

## ARBEIDSNOTAT

# Pilotprosjektet: Bruk av nettbrett som supplement til trygghetsalarm

---

Bente Nordtug, PhD  
Senter for omsorgsforskning

Solrunn Hårstad, Prosjektleder Velferdsteknologi  
Stjørdal kommune

Dato: 09. januar 2014

Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, Høgskolen i Nord-Trøndelag



Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge



**Utviklingscenter  
for hjemmetjenester**  
Nord-Trøndelag

### Sammendrag

Prosjektet: Bruk av nettbrett som supplement til trygghetsalarm, er en kvalitativ pilotstudie i Stjørdal kommune i regi av Utviklingscenter for hjemmetjenester, med støtte fra Senter for

omsorgsforskning. Helsepersonalet og aktuelle brukere ved et bosenter i kommunen ble lært opp i bruk av dette velferdsteknologiske hjelpemidlet. Deretter ble helsepersonalets erfaringer og opplevelser samlet inn via intervju i grupper og enkeltvis etter noen måneder. Det viste seg at bruke av trygghetsalarmer ikke gikk ned blant disse brukerne. Videre at noen av brukerne syntes å få økt livskvalitet og mestringsevne, mens det ikke ble slik for andre. For helsepersonalet viste det seg nyttig ved at de sparte tid og ressurser på å få raskt kontakt med bruker via nettbrettet.

## **Innhold**

<u>Sammendrag.....</u>	<u>2</u>
<u>Introduksjon.....</u>	<u>4</u>
<u>Velferdsteknologi i Stjørdal kommune.....</u>	<u>4</u>
<u>Metode.....</u>	<u>5</u>
<u>Organisering.....</u>	<u>5</u>
<u>Brukere.....</u>	<u>6</u>
<u>Pårørende.....</u>	<u>6</u>
<u>Resultat.....</u>	<u>6</u>
<u>Diskusjon.....</u>	<u>7</u>
<u>Avslutning.....</u>	<u>8</u>
<u>Referanser.....</u>	<u>8</u>
<u>Vedlegg.....</u>	<u>10</u>
<u>Vedlegg 1: Informasjon til ansatte.....</u>	<u>10</u>
<u>Vedlegg 2: Prosedyre bruk av facetime.....</u>	<u>11</u>
<u>Vedlegg 3: Nettbrett som supplement til trygghetsalarm.....</u>	<u>14</u>

## Introduksjon

I løpet av det 21 århundre vil kroniske sykdommer sannsynlig være hovedårsak til sykdom, funksjonshemming og død i utviklingslandene ([Finkelstein and Friedman, 2000](#)). Antall eldre vil øke betraktelig, samtidig som det blir færre sykehjemsplasser og mindre tilgang på helsepersonell ([Carpenter, 2005](#), [Meld. St. 25 \(2005-2006\)](#), [Meld. St. 29 \(2012-2013\)](#)). Dermed har helsevesenet store utfordringer i å møte behovene til disse pasienter med kroniske sykdommer (ibid). De vil ha behov for sosial støtte, men trolig vil fremtidens utfordringer kreve andre måter å gi sosial støtte på. Sosial støtte kan defineres som en mellommenneskelig samhandling som involverer en eller flere av følgende kjennetegn: Emosjonell støtte, instrumentell støtte, støtte i form av informasjon, samt bekreftende støtte ([House, 1981](#)).

Emosjonell støtte innbefatter kjærlighet, omsorg og empati, og gis oftest av nær familie og venner. Slik støtte bidrar til følelsen av å være verdsatt og å verdsette tilbake igjen. Det å bli lyttet til, tillit, trøst, og det å bry seg av betydning i en slik samhandling. Bekreftende støtte er mer en vurdering i form av tilbakemeldinger på egen person. Det går på ærlige tilbakemeldinger og bekreftelser fra nære personer, som for eksempel familie, venner eller andre (ibid).

Lav sosial støtte reduserer evnen til å takle påkjenninger og krevende livssituasjoner ([Giddens, 1994](#), [Lett et al., 2005](#)). Det kan medføre psykologisk stress; alt fra redusert selvbilde til psykiske lidelser. Vedvarer stresset kan det utvikles fysiologisk stress, med negativ effekt på hjerte - karsystemet og immunsystem ([Getz et al., 2011](#)). Ut fra dette ser en at tilgjengelig meningsfull sosial støtte fra andre, kan være både helsefremmende og forebyggende. Det berører livskvalitet og opplevelsen av trygghet ([Lindström and Erikson, 2010](#), [Mæland, 2010](#), [House, 1981](#)).

