



Institutt for vernepleie

Velferdsteknologi i hjemmesykepleien

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien med implementering av medisindispensere som alternativ til ordinær medisinutdeling?

Eli Konstane Strømsberg

Masteroppgave i Velferdsending SSO-3911 November 2022



Sammendrag

Helse- og omsorgstjenestene vil i årene som kommer møte en fremskrevet utfordring med å rekruttere nok helsepersonell, i tillegg til demografiske endringer som innebærer en høyere andel eldre i befolkningen, ofte med sammensatte og komplekse hjelpebehov. Som følge av dette har kommunene, gjennom nasjonale føringer, blitt bedt om være innovative, og se etter nye måter å levere helse- og omsorgstjenester. Et av alternativene som har blitt lansert, er bruk av velferdsteknologi. Denne studien tar utgangspunkt i den kommunale satsingen på velferdsteknologi og de forventede utfordringene kommunene vil få med å rekruttere kvalifisert helsepersonell. Gjennom å se på hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av medisindispensere som et alternativ til ordinær medisinutdeling, er målet å synliggjøre om det er sider ved implementeringsprosessen som vil være viktig å ta hensyn. Kommuner som planlegger innføring av velferdsteknologi kan dra nytte og lærdom av denne studien, både for å sikre en god innføring, men også for å se om ressursene blir benyttet på en effektiv måte.

Tidligere forskning viser til ulike drivere og barrierer som må hensyntas ved innføring av velferdsteknologi. Dette omhandler blant annet viktigheten med forankring og bred involvering, i tillegg til informasjon, opplæring og kunnskapsutvikling. Det er også viktig med en organisasjonsstruktur som er tilpasset endringene, i tillegg til at teknologien er tilpasset behovene til tjenestemottakerne.

Dette er en kvalitativ studie hvor jeg intervjuet sju sykepleiere fordelt på tre kommuner. Jeg har benyttet tematisk analyse i tolkning og bearbeiding av innsamlet datamateriale. Teori om kunnskapsarbeid, innovasjon og læring i organisasjoner er anvendt i drøftingen av funnene i studien. Denne studien viser at sykepleierne i stor grad gir uttrykk for å være fornøyd med innføring av medisindispenser som et hjelpemiddel i medisinadministreringen. Det var viktig at tjenestene hadde en organisering som var tilpasset bruk av teknologi. I tillegg at det var gjort et godt forankringsarbeid i tjenesten, og at behov for informasjon og opplæring ble ivaretatt. Sykepleierne var opptatt av tjenestemottakerens mestring og selvstendighet, og erfarte at tilpasset teknologi var avgjørende også med tanke på bedre ressursutnyttelse. Skepsis og motstand, både blant tjenestemottakere og tjenesteytere, for å ta i bruk medisindispenser er i endring, fordi velferdsteknologi i større grad har blitt en del av hverdagen i kommunale helsetjenester.

Summary

In the years to come, the healthcare services will face a projected challenge of recruiting enough health personnel, in addition to demographic changes which involve a higher proportion of elderly people in the population, often with a compound and complex assistance needs. As a result of this, the municipalities have been asked, through national guidelines to be innovative, and to look for new ways of delivering healthcare services. One of the options that has been launched, is the use of welfare technology. This study is based on the municipal investment in welfare technology and the expected challenges the municipalities will face in recruiting qualified health personnel. By looking at what experience's nurses have with using medicine dispensers as an alternative to ordinary medicine distribution, the aim is to highlight whether there are aspects of the implementation process that will be important to consider. Municipalities planning to introduce welfare technology can benefit and learn from this study, both to ensure a good process, but also to see if the resources are used in an efficient way.

Previous research points out various drivers and barriers that must be considered when introducing welfare technology. This covers, among other things, the importance of anchoring and broad involvement, in addition to information, training and knowledge development. It is also important to have an organizational structure that is adapted to the changes, in addition to the technology being adapted to the needs of the service recipients.

This is a qualitative study where I interviewed seven nurses spread over three municipalities. I have used thematic analysis in the interpretation and processing of collected data. Theory about knowledge work, innovation and learning in organizations is used in the discussion of the findings in the study. This study shows that the nurses express to a large extent that they are satisfied with the introduction of medicine dispensers as an aid in medicine administration. It was important that the services had an organization that was adapted to the use of technology. In addition, that good grounding work had been done in the service, and that the need for information and training was taken care of. The nurses were concerned with the service recipient's mastery and independence and learned that adapted technology was also crucial in terms of better utilization of resources. Skepticism and resistance, both among service recipients and service providers, to using medicine dispensers is changing, because welfare technology has increasingly become part of everyday life in municipal health services.

Forord

Oppgaven markerer slutten på masterstudiet i velferdsendring. En utdanning som har vært engasjerende og utfordrende, som har gitt meg ny innsikt og økt kunnskap, men nå kan jeg endelig sette punktum. Å være student i en pandemi har vært annerledes og tidvis krevende. Det ble ikke alle de gode lunsjene sammen med medstudenter som jeg hadde sett frem til, men takket være en eksklusiv gjeng har det vært rom for diskusjon og refleksjon, både når vi har møttes digitalt og fysisk. Takk for studietiden sammen! Framsnakking av masterstudiet i velferdsendring er også på sin plass. En utdanning som har vært konstruert slik at det har gitt meg en opplevelse av «god glid» hele veien. I tillegg har dyktige og kunnskapsrike forelesere motivert og utfordret helt fra første skoledag. En spesiell takk til min veileder på masteroppgaven, Hege Gjertsen. Du har vært tydelig og konstruktiv, lydhør og nysgjerrig. Du har i høyeste grad bidratt til at arbeidet med masteroppgaven har gått så fort fremover at jeg kan levere inn før tiden.

Oppgaven hadde ikke blitt til uten mine fantastiske informanter. En kunnskapsrik, engasjert og snakkesalig gjeng. Jeg har sikkert nok materiale til enda en masteroppgave. Takk for at dere tok dere tid i en hektisk hverdag for å dele erfaringer og kunnskap om temaet. Jeg håper jeg yter dere rettferdighet.

Mine kloke medforskere, dere fikk meg på rett kurs i begynnelsen og dere bekreftet underveis. Dere har bidratt med det lille ekstra - takk.

Arbeidsgiver som gav meg en mulighet til å være student igjen skal også ha sin takk. Uten deres velvilje hadde det vært vanskelig å jobbe og studere samtidig. Det er et privilegium å ha en arbeidsgiver som ser at påfyll er viktig, og som tilrettelegger for at det skal la seg gjøre.

Til mine fine der hjemme. Dere har vært tålmodige. Endelig kan kveldene igjen tilbringes sammen med dere - nå skal jeg ha den beste plassen i sofaen tilbake.

Lilleskånland 14.11.2022

Elī Konstane Strømsberg

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Begrepsavklaring	4
1.4	Velferdsteknologi	6
1.4.1	Velferdsteknologi inn i kommunehelsetjenesten	9
1.5	Oppgavens videre struktur.....	11
2	Tidligere forskning på innføring av velferdsteknologi	12
2.1	Litteratursøk.....	12
2.2	Drivere og barrierer	13
2.3	Brukerperspektivet.....	16
2.4	Velferdsteknologi i et etisk perspektiv	18
3	Teoretisk forankring	20
3.1	Kunnskapsarbeid	20
3.2	Innovasjon	25
3.3	Læring i organisasjoner	32
4	Metode.....	38
4.1	Egen forforståelse	38
4.2	Vitenskapsteoretisk forankring.....	40
4.3	Forskningsmetode.....	43
4.4	Medforskning.....	44
4.5	Utvalg og rekruttering	48
4.6	Gjennomføring av undersøkelsen.....	51
4.6.1	Transkribering, koding og kategorisering	51
4.7	Forskningens kvalitet.....	55

4.8	Forskningsetiske utfordringer.....	57
5	Analyse og diskusjon	60
5.1	Eierskap til innføring av medisindispenser	60
5.1.1	Hvem tok initiativ til innføring av medisindispenser?.....	60
5.1.2	Hvem ivaretar opplæring og kunnskapsutvikling?.....	64
5.1.3	What`s in it for me?.....	68
5.1.4	Oppsummering	71
5.2	Endring i tjenesten når teknologi blir innført	72
5.2.1	Hvordan skal man samarbeide for å oppnå endring?	72
5.2.2	Hvordan kan teknologi gjøre arbeidsdagen lettere?.....	76
5.2.3	Hvordan blir arbeidsdagen påvirket når teknologi blir innført?.....	79
5.2.4	Oppsummering	83
5.3	Når innovasjonen møter hverdagen	84
5.3.1	Hvordan kan velferdsteknologi gjøre tjenesten bedre?	84
5.3.2	Hvordan fungerer teknologien i daglig drift?.....	88
5.3.3	Hvordan får tjenestemottakerne medvirke?	91
5.3.4	Oppsummering	95
6	Avslutning	96
6.1	Forskningsspørsmål	96
6.2	Konklusjon.....	98
6.3	Veien videre.....	99
	Referanseliste	101
	Vedlegg 1 – Oversikt over artikler i tidligere forskning	111
	Vedlegg 2 - Informasjonsskriv	114
	Vedlegg 3 - Intervjuguide	119
	Vedlegg 4 – Svar på søknad til NSD.....	125

Figurliste

Figur 1- Eksempler på medisindispensere	5
Figur 2- Fire hovedkategorier velferdsteknologiske løsninger	7
Figur 3- Andel kommuner i de ulike fasene i implementeringsløpet (per 10.06.2020).....	11
Figur 4 – Innovasjonstyper fra KS' og Difis innovasjonsbarometre	28
Figur 5 - Veikart for tjenesteinnovasjon	29
Figur 6 - Læringssirkel - sammenheng mellom læring på individ- og organisasjonsnivå.....	33
Figur 7 - Hermeneutiske spiral.....	42
Figur 8 – Brukermedvirkningspil.....	45
Figur 9 - Presentasjon av informantene.....	50
Figur 10- Eksempel på koding og kategorier	53
Figur 11- Kategorier og underkategorier	54

Technology is nothing. What's important is that you have a faith in people, that they're basically good and smart, and if you give them tools, they'll do wonderful things with them.

Steve Jobs

1 Innledning

I innledningen presenterer jeg prosjektet mitt og begrunner hvorfor implementering av medisindispensere er et aktuelt tema for en masteroppgave. Jeg presenterer så problemstillingen og forskningsspørsmålene for prosjektet, og gjør noen begrepsavklaringer som er viktig for å tydeliggjøre innholdet i oppgaven. Videre beskriver jeg velferdsteknologi nærmere. Helt til sist redegjør jeg for oppgavens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Koronapandemien gjorde at helse- og omsorgstjenestene ble utfordret på hvordan de skulle drive tjenesteyting da Norge stengte ned tidlig i 2020. En av utfordringene dreide seg om hvordan kommunene skulle få levert de lovpålagte helsetjenestene og samtidig ivareta smittevern, både til tjenestemottakere og ansatte. Allerede i mars 2020 kom det anbefaling fra Helsedirektoratet om at kommunene burde ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenestene for å møte denne utfordringen (Helsedirektoratet, 2020b). Ved bruk av velferdsteknologi skulle man få gitt lovpålagte tjenester, samtidig som man ivaretok smittevern, og benyttet ressursene på rett plass (Helsedirektoratet, 2020a). Denne utfordringen var også noe jeg måtte forholde meg til i min jobb. Da landet stengte ned jobbet jeg som mellomleder i en kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg deltok jeg både i en kommunal, og en interkommunal prosjektgruppe for velferdsteknologi (se også pkt. 4.1). På jobb måtte vi vurdere hvilke løsninger vi kunne benytte for at tjenestemottakere og ansatte skulle bli ivaretatt under pandemien. I prosjektgruppene ble vi utfordret til å se etter nye muligheter ved de velferdsteknologiske løsningene vi hadde tilgjengelig.

Velferdsteknologi hadde tidligere vært presentert som en del av løsningen for å imøtekomme utfordringer knyttet til en kombinasjon av demografiske endringer som innebærer at andelen eldre i samfunnet blir stadig større, og en fremskrevet utfordring med å rekruttere nok helsepersonell til kommunene. Helse- og omsorgstjenestene, som gjennomgående er svært arbeidsintensive, vil møte en aldrende befolkning med et sammensatt og komplekst hjelpebehov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; NOU 2011:11). Til tross for at den varslede «eldrebølgen» har vært kjent i lang tid, blir det utdannet for lite helsepersonell i forhold til antall eldre. I årene som kommer vil denne problematikken forverre seg, der en høyere andel eldre i befolkningen og høyere levealder øker behovet for helsepersonell (Hjemås et al., 2019;

Skjøstad et al., 2017). Innføring av ny teknologi på ulike nivåer av helse- og omsorgstjenestene var også et viktig poeng for at samhandlingsreformen skulle kunne realiseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Der ble det trukket frem at kommunene var avhengig av større kapasitet i støttefunksjoner innenfor helse- og omsorgstjenestene for å kunne ivareta mange mennesker med pleie- og omsorgsbehov som følge av de endringene samhandlingsreformen medførte (Bjørkquist, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Samlet sett har det ført til at kommunene må se etter nye måter å levere helse- og omsorgstjenester på, og vi må finne nye og innovative løsninger for å kunne tilby faglig gode tjenester til tjenestemottakerne i helse- og omsorgssektoren (NOU 2011:11). I møte med fremtidens demografiske utfordringer har derfor velferdsteknologi blitt pekt på som et viktig verktøy (Helsedirektoratet, 2012:11).

1.2 Problemstilling

Velferdsteknologi er altså lansert som en del av løsningen for noen av de utfordringene kommunene forventes å ville oppleve knyttet til helse- og omsorgssektoren de kommende år. Dette som følge av forventede demografiske endringer, nye brukergrupper samt knapphet på helse- og omsorgspersonell.

Kommunenes arbeid med innføring av velferdsteknologi ble synliggjort allerede i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg»: «I 2020 skal velferdsteknologi være et integrert virkemiddel for innovasjon og kvalitetsutvikling i den kommunale omsorgssektoren» (NOU 2011:11, :118). Denne målsettingen har blitt tydeliggjort, og forsterket, ved etablering av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Dette er et program som ble opprettet i 2013 som et samarbeid mellom Kommunenes Sentralforbund (heretter KS), Direktoratet for e- helse og Helsedirektoratet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2019b). Arbeidet med Nasjonalt velferdsteknologiprogram har gitt tre gevinstrealiseringsrapporter som beskriver status for implementering og gevinstrealisering for deltakende kommuner i programmet (Helsedirektoratet, 2015, 2017, 2021a). I første gevinstrealiseringsrapport kom Helsedirektoratet (2015) med anbefalinger om ulike teknologityper som skulle integreres i kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenestetilbud. En av disse var elektronisk medisineringsstøtte (heretter kalt medisindispenser, se fig. 1) (Helsedirektoratet, 2015). Bruk av medisindispenser skulle bidra til at tjenestemottakerne ble mer uavhengig av besøk fra hjemmesykepleien for å ta sine medisiner, oppleve økt egenmestring og bedre livskvalitet. De

første erfaringene med bruk av medisindispenser viste færre medisineringsavvik. Kommunene kunne oppnå økonomiske gevinster knyttet til frigjort tid, dersom de lyktes med å redusere antall hjemmebesøk eller fjerne disse helt (Helsedirektoratet, 2015). De påfølgende rapportene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2017 og 2021), viser også gevinster for tjenestemottakerne med bruk av medisindispenser. Det rapporteres om økt mestring, økt aktivitet og innhold i hverdagen, økt verdighet og riktigere medisinerings til riktig tid. Videre viser rapportene også at innføring av medisindispenser har hatt en positiv effekt for helse- og omsorgstjenesten ved spart tid. Dette knyttes til færre besøk og mindre kjøring i hjemmesykepleien og dermed unngåtte kostnader (Helsedirektoratet, 2015, 2017, 2021a).

Etter at samhandlingsreformen ble innført i januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) kom det endring i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. En av målsettingene med samhandlingsreformen var at en større del av pasientforløpene skulle utføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette medførte redusert liggetid på sykehus og pasientene som ble skrevet ut hadde et mer omfattende behov, dette i form av aktivt tilsyn og medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging. Kommunene fikk et større ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester, med flere kommunale oppgaver og en mer krevende og sammensatt pasientgruppe som setter krav til medisinskfaglig kompetanse (Gautun, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009; Riksrevisjonen, 2016). Som følge av dette er etterspørselen etter sykepleiere, og spesialsykepleiere, i den kommunale helse- og omsorgstjenesten stor og økende (Gautun, 2021; Hjemås et al., 2017). I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det sykehjem og hjemmesykepleie som står for det meste av langtidsomsorgen, og oppfølgingen av tjenestemottakere som skrives ut fra sykehus. Der samhandlingsreformen medførte at det ble økt satsning på hjemmebaserte tjenester, i stedet for institusjonsbaserte tjenester (Hauvik & Vatne, 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009; NOU 2011:11).

Bakgrunnen for dette masterprosjektet er den nasjonale satsingen på velferdsteknologi, de forventningene som ligger til kommunene om innføring av ulike teknologiske løsninger, og hvordan dette kan bidra til å frigjøre tid for ansatte i de kommunale tjenestene til oppgaver teknologien ikke kan løse. Jeg ønsker spesielt å se på innføring av medisindispensere, som både elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondelløsninger (se fig. 1), i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2015). Denne type teknologi kan defineres både som

kompensasjons- og velværeteknologi og en trygghets- og sikkerhetsteknologi (se fig. 2) (NOU 2011:11).

Ut fra dette har jeg valgt min problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien med implementering av medisindispensere som alternativ til ordinær medisindispenst?

For å svare på denne problemstillingen tar jeg utgangspunkt i tre forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan har sykepleierne erfart samarbeidet med støttefunksjoner i forbindelse med innføring av medisindispensere?
- 2) Hvilken opplevelse har sykepleierne av fordeling av tiden de bruker til medisindispenst og andre pasientnære oppgaver etter innføring av medisindispensere?
- 3) På hvilken måte opplever sykepleierne at de klarer å ivareta den medisinske oppfølgingen av tjenestemottakerne etter innføring av medisindispensere?

Forskningsspørsmålene vil bli besvart ved bruk av kvalitativ metode, nærmere bestemt intervju med sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien. Videre er mitt hovedfokus det primære bruksområdet til medisindispensere. Så selv om vi gjennom koronapandemien fikk erfare at velferdsteknologi også kan ivareta andre hensyn, som for eksempel smittevern, kommer jeg ikke til å drøfte dette videre i oppgaven.

1.3 Begrepsavklaring

I det følgende presenteres begrepene medisindispenser, multidose, hjemmesykepleie, superbrukere, brukere/pasienter/tjenestemottakere, og gevinst/gevinstrealisering. I pkt.1.4. beskrives velferdsteknologi nærmere. Dette er begreper jeg anser som sentrale for å tydeliggjøre meningsinnholdet videre i oppgaven. Jeg plasserer begrepene inn i konteksten til mitt prosjekt.

Medisindispenser

Medisindispenser tildeles tjenestemottakere med behov for hjelp til å håndtere administrering av legemidler (se fig. 1) (Helsedirektoratet, 2015; Holbø et al., 2019). Medisindispensere skal gi tryggere medisinhåndtering. Ved at medisindispenst blir gitt til mer faste tidspunkt daglig, minsker sjansen for at tjenestemottaker tar for mye/flere doser og for feilmedisindispenst (Helsedirektoratet, 2017). Ved hjelp av varsling til forhåndsinnstilte tidspunkt kan den være et

hjelpemiddel som bidrar med påminnelse om å ta medisin ved kognitiv svekkelse (Helsedirektoratet, 2015).



Medido



Evondos



Pilly

Figur 1- Eksempler på medisindispensere

Multidose

Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til personer som trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine. En multidose er en forseglet pose med legemidler som skal tas samtidig på et bestemt tidspunkt. Hver pose er merket med hvilke legemidler den inneholder, tjenestemottakerens navn, dato og tidspunkt for inntak. Multidoseposene utleveres fra apotek og kommer som en remse eller rull med poser. Enkelte legemidler kan av ulike grunner ikke pakkes i multidose og må administreres utenom ved å legges i ordinær dosett, eller deles ut på andre måter som injeksjoner, plaster og lignende (Helsedirektoratet, 2019a).

