



Scenarier om et aldrende samfunn

Hvilke valg har vi for fremtiden?

PACITA – Parliaments and Civil Society in Technology Assessment

Et aldrende samfunn



Hvordan man skal håndtere et aldrende samfunn, er en av hovedutfordringene som trekkes frem i EUs Lund-deklarasjon fra 2009¹. Den raske økningen av eldre utgjør en dobbel demografisk utfordring i Europa. Den aldrende befolkningens behov for helsetjenester øker samtidig som det blir mindre tilgang på arbeidskraft.

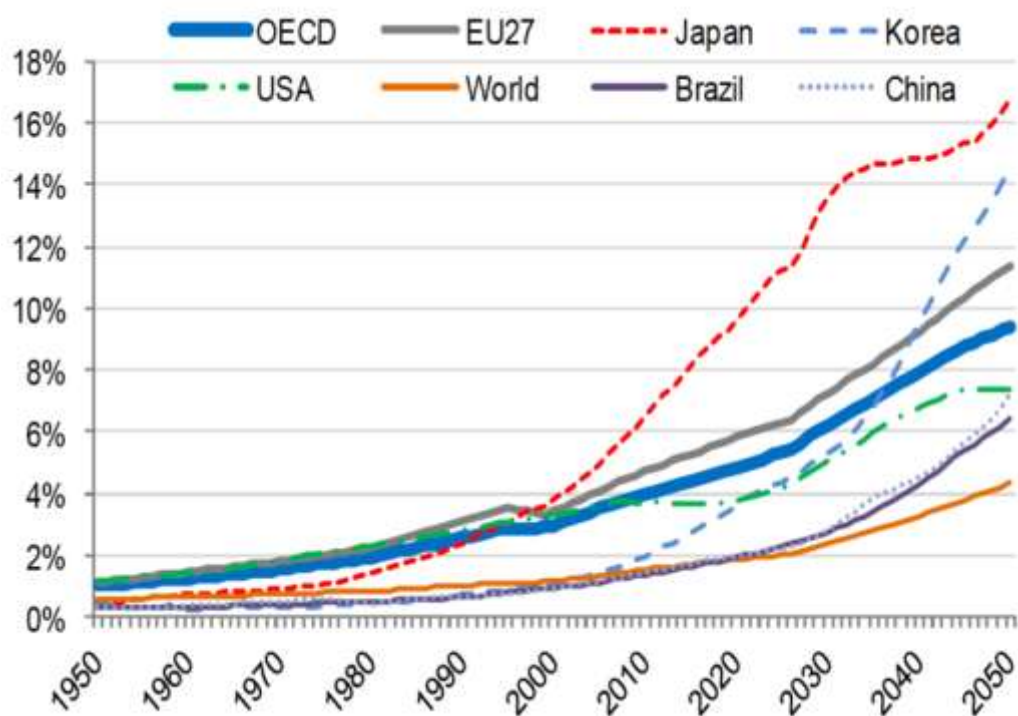
Hvis man fortsetter å tilby tjenestene på samme måte som i dag, vil befolkningens behov for omsorg overgå tilgangen på arbeidskraft. Teknologien kan spille en stadig viktigere rolle for at samfunnet skal kunne tilby helsetjenester av en kvantitet og kvalitet som samsvarer med forventningene til den europeiske befolkningen. Hvordan kan vi bruke teknologien innen helseomsorgen, hvilke utfordringer byr ny teknologi på, og hvilke alternativer har beslutningstakerne?

¹ EUs Lund-deklarasjon, <http://www.vr.se/download/18.7dac901212646d84fd38000336/>, juli 2009.

Verdens befolkning eldes raskt

Fra 2000 til 2050 vil andelen av verdens befolkning som er over 60 år, dobles fra rundt 11 prosent til 22 prosent. I samme periode forventes det totale antallet mennesker i alderen 60 og oppover å øke fra 605 millioner til 2 milliarder. Verden vil ha flere mennesker i 80- og 90-årsalderen enn noensinne. Antallet personer på over 80 år vil nesten firedobles til 395 millioner i perioden fra 2000 til 2050.²

Sannsynligheten for at mennesker vil trenge pleie, øker med alderen. Mindre enn én prosent av alle under 65 år trenger langtidspleie, mens i gjennomsnitt 30 prosent av alle kvinner i OECD trenger langtidspleie fra og med fylte 80 år³.



Hurtig vekst i befolkningsandelen over 80 år³

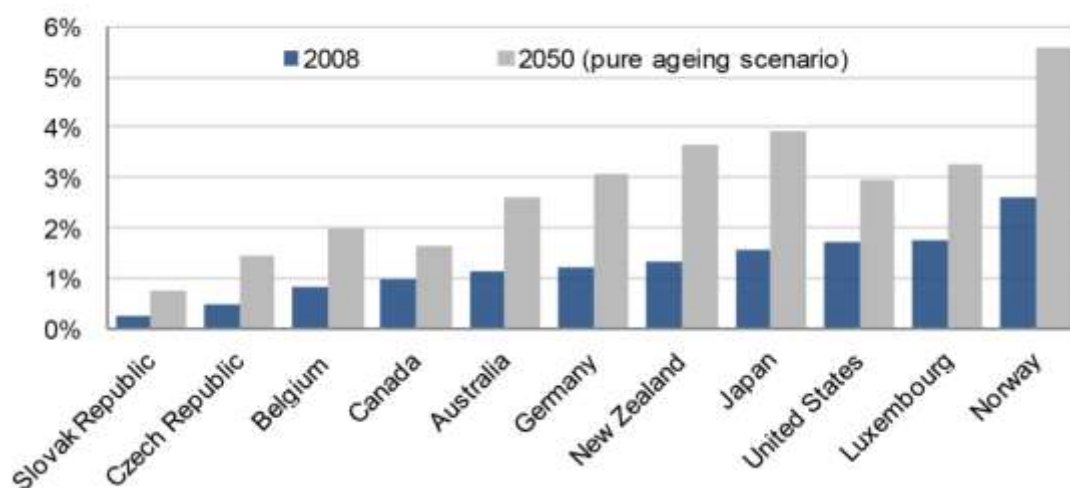
² WHO: Interesting facts about ageing: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>, 2012.

³ OECD: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>, 2011.

Økt etterspørsel etter helsetjenester

Etterspørselen etter arbeidskraft innen langtidspleie forventes å dobles fra 2008 til 2050⁴. Stadig flere kvinner er yrkesaktive, noe som sannsynligvis vil bidra til at tilgangen på omsorgsytere innen familien reduseres. Mange europeiske land har mangel på utdannede helsearbeidere. En annen samfunnsendring er at folk krever mer omsorg med pasienten i fokus. Pasientene blir stadig mer involvert i behandlingen og de medisinske beslutningene⁵.

Share of Full-Time-Equivalent nurses and personal carers to projected working population.



Etterspørselen etter arbeidskraft innen langtidspleie forventes å dobles fra 2008 til 2050⁴.

