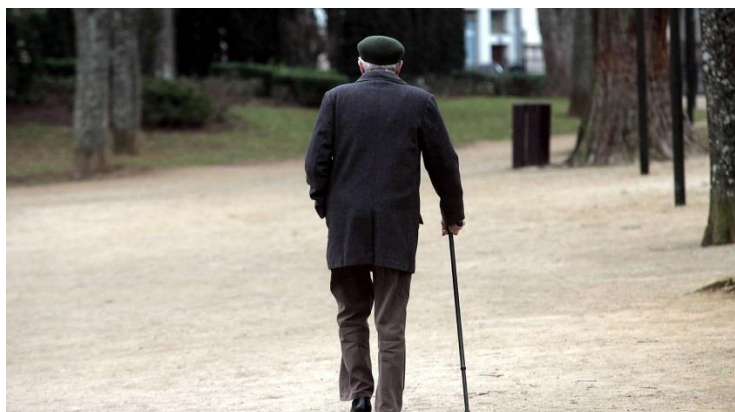


Bacheloroppgave

Essay om velferdsteknologi som hjelpemiddel til eldre med demens.

Essay about welfare technology as aid for elderly with dementia



Bachelorgradsoppgave

i Vernepleie

Kristian Følstad

2013



**Avdeling for
helsefag, Namsos**

Innhold

1. INNLEDNING.....	1
1.1. Begrepsavklaring.....	4
1.2. Avgrensninger.....	4
2. METODE	5
2.1.1. Søkeresultat.....	6
2.1.2. Kildekritikk.....	7
2.1.3. Metodekritikk.....	7
3. TEORI.	8
3.1. Velferdsteknologi, fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013- 2030.....	8
3.1.1. Funn i rapporten.	8
3.2. Etske utfordringer med velferdsteknologi.	9
3.2.1. Funn i notatet.	10
3.3. Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice.	11
3.3.1. Funn i artikkel.....	11
3.4. Trygge spor, GPS- løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens innovasjonsprosjekt i offentlig sektor.	12
3.4.1. Funn i rapporten.	12
3.5. Etikk.....	13

3.6. brukermedvirkning.....	13
3.6.1. verdighet.....	14
3.6.2. Verdier og holdninger.....	14
3.6.3. livskvalitet.....	15
3.6.4. Demens /kognitiv svikt.....	15
3.7. Juss	16
3.8. Vernepleierfaglig arbeidsmodell.....	16
4. DRØFTING I ESSAYFORM.....	17
5. OPPSUMMERING	25

Litteratur

Vedlegg 1

ANTALL ORD:9928

1. INNLEDNING.

Denne oppgaven omhandler begrepet velferdsteknologi. Dette er et tema som jeg ikke var kjent med før jeg startet på utdanningen. Men i andre år på vernepleien fikk vi besøk av Terje Wannebo som hadde undervisning i velferdsteknologi. Han viste frem statistikker på hvor mange pensjonister det ville bli i 2013 og hvordan dette ville stige årene fremover. Han viste også hvor mange som måtte velge utdanning innen helse og omsorg for å få et tilsvarende tilbud som vi har nå. 1 av 3 måtte velge helsefag som utdanning for å få et lignende tilbud som vi har nå. Dette mente Wannebo kunne bli vanskelig. Det var da han begynte å snakke om velferdsteknologi, dette var noe alle i helsevesenet måtte forholde seg til i fremtiden fortalte han. Velferdsteknologi var teknologi som kunne brukes for at eldre personer og personer med funksjonsnedsettelser kan gjøre mest mulig selv eller bo lengst mulig hjemme. Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet Etter en del lesing og reflektering rundt dette temaet fant jeg ut at jeg ville skrive om velferdsteknologi i bachelor oppgaven.

Begrepet velferdsteknologi har trolig en dansk opprinnelse, det er et samlebegrep som dekker mange ulike teknologier. begrepet ble introdusert våren 2007 av sosialministeriet og det fikk raskt fotfeste som nøkkelbegrep både i det offentlig og private. Departementer og styringer iverksatte mange prosjekter. Arbeidskraftbesparende perspektiver var et fellestrekk for prosjektene. Begrepet anvendes hovedsakelig i Skandinavia siden ordet velferd gir god mening innen den nordiske velferdsmodellen (Jordansen I, K. 2009a i helsedirektoratet 2012:14).

Velferdsteknologi er et svært aktuelt tema og skrive om siden det er mange ny oppstartede prosjekter innen velferdsteknologi innen eldre omsorgen. i helsedirektoratet fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030 står det att det er behov for en langsiktig satsning på velferdsteknologi som støtte til innovasjon. Den nasjonale satsingen bør løpe frem til 2020 og vurdering av tiltak fra 2021-2030. Dette har gitt kommuner muligheten til å lage prosjekter for å teste ut bruken av velferdsteknologi. Et eksempel på et slikt prosjekt er velferdsteknologi prosjektet i Midt-Norge som ble startet i 2011. Det er Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag i samarbeid med KS som er med i prosjektet. De har som mål å teste ut vandrealarm i

sjukehem, GPS- sporing, teknologi ved medisiner, bruk av menoplaner, bruk av videokonferanse utstyr, smarthusteknologi og sporing og sikring av utvendig areal(fylkesmannen i Sør-Trøndelag 2013).

En del av dette prosjektet er GPS sporing på demente, som er et samarbeid mellom Ålesund, Ørskog, Ulstein, Herøy og Vanylven kommune som ønsker og kartlegge behov for GPS-sporing og teste ut GPS- sporing. Dette prosjektet har så vidt kommet i gang men vil bli spennende og følge med fremover (Senter for omsorgsforskning midt Norge 2013).

Et annet GPS prosjekt er ”Trygge spor” dette er et samarbeidsprosjekt mellom Drammen, Bærum, Trondheim, Bjugn og Åfjord kommune i samarbeid med SINTEF, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Universitetet i Agder. Dette er et offentlig prosjekt som er støttet av Oslofondet. Prosjektet har hatt en forstudie i 2011 og en hovedstudie i 2012. Formålet med dette prosjektet er å finne ut om GPS kan brukes som verktøy i demensomsorgen? Hvilken effekt har en slik bruk? Hvordan vil bruken påvirke organiseringen av tjenestene? Prosjektet er nå ferdig og kommet frem til en konklusjon på problemstillingen(Ausen D, 2013).

Dette prosjektet er også nevnt i stortingsmelding nr. 29(stortingsmelding nr.29 2013:115). Det står også i stortingsmeldingen at velferdsteknologi kan bidra til trygghet og at flere kan bo hjemme og at det blir et stort satsingsområde i fremtiden som kommer. Samtidig kan det utfordre enkeltes privatliv og personvern og overvåkning kan innskrenke personers handlingsrom(stortingsmelding nr. 29 2013:109 og 112).

Det er også skrevet og vist mye om temaet i media. Eksempler på dette er en kronikk som ble skrevet 23.08.11 ved navn: helseindustri- for et bedre liv. som ble publisert i adressa avisa Kronikken handler om positive sider ved velferdsteknologi og om utfordringer forhold til dette (Bekkemellem 2011).

En annen kronikk i samme avis ble publisert i 10.10.12 og heter: sykepleiere ser videre. Den handler om viktigheten med sykepleiere og at sykepleiernes arbeidsplass er i stadig utvikling. Denne utviklingen fokuserer de på velferdsteknologi og de mener utdanningen må forandres slik at den følger utviklingen i helsevesenet (Rotabakk 2012).

Dette er to eksempler på innlegg i en avis og det er mange flere i adressa og i andre aviser.

På tv har det vært flere dokumentarer. En av dem er en dokumentar på puls på NRK som omhandler bruk av forskjellig velferdsteknologi til eldre hjemme boende. Der tar de for seg utfordringer og positive vinninger ved bruk av teknologi i helsetjenesten. De tar for seg mange teknologier, men fokuserer på meno planer og GPS- sporing. Det er med en eldre dame i programmet som forteller om hvordan hun synes det er å bruke velferdsteknologi. Programmet hete eldre og teknologi og ble vist den 22.10.2012(puls 2012).

Det var når jeg leste samarbeidsprosjektet ”Trygge spor” og så på dokumentaren på puls jeg fant min problemstilling. Jeg begynte å tenke på om det er lurt å bruke velferdsteknologi som GPS på eldre med demens? Jeg fant ut etter en del refleksjoner at jeg ville finne ut hvilke etiske utfordringer det var ved bruk av GPS sporing til eldre med demens.