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er den delen av den kommunale hjemmetjenesten som gir helsetjenester til personer som bor utenfor helseinstitusjon, og skal være et alternativ til behandling i helseinstitusjon når dette er medisinsk forsvarlig. Tilbudet gjelder alle aldersgrupper. Kjernepersonell er sykepleiere og helsefagarbeidere (Braut, 2020). Tjenesten er regulert gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Superbrukere

Superbrukere er medarbeidere i hjemmesykepleien som har fått opplæring i, og et særskilt ansvar for en velferdsteknologisk løsning som skal innføres på arbeidsplassen. Dette er gjerne dedikerte personer, som har kunnskap og/eller interesse for feltet, og som kan formidle

informasjon innad i organisasjonen (Stjørdal kommune, 2020). Superbrukere kan gi teknisk støtte og opplæring til sine kollegaer i avdelingen. Til denne rollen er det også knyttet ansvar for opplæring av nye medarbeidere i den aktuelle løsningen (Boffa & Pawola, 2006). Superbrukerne har ansvar for å være drivkraft i både formell og uformell opplæring på de ulike enhetene de representerer; såkalt «sidemannsopplæring». Dette foregår parallelt med daglige arbeidet og som en del av ordinær drift (Stjørdal kommune, 2020).

Brukere/pasienter/tjenestemottakere

I denne oppgaven bruker informantene begrepet bruker og pasient litt om hverandre. I lovverket forstås begrepene litt ulikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018):

- Pasient: person som mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten.
- Bruker: person som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er definert som helsehjelp.

Videre i denne oppgaven vil jeg synliggjøre de som mottar en kommunal tjeneste som tjenestemottaker, dette kan være både det som ovenfor beskrives som pasient og bruker. Direktesitat fra informantene omfatter begge begrep og vil ikke bli endret på.

Gevinst og gevinstrealisering

Gevinst og gevinstrealisering er begreper som brukes i innføring av velferdsteknologi (KS, 2015b). «Gevinster er nyttevirksomheter, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter» (KommIT, 2013:4). Dette vil altså være nytteverdien av den innovasjonen man gjør, og det vurderes ut fra følgende inndeling; økt kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader (Helsedirektoratet, 2015).

1.4 Velferdsteknologi

Benevnelsen velferdsteknologi er satt sammen av begrepene velferd og teknologi (Knutshaug & Nakrem, 2021:17). Teknologi er noe vi alle bruker i hverdagen, men når vi legger til ordet velferd fremstår det som noe nytt og ukjent. I denne sammenhengen knyttes begrepet velferdsteknologi til utviklingen av velferdsstatsmodellen for helse- og omsorgstjenester, og det er i hvilken kontekst teknologien benyttes som avgjør om den skal forstås som

velferdsteknologi eller ikke (Knutshaug & Nakrem, 2021; Thygesen, 2019). For å avgrense hva som regnes som velferdsteknologi er det særlig tre kjennetegn som er sentrale (NOU 2011:11; Thygesen, 2019). Teknologien kan være utviklet til andre formål, men dersom den inngår i en *helse-, omsorgs- og velferdstjenestekontekst*, omtales den som velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2012). Velferdsteknologi bidrar til at man kan *yte helse-, omsorgs- og velferdstjenester på avstand*, og til sist er *tjenestemottakere den primære målgruppen* for velferdsteknologi (Knutshaug & Nakrem, 2021; Thygesen, 2019). Velferdsteknologi skal gi en effekt både for brukerne, pårørende og de ansatte (NOU 2011:11). Gevinstene skal ikke bare omhandle spart tid og reduserte kostnader, men også bidra til å øke kvaliteten på tjenestene og styrke tjenestemottakerne (Bergsagel, 2021).

NOU 2011:11 gir en oversikt over ulike typer velferdsteknologiske teknologier. Det skilles ofte mellom hvor teknologien benyttes, hva teknologien gjør og hvem de involverte partene er (se fig. 2) (Knutshaug & Nakrem, 2021:16).

Trygghets- og sikkerhetsteknologi	Kompensasjons- og velværeteknologi	Teknologi for sosial kontakt	Teknologi for behandling og pleie
Teknologi som skal skape trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse. IKT baserte løsninger som utløser seg selv eller krever inngripen fra bruker	Teknologi som kan bidra til å at bruker kan mestre sykdom/funksjonsnedsettelse Omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet mer komfortabelt.	Teknologier som bistår mennesker med å komme i kontakt med andre. Forebygging og avhjelping ensomhet.	Teknologi som kan bidra til at mennesker gis mulighet til å bedre mestre egen helse. Sensorer som overvåker kroppens funksjoner, med eller uten interaksjon med helsepersonell
Komfyrvakt. Fallalarm Trygghetsalarm Ulike sensorer Medisineringsstøtte	Forflytningshjelpemidler Klimakontroll GPS sporing Tidsanvisere/dagsplan Medisineringsstøtte	Telefon/videokommunikasjon Sosiale medier. Robotteknologi.	Automatisk måling av blodsukker/blodtrykk. Hjemmedialyse

Figur 2- Fire hovedkategorier velferdsteknologiske løsninger (NOU 2011:11, s. 101-105)

Velferdsteknologiens fremvekst kan på mange måter tilskrives de statistiske framskrivninger som er gjort med tanke på en stadig aldrende befolkning, både i Norge og resten av Europa, samt behovet for å tenke nytt om hvordan helse- og omsorgstjenester best kan ytes (Thygesen, 2019). Målet med bruk av velferdsteknologi er å kunne organisere arbeidet på en mer effektiv måte ut fra økonomiske og faglige hensyn, men også avlaste tjenestene ved at eldre skal kunne

bo lengre hjemme med bruk av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, 2013; Helsedirektoratet, 2012). Velferdsteknologi skal bidra til å gi tjenestemottakerne økt livskvalitet, mestring og selvstendighet, mulighet for å bo hjemme lengst mulig, og at de i større grad blir en ressurs i eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Bruk av velferdsteknologi frigjør tid fra oppgaver som teknologi kan løse, og ressursene kan settes inn der det er behov for å etablere relasjoner og møter. Totalt skal dette gi mulighet for økt omsorgskapasitet ved at de ansatte får større kapasitet til å følge opp de brukerne som har utfordringer teknologien ikke kan løse (Bergsagel, 2021; Helsedirektoratet, 2017, 2021a). Økt bruk av velferdsteknologi er en av flere tiltak som kan bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste i framtiden (Helse - og omsorgsdepartementet, 2018a).

Begrepet «velferdsteknologi» er hentet fra Danmark, og ble introdusert av Socialministeriet i 2007. Begrepet fikk raskt fotfeste som nøkkelbegrep både i offentlige og private institusjoner (Thygesen, 2019). I Danmark blir begrepet velferdsteknologi benyttet for å definere teknologier som gir støtte og assistanse til brukere og deres pårørende, med fokus på ressursutnyttelse og kvalitetsforbedring. Det er i tillegg en forventning om at teknologien skal kunne erstatte eksisterende velferdsytelser, og ikke bare være et supplement (Helsedirektoratet, 2012; Knutshaug & Nakrem, 2021). Ordsammensetningen, velferd og teknologi, gir god mening innenfor den nordiske velferdsstatsmodellen, og anvendes særlig i Danmark og Norge. I Sverige er det tilsvarende begrepet «välfärdsteknik» (Helsedirektoratet, 2012; Knutshaug & Nakrem, 2021; Olsen & Søndergård, 2019). Sverige definerer velferdsteknologi som trygghetsskapende teknologi, og arbeidet med velferdsteknologi sees på som et verktøy sammen med endrede arbeidsmetoder, for å sikre og forbedre fremtidens velferd (Knarvik et al., 2017). På dansk og norsk kan man se at begrepsbruken er overensstemmende, mens det svenske begrepet «välfärdsteknologi» viser til kunnskapen om hvordan denne «tekniken» anvendes (Olsen & Søndergård, 2019).

Den direkte engelske oversettelsen til «welfare technology» er i mindre grad brukt, der begreper som «telecare», «eHealth» og «assistive technology» dekker tilsvarende fenomener (Olsen & Søndergård, 2019). I Europa benyttes også begrepet Ambient Assisted Living (AAL), som vektlegger innovative løsninger og tjenester som gjør det mulig for eldre å bo selvstendig hjemme lenger, forbedre livskvalitet, og redusere behovet for langsiktig omsorg utenfor

hjemmet. Dette er en motsetning til velferdsteknologibegrepet som ikke har noen avgrensning mot alder eller type/grad av funksjonstap (Calvaresi et al., 2017; Helsedirektoratet, 2012).

Mitt fokus er på kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge, slik at likheter eller ulikheter i tilnærmingen til velferdsteknologi i de ulike nordiske eller europeiske land ikke vil bli diskutert videre i oppgaven.

1.4.1 Velferdsteknologi inn i kommunehelsetjenesten

Allerede i St.meld.nr. 7 (2008-2009) «Et nyskapende og bærekraftig Norge» bestemte regjeringen at det skulle settes ned et utvalg, som fikk navnet Hagen-utvalget. Utvalget skulle se på nye og innovative løsninger som kunne brukes for å møte fremtidens utfordringer i omsorgssektoren (Nærings- og handelsdepartementet, 2008). Resultatene fra arbeidet til dette utvalget kom i rapporten «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Her blir omsorgssektoren bedt om å tenke nytt for å møte utfordringene med stadig flere eldre, mens andelen helsepersonell ikke øker (NOU 2011:11). Videre ble begrepet «velferdsteknologi» introdusert, og følgende definisjon av velferdsteknologi gis i denne rapporten:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte for pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfelle forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. (NOU 2011:11, :99)

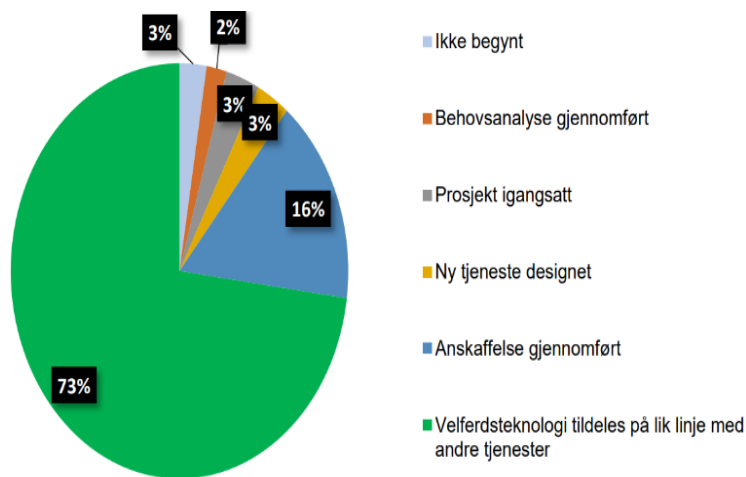
«Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11) gir ikke en entydig definisjon av begrepet velferdsteknologi. Det blir et samlebegrep som dekker mange ulike teknologier. I tråd med denne definisjonen er det derfor ingen grenser for hva som kan inngå i velferdsteknologiske løsninger. Det vektlegges at velferdsteknologiske bidrag, både i form av teknologisk assistanse eller støtte for personer med nedsatt funksjonsevne og/eller deres pårørende, skal forsterke brukerens egen evne til å klare seg selv, eller deres pårørende (NOU 2011:11; Thygesen, 2019). I politiske diskusjoner, offentlige dokumenter og blant tjenesteleverandører benyttes begrepet velferdsteknologi om brukerorientert teknologi som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes opplevelse av trygghet, sikkerhet, selvhjelpsferdigheter, deltakelse og livskvalitet

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Helsedirektoratet, 2012; NOU 2011:11). Gjennom bruk av velferdsteknologiske løsninger er tanken å forebygge behov for tjenester (Isaksen, 2017; Thygesen, 2019). For å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenesten ble det i regjeringens plan for omsorgsfeltet «Omsorg 2020» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), fremlagt konkrete tiltak. Herunder ble etablering av et Nasjonalt program og innføring av velferdsteknologi tydeliggjort (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Her understrekes at:

For å gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge i eget hjem, er det etablert et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015:44)

Formålet med Nasjonalt velferdsteknologiprogram var å bidra til utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Helsedirektoratet, 2019b). Arbeidsprosessene ute i tjenestene skulle endres på en slik måte at personalressursene i kommunene i større grad kunne anvendes i forebyggende arbeid og brukerrettet tjenesteyting. I tillegg skulle det etableres rutiner og metoder for å kartlegge behov for velferdsteknologi ved tildeling av helse- og omsorgstjenester, samt at nødvendig velferdsteknologi skulle være tilgjengelig (Direktorat for e-helse, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015). Nasjonalt velferdsteknologiprogram skulle opprinnelig vare ut 2020, men ble forlenget ut 2024: «[...] slik at vi får et kompetanseløft for velferdsteknologi i norske kommuner» (Arbeiderpartiet & Senterpartiet, 2021:59).

Tredje gevinstrealiseringsrapport viser at 226 av 301 deltakende kommuner i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, tilbyr minst én av de anbefalte velferdsteknologiene på lik linje med andre tjenester. I tillegg har mange av kommunene nådd målsettingen om økt omsorgskapasitet, og viser til unngått ressursbruk og økonomiske gevinster. Tjenestemottakerne oppgir en opplevelse av økt livskvalitet etter at de har tatt i bruk velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2021a).



Figur 3- Andel kommuner i de ulike fasene i implementeringsløpet (per 10.06.2020) (Helsedirektoratet, 2021a:4)

Selv om flertallet av kommunene som deltar i programmet tilbyr velferdsteknologi, er det store variasjoner i hvor utbredt tilbudet er (se fig. 3). Dette avhenger blant annet av kommunestørrelse, avstander og samarbeidsløsninger. Kommuner som inngår i større regionale prosjekter har kommet lengst med innføring av velferdsteknologi, og rapporterer om flere gevinster enn små

kommuner som deltar i mindre samarbeidsprosjekt. I tillegg til dette ser man også en forskjell mellom sør og nord i landet, hvor kommuner sør i landet har kommet lengre i implementeringsløpet (Bergsagel, 2021; Helsedirektoratet, 2021a).

1.5 Oppgavens videre struktur

Foruten innledningskapittelet, der jeg har presentert tema, oppgavens problemstilling, forskningsspørsmål samt gjort noen begrepsavklaringer, er oppgaven delt inn i ytterligere fem kapitler. Kapittel 2 er en oversikt over tidligere forskning med utgangspunkt i de ti siste årene. Oppgavens teoretiske forankring blir presentert i kapittel 3, der teori om kunnskapsarbeid kommer først, videre teori om innovasjon, herunder innovasjon i offentlig sektor og sosial innovasjon. Til sist presenteres teori om læring i organisasjoner, både på organisasjons- og individnivå.

Kapittel 4 er en presentasjon av studiens vitenskapelige utgangspunkt, i tillegg til at den metodiske tilnærmingen blir redegjort for, og de forskningsetiske vurderinger som er gjort blir presentert. I kapittel 5 blir resultatene for studien presentert og drøftet opp mot tidligere forskning og teoretiske perspektiver. I oppgavens siste del, kapittel 6, som er avslutning og oppsummering, svarer jeg ut forskningsspørsmålene som jeg har hatt i studien og løfter blikket videre for å se hvordan de resultatene som har kommet frem i denne studien kan ha betydning for andre kommuner som er i gang med innovasjonsprosjekter.

2 Tidligere forskning på innføring av velferdsteknologi

I dette kapittelet redegjør jeg for tidligere forskning på feltet knyttet til min problemstilling. Velferdsteknologi er hele tiden i utvikling, og et felt det forskes på. Den teknologiske utviklingen vil gi nye løsninger og løsninger som settes sammen på nye måter, både som hjelpemidler for enkeltindividet og for helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012:15). På bakgrunn av dette kan man tenke at velferdsteknologi er «ferskvare». Derfor har jeg begrenset gjennomgang av tidligere forskning til primært de siste 10 årene.

Uavhengig av type velferdsteknologi er det noen fellesnevnerer som er gjentakende i forskningslitteraturen. Jeg har valgt å dele inn presentasjon av tidligere forskning på følgende måte: 1) Drivere og barrierer for implementering av velferdsteknologi, 2) Brukerperspektivet – herunder både tjenestemottakerne som brukere av velferdsteknologi, men også ansatte og pårørende, og 3) Bruk av velferdsteknologi i et etisk perspektiv.

2.1 Litteratursøk

Søkeordene jeg har benyttet, både alene og sammensatt med hverandre er: sykepleier, nurse, hjemmesykepleie, homenursing, sykepleieres erfaringer, nurse experiences, (elektronisk) medisindispenser, (elektronisk) medisineringsstøtte, (electronic) medicine dispenser, (electronic) medical dispenser, medication support, digital medicine dispenser, (automated) multi-dose drug dispensing, velferdsteknologi, welfare technology or assistive technology, eHealth og telecare. I søk etter litteratur var det varierende treff på søkeordene, ut fra hvilken sammensetning eller enkeltord jeg benyttet. Eksempelvis gav sykepleier/nurse alene svært mange treff, men sammensatt med elektronisk medisindispenser/electronic medicine dispenser ble antall treff redusert betraktelig. Databasene Oria og Google Scholar var de jeg benyttet mest i søk etter litteratur. I tillegg har en viktig kilde for å finne aktuell tidligere forskning vært litteraturlister i relevante artikler og i bøker som jeg allerede hadde kjennskap og tilgang til. For å vurdere relevansen av treff i litteratursøk gikk jeg gjennom abstrakt/sammendrag på artiklene for å få en oversikt over hva de handlet om. Her var det mange som kunne lukes bort da de ikke så ut til å være relevant for min problemstilling. Artikler som virket aktuelle leste jeg innledningen til, og dersom de virket relevant for mitt prosjekt ble forskningsartikkelen lest mer inngående for å vurdere relevansen. I denne oppsummeringen viser jeg til 27 ulike artikler som omhandler innføring av velferdsteknologi. Litteraturen fordeler seg på forskningsartikler,

oversiktsartikler og kunnskapsoppsummeringer, med en hovedvekt på kvalitative studier og forskning gjort med utgangspunkt fra nordiske land (se tabell vedlegg 1).

Forskningsspørsmål knyttet til tidligere forskning, her også tidligere masteroppgaver, omhandler blant annet sykepleiernes opplevelser av innføringen av nye velferdsteknologiske løsninger, velferdsteknologiens påvirkning på roller og relasjoner i sykepleiernes arbeidshverdag, samt påvirkningen på sykepleiernes jobbtilfredshet (Kjøstvedt & Kamara, 2019; Lomeland, 2020; Ludvigsen, 2018; Undheim, 2012). Det er lite konkret forskning på implementering av medisindispensere, og sykepleiernes erfaring og forståelse av innføringen sett opp mot ordinær medisintildeling. Jeg anser derfor, med bakgrunn i at mange kommuner har vansker med rekruttering av sykepleiere, samt har et behov for å tenke nytt for hvordan vi utfører de kommunale omsorgstjenestene, at min oppgave vil være et supplement til den forskningen som allerede foreligger om velferdsteknologi og innovasjon i kommunene.

2.2 Drivere og barrierer

Kartlegging av drivere og barrierer er viktig når man skal implementere noe nytt. Dette kan være både på system- og individnivå. Forskning viser at organisasjonsstruktur, økonomi og ressurser påvirker prosessen dersom dette ikke er tilpasset innføring av velferdsteknologi (Fabritius et al., 2017; Frennert & Östlund, 2018; Lo et al., 2019; Zander et al., 2021). Forskningen viser også at forankring, både på system- og individnivå, er helt avgjørende for hvorvidt man lykkes med innføring av noe nytt (Helsedirektoratet, 2021a; Johannessen et al., 2019; Knarvik et al., 2017; Nilsen et al., 2016; Zander et al., 2021). På individnivå vil nøkkelpersoner, som ledere, superbrukere, enkeltansatte, påvirke innføringen ut fra deres evne til å skape engasjement og tilegne seg kunnskap. Videre er informasjon og opplæring av ansatte, samt ansattes tro på teknologien, med på å bestemme utfallet av implementeringen (Kleiven et al., 2020; Nakrem et al., 2018; Zhang et al., 2014; Øyen et al., 2018).

