

En kartlegging av teknologiske hjelpemidler til personer med nyoppdaget demens

Av
Marianne Holmesland

Veileder
Jan Gunnar Dale

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

**MASTEROPPGAVE I HELSE OG SOSIAL
INFORMATIKK 2013-2014**



("Forget Me Not," 2013)

**En kartlegging av teknologiske hjelpemidler til
personer med nyoppdaget demens**

MARIANNE HOLMESLAND

UNIVERSITETET I AGDER, 2014

FAKULTET FOR HELSE OG IDRETTSVITENSKAP

INSTITUTT FOR HELSE OG SYKEPLEIEVITENSKAP

ANTALL ORD:

21985

Sammendrag

Det nasjonale programmet for velferdsteknologi har som hovedmål at velferdsteknologiske løsninger skal være en integrert del av helse og omsorgstjenestene innen 2020. Flere prosjekter i programmet vil inneholde trygghetspakker. Før en implementering av teknologiske hjelpemidler, bør det være utført en kartlegging av behov og utfordringer. I denne undersøkelsen har fokuset vært på personer med demens og deres pårørende, fordi fremover antar man at antallet personer med demens vil stige til det dobbelte i 2040.

Velferdsteknologiske løsninger kan ta utgangspunkt i tre områder; fall, ensomhet og kognitiv svikt. Denne undersøkelsen har derfor sett på hvilke teknologiske løsninger en trygghetspakke bør inneholde, for å forebygge de tre områdene for personer med demens. Det er tatt utgangspunkt i Hagenutvalgets fire inndelinger av teknologi, som viser hvordan de kan møte forskjellige brukerbehov, og hvordan de kan fungere som støtte for brukere, pårørende og helsepersonell. I undersøkelsen er det sett på om det er noen felles utfordringer hos personer med demens og deres pårørende, som gjør at man kan forutse behov for teknologiske hjelpemidler, som en trygghetspakke bør inneholde.

Det er utført en kvalitativ metode, med semistrukturert intervjuguide. Informantene har vært pårørende (barn) av personer med demens som er alene hjemmeboende, og mottar tjenester fra kommunen. Funn fra problemanalysen viser at personer med demens er en brukergruppe hvor pårørende blir involvert, ved at de bistår deres mor eller far med hverdagslige gjøremål. Funnene fra intervju undersøkelsen viser at det er noen felles utfordringer for personer med demens og for deres pårørende. Innholdet i trygghetspakken for personer med demens bør være teknologiske hjelpemidler som forebygger og øker sikkerheten i hjemmet, og hjelpemidler som gir støtte for hukommelsen.

Konklusjonen i denne undersøkelsen er at det anbefales å innføre en trygghetspakke med teknologiske hjelpemidler til personer med demens tidlig i demensforløpet. Det bør være kombinert med kunnskap og mennesker. Det er viktig å finne balansen mellom teknologi og mennesker, for at brukere kan forlenge tiden hjemme.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, demens, trygghetspakke, teknologiske hjelpemidler

Abstract

The main objective of the national program of welfare technology is that welfare technological solutions will be an integrated part of the health and care services within 2020. Several projects in this program will include safety packages. Before technological tools are implemented, a survey regarding the needs and challenges should be conducted. The present study has focused on people with dementia and their relatives, because in 2040, the number of people with dementia is expected to double.

Welfare technological solutions can be divided into three parts: fall, isolation, and cognitive impairment. Thus, the current study has focused on what technological solutions a safety package should include to prevent these three factors for people with dementia. These factors are based on Hagen's four technologic classifications, which show different ways to approach various user needs and how to support users, relatives and medical personnel. The present study has examined whether or not there are common challenges to people with dementia and their relatives, which enables us to foresee what tools a safety package should include.

A qualitative method with a semi-structured interview guide has been carried out. The informants were relatives (children) to people with dementia, who lived in their own homes and received public health services. Findings from the problem analysis show that people with dementia belong to a user group where the relatives (children) are assisting with everyday tasks. Furthermore, findings from the interviews indicate that there are some common challenges for people with dementia and their relatives. The safety package for people with dementia should include technological tools that prevent and improve safety in the home, in addition to tools that provide memory support.

In conclusion, it is recommended to introduce a safety package with technological tools to people with dementia in an early stage. This should also be combined with knowledge and people. It is crucial to find a balance between technology and humans to make it possible for people to live longer in their own homes.

Keywords: welfare technology, dementia, safety packages, technological tools

Forord

Undersøkelsen er gjennomført av student Marianne Holmesland (sykepleier). Den er skrevet i tredje studieåret i faget HSI500, ved masterutdanning i helse og sosialinformatikk, fakultetet for helse og idrettsvitenskap, ved Universitet i Agder.

Jeg vil rette en stor takk til de som har gitt meg nyttige innspill, støtte og veiledning til å gjennomføre undersøkelsen:

Til min veileder Jan Gunnar Dale for innspill og råd underveis i undersøkelsen.

Til demenskontakter og saksbehandlere i kommunene som hjalp meg med å velge ut informantene.

De seks informantene som stilte opp til intervju og delte sin kunnskap og erfaring med meg.

Til familie, venner, medstudenter og kollegaer som har gitt innspill og støtte gjennom hele studietiden.

Til demenskontakt og sykepleier Marianne M. Vigeland for støtte, oppmuntring, motivasjon og innspill til undersøkelsen.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Oppbygging av oppgaven	2
2.0 Problemanalyse og avgrensning av problemområdet	3
2.1 Problemområdet	3
2.1.1 Demens.....	5
2.1.2 Omsorgsnettverk.....	6
2.1.3 Velferdsteknologi	10
2.2 Ulike typer teknologier og anvendelser	13
2.2.1 Teknologi for trygghet og sikkerhet.....	14
2.2.2 Teknologi for kompensasjon og velvære.....	17
2.2.3 Teknologi for sosial kontakt	21
2.2.4 Teknologi for behandling og pleie.....	22
2.3 Demens og teknologi	23
2.4 Oppsummering og presisering av problemformulering	24
3.0 Teoretisk referanseramme	26
3.1 Objekt Orientert Analyse og Design	26
3.2 Beslutningsprosessen	27
3.3 Oppsummering	29
4.0 Metode	31
4.1 Valg av metode	31
4.1.1 Utforming av intervjuguide.....	31
4.1.2 Utvalg og tilgang til feltet.....	32
4.1.3 Gjennomføring av intervjuene.....	32
4.1.4 Transkribering.....	33
4.1.5 Analyse av intervjuer.....	33
4.2 Litteratursøk og kildekritikk	34
4.3 Etske overveielser	35
4.4 Metodiske overveielser	35
4.4.1 Reliabilitet, validitet og troverdighet	36
5.0 Funn fra undersøkelsen	38
5.1 Problemområde	38
5.1.1 Livssituasjon.....	38
5.1.2 Behov	39
5.1.3 Problemer	39
5.2 Anvendelsesområde	45
5.2.1 Pårørende.....	46
5.2.2 Hjelpemiddel	48
5.2.3 Teknologi.....	49
6.0 Diskusjon	55
6.1 Problemområdet	55
6.1.1 Livssituasjon.....	55
6.1.2 Behov	56
6.1.3 Problemer	57
6.2 Anvendelsesområdet	60
6.2.1 Pårørende.....	60
6.2.2 Hjelpemiddel	62
6.2.3 Teknologi.....	65

7.0 Konklusjon og veien videre	68
Litteratur.....	70
VEDLEGG 1 LITTERATURSØK.....	1
VEDLEGG 2 SØKNAD TIL KOMMUNE	1
VEDLEGG 3 FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I UNDERSØKELSE.....	1
VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE.....	1

Figurliste:

Figur 1: Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060.....	2
Figur 2. Raskt økende andel av befolkningen over 80 år.....	4
Figur 3. Oversikt over antall demensteam og/eller demenskoordinator i kommunene.....	8
Figur 4: Forholdet mellom fall, ensomhet og kognitiv svikt.....	11
Figur 5: TMA Trygghetsalarm.....	14
Figur 6: TMA 5 trådløse tilleggsutstyr til trygghetsalarm.....	15
Figur 7: Komfyrvakt.....	16
Figur 8: Fallalarm.....	16
Figur 9: Døralarm.....	17
Figur 10: Forglemmegei.....	19
Figur 11: Varslende medisindosett.....	20
Figur 12: Robotstøvsuger.....	21
Figur 13: En stasjonær telefon med store knapper og minneknapper.....	22

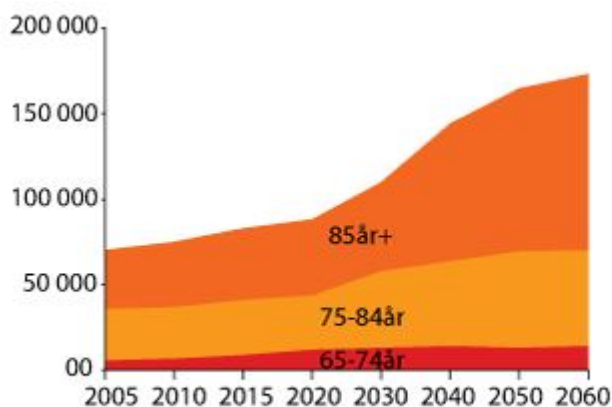
Tabelliste:

Tabell 1: Kondensert meningsenhet – Problemer Orienteringsevne.....	40
Tabell 2: Kondensert meningsenhet – Problemer Hukommelse og huslige gjøremål.....	42
Tabell 3: Kondensert meningsenhet – Problemer Hukommelse og Vurderingsevne.....	43
Tabell 4: Kondensert meningsenhet – Problemer Trygghet og Sikkerhet.....	44
Tabell 5: Kondensert meningsenhet – Pårørende Utfordringer.....	46
Tabell 6: Kondensert meningsenhet – Pårørende Omgivelser.....	47
Tabell 7: Kondensert meningsenhet – Teknologi Hjelpemidler.....	49
Tabell 8: Kondensert meningsenhet – Teknologi Nytte.....	51
Tabell 9: Kondensert meningsenhet – Teknologi Generasjon.....	52

1.0 Innledning

Bakgrunnen for undersøkelsen var å undersøke om det er mulig å forutsi behov for en trygghetspakke med teknologiske hjelpemidler til personer med demens i en tidlig fase av sykdommen, for å forlenge tiden hjemme. I Omsorgsplan 2015 er det forutsatt at demensplanen 2015 skal vektlegge tiltak som kan settes inn før det blir aktuelt med et heldøgnsstilbud, og som kan lette pårørendes omsorgsbyrder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). I Innovasjon i omsorg ble det nasjonale programmet for implementering av velferdsteknologi foreslått. Programmet er satt i verk for å utnytte det mulighetsrommet som velferdsteknologi gir, og for å legge til rette for at kommunene i større grad kan ta velferdsteknologiske løsninger i bruk. Hovedmålet er at velferdsteknologiske løsninger skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene innen 2020 (NOU 2011:11, 2011). Helsedirektoratet har hovedansvaret for å gjennomføre velferdsteknologi programmet som en del av Omsorgsplan 2020. Programmet hadde første tildeling i november 2013 (Frantzen, 2013). Programmet vil inneholde etablering av åpne standarder for velferdsteknologi, utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger. I tillegg bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi og kompetanseheving og opplæring av ansatte, brukere og pårørende (St. meld nr. 29, 2012-2013).

Med bakgrunn i at det Nasjonale programmet for velferdsteknologi har som mål at 850 trygghetspakker skal utprøves (Frantzen, 2013), og at trygghetspakken ble foreslått som utgangspunkt i Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11, 2011), vil det være nyttig for kommunene som er med i programmet og andre, og undersøke om det er mulig å sette sammen en trygghetspakke med teknologiske hjelpemidler til personer med demens. I fremtiden vil brukergruppen personer med demens stige til det dobbelte i 2040. I dag finnes det ca 70 000 personer med demens i Norge, og mellom 250 000 og 300 000 pårørende er berørt (Helsedirektoratet, 2013a).



Figur 6.1 Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for alderdemens 2005

(St. meld nr. 25, 2005).

Figur 1. Fremskrevet forekomst av demens 2005-2060

1.1 Oppbygging av oppgaven

I kapittel to kommer problemanalysen og avgrensning av studien. Det vil bli redegjort for problemområdet, demens, omsorgsnettverk og velferdsteknologi. Her vil også tidligere undersøkelser komme frem, ulike typer teknologiske hjelpemidler bli presentert, og demens og teknologi. Disse aspektene vil til slutt kunne ut i problemformuleringen, og tilhørende forskningsspørsmål. Det tredje kapittelet tar for seg teori. Her redegjøres det for to teoretiske modeller som blir brukt for å belyse funnene fra intervjuene. I det fjerde kapittelet presenteres metoden, med bakgrunn for de valgene som er tatt, og beskrivelsen av hvordan undersøkelsen er gjennomført. Femte kapittel presenterer funnene fra intervjuene som er foretatt med pårørende i tre kommuner. Funnene blir drøftet i kapittel seks, og til slutt kommer konklusjonen i kapittel syv.

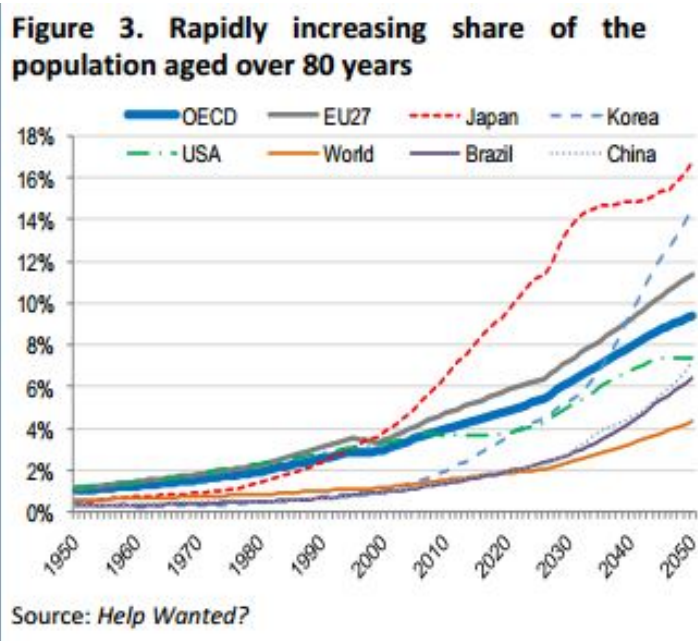
2.0 Problemanalyse og avgrensning av problemområdet

Undersøkelsen avgrenses til å se på personer med en demens sykdom og deres pårørende. Det vil bli avgrenset til brukere som mottar tjenester i fra kommunen, og er alene hjemmeboende. Det vil fremover bli flere brukere som mottar hjemmetjenester, og antallet brukere av hjemmetjenester er tredoblet siden 1990. Nær halvparten av de som mottar hjemmetjenester bor alene (NOU 2011:11, 2011). Det vil ikke bli sett på teknologiske løsninger for helsearbeidere i kommunen, og det er ikke fokus på de etiske og juridiske sidene av innføring av teknologiske hjelpemidler. Videre blir det ikke sett på hvordan kommunene er organisert, og hvem som skal være mottaker av eventuelle alarmer og varslinger.

Fokuset i undersøkelsen er på hvilke teknologiske løsninger personer med demens og deres pårørende har behov for tidlig i forløpet, for at personen med demens kan forlenge tiden hjemme. Det vil bli kartlagt hvilke utfordringer og problemer de og deres pårørende opplever i hverdagen, og om det finnes teknologi som kan settes inn tidlig, for å forebygge og eventuelt utsette de problemene som de vil møte i fremtiden. Videre i kapittelet vil problemområdet bli belyst.

2.1 Problemområdet

Fremover vil det bli et høyere antall eldre, og vi lever lenger med kroniske lidelser. Det blir fra 2025 en sterk vekst i kommunen i antall eldre over 80 år, og det blir færre antall omsorgspersoner i forhold til antall som antas å motta tjenester. I 2000 var det 4.7 personer i yrkesaktiv alder per person over 67 år, og det vil reduseres til 3.5 i 2030 og til 2.9 i 2050 (NOU 2011:11, 2011). De demografiske utfordringene foregår også i andre land i verden. Den høyeste andelen av meget gamle mennesker finner man i Japan (omtrent 17%), etterfulgt av Tyskland (ca. 15%). Andelen av aldersgruppen over 80 år vil øke fra 4% i 2010 til nesten 10% i 2050 (Colombo, 2011).



(Colombo, 2011).

Figur 2. Raskt økende andel av befolkningen over 80 år

Teknologirådet mener at eldrebølgen må møtes med hjemmebasert omsorgsteknologi. Det må tenkes nytt for å møte fremtidens utfordringer (Tennøe, 2009). Skottland er et foregangsland på telehealth og telecare, og har gjort god fremgang i utprøving av teknologi i løpet av de siste årene. Telecare betyr omsorg på avstand, ved hjelp av teknologi. Telehealth betyr helserelaterte tjenester og informasjon blir gitt på avstand gjennom telekommunikasjons teknologi. De bygger videre på denne utviklingen, for å sikre at det skal gi støtte for pårørende og tjenestebrukere over hele Skottland. De har utarbeidet en eHelse strategi for Skottland 2011-2017, som bekrefter en sentral rolle i telehealth og telecare, for å endre måten helse og omsorg blir gitt til mennesker i alle aldre i Skottland. Det skal støtte mennesker til å ha større valgfrihet, kontroll og trygghet, en sikrere, mer effektiv og personlig omsorg for de som mottar helse og omsorgstjenester. Teknologien vil bare bli tatt i bruk, hvis omsorgssystemene tilpasses og endrer måten man arbeider på. De mener at det må bli en endring i den offentlige og faglige bevisstheten, og tillitt til hvordan teknologi kan gjøre en forskjell i livene til innbyggerne. Samt sikre at det er pålitelig og enkelt for alle å bruke (Mair & Feeley, 2012).

Kommunene vil få flere og mer spesialiserte oppgaver og fremtidens eldre vil trolig ha andre behov og ønsker enn hva dagens eldre har (St. meld nr. 25, 2005). I 2030 vil dagens 50 åringer nå frem til pensjonsalder. Dette er en gruppe som har et annet teknologisk

utgangspunkt enn tidligere generasjoner, og vil trolig selv kunne ta i bruk teknologi og ta ansvar for egen helse (Helsedirektoratet, 2012).

2.1.1 Demens

Den medisinske klassifikasjonen av demens, ICD-10 er en internasjonal standard som er mye brukt for å definere demens (World Health Organization, 2010). Demens defineres som følger:

”Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret, herunder hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelsens i kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også komme etter, svekkelser i følelsesmessige kontroll, sosial atferd eller motivasjon. Demens forekommer ved Alzheimers sykdom, karsykdom i hjernen og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen”

Det er ulike typer demenssykdommer, og den som er mest vanlig er demens ved Alzheimers sykdom. Vaskulær demens og Sekundære demenstilstander er andre typer demenssykdommer. Det er ulike typer symptomer og utviklingstrinn i demensforløpet på grunn av ulike typer demens. Det viktigste kjennetegn eller symptom på demens er hukommelsessvikt, og er mest fremtredende i starten. De får problemer med å opprettholde innlærte ferdigheter og vansker med å mestre hverdagssysler. Andre symptomer kan være personlighetsforandringer med manglende innsikt, dårlig dømmekraft, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger, tvangsmessig atferd og forandret døgnrytme (Engedal & Haugen, 2009). For personer med demens kan flytting ofte forsterke symptomene og skape forvirring og passivitet. I størst mulig grad bør en derfor unngå flytting mellom ulike boformer og behandlingstilbud, og tilstrebe kontinuitet og tilhørighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Tjenestetilbudet i kommunen har endret seg til ikke bare å gjelde eldreomsorg. Det skal også dekke hele livsløpet til innbyggerne, og tjenestene blir gitt i hjemmet og på sykehjem. Det er om lag 40 000 som mottar hjelp på sykehjem og 225 000 som mottar omsorgstjeneste i sitt

eget hjem eller i omsorgsboliger (NOU 2011:11, 2011). De siste tiårene har det vært stor satsning på utbygging av omsorgsboliger og nedbygging av sykehjemsplasser i Norge. Dette vil føre til at flesteparten av eldre vil måtte bo i sitt eget hjem eller i omsorgsbolig i fremtiden (St. meld nr. 47, 2008). Omsorgstjenestene og botilbudene er i dag ikke bygd og tilrettelagt for mennesker som har demens, og derfor må flere bygges om og tilrettelegges for denne brukergruppen. I Demensplan 2015 er det ett av hovedsatsningsområdene at det skal bli bedre tilpassede botilbud for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). I en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse kommer det fram at det er en økning av tilrettelagte døgnplasser for personer med demens, men ikke så stor som ønsket. Videre er det en tendens til at bokollektiver har fått noe lavere bemanning, og at det er lavere andel med høyskoleutdanning blant de ansatte der, enn i skjermede enheter (Eek, 2011).

Demens er den vanligste årsaken til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det som øker risikoen for innleggelse er blant annet økt belastning på pårørende, atferdsproblemer og noen spesifikke demenssykdommer (Boström, Jönsson, Minthon, & Londos, 2007). Demens forårsaker store kostnader for samfunnet, og det som utgjør hoveddelen er pleie, både den formelle pleien og den som ytes av pårørende (Wimo et al., 2011). En studie har beregnet kostnadene på hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagsenter, omsorgsbolig og opphold på institusjon som sykehjem, aldershjem eller bofellesskap til personer med demens, og resultatet viser at kostnader stiger raskt i løpet av de tre første årene. Det var mer en 70 prosent av alle kostnader totalt knyttet til opphold på institusjon, først og fremst sykehjem. Årsaken til at dagsenter spilte liten rolle, kan være fordi det var få dagsenter plasser hvor de gjennomførte undersøkelsen. De fant ingen forskjell på menn og kvinner, men det spilte en stor rolle om de bodde alene eller sammen med andre. De gjennomsnittlige kostnadene var nesten dobbelt så høye for de som bodde alene. Deres funn viser at kostnadene for pleie er betydelige, og innleggelse på sykehjem utgjør hoveddelen. Derfor vil tiltak som forlenger tiden bruker kan bo hjemme være kostnadseffektive. Denne studien ga en oversikt over den første tiden av sykdommen, men det kommer ikke fram hvor mye ressurser som brukes den siste delen av sykdommen (Vossius, 2012).

