

Vestlandsforsking-rapport nr. 8/2016

*Evaluering av pilotar i prosjektet  
velferdsteknologi i kommunane i Sogn og  
Fjordane: eit prosjekt for å etablere lokal  
erfaring med velferdsteknologi*

Hilde G. Corneliussen, Marit Haugan Hove & Marta Strandos



**VESTLANDSFORSKING RAPPORT**

<b>TITTEL</b> Evaluering av pilotar i prosjektet velferdsteknologi i kommunane i Sogn og Fjordane: eit prosjekt for å etablere lokal erfaring med velferdsteknologi	<b>RAPPORTNUMMER 8/2016</b> <b>Dato</b> 20.09.2016 Gradering Open
<b>PROSJEKTTITTEL</b> Praksisnær kunnskapsutvikling og innovasjon i kommunane si pleie- og omsorgsteneste	<b>TAL SIDER</b> 27 Prosjektnr 6377
<b>FORSKAR(AR)</b> Hilde G. Corneliussen Ivar Petter Grøtte Marit Haugan Hove	<b>PROSJEKTANSVARLEG</b> Ivar Petter Grøtte
<b>OPPDRAGSGIVAR</b> Fylkesmannen i Sogn og Fjordane	<b>EMNEORD</b> Velferdsteknologi Pleie- og omsorgstenesta i kommunane IKT Innovasjon i offentleg sektor

**SAMANDRAG**

Fase 2 av fylkesprosjektet "Velferdsteknologi i kommunane i Sogn og Fjordane" starta våren 2015. Med tittelen "Praksisnær kunnskapsutvikling og innovasjon i kommunane si pleie- og omsorgsteneste" var målet å etablere konkret kunnskap gjennom utviklingsprosjekt knytt til velferdsteknologi. Fase 2 har hatt fem delprosjekt, eller pilotar:

- 1: Felles kunnskapsutvikling for alle kommunane
- 2: Ressursgruppe for kommunal utbygging og velferdsteknologi
- 3: Tryggleikspakkar
- 4: Meistring av eigen medisinerings
- 5: Aktivisering med sykkel og video

Denne rapporten evaluerer punkt 3, 4 og 5 på lista.

**ISBN:** 978-82-428-0370-2

# Evaluering av pilotar i prosjektet velferdsteknologi i kommunane i Sogn og Fjordane: eit prosjekt for å etablere lokal erfaring med velferdsteknologi

## Innhald

Fylkesprosjektet "Velferdsteknologi i kommunane i Sogn og Fjordane" .....	4
Fase 2: Praksisnær kunnskapsutvikling og innovasjon i kommunane si pleie- og omsorgsteneste ...	4
Delprosjekt 1: Felles kunnskapsutvikling for alle kommunane .....	4
Delprosjekt 2: Ressursgruppe for kommunal utbygging og velferdsteknologi .....	4
Delprosjekt 3: Tryggleikspakkar .....	5
Delprosjekt 4: Meistring av eigen medisinerings.....	5
Delprosjekt 5: Aktivisering med sykkel og video .....	5
Prosjektstruktur for fase 2.....	5
.....	5
Ramme for evaluering av pilotane .....	6
Evaluering av pilotane .....	6
Tryggleikspakkar .....	6
Pasientsignalanlegg i Jølster .....	9
Førebuing: forankring og val av teknologi.....	9
Anskaffing og klargjering til bruk.....	9
Erfaringar med prosessen kring pasientsignalsystemet.....	10
Tryggleikspakkar for heimebuande personer med demens .....	12
Førebuing, forankring og val av teknologi.....	12
Anskaffing og klargjering for bruk .....	13
Oppstart med brukarar .....	13
Erfaringar med tryggleikspakke for heimebuande .....	14
Mestring av egen medisinerings i Gloppen kommune .....	15
Førebuing, forankring og val av teknologi.....	15
Anskaffing.....	16
Oppstart med brukar.....	16
Erfaringar med medisindispenserar .....	18
Aktivering med sykkel og video i Vik kommune .....	19
Førebuing, forankring og val av teknologi.....	19
Oppstart med brukar.....	20
Erfaringar frå sykkelprosjektet .....	21
Overflod av vilje og leiarstyrte prosesser .....	22
Forankring: overflod av vilje og underskot av kunnskap.....	22
Prosjektstyring og leiing .....	23
Teknologien må også takast på alvor .....	24
Å finne teknologi til brukar, eller brukar til teknologi? .....	25
"Småkommune-problematikk" .....	25
Erfaring med teknologi skaper større vilje til å ta i bruk teknologi.....	25
Litteratur .....	26

## Fylkesprosjektet "Velferdsteknologi i kommunane i Sogn og Fjordane"

Dei neste par tiåra er det venta eit stadig større gap mellom talet på innbyggjarar som vil ha behov for pleie- og omsorgstenester og tal på personar som arbeider i pleie- og omsorgssektoren. I lys av denne framtidsskildringa har velferdsteknologi blitt utpeikt som ein av måtane kommunane kan møte dei kommande utfordringane i pleie- og omsorgssektoren. Teknologi skal kunne bidra til at fleire kan klare seg trygt i eigen heim over lengre tid, til å gi auka kvalitet på pleie- og omsorgstenester for brukarar og pårørande, og til å hjelpe og avlaste tilsette sine arbeidsoppgåver (NOU, 2011:11).

Då fylkesprosjektet "Velferdsteknologi i kommunane i Sogn og Fjordane" starta i 2014 fann vi eit fylke der alle dei 26 kommunane var i startgropa med omsyn til å ta i bruk velferdsteknologi (Corneliussen, 2014b). I den første fasen av prosjektet vart alle dei 26 kommunane invitert med og forankringsprosessar starta i mange av kommunane.<sup>1</sup> Første fase vart avslutta med ein konferanse om velferdsteknologi, der alle kommunane var representert. Samstundes fekk alle kommunane invitasjon til å delta med utprøvingar eller pilotar i neste fase av prosjektet. Med klar forankring i kommunane sine eigne organisasjonar skulle fase 2 bringe saman kommunar og FoU-miljø med mål om å bygge praktisk erfaring og kunnskap ved å teste ut velferdsteknologiske løysningar. Erfaringar og lærdom frå desse pilotane skulle deretter danne utgangspunkt for vegleiing og hjelp til andre kommunar i samband med implementering av velferdsteknologi i kommunane. På same måte som fase 1 vart også fase 2 delfinansiert av Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, medan dei deltakande kommunane har bidrege med 50% eigenfinansiering.

## Fase 2: Praksisnær kunnskapsutvikling og innovasjon i kommunane si pleie- og omsorgsteneste

Fase 2 av fylkesprosjektet starta våren 2015. Med tittelen "Praksisnær kunnskapsutvikling og innovasjon i kommunane si pleie- og omsorgsteneste" var målet å etablere konkret kunnskap gjennom utviklingsprosjekt knytt til velferdsteknologi. Fase 2 har hatt fem delprosjekt, eller pilotar.

### Delprosjekt 1: Felles kunnskapsutvikling for alle kommunane

Dette handla om å vidareutvikle den breie og inkluderande kunnskapsarenaen for velferdsteknologi som allereie var etablert i fase 1. Delprosjektet har omfamna dei andre pilotane. Denne rapporten er eitt av utbytta av delprosjekt 1 saman med andre kanalar og arenaer for formidling av kunnskap. I tillegg var det eit mål å utvikle kunnskap innan spesifikke områder gjennom pilotaktivitet i et utval kommunar.

### Delprosjekt 2: Ressursgruppe for kommunal utbygging og velferdsteknologi

Ein spørjeundersøking viste at mange kommunar i Sogn og Fjordane hadde konkrete planer om utbygging av institusjons- og omsorgsbustader (Corneliussen, 2014b), og dermed også hadde behov for kunnskap om velferdsteknologi i samband med kommunal utbygging. Dette delprosjektet

---

<sup>1</sup> Les meir om fase 1 av fylkesprosjektet i Corneliussen, 2014b, 2015.

omfatta dei fire kommunane Eid, Stryn, Vågsøy og Sogndal. Saman hadde dei ansvar for å etablere ei vegleiiing for denne typen kunnskap med vekt på mangfald med omsyn til forankring, prosess, tekniske, praktiske og tenestemessige spørsmål som er aktuelle.

### Delprosjekt 3: Tryggleikspakkar

Eit viktig satsingsområde for velferdsteknologi er knytt til tryggleikspakkar for å skape trygge omgjevnader gjennom å kunne varsle ved uønskte hendingar. Gjennom delprosjekt 3 har to ulike typar av tryggleikspakkar blitt installert og testa. Jølster kommune har etablert eit pasientsignalsystem i omsorgsbustader, medan Årdal kommune har arbeida med tryggleikspakke for private heimar.

### Delprosjekt 4: Meistring av eigen medisineriing

Delprosjekt 4 handlar om utprøving av digitale medisindispenserar hjå heimebuande brukarar, under delprosjektet i Gloppen kommune. Dei digitale medisindispenserane skal varsle og hjelpe brukar å hugse på å ta medisin, og kan samtidig verka avlastande for heimetenesta.