For å imøtegå utfordringene i helse utvikles nye strategier, metoder og teknologier. En av dem er velferdsteknologi. Velferdsteknologi kan betraktes som instrumentell sosial støtte og defineres som

*«... teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon ([NOU 2011: 11](#)).*

I følge Stortingsmelding Morgendagens omsorg er målet at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020 ([Meld. St. 29 \(2012-2013\)](#)). For å nå dette målet satses det på etablering av standarder for velferdsteknologi, utvikling av velferdsteknologiske løsninger, kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger. Fokus går på ”hjelp til selvhjelp”, sosial deltakelse, og hverdagsrehabilitering (ibid).

### Velferdsteknologi i Stjørdal kommune

Stjørdal kommune er Utviklingscenter for hjemmetjenester i Nord-Trøndelag, og er delaktig i Det Midnorske velferdsteknologiprojektet. Det er samarbeidsnettverk med andre kommuner som jobber med velferdsteknologi i Midt-Norge. Gjennom velferdsteknologiprojektet fikk

kommunen en forespørsel om deltakelse i et innovasjonsprogram for å styrke innovasjonskulturen og innovasjonsledelsen i offentlig helsesektor. Programmet var utviklet av Innoco AS i oppdrag av InnoMed. Det var 5 kommuner som deltok i dette prosjektet. Det ble arrangert to forelesningsdager i hver deltakerkommune, med til sammen 5 samlinger. Programmet var pågående fra januar 2013- mai 2013. Målet var å få kommunene til å ha fokus på hvilke *behov* for innovative løsninger som forelå. Deretter vurdering hvorvidt løsningene tilfredsstilte aktuelle behov, med testing og tilpasning til behovet ble dekket.

For å sikre bred forankring med uttesting av velferdsteknologiske løsninger ble det i forkant utarbeidet en politisk sak i Stjørdal kommune, og rådmannens innstilling lød som følgende: *Kommunestyret støtter det videre arbeidet med å finne framtidsrettede løsninger og legge til rette for bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten i Stjørdal kommune.* Dette fikk bred støtte; fra levekårkomiteen sak 13/13, fra formannskap sak 24/13 og kommunestyret sak 16/13, samt sak i Eldrerådet sak 5/13.

Som en del av Stjørdal kommune sin satsing på velferdsteknologi deltok en sone i et pilotprosjekt med utprøving av tre nettbrett med videokommunikasjon. Nettbrettet består av en flat berøringsskjerm. Digital penn eller fingertuppen brukes til å styre enheten i stedet for et tastatur eller mus. På nettbrettet er det installert et videokommunikasjons program. Bruker kan ringe opp andre med tilsvarende programvare på sitt nettbrett, og kommunisere verbalt og visuelt med vedkommende.

De brukerne som deltar i dette prosjektet har hjemmetjeneste fra før. Utprøvingen av nettbrett er en tilleggstjeneste til dagens tjenestetilbud. Det vil si at bistand til helsehjelp og praktisk bistand som brukeren får av helsepersonell fra før blir opprettholdt. Erfaringer fra dette prosjektet vil være avgjørende for videre utprøving av videokommunikasjon i kommunen.

Pilotprosjektet er i regi av Utviklingssenter for hjemmetjenester med støtte fra Senter for omsorgsforskning. Helsepersonell har ofte en hektisk arbeidshverdag med arbeidsoppdrag i brukers hjem. Flere brukere av hjemmetjenester uttrykker ensomhet og opplevelse av å være til byrde for andre ([Moe, 2013](#)). For noen av disse antas nettbrett med videokommunikasjon å kunne minske ensomhetsfølelse.

Det kan også være av interesse og se om nettbrett med videokommunikasjon kan bidra til færre utløste trygghetsalarmer. Mange brukere har fra før av trygghetsalarm installert. Trygghetsalarm er basert på GSM teknologi, og kan ha form som en liten brikke med en varslings-knapp for å trykke på ved behov. Den kan brukes som en enkel mobiltelefon, og kan se ut som et armbåndsur eller lite anheng for å ha rundt halsen. Erfaringsmessig synes det som om denne trygghetsalarmen innimellom blir brukt til å få sosial kontakt. Slike alarmer kan gjøre arbeidsdagen for helsepersonell som reiser ut travlere, ved at mye tid går med til bilkjøring, samtidig som andre nødvendige oppgaver må utføres.

I tillegg vil det være nyttig å se på hvilke forutsetninger nettbrett med videokommunikasjon krever. Naturlig aldringsprosesser medfører dårligere sansing, og mange får også flere sykdommer som kan være til hinder på ulike vis i hverdagen ([Bondevik and Nygaard, 2008](#)). Ut fra dette ble følgende problemstilling lansert:

*Kan videokommunikasjon bidra til økt selvstendighet og skape trygghet hos brukere, samt bidra til økt kvalitet og effekt i hjemmetjeneste?*

## Metode

Dette pilotprosjektet har en kvalitativ tilnærming med fokusgruppesamtaler. Deltakere har vært sykepleiere og soneleder, prosjektleder for Velferdsteknologi i Stjørdal kommune, samt initiativtakere til pilotprosjekt fra Utviklingssentret for hjemmetjenester. Erfaringene, drøftingene og refleksjonene fra prosjektet ble skrevet ned underveis i prosjektet.