Det som er viktigst for meg som vernepleier er brukernes og pasientenes brukermedvirkning og at de får individuelt tilpasset hjelp. Dette for å få et tilbud som kan gi dem muligheten til mestring, god livskvalitet eller et verdig liv. Hvis da en tredjedel av grunnskoleelevene må velge helsefag for å få nok ansatte og resurser, dette slik at tilbudet skal bli slik som det er nå. Dette blir vanskelig, jeg er redd for at brukere og pasienter får et mye dårligere tilbud en de har krav på. Og de begrepene individuell tilpasning og brukermedvirkning kan forsvinne siden det ikke er tid til det. Jeg tror at velferdsteknologi kan hjelpe til med dette problemet. Men er skeptisk på bruken av teknologi som GPS sporing. Mange andre er også skeptiske til konseptet og er redde for at det kan gå for langt. Det jeg er redd for er at brukere og pasienter får utdelt hjelpemidlene uten at de kanskje har bruk for dem eller at det ikke er forsvarlig men de får det uansett. At individuell tilpasning og brukermedvirkning ikke brukes i oppstartsfasen av tilrettelegningen. Dette på grunn av at mange med demens kan ha vansker med å medvirke i prosessen. På grunn av dette er min problemstilling:

Hvilke etiske utfordringer det er ved bruk av GPS sporing av eldre med demens og hvem kan bruke det.

Grunnen til at jeg vil skrive om dette temaet er at det er interessant samtidig som det skremmer meg. Velferdsteknologi som GPS er noe som det kommer til å bli mer av i tiden som kommer, derfor kan jeg få i oppgave å finne ut av om noen brukere kan bruke GPS sporing. Jeg kan da være forberedt på hvordan man kan bruke GPS sporing ved å være bevisst på de etiske utfordringene.

1.1. Begrepsavklaring.

Etiske utfordringer: en etisk utfordring oppstår når man ikke vet hva som er rett og galt eller når det er uenigheter i hva som er rett og galt. I denne oppgaven er det prøvd å finne ulike etiske utfordringer og finne ut hva som er rett og galt (Nordby 2006).

GPS: GPS er en forkortelse for Global Positioning System. Trygghetsalarmer deles inn i tre generasjoner. GPS ligger under tredje generasjons trygghetsalarm som omhandler avanserte sensorer for varsling (Helsedirektoratet 2012:32). GPS sporing gir konstant posisjonen på pasienten på nettet. Dette gir omsorgspersoner muligheten til og følge med pasientene når de er utendørs på en diskret måte (Landau and Werner 2012:359).

1.2. Avgrensninger.

Begrepet velferdsteknologi er et stort emne som rommer mye, på grunn av dette har jeg avgrenset meg. Mine avgrensninger i denne oppgaven er etiske utfordringer ved bruk av GPS sporing av personer med demens. Personene kan bo på institusjon og egen bolig. Jeg skal ikke se på ulike typer demens men på generelle etiske utfordringer knyttet opp mot GPS sporing og demens. oppgaven skal ta tak i flere etiske utfordringer forhold til GPS sporing og demente, men antallet må begrenses på grunn av oppgavens størrelse. Økonomiske forhold og Andre velferdsteknologier en GPS kan bli nevnt men skal ikke bli utdypet.

2. METODE

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til en ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(Dalland 2010:83). Er det noe vi vil undersøke trenger vi en metode. Metoden hjelper oss å samle inn data. Data er den informasjonen vi trenger til undersøkelsen(Dalland 2010:83).

I starten av planleggingen av bachelor oppgaven hadde jeg flere tanker rundt metoden jeg skulle bruke. Det første jeg tenkte på var spørreundersøkelse og litteraturstudie sammen. Men en spørreundersøkelse innen temaet ville være svært tidkrevende siden jeg først må søke om tillatelse om å hente og behandle personopplysninger, og samtidig ikke sikkert om søknaden hadde blitt innvilget. Det hadde også vært vanskelig og bruke spørreundersøkelse siden bruk av velferdsteknologi i Norge fortsatt er prosjektbasert og kun noen få har kommet til en konklusjon. Jeg anser også at forskning passer bedre til en større oppgave enn bachelor.

Mitt metodevalg er en ren litteraturstudie. Det er det er mye forskning på området generelt men mindre i Norge. Dette er på grunn av at temaet mitt er ett nytt fenomen som har startet de siste årene. I litteraturstudiet er det blitt brukt litteratur fra fagbøker samt forskning, rapporter og notater. Hvordan jeg har gått frem for og finne litteraturen som jeg har brukt i oppgaven finnes i kapitlet 2.1.1 Søkeresultat.

Data jeg har funnet har jeg behandlet på en hermeneutisk framgangsmåte. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning er å forsøke å gjøre noe som er uklart klart og forståelig i forhold til det vi studerer. Jeg har tatt utgangspunkt i flere teoretiske perspektiver og prøvd å fortolke og bearbeide dem slik at det blir forståelig og satt i sammenheng. Å fortolke på denne måten er å forsøke å finne frem til underliggende mening eller klarhet til det uklare(Dalland 2010:55-56). Med litteraturstudiet er det ikke skapt ny kunnskap med materialet, men når kunnskapen fra forskjellige materiale er satt sammen kan det komme nye erkjennelser.

Jeg har også brukt essay som skriftlig metode i drøftingen. Dette fordi det er en skrift måte som får teksten til og bli mer interessant å lese for leseren. Ett essay kan få leseren til og lett forstå hva skriveren mener siden den er veldig muntlig skrevet. Jeg mener essay sjangeren passer veldig bra for å drøfte etiske utfordringer. Grunnen til dette er at sjangeren er veldig åpen og det er muligheter for å drøfte bredt samtidig som man forholder seg til sine avgrensninger. Jeg velger også denne sjangeren fordi det er den metoden jeg behersker best.

2.1.1. Søkeresultat.

Metoden som ble brukt var å søke på Proquest sine databaser. valgte å bruke fem databaser i søket på Proquest, databasene som ble brukte finner du i vedlegg 1. Brukte søkeordet Global positioning system and dementia. Og registrerte søkeresultat. Søkeresultatene var alt for høye så måtte avgrense søket. Dette ble gjort ved først å avgrense publiseringsdatoen til januar 2012 - april 2013. Resultatene var igjen alt for høye. Fant ut at det gikk an å velge subjekter for avgrensning og valgte subjektet ethics. Dette resulterte til to - tre treff på databasene. Det var fire treff til sammen. Blant de fire treffene var det en artikkel som var relevant for oppgaven. Denne artikkelen heter Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice, som er skrevet av Ruth Landau og Shirli Werner(2012). Søke skjema for artikkelen Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice finner du i vedlegg 1.

Har også funnet rapporten: velferdsteknologi, fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 2013- 2030. Av (helsedirektoratet 2012), Notatet: etiske utfordringer med velferdsteknologi. Av (Hofmann 2010) og rapporten fra prosjektet ”Trygge spor”. Av (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø og Bøthun 2013). ved å bruke randomiserte søk på Bibsys og google sin søkebase.

Litratur fra bøker er funnet fra egne bøker og på biblioteket HiNT Namsos. Søk for og finne relevant teori i bøker er gjort på Bibsys eller spurt bibliotekets ansatte.

2.1.2. Kildekritikk.

Studiene har blitt gjort innebærer bruk av andres materiale. Materialet som er funnet har blitt tolket på min måte. Dette kan kritiseres siden materiellet kan ha blitt feiltolket. Samtidig er flere av kildene som er benyttet sekundære kilder. Dette kan også kritiseres siden materialet som er brukt kan ha blitt feiltolket.

Jeg har i hovedsak sett på norsk litteratur. Siden begrepet velferdsteknologi er et skandinavisk begrep og siden begrepet velferd er tett knyttet opp mot det norske velferdssamfunnet. Teori fra utlandet trenger ikke å ha samsvar med den norske velferdssamfunnets verdier og kultur. Kritikkk på dette er at jeg kan ha oversett viktige materiale og synspunkter fra andre lands forskning på området. En annen kritikkk til å bruke Norsk litteratur er at velferdsteknologi fortsatt er et nytt tema i Norge og fortsatt er under utredning, dette kan føre til at mye av litteraturen kan være basert på synsing.

Samtidig har jeg brukt en amerikansk forskningsartikkel der forskningen er blitt gjennomført i Israel. Forskningen har kvalitative og kvantitative funn og forskningen er fagfelleurdert som klasse 1. men kritikkk på artikkelen kan forklares med forskjeller på Norsk og Israelsk kultur og holdninger. Dette kan føre til at forskningens konklusjoner ikke trenger å samsvare med en lignende forskning i Norge. Samtidig har vi våre nye landsmenn som kanskje har en lignende kultur som i forskningen. Derfor kan funnene i forskningen også passe i Norge

Validitet og reliabilitet er viktig for oppgaven derfor har jeg brukt litteratur som er fagfelleurdert og skrevet av fagpersoner. Samtidig er det enda store uenigheter om temaet velferdsteknologi blant fagpersoner.

2.1.3. Metodekritikk.

Kritikk til metoden som er brukt er at litteratur studiet samler materiale. Den bearbeider materiale som allerede har blitt laget til ett annet materiale.

Kritikk på bruk av essay som drøfting er at den blir veldig personlig skrevet og oppgaven kan virke mindre akademisk. Men samtidig kan det føre til at leseren har lettere for å lese drøftingen og forstå hva skriveren mener. Ett annet aspekt ved å bruke essay er at uvesentlige aspekter kommer med i oppgaven men kan forsvares med at digresjoner er med å peile inn på nye temaer å drøfte som omhandler problemstillingen i stedet for å ha overskrifter. Essayformen som er brukt er et fageessay.

