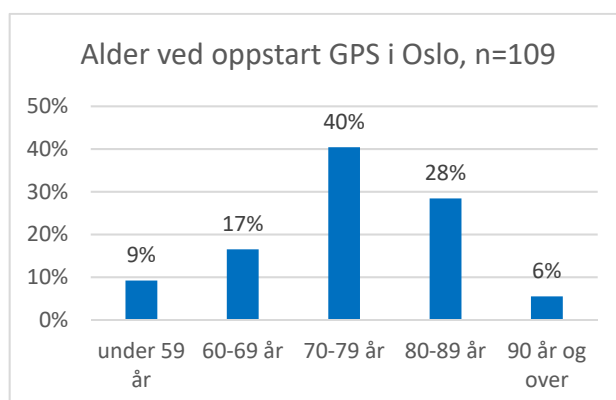
### 6.1 Statistikk og erfaringer fra Oslo kommune

Totalt har piloteringen av lokaliseringsteknologi i Oslo, Drammen, Kristiansand og Skien omfattet 265 brukere og deres pårørende, ansatte i kommunen og leverandører av alarmtjenester og GPS teknologi. Datamaterialet fra spørreundersøkelsen inkluderer totalt 216 brukere fra de fire kommunene. Spørreskjemaundersøkelsen fra Oslo kommune inkluderer 109 brukere. Resultatene under beskriver funn og erfaringer fra Oslo kommune.

#### 6.1.1 Diagnose, kjønn, aldersfordeling og brukstid

De fleste brukerne i Oslo har en demensdiagnose (77%), mens 23% av brukerne har orienteringssvik på grunn av slag, kreft, ulykke, Parkinson eller annen kognitiv svikt. I Oslo og totalt for alle kommunene er andelen kvinnelige brukere noe mindre enn andelen mannlige brukere (41% kvinner/ 59% menn). I Oslo var gjennomsnittsalder ved oppstart av GPS 74,2 år, mens gjennomsnittsalderen ved oppstart for brukere i alle fire kommunen var noe høyere, 75,6 år. Tilsvarende data fra Trygge spor [19, 20], rapporterte om gjennomsnittsalder på 77 år og en litt høyere andel kvinnelige brukere (47% kvinner og 53% menn). Oslo kommune har en større andel av yngre brukere under 60 år som trekker gjennomsnittet noe ned. I Skien kommune hadde brukerne av GPS den høyeste gjennomsnittsalderen på 82 år.

Gjennomsnittsalderen for kvinner i Oslo var 76,2 år og for menn 72,8 år. Figurene over illustrerer brukernes aldersfordeling ved oppstart av GPS, og viser at 40% av brukerne i Oslo er i 70 årene, litt under 30% er i 80 årene og 26% er under 70 år. I Oslo er kvinnene i gjennomsnitt 3,4 år eldre enn mennene når de tar i bruk GPS. Alle de fire kommunen viser at de kvinnelige deltakere er noe eldre enn de mannlige deltakerne, men forskjellene variere noe fra kommune til kommune. Gjennomsnittlig variasjon i alder mellom kvinner og menn var 3,5 år. I praksis har det vist seg at det er brukers behov og funksjonsnivå og hvilke ressurser og støtte som pårørende og tjenesten kan bidra med, som er viktig for vellykket bruk av GPS.



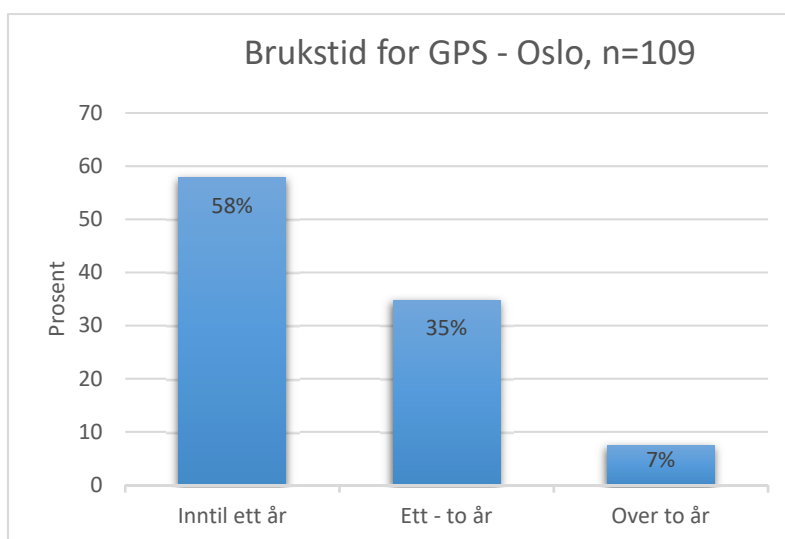
Figur 7: Alder på brukere når de tok i bruk GPS i Oslo

*"Alder og diagnose har ingen ting å si, det er brukers funksjonsnivå og behov som er avgjørende for om vedkommende kan ha nytte av GPS." Ansatt*

Det har vist seg at i løpet av prosjektperioden har nesten 60% av brukerne i Oslo benyttet GPS i inntil ett år, og 35% har benyttet GPS mellom 1-2 år. Erfaringene så langt viser klart at jo tidligere man kommer i gang med bruk av GPS jo enklere er det å innarbeide vaner for både bruker og pårørende. Videre erfarer tjenesten at desto tidligere bruker får GPS, jo lengre blir brukstiden og nytten av GPSen på tross av en progredierende demensdiagnose. Pårørende bekrefter ansatte sine erfaringer og sier:

*"Det er viktig å komme i gang tidlig og få GPSen og informasjon så raskt som mulig når behovet oppstår. Vi har vært heldige og kommet i gang tidlig og fått gode vaner. Har møtt folk på pårørendekurs som har gått i årevis uten hjelp." Pårørende*

Erfaring viser at også yngre brukere med orienteringssvikt kan ha stor nytte av GPS og brukstiden er gjennomsnittlig lengre enn for eldre brukere. Yngre brukere med kognitiv svikt etter f.eks. slag og kreft har som regel ikke en progredierende lidelse, og kan dermed benytte GPS over lengre tid. Dette har igjen ført til betydelig positiv effekt både for bruker, familien og tjenesten. I enkelte tilfeller har bruk av GPS ført til økt mestring og vedvarende økt funksjonsnivå for bruker, fordi de føler seg trygge og kan be om assistanse dersom de ikke finner tilbake.



Figur 8: Hvor lenge brukere har benyttet GPS ved prosjektslutt

### 6.1.2 Registrering og bruk av IPLOS

Det er variasjon i hvordan ulike kommuner og bydeler har registrert IPLOS. Noen kommuner registrerte ikke IPLOS i den første piloteringsfasen, men startet med dette når lokalisering ble en del av tjenesten. I Oslo var gjennomsnittlig IPLOS registrering ved oppstart 2,3, mens gjennomsnittlig IPLOS registrering for brukere når de avsluttet bruk av GPS var 3,3. Gjennomsnittlig IPLOS registrering ved oppstart var gjennomgående noe høyere for menn enn for kvinner. I Oslo var IPLOS registrering for menn 2,6 og for kvinner 2,1. Tall fra alle kommunene totalt viste en IPLOS registrering ved oppstart på 2,4. Erfaring viste at det ikke er mulig å fatte vedtak om bruk av GPS på bakgrunn av registrering av IPLOS alene. Det var eksempler på at brukere med lavt tjenestebehov og IPLOS på under 2 ikke hadde kunnet benytte seg av GPS, mens brukere med IPLOS på over 3 hadde stor nytte av GPS.

Det er gjennomgående erfaring at vedtak om bruk av GPS må gjøres på bakgrunn av en grundig kartlegging og analyse av brukers behov og ressurser og dette må sees i sammenheng hvilken støtte og oppfølging brukere har fra pårørende, Alarmsentralene og tjenesten. IPLOS er kun en indikasjon på brukers

funksjonsnivå og behov for assistanse for å mestre hverdagen, og individuell kartlegging og analyse av brukers behov i forhold til bruk av GPS er avgjørende for om tiltaket blir vellykket eller ikke.

### 6.1.3 Bosituasjon og tjenester til brukere med GPS

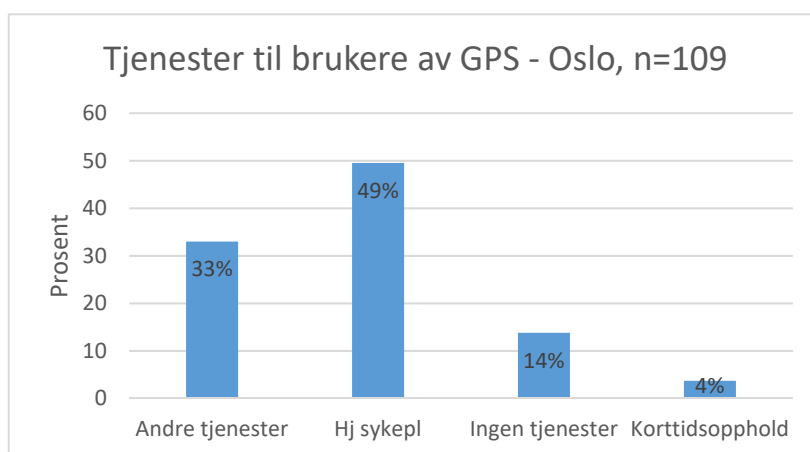
I Oslo bodde langt de fleste brukerne av GPS (94%) i egen bolig, mens 6% bodde i omsorgsleilighet/bofellesskap med hjemmetjenester. Ingen brukere fra sykehjem ble inkludert i prosjektet i Oslo. Tallene samlet for alle de fire kommunene viser at 74% av brukerne bodde i egen bolig, 12% bodde i omsorgsleilighet/bofellesskap og 16% bodde på sykehjem. I Drammen og Kristiansand er det inkludert relativt mange brukere på sykehjem eller i bofellesskap med heldøgnspleie.

I den første piloteringsfasen bodde majoriteten (80%) av brukerne i Oslo sammen med ektefelle eller familie, mens en femtedel bodde alene. Ved prosjektslutt var andelen brukere som bodde alene mer enn fordoblet fra 20% til 45%, mens andelen brukere som bodde med ektefelle eller familie var redusert fra 80% til 55%. Dette viser at det er behov for og samtidig gjennomførbart å tilrettelegge for bruk av GPS til brukere som bor alene. En fagperson fra bydel beskriver sine erfaringer med brukere som bor alene og at de ofte har stor nytte av GPS-en:

*"Vi har valgt å også rekruttere enslige selv om det ikke var en del av prosjektet i utgangspunktet. Erfaringene våre har vist at det er disse som har hatt det største behovet eller den største gleden av å bruke GPS." Ansatt*

Erfaring viser at det er enklere å ta i bruk lokaliseringsteknologi dersom bruker har pårørende som kan støtte opp og bidra til administrasjon av GPS-en. Men det er helt klart mulig å ta i bruk lokaliseringsteknologi til brukere som bor alene. Mange klarer seg fint alene og er i stand til å innarbeide nye vaner og rutiner for å ta med og lade GPS-en. Dersom dette blir vanskelig kan det ofte løses ved at pårørende, bydel og Alarmsentralene samarbeider med bruker og tar utgangspunkt i brukers vaner og ønsker og tilrettelegge for dette. Videre er det viktig med motivasjon og bistand fra familie, venner, hjemmetjenesten eller dagsenter.

Figuren viser fordeling av ulike tjenester som brukerne mottar fra helse- og omsorgstjenesten i Oslo. Omtrent halvparten av brukerne hadde hjemmesykepleie, mens 14% av brukerne ikke hadde andre helse – og omsorgstjenester fra bydelene. Over halvparten av hjemmeboende brukere (53%) har dagtilbud (dagsenter/aktivitetstilbud) for personer med demens eller kognitiv svikt, og omtrent en fjerdedel av brukerne (24%) har bistand fra bydelens demensteam. Betegnelsen andre tjenester utgjør 33% og omfatter



Figur 9: Helse- og omsorgstjenester til brukere av GPS fra bydel

tjenesten demensteam, rehabilitering, støttekontakt, praktisk bistand, osv. Mange brukere har flere tjenester. Bydelenes demensteam har hatt en nøkkelrolle for identifisering av brukere på et tidlig stadium, for veiledning og informasjonsspredning og for kartlegging av brukerbehov.

4% av brukerne i Oslo hadde tilbud om korttidsopphold. Pårørende og brukere selv har rapportert at det kunne være utfordrende å få personalet på korttidsavdelingen til å ta i bruk GPS for brukere som hadde med seg dette.

Oslo kommune har i prosjektperioden rekruttert brukere som er hjemmeboende, og dermed var ikke brukere som bor på sykehjem inkludert i data materialet. Det er imidlertid noen brukere som har flyttet fra egen bolig og over i sykehjem. Enkelte av disse brukerne fikk med seg GPS-en over i sykehjem, mens andre hadde fall i funksjonsnivå som gjorde at de ikke kunne nyttiggjøre seg GPS-en. Videre har det vært enkelte sykehjem som ikke har ønsket å ta i bruk lokaliseringsteknologi for sine beboere uten at årsakene er kartlagt. Pårørende og kontaktpersoner i kommuner og bydeler har rapportert at flere sykehjem ikke har kunnet tilrettelegge for at bruker skal kunne benytte GPS når vedkommende har flyttet inn på sykehjem. Andre sykehjem har positivt ønsket at bruker kan få med seg GPS fra bydel, og har etterspurt et tettere samarbeid med bydel for å tilfredsstille ønsker og behov hos sine beboere. Det er løftet frem behov for økt samhandling mellom bydel og sykehjem.

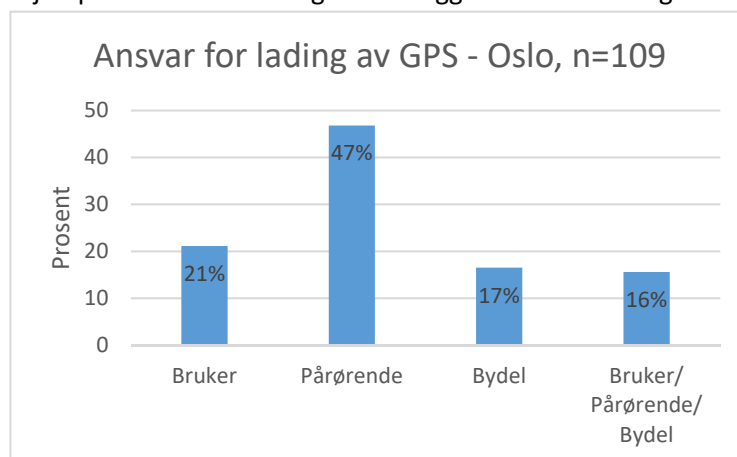
#### 6.1.4 Hvem gjør hva –Samspillet mellom pårørende, bydel og alarmsentralene

For å lykkes med å ta i bruk lokaliseringsteknologi som et tjenestetilbud til personer med kognitiv svikt eller demens, er det helt avgjørende at bydelene, alarmsentralene, pårørende og eventuelt frivillige samarbeider tett og dynamisk rundt hver enkelt bruker. Kommunikasjonsteknologi og mobile løsninger har gjort det mulig for de ulike aktørene å samarbeide om å ta i bruk GPS som et hjelpemiddel for personer med kognitiv svikt eller demens. De kan utveksle informasjon på en sikker måte og tilrettelegge for at GPS kan gi

personer med kognitiv svikt eller demens en bedre og mer aktiv hverdag.