### Delprosjekt 5: Aktivisering med sykkel og video

Dette delprosjektet omfattar ei aktivitetsspakke med video frå heimstaden knytt til eit treningsapparat for armar og føter. Prosjektet har blitt gjennomført i Vik kommune, ved ein avdeling på sjukeheim og ein avdeling for dagpasientar.

### Prosjektstruktur for fase 2

Pilotkommunane hadde allereie forankra arbeidet i kommunen ved oppstart våren 2015. Gjennom prosjektperioden, som gjekk ut året 2015, vart det arrangert fleire møter for den sentrale prosjektgruppa under IT-forum samt for deltakande kommunar. Sjølve gjennomføringa av prosjektet vart styrt lokalt i kommunane gjennom lokalt etablerte tverrfaglige prosjektgrupper.



Etter fullført prosjektperiode blei det gjennomført evaluering i regi av den sentrale prosjektgruppa. **Det som vert evaluert i denne rapporten er dei tre delprosjekta som omhandlar tryggleikspakkar, medisindispenserar og aktiviseringsteknologi. For delprosjektet som omhandlar kommunal utbygging er det utarbeidd ein rapport av pilotkommunane, med Eid i spissen.**

### Ramme for evaluering av pilotane

Med utgangspunkt i rapportar og kunnskap frå andre velferdsteknologiprojekt i Noreg (t.d. Grut et al., 2013) vart det utarbeida ein evalueringsguide for kommunane. Pilotprosjekta handla om å planlegge og ta i bruk velferdsteknologi i kommunane på nye område eller nye måtar. Evalueringa tok utgangspunkt i at dette innebar ein prosess i fleire *fasar*, frå førebuing, til anskaffing, klargjering for bruk, oppstart med brukar og etter kvart for vanleg drift. Prosjektperioden var relativt kort og det var ikkje alle kommunane som hadde erfaring frå alle desse fasane då evalueringa vart gjennomført.

Vi har lært gjennom NOU 2011:11 at velferdsteknologi ikkje handlar om teknologi, men om menneske, eller at det berre handlar "20 % om teknologi og 80 % om organisasjon" (s. 99). Dei fleste punkta i evalueringsguiden dreia seg derfor om planlegging, informasjonsstraum, opplæring, etablering av rutinar og om involvering av ulike aktørar som leiing, tilsette, brukarar, pårørande eller teknologar. Vi var også interessert i å lære meir om korleis sjølve teknologien påverka erfaringane i kommunane.

Målet med pilotane har vore å etablere erfaringsbasert kunnskap som også kan vere nyttig for andre kommunar i fylket. Pilotane har slik sett hatt som oppgåve å hente inn kunnskap slik at vi kan lage eit kart som kan bidra til navigasjon for andre. Sentralt med eit kart er ikkje berre å stake ut kursen, men også å finne hindringar, barrierar og utfordringar, så vel som gode ruter gjennom eit kupert landskap. Gjennom evalueringa hadde vi derfor fokus både på utfordringar og på gevinstar og fordeler som er oppnådd gjennom prosjekta.

## Evaluering av pilotane

### Tryggleikspakkar

Tryggleiks- og sikkerheitsteknologi er ein av fire hovudkategoriar som vert presenterte i Helsedirektoratet sin fagrappport om velferdsteknologi. Dette er teknologi som "skal skape trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse" (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). Tryggleiksteknologi var eit sentralt satsingsområde då det nasjonale velferdsteknologiprojektet starta i 2014, der ei rekke kommunar var involverte i å utforske nettopp "tryggleikspakkar", med

prosjekttitlar som "Lenger i eget liv" (Helsenettverk Lister<sup>2</sup>) og "Bo lengre hjemme" (Værnesregionen<sup>3</sup>).

#### Oversikt over prosjekt under Nasjonalt velferdsteknologiprogram 2014<sup>4</sup>

Deltakere i prosjektet	Dette prøves ut
Bergen, Lindås, Stord	Trygghetspakke
Bjugn, Bærum, Drammen, Larvik, Skien, Tjøme, Trondheim, Åfjord, Stavanger	GPS Alarmmottak Trygghetspakke Elektroniske dørlåser Løsninger i sykehjem
Helsenettverk Lister: Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal, Sirdal	Trygghetspakke
Horten	Ruteplanlegging for effektive og gode hjemmebaserte tjenester
Oslo: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, St.Hanshaugen	Trygghetspakke
Sarpsborg	Trygghetspakke Elektroniske medisindosetter
Tromsø	Trygghetspakke
Vestre Toten, Søndre Land	Trygghetspakke
Værnesregionen: Frosta, Meråker, Selbu, Stjørdal, Tydal	Trygghetspakke
Østre Agder: Arendal, Grimstad, Risør	Digitalt tilsyn på natt

Tryggleiksteknologi, i form av "tryggleikspakkar" som vert skreddarsydd til den enkelte brukaren, er eit vesentleg velferdsteknologisk bidrag for pleie- og omsorgstenestene, då det kan gjere fleire i stand til å bu lengre og tryggare i eigen heim. Analoge tryggleiksalarmar var allereie etablert i kommunane i Sogn og Fjordane. Dette er normalt ein liten sendar som ein kan bere på kroppen (rundt halsen eller handledet) med ein knapp som brukaren kan trykke på ved uønskte hendingar som fall, plutselig sjukdom eller anna som gir behov for assistanse. Ein utvida digital tryggleikspakke inkluderer fleire måtar å registrere uønskte hendingar på for å auke tryggleiken for brukar. Dette kan til dømes vere fallalarm, døralarm eller sengealarm. I Sogn og Fjordane er Alarmsentralen i Sogn og

<sup>2</sup> <http://www.lister.no/prosjekter/helsenettverk-lister/velferdsteknologi/135-velferdsteknologi-lenger-i-eget-liv> (lastet mars 2016); <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/sammenomenbedrekommune/nyheter-sammen-om-en-bedre-kommune/lenger-i-eget-liv/id2411607/> (lastet mars 2016).

<sup>3</sup> <https://www.varnesregionen.no/fellestjenester/vrhelse/prosjekter/bolengrehjemme/Sider/default.aspx> (lastet mars 2016).

<sup>4</sup> <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/velferdsteknologi/programkommunene/Sider/default.aspx> (lastet desember 2014).

Fjordane ein sentral leverandør av alarmteknologi. Alarmsentralen er eit interkommunalt selskap, eigd av 24 av dei 26 kommunane i fylket.<sup>5</sup> Hovudansvar er nødtelefon for brann, men Alarmsentralen har også ansvar for tryggleiksalarmar i kommunane, inkludert ansvar for innkjøp, installasjon og å ta imot og gjennomføre den første filtreringa av innkomande alarmer.

Sjølv om Alarmsentralen har ei betydeleg rolle i forhold til den tradisjonelle (analoge) tryggleiksalarmen er det framleis mange uavklarte spørsmål i forhold til å integrere ein utvida tryggleikspakke i omsorgsbustader og for heimebuande. I dette delprosjektet var to kommunar deltakarar med utprøving av teknologi: Jølster kommune med tryggleikspakkar knytt til eit pasientsignalanlegg i omsorgsbustader for eldre, og Årdal kommune med tryggleikspakkar for heimebuande personer med demens.

---

<sup>5</sup> <http://www.alarmsentralen.com/>. Kommunane som ikkje er med er Gulen og Solund.



## Pasientsignalanlegg i Jølster

Jølster kommune, med rundt 3000 innbyggjarar, deltok som pilot med tryggleikspakkar knytt til pasientsignalanlegg i nybygde omsorgsbustader på Skei. Omsorgsbustadane er ein del av Jølster omsorgssenter, og er slik samlokalisert med sjukeheimen og heimesjukepleien sine arbeidsrom.



Figur 1 Jølster kommune

### Førebuing: forankring og val av teknologi

Jølster sitt pasientsignalanlegg vart planlagt og vedteke allereie i 2012, som eit ledd i å møte samhandlingsreforma. Vedtaket skulle samle institusjonstenestene i kommunen, og eit nytt institusjonsbygg blei lyst ut på anbod som totalentreprise. Det var krav frå Husbanken om at det skulle vere tilrettelagt for velferdsteknologi, men det var lite kunnskap i kommunen om kva velferdsteknologi var på det tidspunktet og det blei derfor ikkje nærare spesifisert i anbodet. Forankringa var likevel tydeleg saman med ei oppfatning av at velferdsteknologi ville vere nødvendig både for brukarar og tilsette, og for å sikre god kvalitet og utnytting av ressursar i tenestene.

Denne førebuande fasen var i stor grad prega av at prosjektgruppa med tre leiarar frå pleie- og omsorgstenestene styrte prosessen rundt velferdsteknologi, utan eigentleg å ha den nødvendige kunnskapen om den aktuelle teknologien. Først det siste året hadde IKT-ansvarleg vorte meir involvert, dels fordi fylkesprosjektet la vekt på å inkludere ulike faggrupper i arbeidet med velferdsteknologi.