2.1.2 Omsorgsnettverk

Hjelperens rolle er viktig og sentral i demensomsorgen, fordi personer med demens trenger hjelp i det daglige. Når sykdommen blir mer alvorlig, trenger de mer hjelp (Bjørneby, Topo,

& Holthe, 2001). Omkring halvparten av alle som har demens, regner man med bor hjemme. Det fører til at mange pårørende opplever at de i første fase av sykdommen er alene om omsorgen. Det er først når tilstanden til personen med demens forverrer seg, og de trenger mer hjelp til egenomsorg, at hjemmetjenesten kommer inn i bildet og kan gi pårørende en avlastning (Holthe, 2011). Forskning viser at betydningen av hjelp, støtte og omsorg fra nære familiemedlemmer øker når demenstilstanden forverrer seg (Ulstein, 2006).

Personer med demens som bor hjemme, får ofte hjelp av barn, andre slektninger og venner som bor i nærheten. I Norge antas det at 80-90 prosent av hjemmeboende personer med demens daglig får hjelp av barn, venner og eller slektninger (Bjørneby et al., 2001). Nære pårørende hjelper bruker med oppgaver som er nødvendige for å kunne leve et selvstendig liv utenfor institusjon. Hjelpen som ytes vil være avhengig av hvor i sykdomsforløpet bruker befinner seg, slektskap og bosituasjon (Ulstein, 2008). En studie av samspillet mellom offentlige tjenester og familieomsorg i perioden 1964-1995, viser at familieomsorgen kjennetegnes av stabilitet og ikke nedgang. Familieomsorgen har vist seg robust og sterk, og er mer uavhengig av den offentlige omsorgspolitikken enn antatt (Lingsom, 1997). Forskning viser at familieomsorgsgivere har økt risiko for stressrelaterte helseplager på grunn av omsorgsoppgavene de påtar seg. Årsakene kan være at pårørende blir isolert, mens andre opplever mangel på støtte fra familie, venner og fra det offentlige hjelpeapparatet når de ber om hjelp (Ulstein, 2006). Noen pårørende kan oppleve at omsorgsoppgavene fører til stress og belastning, og at en stor del av tiden og oppmerksomheten går med til oppfølging av bruker. De blir utmattet både fysisk og psykisk og kan reagere med frustrasjon og sinne, angst og depresjon. Det kan føre til tidlig sykehjems innleggelse av familiemedlemmet med demens (Ulstein, 2008). I undersøkelsen *Demens i familien* rapporterte nær halvparten av pårørende klinisk relevant stress, hvorav 25 prosent hadde en sannsynlig depresjon (Ulstein, 2007).

I omsorgsnettverket rundt bruker som bor hjemme, må hjemmetjenesten og pårørende samarbeide godt, for at bruker skal kunne fungere hjemme så lenge som mulig. utfordringer i samarbeidet kan være at det blir mange forskjellige involvert fra hjemmetjenesten, og det kan føre til dårlig kommunikasjon. Det kan være utfordrende for hjemmetjenesten å ha oversikt over brukers situasjon i hjemmet. Det er også en utfordring for bruker og pårørende hvilken kompetanse og kjennskap pleiere har til bruker. Hjemmetjenesten kan ofte ha travle dager, og har ikke tid eller mulighet til å gjøre mer enn det de må hos bruker. Derfor er det viktig å

avklare ansvar i omsorgsnettverket rundt bruker (Fensli, Lindqvist, Thygesen, & Fensli, 2012).

I noen kommuner er det opprettet demensteam, som består av en tverrfaglig gruppe av helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Mens andre har opprettet demenskoordinator, som er en person med helsefaglig bakgrunn. De har begge ansvaret for utredning av personer ved mistanke om demens og oppfølging av personer med demens og deres pårørende i kommunehelsetjenesten. Det kan være begge deler i kommunene, og de samarbeider begge med fastlegene. I årsskiftet 2010-2011 ble det utført en nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens, og den viste at det har skjedd mer enn en fordobling av demensteam i Norge siden forrige kartlegging i 2007. Videre kom det fram at halvparten av kommunene i Norge ikke har demensteam. Dessverre er det også noen demensteam som ikke får muligheten til å utvikle potensialet de har, fordi de ikke får nok ressurser eller stillinger til arbeidet. I undersøkelsen så de også på samarbeidet mellom demensteam, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Resultatet viste at det gjøres et godt arbeid, men det må jobbes videre med å forbedre rutiner på oppfølging, og tydeliggjøre viktigheten av å ha avsatt stillinger til demensteamet. I tillegg viste resultatet at samarbeidet med fastlegene bør stimuleres (Gausdal, 2011).

Tabell 1.1 Kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator, antall (%). (n=430)* [5]

	2004-2005	2007	2010-2011
Demensteam	99 (23%)	85 (20%)	197 (45%)
Demenskoordinator	115 (27%)	52 (12%)	156 (36%)
Demensteam og/eller demenskoordinator	151 (35%)	108 (25%)	244 (57%)

**Oslo inkludert i tallmaterialet som en kommune. Vær oppmerksom på at bare en bydel oppgir å ha demensteam.*

(Gausdal, 2011).

Figur 3. Oversikt over antall demensteam og/eller demenskoordinator i kommunene

Demensteamet kan være motoren i det kommunale demenstilbudet, fordi de hele tiden vil ha oversikt over pasienter og tilbud som til enhver tid bør være i kommunen. Dette gir dem en mulighet til å ligge et skritt foran både ved å fange opp kommende behov for hjelp hos pasient og pårørende, men også å forberede helse- og omsorgstjenesten på utfordringene som nærmer seg. Demensteamene i kommunen kan føre til at flere med mistanke om demens blir fanget opp og får tilbud om en kartlegging og utredning. For fastlegene er det en utfordring å fange opp pasienter, fordi de ikke møter til undersøkelse. Dette er en gruppe som nok i større grad blir fanget opp når det er et demensteam i kommunen (Gausdal, 2011). I demensplan 2015 er det et mål at det bør opprettes demensteam i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Et godt familienettverk, gode sosiale relasjoner, kunnskaper om sykdommen og opplevelse av å mestre, er beskyttende faktorer for pårørende til personer med demens. I Norge er det etablert pårørendeskoler, som er et kurstilbud til pårørende for demente. Det er et tilbud som har vist seg å kunne redusere pårørendes belastning. Gjennom undervisning om sykdommen og ved bruk av kognitive teknikker, bedres pårørendes problemløsende ferdigheter og opplevelse av mestring, noe som har vist seg å ha en positiv effekt både når det gjelder pårørendes og brukers generelle og psykiske helsetilstand (Ulstein, 2008). I demensplan 2015 er det et mål at det skal være pårørendeskoler og samtalegrupper tilgjengelig i hele landet, og det skal være gjennomført et systematisk informasjons- og opplysningsarbeid for ansatte, pårørende, allmennheten og frivillige. Videre skal samordningen med den frivillige innsatsen på demensområdet bli styrket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Et annet tilbud som kan være til hjelp for pårørende og personer med demens er dagsenter, som er tilrettelagt for personer med demens. Studier har vist at dagsenter både reduserer pårørendes belastning og bedrer brukers tilstand (Ulstein, 2008). I demensplan 2015 oppfordres alle landets kommuner til at de bør tilby et tilrettelagt dagaktivitets tilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsentertilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Pårørendes sin innsats sparer samfunnet for enorme utgifter, men de har imidlertid behov for kunnskaper, støtte og avlastning for å unngå helseplager. Denne typen forebyggende tiltak kan bety reduserte helseutgifter på sikt, og bør være i samfunnets interesse (Ulstein, 2008).

2.1.3 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet, men kan aldri erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet (NOU 2011:11, 2011). Den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. I tillegg kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid (St. meld nr. 29, 2012-2013).

Det blir brukt flere definisjoner på begrepet velferdsteknologi. I undersøkelsen er det tatt utgangspunkt i definisjonen til Innovasjon i omsorg. Begrepet velferdsteknologi blir definert av Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11, 2011) som følger;

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

Kommunene ønsker økt satsing på rådgivning når det gjelder implementering og integrering av velferdsteknologiske løsninger i tjenestene. En undersøkelse utført av KS i 2011, viste at velferdsteknologiske løsninger i liten grad er tatt i bruk i norske kommuner. Av de kommuner som sier at de har tatt i bruk teknologi, svarer omkring 60 prosent at brukere og eller pårørende har vært med i utforming av løsninger (Hoen & Tangen, 2011). Årsakene til at velferdsteknologiske løsninger i liten grad er tatt i bruk i norske kommuner kan være flere. Det kan være at teknologien ikke er tilpasset brukerens problemer og behov, og for mange blir teknologien kald og ufølsom. Videre kan det være etiske utfordringer, holdninger og usikkerhet rundt de rettslige rammene for bruk av teknologien (NOU 2011:11, 2011). En annen årsak kan være hvordan kommunene er organisert, fordi ved innføring av flere alarmer og varsler, kommer spørsmålet om hvem skal være mottaker, og hvem skal ha ansvar for service og vedlikehold (Grut & Hem, 2012).

Velferdsteknologi er et stort felt, og i Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11, 2011) foreslår de at fall, ensomhet og kognitiv svikt er noen av hovedutfordringene fremover, og at de bør være

utgangspunktet i arbeidet med å finne nye løsninger og prøve dem ut. Områdene vil være knyttet tett sammen og påvirke hverandre gjensidig. Hvis bruker har problemer med ett område, vil de andre områdene bli påvirket senere. For eksempel ved fall, vil det kunne føre til ubehagelige opplevelser som redsel for nytt fall, innaktivitet og sosial isolasjon. Hvis bruker har mangel på sosial kontakt vil det kunne føre til raskere utvikling av kognitiv svikt, som igjen kan føre til glemsomhet, manglende koordinasjon og mindre oppmerksomhet overfor risiko. Det kan igjen føre til økt sannsynlighet for fall. Denne ”onde sirkel” kan snus til en ”mulighetssirkel” for bruker ved hjelp av forebyggende tiltak og riktig og fornuftig bruk av teknologi (NOU 2011:11, 2011).



(Helsedirektoratet, 2012).

Figur 4. Forholdet mellom fall, ensomhet og kognitiv svikt.

Ulykker og skader er en stor folkehelseutfordring og fall er den hyppigste ulykkestypen hos eldre. Årlig opplever om lag 30 prosent av alle over 65 år som bor hjemme å falle. Skadenes alvorlighetsgrad og flere fall øker med økende alder. Skader etter fallulykker har store personlige omkostninger for den enkelte og store økonomiske konsekvenser for det norske samfunnet. Fallulykker forårsaker årlig hoftededds brudd hos cirka 9000 personer over 65 år (Helsedirektoratet, 2013b). Årsakene til fall kan være snubling/glidning, gang/balansevansker,

svimmelhet, akutt sykdom, besvimelse eller andre årsaker (Pettersen, 2009). Personer med kognitiv svikt har økt falltendens på grunn av redusert oppmerksomhet. En undersøkelse viser at de fleste fall for personer med demens var knyttet til situasjoner hvor brukere skulle reise eller sette seg, og glemte å anvende rullator. En utfordring kan være brukere som står opp om natten, for å eventuelt gå på toalettet. De vil på grunn av deres kognitive svikt ha problemer med å tilkalle hjelp, og det kan medføre risiko for fall. Kunnskap og antall personell kan påvirke fallfrekvensen hos personer med demens (Slåsletten, Struksnes, Johansson, & Hall-Lord, 2010).

Det er mange som opplever ensomhet, og mangel på sosial kontakt og stimulans vil kunne føre til raskere utvikling av kognitiv svikt (NOU 2011:11, 2011). Ensomhet er en subjektiv måling av å oppleve savn av ønsket kontakt med andre. Den som opplever seg ensom, har mindre kontakt med andre enn han eller hun ønsker. Det er av betydning hvilke ønsker en har, og ikke bare den faktiske kontakten med andre. Det er ofte sammenheng mellom størrelsen på nettverket og opplevelsen av ensomhet, og de som har få kontakter er oftere ensomme (Thorsen & Clausen, 2009). Regjeringen ønsker å redusere ensomhet ved å komme med tiltak som skal re-etablere eller bygge ut den enkeltes sosiale nettverk (St. meld nr. 29, 2012-2013). Studier viser at ensomhet er mest utbredt i de eldste aldersgruppene, blant dem over 80 år og i gruppen 70-79 år. Forskjellen i opplevd ensomhet mellom menn og kvinner øker med økende alder (Thorsen & Clausen, 2009). Dårlig helse kan føre til ensomhet, og ensomhet kan føre til dårlig helse (NOU 2011:11, 2011). For personer med demens er sosial isolasjon og enhver annen deprimerende faktor en trussel mot det ha det godt i hverdagen. De kan ha vanskeligheter med å uttrykke sine følelser og gradvis tap av kompetanse er deprimerende. Omgivelsene og sosiale aktiviteter bør legges vekt på mestring mest mulig (Bjørneby et al., 2001).

Evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss, lagre den, planlegge og handle ut fra den informasjonen vi får blir ofte forstått som kognitive funksjoner. For å betegne kognitiv svikt må den ha et omfang som virker negativt inn på personenes evne til å håndtere dagliglivets utfordringer og krav (NOU 2011:11, 2011). Det er ulike grader av kognitiv svikt, fra begrenset til hukommelsesproblemer til alvorlig grad av nevrologisk sykdom (Helsedirektoratet, 2012). Demenssykdommer opptrer ofte i høy alder og fører til kognitiv svikt hos mennesker. De opplever hukommessvikt og får problemer med å opprettholde innlærte ferdigheter og vansker med dagliglivets aktiviteter. Aktivitet og sosial

kontakt kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens og kognitiv svikt, og i noen grad forsinke sykdomsutviklingen og redusere behovet for medikamentell behandling (NOU 2011:11, 2011).

Forskning viser at mange hjemmeboende eldre står i fare for å bli underernært. Eldre personer med hukommelsestap er svært utsatt for underernæring, og en studie viser at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom. Omkring halvparten av pasientene var underernært eller sto i fare for underernæring. Det vil være avgjørende at helsepersonell og pårørende er kjent med risikofaktorene for underernæring, og at nødvendige tiltak iverksettes på ett tidlig stadium for å forhindre alvorlig underernæring og sykdom som følge av dette (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013).

2.2 Ulike typer teknologier og anvendelser

I en tidlig fase av sykdommen, er det kompenserende hjelpemidler som støtter mestring, identitet og selvfølelse som kan være viktig. Det kan for eksempel være hjelpemidler som gir påminnelser og struktur på hverdagen. Slike hjelpemidler kan være avlastende for pårørende. Senere i sykdomsutviklingen kan hjelpemidler som hjelper i omsorgsarbeidet være til god hjelp for pårørende, for eksempel sikkerhetstiltak som Global Position System (GPS), ulike varslinger på for eksempel utgangsdør (Holthe, 2011). Et godt hjelpemiddel skal være effektivt og oppfylle målet eller oppgaven som er hensikten med hjelpemiddelet. I tillegg skal det være funksjonelt, driftssikkert, være tilpasset miljøet, og harmonisk med at det skal være i god overensstemmelse med brukerens livsstil og personlighet (Holthe, 2013; Høeg & Jensen, 2005).

Hagenutvalget har delt velferdsteknologien ut fra hvordan de kan møte forskjellige brukerbehov, og hvordan de kan fungere som støtte for brukere, pårørende og helsepersonell. De fire områdene er; teknologi for trygghet og sikkerhet, teknologi for kompensasjon og velvære, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (NOU 2011:11, 2011). De vil bli presentert sammen med eksempler på forskjellige typer teknologier og hjelpemidler, som kan være aktuelle for blant annet personer med demens som bor hjemme.

2.2.1 Teknologi for trygghet og sikkerhet

Trygghets- og sikkerhetsteknologi kan være løsninger som kan utløse seg selv, eller ved inngripen fra bruker. I fremtiden vil det bli mer aktuelt med løsninger som ikke krever inngripen fra brukene selv, men som er tilstede uten at bruker er bevist på at det er til stede (NOU 2011:11, 2011). En undersøkelse viser at komfyrvakt og trygghetsalarm, er den typen trygghets- og sikkerhetsteknologi som nesten alle kommuner har installert hos hjemmeboende brukere i kommuner på Sørlandet. Alle respondentene mente at økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi kan gi mer trygghet og selvstendighet for brukere med funksjonssvikt (Dahl & Fossum, 2012).



(EL-COM SØR A/S, u.å-a).

Figur 5. TMA Trygghetsalarm

I Innovasjon i omsorg ble det foreslått å starte med trygghetsalarmen, fordi det er den som er mest utbredt i pleie og omsorgstjenesten. De foreslår at trygghetsalarmen bør videreutvikles, og at den bør ha følgende minimumsfunksjoner som selvutløsende alarm, fallsensor, røykdetektor, elektronisk døråpner, mobiltelefon og sporingsløsning (NOU 2011:11, 2011). Eventuelt tilbehør til trygghetsalarmen kan være sengealarm, som kan gi beskjed når bruker forlater sengen. Den kan gi passivalarm, hvis bruker blir pasifisert over en angitt tid, eller døralarm når f.eks. ytterdøren åpnes, og mattealarm hvis bruker trækker på dørmatte, og fallalarm med flere (EL-COM SØR A/S, u.å-b).



(EL-COM SØR A/S, u.å-a)

Figur 6. TMA 5 trådløse tilleggsprodukter til trygghetsalarm

Brannalarm

Hovedutfordringen er at personer over 70 år har 4,5 ganger høyere dødshyppighet i boligbranner enn den øvrige del av befolkningen. Å forebygge at flere eldre omkommer i brann vil være en viktig utfordring i årene fremover (NOU 2012:4, 2012). Brannalarm og røykvarsler kan være koblet til trygghetsalarmen som tilbehør, og sende alarmen til alarmmottaket (EL-COM SØR A/S, u.å-b). I følge Yeandle (2009), kan telecare redusere risikoen for brann, røyk og høye temperaturer. I nødsituasjoner er det viktig at alarmene kommer raskt og riktig fram til mottaker, slik at bruker får hjelp tidsnok. Det vil føre til en trygghet for familie og venner, og bruker blir ivaretatt på en sikker måte i hjemmet (Yeandle, 2009).



(Sørdal, 2011).

Figur 7. Komfyrvakt

Komfyrvakt består av en varmesensor som registrerer eventuell overoppheting av kokeplatene og aktiverer komfyrbryteren som kutter strømmen til komfyren. Den kan innstilles på tid, og det vanlige er at den blir stilt inn på 30 minutter. Når den tiden er ute så kuttet strømmen, og for å få strømmen tilbake må alle brytere stilles på null. Det kan være en utfordring hvis strømmen kuttet før man er ferdig med matlagingen, og bruker ikke husker hvordan den slås på igjen (Holthe, 2013).



(Evjemo, 2010).

Figur 8. Fallalarm

Alarm utløses når bruker faller, og den må bæres av bruker. I fallalarmen er det en detektor som ikke vil gi varsling når personen siger sammen (Evjemo, 2010). Den vil kunne bidra til trygghet og frihet for pårørende, ved at den reduserer bekymringer for at bruker skal falle uten å få hjelp. Det finnes mange forskjellige typer på markedet. I Trygg Heim prosjektet så de på

en fall alarm hvor de fant ut at det var risiko forbundet med reset-funksjonen. Ved et fall kunne alarmen bli nullstilt ved at bruker forsøker å reise seg opp etter fall. Da ville det ikke bli sendt signal om fallhendelsen, og bruker kan risikere å bli liggende uten å hjelp. Derfor ville ikke prosjektet prøve den ut hos brukere (Kofod-Petersen, Dahl, Brørs, & Murvold, 2013).



(Evjemo, 2010).

Figur 9. Døralarm

Den vil utløses når døren åpnes. En T-boks vil sørge for kommunikasjonen til trygghetsalarmen, slik at mottaker kan bli varslet. For å avstille alarmen må mottaker ringe tilbake til trygghetsalarmen (Evjemo, 2010).

2.2.2 Teknologi for kompensasjon og velvære

Kompensasjons- og velvære teknologi har stor etterspørsel, og det vil fortsette etter som det vil bli flere brukere med glemsomhet og demens i fremtiden (NOU 2011:11, 2011). En undersøkelse utført blant kommunene på Sørlandet viser at forflytningshjelpemidler, ganghjelpemidler, hørselshjelpemidler og synshjelpemidler er det som er mest utbredt hos hjemmeboende brukere (Dahl & Fossum, 2012). Noen hjelpemidler har talepåminnere som kan hjelpe personen til å utføre en aktivitet på et gitt tidspunkt. For eksempel kan den minne personen om at noe skal skje og ”sparke i gang” inaktivitet. Påminnelsen kommer i form av talebeskjed (Holthe, 2013). Forskning viser at tekniske hjelpemidler som støtter kognitive funksjoner skaper aktivitet, selvstendighet og styrker selvfølelsen til personen med demens.

Hjelpemidlene kan hjelpe til med opprettholde normal atferd, og de kan forebygge ulykker, og styrke selvfølelsen (Jensen L et al., 2008).