Flere studier viser til at implementering av velferdsteknologi i mange land har bydd på utfordringer. Det tar tid, ressurser og tålmodighet før man oppnår gevinster av implementering av ulike velferdsteknologiske løsninger (Nilsen et al., 2016; Zander et al., 2021). Frennert og Östlund (2018) skriver at infrastruktur, organisasjonsstruktur og samarbeid er en grunnsten for å lykkes med innføring av velferdsteknologi. Dette samsvarer med funn som presenteres i artikkelen til Lo et al. (2019), som viser til at kommunene blir utfordret på hvordan de er

organisert når velferdsteknologi innføres. De ulike tjenesteområdene må definere ansvaret for velferdsteknologi og etablere samarbeid. Et samarbeid som vil utløse behov for økt tverrfaglig kompetanse (Lo et al., 2019). Avklarte rammer og forventninger i samarbeidet mellom ulike aktører vil forenkle spørsmål knyttet til eierskap til resultat av samarbeidet (Fabritius et al., 2017). Fabritius et al. (2017) skriver videre at organisasjonen også må ha rutiner og prosedyrer på plass som underbygger en implementerings- og endringsprosess. Ressurser, og ressursbruk, er avgjørende ved innføring av velferdsteknologi. Det må beregnes økt bruk av ressurser, både økonomi og personal, når det iverksettes en prosess med innføring av velferdsteknologi. Dersom man på forhånd kartlegger og vurderer om dette er forsvarlig, vil det være større sannsynlighet for å få forståelse både i organisasjonen og ute blant tjenestemottakerne (Fabritius et al., 2017; Frennert & Östlund, 2018). I tillegg må det foreligge klare målsettinger og incentiver for innføringen, som kan bidra til at ansatte klarer å relatere, og identifisere seg med de endringene som kommer med innføring av velferdsteknologi (Frennert & Östlund, 2018).

Et område som vektlegges i forskning om velferdsteknologi, er bred forankring på flere nivå; fra politikere og ledere som skal bidra til eierskap og engasjement, til medarbeidere som skal drifte tjenesten (Helsedirektoratet, 2021a; Johannessen et al., 2019; Knarvik et al., 2017). Det må i tillegg foreligge avklarte roller og ansvarsområder, som vil bidra til autonomi i implementeringsarbeidet. En ledelse som viser tillit til prosjektet ut i organisasjonen, opptrer støttende og viser vilje til å satse på prosjektet, vil ha betydning for hvorvidt implementeringen lykkes (Fabritius et al., 2017; Zander et al., 2021). Frennert og Östlund (2018) trekker spesielt frem ledelsens rolle i formidlingen mål og intensjoner, både til ansatte og tjenestemottakere, ved bruk av velferdsteknologi.

Forskning viser videre at for å lykkes med innføring av velferdsteknologi må ansatte ha tro på den teknologien som skal innføres. Fordelene må oppleves større enn ulempene (Nakrem et al., 2018). Ansatte må få mulighet til å øke egne ferdigheter og kunnskap knyttet til bruk av teknologi, gjennom informasjon, opplæring og praksis. Opplæring og økt kunnskap gjør at ansatte føler seg trygg på bruk av teknologi (Johannessen et al., 2019; Zander et al., 2021; Zhang et al., 2014). I studien til Kleiven et al. (2020) viser de til at helsepersonell som skal ta i bruk velferdsteknologi må oppleve at den er sikker i bruk. Dette er også et poeng i forskningen til Nakrem et al. (2018). Opplæring og økt kompetanse kan bidra til å sikre forståelsen til

helsepersonell. Dette kan bidra til at de opplever det trygt å overlate helsefaglige oppgaver til teknologisk utstyr, og at velferdsteknologi kan bidra til trygg og forbedret oppfølging. Dersom helsepersonell opplever at teknologien kan forbedre kvalitet og sikkerhet på helsetjenestene, samt medvirke til selvstendigjøring av tjenestemottakerne er det økt sannsynlighet for at de inntar en positiv holdning (Nakrem et al., 2018). Ansattes egne positive erfaringer knyttet til bruk av teknologiske løsninger kan bidra til å «ufarliggjøre» tanken på bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger i helsetjenesten. Forskning viser også at yngre ansatte er mer positive til bruk av IKT en de eldre ansatte (Øyen et al., 2018). Det kan i tillegg være motstridende forventninger fra helsepersonell og de som utvikler teknologien (Hauvik & Vatne, 2020; Nakrem et al., 2018; Aaen, 2019b). Disse studiene viser til at det ofte er private aktører som utvikler teknologiske løsninger. For å unngå at det utvikler seg et gap i forventningene mellom de som utvikler teknologien og menneskene teknologien er tenkt å passe for, må det legges til rette for å skape felles forventninger (Hauvik & Vatne, 2020; Nakrem et al., 2018; Aaen, 2019b).

Det kan også oppstå barrierer ved innføring av velferdsteknologi. Det kan oppstå samhandlings- og samarbeidsutfordringer mellom ulike forvaltningsnivå, mellom ulike profesjoner, mellom leverandører og liknende. Organisasjonsstruktur og kultur kan fremstå som regressiv og motstandsdyktig mot endringer. Dette kan skyldes mangel på økonomi, mangel på infrastruktur, vanskeligheter knyttet til anskaffelser og usikkerhet rundt ansvar og lover (Frennert & Baudin, 2021). Innføring av velferdsteknologi kan oppleves ressurskrevende. Forankringsarbeidet er tidkrevende, der alle de ulike nivåene i kommunen må involveres. Videre er man på alle nivåer avhengig av om mulighetene som ligger i bruk av velferdsteknologi kommer tydelig frem (Fabritius et al., 2017; Frennert & Baudin, 2021). Det kan oppstå vansker med å tilpasse nye rutiner knyttet til velferdsteknologi inn i de eksisterende (Nilsen et al., 2016; Zander et al., 2021). Motstand mot endring kan komme både fra ledelsen, politikere, IT-avdelingen, tjenestemottakere og ansatte i helsetjenestene (Frennert & Baudin, 2021). Videre kan innføring av velferdsteknologi oppleves som ytterligere en oppgave, der ansatte i helse- og omsorgstjenestene mener de har nok oppgaver. I tillegg kan det være en forventning om at endringen skal skje så raskt at organisasjonen ikke klarer å tilpasse seg (Frennert & Baudin, 2021; Zander et al., 2021). Høy turnover blant ansatte kan vanskeliggjøre innføring av velferdsteknologi og gi utfordringer. Dette fordi det hele tiden er behov for opplæring og veiledning, noe de gjenværende ansatte må ivareta (Fabritius et al., 2017; Frennert & Baudin,

2021). Videre har forskning vist at det kan være utfordrende dersom «pådriveren» for innføring av velferdsteknologi forsvinner fra arbeidsplassen, da strander ofte hele prosjektet (Frennert & Baudin, 2021).

2.3 Brukerperspektivet

Velferdsteknologi skal være til hjelp både for de som er tjenestemottakere, deres pårørende og for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Derfor er det også mange studier som tar for seg hvordan innføring av velferdsteknologi påvirker brukerne av teknologien. I denne delen ser jeg på hvordan tjenestemottakerne blir ivaretatt. Det er spesielt to hovedtrekk som kommer frem i forskningen; det ene omhandler hvorvidt teknologien som innføres er brukervennlig, om det tilrettelegges for opplæring og informasjon til tjenestemottakerne og om den passer til deres behov. Det andre er om tjenestemottakerne får mulighet til å medvirke i prosessen med innføring av velferdsteknologi.

Det er mange studier som viser til at utforming og brukervennlighet på teknologien er en kritisk faktor for hvorvidt ny teknologi blir tatt i bruk i kommunal helse- og omsorgssektor. Høy brukervennlighet gjør at brukerne opplever mestring ved at de klarer å håndtere teknologien (Frennert & Östlund, 2018; Leonardsen et al., 2020; Nakrem & Kiran, 2019; Zhang et al., 2014; Aaen, 2019a). Det er ikke bare brukervennlighet som er viktig, men også utseende på teknologien påvirket hvorvidt brukerne uttrykte en positiv holdning (Leonardsen et al., 2020; Nakrem & Kiran, 2019; Zhang et al., 2014). Videre pekes det på funksjonalitet. Det vil være viktig at løsningene som tilbys brukerne er i samsvar med deres behov, ønsker og ressurser (Johannessen et al., 2019; Aaen, 2019a). Løsningene må gi en opplevelse av trygghet, blant annet gjennom pålitelig support. I tillegg må brukerne oppleve at teknologien bidrar til at de får den hjelpen de har behov for (Frennert & Östlund, 2018; Glomsås et al., 2021; Aaen, 2019a). Videre er det viktig om velferdsteknologien gir en opplevelse av selvstendighet, sikkerhet og mestring (Leonardsen et al., 2020). Dette vil være viktige implikasjoner i utvikling av velferdsteknologi. Teknologien skal bidra til å øke sikkerheten hos tjenestemottakerne, men dersom teknologien ikke er tilpasset kunnskap og behov kan det føre til usikkerhet (Dugstad et al., 2015).

Brukermedvirkning er et demokratisk prinsipp, noe Glomsås et. al (2021) påpeker i sin forskning. Brukernes behov og mulighetene for aktive valg skal være sentrale i utvikling av

tjenestene. Aaen (2019a) viser til at i enkelte sammenhenger blir brukerne sett på som «tilfeldige interessenter» og involveres sent i prosessen. I studien til Zander et al. (2021) fant de at muligheten tjenestemottakerne hadde til å medvirke i prosessen rundt innføring av velferdsteknologi var viktig for å lykkes. Det vil være vanskeligere å innføre velferdsteknologi dersom det er for dårlig brukerinvolvering og for dårlig forståelse av deres behov (Frennert & Östlund, 2018). Ifølge Nakrem og Kiran (2019) var de fleste tjenestemottakerne positive til ny teknologi, men at det måtte legges til rette for samskaping og samarbeid. Jamfør studien til Nakrem et al. (2018) kan tjenestemottakernes innstilling til teknologi påvirkes av helsepersonellens personlige begrunnelse og meninger om teknologi. Forholdet mellom helsepersonell og tjenestemottakere kan derfor være utsatt dersom helsepersonell konkluderer med at teknologien ikke samsvarer med de behovene den enkelte tjenestemottaker har, eller feiler i å legge til rette for trygg og sikker tjeneste (Nakrem et al., 2018).

Tjenestemottakere har ulik kunnskap om velferdsteknologi (Glomsås et al., 2021; Zander et al., 2021). For at de skal ta i bruk teknologi avhenger det av kunnskap og kompetanse til den enkelte tjenestemottaker (Zander et al., 2021). For å lykkes med at velferdsteknologi blir tatt i bruk er det flere studier som viser til viktigheten av at tjenestemottakerne får tilpasset informasjon og opplæring i de velferdsteknologiske løsningene (Johannessen et al., 2019; Nakrem & Kiran, 2019; Nakrem et al., 2018). Tjenestemottakere ønsker mer kunnskap, informasjon, opplæring og flere muligheter for å være en aktiv deltaker i avgjørelser som involverte bruk av velferdsteknologi (Glomsås et al., 2021). Ved å tilrettelegge for samarbeid mellom tjenestemottaker, helsepersonell og pårørende, kan helse- og omsorgstjenestene få kunnskap som sikrer at brukerne får tildelt løsninger de selv ønsker og som de har forutsetning for å forstå og benytte på rett måte (Johannessen et al., 2019). Dersom tjenestemottakerne opplever at de ikke får medvirke kan det føre til en opplevelse av å miste selvbestemmelse og resignasjon. Dette kan spesielt være tilfelle dersom de opplever at ansatte har tatt en avgjørelse på vegne av dem (Glomsås et al., 2021). Helsepersonell har mulighet til å påvirke tjenestemottakerne i valget om teknologi. Dette avhenger av måten teknologien blir presentert. Derfor må helsepersonell være deltakende i utforming av teknologien slik at sikkerheten til tjenestemottakerne blir ivaretatt, og at teknologien passer til profesjonelle idealer og eksisterende praksis (Kleiven et al., 2020; Aaen, 2019a). Det er allikevel verdt å merke seg at noen tjenestemottakere ønsker at ansatte skal ta avgjørelser på vegne av dem (Glomsås et al., 2021).

2.4 Velferdsteknologi i et etisk perspektiv

I tidligere forskning blir også det etiske perspektivet ved innføring av velferdsteknologi tatt opp. Forskning viser til at helsepersonell møter motstridende interesser når de skal utøve helsetjenestene etter innføring av velferdsteknologi (Hauvik & Vatne, 2020; Hofmann, 2012; Aaen, 2019a). De står mellom krav til effektivitet og ressursutnyttelse på den ene siden og forventningene til kvalitet til tjenestene på den andre. I tillegg må helsepersonell forholde seg til en endring i tjenestene der tjenestemottakerne skal ha mer kontroll over eget liv og ansatte får en mer tilbaketrukket rolle, der de er avhengig av å stole på de teknologiske løsningene.

Målsettingen med innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten er tosidig: Teknologien skal både løse et ressursproblem ved å effektivisere, og skape bedre kvalitet på omsorgen ved å ta i bruk mulighetene som ligger i teknologien (Kleiven, 2021). Dette innebærer involvering av flere interessenter som kan ha ulike motivasjoner for innføringen (Hauvik & Vatne, 2020; Hofmann, 2012). Aaen (2019a) viser til at innføring av velferdsteknologi kan ha to ulike fokus; teknologien skal bidra til mestring og livskvalitet for den enkelte tjenestemottaker, samtidig som den skal være en avlastning og bidra til å redusere ansattes arbeidsmengde. Det kan derfor bli moralsk utfordrende å vurdere hvilken gevinst bruk av velferdsteknologi gir for å løse utfordringene i helse- og omsorgstjenestene siden det vil være motstridende interesser i gjennomføringen skriver Hauvik og Vatne (2020). Utvikling av teknologi kan ses på som et resultat av en sosial prosess (Hofmann, 2019), der det vil være avgjørende å skape en felles forståelse for hva som er formålet og hvordan teknologien skal anvendes (Stokke et al., 2019). Dersom helsepersonell oppfatter teknologien som et mer eller mindre forkledt sparetiltak, kan de forstå den negativt (Kleiven, 2021). Selv enkel teknologi inngår i komplekse omsorgspraksiser. Dette gjør at det knyttes en rekke personlige og tjenestemessige utfordringer til bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenesten. For å lykkes må det være et systematisk samarbeid mellom ulike aktører (Nakrem & Kiran, 2019).

Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene gjør at teknologi møter mennesket. To ulike fagområder møtes der det må opprettes ny praksis for hvordan man utfører tjenester mellom dem. Dette medfører endring i arbeidsoppgaver, sosiale relasjoner og samarbeidsformer mellom yrkesgrupper, i tillegg til at det vil gi nye relasjoner til tjenestemottakere og deres pårørende (Johannessen et al., 2019; Kamp et al., 2019; Kleiven, 2021). Ved innføring av teknologi må det stilles spørsmål til hvordan man vurderer og sikrer at

det er de gode sidene ved teknologier som tas i bruk, og at de negative sidene blir minimert (Hofmann, 2019). Hansen et al. (2018) viser til at bruk av velferdsteknologi vil få betydning for hvordan fag utøves i tjenestene. Dette kommer også frem i studien til Frennert og Östlund (2018), som viser til at ved innføring av velferdsteknologi skjer det en endring i hvordan man yter tjenester. Helsepersonell får nye oppgaver knyttet til bruk av teknologi som skiller seg fra det ordinære pleie- og omsorgsarbeidet helsepersonell utfører. En slik endring kan medføre at helsepersonell får en endring i identitet og arbeidsutførelse (Frennert & Östlund, 2018; Hansen et al., 2018). Ulike verdier får bryne seg mot hverandre i det Kleiven (2021) kaller et verdisammenstøt. Det kan oppleves som en motsetning mellom de varme hendene, som forbindes med medfølelse helsetjenester og individuell oppfølging, og den kalde teknologien, som er overvåkning og kontroll over tjenestemottakerens liv (Kleiven, 2021; Nakrem et al., 2018). Hansen et al. (2018) skriver at det nødvendigvis ikke fører til en kald tjeneste og bortfall av de varme hendene, men at de som utfører tjenestene benytter deres faglighet på en annen måte. Teknologien i seg selv kan bidra til at makten i situasjonen forskyves i tjenestemottakers favør i form av økt egenomsorg og mindre behov for bistand. Samlet sett endres forholdet mellom tjenestene og tjenestemottakerne (Hauvik & Vatne, 2020; Hofmann, 2012). Selvstendigjøring av tjenestemottakerne ved bruk av velferdsteknologi krever en etisk bevissthet hos ansatte om hvilken gruppe som får tilbud om bruk av teknologi. Dette vil også gi et bedre grunnlag for samhandling mellom ansatte og tjenestemottakere (Cuesta et al., 2020; Frennert & Östlund, 2018). Samtidig påpeker Hansen et al. (2018) at det profesjonelle ansvaret overfor tjenestemottakerne har økt som følge av krav til kvalitetssikring og dokumentasjon.

Flere elementer i helse- og omsorgstjenestene digitaliseres, og grensene for virtuelt og fysisk rom blir mer uklare. Et kjennetegn Lo et al. (2019) omtaler som «allestedsnærværende». Bruk av velferdsteknologi fører til at tjenestemottakerne blir kartlagt på en annen måte enn tidligere. Teknologien mates med opplysninger om tjenestemottakernes døgnrytme og livsstil for at de skal fungere best mulig. Og noen vil kanskje oppleve dette som overvåkning (Nakrem et al., 2018). I studien til Hofman (2012) fant han et en av hovedutfordringene med innføring av velferdsteknologi var å balansere ulempene med overvåkning og kontroll opp mot en eventuell gevinst som bruk av velferdsteknologi kunne gi. En viktig problemstilling som Lo et al. (2019) peker på blir derfor mulighetene teknologien gir for å drive overvåkning, og hvordan kommunene forholder seg til de etiske og juridiske problemstillingene som dukker opp knyttet til dette.

3 Teoretisk forankring

I dette kapitlet presenterer jeg teori som er relevant for min problemstilling. Teoriene skal bidra med å gi en forståelse av datamaterialet mitt knyttet til problemstillingen: *Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien med implementering av medisindispensere som alternativ til ordinær medisintildeling?* Kapitlet er inndelt i tre deler som presenterer teori om *kunnskapsarbeid, innovasjon og læring i organisasjoner*. Bakgrunnen for valg av teoretisk forankring er koblingen som ligger mellom disse områdene. Ifølge Johannessen et al. (1999) er kunnskap nært knyttet til læring, og det kan forstås dithen at kunnskap oppstår som et resultat av læring. Kunnskap henger også sammen med innovasjon, der innovasjon kan betraktes som anvendelse av kunnskap. Samtidig som innovasjonsprosessene kan skape ny kunnskap (Willumsen et al., 2015:27). Organisatoriske kunnskapsprosesser, innovasjon og organisatorisk læring er en integrert prosess, og man kan ikke studere det ene uten også å studere de to andre (Johannessen et al., 1999:43).

3.1 Kunnskapsarbeid

Sykepleiere har tradisjonelt ikke vært ansett som kunnskapsarbeidere. Dette fordi begrepet ble brukt om arbeidstakere med høyere utdanning som utførte oppgaver hvor kunnskap fra denne utdanningen kom til anvendelse. Etter hvert som sykepleierne utarbeidet en sterkere bevissthet om sitt eget fag og blitt godt organisert, har denne tankegangen endret seg (Grund, 1999). Videre er sykepleierne en viktig ressurs i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på grunn av sin kompetanse, slik som beskrevet i problemstilling under pkt. 1.2, og kommunene er avhengig av sykepleiere for å drifte tjenestene.

Det var i 1959 at P. Drucker skrev boken «Landmarks og Tomorrow», og for første gang brukte begrepet kunnskapsarbeider (Wennes & Irgens, 2011). Bakgrunnen var at Drucker mente det hadde vokst frem en ny type arbeidere som var forskjellig fra de tradisjonelle. Disse «kunnskapsarbeiderne» var ifølge Drucker mennesker som i stor grad utførte sine arbeidsoppgaver basert på egne spesifikke kunnskaper, i motsetning til ufaglærte arbeidere som blir satt til å utføre oppgaver etter spesifikasjoner og prosedyrer gitt av en leder (Wennes & Irgens, 2011). Newell et al (2009:24) har definert kunnskapsarbeidere på følgende måte: «Knowledge workers typically have high levels of education and specialist skills combined with the ability to apply these skills in practice to identify and solve problems». Hillestad

(2008:282) definerer også kunnskapsarbeidere som velkvalifiserte arbeidstakere, men tar med at det er viktig hvordan deres personlige evner, kunnskap og/eller kompetanse bidrar til å øke, realisere og stimulere en organisasjons verdiskaping og arbeidsprosesser.