### Anskaffing og klargjering til bruk

Ettersom utbygginga i kommunen var basert på ein totalentreprise var val av teknologi overlate til entreprenøren. Skulle kommunen lyst ut tilsvarende anbod i dag ville velferdsteknologi blitt tatt ut i ein egen anbodsrunde, men det var ikkje fokus på dette i 2012. Ved å ikkje jobbe med anbod særlig knytt til velferdsteknologi trur kommunen at dei har gått glipp av den læringa som ligg i slike prosessar. På den andre sida har arbeidet vore "sutalaust" for kommunen, som ikkje har måtte bruka korkje tid eller ressursar på å velje ut teknologi. Utover i prosessen vart også velferdsteknologi diskutert i leiinga, og det blei vidare integrert i kommunen sin økonomiplan.

Den velferdsteknologiske løysinga som kom med totalentreprisen var eit pasientsignalanlegg til institusjon eller omsorgsbustader, med eit sett av ulike alarmer og varslingar som delvis overvakar og delvis skal handtere uønskete hendingar. Alarmvariantane ein har er alarmknappar og ringesnor, fallmatter, fallalarmknapp, trykkmatter til seng og stol, fuktsensor til seng, epilepsialarm og posisjonsfyr, saman med smarttelefoner som skal kunne ta imot alarmane for dei tilsette. Utval av alarmer for den enkelte brukar skjer etter kartlegging av brukaren sine behov, og på sikt er målet at det skal vurderast om velferdsteknologi er aktuelt i forbindelse med *kvar* nye søknad til kommunen.

Pasientsignalanlegget er ikkje ein del av Alarmsentralen sitt tilbod, og det er heller ikkje integrert i pasientjournalssystemet som vert brukt i kommunen. Det er ynskjeleg at alle slike system må kunne integrerast med pasientjournalar, men Jølster er ein liten kommune, og ser at dei ikkje kan stå aleine bak eit krav om dette til leverandøren av systemet.

Sjølv om totalentreprisen skulle handtere alle aspekt av teknologien opplevde kommunen utfordringar. Ei utfordringa var at firmaet som skulle levere teknologien, eit lite firma, ikkje klarte å følge opp grunna sjukdom, og lokale installatørar vart engasjert. Dei hadde gode kunnskap om det tekniske, men mangla kunnskap om pleie- og omsorgstenestene sine behov.

Den neste utfordringa var å få på plass anlegget for sentral driftsovervakning. Kommunen er del av SYSIKT, som driftar IKT-løysingar for ti kommunar i Sogn og Fjordane.<sup>6</sup> SYSIKT har avgrensingar i kva tenester dei kan tilby til kommunane, og Jølster opplevde det som frustrerande at dei ikkje fekk den hjelpa dei trong for å få driftsovervakinga på plass.

### **Erfaringar med prosessen kring pasientsignalsystemet**

Utfordringane dei har møtt i Jølster har skapt så store forseinkingar at berre noko av utstyret som skulle installerast var på plass då vi evaluerte prosjektet. Flyten i systemet var ikkje prøvd ut, men mange av utfordringane ligger i forkant av at ordinær drift er etablert. Det at ikkje IKT-ekspertise i kommunen var kopla på frå starten var ei av utfordringane. Det har gjort at leiarar i pleie- og omsorgssektoren har handtert spørsmål knytte til teknologi som er utanfor deira eige kompetanseområde, og det skapar frustrasjon å mangle kunnskap om IKT når teknologien skal ha ein sentral plass i pleie- og omsorgstenestene.

Den største utfordringa i prosjektet var nettopp det å få alle dei tekniske elementa på plass. Mange ulike parter har vært involvert i totalentreprisen, og det har oppstått mange mindre forseinkingar, som til saman har blitt store forseinkingar for kommunen. Det er rett nok ikkje tekniske problem som forseinkar det heile, men organisatoriske problem. Det er folk, pengar og ansvar som står fram som dei største utfordringane.

---

<sup>6</sup> <http://www.sysikt.no/>.

Trass i hindringar og utfordringar undervegs, og sjølv om ikkje all teknologien er tatt i bruk, ser Jølster kommune frem til å hente ut gevinstar av prosjektet. Målet er at brukarane skal få den hjelpa dei treng med velferdsteknologi som eit element, og at både tilsette, brukarar og pårørande skal kunne føle seg trygge på teknologien.

I Jølster, som i fleire av pilotkommunane, hadde satsinga på velferdsteknologi ein tydeleg politisk og administrativ forankring, men mangla tilstrekkeleg kunnskap om teknologien. Vissheit om ei komande "omsorgskrise" med for få tilsette i pleie- og omsorgssektoren fungerte som ei sterk drivkraft for å ta i bruk teknologi, men utan at målet er at det skal erstatte menneske i pleie- og omsorgstenestene.

## Tryggleikspakkar for heimebuande personer med demens

Årdal kommune, med nær 5500 innbyggjarar, er kanskje mest kjent for industriverksemd. Kommunen blei også i 2012 satt på Robek-lista, med eit stort økonomisk underskot. På grunn av ein pressa kommuneøkonomi har kommunen valt å legge ned omsorgsbustader for brukarar med demens.<sup>7</sup> Dette er bakgrunnen for Årdal si deltaking i fylkesprosjektet med tryggleikspakkar for heimebuande.



Figur 2 Årdal kommune

Årdal opplevde ein del forseinkingar i prosjektet og hadde fått den første "tryggleikspakken" installert først dagen før evalueringa fann stad. Dei hadde difor avgrensa erfaring med teknologien i bruk, men hadde samtidig gjort viktige erfaringar i dei førebuande fasane.

### Førebuing, forankring og val av teknologi

Etter nedlegging av demensavdelinga var det særleg behovet for å trygge heimebuande med demens som var bakgrunnen for val av teknologi. Den politiske forankringa var klar og stadfesta i same vedtak at det skulle etablerast ei løysning med tryggleiksteknologi. Målet var å gi personar med demens moglegheit til å bu heime og klare seg sjølv lenger, og samtidig gjere situasjonen så trygg som mogleg, både heime og ute, medan dei teknologiske løysingane måtte utreiast.

Val av teknologi vart knytt til Alarmsentralen i Sogn og Fjordane, som alt hadde starta arbeidet med å skifte ut analoge tryggleiksalarmane med digitale alarmer, eit skifte som er planlagt slutført innan utgangen av 2019. Det kan knytast ei rekke ulike alarmer til den digitale tryggleiksalarman, og Årdal kommune valte fleire ulike løysningar med ulike sensorar og alarmer blant dei mest brukte og anbefalte frå Alarmsentralen. Målet var å sikre heile døgnet – 24 timer – for ein heimebuande brukar med demens. I tillegg til ordinær tryggleiksalarm vart det valt ut alarm til seng, dør og rørslesensor, røykvarslar, geofence og GPS. Tryggleikspakken skulle fungere saman med smarttelefonar for dei tilsette. Ein talemelding på telefonen ville varsle dersom ein alarm blei utløyst, med informasjon om den aktuelle alarman. Sjølv om det var ein del å holde styr på såg det ut til å vere ganske enkelt, meinte prosjektgruppa. Heile systemet var ikkje prøvd ut på bestillingstidspunktet og rutinar var ikkje avklart, men skulle utarbeidast undervegs. Nokre av løysingane var heller ikkje ukjent, ettersom NAV Hjelpemiddelsentral, som er ein annan tildelingskanal, allereie hadde ei rekke tildelingar ute.

<sup>7</sup> <http://www.porten.no/artikler/nyhende/vil-spara-millionar-ved-leggia-ned-ad-bustadane>.

Dei ulike alarmane er ikkje tenkt som ein fast "utstyrspakke", men det må gjerast eit utval basert på kartlegging av den enkelte brukar sine behov. På sikt er planen at tryggleikspakkane skal fungere som eit nytt kommunalt tenestetilbod, på linje med dei gamle tryggleiksalarmane, administrert av ergoterapiavdelinga i kommunen.

### **Anskaffing og klargjering for bruk**

Alarmsentralen handterte bestillinga, slik at dette ga lite ekstraarbeid for kommunen. Likevel opplevde kommunen mykje forseinking, dels fordi teknologien ikkje kom i tide, og dels grunna misforståingar mellom pleie- og omsorg og andre avdelingar i kommunen om bestilling av mobilabonnement for teknologien. Det var nemleg valt ut mobil teknologi som kunne flyttas mellom og med brukarar – den var "på pasienten" ikkje "på veggen". Det gjer fleksibiliteten stor, og er ein fordel når det skal etablerast teknologiske løysningar i gamle bygg. Det var viktig å jobbe med etablering av kunnskap rundt installasjon og oppkopling av teknologien, og prosjektgruppa såg frem til tett samarbeid med FDV: Forvaltning, drift og vedlikehald, som har kunnskap om teknologi. Erfaringa frå prosjektet viste likevel at det var for lite samarbeid. Like eins som i Jølster måtte helsefagleg tilsette også i Årdal tileigne seg IKT-kunnskap som dei "eigentleg ikkje burde ha" og delta på IKT-samlingar der det i staden burde vore tilsette med IKT-kompetanse.