⁴ OECD: Help Wanted? Providing and Paying for Long -Term Care, <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>, 2011.

⁵ PACITA: Telecare technology in Europe, leveranse fra Pacita-prosjektet, <http://wp6.pacitaproject.eu/wp-content/uploads/2014/02/Telecare-description-web.pdf>, desember 2013.

Aldring i 2025

Det er forventet at teknologi og nyskapende løsninger vil bidra til å dekke etterspørselen etter bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Innføringen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og telemedisin forventes å øke effektiviteten innen helseomsorgen med 20 prosent, samtidig som pasientenes livskvalitet økes⁶.

Teknologi som teleomsorg, telemedisin, velferdsteknologi, robotteknologi samt vanlig forbrukerteknologi som PC-er, smarttelefoner og nettbrett vil sannsynligvis være viktige støttespillere for de eldre i fremtiden. Du kan lese om noen av disse teknologiene i siste avsnitt.

Teknologien kan bidra til at de eldre kan:

- 1) bo selvstendig og trygt i eget hjem lenger
- 2) unngå, utsette eller redusere sykehusinnleggelse
- 3) være mer sosiale og delta i samfunnet
- 4) ha et bedre liv med pleie- og omsorgsordninger

Teknologien kan brukes på mange måter. Samfunnet kan velge ulike strategier for helsetjenester og bruk av nye teknologiske verktøy. Det finnes mange teknologiske muligheter, men utfordringer må løses og etiske dilemmaer vurderes. Hvordan er det best å bruke teknologien innen omsorgstjenestene, og hvilke alternativer har beslutningstakerne?

Noen ord om scenarier, brukerhistorier og scenarioverksteder

Samfunnet og politikerne står overfor mange valg, og iblant motstridende prioriteringer, når de utvikler politikk for et aldrende samfunn. Det kan være vanskelig å forutse resultatet og konsekvensene av valgene som tas.

⁶ European Commission, Digital Agenda for Europe, ICT for Societal Challenges, 2013, side 6.



Scenarier

I dette prosjektet bruker vi scenarier som et verktøy for å stimulere til debatt om fremtidens eldreomsorg. Scenariene skal inspirere til refleksjon og debatt, og være et verktøy for å utvikle nye visjoner og handlingsforslag, for eksempel i en kommunal planleggingsprosess.

Scenariene er basert på erfaring fra scenarierverksteder holdt i Norge i 2008⁷ og er videreutviklet i PACITA-prosjektet i samarbeid med prosjektpartnerne og egne nettverk av interessenter⁸.

Brukerhistorier

Vi lager brukerhistorier for å skape bevissthet rundt valgene vi tar i dag, og gjøre dem mer håndfaste. Dette er tre historier om hvordan fire personer lever livet sitt i 2025 i de ulike scenariene. Du møter Gunnar, Anne-Berit og paret Laila og Kjell fra side 13 og utover.

⁷ Teknologirådet: Fremtidens alderdom, <http://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/16/2013/08/Rapport-Fremtidens-alderdom-og-ny-teknologi.pdf>, 2009

⁸ Det ble holdt en workshop med en europeisk interessentgruppe i oktober 2013, og med PACITAs partnere i januar 2014.

Målet er at brukerhistoriene skal inspirere og stimulere til refleksjon og debatt. Den hurtige teknologiske utviklingen vil gi oss muligheter, men også mange utfordringer og etiske dilemmaer. Problemstillinger forbundet med utviklingen kommer frem i brukerhistoriene.

Scenarierverksted

Scenariene og brukerhistoriene brukes som forberedelser til scenarierverksteder. Et scenarierverksted skal legge til rette for diskusjoner om fremtiden og klarlegging av ulike alternativer i ulike kontekster.

Deltakerne på scenarierverksteder er typisk mennesker som berøres av den fremtidige eldreomsorgen. Dette kan være representanter for de eldre og familiene deres, personer som arbeider innen helsesektoren, lokale politikere, personer fra næringsliv, forskning og utvikling og frivillige organisasjoner. Når disse aktørene involveres, kan man ta mer viktige beslutninger som blir bedre akseptert i samfunnet. Aktørene får også en følelse av eierskap i prosessen. Det kan gjøre implementeringen i samfunnet enklere⁹.

Scenarierverkstedene i PACITA-prosjektet skal gi et inntrykk av hva slags eldreomsorg, hvilke tjenester og hvilken type eldrepolitikk europeere ønsker (via synspunkter som et bredt utvalg aktører innen eldreomsorgen har fremmet og diskutert).

På PACITAs scenarierverksteder er en visjon et bilde av en ønskelig fremtid innen eldreomsorgen. Den kan gjenspeile etiske, sosiale og/eller juridiske utfordringer som er kommet frem i forbindelse med verkstedet.

⁹ Teknologirådet: Samfunnsdialog om forskning og teknologi, <http://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/16/2013/08/Rapport-Samfunnsdialog-om-forskning-og-teknologi.pdf>, 2008.

3 SCENARIOER

Det er flere faktorer som vil påvirke livskvaliteten til de eldre i fremtiden, som familiesituasjonen, om de bor i byen eller på landet, religionen deres, evnen til å delta i det sosiale liv og så videre.

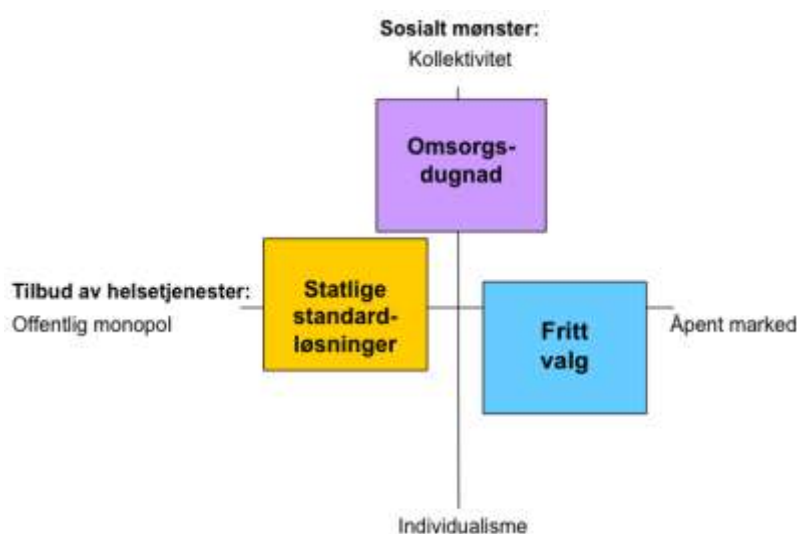
Denne rapporten omhandler valg politikerne kan ta for å forbedre den fremtidige eldreomsorgen, samt dilemmaer de står overfor.