## Organisering

Pilotprosjektet ble styrt av en prosjektgruppe, bestående av tre personer i tillegg til soneleder. Prosjektgruppa hadde opplæring av helsepersonalet i sonen fordelt på 2 dager. De fikk informasjon om prosjektets innhold, både skriftlig og muntlig (vedlegg1). Det ble utarbeidet prosedyre ved bruk av videokommunikasjon på nettbrett (vedlegg2). Helsepersonell fikk demonstrert hvordan videokommunikasjon fungerer, samt teste ut nettbrettet og ringte opp hverandre via videokommunikasjon.

Med helsepersonell menes her alle som yter tjenester til brukere i sonen, inkludert studenter. Det ble informert om prosjektet og gitt opplæring i bruken. Prosjektgruppa vektla å få med alle ansatte på opplæring, slik at de ble delaktig og følte seg trygge på teknologien de skulle lære bort til brukere og selv ta i bruk. For å kunne skaffe gode erfaringer, og samtidig ha god oversikt ble tre nettbrett prøvd ut i pilotprosjektet. Prosjektgruppen gjorde innkjøp og tilrettela brukergrensesnittet på nettbrettene. Det vil si at helsepersonellet gjorde individuelle kartlegginger om behovet til brukerne. Videre at funksjonen av nettbrettet ble tilpasset den enkelte bruker ved valg av oppsett på skjermen og hvordan brukeren skulle håndtere det. Ved oppstart av prosjektet hadde brukerne kun tilgang til ikonet med videokommunikasjon. Noen brukere etterspurte flere funksjoner etter hvert, som ulike regionale og lokale aviser samt andre nettsted. Helsepersonalet tilrettela slik at brukerne fikk disse tilleggsfunksjonene.

Underveis i prosjektet hadde prosjektgruppen møter med helsepersonalet som brukte videokommunikasjonen daglig. Det for å avdekke behov for ytterligere tilrettelegging hos brukere og innhente funn i prosessen. Det ble gjennomført evalueringsmøter hver 3. uke i prosjektperioden. Ved å ha prosjektmøtene tett, ble det hindret at helsepersonellet mistet fokus og fremdrift på prosjektet. Nettbrettene med tilleggsutstyr kostet 17.000 kr. Løpende driftsutgift pr måned pr enhet ble 150 kr, da disse nettbrettene hadde SIM-kort med internetttilgang. Det var ikke trådløst nettverk tilgjengelig i boligene. ■

Helsepersonalet i sonen betjente en mobiltelefon med videoenhet som nettbrettet ble koblet opp mot. Telefonen var betjent hele døgnet av helsepersonell på vakt, og brukerne kunne ta kontakt når som helst.

Før brukerne tok i bruk teknologien, kartla helsepersonalet bruken av trygghetsalarm i en uke. Gjennom videre registrering i prosjektperioden ville en se om bruk av trygghetsalarmer så ut til å endre seg hos brukere av nettbrett med videokommunikasjon.

## Brukere

Aktuelle brukere ble valgt ut av personalet. Deltakelse i prosjektet var frivillig, og aktuelle brukere ble informert skriftlig og muntlig om prosjektet (vedlegg 3). Brukerne måtte være samtykkekompetente, i stand til å tilegne seg ny kunnskap, og uten kognitiv svikt ([Engedal and Haugen, 2009](#)), og helsepersonalet antok at de ville ha glede av det. Informert skriftlig samtykke ble gitt av de som ville delta. De forespurte var personer som hadde en tendens til å bruke trygghetsalarmen som et trygghetsskapende hjelpemiddel daglig. Prosjektet dreier seg

ikke om brukernes helse, men om deres trivsel og kontakt med andre. Til sammen har fem brukere deltatt i prosjektet; fire kvinner og en mann. Brukerne har fått fiktive navn i denne rapporten for å anonymisere.

Alfred hadde svært redusert helsetilstand, satt i rullestol, -for det meste inne i leiligheten. Kona likte og omgås andre i nærmiljøet. Imidlertid, ble det ikke til at hun gjorde det fordi Alfred da brukte trygghetsalarmen for å få kontakt med helsepersonalet som et trygghetsskapende middel. Alfred fikk opplæring i bruk av videokommunikasjon for å kunne kontakte helsepersonell når kona var ute, samtidig som han var en potensiell person som kunne brukt nettbrettet til andre funksjoner, for eksempel å lese aviser.