### **Opstart med brukarar**

Før oppstart med brukarar blei dei tilsette informert. Prosjektgruppa erfarte at dei tilsette var positive så lenge dei fekk god opplæring, slik også andre prosjekt har vist at opplæring og forståing er viktig for å auke tilsette sin motivasjon (Ekeberg, 2014). Då dei skulle starte med fagsystem på mobiltelefon var prosjektgruppa bekymra, men dei tilsette hadde ingen problem med å ta i bruk dette. Prosjektgruppa konkluderer med at dei tilsette aksepterer forandring og bruk av teknologi i større grad enn dei hadde forventa. Dei har unngått det typiske "damesyndromet", eller "tenk om alt går gale"-syndromet, som dei hadde forventa å sjå meir av.

Den første brukaren, som altså hadde fått installert teknologien dagen før evalueringa blei gjennomført, var heimebuande og fekk installert heile tryggleikspakken for å fungere som testperson for alle sensorane. Målet for kommunen er at tryggleikspakken på sikt vil bli eit kommunalt tenestetilbod tildelt etter søknad og kartlegging av potensielle brukarar sine behov, og at det skal kunne *erstatte* besøk frå helsepersonell i heimen til brukarane. Kommunen har allereie vore gjennom eit prosjekt knytt til telemedisin, der målet er å bruke videokonferanseutstyr for å redusere reiseutgifter og belastning ved reise for pasientar og for å få tettare samhandling med spesialkompetanse. Då telemedisinprosjektet starta tok det lang tid før dei slutta å kalle det for "kald omsorg" og innføre meir positive omgrep. Med noverande prosjekt har dei sett større aksept og forståing blant tilsette for at tryggleikspakkane er eit positivt tiltak, og dei som jobbar med demens veit at det ikkje er bra for den demenssjuke å bli forstyrra ofte. Ein forventa å sjå motvilje, men den har ikkje vert synleg. Sjølv om mottakinga er positiv er det viktig at dei tilsette ser at alarmar varslar som dei skal, for at dei skal etablere tillit til den.



### **Erfaringar med tryggleikspakke for heimebuande**

Ein av fordelane kommunen har erfart i prosjektet er den rolla Alarmsentralen har hatt i høve til kunnskap om teknologien, bestilling og anskaffing. Prosjektgruppa håpar at Alarmsentralen i framtida også vil tilby leasing-ordningar for velferdsteknologisk utstyr, for å unngå at kommunar vert låst i investeringar av utdatert utstyr på eit område som er i rask endring.

Ei av de største utfordringane i Årdal var mangel på tid til å gjennomføre prosjektet. Dei vert "klappa frem" av leiinga i kommunen – i nesten for stor grad i forhold til dei avgrensa ressursane som vert sett av til prosjektet. Sjølv om det ikkje er sett av tid blant tilsette til dette som eit eige prosjekt føler dei involverte at dei *har* eit prosjekt, og det er stor vilje til å bidra. Likevel gjer manglande tid og ressursar at prosjektet i stor grad er avhengig av "eldsjeler" for å få framdrift. Det gjer arbeidet krevjande for dei involverte, men samtidig er det kjekt å jobbe med fordi det vert oppfatta som ein nødvendig utvikling som kommunen no synes dei heng med på. Det gir òg motivasjon å vere med som ein spydspiss i utprøving av velferdsteknologi i fylket.

Den andre store utfordringa var behov for meir IKT-kunnskap, helst ein "helse-IKT-person" som har innsikt i begge sider. Utan den nødvendige IKT-kompetansen i prosjektet har tenesteleiar måtta tileigne seg IKT-kunnskap som ikkje vert oppfatta som naturleg for helsepersonell å ha. Det har oppstått unødige komplikasjonar med enkle teknologiske ting, til dømes ein kabel som er plugga i feil, og som vert store utfordringar når ein ikkje har IKT-kompetanse. Integrering av velferdsteknologi i pleie- og omsorgstenestene krev med andre ord ein ny type kunnskap enn den som tradisjonelt har vore ein del av det helsefaglige feltet.

Det økonomiske aspektet ved velferdsteknologi var viktig for kommunen. Frå ein negativ kommuneøkonomi som førte til nedlegging av demensavdelinga, var det no stor optimisme knytt til tryggleikspakkane og håp om at dei kan bidra til å utsette ein sjukeheimplass i 3-6 månader, noko som vil gi kommunen ein stor økonomisk gevinst. I tillegg var omsynet til brukarane viktig – å kunne bu trygt og verdig i eigen heim er ein viktig kvalitet. Om teknologiske løysningar vert oppfatta som positive eller negative handlar også om haldningar, og prosjektgruppa såg det som viktig at tilsette fokuserte på å "framsnakke" bruken av teknologi i demensomsorga.

Sjølv etter ein kort prosjektperiode har fokus på velferdsteknologi skapt større interesse for teknologiske løysningar i Årdal kommune. Det har vakse frem kunnskap og haldningar som gjer at teknologiske løysningar på utfordringar kring tryggleik for menneske som treng tilsyn vert oppfatta som eit godt alternativ, og dei held no på å utgreie om andre brukargrupper, som heimebuande med psykisk utviklingshemming med døgnbemanning, vil kunne ha utbytte av tryggleikspakkar, og på korttidsavdelinga har allereie alarmer blitt bytta ut og rørslesensorar er tatt i bruk. Medan telemedisin i starten vart omtalt som "kald omsorg" har erfaringa med tryggleikspakkar gjort at det snarare vert omtalt i ordelag som "verdighet", "privatliv" og "å klare seg sjølv". Kunnskap, bruk, erfaring og haldning til velferdsteknologi utviklar seg altså undervegs, og meir kunnskap og erfaring har i dette tilfellet skapt større vilje til å bruke teknologi i pleie- og omsorgstenester.

## Mestring av egen medisiner i Gloppen kommune

Gloppen kommune deltok i fylkesprosjektet med piloten "mestring av egen medisiner" med elektroniske medisindispenserar. Gloppen har nær 6000 innbyggjarar, og er ein geografisk utstrekkt kommune med store avstandar og tre soner for pleie- og omsorg.



Figur 3 Gloppen kommune

Ved prosjektstart var dette visjonen for piloten:

*Ved hjelp av elektroniske medisindispenserar kan brukar få hjelp til å handtere eigen medisiner, i eigen heim eller omsorgsbustad. Elektroniske medisindispenserar blir fylt opp av heimesjukepleien og vil deretter fungere i inntil éi veke ved å gjere korrekt medisineringsdose tilgjengeleg ved bestemt tidspunkt. Dersom medisinen ikkje blir tatt ut av dispensereren vil lyd varsle brukaren, og helsepersonell eller familie blir varsla. Å ta i bruk slik teknologi kan bidra til auke i både kvalitet og effektivitet innan pleie- og omsorgstenestene.*

Elektroniske medisindispenserar lèt til å vere ein relativt enkel teknologi å ta i bruk. Sjølve dispensereren liknar på ein tradisjonell medisindispenser, og bruksmåten er den same som før; at medisin vert porsjonert ut over tid. Det nye er altså varsling, først og fremst for brukar, men også moglegheita for varsling til andre.

### Førebuing, forankring og val av teknologi

Ei stor prosjektgruppe har arbeidd med velferdsteknologi i Gloppen kommune. Grappa inkluderer pleie- og omsorgssjef, prosjektleiar for velferdsteknologi, einingsleiarar frå både heimetenesesoner og for fysio- og ergoterapi, saman med politisk helseleiar, representant frå brukarar og frå pensjonistlaget. Arbeidet med velferdsteknologi går hand i hand med arbeid rundt kvardagsrehabilitering, der dei i denne perioden har hatt ei delt prosjektleiarstilling.

Tilsette var ei sterk drivkraft i den innleiande fasen av prosjektet, men det har også ei sterk politisk forankring i kommunen. Politikarane har sett det som viktig at det vart arbeidd med velferdsteknologi i kommunen, men mindre viktig akkurat kva teknologi som vart valt. Større

investeringar er urealistisk for ein liten kommune som Gloppen, men medisindispenseren var ein overkommeleg kostnad. Økonomisk var prosjektet initiert med prosjektmidlar som dei henta inn sjølve, i tillegg til å delta i fylkesprosjektet. Valet av medisindispenser var motivert ut frå at hjelp til medisin ofte er den første tenesta ein brukar får behov for og får tildelt frå kommunen, medan dei framleis bur heime. Ein elektronisk medisindispenser som varslar brukar vil kunne gjere brukar mindre avhengig av besøk frå heimetenesta og vil kunne redusere køyring til brukarar, nokre gonger over lange avstandar.

