



**Utviklingscenter
for hjemmetjenester**
Buskerud



**DRAMMEN
KOMMUNE**

Rapport publisert 16.09.2015

Demensprosjekt

- bolig og velferdsteknologi

Samarbeidsprosjekt mellom Utviklingscenter for hjemmetjenester i Buskerud, Drammen kommune, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, Husbanken og NAV hjelpemiddelsentral, Buskerud



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Hjelpemiddelsentral



Husbanken

Førord

Drammen kommune ble i desember 2013 tildelt et tilskudd fra Helsedirektoratet på 1,0 mill. kr. til prosjektet: "Hjemmeboende personer med demens med behov for boligtilpasning og velferdsteknologiløsninger". Hensikten med prosjektet var å belyse følgende to områder:

1. Hvordan kan/bør eksisterende bolig tilpasses personer med begynnende demens og hvilke tilpasninger i hjemmet bør vurderes i et demensforløp.
2. Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler muliggjøre at personer med demens kan bo lenger hjemme. Dette inkluderer utprøving av ulike hjelpemidler og hvordan trygghetspakker kan tilpasses behovet til personer med demens.

I tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet ble det gitt føringer om å samarbeide med Husbanken, NAV hjelpemiddelsentral, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, eventuelt andre relevante miljø.

En stor takk til alle som har medvirket i arbeidet med prosjektet. En spesiell takk til Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse som har bidratt med verdifulle kunnskaper og en stor arbeidsinnsats både i planlegging, gjennomføring, evaluering og publisering av prosjektet.

Rapporten er skrevet av:

Björg Th. Landmark, prosjektansvarlig/leder, Utviklingssenter for hjemmetjenester, Buskerud

Sissel Eriksen, prosjektleder/rådgiver Drammen kommune

Torhild Holthe, forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse samarbeidspartner

Kjetil Senum, prosjektmedarbeider, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord..... | 2 |
| 1.0 Bakgrunn | 5 |
| PEO-modellen som teoretisk forankring | 7 |
| 2.0 Hensikt og problemstilling | 8 |
| 3.0 Prosjektorganisering..... | 9 |
| 4.0 Metode..... | 10 |
| 4.1 Utvalg | 10 |
| 4.2 Kartlegging av brukerbehov | 10 |
| 4.2.1 Kartlegging for å vurdere bolig | 10 |
| 4.2.2 Kartleggingsverktøy for å vurdere velferdsteknologi..... | 11 |
| 4.3 Modell for gjennomføring av prosjektet..... | 12 |
| 4.4 Etisk refleksjon..... | 13 |
| 5.0 Resultat/Drøfting | 13 |
| 5.1 Hvordan kan/bør eksisterende bolig tilpasses personer med begynnende demens og hvilke tilpasninger i hjemmet bør vurderes i et demensforløp. | 13 |
| 5.1.1 Hvilke tilpasninger bør vurderes i hjemmet? | 13 |
| 5.1.2 Hvilke tiltak kan personen nyttiggjøre seg i egen bolig? | 14 |
| 5.1.3 Hva er kritiske områder i nåværende bolig?..... | 15 |
| 5.1.4 Hvilke finansieringsmuligheter er det for utbedring av eksisterende bolig gjennom Husbanken og NAV?..... | 16 |
| 5.1.4.1 Husbanken | 16 |
| 5.1.4.2 NAV hjelpemiddelsentral..... | 18 |
| 5.2 Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler muliggjøre at personer med demens kan bo lenger hjemme. Dette inkluderer utprøving av ulike hjelpemidler og hvordan trygghetspakker kan tilpasses behovet til personer med demens..... | 18 |
| 5.2.1Hvilke velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler har personer med demens nytte av for å kunne oppleve trygghet og sikkerhet og mestre hverdagen i egen bolig?..... | 19 |
| 5.2.1.1 Fortellingen om Anne..... | 19 |
| 5.2.1.2 Fortellingen om Kristin | 23 |
| 5.2.1.3 Fortellingen om Ruth..... | 26 |
| 5.2.1.4 Historien om Peter..... | 29 |
| 5.2.1.5 Fortellingen om Thomas..... | 30 |

| | |
|--|----|
| 5.2.2 Hvilke kritiske områder eksisterer for at personen skal kunne fortsette å bo i eget hjem? .. | 32 |
| 5.2.3 Hvilke funksjoner/tiltak har pårørende nytte av for at de kan oppleve trygghet og sikkerhet for personen med demens? | 33 |
| 5.2.4 Hvilke ressurspersoner/ressurser i omgivelsene finnes for personer med demens som tar i bruk velferdsteknologiske løsninger? | 33 |
| 5.3 Funn basert på intervju med hjemmetjenesten | 33 |
| 5.4 Funn basert på intervju med hjelpemiddelsentralen | 36 |
| Oppsummering | 40 |
| Referanser | 41 |
| Vedlegg | 43 |

1.0 Bakgrunn

I Norge forventes antallet personer med demens å fordobles til om lag 130 000 innen en periode på 30-40 år (1). Det økende antallet personer som berøres av demens, stiller helsepersonell og tjenesteapparat overfor store utfordringer. For at personer med demens skal kunne bo i eget hjem, må tjenestene tilpasses familieforhold og individuelle behov. Tilrettelegging og tilpassing av bolig for mestring og selvstendighet kan være avgjørende for hvordan en person med demens takler hverdagen (2). Erfaringsbasert kunnskap høstet gjennom pårørendeskole, som har vært gjennomført i kommunen over flere år, tilsier at både personer med demens og deres pårørende, ønsker at personen skal kunne bo hjemme lengst mulig. Forutsetningen er at familien opplever at de mottar støtte og hjelp når de har behov for det. Denne kunnskapen er i tråd med nasjonal og internasjonal forskning (3,4,5,6). For å kunne bo hjemme lengst mulig må boligen være tilrettelagt for at personen skal mestre hverdagens mange utfordringer. I tillegg må hjelpemidler, som kan kompensere for svikt, være tilpasset individuelle behov. Det forutsetter bruk av relevante kartleggingsverktøy som avdekker brukers behov og ressurser. En helhetlig plan for en styrket demensomsorg skal vektlegge tilbud i hjemmet før det er aktuelt med heldøgns pleie og omsorg.

I følge Meld. St. 29 (2012-2013), fokuseres det på at tjenestene skal tilrettelegge for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv, og for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre. Videre pekes det på at utvikling av trygghetspakker bør prioriteres for å muliggjøre at mennesker kan bo lengst mulig i eget hjem” (7). I Innovasjon i Omsorg (NOU 2011:11) reises spørsmålet om virkemidlene i boligpolitikken i større grad må fokusere på ombygging og fornyelse av allerede eksisterende boliger, da den største boligmassen ikke har livsløpsstandard. Rapporten viser til undersøkelser hvor om lag 80 prosent av norske boliger verken tilfredsstillende kravene til universell utforming eller livsløpsstandard (2). Antall hjemmeboende personer med demens med ulike former for funksjonssvekkelse vil øke. I tillegg til kognitiv svikt vil nedsatt syn og/eller førlighet være en betydelig risiko for økt falltendens i boligen. Fallulykker er ofte forårsaket av hindringer som dørterskler, trapper, nivåforskjeller og løse gjenstander i kombinasjon med dårlig belysning. Dette er latente ulykkesfaktorer som kan elimineres med forholdsvis enkle grep (2).

I studien til Brevik og Schmidt fremkommer det at hver tredje senior ville fortrukket å bli boende hjemme til tross for skrøpelig og stort hjelpebehov, mens fire av ti kunne tenke seg å flytte til tilrettelagt bolig i en slik situasjon (8). Holdninger til flytting varierte noe ut fra alder. Eldre seniorer ønsket oftere å bo i nåværende bolig, mens de yngre i større grad ønsket å flytte til en tilrettelagt bolig om de skulle bli skrøpelige. Undersøkelsen viser at det er overraskende stor interesse for bofelleskap, felleslokaler og boservice, i det fire av ti seniorer hadde vurdert å etablere et bofelleskap med venner. Det var også stor interesse for å kjøpe tjenester i tilknytning til en framtidig bolig. Resultatene viste at åtte av ti sa at de ønsket å kjøpe tjenester som hjelp til tyngre husholdsarbeid. Nesten like mange ønsker å kjøpe vaktmestertjenester.

For å avdekke kunnskapsgrunnlaget på boligkartlegging og for å tilrettelegge tjenester for personer med kognitiv svikt, ble det i juli 2014 gjort et litteratursøk. Søkeordene var: dementia, community-dwelling, home modification, assistive technology, og/eller: living at home, early stage, safety at home. Søkeresultatene gav følgende treff: 8 i Medline, 11 i EMBASE og Cinahl, 30 i PubMed og 32 i OT-seeker. Noen referanser overlappet hverandre. Det ble ikke funnet noen relevante artikler som kunne anvendes direkte i prosjektet.

Ved gjennomgang av utvalgt litteratur ønsket vi å finne ut hvilken betydning egen bolig/et hjem har, og fant at de fleste mente at hjemmet hadde en positiv betydning. Hjemmet anses å være en trygg base for personlig pleie, avslapning og restitusjon, men også en base for å utføre produktive aktiviteter (som diverse husholdningsaktiviteter) (9) og hobbyer (10), og for å ha sosial kontakt med familie og venner. Ikke uventet betyr hjemmet trygghet og sikkerhet, og et privat sted der man hører til (11) og har kontroll over omgivelsene (12). Fra Danmark er det rapportert at et hjem også kan være ensbetydende med ensomhet og isolasjon (13). Et hjem er et sted der en kan sette sitt personlige preg, og dermed vil hjemmet også bety mye for identitet og kan vise hvem vi er som personer. Når helsepersonell går på hjemmebesøk, kan de danne seg et bilde av hvem personen de skal hjelpe er, og hva som er viktig for han/henne.

I dette prosjektet støtter vi oss til definisjonen av velferdsteknologi slik den er presentert i NOU 2011:11

”Velferdsteknologi er 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”.

I NOU 2011:11 inndeles velferdsteknologi i fire kategorier:

1. **Trygghets- og sikkerhetsteknologi.** Eksempel: komfyrvakt, fallalarm, sensorer
2. **Kompensasjons- og velværeteknologi.** Eksempel: klimakontroll, GPS-lokalisering, husholdningsapparater, syns-/hørselshjelpemidler, tidsanvisere, dagsplan, medisindosetter
3. **Teknologi for sosial kontakt.** Eksempel: bildetelefon, Paro, sosiale medier
4. **Teknologi for behandling og pleie.** Eksempel: PC med berøringsskjerm og kamera for kommunikasjon med helsepersonell, helsedagbok og IP, biosensorer.

Tidligere prosjekter som: "ENABLE", "Teknologi i Norden", "Yngre personer med demens" og "Bruk, nytte og betydning av hjelpemidler" har vist at velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler kan ha betydning for personer med demens. Slike hjelpemidler kan kompensere for svikt og gi mestring og opprettholdelse av daglige aktiviteter og rutiner. Det kan være en kunst å finne fram til det rette hjelpemidlet og skreddersy dette for brukeren slik at det inkorporeres i hverdagen og bidrar til mestring og velvære, framfor å være til irritasjon eller vanskeliggjøre tidligere vaner og rutiner.

Kommunen har ansvar for boligrådgiving, men kan ha behov for arkitektfaglig bistand, råd om tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne, råd om hjelpemidler og om muligheter for finansiering ved valg av ulike løsninger. Hjelpemiddelsentralen og Husbanken kan bistå kommunen i dette arbeidet. Når en person har behov for å tilrettelegge boligen med en kombinasjon av hjelpemidler og ombygging, må flere etater inn i bildet både ved utredning av løsninger og senere ved selve utbedringen.

I Drammen kommune blir Kontor for tjenestetildeling eller hjemmetjenesten kontaktet når en person får funksjonstap som medfører behov for tjenester. Ved behov for mer omfattende utbedringer i bolig eller behov for større hjelpemidler kontaktes en av kommunes ergoterapeuter. Ergoterapeuten samarbeider med følgende instanser:

Teknisk etat for å vurdere byggetekniske forhold, skaffe til veie tegninger osv.

Etat med ansvar for økonomiske virkemidler for å vurdere brukers økonomi og muligheter til økonomisk støtte.

Hjelpemiddelsentralen for å vurdere aktuelle hjelpemiddelløsninger og hva som må gjøres med boligen for å installere hjelpemidlene.

Arkitektfaglig bistand kan være nødvendig.

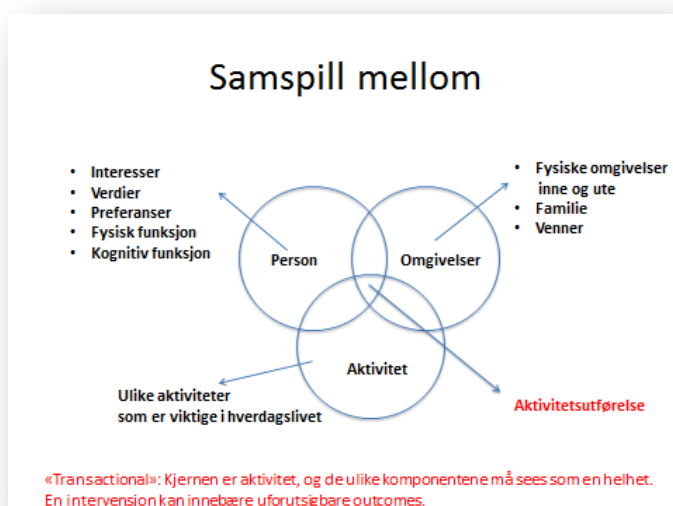
Leverandør for å måle opp og gi kostnadsoverslag ved for eksempel installering av heis.

Håndverkere (snekker, elektriker, rørlegger) for kostnadsoverslag på bygningsmessige arbeider.

Når ulike løsningsalternativer er utredet og vurdert, sendes søknad til etatene som er involvert. Kommunen har plikt til å etterse at offentlige midler blir brukt hensiktsmessig (14).

PEO-modellen som teoretisk forankring

I dette prosjektet har vi lagt PEO-modellen (Person – Environment – Occupation) til grunn for planlegging og analyse. PEO-modellen evaluerer personen, omgivelsene og aktivitetene (15) PEO-modellen er en økologisk modell som ser på balansen mellom de tre komponentene: person, omgivelser og aktiviteter. Jo bedre balanse, dvs. at sirklene overlapper, jo bedre muligheter for aktivitetsutførelse. Relasjonen mellom de tre komponentene er transaktiv. Det innebærer at de alltid må vurderes sammen, fordi forandring i en av komponentene vil påvirke de andre. Derfor vil man heller aldri kunne forutsi resultatet av en intervensjon, eller kontrollere utfallet på noen måte. Man kan bare forvente at en endring kan skje (16)



2.0 Hensikt og problemstilling

Med utgangspunkt i oppdraget fra Helsedirektoratet har Drammen kommune gjennomført et prosjekt hvor fem brukere i en tidlig fase av demens/kognitiv svikt, har vært inkludert. Oppdraget gikk ut på å kartlegge mulige behov for boligtilpasning, og om personene hadde behov for velferdsteknologiske hjelpemidler som kunne bidra til mestring av hverdagen og muliggjøre at de fortsatt kunne bo lenger og trygt i eget hjem. Prosjektet ønsket å belyse følgende to problemstillinger:

Hvordan kan/bør eksisterende bolig tilpasses personer med begynnende demens og hvilke tilpasninger i hjemmet bør vurderes i et demensforløp.

Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler muliggjøre at personer med demens kan bo lenger hjemme. Dette inkluderer utprøving av ulike hjelpemidler og hvordan trygghetspakker kan tilpasses behovet til personer med demens.

For å kunne belyse disse to problemstillingene ble følgende forskerspørsmål formulert:

Forskerspørsmål knyttet til boligtilpasning:

Hvilke tilpasninger i hjemmet bør vurderes?

Hvilke tiltak kan personen nyttiggjøre seg i egen bolig?

Hva er kritiske områder i nåværende bolig?

Hvilke finansieringsmuligheter er det for utbedring av eksisterende bolig gjennom NAV og Husbanken?

Forskerspørsmål knyttet til velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler:

Hvilke velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler har personer med demens nytte av for å kunne oppleve trygghet og sikkerhet og mestre hverdagen i egen bolig?

Hvilke kritiske områder eksisterer for at personen skal kunne fortsette å bo i eget hjem?

Hvilke funksjoner/tiltak har pårørende nytte av for at de kan oppleve trygghet og sikkerhet for personen med demens?

Hvilke ressurspersoner/ressurser i omgivelsene finnes for personer med demens som tar i bruk velferdsteknologiske løsninger?