Generelt kan man si at kunnskapsarbeidere har en relativt omfattende utdanning, med hovedfokus på teoretisk kunnskap (Sandvik, 2011). Dette er kompetanse som er ervervet gjennom konsentrasjon, hardt arbeid, utdanning og praksis. Kunnskapsarbeiderne blir sett på som mindre avhengige av andres kunnskap, som for eksempel lederens, og anvender i stedet sin egen ervervede kunnskap (Wennes & Irgens, 2011). Selv om kunnskapsarbeiderne, ifølge Karlsen og Langseth (2005 referert i Gotvassli, 2015), innehar stor kunnskap om eget felt, kan de også ta i bruk andre personers kompetanse på området når oppgaver skal løses. Kunnskapsarbeiderne er mindre avhengige av statisk kunnskap nedfelt i formelle strukturer og systemer, men det utelukkes heller ikke. Det innebærer heller ikke at alt kunnskapsarbeid er utelukkende kognitivt (Wennes & Irgens, 2011). Som kunnskapsarbeider eier man organisasjonens viktigste ressurs, nemlig kunnskap (Newell et al., 2009). Kunnskap handler om den menneskelige ressursen i organisasjonen, og hvordan organisasjonen forvalter den ressursen er av betydning for prestasjoner og konkurransevne (Gotvassli, 2015). Kunnskapsarbeidere vet at deres kompetanse er individuell og nødvendig for arbeidsgivere, og står derfor i posisjon til å stille store krav og forventninger (Gotvassli, 2015). Det er denne forståelsen av egen verdi som i hovedsak skiller kunnskapsarbeidere fra andre arbeidere (Irgens, 2011; Newell et al., 2009).

Kunnskapsarbeidere sosialiseres inn i en profesjon, gjerne med sterke profesjonspreferanser (Molander & Terum, 2008). Det er en oppfatning om at kunnskapsarbeiderne har et stort behov for å arbeide sammen med og få opplæring av likesinnede som er medlemmer av samme profesjon (Lines et al., 2011; Similä & McCourt, 2011). Kunnskapsarbeidere har sterkere følelsesmessig bånd og ansvar overfor profesjonen de tilhører og deres normer og verdier, enn overfor organisasjonen, dens kultur og ledelse (Gotvassli, 2015). De er profesjonsutøvere som kjennetegnes nettopp ved at de benytter kunnskap i arbeidet sitt, og oppgaveutførelsen er avhengig av deres motivasjon (Lines & Sandvik, 2013). Profesjoner oppnår og opprettholder sine roller og sin status ved å beherske spesielle kunnskaper og ferdigheter som gjør det mulig for dem å utøve sin yrkespraksis (Hean, 2015). Blant annet gjennom automatisering av ferdigheter knyttet til ulike oppgaver og prosedyrer, legges det til rette for en profesjonell

utvikling. Profesjonsutøveren tilegner seg kunnskap slik at de kan handle i situasjoner som avviker fra det typiske (Lahn & Jensen, 2008:297). Det gir en sosial verdi for profesjonsutøverne. En profesjonsutdannet behersker en viss kunnskap, og dette er kunnskap som gir en viss makt overfor andre som ikke har tilsvarende kunnskap (Hean, 2015). Mye av kunnskapen profesjonsutøvere har tilegnet seg, blant annet gjennom innøving av eksplisitte prosedyrer omtales som taus kunnskap. Begrepet «taus kunnskap» ble innført av Michel Polanyi (1958 referert i Grimen, 2008), og beskriver det som kan, og det som ikke kan uttrykkes verbalt. Denne kunnskapen kan kunnskapsarbeiderne velge å holde tilbake eller å dele med andre i organisasjonen, men også noe de kan ta med seg om de slutter i en organisasjon (Gotvassli, 2015). Det kan være ulike grunner til at kunnskap kan være taus, det kan omhandle *normer og regler*, for hva som kan sies eller ikke sies, det kan være forholdet mellom det vi tar for *gitt og det som kan problematiseres* når vi handler. En tredje grunn er at vår kunnskap er satt sammen i et *uoversiktlig system* som er vanskelig å ha oversikt over og dermed ikke klarer å uttrykke verbalt. Videre kan det være at vi har *større kunnskap enn vi klarer å utsi* og en femte grunn er at mye av det som er kunnskap bryter med det som er den klassiske oppfatningen av kunnskap (Grimen, 2008, s. 79-81).

Kunnskapsarbeidere skaper verdi gjennom kompetent utførelse av oppgaver og gjennom innovasjon i produkt-, tjeneste- og organisasjonsdesignprosesser (Newell et al., 2009). Med kompetent utførelse av oppgaver menes arbeidsprosesser som trekker på kunnskap som er ervervet gjennom høyere utdanning. I tillegg skapes verdi gjennom deling og spredning av kunnskap internt i bedriften på en slik måte at andre ansatte presterer bedre gjennom de samme grunnleggende verdiskapingsprosessene (Wennes & Irgens, 2011). Kunnskapsarbeid handler først og fremst om anvendelse av ekspertise, der kunnskap og jobbutførelse skjer simultant, og der tenkning og følelser vanskelig kan skilles fra hverandre (Lines & Sandvik, 2013).

Kunnskapsarbeid og motivasjon

Fokus på kreative, spennende og utfordrende arbeidsoppgaver kjennetegner ofte kunnskapsarbeidere (Lines & Sandvik, 2013; Newell et al., 2009). Dette kan knyttes til arbeid som forbindes med mangel på rutiner og høy grad av kompleksitet. I tillegg til kunnskapsanvendelse fra mange fagfelt, som innebærer taus og uttalt kunnskap. Arbeidet forbindes med høy intensitet i koordinering av kommunikasjon, interaksjon og utvikling av

kunnskap (Gotvassli, 2015). Selv om arbeidet vil være preget av variasjon, er det ikke bare kreativt, spennende og utfordrende. Det kan også være mer rutinepregede og individbaserte oppgaver, så det blir feil å si at de ikke løser standardiserte oppgaver, men det er kanskje ikke det kunnskapsarbeiderne foretrekker (Lines & Sandvik, 2013; Newell et al., 2009). Som en følge av dette setter kunnskapsarbeidere pris på å arbeide under fleksible og dynamiske forhold, og trives sjeldnere i en streng byråkratisk organisasjon (Wennes & Irgens, 2011).

Kunnskapsarbeidere blir ofte sett på som ressurssterke, viljesterke, kompetente, bevegelige og autonome. Den stereotype fremstillingen viser også til at kunnskapsarbeidere jakter på vellykkethet, penger og anerkjennelse (Wennes & Irgens, 2011). Newell et al. (2009) viser til tre karakteristiske trekk ved kunnskapsarbeid; autonomi, flere geografiske «arbeidsplasser» og «gullsnipper», mens Hillestad (2008) og Sandvik (2011) har definert seks kjennetegn på kunnskapsarbeidere: mangfold av ferdigheter, jobbkompleksitet, informasjonsprosessering, autonomi, kompleks problemløsning og spesialisering (Hillestad, 2008; Sandvik, 2011). Med autonomi menes at kunnskapsarbeiderne har høy grad av frihet over utføringen av arbeidet, og innflytelse på når arbeidet skal utføres, da de har høy kompetanse innenfor sitt felt (Newell et al., 2009; Wennes & Irgens, 2011). Dette kan bli en utfordring sett fra et ledelsesperspektiv der man skal balansere ledelsesmessig kontroll og den profesjonelle autonomi (Similä & McCourt, 2011; Wennes & Irgens, 2011). Samtidig må medarbeiderne ta et selvstendig ansvar både for utføring og utvikling av egne arbeidsoppgaver, noe som betyr at de aktivt må delta i ledelsesprosesser (Busch, 2011). I tillegg til at det er betydelig autonomi i arbeidet, er de i mindre grad avhengig av et bestemt fysisk arbeidssted (Lines et al., 2011; Newell et al., 2009). En undersøkelse av Tampoe (1993 referert i Lines, 2011) viser at kunnskapsarbeidere motiveres av selvutvikling, det å oppnå gode resultater og lønn. Lønn hadde i denne undersøkelsen mindre betydning enn de øvrige. Belønning må baseres på innsats og rettferdighet, og kunnskapsarbeiderne reagerer veldig negativt på brudd mot disse verdiene. Reaksjonene kan være svakere involvering i oppgaver, og større planer om å avslutte arbeidsforholdet (Lines, 2011). Videre sies det at kunnskapsarbeidere synes det er vanskelig å hengi seg til mål som ikke er i tråd med deres overbevisning (Wennes & Irgens, 2011). For å holde på kunnskapsarbeidere må man kanskje se på andre ledelsesformer, der ansatte i større grad får anledning til å kontrollere egen atferd, påvirke prosesser og lede seg selv (Busch, 2011; Hildebrandt, 2008).

De nye kunnskapsarbeiderne

Det argumenteres med at personer som betegnes som kunnskapsarbeidere, vil skåre høyere på kjennetegn nevnt i det overnevnte enn personer som i mindre grad gjør kunnskapsarbeid (Gotvassli, 2015). Ut fra de nevnte kjennetegn kan en rekke yrker klassifiseres som kunnskapsarbeidere, som for eksempel klassiske yrker som advokat og arkitekt, men også yrker som vi finner igjen i dagens sterkt ekspanderende bransjer som finans- og fondsforvaltning, konsulent- og rådgivnings virksomhet (Hillestad, 2008; Newell et al., 2009). Men, som Irgens og Wennes (2011) poengterer, er dette trekk mange andre også vil kjenne seg igjen i, og de spør retorisk hvem som da ikke er kunnskapsarbeidere? Og hvorvidt en arbeidstaker passer inn i definisjonen av en kunnskapsarbeider vil være vanskelig å avgjøre. Det avhenger av om oppgavene er preget av å være standardiserte og rutinemessige, eller om de vurderes som kreative og problemløsende (Hillestad, 2008). Et avgjørende kriterium er i hvilken grad det er ressurskrevende, eller overhodet mulig, å erstatte arbeidstakere som utfører et gitt arbeid, også fordi de representerer en kritisk og knapp ressurs. Dette som følge av at arbeidstakerne besitter kunnskap og ferdigheter som er unik, og av strategisk betydning i form av at de er etterspurt i markedet og bidrar direkte til bedriftens verdiskaping (Hillestad, 2008; Irgens, 2011). Kunnskapsarbeidere har følelser, kunnskapen er integrert i deres handlinger og de er som alle andre avhengige av sitt sanseapparat i den daglige praksis, Irgens og Wennes (2011) åpner derfor for et bredere syn på kunnskapsarbeid enn at det kun er intellektuelt. De tidligere forståelsene av kunnskapsarbeid blir ansett som snever, selv om utdanning fortsatt anses som et viktig kriterium (Gotvassli, 2015). Med bakgrunn i dette har definisjonen på kunnskapsarbeid blitt noe endret: «Kunnskapsarbeid er arbeid som i liten grad er rutinebasert, som vanskelig lar seg standardisere, og der svarene på hvordan oppgavene skal utføres, primært er å finne i den profesjonelle kunnskapen arbeideren har tilgang til og utvikler gjennom praksis» (Wennes & Irgens, 2011:15).

Kunnskapsarbeidere er i stadig større grad representert innenfor bransjer som tradisjonelt ikke har bestått av høyt utdannede medarbeidere. Et eksempel på dette kan være innenfor helse- og sosialsektoren (Hillestad, 2008:283). Innenfor offentlig sektor har alltid profesjonelle medarbeidere hatt stort handlingsrom i form av at arbeidsoppgavene har vært lite standardiserte. Som følge av dette har medarbeiderne også stort ansvar for kunnskapsutviklingen innenfor egne fagområder (Busch, 2011). Tradisjonelt har det vært et tydelig og klart hierarki i helsevesenet,

med legene på toppen. Makt og profesjonskamp har også preget arbeidsmiljøet, kanskje spesielt i spesialisthelsetjenesten. Ved å ta i bruk ny teknologi kan det bidra til at det blir skapt nye arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Når nye praksiser skal utvikles, krysser de ofte profesjongrensene. Dette utfordrer tradisjonelle profesjonsroller og tradisjonell organisering i helsesektoren, særlig der tverrfaglig samarbeid utfordrer legenes makt (Kleiven, 2021:85).

3.2 Innovasjon

I Meld. St. 29 (2012–2013), *Morgendagens omsorg*, gis det rammer for gode og bærekraftige omsorgstjenester i framtiden. Innovasjon blir presentert som et viktig virkemiddel for å utvikle eksisterende tilbud, og tilpasse tilbudet til de utfordringene som kommunene kommer til å møte i årene framover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Både i Norge og andre land ligger motivasjonen til nytenking i de demografiske endringer og utfordringer som vil prege de kommunale tjenestene i kommende år, samt at det er en generell velstandsøkning som gir høyere forventninger til tjenestene, både i omfang og kvalitet. For å lykkes med å møte disse utfordringene vil evne og vilje til innovasjon være avgjørende (Helsedirektoratet, 2012; NOU 2011:11; Ringholm, 2015).

Tidligere var innovasjon i hovedsak et begrep knyttet til tekniske nyvinninger og vareproduksjon både i privat og offentlig sektor (Teigen, 2015; Willumsen & Ødegård, 2015). Begrepet brukes ofte for å beskrive noe som innebærer endring. Dette skaper en oppfatning av at det omfatter noe som ingen har gjort før eller mestret tidligere. Ved å benytte en slik tilnærming vil mye av det som kan kalles nyskaping ikke falle inn under innovasjonsbegrepet (Ringholm & Holmen, 2019). Denne tankegangen endret seg da J. Schumpeter midt på 1930-tallet omdefinerte innovasjoner til også å gjelde for eksempel nye prosesser og organisasjonsmåter, der han vektla at innovasjoner sjelden innebærer noe helt nytt, men gjerne dreier seg om en kombinasjon av gamle og nye elementer (Teigen et al., 2015). Gjennom denne endringen fikk begrepet en ny dimensjon der innovasjon handler om mer enn å skape nye produkter, den inneholder også faktorer som det å anvende metoder på en ny måte eller overføre arbeidsmetoder fra en kontekst til en annen. Dette kalles ofte for den kontekstualiserte forståelsen av innovasjon (Ringholm, 2015).

En definisjon som blant annet benyttes i EU og OECD er denne:

An innovation is a new or improved product or process (or combination thereof) that differs significantly from the unit's previous products or processes and that has been made available to potential users (product) or brought into use by the unit (process). (OECD, 2018: 20)

Opphavet til alle innovasjoner er en idé som kan komme fra både ledelsen, ansatte og tjenestemottakere (Høiland & Willumsen, 2015). Innovasjoner defineres ut fra hvor initiativet til endringen kommer. Dersom initiativet til endringen kommer ovenfra, omtales det som «top-down»-innovasjoner (Høiland & Willumsen, 2015). Byråkratiet blir ofte brukt som eksempel på top-down-innovasjoner, med klare kommandolinjer nedover i organisasjonen (Gotvassli, 2015). I en toppstyrt innovasjon i offentlig sektor kommer ofte ideen om endring fra et politisk ønske om å løse et problem, der man igangsetter et program eller en reform som spres ut til aktuelle institusjoner som da videre pålegges å implementere dette ut i tjenestene (Rønning & Fuglesang, 2015; Willumsen et al., 2020). Toppledere lager planer og strategier, og mellomlederne får ansvaret for å se til at det blir gjort. Kunnskapsutviklingen kan bli ensbetydende med at noen (be)lærer noen andre i organisasjonen (Gotvassli, 2015). Drives innovasjonene nedenfra blir de beskrevet som «bottom-up» eller praksisnære innovasjoner (Høiland & Willumsen, 2015). Karakteristisk for denne type innovasjoner er at man ser kunnskapsutvikling som en aktivitet som vokser frem nedenfra (Gotvassli, 2015:60). For å lykkes med denne type innovasjoner er de ansatte blant annet avhengig av autonomi i eget arbeid, innsikt i virksomhetens mål og strategier, uttalt lederstøtte og en kultur og satsing på innovasjon (Lindland, 2019:120). Ideen til innovasjonen kan komme fra et ønske om å se hvordan man kan løse hverdagslige utfordringer med utgangspunkt i brukernes behov. Gjennom et godt samarbeid mellom medarbeidere og brukere utvikles eierskap, og praksis vil kunne forankres på en god måte i tjenestene (Rønning & Fuglesang, 2015; Willumsen et al., 2020).

Innovasjon deles opp i ulike faser, der innholdet kan variere ut fra innovasjonstype, og hvem som har tatt initiativ til innovasjonen (Willumsen et al., 2015). Det kan variere hvor de ulike fasene inntreffer i innovasjonsprosessen. Ofte vil prosessen starte opp med en idéfase, der man stiller spørsmål, undrer seg og reflekterer over egen praksis (Willumsen et al., 2020:31). Idéen

kan komme av at man savner noe ved en eksisterende løsning eller en tanke om at noe kan gjøres bedre, billigere eller enklere (Høiland & Willumsen, 2015). I seleksjonsfasen velges de mest relevante idéene ut, før man går over i en implementeringsfase, der fokus vil være å innhente kunnskap for at idéene skal kunne gjennomføres i praksis og prøve ut idéene (Høiland & Willumsen, 2015; Willumsen et al., 2015). Siste fase omtales som spredningsfase, der det handler om å skape aksept fra ansatte og ledelse. Dette i tillegg til brukerne som skal motta en ny tjeneste eller produkt (Høiland & Willumsen, 2015:221). I den siste fasen, der det er fokus på spredning av innovasjonen, vil kommunene kunne ha nytte av det som i litteraturen kalles «forandringsagenter» (Fuglesang & Rønning, 2015). De har en rolle som skal blant annet bidra til å utvikle behov for forandring hos klienten, skape en struktur for utveksling av informasjon, stabilisere tilegnelsen av innovasjonen. Individene som har denne rollen, har ofte sterke visjoner og sterk drivkraft. De kan ha stor betydning for dannelsen av inspirasjonsnettverk og spredning av innovasjonen (Fuglesang & Rønning, 2015, s. 95-96).

Innovasjon i offentlig sektor

Dersom en kommune lykkes med å implementere en ny idé eller praksis i sine tjenester, og dette medfører brudd med tidligere praksiser og en kvalitativ endring i tjenestene, kan det defineres som en innovasjon (Ringholm & Holmen, 2019). Ulike definisjoner på innovasjon bygger på en forståelse av at innovasjon i offentlig sektor kan ha både en sosial og økonomisk verdi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; KS, 2018). Innen offentlig tjenesteinnovasjon ser en ofte at en innovasjon som kan være et gode for enkelte aktører, kan være negativt for andre. Dette kommer av kompleksiteten i offentlig sektor med blant annet kryssende interesser (Stokke et al., 2019).

I Meld. St. 30 (2019-2020) blir innovasjon i offentlig sektor definert på følgende måte:

Innovasjon i offentlig sektor kan være en ny eller vesentlig endret tjeneste, produkt, prosess, organisering eller kommunikasjonsmåte. At innovasjonen er ny, betyr at den er ny for den aktuelle virksomheten, den kan likevel være kjent for og iverksatt i andre virksomheter. (Det kongelige kommunal og moderniseringsdepartement, 2020:13)

Denne definisjonen harmonerer med beskrivelsen av innovasjon som noe nytt, nyttig, og nyttiggjort (KS, 2015a). Det nyskapede skal ikke bare være nyttig, men også være tatt i bruk (Se fig. 4) (Det kongelige kommunal og moderniseringsdepartement, 2020).