Erfaring har vist at bruk av GPS utfordrer etablerte samarbeidsstrukturer, og for å lykkes må alle være villige til å finne nye samarbeidsformer rundt hver enkelt bruker, slik som partnerne i Samspill prosjektet har vist.

Figur 10, 11 og 12 viser hvem som har ladet GPS-en og som har bidratt til at bruker med størst mulig grad av sikkerhet har med seg GPS-en, hvem som kan lokalisere bruker og hvem som tar imot varsel- og alarmer og eventuelt rykker ut dersom det skulle være behov for dette. Fordeling av ansvar og oppgaver viser at det allerede gjennom prosjektet, er etablert et tett og nært samarbeid mellom bydel, alarmsentral og pårørende. Det er laget utkast til rutiner og avtaler for bruk av lokalisering, som er inkludert som del av eksisterende rutiner og sjekklister, ref. Vedlegg 2.



Figur 10: Figuren viser hvem som lader brukers GPS og bidrar til at bruker tar med GPS.

For nesten halvparten av brukerne har pårørende hatt ansvar for å lade, slå på/av GPS-en og sørget for at brukeren tar med seg GPS-en ut på tur. Litt over 20% av brukere har mestret dette på egen hånd. En bruker som bor alene fortalte om rutineene som hun hadde innarbeidet:

*"Lader har jeg på kjøkkenet, sammen med mobilen. Han (GPS-en) henger ved døren der hvor hundebåndet er." Bruker*

Lattermildt forteller hun videre at *"Det har hendt at jeg har glemt å ta den av meg når jeg legger meg om kvelden"*

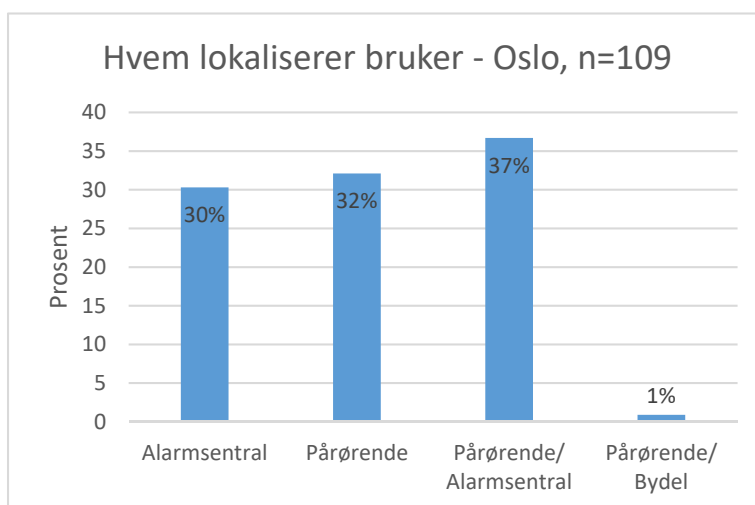
Ytterligere 16% av brukerne mestrer å lade og ta med seg GPS-en i samarbeid med pårørende og/eller bydel. Eksempler på samarbeid mellom bruker og pårørende er f.eks. at pårørende, som ikke bor sammen med bruker, får varsel om at batterikapasiteten på GPS-en er lav og kan ringe til bruker og minner på at vedkommende må lade GPS-en. En pårørende fortalte at hennes mor hadde GPS på nøkkelknippet og forklarte hvordan hun hadde nytte av at det ble sendt varsel på SMS ved lavt batteri:

*"Flott at det kommer SMS når GPS'en må lades. Da ringer vi til mamma og sier at «nøkklene» hennes må legges til lading." Pårørende*

Andre pårørende eller venner som bor i nærheten har tatt en tur innom bruker for å lade GPS-en dersom de har fått sms med varsel om lavt batteri. Hjemmetjenesten, personalet på dagsenter eller i bolig bidratt med lading av GPS og sørget for å etablere vaner og rutiner slik at brukeren tar med seg GPS-en ut. Dette har vært gjennomført i nært samarbeid med bruker og pårørende. Ansatte og pårørende har ved flere anledninger blitt overrasket over at bruker har klart å innarbeide vaner som gjør at vedkommende tar med seg GPS-en ut på tross av at andre gjøremål blir glemt. En ansatt beskrev sine observasjoner og erfaringer slik:

*"Selv de med langt kommen Alzheimer sykdom, de husker som regel å ta med seg den (GPSen) på tur. For det blir på en måte trygt, og selve symbolet på tryggheten når du er ute på tur." Ansatt*

I Oslo kommune har det vært pårørende og alarmsentralene som har lokalisert bruker ved behov, og oppgaven er relativt jevnt fordelt mellom pårørende (32%) og alarmsentralene (30%). Det er interessant å registrere at for hele 37% av brukerne så samarbeider pårørende og alarmsentralene om å lokalisere bruker. Det blir inngått avtaler for når alarmsentralen skal lokalisere og når pårørende har ansvaret. Vanligvis er det pårørende som er primærmottaker av alarmer og som lokaliserer, mens alarmsentralene tar over dersom pårørende ikke er tilgjengelig. Det er også flere eksempler på at pårørende som synes det er krevende å lokalisere



Figur 11: Figuren viser hvem som lokaliserer bruker ved behov

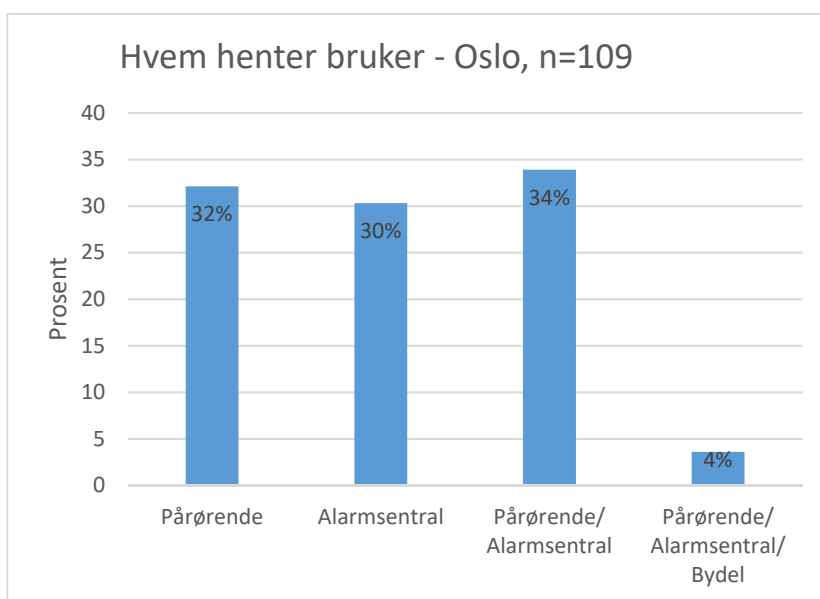
har ringt til alarmsentralen og spurt om de kan lokalisere bruker. For noen brukere er det etablert faste rutiner slik at eventuelle alarmer går til pårørende på dagtid og alarmsentralen på natt. Et tilpasset administrasjonssystem og et nært samarbeid mellom pårørende og alarmsentralen har vært avgjørende for at dette kan fungere. Dette har vært dokumentert gjennom en skriftlig intensjonsavtale mellom alarmsentralen og de pårørende.

En bruker som bor alene erfarte at hun ikke kjente seg igjen i skogen der hun hadde gått tur i over 30 år. Hun husker hendelsen godt og forteller:

*"Jeg kjente meg ikke igjen og visst ikke hvordan jeg skulle komme seg hjem. Jeg satte meg ned og ble veldig redd. Jeg tenkte jeg får ta opp denne saken min (GPSen), og trykke på den, og ut kom en behagelig stemme. Da var jeg i trygge hender. Det var en god samtale". Bruker*

Hun fikk kontakt med alarmsentralen og personalet kunne ved hjelp av toveis forbindelse (via GPS-en) veilede henne gjennom skogen til bebyggelsen hvor hun kjente seg igjen og kunne hun finne veien hjem selv. Alarmsentralen holdt kontakt med bruker i nesten en halv time, og unngikk at det oppstod en mer dramatisk situasjon og trygget bruker. Etter denne hendelsen har bruker alltid med seg GPSen på sine daglige turer og opplever stor trygghet og mestring.

I Oslo har det igjen vært pårørende og alarmsentralene som har samarbeidet om å hente bruker, dersom det er behov for dette. Ansvaret for å hente bruker ved behov er relativt jevnt fordelt mellom pårørende (32%) og alarmsentralen (30%), og dette er nesten tilsvarende fordeling som for lokalisering av bruker. For 34% av brukerne er det avtalt samarbeid mellom pårørende og alarmsentralene. For noen få brukere (4%) er det pårørende, alarmsentralene og ansatte i bydel som sammen deler på ansvaret om å hente bruker ved behov. Det blir inngått skriftlige avtaler mellom pårørende, alarmsentralene og bydel for henting av bruker ved behov.



Figur 12: Figuren viser hvem som eventuelt henter bruker ved behov

Erfaring viser at det relativt sjeldent og har det vært nødvendig med utrykning fra alarmsentralen. I de fleste tilfellene, blir situasjonen avverget i samarbeid med pårørende før det oppstår en alvorlig situasjon. I noen tilfeller har alarmsentralene bidratt med lokalisering og veiledning slik at pårørende har kunnet hente bruker. Statistikk fra Doro Care Trygghetsentralen dokumenterer at de har mottatt rundt 800 alarmer i løpet av prosjektperioden, og kun i 22 tilfeller har alarm resultert i søk og utrykning. 25 alarmer er avklart i samtale med pårørende eller ansatte. 30 ganger har alarmsentralen rykket ut til bruker av GPS på grunn av fall i hjemmet. De resterende alarmene er enten teknisk test, test fra bruker, pårørende eller ansatte, brukerfeil eller mottak av alarm hvor pårørende ikke rakk å ta alarmen. Bruk av GPS og tett samarbeid



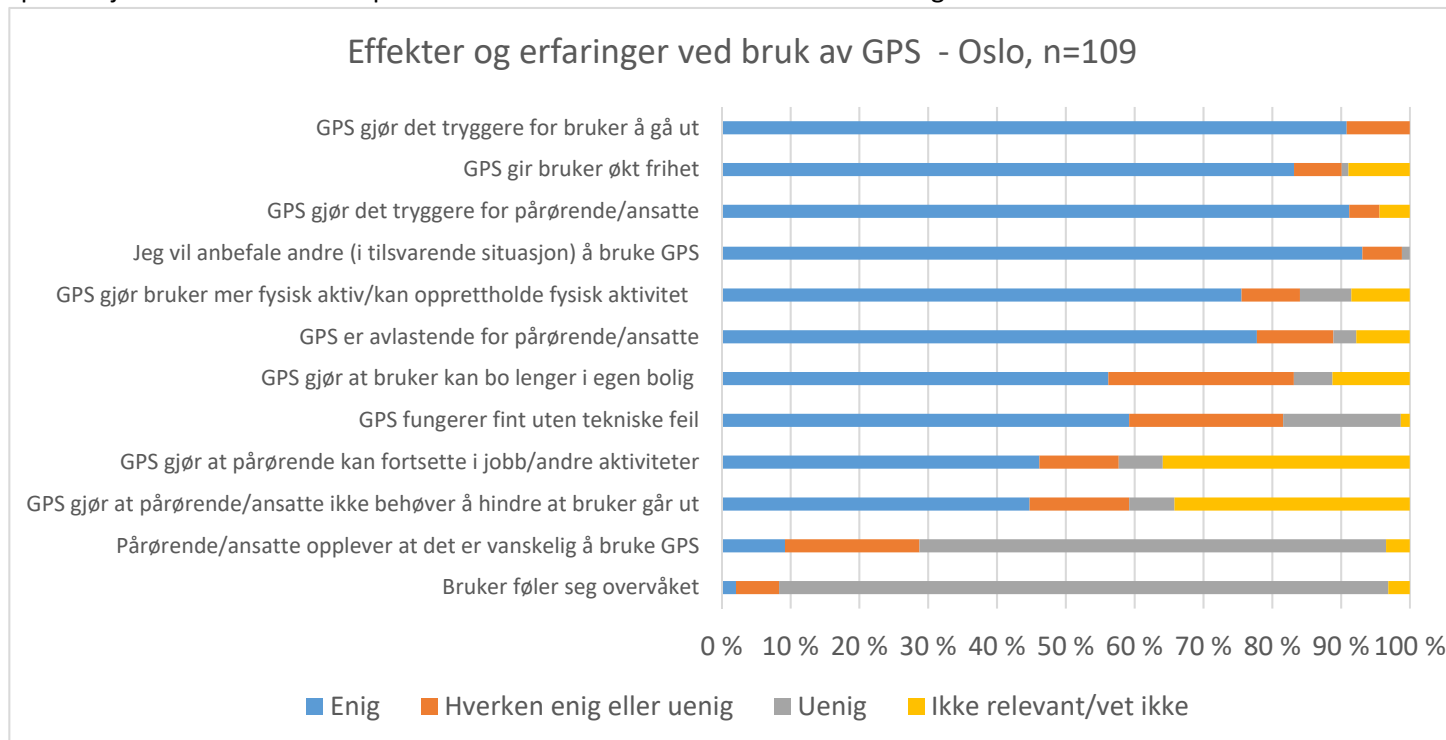
mellom pårørende og alarmsentralene har vært avgjørende for at bruker kan ha en trygg hverdag og at eventuelle hendelser løser seg på en god måte, dersom noe uforutsett skulle skje.

Pårørende har gjennom intervju, felles erfaringstilbakemeldinger og kartleggingsprosessen gitt klart uttrykk for at de ønsker å bidra så langt de kan og samarbeidet med bydel og alarmsentral har vært helt avgjørende. Pårørende ønsker og er i stand til å ta et større ansvar når alarmsentralene er back-up og det ikke utløses krav til betaling. Flere har gitt tilbakemelding på at dersom de må betale for utstyr og tjenesten, så føler de at deres frivillige innsats ikke blir vedsatt og motivasjonen til å bidra faller som en konsekvens av dette.