De to hovedspørsmålene i scenarioene er:

- 1. Vil det være offentlige eller private leverandører som tilbyr eldreomsorg i fremtiden?**
- 2. Hvordan organiserer de eldre og andre grupper i samfunnet seg for å dekke behovene for omsorg?**

I figuren nedenfor har vi plassert de to spørsmålene langs to akser. På den ene akse er det ene ytterpunktet at myndighetene bestemmer hvilken teknologi alle har krav på, og det andre ytterpunktet at den enkelte kan velge fritt fra et åpent marked. På den andre akse er det ene ytterpunktet at de eldre selv, familien deres og samfunnet samarbeider og bidrar som hovedressursen innen eldreomsorgen. Det andre ytterpunktet er at den enkelte selv må finne og velge omsorgstjenester.

I virkeligheten vil løsningen ligge et sted imellom ytterpunktene. Det er utviklet tre scenarioer for å illustrere potensielle konsekvenser. De tre scenarioene er ikke de ovennevnte ytterpunktene, men en kombinasjon av dem. Måten de løser problemstillingene på, fremgår av plasseringen i koordinatsystemet (se figuren nedenfor).



Figuren viser scenarioene på akser fra offentlig monopol til åpent marked, og fra individuelle til kollektive løsninger.

De tre scenarioene viser ulike måter samfunnet kan utvikle seg på. De illustrerer særskilt hvordan helse- og omsorgstjenestene kan utvikle seg, og hvordan kommunene kan bli påvirket av økt kontroll fra myndighetene, en sterkere privat sektor eller en bedre organisert frivillig sektor. Scenarioene viser også hvordan kommunene kan håndtere de ulike modellene av virkeligheten.

Scenario 1: Statlige standardløsninger tar utgangspunkt i at det i fremtiden er mangel på arbeidskraft og ressurser, og at staten har blitt tvunget til å satse på teknologi og standardiserte løsninger for å gjøre folk mer selvhjulpne.

Scenario 2: Fritt valg tar utgangspunkt i et nytt politisk system der pengestøtte går direkte til brukeren, og der man kan kjøpe omsorgstjenester fra et åpent marked. Alle som har behov for omsorgstjenester, har krav på pengestøtte basert på vedkommendes helsetilstand.

Scenario 3: Omsorgsdugnad tar utgangspunkt i frivillige som hovedressurs for samfunnet og hverandre. Dette kan være de eldre selv, familien deres, veldedige organisasjoner, naboer, skoleelever og så videre. Kommunens rolle er å koordinere de frivillige organisasjonene.

Tenk gjennom følgende når du leser scenarioene

Diskusjonen om fremtidens eldreomsorg vekker flere spørsmål og etiske dilemmaer. Du bør stille deg noen spørsmål når du leser scenarioene. Her er noen eksempler på aktuelle problemstillinger, verdispørsmål og etiske dilemmaer:

1. Hvordan kan eldreomsorgen gjøres bedre i scenarioene?
2. Hvordan kan teknologi hjelpe folk til å bo bedre hjemme eller i en annen bolig?
3. Hvordan kan teknologi bidra til bedre eldreomsorg (kompetanse, ferdigheter og så videre)?
4. Er det behov for personlig tilpasning, for eksempel til særskilte eller personlige behov for personer med demens?
5. Trenger sykepleiere og andre helse- og omsorgsarbeidere mer opplæring i bruk av teknologi i eldreomsorgen?
6. Hva er de største fallgruvene ved bruk av ulik teknologi?
7. Når kan omsorgsteknologi oppleves som ubehagelig overvåkning?
8. Hvordan balanserer man mellom personvern og trygghet i omsorgstjenestene?
9. Hvor langt er vi villige til å gå i bruk av teknologi dersom den frarøver eldre frihet og selvstendighet?
10. Hvordan kan teknologien gjøre eldre mer eller mindre isolert i lokalsamfunnet?

Noen av problemstillingene tas opp i scenarioene. Listene kunne selvsagt vært lengre. Målet for scenarioverket er å identifisere og spesifisere problemstillingene/dilemmaene og bruke dem som utgangspunkt for visjoner og politiske anbefalinger.

Møt Gunnar, Kjell og Laila og Anne-Berit i 2025

I hvert av scenarioene møter vi fire eldre personer med ulike behov og ønsker for å kunne leve et selvstendig liv. De fire personene viser at ulike personer står overfor ulike utfordringer og muligheter, som varierer i løpet av scenarioene.

Gunnar, 79 år



Gunnar er rammet av demens. Han er enslig og avhengig av hjelp og støtte for å kunne bo alene. Etersom Gunnar og kona ble skilt for over 40 år siden og ikke hadde barn, har Gunnar ingen nære slektninger. Gunnar bor alene i sitt eget hus i en mindre by.

Gunnar har hatt flere forskjellige jobber i årenes løp. De siste årene av sitt yrkesaktive liv kjørte han langdistansebuss. Han har en ganske beskjeden pensjon.

Gunnar er i god fysisk form og liker å være i bevegelse både ute og inne. Men demensen gir stedsforvirring, så Gunnar trenger hjelp til å orientere seg.

Han har også tidvis hukommelsestap og trenger hjelp til å huske og til å styre økonomien for å kunne bo for seg selv. Gunnar liker å delta på sosiale aktiviteter, men han husker ikke alltid å ta initiativ til å delta.



Kjell er pensjonert ingeniør. Han bor sammen med kona Laila, som har jobbet som lærer. De bor på landet og deler en generasjonsbolig med sønnen sin. De har en egen, liten leilighet og en felles stue med sønnen og familien hans. Familiebåndene er sterke, og de har daglig kontakt med søsken, sønnen og barnebarna.

Kjell har aldri brydd seg om å trene eller ha et sunt kosthold. Kjell har røkt mye og er nå så kraftig rammet av KOLS¹⁰ at han har vanskelig for å bevege seg utendørs.

Laila har en hjertesykdom. Hun må måle hjerterytmen regelmessig, og medisinen må tilpasses nøye. Det er viktig at hun mosjonerer hver dag.

Kjell har alltid vært familiens "teknologifreak". Han elsker ny teknologi. Han ivrer etter å teste ut nye produkter og prøver ut alt fra nye apper til tekniske hjelpemidler og medisinsk utstyr.

¹⁰Kronisk obstruktiv lungesykdom.



Anne Berit, 85 år

Anne-Berit er pensjonert jurist, har god økonomi og bor i en stor by. Hun har vært usedvanlig sunn og frisk hele livet og har alltid tatt godt vare på helsen sin. Men det siste året har Anne-Berit vært gjennom omfattende rehabilitering etter et lårhalsbrudd. Hun er fortsatt til en viss grad fysisk svekket, og har blitt mer engstelig etter ulykken.

Anne-Berit er sosial og liker å ha andre mennesker rundt seg. De to barna hennes bor i en annen del av landet med hver sin familie, og Anne-Berit ble enke for mange år siden. Hun vil gjerne møte nye mennesker og bygge seg et nettverk av likesinnede.

Selv om Anne-Berit har brukt PC i store deler av sitt yrkesaktive liv, er hun lite interessert i datamaskiner eller andre digitale verktøy. Anne-Berit synes det er slitsomt å forholde seg til nye programmer og "dingser". Hun er også skeptisk til personvernet i de ulike systemene.