Figur 4 – Innovasjonstyper fra KS' og Difis innovasjonsbarometre (Det kongelige kommunal og moderniseringsdepartement, 2020:14)

Det finnes mange definisjoner på innovasjon, og det er ikke alle som er like godt tilpasset offentlig sektor og den virksomheten som foregår i helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I helsesektoren var innovasjon et fremmed begrep inntil utredningen «Innovasjon i omsorg» (NOU, 2011:11) ble lagt frem, men har fått større legitimitet og har blitt en viktig kilde til den oppmerksomheten innovasjon har fått i kommunene (Bugge & Skålholt, 2015; NOU 2011:11). Ifølge Kleiven (2021) har ikke innovasjon og omsorg vært to sammenfallende begrep. På den ene siden har innovasjon vært forbundet med nyskaping, kreativitet og kanskje økt risiko, i motsetning til den mer tradisjonelle, kjente og forutsigbare omsorgen på den andre siden. Derfor er heller ikke teknologi og omsorg begreper man tradisjonelt sett har knyttet sammen. Teknologi assosieres ofte med noe mekanisk og kaldt, mens omsorg gir tanker om varme og nærhet (Kleiven, 2021). Begrepsbruken må endres fra å omtale teknologi og innovasjon som noe utenfor helsetjenestene, slik at teknologien også blir en integrert del av omsorgspraksisen (Stokke et al., 2019). Det er ulike fagkulturer som må endre seg sammen, noe som gjør at det å drive innovasjon i helsetjenestene kan være utfordrende (Kleiven, 2021). Dette samsvarer med Stokke et al. (2019) som skriver at ifølge nyere innovasjonsteori kan alle tjenester, også innenfor omsorgsfeltet, ses på som et resultat av en samproduksjon mellom de ulike aktørene

som er involvert i tjenesten. Ifølge Meld. St 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» er ikke innovasjon et mål i seg selv der man skal finne den beste praksisen. Det handler om hva som kan bli en bedre neste praksis. Dette skal bidra til å øke kvaliteten på tjenestene. Innovasjonsprosesser er alltid forbundet med usikkerhet og forutsetter derfor risikovillighet. Dette er nok en av de største barrierene for den kommunale omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013:120).

KS utarbeidet “Veikart for tjenesteinnovasjon” (se fig. 5) i samarbeid med Helsedirektoratet, gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (KS, 2015b). Veikartet er skreddersydd for kommunens arbeid med innovasjon og ble hovedsakelig laget for at kommunen skal kunne møte kravene fra Stortingsmeldingen “Morgendagens omsorg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Veikart for tjenesteinnovasjon er inndelt i seks innovasjonsfaser hvor det starter med at et behov oppstår til den nye løsningen blir satt ut i praksis (KS, 2015b). Tjenesteinnovasjon er endringer i tjenestene som er forårsaket av utvikling på et annet område (Nakrem, 2021:71).



Figur 5 - Veikart for tjenesteinnovasjon (KS, 2015b)

Verktøyet skal sørge for at implementering av velferdsteknologiske løsninger blir brukervennlige og at tjenestene blir mer effektive ved å benytte tjenstedesign, gevinstrealisering og forankringsarbeid. Implementering av innovative tjenester i helse- og omsorgssektoren kan kreve organisasjonsendringer og ved hjelp av veikartet skal offentlige tjenester være bedre rustet mot fremtidens utfordringer (KS, 2015b).

Når man skal bedømme om en innovasjon utgjør en forbedring trengs det måleredskaper og kriterier, og innen offentlig sektor byr dette på utfordringer, blant annet fordi det er uklarheter rundt innovasjonsbegrepet. Ifølge Willumsen et al. (2019) er det flere grunner til dette, blant annet er det vanskelig å avdekke hvor omfattende innovasjonsaktivitetene er, hvem som har ansvar for dem og dessuten er det problematisk å sammenlikne på tvers av sektorer da organiseringen i kommunene er forskjellige. Dersom man skal kunne bedømme om en innovasjon er vellykket, trengs det et felles og omforent sett av kriterier (Willumsen et al., 2015:39). I innovasjonslitteraturen som omhandler velferdsteknologi snakker man ofte om gevinstrealisering. Dette er en metode for å sikre at prosjektet oppnår ønskede mål og dokumenterer oppnåelsen av disse, og gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram har det blitt utarbeidet tre rapporter som synliggjør mulige og forventede gevinster ved innføring av velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2015, 2017, 2021a). Gevinstrealisering gjennomføres for å sikre at prosjektet oppnår ønskede mål og dokumenterer oppnåelsen av disse. Det handler om å planlegge, gjennomføre og følge opp tiltak for å sikre realisering av gevinster og måloppnåelse. God planlegging, bred forankring og en felles forståelse er viktige kriterier for et vellykket gevinstarbeid (KS, 2015b).

Sosial innovasjon

Innovasjon er i seg selv komplekst og mangfoldig. I offentlig sektor er innovasjon de senere årene blitt koblet tett til et sosialt aspekt, som på mange måter kan sies å kjennetegne menneskers helse og velferd (Willumsen et al., 2020). For å kunne håndtere stadig mer komplekse sosiale behov i befolkningen må offentlig sektor være innstilt på sosial innovasjon (Hean, 2015; Totcheva et al., 2019). Det sosiale aspektet handler dels om at innovasjonen er rettet mot å møte sosiale utfordringer i samfunnet, og samtidig peker det på at innovasjon skapes gjennom nye sosiale samarbeidsflater og konstellasjoner (Willumsen et al., 2015). En sosial innovasjon må forankres i sosiale mål og sosiale prosesser. Ny kunnskap vil da kunne oppstå

gjennom en samproduksjon gjennom nye sosiale relasjoner og tverrfaglig samarbeid (Hean, 2015; Willumsen et al., 2020).

Murray et.al (2010 referert i Hean, 2015) definerer sosial innovasjon på følgende måte:

Social innovation is about new ideas that work to address pressing unmet needs. We simply describe it as innovations that are both social in their ends and in their means. Social innovations are new ideas (products, services and models) that simultaneously meet social needs (more effectively than alternatives) and create new social relationships or collaborations. (Hean, 2015:153)

Fuglesang (2008) lanserte begrepet «innovation with care» som innebærer at innovasjon blir sett på som noe som foregår blant mange aktører med ulike perspektiver, ideer og kulturer som må veves nøye sammen for å oppnå fordelene med innovasjon (Fuglsang, 2008). Sosial innovasjon avhenger av at det skapes et miljø der aktører fra forskjellige fagområder føler det er trygt å dele og samprodusere ny kunnskap (Hean, 2015). Ansatte må forberedes på å delta i denne prosessen, ved at de tilegner seg ferdigheter, kompetanse og verdier innen samarbeidspraksis som gjør det mulig å krysse fagområdegrensene. Ved å tilegne seg innovasjonskompetanse kan de få trening i å identifisere innovasjonsprosesser og være en samarbeidspartner i ulike faser i innovasjonsprosessen (Hean, 2015). Hean (2015) skriver videre at den enkelte profesjon innehar ulik kunnskap og ferdighet som er egenartet, og for andre profesjoner vil det fremstå som koder. For å oppnå sosial innovasjon må disse kodene gjøres tilgjengelig for andre profesjoner slik at man oppnår en forståelse på tvers av fagområder. Profesjonene må da ha verdier og kompetanse som gjør det mulig å samarbeide på tvers av fagområder. For å lykkes er det nødvendig med en systemtilnærming til sosial innovasjon, fordi enkeltpersoner ikke arbeider isolert (Hean, 2015), og det vil være i fellesskapet man kan finne meningsfull anvendelse for innovasjonen og implementering ut i tjenestene (Willumsen et al., 2020).

For å lykkes med sosial innovasjon må det tas hensyn til at ulike drivkrefter vil være til stede. Her er den menneskelige komponenten sentral, både ledere, ansatte og brukere av tjenestene. De samme drivkreftene kan også være barrierer, man kan ha aktive ansatte som gjerne vil bidra i implementering av medisindispensere, men som mangler lederstøtte. Andre barrierer kan være at det ikke er avsatt nok ressurser eller at det ikke er sterke nok insentiver, hverken blant ansatte

eller i organisasjonen som helhet (Bugge & Skålholt, 2015; Ringholm & Holmen, 2019). Hindringer for tverrfaglig samarbeid kan også oppstå dersom den enkelte profesjonsutøver frykter at man vil miste makt dersom man deler av sin kunnskap med andre fagfolk. Profesjonsutdanningene viderefører og forsterker den makten som ligger i profesjonens kunnskap. En utdanning gir ikke bare fagkunnskap og ferdighet, men er også en prosess der man sosialiseres inn i profesjonens verdier, kjennetegn og selvbilde (Hean, 2015).

En kommunal innovasjon kan ha sitt utspring fra ulike motivasjoner. Innføring av velferdsteknologi vil være sammensatt, fordi man både ønsker å skape nye og velfungerende tjenester, samtidig opprettholde eller bedre arbeidsforholdene til de ansatte og også legge til rette for utvikling (Ringholm, 2015). Ved innføring av medisindispenser i hjemmesykepleien vil formålet med innovasjonen være å forbedre kvalitet og effektivitet i tjenestene (Helsedirektoratet, 2015). Når vi skal forholde oss til velferdsteknologi, handler det både om relasjonene mellom tjenesteytere og tjenestemottakere og om forholdet til den tekniske innretningen/hjelpemiddelet. Selv om teknologi kan spille en sentral rolle som driver av innovasjonsprosessen, skal innovasjonene respondere på vitale menneskelige behov, redusere ulikheter og motvirke sosial eksklusjon (Willumsen et al., 2020). Sosiale innovasjoner skal ivareta felles goder ved at de skal være nyttige, relevante og anvendbare i praksis (Willumsen et al., 2020:28). Det må derfor stilles spørsmål om innovasjonen primært skal ivareta mål om effektiv ressursanvendelse og kostnadsbesparelse, eller om det også er det sosiale aspektet som skal ivaretas og bidra til kvalitet i tjenestene (Willumsen et al., 2020).

3.3 Læring i organisasjoner

I takt med et stadig større fokus på at sosial innovasjon er nøkkelen til å utvikle, og kanskje redde velferdssamfunnet, er det et tilsvarende økende fokus på innovasjonsforståelse som involverer læring og samskaping (Wegener, 2020:67). Mange innovasjonsstrategier er basert på en forståelse av at innovasjon som kompetanse kan læres, og da gjerne som en del av en utdanning (Wegener, 2020). Læring kan forstås som etablering og endring av mønstre av årsak – virkningssammenhenger som sier noe om hvordan vi mener verden fungerer, og hvordan vi kan håndtere problemer vi må løse (Irgens, 2007:53).

I definisjonene om læring er det to element, det ene dreier seg om kunnskap, den andre om handling (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Wegener, 2020). Videre har alle teorier om læring det

til felles at de tar utgangspunkt i at enhver læringsprosess starter med en påvirkning utenfra, ved at individer ser noe, hører noe, eller opplever noe som man begynner å fundere på hva er og hva betyr (Irgens, 2007; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at læring kan ses på som en prosess der læringen går fra individnivå og til organisasjonsnivå (se fig. 6). Også Irgens (2007) fremstiller læring som en prosess som går fra individuell til organisatorisk læring, og referer til en modell laget av Forsberg, Lundmark og Wåglund (1989). Opprinnelig var dette en trinnvis modell som kun gikk i en retning, men Irgens (2007) skriver at i virkeligheten vil en læringsprosess veksle mellom de ulike fasene.



Figur 6 - Lærings sirkel - sammenheng mellom læring på individ- og organisasjonsnivå (Jacobsen & Thorsvik, 2013:355)

For å sikre at læring finner sted må ansatte oppleve en relevans for den jobben de gjør i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det kan blant annet omhandle hvilke handlingsteorier vi allerede har som vi «kobler» på den nye viten, vår tidligere erfaring, vår evne til å utforske den kunnskapen vi allerede har, vår nysgjerrighet overfor temaet (Irgens, 2007). Videre må læringen som skjer på individnivå spres til andre i organisasjonen, og i arbeidslivet blir det den enkeltes evne til å argumentere for sine synspunkter, overbevise kollegaer og få gjennomslag for å prøve ut ideer viktig. Like viktig blir de kontekstuelle faktorene, som arbeidsmiljøet på arbeidsplassen, holdningene til endring, maktforhold, ledelsens evne til å inspirere og til å legge til rett for utprøving, tid og andre ressurser som stilles til disposisjon (Irgens, 2007; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Til sist at det er en sammenheng mellom det individene tilegner seg av kunnskap, og hvilken strategi og atferd man legger opp til på kollektivt nivå i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013:320). En lærende organisasjon er avhengig av menneskene i organisasjonen, fordi en organisasjon per definisjon ikke kan lære, det er bare individene som kan lære. Individuell læring vil nødvendigvis ikke vises i synlig atferd, det kan også være at vi har tilegnet oss en kapasitet til å handle på en

bestemt måte (Irgens, 2007). Organisasjonslæring derimot kan observeres ved at det har skjedd en endring. En endring som ikke bare innebærer korrigerende avferd, men det kan også være endring av styrende verdier og strukturer. For at organisasjonen skal fremstå som lærende, må den bestå av individer som har evnen til, og er villige til å lære. I tillegg må det enkeltmenneskene lærer spres til andre i organisasjonen, både ved at det spres innad i ulike grupper og mellom grupper (Argyris, 1977; Jacobsen, 2012).

Læring på individnivå

Det er ulike teorier om individuell læring. Alt fra enkel teori som omhandler hvordan mennesket lærer ved å bli utsatt for en type stimuli. En læringsteori som omtales som klassisk betingning. Innen organisasjonslæring, knyttes menneskets atferd til hvilke konsekvenser atferden vil ha, og kalles operant betingning (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at mye av tenkningen i organisasjonsteori er knyttet til belønning, og omhandler et enkelt resonnement om at belønning for ønsket atferd gjør at individene vil gjøre mer av dette. Motsatt dersom man blir straffet for uønsket atferd, vil dette bortfalle etter hvert. Denne type teori sier lite om hvordan mennesker tilegner seg, bearbeider og benytter kunnskapen. Her vil kognitiv læringsteori og sosial læringsteori utfylle bildet (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Denne type teorier ser på hvordan ytre påvirkning omformes til informasjon og hvordan denne informasjonen blir organisert og lagret i hukommelsen. Videre hvordan læring kan skje i samspill med andre der man kan lære av hverandres erfaringer. På denne måten vil læringen i større grad fremstå som sosial og kontekstuell (Espedal & Kvitastein, 2012; Irgens, 2007; Jacobsen & Thorsvik, 2013). For å kunne forstå denne type læring må den forstås i lys av de forhold den foregår under (Irgens, 2007).

Av de mest benyttede teoriene om individuell læring er det som omtales som enkel- og dobbelkretslæring, utviklet av Argyris og Schön (1974 referert i Jacobsen og Thorsvik, 2013). *Enkelkretslæring* er den enkleste form for erfaringsbasert læring, der mål eller verdier styrer atferden (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det innebærer at individer og organisasjoner kan gi erfaring og informasjon mening ut fra en gitt ramme eller handlingslogikk. De blir bedre på det de allerede kan; det vil si at de utvikler kompetanse og blir mer effektive i forhold til gjeldende mål, strategier, rutiner og aktiviteter på grunnlag av en kontinuerlig vurdering av løpende praksis. Enkelkretslæring handler om at en justerer praksisen når en ikke oppnår de ønskede

eller pålagte resultatene, og innfører nye arbeidsmåter eller rutiner. Dersom en oppnår ønskede resultater, vil en fortsette med den nye praksisen og organisasjonen har lært noe (Espedal & Kvitastein, 2012; Jacobsen, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Individer og organisasjoner kan imidlertid ha en mer reflektert holdning. Ved at det stilles spørsmål til etablerte sannheter, gjør det noe med de grunnleggende verdiene, forutsetningene og overbevisningene. Det vil da oppstå *dobbeltkretslæring*. Dette kan oppstå hvis enkelkretslæring ikke gir ønsket resultat. En slik reflektert holdning innebærer at aktører nytolker tidligere praksis og utforsker framtidig praksis. Med andre ord forholder de seg søkende, prøvende og utforskende til erfaringer og ideer. Dette kan igjen lede til endring av handlingslogikker eller fortolkningskjemaer (Espedal & Kvitastein, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Den trinnvise modellen gjengitt i Irgens (2007) viser hvordan enkeltindividet tilegner seg kunnskap gjennom påvirkning utenfra, hvordan det skjer en innlæring, videre hvordan man bruker den innlærte kunnskapen og bygger videre på den til man skal i bruk den man har lært. Hvilken innstilling individet har til læring blir viktig. De viktigste forutsetninger for å lære er viljen til å lære. Det innebærer at man må oppsøke læringssituasjoner som stiller den enkelte overfor nye utfordringer (Irgens, 2007). Noe av læringen vil skje i situasjoner der den enkelte ansatte står alene. Det kan for eksempel være at man er i situasjoner der man skal løse en oppgave uten å ha klart for seg hvordan man går frem. I slike situasjoner er læringen i hovedsak individuell, i og med at man ikke samhandler med andre for å finne frem til nye løsninger (Irgens, 2007). Noen mennesker oppsøker situasjoner som gir muligheter til læring med hensikt, da det kan gjøre den enkelte dyktigere i sin profesjonsutøvelse. Andre skjærer seg så godt de kan. Enkelte tviholder på de gamle arbeidsoppgavene og de kjente rutineene, mens andre er stadig på søken etter noe nytt. Noen har et bevisst forhold til hva de velger bort av utviklingsmuligheter, mens andre igjen er stivnet i mønstre de selv kanskje ikke er klar over (Irgens, 2007). Dette kan komme av for liten forkunnskap, noe som kan gi utslag i større skepsis nyskapinger (Dugstad et al., 2015). Dugstad et al. (2015) viser til at det er en sammenheng mellom hvilken bakgrunnsinformasjon og opplæring ansatte får og den forståelsen den enkelte utvikler for hvordan innovasjonen vil kunne fungere i tjenesten.

Læring på organisasjonsnivå

Organisatorisk læring er mer enn summen av enkeltpersoners læring (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det er flere definisjoner på organisasjonslæring. Levitt og March (1988) tar utgangspunkt i tre studier knyttet til atferd i organisasjoner og sammenfatter dette i følgende definisjon: «Organizations are seen as learning by encoding inferences from history into routines that guide behavior» (Levitt & March, 1988:320), men Argyris (1977) har definert organisasjonslæring på følgende måte: «Organizational learning is a process of detecting and correcting error» (Argyris, 1977:116). Ifølge Garvin (1993) er det mange ulike oppfatninger av hvordan læring i organisasjoner oppstår. Noen mener det handler om endring i atferd, mens andre viser til at endret tenkemåte er tilstrekkelig. Videre er det de som mener informasjonsbehandling er den avgjørende mekanismen, mens andre foreslår organisatoriske rutiner (Garvin, 1993). Fellestrekk er at det handler om tilegnelse av informasjon, kunnskap og forståelse i organisasjonen som vil føre til endring i atferd. Dette kan være endrede, eller nye, rutiner og prosedyrer (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Levitt og March (1988) trekker frem at organisasjons læring er basert på tre punkter: 1) Atferd i organisasjoner er basert på rutine, der man er mer opptatt av at atferden er legitim enn om den er etter intensjonen. 2) Organisasjons handlinger er avhengig av tidligere erfaringer, heller enn forventninger om fremtiden. Den siste 3) organisasjoner er orientert mot mål, der de ser på forholdet mellom resultatene og de ambisjonene som foreligger. Ut fra dette blir organisasjoner sett på som lærende ved å kode påvirkning fra historien til rutiner som styrer atferd (Levitt & March, 1988:320).

Garvin (1993) legger til grunn at læring i organisasjoner kan deles inn i fem faser: 1) Systematisk problemløsning der man ved bruk av ulike vitenskapelige metoder avdekker problemer. På denne måten å unngå synsing og meninger. 2) Eksperimentering med nye tilnærminger der man ikke bare leter etter hvordan man kan løse eksisterende problemer, men også ser etter ny kunnskap. 3) Læring fra egne erfaringer og tidligere historie, ved å gjøre dette systematisk vil man både kunne unngå tidligere feil, men også kunne utnytte det man har lyktes med tidligere. 4) Læring av andres erfaringer og «beste praksis». Ved å se på tilsvarende organisasjoner kan man lære av andre, hvordan de har lyktes eller mislykkes. 5) Hvordan

kunnskap blir overført i organisasjonen. En ide har større innflytelse dersom den spres blant mange ansatte (Garvin, 1993).