### Anskaffing

Det finst ulike typar av elektroniske medisindispenserar, og den valde typen var ein rund boks med ein dosett inni som varsla brukar, som då kunne ta ut rett medisin til rett tid. Valet var knytt til at dei involverte hadde blitt kjent med nettopp denne medisindispenseren. Ein slik medisindispenser var allereie innkjøpt, og to nye vart kjøpt for deltakinga i fylkesprosjektet. Denne modellen varslar til brukar, men kan og leverast med varsling på SMS. Kommunen bestilte versjonen med SMS, med tanke på å kunne utvide brukargruppa. Då dei etter kvart ønska å aktivere SMS-varsling kom det fram at det kravde ein egen plattform og eit visst tal medisindispenserar, og det var konkludert med at tre dispenserar var for lite til å nytte SMS-varsling. Etter at dei tre medisindispenserane var kjøpt inn har det blitt klart at Alarmsentralen i Sogn og Fjordane kan tilby ein anna type medisindispenser med alarm som går over same systemet som dei digitale tryggleiksalarmane. Kommunen har inngått avtale om å teste desse.

### Oppstart med brukar

#### *Rutinar for nye brukarar*

Organisatorisk sett var det enkelt å starte opp med brukar. Medisin må uansett delast ut i dosett, eller tilsette må heim til brukarar for å hjelpe til å ta rett medisin til rett tid. Det vart laga rutinar for oppstart med ny brukar, med basis i ei køyreliste som sørger for at heimesjukepleien var til stades dei 8-10 første gongane medisindispenseren skulle brukast av ein ny brukar. De første 8 gongane skulle heimesjukepleien komme *før* medisinen skulle takast, for å sjekke at brukar forstod korleis dispenseren virka. Dei siste par gongane kom heimesjukepleien litt *etter* at medisinen skulle ha vore teken, for å sjå om brukaren hadde klart det på eiga hand.

#### *Rekruttering av brukarar*

Det vart tidleg laga kriterier for å kva brukarar som var aktuelle og ikkje. Likevel var den største utfordringa nettopp å finne passande brukarar. Det blei gjort forsøk med fleire potensielle brukarar



Figur 4 Pilly, frå Dignio:  
<http://www.dignio.no/medisinoppfolging>



utan å lukkast, anten fordi brukaren vegra seg for å ta i bruk teknologien, eller fordi funksjonsnivået deira var for dårleg. Også blant brukarane som ønskte å bruke medisindispenseren var det utfordringar, ved at den blei feilplassert og "bortgøymt", det var vanskeleg å ta imot pillene slik at dei falt på golvet, eller dispenseren blei lagt opp ned slik at den ikkje virka. Sjølv ein enkel teknologi med eit bruksområde som var identisk med dei gamle medisindispenserane som både brukarar og tilsette var kjende med, kunne altså by på ein heil del utfordringar.

Hjelp til å ta medisinar til rett tid kan vere nyttig *før* brukaren får tildelt ytterligere tenester frå kommunen, og kan slik bidra til å utsette behovet for hjelp i heimen. (Og som for å understreke poenget gjekk alarmen på ein av dei tilsette som deltok på evalueringsmøtet sin mobiltelefon, for å varsle at ho måtte ta sin medisin!) I ein del tilfelle er det for seint for brukarar å klare å meistre eller forstå medisindispenseren når dei allereie er mottakar av pleie- og omsorgstenester, og det er viktig å nå brukarar som ikkje har for stor fysisk funksjonssvikt eller kognitiv svikt til å kunne meistre eller forstå medisindispenseren. Det er utfordrande å etablere kontakt med desse potensielle brukarane, nettopp fordi dei ikkje enno er ein del av kommunen si pleie- og omsorgsteneste. Det har vore mykje utoverretta informasjonsarbeid i prosjektet, med besøk til lag og organisasjonar i tillegg til førebyggjande heimebesøk for aldersgruppa 70-72. Dette har gitt resultatet med pårørende som har vist interesse for å kjøpe elektronisk medisindispenser privat.

#### *Opplæring og ressurspersoner*

Sjølv relativt enkel teknologi kan vere krevande å bli kjend med for ein ny bruker, og det vart gjennomført opplæring med aktuelle sjukepleiarar. Nokre tilsette vart peika ut som ressurspersonar – som regel ein som viste interesse og hadde lyst til å bidra, og som fekk eit særlig ansvar for å meistre teknologien og for vidare opplæring av andre tilsette. Med unntak av prosjektansvarleg var det ikkje avsett tid til å jobbe med velferdsteknologi, men tid vart avsett etter behov, noko som var nødvendig for at dei tilsette ikkje skulle miste motivasjonen.

Tilsette sin motivasjon og kunnskap var ein av utfordringane for prosjektet. Det er ein utfordring å lære å meistre noko som ein sjeldan er i kontakt med. Såleis bør det vere kort tid mellom opplæring og oppstart, men òg eit tilstrekkeleg tal medisindispenserar i bruk for at opplæringa skal sitte. Det er kanskje ikkje overraskande at dette er ei utfordring for Gloppen kommune, når den same utfordringa vert rapportert i ein kommune som har tatt i bruk rundt 50 medisindispenserar (Bjørkquist, 2015)!

#### *Teknologien utfordrar*

Ein kontinuerleg utfordring med velferdsteknologi er at den *må fungere* for at både tilsette, brukarar og pårørende skal kunne ha tillit til den. I Gloppen opplevde ein fleire tilfelle av at dispenseren ikkje virka som den skulle, av og til fordi brukar eller tilsett gjorde feil, men det var også feil som ein ikkje forstod. Når det skjedde feil kunne dispenseren stoppe eller gå i lås, slik at medisinen ikkje kom ut eller den kunne gi feil dose. Store tablettar og mjuke kapslar kunne sette seg fast. Dette kan skje med ein vanlig dosett også, vart det understreka, men skilnaden er at den ikkje låser seg. Dersom ein ikkje får den til å virke er det lett for at dei tilsette berre legg dispenseren vekk og seier "den fungerer ikkje". Erfaring er viktig for å etablere brukarkunnskap, men ein av erfaringane er at "det å stå og fomle med noko teknisk som vi ikkje får til er vanskeleg – då gjer vi det heller på gamlemåten". Vi

fann også eit mønster som vi også såg i både Årdal og Vik, nemlig ei oppfatning om at studentane og dei yngre tilsette, annleis enn dei eldre tilsette, tok utfordringa med teknologi på strak arm.

### **Erfaringar med medisindispenserar**

Gloppen er langt ifrå ferdig med det ein kan kalle oppstartsproblematikk, og prosjektet har enno ikkje nådd eit stabilt nivå av "vanlig drift". I tillegg har det vore utskifting av brukarar slik at ein stadig må "begynne på nytt". Det utpeikar seg likevel nokre tendensar frå prosjektet.

For det første understrekar prosjektgruppa det spesielle ved å vere ein liten kommune. Det kjem til uttrykk i måten dei jobbar på – dei "putlar, litt etter litt", og det er viktig å etablere overkommelege prosjekt. Medisindispenseren kravde ikkje store førebuingar, og den kunne takast i bruk utan omfattande endringar i tenesta. Alt var ikkje klart på førehand, men prosjektet fekk form undervegs, som er ein arbeidsmåte vi har funne i kommunar i Sogn og Fjordane også i andre teknologiprojekt i helsesektoren (Corneliussen, 2014a). Det er likevel utfordrande for ein liten kommune å jobbe med velferdsteknologi, både fordi det er små økonomiske midlar og få hender å dele jobben på, men og fordi nokre teknologiske løysningar er utforma for drift i stor skala. Småskaladrift gir i tillegg utfordring med at tilsette ikkje får tilstrekkeleg trening og erfaring til å bli trygge på å meistre ny teknologi.

Sjølv med småskaladrift i ein liten kommune som Gloppen kan velferdsteknologiske løysningar som gjer brukaren mindre avhengig av heimesjukepleien gi konkrete gevinstar. Medisindispenseren kan gi gevinstar for brukaren som kan meistre kvardagen betre, og for heimesjukepleien som kan redusere talet på heimebesøk. Dette kan vere ganske tidssparande i ein geografisk utstrekt kommune som Gloppen. Politkarane ser også at investering i velferdsteknologi kostar pengar, og er derfor opptekne av at prosjektet vil gi konkret gevinst. Frå pårørande har dei møtt uro for at teknologi skal ta heilt over, og det er meininga å kunne redusere besøk til brukarar som kan klare seg sjølv med hjelp av ein elektronisk medisindispenser. Det betyr likevel ikkje at heimetenesta ikkje skal på heimebesøk, men det vil vere mogleg å besøke desse brukarane til andre tider og utanom den travleste tida, som ofte også vil samanfalle med behova for å ta medisin (jf. Svagård et al., 2015).

Den største utfordringa ved prosjektet har vore å finne brukarar som ikkje har for dårleg funksjonsnivå. Dei må inn tidlegare for å finne dei rette brukarane, ser prosjektgruppa, og dispenseren har derfor ikkje bidrege vesentleg til endring i tenesta enno. På andre sida er kommunen fortsatt i ein utprøvande fase, og det har vore diskutert moglegheiter for å bruke medisindispenser for barn og unge med nedsett funksjonsevne.