3. TEORI.

I dette kapittel kommer forklaring på rapporter, notater og forskning, og funn som er gjort forhold til dem, faglitteratur fra fagbøker og juss som er viktig for problemstillingen og drøftingen.

3.1. Velferdsteknologi, fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013- 2030.

Rapporten er skrevet av helsedirektoratet og er utarbeidet på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen for fag rapporten er å finne ut om det går an å bruke velferdsteknologiske løsninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette for å gi mennesker mulighet til bedre å mestre eget liv og helse. Rapporten gir et kortfattet bilde av status for bruk av velferdsteknologi og utfordringene som preger området. Arbeidet med rapporten har vært prosjektorganisert med et samarbeid med forskjellige aktører.

3.1.1. Funn i rapporten.

I Danmark er det anslått at 4-5 personer med demens forsvinner fra sin bolig hver dag og 10-15 personer dør på grunn av at de ikke finner veien hjem hvert år(Helsedirektoratet 2012:60). Velferdsteknologiens formål er å bidra til trygghet til brukerne. Bruk av GPS kan føre til bedre frihet til enkelte brukere, økning av livskvaliteten til brukeren kan være et resultat av at brukeren får frihet til og ferdes fritt. Påførende kan også få større frihet siden de ikke trenger å følge med brukeren over alt og føle trygghet ved at de kan finne brukeren når han/ hun ferdes fritt og ikke finner veien tilbake(Helsedirektoratet 2012:60). GPS teknologi gir mulighet til å observere personer når de er alene, dette både i eget hjem og når de er ute(Helsedirektoratet 2012:58). Gode verdier kan derimot bli truet av teknologien.

Personer uten samtykkekompetanse kan ikke ta stilling til om de har lyst til og bruke velferdsteknologi. Vurderinger for hva som er best eller riktigst for brukeren blir vanskelig(Helsedirektoratet 2012:59). Grunnlaget for helse og omsorgstjenester til brukere/pasienter uten samtykkekompetanse finnes i helse og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven(Helsedirektoratet 2012:52).

Teknologien må være sikker både fra en bruker/pasients og et systemsynspunkt. Bruker/pasient skal føle seg sikker på at han/hun ikke kommer til skade under bruk av teknologien generelt og ved teknologisk svikt. Informasjonen som gis av teknologien om brukeren skal bli tatt vare på, på en forsvarlig måte(Helsedirektoratet 2012:47).

Det vil bli vanskelig og vurdere om bruk av GPS er forsvarlig til brukere med kognitiv svikt. Brukeren må være fortrolig med bruk av teknologien og ha tilstrekkelig kompetanse for bruk av den, under fri ferdsel må personen ikke sette seg selv i fare. Ved bruk av teknologien skal det stilles krav til at teknologien skal være minst mulig identitetskrenkende, bruken skal være forsvarlig og ha et klart definert mål. Velferdsteknologi kan ikke tas i bruk vis det ikke er forsvarlig (Helsedirektoratet 2012:60).

Personer med demens kan ha problemer med og lese eller oppfatte faresignaler i omgivelsene for eksempel trafikk. Enkelte kan motsette seg og bære teknologien. Dette kan vurderes som faglig uforsvarlig når det er en fare for at brukeren tar av seg GPS' en eller klærne den er festet til under fri ferdsel. Dette kan føre til skade eller dødsfall(Helsedirektoratet 2012:66).

Blant de mest sentrale etiske prinsipper som vårt samfunn generelt bygger på passer prinsippet om autonomi, om å gjøre godt og om ærlighet til problemstillingen (Helsedirektoratet 2012:58).

3.2. Etiske utfordringer med velferdsteknologi.

Notatet er skrevet av Bjørn Hofmann (2010). Den er bestilt av helse- og omsorgsdepartementet. Denne bestillingen har kommet på grunn av at velferdsteknologi er lansert som et viktig tiltak for å møte fremtidige utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Disse utfordringene er flere eldre, færre hjelpende hender og begrensede resurser. Velferdsteknologi bryter med tradisjonell organisering i helse- og omsorgstjenesten. På grunn av dette reiser det seg en rekke moralske spørsmål. Dette notatet gir en oppsummering av ulike moralske og etiske utfordringer i velferdsteknologien i forhold til dagens helse- og omsorgstjeneste. Metoden som er brukt i notater er litteratur søk og etisk analyse.

3.2.1. Funn i notatet.

Springsteknologi har vist seg og ha en økt trygghets og redusert usikkerhets og frykts følelse(Lauriks 2007 i Hofmann 2010:18). springsteknologi kan redusere bruk av metoder som reduserer velferd og livskvalitet som for eksempel lukkede områder og bruk av tvang(Dorsten 2009 i Hofmann 2010:21). Den praktiske nytten kan være betydelig. Men er det pasient eller pleiepersonalet og samfunnet som har størst gevinst ved bruk av den? Flere påpeker at det er (den demente) pasienten som tjener på teknologien(Hughes 2008 i Hofmann 2010:21). Samtidig vil en rekke omsorgsteoretiker synes velferdsteknologi er en avsporing av hva den enkelte virkelig mener har betydning, som håp, trøst nærhet, relasjon, skam, fortvilelse og lidelse(Martinsen 2009 i Hofmann 2010:20).

Mulighetenes imperativ har vert en tendens, det at teknologi brukes fordi det er mulig(Hofmann 2002a i Hofmann 2010:20). Det er ikke noen sammenheng mellom hva som er mulig og hva som er bra eller nyttig(Marshall 2003 i Hofmann 2010). Etske spørsmål ved springsteknologi er overvåkning, selvbestemmelse, konfidensialitet og retten til privatliv(Miskelly 2004 i Hofmann 2010:21). Flere studier påpeker at konfidensialitet, rett til privatliv og verdighet er utfordringer ved bruk av springsteknologi(Anderson 2006, Bharucha 2006, Cochran 2007, Foster 2008, Levine 2007, Mcshane 1994, Niemeier 2008, Plastow 2006, Hughes 2008, Welsh 2003 i Hofmann 2010:21).

Henhold til pasientrettighetsloven § 4A er springsteknologi tvang og trenger spesifikke begrunnelser for og tas i bruk. Det man oppnår med bruken av teknologien skal stå i samsvar med omfanget av registrering og overvåkning, i følge jussens proporsjonalitetsprinsipp. Derfor vil være viktig og dokumentere nytten av teknologien(Hofmann 2010:22). Personer med demens er en sårbar gruppe og knyttet til forskning vil det reise seg spørsmål knyttet til samtykke, konfidensialitet og retten til privatliv(Boxal 2009, Demiris 2009a, Patel 2005 i Hofmann 2010:31). Hvis teknologien er en kompensasjon for manglende ressurser reiser det seg mange moralske og etske spørsmål(Hofmann 2010:33).

3.3. Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice.

Artikkelen er skrevet av: Ruth Landau og Shirli Werner(2012). Den er skrevet for: Poul Bearwald School of social work and welfare, forskningen er gjort I: Thehebrew University of Jerusalem I Israel. Bakgrunnen for å skrive artikkelen er knyttet til etiske spørsmål ved bruk av GPS på personer med demens. Artikkelen forklarer etiske aspekter rundt det å bruke GPS sporing på demente. Metoden som er brukt er å oppsummere kvalitative og kvantitative funn fra et stort forsknings prosjekt gjort på etiske aspekter for bruk av GPS for personer med demens.

3.3.1. Funns i artikkel

Forskningen viser at det er forskjellige meninger om pasientens autonomi er viktigere enn pasientens sikkerhet. Flertallet av familier som hadde omsorgsansvar og kognitiv intakte eldre favoriserte sikkerheten for personer med demens framfor deres autonomi. Det var også viktigere at personer med demens hadde mulighet til å være i samfunnet så lenge som mulig enn deres autonomi og privatliv.

Samtidig var det en del eldre uten kognitive nedsettelse som følte sterkt for autonomien til personer med demens og var helt imot bruk av GPS. Flesteparten av deltagerne i prosjektet var enige i at personen med demens måtte samtykke i å bruke GPS. Samtidig var det noen familiemedlemmer som var villig til og tvinge sine slektninger til og bruke GPS. En liten andel var også villig til å putte en chip under huden for å kontrollere hvor de bevegede seg.

I Japan svarte over 60 % ja til microchips under huden for sporing av eldre som vandret i et forskningsprosjekt(Landau and Werner 2012:362).

Generelt respekterer Profesjonelle helsearbeidere autonomien til pasienter og gjør det de kan for å bevare den(Landau and Werner 2012:363) Anbefalinger ved bruk av GPS er å ha et team. Teamet skal bestå av personen med demens, familie og helsepersonell. Dette bør bli gjort når personen er diagnostisert med demens. Temaet kan være hvordan den demente vil ha det vis han hun blir være kognitivt. Bruk av GPS kan da bli avklart. Det anbefales ikke bruk av GPS under tvang(Landau and Werner 2012:36)

3.4. Trygge spor, GPS- løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens innovasjonsprosjekt i offentlig sektor.