Scenario 1: Statlige standardløsninger

Nasjonal mobilisering og satsing på teknologi

Dette har skjedd siden 2013

I årene etter 2015 ble de offentlige primærhelsetjenestene kraftig svekket som følge av budsjettkutt og økte utgifter. Tilstanden ble etter hvert så alvorlig at eldre med pleiebehov ikke fikk nødvendige helsetjenester.

I 2020, etter flere graverende historier i pressen og et sterkt engasjement fra hele landet, ble det inngått et politisk forlik på Stortinget. Det var et prekært behov for en ny kurs innen pleie- og omsorgstjenestene. Systemet er nå under statlig kontroll. De nye tjenestene ble definert ut fra to grunnpilarer: støtteteknologi til alle som trengte det, såkalte trygghetspakker, og et forebyggende, sunnhetsbasert helsevesen.

Formålet var i større grad å gjøre det mulig for eldre over hele landet å leve selvstendig i egen bolig – selv med svekket helse og et visst behov for behandling. Standard trygghetspakker sikrer eldre og pleietrengende et minstemål av kvalitet og sikkerhet, uavhengig av bosted og personlig økonomi.

Kommunens endrede rolle

Det er fortsatt kommunene som leverer størsteparten av de offentlige støttetjenestene. Men nasjonale standarder definerer nå mye av innholdet i det kommunene skal levere, blant annet hvilken teknologi som skal tas i bruk i hjemmetjenesten.

Alle pleietrengende blir tilbudt trygghetspakker. Trygghetspakken består av teknologiske hjelpemidler som kroppssensorer, målere og sporingenheter som festes til brukeren eller i boligen (smarthusteknologi). Trygghetspakken brukes til kommunikasjon med familie, helsevesen, frivillige organisasjoner eller ambulanse. Den kan også utføre bestemte handlinger når visse hendelser skjer eller alarmer utløses. Trygghetspakken og tilknyttede tjenester kan utvides ved behov.

Regjeringen har utviklet et intensivt e-læringsprogram for etterutdanning av omsorgsgivere, med vekt på hvordan trygghetspakken brukes og tilpasses den enkeltes behov. Programmet er obligatorisk for alle ansatte i omsorgssektoren.

Det er kommunens ansvar å velge trygghetspakke og installere den hjemme hos alle som trenger det. Kommunen har også ansvaret for å følge opp og svare når alarmer på trygghetspakkene utløses.

Gunnar



Gunnar bor i en kommunal omsorgsbolig. Egentlig er Gunnar ennå litt for frisk til å få tilbud om å bo på et slikt sted. Men han bodde i et gammelt, avsidesliggende og upraktisk hus. I tillegg pekte resultatene av den obligatoriske Alzheimer screeningen på at han ganske snart vil komme til å trenge mye mer hjelp i hverdagen. Han takket derfor ja da han ble tilbudt plass her.

På grunn av sin demens har Gunnar fått utvidet trygghetspakken med blant annet en GPS-sender i skoene. Nå kan han gå alle de turene han ønsker, og samtidig vite at de ansatte på senteret alltid vil kunne finne ham.

Beboerne i omsorgsboligen blir godt passet på av en rekke overvåknings- og sikkerhetsfunksjoner. Dører og vinduer låses automatisk, og det er automatisk styring av varme og lys. I tillegg registreres og loggføres en rekke av beboernes aktiviteter. Søvn mønsteret til beboere med søvnproblemer kan kontrolleres via armbånd med søvnsensorer. Når alle disse dataene automatisk blir sammenstilt, er det enkelt for personalet å oppdage avvikende helsetilstand eller atferd, slik at de kan iverksette forebyggende tiltak tidlig.

Gunnar er stort sett med på morgengymnastikken. Resten av dagen holder han seg mest for seg selv, bortsett fra når han spiser på fellesrommet. Helsepersonell ser han bare hvis det skjer noe spesielt. Det er ikke ofte.

Gunnar føler seg både trygg og fri til å gjøre det han selv ønsker. Iblant synes han det er litt ubehagelig å vite at han alltid blir overvåket. Han mener allikevel at tryggheten han føler i hverdagen, veier opp for dette.



Kjell og Laila trenger begge litt hjelp i hverdagen, og behovene deres dekkes delvis av trygghetspakken. Sønnen og svigerdatteren tar seg av resten. Kjell og Laila spiser for eksempel alle måltidene sammen med resten av familien.

Ettersom Kjell har KOLS, følges han jevnlig opp med funksjonstester. All mosjon og alle målinger foregår hjemme, der han følger instruksjoner på TV-skjermen i stua. Etter hver økt sendes informasjonen automatisk til sykehuset. Deretter snakker han med en fysioterapeut og iblant en lege via TV-skjermen. Selv om det er 15 måneder siden Kjell var på sykehuset, føler han at han kjenner de ansatte.

Kjell må gjennomføre et treningsopplegg for å få dekket alle kostnadene til KOLS-utstyret. Han har ikke vært særlig positivt innstilt til dette. Motivasjonen hans økte imidlertid da han fikk ny puls- og lungevolummåler som lagrer og sammenstiller data på en forståelig måte. Det er interessant å kunne følge prestasjonen sin og se at det går fremover.

Laila måler hjerte, blodtrykk og vekt daglig. Hun tenker lite over det, bortsett fra når legen ringer henne fordi resultatene er annerledes enn de pleier. Det gjør at hun føler seg trygg. Laila synes det er litt forvirrende med all medisinen hun må ta. Dosen endres hele tiden. Hun er helt avhengig av pilledispenseren der legen kan angi riktig dose, og mobilappen som minner henne om å ta de riktige pillene til rett tid.

De har etter hvert fått mye teknologi i hjemmet: omsorgspakker, KOLS-utstyr og automatisk pilledispenser. Kjell har kontroll på alt – egentlig bedre kontroll enn det

kreves for å bruke utstyret korrekt. Ved feilmeldinger eller hvis han ikke forstår programvareoppdateringer, kontakter Kjell kommunens tekniske support.

Kjell vet at det finnes mange mer avanserte måleapparater og sensorer som han og kona kunne hatt nytte av. Slikt ekstrautstyr er dessverre altfor dyrt for dem, så han må ta til takke med den standardiserte trygghetspakken.

Kjell er litt frustrert. Han synes trygghetspakken er lite oppdatert og kunne vært langt bedre tilpasset hans og konas behov og livssituasjon. Laila er imidlertid svært fornøyd med trygghetspakken. Hun er glad for at hun har en mann som kan hjelpe henne med utstyret.



Anne-Berit har kommet seg godt etter lårhalsbruddet i fjor. Det kommunale rehabiliteringsopplegget, som foregikk delvis på et kommunalt treningssenter og delvis hjemme, var intensivt og svært effektivt.