Har prosjektet nådd målet? I ein liten målestokk har prosjektet vore ein suksess og har i dag éin brukar der heimesjukepleien sparar eitt heimebesøk per dag på grunn av medisindispenseren. For brukarar som meistarar å bruke dispenseren på eigenhand har det fungert positivt: dei har vore veldig nøgde og fortel om "fridomsfølelse" ved å kunne ta medisinen sjølve. Prosjektgruppa er einig i at dette er den største gevinsten ved prosjektet: å gi brukarane meistringkjensle ved at dei klarer seg sjølve.

### Aktivisering med sykkel og video i Vik kommune

Vik kommune, med litt over 2700 innbyggjarar, var ansvarleg for piloten "sykkelprosjektet", med aktiviseringsteknologien som består av ein ergometersykkel som kan brukast med føter og/eller armar, saman med ein video frå nærområdet som vert vist på ein TV-skjerm framfor den som brukar sykkelen.



Figur 5 Vik kommune

Då vi evaluerte piloten hadde sykkelen vore i bruk i nesten eit halvt år, ved to avdelingar på sjukeheim og på eit dagsenter.

#### Førebuing, forankring og val av teknologi

Sykkelprosjektet i Vik starta med at kommunen blei kontakta av leverandøren. Teknologien vekte interesse i leiinga då den lova aktivitet med hadde positiv verknad både i forhold til fysisk og kognitiv helse samt sosialt miljø. Det var i utgangspunktet ikkje økonomi til eit slikt prosjekt, men då gåvemidlar vart tilgjengelege bestemte leiinga seg for å bruke desse til sykkel og video. Prosjektet hadde dermed god forankring i kommunen, men det var først då dei vart med som pilot i fylkesprosjektet at ei lokal arbeidsgruppe blei etablert, beståande av avdelingsleiar på sjukeheim, kommunefysioterapeut og leiar for rehabilitering, som også var fysioterapeut. Referansegruppa for prosjektet omfatta alle leiarane i kommunen si pleie- og omsorgsavdeling.

Prosjektgruppa visste om at andre kommunar hadde laga egne filmar frå sine nærmiljø til liknande prosjekt, men det ville kravd meir av dei og var lite aktuelt. Leverandøren kom og viste fram utstyret før kommunen kjøpte det: ein pakke med sykkel, pc, TV-lisens og to filmar, og ein lisens som må fornyast kvart år. Det er ikkje direkte forbindelse mellom sykkelen og videoen som vert vist, men ved at videoen er filma lokalt vil brukarane kunne kjenne seg igjen på stader i nærmiljøet. Det blei raskt avgjort å kjøpe to syklar, og firmaet gjekk i gang med filming i nærområdet etter prosjektgruppa sine forklaringar. Filmane vart raskt klare, og dei vart slik dei ønskte og med god kvalitet. Prosjektgruppa

sette sjølv opp systemet etter ein brukarretteiing som var enkel å følge, og det gjekk fort og greitt å få teknologien på plass.

### Oppstart med brukar

I utgangspunktet var det særleg personar med demens som var målgruppa, som eit svar på utfordringar med å finne tilpassa aktiviteter for denne gruppa. Då kommunen blei med som pilot i fylkesprosjektet vart det lagt planer for å gjennomføre ulike testar med ei utvald gruppe brukarar som var i stand til å sykle 2-3 gonger i veka. Det blei valt ein fysisk test og testar for livskvalitet, åtfærd og ernæring.<sup>8</sup> Brukarar til testgruppa måtte veljast ut, og det blei 12 på sjukeheimen og 6 på dagsenteret. Alle blei testa før pilotperioden skulle starte og skulle testast igjen ved slutten av pilotperioden.

Det var prosjektgruppa som var engasjert i dei førebauende fasane, medan førebuing i forhold til personalet var avgrensa til informasjon på eit personalmøte. Sjølve oppstarten med sykkelen vart markert med rådmann, ordfører, lag og organisasjonar, som fekk sjå sykkel og video i bruk.

Sykkel og video fanga mykje interesse blant brukarane, og filmen blei eit engasjerande samtaleemne. I tillegg til testgruppa fekk alle som ville prøve sykkelen ta den i bruk. Det var noko vanskeleg for brukarane å sette i gang sykling og film på eiga hand, slik at det alltid var behov for ein tilsett som starta prosessen. Etter kvart såg dei mønster der enkelte brukarar bidrog til å auka interessen ved å vere ivrige, medan andre kunne spreie negative haldningar til sykkelen, og dei såg at slike haldningar blant brukarane ikkje var lett å styre. Dei lærte også fort at dei ikkje måtte snakke om "sykling", for då trudde brukarane at dei skulle ut og sykle. I staden måtte dei ta brukarane med til sykkelen og vise den, slik at dei forstod kva det var.

Dei såg tidleg at det var viktig at brukarane fekk bruke utstyret i kjente omgjevnader, og for at flest mogleg skulle få tilgang blei sykkelen flytta mellom avdelingar i starten. Flyttinga var tungvint og blei ei ekstra belastning i forhold til å motivere tilsette til å følge opp prosjektet. Delvis handla det om teknologi, meinte prosjektgruppa, og ei vegring frå tilsette som "ikkje kan, ikkje vil eller ikkje tør". Etter same mønster som vi fann i andre kommunar var det også her ei oppfatning av dei "vaksne damene" som forsiktige og redde for å gjere feil, medan dei yngste tilsette var raske til å få tak på teknologien.

På den eine sida var det overraskande at nokre tilsette opplevde teknologien som ein barriere, ettersom systemet var enkelt å betene, men på den andre sida ser prosjektgruppa at sjølv enkle ting, som å ikkje finne ein HDMI-inngang for å få spelt av videoen, kan virke kompliserande når ein ikkje har denne kunnskapen frå før. Sjølv enkel teknologi krev altså kunnskap, og to-tre tilsette frå kvar

---

<sup>8</sup> Følgjande testar var i bruk:

Fysisk test: Short Physical Performance Battery (SPPB)

Livskvalitet: Geriatrisk depresjonsskala (GDS) – kortversjon

- Cornell – skala for depresjon (brukt i demensutredning i kommunehelsetjenesten)

Åtfærd: Registreringsskjema for atferd (RA)

Ernæring: Mini Nutritional Assessment (MNA)

- Vekt (oppgitt i kg)

gruppe blei lært opp til å bli "superbrukarar" og fekk ansvar for lære det vidare. Likevel var prosjektgruppa mykje engasjert i starten. Dei følgde ekstra godt med, var innom avdelinga for å sjå om sykkelen blei brukt, eller for å hjelpe ein bruker i gang. Slik fekk dei også motivert og lært opp éin og éin tilsett. Prosjektet møtte meir motstand i starten enn prosjektgruppa forventa, og dei trur dette skuldast at dei tilsette ikkje var involvert tidlig nok og at dei derfor mangla eigarskap til prosjektet. Etter kvart som tilsette erfarte at brukarane var positive og hadde god effekt av å sykle, blei dei sjølve også meir positivt innstilt.

Ettersom oppstart også skulle fungere som ein pilot, med testing og sykling kvar veke for testgruppa, kravde det kontinuerlig arbeid med motivasjon hos både tilsette og brukaren. Testane og kravet om å sykle fleire gonger i veka gjorde ein del personar i testgruppa lei av å delta, og då blei det også utfordrande å få dei tilsette engasjert. Etter testperioden måtte dei begynne på nytt med ein del av desse brukarane, og ved å legge vekt på rehabilitering og vedlikehald av funksjonsnivå i staden for testing, prøvde dei å finne tilbake til motivasjonen hos desse brukarane.

Etter fullført prosjekt blei det klart at det var vanskeleg å måle effekt av syklinga gjennom dei valde testane. Undervegs hadde fleire av brukarane gitt uttrykk for at dei følte seg betre når dei hadde brukt sykkelen ei stund, og dei såg positiv effekt på fordøyelse og på beina. Sjølv om det ikkje var mogleg å vise effekt gjennom dei valde testane kunne det dokumenterast ein betydeleg aktivitet der brukarane hadde sykla nesten 1300 kilometer på nokre månader! Skjema som viste treningstid, kilometer som var sykla, motstand på høggre og venstre arm eller fot, viste tydeleg auke i aktivitetsnivået over tid.

### **Erfaringar frå sykkelprosjektet**

Prosjektgruppa har hatt god kontakt med leverandøren, men likevel har det vore ei utfordring å forstå nøyaktig kva som ligg i lisensen dei har kjøpt. Dei har blant anna tilgang til alle filmene firmaet lagar, frå heile landet, men for brukarane i Vik er det dei lokale filmene som er interessante. Kostnaden ved prosjektet skapar også stress hos dei prosjektansvarlege dersom dei ser at sykkelen ikkje vert brukt på nokre dagar. Likevel er dei nøgde med sykkelprosjektet, og ser at både aktivitet, film og musikk er viktig for brukarane sin motivasjon.