Borghild hadde psykiatriske utfordringer, var kontaktsøkende, og hadde behov for veiledning og motivering for å kjenne seg trygg. Hun hadde aktivitetstilbud tre dager per uke på dagtid. Helsepersonalet bragte henne til og fra aktivitetstilbudet. Ofte var det slik at hun ikke var klar til å dra når de kom, og ansatte utførte andre tilsynsbesøk hos andre brukere inntil Borghild ble klar til å dra. De kunne være innom henne opptil tre ganger før hun var klar til å bli med. Dagene utenom aktivitetstilbudet var personale hos henne på tilsyn som et trygghetsskapende tiltak og påminte om måling av blodsukkeret og sette insulin. Hun hadde pårørende som ofte var på besøk. Borghild brukte trygghetsalarmen daglig.

Cathrine var svært fysisk funksjonshemmet med dårlig finmotorikk, og satt i rullestol. Hun trengte hjelp til å stelle seg, flytte seg, og måtte ha god tilrettelegging ved spising og andre aktiviteter. Hun hadde stort familienettverk og gode bånd til dem alle. Noen i familien bodde langt unna, og kunne ikke komme så ofte på besøk. Familien hadde videokommunikasjonsmuligheter fra før på sine mobile enheter, og la seg til som kontaktpersoner på hennes nettbrett etter at hun fikk opplæring i bruken av det. Cathrine brukte trygghetsalarmen daglig.

Dina var for det meste sengeliggende, virket motløs og ønsket å holde sengen, selv om hun kunne være oppe. Dina hadde stort kontaktbehov, trengte mye motivasjon for å være aktiv, og syntes innimellom å forsøke å manipulere pleierne. Pleien av henne oppleves tidvis som krevende av personalet. Hun hadde lite besøk, og brukte trygghetsalarmen mye for å forsikre seg om at helsepersonalet husker henne. Det var ikke bestandig hun hadde behov for bistand når hun ringte på, men måtte ha en bekreftelse på at hun ble husket og at helsepersonalet kom innom.

Emma var fysisk aktiv, men hadde sterkt nedsatt syn og hørsel. Hun brukte trygghetsalarmen daglig, og hadde behov for mer sosial kontakt enn det helsepersonalet kunne bistå med. Emma var omgjengelig og pratet mye og lett.

### **Pårørende**

De av pårørende som viste interesse til å ta i bruk nettbrett med videokommunikasjon fikk tilbud om bistand til opplæring. De fleste pårørende som viste interesse brukte denne teknologien fra før.

### **Resultat**

I pilotprosjektet viste det seg at de fleste brukerne lærte seg å bruke denne teknologien i løpet av et par uker, noen raskere. For noen var dette et ukjent element de måtte bruke lengre tid på å bli kjent med, for å bli tryggere på teknologien.

Det kom også frem at bruken av trygghetsalarmen ikke syntes mindre, selv om brukerne brukte videokommunikasjon med nettbrett. Trygghetsalarmen ble mest brukt som middel til å få snakke med noen- få sosial støtte. Videokommunikasjon ble brukt i tillegg. Disse målingene på antall ganger trygghetsalarmen ble utløst ble ikke fulgt opp, slik at prosjektet ikke har sikre tall på det.

Alfred fikk brukt nettbrettet bare noen ganger og gledet seg over det, før han døde. Dermed ble ikke han vant til å bruke det, og erfaringene ble mangelfulle.

Både Borghild og helsepersonalet hadde stor nytte av videokommunikasjon på nettbrettet. Personalet kommuniserte med henne opptil flere ganger hver morgen før de kom og de fleste morgener var hun derfor klar til å dra på aktivitetstilbudet. Borghild tok selv kontakt med dem om hun hadde behov for det, og ønsket å fortsette med å ha videokommunikasjon på nettbrett videre. Om Borghild hadde glemt å måle blodsukker, glemt å sette insulin, eller glemt å ta sine tabletter, brukte helsepersonalet videokommunikasjon til å sikre at dette ble gjennomført, noe som viste seg å være forsvarlig i denne situasjonen. Det gjorde Borghild friere, og hun mestret bedre. Helsepersonalet syntes de hadde bedre kontakt med henne når kommunikasjonen foregikk via nettbrettet. De hadde da fokus på kommunikasjonen og ikke omgivelsene rundt som enkelte ganger kunne virke forstyrrende. Borghild begynte også å bruke nettbrettet til videokommunikasjon med sine pårørende. Det viste seg imidlertid at dette ble for mye for pårørende, og de ønsket ikke at hun skal kontakte dem via nettbrettet. Besøk fra pårørende ble derfor opprettholdt som før.