## 6.2 Effekter og erfaringer – Oslo kommune

Resultatene fra Samspill bekrefter i stor grad funn fra tidligere prosjekter [19, 20, 21]. Dokumentasjon omfatter både kvalitative og kvantitative data og erfaringer fra ulike kommuner/bydeler med ulik organisering som igjen anvender teknologi og tjenester fra ulike leverandører. Gjennomføringen av prosjektene har tatt utgangspunkt i kommunens egne ønsker, behov og utfordringer, og implementeringen har vært på kommunens premisser. Men selv med ulik gjennomføring av prosjektaktivitetene så peker resultatene og funnene i samme retning.

I Oslo har ansatte og i noen tilfeller pårørende fylt ut spørreskjema om hvordan de selv og bruker opplever bruk av lokaliseringsteknologi og hvilke effekter dette har hatt. Data som omfatter 109 brukere er inkludert i datamaterialet. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten og pårørende som har gitt informasjon og fylt ut spørreskjema blir i de neste kapitlene ofte kalt informanter som en fellesbetegnelse.



Figur 13: Effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i tjenesten med bruk av GPS

### 6.2.1 Trygghet og sikkerhet

Over 90% av informantene er enig i at GPS gjør det tryggere for bruker å gå på tur, og det gjør det tryggere for pårørende og ansatte å la bruker gå ut på tur. GPS gir bruker mulighet til å påkalle hjelp, samtidig som det gir pårørende og ansatte mulighet til å lokalisere bruker. Ingen har svart at de er uenige i at GPS gir økt trygghet. Disse resultatene understøtter tidligere studier [19, 20] og bekrefter at brukere, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten opplever økt trygghet og sikkerhet ved bruk av lokaliseringsteknologi for personer med orienteringssvikt på grunn av demens eller annen kognitiv svikt.

En mannlig bruker i 70 årene beskrev en hendelse hvor han plutselig en dag ikke kjente seg igjen når han var på sin vanlige tur i skogen like ved der han bodde:

*"Det var en skummel opplevelse å være et sted hvor jeg egentlig er lommekjent, men ikke vite hvor jeg var. Nå har jeg alltid den (GPSen) med meg, så da er jeg mye tryggere." Bruker*

Bruker bor sammen med sin kone og de er fortsatt aktive med jobb og fritidssysler. Hun føler at det gir trygghet og sikkerhet, at ektefellen har med seg GPS-en, når hun er på jobb.

*"GPS-en er et fantastisk hjelpemiddel. Vi er så fornøyde alle sammen", Pårørende.*

En annen bruker som bor alene, forteller at hun opplever at GPS-en gir trygghet. Dersom hun oppdager at hun har glemt GPS-en hjemme når hun kommer på dagsenteret, så kan hun gjerne gå tilbake og henter den. Hun sier:

*"Jeg går ikke ut uten vennen min (GPS-en). Den er nesten som en livsledsager." Bruker*

En annen pårørende, forteller at GPS-en bidro til at hun kunne veilede mannen hjem en ettermiddag han hadde gått seg bort. Hun forteller:

*"Jeg er virkelig glad for at vi har GPS! Den gjorde det mulig for meg å finne min mann når han hadde gått seg bort. Jeg ringte opp GPS-en og fikk snakket med han. Han kontaktet også meg ved å trykke på SOS-knappen." Pårørende*

Både ansatte og pårørende forteller at det gir trygghet og sikkerhet å vite at man kan lokalisere bruker dersom det skulle være nødvendig:

*"Mange opplever trygghet bare ved å vite at de har en GPS, og kan bruke den ved behov." Ansatt*

Det har vært krevende å beregne effekten av at person med demens/ kognitiv svikt, pårørende og ansatte opplever trygghet, men det bidrar klart til økt aktivitet, mestring og livskvalitet og ansatte rapporterer at det øker kvaliteten i tjenesten. Pårørende til en yngre bruker med kognitiv svikt, gav uttrykk for nytteverdien av GPS:

*"Sikkerhetsmessig kan ikke GPS måles i kroner og øre." Pårørende*

En bruker uttrykte spontant:

*"Jeg føler meg veldig trygg med GPS, GPS-en er gull verd." Bruker*

Forutsetningene for at GPS kan gi trygghet er at teknologien fungerer tilfredsstillende og at bruker og pårørende har fått tilstrekkelig opplæring og mestrer å bruke teknologien. Over 90% sier at de vil anbefale andre i samme situasjon å bruke GPS.

## 6.2.2 Økt frihet og fysisk aktivitet

Over 80% av informantene svarer at GPS gir økt frihet. Under 10% svarer at det ikke er relevant og kun 1% sier de er uenig. Disse resultatene bekrefter funn fra tidligere studier [19, 20] og dokumenterer at bruker opplever økt frihet. Økt frihet henger ofte sammen med at pårørende og tjenesten opplever trygghet med bruk av GPS. Det bidrar videre til at bruker får frihet til å fortsette med sine aktiviteter som igjen gir mestringen og mulighet til å opprettholde det livet vedkommende ønsker. En bruker beskrev hvordan han fikk frihet til å gå på tur når kona var på jobb:

*"Jeg har mulighet til å gå på tur og føle meg fri når kona er på jobb." Bruker*

Noen pårørende forklarte at de selv også opplever økt frihet til å gjøre egne aktiviteter, når de var trygge for bruker. Videre har ansatte også bekrefter at GPS gir bruker økt frihet:

*"Veldig positive til hvordan GPS fungerer. Bruker går en del tur alene og det er trygghet for pårørende å ha oversikt. Bruker tar som regel med seg GPS-en, fordi han føler dette gir trygghet og frihet." Ansatt*

*"Fordelene med å bruke GPS er at han får større frihet." Pårørende*

Rundt 75% av informantene sier at GPS bidrar til at bruker kan være fysisk aktiv og opprettholde sitt aktivitetsnivå. Under 20% sier at det ikke er relevant eller at de ikke vet, mens under 10% sier de er uenig.

En pårørende uttrykte stor glede over at hennes mann kunne fortsette å gå sine daglige turer i skogen og nærmiljøet der de bodde. Hun fortalte at GPS-en bidro til at mannen daglig fikk frisk luft og trening, noe han satte stor pris på. Pårørende uttrykte:

*"Min mann beveger seg ute på egenhånd, og får mosjon og frihet." Pårørende*

Det oppleves som et stort ansvar når venner og frivillige å til enhver tid å følge med på at person med demens ikke forsvinner fra turgruppen, og GPS kan bidra til at bruker kan delta sammen med turgruppen. En pårørende fortalte at hans kone hadde med seg GPS-en når hun gikk sammen med sin faste turgruppe.

*"Har tatt den med når hun er med i turgruppa, og alarm går da til alarmsentralen." Pårørende*

Flere studier antyder at regelmessig fysisk aktivitet har en beskyttende effekt mot risikoen for å utvikle demens og at fysisk trening gir bedre funksjon og trivsel i dagliglivet hos personer med demens [22, 23, 24].

### 6.2.3 Avlastning for pårørende

Over 75% er enig i at GPS er avlastende for pårørende, og under 5% er uenig i dette. Pårørende er en viktig ressurs og muligheter for avlastning og tid til egne aktiviteter er vesentlig. En ansatt fortalte at bruker ønsket GPS for å gå turer og ha sosial kontakt, mens pårørende ønsket GPS for å få avlastning slik at bruker kunne bo hjemme, og hun selv kunne fortsette i jobb. Bruker og pårørende fikk GPS og laget gode avtaler for hvordan GPS-en skulle brukes. Bruker følte frihet og fikk "egentid" som igjen avlastet pårørende, som kunne fortsette i jobb og bruker kunne bo hjemme.

Noen få pårørende har fortalt at de synes det var stressende og krevende å bruke GPS, og det ble en belastning istedenfor en avlastning. Forutsetningen for at det oppleves avlastende er at pårørende får god opplæring og mestrer bruken av GPS-en og at teknologien fungerer etter forventningene.

### 6.2.4 Bo lengre hjemme

Over halvparten av informantene mener at GPS kan bidra til at bruker med kognitiv svikt eller demens kan bo lengre hjemme, mens nesten 35% sier at det ikke er relevant for de eller at de ikke har noen bestemt mening. Det er flere enkelthistorier som bekrefter at person med kognitiv svikt eller demens kan bo lengre hjemme ved bruk av GPS. En bruker som bodde alene og var fysisk aktiv og sprek fikk GPS for å kunne fortsette med sin aktive livsstil og bo hjemme. Hensikten ble oppnådd ved bruk av GPS og et dynamisk og godt samarbeid mellom pårørende og Alarmsentralen. Både pårørende og ansatte i bydel har bekreftet at bruker kunne bo hjemme et halvt år lengre med GPS.

*"Behov for sykehjemsplass er utsatt ca. 6 måneder." Pårørende*

En annen pårørende erfarte også at GPS førte til at bruker kunne fortsette å bo hjemme:

*"Føler at ektefelle kan bo lengre hjemme ved hjelp av GPS-en. Mye mindre bekymring nå med GPS."  
Pårørende*

Selv om halvparten av informantene mener at GPS bidrar til at bruker kan bo lengre hjemme og dette er dokumentert med eksempler, så har det vært vanskelig for pårørende og ansatte å tallfeste og estimere hvor lenge person med kognitiv svikt/ demens kan fortsette å bo hjemme. Som regel er bruk av GPS bare ett av flere tiltak (f.eks. dagsenter, støttekontakt, osv.), og det er utfordrende å se på ett tiltak isolert. For både pårørende og tjenesten er det som regel en samlet vurdering om en bruker kan fortsette å bo hjemme eller ikke. Erfaringer fra blant annet Drammen kommune indikerer at for 15-20% av brukerne kan GPS bidra til at de kan bo lengre hjemme. Ut fra vurderinger og erfaringer fra ansatte og pårørende i Oslo er det rimelig å anta at ca. 20% av brukerne kan bo lengre hjemme med bruk av GPS. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til disse anslagene og det er behov for ytterligere registreringer som kan bidra til å sikre et bedre beregningsgrunnlag.

### 6.2.5 Avlede eller hindre bruker i å gå ut

Nesten 45% av informantene oppgir at GPS bidrar til at de ikke trenger å avlede eller hindre at bruker går ut, mens ca. 35% oppgir at det ikke er aktuelt, ofte fordi bruker selv ikke ønsker å gå ut alene.

En ansatt forteller at pårørende var redde for at bruker skulle gå ut alene etter at han fikk problemer med å orientere seg og de forsøkte så godt de kunne å avlede ham og motivere ham til å være inne. GPS-en gjorde det trygt å la ham gå ut så lenge de kunne lokalisere ham og eventuelt møte ham dersom han ikke fant veien hjem.

*"Tidligere forsøkte familien å forklare og legge til rette for at han ikke skulle gå ut, men være inne og se på TV. Nå er de trygge når han går ut. Kjempenyttig å ha GPS!" Ansatt*

En bruker som til vanlig bodde sammen med sin kone og var vant til å bruke GPS på sine daglige turer i nærmiljøet fikk ikke anledning til å opprettholde sine daglige turer med GPS under sitt opphold på sykehjemmets korttidsavdeling. Han opplevde dette svært frustrerende og beskrev det med følgende utsagn:

*"Jeg har vært i fengsel, hit vil jeg aldri mer." Bruker*

Brukers kone bekreftet at hun hadde tatt med brukers GPS til sykehjemmet og informert om bruken, men at sykehjemmet ikke ønsket å bruke GPS-en, uten at pårørende fikk noen begrunnelse.

Ansatte har beskrevet at bruk av GPS kan unngå tilbakeholdelse som fører til mer uro. Erfaringer fra blant annet Drammen kommune har vist at ansatte på institusjon opplever bruk av GPS som fravær av tvang. Det er ikke behov for å avlede og holde bruker tilbake dersom vedkommende har med seg GPS. Erfaring viser også at bruker i de fleste tilfellene ikke går så langt og kommer tilbake etter en stund. Dette gir ro på avdeling, og ansatte kan konsentrere seg om å delta på aktiviteter inne sammen med de som ikke ønsker å gå ut.

### 6.2.6 Overvåking eller trygghet

Nesten 90% av brukerne gir uttrykk for at de ikke føler seg overvåket, mens litt under 10% sier at det ikke er relevant eller at de ikke vet. Kun 2% føler seg overvåket, men aksepterer dette blant annet for å gjøre pårørende trygge. Mange av brukerne har gitt uttrykk for at det er viktigere å være trygge enn at pårørende eller Alarmsentralen har mulighet til å se hvor de er. En bruker forklarte at det var viktigere å få hjelp enn at ingen skulle kunne vite hvor han var:

*"Har man brukket beinet og ligger i skogen bryr man seg ikke om noen kan søke og se hvor man befinner seg. Da er man bare glad for å få hjelp." Bruker*

En annen bruker bekrefter at hun er glad for at pårørende kan lokalisere henne:

*"Det er så fint at pårørende kan finne ut hvor jeg er." Bruker*

Ansatte har erfart at det i noen tilfeller kan være mangel på innsikt i egen sykdom som gjøre at bruker ikke ønsker å benytte GPS.

*"Bruker selv ser ikke behov for GPS på grunn av manglende innsikt." Ansatt*

Dersom bruker mangler innsikt i egen situasjon, så har ansatt og pårørende ofte forsøker med tillitskapende tiltak. Dersom dette ikke har ført frem og bruker fortsatt motsetter seg bruk av GPS så har

det ikke blitt tatt i bruk. De brukerne som opplever at de er overvåket og ikke ønsker å bruke GPS har ikke blitt inkludert i prosjektet. Bruk av GPS har vært basert på at brukere ikke motsetter seg tiltaket.

Det har kun vært noen ytterst få tilfeller i en av kommunene hvor ansatte vurderte at det minst inngripende tiltaket var å søke vedtak etter Kap. 4a. Men dette ble ikke gjennomført da brukers funksjonsnivå raskt ble vesentlig redusert, og det ikke lenger var aktuelt å bruke GPS.

### 6.2.7 Er teknologien lett å bruke og fungerer den?

Nesten 70% av pårørende og ansatte erfarer at det er enkelt å bruke GPS, forutsatt at de får tilstrekkelig opplæring. Under 10% av informantene synes det er vanskelig å bruke GPS. Videre rapporterer nesten 60% at de opplever at GPS fungerer fint, mens rundt 15% er uenige i at GPS fungerer fint uten feil eller mangler.

En tilbakemelding som har gått igjen er at det kan ta lang tid å få posisjon, og noe ganger så oppgis helt feil posisjon. Dette har skapt usikkerhet i forhold til om man virkelig kan stole på teknologien dersom det oppstår en hendelse, og har i enkelte tilfeller ført til at brukere og pårørende ikke ønsker å ta i bruk GPS.