3.0 Prosjektorganisering

Prosjektet ble organisert med en referansegruppe og to arbeidsgrupper.

Referansegruppen:

- Berit Kvalvåg Grønnestad, Helsedirektoratet
- Sigrid Thielemann, leder Bystyrekomité helse, sosial og omsorg
- Kristina Waksvik, NAV, Drammen
- Birgit Huse, Husbanken, Drammen
- Hege Røkke, virksomhetsleder, Drammen kommune
- Kjersti Linneberg, rådgiver ”Skap gode Dager”, Drammen kommune
- Sissel Eriksen, rådgiver ” Skap gode dager”, Drammen kommune
- Bjørg Landmark, sekretær, rådgiver ” Skap gode dager”, Drammen kommune, Leder for Utviklingssenter for hjemmetjenester i Buskerud

Referansegruppen representerer prosjekteierne. Den bestod av ressurspersoner fra ulike samarbeidspartnere og fungerte som rådgiver for prosjektet. Referansegruppen bistod prosjektet med råd og veiledning og hadde dialogmøter med Arbeidsgruppe 1 to ganger per halvår.

Arbeidsgruppe 1:

- Tone Øderud, seniorforsker, SINTEF
- Torhild Holthe, forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse
- Kjetil Senum, prosjektmedarbeider, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse
- Sissel Eriksen, prosjektleder, Drammen kommune
- Bjørg Landmark, prosjektansvarlig, Drammen kommune

Arbeidsgruppe 1 har hatt ansvar for at prosjektet ble gjennomført i samsvar med hensikten og at forskerspørsmålene belyses. Det innebar å vurdere instrumenter for behovskartlegging og kartlegging av eksisterende bolig. Arbeidsgruppe 1 har også hatt ansvar for å skolere og følge opp Arbeidsgruppe 2 gjennom prosjektperioden. Det har skjedd ved regelmessige refleksjonsmøter, og ved at medarbeidere fra hjemmetjenesten har deltatt i hjemmebesøk.

Arbeidsgruppe 2:

- Monica Andersen, sykepleier
- Mona Jensen, hjelpepleier
- Zinat Hussainbore, sykepleier
- Tina Teien, omsorgsarbeider
- Sissel Eriksen, rådgiver/prosjektleder
- Laila Nilsen, pårørende
- Lisa Kvarme Pettersen, fagkoordinerende sykepleier
- Anette Kihle Langum, fagkoordinerende sykepleier
- Tonje Solstad-Nilsen, avdelingssykepleier
- Maria Nygård, avdelingssykepleier

Arbeidsgruppe 2 har hatt ansvar for den praktiske gjennomføringen. De har hatt den daglige oppfølgingen av brukere og pårørende, og rapportert resultater fra implementering til Arbeidsgruppe 1.

4.0 Metode

I prosjektet har vi benyttet et beskrivende og utforskende design. Kvalitativ metode er anvendt for å innhente data. Oppdraget fra Helsedirektoratet var å inkludere fem personer i en tidlig fase av demens og samarbeide med bruker og deres pårørende om boligtilpasninger og implementering av hjelpemidler/velferdsteknologi.

4.1 Utvalg

Totalt ble fem personer inkludert, tre kvinner og to menn i alder fra 63 til 85 år. En kvinne og en mann bodde sammen med ektefelle, mens de øvrige tre var aleneboende. Ingen av informantene hadde bolig med livsløpsstandard. Alle hadde kognitiv svikt, men kun to hadde diagnose da prosjektet startet. Tre personer var i en tidlig fase, mens to var i moderat fase av demensutviklingen. Alle informantene ble vurdert til å ha samtykkekompetanse i forhold til bruk av ulike hjelpemidler.

4.2 Kartlegging av brukerbehov

For å avdekke persons behov, både i forhold til boligtilpasning og velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler, ble det gjennomført en omfattende litteraturgjennomgang for å komme frem til de mest hensiktsmessige kartleggingsinstrumentene tilpasset vår målgruppe.

4.2.1 Kartlegging for å vurdere bolig

Litteraturgjennomgangen hadde som hensikt å identifisere mulige skjemaer for kartlegging av utfordringer i bomiljøet for personer med demens/kognitiv svikt (Vedlegg: 1). Følgende kartleggingsskjema ble vurdert:

HEAP - Home Environment Assessment Protocol

Housing Enabler

Self Assessment

Funksjonsattest for bolig, NAV

Boligsjekkliste, ergoterapitjenesten, Drammen

Sjekkliste fysisk miljø – Almas hus/geriatrisk ressurscenter

Hjemmevurdering av fysisk miljø, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse

Sikkerhet i hjemmet Rosenborgsenteret

To skjemaer kartlegger fysiske forhold i boligen for personer med bevegelseshemming (Housing Enabler og Bolig sjekklister fra ergoterapitjenesten i Drammen kommune). To skjemaer kunne være aktuelle å bruke (HEAP, Self Assessment,) men krevde oversettelse og validering for norske forhold. Bruk av Self Assessment krevde også kurs, noe som var uaktuelt med den tida som var til rådighet for prosjektet.

Følgende skjema ble brukt for å kartlegge det fysiske miljøet hjemme hos deltakerne med tanke på forhold som kunne utbedres for personer med kognitiv funksjonsnedsettelse:

- Sjekklister fysisk miljø – Almas hus/geriatrisk ressurscenter
- Funksjonsattest bolig fra NAV, Husbanken og kommuner og fylkeskommuner i Sør-Trøndelag
- Midtnorske kartleggingsverktøy, Fosslund Brørs og Ringseth
- Sikkerhet i hjemmet fra Rosenborgsenteret
- Hjemmevurdering av fysisk miljø, et selvkomponert skjema for kartlegging av kritiske faktorer i hjemmet ved Holthe og Senum

Samtlige kartleggings-skjemaer ble benyttet for å se hvilke som egnet seg best for denne type kartlegging.

4.2.2 Kartleggingsverktøy for å vurdere velferdsteknologi

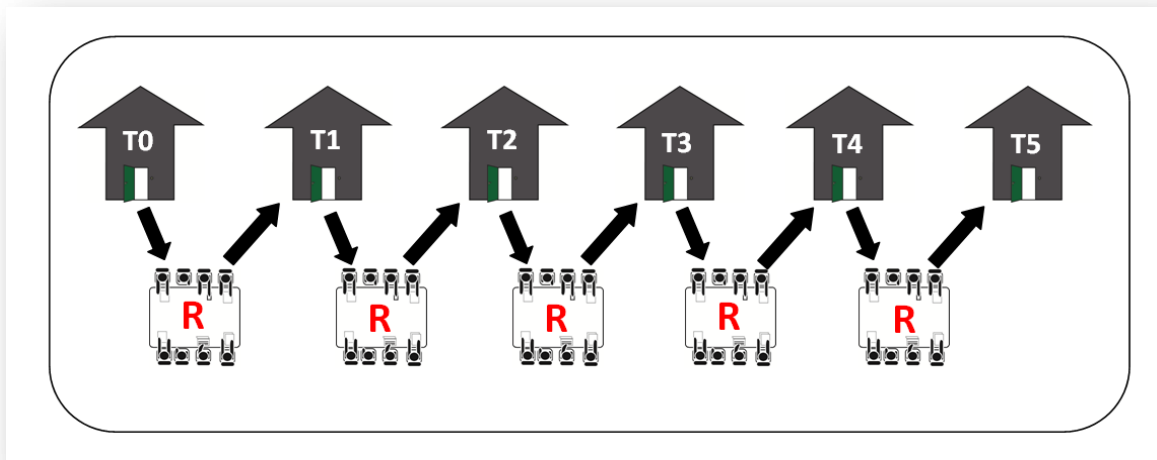
I 2014 kom to nye kartleggings-skjemaer for å vurdere brukerbehov for teknologi hos personer med kognitiv svikt.

- Midtnorske kartleggingsverktøy
- Verktøy for kartlegging av brukerbehov for velferdsteknologi – Sintef

Begge kartleggingsverktøyene er benyttet i prosjektet. Det var viktig for å få praktisk erfaring med bruken av dem, blant annet i den hensikt å vite hvilke spørsmål som er viktige å inkludere i en kartlegging.

4.3 Modell for gjennomføring av prosjektet

I prosjektet fulgte vi følgende modell for planlegging og gjennomføring.



T0 - Første hjemmebesøk. Forut for det første hjemmebesøket hadde medarbeidere i hjemmetjenesten identifisert og rekruttert deltakere. I besøket ble fungeringsevne og utfordringer i hverdagen kartlagt. Det ble gjort en gjennomgang av boligens fysiske miljø og observasjoner i forhold til personens daglige aktiviteter. Samtlige brukere hadde pårørende som kunne uttrykke brukers og egne behov. Ut fra dette ble det gitt informasjon om velferdsteknologiske løsninger og eventuelt andre tiltak. Avslutningsvis i det første møtet kom en fram til enighet om hvilke tiltak en skulle starte opp med.

T1- Andre hjemmebesøk. Implementering av produkt og løsning som ble bestemt under første hjemmebesøk. Det ble gitt opplæring til bruker og pårørende.

T2 - Telefonsamtale med pårørende. I samtalen ble det lagt vekt på å høre pårørendes erfaringer med hvordan implanterte løsninger fungerte.

T3 – T4. Hjemmebesøk en gang per måned. Hensikten var å avdekke behov for justeringer eventuelt prøve ut nye tiltak/løsninger.

T5. Hjemmebesøk med avsluttende samtale. Hensikten var å høre bruker og pårørendes erfaringer med utprøvde tiltak, samt deres opplevelse av å delta i prosjektet.

R – Refleksjonsmøter. Arbeidsgruppe 1 og Arbeidsgruppe 2 hadde refleksjonsmøter en gang per måned. NAV og Husbanken har deltatt ut fra aktuelle problemstillinger. Hensikten med møtene var gjensidig erfaringsutveksling og å reflektere over utfordringer knyttet til boligtilpasninger og velferdsteknologiske løsninger /hjelpemidler hos den enkelte bruker. Igangsatte tiltak ble evaluert og justert og videre fremdrift ble planlagt og ansvarssatt. Det ble lagt vekt på både prosess og resultat. Kunnskapsoverføring fra eksterne og interne samarbeidspartnere var en viktig del av refleksjonsmøtene.

4.4 Etisk refleksjon

Prosjektet ble lagt frem for **Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)** (05.01.2014. **Ref.nr.: 2014/11 A**). I svar fra REK fremkommer det at prosjektet anses som helsetjenesteforskning. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til regler for taushetsplikt og personvern. Disse kravene er ivaretatt i planlegging, gjennomføring, evaluering og publisering av prosjektet. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra både deltaker og pårørende som ønsket å delta i prosjektet (Vedlegg: 2). Medarbeiderne i kommune rekrutterte brukere. De som samtykket til å delta, ble introdusert for prosjektet på et hjemmebesøk. Dersom de ønsket å delta i utprøving av enkelte hjelpemidler, ble det utarbeidet en plan for oppfølging.

5.0 Resultat/Drøfting

Vi har valgt å presentere resultatene og drøftingen under ett, knyttet opp mot problemstillingene og forskerspørsmålene.

5.1 Hvordan kan/bør eksisterende bolig tilpasses personer med begynnende demens og hvilke tilpasninger i hjemmet bør vurderes i et demensforløp.

Resultatene viser at det er individuelle forskjeller ut fra nåværende bolig, brukers ressurser og hva han/hun anser som viktig for seg i sin situasjon. Erfaringene tilsier at ikke alltid er samsvar mellom det kartleggerne avdekker av behov og det bruker vurderer som ønskelig. Eksempelvis vil det å fjerne en høy terskel til badet ikke være påkrevet for en som er lett til bens og som er vant til omgivelsene slik de er. Men for en som har redusert motorikk vil tiltaket kunne være fallforbyggende.

Behovet for boligtilpasninger kan avhenge av diagnose. Eksempelvis vil demens ved Parkinsons sykdom og Lewy Body disease ofte medføre motoriske funksjonsnedsettelse som kan kreve fysisk tilpasning av boligen for at personen skal kunne bo hjemme. Personer med Alzheimers sykdom vil derimot kunne opprettholde motorisk fungering lenger og vil kunne profitere på tiltak som god belysning, fargekontraster som kan fremheve viktig informasjon og lette orientering i boligen. Litteraturen dokumenterer behovet for endringer i bomiljøet i løpet av en sykdomsutvikling (17). Gjennom prosjektet har vi erfart at det er viktig å gå forsiktig frem når en skal gjøre endringer i et hjem. Selv om vi vet hvilke behov som trolig vil oppstå, må boligendringene være på brukers premisser.

5.1.1 Hvilke tilpasninger bør vurderes i hjemmet?

Prosjektperioden har vært kort, og vi fikk lite erfaringer med hvilke tilpasninger av boligen som har effekt for personer med demens i løpet av en sykdomsutvikling. Brukerne som har deltatt har vært fysisk spreke og i stand til å mestre fysiske utfordringer i egen bolig. Alle tilpasninger i et hjem må undersøkes ut ifra brukerens helsetilstand, preferanser, vaner og rutiner.

Eksempler på behov for boligtilpasninger avdekket i prosjektet:

- Behov for rekkverk i en bratt stigning utenfor boligen for å redusere faren for fall og lette adkomsten til og fra boligen.
- Behov for regulering av temperatur på varmtvannet. I ett tilfelle hadde deltakeren en varmtvannsbereder av eldre dato der man ikke kunne regulere temperaturen på en enkel måte.
- Behov for bedre belysning: Hos en bruker var det generell dunkel belysning. Personen hadde for vane å slå av alle lamper inne om dagen.

5.1.2 Hvilke tiltak kan personen nyttiggjøre seg i egen bolig?

Gjennom prosjektperioden har vi høstet begrenset erfaring med fysiske tilpasninger i egen bolig. Ettersom ingen hadde utfordringer med å bo i nåværende bolig og fordi prosjektperioden var kort.

For å gjennomføre en systematisk kartlegging for å avdekke kritiske områder, ble følgende kartleggingsskjema vurdert:

Demensvennlige omgivelser. Skjemaet består av to A4-sider. Det skal fylles ut ett skjema for hvert rom i boligen. Områdene som bør vurderes er:

- Forenkle og rydde
- Farger og kontraster
- Merking og skilting
- Syn og belysning
- Hørsel og støy
- Trygghet og sikkerhet

Når kartleggingen er fylt ut, er det et felt for oppsummering og prioritering av tiltak. Vår vurdering av skjemaet er at det ikke var relevant å benytte i prosjektet. Muligens kan det ha sammenheng med at personene var i en tidlig fase av demensutviklingen. Skjemaet kan være relevant for personer med demens om er kommet lenger i sykdomsutviklingen. Skjemaet er ikke validert.

Funksjonsattest bolig. Basert på rapporten ”Kunnskap til rett tid” (18). Skjemaet består av 17 sider med avkrysning med Ja/Nei som svaralternativ. Skjemaet kartlegger:

- svingradius for rullestol i ulike rom
- dørbredde
- stigningsgraden til inngangsparti/atkomstvei
- allmennbelysning
- mobilitetsforhold

Dette er forhold som kan være aktuelt også for personer med kognitiv svikt dersom de har fysiske funksjonsnedsettelse. Primært ville vi i dette prosjektet kartlegge forhold som kunne ha betydning for manglende mestring i hjemmet pga. kognitiv svikt. Skjemaet ble vurdert som mindre relevant.

Midtnorske kartleggingsverktøy. Skjemaet består av syv sider. En side gjelder kartlegging av bolig. Skjemaet kartlegger:

- type bolig
- adkomst ute og inne
- eksisterende utstyr i hjemmet
- hvilke sikkerhetsteknologi som finnes
- elektrisk anlegg (kapasitet og antall stikk-kontakter)
- plassering av lysbrytere
- internett-tilgang
- mobildekning

I tillegg er det en rute der en kan fylle ut andre kommentarer om boligen. I prosjektet erfarte vi dette som relevante punkt å kartlegge hjemme hos deltakerne.

Sikkerhet i hjemmet. Skjemaet er på en side og kartlegger:

- alarmer som trygghetsalarm, røykvarsler
- brannslukningsutstyr
- rømningsvei
- bruk av åpen ild som sigaretter og ildsted
- sterk varme fra komfyr, stråleovn og kaffetrakter
- forhold som kan øke risiko for fall

Skjemaet fylles ut sammen med bruker i hjemmet. Svaralternativene er: ”ja” eller ”nei”.

Skåringsmessig er det lett å få oversikt over antall ”ja” versus antall ”nei”. Bare nei svar indikerer relativt høy grad av sikkerhet. Hvis ett eller flere ja, må hver sak vurderes i forhold til personens behov. Skjemaet ble vurdert som relevant.