Digitale dagsplaner og kalender

Personer med demenssymptomer har problemer med å forstå tidsangivelser og bruke dem til å planlegge aktiviteter. Derfor kan det være vanskelig å beregne og vurdere varighet (Høeg & Jensen, 2005). De som har problemer med å holde oversikten over døgnet, kan en elektronisk kalender som gir oversikt og struktur over dag, uke og måned være aktuell. Slike kalendere viser oversikt over dagens gjøremål, når de skal skje, rekkefølge på dem og varigheten. I tillegg kan det også programmeres inn en påminnerfunksjon for de ulike gjøremålene (Holthe, 2013). En undersøkelse viste at digitale kalendere som ga en visuell struktur og oversikt over dagens aktiviteter var nyttige for personer med nedsatt hukommelse og som hadde vansker med å holde oversikt og struktur på dagene. Pårørende fjernstyrte disse kalendrene, og var ansvarlige for å legge inn avtalene. Dermed kunne brukerne lese og forholde seg til det som sto på skjermen til enhver tid (Torhild & Ståle, 2010). En annen undersøkelse viste at det var stor enighet mellom brukere og pårørende om bruk og nytteverdi av hjelpemidler som var utviklet for å støtte hukommelse og sikkerhet i hjemmet. De konkluderte med at det var viktig å komme inn tidlig med hjelpemiddel hos personer med demens sykdom, og at bruk og nytteverdi avtok i takt med utviklingen i sykdommen (Holthe, 2004; Kerry, 2004).

Huskeklokka

Det er et bord ur som gir muntlig beskjed ved forut bestemte tidspunkter som er programmert. Den kan hjelpe med å holde styr på dagens avtaler, medisiner og huske på tidspunkter for eksempel et tv program (Høeg & Jensen, 2005).



Figur 10. Forglemmegei

Forglemmegei er en elektronisk kalender som kan tilsluttes stikkontakten og viser hvilken ukedag det er, og på neste linje vises datoen. I tillegg kan man sette inn egne bilder av for eksempel familien, naturbilder som passer til årstiden, slik at den ligner en vanlig kalender (Høeg & Jensen, 2005). Den viser riktig dag og dato automatisk, og vet hvor mange dager det er i hver måned. Det er ingen forvirrende knapper på kalenderen (forget-me-not, 2007).

Tidsur

Kaffetrakteren kan være en brannårsak, fordi den blir stående med varmeelementer på. En tidsavbryter kan kobles på mellom kaffetrakter og kontakt. Den vil bryte strømmen til kaffetrakteren etter en viss tid. De må aktiveres manuelt, og kan være en utfordring fordi det blir en ny rutine som må læres (Holthe, 2013).

GPS

Bruk av GPS kan gi personer med demens større frihet og selvstendighet. Regelverket i Norge har til dels vært uklart og mangelfullt når det gjelder bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). Alarmer og varslingsystemer forbindes av mange helsepersonell med overvåking og tvang, derfor er de redde for å ta det i bruk (Thygesen, 2009). Fra 1 September 2013 kom det nye regler om bruk av denne typen teknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Med de nye reglene om varslings- og lokaliseringsteknologi vil det skape rettslig klarhet og legge til rette for ny teknologi. Det fører til at den enkelte bruker kan få større mulighet til

selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet. For eksempel vil det gi muligheter for å anvende GPS på demente og andre omsorgstrengende uten samtykkekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a).

Resultatet av prosjektet ”Trygge spor” viser at lokaliseringsteknologi bidrar til økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet for personer med demens og deres pårørende. Det gir ofte minst inngripen, økt frihet, mobilitet og selvstendighet hos personer med demens. Det oppleves som fravær av tvang hos de som var med i prosjektet (Ausen, 2013). Trygg heim prosjektet har testet GPS-sporingsløsninger på ansatte i kommunen. De mener at alle har sine styrker og svakheter. De mener at utfordringene er strøm ladning av enhet og sikring av at sporingsenheten blir med når bruker går ut, og mangel på varsel til omsorgspersoner dersom enheten slås av eller er i ferd med å gå tom for strøm (Kofod-Petersen et al., 2013).



(Evjemo, 2010).

Figur 11. Varslende medisindosett

Varslende medisindosett er en dosett med 28 rom som gir lyd fra seg ved angitte tidspunkter når medisinen skal tas. Hvis bruker glemmer å hente ut tablettene, kan det gå en alarm til mottaker via trygghetsalarmen (Evjemo, 2010). Pilly medisindispenser fra Dignio, skal hjelpe bruker med å ta rett medisin til rett tid. Denne kan også sende sms varsel om medisinen er tatt eller ikke (dignio, u.å). Hvis denne skal brukes til personer med demens, er det av stor betydning at den blir implementert så tidlig som mulig, slik at gode rutiner kan etableres. For noen kan den være vanskelig å lære seg å bruke (Kofod-Petersen et al., 2013).



(Lindvall, 2011).

Figur 12. Robotstøvsuger

Robotstøvsuger er kjent teknologi, som er gått fra å være velferdsteknologi til en forbruksgode. En evaluering som er utført i Danmark viser at det er en besparelse å hente på sikt ved bruk i private hjem, men kommunene må stå for investeringen (Fredskild, 2013).

2.2.3 Teknologi for sosial kontakt

Innenfor området teknologi for sosial kontakt har det skjedd mye de siste årene, og bruken av sosiale medier har økt. I fremtiden forventes det at det at sosiale medier vil spille en viktig rolle for økt sosial kontakt (NOU 2011:11, 2011). Eksempel på teknologi for sosial kontakt kan være telefon, bildetelefon, PC, Facebook og andre sosiale medier (NOU 2011:11, 2011). Her menes det teknologiske løsninger som kan forebygge og avhjelpe ensomhet hos brukere. I undersøkelsen som utført blant kommuner på Sørlandet var det få kommuner som rapporterte om bruk av teknologi for sosial kontakt (Dahl & Fossum, 2012).



(Doro.no)

Figur 13. En stasjonær telefon med store knapper og minneknapper

2.2.4 Teknologi for behandling og pleie

Innenfor pleie og omsorgstjenesten vil teknologi for behandling og pleie kunne bidra til at mer behandling og pleie kan utføres i hjemmet. Ved hjelp av sensorteknologi og datakommunikasjon vil det være mulig å følge helsetilstanden til bruker uten at pleieren trenger å være fysisk tilstede. Eksempel på teknologi for behandling og pleie kan være sensorteknologi, nattfred kamera og diverse behandlingsutstyr (NOU 2011:11, 2011). Hovedhensikten er at teknologien kan bidra til at pleie og omsorg i større grad kan utføres i hjemmet som et alternativ til institusjon. I undersøkelsen som er utført blant kommuner på Sørlandet, viste at teknologi for behandling og pleie er i liten grad utbredt (Dahl & Fossum, 2012).

I en evaluering av telecare i West Lothian, Skottland, har de sett på hvilken grad telecare kan støtte eldre menneskers selvstendighet, deltakelse og identitet. De har sett på både muligheter og begrensninger av telecare. Målet med implementeringen var å støtte eldre mennesker til å bli lenger i sine egne hjem så lenge som mulig. For tjenesten var målet å fremme valg og uavhengighet for eldre mennesker, og hindre unødvendige innleggelses på sykehus eller på sykehjem. De fant ut at telecare støttet brukers uavhengighet i noen situasjoner, og det ga bruker kontroll over hvor de tilbrakte sin tid. Det kan hevdes at telecare gir økt selvstendighet og valg muligheter, i form av eldre mennesker egne mål av selvstendighet, sosial deltakelse og identitet. I en evaluering av telecare, må det tas hensyn til brukers vurdering, for å rette oppmerksomheten mot brukers ønske, og bort fra tjenesten (Bowes & McColgan, 2013).

2.3 Demens og teknologi

Når man vurderer å ta i bruk teknologi hos hjemmeboende personer med demens, er det ofte vanskelig å finne frem til aktuelle hjelpemidler. Det krever kunnskap om de generelle behovene og om de spesielle individuelle behovene. Det er få hjelpemidler som er spesielt beregnet på personer med demens, og det er få søknader om teknologiske hjelpemidler til denne gruppen brukere (Bjørneby et al., 2001). For personer med demens er det viktig at de blir implementert tidlig og på riktig tidspunkt. Det er en utfordring å komme tidlig inn i bildet til brukere med demens, og det kan stille krav til tjenesteutvikling og reorganisering i mange kommuner (Holthe, 2011). Flere studier viser at personer med demens og deres pårørende får kjennskap til hjelpemidler for sent i sykdomsutviklingen eller ikke i det hele tatt (Andersen, 2013). Studien Teknik og Demens i Norden viste at personen selv og pårørende undret seg over at de ikke fikk kjennskap til velferdsteknologien tidligere i demensforløpet. Ofte var det en tilfeldighet som gjorde at de fikk vite om hjelpemidlene, og det manglet struktur og systematikk rundt informasjon om hjelpemidler. Det var også et behov for at noen måtte ta ansvar for regelmessige kontroll av hjelpemidlene hjemme hos bruker, og at noen må tillegges dette ansvaret (Jensen L et al., 2008). Alle teknologiske hjelpemidler må følges opp jevnlig, for å kunne tilpasses til brukerens sykdomsforløp og utvikling (Holthe, 2011). Noe må fjernes og erstattes av mer aktuelle hjelpemidler. Det kan for eksempel være at beskjeder kodes, batterier skiftes og at kontakten står i. Samtidig er det viktig at noen holder øye med hvor lenge hjelpemidlene er til hjelp for bruker. Flere av hjelpemidlene, som huskeklokka, kan føre til at det oppstår forvirring når bruker ikke lenger forstår betydningen av den beskjeden de får, i stedet for at det hjelper dem til å holde orden på avtaler slik den gjorde tidligere i sykdomsforløpet (Andersen, 2013). Brukerne og deres pårørende må oppfatte teknologien som enkel å bruke, samt ha nytteverdi for at de skal ta det i bruk (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg må den være pålitelig og robust ved at det forekommer få feil i bruk (Svagård et al., 2012). Dette er sentrale elementer for å skape aksept og ønske om at de tar løsninger i bruk (Helsedirektoratet, 2012).

Ved formidling av tekniske hjelpemidler må formidleren ha god kompetanse og kunnskap om demens og tekniske hjelpemidler. Samtidig må formidleren holde seg oppdatert på utviklingen av nye hjelpemidler (Jensen L et al., 2008). Hvis ikke formidleren har kunnskap og kompetanse, vil det påvirke tilstanden til personen med demens (Bjørneby et al., 2001). Hjemmetjenesten vet ofte ikke nok om produkter og løsninger til å kunne være rådgiver for

brukere og pårørende (Dahl & Fossum, 2012). Det må derfor satses på økt kunnskap og kompetanse om demens til pasienter, deres familier og til allmennheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). I tillegg er rutiner og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV hjelpemiddelsentraler uklare i demensomsorgen (Aketun, Grut, Holthe, & Bjørneby, 2011). For å bedre samspillet mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene, ble samhandlingsreformen utarbeidet. Den skal være en retningsform og føre til mer forebygging, ivaretagelse av behov og ressurser, og tidligere innsats (St. meld nr. 47, 2008).

Økt bruk av velferdsteknologi kan gi brukere og pårørende mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparatet (St. meld nr. 29, 2012-2013). Bruk av teknologi kan være like nyttig for pårørende som for personen selv med demens, og det kan føre til at situasjonen for pårørende blir mindre bekymringsfull eller stressende (Bjørneby et al., 2001). Studier viser at pårørende blir utslitt på grunn av stort personlig ansvar. De går lenge uten hjelp, eller med minimal hjelp, og kommer tilslutt til et punkt der de er utslitt og ikke orker å ha den syke hjemme lenger. Dermed verger de seg for å prøve nye hjelpemidler og tilrettelegginger (Aketun et al., 2011). Teknologi brukt i daglige aktiviteter blir oppfattet av pårørende å være et viktig virkemiddel, men teknologi kan også bli oppfattet som en mulig trussel mot helse hvis aktiviteter blir unyanserte. En fleksibel teknologi bør ikke oppleves som stigmatiserende, men integreres i eksisterende vaner hos bruker (Rosenberg, Kottorp, & Nygård, 2012). Samtidig som teknologi kan bidra til trygghet og at flere kan bo hjemme i egen bolig lengre, vil det også være elementer av overvåking som kan true den enkeltes privatliv og personvern (Helsedirektoratet, 2012).

2.4 Oppsummering og presisering av problemformulering

De demografiske utfordringene fremover, og at antall demente antas å stige til det dobbelte i 2040 (Helsedirektoratet, 2013a), vil medføre at det må tenkes nytt for å ivareta en god demensomsorg i årene fremover. Forskning viser at riktig bruk av teknologi kan bidra til at personer med demens kan være mer selvstendige og forlenge tiden hjemme. Teknologi kan gi trygghet for pårørende og helsepersonell, men det er viktig med en kombinasjon av menneskelig kunnskap og teknologi (Thygesen, 2009).

Denne undersøkelsen er gjennomført forut før en utprøving av trygghetspakker i velferdsteknologiprogrammet (Helsedirektoratet, 2013c). Problemstillingen var å undersøke hvilke teknologiske hjelpemidler som vil forebygge/ redusere utfordringer, og som kan innføres i form av en trygghetspakke. For å gi mennesker med en demens sykdom og deres pårørende en tryggere og bedre hverdag. Samtidig utsette behovet for heldøgnsstilbud. Det vil være kostnadseffektivt for samfunnet, hvis personer med demens kan forlenge tiden hjemme.

Det er ut i fra problemanalysen utarbeidet følgende problemformulering, med tilhørende forskningsspørsmål formulert.

Problemformulering:

Hvilke teknologiske hjelpemidler vil forebygge/ redusere utfordringer for personer med nyoppdaget demens og deres pårørende, for at personen med demens forlenger tiden hjemme?

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke behov og utfordringer har personer med demens og deres pårørende i hverdagen?
2. Hvordan kan hjelpeapparatet forebygge/ redusere bruker og pårørendes utfordringer i hverdagen?
3. Hvordan kan teknologi forebygge/ redusere bruker og pårørendes utfordringer i hverdagen?
4. Hvordan opplever pårørende at teknologiske hjelpemidler kan støtte dem i hverdagen, for at deres foreldre kan forlenge tiden hjemme?

3.0 Teoretisk referanseramme

I undersøkelsen er det valgt Objekt Orientert Analyse (OOA), som er første del av Objekt Orientert Analyse og Design (OOA&D), og Beslutningsprosessen til Teknologi, Etikk og Demens som teoretisk referanseramme. Den teoretiske referanserammen gir en forankring som undersøkelsen tar utgangspunkt i. Den skal vise hva som er relevant for problemstillingen og bidra til struktur i undersøkelsen (Dalland, 2012).

3.1 Objekt Orientert Analyse og Design

Det generelle utgangspunkt for OOA&D, er metodens grunnprinsipper og begreper. Målet med metoden er å undersøke og kartlegge krav til systemer, og designe et system uten de store usikkerhetsmomentene. Gjennom bruk av metoden skal man få en forståelse av det man undersøker, og finne ut hva et system bør inneholde. Metoden ser ikke bare på systemet alene, men har også fokus på dets omgivelser og vilkårene for dets realisering (Mathiassen, Munk Madsen, Nielsen, & Stage, 2001).

Denne metoden består av to deler, Analyse og Design. I den første delen Analysen, ser man på fenomener som er utenfor systemet, og skal identifisere objekter og adferd. Adferd er de hendelser som et objekt har utført eller er blitt påført. I den andre delen Design, ser man på fenomener inne i systemet. Identiteten er å få tilgang til objektet og adferd. Adferd i design er de operasjoner som et objekt kan utføre og stiller til rådighet for andre objekter. I undersøkelsen er det dagens situasjon hos personer med demens og deres pårørende som er blitt analysert. En kartlegging av situasjonen og behovene før innføring av teknologiske hjelpemidler. Derfor er det valgt å bruke første delen av metoden OOA, som består av hovedaktivitetene; analyse av problemområde og analyse av anvendelsesområdet (Mathiassen et al., 2001).

I analysen av problemområdet er det i undersøkelsen fokus på bruker, tilstanden til bruker og deres atferd i hverdagen. Det blir sett på hva som endrer deres atferd, og hvilke hendelser som oppstår, og hvem eller hva som er involvert i hendelsen. Videre blir det sett på om det er noen sammenhenger mellom hendelser. Adferd vil beskrive om det er noen atferdsmønstre, som vil vise om det noen typiske hendelsesforløp (Mathiassen et al., 2001).

Analyse av anvendelsesområdet består i undersøkelsen av pårørende, hjelpeapparatet og teknologi, som vil utgjøre omgivelsene rundt bruker. De administrer og hjelper bruker i problemområdet. Dette området har fokus på brukerne, deres adferdsmønster og hendelser. I analysen av arbeidsoppgaver er det fokus på å indentifisere brukers hendelser og beskrive dem, for å kunne hjelpe bruker i hverdagen. Dermed kan omgivelsene identifisere adferdsmønster og hendelser. Formålet er å fastlegge hvordan bruker integrerer i hjemmet, og få en beskrivelse av hverdagen. Anvendelsesområdet skal være en ressurs for bruker, og gjøre hverdagen bedre for bruker. Ved å kartlegge situasjonen i hjemmet, vil man få en oversikt over hjelpebehovet i problemområdet (Mathiassen et al., 2001).

3.2 Beslutningsprosessen

Den andre teoretiske referanserammen som er blitt brukt i undersøkelsen er Beslutningsprosessen, som ble utarbeidet i EU-prosjektet Teknologi, Etikk og Demens (TED). De undersøkte om teknologi kunne være til støtte både for personer med demens, deres pårørende og andre hjelpere. TED prosjektet har utviklet en modell for innføring av velferdsteknologi, som de har kalt Beslutningsprosessen. Den har 9 trinn, og er en veiviser for hvordan de mener at velferdsteknologi bør innføres hos personer med demens (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 1 Beskriv livssituasjonen

I første trinn i beslutningsprosessen er det viktig å få et inntrykk av hvordan en persons livssituasjon er for å kunne forstå behov og problemer som kan dukke opp etter hvert som sykdommen utvikler seg (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 2 Analyser de individuelle behovene

I andre trinn i beslutningsprosessen er det viktig å huske på at det handler om behov, og ikke om problemer. De har valgt å ha denne med for å fokusere på positive behov, som for eksempel ”behovet for sosial kontakt” som er et alternativ i stede for å se på det som ”sosial isolasjon”. I dette trinnet skal en få en god oversikt over den aktuelle situasjonen og personens holdninger til situasjonen. Denne analysen av de individuelle behov skal ende opp med en systematisk beskrivelse av brukers brukerbehov i hverdagen (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 3 Identifiser problemene som må løses

I tredje trinn i beslutningsprosessen er det viktig å beskrive problemene og situasjonene der problemene oppstår så fullstendig som mulig. Det er viktig å finne ut om situasjonen oppstår ofte eller sporadisk og tilfeldig. Dersom det skjer ofte, kan det være et problem. Men hvis det skjer tilfeldig, er det ikke et problem ennå. I dette trinnet skal en også beskrive hvordan situasjonen virker for de forskjellige personene som er involvert (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 4 Identifiser potensiell teknologi og alternativer

Dette trinnet må sees i forhold til funksjonelle behov og målene fra de forrige tre trinn i prosessen. Det er viktig å ikke bli for ivrig og foreslå for mye teknologi. For å unngå forvirring eller feilbruk av teknologi, bør den være diskre eller ikke synlig. Personen med demens og deres behov må være i sentrum. I dette trinnet kommer også spørsmål om installasjon og introduksjon av teknologien i hjemmet. Videre i trinn åtte vil man gå mer i detalj når det gjelder vurderinger omkring de teknologiske utfordringene. I trinn fire er det fokus på de problemene man kan møte (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 5 Diskuter etiske dilemma og aspekter vedrørende mulig teknologi og alternative løsninger

Diskusjon rundt etiske dilemma og aspekter før innføring av mulig teknologi er viktig. Det bør være en diskusjon med tverrfaglig grupper og pårørende. Finne andre løsninger og alternativer, og vurdere de etiske sidene ved disse samtidig med vurderingen av de teknologiske løsningene. Det må vurderes opp mot juridisk ansvar og lovverk, og stille spørsmål med hvilket motiv man har ved å innføre løsningen. Denne prosessen bør resultere i et grunnlag for å evaluere og anbefale løsninger (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 6 Vurder og anbefal teknologi

I dette trinnet blir teknologiske løsninger vurdert før de tas i bruk. I vurderingen må det tas hensyn til autonomiprinsippet, som vil si at personer har rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv, uavhengig av om denne avgjørelse er til deres beste eller ikke. Det må stilles spørsmål om man tar hensyn til etiske prinsippene om autonomi, om å gjøre godt, om å ikke skade og om rettferdighet. En vurdering av teknologi bør gjøres i sammen med personen med demens og deres pårørende (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 7 Velg løsninger og ta beslutninger

Etter evaluering av de etiske prinsipper, kan man velge løsninger og ta beslutninger. Det må vurderes om beslutningen har juridiske aspekter. For eksempel om personen med demens har informert samtykke, om de har fått og forstått informasjonen som blir gitt, og om de forstår konsekvensene ved å innføre teknologi. Det må bestemmes hvem som er ansvarlig for kvalitet og revurdering av beslutningene (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 8 Gjennomfør de valgte løsningene

I dette trinnet må det bestemmes hvem som har ansvaret for kvalitetssikringen i forhold til målene, og hvem som har ansvar for opplæringen. Informasjon og opplæring må gis til personen med demens, pårørende og andre omsorgspersoner. Det må identifiseres hvem som har ansvar for vedlikehold og service. Installasjon av teknologiske løsninger til hjemmeboende kan være utfordrende med hensyn til bygningsmasse og eksisterende struktur (Bjørneby et al., 2001).

Trinn 9 Vurdering av resultat

Det må alltid vurderes om innføringen har hatt effekt. Vurderingen må gjøres i forhold til etiske aspekter, brukbarhet, nytte, aksept og hvor enkelt er det med vedlikehold. Videre må man vurdere om løsningen har møtt de identifiserte behov som man fant i de forrige trinnene. Denne vurderingen bør gjøres innen en måned etter installasjonen, slik at nødvendige tilpasninger kan bli utført eller at løsninger blir fjernet. Vurderinger bør gjøres regelmessig og når det skjer forandringer hos personen som har fått teknologien installert (Bjørneby et al., 2001).