*"Den kan være litt treg til å oppdatere posisjon noen ganger." Pårørende.*

Videre så har det oppstått feil i ladeplugg på ladekrybben, og Doro telefonen har hatt utfordringer med SIM kortet og at telefonen uten forvarsel har låst seg. Pårørende har også erfart at det har kommet varsel om at brukere er ute, mens brukere er hjemme i sin egen bolig. Noen brukere og pårørende har rapportert at Safemate Trigger One har vært for stor og klumpete, og enkelte brukere har gitt tilbakemelding på at den har vært tung å ha rundt halsen. Mange har ønsket seg et større utvalg av mindre og lettere enheter som ikke er så synlige. Klokker har vært etterspurt av flere. Brukere og ansatte har rapportert at "Nøkkelring" fra Safecall har vært liten og lett nok til å ha rundt halsen eller festet til nøkkelknippet. Under er et utvalg av erfaringer som ansatte i bydelene har rapportert:

*"Behov for bredere utvalg av type GPSer, f. eks klokke og nøkkelring." Ansatt*

*"Bruker ville ikke bruke Safemate for den var for stor, men likte klokke med GPS." Ansatt*

*"Nøkkelring GPS hadde vært sikrere som "følgesvenn"." Ansatt*

Erfaringer med bruk av teknologien og ønsker fra brukere, pårørende og ansatte er presentert for leverandørene og som igjen har videreutviklet systemene sine og inkludert nye produkter i sortimentet. Det har i løpet av prosjektperioden vært en interessant og positiv utvikling som har resultert i et langt bredere tilbud av nye og alternative GPS-er. Det er nå flere GPS løsninger å velge mellom, funksjonaliteten er bedre, batterikapasiteten er økt, nøyaktigheten er forbedret og det finnes alternative lademuligheter. Det finnes nå flere mindre GPS-er og alternative klokkemodeller i tillegg til såler med GPS. Det er også viktig å kjenne til både muligheter og begrensninger som teknologien gir, slik at man kan velge riktig produkt og redusere risiko for eventuelle feilsituasjoner.

Selv om teknologien har begrensninger er hovedkonklusjonen at GPS er et nyttig hjelpemiddel. Mange har gitt uttrykk for at selv om teknologien ikke er helt perfekt har de hatt stor nytte av GPS-en, og ville ikke vært den foruten. En pårørende oppsummerer deres erfaringer slik:

*"GPS fungerer utmerket og skaper trygghet på en enkel måte." Pårørende*

### 6.2.8 Bruk av GPS på reise i inn- og utland

Det har kommet svært positive tilbakemelding fra pårørende om at GPS kan benyttes på reise både i inn- og utlandet. Dette har gitt frihet og pårørende har fortalt at de opplevde det trygt å ta med bruker på ferieturer og reiser til utlandet igjen. De kunne lokalisere bruker dersom de skulle komme bort fra hverandre. Belastningen med å passe på at bruker ikke forsvant hadde vært krevende, og med GPS opplevde de trygghet slik at de kunne dra på ferietur sammen.

*"Nå tør jeg å ta med min ektefelle på reise igjen." Pårørende*

*"Når de er sammen ute (på reise) i store folkemengder kan hun spore ham dersom han skulle forsvinne fra henne." Pårørende*

En vennegjeng som hadde vært sammen siden ungdommen fortalte at en i gjengen hadde fått Alzheimer, og at han på siste utenlandstur hadde blitt borte for dem. De hadde tilkalt politiet og heldigvis ble han raskt funnet i god behold. Etter at han kom hjem fikk han tilbud fra bydelen om GPS. Vennegjengen støttet opp og ønsket at han skulle fortsette å være med på de faste "gutteturene", men det var under forutsetning av at han hadde med seg GPS-en.

Det er svært viktig at bruk i utlandet er standard, og at bruker ikke behøver å si ifra om at GPS-en skal åpnes for utenlands bruk, uten at det påløper uforutsette utgifter.

## 6.3 Tjenesteforløp for bruk av lokaliseringsteknologi (GPS) i Oslo kommune

Samspill har bidratt til at Oslo kommune har tatt i bruk lokaliseringsteknologi som ett nytt tjenestetilbud for hjemmeboende personer med demens/ kognitiv svikt. Tjenesten lokalisering har så langt 180 brukere og er en del av kommunens Trygghetspakke 3. Tjenesteutviklingen er gjennomført som en integrert del av ordinær drift, og det er utarbeidet et tjenesteforløp som beskriver bruk av lokaliseringsteknologi i Oslo i ref. figur 18.

### 6.3.1 Behovsdrevet innovasjon og tjenesteutvikling i praksis

Pilotering i samtlige bydeler, erfaringsutveksling og tilgjengelig kunnskap fra tilsvarende prosjekter [1, 2, 3, 4] har dannet grunnlaget for utviklingen av den nye lokaliseringstjenesten i Oslo kommune. Det har vært et tett og tillitsbasert samarbeid mellom alle bydeler, alarmsentralene, pårørende, Helseetaten og SINTEF. Kompetanseheving og opplæring i bydelene har vært en vesentlig del av innovasjonsprosessen. Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning kjennetegner behovsdrevet innovasjon og tjenesteutvikling, og dette har vært en forutsetning for måloppnåelsen og en av suksessfaktorene.



Figur 14: Rapport fra Trygge spor

Bydelene og alarmsentralene har på frivillig basis deltatt på felles prosjektmøter gjennom 2 1/2 år. I tillegg har de deltatt på workshops med idegenerering og erfaringsutveksling som en del av tjenestedesign

prosessen. Helseetaten, Senter for fagutvikling og forskning og SINTEF har deltatt på prosjektmøtene og videre fasilitert innovasjonsprosessen, jobbet tett sammen med bydelene og alarmsentralen, gitt råd og tilbakemelding og bidratt til læring og kunnskapsoverføring gjennom hele prosjektet. Det har vært positivt å starte piloteringen av GPS med 8 bydeler for så å inkludere samtlige 15 bydeler. Antall alarmsentraler ble også utvidet fra en til to i prosjektperioden.

### 6.3.2 Innføring av teknologi og organisering av tjenesten - en læringsprosess

GPS er kjent fra andre anvendelser, men bydelene var lite kjent med bruk av GPS som en del av helse- og omsorgstjenesten. Bydelskontaktene fikk derfor låne GPS-er og prøve selv i noen uker for å bli kjent med teknologien og oppleve hvordan den fungerer i daglig bruk. Alarmsentralene gjennomførte teknisk opplæring for bydelskontaktene og de har vært alarmmottak og teknisk støtte gjennom hele prosjektperioden. Bydelskontaktene ble oppfordret til å trykke på alarmknappen i ulike situasjoner for at alarmsentralene også kunne teste og forbedre sine tjenester. Bydelskontaktene fikk GPS-en med hjem, gikk på tur og fikk egen erfaring med hvordan teknologien fungerte, samtidig som alarmsentralene også fikk erfaring med teknologien og den nye tjenesten. Dette gav viktig læring og erfaring med hva som virket bra og hva som måtte forbedre. Bydelskontaktene fikk også erfare hvordan det er å være bruker av GPS, og det gav positiv inspirasjon og motivasjon til å ta i bruk teknologien. Alarmsentralene har vist stor vilje til å tilpasse sine tjenester til å inkludere bruk av GPS som en del av alarmtjenesten. Bydelskontaktene og alarmsentralene har utvekslet erfaringer i felles prosjektmøter. Erfaringer og avtalte aksjoner ble dokumentert og fulgt opp på møtene. Testperioden som involverte både bydelskontakter og alarmsentralene la grunnlaget for et åpent og positivt samarbeid. Spørsmål ble diskutert og besvart, og forbedringer ble foreslått og tatt til følge så langt det var mulig.

Etter at bydelskontaktene hadde testet ut teknologien sammen med alarmsentralene, begynte arbeidet med å identifisere og kartlegge mulige brukere. Bydelskontaktene benyttet et "Brukerprofil skjema" hvor de beskrev hver bruker (anonymt). Brukerprofilene ble diskutert i felleskap og eventuell anbefaling om å ta i bruk GPS ble gjort. Bydelskontaktene og alarmsentralene avtalte felles møter med pårørende og eventuelt bruker for opplæring og installasjon. Felles hjemmebesøk hos bruker med pårørende, om mulig, viste seg å være svært nyttig og lærerikt. Det er viktig å ha fagkunnskap om demens/ kognitiv svikt og hvordan man skal informere personer med demens/ kognitiv svikt. Videre er det viktig å ha kunnskap om teknologien og hvordan den fungerer. Det tette og fleksible samarbeidet rundt bruker har vært en vesentlig suksessfaktor. Samarbeidet medførte også at alarmsentralene ønsker å øke sin kompetanse på målgruppen personer med demens/ kognitiv svikt og Senter for fagutvikling organiserte egen opplæring av teknisk personell på alarmsentralene.

Med utgangspunkt i bydelenes praktiske erfaringer fra pilotering av lokaliseringsteknologi, ble det gjennomført idegenerering og workshops som en del av innføringen av lokaliseringsteknologi og utvikling av tjenesten. En egnen gruppe med fagpersoner fra tre bydeler, Helseetaten og SINTEF har hatt ansvar for å utarbeide og dokumentere tjenesteforløpet for bruk av lokaliseringsteknologi.

Utvikling av nye samarbeidsformer, internt i bydelen, og med alarmsentralene og pårørende, har vært nødvendig. For å utvikle en effektiv tjeneste var det viktig å gjennomgå arbeidsmåter og rutiner for å få best mulig utbytte av teknologien. Det har vært nødvendig å avklare roller og ansvar mellom ansatte i bydel, hos alarmsentralene, pårørende og bruker, og det har vært nødvendig å utvikle prosedyrer og rutiner for bruk av lokaliseringsteknologi. Dette har vært et spennende og krevende arbeid, og det har gitt ansatte i bydelene anledning til å delta i utformingen av en ny tjeneste. Ansatte og pårørende har rapportert at det har vært interessant å delta, og at det er sannsynlig at tjenesten har blitt mer hensiktsmessig som følge av at bydeler, alarmsentralene og pårørende har samarbeidet om utviklingen.



Bydelene, alarmsentralene og pårørende har erfart at innføring av ny teknologi i helse- og omsorgssektoren medfører at man må samhandle og organisere oppgavene på nye måter. Rutiner måtte endres og nye arbeidsformer måtte prøves ut i tett dialog med både ansatte i bydel, alarmsentralene og pårørende. Teknologien ble innarbeidet som et verktøy i bydelenes helse- og omsorgstjenester. Erfaring har vist at innføring av ny teknologi, i hovedsak handler om organisering av tjenesten, holdninger og arbeidsrutiner.

Dorthe Kusk ved Region Syddanmark har illustrert innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer som må gjennomføres som følger: *"Når man indfører ny teknologi, utgjør selve teknologien kun 20% af de ændringer, der bliver sat i gang. Det meste handler om arbejdsgange går efter og omlægges, så de giver det bedste udbytte af teknologien, ellers falder man hurtig tilbage til de gamle vaner"*.

### 6.3.3 Samarbeid med alarmsentralene – støtte for pårørende og tjenesten

Alarmsentralene har vært viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet – både med hensyn til pårørende og bydelene. Alarmsentralen har bidratt med en døgnkontinuerlig alarmtjeneste, opplæring av pårørende og brukere, oppfølging, sikkerhet, back-up og ikke minst oppfølging av at det tekniske fungerer hos brukere. Alarmsentralene har sørget for ekstra sikkerhet for både pårørende og ansatte i bydel. Pårørende har ønsket å ha en aktiv rolle og de har lettere kunne påta seg denne rollen når alarmsentralen er back-up og kan lokalisere og eventuelt hente bruker ved behov.

*"Veldig viktig å ha alarmsentralen i bakhånd - visshet om at noen kan stille opp og at vi kan få hjelp fra dem ved behov er veldig viktig – både bydelen og alarmsentralen har vært støttende og hjelpsomme."* Pårørende

Det har videre vært positivt at alarmsentralen har bidratt til at hjemmetjenesten ikke behøver å ta imot og håndtere eventuelle alarmer når de er i operativ tjeneste hos andre brukere. Det er forstyrrende og uheldig at helsepersonell må avbryte sitt planlagte arbeid for å avklare og håndtere eventuelle alarmer, og alarmsentralene kan avlaste helsepersonell i bydelene.

Alarmsentralene har i løpet av prosjektet fått tilgang til egne brukere i Geric, som muliggjør en mer effektiv og dynamisk informasjonsdeling. Bydelene og alarmsentralene kan nå hente opp og legge inn relevant informasjon om aktuelle brukere, avtaler og tiltak. Tilgang til felles informasjon for bydel og alarmsentralene er helt avgjørende for å lykkes med individuell tilrettelegging av tjenesten for hver bruker.

En bydel har imidlertid erfart at det enkelte ganger har vært krevende å få effektiv informasjonsflyt mellom bydel og alarmsentralens utførende partner når alarmsentralen har flere underleverandører. Det er gitt eksempel på utfordringer som har oppstått når informasjonsflyten mellom bydel og underleverandører ikke er tilstrekkelig.

*"Geo-fence var bestilt, men alle alarmer og varsler gikk til hjemmesykepleien selv om bestillingen var at varslinger skulle gå til alarmsentral. Hjemmesykepleien var ikke forberedt og hadde ikke fått opplæring og informasjon. Bruk av geo-fence ble avsluttet på grunn av stadige misforståelser."* Ansatt

### 6.3.4 Pårørende – en viktig ressurs

Det er viktig å understreke at den frivillige innsatsen fra pårørende og deres aktive rolle som støttepersoner har vært en suksessfaktor som i vesentlig grad har bidratt til måloppnåelse. Pårørende har rapportert og demonstrert i praksis at de ønsker en sterk og aktiv rolle dersom alarmsentralen er back-up. Støtte fra

alarmsentralene til lokalisering ved behov, mottak av alarmer og eventuelt henting kan redusere belastningen som mange pårørende opplever i hverdagen. Hverdagen er ofte krevende for pårørende og avlastningen er viktig for at man skal kunne bidra over tid.

Tilstrekkelig informasjon og oppfølging av pårørende og bruker fra fagperson i bydel er helt avgjørende for vellykket bruk av GPS og for at pårørende kan være en frivillig ressurs. Pårørende har løftet frem viktigheten av å ha en kontaktperson i bydel som er tilgjengelig.

*"Åpen dør i kommunen – en person det er lett å henvende seg til når man lurere på noe. Det er viktig med informasjon raskt når et behov oppstår." Pårørende*

I tillegg til å være tilgjengelig, er det nødvendig at kontaktperson i bydel har kompetanse på bruk av GPS og hva som skal til for at dette skal bli en nyttig tjeneste.