Hjemmevurdering. Skjemaet ble utarbeidet i dette prosjektet. Det består av to A4sider. Side 1 kartlegger risikoer og sikkerhet i alle rommene i hjemmet. Side 2 ser på boligens utforming relatert til brukerens behov. Temaene som etterspørres, ansees som viktige for hjemmeboende personer med demens. Skjemaet er ikke validert. Skjemaet ble benyttet i prosjektet og resultatene er satt inn i en tabell (Vedlegg; 3).

5.1.3 Hva er kritiske områder i nåværende bolig?

Personene inkludert i prosjektet var i en tidlig fase, men generelt vil det være risikofaktorer knyttet til alle hjemmeboende tjenestemottakere med nedsatt funksjonsnivå.

I prosjektet avdekket vi kritiske områder i boligene. Det mest kritiske området var knyttet til manglende rømningsvei for en person. Rømningsveien eksisterte, men på grunn av personens reduserte fysiske funksjon og kognitive svikt stiller vi oss undrende til om vedkommende hadde klart å benytte den.

Manglende evne til å tolke sanseinntrykk (agnosi) er utbredt ved demens. I ettertid ser vi at det burde vært inkludert i kartleggingen, eksempelvis tolke lyd av brannvarsel.

Andre kritiske områder kan være:

- Boligens utforming og interiør. Manglende rekkeverk, høye dørterskler, løse tepper, glatte baderomsgulv, manglende belysning m.m utgjør en fare for fall. Personer med nedsatt kognitiv funksjon har større risiko for å falle enn andre eldre (19).
- Feil bruk av elektriske apparater representerer en risiko for brann.
- Brannvarsler som av ulike grunner ikke fungerer er også en trussel for personens sikkerhet.

5.1.4 Hvilke finansieringsmuligheter er det for utbedring av eksisterende bolig gjennom Husbanken og NAV?

5.1.4.1 Husbanken

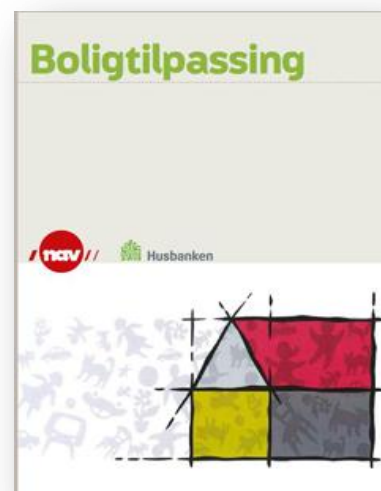
Regjeringens visjon for boligpolitikken er at alle skal kunne bo trygt og godt. Husbanken er statens sentrale organ for gjennomføring av politikken og ser på velferdsteknologi som et viktig virkemiddel for at folk skal kunne bo hjemme lengst mulig med best mulig bokvalitet.

Husbanken tilbyr en rekke kompetansetjenester og økonomiske virkemidler for hjemmeboende som har behov for tilpasning av bolig (Vedlegg; 4).

Følgende virkemidler behandles og forvaltes av Husbanken:

- Tilskudd til utredning og prosjektering.
- Tilskudd til tilstandsvurdering.
- Tilskudd til heis.

Husbanken har overført forvaltningen av midler til mindre boligtilpasninger til kommunen.



Virkemidler som behandles og forvaltes av kommunen:

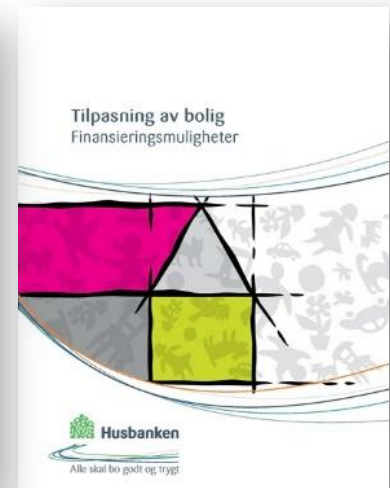
Tilskudd til tilpasning skal bidra til at personer med behov for tilpasset bolig får nødvendig finansiering. Dette gjelder fra enkle tilpasninger til større ombygginger slik at boligen kan tilrettelegges i forhold til deres funksjonsnivå. Ordningen er økonomisk behovsprøvd og tilskuddet skal gå til dekning av nødvendige utgifter. Det er ikke noe i veien for å søke om tilskudd selv om en har noe oppsparte midler. Har en søker stor formue vil det ikke innvilges. Tilskuddet kan gis til både eid og leid bolig.

Ved beløp over 40 000 kr tas det pant i boligen. Denne panten går prosentvis ned årlig med en tidsramme på 10 år. Hvis bruker ikke vil bruke egne midler på utbedring og har en kognitiv svikt og lite innsikt i egen situasjon, kan man dokumentere dette og sende det med søknaden.

Husbankens rolle når det gjelder velferdsteknologi er å ha oversikt over, og formidle kunnskap om tilgjengelig velferdsteknologi, stimulere til implementering av teknologien og formidle erfaringer fra virksomme velferdsteknologiske tiltak som er implementert i kommunene. Husbanken skal ha oversikt over de krav til teknologiske tilpasninger og løsninger som til enhver tid gjelder for bruk av Husbankens økonomiske virkemidler.

Velferdsteknologi i bolig handler om å kunne greie mer av de daglige gjøremål selv og kunne få økt kontakt med andre, det være seg familie, venner eller naboer. Teknologien skal bidra til en mest mulig selvstendig tilværelse i hjemmet. Velferdsteknologi kan bidra med støtte i hverdagen, det kan fremme livskvalitet og egenmestring, samfunnsdeltakelse, selvstendighet og brukermedvirkning.

Ytterligere informasjon om Husbanken, virkemidler, gjeldende retningslinjer, veiledere, eksempelsamlinger og mye mer, finnes på www.husbanken.no



5.1.4.2 NAV hjelpemiddelsentral

NAV hjelpemiddelsentral har en rekke hjelpemidler som kan bidra til mestring og selvstendighet (<https://www.nav.no>). Hjelpemiddelsentralen arbeider med tekniske og ergonomiske tiltak overfor enkeltbrukere, og kan gi råd i valg av løsning og tilpasse ulike hjelpemidler for funksjonshemmede til bruk i og utenfor boligen. Personer som har nedsatt kognitiv funksjonsevne på grunn av demens kan få kognitive hjelpemidler.

5.2 Hvordan kan velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler muliggjøre at personer med demens kan bo lenger hjemme. Dette inkluderer utprøving av ulike hjelpemidler og hvordan trygghetspakker kan tilpasses behovet til personer med demens.

Prosjektets hensikt var å identifisere velferdsteknologi og hjelpemidler som kunne støtte personer i en tidlig fase av en demensutvikling til å bo trygt hjemme. En kan i hovedsak tenke to formål. Det ene er å skaffe produkter som bidrar til at mennesker bedre kan mestre egen hverdag, det andre er at produkter og løsninger kan bidra til trygghet for brukere, pårørende og medarbeidere.

For å velge riktige hjelpemidler må en utrede hvilke funksjonstap bruker opplever, hva brukeren selv beskriver som et problem, og hvilke gjenværende ressurser vedkommende har. Med en forståelse av at demens rammer kognisjon, der sensorisk og/eller motorisk funksjon er rammet, vil noen brukere nyttiggjøre seg hjelpemidler som tydeliggjør visuelle og auditive inntrykk. Andre vil ha best nytte av enklere brukergrensesnitt som forenkler motorisk bruk.

Vi har delt inn hjelpemidlene i to kategorier:

- hjelpemidler som forsterker sensorisk input
- hjelpemidler som fasiliterer (forenkler) motorisk output.
-

Sensorisk input gjelder å sanse og persipere (legge mening til) omgivelsene og/eller objekter i omgivelsene. Personer som har utfordringer med sanseapparatet, med å legge mening til det de ser og hører, eller med å forstå sammenhengen i det som leses eller høres, vil ofte ikke få til en viljestyrt hensiktsmessig handling. Det kan eksempelvis være brukere som har problemer med å holde avtaler, ta tabletter til riktig tid eller bruke papir etter toalettbesøk. En verbal eller visuell beskjed kan være et forsterket og hensiktsmessig input. En påminnelse i form av en talebeskjed kan gjøre det enklere å ta medisinen til rett tid. Å få øye på toaletttrullen fordi den er lett synlig mot en rød bakgrunn gjør det enklere å se og huske å bruke toalettpapir. En skriftlig beskjed på ei tavle eller på en lapp på kjøkkenbenken kan hjelpe brukere til å huske avtaler o.l. Likeledes vil merking av knapper (ikoner for de ønskede kanaler) på en enkel fjernkontroll gjøre det lettere å velge riktig.

Velferdsteknologi som forsterker sensoriske input kan være dag- og natt kalender, nettbrett med beskjeder om å ta medisiner, samt dørsensor med tale. Velferdsteknologi som kan forenkle den praktiske bruken, kan være nøkkelfinner, enkel fjernkontroll, enkel bordtelefon, enkel mobiltelefon, manuell medisindosett m.v. Hjelpemidler som forsterker sensoriske input kan være almanakk, white board, rødt felt til toaletttrull, merkelapper på skap og vaskemaskin.

Hjelpemidler som kan forenkle oppgaver kan for eksempel være medisindosett.

Motorisk output gjelder utførelse av viljestyrte, smidige og hensiktsmessige handlinger i en gitt situasjon. Utforming av produkter har mye å si for om han lykkes, eller ikke lykkes, med å bruke produktet på en hensiktsmessig måte. En forenklet fjernkontroll til TV kan gjøre det enklere å finne fram til kanalen brukeren vil se på. Helsepersonell må derfor kartlegge om bruker oppfatter og forstår og kan nyttiggjøre seg visuelle beskjeder i form av bilder, piktogrammer eller skrevne beskjeder.

5.2.1 Hvilke velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler har personer med demens nytte av for å kunne oppleve trygghet og sikkerhet og mestre hverdagen i egen bolig?

Behovet for hjelpemidler vil variere fra person til person, avhengig av personens behov, gjenværende ressurser, ønsker og preferanser, samt sosialt nettverk. En kan ikke generalisere, men nødvendigheten av å gjøre gode behovsanalyser i tett samarbeid med bruker og pårørende er viktig. Det forutsetter kompetanse som innebærer at man vet noe om mulige løsninger/tiltak som kan iverksettes.

For å illustrere mangfold og kompleksitet har vi valgt å presentere den enkelte deltakers behov, valg av hjelpemidler, bruk og nytte av hjelpemidlene, erfaringer knyttet til å delta i prosjektet og hvilke etiske vurderinger som ble gjort. Alle navn og personlige opplysninger er anonymisert. Det ble testet ut og evaluert 18 ulike hjelpemidler for de fem deltakerne.

5.2.1.1 Fortellingen om Anne

Bakgrunnsinformasjon. Anne er 64 år, enke og bor alene i en leilighet over to plan. Hun har soverom i underetasjen og stue, kjøkken og bad i 1. etasje. Hun har kognitiv svikt med utpreget hukommelsesproblemer etter et hjerneslag. Anne har bodd på sykehjem etter hjerneslaget, men mistriivdes og forlot sykehjemmet dersom hun fikk muligheter til det. Hun har en bror som bor i nærheten av henne og en datter som er bosatt en times kjøring fra Annes hjem.

Brukerbehovsanalyse

Anne har ønske om å bo i egen leilighet. For at dette skal kunne innfris har hun behov for bistand til:

- personlig hygiene
- medikamenthåndtering
- strukturere døgnet
- måltider
- sosial kontakt

Anne har utfordringer med å:

- betjene fjernkontrollene til TV og dekoder
- bruke telefonen, verken til å ringe ut eller ta i mot samtaler
- orientere seg i områder utenfor kvartalet hvor hun bodde
- temperere vannet til dusj og håndvask
- bruke komfyr og kaffetrakter, da hun glemmer å slå de av etter bruk
- ha oversikt over hva som befinner seg i skuffer og skap på kjøkkenet
- finne frem til toalettet om natten

Det var behov for lys i trappen fra soverommet og opp til etasjen over hvor toalettet ligger. Anne har noe nedsatt bevegelighet pga. smerter i hoftene og risikoen for fall er stor når trappen ikke er opplyst.

Valg av hjelpemiddel

For at Anne kunne flytte tilbake til hjemmet, ble det viktig å vurdere hva som kunne gi en faglig forsvarlig tjeneste. Frem til hjelpemidler var på plass, og til de var testet ut, ble det satt inne døgnkontinuerlig bemanning i boligen.

Aktuelle tiltak var:

Alarm på ytterdør med direkte varsling til hjemmetjenesten dersom døra ble åpnet mellom kl 22.00 og 07.00. Ved varsel fra døralarm, ville hjemmetjenesten rykke ut og sjekke om Anne var hjemme. Hvis hun ikke var hjemme, skulle personalet lokalisere GPSen hennes. Hjelpemiddelsentralen dekker ikke varslingsteknologi hvis varslene skal gå til andre utenfor boligen. Da må løsningen kjøpes av bruker selv eller kommunen. Fordi vi var i prosjekt ble det gjort et unntak fra Hjelpemiddelsentralen, slik at vi fikk varslingsteknologi dekket av dem.

GPS: Drammen kommune gjennomfører et prosjekt med utprøving av lokaliseringsteknologi. Anne ble innlemmet i dette prosjektet fordi både datteren og hjemmetjenesten var bekymret for at Anne ikke vil finne veien hjem. Hjemmetjenesten er ansvarlig for å lade GPSen og feste den til nøkkelknippet hennes.

Talemelding ved utgangsdør: Dersom Anne skulle finne på å gå ut om natta, ble det installert en talepåminner om ikke å gå ut mellom klokka 22 og 07. Dersom Anne kom mot utgangsdøra ville en sensor registrere dette og aktivere en talemelding (datterens stemme) som sa; ”hei mamma – nå er det natt, nå må du ikke gå ut”! Den ble søkt om hos NAV hjelpemiddelsentral.

Memo Messenger: Som et tiltak for å minne Anne på å spise, samt å minne henne på å gå på toalettet, ble det anskaffet en klokke med muligheter for å legge inn talemeldinger til gitte tidspunkt. Eksempel på en talebeskjed: ”Nå er klokka fire, nå er det tid for å spise”. Memo Messenger ble anskaffet gjennom hjelpemiddelsentralen.

Forenklet fjernkontroll: Det ble først forsøkt å tape over knapper på de to fjernkontrollene til TV og dekker, som ikke var nødvendig å bruke. Dette fungerte ikke fordi Anne allikevel trykket på disse knappene og hadde krefter nok til å trykke gjennom tapen. Resultatet var at hun ikke fikk sett de programmene hun ville. Anne hadde behov for en enklere fjernkontroll, helst en som kunne betjene både TV og dekker. Ved testing av denne enkle fjernkontrollen viste det seg at Anne trykket for lenge på AV og PÅ-knappen, og dette gjorde at enten dekker eller TV slo seg av igjen. Siden Anne hadde et TV av nyere dato, med åpning for CAM (et adapter der man setter inn TV-kortet fra dekkeren), muliggjorde dette at man kunne fjerne dekkeren, og dermed klare seg med en fjernkontroll. Fjernkontrollen ble anskaffet gjennom hjelpemiddelsentralen

Enkel telefon: Anne fikk en enkel mobiltelefon med fire forhåndslagrede nummer til familiemedlemmer. De fire knappene ble merket med navnet til personen hun kunne ringe til. Etter å ha trykket på navnet, måtte Anne trykke på en grønn knapp for å ringe ut. Den grønne knappen skulle også benyttes for å besvare anrop. I tillegg kjøpte datteren en analog bordtelefon som Anne kunne ha hjemme (Doro Memoryplus 319 IPH). Den hadde fire forhåndsprogrammerte nummer, der hver knapp hadde bilde av den hun kunne ringe til.

Kontrastfarge bak toaletttrullen: En hypotese var at Anne ikke benyttet toalettpapir fordi hun ikke så toaletttrullen. Tiltaket som ble foreslått var å lage en bakgrunn i kontrastfarge til toalettpapiret.

Regulering av varmtvannet: Temperaturen fra varmtvannsbereider ble nedjustert til 40 grader.

Komfyrvakt: Det ble installert komfyrvakt (type Anna 25 A) på komfyren av hjelpemiddelteamet i kommunen.

Timer på kaffetrakteren: Anne fikk først en timer til kaffetrakteren, men husket ikke å aktivere denne. Dermed fjernet hun den og koblet kaffetrakteren utenom. Datteren kjøpte da en kaffetrakter med automatisk tidsbryter på 30 minutter.