Cathrine hadde bare gode erfaringer med nettbrettet. I starten ble det pårørende som ringte opp til familiemedlemmene hun ville snakke med når de var på besøk. Cathrine fikk ergonomiske hjelpemidler og tilrettelagt utstyr som gjorde henne i stand til å ringe opp selv. Hun opplevde en nærhet til familiemedlemmene som ikke var mulig før, og deltok mer i deres hverdagsliv. For eksempel ønsket et av hennes barnebarn interiørmessige råd når den nye leiligheten skulle pusses opp og innredes. Pårørende brukte også nettbrettet til å kommunisere med Cathrine. Som eksempel nevnte hun at de viste henne omgivelsene på fra fjellturer de var på og de delte sine opplevelser med henne. På den måten fikk hun sett og opplevd noe av det samme som dem. Cathrine har nå mer kontakt med sin familie, livsgleden og livskvaliteten har økt. Pårørende som bor langt unna kommer ikke like ofte på besøk, men hun har mer kontakt med dem likevel.

Dina hadde glede av nettbrettet og video kommuniserte med pårørende i starten. Imidlertid ville hun etter hvert ikke bruke nettbrettet lengre, uten at hun kom med noen begrunnelse for det. Hun viste til at familien hennes hadde så mye annet å gjøre. Det viste seg imidlertid at pårørende ikke ønsket kontakt via videokommunikasjon med henne.

Emma ble overveldet over teknologien, og klarte ikke å venne seg helt til den. Hun snudde på nettbrettet og så bak for å se om hun kunne se noe som forklarte fenomenet hver gang. Det viste seg også at hennes pårørende ikke ønsket å ha kontakt med henne så ofte som hun kontaktet dem. Emma sluttet å bruke nettbrettet og sa det ikke gikk an å bruke det på grunn av det svake synet hennes. Pårørende kommer nå på besøk to ganger i uka som før.

## Diskusjon



Pilotundersøkelsen viste at alle brukere lærte seg å bruke teknologien med videokommunikasjon på nettbrett. Bruken av trygghetsalarmen syntes ikke å bli mindre. Tre brukere hadde glede av å kontakte sine pårørende med videokommunikasjon på nettbrett i starten, men sluttet etter hvert. To av dem ville ikke bruke denne teknologien mer i det hele tatt. Den siste hadde imidlertid stor nytte og glede av å kommunisere med helsepersonalet. Dette ble tidsbesparende for personalet, og brukeren erfarte dette som positivt. En bruker videokommuniserte bare med sitt nettverk, og partene uttrykte gjensidig glede av det.

Det at bruken av trygghetsalarmer ikke syntes å gå ned i løpet av de første månedene, kan trolig være noe av årsaken til at personalet sluttet å følge opp disse målingene. Alle brukerne var vant til å bruke trygghetsalarmen for å få kontakt med personalet tidligere, og hadde erfart at dette fungerte bra for deres del. Dermed syntes det å være noe vanskelig for dem å lære seg å bruke andre metoder å få kontakt på når de følte behov for kontakt, særlig om de kjente seg svært utrygge. Det viste seg også at trygghetsalarmen ble mest brukt til å oppnå emosjonell og informativ sosial støtte, og sjelden instrumentell støtte.

Ut fra dette synes nettbrett med videokommunikasjon som et godt tiltak. Videokommunikasjon åpner opp for både en verbal og non-verbal gjensidig formidling, noe trygghetsalarmene ikke gjør.

Når det gjelder pårørende viste det seg at flere av dem erfarte videokommunikasjon med brukerne som for belastende etter en tid. Det syntes også som helsepersonellet ikke hadde fått kjennskap hvordan forholdet mellom bruker og pårørende hadde vært og var, og at både bruker og pårørende ikke fortalte om forhold som var noe vanskelige. To av brukerne hadde psykiske utfordringer, og det er trolig at pårørende også oppfattet kontakten med disse brukerne som krevende. Om den tredje av brukerne som avbrøt videokommunikasjonen via nettbrett med pårørende, kjenner en ikke til forholdet til pårørende.

Hvorvidt brukernes videokommunikasjon med sine pårørende fungerte tilfredsstillende for begge parter, viste seg imidlertid ganske fort. Selv om pårørende oftest er den viktigste sosiale støtten for brukerne, kan samtalene med brukeren bli en belastning for pårørende som må sette grenser. Vi vet lite om hvor ofte og når brukerne hadde tatt kontakt med pårørende.