En organisasjons evner og rutiner for å ta i bruk ny kunnskap på en effektiv måte er en viktig forutsetning for å oppnå god organisasjonslæring (Bredal, 2002). Hvis organisasjonen skal lære, må det gjøres noe som forankrer læringen i organisasjonen og gjør den mindre avhengig av enkeltpersoner (Irgens, 2007:56). Opplæring igjennom arbeidslivet har som regel til hensikt at ansatte skal tilegne seg kunnskap som skal komme organisasjonen til gode. Organisasjonen skal endre sine handlingsmåter og settes i stand til å utføre arbeidsoppgaver og håndtere utfordringer på en ny og bedre måte, uten at det er avhengig av de enkeltindivider som først tilegnet seg den nye kapasiteten. Den kollektive atferden er endret, eller kan endres hvis situasjonen tilsier det (Irgens, 2007). Utfordringen er at mye av læringen som finner sted skjer kun hos enkeltindivider. De oppnår dermed en kunnskap som vil være skjult for andre, såkalt taus kunnskap. En kunnskap som er utviklet over tid, ting som man bare vet og som er vanskelig å sette ord på. En av de største utfordringene for å oppnå organisasjonslæring er å få avdekket og spredt den tause kunnskapen til hele organisasjonen slik at den kommer til nytte (Jacobsen, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Å skape kunnskap innebærer både å legge til rette for relasjonsbygging og dialog, og å utvikle en felles kunnskapsbase for hele organisasjonen, på tvers av geografiske og kulturelle grenser (Krogh et al., 2014:18).

Newell et al. (2009) viser til at gjennom prosjektarbeid vil man kunne kreere en fleksibel organisasjon der ulike ansatte er satt sammen for å adressere et spesielt problem på en måte slik at man kan overvinne kunnskapsutfordringer, ved å implementere kunnskap for så å skape nye idéer. Wegener (2020) ser på hvordan man kan koble innovasjon og læring og presenterer to ulike måter å tilnærme seg dette, og to ulike måter å se på hvordan organisasjonen tilegne seg ny kunnskap og bruker denne i det daglige. Den ene er å se på innovasjon og læring som en kontinuerlig prosess som har sitt utspring i hverdagen. Dette samsvarer også med Newell et al. (2009) som skriver at for å lykkes må prosjektene være knyttet opp til allerede eksisterende praksis i organisasjonen. Den andre måten som Wegener (2020) viser til er at man aktivt tar utgangspunkt i en idé, og man ønsker at innovasjon skal utgjøre en endring i forhold til det eksisterende. Dette i motsetning til Newell et al. (2009) som mener prosjekter som er for ulikt eksisterende praksis, vil gjøre det vanskelig for organisasjonen å lære av prosjektet.

4 Metode

I dette kapitlet vil jeg først presentere min forforståelse, hvilke erfaringer og kunnskap jeg har som kan ha vært med på å påvirke blant annet spørsmålene i intervjuguiden, og hvordan spørsmålene har blitt stilt, samt hvordan jeg har tolket datamaterialet. Videre blir den vitenskapsteoretiske forankringen i oppgaven presentert, og hvilken metode som er benyttet for å innhente empiri. Jeg presenterer utvalg, og rekrutteringsprosessen, samt hvordan datainnsamlingen ble gjennomført. Det er viktig å synliggjøre hvilken metode som er benyttet, fordi det er fremgangsmåten for å få informasjon om den virkeligheten som ønskes undersøkt (Johannessen et al., 2016). Til sist i kapitlet forklarer jeg hvordan jeg har bearbeidet og analysert datamaterialet, hvordan jeg har forsøkt å ivareta studiens kvalitet og diskuterer etiske problemstillinger knyttet til forskningsprosessen.

4.1 Egen forforståelse

Sykepleierne som deltok i prosjektet har sin forforståelse av dette temaet, på lik linje med at jeg som forsker hadde med meg en forforståelse. Gadamer (referert i Thomassen 2018) kaller dette for fordommer, og begrunner det med at våre fordommer gjør oss i stand til å forstå noe. Med bakgrunn i den allerede eksisterende forståelsen ser vi etter mening i det som møter oss, også i møte med det ukjente (Thomassen, 2018). For å sikre at forskningen fremstår som pålitelig er det viktig å synliggjøre hvordan egen forforståelse kan komme til uttrykk (Tjora, 2021).

I denne studien har jeg møtt det nye, og kanskje ukjente, med bakgrunn i min forforståelse. Forforståelsen er et produkt av erfaringer, i tillegg til at den er preget av tiden og samfunnet vi lever i (Bukve, 2016:29). En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver (Malterud, 2002). Ikke alle perspektivene vil være like relevante for problemstillingen jeg ønsker å belyse. Derfor får mitt perspektiv og posisjon stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Nilssen (2012) skriver at det er tre ulike typer forforståelse. *Språk* blir sett på som det viktigste elementet i forforståelsen. Det gir oss verktøy og rammer for å forstå eller begripe verden (Bukve, 2016; Nilssen, 2012). En annen type forforståelse er knyttet til *tro og ideer*. Dette vil kunne sette rammen for hva som oppleves problematisk, og dermed bli bestemmende for hva man ønsker å vite noe om og bidra til å definere problemstillingen. Til

sist er *personlige opplevelser* viktig for forforståelsen. Disse vil selvfølgelig være ulik fra forsker til forsker, og avhenger av miljøet de har levd i (Nilssen, 2012).

Min forforståelse vil være preget av tre ulike forhold; min utdanning, prosjekterfaring knyttet til velferdsteknologi og min yrkeserfaring. Jeg er utdannet vernepleier. Igjennom utdanningen, og senere yrkespraksis, har jeg lært og praktisert viktigheten av å fremme muligheten for selvbestemmelse, deltakelse og mestring i hverdagen uavhengig av funksjonsnivå. Jeg anser derfor velferdsteknologi som et interessant tilskudd til de ordinære helsetjenestene. Teknologien kan være et supplement til det som allerede er, og fremstå som et alternativ som kan gi mennesker en større mulighet til å oppleve mestring i egen hverdag.

Innledningsvis nevnte jeg at jeg har vært en deltaker i både en kommunal, og en interkommunal prosjektgruppe som har jobbet med velferdsteknologi (se pkt. 1.1). Det interkommunale prosjektet har også vært tilknyttet Nasjonalt velferdsteknologiprogram (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Prosjektarbeidet har gitt meg bred kunnskap om velferdsteknologi, i tillegg til kompetanse om implementering av velferdsteknologi, blant annet ved metoder knyttet til bruk av «Veikart for tjenesteinnovasjon» (se pkt. 3.2.). Deltakelsen i prosjektarbeid med velferdsteknologi over flere år har gjort at jeg forstår ulike begreper knyttet til velferdsteknologi på en bestemt måte. I tillegg vil det bidra til at jeg plasserer velferdsteknologi inn i en ramme ut fra det som er presentert og gjennomgått i prosjektet. Prosjektarbeidet har gitt meg en mulighet til å få inngående kunnskap om et område, både med tanke på muligheter og utfordringer. En kompetanse som har fått utvikle seg over år, og som i stor grad påvirker min forståelse av velferdsteknologi. Det vil derfor være som Nilssen (2012) skriver, at forståelsen av et fenomen vil være innenfor den referanserammen man har, og andre vil ha en annen ramme.

Det siste som kan ha påvirket min forståelse av dette temaet er at jeg har flere års erfaring som mellomleder innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette gjør at jeg er godt kjent med de utfordringene kommunene står overfor med rekruttering av kvalifisert personell. I tillegg blir kommunene utfordret på hvordan man yter tjenester, blant annet med mulighet for innføring av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, 2013; NOU 2011:11). I kommunene ser man etter måter å levere gode tjenester med de ressursene som finnes, men de må også være villig til å tenke annerledes. Dette i tillegg til at vi lever i en mer digitalisert

hverdag, der vi omgir oss med stadig mer teknologiske løsninger. Velferdsteknologi vil derfor sannsynligvis være en del av fremtiden, både fordi det vil være et supplement til helsetjenestene slik de fremstår, men også fordi overgangen fra å bruke teknologi i hverdagen til å ta det i bruk i form av helsetjenester ikke vil være så stor i årene som kommer.

Min forforståelse knyttet til utdanning og erfaring, samt faglig interesse for velferdsteknologi har bidratt til å definere både valg av tema for masteroppgaven, problemstilling og forskningsspørsmål. Min egen utdanning og yrkeserfaring kan ha vært med på å påvirke ulike valg, og kan beskrives som de brillene jeg som forsker har på meg (Tjora, 2021). Ideen om en masteroppgave ble til som et resultat av min forforståelse, der jeg ønsket å fokusere på en av de yrkesgruppene som, spesielt de siste årene, har vært mye fremhevet som mangelvare, og knytte dette opp mot velferdsteknologi. En kombinasjon av punktene over vil også danne grunnlag for utvelgelsen av data og hvordan det presenteres. I tolkningen av data vil følgelig min forforståelse gjøre at jeg kanskje har sett det som underbygger min oppfattelse av velferdsteknologi, og tillagt det mest mening. Jeg har imidlertid etter beste evne forsøkt å være bevisst på dette, og løfte frem informantene, deres erfaringer og meninger i analysen og drøftingen av resultatene.

4.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Helse- og sosialfagene har tradisjonelt stått i et skjæringspunkt mellom ulike vitenskapsteoretiske retninger, og dette gjelder også for sykepleiefaget. Det har vært en dreining de siste tiårene fra den typiske positivistiske tankegangen der man var ute etter å forklare, over til hermeneutiske og fenomenologiske teorier der man skulle kunne forstå (Thomassen, 2018:151). Teknologi på sin side knyttes ofte til naturvitenskapene, som er opptatt av målbare størrelser, og det kan beskrives ut fra rent mekaniske årsakssammenhenger. Naturvitenskapen skal finne lovmessigheter og på den måten kunne forutsi hendelser og dermed gi en mulighet til å gripe inn i forhold til dem (Thomassen, 2018:139).

Bak mange velferdsteknologiske hjelpemidler er målsettingen nettopp å minimere uønskede hendelser. Når en tjenestemottaker får tilbud om bruk av medisindispenser, er antakelsen at personen trenger bistand for å ikke glemme å ta medisiner, ikke ta feil medisiner, ikke ta for mye medisiner og/eller ta medisin til riktig tid (Isaksen, 2017). Ved å benytte medisindispenser kartlegges tjenestemottakeren slik at medisindispenseren stilles inn slik at denne type hendelser

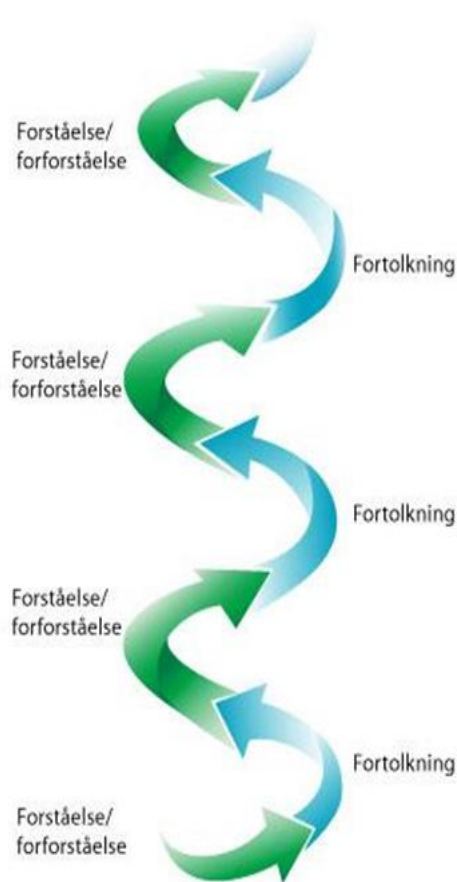
minimeres, og ønske er at de blir helt borte. En slik tankemåte kan problematiseres ved å si at så lenge det er mennesker som skal ta medisinene må man også se på andre omstendigheter som er rundt, tjenestemottakerens egenopplevelse ved bruk av medisindispenser, spørsmål knyttet til trygghet og forståelse i bruk av medisindispenser, en type kunnskap som Thomassen (2018) mener krever større grad av forståelse og fortolkning. Ifølge Hofmann (2012) var mange skeptiske til velferdsteknologi fordi den ville bli brukt som en erstatning for nærhet, omsorg og menneskelige relasjoner. Dette fordi teknologien retter oppmerksomheten mot instrumentelle verdier som produktivitet og effektivitet, og går på bekostning av andre viktige fenomen som sårbarhet, verdighet og mestring. Det kan oppleves som om velferdsteknologi skal jobbe mellom to ulike kulturer, som på den ene siden omhandler forklaring og instrumentelle verdier, mens på den andre siden står forståelse og relasjonelle verdier (Hofmann, 2012).

Det er snakk om behovet for flere varme hender i helsesektoren i tiden som kommer, og velferdsteknologi har blitt introdusert som en mulig løsning på fremtidens store mangel på kvalifisert helsepersonell. Når varm omsorg møter kald teknologi blir ofte motsetningen mellom disse tatt opp (Nakrem, 2021). For å kunne studere implementering av medisindispenser i hjemmesykepleien vil det derfor være viktig å ha en forståelse for denne motsetningen. Ved å benytte en hermeneutisk tilnærming for å få en forståelse av sykepleiernes erfaringer med implementering av medisindispenser i hjemmesykepleien (Thomassen, 2018; Thornquist, 2003), vil formålet være å øke innsikten slik at det i innovasjonsprosesser i kommunene kan tas hensyn til denne motsetningen.

En av grunntankene i hermeneutikken er at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger (Nilssen, 2012; Thomassen, 2018). Vi har alle levd et liv som gjør at vi i nåværende situasjon vil forstå og fortolke mening med et fenomen innenfor en kontekst, en sammenheng, ut fra det vi har erfart tidligere. Opplevelser, kunnskap, tanker og handlemåter videreføres, og vår forforståelse blir preget av forestillinger og tankegods som er overlevert fra fortiden. Vi tar dette med inn i møte med nye situasjoner og gjør det til vårt eget (Thomassen, 2018). Det er sykepleiernes forståelse som er med på å danne grunnlaget for de erfaringene som kommer frem i studien. Og avhengig av hvilken forforståelse den enkelte har, vil det gi mulighet til å tolke meningen med sentrale tema i forbindelse med intervjuene (Nilssen, 2012). Ved å benytte meg av en hermeneutisk tilnærming er jeg ikke bare ute etter å forklare, men jeg vil

også forsøke å forstå hvordan sykepleiernes erfarer innføring av medisindispenser i hjemmesykepleien.

Videre i oppgaven vil dette komme til uttrykk ved at jeg tilegner meg ny kunnskap og forståelse om tema, men med utgangspunkt i den allerede eksisterende forforståelsen. Jeg startet studien med min forståelse av temaet. Etter hvert som prosessen skred fremover, skaffet jeg meg større innsikt i dette temaet. Dette kan forklares som en pendel/spiralbevegelse mellom den horisonten som var der i utgangspunktet og den horisonten jeg ønsket å forstå. Denne utviklingen av forståelse omtales ofte som den hermeneutiske spiral (se fig. 7) (Bukve, 2016; Thomassen, 2018).



Figur 7 - Hermeneutiske spiral

Jeg begynte med en forståelse av temaet før jeg utarbeidet prosjektet, laget en intervjuguide, gjennomførte intervju og analyserte det transkriberte datamaterialet. Hvert transkriberte intervju ble gjennomgått, og jeg tolket de ulike delene av teksten. Underveis i en hermeneutisk prosess vurderes det om delene kan tolkes ut fra forståelsen som man har om temaet, eller om de nye delene bidrar til å skape en ny eller endret forståelse av temaet (Bukve, 2016; Thomassen, 2018). Etter hvert som prosessen beveger seg framover, vil delene gli inn i forforståelsen vår, og vi beveger oss oppover på spiralen (Nilssen, 2012; Thornquist, 2003). Hver informant bidro med ulike deler, og basert på min tolkning av de ulike delene, ble de satt i relasjon til hverandre og knyttet sammen i en helhetlig forståelse som kommer til syne i analysen. Hvorvidt fortolkningen er god eller rett er det ingen garanti for, siden den begrunnes ut fra andre fortolkninger (Thomassen, 2018). Siden jeg i denne studien har benyttet medforskning (se nærmere beskrivelse i pkt. 4.4), har også medforskerne bidratt med ulike deler som kunne skape en ny forståelse gjennom sine innspill. En

hermeneutisk tilnærming har åpnet opp for en dypere og endret forståelse av meningen ved datamaterialet (Thomassen, 2018).

4.3 Forskningsmetode

I denne oppgaven har det vært viktig å benytte en metode som gav mulighet til å utforske og beskrive sykepleiernes erfaringer med implementering av medisindispenser i hjemmesykepleien, forståelsen av hva medisindispensere er, og hvordan dette har påvirket deres arbeidshverdag. Jeg valgte derfor å benytte meg av intervju som metode. Intervju egner seg godt når formålet er å få en dypere forståelse for meninger, holdninger og erfaringer, samt at det åpner opp for at problemstillingen kan belyses fra ulike sider (Tjora, 2021).

Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å få tak i personens egne tolkninger og meninger med fenomenene de selv beskriver (Johannessen et al., 2016), og intervju gir en god anledning til at informantene får frihet til å uttrykke seg om et tema. Målet var å få til en setting mellom informantene og meg som forsker, som gav rom for en relativt fri samtale. Ved å bruke en intervjuguide ville intervjuet kretse rundt temaer som jeg hadde lagt opp til på forhånd, men samtidig at informantene fikk mulighet til å ta opp temaer eller komme med innspill som de opplevde som relevant. Dette kan kalles en semistrukturert eller delvis strukturert intervjuguide (Johannessen et al., 2016; Tjora, 2021). Hensikten med en kvalitativ undersøkelse er ikke å få generaliserbare funn, men målet er allikevel at det skal gi kunnskap som kan brukes av andre og således har en overføringsverdi (Johannessen et al., 2016).

Digital forskningsmetode

Det er ikke til å unngå å nevne koronapandemien når jeg skriver en masteroppgave i 2022, og som en følge av den var det avgjørende å finne en alternativ metode for å gjøre innsamling av empiri. For å kunne gjennomføre en kvalitativ studie ble det nødvendig å finne en digital plattform som kunne benyttes for gjennomføring av intervju. Jeg valgte å benytte Teams. Fordelen etter å ha vært igjennom pandemien er at de aller fleste har blitt fortrolig med å bruke ulike digitale plattformer for kommunikasjon. Å invitere til digitalt intervju kan gjøre det lettere å rekruttere informanter fordi: 1) intervjuet kan gjennomføres i arbeidstiden ut fra en tanke om at man kanskje vil bruke noe kortere tid, 2) informantene kunne gjennomføre intervjuet hjemme i egen stue, eller andre steder de måtte ønske, og 3) avstand blir ikke like avgjørende, og det har vært mulig å rekruttere informanter som har bodd litt lengre unna (Tjønndal & Fylling,

2021). Det å bruke Teams som arena for intervju har også gjort at jeg ikke har hatt noen ekstrakostnader knyttet til selve innsamlingen av data. Jeg har også hatt mulighet til å tilpasse intervju til andre aktiviteter, og jeg har kunnet forholde meg til samme arena for hvert intervju.

4.4 Medforskning

I min oppgave har jeg benyttet meg av medforskning. Dette er en forskningsmetode som innebærer at istedenfor å forske på, kan man forske sammen med de forskningen angår (Askheim et al., 2019; Østby & Haugenes, 2019). For å lykkes med medforskning er det viktig at tema og forskningen gir en opplevelse av eierskap for de som deltar som medforskere. Tema må være relevant og fremme medforskernes interesser, samtidig som de opplever at det er noe som mangler uten deres vinkling (Østby & Haugenes, 2019). Bakgrunnen for at jeg ønsket å benytte meg av medforskning var for det første å ivareta brukermedvirkning, dernest fordi det ville bidra til å øke troverdigheten i prosjektet mitt.