Merking av skuffer og skap på kjøkkenet: Datteren tok initiativ til å sette opp merkelapper på skap og skuffer på kjøkkenet for at Anne skulle få en oversikt over hvor ting var.

Ledelys i trappen til toalett. Det ble satt opp ledelys fra seng til toalett, som aktiveres mellom klokka 23 og 07. Ledelys ble aktivert når Anne gikk ut av senga av en sensor under madrassen. Det ble satt opp fem lyspunkter i trappeoppgangen. Lysene slår seg automatisk av når Anne er tilbake i senga. Ledelysene ble innkjøpt av prosjektmidler.

Bruk og nytte av hjelpemidlene

Effekten av igangsatte tiltak ble kontinuerlig vurdert:

Døralarm på ytterdør: Alarmen ble ikke utløst i løpet av prosjektperioden.

Talemelding ved utgangsdør: Anne irriterte seg over talebeskjeden som kom hver gang hun gikk på toalettet. Løsningen ble koblet fra etter kort tid (ca en måned). Den hvilende nattvakta hadde ved flere anledninger hørt at Anne hysjet på stemmen som sa at hun ikke måtte gå ut.

Memo Messenger: Anne irriterte seg over stemmen til datteren som sa hva hun skulle gjøre. Produktet ble levert tilbake til hjelpemiddelsentralen etter ca tre måneder.

Enklere fjernkontrollen gjorde at Anne klarte å slå på TV og finne kanaler hun ønsket å se. Hun kunne også justere lyden. Det var viktig for henne å bare ha en kontroll med få og tydelige ikoner på knappene.

Telefon: Anne var fornøyd med begge telefonene og ville beholde disse. Hun klarte både å motta og å ringe ut samtaler på bordtelefonen. På mobiltelefonen klarte hun å ta i mot anrop.

GPS: Annes datter og hjemmetjenesten mente at GPS var en forutsetning for at Anne kunne bo trygt hjemme, men det har vært ulike utfordringer knyttet til bruken. Hjemmetjenesten forteller at Anne sier at hun opplever å bli overvåket. Anne har gitt tydelig uttrykk for at hun ikke ønsker GPS'en ved at hun gjemmer dem. Totalt er det blitt byttet tre defekte GPS i løpet av prosjektperioden.

Toalettshygiene: Pleiepersonalet mener at Anne har blitt bedre til å bruke toalettpapir mot slutten av prosjektperioden. Det er imidlertid usikkert om dette skyldes kontrastfargen bak toaletttrullen eller en generell bedring i hennes tilstand.

Regulering av varmtvannet: Det ble ikke observert noen problemer med bruk av for varmt vann – vannet holder 40grader.

Komfyr og kaffetrakter: Det ble ikke registrert noen farlige situasjoner rundt bruken av komfyr eller kaffetrakter etter tilpasning med komfyrvakt og kaffetrakter som slår seg av automatisk.

Finne fram i skap og skuffer på kjøkkenet: Etter en tid ble det observert at Anne lettere fant fram i skuffer og skap på kjøkkenet. Det er imidlertid usikkert om dette skyldes merkingen av skuffer og skap eller andre faktorer.

Finne fram til WC om natta og forebygge fall: Anne fjernet sensoren under madrassen som slo på og av ledelysene, og la den under senga. Hun fjernet også lyskilden som sto på rommet og som var hjernen i ledelyssystemet. Det ble også observert at hun la seg inn på gjesterommet flere netter. På spørsmål svarte Anne at hun ikke likte ledelysene. I løpet av prosjektperioden oppsto det også behov for oppdatering av softwaren, noe som førte til at ledelysene måtte tas bort fra Annes hjem i tre ca. uker. Det ble observert at Anne løftet bena over lyspunktene i trappa. Selv om hun støttet seg til begge gelendene, kunne dette utgjøre en fare for fall. Et hjelpemiddel som medfører nye barrierer bør fjernes og dette ble gjort mot slutten av prosjektperioden.

Annet: I sluttintervjuet kom det fram at Anne gikk på dagsenteret selv om det ikke var hennes dag. Vi spurte om hun visste hvilken dag det var, og det kunne hun ikke svare på. Det kunne være et tegn på at Anne hadde behov for en automatisk kalender som viste dag, dato og når på døgnet det var. Hun fikk se bilde av en slik kalender, og hun samtykket til å prøve denne. Den ble derfor anskaffet via Hjelpemiddelsentralen og installert i stua hennes på slutten av prosjektperioden.

Erfaringer med bruk av hjelpemidler

Både Anne og datteren gir uttrykk for at de føler det har vært bra å være med i prosjektet. Datteren gir uttrykk for at moren har fått nødvendig oppfølging i form av teknologi, hjelpemidler og tilpasninger i boligen, for å kunne bo alene. Anne forteller at det har vært hyggelig med besøk fra personer som er tilknyttet prosjektet.

Etiske vurderinger

Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-1 sier at helsehjelp bare skal gis dersom personen samtykker. Kap.4a gir imidlertid åpning for at helsehjelp kan gis selv om pasienten motsetter seg. Dette fordrer imidlertid at brukeren ikke har samtykkekompetanse. I utgangspunktet hadde ikke Anne noe reelt valg hvis hun ønsket å flytte hjem. I samtale med henne ble hun informert om at en av forutsetningene for hun kunne bo hjemme var at hun benyttet GPS. Annes datter støttet denne beslutningen.

Funn fra forskningen til Moser og Thygesen (20) viser at implementering av GPS kan være avgjørende for om en bruker med demens kan fortsette å gå tur alene og leve aktivt. Anne har kognitiv svikt. GPSen bidro til at Anne fikk mulighet til å opprettholde aktiviteter som var viktige og identitetsdannende for henne. Anne kunne fortsette å gå turer på egenhånd og kunne få bistand hvis hun gikk seg bort. Tilgang til GPS åpnet Annes muligheter til å bevare en identitet og opprettholde et selv. Anne var positiv til GPS da hun fikk informasjon om den før hun flyttet hjem, men viste økt motstand mot å benytte den etter hvert. Dette kan tolkes som bruk av tvang og det må søkes vedtak etter Pasient og brukerrettighetslov kap.4a (21)

Anne fjernet flere ganger av GPSen fra sitt nøkkelknippe. Det kan tolkes som at hun ikke ønsket å ha den med seg når hun gikk på tur. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven har helsepersonell ikke anledning til å benytte GPS til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg, uten at det fattes vedtak etter kap.4a. Det er heller ikke lov å holde en person tilbake i eget hjem. Vedtak om tilbakeholdelse gjelder kun for institusjoner. Det betyr i praksis at Anne enten må benytte GPS eller å bli innlagt i institusjon. Pasient- og brukerrettighetslovens kap.4a åpner for muligheten til å benytte GPS til personer uten samtykkekompetanse og som motsetter seg. Det forutsetter at vedtak fattes (21). Vår vurdering var at det var mindre inngripende for Anne å benytte GPS enn å bli innlagt i institusjon.

Videre fortolket vi Annes utsagn dit hen at hun ville ønsket å benytte GPS dersom hun hadde hatt samtykkekompetanse.

GPS-lokalisering gir etiske utfordringer med tanke på overvåkingsaspektet, med konfidensialitet og retten til privatliv. Det kan oppfattes utfordrende at andre har mulighet til å vite hvor brukeren befinner seg når hun er på tur alene. Moser og Thygesen (22) skiver at god demensomsorg dreier seg om å opprettholde personen. Opprettholdelse av personen skjer gjennom at brukeren oppnår, utvikler eller vedlikeholder et selv. Personen må også oppleve å bli betraktet som en person fra sine omgivelser. For å opprettholde personens oppfattelse av et selv, må man ta hensyn til personens kapasitet og autonomi, noe vi vurderer ble ivaretatt i Annes situasjon. I følge Moser og Thygesen (22) har alle intervensjoner også negative sidene. Negative konsekvenser må veies opp mot fordeler for å komme fram til den beste løsningen (ibid). For at Anne skal kunne opprettholde sitt selv, kan det være viktig for henne å ha mulighet til å gå tur på egenhånd, kan man argumentere for at det var etisk riktig å tilby Anne en GPS, til tross for utfordringen med bruken av GPS.

Dørsensor var montert for å varsle hjemmetjenesten dersom Anne gikk ut om natta. Denne funksjonen var trolig ikke brukeren helt klar over, selv om hun fikk informasjon før utstyret ble montert.

Talepåminner ble installert fordi pårørende var engstelige for at hun skulle gå ut om natta etter at hun hadde vært på toalettet eller at hun ikke skulle finne veien tilbake til senga. Derfor ble det installert både en bevegelsesstyrt sensor med dørtaler som minnet henne om å gå og legge seg etter toalettbesøk. Det ble også montert ledelys i trappa og i gangen mellom soverom og bad. Alle løsningene ble implementert av sikkerhetshensyn. Det er viktig å være bevisst på hvilket behov teknologien skal dekke. Er det slik at hjemmetjeneste og/eller pårørende kan kreve at en person skal ha trygghetsteknologi installert for fortsatt å kunne bo hjemme og motta tjenester der, framfor å flytte til et sykehjem? Det er helsepersonell som må ta avgjørelsene om hva som er faglig forsvarlig i henhold til lovverket. Anne uttrykte et sterkt ønske å bo hjemme og gikk fra sykehjemmet når hun fikk anledning. Når hun ble innlemmet i prosjektet fikk hun mulighet til å bo hjemme med støtte av velferdsteknologi. Anne viste tilfredshet med å bo hjemme og har på flere måter hatt en bedring. Ved avslutningen av prosjektet var Annes situasjon endret. Hun hadde behov for økt sosial kontakt og uttrykte at hun kunne tenke seg å flytte til et sted med personell. Dette støttes av pårørende.

5.2.1.2 Fortellingen om Kristin

Bakgrunnsinformasjon. Kristin er midt i 70 åra, gift og bor sammen med ektefellen i en enebolig. Hun har nedsatt hukommelse etter at hun har fjernet en svulst i hjernen. Hun er fysisk sprek og opprettholder daglige aktiviteter som personlig pleie, matlaging og husarbeid. Kristin liker å lese bøker og deltar ukentlig på trim.

Kristin mener at hverdagen går bra, hun vet at hun er glemsk, men husker ting som er innprentet, for eksempel at de skal på en reise eller i en konfirmasjon. Hun har ingen vansker med å holde styr på medisiner, avtaler etc. Hun er ryddig av natur og har et eget system med lapper på kjøkkenbenken, som ser ut til å fungere. Kristin er gift med Peder, som er 10 år eldre. Han kjører bil og gjør alt arbeid i hagen, og har ansvar for nettbank og innkjøp. Han opplever at konas hukommelsessvikt kan være vanskelig fordi han må gjenta ting og forklare sammenhenger. Peder mener Kristin bør trene opp hukommelsen ved å løse kryssord, sudoku o.l. Han mener hun også burde gå mer tur for å få fysisk trening og mosjon.

Brukerbehovsanalyse.

Kristin har ansvar for innkjøp av matvarer. Dette gir henne store utfordringer da hun handler inn varer de allerede har hjemme. Under handlingen glemmer hun hva hun har funnet frem og legger flere av de samme varene i handlevognen. Peder må sette dem tilbake i hyllene.

Kristin har utfordringer med å:

- sjekke ut hva de har behov for å handle
- holde oversikt over hva som er i handlekurven

Kristin hadde også behov for merking av programmene på vaskemaskin. Hun strevde med å forklare hvordan hun stilte inn vaskemaskinen og leste bruksanvisningen hver gang for å sette på riktig program.

Valg av hjelpemiddel

Penn: Vi foreslo at Kristin tok med en penn på handleturene, slik at hun kunne stryke over varene på listen etter hvert som de havnet i handlevogna. Peder forsøkte å minne henne på benytte penn når de handlet, men Kristin avviste han.

White board: For at Kristin skulle få oversikt over hva hun skulle kjøpe inn ble det foreslått to tiltak 1) en hvit tavle ved utgangsdøra med en beskjed om: ”Husk å sjekke matboden” og 2) mannen måtte minne henne på at hun gikk innom matboden og sjekket hva de allerede hadde, slik at hun fikk ajourført handlelisten. Vi anbefalte at tavla ble hengt opp ved utgangsdøra. Kristin mente de ikke trengte tavla, men aksepterte at den kunne ligge på spisebordet inntil de fikk testet om den kunne være nyttig.

Dag- og nattkalender fikk Kristin før hun ble med i prosjektet. Den var plassert på kjøkkenet der hun har medisindosetten, og hun synes den er fin.

Merking av vaskeprogrammer. Det ble foreslått en forenkling og en tydeliggjøring av vaskeprogrammene. Kristin fortalte at hun pleide å lese på bruksanvisningen hver gang hun skulle sette på en vask. Bruksanvisningen så slik ut:

| PROGRAMNØPP | PROGRAM | TEMPERATUR (°C) | SENTRIFUGERINGS- TILSNET (rpm) | FORSINKET START (h) | TILVALG | | | | | | |
|-------------|---------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------|------------------|---------------------|-------------------------------|----------|------------------------|-------------------|---------|
| | | | | | Belæging vask | Kort hoved- vask | Flakket EZ-Oh / Flakket | Superkyl | Kort sennt fugering | Sennt fugering | Ullvask |
| P1 | NORMAL VASK | 60 | 1500 | 0 | AV | AV | AV | AV | AV | PÅ | PÅ |
| P2 | NORMAL VASK | 40 | 1500 | 0 | AV | AV | AV | AV | AV | PÅ | PÅ |
| P3 | EKSPRESS VASK | 40 | 800 | 0 | AV | AV | AV | AV | PÅ | PÅ | PÅ |
| P4 | ULL/HÅND VASK | 30 | 800 | 0 | AV | AV | AV | AV | PÅ | PÅ | PÅ |

De fire forhåndsinnstilte programmene innstillinger.

Vi foreslo at en enklere og mer direkte hjelp ville være å lime på huskelapper for innstilling av vaskeprogrammene, og foreslo følgende:



Da Kristin ble vist hvordan dette kunne se ut, takket hun nei til løsningen.

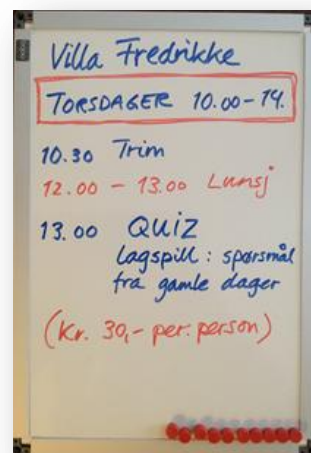
Medisindosett: Kristin hadde ukedosett for medisiner, men foretrakk å klare seg uten. Hun hadde fast rutine med å legge morgenmedisinen klar kvelden før. Kristin hadde god oversikt over alle medisiner som skulle tas og mestret dette greit.

Bruk og nytte av hjelpemidlene.

White board og tusjer ble kjøpt på Staples. Det ble aldri hengt opp ved utgangsdøra for å minne Kristin på å sjekke handlelappen mot det de hadde i matboden, slik det opprinnelig var tenkt. White board ble forsøkt demonstrert som en stor huskelapp, der både Kristin og mannen kunne skrive ned beskjeder. De benyttet aldri tavlen til dette formålet, og leverte den tilbake ved prosjektslutt.

Penn. Kristin ønsket ikke å ta med penn slik at hun kunne stryke ut varene på handlelista etter hvert som de havnet i handlekurven. Mannen ville heller ikke presse henne til dette. Han fikk derfor oppgaven med å se at varene i handlevogna stemte med det som stod på lappen.

Dag- og nattkalenderen. Kristin mente at denne var god å ha, og likeså medisindosetten dersom de skulle på reise.



Erfaringer med prosjektdeltakelsen.

Både Kristin og mannen opplevde det positivt å være med i prosjektet. De uttrykte at de ble ivaretatt, og kunne fortelle om ting de var opptatt av i hverdagen. Når de vurderte hjelpemidlene, sa de at de ikke hadde hatt spesielt nytte av velferdsteknologien, bortsett fra dag- og nattkalenderen. Manglende utbytte kan kanskje begrunnes med at Kristin var i en tidlig fase av en eventuell demensutvikling.

Etiske vurderinger

Menneskets evne og vilje til å være selvbestemmende vurderes til å være av sentral verdi (23). Kristin signaliserte behov for å ha kontroll over utfordringer i hverdagen. Selv om det ble anbefalt hjelpemidler som kunne bidra til dette, ønsket hun å opprettholde etablert praksis. Ut fra en totalvurdering av hennes situasjon fant vi det uetisk å prøve å overtale henne til å gjøre endringer på det hun selv mente fungerte. Det er vanskelig å introdusere hjelpemidler før det er blitt et erkjent behov av den som skal nyttiggjøre seg det. Mange personer som får en funksjonsnedsettelse vil prøve å dekke over svikten, og finner alternative løsninger for å skjule dette for omgivelsene.