Dette er en rapport laget av SINTEF av prosjektet trygge spor. Den er skrevet av Dag Ausen, Ingrid Svagård, Tone Øderud, Kristine Holbø og Silje Bøthun (2013) Prosjektet er det første offentlige innovasjonsprosjektet som er finansiert av det Regionale forskningsfond. Det har vært fem deltagende kommuner i prosjektet og 55 deltagere (personer med demens). Forskningen har vært i et samarbeid med SINTEF. Forskningen har gått ut på å utvikle kunnskap om bruken av GPS for å bidra til at personer med demens opplever trygghet og mer aktiv hverdag. Metoden som er brukt er å finne kvantitative og kvalitative innsamling av praktisk utprøving av tilgjengelige GPS- løsninger.

3.4.1. Funn i rapporten.

Forskningen i prosjektet viser at har gitt økt trygghet for pårørende og personalet ved at de kan lokalisere brukeren og unngå uheldige hendelser. Det er også rapportert at GPS' en ikke brukes så ofte men bevisstheten om at man kan bruke GPS' en vis brukeren ikke kommer tilbake til avtalt tid gir pårørende og personalet mer trygghet og bedre hverdag(s, 13).

Brukere har også utalt at de føler trygghet over at de kan trykke på en alarmknapp hvis de føler seg utrygge eller hvis de har rotet seg bort. Men samtidig er det enkelte som trykker på varselknappen uten grunn(s, 13).

GPS' en har i hovedsak blitt brukt til å lokalisere og finne brukere som ikke har kommet tilbake til rett tid og brukere har alltid blitt svært glade for og bli fulgt hjem igjen på en trygg og verdig måte. GPS' en har også gitt brukere muligheten til å gå på turer etter eget ønske og har fått større frihet. Dette har ført til at det er blitt mindre utagering ved at det ikke er brukt andre tvangsmidler for å forhindre at de går ut. Dette er blitt gjort tidligere i redsel for at de roter seg bort(s, 15). dette har ført til at brukere har blitt mer fysisk aktiv og bedre livskvalitet siden det gir bedre mulighet til og mestre hverdagen og fortsette å leve et selvstendig liv (s, 17-18). Det oppleves også både i trygge spor og APT-fonden Danmark (2011) at brukere føler at GPS sporing gir økt sikkerhet og frihet, men ikke kontroll og inngrep i deres frihet(s, 51). Konklusjonen i prosjektet er at varslingssystemer og lokaliseringsteknologi fører til økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet for personer med demens og pårørende. Dette både til personer som bor hjemme på institusjon eller i Bofellesskap(62).

3.5. Etikk

Etikk er delt opp i tre grupper normativ etikk, deskriptiv etikk og meta- etikk.

Den normative etikk er den etikken som arbeider for og finne fram til viktige verdier, riktige holdninger og normer for og styre adferd og handling. Eksempler på normativ etikk er yrkesetiske retningslinjer og prinsipper. Normativ etikk er opptatt av det man bør eller skal gjøre, den søker etter hva som er rett og galt, godt og vondt(Lingås 2000:26).

Den normative etikken er den som jeg kommer til å bruke under drøftingen i essayet.

«Etikk er den verdibaserte refleksjonen mennesker gjør om sinne Holdninger, sine handlinger og sin atferd for å unngå at de verdiene de setter høyt blir forsømt, eller for å fremme realisering av disse verdiene»(Lingås 2000:24).

I yrkesetikken handlinger og situasjoner som blir vurdert slik at man kan se en forskjell mellom gode og dårlige løsninger. Verdier uttrykkes på en måta at det blir ett skille mellom det man bør og ikke bør gjøre. forskriver og lover er med på å forme hva man kan gjøre og ikke kan gjøre(Lingås 2000:65).

3.6. brukermedvirkning.

”selvbestemmelse er en sentral verdi innenfor brukermedvirkning, retten til selv å bestemme over eget liv, selv bestemme over hvilke tiltak og hvilken hjelp som er best for å bedre ens livssituasjon. Med retten til selvbestemmelse ligger også retten til og ikke ønske å medvirke, til å reservere seg” (Willumsen(red.) 2005:33 i Sølvi 2011:41).

Pasienter og brukere har rett til å medvirke i gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Tilbudet skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker så langt det gjør seg mulig. Det skal legges stor vekt på hva bruker eller pasient mener. Medvirkningen skal tilpasses brukerens og pasientens evne til og gi og mota informasjon. Dette forhold til § 3-1. i pasient- og brukerrettighetsloven. Brukere og pasienter har også rett til informasjon som er nødvendig for å få nok innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsetjenesten. Det skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjon skal ikke gis mot pasientens vilje, med mindre det er for nødvendig for å forebygge skadevirkninger. Dette forhold til § 3-2. i pasient- og brukerrettighetsloven. (www.lovdata.no).

Forskning av langer og Rodin i 1976 viste at personer som bodde på sykehjem som fikk mer selvbestemmelse og kontroll over eget liv. De skulle få mer ansvar og innflytelse over sin egen livssituasjon. En annen gruppe skulle de ansattes meninger for hva som var best for brukerne vektlegges. De med mer ansvar var mer tilfredse, sosiale, initiativrike og fysisk aktive en den andre gruppen som de ansattes ansvar og meninger ble vektlagt. Det som var mest oppsiktsvekkende var at dødeligheten var dobbel så høy til gruppen med minst ansvar. Men dette kunne også skyldes andre forhold som ikke ble vektlagt og kontrollert i undersøkelsen (Røkenes og Hanssen 2010:13-14).

3.6.1. verdighet.

Begrepet verdighet kan beskrives i to aspekter, et subjektivt og et objektivt. Den objektive er fastslått i menneskerettighetserklæringene der det står fast at alle mennesker har en iboende verdighet. Dette fordi vi er mennesker. Mennesket er unikt i å kunne tenke, ha autonomi og ha verdighet. Verdighet finner vi igjen i lovverk som er lagt vekt på autonomi, likeverdighet samt etiske prinsipper i fagutøvelsen. Dette betyr at det objektive er noe som er fastsatt som generelle verdier. Den subjektive verdigheten er den enkeltes persons oppfattelse av hva verdighet er. Det handler om at man må føle seg verdig behandlet av andre. Det kan være stor forskjell på hva som er verdighet fra person til person. Det motsatte av å føle verdighet er å føle mindreverdiget. I denne oppgaven er det lagt vekt på de subjektive verdighetene (Bredland, Linge & Vik 2011:37).

3.6.2. Verdier og holdninger

”Verdier fungerer som referansepunkter for vurderingene, tankene, og handlingene våre. Mange av holdningene våre er grunnlaget på verdier”(Håkonsen 2009:205). Meninger er mere konkrete enn holdninger. Det vil si at meninger retter seg mot noe konkret og påvirker ikke vår adferd like mye som holdningene. Det er også lettere og skifte en mening. Meninger er noe vi er beviste på mens holdninger er noe som er både i det beviste og ubeviste.

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor andre mennesker ting eller hendelser”(Håkonsen 2009:205). dette betyr at holdninger er evaluerende, vurderende eller dømmende i negativ eller positiv retning, man tar da et standpunkt.

Man kan ha holdninger til nesten hva som helst som f. eks spørsmål om bruk av GPS, aktiv dødshjelp eller ulike bilmodeller. Holdninger er relativt varige og vanskelige å forandre på. Holdninger inneholder det tankemessige, følelsesmessige og det atferdsmessige. Dette betyr at det omhandler det vi mener og tenker, hva vi føler og hvordan vi oppfører oss i forhold til situasjoner og emner(Håkonsen 2009:205). Vi kan ha positive og negative følelser overfor noe eller noen. Positive følelser kan være respekt, sympati eller at vi liker noe. Negative følelser kan være frykt, avsky, forakt eller at vi misliker noe. Fordommer er en type holdning. Det er å knytte negative følelser overfor noe eller noen(Håkonsen 2009:206).

3.6.3. livskvalitet

Livskvalitet er et begrep som brukes forskjellig av forskjellige mennesker. Men livskvalitet er å ha det godt. En definisjon på livskvalitet er: enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige følelser. Andre forklaringer kan være subjektivt velvære og psykisk velvære. Det at man selv føler at man har det godt, bra eller tilfredshet. Hva som er god livskvalitet er ikke standardisert men individuelt fra person til person(Næss 2001:9-11).

3.6.4. Demens /kognitiv svikt

Det kognitive handler om tankevirksomheter, dette handler om de mentale prosessene som skjer i hjernen. dette omfatter det å tenke, løse problemer og gjøre vurderinger. Kognitiv psykologi fokuserer på tankemessig bearbeiding av informasjon. Dette spesielt på prosesser som involverer persepsjon, hukommelse, språk og problemløsning Det handler om mentale prosesser som bearbeider og fortolker (Håkonsen 2011:25).