3.3 Oppsummering

Det er valgt to tilnærminger for undersøkelsen, som utfyller hverandre ved at OOA deler inn undersøkelsesfeltet i to deler, som gjensidig påvirker og er avhengige av hverandre. Problemområdet har fokus på personer med demens sin situasjon, som igjen er avhengig av omgivelsene i anvendelsesområdet for å være mest mulig selvstendig og forlenge tiden hjemme. Anvendelsesområdet har fokus på pårørende, hjelpeapparat og teknologi. De må kartlegge situasjonen i problemområdet for å bistå og hjelpe bruker med gjøremål som de ikke mestrer lenger.

TED-prosjektet sin modell deler problemområdet inn i trinn som anbefales at man gjennomfører i en rekkefølge, for å få god tilnærming i kartleggingen og innføringen av velferdsteknologi. De andre trinnene i Beslutningsprosessen sin modell, beskriver andre deler av undersøkelsen, og er med på å skape en god struktur i hele undersøkelsen. Trinnene om etiske dilemmaer og problemstillinger, og evaluering blir ikke belyst i undersøkelsen, men er viktig å ta hensyn til, ved innføring av velferdsteknologi hos personer med demens.

Formålet med undersøkelsen er å komme fram til teknologi som kan være funksjonelt for hjemmeboende personer med demens sykdom, og ikke designe eller komme fram til ny teknologi. Målet er å lage en funksjonsbeskrivelse som kan tas i bruk i en tidlig i demensforløpet. En funksjonsbeskrivelse vil ha fokus på funksjon og hvilke behov den skal dekke hos målgruppen. I hvilken grad teknologien oppfyller formålet som det var ment, vil påvirke hvilken suksess det har. For å komme fram til dette formålet, bør det utføres en prosess ved å identifisere interessenter og deres behov, og dokumentere disse i en form som er mottagelig for analyse, kommunikasjon, og påfølgende gjennomføring. Det kan oppleves tidkrevende og byråkratisk å gjennomføre en slik prosess, men for å unngå ineffektive løsninger er det viktig å oppfylle behovene hos de som skal ta løsningene i bruk. De reelle mål for virkemåte og begrensninger på løsninger, og forholdet mellom disse faktorene, vil være viktig å ta hensyn til for å bestemme suksess eller fiasko, og hvilken kvalitet løsningene har som blir levert (Nuseibeh & Easterbrook, 2000).

4.0 Metode

Undersøkelsens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet (Dalland, 2012). I dette kapitlet blir hvilken metode som er valgt, og refleksjoner som er tatt underveis i undersøkelsen begrunnet og beskrevet.

4.1 Valg av metode

Metode blir brukt for å vise hvordan vi bør gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og er et redskap for å samle inn data (Dalland, 2012). Kvalitativ metode med semistrukturert intervjuguide ble brukt for å finne svar på problemformuleringen i undersøkelsen. Kvalitative intervjuer har til hensikt å få fram beskrivelse av informantene sine meninger om fenomener som skal beskrives (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I følge Kvale og Brinkmann (2009, s 21) er hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet:

”Søke å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål”

Ved intervju skjer det en utveksling av synspunkter mellom informanten og intervjueren om et tema (Kvale og Brinkmann, 2009). Spørsmålene i semistrukturert intervju er ikke klart formulert på forhånd, men har tema som skal gjennomgås i løpet av intervjuet. Det kan tilpasses til den enkelte, og man kan gå i dybden og kartlegge fenomenet (Johannessen et al., 2010). Undersøkelsen har til hensikt å få fram en beskrivelse av den livssituasjon som informanten og deres mor eller far befinner seg i.

4.1.1 Utforming av intervjuguide

I utviklingen av intervjuguiden ble det tatt hensyn til problem analysen, problemformulering, teoretisk rammeverk, og den empiriske bakgrunn i undersøkelsen. Ved hjelp av trinnene i beslutningsprosessen ble det lagt vekt på å begynne med lettfattelige spørsmål, og senere gå inn på det som var det viktigste i intervjuet. Intervjuguiden ble delt i to deler etter OOA, med problemområdet først som omhandler deres mor eller fars livssituasjon, behov og problemer. Deretter fokus på anvendelsesområdet, som omhandler omsorgsnettverket som er rundt deres

foreldre, hvordan de pårørende selv opplever sin situasjonen og hvilke tanker de har om bruk av teknologi til personer med demens. Hjelpespørsmålene i intervjuguiden ble brukt som utfyllende til å finne mer ut om problemene til personer med demens (Høeg & Jensen, 2005). Intervjuguide er vedlagt (se vedlegg 4).

4.1.2 Utvalg og tilgang til feltet

Ved utvelgelse av informanter er det normer som bør følges. Det er krav om at informantene skal bli systematisk utvalgt, og reglene skal hindre at de blir valgt slik at det kan påvirke resultatet av undersøkelsen. Strategisk utvalg er når man henvender seg til grupper eller enkeltpersoner som man mener at har noe spesielt å bidra med i undersøkelsen. Da blir kravet om systematisk utvelgelse umulig. I stedet må man argumentere på en faglig måte hvorfor man har gjort den utvelgelsen (Dalland, 2012). I utvelgelsen av informanter til undersøkelsen, ble det sendt henvendelse til demenskontakter, leder i hjemmetjenesten og saksbehandler i kommunen (se vedlegg 1). Informasjonsskriv ble sendt sammen med søknaden (se vedlegg 2). De fortok valget av informanter, på bakgrunn av kriteriene om at informanten skulle ha ei mor eller en far som var dement og bodde hjemme alene. I tillegg måtte de være tjenestemottakere i kommunen. Bakgrunnen for valget var å få pårørendes (barn) syn og erfaringer ved bruk av teknologi og deres utfordringer i hverdagen, og gjennom deres erfaringer få et innblikk i utfordringer i den dementes hverdag. Det er ikke gjennomført intervju av personer med demens, på grunn av utfordringer med samtykkekompetanse og om de forstår hva de er med på. De vil kanskje ikke kunne fortelle og reflektere over hvordan hverdagen er i dag. Det ble ikke tatt hensyn til hvor i sykdomsforløpet personen med demens var i, eller hvor lenge de hadde hatt diagnosen.

4.1.3 Gjennomføring av intervjuene

Innsamling av data foregikk gjennom intervju med barn av personer med en demenssykdom. Informantene var valgt ut av demenskontakter, enhetsleder i hjemmetjenesten eller av saksbehandler i de forespurte kommuner. Informantene valgte selv tid og sted for intervjuet. I gjennomførelsen av intervjuene ble det brukt diktafon, og informantene samtykket skriftlig til dette. Transkriberingen ble utført direkte fra denne. Lydfilen blir slettet etter at masterprosjektet er ferdig. Alle informantene fikk informasjon om prosjektet enten i papirform eller på mail før intervjuet startet. Det ble informert om rett til å trekke sitt

samtykke til bruk av data fra deres intervju i undersøkelsen, og om undersøkelsens tema for at informantene på best mulig måte skulle kunne svare på spørsmålene.

Alle data har blitt anonymisert og deltagelsen var frivillig for informantene. Et intervju kan være en verdifull og berikende opplevelse for informantene, som kan få ny innsikt i sin egen livssituasjon. Det som kan bli gitt tilbake til informantene er oppmerksomhet, og en som lyttet til det de hadde å fortelle (Dalland, 2012). Det var tilsammen seks informanter som ble intervjuet, fordelt på tre ulike kommuner. Alle intervju ble gjennomført i løpet av Mars og April 2014.

4.1.4 Transkribering

Etter gjennomføringen av intervjuene ble alle intervju transformert fra muntlig til skriftlig tekst. Transformasjon er en prosedyre som må gjennomføres for at intervjuene skal bli klare til analyse. Å transkribere betyr å transformere, det vil si at det skifter fra en form til en annen, fra talespråk til skriftspråk. I en transkripsjon av intervjuene, går blant annet stemmeleie, kroppsspråk og ironi tapt (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). I alle intervju ble det brukt diktafon, og transkriberingen ble utført direkte fra den. Det ble brukt samme transkripsjonsprosedyre i alle intervju, og all transkribering er utført av en student. Noen spesielle ord eller dialektord ble byttet ut, og navn på steder og årstall ble anonymisert, av hensyn til anonymiteten til informanten. I transkriberingen ble det også registrert pauser.

4.1.5 Analyse av intervjuer

Gjennom å transkribere blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse. Det blir lettere å få oversikt, og er en begynnelse på analyse (Kvale et al., 2009). I undersøkelsen ble det gjort en kvalitativ innholdsanalyse, der det ble valgt å benytte Hsieh og Shannon (2005) sin artikkel ”Three approaches to qualitative content analysis”. Content Analysis er mye brukt ved kvalitativ metode. Det er ikke en type analyse, men tre ulike tilnærminger: Conventional, Directed og Summativ (Hsieh & Shannon, 2005).

Intervjuguiden ble oppbygd etter Problemområdet og anvendelsesområdet i OOA. Problemområdet ble delt inn i de tre første trinnene fra TED-prosjektet sin modell; Beslutningsprosessen (Bjørneby et al., 2001). I Anvendelsesområdet ble det delt inn i selvvalgte koder etter funn i problemanalysen. Fordi kategoriene var klare på forhånd før

analysen, ble det valgt å bruke Directed Content Analysis. I denne tilnærmingen starter analysen med en modell eller teori som er en veiledning for innledende koder. I første del av analysen ble alle intervju gjennom lest, og det ble utført korrigerings av ord og uttrykk, som kunne identifisere informantene. Ved å gjennomføre en gjennomlesning først får man en helhet og forståelse av teksten (Kvale et al., 2009). En del av den transkriberte teksten inneholdt setninger som ikke gav mening eller var relevant for problemstillingen i undersøkelsen, og dette ble utelatt fra analysen. Deretter ble den uthevede teksten forkortet til meningsenheter, og videre ble de kodet med de predefinerte kodene fra OOA, fra TED-prosjektet sin modell; Beslutningsprosessen, og koder etter funn i problemanalysen.

Meningsfortetting er å lage en forkortelse av det som informantene forteller i intervjuet, til kortere formuleringer. Det som er den umiddelbare meningen i et intervju, blir gjengitt med få ord (Kvale et al., 2009). Det ble utarbeidet tabeller for hver kode, med kolonne for meningsenhet til informant, kondensert meningsenhet og kode (Graneheim & Lundman, 2004).

4.2 Litteratursøk og kildekritikk

Hensikten med kildekritikk er å gjøre rede for litteraturen som er brukt i undersøkelsen, hvilken relevans og gyldighet litteratur har overfor valgt problemstilling. Kildekritikk er å gjøre rede for hvor kunnskapen som er blitt brukt i undersøkelsen kommer fra, og hvilke kriterier som har blitt benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2012). Det å finne søkeord var en utfordring, som for eksempel gir hjelpemidler mange uønskede treff og var vanskelig å bruke som søkeord. Det ble funnet forslag til søkeord gjennom å se på søkeord som andre oppgaver og undersøkelser har benyttet, blant annet fra offentlige utredninger og pensumlister fra velferdsteknologi studier. I begynnelsen av studiet ble det søkt på Google og Google scholar, men det ble også lagt vekt på å finne studier og litteraturgjennomganger blant annet i Bibsys, Oria, Svemed+, Pubmed. I tillegg har det blitt søkt etter doktorgradsavhandlinger og bøker om demens, teknologiske hjelpemidler (assistive technology og assistive device). På hjemmesiden til Aldring og Helse har de oversikt over studier og prosjekter som omhandler demens, og noen av de har tema om demens og teknologi. Videre har det blitt nøstet videre ut fra litteraturlister, råd fra kollegaer, eksperter og tilgjengelige nettsider. Det er også benyttet litteratur som formidler erfarings-, ekspert- og brukerkunnskaper. Det er prøvd å finne og undersøke primærkilder, men noen sekundærkilder er blitt brukt. Sekundærkilder som er

skrevet av andre, kan være tolket av de som skriver, dermed kan perspektivet ha endret seg. Beskrivelse av litteratursøket finnes i vedlegg 1.

4.3 Etiske overveielser

I forskningsoppgaver må det tas hensyn til forskningsetikk, for å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012). I dette kapittelet blir det beskrevet hva som er blitt gjort i forhold til etiske hensyn i planleggingen, gjennomføringen og rapportering av forskning i undersøkelsen.

Det er tatt utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen sine etiske retningslinjer (Helsinkideklarasjonen, 2013), i gjennomføringen av undersøkelsen. Det ble søkt til Fakultetets Etiske Komite (FEK), for å få godkjenning til å gjennomføre undersøkelsen, og intervju av pårørende til personer med demens. Godkjenning til å gjennomføre undersøkelsen av FEK, ble gitt med forbehold om at det ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), (NSD, 2012). I undersøkelsen ble det innhentet opplysninger om pårørendes erfaringer, og fra deres mor eller far sin livssituasjon gjennom intervju. Derfor ble det søkt til NSD (NSD, 2012), hvor det kom svar at undersøkelsen kunne gjennomføres, og at den skriftlige informasjonen var tilfredsstillende.

Det ble lagt vekt på å sikre konfidensialitet og anonymisering i intervjuene. Det ble ikke spurt om bakgrunnsopplysninger eller noe som kunne identifisere informantene. I informasjonsskrivet ble det gitt informasjon om at deltakelsen var frivillig, om muligheten for å trekke seg, og anonymitet i undersøkelsen. Videre ble det gitt informasjon om at intervjuet ble tatt opp på diktafon, men at lydfilen blir slettet etter transkribering av intervjuet. Alle informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon før og etter intervjuet (se vedlegg 3), og det ble innhentet skriftlig samtykke.

4.4 Metodiske overveielser

I undersøkelsen er det valgt å gjøre en kvalitativ studie, med semistrukturert intervjuguide, for å få innsikt i informantenes opplevelser og erfaringer rundt hjemmeboende personer med en demens sykdom. Det som kan være svakhet med intervju som metode er at intervjuer kan påvirke informanten sitt svar. Dette kan påvirke utfallet av intervjuet, og de funnene som

kommer fram (Johannessen et al., 2010). Dersom det er flere personer som skal utføre intervjuene, kan det føre til at intervjuene blir litt forskjellige. Det kan føre til at det blir vanskelig å sammenlikne intervjuene, men i undersøkelsen er alle intervju utført av en student. I intervju møter man informantene ansikt til ansikt, og dermed kan studentens rolle som sykepleier, erfaringen studenten har fra praksis, og rollen som master student være med på å påvirke informanten, og de svarene man får. For lettere å sammenlikne funnene, ble det brukt semistrukturert intervju.

4.4.1 Reliabilitet, validitet og troverdighet

Reliabilitet viser til resultatenes pålitelighet, og validitet viser til hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009). Validitet står for om dataene har relevans og gyldighet. Kravene til reliabilitet og validitet må være oppfylt for at undersøkelsen skal gi troverdig kunnskap (Dalland, 2012).

Dataene i undersøkelsen må samles inn på en slik måte at de er pålitelige. I intervju kan en mulig feilkilde være om informanten har oppfattet spørsmålet riktig, og om intervjueren har forstått svaret riktig. Intervjuene ble tatt opp på diktafon, og det kan stilles spørsmål om lyden er god nok, om de er skrevet av riktig, og dette kan føre til at påliteligheten er blitt redusert (Dalland, 2012). For å forbedre og sikre påliteligheten i innsamlingen er metoden for datainnsamling og analyse beskrevet i undersøkelsen. Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med veileder, og er inndelt på bakgrunn av to områder i Objekt Orientert Analyse (OOA). Videre ble problemområdet delt inn i trinn fra TED prosjektet sin modell; Beslutningsprosessen, og anvendelsesområdet ble delt inn i selvvalgte koder ut fra funn i problemanalysen. Intervjuguiden ble testet ved gjennomlesning av demenskontakter i to kommuner og medstudenter, og tilbakemeldingene ble rettet før første intervju. I tillegg ble intervjuene tatt opp på diktafon. Rutiner for transkribering ble gjennomgått, og alle intervjuene ble hørt en ekstra gang for sikre en mer rett avskrivning fra lydfilen.

En ting som svekker oppgaven er at demenskontakter og saksbehandlere i kommunene valgte ut informantene, det kan påvirke resultatet i undersøkelsen. En måte å redusere dette på er å ta i bruk inklusjonskriterier. I undersøkelsen var inklusjonskriteriene at informantens mor eller far måtte ha en demens sykdom, bo hjemme alene og motta tjenester i fra kommunens helse- og omsorgstjeneste.

I undersøkelsen er det blitt utført seks intervju, det kan være en trussel mot validiteten i undersøkelsen at det er få intervju. Ideelt burde det ha vært utført flere intervju, for å oppnå bedre validitet i undersøkelsen. Det er heller ikke data fra primærkilden, personen med demens, men fra deres pårørende. Dataene er pårørendes tolking av hverdagen i hjemmet til personen med demens.

5.0 Funn fra undersøkelsen

I dette kapitlet presenteres funnene fra intervjuene med de seks informantene. Funnene er delt inn etter hovedområdene problemområde og anvendelsesområde fra OOA. I problemområdet er det delt videre inn i tre underområder etter de tre første trinnene i TED-prosjektet sin modell Beslutningsprosessen; livssituasjon, behov og problemer. Anvendelsesområdet er delt inn i underområdene; pårørende, hjelpeapparat og teknologi.

5.1 Problemområde

I problemområdet blir funn om hvordan pårørende opplever og beskriver hverdagen til sin mor eller far presentert. Videre blir hvilke behov eller ressurser de har, og hvilke problemer de opplever at deres foreldre har i hverdagen.

5.1.1 Livssituasjon

I begynnelsen av alle intervju ble de spurt om hvordan de opplever at deres foreldre klarer seg i hverdagen, og hvordan de vil beskrive hverdagen i hjemmet. Det er forskjellig og individuelt hvordan de opplever situasjonen. For fire informanter har det vært en utfordring hvordan bo situasjonen har vært, og de har akkurat flyttet nærmere omsorgssenteret. Tre informanter forteller at deres foreldre har flyttet nærmere omsorgssenter i omsorgsboliger, og en informant har flyttet inn på avdeling, mens en er på korttidsopphold. En av informantene forteller at moren fortsatt bor hjemme i leilighet. De har bodd hjemme alene i leilighet eller enebolig, men etter som sykdommen utvikler seg og hjelpebehovet økte, flyttet deres foreldre nærmere omsorgssenter i en omsorgsbolig. De forteller om en usikkerhet om hvor lenge deres foreldre kan bli boende i en omsorgsbolig, men at det går bedre enn når de bodde hjemme i egen leilighet eller enebolig. Informantene forteller at deres foreldre har forberedt seg på, at de ønsket en mer tilrettelagt bolig når alderdommen kom. Fire informanter forteller at de er fornøyd med hvordan bosituasjonen er i dag, men det kan endre seg etter hvordan sykdommen utvikler seg.

Det er individuelt hvordan sykdommen utvikler seg. En informant forteller at demensutviklingen har vært langsom, slik at de som pårørende ikke har merket det før demens sykdommen var kommet langt. En annen forteller at det foreløpig går greit, men det ligger hele tiden i bakhodet hvordan moren klarer seg hjemme. Fire informanter mener at

deres foreldre er i fysisk god form, at de fungerer bedre fysisk enn med hva de husker. Det fører til utfordringer, med at ingen kommer på at de glemmer.

5.1.2 Behov

I dette området ble informantene spurt om hvilke behov eller ressurser deres foreldre har i hverdagen. Flere av informantene var usikker på hva som menes med behov, og gikk inn på hvilke problemer de opplever at deres foreldre har, og hva slags hjelp de mottar av hjelpeapparatet. Videre utover i intervjuet kom det mer fram hvilke behov og ressurser de har, og hadde tidligere i livet. En informant forteller lite eller ingenting om behov og ressurser, og var mest opptatt av hvilke utfordringer og problemer de opplever i hverdagen.

Alle informantene forteller om et godt sosialt nettverk og støtteapparat rundt deres foreldre, og som hjelper dem med å være sosialt aktive. De opplever det som positivt og veldig godt at det er et nettverk rundt, som kan bistå med å ta deres foreldre med ut på ulike sosiale aktiviteter. De har forskjellige interesser, men det betyr mye for deres foreldre å få muligheten til å fortsette med det i hverdagen. For eksempel forteller en informant at det er interessen for hagen som har vært det som har holdt moren frisk. Det har vært viktig for moren å kunne bo hjemme så lenge hun har kunnet, og det har veid opp for ganske mye av det andre. Det er individuelle behov og ressurser informantene forteller om i intervjuene, og det er viktig at de har noe som skjer i hverdagen. Det er viktig for pårørende og foreldrene, at personen med demens får muligheten til å fortsette med sine interesser og fritidsaktiviteter, noe de får hjelp til av venner, familie og frivillige.

5.1.3 Problemer

For å finne ut hvilke problemer informantenes mor eller far har i hverdagen, ble det delt inn i syv hjelpekategorier. Første kategori var hukommelse, som blant annet går på tap av hukommelse og glemsomhet. Alle informantene opplever dette som et problem og utfordring i hverdagen for deres foreldre. Hukommelsestap har medført at deres foreldre har problemer med å klare vanlige hverdags gjøremål uten hjelp og støtte fra omgivelsene. De opplever at de glemmer ting som har skjedd og at de glemmer avtaler. En informant forteller at det begynte med at moren begynte å spørre mye om det samme. Hennes mor merket det selv, og begynte å skrive lapper til seg selv, hvor hun skrev at hun ikke måtte spørre så mye. To informanter forteller at deres foreldre merket selv at de glemte, og det førte til stress og sorgreaksjon. To

informanter forteller at de tror ikke at deres foreldre forstår selv at de glemmer, eller merker at de har endret atferd, og hvilke konsekvenser det gir for omgivelsene, og dem selv. En annen forteller at de har forebygget og tilpasset hjemmet, for at faren skal få en bedre hverdag.