5.2.1.3 Fortellingen om Ruth

Bakgrunnsinformasjon. Ruth er 83 år og bor alene i en blokkleilighet. Hun sier at hun føler seg glemsk og at hun er mye alene. Hun pleide å gå tur med en venninne, men denne venninnen døde plutselig, og Ruth mistet sin turkamerat. Av og til hun går en runde i nabolaget med rullatoren sin. Hun sier; ”det er ingen å prate med, alle har visst nok med seg selv”!

Ruth har bodd i nåværende leilighet de siste 17 år. Hun har fått diagnosen ischemi, men har ikke klar demensdiagnose. Ruth sier at hun ønsker å flytte til ”et hjem”, slik at hun slipper å være så mye alene. Datter og svigersønn bor et stykke unna, og de er innom ukentlig for å handle for Ruth. Datteren er noe bekymret for at mor skal falle. Ellers mener hun at leiligheten er godt tilpasset med alt på ett plan. Hvis mor ønsker å flytte til ”et hjem” vil datteren støtte hennes ønske.

Brukerbehovsanalyse

Det største problemet for Ruth var at hun var så mye alene.

Ruth har utfordringer med å:

- ta medisiner som foreskrevet
- betjene TV
- huske å slå av komfyren
- ha sosial kontakt
- holde seg orientert om dato, dag og tid

Entreen i leiligheten hadde ikke vinduer og manglet belysning. I følge Ruth selv var det ikke noe problem, men prosjektmedarbeiderne vurderte det som økt risiko for fall.

Valg av hjelpemiddel

Medisindosett: Ruths pårørende kjøpte ukedosett for enklere og sikrere administrasjon av medisiner. Ruth hadde et system hvor hun lot lokket stå åpent der medisinerne var tatt.



Enkel fjernkontroll til TV ble anskaffet gjennom hjelpemiddelsentralen: Fjernkontrollen gjorde det lettere for henne å slå på og av TV, samt justere lyd opp og ned. Kun NRK1-kanalen ble programmert inn til henne, fordi det var kun mulighet til å legge inn en kanal på den fjernkontrollen som kunne

benyttes. I tillegg ble følgende melding limt på fjernkontrollen: ” Er TV'n svart? Sjekk at det lyser grønt på boksen inni skapet” (På dekoderen er det illustrasjon for av og på).

Batteridrevet lys med bevegelsessensor ble kjøpt inn av prosjektmidler. Det ble montert i taket i entreen mellom soverom og bad, for å forebygge fall på natt og som en hjelp til å finne veien til WC.

Dag- og nattkalender som viste dag, dato og tid på døgnet.

Bruk og nytte av hjelpemidlene

Medisindosett: Ruth mestrer bruk av dosett. Hun fikk oppfølging av medarbeidere i forebyggende helseteam for eldre. Medisindosetten var et godt hjelpemiddel for henne, og hun ville gjerne beholde den.

Enkel fjernkontroll til TV: Hun sier at det er kjekt at det er samme knotten for AV og PÅ. Ettersom det tok litt tid før tv-bildet kom, trykket hun en gang til på knappen og tv'en slo seg av igjen. Deretter slo hun av dekoderen, og på spørsmålet om hun hadde en annen fjernkontroll, svarte hun nei. Hun sier at hun like gjerne kan sitte på kjøkkenet og høre på radioen, men at TV er koselig selskap en gang i blant. Vår fortolkning var at Ruth var usikker på hvordan hun skal bruke fjernkontrollen og redd for å gjøre feil. Hun mente at denne fjernkontrollen var lettere enn de gamle, siden AV og PÅ er på samme knotten og ”det er kjekt”. Ruth ville beholde denne.

Fjernkontrollen krevde opplæring, og Ruth er fortsatt ikke helt sikker på at hun gjør det riktig. Derfor er det behov for repetisjoner og testing i bruk av fjernkontrollen.



Dag og natt-kalender: Ruth mener kalenderen er nyttig og veldig pen. Hun synes den er ”som en liten dekorasjon”. Ruth mener den er nyttig fordi hun enkelte ganger er usikker dato, dag og tid. Det har hendt at hun har gått ut på kjøkkenet om natta for å sjekke tiden. Hun har fått tilbud om å få en til som hun kan ha nattbordet for å slippe å gå på kjøkkenet på natta og slik eliminere risikoen for fall. Hun mener det er tilstrekkelig med den på kjøkkenet.



Ledelys med bevegelsessensor: Det ble først montert lys med sensor i gangen, som gikk på batteri. Ruth var fornøyd med løsningen. Etter noen uker vurderte pårørende at løsningen var u hensiktsmessig, da den krevde ukentlig batteriskifte.

Den første løsningen ble erstattet med taklampe med samme funksjon som gikk på strøm. Løsning fungerte ikke da Ruth tok ut kontakten til lampen. Ruth fortalte at lyset irriterte henne og at det var unødvendig. Hun hadde jo bare to skritt fra soverommet til badet, og siden hun alltid tente nattlampen ville den lyse ut på gangen så fort hun åpnet døra. Hun trengte derfor ikke denne løsningen.

Lampen ble testet i ettertid og det viste seg at den ikke var god nok for å møte brukerens behov. Denne lampen medfører blendingsfare og er tent i for kort tid (varer 30-40 sekunder). En lampe som stadig slår

seg av og på vil innbære blendingsfare og være til stor belastning og irritasjon. Dette produktet er ikke godt nok slik det er i dag og leverandøren må få tilbakemelding for å forbedre dette før det anbefales det til andre.



Erfaringer med prosjektdeltakelsen.

Ruth opplevde at å delta i prosjektet bidro til økt sosial kontakt. Hun opplevde det koselig, da det ellers kan være lett å føle seg glemt. Hun sier at hun alltid lærer noe av å møte andre. Det var bare fint at folk brydde seg, mente hun.

Pårørende mente at det var positivt for Ruth å være med i prosjektet, da det bidro til tett og god oppfølging. ”Hver gang jeg snakket med mor, så var hun fornøyd – så det er vi fornøyd med”, sier datter.

Etiske vurderinger

I Ruths situasjon møtte vi ikke på store etiske utfordringer. I utgangspunktet ønsket hun de foreslåtte hjelpemidlene og uttrykte tilfredshet med den første lampen som gikk på batteri. Batteriutgifter ble dekket av pårørende som ukentlig skiftet dem. Når elektrisk taklampe ble installert uttrykte hun bekymring for at det ville medføre økte strømutgifter. Vi stiller oss spørrende til i hvilke grad økonomien har påvirket hennes valg om å benytte hjelpemidlet.

Lampen burde ha vært testet ut i forkant om hvor lenge lyset stod på og med tanke på blendingsfare. Mennesket reagerer ulikt på lys og det er et spørsmål om vi hadde klart å avdekke denne kunnskapen i forkant.

5.2.1.4 Historien om Peter

Bakgrunnsinformasjon. Peter er 70 år og bor sammen med sin kone i en blokkleilighet der de har bodd i over 20 år. Peter har Alzheimers sykdom i en tidlig fase. For to år siden jobbet han fortsatt, og for ett år siden kjørte han bil. Noen måneder før prosjektstart hadde Peter og kona prøvd ut en digital kalender for at Peter skulle få en oversikt over aktivitetene sine. Peter og kona leverte den tilbake etter noen uker. De erfarte at produktet var komplisert å bruke. På sommertid bor ekteparet store deler av tiden på hytta. De mente det ble vanskelig å flytte kalenderen dit.

Kona sluttet nylig i jobben og ekteparet tilbringer mye tid sammen hjemme. Hun forteller at det stort sett går bra å leve sammen, men hun opplever Peters gjentagende spørsmål som en belastning. Kona uttrykker ønske om at Peter skal få tilbud om aktivitet utenfor huset slik at hun får noe tid for seg selv.

Brukerbehovsanalyse

Peter forteller at han pleier å gå tur et par ganger i uka. Han går den samme turen hver gang og han er godt kjent i nrområdet. GPS ble vurdert, men Peter uttrykte at han på nåværende tidspunkt ikke hadde behov for hjelpemidlet.

Peter har utfordringer i forhold til å:

- holde orden på avtaler
- huske ting som er viktig for han
- finne nøklene
- meningsfulle aktiviteter/sosial kontakt
- kommunikasjon i parforholdet

Valg av hjelpemiddel

Almanakk: På bakgrunn av erfaringer med bruk av digital kalender ble det foreslått å prøve en stor almanakk. Denne ble dekket av prosjektet.

Nøkkelfinner: To ulike typer nøkkelfinnere ble testet ut. (En ble kjøpt over disk og en bestilt på nettet av prosjektmidler).

Dagtilbud: Peter ble i tillegg oppmuntret til å besøke dagtilbudet som var åpent for alle i bydelen, og som hadde tilbud om ulike aktiviteter. Dette ville både bety sosial kontakt og gode opplevelser for Peter, samtidig som kona fikk avlastning.

Pårørendeskole: Kona deltok på pårørendeskole for å øke kunnskapen om demens og for å bidra til sosial kontakt.

Bruk og nytte av hjelpemidlene

Almanakk: Peter benyttet almanakken når han var alene hjemme. Han fortalte at dette er et godt hjelpemiddel for å vite hvor kona var og for å skaffe seg oversikt over dagens aktiviteter. Peter forteller følgende om bruk av almanakken: ”Ja, for så lenge jeg vet at den ligger der, så er det jo greit. Jeg glemmer jo litt ting og da er det greit å se i den”. Kona ga uttrykk for at Peter spør henne like mye som før og at situasjonen er uforandret, og belastningen på henne ikke har



minsket. I følge kona spør Peter om ulike opplysninger som det er vanskelig å skrive opp i en almanakk, for eksempel: hva er navnet på en person han ser på TV, eller hvor parets venner bor. Kona sier at hun ser at almanakken kan fungere som en trygghet for Peter. Både Peter og kona ønsker å beholde den.

Nøkkelfinner : Den første nøkkelfinneren (1) som ble testet klarte ikke å fange opp signaler når nøkkelen lå i et skap eller i en skuff. En ny nøkkelfinner (2) ble testet ut. Den fungerte tilfredsstillende, men ekteparet ønsket ikke å benytte den på nåværende tidspunkt. Imidlertid var de glade for å vite om hjelpemidlet i tilfelle de skulle trenge det i framtiden. Peter forteller at han klarer å finne nøklene på egenhånd uten hjelp av nøkkelfinneren.

1.



2.



Erferinger med prosjektdeltakelsen.

Både Peter og kona forteller at de synes det har vært positivt å være med i prosjektet, spesielt vektlegger de den tette oppfølgingen de fikk i prosjektperioden. Peter og kona mener de har fått god informasjon til riktig tid, og at utlevering av hjelpemidlene har skjedd raskt.

Etiske vurderinger

Gjennom prosjektperioden ble vi godt kjent med ekteparet og de signaliserte behov for hjelp på andre områder enn det som primært omhandlet Peters situasjon. Situasjonen ble drøftet ut i fra kunnskap om at når et familiemedlem har det vanskelig så påvirker det hele familien. Derfor valgte vi å utrede saken og iverksette tiltak utover det som angikk Peters situasjon og den primære hensikt med prosjektet.

5.2.1.5 Fortellingen om Thomas

Bakgrunnsinformasjon. Thomas er midt i 80 årene og bor alene i et rekkehus. Han har Parkinsons sykdom. Gangfunksjon og balanse observeres som god. Høsten 2014 hadde Thomas et hjerneslag som førte til sykehusinnleggelse og deretter opphold i rehabiliteringsavdeling. Da Thomas ble innlemmet i prosjektet hadde han nylig flyttet hjem.

Thomas nærmeste pårørende er datteren, Lise, som bor 45 minutters kjøretur unna. Lise har barn i skolealder og fulltidsjobb. Under oppfølgingen kommer det fram at Lise til tider oppfatter det som krevende å følge opp egne barn, jobb og far som bor et stykke unna.

Brukerbehovsanalyse

Thomas har en bratt bakke opp til boligen og på vinteren kan den representere en fare for at han kan falle.

Thomas har utfordringer med å:

- finne telefonnummeret til de han ønsket å ringe til
- betjene TV
- huske på å slå av komfyren
- regulere varmtvann
- huske å ta medisiner

Valg av hjelpemidler

Enklere telefon: For at Thomas skulle kunne ringe til datteren og andre, ble det anskaffet en Doro Memoryplus 319 IPH, også kalt lydforsterket bildetelefon. Denne telefonen ble valgt da det er mulig å forhåndslagre telefonnumre på fire knapper med bilder av personen man kan ringe. Telefonen har i tillegg vanlige talltaster for å kunne ringe til telefonnumre som ikke er forhåndslagret, noe som var en viktig for Thomas. Telefonen kan kjøpes over disk i Norge.

Forenklet fjernkontroll av typen Falck 5716 ble valgt fordi den har store synlige taster med ikoner for TV-kanalene som Thomas var kjent med. Denne ble anskaffet via Hjelpemiddelsentralen. Hos Thomas ble det bestemt at dekoderen til TV alltid skulle være slått på, slik at han kunne slå av og på TV ved hjelp av en knapp på Falck fjernkontrollen.

Komfyrvakt: Det ble installert komfyrvakt (Anna 25A). Komfyrvakten kutter strømmen til komfyren enten etter en forhåndsinnstilt tid (f.eks. 20 minutter) eller dersom varmesensoren registrerer overopphetingen.

Memas programvare ble benyttet for å varsle Thomas når medisiner skulle tas. Denne teknologien ble valgt da den varslet Thomas om når medisiner skulle tas og i tillegg ble den benyttet til tekstbeskjeder mellom Thomas, pårørende og hjemmetjenesten.

Regulering av varmtvann. For å forhindre skolding i dusjen, ble det vurdert å skru ned temperaturen på vannet fra varmtvannsberederen. Det viste seg imidlertid at Thomas hadde en eldre varmtvannstank hvor dette ikke var mulig. Etter en tid ble det klart at det ikke lenger var behov for sikring mot skolding.

Rekkverk i bakken: Da verken pårørende eller bruker mente at det var overhengende fare for fall i bakken ble det ikke gjort noen utbedringer med adkomsten til leiligheten. Thomas ønsket ikke dette fordi han ikke følte behov for rekkverk og fordi han var redd for negative reaksjoner fra naboer.

Bruk og nytte av hjelpemidlene

Enkel bordtelefon: Thomas mestrer telefonen og vil gjerne beholde den. Datteren sier at far klarer å ringe henne etter at han fikk denne telefonen.

Enkel fjernkontroll til TV: Fjernkontrollen gjorde at Thomas klarte å slå av og på TV og kunne se på TV når han måtte ønske det. Thomas viser frem kontrollen til besøkende og sier: ”Denne er mye bedre enn den gamle”!

Komfyrvakt: Thomas bruker ikke komfyren så mye som før, men datter og hjemmetjenesten mente det var trygt at Thomas har en komfyrvakt. Selv sier han at han er glad for den, og føler at det er trygt.

Nettbrett med fjernstyrt kalender (Memas): Thomas leste beskjedene som dukket opp på nettbrettet som sto plassert på kjøkkenbenken. Han hadde stor nytte av påminnelsene og tok tabletter til de tidene han skulle og han møtte opp til aktiviteter som sto på kalenderen. Det var for meste hjemmetjenesten som la inn påminnelser om å ta medisiner. Dette medførte at de kunne redusere antall besøk fra seks til to per dag. Datteren så fram til å kunne legge inn sosiale aktiviteter og til å sende bilder fra familien og reiser o.l. Etter prosjektslutt valgte Lise å kjøpe denne løsningen til far. Begrunnelsen var at det gjorde far mer selvhjulpne og ga ham muligheten til å mestre ulike daglige aktiviteter. I tillegg fikk både datteren og hjemmetjenesten tilgang til siden der avtaler ble lagt inn, og dermed kunne Lise se når far var opptatt med aktivitetstilbud i regi av kommunen og heller legge sitt besøk til en dag han var hjemme.

Etiske vurderinger

Thomas situasjon tilsa at det var behov for ny varmtvannsbereder, men både bruker og familien vurderte kostnadene til å være for store til å gå til innkjøp av ny. Å påføre mennesker ekstra kostnader som de selv ikke ser verdien av er et dilemma, så lenge bruker selv og pårørende er i stand til å ta beslutninger på et informert grunnlag. Samme vurdering ble også lagt til grunn med hensyn til å få satt opp rekkeverk i skråningen inn til boligen. Thomas uttrykte bekymring i forhold til negative reaksjoner fra naboene. Han mente det var bedre å være inne når det var glatt, enn å bli uvenner med naboer. En kan vurdere hva som er til beste for bruker: å forebygge fall eller ta hensyn til reaksjoner fra naboer.