Demens/ kognitiv svikt handler om tap/sviktende evne til å gjøre daglige aktiviteter på en tilfredsstillende måte forholdt til tidligere utførelse og endret sosial adferd. Hukommelses tap/ reduksjon må foreligge for at diagnosen demens skal stilles. Tap av evnen til utførelse av aktiviteter må ses i sammenheng med hukommelsestapet. Det må også skyldes en organisk sykdom i hjernen eller etter skade. Demens ved progressiv eller kronisk karakter kjennetegnet med svikt i hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, retning og dømmekraft. Kognitive svikten er fulgt av svikt i emosjonell kontroll, sosial adferd, endret personlighet eller motivasjon(Engedal og Haugen 2009:17-18).

Psykologisk sett vil personer med demens befinne seg i en annen tid og rom, dette kan føre til at det blir vanskelig og forstå hva som skjer. Dette kan bidra til at individer med demens lever i en kaotisk verden. Pasientens forståelse for hva som skjer kan være helt forskjellig forhold til hjelperens forståelse. Pasienter kan befinne seg i barndommen sin 50-70 år tilbake mens hjelperne lever i nåtiden. Pasienter kan glemme situasjoner som har skjedd tidligere på dagen og er fokusert på hendelser i barndommen. Mens hjelperen er fokusert på den tidligere hendelsen eller nåtiden. Miljøbehandling kan være nyttig i en hjelpende rolle til demente. Dette handler om å være i den verden pasienten befinner seg i det objektive men ikke forsterke de kaotiske tilværelsene pasienten er i(Engedal og Haugen 2009:294-295).

3.7. Juss

”Juss er et fagområde som handler om hvordan man kommer frem til løsningen av konkrete spørsmål ved hjelp av rettsregler. Dette forutsetter at man normalt først finner frem til rettsreglene og deretter vurderer hvordan de konkrete fakta forholder seg til innholdet i disse”(Ohnstad 2009:19).

Dagens regelverk er fragmentert og til dels mangelfulle og uklare forhold til bruk av varslings og lokaliseringsteknologi til pasienter eller brukere i helse og omsorgstjenestene. Dette både til personer som er myndige eller uten samtykkekompetanse(Stortingsmelding nr 29.2012-2013:113).

3.8. Vernepleierfaglig arbeidsmodell.

Den vernepleierfaglige arbeidsmodellen er kjent i flere yrkesgrupper men er da kalt noe annet. Den går ut på behovskartlegging (kartlegging og analyse), målvalg, tiltaksarbeid (metodevalg, planlegging og gjennomføring) og evaluering. Dette i samarbeid med brukeren så langt det er mulig. Omsorgspolitiske og juridiske vurderinger og etiske vurderinger skal være med i prosessen. Selve prosessen skjer i en rundgang. Dette betyr at prosessen skjer kontinuerlig. Dette er for å forbedre eller forandre på tiltak som ikke fungerer så bra(FO heftet:15-16).

4. DRØFTING I ESSAYFORM.

Er på tur opp på fjellet. Skal være med bestekompien på sau leting. Han sitter på seteren og venter på meg. Tenk at jeg har vært med hvert år. To dagers leteaksjon med myrgåing og krampe i beina frivillig. Blir mye gåing for å finne sauene. Mange har blitt tatt av rovdyr også. Er ikke sikkert vi finner dem heller. Må jo finne sau kadavrene for å få erstatning. Blir enkelt i år ja. Alle sauene har blitt påmontert GPS. De sauene som har blitt tatt av rovdyr har vi blitt varslet om tidligere. Snedig å få melding om at sauen ikke beveger seg. Så det er bare å hente inn kadavrene og de som lever kan vi bare peile inn. Kan bare se på Internett på mobilen og se hvor alle sauene er og bare gå og hente dem. Så dette blir en fin tur på fjellet.

Leste mye om GPS sporing når jeg skrev bachelor oppgaven på vernepleier utdanningen. Men det var om bruk av GPS til eldre med demens. Bra det ikke brukes på samme måte som på sauer. Montere GPS på våren og sjekke om alt står bra til på høsten. Og de som har falt av blir man varslet om når GPS 'n har sluttet å bevege seg. Sauer er dyr. Eldre personer med demens er mennesker. Blir dette uetisk å bruke GPS på personer med demens? Er det til hjelp for helse personellet? Eller der det til hjelp for brukeren? I bondens tilfelle er han brukeren av teknologien. Men i helsevesenet er det personen som bærer teknologien som er brukeren. Men hvis helsepersonellet blir brukeren av teknologien hva blir personen med demens da? Ett dyr som skal spores opp? Eller passes på? Å bruke teknologi for at det er mulig trengs ikke å være det beste alternativet (Hofmann 2010).

Det er jo veldig snedig og bruke GPS på sauer når man er sauebonde. Må jo spare voldsomt my tid på å bruke det. Man trenger jo ikke å gå så mange turer på fjellet. Kan bare sitte hjemme se på dataskjermen og følge med hvor sauene befinner seg. Da kan man bruke tiden man sparer på å gå og passe på sauene til andre oppgaver som gir inntekt på gården eller andre plasser.

Man sparer vel penger og ressurser på å bruke GPS på personer med demens også. Men er det det som er grunnlaget for å bruke det? Må det være nyttig for samfunnet før det skal brukes. det sto i(Aanesen, Lotherington, Olsen, Devold og Breivik 2009:45) at «*Nytte minus kostnader defineres som gevinst og dersom gevinsten aggregert over alle aktørgruppene er positiv er tiltaket samfunnsøkonomisk*», det sto også at for å bruke velferdsteknologi må bruken være samfunnsøkonomisk lønnsom.

Betyr dette at en bruker ikke får bruke en GPS hvis det ikke sparer resurser og penger? må det tilbudet som koster minst penger brukes? er dette etisk riktig? det står i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1b at pasienter eller brukere skal få et verdig tjenestetilbud. Er det da et verdig tjenestetilbud vis det billigste tilbudet brukes i stede for det som er best for brukeren? vis GPS er det billigste tilbudet men ikke det beste skal det da brukes?

(Hofmann 2010) og (Ausen, m. fl 2013:51) skriver at teknologien bør ikke være en kompensasjon for manglende midler eller erstatning for omsorg og tilsyn. Det skal ikke brukes for og spare penger og midler, det skal være til nytte for brukeren. Det kan gjerne være samfunnsnyttig men det må være nyttig for bruker også(Hofmann 2010).

Voldsomt fint vær det er i dag. Må huske på å smøre meg inn med solfaktor så jeg ikke blir solbrent slik som jeg ble i fjor. Håper Tor har kaffen stående klar når jeg kommer opp. Godt med en kopp kaffe i en solskinnsvegg. Veldig godt å gå på tur på fjellet å kjenne på den friske luften å være for seg selv. Det må nå være en av de positive sidene ved å bruke GPS på eldre med demens, det å kunne bevege seg i friluft?

I følge fagrapportene jeg brukte i oppgaven kunne GPS sporing føre til økt trygghets og redusert usikkerhets og frykts følelse(Hofmann 2010). Kan redusere bruk av metoder som reduserer velferd og livskvalitet som lukkede områder og bruk av tvang. Økning av livskvaliteten til brukeren kan være et resultat av at brukeren får frihet til og ferdes fritt. Pårørende kan også få større frihet siden de ikke trenger å følge med brukeren over alt og føle trygghet ved at de kan finne brukeren når han/ hun ferdes fritt og ikke finner veien tilbake(helsedirektoratet 2012).

I prosjektet trygge spor har personer med demens fått større frihet til og bevege seg fritt og gått sine daglige turer. Dette har gitt brukerne større frihet og mere fysisk aktivitet. Dette har ført til bedre livskvalitet til brukeren. Den største årsaken til dette er at helsepersonell og pårørende slipper og avlede og begrense muligheten til og gå på tur på grunn av redsel for at personen skal gå seg vill og ikke bli funnet igjen. Mindre utagering av bruker og tvangsbruk av helsepersonell er et resultat ved bruk av GPS. Dette fordi helsepersonell og pårørende får trygghet til å la brukeren få bevege seg fritt siden de kan finne brukeren igjen.

En annen effekt er at helsepersonell har fått økt bevissthet rundt viktigheten med aktivitet til brukerne og det har skapt økt fokus på aktivisering på institusjonene. (SINTEF 2013:17) aktivitet kan vedlikeholde fysisk form eller helse(Martinsen 2011:36). Flere personer med demens uttrykker at de får muligheten til å mestre hverdagen og leve et selvstendig liv. Dette fordi de har muligheten til å ta selvstendige valg når de har lyst til å gå på tur og slipper å vente på at noen skal være med på turen(Ausen, m. fl 2013:18).