For den ene brukerens del ble videokommunikasjonen på nettbrettet svært positivt, selv om pårørende ikke ønsket en slik kontakt etter hvert. Brukeren og helsepersonellet fikk gjensidig non-verbal og verbal informasjon om morgenen, og brukeren kom lettere til å komme i gang om morgenen. Dessuten tok hun kontakt med personalet ved behov. Trolig ga dette henne erfaringer om å være til mindre bry for helsepersonalet, at hun mestret mer selv, og ble mer selvstendig og delaktig i sin tilværelse. I og med at helsepersonalet fikk se hennes ansiktsuttrykk mottok de mer og tydeligere informasjon om henne, og hadde bedre forutsetninger for å veilede henne, oppmuntre og si det hun trengte å høre ([House, 1981](#), [Pease and Pease, 2005](#)). Dessuten sparte helsepersonellet mye tid på unødig kjøring, og kunne heller bruke den arbeidstiden hos andre brukere. Det blir da mer kvalitet på tjenesten som blir ytt fra helsepersonell.

For brukeren som hadde gode bånd til sitt nettverk ble videokommunikasjon med nettbrett en positiv og verdifull del av hverdagen. Hun deltok mer i sin families gjøren og lade, ble spurt om råd, og kjente seg trolig nyttig og verdifull til tross for sin fysiske tilstand. Trolig økte hennes livskvalitet

Ved at nettbrettet ble individuelt tilpasset åpnet det for at flere brukere kan dra nytte av videokommunikasjon. Noen brukere hadde også tilgang til nettaviser og andre funksjoner på nettbrettet i tillegg til videokommunikasjon. Dette var også med på å oppnå egenmestring hos brukerne.

## Avslutning

Pilotprosjektet viste at bruk av videokommunikasjon med nettbrett trolig ikke minsket bruk av trygghetsalarmen til de som var vant til å bruke den for å oppnå sosial støtte. Det kan være at brukere som læres opp til å bruke videokommunikasjon på nettbrett før de læres opp til å benytte trygghetsalarm, kan bruke videokommunikasjon i større grad enn det som gjøres i dag. Ved videokommunikasjon oppnår de raskere kontakt med helsepersonalet visuelt og verbalt, og kan få emosjonell og informativ sosial støtte der og da. Det må imidlertid undersøkes.

Videokommunikasjon var positivt for noen brukere. De ble mer selvstendig og fikk bedre sosial støtte gjennom sine pårørende, og således fikk økt sin livskvalitet. Andre brukere som hadde psykiske utfordringer fikk ikke bedre kontakt med sine pårørende, og trolig ble dette en merbelastning for pårørende. Her var også pårørende engstelig for at kommunikasjonen skulle bli så stor at det ble en merbelastning.

En bruker fikk et bedre og tettere samarbeid med helsepersonalet gjennom videokommunikasjon på nettbrett, og erfarte bedre mestring og mer selvstendighet i hverdagen. Helsepersonalet sparte tid og ressurser på å bruke videokommunikasjon med verktøy med denne brukeren, samt at de også fikk et bedre inntrykk av tilstanden til vedkommende slik at tiltakene for henne ble mer målrettet.

Nettbrett med videokommunikasjon synes å bedre hverdagen for noen brukere, mens andre ikke gjør seg nytte av det. For helsepersonalet kan det være effektivt om de får brukerne til å benytte det.

Dette viser at nettbrett med videokommunikasjon må tilpasses og vurderes i nært samarbeid med den enkelte brukers, pårørendes og helsepersonalets behov, ønsker og muligheter.

## Referanser

- BONDEVIK, M. & NYGAARD, H. A. 2008. *Tverrfaglig geriatri*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke As.
- CARPENTER, G. I. 2005. Aging in the United Kingdom and Europe - A Snapshot of the Future? . *J Am Geriatr Soc*, 53, 310-313.
- ENGEDAL, K. & HAUGEN, P. K. 2009. *Demens, fakta og utfordringer*, Tønsberg, Aldring og helse.
- FINKELSTEIN, J. & FRIEDMAN, R. H. 2000. Potential role of telecommunication technologies in the management of chronic health conditions. *Disease Management and Health Outcomes*, 8, 57-63.

- GETZ, L., KIRKENG, A. L. & ULVESTAD, E. 2011. Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 131, 683-7.
- GIDDENS, A. 1994. *Sociology*, Oxford UK, Blackwell Publishers.
- HOUSE, J. S. 1981. *Work stress and social support*, Reading, Mass., Addison-Wesley.
- LETT, H. S., BLUMENTHAL, J. A., BABYAK, M. A., STRAUMAN, T. J., ROBINS, C. & SHERWOOD, A. 2005. Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for treatment *Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSON, M. 2010. The hichhiker's guide to salutogenesis. Helsinki.
- MELD. ST. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening.
- MELD. ST. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- MOE, A. 2013. *Jeg vil leve til jeg dør. Livslyst hos hjemmeboende kronisk syke eldste eldre*. PhD, Mid Sweden University.
- MÆLAND, J. G. 2010. *Forebyggende helsearbeid*, Oslo, Universitetsforlaget AS.
- NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- PEASE, A. & PEASE, B. 2005. *Kroppsspråk*, Otta, J.W.Cappelens Forlag AS.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjon til ansatte

Som en del av Stjørdal kommune sin satsing på velferdsteknologi deltar Skatval bosenter i et prosjekt med utprøving av videokommunikasjon for å øke kvaliteten på helsetjenestene.