Ernæring er et viktig behov hos mennesker, og for demente medfører det ofte at de må ha hjelp av pårørende. Fire informanter forteller at deres foreldre må ha hjelp til ernæring, og det innebærer hjelp til handling, varme middag, og minne på måltider. De forteller at de er bekymret for at om de ikke får i seg mat, fordi deres foreldre ikke kjenner behov for mat, og at sultfølelsen har forsvunnet. En forteller at det ikke er noe problem fordi faren er glad i mat, men er generelt bekymret for ernæring hos hjemmeboende demente. En informant forteller at de hjelper med handling, men uten at moren visste om det:

”Jeg tenkte jo ikke på å gå å kikke i kjøleskapet, for hun sa at hun handlet selv, så første gangen hun kom på sykehuset, så fikk jeg jo sett å galt det var. Så da .. måtte jeg jo bare ta fatt å handle uten at hun viste om det..”

Andre hjelpekategori var orienteringsevne, som handler om tidsforhold, tidsorientering og om de er orientert for sted. Alle informantene opplever også orienteringsevne som en utfordring for deres foreldre. Fire informanter har hatt episoder hvor deres foreldre ikke har funnet veien hjem, eller er usikker på hvor hjemmet er, eller hva som er hjemmet nå. De forteller at det fører til usikkerhet og utrygghet med hvor deres foreldre hører hjemme, og at de mister tilhørighet til et nytt hjem. Hjem blir ofte der de har vokst opp når de var små.

Tabell 1. Kondensert meningsenhet – Problemer Orienteringsevne

Problemområde		
Meningsenhet Informant	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>”Han har kjørt seg vill noen ganger på «hjemstedet» men klart å finne hjem igjen”</i>	Problemer med å orientering på hjemsted.	Problemer med orienteringsevne
<i>”vi var i «navn» inne på «navn</i>	Personer med demens blir	Problemer med

<p><i>på butikk», da så jeg det at når hun ikke så meg, så ble hun helt sånn forvirret”</i></p>	<p>forvirret når de er alene på fremmede steder.</p>	<p>orienteringsevne</p>
<p><i>”Jeg sier til henne, det er jo her du bor, er det det sier hun da, ja hvor lenge da? Her kan dere bo så lenge dere vil. Og da blir hun så glad hver gang, (latter) ikke sant... Og det må jeg si veldig mange ganger, og gjerne mange ganger når jeg er der til dagen, og sånn at hun vet ikke helt... liksom hvor hun hører hjemme henne, så hun er .. nok litt ufredet i forhold til det at hun ikke helt vet hvor hun hører hjemme henne lenger”</i></p>	<p>Usikkerhet på hva som er hjemmet, og trenger påminnelse.</p>	<p>Problemer med orienteringsevne</p>

Informantene forteller også om utfordringer på tid og tidsforhold. Tre informanter forteller at deres foreldre ikke vet hvilken dag det er, og når på døgnet det er. En annen forteller at når moren ikke vet når på døgnet det er, kan hun derfor stå opp om natten å gå ut. En informant forteller at det har vært et problem hele tiden med å vite hvilken dag det er.

Tredje hjelpekategori var vurderingsevne, som blant annet går på hvordan de håndterer økonomi, innkjøp og ærend, håndterer oppgaver og sosial vurderingsevne. Fire informanter forteller at deres foreldre har problemer med å håndtere økonomi og innkjøp. De forteller at de har overtatt det for lenge siden, fordi deres foreldre ikke klarte å håndtere og holde oversikt over hva de trenger. Deres foreldre er avhengige av barna når det kommer til vurderingsevne, noen de kan stole på og som har mulighet for å hjelpe de med dette. Det blir et rolle bytte for foreldre og deres barn, ved at barna må passe på at deres foreldre har kontanter, og at de har matvarer hjemme.

Fjerde hjelpekategori var sosiale aktiviteter og samfunnsaktiviteter, som blant annet går på hvordan de klarer bruk av telefon, transport, innkjøp, sosiale grupper og frivillig arbeid. En informant forteller at moren ble mer forsiktig med å gå ut alene etter at hun fikk sykdommen. Hun ønsket å bli fulgt i forskjellige sammenhenger. Utfordringene for demente er å ivareta sine sosiale aktiviteter og fortsette med det de gjorde før. Det blir en endring i atferd som påvirker hverdagen. To informanter forteller at deres foreldre har sluttet med aktiviteter de før holdt på med.

Femte hjelpekategori var huslige gjøremål, hjem og fritidsinteresser, som blant annet går på hjemmeliv, fritidsinteresser og intellektuelle interesser, hushold og vaske klær. Fem informanter forteller at deres foreldre får hjelp til huslig gjøremål av kommunen, eller de hjelper deres foreldre. En annen forteller at de hjelper bare med sengeskiift, fordi faren har likt å gjøre husarbeid selv. En annen forteller at moren ikke lenger ser selv når det trengs rengjøring i leiligheten. Omgivelsene merker ikke at noe er galt, men de nærmeste merker at alt ikke er som før.

Tabell 2. Kondensert meningsenhet – Problemer Hukommelse

Problemområde		
Meningsenhet Informant	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>"hun har alltid gjort veldig mye, hun har just gjort rent, og hun har just vasket opp å alt, men hun gjør ingenting"</i>	De tror selv at huslige gjøremål blir utført.	Problemer med hukommelse og huslige gjøremål
<i>"hun tørker jo ikke støv selv, hun kan jo, men hun glemmer det"</i>	Mestrer husarbeid, men glemmer det.	Problemer med hukommelse og huslige gjøremål
<i>"og hvis vi vil komme å gjøre det så, nei men dette vil hun gjøre selv, dette greier hun. Og hver gang hun har vært der å gjort rent, så er det Dette er for galt, dette tror æ bare at æ vil</i>	Ønsker ikke hjelp av pårørende til husarbeid, fordi tror at de greier dette selv.	Problemer med hukommelse og huslige gjøremål

<i>shutte, for dette kan jeg jo gjøre selv. Det skulle bare mangle, det er jo så lite, men hun gjør det jo ikke”</i>		
--	--	--

Pårørende har hjulpet med huslige gjøremål lenge, og to informanter forteller at de må hjelpe med å legge rent tøy på plass i skapet. Fem informanter forteller at deres foreldre ikke mestrer å vaske klær lenger, mens den siste informanten forteller at det går bra. Fire informanter forteller at deres foreldre tror de gjør det selv, eller at de oppgir at dette har de utført eller skal gjøre. Et hverdagslig gjøremål som de alltid har kunnet mestre blir en utfordring, men som de ennå tror at de mestrer.

Sjette hjelpekategori var på personlige gjøremål og egenomsorg, som blant annet går ut på om de har problemer med ansvar for egne medisiner, toalett, spising, påkledning, personlige stell og bading. En informant forteller at det har gått fint med den personlige hygien, mens de andre forteller at det har vært en utfordring. De har en individuell opplevelse av personlig hygiene, som ikke er lik vår standard. Personer med demens trenger mer hjelp etter som sykdommen utvikler seg, og for pårørende og pleiere er det en utfordring å hjelpe med personlig stell.

Tabell 3. Kondensert meningsenhet – Problemer Hukommelse og vurderingsevne

Problemområde		
Meningsenhet Informant	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>”hun har ikke sånn personlig hygiene også så ser jeg å at hun er blitt mye mer slurven med, og ikke har rene klær lenger, sånn at en må liksom lure henne litt til.. at hun skal skifte klær”</i>	Problemer med å opprettholde hygiene, trenger påminnelse.	Problemer med hukommelse og vurderingsevne i forhold til personlig hygiene
<i>”det klarer hun ikke nå lenger, nå dusjer de henne,</i>	Husker ikke å dusje lenger, men merker det ikke selv.	Problemer med hukommelse og

<i>hjemmesykepleien dusjer henne, og da vet jeg også at de har sagt at hun har sagt at hun akkurat har dusjet eller vasket seg så de trenger ikke det, så de må nok bruke litt list og lente for å få det til”</i>	Må ha oppmuntring og motivering.	vurderingsevne i forhold til personlig hygiene
--	----------------------------------	--

Siste og syvende hjelpekategori var trygghet og sikkerhet, som blant annet går ut på brann og innbrudd. En informant forteller at hun er usikker på om moren føler seg trygg, fordi hun vet ikke om hun evner å tenke på det. I intervjuene forteller en informant om redsel for innbrudd, mens to informanter forteller at deres mor ikke vet hvor hun bor og det fører til utrygghet. To informanter forteller ikke noe om trygghet og sikkerhet, men det trenger ikke bety at det ikke er et problem. Fire informanter forteller at deres foreldre har glemt ting på komfyren eller at de er redd for oppvarming. Dermed har de gjort forebyggende tiltak i hjemmet. De mener at sikkerhet er viktig å ta hensyn til og forebygge, spesielt for eldre aleneboende og personer med demens. En annen forteller at etter ett fall hjemme og moren måtte på sykehuset, ble det synlig at hun ikke lenger mestret medisinene selv og måtte få hjelp.

Tabell 4. Kondensert meningsenhet – Problemer Trygghet og sikkerhet

Problemområde		
Meningsenhet Informant	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>”kunne glemme ting på komfyren og.. og det ble stående på, og da var det viktig å få sikra at det ble slått av”</i>	Viktig å forebygge i forhold til brann.	Problemer med hukommelse og brann
<i>”her kunne hun jo plutselig finne på å fyre i ovnen, å det og så røyk det ut og hadde jo jo.. heldigvis så var jo brannalarmen på direkte så</i>	Mestret ikke å fyre i ovnen, førte til besøk av brannvesenet.	Problemer med hukommelse og oppvarming

<i>brannvesen var jo her ett par ganger”</i>		
<i>”vi har jo dratt ut alt av komfyr og sånn, så de bruker ikke, det eneste de bruker er en mikro ovn, så så..hun hadde.. hadde hun hatt noe sånn brannfarlig, det de har er sånne panel ovner, men.. jeg vil tro at hun kunne være truende til å legge et teppe over den, for hun gjør uten å tenke. Før så var hun livredd for brann, og dro ut alt og sånn, men det glemmer hun nå”</i>	Det er utført forebyggende tiltak mot brann, på grunn av endret atferd.	Utført brann forebyggende tiltak

På slutten av problemområdet ble det spurt om de opplever at deres foreldre utfører de hverdagslige gjøremålene i samme standard som før diagnosen. Alle informantene mente at de ikke utførte det på samme måte lenger. Det har betydning for den dementes verdighet og selvfølelse. En informant sier at det er som natt og dag.

”det er som natt og dag, det er veldig som natt og dag. Og det er jo det som er det vonde med det. Du ser at hun glemmer ting og ikke er så nøye med ting”

5.2 Anvendelsesområde

I anvendelsesområdet blir funn om hvilke utfordringer de pårørende opplever, og hvilke bekymringer de eventuelt har for sin mor eller far presentert. Videre blir kontakten og hjelpen de har fått i fra hjelpeapparatet presentert, og om de kjenner til aktuell teknologi og hvordan de tror det vil kunne påvirke hverdagen til deres foreldre. Tilslutt om de tror at mer tilrettelegging og hjelpemidler vil kunne føre til at personer med demens kunne bo hjemme lenger.

5.2.1 Pårørende

I begynnelsen av anvendelsesområdet ble de spurt om hvilke utfordringer de opplever som pårørende til en person med demens sykdom, og eventuelt hvilke bekymringer de har for sin mor eller far. Alle informantene opplever at det er store utfordringer med å være pårørende til en person med demens sykdom. En informant forteller at hun snart er helt utslitt, og ønsker mer hjelp av hjelpeapparatet. To informanter forteller at det er dem deres mor er mest knyttet til, og det fører til at de får de gode sidene, men også de dårlige sidene. De opplever det som vanskelig og vondt å være pårørende til personer med demens. For to av informantene har deres mor ikke innsikt i hvor galt det er, og de opplever det som utfordring å måtte ta over hverdagslige gjøremål for henne. Fordi deres mor ikke forstår at hun trenger hjelp, må de utføre gjøremålene når moren ikke er hjemme. De opplever at rollene blir byttet, og nå er det de som må hjelpe sin mor.

Tabell 5. Kondensert meningsenhet – Pårørende Utfordringer

Anvendelsesområde		
Meningsenhet Informanter	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>"mens de bor hjemme, så en må liksom gå litt varsomt fram, men så går det til det punktet der at... de har ikke noe slags Innsikt i det hele tatt om hvor galt det er, da må en liksom ta over, og det er veldig vanskelig"</i>	Det er vanskelig for pårørende å hjelpe personer med demens, fordi de ikke har innsikt i hvor galt det er.	Utfordringer for pårørende, fordi personen med demens ikke har innsikt
<i>"det kan jo være en utfordring når du får samme spørsmålet for fjerde gang, på ti minutt"</i>	Utfordring å få samme spørsmålet flere ganger.	Utfordring for pårørende, fordi personen med demens har hukommelsestap
<i>"den eneste som du kan si har hatt med hun å gjøre, med alle disse tingene, så er det meg som hun blir sinna på, så hun er ikke... h.. ja det er meg som får"</i>	Det er vondt og vanskelig å være nærmeste pårørende, og få skylden for alt.	Utfordring for pårørende å få skylden for alt.

<i>skylden for alt”</i>		
<i>”det har vært knall hardt, men det er jo fælt å si men jeg føler at jeg har mistet henne, jeg har mistet min mor, det er ikke min mor dette, men jeg må i alle fall prøve å holde henne trygg, så du kan si at det er en sorgprosess det også, med at du ikke kan gå til mamma å prate med henne og hjelpe, fordi at ...ja ... rollene blir byttet”</i>	Det er hardt å miste sin mor gradvis, og rollene blir byttet.	Utfordring for pårørende å bytte rolle med foreldre
<i>”det er veldig vondt, at mamma liksom er der hen at vi av og til må behandle henne som en unge....”</i>	Vondt å bytte rolle med foreldrene sine.	Utfordring for pårørende å bytte rolle med foreldre

Tre informanter forteller at de opplever omgivelsene som en utfordring. Det er flaut og sårende når deres foreldre ikke blir møtt med forståelse fra andre i samfunnet. Det er utfordrende når de endrer oppførsel ute i samfunnet, siden demens ikke er ”synlig” slik som andre sykdommer og skader. Det er individuelle utfordringer og bekymringer de opplever, og det er ulikt hvordan de takler utfordringene utfra deres kunnskap og kompetanse.

Tabell 6. Kondensert meningsenhet – Pårørende Omgivelser

Anvendelsesområde		
Meningsenhet Informanter	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>”utfordringen blir jo at med en demens sykdom, hvis du har kreft for eksempel, alle skal besøke på sykehuset og alle skal hjelpe til, tenk om personen dør, det er noe håndfast noe, men når det er</i>	Demenssykdommen gir ikke like mye støtte i omgivelsene som andre sykdommer.	Utfordring for pårørende å ikke få støtte fra omgivelser

<p><i>denne hukommelses sykdommen, så i begynnelsen så var det sånn (armbevegelse som indikerte at alle kom og var rundt), og så dabber det av. Til og med tanter, onkler og søsken dabber av”</i></p>		
<p><i>”utfordringen er å det at når jeg har hun med rundt og hun har stelt seg og ser fjong ut, så tror ikke folk at hun ser syk, så utfordringen kan jo være når man er på en butikk og hun sier noe dumt og eller sier noe dumt til en person eller roper et eller annet på en eller annet, så er det forferdelig vanskelig hva skal en gjøre og si”</i></p>	<p>Omgivelsene ser ikke på demente at de er syke, det gir utfordringer med endret atferd når man er ute blant andre mennesker.</p>	<p>Utfordring for pårørende, fordi demens er en usynlig sykdom</p>

5.2.2 Hjelpeapparat

I dette området ble informantene spurt om de hadde vært i kontakt med demensteam eller demenskontakt i kommunen, og om de hadde vært i kontakt med ergoterapeut, hjelpemiddelsentral eller Nav. To informanter sier at de har hatt kontakt med demensteam eller demenskontakt i kommunen, og de har vært fornøyd med samarbeidet. De fire andre informantene forteller at de ikke har hatt kontakt.

Tre informanter forteller at deres foreldre deltar på arbeidsstue eller dagsenter flere dager i uken, og det oppleves som positivt. Det er et ønske fra en av informantene at det kunne vært flere dager i uken. De opplever at deres foreldre setter pris på å komme ut i sosiale sammenhenger. En informant forteller at moren husker at det er dagsenter, og synes det er veldig stas.

Videre forteller de om hvilken hjelp de mottar i fra kommunen og hva de ønsker skal bli bedre. Tre informanter har ikke vært fornøyd med informasjonen de har fått, og hvordan de mottar informasjon fra hjelpeapparatet.

”egentlig skulle jeg ønske at vi ble behandlet som dement, for det går jo på meg å, for jeg vet at vi går jo på demens kurs og alt dette her, men... så skulle jeg ønske det var mer opplysninger, ikke bare en brosjyre som du fikk å lese”

Fem informanter forteller at deres foreldre mottar hjelp til rengjøring eller hjelp av hjemmetjenesten, men det er av og til en utfordring med å få den hjelpen de ønsker i fra hjelpeapparatet. To informanter mener at hjelpen fra kommunen kunne vært bedre. De ønsker at det var mulighet for å få hjelp til støv tørking, og mer hjemmehjelp. De opplever det som frustrerende når de ser et åpenbart behov for det, og de stiller mye opp for deres mor, så møter de motstand fra hjelpeapparatet.

En informant har også vært på pårørende skole, noe som hun opplevde som positivt. Mens en annen vet at det finnes pårørendeskole, men har ikke hatt mulighet. Informantene tror at det kan være veldig bra og nyttig for pårørende med pårørendeskole. Det var bare en informant som forteller at de har hatt kontakt med hjelpemiddelsentralen og ergoterapeut for å få hjelpemidler. Ingen av informantene forteller at de har hatt kontakt med Nav.

5.2.3 Teknologi

I dette området kom det fram om de kjenner til teknologi som kunne vært aktuelt for de i dag eller i fremtiden. Begrepet velferdsteknologi kjenner en informant lite til, men når det blir nærmere forklart er hun kjent med hva det er og hva hennes mor har av hjelpemidler. En av informantene kjenner ikke til noe mer hun ønsker for sin mor, mens de andre er kjent med teknologi, og har forslag for hva de ønsker seg fremover.

Tabell 7. Kondensert meningsenhet – Teknologi Hjelpemiddel

Anvendelsesområde		
Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Informant		
<i>”han har jo fått det nå da, det er</i>	Pårørende er fornøyd med	Pårørende ønsker

<i>jo et sånn fint bilde hvor det står dag, ..eh. dato, dag, klokke, altså den derre, .. den er jo kjempe fin, og den skulle han ha hatt for lenge siden, tenker jeg nå”</i>	tidsur som viser dag, kveld og natt, men ønsker det innført tidlig.	hjelpemidler innført tidlig
<i>”vi har snakket om å ha sånn mobil lignende alarm, og .. men så har vi funnet ut at hun tar den ikke med seg, og hun vil ikke, hun skal ikke ha noen ting, hun vil ikke ha refleks lenger, så det er liksom.. hun ser ikke noe behov for sin egen del”</i>	Det er utfordrende å ta i bruk teknologiske hjelpemidler, når bruker ikke ser behovet.	Utfordrende med hjelpemidler når bruker ikke ser behovet
<i>”hun har jo fått sånn kalender, den er hun blitt veldig glad i, for da slipper hun å spørre noen som hun sier”</i>	Kalender er en god støtte.	Hukommelses hjelpemidler er en god støtte for personen med demens
<i>”må jo ringe til kommunen og så vil jeg ha et GPS armbånd på henne, og en sånn.. jeg kunne ha tenkt meg en sånn alarm på døra når hun gikk ut etter kl 23, for eksempel så ikke hun stikker ut på natta, ja.. litt sånn...”</i>	Behov for GPS armbånd og døralarm, vil gi bedre sikkerhet.	Pårørende ser behov og nytteverdi for hjelpemidler
<i>”første gang jeg hørte det når de sa gps, så tenkte jeg med en gang på en hund”</i>	Første inntrykk av GPS var assosiert med hund.	Pårørendes første inntrykk av teknologiske hjelpemidler

På hvilken måte informantene tror at det vil påvirke hverdagen, er noen av informantene positive, men de mener at det må ha et formål. Fire informanter forteller at de er positive til teknologi, men er usikker på hvordan få det til i hverdagen. Det er noe de ønsker, og de som har prøvd noe, mener det har vært avgjørende for at deres foreldre har klart seg hjemme så

lenge. Det har hatt nytteverdi for de begge. Det kommer også fram at teknologiske hjelpemidler bør være noe som deres foreldre ikke må aktivere selv eller vite om at de har.

Tabell 8. Kondensert meningsenhet – Teknologi Nytte

Anvendelsesområdet		
Meningsenhet Informant	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>”demensklokka, den har jo et kjempe klart formål, medisin dosetter .. sånne som er med sånne skiver, kjempe bra, rett medisin til rett tid, er jo på livet laust”</i>	Det er viktig at teknologiske løsninger har et klart formål.	Pårørende mener at hjelpemidler bør ha et formål
<i>”det hun har hatt har jo vært helt avgjørende for at hun faktisk har kunnet klart seg hjemme, ikke minst det med komfyr og ... brannvarsler og de tingene der har jo vært veldig stor verdi. Så jeg tror jo at det er veldig viktig å få de.. å få de hjelpemidlene som du kan, og det er jo klart at det kan bidra til at du kan klare deg lenger hjemme enn uten de”</i>	Teknologiske hjelpemidler bidrar til at demente kan klare seg lenger hjemme.	Pårørende mener at teknologiske hjelpemidler er nyttige
<i>”som hun sier hun liker for eksempel den dato tavla og alt dette her.. så om det påvirker hverdagen for mamma sånn kjempe mye, så må det være i den betydning at hun kan bo hjemme lengst mulig, jeg vil si at de teknologiske hjelpemidlene har ganske mye å si for oss også,</i>	Teknologiske hjelpemidler bidrar til at demente kan bo hjemme lengst mulig, samtidig som det har betydning for pårørende.	Pårørende mener at teknologiske hjelpemidler er nyttige for dem selv og for personen med demens

<p><i>hadde hun fått et gps armbånd og en alarm på døra og sånne ting, så hadde det beroliget oss også, ikke vel. Så.. jeg syntes det er kjempe godt å vite at vi er i gang, og får hjelp, så... nå.. det med lys på natta, hun er så stolt som en hane, for hun kan bare reise seg i fra sengen, så er det lys på og.. ja”</i></p>		
---	--	--

På spørsmål om de tror det vil gjøre hverdagen lettere med teknologiske hjelpemidler, forteller en informant at en almanakk som sier om det er dag, kveld eller natt, ville ha vært nyttig. Videre forteller en annen informant hvis de hadde hatt GPS, ville den ha beroliget henne. Fordi hun kunne vite hvor moren var, og at det ikke hadde skjedd henne noe. Det er viktig at teknologiske løsninger har et formål, og nytteverdi for pårørende og personen med demens.