*"Viktig å ha en god kontaktperson i bydelen. Vi har en god demenskoordinator i vår bydel. Eva er en gullklump." Pårørende*

Ofte er det behov for å gjenta informasjon og opplæring. Det er mye å forholde seg til og spørsmål dukker først opp etter at bruker og pårørende har benyttet GPS noen dager. Mange tar heller ikke kontakt selv om de har tilgjengelig kontaktperson. Det er viktig at kontaktperson i bydel rutinemessig følger opp i etterkant av at bruker har fått GPS.

*"Vi fikk for lite informasjon, og visse heller ikke helt hva vi trengte. Men heldigvis ringte hun (demenskoordinatoren). Vi kom tidlig i gang, så vi har vært heldige." Pårørende*

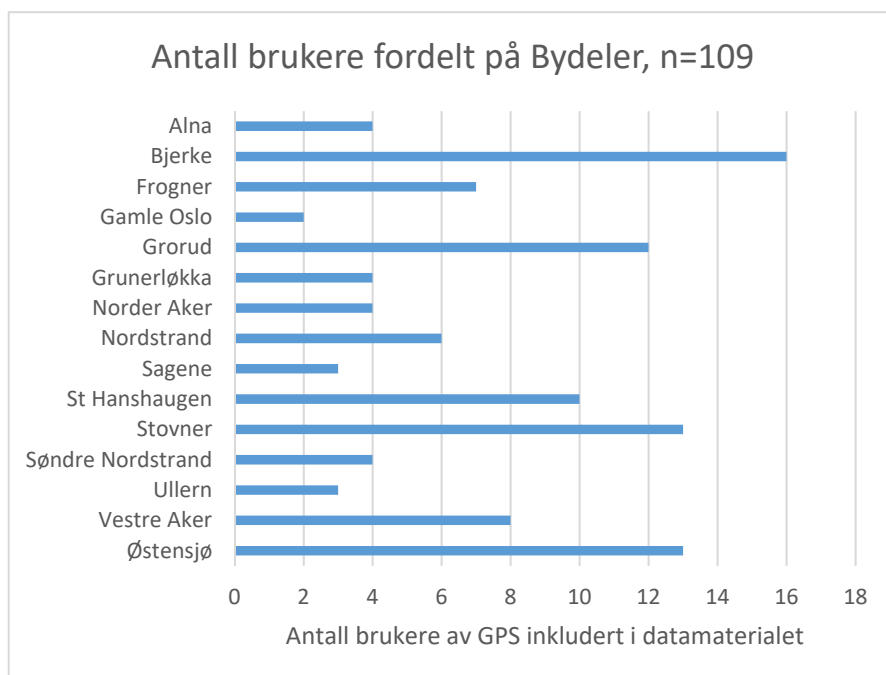
Pårørende har deltatt gjennom hele prosjektet med verdifulle tilbakemeldinger og som støtte for bruker. Inkludering av pårørende som ressurs og samarbeid med bydel og alarmsentralene ha vært svært nyttig og helt avgjørende for å lykkes med utvikling av tjenesten. Pårørende har ønsket og fått anledning til å ta en aktiv rolle med støtte fra bydel og alarmsentral som back-up.

### 6.3.5 Behov for informasjon og kompetanseheving

Bruk av GPS varierer fra bydel til bydel. Noen har raskt tatt i bruk GPS og har til enhver tid opp mot 20 brukere, mens andre bydeler har under 5 brukere. Det har vært ulike årsaker til denne spredningen, men forankring i bydel er en mulig årsak. Deltakelse fra bydelene har vært frivillig og kontaktpersonene har gjort en uvurderlig innsats basert på faglighet og engasjement. Der hvor deltakelse ikke har vært tilstrekkelig forankret i bydelens ledelse, så har vi erfart at det kan oppstå et vakuum dersom kontaktpersonen får ny stilling eller går ut i permisjon. Det blir nesten som å starte på nytt igjen og det har tatt tid å bygge opp igjen kompetansen. Det er nødvendig med forankring i ledelsen i hver bydel og alle må tilegnet seg kunnskap og erfaringer om muligheten som bruk av lokalisering gir. Kompetanseheving er en kontinuerlig prosess som bør innarbeides som en del av daglig drift.

Bydelene kan ha ulik noe organisering, men bruk av lokalisering som en tjeneste må fungere uavhengig av organisasjonsform. Erfaring har vist at de bydelene som har klart å etablere et gjensidig og godt samarbeid mellom ansatte med fagkompetanse på demens/ kognitiv svikt (ofte demenskoordinatorer), søknadskontor/ tjenestetildelingskontor og hjemmetjenesten har lyktes.

Det har vært gjennomført ett til to informasjonsmøter i hver bydel for å spre kunnskap og erfaringer og motivere til bruk av lokaliseringsteknologi. Kurs i bruk av GPS og Trygghetspakke 3, utarbeidet av senter for fagutvikling og forskning, USHT og Helseetaten ble gjennomført tre ganger i prosjektperioden og vil gjentas halvårlig. Kompetanseheving og spredning av informasjon om bruk av GPS til ansatte i bydelene er en kontinuerlig prosess som bør bli en integrert del av opplæringen i helse- og omsorgstjenesten.



Figur 15: Antall brukere inkludert i de statistiske materialet i Oslo, fordelt på bydel

### 6.3.6 Identifisere brukere

Identifisering av mulige brukere og individuell kartlegging av brukere er viktige oppgaver som er tillagt bydelene. Som nevnt tidligere er det en forutsetning at ansatte i helse- og omsorgstjenesten i bydelene har tilstrekkelig kunnskap om bruk av lokaliseringsteknologi for å identifisere mulige brukere og informere kort om tjenesten og henvise videre til fagpersoner i bydel som har kompetanse på kartlegging. Ansatte i for eksempel hjemmetjenesten, i hverdagsrehabilitering, på søknadskontor og på dagsenter som er i kontakt med mulige brukere bør ha tilstrekkelig kunnskap om bruk av lokaliseringsteknologi til å kunne henvise videre. En demenskoordinator løftet frem viktigheten av å til enhver tid vurdere bruk av GPS som ett mulig tiltak for brukere med kognitiv svikt:

*"Jeg tenker alltid GPS som et potensielt hjelpemiddel når jeg er på hjemmebesøk." Ansatt*

Alle i helse- og omsorgstjenesten må ha tilstrekkelig informasjon om at lokalisering er en tjeneste som kommunen tilbyr personer med orienteringssvikt.

Ofte er det fastlegene eller hukommelsesklubben (spesialisthelsetjenesten) som diagnostiserer brukere med demens/kognitiv svikt, og de bør kunne informere om at bydelen tilbyr bruk lokalisering med GPS som en mulig tjeneste. Informasjonsmøter med pårørende og pårørendeskolen er også aktuelle steder å informere og identifisere pårørende til nye brukere av GPS.

### 6.3.7 Kartlegging av behov

For hver bruker som inkluderes har kommunens fagpersoner gjennomført en grundig individuell kartlegging av brukers behov og ressurser og hvordan familie/ frivillige kan bidra i samarbeid med kommunenes helse- og omsorgstjeneste og alarmsentralene. Kartleggingen inkluderer en grundig funksjonsvurdering og er i hovedsak gjennomført ved hjemmebesøk hos bruker. Det er brukers behov og funksjonsnivå som er

utgangspunktet for tjenesten lokalisering, ikke type diagnose. Bydelskontaktene har gjennom prosjektet utviklet egne rutiner og kartleggingsskjema med utgangspunkt i kommunenes eksisterende systemer og tilgjengelig verktøy [2, 3, 15, 16]. Nye skjema for kartlegging av behov for lokaliseringsteknologi er lagt inn i Geric, ref. Vedlegg 1.

For å gjøre en kvalifisert kartlegging og brukerbehovsanalyse kreves helsefaglig kompetanse, kunnskap om demens og forståelse for anvendelse av teknologien, og det er løftet frem behov for økt kompetanse på kartlegging.

*"Trenger mer kompetanse i forhold til kartlegging." Ansatt*

Noen brukere ønsker ikke å bruke GPS, ofte fordi man selv ikke ser behovet før man har prøvd, og det er viktig at ansatte som gjennomfører kartleggingen har kunnskap om mulighetene som ligger i bruk av GPS og kan veilede bruker og pårørende. En bruker fortalte at

*"Jeg ville ikke ha den (GPS-en) for så gammel hadde jeg ikke blitt. Men nå er jeg glad for at jeg har den. Hun (demenskontakten) sa denne skal du bare ha. Er glad for det nå, for jeg har trykket to ganger på alarmen når jeg har gått meg bort i skogen. Alle bydeler burde ha en Mona (demenskontakt i bydelen)." Bruker*



Figur 16: Skjermbilde fra Geric for registrering av tjeneste/ tiltak

Alle brukere registreres som tjenestemottakere i kommunens journalsystem, Geric. I Oslo kommune er det etablert en egen tjeneste for GPS lokalisering. Det er fattet vedtak om tjenesten lokalisering for hver bruker, dette er dokumentert i Geric og det er utarbeidet en egen manual som beskriver prosedyrene. Drammen kommune benytter Geric, mens Kristiansand kommune benytter Profil og Skien kommune benytter CosDoc.

### 6.3.8 Samtykke

Utgangspunktet for bruk av lokaliseringsteknologi er at helsehjelp krever brukerens samtykke, og helsepersonell som yter tjenesten må vurdere brukers samtykkekompetanse. Å ha samtykkekompetanse betyr at bruker har innsikt i og er i stand til å vurdere konsekvensene av de valgene man tar. Dersom brukeren har fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming og åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis (Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3). Samtykke kan gis både skriftlig og stilltiende.

En viktig del av behovskartleggingen er å vurdere om bruker med demens/ kognitiv svikt er samtykkekompetent i forhold til bruk av lokaliseringsteknologi. Dersom bruker blir vurdert til ikke å kunne samtykke for bruk av lokaliseringsteknologi, så gir Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi [17], anledning til at helse- og omsorgstjenesten kan fatte vedtak om bruk av lokaliseringsteknologi dersom tjenestemottaker ikke motsetter seg tiltaket, tiltaket fremstår som

det minst inngripende alternativet, det er i brukerens interesse, det kan hindre eller begrense risiko for skade på brukeren, det står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen og det skal være sannsynlig at brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Brukers pårørende skal, hvis mulig, inviteres til å gi informasjon og bidra i vurderingen, men det er helse- og omsorgstjenesten som yter tjenesten som fatter vedtaket [17].

Vurdering av samtykke må alltid gjøres og dokumenteres i forhold til bruk av lokaliseringsteknologi. Eksempel på skjema for vurdering av samtykke finnes på nettsidene til Fylkesmann i Vestfold og på nettsidene til Trondheim kommune [18]. Andre nyttige referanser er Samveis [16] og rapport fra Drammen kommune: "Modell for gjennomføring av samtykkevurderinger i hjemmetjeneste" [11].

Det er viktig at bruker aksepterer å ta i bruk GPS. En bydelskontakt summerer det opp ved følgende kommentar:

*"Pasienten må ha sykdomsinnsikt!" Ansatt*

### 6.3.9 Tilpassing og opplæring

Individuell tilpassing av teknologien og tjenesten og opplæring av bruker og pårørende forutsetter at bydel og alarmsentral samarbeider tett og effektivt. På bakgrunn av brukers ønsker og funksjonsnivå og pårørendes ressurser utarbeides individuelle rutiner for hvordan tjenesten skal gjennomføres. Dersom bruker har hjemmetjenester eller går på dagsenter, bør disse også orienteres og eventuelt inkluderes i prosessen. For brukere som ikke har pårørende i nærheten kan det være nyttig å inkludere hjemmetjenesten. Det er viktig med klart definerte ansvarsområder og klare og skriftlige avtaler mellom de ulike aktørene på hvem som gjør hva og når. Det må utarbeides rutiner for hvem som lader, hvem som lokaliserer og når og hvem som eventuelt bidrar med å hente bruker og om det er kostnader knyttet til henting av bruker. Avtaler og rutiner dokumenteres i Geric. Ofte må tjenesten tilpasses og justeres gjennom flere iterasjoner. Saksbehandler i bydel fatter vedtaket, mens kontaktperson i bydel og alarmsentral gjennomfører praktisk tilpassing og opplæring. Tidspunkt for videre oppfølging fra kontaktperson i bydel eventuelt alarmsentral avtales og dokumenteres.

Bruker og pårørende er aktivt med i prosessen for tilpassing, opplæring og innarbeiding av rutiner for bruk av GPS. Dette er prosesser som krever veiledning, tid og repetisjon, pluss kreativitet, klokskap og tålmodighet fra alle involverte.

Tilpassing, opplæring og daglig bruk er faser som i særlig grad krever tett og fleksibelt samarbeid mellom de ulike tjenestene i bydel, alarmsentral og pårørende/ bruker, og kan utfordre eksisterende måter å yte tjenester på. Det kan være nyttig å ha en prøveperiode for individuell tilpassing og repetisjon av opplæring. Oslo kommune har foreslått en opplæringsperiode på inntil 6 måneder.

### 6.3.10 Daglig bruk og evaluering

Det er viktig å kontakte bruker for å følge opp og evaluere tiltaket relativt kort tid etter at GPS er tatt i bruk. Brukers kontaktperson i bydel kontakter bruker eventuelt pårørende for å følge opp den praktiske bruken av GPS-en, avklare om det er behov for å justere rutiner og identifisere eventuelle feil eller mangler med utstyr.

Ved endring av funksjon evalueres og revideres individuelle rutiner. Nye rutiner og endringer dokumenteres i Gerica. Evaluering for eventuelt å avvikle bruk av lokaliseringsteknologi er en naturlig del av daglig drift. Det utarbeides rutiner for innlevering og nullstilling av GPS.



Figur 17: Generisk tjenesteforløp for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi fra Trygge spor. Kilde: SINTEF

Med utgangspunkt i egne erfaringer og det generiske tjenesteforløpet i Figur 17, har Oslo kommune i samarbeid med SINTEF, utarbeidet sitt eget tjenesteforløp for bruk av lokaliseringsteknologi. Tjenesteforløpet som er illustrert i figur 18 er delt inn i fire faser; 1) Identifisere og registrere brukere, 2) Kartlegging, 3) Tilpassing og opplæring og 4) Daglig bruk og evaluering. For hver fase er det beskrevet hvem som har ansvar for å utføre oppgavene og kort hvilke oppgaver som skal utføres. Det er referanser til skjema i Gerica som benyttes for Kartlegging av behov for lokaliseringsteknologi og beskrivelse av avtaler som er en del av tjenesteforløpet. Tjenesteforløpet illustrerer viktigheten av et dynamisk og tett samarbeid mellom pårørende, bydel og alarmsentral.