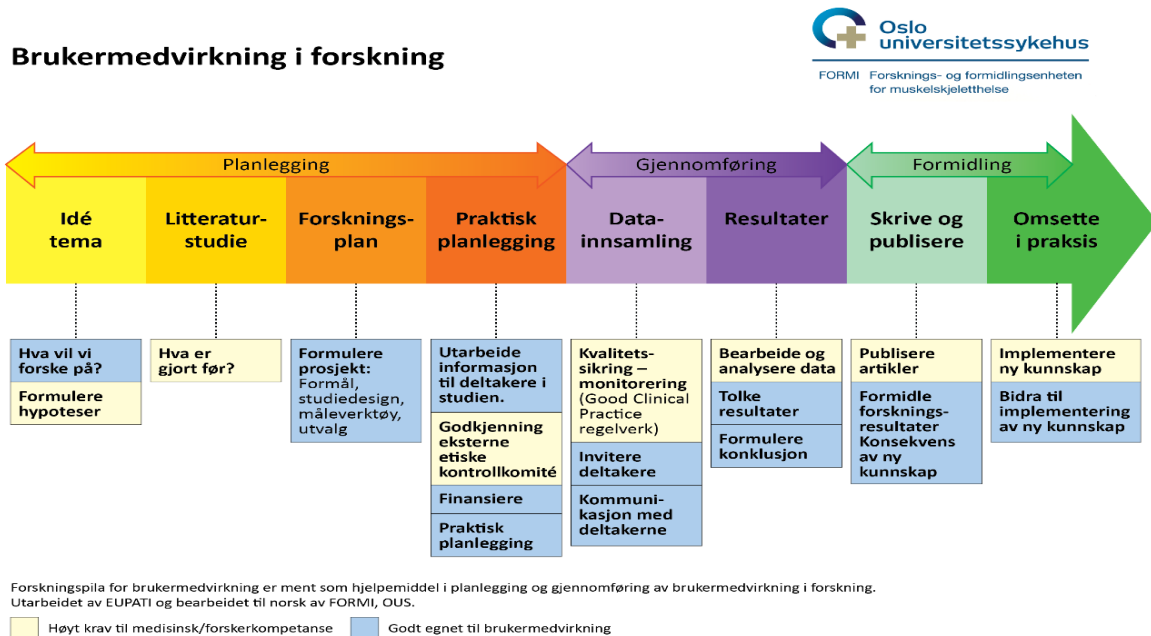
I forskningsprosesser knyttet til utvikling av helse- og omsorgsfagsfeltet har brukermedvirkning fått stadig større betydning dersom man skal lykkes (Tangvald-Pedersen & Høiseth, 2019). Ifølge Askheim et al. (2019) defineres begrepet «brukere» bredt. Ofte snakker man om brukere av velferdstjenestene, personer med brukererfaringer, de som mottar tjenester fra, i dette tilfellet, kommunen. I denne oppgaven tok jeg utgangspunkt i at sykepleiere ville anses som brukere, dette jamfør Askheim et al. (2019:17). Jobben i hjemmesykepleien påvirkes av nasjonale føringer for implementering av velferdsteknologi, deriblant bruk av medisindispenser. Dette er en innføring som vil medføre endringer i sykepleiernes arbeidshverdag.

Dernest ville medforskning bidra til å styrke troverdigheten til prosjektet mitt. Blant annet fordi: «Medforskerrollen kjennetegnes av at personen har en annen form for kunnskap, og at nettopp denne kunnskapen er etterspurt» (Lid & Rugseth, 2019:168). Ved å benytte meg av kunnskap fra sykepleiere som har jobbet i hjemmesykepleien og med medisindispensere, har jeg sikret at problemstilling og forskningsspørsmål er relevant for sykepleiere i praksisfeltet. Det vil gi en opplevelse av eierskap, bidra til økt treffsikkerhet for forskningen samt heve kvaliteten på studien (Askheim et al., 2019; Tangvald-Pedersen & Høiseth, 2019). Ved å kvalitetssikre spørsmål og begrepsbruk gjennom bruk av medforskere vil senere presentasjon av kunnskap,

gjennom min masteroppgave, oppleves som troverdig og gjenkjennelig for dem det angår (Askheim et al., 2019).

Gjennom deltakelsen i det interkommunale velferdsteknologiprojektet hadde jeg kjennskap til kommuner som hadde tatt i bruk medisindispenser. Tidlig i forskningsprosessen tok jeg kontakt med en avdelingsleder i en avdeling for hjemmesykepleie for å høre om mulige medforskere. Jeg fikk navn på to sykepleiere, og jeg sendte hver av sykepleierne en forespørsel på mail om deltakelse. I mailen beskrev jeg kort prosjektet og medforskning som metode. Jeg fikk raskt tilbakemelding fra begge sykepleierne om at de var positive til å være medforskere. Den ene sykepleieren hadde jeg tidligere vært i kontakt med i forbindelse med enkelte møter knyttet til velferdsteknologi der vi begge hadde vært deltakere. Hen hadde nå en deltidsstilling rettet inn mot implementering av velferdsteknologi i kommunen, i tillegg til stilling som sykepleier. Den andre sykepleierne hadde jeg ikke kjennskap til fra tidligere. Medforskerne hadde jobbet i avdelingen da medisindispenser ble innført og frem til i dag. De hadde begge hatt en rolle som superbrukere, og hadde derfor den kunnskapen om implementeringsprosessen som jeg var ute etter. Medforskerne i dette prosjektet var mest aktive i begynnelsen. Møtene ble avholdt digitalt via Teams, der begge deltok samtidig. Unntaket var et prøveintervju. Vi hadde også noe dialog via mail. Dette vil bli beskrevet nærmere i det følgende

Jeg har tatt utgangspunkt i at forskning er en prosess som går over flere faser (se fig.8).



Figur 8 – Brukermedvirkningspil (Oslo Universitetssykehus, 2017)

Østby og Haugnes (2019) viser til tre ulike former for inkluderende forskning, som er sammenfallende med det Bigby et al. (2014) refererer til som rådgivende, ledende og kontrollerende, og samarbeidende tilnærming. De ulike tilnærmingene representerer ulik grad av deltakelse i prosjektet (Bigby et al., 2014; Østby & Haugnes, 2019). I denne oppgaven valgte jeg en rådgivende tilnærming, noe jeg bestemte meg for tidlig i prosessen. Dette fordi organisering og omfang av samarbeid var mulig å gjennomføre innenfor rammen av en masteroppgave. Denne tilnærmingen inkluderer ikke brukerne i like stor grad i prosessen som de andre formene (Tangvald-Pedersen & Høiseth, 2019; Østby & Haugnes, 2019), men jeg valgte å gjøre denne avgrensningen på grunn av at prosjektet var en masteroppgave. Det var derfor naturlig at jeg som masterstudent hadde kontroll i mange av fasene i prosjektet. I tillegg visste jeg at medforskerne hadde en hektisk arbeidshverdag, og det var vanskelig å forvente at de skulle sette av mye tid og ressurser til min masteroppgave.

Planlegging og utarbeidelse av intervjuguide

Det første møtet med medforskerne var for å avklare hvilke muligheter de hadde for å bidra underveis i forskningen og i hvilke faser jeg ønsket innspill fra medforskerne. Problemstillingen hadde jeg utarbeidet på forhånd, og la ikke opp til at medforskerne kunne komme med innspill på den av grunner nevnt ovenfor. Det var likevel viktig å få avklart om medforskerne opplevde problemstillingen relevant eller ikke. Begge sykepleierne mente både tema og problemstilling var aktuell med tanke på å få frem sykepleiernes erfaringer. Både med tanke på at det blir satt fokus på deres arbeidshverdag, samt at problemstilling kunne belyse sider ved implementering av medisindispenser som kanskje var blitt underkommunisert tidligere. I gjennomgangen av intervjuguiden pekte medforskerne på noen punkter de mente var viktig det ble stilt spørsmål om; forankring, drivere i implementeringsprosessen, vedlikehold av tjenesten og muligheten for oppfølging av avvik. I tillegg mente de at også tjenestemottakere var viktig; hvor skal gevinsten hentes ut? Økt kvalitet for tjenestemottaker eller spart tid/ressurser for kommunen? Ut fra tilbakemeldingene gjorde jeg noen endringer på intervjuguiden. Medforskerne kom med innspill på mulige informanter, og pekte blant annet på at om jeg bare intervjuet ressurspersoner/superbrukere fikk jeg bare informasjon til de som var dedikerte til jobben med medisindispensere. Om jeg derimot fikk både ressurspersoner/superbrukere og «ordinære» sykepleiere antok mine medforskere at jeg ville få et mer nyansert bilde, og kanskje et mer

riktig bilde av de erfaringene som sykepleierne hadde med implementering av medisindispenser.

For å få tilbakemelding fra medforskerne på informasjonsskrivet som skulle sendes ut til aktuelle informanter, sendte jeg det over på mail og ba om skriftlig tilbakemelding. Medforskerne mente det ikke var behov for endringer, de mente det var informativt og forståelig slik det var satt opp. I tillegg ba jeg om en av de hadde mulighet til å stille opp til et prøveintervju. Jeg ønsket å teste ut intervjuguiden som jeg hadde utviklet og også bearbeidet på bakgrunn av deres tilbakemeldinger og etter tilbakemeldinger fra veileder. Prøveintervju ble gjennomført med en av medforskerne som om det var reelt. Det tok om lag 45 minutter. Intervjuguiden var ikke sendt ut i forkant av prøveintervjuet. I etterkant gjorde jeg ytterligere justeringer på intervjuguiden på bakgrunn av prøveintervjuet for å få et språk som informantene skulle kjenne seg igjen i og lettere kunne forstå.

Analyse av datamaterialet

Neste møtet med medforskerne var etter at jeg hadde begynt å bearbeide empirien fra de transkriberte intervjuene. Jeg ønsket tilbakemelding fra medforskerne på deres forståelse av dataen viste. Så de noe jeg ikke hadde sett, eller tolket de det på en annen måte? Ved å invitere medforskere inn fikk de mulighet til å komme med sine perspektiv i tolkning, forståelse og analyse av forskningsresultatene, noe som ville være med på å validere analyseprosessen (Melbøe & Gjertsen, 2019).

Den generelle tilbakemeldingen var at hovedfunnene var gjenkjennbare. Medforskerne opplevde underkategorier og kategorier som dekkende, og resultatene ganske forventet ut fra sin egen kjennskap til innføring av medisindispenser. De pekte spesielt på noen forhold:

- Var utvalget representativ med tanke på at de fleste informantene fremstod som positiv til innføring av medisindispenser?
- Betydning av turnover og vakante stillinger knyttet til kontinuitet i arbeidet med medisindispenser kommer ikke godt nok frem.
 - o Kunnskapen som enkeltansatte har tilegnet seg blir borte når de slutter.
- Formidle informasjon om rutiner/prosedyrer – vanskelig for enkeltansatte å kjenne til.

Avsluttende tilbakemelding fra medforskerne var å se på hvilke faktorer som er utslagsgivende når ting ikke fungerer, og hvordan kan vi klare å skape gode rutiner knyttet til drift som gjør at

alle drar i samme retning, uten at man er helt avhengig av enkeltpersoner/ressurspersoner. Tilbakemeldingene fra medforskerne blir synliggjort også i den avsluttende del av oppgaven.

Formidling

I dette prosjektet har jeg ikke valgt å benytte meg av medforskerne til formidling av resultater fra studien. Medforskerne vil få tilsendt en ferdig oppgave, og jeg håper at de kan nyttiggjøre seg av det som har kommet frem i undersøkelsen i jobben som sykepleier i hjemmesykepleien.

4.5 Utvalg og rekruttering

Kvalitative studier innebærer en fordykning i data der den enkelte informant bidrar med betydelige mengder informasjon (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Det vil derfor være få deltakere i en slik undersøkelse, men samtidig bør utvalget være stort nok til å kunne belyse problemstillingen. Ved å benytte meg av en kvalitativ metode for å belyse min problemstilling er målet at det skal bidra til å presentere mangfold og nyanser i fenomenet jeg ønsker å studere (Malterud, 2002). Bruk av kvalitativ metode gjør at jeg må få ut mye data fra et begrenset antall informanter. Utvelgelse av informanter var derfor viktig. Det var hensiktsmessig å benytte et strategisk utvalg med tanke på hvilke informanter som kunne være interessant og relevant for undersøkelsen (Johannessen et al., 2016).

Utvelgelseskriterier

For å besvare problemstillingen var hovedkriteriet for utvelgelsen av informanter at det skulle være sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien, og det ville være aktuelt med sykepleiere i ulike stillingsstørrelser. Videre burde de ha kjennskap til implementering av medisindispenser i avdelingen hvor de jobber. I dette lå en forventning om at de jobbet i avdelingen før medisindispenser ble tatt i bruk, deltok i implementeringen og jobbet der en stund etterpå/fortsatt jobbet der. Primært ønsket jeg å intervju sykepleiere som var med i overgangen fra ordinær medisintdeling til medisindispenser, fordi de vil ha en del erfaring som er viktig for at jeg skal kunne svare på problemstillingen min. Med deltakelse i implementeringen kunne dette være knyttet til sykepleiere som var superbrukere/ressurssykepleiere på velferdsteknologi, men også sykepleiere uten spesielle oppgaver knyttet til velferdsteknologi. Jeg ønsket primært en fordeling, slik at jeg ikke bare intervjuet superbrukere, da disse kan ha en annen opplæring, bruk av ressurser og liknende i tilknytning til innføring av medisindispenser.

Rekruttering

Det var vanskelig å sette et antall på hvor mange informanter jeg måtte ha for å kunne belyse problemstillingen. Hvor mange informanter som skulle delta i undersøkelsen var avhengig av kvaliteten på intervjuene. I metodelitteraturen brukes ofte begrepet metning når det ikke lengre har noen hensikt å intervju flere informanter fordi de sannsynligvis ikke vil tilføre ny informasjon (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010; Johannessen et al., 2016). I dette studentprosjektet var det vanskelig å oppnå «metning», både med tanke på tid og ressurser, men også muligheten til å vurdere om metning var oppnådd på grunn av min erfaring som forsker. Så med et begrenset tids- og ressursperspektiv måtte nødvendigvis også antall informanter begrenses (Johannessen et al., 2016). Først sendte jeg ut forespørsler til ulike avdelinger i en kommune. Her opplevde jeg at det tok noe tid før jeg fikk tilbakemelding, så jeg utvidet med forespørsler til ytterligere tre andre kommuner. Jeg sendte først til avdelingsledere som også kan kalles for døråpnere eller portvoktere. Dette er de som kan gi tilgang til forskningsfeltet (Tjønndal & Fylling, 2021), og ba de sette meg i kontakt med relevante forskningsdeltakere. Medforskerne mine (se pkt. 4.4) hadde også kunnskap om aktuelle kandidater jeg kunne rekruttere som informanter, det som Johannessen et al (2016) kaller snøballmetoden. På bakgrunn av informasjon fra medforskere tok jeg direkte kontakt med sykepleiere som hadde deltatt i innføring av medisindispenser. Til slutt rekrutterte jeg syv sykepleiere (se fig. 9) som ble intervjuet over en periode på tre måneder våren 2022.

Beskrivelse av utvalget

Sykepleierne som ble intervjuet jobbet alle i hjemmesykepleien, fordelt på tre ulike kommuner spredt i landet, med innbyggertall mellom 20000 – 80000, og er det man kan kalle bykommuner. Enkelte av avdelingene de jobbet ved hadde geografiske likheter med distriktskommuner. Informantene var to menn og fem kvinner. Dette er omtrent også den fordelingen som er ute i de kommunale helse- og omsorgstjenestene mellom kjønnene med helse- og sosialfaglig utdanning (Helsedirektoratet, 2021b; Statisk sentralbyrå, 2021). Sykepleierne hadde fra tre til nesten 40 års erfaring som sykepleier. To hadde erfaring fra spesialisthelsetjeneste etter endt utdanning, de andre hadde gått rett fra utdanning og til jobb i hjemmesykepleien. Tre av informantene hadde tatt videreutdanning etter endt bachelor i sykepleie. To av informantene jobber i døgnbemannede omsorgsboliger der beboerne hadde

vedtak om tjenester i hjemmet, de andre informantene jobbet i det man kan kalle ordinære hjemmesykepleie (se beskrivelse i pkt. 1.3). Alle jobbet i store stillinger og ordinær turnus med jobb dag/aften og helg.

Det var litt ulikt hvor lang erfaring hver enkelt sykepleier hadde med bruk av medisindispenser. Det varierte fra ett til åtte år, avhengig av når kommunen og avdelingen tok i bruk medisindispenser. Fire av informantene var såkalte superbrukere på medisindispenser, og hadde vært det siden medisindispenserne ble implementert i avdelingen (se pkt. 1.3). En av informantene hadde vært en pådriver for implementering av medisindispenser i sin avdeling. Alle informantene hadde kjennskap til ulike medisindispensere, men det var Evondos (se fig. 1) som var mest benyttet og som de fleste hadde kunnskap om. Noen trakk frem Medido og Pilly, men det var mer enkelttilfeller.

Mine informanter har jeg valgt å anonymisere ved å gi de fiktive navn, måten jeg har gjort dette på er å finne de mest populære navnene i Norge og fordele disse ut fra følgende «nøkkel» den som var sist utdannet fikk det mest populære navnet, denne fordelingen gjorde jeg både for kvinner og menn.

NAVN	ANTALL ÅR SOM SYKEPLEIER	ARBEIDSSTED	ERFARING MED MEDISINDISPENSER	SUPERBRUKER	ANTALL DISPENSERE I AVDELINGEN
INGRID	>20	Døgnbemannet omsorgsbolig	1 år	Nei	<10
MARIT	10-20	Ordinær hjemmetjeneste	5 år	Nei	10-20
BJØRN	5-10	Ordinær hjemmetjeneste	8 år	Ja	10-20
KARI	5-10	Ordinær hjemmetjeneste	3 år	Ja	10-20
JAN	5-10	Ordinær hjemmetjeneste	4 år	Ja	10-20
INGER	<5	Ordinær hjemmetjeneste	3 år	Ja	30-40
ANNE	<5	Døgnbemannet omsorgsbolig	1 år	Nei	<10

Figur 9 - Presentasjon av informantene

4.6 Gjennomføring av undersøkelsen

Informantene ble forespurt om at ta intervjuene digitalt, ved bruk av Teams, da forespørselen ble sendt til avdelingsleder. Jeg oppgav mulighet for å møtes fysisk der det geografisk lot seg gjøre, men alle intervjuene ble gjort digitalt. Kun en av informantene oppgav å være litt usikker på oppkobling, men fikk hjelp fra en kollega til dette. Selve intervjuet forløp uten problemer. Ingen av informantene fikk tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuet.

I begynnelsen av hvert intervju informerte jeg om meg selv, mitt prosjekt, en kort gjennomgang om anonymisering og mulighet for å trekke seg fra studien. Intervjuguiden jeg hadde utarbeidet i forkant brukte jeg som utgangspunkt for samtalen, og startet med å stille de innledende spørsmålene. Jeg opplevde at informantene snakket åpent om temaet, og det ble en naturlig dialog mellom oss der intervjuguiden ble en veiviser for meg i samtalen. Siden intervjuet ble tatt opp, skrev jeg bare stikkord underveis dersom det var noe informantene uttalte som jeg ønsket å følge opp med nye spørsmål. Informantene stilte i liten grad spørsmål for å oppklare spørsmålsstillingen, men virket å skjønne hva jeg spurte etter. Kun i det ene intervjuet var det noen som kom inn i rommet der informanten satt, men gikk raskt ut igjen, slik at det opplevdes ikke som forstyrrende. Ellers hadde informantene forberedt seg med å legge til rette for at de kunne snakke uforstyrret. Hvert intervju avsluttet jeg med å se igjennom intervjuguiden for å sjekke for egen del at jeg hadde fått svar på alle spørsmål. Jeg stilte også spørsmål til informantene om det var noe annet om temaet de ønsket å tilføye, og om jeg kunne ta kontakt dersom jeg kom på noe i ettertid jeg ønsket å utforske mer. Jeg opplevde ikke at gjennomføringen av intervjuene ble preget av å ikke møtes fysisk. Hvert intervju tok rundt 60 minutter, noen litt kortere, andre litt lengre.

4.6.1 Transkribering, koding og kategorisering

Analyse av kvalitativt datamateriale handler blant annet om å finne en meningsfull inndeling på tvers av intervjuene (Johannessen et al., 2016:162). For å analysere datamaterialet har jeg valgt å benytte meg av tematisk analyse. Dette er en metode for å identifisere, analysere og synliggjøre mønster i innsamlet datamateriale (Braun & Clarke, 2006). I artikkelen til Braun og Clarke (2006) presenteres seks ulike faser for hvordan man kan analysere data som er de stegene jeg vil synliggjøre i det følgende.

Bli kjent med datamaterialet

Intervjuene ble gjort med lydopptak og jeg gjorde en detaljert transkribering av det innsamlede datamaterialet i ettertid. Det vil si at jeg i transkriberingen, i tillegg til å ordrett skrive ut hva som ble sagt, synliggjorde pauser hos informantene, ordleting og latter. Begrunnelsen for det var at jeg tenkte at det kunne bidra til å fange de opplevelsene og holdningene informantene satt inne med. Tjora (2021) skriver at det er bedre å ta det med i transkriberingen og heller ta det vekk dersom det ikke passer i analysen. Alle de sju informantene snakket godt norsk, noen med litt mer utpreget dialekt enn andre. Intervjuene ble transkribert til bokmål med fullstendige setninger uten forkortelser eller utelatte ord, både for å sikre informantens anonymitet og for å kunne bruke sitater fra intervjuene i oppgaven uten at informantene kunne gjenkjennes ved dialektord eller utsagn. Gjennom denne transkriberingen fikk jeg gjort meg godt kjent med de data som jeg hadde samlet inn, og allerede her kunne jeg begynne å se etter meningsinnhold og mønstre (Braun & Clarke, 2006).