Hjemme er fallsensorer koplet inn i alle rom, som en del av den offentlige trygghetspakken. Det gir en god trygghet, synes Anne-Berit. Kommunal helsevakt får video- og lydtilgang til rommet når en sensor varsler fall. Da kan de både se og snakke med henne – og dermed vurdere om de trenger å kjøre hjem til henne for å hjelpe.

Anne-Berit har hele tiden vært skeptisk til å ha kameraer installert hjemme hos seg selv. Men hun innser at det er den beste tryggheten hun nå kan få. Hun må bare stole på at utstyret kun slår seg på hvis det er mistanke om at hun har falt.

I tiden etter operasjonen trengte Anne-Berit ekstra hjelp med praktiske ting. Hun hyrte da inn en advokat som hadde eldrerett som spesialfelt og skulle sørge for at kommunen ga henne den hjelpen hun hadde krav på. Hun fikk blant annet dekket en hjemmehjelp som kom én gang i uken for å ta unna husarbeid og hjelpe til med varebestilling. Hjemmehjelpen registrerte alt de gjorde på mobilen sin, også handlelisten. Rapporten ble sendt til helsetjenesten i kommunen og handlelisten direkte til butikken. Slik fikk hjemmehjelpen rapportert alt med én gang og gjort seg "ferdig" med hver pasient i løpet av hjemmebesøket. Mens hjemmehjelpen loggførte og rapporterte, serverte Anne-Berit kaffe. Hun savner det litt nå som hun nesten er helt frisk og ikke har behov for hjemmehjelp lenger.

Anne-Berit holder kontakten med barn og barnebarn via e-post og chatting. Men hun liker ikke å sitte for mye foran datamaskinen.

Anne-Berit trives bare til en viss grad. Hun kom seg raskt etter lårhalsbruddet. Men trygghetspakken med teknologi har hun ennå ikke vent seg til. Hun tenker stadig med ubehag på at folk skal snoke og se inn i hennes liv uten at hun selv vet om det. I tillegg føler hun seg ofte litt ensom, og hun har hatt små "uhell" for å tilkalle helsevakten, uten at det strengt tatt var så alvorlig.

Spørsmål man bør tenke gjennom

- Bør det iverksettes nasjonale tiltak for å øke bruken av teknologi innen omsorgssektoren betraktelig? Hvilken rolle skal myndighetene spille?
- Hvilke muligheter og utfordringer står de eldre overfor i scenarioet Statlige standardløsninger?
- Er kommunen klar til å ta i bruk ny teknologi i henhold til nye, nasjonale standarder?
- Hva er de største utfordringene for kommunen i situasjonen som beskrives (kompetanse, kostnader, holdninger, annet)? Hvordan kan utfordringene løses?

Scenario 2: Fritt valg

Åpen konkurranse

Dette har skjedd siden 2013

I årene etter 2015 utviklet det seg et nytt politisk klima. Offentlige tjenester kollapset nesten på grunn av begrensede økonomiske ressurser og store styringsproblemer i mange kommuner. Alternative måter å organisere helse- og omsorgstjenestene på begynte å prege den offentlige debatten.

I 2020 ble den kommunale omsorgssektoren liberalisert i hele landet. Samtidig vedtok Stortinget et system der pengestøtte til omsorgsmottakere skulle gå direkte til brukeren. Alle som har behov for omsorgstjenester, har krav på pengestøtte basert på vedkommendes helsetilstand. Hver enkelt kan så bruke denne pengestøtten, gjerne sammen med egne midler, for å kjøpe de tjenestene man trenger og ønsker.

Kommunen som markedsaktør

Kommunens ansvar er nå å sørge for at det finnes et forsvarlig tilbud (nasjonale minstemål eller bedre) av omsorgstjenester for de som bor der.

Flere steder blir lokale omsorgstjenester nedlagt, mens enkelte kommuner fortsatt leverer omsorgstjenester i konkurranse med private aktører. De kommunene som virkelig gjør det bra, er de som klarer å skape gode fag- og arbeidsmiljøer. De blir konkurransedyktige både som arbeidsgiver og tjenesteleverandør.

Gunnar



Gunnar kan ikke kjøpe helsetjenester selv på grunn av sin demens. Kommunen har derfor overtatt forvaltningsansvaret for hans statlige pengestøtte, og de har sørget for at han har helseforsikring.

Først plasserte kommunen ham i et stort leilighetskompleks drevet av et internasjonalt selskap. De var svært konkurransedyktige på pris og tilbød en enkel leilighet med massiv overvåkning. Når noe var galt, gikk alarmen av i pleiesentralen i toppetasjen. Men den lave prisen gjenspeilet seg i mangelen på kvalitet. Det var stadige tekniske problemer. I tillegg var det svært lav bemanning og lite tilrettelagte løsninger for fellesaktiviteter og uformelt samvær. Dette gjorde at Gunnar følte seg isolert, og han ble inaktiv og i dårligere fysisk og mental form.

Dette senteret ble stengt da selskapet trakk seg ut fra det norske markedet, og alle beboerne ble nødt til å flytte. Ettersom Gunnar ikke hadde noen pårørende å støtte seg på, ble han prioritert i køen til et av kommunens demenssentre.

Både i fellesarealer og på det personlige rommet og badet gjennomføres en daglig automatisert desinfisering, og hygien er svært god. I leiligheten er det installert en talebasert dagsplanlegger, som minner Gunnar på når det blir servert mat, når det foregår fellesaktiviteter, når det er passende leggetid med mer. Gunnar har lite kontakt med personalet. Han ordner det meste selv så sant han får disse påminnelsene.

Gunnar har strevd mye den siste tiden. På grunn av sin demens kan han ikke orientere seg i de valgmulighetene som finnes i markedet. I tillegg måtte han flytte, noe som var en stor påkjenning. Heldigvis har kommunen sørget for at han har kommet inn på et godt sted. Man får bare håpe at senteret drives skikkelig, slik at han slipper å flytte igjen.



For noen år siden kjøpte Kjell og kona et større hus sammen med to andre par. Årsaken var at sønnen og hans familie flyttet til en annen del av landet.

De tre parene har gått sammen om å abonnere på en pleie- og omsorgstjeneste. Kjell og Laila kan ringe pleier Anne når de trenger henne. Hun er svært kunnskapsrik og har fast kontakt med de mest moderne private sykehusene.

Når Kjell trenger legehjelp, konsulterer han først fastlegen sin via e-post. Legen kjenner godt til Kjells KOLS-plager og vet å gi ham de riktige rådene. Om nødvendig ber legen det lokale privatsykehuset om å følge opp Kjell hjemme eller på sykehuset.

Den viktigste teknologien Kjell, Laila og kollektivet har, er Internett-forbindelsen. Via TV-skjermen holder de kontakten med venner og familie over hele landet. Kjell og Laila er også aktive på sosiale medier, og de har kontakt med andre KOLS- og hjertepasienter, nettkirken, sønnen og barnebarna. De bruker også skjermen til å leie mange filmklassikere. Kjell irriterer seg iblant over mange av sine gamle venner og kolleger som bare bruker Internett til å skrive e-post og surfe. Han håper de snart vil forstå at Internett kan brukes til langt mer.