Videre ble det spurt om hvordan de trodde deres foreldre ville stille seg til å ta i bruk teknologiske hjelpemidler. En informant forteller at faren hadde nok strevd litt, fordi hans generasjon ikke er vant med teknologiske hjelpemidler. En annen forteller at så lenge moren ikke vet noe om det, så vil det gå bra. Årsaken er at moren ikke ønsker noe nytt. Når hun fikk nytt tv apparat, dro hun ut ledninger og forsto ikke lenger bruken av det. Fire informanter har mer tro at det vil bli bedre med neste generasjon, men at det er utfordrende for denne generasjonen eldre.

Tabell 9. Kondensert meningsenhet – Teknologi Generasjon

Anvendelsesområde		
Meningsenhet Informant	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>”hun har vært litt sånn skeptisk for det at hun har ikke vokst opp med noe teknologi, ikke vel, det</i>	Det er utfordrende for denne generasjon å ta i bruk teknologiske hjelpemidler, de	Utfordrende for denne generasjonen med teknologiske

<p><i>har vært tv, og ... så for denne generasjonen så tror jeg det kan være litt sånn, og så var hun litt sånn hvorfor trenger jeg det, du hørte henne jo, for hun feiler jo ingenting, hvorfor trenger jeg det og det... så prøver jeg å forklare å tenk så kult, du trenger jo ikke tenke på hvilken dag det er, ikke vel... å... Så prøver jeg å fortelle det at du får disse hjelpemidlene for at du skal lettere kunne tenke på gøy ting, være sammen med familien”</i></p>	<p>ser ikke behovet for hjelp, og trenger overbevisning og motivasjon.</p>	<p>hjelpemidler</p>
<p><i>”jeg vil si i min eller vår generasjon, når jeg blir eldre så kanskje disse tekniske hjelpemidlene, det kan godt være. Men den generasjon som er nå, ikke tale om”</i></p>	<p>Dagens eldre vil ha problemer med å få til teknologiske hjelpemidler, men kanskje blir det bedre med neste generasjon.</p>	<p>Utfordrende for denne generasjonen med teknologiske hjelpemidler</p>
<p><i>”jeg tenker jo for de eldre som blir eldre nå, og som blir demente nå, og som er vant med mobil, og som er vant med fjernkontroll, og tv, det blir null problem, det vil bli.. tenker at det blir til at de kan holde seg mye lenger hjemme, så sant fysikken holder”</i></p>	<p>Neste generasjon eldre vil lettere kunne håndtere teknologiske hjelpemidler, fordi de er vokst opp med det tekniske.</p>	<p>Neste generasjon vil kunne håndtere teknologiske hjelpemidler bedre enn dagens generasjon</p>

Siste spørsmål var om de trodde at mer tilrettelegging eller hjelpemidler vil kunne føre til at personer med demens kunne bo hjemme lenger. To informanter har ikke tro på det, fordi det finnes ikke hjelpemidler for hukommelsen. De andre trodde at det vil kunne føre til at personer med demens kunne bo hjemme lenger, men det må være tydelige hjelpemidler. En informant opplever det som utfordrende å vite hvor lenge moren kan bo hjemme med hjelp av

teknologiske hjelpemidler. Det er utfordrende å finne balansen mellom bo hjemme med hjelpemidler, og få lov til å komme på høyere omsorgsnivå.

6.0 Diskusjon

Dette kapittelet er basert på litteratur, offisielle utredninger og meldinger, problemanalysen, teori og funn fra intervju undersøkelsen. Det er delt inn i områdene fra teoriene som er valgt som referanseramme for undersøkelsen; problemområdet og anvendelsesområdet fra OOA. Denne metoden ser ikke bare på bruker alene, men har også fokus på dets omgivelser (Mathiassen et al., 2001). Problemområdet er delt inn i de tre første trinnene fra TED-prosjektet sin modell; Beslutningsprosessen; livssituasjon, behov og problemer. Anvendelsesområdet er delt i inn i koder etter funn fra problemanalysen; pårørende, hjelpeapparat og teknologi.

6.1 Problemområdet

Dette området handler om personen med demens sin situasjon i hverdagen, deres livssituasjon, behov og ressurser. Det blir også diskutert rundt deres utfordringer og problemer i hverdagen.

6.1.1 Livssituasjon

Før en implementering av velferdsteknologi anbefales det å begynne med å få et inntrykk av livssituasjon, for å kunne forstå behov og problemer som kan dukke opp etter hvert som sykdommen utvikler seg (Bjørneby et al., 2001). I fremtiden blir det færre omsorgspersoner til å ta vare på de eldre i kommunene, og det er nedbygging av sykehjemsplasser i Norge. Det vil føre til at flere eldre og personer med demens må bo hjemme lenger, eller flytte i omsorgsbolig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Flere av informantene forteller om endring i bosituasjon, og at deres foreldre har flyttet i omsorgsleilighet i nærheten av omsorgssenteret. Årsaken til at de måtte endre bosituasjon er forskjellig, men etter som sykdommen utvikler seg, fungerte det ikke lenger i egen bolig. For personer med demens kan flytting ofte forsterke symptomene og skape forvirring og passivitet. I størst mulig grad bør en derfor unngå flytting mellom ulike boformer og behandlingstilbud, og tilstrebe kontinuitet og tilhørighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Flere personer med demens kan ha flere sykdomstilstander og store omsorgsbehov. Det kan føre til at de ikke kommer inn på skjermet avdeling når de ønsker, og må bo i omsorgsboliger som i dag ikke er bygd og tilrettelagt for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Pårørende forteller om usikkerhet omkring hvor lenge deres foreldre kan bli boende i en omsorgsbolig, men det går

bedre enn når de bodde hjemme i egen leilighet eller enebolig. I fremtiden blir kanskje omsorgsboliger mer tilrettelagt ved hjelp av teknologiske hjelpemidler, og det vil kunne føre til at de blir mer tilrettelagt for personer med demens. En rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse viser at det er en økning av tilrettelagte døgn- plasser for personer med demens, men ikke så stor som ønsket. Det er en tendens til at bokollektiver har fått noe lavere bemanning og at det er lavere andel med høgskoleutdanning blant de ansatte der, enn i skjermede enheter (Eek, 2011). Med lavere bemanning og med ansatte som ikke er faglærte, vil det kunne føre til at personer med demens ikke får den behandlingen de bør ha, og det vil føre til ekstra belastning og utrygghet i hverdagen for deres pårørende.

6.1.2 Behov

Etter kartlegging av livssituasjon anbefales det å få en oversikt over hvilke behov bruker har, med hovedvekt på hvilke positive behov og ressurser de har i hverdagen (Bjørneby et al., 2001). For personer med demenssykdom blir vanlige gjøremål i hverdagen en utfordring, men omgivelsene og sosiale aktiviteter bør legge vekt på mestring mest mulig (Bjørneby et al., 2001). Før implementering og bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler bør og må det gjøres en kartlegging av brukers behov og utfordringer. Det må tas hensyn til hvilke ønsker bruker har, og brukers individuelle behov. Dette for å oppnå økt selvstendighet, deltakelse og ivaretagelse av identitet når teknologi innføres (Bowes & McColgan, 2013). I intervjuene kommer det frem at deres foreldre ikke har problemer med det fysiske, men det er flere som kan ha andre sykdommer i tillegg, og dermed ha problemer fysisk. Omgivelsene rundt bruker bør ha fokus på å fremme brukers verdier og det de fremdeles mestrer, ved at de får lov til å prøve å gjøre sine daglige gjøremål fortsatt. Når behovet for hjelp oppstår, må de allikevel få tid og mulighet til å prøve å mestre gjøremålene. For omgivelsene kan det oppleves som om de blir barn igjen, og ting tar lenger tid enn det gjorde før. Gode minner og opplevelser bør også stimuleres av omgivelsene, som for eksempel forteller en informant at moren likte å være i hagen, og at det betydde mye for henne. Deres interesser bør ivaretas mest mulig, fordi det vil kunne føre til en bedre selvfølelse og verdighet i livet.

Aktivitet og sosial kontakt kan forbedre livskvaliteten hos personer med demens og kognitiv svikt, og i noen grad forsinke sykdomsutviklingen (NOU 2011:11, 2011). Informantene forteller at de opplever at deres foreldre har et godt sosialt nettverk og deltar på fritidsaktiviteter. Det vil gi de en mulighet til å opprettholde behovet for sosial kontakt, og

ikke blir isolert i sitt eget hjem. Velferdsteknologi kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Ved mangel på sosial kontakt og stimulans vil det kunne føre til raskere utvikling av kognitiv svikt (NOU 2011:11, 2011). Et godt sosialt nettverk vil kunne gi de pårørende god støtte fremover, og være med på å bidra til at de blir med på sosiale aktiviteter. Med de utfordringer som kommer i fremtiden, vil man kunne bli mer avhengig av frivillig arbeid. En undersøkelse viser at familieomsorgen kjennetegnes av stabilitet og ikke nedgang. Familieomsorgen har vist seg robust og sterk, og mer uavhengig av den offentlige omsorgspolitikken enn antatt (Lingsom, 1997). Kanskje har ikke alle gode pårørende og godt nettverk, som kan være med de på sosiale hendelser. Helsepersonell har kanskje heller ikke mulighet eller tid til å være med de demente ut, og da blir det opp til familie, venner og frivillige. Utfordringene for demente er å ivareta sine sosiale aktiviteter og fortsette med det de gjorde før uten hjelp fra omgivelsene. Det blir en endring i atferd som påvirker hverdagen, og to informanter forteller at deres foreldre har sluttet med aktiviteter som de før holdt på med. De blir mer avhengige av hjelpeapparatet og frivillige til å klare å fortsette med sosiale aktiviteter. Det er viktig for de pårørende og brukere i undersøkelsen at de får muligheten til å fortsette med hobbyer og fritidsaktiviteter, og dette får de hjelp til av venner, familie og frivillige.

Det var lite fokus på positive ressurser i intervjuene, og det kan være utfordrende i en tøff og travel hverdag å fokusere på gjenværende ressurser og behov. Årsakene kan være at når problemene blir så store, tar de mer over og får mest oppmerksomhet. Intensjonen til samhandlingsreformen er at den skal bidra til å ha mer fokus på forebygging og ivaretagelse av behov og ressurser, og tidlige innsats (St. meld nr. 47, 2008).

6.1.3 Problemer

Etter en kartlegging av livssituasjon og behov anbefales det videre å få en oversikt over hvilke utfordringer brukere opplever i hverdagen. Informasjonen om brukers utfordringer ble ervervet gjennom deres pårørende. De kan være en viktig kilde til innsikt i brukers liv, som vil ha relevans for valg av teknologiske hjelpemidler. I en kartlegging av problemer må man forsøke å få informantene til å beskrive situasjonen der problemer oppstår så fullstendig som mulig. Det er viktig å finne ut om situasjonen oppstår ofte eller sporadisk og tilfeldig. Dersom det skjer ofte, kan det være et problem. Men hvis det skjer tilfeldig, er det ikke et problem ennå (Bjørneby et al., 2001).

Det finnes ulike typer demenssykdommer og de har ulike symptomer (Engedal & Haugen, 2009), og demenssykdommer opptrer ofte i høy alder og fører til kognitiv svikt hos mennesker. De opplever hukommelsessvikt og får problemer med å opprettholde innlærte ferdigheter og vansker med dagliglivets aktiviteter (NOU 2011:11, 2011). Hukommelse og orienteringsevne er problemer som alle informantene opplever at deres foreldre har. En informant forteller at moren merket det selv, og begynte å skrive lapper om at hun ikke måtte spørre så mye. Hukommelsestap er ofte et av de første symptomene på en begynnende demenssykdom (Engedal & Haugen, 2009), og det kan være vondt å merke selv at man ikke husker like godt lenger. I intervjuene kommer det også fram at det fører til stress og frustrasjon, når de ikke husker hvor de har lagt ting. Det å miste orienteringsevnen fører til usikkerhet og utrygghet. Det som en gang var deres hjem i barndommen blir det de føler sterkeste tilknytning til, og ved flytting mister de tilhørigheten til hva som er et hjem.

Forskning viser at mange hjemmeboende eldre står i fare for å bli underernært. Eldre personer med hukommelsestap er svært utsatt for underernæring (Rognstad et al., 2013). I intervjuene er det en informant som nevner at faren har god matlyst ennå. De andre nevner ikke noe om dette i intervjuene, men de hjelper deres foreldre med ernæring. I begynnelsen oppdaget de ikke at det var et problem, men de opplever etter hvert at det er noe de må hjelpe med. Hvis bruker har trygghetsalarm, vil for eksempel en døralarm på kjøleskapet kunne være til hjelp for hjelpeapparat og pårørende. Det vil kunne gi alarm hvis bruker ikke har åpnet kjøleskapet innen en forhåndsbestemt tidsperiode. En undersøkelse som er utført viser at underernæring er svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom (Rognstad et al., 2013). Det er avgjørende at helsepersonell og pårørende er kjent med risikofaktorene for underernæring. Nødvendige tiltak må iverksettes på ett tidlig stadium for å forhindre alvorlig underernæring og sykdom som følge av dette (Rognstad et al., 2013). Dette er et viktig behov hos eldre, og bør få større fokus blant pårørende og helsepersonell for at personer med demens skal få kunne bo hjemme lengst mulig.

I intervjuene kommer det også fram at vurderingsevne er en utfordring, og en del personer med demens utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft (Engedal & Haugen, 2009). Utfordringen for informantene er at deres foreldre har problemer med å håndtere økonomi og innkjøp. De forteller at de har overtatt det for lenge siden, og at deres foreldre får utdelt kontanter. De vil trenge mer hjelp og veiledning etter som

sykdommen utvikler seg, og her blir hjelperens rolle viktig (Bjørneby et al., 2001). Det bør kanskje vurderes å involvere en verge som kan bistå bruker med økonomien, hvis de ikke har pårørende som har mulighet for å hjelpe de med økonomi. Det bør kanskje vurderes tidlig, slik at personen med demens kan være med å ta avgjørelsen. Det vil gi de pårørende en støtte, og man vil unngå et rollebytte på dette området. I intervjuene kommer det fram at det blir et rolle bytte for foreldre og deres barn, ved at barna må passe på at deres foreldre har lommepenger. Noen informanter forteller også om utfordringer i forhold til personlig hygiene, fordi deres foreldre glemmer og ikke klarer å vurdere behovet for egenomsorg lenger. Det er utfordrende å finne teknologiske hjelpemidler som kan bistå med dette, og det bør kanskje være mennesker og kunnskap som kan hjelpe personen med demens i forhold til personlig hygiene.

Trygghet og sikkerhet er viktig å ta hensyn til og forebygge, spesielt for eldre hjemmeboende med en demenssykdom. Konsekvenser av å ikke ta hensyn og forebygge for sikkerhet kan blir store. Pårørende i undersøkelsen forteller blant annet om flere brannforebyggende tiltak de har utført. Hovedutfordringen er at personer over 70 år har 4,5 ganger høyere dødshyppighet i boligbranner enn den øvrige del av befolkningen (NOU 2012:4, 2012), og derfor blir brannforebyggende tiltak viktig i årene fremover. Brannfare kan oppstå der det er behov for varme, og mange eldre har vedfyring i ovn eller peis, bruker stearinlys og åpen flamme. Det er en risiko man bør forebygge tidlig, fordi personer med demens endrer atferd og rutiner som de før hadde på brannforebygging. En informant forteller at dette har vært et problem, og de fikk besøk av brannvesenet. Det skaper utrygghet for både bruker og pårørende. En brann kan få konsekvenser for flere en bruker selv, og boligsituasjonen og andre involvert må også være med i vurderingen av brannforebyggende tiltak. Det er viktig at hjelpen kommer raskt og riktig, og teknologi kan bidra til at hjelpen kommer tidsnok. For familie og venner kan det føre til en trygghet (Yeandle, 2009).

Informantene forteller lite om at de er bekymret for fall hos sin mor eller far. Personer med kognitiv svikt har økt falltendens på grunn av redusert oppmerksomhet (Slåsletten et al., 2010). Årsaken til at det ikke kommer fram i intervjuene kan være at de har falt hjemme, men ikke skadet seg og klart å komme seg opp på egenhånd. Eller at de har falt og fått hjelp av hjemmetjenesten, uten at hjemmetjenesten har informert de pårørende, fordi det var ingen fysiske skader. Det kan også være at informantene ikke kom på å fortelle om det når intervjuene blir gjennomført. Fall er vanskelig å varsle, fordi teknologien som finnes i dag er

ikke godt nok utviklet, for eksempel kan alarmen bli nullstilt hvis bruker prøver å reise seg opp etter fall (Kofod-Petersen et al., 2013).

6.2 Anvendelsesområdet

I anvendelsesområdet er det fokus på utfordringene som pårørende opplever i hverdagen, og samarbeidet med hjelpeapparatet. Det er fokus på hvordan omgivelsene rundt bruker kan bidra til at bruker forlenger tiden hjemme, og lette pårørendes omsorgs byrde.

6.2.1 Pårørende

Nære pårørende hjelper bruker med oppgaver som er nødvendige for å kunne leve et selvstendig liv utenfor institusjon. Hjelpen som ytes vil være avhengig av hvor i sykdomsforløpet bruker befinner seg, slektskap og bosituasjon (Ulstein, 2008). Alle informantene opplever at det er store utfordringer med å være pårørende til en person med demenssykdom, og alle bidrar med hjelp til deres foreldre. For to informanter er det en utfordring når moren knytter seg mest til dem, og de andre er ikke gode nok eller bor langt unna. Det kan føre til at de andre trekker seg bort, og så blir det den ene som får alt, og blir alene om ta vare på sin foreldre. Det kan bli for mye for den som bruker knytter seg til, og de bør ha noen som de kan få støtte og veiledning fra. Forskning viser at familieomsorgsgivere har økt risiko for stressrelaterte helseplager på grunn av omsorgsoppgavene de påtar seg (Ulstein, 2006). Når en demens sykdom utvikler seg gradvis blir familien dypt rammet, og krever barnas omsorg for foreldrene. Pårørende har ofte egen familie de må ta hensyn til, samtidig som de må ha omsorg for sin mor eller far.

Studier viser at pårørende blir utslitt på grunn av stort personlig ansvar. De går lenge uten hjelp, eller med minimal hjelp, og kommer tilslutt til et punkt der de er utslitt og ikke orker å ha den syke hjemme lenger. Dermed verger de seg for å prøve nye hjelpemidler og tilrettelegginger (Aketun et al., 2011). Når pårørende blir utslitt, må bruker flytte inn på institusjon eller få økt hjelp av hjemmesykepleien i hjemmet. Det som øker risikoen for innleggelse er blant annet økt belastning på pårørende (Boström et al., 2007). De pårørendes innsats gir en kostnads gevinst for samfunnet. Den omsorg og støtte som pårørende gir til foreldrene, bør verdsettes av hjelpeapparatet og av omgivelsene. I intervjuene kommer det fram at noen opplever det utfordrende å møte omgivelsene, fordi de mener at det mangler

kompetanse og forståelse for situasjonen de og deres mor eller far opplever. Deres foreldre har endret atferd, og omgivelsene viser ikke forståelse og sympati. Funn fra problemanalysen viser at pårørende opplever mangel på støtte fra familie, venner og fra det offentlige hjelpeapparatet når de ber om hjelp (Ulstein, 2006). Demenssykdommen har kanskje vært en sykdom man ikke ønsker å ha, eller ikke ønsker at andre skal vite om. Den er kanskje ikke en akseptert sykdom i omgivelsene ennå på samme måte som andre sykdommer. Når man får en demenssykdom blir man etter hvert skjermet fra omgivelsene, ved å komme på en skjermet avdeling. Omgivelsene vet kanskje ikke hva som foregår, siden demens ikke er en sykdom du kan se fysisk at de har. Pårørende opplever også at det er utfordrende hva man skal fortelle til omgivelser, når de får spørsmål på oppførsel. Det må derfor satses på økt kunnskap og kompetanse om demens til pasienter, deres familier og til allmennheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

I kartleggingen før implementering av hjelpemidler bør pårørende bli involvert tidlig, fordi de kan bidra med informasjon om hvilke utfordringer deres foreldre har i hverdagen, som kanskje deres foreldre glemmer å fortelle om. Pårørende kan følge med på hvordan behovene forandrer seg, og de vil kanskje merke det før hjelpeapparatet, fordi de er tettere på deres foreldre i hverdagen og kjenner dem godt. Blir pårørende involvert tidlig, vil de kunne være en ressurs og støtte for bruker, men også for hjelpeapparatet. For at pårørende skal ta en viktig plass i demensomsorgen, så må de involveres og få støtte for den omsorgen og arbeidet de gjør for sin foreldre. Hvis de blir sett og hørt, og får innspill og veiledning på hvordan de kan møte utfordringer kan de spare samfunnet for enorme utgifter. Det som øker risikoen for innleggelse på sykehjem er økt belastning på pårørende (Boström et al., 2007), og en undersøkelse viser at totalt av alle kostnadene de tre første årene var 70 prosent knyttet til opphold på institusjon, og først og fremst sykehjem (Vossius, 2012). Derfor er det viktig å satse på forebyggende tiltak tidlig hos personer med demens, som kan forlenge tiden hjemme. Det er også viktig å møte pårørendes behov for kunnskap, støtte og avlastning for å unngå helseplager hos pårørende. Denne typen forebyggende tiltak kan bety reduserte helseutgifter på sikt (Ulstein, 2008). Demens forårsaker store kostnader for samfunnet, og pleie utgjør hoveddelen (Wimo et al., 2011).