Generell erfaringer knyttet til samtlige situasjoner er at vi gjennom prosjektperioden ble særlig bevisst på betydningen av å reflektere over hvilket utbytte den enkelte deltaker kunne ha, både med hensyn til endringer i bolig og å i bruk hjelpemidler. Ut fra et profesjonelt perspektiv kan en mene at endringer vil bidra til økt mestring av hverdagen og muliggjøre at personer kan bo lenger og trygt i eget hjem uten at det er i samsvar med hva den enkelte bruker og deres pårørende mener.

5.2.2 Hvilke kritiske områder eksisterer for at personen skal kunne fortsette å bo i eget hjem?

Vår forståelse av hva som er kritiske områder, er når liv og helse trues. Kritiske områder i prosjektet er vurdert ut fra de to første kategoriene beskrevet i NOU 2011:11; Trygghets- og sikkerhetsteknologi og Kompensasjons- og velværeteknologi.

Kritiske områder knyttet til Trygghets- og sikkerhetsteknologi:

- Glemme å slå av komfyr
- Dårlig belysning
- Skolding ved for høy temperatur på varmt vann.
- Ikke tilrettelagt rømningsvei
- Ikke tilrettelagt adkomstvei til bolig.
- Å gå ut på natt
- Ikke finne tilbake til eget hjem

NOU 2011:11 velger å sette GPS- lokalisering inn under kompensasjons- og velferdsteknologi. Vi har vurdert at GPS lokalisering faller inn under kategorien trygghets- og sikkerhetsteknologi. Prosjekterfaringer viser at bruk av GPS gir økt trygghet for bruker, pårørende og medarbeidere. Dørvarsler bør også vurderes som trygghetsteknologi.

Kritiske områder knyttet til Kompensasjons- og velværeteknologi.

- Ikke følge forordnet medisiner

Sosial kontakt og fellesskap med andre har vært et uttalt behov. Tiltak som kan bidra til meningsfulle opplevelser som for eksempel at TV fungerer har vært vurdert som viktig.

5.2.3 Hvilke funksjoner/tiltak har pårørende nytte av for at de kan oppleve trygghet og sikkerhet for personen med demens?

Erfaringen i prosjektet viser at pårørende har behov for å vite at personen med demens er trygg når han/hun er alene hjemme, at de får dekket behovet for ernæring og at medisiner blir tatt. Videre uttrykker pårørende at det er viktig at personen kan finnes igjen, dersom han/hun går ut av huset og ikke kommer tilbake, eller går ut på natt. Enkelte pårørende var godt orienterte om GPS og anså dette som en mulig løsning nå eller på sikt.

5.2.4 Hvilke ressurspersoner/ressurser i omgivelsene finnes for personer med demens som tar i bruk velferdsteknologiske løsninger?

Erfaringene viser at både pårørende, venner og hjemmetjenesten er viktige ressurser når velferdsteknologiske hjelpemidler tas i bruk. Hjelpemiddelsentralen, Hjelpemiddelteamet og hjemmetjenesten er viktige ressurser både i kartlegging, valg av hjelpemidler, installasjon, opplæring og oppfølging.

5.3 Funn basert på intervju med hjemmetjenesten

For å avgrense prosjektet ble rekruttert brukere fra to av ni virksomheter i kommunen. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med til sammen 6 medarbeidere for å høre hvilke erfaringer de hadde.

Kjennskap til og kunnskap om at det var igangsatt et prosjekt varierte i de to virksomhetene. Den ene virksomheten visste ikke at de deltok i et prosjekt. De trodde at brukeren ble fulgt opp i utprøving av velferdsteknologi av Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse. Den andre virksomheten sier at de har fått nye ideer og inspirasjon til å tenke mer kreativt omkring muligheter for å bruke velferdsteknologi. De har opplevd at enkelte brukere har fått en bedre hverdag med enkle hjelpemidler. Det har ført til at hjemmetjenesten har spart tid og gitt medarbeiderne en økt grad av jobbtillfredsstillelse. Et eksempel omhandlet en bruker som likte å se sport på TV, men siden han ikke klarte å slå på TV fikk han ikke tilgang til ønsket aktivitet. En medarbeider i hjemmetjenesten uttrykte følgende: *”Han bare ga opp å få på TV, og vi så han var på vei ned i en depresjon, egentlig. Men så*

fikk han denne fantastiske enkle fjernkontrollen og nå greier han å slå av og på TV. Den fungerer veldig bra. Og vi sparer mye tid, for tidligere hendte det at vi sto og fomlet med den gamle fjernkontrollen for å få slått på TV for ham. Det var jo som å spille bingo! Og nå kan jeg gå fra hjemmet der, med lettet hjerte. Jeg vet at han hygger seg med TV'en”.

Boligvurdering

Drammen kommune har etablert forebyggende team som oppsøker alle hjemmeboende det året de fyller 75 år. De gjør en omfattende vurdering og observerer også det fysiske miljøet i boligen. Dersom det er en bruker med spesielle utfordringer i forhold til motorikk og bevegelse, henviser de videre til ergoterapitjenesten som gjør en grundigere boligvurdering. Hjemmetjenesten hadde mindre erfaring med å kartlegge fysisk miljø, men dersom det oppsto spesielle problemer underveis, uttrykte de, at de ville kartlegge utfordringene, dokumentere dette og sette i gang tiltak.

Om hjelpemidler og velferdsteknologi

I fokusgruppene kom det fram at medarbeiderne i hjemmetjenesten hadde en generell positiv holdning til velferdsteknologi. Begge gruppene nevner eksempler knyttet til medisinutlevering. En mener at brukere som ikke har kognitiv svikt burde hatt pilledosetter som ringer når medisinen skal tas. Dette ville kunne gi brukerne økt selvstendighet og frihet, og samtidig frigjøre tid som hjemmetjenesten kunne benytte til brukere med demens. *”Det er jo mange vi går og leverer medisiner til, og alle skal jo egentlig ha medisinen sin klokka ni. Men vi kan umulig være hos alle klokka ni, derfor kommer vi en gang mellom ni og elleve-tolv. Det er sikkert mange som kunne tatt medisinene sine selv, og fått dem til riktig tid også”!*

Erfaringer som formidles er bekymring knyttet til at velferdsteknologi formidles til personer med demens som ikke forstår hensikten med slike produkter. En medarbeider mener at det er å begynne i feil ende, og at vi heller må gjøre seg erfaringer med brukere som forstår hensikten med produktene. Da kan hjemmetjenesten lære av dette og få trygghet nok til å tilby produkter og løsninger til andre brukere, på sikt også til personer med demens. Medarbeiderne synes å være bevisst på bruken av tvang og hva det innebærer. *”..... for man kan ikke bare tre velferdsteknologi over hodet på folk”!* og *”Så lenge du gjør tiltak som brukeren ikke er med på selv, da er det jo tvang”!*

Om samarbeid med pårørende

Deltakerne i fokusgruppen mente at samarbeidet med pårørende om velferdsteknologi bør være forankret i ledelsen og ikke noe hver primærkontakt kan avtale med den enkelte familie. De mener det bør være en politisk beslutning i forhold til hvilke rettigheter som skal gjelde, og at pårørende må forholde seg til det.

Hjemmetjenesten har inkomstsamtaler med pårørende med forventningsavklaringer, men de mener at de ikke kan kreve at pårørende bidrar med noen innsats hvis de ikke selv foreslår dette. En medarbeider sier: *”Ved innføring av GPS er det viktig at pårørende dras inn i samarbeidet, og at de forplikter seg til dette, for hjemmetjenesten har jo ikke kapasitet til å rykke ut og hente folk”.* En annen uttrykker: *”hvis godet [med en pilledispenser] er at mor får tablettene til rett tid, er jeg ikke sikker på at de pårørende tenker så mye på dette. De fleste ville trolig heller opplevd det som en større trygghet at hjemmetjenesten kom innom tre ganger om dagen. Så jeg tror de fleste ville velge dette framfor en dispenser – hvis man kunne velge da”!*

Om velferdsteknologi belaster eller avlaster hjemmetjenesten

I følge informantene erfarte de velferdsteknologiske hjelpemidler som avlastning når de kunne redusere oppdrag, f.eks. redusere antall hjemmebesøk. Videre fokuserte de på betydningen av at bruker får muligheter til å være mer selvstendig. Det normale er å klare seg uten hjemmetjenester, og de mente det var viktig å appellere til eldre om å ha dette som mål. En utfordring de pekte på, og som kunne oppleves belastende, var tiden de trenger til å implementere et hjelpemiddel og til lære opp bruker og pårørende. De uttrykte at denne tiden regnet de med ville gi en gevinst på lengre sikt. Problemstillinger de trakk fram var at hjemmetjenesten som tradisjonelt har tatt omsorg og ansvar for brukere innenfor husets fire vegger, nå også skal ta omsorg og ansvar for brukerne utenfor hjemmet. Det er nye oppgaver og nye problemstillinger for dem. Eksempelvis at hjemmetjenesten må lokalisere og hente en bruker før de kan dra hjem til dem og utføre de tjenestene de har vedtak på.

Fokusgruppedeltakerne uttrykte at det var viktig å komme tidlig inn med velferdsteknologiske hjelpemidler, før bruker og pårørende hadde fått hjemmetjeneste tre ganger daglig eller ville reduksjon i antall hjemmebesøk kunne oppfattes som en ulempe. *”Kunsten blir å overbevise om at mestring er viktig for at en skal klare seg selv så lenge som mulig. Det er egentlig en seier og ikke et tap”!*

Kritiske suksessfaktorer for å implementere velferdsteknologi som tiltak i hjemmetjenesten

Erfaringer fra fokusgruppedeltakerne var at hjemmetjenesten må ha basiskunnskap om velferdsteknologiske hjelpemidler og kjennskap til hva som finnes. Hva som er mulig og hvordan produktene virker. De uttrykte at de ønsket kurs om dette. Noen mente at det kanskje var tilstrekkelig å identifisere problemstillinger hos brukerne og bringe disse videre. Kanskje kommunens ergoterapeuter og fysioterapeuter kunne bistå med hjelpemiddelformidlingen, og at de samarbeidet om løsningene som ble valgt. En uttrykte følgende: *”Ja, men da må vi være klar over at det blir opp til oss [i hjemmetjenesten] å skrive ned ting vi må bringe videre til ergoterapeuten, for det kan jo finnes løsninger vi ikke vet om... og da blir brukerne i grunnen avhengig av at vi har et bevisst forhold til dette...”*

I fokusgruppene kom det fram ønske om ressurspersoner tilknyttet hjemmetjenesten. De kunne ta et særlig ansvar for å oppdatere sine kunnskaper og være de som fant kreative løsninger for ulike problemstillinger knyttet til velferdsteknologiske hjelpemidler. Den ene hjemmetjenestegruppa mente det var viktig at det fulgte med ressurser og at politikerne ikke trodde innføring av velferdsteknologi var gratis. De gav uttrykk for at det ville koste tid og ressurser å innføre og å administrere driften av velferdsteknologi. En kommenterte at sykepleierens oppgaver ikke burde inkludere å sjekke at kontakter sto i og slike ting, men at en heller måtte tenke andre ressurser til denne oppfølgingen.

Erfaringer fra fokusgruppene var at support var særdeles viktig. De gav uttrykk for at det må være noen som kan mer enn å sette opp et elektronisk gjerde på en GPS. De mente det burde være noen som kan bistå dersom teknologien svikter på ettermiddag, kveld, i helger og ferier. De så at dette kunne være sårbart, men var ikke helt sikre på hvordan dette burde organiseres. De ønsket et nummer de kunne ringe dersom de trengte råd og hjelp, eventuelt om en person kunne rykke ut til brukers hjem dersom det var behov. Hjelpemiddelteamet og vaktmestertjenesten ble nevnt som mulige ressurser.

Fokusgruppedeltakerne uttrykte ønske om alarmmottak i kommunen. De så for seg en framtid der mange tjenestemottakere ville bruke GPS, varsling på dører, fallalarm og trygghetsalarm. De så det som en uoverstigelig oppgave for hjemmetjenesten å rykke ut til alle disse. De understreket at det ikke

kan igangsette tiltak uten at det er etablert systemer eller rutiner som følger opp og sikre en faglig forsvarlig drift.

5.4 Funn basert på intervju med hjelpemiddelsentralen

Erfaringer fra samarbeidet mellom Hjelpemiddelsentralen i Buskerud og kommunen, framkom i intervjuet med tekniker og konsulent. De uttrykte begge at de opplevde det positivt å ha vært med i prosjektet. Hjelpemiddelsentralen har deltatt i vurderingen av hjelpemidler til tre av prosjektets fem deltakere. I en situasjon ble hjelpemiddelsentralen godt informert om utfordringene vedkommende hadde. Det bidrog til at hjelpemiddelsentralen stilte forberedt til første møte i refleksjonsgruppen. I de andre to situasjonene opplevde de at det var knapphet på tid. Det førte til at hjelpemiddelsentralen ikke fikk tilstrekkelig informasjon om bruker og utfordringer i hjemmesituasjonen før første møte. Hjelpemiddelsentralen ble først trukket aktivt inn i refleksjonsmøtene i siste halvdel av prosjektperioden. De ønsket at de hadde blitt trukket inn på et tidligere stadium.

Tekniker trekker fram at læringsutbyttet har vært godt gjennom prosjektet, spesielt har det vært lærerikt å jobbe med ledelys. Det var ny teknologi for dem.

Generelle erfaringer og erfaringer fra prosjektet viser at det kan være vanskelig å få overført ansvar for hjelpemidler til kommunen. Sett fra deres side hadde det vært ønskelig at vaktmester/altmuligmann eller hjelpemiddelteamet tar ansvar for montering, programmering, tilpasning og teknisk oppfølging av velferdsteknologiske hjelpemidler og andre hjelpemidler som går på varsling og støtte til brukere med kognitiv svikt. Erfaringene tilsier at det er store forskjeller i teknisk kunnskap og vilje til læring, og at dette varierer mellom kommunene i Buskerud. Hjelpemiddelsentralen ønsker eksempelvis en bedre kartlegging: *”Vi har sett at forenklet fjernkontroll kan virke positivt inn på evnen til å betjene TV. Det har også kommet fram at det må gjennomføres en grundig kartlegging for å få produktet til å virke. En grundig kartlegging av ergoterapeut eller hjemmesykepleier, gjerne ved hjelp av et kartleggingsskjema, vil gjøre det enklere for hjelpemiddelsentralen å implementere fjernkontrollen hos bruker”*.

I følge informantene fra hjelpemiddelsentralen er det viktig med økt kompetanse, interesse og engasjement for å kunne benytte potensialet som ligger i kognitive - og velferdsteknologiske hjelpemidler. Det antas at økt kompetanse og interesse hos kommunale vaktmestere vil kunne redusere tiden fra problemet er oppdaget til løsningen er implementert hos bruker. Tekniker hos hjelpemiddelsentralen sier følgende: *”Det som må til er å få den tekniske kunnskapen opp på et høyere nivå. Serviceteknikerne [i kommunene] må kurses. Det er det vi må jobbe med hele tiden”*.

Deltakelse på refleksjonsgruppene, hvor deltakerne og deres utfordringer i hjemmet ble diskutert med hjemmesykepleien, opplevdes som nyttig for å få et best mulig bilde av hjemmesituasjonen til deltakerne.

Oversikt over velferdsteknologiske hjelpemidler og andre hjelpemidler benyttet i prosjektet

NOU 11: 2011 deler velferdsteknologi inn i fire kategorier som er basert på hvordan produktene kan møte ulike brukerbehov og være til støtte for tjenestemottaker, pårørende og tjenesteutøver. Som allerede omtalt (s.31) anser vi GPS som trygghets- og sikkerhetsteknologi.

Velferdsteknologiske løsninger og andre hjelpemidler, som er anvendt i prosjektet, er gruppert innen for de fire kategoriene som er beskrevet i NOU 11:2011:

Trygghets- og sikkerhetsteknologi:

- ledelys
- kaffetrakter som slår seg av automatisk
- komfyrvakt
- dørsensor med tale og varsel til hjemmetjenesten
- GPS-lokalisering

Kompensasjons- og velværeteknologi:

- nøkkelfinner
- enkel fjernkontroll til TV med og uten CAM (adaptor)
- klokke med talemeldinger
- enkel mobiltelefon
- enkel analog telefon
- medisinosett
- dag og nattkalender
- fjernstyrt, digital dagsplan

Teknologi for sosial kontakt:

- enkel mobiltelefon
- enkel analog telefon
- fjernstyrt digital dagplan (nettbrett)

Teknologi for behandling og pleie:

- fjernstyrt digital dagplan (nettbrett)

Øvrige iverksatte tiltak var: White-board, innstilling av temperatur på varmtvannsbereder, merking av vaskemaskin, tilpasning av radio.