Dette er vel bra det når brukeren har fått brukt sin brukermedvirkning og har lyst til å ha GPS. Brukermedvirkning er jo også lovbelagt i pasient og brukerrettighetsloven. Det er viktig at brukeren får være med og bestemme hvordan helsehjelpen skal være tilrettelagt. Noen vil gå på turer alene for det er noe man har brukt og gjort tidligere. Men mange kan være redde for og rote seg bort. Å ha GPS slik at man føler seg tryggere for og bli funnet hvis man roter seg bort og samtidig ha en knapp som man kan trykke på for å varsle om assistanse(Ausen, m. fl 2013:10). Det kan være nyttig til flere personer med demens. Men hva med personer som ikke har samtykkekompetanse?

Hvem skal bestemme hvem som skal bruke GPS når en person ikke har samtykke - kompetanse? Det står jo i pasient og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven at alle som ikke har samtykkekompetanse skal få oppnevnt en hjelpeverge som er med og bestemmer for brukeren. Familie kan også være viktige støttespillere. Disse personene kan være med og bestemme for brukeren sammen med han/hun. Familie kan gi informasjon om GPS eller andre hjelpemidler er noe brukeren kunne tenkt seg å bruke ut fra deres meninger om brukerens tidligere verdier og meninger. Men skal man se seg blindt på at det familien sier er riktig.

Det sto jo i artikkelen til (Landau and Werner 2012) at flertallet av familiemedlemmer til personer med demens verdsetter sikkerheten til sin slektning fremfor autonomi og privatliv. Noen var også villige til å tvinge sine slektninger til og bruke GPS. Er det etisk riktig og sette på en GPS på en person som ikke har muligheten til og forstå hva det går ut på?

(Landau and Werner 2012) anbefalte ut fra funnene i forskningen at problemstillinger om bruk av GPS skulle løses ved at personen med demens, familien og helsepersonell satte seg ned og diskuterte fremtiden og eventuelt GPS sporing når personen har fått diagnosen demens. Dette gir personen med demens mulighet til å fortelle hvordan han/hun vil ha det hvis spørsmål om GPS eventuelt kommer.

Da kan personen fortelle at han/hun har lyst til å ha GPS hvis det er til nytte selv om samtykkekompetansen har forsvunnet. Erfaringer fra prosjektet trygge spor viser at det trengs prosedyrer for tidlig identifikasjon av personer med demens. Dette for det er viktig å komme tidlig i gang med bruk av hjelpemidler. Mange av personene som ble rekruttert til studiene Forvernet sykdomsbildet veldig raskt og nytten i bruk av GPS ble begrenset eller falt helt bort(Ausen, m. fl 2013:41).

Det er veldig stor forskjell på bruk av GPS til en som ønsker det og til en som man ikke vet om ønsker det. Bruk av GPS til en person uten samtykke eller samtykkekompetanse er tvang. Og man må følge regelverk for og ta i bruk det. Helse- og omsorgstjenesteloven § 9 og pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og kapittel 4A må følges for bruk av tvang. Får man skal fatte at vedtak om tvang skal alle andre løsninger som ikke er tvang testet ut først. Og når man fatter et vedtak ved tvang skal det mildeste tvangsmiddelet brukes. Og tvang skal kun brukes når det er nødvendig. Så er det nødvendig og sette på GPS på en uten samtykkekompetanse? Er det ikke andre midler som kan brukes i stedet? dagens lover forhold til bruk av GPS er fragmentert og til dels mangelfulle og uklare (stortingsmelding nr. 29 2013). Dette gjør det vanskelig å finne ut hva man har lov til og ikke.

I forhold til dagens lovverk står det ikke noe om bruk av GPS som tvang. derfor er det ikke lov og bruke GPS til person uten samtykkekompetanse eller som motsetter bruken på grunn av att det kommer under tvang. (Landau and Werner 2012)(Hofmann 2010)(helsedirektoratet 2012) mente også at GPS ikke kunne brukes som tvang. Men samtidig viser forskningen i trygge spor at bruk av GPS til personer uten samtykkekompetanse gir økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet på samme måte som personer med samtykkekompetanse (Ausen, m. fl 2013:62).

Dette kan begrunnes med at det gav trygghet til pårørende og helsepersonell ved at de kunne lokalisere posisjonen til brukeren og det kunne forebygge risiko for helseskade og uverdige opplevelse for brukeren. GPS sporing oppleves som det minst inngripende tiltaket og oppleves som fravær av bruk av tvang. Ved bruk av GPS på demente uten samtykkekompetanse kunne brukeren slippe tilbakeholdelse og medisinerings for og unngå at brukeren går seg bort. Samtidig var det også viktig og innhente informasjon om hva bruker sannsynligvis ønsker i forhold til brukerens tidligere holdninger til hjelpemidlet(Ausen, m. fl 2013:53).

Blir jo sliten av all den gåingen. Der er en fin stein å sette seg ned ved, er veldig godt å gå på tur egentlig. Kjenne på at man er sliten og at man lever. Tror jeg skal gå en tur på fjellet en dag senere. Å gå hvor jeg vil uten noe formål helt alene.

Det er vel ikke trygt til alle som har demens og vandre fritt heller? Mange demente kan dessverre ikke ferdes fritt alene selv ved GPS. Noen forstår ikke trafikkbildet og er en fare for seg selv. Noen kan gå i skogen og ikke forstå at de er på vei til og gå utenfor et stup. Da blir de en fare for seg selv(Hofmann 2010).

Dette på grunn av personer med demens har kognitive nedsettelse. svikt i hukommelse, orientering, evne til å oppfatte, tenke, retningssans og dømmekraft er typiske faktorer for demente (Engedal og Haugen 2009). Dette med eller uten samtykkekompetanse. Er mange av disse egenskapene forvunnet eller er svært dårlig blir personene en fare for seg selv når de ferdes fritt.

I (helsedirektoratet 2012) står det at personer som skal bruke GPS må ikke sette seg selv i fare. Kartlegging av brukerens resurser og utfordringer kommer til å bli viktig. Hvem som kan sette seg selv i fare vil bli viktig og finne ut. Dette var også (Ausen, m, fl 2013) enig i. Kartlegging i oppstartsfasen blir veldig viktig. Kartleggingen handler om å finne ut totalsituasjonen i forhold til egnethet til bruk av GPS. Kartleggingskjema og spørreskjema er viktig og utvikle for og ta vare på brukerens sikkerhet(Ausen, m. fl 2013:45).

Hva er dette? En hvit liten plastikk boks. Det må være en av GPS' ene til sauene. Men hvor er sauen? Får håpe den er sammen med noen andre sauer som har på seg GPS' en. Må jo springe rundt på hele fjellet hvis den går alene. Men de er flokk dyr så sjelden de er alene.

Enn hvis brukerne mister eller tar av seg GPS 'n når de ferdes fritt og de roter seg bort. De går ikke sammen med andre med GPS. Da blir det veldig vanskelig og finne dem igjen. Hvordan kan man være sikker på at brukeren ikke hiver den av seg. Eller at man kler av et plagg GPS 'en er montert på. Dette var også noe Hofmann 2010 mente var utfordrende. En person som bruker GPS kan ha nytte av den i en lengre periode, men en dag kan personen begynne med å kaste den vekk. Hvordan skal man ha kontroll på det? skal man vente til det skjer og deretter evaluerer om bruk av GPS er en fare for brukeren? Og en hvis GPS 'en slutter og virke?

Da blir det enda vanskeligere og finne brukeren for da har man ikke noe tips på hvilken vei brukeren har gått. Man vet nå aldri når en GPS slutter og virke. Teknologien kan svikte.

I (Helsedirektoratet 2012) står det at teknologien må være sikker både fra en bruker/pasients og et systemsynspunkt. Bruker/pasient skal føle seg sikker på at han/hun ikke kommer til skade under bruk av teknologien. Pasient/bruker skal ikke bli utsatt for skade selv ved en svikt eller feil på systemet. Dette har også prosjektet trygge spor erfart. GPS' en kan skape falsk trygghet. Fordi teknologien ikke fungerer eller blir brukt feil. Dette har skjedd når organisering av tjenesten ikke fungerer tilfredsstillende eller ved teknologisk feil(Ausen, m. fl 2013:15). Men hvordan kan man være sikker på at en bruker ikke blir skadet viss en GPS ikke fungerer? (Ausen, m. fl 2013) skriver at det har vært heldige ved at hendelsene de har opplevd ikke har fått alvorlige konsekvenser. Må man ha en person som følger etter da? Men da kan brukeren ikke ferdes fritt. Eller skal brukeren ha to GPS 'er for og være sikker på at han/hun blir funnet? Det er noe annet hvis teknologi i hjemmet slutter og virke. Da er man hjemme. Men når man er på tur og teknologien svikter er det større sjanse for at brukeren kan skade seg. GPS 'en kan også gå tom for strøm slik som den er i dag.