Sykkel og video er enkel teknologi å ta i bruk, og det krev lite kompliserande arbeid knytt til rutinar og ansvarsområder. Likevel ser vi ein del ting som krev ekstra merksemd, med omsyn til prosjektstyring, involvering av tilsette, og i forhold til brukarane. Den toppstyrte prosjektstrukturen skapte utfordringar både for tilsette sin motivasjon og kunnskap om teknologien i starten. Tilsette må inviterast med tidleg i prosessen. I tillegg har dei tre i prosjektgruppa vore eldsjeler og jobba mykje i starten for å få sykkelen til å bli brukt. Dei var overraska over at det kravde så mykje innsats å komme i gang. Sykkelprosjektet illustrerer korleis sjølv forholdsvis enkle prosjekt krev at nokon har tid og vilje til å sette i gang aktiviteten, og at sjølv enkel teknologi krev opplæring og kunnskap. Utan tryggleik i forhold til teknologien er det vanskeleg å få tilsette til å bli positive medspelarar.

Sjølv om ein i Vik ser at ein del ting kunne vore gjort annleis er prosjektgruppa einig i at teknologien gav akkurat det dei hadde håpa på for brukarane. Den fungerte både som sosial stimuli og gav tilgang



til aktivitet og trening på ein enkel måte, med lav terskel slik at alle kunne delta. Den positive opplevinga har gjort at det er sett i gang prosesser for å skaffe fleire sykklar i kommunen.

### Overflod av vilje og leiarstyrte prosesser



Helsedirektoratet

*Presentasjon ved Lasse Frantzen, Seniorrådgiver i Helsedirektoratet, på Velferdsteknologikonferansen 11. februar 2016 på Skei*

Ikkje prøv, berre gå i gang og "start endringa nå!" er rådet frå Helsedirektoratet til kommunane som står framfor satsing på velferdsteknologi. Teknologien er etter kvart kjent og treng ikkje lengre å prøvast ut. Helsedirektoratet har komme med ein rapport som gir anbefalingar til kva teknologitypar som no kan integrerast i kommunane sine ordinære helse- og omsorgstenestetilbod (Melting & Frantzen, 2015). Anbefalingane baserer seg på erfaringane frå prosjekta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, og erfaringane er også samla i "Samveis veikart", som skal vere "en praktisk metodikk som setter kommunene i stand til å endre offentlige tjenester for å møte fremtiden."<sup>9</sup> Trass råd og hjelp ser vi likevel at dei utprøvingane som vart gjennomført i fylkesprosjektet har gitt dei involverte kommunane moglegheit til å etablere erfaring og bygge kunnskap. Sjølv om teknologien ikkje er ny lenger, er den enno ikkje ein naturleg del av kompetansen til kommunale pleie- og omsorgsleiarar med helsefaglig bakgrunn.

Prosjektperioden for pilotprosjekta var kort og ingen av kommunane fekk gått gjennom alle fasane frå førebuing og oppstart til vanlig drift. Likevel har pilotane gitt viktige erfaringar, der ein del handlar om konkret teknologi, medan andre lærdommar handlar meir om tenesteleiing eller om regionale og lokale tilhøve. Punkta vi ønskjer å trekke frem her handlar om forankring, prosjektstyring og leiarskap, teknologikunnskap og tverrfaglegheit samt småkommuneproblematikk.

#### **Forankring: overflod av vilje og underskot av kunnskap**

Vi fann god forankring, både politisk og i leiinga for pleie- og omsorgstenestene i kommunane som deltok i prosjektet. Det må sjølv sagt merkast at pilotkommunane deltok nettopp *fordi*

<sup>9</sup> <http://www.samveis.no/> (31.08.2016).

forankringsarbeidet allereie var gjort og kommunane raskt kunne vere klare til den korte prosjektperioden frå mai til desember 2015. Forankringa var basert på stor grad av politisk vilje, men samtidig mangel på kunnskap om velferdsteknologi. I ein kommune støtta politikarane satsing på velferdsteknologi, utan at dei var så opptekne av kva teknologi det skulle vere, i ein anna var velferdsteknologi ein del av ein totalentreprise, utan at teknologien var spesifisert, og for ein tredje var det eit nedleggingsvedtak av demensbustadar som også sette krav om teknologi skulle vere ei løysing på situasjonen, utan ytterligare spesifisering. I ein kommune kom det til uttrykk i at prosjektgruppa følte at den politiske og administrative viljen var nesten for stor, samtidig som det ikkje var like enkelt å forankre behovet for ressursar, tid og pengar, til å gjennomføre prosjekt.

**Forankring i kommunen sin politiske, økonomiske og administrative strukturer er vesentleg for å lukkast med prosjekt, og vi har sett at forankring, også utan tilstrekkeleg kunnskap, har positive effektar fordi det får ting til å skje (berre gjer, ikkje prøv, som Helsedirektoratet seier).**

### Prosjektstyring og leiing

Prosjektstyring, leiing og etablering av prosjektgrupper gir fleire utfordringar, og det vert ytterlegare komplisert av at *teknologisk* kunnskap manglar i sentrale ledd.

#### *Leiarstyrte prosessar*

Vi fann at leiarar på kommunalsjef- og avdelingsleiar-nivå har stor betydning for både vilje, evne og moglegheit til å drive arbeidet med å implementere velferdsteknologi i kommunane, slik Remo og Aarø også konkluderer med (2015, s. 114):

*"Virksomhetslederne har slik vi ser det en sentral og viktig rolle for at implementering av velferdsteknologi skal la seg gjennomføre. For å få til dette ser vi at de av våre informanter som har lyktes best med implementering, er de som er gode på å involvere bredt, er lydhøre for ansattes innspill og som evner å gjennomføre beslutningene som til slutt fattes. Forutsetningen for å få til dette er at det er tid og rom til å drive med ledelse."*

Det er primært prosjektleiarane og prosjektgruppene, eller eit utval av desse, som har vore den mest sentrale drivkrafta i prosjekta, og vi ser at avdelingsleiarar tek på seg mykje arbeid, engasjement og ansvar for vidare motivasjon av både andre tilsette og brukarane av teknologien. Samtidig er det nettopp for sein involvering av tilsette som skapar utfordringar, både med omsyn til motivasjon, forståing for prosjektet og kunnskap om teknologien det gjeld. **Tilsette må inviterast med på eit tidleg tidspunkt for å etablere eigarskap til prosjektet.**

Enno eit poeng frå Remo og Aarø, som vi ser igjen i Sogn og Fjordane, er tid. Berre éin kommune hadde avsett tid for prosjektleiing (ein halv stilling i ein avgrensa periode) og la samtidig vekt på å sette av tid for tilsette sin involvering. Resten av kommunane var avhengig av å plassere desse oppgåvene innanfor den allereie fullpakka arbeidsdagen. Eldsjeler og engasjement blant tenesteleiarane gjorde det mogleg i pilotkommunane. Kombinasjonen av manglande tid og sein involvering av tilsette viste seg likevel i éin kommune som utslag på "motvilje" i starten fordi

teknologien kom inn som "enno ei oppgåve". **Eldsjeler er viktige for engasjement, men engasjement aleine kan ikkje drive prosjekta, og det må settast av tid til prosjektaktivitet.**

#### *Tverrfaglegheit og teknologikompetanse*

**Kunnskap er vesentleg når nye prosjekt skal startast opp, og pilotane illustrerer at**

**teknologikompetanse er eit viktig element i arbeid med velferdsteknologi.** Det har vore vektlagt at alle pilotkommunane skulle etablere tverrfaglige prosjektgrupper med både helse- og IKT-personell. Medan andre prosjekt har rapportert om utfordringar i kommunikasjon mellom teknologar og helsepersonell (t.d. Dugstad et al., 2015), er det ikkje så mykje utfordringar i kommunikasjonen, men snarare mangel på teknologar å kommunisere med, som pregar situasjonen i pilotkommunane. Fleire kommunar understreka at dei har behov for ein "helse-IKT-person" – ein som kan tilstrekkeleg om teknologi og som samtidig forstår kva behov pleie- og omsorgstenestene har. Alle pilotane er prega av at det har vore mangel på teknologikompetanse, særleg i starten av prosjektet. Dette har hatt konkrete konsekvensar både for gjennomføring og resultat av prosjektet og for mogleg vidareføring. Prosjektet gir ein god illustrasjon av korleis leiarar for pleie- og omsorgstenestene, særleg i små kommunar med "få hender" å fordele ansvaret på, møter nye kunnskapskrav. Medan det er naturleg at avdelingsleiarar for både heimeteneste og institusjonar i desse kommunane har helsefaglig bakgrunn, må dei no opptre som "tusenkunstnarar" og tileigne IKT-kunnskap som dei "eigentleg ikkje burde ha". Ei særleg utfordring i desse kommunane er altså at sjølv om tverrfaglegheit er ønskjeleg, så møter dei utfordringar på grunn av mangel på personar med slik kompetanse, noko som kanskje også bør sjåast på som "småkommune"-problematikk.