Når teknologiske hjelpemidler skal innføres hos personer med demens bør de nærmeste rundt bruker være involvert. De bør få opplæring om hvordan hjelpemiddelet fungerer, og hvor de kan henvende seg ved feil eller mangler. Det er viktig, fordi personen med demens kanskje

ikke merker problemene selv, og de nærmeste kan være en støtte for de som skal lære noe nytt. De kan bidra med å oppmuntre og motivere til å ta hjelpemiddelet i bruk, og omtale teknologien positivt. Slik som en informant forteller måtte hun motivere moren til å få hjelpemidlene installert, og at hun skulle akseptere de. Pårørende treffer de kanskje oftere enn hva helsepersonell gjør, og kan være med å bidra til at det blir tatt i bruk. Opplever pårørende at de får mer hjelp når de bor hjemme, vil det kanskje gå lenger tid før de eventuelt blir helt utslitt. Det bør bli mer fokus fremover på skape et godt tillitsforhold mellom hjelpeapparatet og pårørende til personer med demens. Det bør avklares ansvar i omsorgsnettverket rundt bruker (Fensli et al., 2012). Det vil kunne føre til et bedre samarbeid mellom omgivelsene rundt bruker, og dermed gi personer med demens forlenget tid hjemme.

6.2.2 Hjelpeapparat

Nesten halvparten av alle de som har en demens sykdom, regner man med bor hjemme. Det gjør at mange pårørende opplever at i første fase av sykdommen er de alene om omsorgen. Det er først når tilstanden til personen med demens forverrer seg, og de trenger mer hjelp til egenomsorg, at hjemmetjenesten kommer inn i bildet og kan gi pårørende en avlastning (Holthe, 2011). Det som kanskje er brukers første møte med hjelp fra hjelpeapparatet i kommunen er hjemmehjelp, som innebærer hjelp til rengjøring av hjemmet. Informantene forteller at deres foreldre mottar hjelp til rengjøring eller hjelp av hjemmetjenesten. Hva de får av hjelp er individuelt, men kanskje bør kravene for hva de får hjelp til gjøres mer i samarbeid med de pårørende. Når pårørende ønsker hjelp til støv tørking, kan det kanskje kombineres med at det gjøres sammen med bruker, mens for eksempel en robotstøvsuger støvsuger gulvene. Det vil føre til en endring av hva man bruker de varme hendene til. En aktivisering og involvering av bruker i hverdagen er viktig for at de skal opprettholde sin selvfølelse, og at de fortsatt kan gjøre det de alltid har gjort. Velferdsteknologi kan frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid (St. meld nr. 29, 2012-2013).

Det er en utfordring å komme tidlig inn i bildet til brukere med demens. Det kan stille krav tjenesteutvikling og reorganisering i mange kommuner (Holthe, 2011). Det må tenkes nytt om hvordan man skal sørge for å opprettholde forsvarlige og verdige omsorgstjenester i fremtiden. En endring i organisering hos hjelpeapparatet må kanskje til for å øke kunnskapen og ta flere hjelpemidler i bruk. For at teknologien skal bli tatt i bruk må omsorgssystemene

tilpasses, og det må til en endring i den offentlige og faglige bevissthet. Det er viktig at brukere og pårørende får tillitt til hvordan teknologien kan gjøre en forskjell i livet for at de ønsker å ta det i bruk (Mair & Feeley, 2012). Utfordringen fremover blir hvordan kommunene bør satse for å få økt kunnskap og ressurser blant ansatte og innbyggere. Det bør kanskje innføres som en del av utdannelsen, og kanskje bør ansatte oppmuntres til å ta videre utdanning innenfor velferdsteknologi. Slik at de kan veilede og informere andre i kommunen. Forventninger og mål i velferdsteknologi programmet er at kunnskap og kompetanse blant helsepersonell og innbyggere skal bedres (St. meld nr. 29, 2012-2013). Det er også viktig at det blir prioritert av ledelsen, og at de ansatte får tid og mulighet til å tilegne seg denne kunnskapen. I en nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens, kommer det fram at noen demensteam ikke får muligheten til å utvikle potensialet de har, fordi de ikke får nok ressurser eller stillinger til arbeidet (Gausdal, 2011). Velferdsteknologi programmet er satt i verk for å utnytte det mulighetsrommet som velferdsteknologi gir, og for å legge til rette for at kommunene i større grad kan ta velferdsteknologiske løsninger i bruk (St. meld nr. 29, 2012-2013). Hjemmetjenesten vet ofte ikke nok om produkter og løsninger til å kunne være rådgiver for brukere og pårørende (Dahl & Fossum, 2012). Ved formidling av tekniske hjelpemidler må formidleren ha god kompetanse og kunnskap om demens og tekniske hjelpemidler (Jensen L et al., 2008). Det er derfor viktig å satse på kompetanse blant ansatte for at bruker skal få dekket sine individuelle behov, slik at teknologien passer og har nytteverdi for bruker og pårørende. Det kan oppleves som komplisert for en eldre person å lære noe nytt, og ekstra vanskelig med en demens sykdom. De har kanskje ikke samme motivasjon lenger til å lære noe nytt, og ta inn noe nytt i hjemmet. Formidler i kommunene må ha kunnskap og kompetanse, ellers vil det påvirke tilstanden til personen med demens (Bjørneby et al., 2001). Har ansatte i kommunene god kompetanse og kunnskap, vil de kanskje være med å forutsi hvilke behov personen med demens vil møte i framtiden. Dermed kan de være med på å kartlegge hvilke hjelpemidler som bør prøves ut i en tidlig fase, når læringsevnen er best. Slik at hjelpemidlene i framtiden vil være til hjelp, når de møter utfordringer og problemer.

I Norge har bare halvparten av kommunene demensteam (Gausdal, 2011). I demensplan 2015 er det et mål at det bør opprettes demensteam i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det bør kanskje heller være at de må opprette demensteam i kommunene. Det vil spare samfunnet for kostnader hvis de blir fanget opp tidlig. Det bør også bedres i framtiden, fordi det er viktig at de blir fanget opp, slik at man kan forebygge og

kartlegge situasjonen tidlig. Dette er en gruppe som i større grad blir fanget opp når det er et demensteam i kommunene (Gausdal, 2011). Det er bare to informanter som har vært i kontakt med demens team eller demenskontakt, og de har vært fornøyd med hjelpen de har fått i fra kommunen. I denne undersøkelsen har kanskje ikke kommunene hvor informantene bor opprettet dette, eller at de har lite tid til oppfølging, veilede og gi informasjon til brukere og deres pårørende. Funn fra problemanalysen viser at demensteam kan være med å gi veiledning av pårørende og til helsepersonell, men har ikke nok tid til dette arbeidet (Gausdal, 2011). Pårørende trenger og bør ha støttespillere i hele forløpet for å kunne hjelpe bruker, og det er viktig at det er en god dialog og samarbeid mellom hjelpeapparat og pårørende. Demens kontakt kan være en støttespiller i hele forløpet, ikke bare i begynnelsen når sykdommen er nyoppdaget. For pårørende trenger kanskje en samtale, for å kunne luften sine problemer og utfordringer i hverdagen, og få gode råd og veiledning til å hjelpe sin mor eller far. Demensteamet kan dermed være motoren i det kommunale demenstilbudet i kommunen, fordi de hele tiden vil ha oversikt over pasienter og tilbud som til enhver tid bør være i kommunen. De har en mulighet til å ligge et skritt foran både ved å fange opp kommende behov for hjelp hos pasient og pårørende, men også å forberede helse- og omsorgstjenesten på utfordringene som nærmer seg (Gausdal, 2011). I Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) er det et mål at det etableres pårørendeskoler, det bør kanskje endres til at det må opprettes, fordi det er et tilbud som har vist seg å kunne redusere pårørendes belastning (Ulstein, 2008). De informantene som har vært på pårørendeskole mener det har vært positivt, og kanskje er det samholdet med andre, og samtalen med andre, informasjon om sykdom og hjelpemidler som gjør at de mener det er positivt. Det bør kanskje vurderes å innføre velferdsteknologi som tema på pårørende skolene, for at de skal få mer informasjon om hvilke muligheter som finnes. Dagsenter som er tilrettelagt for personer med demens, vil også kunne være med på redusere pårørendes belastning og bedre brukers tilstand (Ulstein, 2008). Informantene som har foreldre som deltar på dagsenter opplever det som positivt. De setter pris å komme ut i sosiale sammenhenger, men det bør tilpasses til bruker og pårørendes behov.

Det er bare en informant som sier at de har hatt kontakt med hjelpemiddelsentralen og ergoterapeut for å få hjelpemidler. Ingen av informantene forteller at de har hatt kontakt med Nav. Mer involvering og kontakt med ergoterapeut og hjelpemiddelsentralen i en tidlig fase av sykdommen kunne gitt brukere bedre tilgang på hjelpemidler, som kan støtte de senere i sykdommen. I tillegg kan de gi pårørende og brukere en bedre forståelse, og bedre innsikt i

hvordan hverdagen kan gjøres bedre. En ergoterapeut eller andre med god innsikt i teknologiske hjelpemidler bør kanskje være involvert i kartleggingen hos bruker, eller være med når det skal diskuteres aktuell teknologi, eller andre alternativer som er aktuelle å prøve. I en vurdering av teknologi bør den gjøres i sammen med personen med demens og deres pårørende (Bjørneby et al., 2001). Det er utfordrende for informantene å få kunnskap om muligheter når det har vært lite eller ingen kontakt med ergoterapeut og hjelpemiddelsentralen. Nytteverdien og bruk av hjelpemidler avtar i takt med utviklingen i sykdommen (Holthe, 2004; Kerry, 2004), og teknologien følges opp jevnlig for å kunne tilpasses til brukerens sykdomsforløp og utvikling (Holthe, 2011). Dette er et ansvar som kanskje en demenskontakt eller demensteam kunne ha hatt. Hjemmetjenesten kunne kanskje også ha hatt ansvaret, men utfordringen er at det er mange forskjellige involvert, og de har utfordringer med å holde oversikten over brukers situasjon (Fensli et al., 2012). Videre må noen også ha ansvaret for opplæringen, og for vedlikehold og service (Bjørneby et al., 2001; Grut & Hem, 2012). Det er viktig at dette er avtalt og kartlagt på forhånd, fordi det vil påvirke hvilken suksess teknologien har hos bruker.

6.2.3 Teknologi

Velferdsteknologi kan aldri erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet. (NOU 2011:11, 2011). Velferdsteknologiske løsninger er i liten grad tatt i bruk i norske kommuner (Hoen & Tangen, 2011), og derfor vet man lite om hvilken effekt det har for brukere og pårørende. Funnene i fra problemanalysen viser at det er flere årsaker til at de ikke er tatt i bruk i norske kommuner (NOU 2011:11, 2011). Informantene er kjent med noe teknologi, men mest det som er tatt i bruk hos deres foreldre. De har forslag til hva de ønsker seg, men det kan være utfordrende å få muligheten til å prøve det de ønsker, når det er få hjelpemidler som er spesielt beregnet på personer med demens (Bjørneby et al., 2001). Det er viktig at velferdsteknologi har et formål, og noen av informantene forteller at de er positive til å prøve ut teknologi. Det er noe de ønsker og mener har vært avgjørende for at deres foreldre har klart seg hjemme så lenge, og det har gitt nytteverdi både for de og deres foreldre. Flere studier viser at personer med demens og deres pårørende får kjennskap til hjelpemidler for sent i sykdomsutviklingen eller ikke i det hele tatt (Andersen, 2013; Jensen L et al., 2008). For personer med demens er det viktig at de blir implementert tidlig, og på riktig tidspunkt (Holthe, 2011).

I en tidlig fase av sykdommen er det kompenserende hjelpemidler som støtter mestring, identitet og selvfølelse som kan være viktige. Det kan for eksempel være hjelpemidler som gir påminnelser og struktur på hverdagen. Denne typen hjelpemidler kan være avlastende for pårørende. Senere i demensforløpet kan hjelpemidler som hjelper i omsorgsarbeidet, for eksempel sikkerhetstiltak som GPS, ulike varslinger på for eksempel utgangsdør (Holthe, 2011). To informanter forteller at de ønsker å ta i bruk GPS og døralarm, for å varsle hvis moren gikk ut på natten. Denne typen teknologi gir ofte minst inngripen, gir økt frihet, mobilitet og selvstendighet hos personer med demens i følge ”Trygge spor” prosjektet (Ausen, 2013). Årsaken til at alarmer og varslingssystemer ikke er blitt tatt i bruk ennå, kan være at det forbindes med overvåking og tvang, og derfor er helsepersonell redd for å ta det i bruk (Thygesen, 2009). Den usynlige teknologien bør få en større plass i demensomsorgen. Trygghets- og sikkerhetsteknologi kan være løsninger som kan utløse seg selv, eller ved inngripen fra bruker. Det kan bli mer aktuelt i fremtiden med løsninger som ikke krever aktivisering fra brukerne selv, og som er tilstede uten at bruker er bevist på det (NOU 2011:11, 2011). Informanter har tro på at det bør innføres teknologi, men mer den usynlige teknologien, som for eksempel komfyrvakt, døralarm og kalender. Det er viktig å ikke bli for ivrig og foreslå for mye teknologi. For å unngå forvirring eller feilbruk av teknologi, bør den være diskrete eller ikke synlig (Bjørneby et al., 2001). Teknologien bør være fleksibel og ikke oppleves stigmatiserende, slik at den integreres i eksisterende vaner hos bruker (Rosenberg et al., 2012). Det er vanskelig å endre rutiner ettersom sykdommen utvikler seg. Symptomene på demens (Engedal & Haugen, 2009), gjør også at utfordringer de har i hverdagen ikke vil kunne støttes like godt av alle med synlig teknologi som må aktiveres. De vil kanskje ikke se og huske nytten av et nytt hjelpemiddel som kommer inn i deres hjem. Synlige hjelpemidler kan være en utfordring for demente, fordi de ikke ønsker noe nytt, og som en informant forteller, så drar moren ut ledninger og forstår ikke lenger bruken av tv-apparatet. Teknologien må ha et formål, og ha en nytteverdi for bruker og pårørende for at de skal ønske å ta det i bruk. Det må gi de en opplevelse av trygghet og hjelp i hverdagen. I hvilken grad teknologien oppfyller formålet som det var meningen med, vil også påvirke hvilken suksess det har (Nuseibeh & Easterbrook, 2000).

Kompensasjons- og velvære teknologi vil få stor etterspørsel fremover, fordi det vil bli flere brukere med glemsomhet og demens i fremtiden (NOU 2011:11, 2011). Informantene forteller også om utfordringer på tid og tidsforhold, at deres foreldre ikke vet hvilken dag det er, og når på døgnet det er. For eksempel forglemmegei, som viser hvilken dag det er og når

på døgnet det er, er teknologi som kan kompensere for deres hukommelsestap og gi dem støtte tidlig i forløpet og senere. Tre informanter er kjent med slike hjelpemidler, og mener at de gir støtte i hverdagen. Blir hjelpemidler innført tidlig i demensforløpet, vil brukere ha best læringsevne og større mulighet for å akseptere teknologiske hjelpemidler. Det er viktig å komme tidlig inn slik at personen med demens kan opprettholde og ivareta mest mulig grad av selvstendighet og selvfølelse.

Kommunene vil få flere og mer spesialiserte oppgaver, og fremtidens eldre vil trolig ha andre behov og ønsker enn hva dagens eldre har (St. meld nr. 25, 2005). Fire informanter har mer tro på at det vil bedre seg med neste generasjon. Neste generasjon har vokst opp med mer teknologi i hverdagen og får rutiner på å bruke hjelpemidler, som de igjen eventuelt tar med seg når de blir eldre. En eventuell redsel for teknologi vil kanskje også avta med årene, fordi neste generasjon vil være mer vant med å bruke teknologiske hjelpemidler. Neste generasjon eldre vil ha et annet teknologisk utgangspunkt enn tidligere generasjoner, og dermed vil de kunne ta i bruk teknologi og ta ansvar for egen helse (Helsedirektoratet, 2012), i større grad enn dagens generasjon eldre. En informant forteller at faren hadde nok strevd litt, fordi hans generasjon ikke er vant med teknologiske hjelpemidler. Bruken av sosiale medier har også økt de siste årene, og i fremtiden forventes det at sosiale medier vil spille en viktig rolle for økt sosial kontakt (NOU 2011:11, 2011).

7.0 Konklusjon og veien videre

Forskning viser at riktig bruk av teknologi kan bidra til at personer med demens kan være mer selvstendige, og forlenge tiden hjemme. De har individuelle behov og problemer, og det vil føre til utfordringer med å finne ut hvilke teknologiske hjelpemidler en trygghetspakke bør inneholde. For personer med demens kan det være nyttig å ha kartlagt dette på forhånd, slik at den kan innføres tidlig i demensforløpet. Årsaken er at de har best læringsevne tidlig i forløpet, og de kan være med på å bestemme over forhold som gjelder dem selv. En trygghetspakke med teknologiske løsninger bør innføres kombinert med kunnskap og mennesker. Det er viktig å finne balansen mellom teknologi og mennesker for at brukere kan forlenge tiden hjemme.

Det viktigste symptomet på demens er hukommelsessvikt, og det kommer også fram i denne undersøkelsen. Det medfører at de har problemer med å mestre hverdagssysler, og omgivelsene må hjelpe personen med demens. Pårørende har utfordringer med at det blir ett rolle bytte og at deres foreldre knytter seg mye til dem. Pårørende har behov for støtte, og hjelpeapparatet bør jobbe mer for å redusere og forebygge pårørendes utfordringer. Fordi ved å hjelpe pårørende, vil pårørende kunne hjelpe personen med demens. Det vil igjen føre til at personer med demens kan forlenge tiden hjemme. Hjelpeapparatet bør gi de tilbud om dagsenter etter hvilke behov personer med demens og deres pårørende har. Samtidig bør demensteam få tid og mulighet til å gi veiledning, og være en støtte for pårørende.

Innholdet i trygghetspakken bør være individuelt tilpasset, men ut i fra problemanalysen og funn fra intervju, anbefales det at den inneholder hjelpemidler fra teknologi for trygghet og sikkerhet. Trygghetsalarmen kan være viktig å innføre tidlig, fordi man kan sette på trådløse tilleggsutstyr etterhvert som behovene oppstår i demensforløpet. Brannalarm og komfyrvakt er andre viktige hjelpemidler som er med på å forebygge for brann og sikkerhet i hjemmet. I tillegg kan hjelpemidler fra teknologi for kompensasjon og velvære være nyttige for personer med demens. Forglemmegei og andre tidshjelpemidler, kan gi støtte i hverdagen for personer med demens, som har problemer med å huske tid og tidsforhold. Pårørende i intervju undersøkelsen mener at slike hjelpemidler støtter dem og deres foreldre i hverdagen.

Videre arbeid kan være å undersøke hvordan kommunene bør være organisert for å motta flere alarmer og varsler i fremtiden. Det vil også komme spørsmål om hvem som bør være

mottaker, kanskje kan pårørende være mottaker av alarmer? Involvering av pårørende og frivillige i demensomsorgen blir viktig framover. Videre bør det undersøkes hvilken effekt teknologiske hjelpemidler har for bruker, pårørende og hjelpeapparatet.