### 1. Identifisere og registrere brukere

Saksbehandler i bydel registrere bruker.

- Behov kan fanges opp og meldes fra alle som er i kontakt med bruker (pårørende, hjemmetjenesten, demensteam, ergo- og fysioterapitjenesten, hverdagsrehabilitering, dagsenter, pårørendeskolen, støttekontakt, forbyggende team, søknadskontor, fastlege, spesialisthelsetjenesten).
- Søknad sendes til bydel og behov registreres i Gerica
- Saksbehandler i bydel etablerer samarbeid med fagperson, og ved demens/ kognitiv svikt kontaktes demensteam eller relevant fagperson.
- Fagperson eller saksbehandler i bydel gjennomfører en generell kartlegging og beskriver brukers situasjon og mulig behov for varsling- og lokaliseringsteknologi.

### 2. Kartlegging

Fagperson i bydel gjennomfører kartlegging av behov for lokalisering.

- Detaljert kartlegging av behov for lokalisering (Bruk skjema OK\_Lokaliseringsteknologi (GPS) – kartleggingsverktøy i Gerica)
- Vurder og dokumenter samtykkekomptanse i forhold til bruk av lokaliseringsteknologi
- Registrer eventuelt oppdater IPLOS i Gerica for hver bruker
- Demonstrer teknologien (GPS) for pårørende og bruker
- Forberede enkelt vedtak og utprøving (Ref. Manual Saks-behandling, egenbetaling og dokumentasjon av tjenesten trygghetspakke i Gerica. Finnes i PRO-portalen)

### 3. Tilpassing og opplæring

Fagperson i bydel og Alarmsentral gjennomfører tilpassing og opplæring.

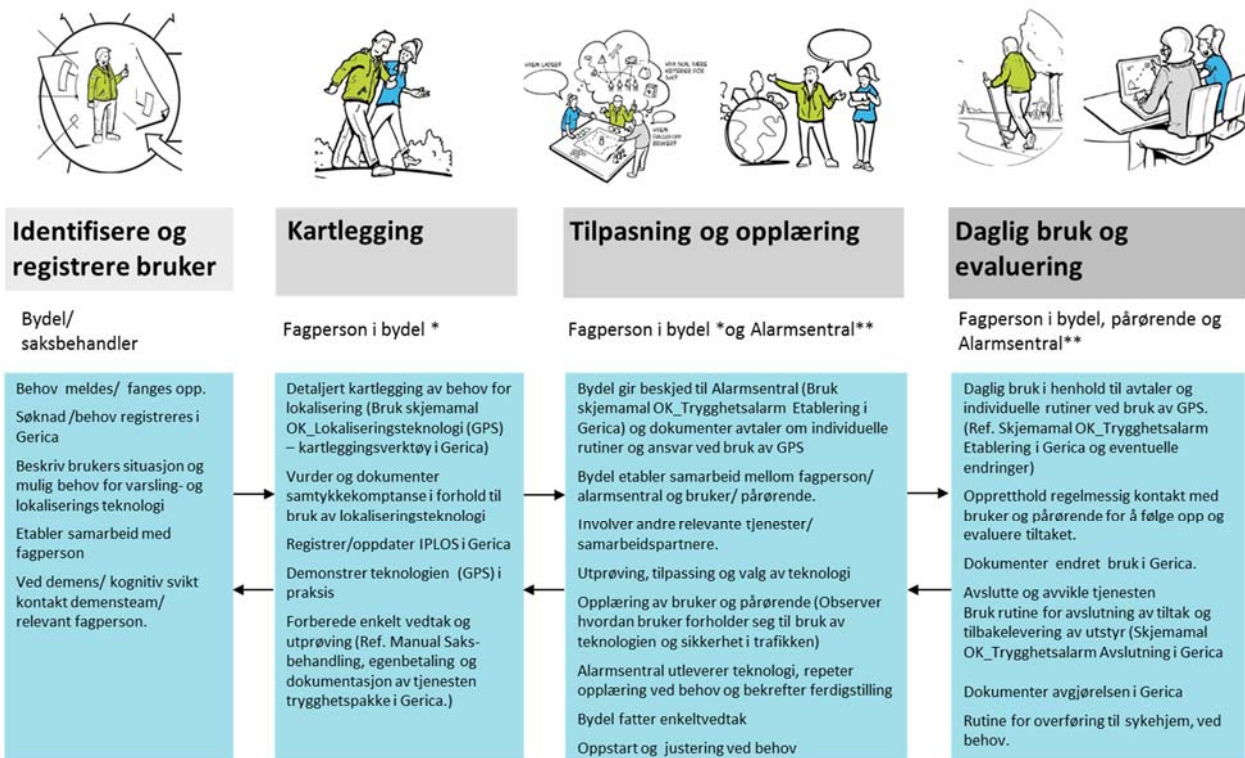
- Bydel gir beskjed til Alarmsentral (Bruk OL-Beskjedjournal og Skjema OK\_Trygghetsalarm Etablering i Gerica) og dokumenter avtaler om individuelle rutiner og ansvar ved bruk av GPS

- Bydel etabler samarbeid mellom fagperson/ alarmsentral og bruker/ pårørende.
  - Involver andre relevante tjenester/ samarbeidspartnere.
  - Utprøving, tilpassing og valg av teknologi
  - Opplæring av bruker og pårørende (Observer hvordan bruker forholder seg til bruk av teknologien og sikkerhet i trafikken)
  - Alarmsentral utleverer teknologi, repeter opplæring ved behov og bekrefter ferdigstilling
  - Bydel fatter enkeltvedtak
  - Bruker kan ha lokaliseringsteknologi i inntil 6 måneder uten at det kreves egenandel
  - Oppstart og justering ved behov og dato for oppfølging fastsettes
4. Daglig bruk og evaluering.
- Fagperson i bydel, pårørende og Alarmsentral følger opp daglig bruk og deltar i evaluering av bruk
- Daglig bruk i henhold til avtaler og individuelle rutiner ved bruk av GPS. (Ref. Skjema OK\_Trygghetsalarm Etablering i Gerica og OL-Beskjedjournal)
  - Oppretthold regelmessig kontakt med bruker og pårørende for å følge opp og evaluere tiltaket.
  - Dokumenter endret bruk i Gerica.
  - Avslutte og avvikle tjenesten
  - Bruk rutine for avslutning av tiltak og tilbakelevering av utstyr (OL-Beskjedjournal og Skjema OK\_Trygghetsalarm infobrev avvikling i Gerica
  - Dokumenter avgjørelsen i Gerica
  - Rutine for eventuell overføring til sykehjem, ved behov.

Referanse: SINTEF / Trygge spor

31.12.2016, v9

### Tjenesteforløp for bruk av lokaliseringsteknologi (GPS) i Oslo, Trygghetspakke 3



\* Fagperson med kompetanse innen velferdsteknologi/ kognitiv svikt/ demens  
 \*\*Alarmsentral med teknisk og helsefaglig kompetanse.

Figur 18: Tjenesteforløp for bruk av lokalisering i Oslo kommune, med beskrivelse av ansvar og oppgaver.

### 6.3.11 Overgang til sykehjem

Det er viktig at overgangene mellom de ulike tjenestenivåene fungerer, mellom egen bolig, omsorgsbolig, korttid og sykehjem. Mangel på kompetanse og opplæring i hvordan GPS kan benyttes, holdninger til bruk av GPS, tidspress på avdelingene, osv er nevnt som årsaker til at GPS ikke er et tilbud på alle sykehjem, men det er ikke gjennomført en grundig kartlegging av årsakene. Sykehjemsetaten satte i løpet av prosjektperioden igang et pilotprosjekt for å høste erfaring og for å forberede bruk av lokaliseringsteknologi på sykehjem. Det anbefales at Oslo kommune arbeider videre med bruk av GPS både hjemme og på institusjon for å gi eldre med demens/ kognitiv svikt anledning til mestring og aktiv deltakelse så lenge det er forsvarlig.

## 6.4 Finansiering og egenbetaling - "GPS-en er gull verd"

Egenbetaling har vært diskutert med pårørende og ansatte i bydelene, og spørreskjema inneholdt spørsmål om hva pårørende var villig til å betale for bruk av GPS til lokalisering. Dette spørsmålet hadde lav svarprosent, men den generelle tilbakemeldingen var at mange var villige til å betale egenandel for lokalisering tilsvarende egenandelen på mobil trygghetsalarm. Andre mente at dette burde være et gratis tilbud, siden kommunen sannsynligvis ville *"spare penger på tiltaket når folk kan klare seg selv og kunne bo lengre hjemme."* Både ansatte og pårørende har uttrykt bekymring for at det kan bli *"ett A lag og ett B lag"*, og at de med lav inntekt uten ressurssterke pårørende, ikke vil kunne nyttiggjøre seg av tilbudet om GPS.

*"Sikkerhetsmessig kan ikke GPS måles i kroner og øre" og "GPS-en er gull verd."* Typiske utsagn fra pårørende og brukere

Flere uttrykte bekymring for kostnadene dersom bruker skulle betale for utstyr, installasjon og opplæring, og det vil kunne begrense flere fra å ta i bruk GPS. Det ble også løftet frem at når en person får kognitiv svikt eller demens, så blir det økt behov for hjelpemidler og flere tjenester. Dersom man må betale for hvert hjelpemiddel eller tjeneste, så blir det mye tilsammen, og ikke alle har råd til å benytte seg av mulighetene. Ett ektepar erfarte at:

*"GPS ikke er det eneste man trenger. Det er slik at alt koster litt og til sammen blir det ganske mange penger. Det skaper forskjeller." Pårørende*

Ekteparet som selv mente at de i utgangspunktet var godt stilt og hadde økonomi til å betale månedskostnadene, bekreftet at det etterhvert ble mye utstyr som krevde abonnement og betaling. De var klare på at *"Det blir fort mye tilsammen"*, når man får en kognitiv svikt. Bruk av GPS er også nytt for mange og noen er skeptiske til å ta i bruk og betale for en tjeneste som de ikke helt skjønner hvordan de skal bruke.

Som tidligere nevnt så ønsket pårørende å bidra så mye som mulig, dersom de fikk tilstrekkelig opplæring og hadde alarmsentralene som støtte og ekstra sikkerhet. Men dersom bruker selv måtte betale for installasjon og utstyr, så opplevde flere at deres innsats ikke ble verdsatt og motivasjon til å bidra falt.

Det har også vært uklarhet rundt anvendelse av lovverket og hvilken paragraf tiltaket hjemles under, og om det er tillatt å ta egenandel for lokalisering som tjeneste. Helsedirektoratet viser til rapport IS-2225, "Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske område" [25] og til Helsedirektoratet brev



datert 05.09.2014 om: Adgang til å kreve egenandel for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS) i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, uten at dette er blitt tolket som entydig i kommunene.

Som eksempel så har Trondheim kommune valgt å ikke kreve betalt for tjenesten lokalisering og begrunner det på følgende måte på sine nettsider [18]:

*"Trondheim kommune har valgt å fatte enkeltvedtak og lovhjemle tjenesten i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr.6 bokstav a; "helsetjenester i hjemmet". Dette fordi kommunen vurderer at lokaliseringstjeneste kan være en erstatning for helsetjenester. Det er utarbeidet kriterier for hvem som kan få og hvem som ikke kan få lokaliseringstjeneste. Dette krever enkeltvedtak med begrunnelse. For å kunne benytte vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven Kap 4a, så må vedtaket være hjemlet i bokstav a. Det vil si at hvis vi ikke lovhjemler vedtaket eller at tjenesten hjemles opp mot helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, kan tjenesten ikke benyttes ved manglende samtykkekompetanse og motstand mot tiltaket. Dette gjelder selv om lokaliseringsteknologi vurderes som minst inngripende tiltak for bruker. Videre har ikke kommunen anledning til å ta betalt for tjenester som er hjemlet i bokstav a; "helsehjelp"."*

## 7 Suksessfaktorer, utfordringer og anbefalinger

### 7.1 Suksessfaktorer

Dette kapitlet gir en punktvis oppsummering av suksessfaktorer, beskrevet i rapporten og som har bidratt til at Oslo kommune raskt har kunnet gå fra pilotering av lokaliseringsteknologi til daglig drift.

- Dyktige bydelskontakter - grundig kartlegging av behov  
Deltakelsen fra bydelene har vært frivilling, uten å tilføre økonomiske midler eller frikjøp av ansatte. Ansatte har sett behov for å ta i bruk lokaliseringsteknologi, og har vist stort engasjement og vilje til å utvikle tjenesten til beste for brukerne. Kontaktpersonene fra bydelene har bidratt med fagkunnskap og erfaring, i tillegg til fantastisk engasjement, innsats og interesse. For hver bruker har bydelenes fagpersoner foretatt en grundig kartlegging av behov og ressurser som er tilgjengelig rundt bruker. En grundig behovskartlegging er en forutsetning for vellykket bruk av lokaliseringsteknologi, og faglig sterke og engasjerte kontaktpersoner har vært en viktig suksessfaktor.
- Samarbeid med alarmsentralene - en operativ alarmtjeneste  
Oslo kommune har en operativ døgkontinuerlig alarmtjeneste som har bidratt til å senke terskelen for å ta i bruk lokaliseringsteknologi i tjenesten og bidratt til å komme raskere i ordinær drift. Bydelene har gjennom mange år samarbeidet med alarmsentralene, og alarmsentralene stilte seg positive til å inkludere GPS som en del av tjenestetilbudet. Alarmsentralene har bidratt med betydelig kompetanse og deltatt frivillig på samarbeidsmøter med bydelene gjennom hele prosjektet. Erfaring fra andre kommuner har vist at hjemmetjenesten og fagfolkene i noen tilfeller vegrer seg i forhold til å ta i bruk GPS, fordi kommunen ikke har en 24 timers operativ alarmtjeneste. Dersom alarmene går til personalet som allerede har en planlagt og tettpakket arbeidsliste, så vil uforutsette hendelser som en alarm være forstyrrende. Det er krevende dersom ansatte er opptatt i stell av bruker eller viktige samtaler med bruker eller pårørende at de umiddelbart må avslutte og avklare en alarm. I Oslo kommune har alarmsentralene avlastet både pårørende og bydelene med å tilby en fungerende 24 timers alarmtjeneste og teknisk opplæring og

service. Samarbeid med alarmsentralene er en annen suksessfaktor og som har bidratt til måloppnåelse.