Den må lades opp hver dag siden batteriet varer fra 1-2 døgn. Det er litt rart. Slik er det ikke til sauene, man springer ikke på fjellet og kobler GPS 'ene til sauene på et aggregat hver dag. Men slik er GPS 'ene som er ment for mennesker.(hjelpemiddelbasen) Så hvis man glemmer å lade den har man også en GPS som ikke fungerer(Ausen, m. fl 2013). Dette er ikke forsvarlig, helsedirektoratet skriver at Pasient/bruker skal ikke bli utsatt for skade selv ved en svikt eller feil på systemet. Så hvem kan bruke GPS da? De som finner veien hjem igjen hver gang? Da er det ikke vits i GPS eller da?

Det som kunne vært snedig er et stort område som er inngjerdet på en minst mulig krenkende måte. Og samtidig må det være montert på sensorer på gjerdet og brukerne. Da har brukerne mulighet til å vandre fritt innenfor dette området. Beveger brukeren seg utenfor det inngjerdede området får hjelperne varsel. Det har selvfølgelig samme problem der også. Hvis brukeren tar av seg sensoren. Men man får litt bedre oversikt. Det er mange eldre med demente har vandret om natten og noen kommet seg utendørs mitt på natten. Dette har dessverre endt opp i at noen har fryst i hjel. Der kunne det vært smart å ha hatt GPS slik at personalet har blitt varslet når noen beveger seg utendørs. Men GPS 'en må jo bli ladet om natten. Og de aller fleste ligger og sover i undertøy og tar av seg pyntegjenstander og annet unødvendig. Så Hvordan skal eldre ha på seg GPS på natten? Skal man ha en GPS som ligner på en klokke? Veldig fin klokke tenker sikkert brukeren da. En klokke. Det blir jo å lure folk det. Hadde jeg fått en klokke, og så hadde det vært en GPS i den så hadde jeg blitt irritert.

I samfunnet har vi flere etiske prinsipper. *Prinsippet om autonomi, Prinsippet om ærlighet, prinsippet om å gjøre godt. er tre av dem* Helsedirektoratet 2012:58) å bruke GPS som ligner på en klokke blir jo å bryte med prinsippet om ærlighet. og det å bruke GPS som tvang bryter med prinsippet om autonomi. Men samtidig kan bruken forsvares med prinsippet med å gjøre godt. Å bli overvåket uten at man vet det er jo uetisk. Dette handler om personvern. I følge pasient og brukerrettighetsloven og helse og omsorgstjenesteloven blir dette et stort overtramp av brukerens rettigheter og være tvang vis ikke brukeren er bevisst på at det er en GPS. Fordelene med en GPS som ligner på en klokke er at den ikke er identitets krenkende. Dette kan få en person som ikke vil vise at han/hun Bruker GPS har muligheten til og skjule det. Dette var noe (Hoffman 2010) og (helsedirektoratet 2012) mente var viktig. Utformingen av teknologien burde være minst mulig identitets krenkende. Og viss man skal bruke GPS som tvang kan det være snedig med en klokke slik at brukeren ikke tar den av seg.

Jeg må vel komme meg videre så ikke Ola starter en leteaksjon etter meg. Sa jo at jeg skulle komme meg opp til seteren til klokken 09.00 og da må jeg holde det. Rart det at enkelte ikke klarer å komme til rett tid, noen kommer alt for tidlig og noen akkurat på minuttet. Men det har vel noe og gjøre med holdningene til forskjellige personer.

Er vel forskjellige holdninger og meninger rundt bruk av GPS på demente også. Noen er imot bruk av GPS og noen for. Så er det vel noen som ikke har noen formening om det. Men holdninger kan være ganske utfordrende. For hvis en bruker hadde hatt stor nytte av å bruke GPS men bruker eller pårørende har store negative holdninger til bruk av GPS eller teknologi generelt, blir det vanskelig å overbevise personen at det er noe brukeren kan ha bruk for. Det har vært noe annet om brukeren eller pårørende har hatt en mening om at GPS er negativ. Fordi meninger kan fortere forandres. Det er lettere og overtale noen med negative meninger om GPS en de med negative holdning til GPS til og synes at GPS er noe positivt. (Håkonsen 2009) men hvis bruker eller pårørende har dårlige holdninger til velferdsteknologi og ikke forandrer mening når man har forklart de positive sidene ved bruken. Skal man da tvinge brukeren til og bruke det? bare fordi det er til beste for personen og samfunnet? Men blir det beste for brukeren og må bruke teknologien når han/hun har sterke holdninger mot bruk av det? kan ikke dette gå utover livskvaliteten til brukeren? Livskvaliteten handler jo om

personens meninger om hva god livskvalitet er. Å bli tvunget til å bruke noe som er imot holdningene til personen kan føre til følelser av sinne, tristhet, stress eller skyld og skam.(Næss 2001:72) Noen kan vel også få angst. Å bruke GPS kan vel føre til at enkelte føler at man blir overvåket. (Hofmann 2010) mente jo at personens privatliv kan bli innskrenket. Enkelt kan være redde for og gjøre det man har gjort tidligere fordi de føler de blir overvåket. Mange eldre er også redde for at deres meninger ikke blir hørt(Landau and Werner 2012).

For å finne ut hvem som skal bruke GPS må det vel være viktig og bruke en arbeidsmodell. Den vernepleierfaglige arbeidsmodellen er jeg godt kjent med, behovskartlegging, målvalg, tiltaksarbeid og evaluering (FO heftet 2009:15). Denne modellen kan være viktig for og finne ut hvem som kan ha nytte av GPS uten og trampe på personens verdier. Alle kan ikke bruke GPS, enkelte vill ikke bruke GPS, noen har ikke samtykkekompetanse, å finne ut hvem som kan bruke det er veldig viktig og det kan være med fordel og forske mer på dette området for og finne ut hvordan man kan bruke GPS som hjelpemiddelen uten at det går utover personens autonomi og verdighet. Formålet med velferdsteknologi er jo å gi økt trygghets og redusert usikkerhets og frykts følelse, og gi mulighet til god livskvalitet ved å kunne ferdes fritt og unngå andre metoder som svekker livskvaliteten som bruk av tvang. Dette kan være mulig til enkelte når det brukes en metode som finner ut hvem disse personene kan være.

En ting er sikkert GPS fungerer godt på sauer og det er ikke så mange etiske utfordringer ved bruk av det eller. Jeg er vel snart fremme nå, rett over haugen så ser jeg seteren. Der er den og der står Per. **”hoi, er kaffen klar?”**

5. OPPSUMMERING

Velferdsteknologi er et begrep som rommer mange teknologiske hjelpemidler som kan brukes helse- og omsorgstjenestene i Norge. GPS er en av teknologiene som går innenfor dette begrepet og er under utprøving i flere prosjekter i Norge. Noen prosjekter er også ferdigstilte. GPS sporing av eldre med demens har som formål å bidra til trygghet til brukerne, bedre frihet, økning av livskvaliteten og frihet til og ferdes fritt. Dette er mulig til flere personer med demens men ikke alle. ved bruk av GPS til demente byr på flere etiske utfordringer.

Noen av de etiske utfordringene er om det er etisk riktig og spore opp personer med GPS? Skal alle få bruke GPS eller må man forholde seg til noen enkelte personer? Hva har man lov til og ikke? Hvilken negative sider har bruk av GPS? skal personer uten samtykkekompetanse bruke GPS? og kan GPS brukes under tvang?

Grunnen til at det er mange etiske utfordringer ved bruk av GPS er at det fortsatt er under utprøving og fordi Norske lover innenfor bruken er fragmentert og til dels mangelfulle og uklare. Dette gjør til at det er uklarheter i hvordan GPS skal brukes på best måte og hva som er lov og gjøre.

Mange av de etiske utfordringene som er kommet frem i oppgaven er kommet på grunn av kognitive funksjoner til personer med demens. Mange med demens har ikke samtykkekompetanse og bruk av GPS i slike tilfeller vil være tvang, så lenge personen ikke har utgitt formening om dette når samtykkekompetansen fortsatt ei intakt. selv om personen har gitt et samtykke til dette før samtykket har forsvunnet, kan personen motsette seg Bruk av GPS og fortsatt regnes som tvang. Det står verken i pasient og brukerrettighetsloven eller helse og omsorgstjenesteloven at GPS kan brukes under tvang og kan derfor ikke brukes i slike situasjoner. mange fagliguttalelser veier mot å bruke GPS under tvang. Og noen for på grunn av at det er et mildt tvangsmiddel i forhold til andre alternativer. Andre utfordringer knyttet til kognitive funksjoner er personens evne til og forstå sitasjoner han/hun møter på når man er alene slike situasjoner kan føre til at personen blir en fare for seg selv og liv og helse. Brukerne kan være i stand til og bruke GPS 'en på en forsvarlig måte i en periode, Men sykdomsbildet kan forverre seg og de kognitive funksjonene kan svekkes. Dette kan føre til farlige situasjoner for personen. Et annet problem kan være vis GPS 'en slutter og virke eller

om personen kan hive av seg GPS 'en. Dette kan føre til at personalet ikke finner igjen brukeren hvis han/hun roter seg bort. Det kan føre til fare for liv og helse.

mange eldre er redde for at deres autonomi og privatliv skal bli dårligere av å bruke GPS. Dette er på grunn av at man blir eller føler at man blir overvåket av helsepersonell.