Kjell bruker smarttelefonen aktivt. Han er alltid oppdatert på nye apper og sensorer. Når han leser om en sensor eller en app han tror kan være til hjelp mot KOLS-plagene, ber han legen la ham prøve utstyret. Han har funnet og testet flere typer utstyr som er så gode at legen også har anbefalt dem for andre pasienter, som nå bruker dem regelmessig.

Laila tar seg daglige spaserturer ute i frisk luft og er fornøyd så lenge hun kan føle seg trygg på tur. Mannen hennes er bare med henne iblant. Han er i mye dårligere form enn henne. Kjell kjøpte nylig en klokke til henne. Den registrerer skrittene hennes, og varsler ham om Laila faller.

Kjell og Laila er fornøyd med sitt sosiale liv og omsorgen de får. Gjennom fjernbehandling får Kjell god oppfølging i forbindelse med KOLS-plagene. Men Kjell og Laila savner sønnen og barnebarna. Selv om Internett er veldig nyttig, kan det ikke erstatte fysisk nærhet.



Anne-Berit bor alene og har ofte følt seg ensom og engstelig. For et par år siden begynte hun derfor å bruke av sine oppsparte midler til et mer sosialt liv. Hun tar seg nå råd til en personlig assistent to ganger i uken.

Assistenten hun har nå, heter Jelena og er fra Estland. Anne-Berit ble kjent med henne i fjor. Da byttet hun fra et annet byrå som var dyrt, og som stadig surret med både avtaler og fakturaer. Jelena er pålitelig og hjelpsom, snakker godt norsk og Anne-Berit synes de fungerer fint sammen. Jelena hjelper til med en del praktiske oppgaver, men ofte er hun bare med på tur, kafé, utstillinger eller lignende.

Er det noe Anne-Berit burde skaffe, som den nyttige fallsensoren eller den elektroniske dørmatten, bringer Jelena det på bane. Men Jelena har også kommet med en del forslag som ikke alltid er like nyttige, for eksempel det elektroniske pulsplasteret eller den

helautomatiske kroppsvaskemaskinen. Datteren har advart Anne-Berit mot å kjøpe alle Jelenas nye tilbud. Hun mener Jelena får provisjon for ekstra salg, og at hun ikke alltid tenker på morens beste.

Etter fallet i fjor fant Anne-Berit frem til en rehabiliteringstjeneste på nettet. Den hadde fått gode omtaler av anmeldere og tidligere kunder. Like etter at avtalen var inngått, fikk hun tilsendt et treningsapparat som var satt opp til å registrere alle øvelsene hun skulle utføre. På skjermen kunne hun følge prestasjonen sin og se en sluttrapport over dagens innsats. Tjenesten ga også mulighet til å delta på fellestreninger med andre kunder via nettet flere ganger i uken.

I det siste har Anne-Berit begynt med nettdating. Det var Jelena som tipset om et slikt møtested for eldre, og det er faktisk ganske gøy. Nettstedet har bestemte regler man må følge. Hun har faktisk allerede fått en beiler som hun chatter med! Men det er ikke alltid hun forstår betydningen av korte meldinger, og hun vil ikke møte ham i virkeligheten ennå. Hun har heller ikke fortalt datteren om det.

Anne-Berit har ordnet seg greit. Hun har god økonomi, er i stand til å velge tjenester i markedet og har en datter som kan hjelpe henne. Men det er litt slitsomt å måtte finne og bytte tjenestetilbyder selv, samt å passe på at hun ikke blir lurt med på ting hun egentlig ikke trenger.

Spørsmål man bør tenke gjennom

- Hvordan kan kommunen være en attraktiv aktør i konkurransen?
- Hvordan kan et åpent marked påvirke måten aktørene i omsorgssektoren bruker teknologi på? Hva med kommunens bruk av teknologi?
- Vil et marked for eldreomsorg bidra til nyttig og praktisk teknologi for folk flest? På hvilke områder? For hvem? Hvem vil dra fordel av det?
- Er det noen utfordringer eller etiske dilemmaer forbundet med et voksende marked for forbrukerteknologi for eldre? Hvordan kan utfordringene løses?

Scenario 3: Omsorgsdugnad

Mobilisering av eldre, familien og samfunnet

Dette har skjedd siden 2013

Etter flere år med overbelastning av de offentlige omsorgstjenestene startet regjeringen programmet *Sammen for de eldre* i 2020. Det oppfordret til en mobilisering av eldre og frivillige i alle kommuner. Tanken var å få friske eldre, de eldres familie og naboer, veldedige organisasjoner og andre frivillige med på et nasjonalt løft for å avlaste omsorgstjenestene. Programmet innebar nye økonomiske støtteordninger, som finansiering av frivillige prosjekter i kommunen. Programmet bidro også til at lokalsamfunnet, skolen og frivillige organisasjoner engasjerte seg på nye måter.

Samtidig valgte stadig flere kommuner å åpne markedet for tilbydere av omsorgstjenester. Alle aktørene ble underlagt strenge nasjonale krav til kvalitet og verdighet i tjenestene. Også utenlandske aktører kan nå bli godkjent som leverandører av helsetjenester for norske kommuner.

Det har også oppstått noen nye trender. Mange eldre deler på utgifter til bolig, helseomsorg og praktiske tjenester i hverdagen. Informasjonsteknologi brukes til å koordinere tilbud av og etterspørsel etter frivillige ressurser som IT-kompetanse, gartnertjenester eller sjåførtjenester.

Kommunens utvidede rolle

Kommunene har ansvaret for å sørge for at innbyggerne har et forsvarlig helsetilbud, og for å kontrollere kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Kommunene skal levere helsetjenester, administrere konsesjoner til private aktører og sørge for koordinering av frivillige organisasjoner.

Gunnar



Kommunen har hjulpet Gunnar med å få plass på et privat omsorgssenter for personer med demens. Gunnar har eget rom og bad og tilgang til en rekke fellesarealer tilrettelagt for sosiale aktiviteter, blant annet kantine og en flott utendørs hage. Han har mye glede av hagen og har ikke lenger så stort behov for å gå lange turer på egenhånd.

Gunnar har en klokke med springssensor. Når han er mer enn 500 meter unna senteret, utløses en alarm. Alarmen varsler først et nettverk av frivillige og deretter omsorgstjenesten. Den som befinner seg nærmest av de som er på vakt, får alarmen og går straks i gang med å lete. Sist Gunnar tok seg en lengre tur, kunne personen på vakt ringe til Gunnar og veilede ham hjem igjen via telefonen i klokken, selv om Gunnar var litt forvirret og ikke forstod hvor stemmen kom fra. Heldigvis trengte de ikke å sette i gang et fullt letemannskap den gangen.

I hele senteret er det installert smarthusteknologi som ivaretar beboernes sikkerhet. Men det er ikke så mange ansatte som jobber her, og de kan kun ta seg av de viktigste og tyngste oppgavene. Pårørende spiller derfor en sentral rolle i omsorgsarbeidet, og senteret har en egen pårørendegruppe som støtter og veileder hverandre.