I prosjektet vil vi benytte nettbrett som supplement til trygghetsalarm, for å øke trygghet og bedre kommunikasjonen mellom tjenestemottaker og helsepersonell. Personalet ved Skatval bosenter vil betjene en telefon med videoenhet som nettbrettet kobles opp mot. Telefonen vil være betjent hele døgnet av helsepersonell. Hvordan nettbrettet skal benyttes i kontakt med helsepersonalet avtales med hver enkelt tjenestemottaker.

Det blir også anledning til å benytte nettbrettet i kontakt med familie og øvrig nettverk for den som ønsker det. Erfaringer fra dette prosjektet vil være avgjørende for videre utprøving i kommunen.

I prosjektet vil vi se på hvordan videokommunikasjon påvirker kvaliteten på tjenesten som ytes i forbindelse med bruk av trygghetsalarm.

Prosjektet vil pågå i 3 måneder, med mulighet for forlengelse. Tjenestemottaker vil få låne nettbrett med evt. tilleggsutstyr vederlagsfritt i prosjektperioden. Det er ingen utgifter knyttet til bruk av nettbrettet for tjenestemottakeren.



## Vedlegg 2: Prosedyre bruk av facetime

Versjon 1.08.4.13

### **Hensikt:**

Pleiepersonell og brukere får en brukerveiledning på hvordan kunne ha kommunikasjon med bruk av Facetime på I-Pad og I-Phone.

### **Målgruppe:**

Denne brukerveiledningen gjelder for ansatte og brukere ved Skatval bosenter som skal delta på mini-prosjekt «Kommunikasjon med bruk av Facetime».

### **Generell beskrivelse:**

De tre brukerne kommunen har valgt ut på Skatval bosenter har fått utdelt en I-Pad som de bruker i prosjektperioden. Etter prosjektets slutt tilfaller I-Padden kommunen.

Primærkontakten er kontaktleddet mellom prosjektgruppa og brukerne/ pårørende.

Primærkontakten innhenter samtykke fra bruker og informerer pårørende. De har ansvar for at brukerne får opplæring til bruk av facetime.

### **Beskrivelse for Bruker:**

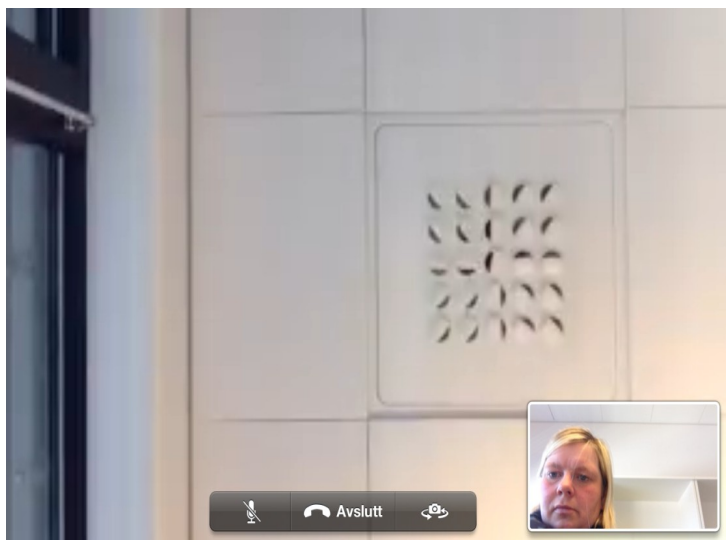
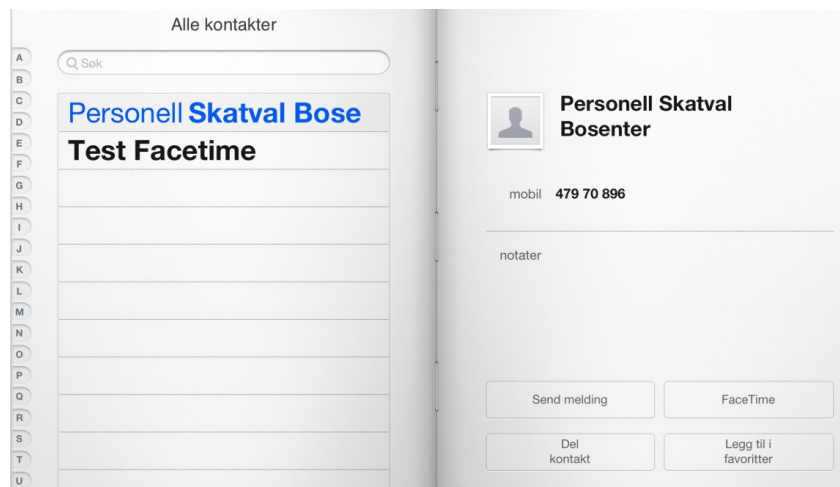
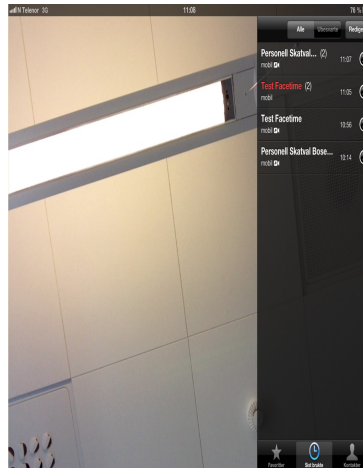
Slå på I-Padden (trykk inn en liten svart knapp bak Padden). Da kommer dette bildet opp:



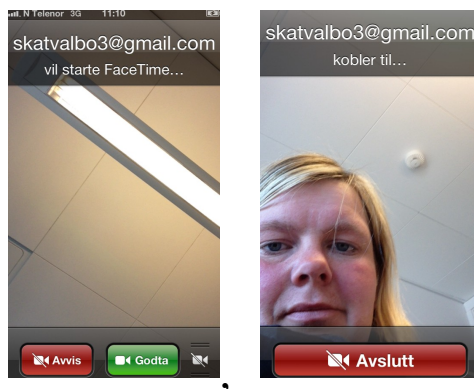
Da er man kommet inn på I-Padden. Her har du 4 ikoner. På den ene ser man hvor mye klokken er, den andre ser man datoen. Man har et ikon som det står kontakter, og et ikon for Facetime.



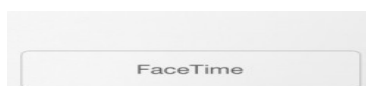
**Bruk av Facetime:**  
Trykk på ikonet for Facetime.



**Beskrivelse for ansatte:**



Personell kan også gå på kontakter og ringe opp I-Padden ved å bruke ikonet **FaceTime**



### Vedlegg 3: Nettbrett som supplement til trygghetsalarm

Som en del av Stjørdal kommune sin satsing på velferdsteknologi deltar Skatval bosenter i et prosjekt med utprøving av videokommunikasjon for å øke kvaliteten på helsetjenestene.

I prosjektet vil vi benytte nettbrett som supplement til trygghetsalarm, for å øke trygghet og bedre kommunikasjonen mellom deg og helsepersonell. Personalet ved Skatval bosenter vil betjene en telefon med videoenhet som nettbrettet kobles opp mot. Telefonen vil være betjent av helsepersonell.

Det blir også anledning til å benytte nettbrettet i kontakt med familie og øvrig nettverk hvis du ønsker det.

Prosjektet vil pågå i 3 måneder, med mulighet for forlengelse. Du, som deltaker, vil få låne nettbrett med evt. tilleggsutstyr fra kommunen i prosjektperioden. Det er ingen utgifter knyttet til bruk av nettbrettet for deg.

Din primærkontakt vil være bindeleddet til prosjektgruppa. I forkant av prosjektet vil du få nødvendig opplæring. Primærkontakten vil også snakke med dine pårørende, slik at de også kan ha kommunikasjon med deg over Facetime.

Hjemmetjenesten kommer til å registrere antall brukte trygghetsalarmer over en liten periode, for bruk i prosjektet. All data om deg vil bli rapportert anonymt.

Har du spørsmål, så ta kontakt med din primærkontakt: \_\_\_\_\_  
Eller ta kontakt med prosjektleder: Solrunn Hårstad, tlf.: 979 577 25

Før vi starter er det ønskelig at du skriver under på at opplysningene ovenfor er gjort kjent for deg, og at du samtykker i å delta i dette prosjektet, samtidig at du samtykker i at din primærkontakt kan videreformidle opplysninger anonymt til prosjektgruppa.  
Vi ser frem til å samarbeide med deg



Samtykke:

---

---

Jeg samtykker i å delta på prosjekt «Nettbrett som supplement til trygghetsalarm» i Stjørdal kommune

Jeg samtykker i at mine primærkontakter kan gi anonyme opplysninger til Stjørdal kommune.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_