Litteratur

- Aketun, S., Grut, L., Holthe, T., & Bjørneby, S. (2011). Hvor trykker skoen? Hvordan kan hjelpemidler og veldferdsteknologi være en del av en helhetlig omsorgstjeneste for personer med demens *Forprosjekt ALMAS hus*.
- Andersen, A. E. (2013). Utfordringer og muligheter: samvær med personer med demens M. Munch (Ed.) (pp. book).
- Ausen, D. (2013). Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens innovasjonsprosjekt i offentlig sektor Vol. SINTEF A23878. *SINTEF rapport (SINTEF : 2006-)* Hentet fra https://vpn.uia.no/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E6676616772732E6162++/project/Velferdsteknologi/Trygge%20spor/Trygge%20spor%20rapport_enkle%20sider_lav%20oppløsning.pdf
- Bjørneby, S., Topo, P., & Holthe, T. (2001). *Teknologi, etikk og demens: en veiviser i bruk av teknologi i demensomsorgen*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Boström, F., Jönsson, L., Minthon, L., & Londos, E. (2007). Patients with Lewy body dementia use more resources than those with Alzheimer's disease (Vol. 22, s. 713-719). Chichester, UK.
- Bowes, A., & McColgan, G. (2013). Telecare for Older People. *Research on Aging*, 35(1), 32-49. doi: 10.1177/0164027511427546
- Colombo, F., et al. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Hentet fra <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>
- Dahl, A. F., & Fossum, M. (2012). Bo trygt og godt hjemme: en forstudie av Agderkommunenes bruk av velferdsteknologi Vol. 2012 nr. 7. *Senter for omsorgsforskning, rapportserie* Hentet fra https://vpn.uia.no/+CSCO+0h756767633A2F2F6F656E74722E6F766F666C662E6162++/hig/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_30026/1/rapport07_2012_higia.pdf
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- dignio. (u.å). Pilly for kommuner. Hentet 02.05, 2014, fra <http://www.dignio.no/pilly/>
- Doro.no. Doro PhoneEasy 311c. Hentet 28.04.14, 2014, fra <http://www.doro.no/Produkter/Fastlinjetelefoner/Doro-PhoneEasy-311c/>
- Eek, A. (2011). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011: Demensplan 2015*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

- EL-COM SØR A/S. (u.å-a). TMA5 EL-COM SØR A/S Hentet 02.05., 2014, fra http://www.lister.no/phocadownload/Dok_Helsenettverk/Velferdsteknologi/TMA5_Enkel_presentasjon_El-Com_S%C3%B8r.pdf
- EL-COM SØR A/S. (u.å-b). TMA Trygghetsalarmer. Hentet 28.04, 2014, fra <http://www.elcomsor.no/ecs/tma/tma.htm>
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens: fakta og utfordringer : en lærebok*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Evjemo, B. (2010). Sensorbaserte hjelpemidler i hjemmetjenesten: erfaringer fra 5 sørlandskommuner Telenor report (online), L. A. Stenvold & E. Rinde (Eds.), (pp. book).
- Fensli, R., Lindqvist, H., Thygesen, E., & Fensli, M. M. F. (2012). Brukerfokusert universell utforming. Utvikling og tilrettelegging av teknologiske løsninger i boliger for personer med demens/kognitiv svikt. *02-2012*, 66.
- Forget Me Not. (2013). Hentet 03.05, 2014, fra <http://teeteringontheedgeofglasshalf.full.blogspot.no/2013/05/forget-me-not.html>
- forget-me-not. (2007). Forglemmegei elektronisk kalender. Hentet 28.04, 2014, fra <http://forgetmenot.no/forglemmegei-elektronisk-kalender.html>
- Frantzen, L. (2013). *Morgendagens omsorg, Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i omsorgstjenestene*. Paper presented at the Trivsel og glede i morgendagens omsorg, KS Oslo. <http://ksk.event123.no/Trivseloggledeimorgendagensomsorg/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocumentId=51575>
- Fredskild, T. U. (2013). *Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet*. København: Gads.
- Gausdal, M. (2011). Demensteam - oppgaver og utfordringer: en undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011 : rapport M. Michelet (Ed.) (pp. book).
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grut, L., & Hem, K.-G. (2012). Velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene: forutsetninger og anbefalinger for implementering av Trygghetspakken i Bærum kommune Vol. SINTEF A23142. *SINTEF rapport (SINTEF : 2006-)* Hentet fra https://vpn.uia.no/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E6676616772732E6162++/project/Velferdsteknologi/Trygghetspakken/Velferdsteknologi%20i%20pleie-%20og%20omsorgstjenestene_Baerum.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015: "den gode dagen". Delplan til omsorgsplan 2015* [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Prop. 90 L (2012-2013). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)*. Helse- og omsorgsdepartementet, Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/38271689/PDFS/PRP201220130090000DDDPDFS.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Teknologi for større frihet*. Hentet 06.10.13, fra <http://www.regjeringen.no/mobil/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2013/teknologi-for-storre-frihet.html?id=734811>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi: fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030 Vol. 06/2012. IS-1990* Hentet fra <https://vpn.uia.no/+CSCO+0h756767633A2F2F757279667271766572786762656E6772672E6162++/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Publikasjoner/2012%2007%20Vedtatt%20velferdsteknologirapport%20IS-1990.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013a). *Demens*. fra <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2013b). *Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger* Hentet fra http://www.skafor.org/pagefiles/21521/lesogs%C3%A5/fallforebygging_i_kommunen_-_rapport_fra_helsedirektoratet.pdf
- Helsedirektoratet. (2013c). *Velferdsteknologi i kommunene*. Hentet 04.10.13, 2013, fra <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/tilskudd-til-velferdsteknologi-i-kommunene.aspx>
- Helsinikideklarasjonen. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. (Sist oppdatert 2013). Hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Hoen, H., & Tangen, U. (2011). *Velferdsteknologiundersøkelse KS Innovasjon og utvikling*, Oslo.
- Holthe, T. (2004). *Enabling Technologies for People with Dementia. National report on results from Norway. QLK6-CT-2000-00653, Deliverable 4.3.1, 56.*
- Holthe, T. (2011). *Velferdsteknologi - også aktuelt for personer med demens! Ergoterapeuten 54 (6) (42-5).*

- Holthe, T. (2013). *Kunsten å skynde seg sakte ...: formidling av kognitive hjelpemidler til personer med demens : håndbok*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277.
- Høeg, M., & Jensen, L. (2005). *Hjælpemidler til mennesker med demens*. Århus: Hjælpemiddelinstittuttet, forlaget.
- Jensen L, Villemoes Sørensen L, Månsson I, Andersen A, Holthe, T., Hurnasti T, & et al. (2008). *Teknik og demens i Norden: hvordan bruker personer med demens tekniske hjelpemidler?* Taastrup: Hjælpemiddelinstittuttet.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kerry, J. (2004). Enabling Technologies for persons with dementia. *QLK6-CT-2000-00653*, 53.
- Kofod-Petersen, A., Dahl, Y., Brørs, F. K., & Murvold, V. (2013). Trygg Heim Teknologi og tjenester som effektiviserer og forbedrer omsorgstjenester i hjemmet Vol. 27. Hentet fra <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.trondheim.kommune.no%2Fcontent%2F1117740226%2FRapport-forprosjekt-Trygg-Heim&ei=GbUJU6-zE6WzywPZ1oHoAQ&usg=AFQjCNHGie5nRKiKd0GL9fcysPtsWJKGfQ&bvm=bv.61725948,d.bGQ>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindvall, I. (2011, 08.01.2011). Test av tre robotstøvsugere, *Verdens gang*. Hentet fra <http://www.vg.no/forbruker/test-av-tre-robotstoevsugere/a/10028692/>
- Lingsom, S. (1997). *The substitution issue: care policies and their consequences for family care*. Norwegian Social Research, Oslo.
- Mair, R., & Feeley, D. (2012). *A National Telehealth and Telecare Delivery Plan for Scotland to 2015*. <http://www.scotland.gov.uk>: The Scottish Government, Hentet fra <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0041/00411586.pdf>.
- Mathiassen, L., Munk Madsen, A., Nielsen, P. A., & Stage, J. (2001). *Object-oriented analysis & design*. Ålborg: Marko.
- NOU 2012:4. (2012). *Trygg hjemme: brannsikkerhet for utsatte grupper* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

- NSD. (2012). Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenste (NSD) - Personvernombudet. Hentet 20.03.14, 2014, fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/>
- Nuseibeh, B., & Easterbrook, S. (2000). Requirements engineering: a roadmap. I A. Finkelstein (Red.), *ICSE '00* (s. 35-46): ACM.
- Pettersen, R. (2009). Årsaker til fall hos eldre - og hvordan kan fall forebygges? , fra http://www.innomed.no/media/uploads/moteplass_fall_og_larhalsbrudd/Renate_Pettersen.pdf
- Rognstad, M.-K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende med demens. *Sykepleien Forskning, (4)*, 298-308.
- Rosenberg, L., Kottorp, A., & Nygård, L. (2012). Readiness for Technology Use With People With Dementia. *Journal of Applied Gerontology, 31*(4), 510-530. doi: 10.1177/0733464810396873
- Slåsletten, R., Struksnes, S., Johansson, I., & Hall-Lord, M.-L. (2010). Fall og tilstand etter fall blant personer med demens. *nr. 1, 2010; 4:56-63*, 56-63. Hentet fra http://www.sykepleien.no/Content/344900/artikkel_slaasletten_4006.pdf
- St. meld nr. 25. (2005). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2005 Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>.
- St. meld nr. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf>.
- St. meld nr. 47. (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2008 Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>.
- Svagård, I. S., Ausen, D., Grut, L., Øderud, T., Standal, K., Bergene, Å., & Husebø, I. (2012). Trygghetspakken - behovskartlegging og erfaringer. Hva bør en trygghetspakke inneholde for å hjelpe den enkelte til å bo trygt i egen bolig? Vol. 1-60. *Forprosjekt rapport, Sintef A23126* Hentet fra http://www.sintef.no/project/Velferdsteknologi/Trygghetspakken/Trygghetspakke_behovskartlegging_Innomed_forprosjekt_juni_2012.pdf
- Sørdal, K. (2011). Har du en slik på kjøkkenet? Hentet 25.03.14, 2014, fra <http://www.dinside.no/870190/har-du-en-slik-paa-kjokkenet>
- Tennøe, T. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi*. Oslo: Teknologirådet.
- Thorsen, K., & Clausen, S.-E. (2009). Hvem er de ensomme? *Samfunnsspeilet Nr 1/2009*.

- Thygesen, H. (2009). *Technology and good dementia care: A study of technology and ethics in everyday care practice*. Doktorgradsavhandling, Oslo, Senter for teknologi, innovasjon og kultur, Universitetet i Oslo.
- Torhild, H., & Ståle, W. (2010). Older people with and without dementia participating in the development of an individual plan with digital calendar and message board. *Journal of Assistive Technologies*, 4(2), 15-25. doi: 10.5042/jat.2010.0278
- Ulstein, I. D. (2006). Et nyttig instrument i arbeidet med å kartlegge pårørendes situasjon og deres behov. *10/nr. 4 2006*, 12-15.
- Ulstein, I. D. (2007). *Dementia in the family*. Doktorgradsavhandling, University of Oslo, Faculty of Medicine University of Oslo.
- Ulstein, I. D. (2008). Familien til pasienter med demens. *1/2008*, 29-33.
- Vossius, C. (2012). Hva koster demnes? [Fagartikkel]. *vol. 16 nr. 2 (Demens&Alderspsykiatri)*, 10-11.
- Wimo, A., Jönsson, L., Gustavsson, A., McDaid, D., Ersek, K., Georges, J., . . . Valtonen, H. (2011). The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(8), 825. doi: 10.1002/gps.2610
- World Health Organization. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. ICD-10 Version:2010. fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en - /F02>
- Yeandle, S. (2009). Telecare, a crucial opportunity to help save our health and social care system. Hentet fra <http://circle.leeds.ac.uk/files/2012/08/telecarepaper18aug09.pdf>

VEDLEGG 1 LITTERATURSØK

Dato	Søkebase	Søkeord	Antall treff
02.09.13	Bibsys Ask	Velferdsteknologi	16 Mye relevant for prosjektet
03.09.13	Google Scholar	Velferdsteknologi Omsorgsteknologi	35 33
06.09.13	Norsk sykepleierforbund	Velferdsteknologi Omsorgsteknologi	33 28
18.09.13	Ovid SP	Telecare and home care services Technology and home care services Technology and home care services and dementia	95 1008 15
18.09.13	Google	Velferdsteknologi Omsorgsteknologi Omsorgsteknologi og eldre Omsorgsteknologi og demente Smarthusteknologi Omsorgsteknologi og eldrebølgen	92400 14300 5680 5970 6590 2720
18.09.13	SveMed+	Velferdsteknologi Velferdsteknologi + Demens Omsorgsteknologi Telemedisin Telemedisin + home care Eldrebølgen	3 2 2 293 9 9
22.09.13	KS	Velferdsteknologi	174
02.10.13	Google Scholar	Innføring av velferdsteknologi	27
04.10.13	KS	Velferdsteknologi	197
06.10.13	Den norske lægeforening	Velferdsteknologi Demens og teknologi	3 14
20.10.13	Bibsys	Trygghetspakke Demens + hjemmeboende	1 20
20.10.13	Nasjonalt senter for telemedisin	Velferdsteknologi + demens Demens + hjemmeboende	29 26

21.01.14	Oria	Demens + Fall	443
21.01.14	Oria	Demens + Ensomhet	12
21.01.14	Oria	Demens + Kognitiv svikt	36
27.01.14	Oria	Assistive technology + Dementia	1314
27.01.14	Oria	Assistive technology + Dementia + home care	997
29.01.14	Pubmed	Assistive technology and dementia Assistive technology and dementia and safety	103 18
29.01.14	Pubmed	Technology and home care services Technology and home care services and dementia	2203 76
09.02.14	Google Scholar	theory of requirement specification analysis	1 390 000
09.02.14	Oria (alle bibliotek)	theory of requirement specification analysis	57 038
25.02.14	Svemed +	Velferdsteknologi Velferdsteknologi + Demens Teknologi og demens Teknologi og home care	3 2 8 11
25.03.14	Aldring og Helse	Forskningsartikler	Fant flere aktuelle artikler som omhandlet demens og teknologi
25.03.14	Lister.no	Velferdsteknologi artikler	Fant artikler om velferdsteknologi, og link til andre kilder som var nyttige for oppgaven.

VEDLEGG 2 SØKNAD TIL KOMMUNE

TIL: (NAVN)

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted: (NAVN) Kommune

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven er: Velferdsteknologi og Demens

Temaområde: Velferdsteknologi er av flere beskrevet som en av løsningene på fremtidens utfordringer innenfor helse og omsorg. Det nasjonale velferdsteknologi programmet har som hovedmål at velferdsteknologiske løsninger skal være en integrert del av heles og omsorgstjenestene innen 2020. Før en implementering av teknologi bør det gjennomføres en kartlegging av behov og problemer. I denne undersøkelsen er det fokus på personer med demens og hvilke teknologiske løsninger som bør innføres tidlig i demensforløpet.

Problemformulering: *Hvilke teknologiske hjelpemidler vil forebygge/ redusere utfordringer for personer med nyoppdaget demens og deres pårørende, for at personen med demens forlenger tiden hjemme?*

Veileder ved universitetet:

Jan Gunnar Dale

E-post / Telefon:

Jan.g.dale@uia.no / 41240841

Hensikt med datainnsamling: Jeg ønsker å undersøke pårørendes observasjon og erfaringer av hvilke behov og utfordringer personer med en demens har i sin hverdag. Hensikten med studien er å finne ut hvilke teknologiske løsninger som kan bidra til at personer med demens kan bo hjemme lengst mulig.

Metode for datainnsamling: Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg: Barn (pårørende) til enslige hjemmeboende personer med en demens sykdom

Ønsket antall respondenter: 2-3 pårørende

Tidspunkt/varighet: Intervjuene ønsket gjennomført i løpet av Mars 2014

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/ avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:

Marianne Holmesland, mob: 47603308, m-holmis@hotmail.com

Eller

Veileder Jan Gunnar Dale mob: 41240841, mail: jan.g.dale@uia.no

Dato:

Med hilsen

Student: Marianne Holmesland

E-post / Telefon:

m-holmis@hotmail.com

mob: 47603308

Tillatelse gitt av institusjon:

Universitet i Agder

Dato:

Ansvarlig: Jan Gunnar Dale

VEDLEGG 3 FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I UNDERSØKELSE

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

Tittel på studien:

Velferdsteknologi til hjemmeboende personer med en demens sykdom

Bakgrunn og hensikt:

Jeg er masterstudent ved Helse- og sosial informatikk ved Universitet i Agder, og skal skrive masteroppgave høst 2013 og vår 2014. I den anledning er dette et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for at jeg skal få informasjon, innsikt og dine erfaringer som pårørende til en person med en demens sykdom. Studien ønsker å kartlegge behov og utfordringer, for å kunne undersøke hva bør en trygghetspakke inneholde av velferdsteknologi for å gi mennesker med en demenssykdom en tryggere hverdag, og muligheten til å bo hjemme lengst mulig.

Du er blitt forespurt om å delta fordi du er:

- pårørende til en person som har en demens sykdom
- personen med demens mottar omsorgstjenester fra kommunen og er alene hjemmeboende.

Informasjonen som innhentes gjennom intervjuene vil kunne bli brukt som beslutningsgrunnlag i forbindelse med vurdering av hvilke omsorgsteknologiske hjelpemidler det vil være aktuelt å prøve ut til personer som har en demens sykdom.

Hva innebærer studien:

Behovskartleggingen vil skje gjennom intervjuer med pårørende til personer som har en demens sykdom.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, for så å bli transkribert til et Word dokument. Etter at intervjuet er transkribert vil det bli slettet fra lydbåndet. Svarene vil bli anonymisert, sammenlignet og analysert med tanke på å kunne beskrive hva som er hovedutfordringer og behov blant pårørende og personer som har en demens sykdom.

Mulige fordeler og ulemper:

Deltakelse i studien innebærer at du må sette av inntil en time for gjennomføring av intervjuene. Spørsmålene som stilles omhandler generelle tema og vil ikke oppleves som belastende å svare på, men om man ønsker det kan man under intervjuet reservere seg på å svare på enkelte av spørsmålene.

Hva skjer med informasjonen om deg (informanten):

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Når teksten transkriberes vil det kun fremgå at du som informant er ”pårørende”. Prosjektleder vil ikke ha behov for å knytte opplysningene som gis i intervjuet til enkeltpersoner, og vil derfor kun bruke betegnelsene ”bruker” og ”pårørende”. Du vurderer selv om du vil informere personen som du er pårørende til, om at du deltar i denne studien.

Oppbevaring og dato for sletting av data:

Jeg ønsker å ta opp samtalen på lydbånd for å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen. Intervjuet vil bli skrevet på bakgrunn av opptak av samtalen. Opptakene vil bli slettet når intervjuene er transkribert og studien er sensurert sommeren 2014.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og

opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se under).

Navn, telefonnummer evt e-mailadresse til leder for undersøkelsen, veileder evt andre som kan gi opplysninger:

Marianne Holmesland
m-holmis@hotmail.com
Mob: 47603308

Jan Gunnar Dale
jan.g.dale@uia.no
Tlf: 37233731

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen:

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen :

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Presentasjon av meg

Presentasjon av undersøkelse:

Jeg ønsker å undersøke pårørendes observasjon og erfaringer av hvilke behov og utfordringer personer med en demens har i sin hverdag. Hensikten med studien er å finne ut hvilke teknologiske løsninger som kan bidra til at personer med demens kan bo hjemme lengst mulig.

Forespørsel om å ta opp samtalen på lydbånd

Jeg ønsker å ta opp samtalen på lydbånd for å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen. Intervjuet vil bli skrevet på bakgrunn av opptak av samtalen. Opptakene vil bli slettet når intervjuene er transkribert og studien er sensurert sommeren 2014.

Intervjuets form

Intervjuet er samtalepreget og vil vare ca. en halv time.

Anonymitet:

Alle data blir anonymisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deg som informant i undersøkelsen. Du har rett til å avbryte intervjuet når som helst.

Problemområdet

Livssituasjon

- Hvordan opplever du som pårørende at din mor/far klarer seg selv i hverdagen?
- Hvordan vil du beskrive hverdagen i hjemmet, din mor/far sin livssituasjon?
- Hvordan vil du beskrive/opplever du din mor/fars sosiale nettverk og støtte?

- Hvordan opplever du bosituasjonen i dag?
(fysiske utformingen av situasjonen hjemme, trapper, manglende gelendre, oppvarming, belysning, risikofaktorer, andre ting som kan skape risiko)

De individuelle behov

- Hvilke behov/ressurser har din mor/far i hverdagen?

Problemer i hverdagen

- Hvilke utfordringer/problemer har din mor/far i hverdagen?

I forhold til følgende områder:

Hukommelse

(tap av hukommelse, glemsomhet)

Orienteringsevne

(tidsforhold, tidsorientering, orientert for sted)

Vurderingsevne

(håndtere økonomi, håndtere innkjøp og ærend, håndtere oppgaver og sosial vurderingsevne)

Sosiale aktiviteter/samfunnsaktiviteter

(bruk av telefon, transport, innkjøp, sosiale grupper, frivillig arbeid)

Huslige gjøremål/hjem og fritidsinteresser

(hjemmeliv, fritidsinteresser og intellektuelle interesser, hushold, vaske klær)

Personlige gjøremål/egenomsorg

(ansvar for egne medisiner, håndtere økonomi, toalett, spising, påkledning, personlig stell, bading og lignende)

Trygghet og sikkerhet

(eks Brannfare)

Hjelpespørsmål til områdene:

- ❖ Hva skjer
 - ❖ Hvor skjer det
 - ❖ Under hvilke omstendigheter skjer det
 - ❖ Når skjer det
 - ❖ Hvordan skjer det
 - ❖ Hvor ofte skjer det
 - ❖ Hvorfor tror du at det skjer
 - ❖ Hvem er involvert
 - ❖ Er de situasjonene der problemet oppstår lagt til rette på noen måte?
 - ❖ Hvilke begrensninger har din mor/far i hverdagen?
 - ❖ Har problemet negativ innvirkning på din mor/far liv og velbefinnende?
 - ❖ Har det negativ betydning for deg?
-
- Opplever du at din mor/far utfører de hverdagslige aktivitetene i samme standard som før diagnosen?
 - Hvem hjelper din mor/far med de aktivitetene/gjøremålene han/hun ikke klarer selv lenger?

Anvendelsesområdet

Pårørende

- Hvilke utfordringer opplever du som pårørende til en person med demens?
- Hva gjør deg eventuelt urolig/bekymret for din mor/far, og hvorfor/hvorfor ikke?

Hjelpeapparat

- Har du eller din mor/far vært i kontakt med demensteam/kontakt, ergoterapeut, hjelpemiddelsentral eller Nav i din kommune?

Teknologi

- Kjenner du til noen hjelpemidler/teknologi som kunne være aktuelle for deg/dere i dag eller i fremtiden?

- På hvilken måte tror du at teknologiske hjelpemidler vil påvirke hverdagen til din mor/far?
- På hvilken måte tror du at hjelpemidler kan gjøre din mor/far sin hverdag lettere?
- Hvordan tror du at din mor/far stiller seg til å ta i bruk teknologiske hjelpemidler?
- Tror du at mer tilrettelegging/hjelpemidler vil kunne føre til at personer med demens kunne bo hjemme lenger?

Avslutning:

Har du noen kommentarer til de temaene vi har tatt opp i intervjuet? Eventuelt noe du mener jeg burde tatt med?

Jeg takker deg for velvillig samarbeid. Som nevnt innledningsvis vil jeg skrive ut intervjuet på grunnlag av opptak. Som jeg informerte om tidligere vil resultatene presenteres slik at du ikke gjenkjennes i oppgaven.