Senteret, med fellesrom og spisesal, er åpent for alle og har blitt et populært møtested for pensjonister i området. Aktivitetsnivået er høyt. I bytte mot svært billige måltider bidrar frivillige eldre med matlaging, servering, rengjøring, organisering av kulturelle aktiviteter, turer og kurs og så videre. Slik sett er senteret nesten mer preget av alle de aktive gamle, enn av de demente som faktisk bor der.

Selv om Gunnar møter andre mennesker hver dag under fellesmåltidene, holder han seg mest for seg selv. Han deltar på svært få av de organiserte aktivitetene. Men han setter

stor pris på at skolebarna kommer på daglige besøk sammen med læreren sin for å gjøre lekser der. Ofte har de også tid til å drikke kakao og prate litt.

Gunnar er trygg, men ensom. Kommunen har plassert ham på et sikkert og godt sted der han har frihet til å drive på med sitt. Men på grunn av sin demens, har han begrenset glede av fellesskapet med andre, og han mangler eget initiativ til å være med på det som skjer. Siden han ikke har pårørende som kan hjelpe ham i gang, holder Gunnar seg mest for seg selv.



Kjell og Laila bor sammen med sin sønn og familien hans. Familien hjelper dem med oppgaver i hverdagen, og dette får de omsorgslønn fra kommunen for. Sønnen og datteren er på jobb på dagtid, men hjelper paret om morgenen og kvelden. De er imidlertid litt slitne. Begge har fulltidsjobb og tar seg av og lager mat til både barna og (sviger)foreldrene.

Kjell har dårlig helse og kommer seg sjelden ut for å møte andre. Laila er fortsatt i forholdsvis god form. Hun går daglig på butikken for å handle, mosjonere og treffe naboene.

Kjell bruker sosiale medier aktivt. Han er blant annet tilknyttet kommunens eldrenett, der han hjelper andre med å velge og bruke ny teknologi. Kjells bidrag blir satt pris på, og andre eldre anbefaler ham videre. Han har nok å gjøre. Den tiden Kjell bruker på å hjelpe andre, kan byttes i tjenester som hagearbeid eller skyss for ham og Laila til eldresenteret en gang i uken.

Når Laila skal på butikken, går hun innom tre av naboene på veien. Hun trykker "OK" på en app på smarttelefonen hvis alt står bra til hos dem, og det gjør det som oftest. Hun kom litt i villrede her om dagen da hun fant en nabo liggende på gulvet med hoftebrudd. Men etter å ha klikket på "alarm"-knappen på smarttelefonen, kom hun i kontakt med noen som beroliget henne og forklarte hva hun skulle gjøre. Ambulansen kom etter fem minutter. Hun er glad for å kunne hjelpe naboene, men også for at hun får betalt i form av en time gratis rengjøring.

Kjell må følge et treningsprogram for å holde KOLS-plagene i sjakk. Han kan følge med på sin egen fremgang via en smarttelefon som er koblet til kroppssensorer som måler treningsøkten og pulsen hans. Kjell deler resultatene med fysioterapeuten, som tilpasser treningsprogrammet kontinuerlig. Kjells sønn har også tilgang til resultatene og oppmuntrer faren. Selv om Kjell ikke er helt komfortabel med sønnens innsyn, setter han pris på støtten. Kjell føler seg i bedre form og er mindre plaget av KOLS-symptomene.

Kjell deltar i et nettverk som holder ham aktiv. Selv om han har dårlig helse, kan Kjell bidra med teknologisk kompetanse. Han har en sentral rolle i samfunnet. Kjell har verken tid eller ork til å være mer sosial enn han er i dag. Laila møter naboene daglig på butikken, og hun bidrar ved å stikke innom de som ikke er så friske som henne. En dag vil hun kanskje være i samme situasjon selv.



Anne Berit

Anne-Berit har flyttet til en seniorleilighet i sentrum. Anne-Berit er sosial og treffer naboer og andre pensjonister i nærheten. De arrangerer ulike sosiale aktiviteter og turer. Naboene har gått sammen om å installere smartenheter og kameraer i hele bygningen. De deler også på å kjøpe vasketjenester, omsorgstjenester, fysioterapi og teknologisk hjelp.

Anne-Berit bruker TV-skjermen og holder kontakt med familien via video- og tale. Hun bruker sosiale medier aktivt for å holde seg oppdatert på hva som skjer med venner, i nyhetsbildet og i nettverkene hun er med i.

I flere år har Anne-Berit brukt fallsensorer og kroppssensorer som er integrert i klærne hennes. Dersom sensorene registrer fall eller uvanlig atferd eller fysiske målinger, utløses en alarm. Alarmen varsler automatisk den personen som har vakt, befinner seg nærmest og er mest egnet til å håndtere situasjonen. Naboene har laget en vaktordning for mindre alvorlige hendelser. De er ofte de nærmeste og kan ringe etter ambulanse eller kontakte omsorgstjenesten ved behov. Flere helsemålinger sendes direkte til omsorgstjenesten. Da Anne-Berit gled på badet i fjor, erfarte hun at hjelpen kom raskt. Det var imidlertid litt pinlig at der var Svein, som bor rett over gangen, som fant henne i en slik situasjon.

Etter lårhalsbruddet fikk hun rehabilitering via fysioterapitjenesten som hun og naboene betaler for. Det er frivillige studenter som prøver ut nye treningsprogrammer på dem. Muligheten til å måle effekten av treningsprogrammene gir studentene mulighet til å

forbedre og skreddersy programmene. Anne-Berit liker variasjonen, selv om hun ikke møter fysioterapeutene i virkeligheten særlig ofte.

Anne-Berit er svært fornøyd. Hun har vært heldig som har kommet inn i et sosialt nettverk som fungerer godt. Rehabiliteringen går bra. Målet hennes er å kunne gå opp alle trappene til leiligheten. Det eneste som bekymrer henne, er hvordan og hvor resultatene av de fysiske målingene brukes.

Spørsmål man bør tenke gjennom

- Kan ny teknologi skape gode nettverk? Hvordan, og for hvem?
- Kan nye nettverk og ny teknologi gi eldre et bedre liv? Kan det avlaste de offentlige omsorgstjenestene? Hvordan, eller hvorfor ikke?
- Hvordan lykkes man i å mobilisere de eldre og andre samfunnsgrupper for å dekke de eldres behov? Må man bruke teknologi for å klare det? I så fall hvordan?
- Er det noen utfordringer eller etiske dilemmaer knyttet til mobiliseringen av frivillige i scenarioet Omsorgsdugnad? Hvordan kan utfordringene løses?

Hvordan kan teknologi gjøre eldre bedre rustet i hverdagen?

Du finner mer informasjon om eksisterende teknologi for eldre samt utvikling og tendenser i Europa den forrige PACITA-rapporten¹¹. Nedenfor kan du lese om noen interessante teknologier som kan hjelpe eldre i hverdagen.