#### **Teknologien må også takast på alvor**

"Velferdsteknologi handlar ikkje om teknologi, men om menneske" eller "det handlar berre 20% om teknologi og 80% om tenesteutvikling" osv. er påstandar som ofte figurerer i omtale av velferdsteknologi, blant anna i Hagen-utvalet si utreiing (NOU, 2011:11).

Det er ingen tvil om at implementering av velferdsteknologi involverer mange andre aspekt enn sjølve teknologien. Likevel har vi erfart gjennom pilotprosjektet at teknologien i seg sjølv skaper nokre bestemte føresetnader som korkje let seg oversjå eller kan målast i prosentsatsar. Vi har allereie nemnt utfordringa med at leiarar med helsefagleg bakgrunn må tileigne seg kunnskap dei "eigentleg ikkje bør kunne". Evalueringa viste også utfordring med manglande teknologikunnskap hos tilsette som var ansvarlege for den daglege kontakten med velferdsteknologiske løysningar hjå og for brukaren. Fleire pilotkommunar rapporterte at tilsette var nølende eller utrygge i forhold til å ta i bruk teknologien, nettopp med referanse til manglande kunnskap om teknologi, slik også Moe og Nilsen har funne (2015). Tilsette som vil og kan ta i bruk dei teknologiske løysningane er avgjerande for å kunne oppnå gevinstar ved bruk av teknologi. Sjølv for teknologi som er tilsynelatande enkel å handtere er det behov for grunnleggande kunnskap om teknologi, som til dømes å kunne plugga i rett kabel. Vi høyrte fleire antok at skepsis til å begynne å bruke ny teknologi var relatert til ein kombinasjon av alder og kjønn – til "damesyndromet". Ein kan tenke seg at slike "digitale skilje" og forventningar til dei vil forsvinne over tid. Forventninga om at kommunane skal starte endringsprosessar straks gir derimot ikkje rom for å vente. **Det er naudsynt å raskt sette fokus på**



**det auka behovet for ein ny form for teknologikompetanse i, eller nær knytt til, kommunane si pleie- og omsorgstenesta.**

### **Å finne teknologi til brukar, eller brukar til teknologi?**

Fordi de fleste kommunane framleis var heilt i oppstartsfasen med utprøving av teknologi medan denne evalueringa føregjekk har vi ikkje hatt direkte kontakt med brukarane av teknologien. Det viktigaste perspektivet i forhold til brukarane som vi har med oss frå denne fasen av prosjektet er utfordringar knytt til å tilpasse velferdsteknologiske løysningar til brukaren sine behov, eller som pilotkommunane har erfart: å finne dei rette brukarane til dei teknologiske løysningane som er valt. Rapporten "Veikart for innovasjon av velferdsteknologi" viser til at prosjektkommunar i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet har hatt ulike inngangar til dei velferdsteknologiske løysningane dei har jobba med, med variasjon frå utgangspunkt i ein bestemt teknologi, eit bestemt brukarbehov, eller eit bestemt tenestebehov (Grut et al., 2013). Ein tilsvarande variasjon finn vi blant kommunar i Sogn og Fjordane. Likevel ser vi at små kommunar med små midlar fort vert "låst" i dei teknologiske løysningane som allereie er valt eller som er innan rekkevidde praktisk og økonomisk, slik at utfordringa i praksis for desse ofte vert "å finne rett brukar" til teknologien, i staden for rett teknologi til brukaren.

### **"Småkommune-problematikk"**

De fleste kommunane i Sogn og Fjordane er små etter SSB sin målestokk – altså med mindre enn 5000 innbyggjarar.<sup>10</sup> Som nemnt over kan mangel på teknologikompetanse sjåast på som ein av utfordringane for små kommunar. Det finns fleire interkommunale selskap og samarbeidsavtaler om IKT-støtte mellom kommunar i fylket. På den eine sida skal dette sikra mindre kommunar denne kompetansen, men på den andre sida vil det seie at ein del kommunar ikkje har tilstrekkeleg IKT-kompetanse internt i kommunen som kan delta i prosjekt.

Vi har også sett at nokre teknologiske løysningar har som føresetnad at drifta skjer i større skala enn det som er tilgjengeleg for små kommunar. Kvar av dei små kommunane åleine har heller ikkje ressursar til å krevje eller forhandle med leverandørar om tilpassing og vidareutvikling av teknologiske løysingar.

Å vere liten er ikkje berre ein ulempe. Vi ser at små kommunar har ein relativt stor grad av fleksibilitet, slik Gloppen også viser til at dei "putlar, litt etter litt". Ved å prøve ut 2-3 medisindispenserar og ikkje 45-50, som i Sarpsborg, blei prosjektet overkommeleg og mogleg å gjennomføre utan store investeringar eller endringar i eksisterande tenester eller arbeidsoppgåver.

### **Erfaring med teknologi skaper større vilje til å ta i bruk teknologi**

Auka erfaring med å bruke teknologi i pleie- og omsorgstenestene gir ikkje berre auka *kunnskap*, men bidreg også til haldningsendring som gir *auka vilje* til å bruke teknologi. Vi høyrde dette til dømes frå Årdal, som kunne samanlikne tryggleikspakken for personer med demens med det

---

<sup>10</sup> <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/3.gruppering-av-kommuner-og-fylkeskommuner>, <http://www.ssb.no/192060/folkemengde-og-kvartalsvise-befolkningsendringar.heile-landet-fylke-og-kommunar>.

tidlegare telemedisinprosjektet, og viste til at dei såg endring i omtale av teknologien frå "kald omsorg" til "verdighet" og "privatliv". Den auka viljen har ført alle pilotkommunane enten til å diskutere eller til å investere i fleire velferdsteknologiske løysingar til bruk i pleie- og omsorgstenestene.



Figure 6 Fylkesprosjektet i Sogn og Fjordane viser at erfaring fører til kunnskap som fører til vilje som fører til endring

Erfaringar frå prosjektet dokumentrar at Helsedirektoratet sitt råd om *berre å begynne* er ein viktig budskap, ettersom praksis gir viktig innsikt. Men vi ser også av prosjektet at det å kunne "putle i det små" og "finne ut av ting etter kvart" er viktig for nokre av kommunane. Trass i at ikkje-teknologiske faktorar spelar ei betydeleg rolle i arbeidet med å implementere velferdsteknologiske løysingar, så ser vi også at det er ei utfordring at pleie- og omsorgssektoren ikkje i utgangspunktet er førebudd for å handtere spørsmål knytt til teknologi, og som vi har vist her, er dette truleg meir merkbar i små enn i store kommunar. Utan å redusere betydinga av tenesterelaterte aspekt ser vi at tilgang til teknologikompetanse er ein vesentlig faktor, og at dette ser ut til å vere det kanskje svakaste leddet for nokre av pilotkommunane.

## Litteratur

- Bjørkquist, C. (2015). *Erfaringer fra pilotering av velferdsteknologi i Sarpsborg kommune: Mobil trykghetsalarm, digital medisindispenser og KOLS-monitorering*. Høgskolen i Østfold: Oppdragsrapport 2015:4.
- Corneliussen, H. G. (2014a). *Meldingsløftet Sogn og Fjordane - Små og tett på!* Vestlandsforsking-rapport nr. 8/2014.
- Corneliussen, H. G. (2014b). *Velferdsteknologi – status i kommunane i Sogn og Fjordane*. Vestlandsforsking-rapport nr. 11/2014.
- Corneliussen, H. G. (2015). *Velferdsteknologi for kommunane i Sogn og Fjordane - Prosjektstatus*. Vestlandsforsking-notat nr. 1/2015 <http://www.vestforsk.no/notater/velferdsteknologi-for-kommunane-i-sogn-og-fjordane>
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullslett, M. K., Eide, T., & Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester: opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport. Retrieved from <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/285837>
- Ekeberg, G. N. (2014). *Velferdsteknologi og endringsprosesser (Artikkel 1) & Tidlig informasjon og opplæring ved innføring av velferdsteknologi. En empirisk studie (Artikkel 2)*. Høgskolen i Oslo og Akershus: MA-oppgave ved Fakultet for helsefag, Institutt for Atferdsvitenskap.
- Grut, L., Reitan, J., Hem, K.-G., Ausen, D., Bøthun, S., Hagen, K., . . . Vabø, M. (2013). *Veikart for innovasjon av velferdsteknologi*. Rapport: SINTEF, NOVA & KS.
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*.
- Melting, J. B., & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*: Helsedirektoratet, Nasjonalt velferdsteknologiprogram.
- Moe, C. E., & Nilsen, G. S. (2015). *Velferdsteknologi, til glede eller besvær?* Paper presented at the Norsk konferanse for organisasjoners bruk av IT.

NOU. (2011:11). Innovasjon i omsorg.

Remo, L. H. B., & Aarø, S. (2015). *Velferdsteknologi; nytt og nyttig eller bare til heft?* : Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København (CBS) og Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet (DPU) for graden Master of Knowledge Management.

Svagård, I. S., Ausen, D., Røhne, M., & Østensen, E. (2015). Riktigere medisiner og mer selvstendighet? Erfaringer med automatisk medisindispenser i Bærum kommune.