- **Brukermedvirkning – pårørende som ressurs**  
Det har gjennom hele prosjektet vært et nært samarbeid med pårørende og brukere. Brukermedvirkning har vært gjennomført i praksis, og pårørendes innsats har vært avgjørende for utforming av den nye tjenesten. Pårørende har vist at de er en vesentlig ressurs og at de ønsker å bidra og ta et større ansvar under forutsetning av at de får faglig oppfølging i bydel og at alarmsentralene er back-up og kan motta alarmer, lokalisere og hente bruker ved behov. Brukermedvirkning og inkludering av pårørende som ressurs er en av suksessfaktorene.
- **Tjenesteinnovasjon som en del av daglig drift**  
Lokalisering som tjeneste er utviklet og implementert som en integrert del av den daglige praksisen, uten å etablere en fast prosjektorganisasjon i parallell med daglig drift. Brukermedvirkning og tjenesteinnovasjon har gitt ansatte i bydelene anledning til å delta i utformingen av den nye tjenesten. Tett samarbeid og brukermedvirkning kjennetegner behovsdrevet innovasjon og tjenesteutvikling, og dette har vært en forutsetning for måloppnåelsen og en av suksessfaktorene. Det har vært et interessant og krevende arbeid, og ansatte og pårørende har rapportert at det har vært inspirerende å delta, og at tjenesten sannsynligvis har blitt mer hensiktsmessig som følge av det tette samarbeidet mellom pårørende, alarmsentralene og bydelene.
- **Kompetanseheving og informasjonsspredning – en kontinuerlig prosess**  
Kontaktpersonene i bydelene og hos alarmsentralene har gjennom praktisk utprøving tilegnet seg kunnskap og erfaringer om bruk av lokaliseringsteknologi i daglig drift. Bydelene har tilført kunnskap om behov og alarmsentralene har tilført kunnskap om bruk av teknologi. Det har vært muligheter for refleksjon, erfaringsutveksling og praktisk opplæring over tid. Videre har ansatte i helse- og omsorgstjenesten i bydelene deltatt på informasjonsmøter og fått tilgang til informasjon og kunnskap om bruk av lokalisering. Kompetanseheving og informasjonsspredning har vært viktig for måloppnåelse og en suksessfaktor. Det er videre en kontinuerlig prosess som bør innarbeides som en del av daglig drift. Kurs i bruk av GPS og Trygghetspakke 3, utarbeidet av SFF/USHT og Helseetaten ble gjennomført tre ganger i prosjektperioden og vil gjentas halvårlig. Videre gir nettsiden [www.hvakanhjelpen.no](http://www.hvakanhjelpen.no) forbrukerrettet informasjon om hvordan man kan ta i bruk hverdags- og velferdsteknologi.
- **Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor – muliggjør tjenesteutvikling**  
Finansiering fra Regionale forskningsfond har gjort det mulig å gjennomføre et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor med omfattende brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Helseetaten har ledet prosjektet med faglig bistand fra SFF/USHT og SINTEF som hadde praktisk erfaring fra tjenesteinnovasjon og bruk av GPS i andre kommuner. Finansiering fra Regionale forskningsfond har vært en suksessfaktor og gjort det mulig å gjennomføre en langsiktig satsing på innovasjon og tjenesteutvikling med erfaringsutveksling mellom kommuner og samarbeid mellom pårørende, bydeler, alarmsentraler, Helseetaten og SINTEF.
- **Flat prosjektsstruktur og effektiv kommunikasjon.**  
Det har vært tett kommunikasjon mellom kontaktpersoner i bydel, alarmsentralene, pårørende, Helseetaten, SFF/USHT og SINTEF. Effektiv kommunikasjon og jevnlig oppfølgingsmøter har vært positivt og bidratt til måloppnåelse.

## 7.2 utfordringer og anbefalinger

Dette kapittelet gir en punktvis oppsummering av anbefalinger for videre arbeid med utgangspunkt i utfordringer som er beskrevet i rapporten.

- **Opplæring og informasjonsspredning – en kontinuerlig prosess**  
Bruk av lokaliseringsteknologi er fortsatt nytt for mange i bydelene. Selv om det er gjennomført informasjonsmøter og opplæring av kontaktpersoner i hver bydel, er det fortsatt behov for kompetanseheving og informasjonsspredning. Innføring av lokaliseringsteknologi er en prosess, og det er viktig med kontinuerlig opplæring av ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Praktisk opplæring og teoretisk kompetanseheving må foregå over tid og repeteres jevnlig for å nå ut til alle grupper av ansatte som jobber til ulike tider på døgnet og i ulike stillingsprosenter. Kompetanseheving er en kontinuerlig prosess som bør innarbeides som en del av daglig drift.

Videre er det behov for en bred informasjonsspredning som inkluderer dagsenter, fastleger, spesialisthelsetjenesten, seniorsenter, pensjonistforeninger og befolkningen generelt.

Det anbefales at Oslo kommune fortsetter det positive arbeidet med kompetanseheving av ansatte i helse- og omsorgstjenesten og med informasjonsspredning til mulige brukere og deres pårørende og befolkningen generelt.

- **Lokalisering – en del av en helhetlig tjeneste**  
Utgangspunktet for prosjektet har vært bruk av GPS for lokalisering av hjemmeboende personer med demens/ kognitiv svikt, som er en del av kommunens satsing på velferdsteknologi og arbeidet med å legge til rette for at eldre skal kunne "bo lengst mulig hjemme". Det anbefales å videreføre bruk av lokaliseringsteknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten og bruk av GPS er et effektivt hjelpemiddel og en naturlig del av hverdagsmestring.

Bruk av lokaliseringsteknologi er en del av en helhetlig tjeneste og understøtter Helseetatens visjon "Sammen for bedre Oslohelse". Lokalisering er ett alternativt tiltak sammen med en rekke andre tiltak, avhengig av brukers individuelle behov. Det er avgjørende å kartlegge brukerbehov og analysere "hva er viktig for deg". "Sammen for bedre Oslohelse" er Helseetatens visjon og det anbefales et tettere samarbeid mellom ulike tjenesteområder og andre aktuelle prosjekter og programmer i Oslo kommune (hverdagsmestring, hjemmetjenesten, demens team, Alma-kontakter, program for Velferdsteknologi og tjenesteutvikling, VIS, osv.). Bruk av lokaliseringsteknologi kan bidra til å oppnå kommunens felles målsetting om å legge til rette for trygghet, mestring og aktivitet for at alle skal kunne bo hjemme så lenge de ønsker.

- **Forankring i bydel**  
Det har vært en utfordring at prosjektet ikke har hatt tilstrekkelig forankring på ledelsesnivå i flere av bydelene. I bydeler med manglende forankring, har vi erfart at det kan oppstå et vakuum dersom kontaktpersoner får ny stilling eller går ut i permisjon. Det blir nærmest som å starte på nytt igjen og det har tatt tid å bygge opp igjen kompetansen. Videre er det utfordrende å få med alle deler av tjenesten uten tilstrekkelig ledelsesforankring. Det er nødvendig med forankring på alle nivå i ledelsen i hver enkelt bydel for å kunne ta ut gevinsten som bruk av lokalisering kan gi. Det anbefales å fortsette arbeidet med forankring i alle bydeler. God forankring i bydelene inkludere både toppledelsen og mellomledere.

- Teknisk forbedringspotensialet

Det har kommet tilbakemeldinger på at GPSene som har vært benyttet i bydelene har vært relativt store og klumpete. Det er et klart ønske om alternative GPSer som er lettere og mindre og enkelt kan festes på nøkkelknippe eller rundt armen som en klokke/ armbånd. Det har også kommet tilbakemelding på treghet i registrering og oppdatering av GPS posisjon som har skapt usikkerhet. Lading er ofte en utfordring og det er ønske om økt batterikapasitet. Ladekabler og kontakter kan slites og må byttes, noe som spesielt har vært tilfelle med GPS telefonen. GPS telefonen har også låst seg uten forklaring. Men på tross av tekniske begrensninger, så er brukere og pårørende helt klare på at bruk av GPS er nyttig for at de skal kunne fungere i hverdagen, og de støtter fullt og helt opp om Oslo kommune sitt arbeid med lokalisering som en tjeneste.

Det har skjedd en positiv videreutvikling og flere leverandører tilbyr nå et relativt bredt utvalg av ulike typer GPSer. Oslo kommune har fulgt opp tilbakemeldingene og med utgangspunkt i egne erfaringer fra prosjektet, så arbeider kommunen nå med en større anskaffelse av flere ulike GPS enheter som skal dekke ulike behov i befolkningen. Den nye anskaffelsen vil gi nye og bedre GPSer som enklere kan dekke individuelle brukerbehov, og dette arbeidet anbefales videreført.

- Overgang til sykehjem

Bruk av lokaliseringsteknologi for beboere på sykehjem og under opphold på korttidsavdeling har vært etterspurt av pårørende og brukere. Noen brukere og deres pårørende har erfart at det kan være utfordrende å fortsette bruk av GPS på sykehjem eller på korttidsopphold. Sykehjemsetaten har startet et arbeid med å prøve ut og vurdere bruk av lokalisering for personer med demens/ kognitiv svikt som bor på sykehjem. Det anbefales at Oslo kommune fortsetter arbeidet slik at brukere på sykehjem og korttidsopphold får anledning til å benytte lokaliseringsteknologi dersom det er behov for dette, og at brukere de enkelt kan fortsette med bruk av lokaliseringsteknologi ved overgang fra egen bolig til sykehjem.

- Videreføre det gode samarbeidet med alarmsentralene

Samarbeidet mellom bydelene og alarmsentralene og dialogen med leverandører av GPS har vært nyttig og bidratt til en bedre tjeneste for brukerne. Det anbefales at samarbeidet og dialogen videreføres inne for de rammene som Oslo kommune har besluttet.

- Videreføre brukermedvirkning

Samarbeid med pårørende og brukere har vært godt og nyttig, og det anbefales at dette videreføres og at man styrker og støtter pårørende i sin rolle som en ressurs.

## 8 Referanser

- [1] Ausen, D, Svagård I, Øderud T, Holbø K og Bøthun S, (2013) Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens, SINTEF-rapport A23878, ISBN 978-82-14-05314-2, [http://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport\\_enklesider\\_lav-oppløsning.pdf](http://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport_enklesider_lav-oppløsning.pdf)
- [2] Bøthun S, Svagård I, Øderud T, Grut L, Ausen D, (2015) Tjenestemodell for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi for personer med demens, SINTEF-rapport A27154, © SINTEF 2015 [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/hvordan-ta-i-bruk-gps-folder\\_rgb.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/hvordan-ta-i-bruk-gps-folder_rgb.pdf)
- [3] Hvordan ta i bruk GPS for personer med demens? - en tjenestemodell for norske kommuner (2015), SINTEF-rapport A27154. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/hvordan-ta-i-bruk-gps-for-personer-med-demens\\_hefte.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/hvordan-ta-i-bruk-gps-for-personer-med-demens_hefte.pdf)
- [4] Nasjonalt program for Velferdsteknologi <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/velferdsteknologi/store-gevinster-av-velferdsteknologi/>
- [5] Ausen D, Øderud T, Grut L, Gottschal E, Onsrud K, Skyer TH, Sivertsen H, Heldal AL, Omland M. (2017) "Vi er stolt, men inte nøjd." Erfaringer fra velferdsteknologiprojektet i Skien kommune. SINTEF-rapport A28137.
- [6] Fosse GA, (2016) Erfaringsrapport Samspill: Pilotering av lokaliseringsteknologi (GPS) i Kristiansand kommune, <http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/erfaringsrapport-samspill-pilotering-av-lokaliseringsteknologi-i-kristiansand-2016.pdf>
- [7] Øderud T, Grut L, Aketun S. (2015) Samspill - GPS i Oslo - Pilotering av Trygghetspakke 3. Bruk av GPS for lokalisering av personer med demens, SINTEF-rapport A27121. <http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a27121-samspill---gps-i-oslo---trygghetspakke-3.pdf>  
<http://www.sintef.no/samspill>
- [8] Fosse GA, Øderud T. (2015) Varslings- og lokaliseringsteknologi. Behovskartlegging og erfaringsinnhenting. Prosjektrapport Kristiansand kommune, oktober 2015 <http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/rapport-samspill-varsling-og-lokaliseringsteknologi-kristiansand.pdf>  
<http://www.sintef.no/samspill>
- [9] Gottschal EJ, Heldal AL, Juvland L, Halvorsen B, Omland M, Ausen D, Øderud T. (2015) Pilotering av trygghetsteknologi i Skien. Prosjektrapport Skien kommune, oktober 2015 <http://www.sintef.no/prosjekter/samspill-samhandling-og-tjenesteutforming-ved-bruk/>
- [10] Bjørg Th. Landmark, Sissel Eriksen, Torhild Holthe og Kjetil Senum (2015), Demensprosjekt – Bolig og velferdsteknologi. [http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport\\_demensprosjekt\\_bolig-og-velferdsteknologi-drammen.pdf](http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport_demensprosjekt_bolig-og-velferdsteknologi-drammen.pdf)
- [11] Modell for gjennomføring av samtykkevurderinger i hjemmetjenesten (2014) Drammen kommune og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Buskerud, Prosjektrapport Drammen kommune <http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport-samtykkevurdering-drammen.pdf>

- [12] Fosse GA (2015) Erfaringsrapport Samspill – Pilotering av medisindispenser i Kristiansand kommune, Prosjektrapport Kristiansand kommune
- [13] Skyer TH, Øderud T, Ausen D. (2015) Fall og velferdsteknologi. Prosjektrapport Skien kommune, nov. 2015  
<http://www.sintef.no/samspill>
- [14] Reitan JK, Storholmen TC, Friderichsen P, Næsgaard OP, Holbø K, Rørvik M. (2011) Behovsdrevet innovasjon. 10 steg til innovasjon i helsesektoren. SINTEF-rapport A22590
- [15] Veikart for tjenesteinnovasjon – velferdsteknologi (2015)  
<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/innovasjonsverktøy/veikart-for-velferdsteknologi/>
- [16] Veikart for tjenesteinnovasjon: <http://www.samveis.no/>
- [17] Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- [18] Lokaliseringstjeneste i Trondheim kommune (2017)  
<https://sites.google.com/site/lokaliseringstjeneste/home>
- [19] Øderud T, Landmark B, Eriksen S, Fossberg A B, Brørs K F, Mandal T B, Ausen D, (2013) Exploring the Use of GPS for Locating Persons with Dementia, 12th European Conference for the Advancement of Assistive Technology in Europe, Vilamoura, Portugal, 19-22 Sept. 2013, IOS Press
- [20] Øderud T, Landmark B, Eriksen S, Fossberg A B, Aketun S, Omland M, Hem KG, Østensen, E, Ausen D, (2015) 'Persons with Dementia and Their Caregivers Using GPS ', 13th European Conference for the Advancement of Assistive Technology in Europe, Budapest, Hungary, 8-12 Sept. 2015, IOS Press
- [21] Holthe T, Øderud T, Landmark B Th., (2015) GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg - hva må til? Tidsskriftsartikkel, ISSN 0800-3475, Ergoterapeuten, 01, 2015.  
<http://www.ergoterapeuten.no/content/download/99620/335649/file/GPS%20til%20personer%20med%20demens.pdf>
- [22] Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. (2001) Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. Arch Neurol 2001; 58: 498-504.
- [23] Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. (2004) The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia. A meta analysis. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85: 1694-704.
- [24] Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, et al. (2006) Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. Ann Intern Med 2006; 144: 73-81.
- [25] Helsedirektoratets rapport IS-2225, datert 10/2014 "Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske område"  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/120/Helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-omradet-IS-2225.pdf>
- [26] Velferdsteknologiens ABC versjon - Opplæringspakke til kommunene, Publisert 30.08.2016  
<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/velferdsteknologi/velferdsteknologiens-abc/>

**Vedlegg 1: Detaljert kartlegging av behov for lokalisering (GPS)**
**Brukerinformasjon (kan hentes fra journal om mulig)**

Brukers navn/ Gerica nr.	
Adresse:	
Telefon/e-post:	
Fødselsdato/alder:	
Høyde/ vekt (ca):	
Kjønn:	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann
Bosituasjon:	<input type="checkbox"/> Bor med ektefelle/partner/familie <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig/Bolig med service <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Institusjon/sykehjem <input type="checkbox"/> Har familie i nærheten (beskriv):
Beskriv eventuelle tjenester som brukeren mottar og hvor ofte:	<input type="checkbox"/> Ingen tjenester <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie (type tjenester / hvor ofte): <input type="checkbox"/> Aktivitetssenter/dagsenter (hvor ofte): <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (hvor ofte): <input type="checkbox"/> Andre kommunale tjenester <input type="checkbox"/> Eventuelle frivillige tjenester  Beskriv:

**Kontaktpersoner**

Familie/nettverk:	Navn, adresse, telefon, e-post, relasjon til brukeren:  <input type="checkbox"/> Har ingen nære pårørende/ verge
Helse- og omsorgstjenesten:	Navn, stilling, telefon:
Fastlege eller tilsynslege:	Navn og telefon:

<sup>2</sup> Omfatter alle typer bolig med tilgjengelig bemanning hele døgnet.