Det er også veldig mange positive sider ved bruk av GPS på demente. Mange kan få friheten tilbake ved at de har Muligheten til og gå turer alene når de har lyst. Brukerne kan føle trygghet ved og kan gå på tur samtidig som man blir passet på av noen som ikke er med på selve turen. Dette kan føre til at personen får sin daglige spasertur og skaper godt fysisk aktivitet. Dette kan skape god helse til brukeren. Det har også ført til mindre tvangsbruk for å holde igjen brukerne og har ført til mindre utagering av brukere. Personal føler også de kan gi et bedre tilbud til brukerne. Dette på grunn av mindre tvangsbruk og at det føler det er trykt. Personalet har også blitt mer beviste på viktigheten med fysisk aktivitet til eldre.

Konklusjonen blir at GPS kan være nyttig til en del eldre men ikke alle. Mange demente har kognitive nedsettelse som kan føre til at de er en fare for seg selv. Sikkerhet for brukeren må settes høyt når man skal bruke GPS. En annen faktor som er viktig er brukermedvirkning. brukermedvirkning bør være med i en prosess der man skal finne ut personen kan bruke GPS. Autonomien til brukerne bør settes høyt. Bruk av GPS skal være til nytte for brukeren. Det skal ikke brukes for kun og spare ressurser. Teknologien må være sikker fra bruker/pasients og et systemsynspunkt, bruk av GPS skal ikke sette pasient eller bruker i fare hverken ved bruk av GPS' en eller ved teknologisk svikt.

GPS skal ikke bli brukt under tvang siden dette ikke står i Norske lover eller er anbefalt av flere fagpersoner. Tvang går utover brukernes autonomi. Skal GPS brukes som tvang må lover om tvangsbruk forandres, Bruk av GPS må være til nytte for brukeren og for å gi bedre livskvalitet. GPS må også være det mildeste tvangsmiddelet.

Informasjon fra GPS skal kun bli sett av helsepersonell som er tilknyttet brukeren, dette for å ivareta krav om personvern.

Kartleggingsverktøy som for eksempel vernepleierfaglig arbeidsmodell kan være svaret på metoden som kan brukes for og finne ut hvem som skal bruke GPS og ikke. kartlegging av pasient/brukers resurser og utfordringer vil bli viktig for å sikre rett bruk av hjelpemiddelet. Jeg anbefaler også mer forskning på dette området for og finne klare fremgangsmåter og metoder for og bruke GPS på en forsvarlig måte.

Litteratur

- Aanesen M., Lotherington A. T., Olsen F., Devold R., Breivik E.(2009) *Ny teknologi i pleie og omsorg: En kost–nytteanalyse av smarthusteknologi og videokonsultasjoner*. Norut. Tromsø. lastet ned fra: <http://www.norut.no/tromso/Norut-Tromsoe/Publikasjoner/Rapporter/Ny-teknologi-i-pleie-og-omsorg-En-kost-nytteanalyse-av-smarthusteknologi-og-videokonsultasjoner> Den 01.05.2013.
- Ausen D, Svagård I, Øderud T, Holbø K, Bøthun S (2013). Trygge spor, GPS- løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. SINTEF. Lastet ned fra: <http://www.sintef.no/Presserom/Forskningsaktuelt/Okt-livskvalitet-med-GPS/> Den:06.05.13
- Ausen D, SINTEF. Trygge spor. Lastet ned fra: <http://www.sintef.no/trygge-spor> Den: 10.05.2013
- Bekkemellem, K(2011). *Helseindustri – for et bedre liv. Kronikk*. Adressa. Lastet ned fra: <http://www.adressa.no/meninger/article1682308.ece> Den 27.02.2013
- Bredland, E, L, Linge, O, A & Vik, K (2011) *Det handler om VERDIGHET og DELTAKELSE, Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*.3. utgave. Gyldendal Norske Forlag. Oslo.
- Dalland, O (2010) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave. Gyldendal Akademisk. Oslo
- Fylkesmannen i Sør Trøndelag(2013)*Det midtnorske velferdsteknologiprojektet*. Lastet ned fra: <http://www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/Helse-og-omsorg/Omsorgstjenester/Det-midtnorske-velferdsteknologiprojektet/Det-midtnorske-velferdsteknologiprojektet/> Den 15.05.2013

- Engedal, K og Haugen, P, K mfl (2009) *LÆREBOK demens. Fakta og utfordringer*. 5. Utgave. Forlaget Aldring og helse. Tønsberg
- FO heftet(2008). *Om vernepleieryrket*. FO. Oslo. Lastet ned fra: [http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/ Om%20vernepleieryrket_A5.pdf](http://www.fo.no/getfile.php/Filer/01%20FO-sentralt%20filer/Trykksaker/Om%20vernepleieryrket_A5.pdf) Den: 15.05.2013
- Helsedirektoratet(2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport og implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Oslo
Lastet ned fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Sider/default.aspx> Den 19.10.2012
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lastet ned fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html> Den: 01.05.2013.
- Hjelpemiddelbasen. *Alarm og trygghed - Safecall Micro-Tracker Type SL5*. Lastet ned fra: <http://www.hmi-basen.dk/r11x.asp?linkinfo=33196> Den 01.05.2013.
- Hoffmann, B(2011). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*, notat. Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
Lastet ned fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/10287.cms> Den 20.03.2013
- Kjell Magne Håkonsen (2009) *Innføring i psykologi*. 4. Utgave. Gyldendal Norske Forlag AS. Oslo.
- Linde, S & Nordlund, I(2006) *Innføring i PROFESJONELT MILJØARBEID, systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. 2.utgave. Universitetsforlaget. Oslo

- Landau, R and Werner, S(2012). *Ethical aspects o fusing GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice*. Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, The Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, Israel.
- Lingås, L, G (2000). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. 3 utgave. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Martinsen, E, W(2011). *Kropp og sinn, FYSISK AKTIVITET – PSYKISK HELSE – KOGNITIV TERAPI*. 2. Utgave. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen
- Nordby, H (2006) *Når svaret ikke er opplagt*. Høgskolen i Lillehammer. Lillehammer. Lastet ned fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118385/nar-svaret-ikke-er-opplagt>- Den 14.05.2013.
- Næss, S(2001)*Livskvalitet som psykisk velvære*. Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring(NOVA). Oslo
- Ohnstad, B (2009) *JUSS for helse- og sosialarbeidere, en innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*. 4. Utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen
- Pasient og brukerrettighetsloven. Lastet ned fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> Den: 01.05.2013.
- Puls(2012) Puls: Eldre og teknologi. NRK
Lastet ned fra: <http://tv.nrk.no/serie/puls/mdhp12004312/22-10-2012> Den 28.02.2013
- Rotabakk, K, J, H (2012) *Sykepleiere ser videre*. kronikk. Adressa.
Lastet ned fra: <http://www.adressa.no/meninger/kronikker/article6393773.ece>
Den 27.02.2013
- Røkenes, O, H og Hanssen, P, H (2006) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*.2. Utgave. fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. Bergen

- Senter for omsorgsforskning midt Norge (2013) *GPS- sporing for personer med kognitiv svikt i offentlig omsorg*. prosjektplan/ levande rapport januar 2013. lastet ned fra: <http://www.omsorgsforskning-midt.no/upload/Prosjektplangps2013.pdf> Den 27.02.2013
- Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013) *morgendagens omsorg*, DET KONGLIGE HELSE. OG OMSORGSDEPARTEMENTET. Lastet ned fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252> Den 26.04.20

Vedlegg 1

Søke skjema

I dette søkeskjemaet finner du databasene, søkeordene og avgrensninger som er brukt i søket. Der er også resultater (antall treff) ved søk og utvalg. Skjemaet fungerer slik at tallene i tabellen står for rekkefølgen av gjennomførte prosesser. Tallene i søkeord og avgrensninger står i tråd med resultater.

databaser	Søke ord	avgrensninger	Resultat	utvalg
Pro quest health & medical complete	1)Global positioning system and dementia		1)365 treff	
		2)Publication date Jan 2012- Apr 2013	2)220 treff	
		3)Ethics	3) 2 treff	1
Pro Quest medical library	1)Global positioning system and dementia		1)285 treff	
		2)Publication date Jan 2012- Apr 2013	2)173 treff	
		3)Ethics	3) 2 treff	1
Pro quest nursing & allied health source	1)Global positioning system and dementia		1)240 treff	
		2)Publication date Jan 2012- Apr 2013	2)146 treff	
		3)Ethics	3) 3 treff	1
Pro Quest Psychology journals	1)Global positioning system and dementia		1)113 treff	
		2)Publication date Jan 2012- Apr 2013	2)65 treff	

		3)Ethics	3) 2 treff	1
Pro Quest health management	1)Global positioning system and dementia		1) 57 treff	
		2)Publication date Jan 2012- Apr 2013	2) 44 treff	
		3)Ethics	3) 0 treff	0