For full oversikt og brukstid, se vedlegg 5.

De to mest benyttede hjelpemidlene:

Dag- og nattkalender

Alle fem deltakere hadde fått automatisk dag- og nattkalender før eller under prosjektet. Fire av fem hadde nytte av denne.

For at brukere skal nyttiggjøre seg informasjonen på kalenderen må man tenke plassering, og at enkelte kan ha behov for denne informasjonen både på nattbordet og i stue/kjøkkenen der man oppholder seg på dagtid. En deltaker hadde sin kalender oppå mikrobølgeovnen på kjøkkenet og ikke i nærheten av godstolen, noe som kunne ha vært en bedre strategi. Deltakerne var enige om at kalenderen var lett å akseptere og flere likte bildet med blomsten.

Forenklet fjernkontroll

Tre av fem deltaker i prosjektet prøvde ut en tilpasset forenklet fjernkontroll. To deltakere testet ut *Falck 5716 fjernkontroll* fra Abilia, og en deltaker testet ut *IR kontroll 10* fra GEWA. Erfaringene er at begge fjernkontrollene gjør det enklere for deltakerne å slå av og på TV, finne ønsket kanal, samt styre lyden. Videre tyder tilbakemeldingen fra brukerne på at de store knappene på Falck 5715 er enklere for brukerne å se. Størrelsen på fjernkontrollen bidrar til at den er lett å finne igjen. Selv om en enkel fjernkontroll gjorde det lettere for deltakeren å slå på og av TV, kunne det skje at brukeren ikke fikk det til med en gang.

TVer og dekodere opererer i dag med forskjellig type signal fra fjernkontroll; IR (infrarød), RS (radio sound) eller BlueTooth. Før anskaffelse av fjernkontroll er det viktig å finne ut av hvilke signaler TV responderer på. Hjelpemiddelsentralen formidler kun fjernkontroller med IR-signaler, og dette virker ikke på alle TVer og dekodere. En viktig erfaring fra prosjektet er at man i enkelte tilfeller kan sette TV-kortet inn i et CAM-adapter bak på TV-skjermen, og fjerne dekoderen. Da kan man betjene TV med en fjernkontroll i stedet for to. Det vil for mange bety en forenkling og øke mulighetene for å kunne klare å betjene TV. Det gjelder kun der TVen er av nyere dato og har denne funksjonen på TV-skjermen, og hvor TV-leverandør tilbyr denne løsningen. I dette prosjektet kunne bare Riks-TV tilby dette.

Forutsetninger for at personer med demens kan bo i egen bolig og nyttiggjøre seg velferdsteknologi/hjelpemidler

Gjennom prosjektperioden har vi ikke høstet erfaringer knyttet direkte til boligtilpasninger. Personene som har vært inkludert har ikke hatt fysiske begrensninger som har gjort det nødvendig å endre nåværende bolig. Det vi har erfart er at medarbeidere i hjemmetjenesten har mangelfulle kunnskaper om hvilke statlige hjelpemidler som det kan søkes om. Hjemmetjenesten er de som følger brukeren gjennom et sykdomsforløp og som avdekker behovet for tilpasninger i boligen. De bør ha kunnskap om hvor de kan søke midler og kriterier for tildeling for å kunne gi informasjon til bruker og pårørende.

En annen forutsetning er at når behovet for hjelpemidler er vurdert bør det komme raskt på plass. I prosjektet opplevde vi at det kunne ta lang tid å få installert en løsning. I ett tilfelle tok det seks måneder fra et produkt ble søkt om, til det var implementert i boligen til brukeren. Ved progredierende sykdom som demens, er seks måneder lenge å vente. For å løse en slik problemstilling anbefales det at kommunen har relevante hjelpemidler som kan tas i bruk inntil søknaden er behandlet og innvilget av NAV. Videre er våre erfaringer at eksisterende regler er for rigide, eksempel ved bruk av varslingsteknologi. I følge dagens regelverk kan ikke varsel gå ut av boligen til bruker. Erfaringsbasert kunnskap er at mange eldre bor alene i egen bolig og at pårørende ønsker å kunne følge dem opp, men da må utstyret dekkes av pårørende.

Den estetiske utformingen av hjelpemidler er også viktig å fokusere på. Et eksempel fra prosjektet er at det i et hjem ble montert to bokser ved utgangsdøren. Døralarm og talemeldingsboks er i dag to hjelpemidler. De bør integreres i samme løsning. Tekniker hos hjelpemiddelsentralen mener det er teknisk mulig å koble disse funksjonene inn i ett produkt, dvs. lage en talemeldingsboks med innebygd SIM-kort for dørvarsling. Et slikt produkt vil kunne dekke to behov: gi brukerstøtte i form av en talemelding som forteller at det er natt og at det er best ikke å gå ut, samt sende et varsel til andre dersom bruker faktisk går ut. Denne erfaringen har hjelpemiddelsentralen i Buskerud meddelt at de vil videreformidle når nye kravspesifikasjoner skal utarbeides i regi av hjelpemiddelsystemet.

Fram til nå har ledelys ikke vært i hjelpemiddelsentralens portefølje, men erfaringer fra prosjektet har bidratt til at de nå ser verdien av produktet og at det er tatt inn i deres sortiment.

Vi ser at hvis bruker skal få de riktige hjelpemidler til rett tid må medarbeidere i hjemmetjenesten og NAV hjelpemiddelsentral ha et tett samarbeid.

Erfaringene med bruk av velferdsteknologi er at medarbeiderne i hjemmetjenesten både har vilje og evne til å ta teknologien i bruk, men at de har behov for økt kunnskap. Vår erfaring er at det er viktig at det er ressurspersoner knyttet til hjemmetjenesten. De må ta et særlig ansvar for å ha oppdatert kunnskap og kan bidra til å finne gode løsninger for den enkelte bruker, gi opplæring og sørge for oppfølging. I hjemmetjenesten bør det være et utvalg av hjelpemidler som kan demonstreres for bruker. Vår erfaring er at når bruker har fått hjelpemidlet demonstrert, har de økt forutsetning for å ta en avgjørelse om det er riktig hjelpemiddel for dem.

Videre er det behov for kompetanse i kommunen knyttet til montering, kvalitetssikring og demontering av produkter og løsninger. NAV hjelpemiddelsentral er interessert i å bistå med opplæring til medarbeidere i kommunen. Kommunen har behov for medarbeidere som kan vurdere boligens internett, teletjeneste og elektriske anlegg med tanke på installasjon av velferdsteknologi. For å kunne ta i bruk velferdsteknologi i et hjem må det elektriske anlegg være dimensjonert for det og ha og tilstrekkelig med strømuttak til at hjelpemidler og teknologi kan benyttes.

I Drammen kommune er det ikke tatt en endelig beslutning om hvilke velferdsteknologiske produkter som skal tilbys kommunes innbyggere og hvordan de skal finansieres. Vi har sett at det er behov for å effektivisere egen tjeneste. I dag synes det å være for mange som gjør det samme, eksempelvis når brukers behov skal kartlegges. Hvis kommunen skal ta i bruk teknologi, i stor skala, er det behov for en organisering som kan sikre en faglig forsvarlig drift. Å etablere et responscenter, som tar ansvar for at teknologien fungerer ut fra definerte retningslinjer og krav, synes påkrevet. Responscenteret bør sørge for heldøgns support til bruker, pårørende og medarbeidere.

Oppsummering

Prosjektet har gitt oss verdifulle erfaringer i forhold til hvordan tverrfaglig samarbeid kan styrkes og videreutvikles for å ivareta brukers behov. Vi har møtt mange utfordringer både i forhold til eksisterende boligen, valg av riktige hjelpemidler, finansiering og ikke minst hva som oppleves nyttig for den enkelte bruker.

Gjennom planlegging, iverksetting og evaluering av tiltak for å møte behovene til Anne, Kristin, Ruth, Peter og Thomas har vi lært mye både av faglig og etisk karakter. Vi har også tilegnet oss kunnskap om hvordan tjenesten bør organiseres. Utvalget har vært lite og tiden vi har hatt til rådighet har vært for kort til at det kan trekkes generelle slutninger, men for de fem personene som har vært inkludert har mange løsninger opplevdes positive.

Vi mener å ha erfart at hvis velferdsteknologiske løsninger/hjelpemidler tilpasses brukers behov kan de bidra til økt mestring av hverdagen og muliggjøre at personer med demens kan bo lenger og trygt i eget hjem.



Referanser

1. Meld. St. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. . Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
2. NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>
3. Lystrup, LS., Lillesveen, B., Nygård, AM., et al.(2006). Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. Tidsskr Nor Lægeforen,126, 1917-20.
4. Ulstein, I. Pårørendes situasjon I: Engedal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, 2005: 329-342.
5. Knight, BG., Lutzky, SM., Macofsky-Urban., F.(1993) A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. Gerontologist, 33 (2): 240-248.
6. Diehl, J., Mayer, T., Forstl, H. (2003) A support group for caregivers of patients with frontotemporal dementia. Dementia, 2,(2): 151-61.
7. Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
8. Brevik I og Schmidt L, Slik vil eldre bo, En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser, NIBR-rapport 2005:17
9. CAOT. (2002). Enabling occupation: An occupational therapy perspective (Rev. ed.) In C. A. o. O. Therapists (Ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
Lawton, MP., Moss,M., Fulcomer, M. (1986-1987). Objective and subjective uses of time by older people. Int J Aging Hum Dev,24(3):171-88.
10. Rowles, G.D. (1991). Beyond Performance: Being in Place as a Component of Occupational Therapy, AJOT, 45, 3: 265-271.
11. Cooper, BA., Hasselkus, BR. (1992).Independent living and the physical environment: aspects that matter to residents. Can J Occup Ther.59,1,:6-15.
12. Ändring i SOSFS 1992:17 om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad : SOSFS 1997:16 (S) Föreskrifter och allmänna råd. - Stockholm : Socialstyrelsen, 1997. - 4 s.. - (Socialstyrelsens föfattningssamling ; 1997:16)
13. FOR 2011-02-23 nr 191: Forskrift om tilskudd til etablering og tilpasning av bolig.
14. Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool. Canadian Journal of Occupational Therapy, 66(3).
15. Turpin, M., & Iwama, M. K. (2013). Chapter 4 Person-environment-occupation models Using occupational Therapy Models in Practice. A Field Guide: Elsevier.

16. Demensomsorgens ABC. Perm 2 hefte 10: Godt bomiljø. Nasjonalt kompetansesenter Aldring og helse 2009 link
17. Kunnskap til rett tid - funksjonsattest for boliger - Husbanken
18. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons, JAGS49:664-672, 2001.
19. Moser, I. og Thygesen, I. (2013). I: L. Melby og A. H. Tjora (red.), Samhandling for helse (s. 144 - 158). Oslo: Gyldendal akademisk
20. Helsedirektoratet. (2015). Pasient- og brukerrettighetsloven, med kommentarer. Oslo: Gyldendal juridisk. <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx>
21. Moser, I og Thygesen, H. (2010). I: M. Schiller og M. Domènech (red.), New Technologies and Emerging Spaces of Care (129 - 147). Surry: Ashgate.
22. Skærbæk, E og Lillemoen, L (red) Verdi og verdighet. Etikk i praksis. Cappelen Damm akademisk. Oslo 2013

Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over skjema for kartlegging av bolig per juni 2014

| Skjema | Forfatter/år | Sjekkpunkter | Kommentar |
|--|--|--------------------------------|---|
| Home Environment Assessment Protocol - HEAP | Gitlin 2002 | 192 | Krever oversettelse og kulturtilpasning |
| Housing enabler * | Iwarsson 1997 | 188 | Krever kurs og oversettelse og kulturtilpasning |
| Self assessment * | Fänge & Iwarsson, 2008 | 31 | Krever kurs og oversettelse |
| Funksjonsattest for bolig * | NAV, Husbanken, Sør-Trøndelag, feb. 2014 | 13 domener med underpunkter | Testes i prosjektet |
| Hjemmevurdering av fysisk miljø | Holthe og Senum 18.03.2014 | 14 domener med 22 underpunkter | Testes i prosjektet |
| Verktøy for kartlegging av brukerbehov - velferdsteknologi | Tone Øderud SINTEF (05.09.14) | 7 domener med 87 underpunkter | Testes i prosjektet |
| Boligsjekkliste * | Drammen kom. ergoterapitjenesten feb.14 | 9 domener med 62 underpunkter | |
| Kartleggingsverktøy (Midtnorske) | Ringseth og Fosslund Brørs 30.06.14 | 11 domener med 57 underpunkter | Testes i prosjektet |
| Sikkerhet i hjemmet | Rosenborgssenteret | | Testes i prosjektet |

Vedlegg 2



DRAMMEN
KOMMUNE

Spørsmål om deltakelse i: Prosjekt om bolig og velferdsteknologi

Vi tror at tilpasninger i bolig og hensiktsmessige hjelpemidler vil kunne hjelpe flere til å mestre hverdagen i eget hjem, oppleve selvstendighet, frihet og trygghet.

Dette er et spørsmål til deg og dine pårørende om å delta i prosjektet om bolig og velferdsteknologi. Prosjektet har som mål å svare på følgende spørsmål:

hvordan kan eksisterende bolig tilpasses personer i en tidlig fase av demenssykdom?

hvordan kan velferdsteknologi/hjelpemidler muliggjøre at personer med demens/kognitiv svikt kan bo lengre hjemme?

Prosjektet er et samarbeid mellom forskningsinstituttet SINTEF, Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, NAV, Husbanken, Høgskolen i Buskerud og Vestfold og Drammen kommune.

Hva ønsker vi å finne ut?

Gjennom prosjektet ønsker vi å finne ut om det er forhold i eksisterende bolig som kan utbedres og tilpasses behovet til personen som bor der, og om velferdsteknologi kan bedre hverdagen for deltakerne.

Hva skal vi gjøre og hvor lang tid tar det?

Vi vil snakke med deg og pårørende om nåværende bolig og hva dere mener kan fremme mulighetene for å klare hverdagen også i fremtiden, og om det er hjelpemidler som kan gjøre hverdagen enklere og tryggere. Vi vil vurdere nytten av disse tiltakene sammen med dere.

Prosjektet varer fra januar 2014 til sommeren 2015.

Ulemper ved å være med i prosjektet

Ingen spesielle ulemper utover bruk av egen tid.

Hva skjer med informasjon som registreres?

Informasjonen som registreres om deltakerne skal kun brukes i prosjektet. Alle personopplysninger vil bli anonymisert og behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre

direkte gjenkjennende opplysninger. All innsamlet informasjon oppbevart forsvarlig sikret ett år etter prosjektslutt før den blir slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra å delta.

Informasjon om utfallet av prosjektet

Som deltaker vil du få informasjon om resultatet av prosjektet, og det vil bli utarbeidet en rapport som er åpen for alle. Kunnskapen vi utvikler i prosjektet vil formidles i anonymisert form til helsepersonell både muntlig og skriftlig.

Kontaktperson Drammen kommune:

- Fagrådgiver Sissel Eriksen, Drammen kommune, tlf: 91858766, epost: sissel.eriksen@drmk.no

Rådgiver for forskning og fagutvikling Bjørg Th. Landmark, Drammen kommune, tlf: 476 14 390, epost: bjorg.landmark@drmk.no

Vi har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål.

Vi samtykker til å delta i prosjektet.

| | |
|---|--|
| <p>.....</p> <p>(Signatur deltaker, dato)</p> | <p>.....</p> <p>(Signatur pårørende, dato)</p> |
|---|--|

.....