**Funksjonsproblem/ diagnose**

Funksjonsproblem, eventuell diagnose og dato for diagnose:	Beskriv:
Har bruker innsikt i egen situasjon?	Beskriv:

**Hendelser**

Har det vært hendelser der man har lett etter bruker, ev. leteaksjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, beskriv:
---	---

**Samtykke**

Er bruker samtykkekompetent for eventuell bruk av lokaliseringsteknologi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, dokumenter vurdering av samtykke, eventuelt henvis til gjeldende vurdering av samtykke og hvor dette er dokumentert.
---	--

**Hensikten med tiltaket (*sett gjerne flere kryss*)**

Hensikten med bruk av lokaliseringsteknologi for bruker:	<input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Frihet <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Økt livskvalitet <input type="checkbox"/> Bo lenger hjemme Beskriv:
Hensikten med bruk av lokaliseringsteknologi for pårørende:	<input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Redusert belastning <input type="checkbox"/> Økt livskvalitet <input type="checkbox"/> Bidra til at bruker kan bo lenger hjemme <input type="checkbox"/> Fortsette å jobbe <input type="checkbox"/> Ikke relevant- ingen nære pårørende Beskriv:
Hensikten med bruk av lokaliseringsteknologi for tjenesten:	<input type="checkbox"/> Økt kvalitet i tjenesten <input type="checkbox"/> Trygghet i tjenesten <input type="checkbox"/> Frihet/fravær av tvang <input type="checkbox"/> Utsette behov for sykehjemsplass <input type="checkbox"/> Utsette behov for andre/ økte tjenester Beskriv:



**Beskrivelse av brukers turvaner og vandremønstre**

<p>Hvor går bruker vanligvis (nærmiljø, skog, sentrum)?          Går bruker faste ruter?          Hvor langt klarer bruker å gå uten å bli for sliten?          Når på døgnet og hvor ofte/lenge er bruker ute?          Vandrer bruker ute om natten (uten å varsle)?          Ønsker bruker frihet til å gå alene og bestemme selv?          Ferie og fritidsvaner på hytte, i utlandet, osv?</p>	<p>Beskriv:</p>
<p>Tar bruker offentlig kommunikasjon/ drosje?</p>	<p>Beskriv:</p>
<p>Hvorfor ønsker bruker å gå på tur?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Liker å gå, ønsker trening/trim      <input type="checkbox"/> Ønsker sosial kontakt  <input type="checkbox"/> Ønsker å forlate stedet/flykte      <input type="checkbox"/> Annet          Beskriv:       </p>
<p>Kler bruker seg fornuftig etter årstiden/situasjonen?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nei          Hvis nei, beskriv:       </p>
<p>Er bruker bekymret for ikke å finne tilbake?</p>	<p>Beskriv:</p>
<p>Har bruker problemer med balanse, er ustø/ har falt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nei          Hvis ja, beskriv:       </p>
<p>Oppfører bruker seg fornuftig i trafikken (ser seg for, går på riktig side, osv)?          Hvordan er trafikkbilde der bruker bor/ går tur?</p>	<p>Beskriv:</p>

**Bruk av teknologi**

Mestrer bruker mobiltelefon:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Beskriv:
------------------------------	--

**Beskriv rollen til pårørende eller andre som kan bidra ved bruk av lokaliseringsteknologi (GPS)**

Har pårørende/andre mulighet til å administrere GPS (lade/ slå av/på GPS)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Beskriv hvem:
Har pårørende/andre mulighet til å bidra til at bruker tar med seg GPS?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Beskriv hvem:
Har pårørende/andre mulighet til å ta imot varsler/alarmer fra GPS (lavt batteri, alarm, osv)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Beskriv hvilke varsler som skal sendes og hvem som tar imot:
Har pårørende/andre mulighet til å lokalisere bruker og hvordan?	Via sms: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Via Internett (PC/ Nettbrett/ Smart telefon): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Via App på Smart telefon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Via oppringing til alarmsentral: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Hvem lokaliserer:
Har pårørende/andre mulighet til å hente bruker dersom brukeren ikke kommer tilbake ved egen hjelp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  Beskriv hvem:

**Hvem har deltatt i samtalen/ kartleggingen**

Hvem har gitt informasjon om bruker:	
Skjemaet er fylt ut av (navn, stilling og dato):	

**Vedlegg 2: Rutiner og avtaler for bruk av lokaliseringsteknologi -Utkast.**

Brukers navn/ Gerica nummer:	
Samtykke til at bilde av bruker lagres i journal.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvem lader GPS?  Beskriv rutiner for lading av GPS.	
Beskriv rutiner for hvordan sikre at bruker tar/ har med GPS ut?	
Hvem skal kunne lokalisere bruker?  Beskriv rutiner og avtaler for å følge med og lokalisere bruker.	
Hvem skal ta imot varsel om og hva skjer ved: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavt batteri</li> <li>• Bruker utløser alarm</li> <li>• Bruker passerer elektronisk gjerde/Geo-fence</li> </ul> Beskriv rutiner og avtaler.	
Hvem møter/ henter bruker ved behov?  Beskriv rutiner og avtaler for å møte/ hente/ lete etter bruker. (Beskriv Plan A, B, C)	
Hvem sjekker og følger opp at GPS fungere?  Hvem kontaktes ved eventuelle feil/ mangler?	

Kontaktperson bydel: Navn/telefon/epost:	
Kontaktperson Trygghetssentral. Navn/telefon/epost:	
Pårørende eventuelt brukers kontaktperson: Navn/telefon/epost:	
Sted/ Dato:	

**Vedlegg 3: Skjema brukt i datainnsamlingen**

**1 Bruk av lokaliseringsteknologi-Grunnlag for statistiske beregninger** (Fylles ut av kontaktperson i tjenesten på bakgrunn av opplysninger registrert i pasientjournal og i samtale med pårørende/ bruker)

<b>Bydel og kontaktperson:</b>	
<b>Brukers navn eller Gerica nummer:</b>	
Kjønn (Mann/ Kvinne)	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne
Fødselsår/ (ev. alder v/oppstart)	
Diagnose/ funksjonsproblem - ev. tidspunkt for diagnose	
IPLOS v/oppstart GPS	
IPLOS v/avslutning GPS	
Bosituasjon	<input type="checkbox"/> Bor med ektefelle/partner/ familie <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig/ Bolig med service <input type="checkbox"/> Institusjon/Sykehjem <input type="checkbox"/> Har familie i nærheten (beskriv)_____
Eventuelle tjenester som bruker mottar og om mulig hvor ofte.	<input type="checkbox"/> Ingen tjenester <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie (type tjenester/ hvor ofte) _____ <input type="checkbox"/> Aktivitetssenter/ Dagsenter (hvor ofte): _____ <input type="checkbox"/> Støttekontakt (hvor ofte/ hvor mye): _____ <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (hvor ofte/ hvor mye): _____ <input type="checkbox"/> Annet; beskriv: _____
Angi dato for oppstart GPS (Måned/år)	
Hensikt med å ta i bruk GPS (Sett gjerne flere kryss, og nevnt eventuelt andre hensikter)	For bruker: <input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Frihet <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Økt livskvalitet <input type="checkbox"/> Bo lenger hjemme <input type="checkbox"/> Annet Beskriv gjerne: For pårørende: <input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Redusert belastning <input type="checkbox"/> Økt livskvalitet <input type="checkbox"/> Bidra til at bruker kan bo lenger hjemme <input type="checkbox"/> Fortsette å jobbe <input type="checkbox"/> Ikke relevant- ingen nære pårørende <input type="checkbox"/> Annet Beskriv gjerne: For tjenesten:

	<input type="checkbox"/> Økt kvalitet i tjenesten <input type="checkbox"/> Trygghet i tjenesten <input type="checkbox"/> Frihet/fravær av tvang <input type="checkbox"/> Utsette behov for sykehjemsplass <input type="checkbox"/> Utsette behov for andre/ økte tjenester <input type="checkbox"/> Annet Beskriv gjerne:
Hvem er ansvarlig for å:	Lade GPS/ slå på/av GPS: Lokalisere bruker: Hente bruker om nødvendig: Beskriv: _____
Type GPS (merke/leverandør) Ved bytte av GPS, beskriv hvorfor, oppgi alle typer og angi varighet	
Benyttes elektronisk gjerde (geofence)? Beskriv hvordan elektronisk gjerde benyttes og erfaringer med bruk:	
Eventuelle endringer i løpet av tiden som person bruker GPS (overflytting til annet omsorgstilbud, sykehjem, osv):	
Angi dato for avslutning GPS (Måned/år hvis avsluttet)	
Årsak til å avslutte bruk av GPS	<input type="checkbox"/> Redusert funksjonsnivå <input type="checkbox"/> Ønsker ikke å gå ut alene <input type="checkbox"/> Flyttet til sykehjem, åpen avd <input type="checkbox"/> Flyttet til sykehjem, skjermet avdeling <input type="checkbox"/> Trafikkkfarlig <input type="checkbox"/> Motsetter seg bruk av GPS <input type="checkbox"/> Tekniske utfordringer med GPS <input type="checkbox"/> Død <input type="checkbox"/> Annet, beskriv: _____
Beskriv om hensikten med å ta i bruk GPS ble oppnådd?	
Kommentarer/ beskrivende utsagn/ forslag til forbedringer/ osv:	

## 2. Samtale/ intervju med pårørende

Samtale gjennomføres ved oppfølging av bruker eller når bruk av GPS avsluttes. Dersom bruker ikke har pårørende eller bruker bor på institusjon, vil det være personalet som bidrar med informasjon.

Brukers navn/Bruker ID:	
Pårørende eller personale som deltar i samtalen:	
Intervjuers navn:	
Dato/sted:	

Tema for samtale/ intervju med pårørende	
1. Fortell hvordan dere bruker/ brukte GPS i hverdagen.	
2. Hva var hensikten med å ta i bruk GPS og ble hensikten oppnådd?	
3. Fortell om deres erfaringer med bruk av GPS	
4. Har dere opplevd situasjoner hvor bruker har blitt borte (før/ etter GPS)? Fortell hva som skjedde?	
5. Hva er/ var årsaken til å avslutte bruk av GPS	
6. Har dere forslag til forbedringer eller noe dere ønsker var annerledes?	
7. Hva var positivt med bruk av GPS?	

**3. Spørreskjema om effekter/ erfaringer ved bruk av GPS**

	<b>Effekter/ erfaringer ved bruk av lokaliseringsteknologi</b>	<b>Enig</b>	<b>Hverken enig/ uenig</b>	<b>Uenig</b>		<b>Ikke relevant</b>
1.	GPS gjør det tryggere for person med demens å gå på tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	GPS gjør det tryggere for meg som pårørende/ personale å la person med demens gå på tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Beskriv gjerne eller gi eksempler:						
2.	GPS gir person med demens økt frihet til å gå ut når han/ hun selv ønsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
3.	GPS gjør at pårørende/ personale ikke behøver å avlede eller forhindre at person med demens går ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
4.	GPS gjør at det oppstår færre konflikter mellom person med demens og pårørende/ personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
5.	GPS gjør person med demens mer fysisk aktiv/ kan fortsette å være i fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
6.	GPS er avlastende for pårørende/ personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
7.	GPS gjør at pårørende kan fortsette med sine aktiviteter (f.eks jobb, fritidsaktiviteter, osv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Gi eksempler på hvilke aktiviteter pårørende kan fortsette med:					
	Anslå hvor lenge GPS bidrar til at pårørende kan fortsette i jobb (om aktuelt):					
8.	GPS gjør at person med demens kan bo lenger i egen bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Anslå hvor lenge:					
9.	Pårørende/ personale opplever at det er vanskelig å bruke GPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					



	<b>Effekter/ erfaringer ved bruk av lokaliseringsteknologi</b>	<b>Enig</b>	<b>Hverken enig/ uenig</b>	<b>Uenig</b>		<b>Ikke relevant</b>
<b>10</b>	Person med demens gir uttrykk for at han/hun føler seg overvåket/kontrollert uten at han/hun ønsker det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
<b>11</b>	GPS fungerer fint uten teknisk svikt eller feil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
<b>12</b>	Jeg vil anbefale andre (i tilsvarende situasjon) å bruke GPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Beskriv gjerne eller gi eksempler:					
<b>13</b>	Jeg er villig til å betale for å få en GPS/ lokaliseringstjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Angi eventuelt hvor mye det er rimelig å betale pr. måned					

<b>Fordeler med GPS</b>	<b>Ulemper med GPS</b>
Hva er fordelene med bruk av GPS?	Hva er ulempene/ utfordringene med bruk av GPS?



Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)