Enheter, detektorer og sensorer

Springsenheter som GPS-mottakere festet til beltet, halskjedet, skoen og så videre kan angi posisjonen til personen som bruker dem. En person med demens kan bruke GPS i skoen, og enheten kan varsle helsepersonell dersom vedkommende beveger seg utenfor et bestemt område eller ikke kommer hjem til normal tid. Slik kan personer som for eksempel har demens, gå seg en tur når de har lyst og bli funnet om de går seg bort.

Detektorer og alarmsystemer kan overvåke, varsle og utføre handlinger etter valgte kriterier (smarthusteknologi). Lys, varme, dører og vinduer kan kontrolleres automatisk, og sensorer kan overvåke og varsle om fall, brann, oversvømmelse og lignende. Det kan gi beboerne en økt grad av sikkerhet og selvstendighet.

Roboter er automatiserte maskiner som kan konstrueres og programmeres til å ta valg og tilpasse seg miljøet de har ansvar for. Roboter kan utføre praktiske oppgaver i hjemmet, som rengjøring, hagearbeid og støvsugning og sette inn i og rydde ut av oppvaskmaskinen. Forskere utvikler roboter som kan bistå personer med personlige oppgaver som å spise og vaske seg. Dette kan gjøre hverdagen enklere og gjøre det mulig for flere å bo for seg selv.

Kroppssensorer og spesielt medisinsk utstyr som biosensorer, smartklokker eller armbånd kan måle pasienters helsetilstand og fjernaktivere medisinsk behandling. Ved måling og evaluering av kritiske tilstander i kroppen, som hjerterytme, lungekapasitet eller blodverdier, kan man få vurdert behandlingsopplegg, medisinerings, behov for konsultasjon eller lignende uten å forlate hjemmet. Pasienter med kroniske hjertelidelser kan få målt hjertets aktivitet kontinuerlig med trådløse sensorer festet til kroppen. Dataene kan sendes direkte til helsetjenesten, og alarmer utløses ved kritiske tilstander. Det kan gi pasientene mer selvstendighet, trygghet, mobilitet og frigjort tid.

¹¹ PACITA: Telecare technology in Europe, leveranse fra Pacita-prosjektet, <http://wp6.pacitaproject.eu/wp-content/uploads/2014/02/Telecare-description-web.pdf>, desember 2013.

Kommunikasjon

Internett gjør det mulig å kommunisere på en rekke ulike måter. De fleste sensorer, detektorer og målere er festet til nettbrett eller smarttelefoner som samler inn og overfører informasjonen via Internett.

Enkelte **detektorer og alarmsystemer** kan kreve sikrere kommunikasjonsløsninger og spesialsystemer for kommunikasjon med helsetjenesten og alarmsentraler (som ambulanse og brannvesen).

Tjenester og bruksområder

Det finnes et mangfold av tjenestetilbud på Internett. Via disse tjenestene kan man både ta kontakt og holde kontakten med andre. **E-post, chat og sosiale medier** kan brukes til å kommunisere med venner og familie så vel som helse- og omsorgstjenesten og andre. Videokameraer, mikrofoner og høyttalere gir flere kommunikasjonsmuligheter og muliggjør konsultasjon og diagnostisering på avstand.

Mange oppgaver i hverdagen kan utføres via **Internett-tjenester**, som å lese nyhetene, bestille matvarer, billetter og andre produkter, betale regninger og benytte andre banktjenester, samt til å se film og underholdning. Internett-tjenester kan brukes til å organisere og koordinere deling av ressurser som rengjøring, hagearbeid, teknologisk assistanse og transport på en fleksibel måte til rett tid. Nettbaserte rehabiliteringsopplegg er vanlige og gir brukerne mulighet til å følge et rehabiliteringsopplegg, kommunisere med helsetjenesten og kontakte andre i samme situasjon.

Apper på nettbrett og smarttelefoner kan brukes til kontinuerlig måling ved kroniske helsetilstander. **Dataanalyser** kan tolke og visualisere målinger, varsler og sensordata på en forståelig måte og med informasjon om eventuelle avvik. En mobilapp kan for eksempel visualisere hjertemålingen og fortelle om noe er galt. Familien eller helsetjenesten kan varsles direkte ved uvanlig atferd. **MEMOplanner** kan hjelpe personer som har demens, med å huske avtaler eller huske å ta medisiner.

PACITA

PACITA is a four-year EU financed project under FP7 aimed at increasing the capacity and enhancing the institutional foundation for knowledge-based policy-making on issues involving science, technology and innovation mainly based upon the diversity of practices in Parliamentary Technology Assessment (PTA). The three main methodological clusters in PTA – expert based methods, stakeholder involvement, and citizen consultations – will be respectively exemplified by 3 cross-European sub-projects: Public Health Genomics, Ageing Society and Sustainable consumption. This report is part of the sub-project about Ageing Society.

This document will be used in scenario workshops in nine national and regional workshops in; Denmark, Czech Republic, Hungary, Catalonia (Spain), Norway, Wallonia (Belgium), Switzerland, Austria and Bulgaria. The results from the national workshops will be communicated to national politicians. Further, the findings from the workshops will be gathered and analysed in a synthesis report, to be presented to regional, national and European policy-makers at a policy conference in Brussels in late 2014.

Partners

Teknologirådet, Danish Board of Technology (DBT) Copenhagen, Denmark
Karlsruhe Institute of Technology (KIT) Karlsruhe, Germany
Rathenau Insituut (KNAW-RI) Den Haag, the Netherlands
Teknologirådet, Norwegian Board of Technology (NBT) Oslo, Norway
The Institute of Technology Assessment (OEAW/ITA) Vienna, Austria
Applied Research and Communications Fund (ARC Fund) Sofia, Bulgaria
Instituto de Tecnologia Química e Biológica - Institute of Technology of biology and chemistry (ITQB) Oeiras, Portugal
Institute Society and Technology (IST) Brussels, Belgium
Catalan Foundation for Research and Innovation (FCRi) Barcelona, Spain
Swiss Centre for Technology Assessment (TA-SWISS) Berne, Switzerland
Association Knowledge Economy Forum (KEF) Vilnius, Lithuania
Technology Centre ASCR Prague, Czech Republic
Scientific and Public Involvement in Risk Allocations Laboratory (SPIRAL) Liège, Belgium
University College Cork (UCC) Cork, Ireland
Secretariat of the Hungarian Academy of Sciences (HAS-SEC) Budapest, Hungary

All material can be found at: <http://wp6.pacitaproject.eu/home/>

Photo: Ellen Lande Gossner and iStockphoto

Legal notice:

The information in this document is provided as is and no guarantee or warranty is given that the information is fit for any particular purpose. The user thereof uses the information at its sole risk and liability. Neither the European Commission nor any person acting on behalf of the Commission is responsible for the use that might be made of the following information.

© PACITA 2014. Reproduction is authorised provided the source is acknowledged.