(Signatur prosjektmedarbeider, dato)

Vedlegg 3 Oversikt over faktorer i bomiljøet for hver deltaker.

| | DR00 | DR02 | DR03 | DR04 | DR05 |
|--|--|---|---|--|---|
| Beskrivelse av bolig | Leilighet over to plan: 2 sov, stue m/ kjk.krok, bad m/WC | Enebolig med sokkeletg. 3 sov, stue, kjk, bad og sep WC, vaskerom, div. boder i sokkeletasje. Hovedinngang i sokkeletg. | Blokkleil i 1. etg, en trapp opp. Stue, 2 sov, kjk, bad m/WC, balkong, | Blokkleil i 2. etg. Alt på en flate. 2 sov., stue, kjk., bad m/WC og balkong | Rekkehusleil over tre plan, 3 sov, kjk, bad og sep WC, stue, utgang til hage. |
| Dører (motstand på 2 kg = tung dør) | Intet å bemerke | Intet å bemerke | Ytterdør til blokka er noe tung. Vrider på innsiden. Kan være tungt dersom hun må ha med rollator ut. | Intet å bemerke | Intet å bemerke – åpen løsning |
| Vinduer | Stue m utgang til balkong, Vinduer på sov er høyt oppe på veggen. Ikke egnet som rømningsvei | Vinduer i alle rom | Redusert dagslys inn pga overbygd balkong. | Intet å bemerke | Intet å bemerke |
| Kjøkken | Liten kjk.krok, 4-pl komfyr, med komfyrvakt, kjø og frysenskap, godt med skap, | Intet å bemerke gode rutiner og mestrer bruken av alt på kjk | Alt OK, koker poteter for en uke av gangen. | Intet å bemerke | Intet å bemerke |
| WC/bad | Dusjkabinett. Varme i gulvet, vask og tørk på badet. WC | Separat. Høy terskel inn til bad er intet problem i dag. Badekar. Holder seg i vasken inn og ut av | Ikke glatt gulv, men en løs matte var glatt – anbefalt fjernet | Dusjkabinett. Høy (10 cm)terskel inn til badet. | Separat – kort vei fra seng |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | | badekaret | | | |
| Soverom | Ingen probl inn og ut av seng. Relativt dårlig belysning kun taklampe og leselampe v/seng | Har spesialseng m regulerbart hjerdebrett, nokså høy, men klarer dette fint | Ikke problemer | Ingen problemer | Ingen problemer |
| Stue | Tilgang til dagslys, vinduene er nokså høyt på veggen, godt leselys, ellers vanlig takbelysning. Teppe under salongbordet. Ingen snublefarer. TV v/salong. Hvilestol med sving og fotskammel. To avlastningsbor d v godstolen | Dagslys fra to sider gir godt lys i stua. Tepper, men ikke uttalt snublefare. Leselys ved sofa. TV og radio, mestrer fjernkontroll og gammel reiseradio, mestrer mobiltelefon og adresseboka på den. | Har matter og ryer, men ikke uttalt snublefare. Strever med å slå på TV. Møbler OK | Intet å bemerke – ingen uttalte snublefarer. Svingstol som godstol. | OK tepper representerer ikke uttalte snublefarer nå, bør være obs i tilfelle Parkinsons endrer seg. |
| Trapper gelender | Trapper mellom tre plan (5 + 10 trinn), antiskli- tape er festet på alle trinn. Gelender begge sider. Brukes flere ggr per dag | Svingtrapp m gelender en side. Brukes flere ganger om dagen, | Trapp til leil (5-6 trinn) fra hoveddør. Ikke gelender. | Bor i 2. etg. Gelender i innersving. Brukes daglig + til vaskekjeller. | Trapper mellom 3 plan, teppebelagte, representerer ikke problem i dag. Gelender en side. |
| Visuell tilgjengelighet (siktlinjer) | Stue – god oversikt til alle rom på dette planet. WC er merket. | Lett å orientere seg | Lett å orientere seg – kan gå rundt via kjk. | Lett å orientere seg | Lett å orientere seg |
| Fysisk | Terskelfritt | Trapp er ikke | Intet å | Intet å | Bortsett fra |

| | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------|--------------------------|
| tilgjengelighet (navigere fra rom til rom) | mellom kjk og stue, 10 cm terskel inn til badet. | noe problem foreløpig, heller ikke terskel inn til bad. Resten er terskelfritt eller lave terskler inn til soverom | bemerke | bemerke | trapper, Intet å bemerke |
| Vurdering av stimuli/støy | Ingen/lite støy utenfra. Rolige farger. Blir lett irritert over lyder. Pleier å åpne når vi ringer på døra og svarer når telefonen ringer. | Ingen støy. | Ingen/lite støy | Ingen/ lite støy | Ingen støy |
| Belysning | Litt dunkelt i trappa og nede i underetg. Ellers ok. | Litt dunkelt i soveromsgang, ellers OK. Taklampe står på om natta. | Generelt dårlig belysning. Har tendens til å slå av lamper. | Litt dårlig belysning | Ja, i alle rom |
| Fysiske omgivelsene som ramme for aktivitet og sosial deltakelse (ta imot besøkende) | OK – men det kritiske med denne boligen er mangel på rømningsvei fra soverom | OK – henter ting til matbod/fryser dersom det er behov for det. | OK – tilbringer mye tid på balkongen, med røyk og ukeblader. | OK | OK |
| Har internett? | Nei | Ja | Nei | Nei | Har, men ikke trådløst |

Vedlegg 4

Velferdsteknologi – Husbankens rolle

Mandat

Regjeringens visjon for boligpolitikken er at alle skal kunne bo trygt og godt. Husbanken er statens sentrale organ for gjennomføring av politikken og ser på velferdsteknologi som et viktig virkemiddel for at folk skal kunne bo hjemme lengst mulig med best mulig bokvalitet.

Husbankens rolle når det gjelder velferdsteknologi er å ha oversikt over, og formidle kunnskap om tilgjengelig velferdsteknologi, stimulere til implementering av teknologien og formidle erfaringer fra virksomme velferdsteknologiske tiltak som er implementert i kommunene.

Husbanken skal ha oversikt over de krav til teknologiske tilpasninger og løsninger som til enhver tid gjelder for bruk av Husbankens økonomiske virkemidler.

Visjon om velferdsteknologi i boliger

Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. For Husbanken er det også et viktig poeng at installering av velferdsteknologi øker fleksibiliteten i den totale bygningsmassen, på samme måte som universell utforming gir et økt tilbud og valgmulighet av boliger som passer for alle.

Velferdsteknologi i bolig handler om å kunne greie mer av de daglige gjøremål selv og kunne få økt kontakt med andre, det være seg familie, venner eller naboer. Teknologien skal bidra til en mest mulig selvstendig tilværelse i hjemmet. Velferdsteknologi kan bidra med støtte i hverdagen, det kan fremme livskvalitet og egenmestring, samfunnsdeltakelse, selvstendighet og brukermedvirkning.

Det er mange som mottar helsetjenester i egen bolig og eget hjem. Velferdsteknologi kan også bidra til bedret kvalitet på tjenester som ytes, et mer kvalitativt og faglig forsvarlig tjenestetilbud, individuelt tilpasset og på rett omsorgsnivå. For tjenesteyter kan det gi økt fleksibilitet og bedret arbeidsmiljø.

Husbanken har ingen rolle som teknologiutvikler, men ønsker å stimulere til at velferdsteknologi kan tas i bruk i eksisterende og nye boliger. Bruken av teknologi må styres av det enkelte individ sitt behov. Teknologien må tilpasses brukeren, og ikke omvendt.

Selv om velferdsteknologi har et generelt siktemål i forhold til alle med nedsatt funksjonsevne, permanent eller midlertidig, fysisk, psykisk eller sosialt, så er bruk av velferdsteknologi ytterligere blitt satt på dagsordenen på grunn av de fremtidige omsorgsutfordringene. I løpet av kort tid står vi foran et økende antall eldre kombinert med økt levealder. Med dagens løsninger kan et offentlig omsorgsapparat personal- og ressursmessig vanskelig holde tritt med disse utfordringene. Velferdsteknologi kan i så henseende bidra til økt kvalitet og lavere kostnader.

Husbankens økonomiske virkemidler

Husbanken tilbyr en rekke kompetansetjenester og økonomiske virkemidler for hjemmeboende som har behov for tilpasning av bolig. Under vil vi nevne noen av de mest aktuelle som kan knyttes til velferdsteknologi. For ordens skyld deles virkemidlene inn etter ordninger som saksbehandles og forvaltes i Husbanken og ordninger som behandles i kommunene.

Virkemidler som behandles og forvaltes av Husbanken:

Tilskudd til utredning og prosjektering

Personer med behov for tilrettelagt bolig kan søke om tilskudd til faglig og profesjonell prosjekteringshjelp. Tilskudd til prosjektering kan dekke utgifter på inntil kr 20.000. Det kan også gis tilskudd til utredning i forkant av prosjekteringen på inntil kr 20.000. Tilskudd til utredning og prosjektering går til å dekke honorar til arkitekt eller annen fagkyndig person. Tilskuddene kan gå til å dekke kostnader forbundet med enkle undersøkelser av bolig og uteområde, kartlegge behov for velferdsteknologi tilpasset bruker, muligheter og begrensninger i boligen, og til faglig bistand til prosjektering. Prosjektering av bolig og utredning i forkant bør være et tverrfaglig samarbeid i kommunen der ergoterapeut, økonomisk rådgiver og byggteknisk fagperson bidrar.

Tilskudd til tilstandsvurdering

Husbanken kan gi tilskudd til borettslag, sameier og lignende for tilstandsvurderinger som skal fremme tilgjengelighet og miljø i egen boligmasse. Tilskuddet kan gis når eiendommen har mer enn seks boliger. Det kan gis tilskudd til utarbeiding av tilstandsvurderinger hvor det særlig skal vektlegges mulighetene for å øke andelen tilgjengelige og brukbare boliger og utearealer for alle beboere (universell utforming) og mulighetene for en miljøvennlig rehabilitering (reduert energibehov, miljøvennlig materialbruk, gjenbruk). Det kan søkes om to typer tilstandsvurdering:

Trinn I: Generell, overordnet vurdering som skal redegjøre for de viktigste, funksjonelle, miljømessige og tekniske forholdene, og behov for utbedringer og endringer i årene som kommer.

Trinn II: Detaljert undersøkelse eller analyse av spesielle forhold som mulighet for universell utforming og miljø/energiltak. Tilskuddets størrelse vil være avhengig av størrelsen på borettslaget, sameier og lignende, boligområdet og omfanget av vurderingen som skal gjøres. Det kan gis tilskudd på inntil 50 prosent av kostnadene til trinn I og II.

Tilskudd til heis

Tilskudd til heis i boligblokker er et virkemiddel for å gjøre boligmassen mer tilgjengelig for alle. Omgivelsene tilrettelegges slik at mennesker får mulighet til å bo hjemme lenger. Tilskudd til heis kan gis til eiere av eksisterende boligeiendommer med minst tre etasjer. Det kan gis tilskudd til konsulentbistand til prosjektering og kostnadsoverslag til heis (såkalt trinn I), og til installering av heis (trinn II). Tilskudd kan dekke inntil 50 prosent av kostnadene til prosjektering og installering. Ved stor pågang foretas prioriteringer av søknadene. Se mer informasjon på våre nettsider. For spørsmål om installering av heis i sameie eller borettslag, kontakt NAV Hjelpemiddelsentral for informasjon om forsøksordningen «Tilskudd til tilrettelegging av bolig i stedet for hjelpemidler».

Virkemidler som behandles og forvaltes av kommunen:

Tilskudd til tilpasning

Tilskudd til tilpasning skal bidra til at personer med behov for tilpasset bolig får nødvendig finansiering til å få gjort alt fra enkle tilpasninger til større ombygginger slik at boligen kan tilrettelegges i forhold til deres funksjonsnivå. Eldre som ønsker å utføre forbyggende tilpasningstiltak med tanke på alderdommen, kan også søke om tilskudd til tilpasning av boligen til eksempelvis installering av, eller tilrettelegging for velferdsteknologi som får boligen til å fungere bedre og på den måten forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. Dette øker tilgjengeligheten i boligmassen og bidrar til at flere kan bli boende hjemme i egen bolig så lenge man ønsker.

Ordningen er økonomisk behovsprøvd og tilskuddet skal gå til dekning av nødvendige utgifter. Det er et krav om at tilpasningen skal være hensiktsmessig, at den dekker et behov. Tilskudd til tilpasning skal bidra til at eldre og personer med funksjonsnedsettelse kan bli boende hjemme så lenge som mulig og ha mulighet til å motta tjenester i eget hjem. Tilskuddet kan gis til både eid og leid bolig.

Startlån

Startlån kan være en mulighet for dem som har vanskeligheter med å få oppfylt boligdrømmen sin.

Startlån er en låneordning som hovedsakelig benyttes til topp- eller fullfinansiering ved kjøp av bolig. Lånet kan benyttes til utbedring og tilpassing av bolig. Dette omfatter også velferdsteknologiske tiltak i boligen. Startlån gis blant annet til barnefamilier, enslige forsørgere og personer med funksjonsnedsettelse. Startlån kan og bør ses i sammenheng med og kombineres med andre virkemidler, som grunnlån, boligtilskudd, bostøtte, og lån i privat bank. Husbanken tildeler kommuner startlån for videre utlån til enkeltpersoner til boligformål. Kommunene kan imidlertid selv fastsette eget regelverk, hvor det prioriteres hvilke formål de ønsker å gi startlån til.

Samarbeid med andre aktører

Kommunen er Husbankens viktigste samarbeidspartner. For Husbanken handler velferdsteknologi også om samarbeid med andre aktuelle aktører og etater: NAV Hjelpemiddelsentral, Helsedirektoratet, Fylkesmannen, kommunesektorens organisasjon KS, universiteter og høyskoler. Husbanken arbeider aktivt med å støtte utviklingsprosjekter innenfor velferdsteknologi.

Veien videre

Velferdsteknologi er i stor grad rettet mot eldre og helsehjelp. Bruksområder for andre grupper har vært lite fremme i konkrete planer og realiseringer.

Velferdsteknologi kan med fordel kobles til nye bruksområder og nye brukergrupper. Teknologiske løsninger kan være til stor hjelp for å bosette personer med utviklingshemming og funksjonshemmede i egne boliger, samt bidra til at de kan bli boende i egen bolig. Det er viktig å få mer kunnskap om dette.

Som privatperson kan det være utfordrende å vite hvor man skal begynne og hvem man skal ta kontakt med når behov for tilrettelegging oppstår. Det er mange aktører å skulle forholde seg til, og spørsmålene kan være mange. Hva er rettighetsbasert og hva må man selv gå til innkjøp av? Hvordan få kontakt med fagpersoner? Hvem har kompetanse på dette? Ergoterapeut, bolig tjenesten eller hjemmetjenesten i kommunen kan kontaktes for å få avklart disse spørsmålene.

Husbanken er en av flere statlige virkemiddelaktører som er aktive innenfor det velferdsteknologiske området. Husbanken samarbeider nå tett med Helsedirektoratet og KS innen «Samveis – Nasjonalt velferdsteknologiprogram», dette gjelder spesielt innen den nasjonale satsingen for mestring og trygghet i hjemmet. Målet er å bedre samordningen mellom statlige virkemiddelaktører og integrere disse i en mer fleksibel samarbeidsmodell. Det er sentralt at ulike aktørers virkemidler sees i sammenheng, utfyller hverandre og møter behovet til innbyggerne også innen helse- og omsorgstjenestene.

Ytterligere informasjon om Husbanken, våre virkemidler, gjeldende retningslinjer, veiledere, eksempelsamlinger og mye mer, finnes på www.husbanken.no

Vedlegg5

| Teknologiske brukerløsninger/V.T. testet ut i boligprosjektet | | | | Sist oppdatert: 12.03.2015 | Drammen kommune |
|---|----------------------------|---------------------|---------------|--|-----------------------|
| Produkt | Type formål | Leverandør/forhandl | Antall i bruk | Kontaktperson | Kommentar (frivillig) |
| Nettbrett/Memas | Tidsstyring/kommunikasjon | MyLifeProducts AS | 1 | | |
| GPS SL5 | Lokalisering/varsling | Safecall | 1 (DR00) | sissel.eriksen@drmk.no | |
| Safeloc (Gps) | Lokalisering/varsling | Safecall | | | starter opp i mars 15 |
| Care IP | Varsling - dør - natt | Gewa | 1 | | |
| Knop CT900 | Ledelys | Gewa | 1 | | |
| Ledelys LS900 | Ledelys | Gewa | 1 | | |
| BC100 sengelist | Ledelys | Gewa | 1 | | |
| Knop TX900 | Ledelys | Gewa | 1 | | |
| Pir 900 | Ledelys | Gewa | 1 | | |
| RX900 | Ledelys/varsling | Gewa | 1 | | |
| Kolibri mottaker | Korrigering | Vestfold Audio | 1 | | |
| Doro secure 580 | Kommunikasjon | Doro | 1 | | |
| Doro Memory Plus 319i ph | Kommunikasjon | Doro | 1 | | |
| Komfyrvakt Anna med varmekøler | Sikkerhet | Alere | 2 | | |
| Sender IR Control 10 | Underholdning/manuvrere TV | Gewa | 1 | | |
| Falck 5716 | Underholdning/manuvrere TV | Abilia | 2 | | |

Utviklingsenheten Skap gode dager Helse, sosial og omsorg

Drammen kommune

Utviklingscenter for hjemmetjenester Buskerud.

Wergelandsgate 13, 3019 Drammen

Telefon: 415 88 170