Lag de første kodene

For å redusere, forenkle og strukturere datamaterialet har jeg kodet innholdet (Braun & Clarke, 2006). Jeg benyttet markeringstusj med ulike farger for å kode utsagn, uttrykk eller setninger som informantene kom med slik at jeg lettere kunne samle disse på tvers av datamaterialet. Ved å benytte uttalelser som koder lagde jeg også noen knagger for å hente frem koblingen mellom kodene og datamaterialet. Ifølge Tjora (2021) er dette nyttig slik at jeg lettere kunne koble utsagn opp mot koder og den enkelte informant mens jeg jobbet med analysen. Braun og Clarke (2006) oppfordrer til å kode så mye av datamaterialet som mulig, med tanke på hva som kan bli interessant underveis i analyseprosessen. Jeg kodet store deler av datamaterialet, men holdt utenfor det som åpenbart ikke var relevant for prosjektet, men som Tjora (2021) skriver har man alltid en forståelse med seg også når man koder datamaterialet. Kodingen kan derfor ha blitt påvirket av mine forventninger og min bakgrunn, og kan ha preget de kodene jeg sitter igjen med. Til å begynne med lette jeg etter mønstre ut fra intervjuguiden, men etter hvert fikk jeg bedre oversikt og klarte å se andre sammenhenger som fremstod ut over det intervjuguiden presenterte. Etter flere gjennomlesninger av datamaterialet oppdaget jeg mønstre på tvers av de transkriberte intervjuene som var gjentakende og sammenliknbare.

Let etter kategorier

Etter at jeg hadde gått igjennom de sju transkriberte intervjuene hadde jeg laget noen fargekoder og notater som skulle hjelpe meg med å organisere kodene med samme fargekode inn i samme kategori. Denne fasen omhandlet det å finne de kodene som passet inn i samme tema, og utfordringen var å finne kategorier som var dekkene, ikke for generelle, men heller ikke for detaljerte. For å finne kategorier startet jeg med å analysere kodene, og gjennom dette vurderte jeg hvordan ulike koder kunne passe inn i samme kategori (se fig 10) (Braun & Clarke, 2006). Like viktig som å finne koder som passet i samme kategori var også jobben med å avdekke datamateriale som var kodet, men som ikke passet inn videre i analysen (Tjora, 2021). Etter en slik gjennomgang utpekte det seg noen hovedfunn innen hver kategori. Allikevel gjorde jeg som Braun og Clarke (2006) påpeker at man tar med det som er kodet videre i prosessen siden det kan skje endringer i de ulike kategoriene underveis.

KODER	UNDERKATEGORI	KATEGORI
Gjøre noe nytt/nye oppgaver	What's in it for me?	EIERSKAP TIL INNFØRING AV MEDISINDISPENSER
Usikkerhet		
Ikke nok kunnskap		
En del av hverdagen		
Omstille seg		
Følge med i tiden		
Ny kompetanse		

Figur 10- Eksempel på koding og kategorier

Kritisk gjennomgang av kategorier

Etter første oppsett av kategorier så jeg at det ikke var helt dekkende og det var noen kategorier som kunne endre navn eller tilpasses. Jeg laget en tabell (se fig.11) for lettere å visualisere de ulike kategoriene, og jeg valgte å lage noen underkategorier. I dette arbeidet var målsettingen å finne grupperinger av koder som hadde likt meningsinnhold og som skilte seg fra de andre (Tjora, 2021). Noen kategorier ble også sammenfallende, eller så like at jeg kunne samle de under en kategori (Braun & Clarke, 2006). Dette ble mer tydelig når jeg gikk igjennom de kodene som var plassert inn i de ulike kategoriene. Målet med denne kategoriseringen var at de

ble så tydelige at de utelukket hverandre. For generelle kategorier ville ført til at alt for mye av datamaterialet kunne blitt plassert i samme kategori, og jeg ville da hatt vansker med å få frem de viktigste funnene. I andre enden ville for detaljerte kategorier gjort det vanskelig å skille mellom dem, og jeg ville mest sannsynlig hatt veldig mange kategorier når jeg skulle i gang med analysen. Da ville jeg hatt problemer med å få frem hovedmønstre og satt igjen med mye detaljer.

Definere og navngi kategorier

For hver kategori skal det skrives en detaljert analyse. Her er det viktig at hovedfunnene i hver kategori kommer frem (Braun & Clarke, 2006). Jeg lagde et arbeidsdokument der jeg i tillegg til kategorier og underkategorier satte opp en tredje rad for å synliggjøre hovedfunn. Dette for å gjøre det lettere for meg selv å ha fokus på dette i analysen. I tillegg til å skrive ut historien til hver kategori var det også viktig å ta hensyn til hvordan de samlet kunne svare på min problemstilling og forskningsspørsmål. Hver kategori skulle fungere enkeltstående og sammen med de andre (Braun & Clarke, 2006).

Ut fra denne gjennomgangen av datamaterialet kom jeg frem til følgende kategorier og underkategorier:

Underkategorier	Kategorier
Hvem tok initiativ til innføring av medisindispenser? Hvem ivaretar opplæring og kunnskapsutvikling? What's in it for me?	Eierskap til innføring av medisindispenser
Hvordan skal man samarbeide for å oppnå endring? Hvordan skal teknologi gjøre arbeidsdagen lettere? Hvordan blir arbeidsdagen påvirket når teknologi blir innført	Endring i tjenesten når teknologi blir innført
Hvordan kan teknologi gjøre tjenesten bedre? Hvordan fungerer teknologien i daglig drift? Hvordan får tjenestemottakerne medvirke?	Når innovasjonen møter hverdagen

Figur 11- Kategorier og underkategorier

Skriv rapporten

Målet med den analysemetoden jeg valgte er å systematisere kompliserte data, slik at når det skal presenteres for leseren virker det troverdig. Det er viktig at de data jeg har trukket frem er konsis, logisk og interessant med tanke på det som er problemstillingen i oppgaven (Braun & Clarke, 2006). Det vil i en masteroppgave være en begrensning med tanke på det som skal skrives ut, og det vil kanskje vært flere aktuelle kategorier som kunne kommet med, men ut fra min problemstilling skal de valgte kategoriene kunne besvare de spørsmålene jeg hadde innledningsvis. Innholdet i kategoriene jeg har valgt å ta med må illustrere historien jeg ønsker å fortelle med bakgrunn i den empirien jeg har samlet inn, og må kunne brukes som argumenter i forhold til forskningsspørsmålene mine.

4.7 Forskningens kvalitet

For at kvalitativ forskning skal fremstå som kvalitativ god knyttes det ofte tre kriterier til denne måten å drive forskning på. Tjora (2021) viser til indikatorene pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og generaliserbarhet, men Johannessen et al. (2016) deler inn i fire ulike kriterier; pålitelighet, troverdighet (intern validitet), overførbarhet (ekstern validitet) og bekreftbarhet.

Pålitelighet kan enkelt sies å handle om prosjektets interne logikk eller sammenheng (Tjora, 2021). Begrepet knytter seg til nøyaktigheten av data i undersøkelsen, hvilke data som brukes og måten de samles inn på og hvordan de bearbeides. Innen kvalitativ forskning snakker man ikke om pålitelighet på samme måte som i kvantitative studier på grunn av at man har ikke de samme strukturerte datainnsamlingsteknikker. Det vil være vanskelig for andre å gjenskape et kvalitativt forskningsprosjekt og til sist er det min erfaring og forforståelse som gir utgangspunkt for fortolkningen av datamaterialet (Johannessen et al., 2016, s. 229-230). Det vil derfor være viktig at jeg gir en god og nøyaktig fremstilling av hele forskningsprosessen. For mange kan deltakelse i et forskningsprosjekt oppleves som unaturlig, noe som igjen kan påvirke besvarelsene. I innsamlingen la jeg opp til at det skulle skje på tilnærmet lik måte, der jeg hadde avtalt tid for digitalt intervju, gitt kort informasjon om prosjektets formål ved at alle deltakerne hadde fått tilsendt et informasjonsskriv (se vedlegg 2) på mail god i tid i forkant av intervjuet. Rekruttering via «døråpnere» (Tjønndal & Fylling, 2021) gjorde at sykepleierne hadde mulighet til å takke nei til deltakelse uten at jeg var involvert, noe som også kan bidra til å

styrke påliteligheten, de som deltok ønsket dette selv. Samtidig kan det være en feilkilde i rekrutteringen med tanke på at de som melder seg til intervju kanskje ikke er direkte i målgruppen, eller de som takket ja var mer utadvendt og positiv enn de som unnlot å takke ja på forespørselen om deltakelse (Johannessen et al., 2016). Dette må jeg også ta hensyn til videre når jeg skal analysere funnene. I tillegg er anonymisering i en slik undersøkelse en selvfølgelighet, og noe som jeg håper bidro til at sykepleierne snakket åpent og fritt under intervjuene. Oppgavens mål har ikke vært å bevise noe, men å belyse min problemstilling på best mulig måte. Som forsker vil jeg aldri være helt nøytral eller objektiv, selv om jeg har tilstrebet å gjøre mitt beste for å være det (se pkt. 4.1). I tolkningen av datamaterialet har jeg etter beste evne forsøkt å unngå at mine meninger skal påvirke resultatet. Dette ved å gi informantene en fremtredende plass i analysen av data gjennom bruk av sitater, både direkte og indirekte, samt at jeg underbygger mine funn med relevant teori og tidligere forskning. På denne måten vil betydningen av funn i datamaterialet kunne oppnå en gyldig allmenn forståelse (Tjora, 2021). Informantenes deltakelse har vært styrende for det endelige resultatet. Til sist har jeg brukt lydopptaker og en detaljert transkribering av intervjuene for å ivareta meningsinnhold, noe som også vil styrke oppgavens pålitelighet.

Troverdighet, eller intern validitet, dreier seg om hvorvidt jeg har innhentet og klarer å beskrive det som har vært hensikten med prosjektet (Johannessen et al., 2016). Ifølge Johannessen et al. (2016) er ikke kvalitative undersøkelser valide fordi de kan ikke kvantifiseres, men for kvalitative undersøkelser handler troverdighet om i hvilken grad mine fremgangsmåter som forsker, og de funn som er gjort, reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. Jeg har benyttet meg av medforskning der jeg har hatt to sykepleiere som medforskere som har hatt en rådgivende funksjon i prosjektet mitt, fra oppstart og til etter gjennomføring av intervju. Dette bidro til en kvalitetssikring av informasjon som ble sendt ut til informantene og en godt bearbeidet intervjuguide (se vedlegg 3). Deres medvirkning har vært med på å styrke troverdigheten i mitt prosjekt (Johannessen et al., 2016). Medforskernes bekreftelse på de resultatene som har kommet frem i studien er også med på å styrke validiteten.

Overførbarhet, eller ekstern validitet, altså muligheten til å trekke slutninger utover de umiddelbare data som samles inn, er et mer eller mindre uttalt mål innenfor det meste av samfunnsforskningen (Johannessen et al., 2016; Tjora, 2021). Dette har jeg forsøkt å legge til rette for ved å undersøke et aktuelt tema og problemstilling. I denne oppgaven ønsker jeg å

finne frem til erfaringer sykepleiere har med medisindispenser som et alternativ til ordinær medisindispenning. Ved å synliggjøre de erfaringene som sykepleierne har er tanken at det vil kunne benyttes i tilsvarende settinger der det skal innføres medisindispensere eller annen type velferdsteknologi. Dermed kan oppgaven brukes til læring og økt innsikt andre steder, selv om ikke alt er overførbart fra en situasjon og kontekst til en annen. Med bakgrunn i dette får jeg følgelig ikke vite noe av det som ikke blir spurt om i intervjuene, eller det som andre vil ha opplevd som interessant (Johannessen et al., 2016).

Bekreftbarhet, eller objektivitet, viser til om resultatene som kommer ut av min undersøkelse vil kunne bekreftes av andre som gjør en tilsvarende undersøkelse (Johannessen et al., 2016). I redegjørelsen for forskningsprosessen har det vært viktig å få frem alle de beslutninger som jeg har tatt som har relevans for gjennomføringen av prosjektet, samt at jeg også kommenterer for eksempel mine tidligere erfaringer eller oppfatninger som kan ha påvirket fortolkning og tilnærming i dette prosjektet. Johannessen et al. (2016) påpeker at bekræftbarheten vil kunne styrkes dersom jeg klarer å understøtte mine fortolkninger av annen litteratur, eventuelt kan også utsagn fra informantene bidra til dette.

4.8 Forskningsetiske utfordringer

Innsamling av data gjør at det er tre forskningsetiske prinsipper jeg må håndtere: Prinsippet om frivillig deltakelse, anonymitet og konfidensialitet, samt åpenhet og redelighet overfor de som deltar som forskningsdeltakere (Tjønndal & Fylling, 2021:135). Rekruttering av informanter til kvalitative studier kan by på etiske utfordringer (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010), men ved rekruttering av enkeltindivider er deltakelsen frivillig, og basert på informert samtykke (se vedlegg 2). Studien min har vært meldepliktig siden jeg har behandlet personopplysninger. Prosjektet har derfor blitt vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD, endret navn til Sikt) (se vedlegg 4), dette i henhold EU sin personvernforordning (GDPR) (Tjønndal & Fylling, 2021). Jeg vurdert at informantene ikke defineres som «sårbar gruppe» (Johannessen et al., 2016), og prosjektet behandler heller ikke opplysninger som krever godkjenning fra REK (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Noen ganger kan det være så godt som umulig å love deltakerne fullstendig anonymitet i publiseringen av en kvalitativ studie (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Ved å delta i et prosjekt vil informantene synliggjøre noe av seg selv, og som sykepleiere i

hjemmesykepleien er man en attraktiv yrkesgruppe for kommunehelsetjenesten (Gautun, 2021), derfor vil det som kommer frem i en slik undersøkelse kanskje synliggjøre noe av de generelle holdningene som ansatte i hjemmesykepleien har til bruk av medisindispenser. I denne studien har alle informantene fått fiktive navn og det er heller ingen kommuner eller arbeidssteder som blir nevnt. Jeg har også tatt vekk dialektiske uttrykk i sitatene som kan synliggjøre hvor i landet informantene kommer fra, samt spesifikke opplysninger knyttet til hendelser eller situasjoner som kan være avslørende. Noen opplysninger kan være vanskelig å anonymisere helt da de kan være meningsbærende for innholdet (Tjora, 2021).

Som forsker var det jeg som la premissene, både med valg av tema, utarbeidelse av intervjuguide og hvordan jeg tolker og analyserer det som ble fortalt i intervjuene. Med bakgrunn i dette kan informantene ha opplevd et usymmetrisk forhold mellom meg som forsker og dem som informant (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010; Tjora, 2021). Ved å gjøre intervju kom jeg nært innpå de jeg forsket på, og for å få til et godt intervju var jeg avhengig av at informantene opplevde et tillitsforhold til meg som intervjuer. Samtidig som en for empatisk innstilling kunne gjøre at informantene fortalte om sårbare ting de normalt kanskje ikke ville bli tatt opp (Tjora, 2021). I denne studien opplevde ikke jeg at informantene vegret seg for å gå inn på de ulike spørsmålsstillingene, eller at de ikke ønsket å svare. Allikevel var jeg bevisst på hvordan jeg stilte spørsmål som kunne oppleves ubehagelig. Informantene skal kunne kjenne igjen deres bidrag fra intervjusituasjonen, og da er det viktig å være bevisst på hvordan utsagn blir fortolket og forklart. I gjennomgang og analyse av data skal den enkelte informant bli ivaretatt, deres perspektiv og deres selvforståelse, samtidig som formålet med forskningen blir fulgt opp (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Dette har jeg forsøkt ivaretatt ved å ikke ta informantens utsagn ut av kontekst eller endre på sitater, samt trekke ut essensen av det de har bidratt til i datamaterialet slik at det bidrar til å belyse min problemstilling.

Forskningsetiske utfordringer ved digitale metoder

Jeg valgte å gjøre alle intervjuene i datainnsamlingen via Teams. På lik linje med ordinært kvalitativt intervju har jeg fulgt de samme retningslinjene. Informantene fikk i forkant av intervjuene tilsendt informasjonsskriv og det ble innhentet samtykke fra de som deltok i studien (se vedlegg 2). Her forelå også informasjon om at informantene hadde mulighet til å trekke seg

fra studien når som helst, dette for å ivareta ett av grunnprinsippene i samfunnsforskningen (Tjønndal & Fylling, 2021:152). Samtidig kom jeg som forsker kanskje inn på en arena som jeg normalt sett ikke ville hatt tilgang til dersom intervjuene hadde vært gjort ansikt til ansikt. Blant annet ble tre av intervjuene gjennomført der informantene var i eget hjem. Dette kunne medføre forstyrrelser eller påvirkninger i intervjusituasjonen. En utfordring ved at intervjuene ble gjennomført digitalt var at jeg ikke i like stor grad fikk med meg all nonverbal kommunikasjon. Informantene satt gjerne ved et bord/pult slik at bare deler av overkroppen syntes. Tjønndal og Fylling (2021) skriver at dette kan medføre at man ikke ser alt eller legger merke til alt i intervjusituasjonen. Og på samme måte kunne det være vanskelig for informantene å være åpen og ærlig dersom de ikke klarte å oppfatte hvordan jeg uttrykte meg nonverbalt. Siden jeg på forhånd hadde testet ut intervjuguiden gjennom et prøveintervju (se pkt. 4.4), hadde jeg på forhånd endret noe på spørsmålsstillingen og ordlyd for at det skulle fungere best mulig i den reelle intervjusituasjonen.

5 Analyse og diskusjon

I dette kapitlet vil jeg presentere og drøfte resultatene fra intervjuene med sykepleiere i hjemmesykepleien. Analysen av empirien identifiserte tre kategorier som gjenspeiler de erfaringene sykepleiere i hjemmesykepleien har med implementering av medisindispenser som alternativ til ordinær medisintdeling. Dette er *Eierskap til innføring av medisindispenser*, *Endring i tjenesten når teknologi blir innført* og *Når innovasjonen møter hverdagen*. Kategorier og underkategorier er tidligere presentert i figur 11. Resultatene vil i det følgende bli beskrevet og underbygget med utvalgte sitater fra deltakerne og drøftet opp mot relevant teori og tidligere forskning. Det vil etter hver kategori komme en kort oppsummering av hovedfunnene.

5.1 Eierskap til innføring av medisindispenser

I denne delen vil jeg presentere og analysere funn knyttet til eierskap til innføring av medisindispenser. Først diskuterer jeg hvem som tok initiativet til innføring av medisindispenser, og på hvilket grunnlag medisindispenser ble innført. Videre hvem som følger opp og driver arbeidet med medisindispenser fremover i avdelingen, og til sist ser jeg på i hvilken grad sykepleierne opplevde at innføring av medisindispenser tilførte dem noe. Eierskap handler ikke bare om hvem som tok initiativ til innføringen, men også om hvem som sørget for å videreføre arbeidet i avdelingen og på hvilken måte ansatte ble involvert i arbeidet. Ledelse og enkeltansatte ble av informantene trukket frem som viktig for hvordan de opplevde innføringen og det videre arbeidet med medisindispenser i avdelingen. Videre viser studien at motivet for innføring av medisindispenser oppleves som viktig. Det handler både om hvilken funksjon medisindispenseren skulle ivareta og om den passet inn i den eksisterende til sykepleierne. Samtidig var også opplevelsen av om medisindispenseren kunne tilføre noe nytt til avdelingen og den enkelte sykepleier med på å skape interesse for å ta den i bruk.

5.1.1 Hvem tok initiativ til innføring av medisindispenser?

I denne studien viste sykepleierne til at ønsket om innføring av medisindispenser i de fleste tilfeller kom fra ledelsen. Sykepleierne omtalte både nærmeste leder og øverste ledelse i kommunen som «ledelsen». Dersom initiativet kom fra ansattgruppa, var det unntaksvis og takket være engasjerte enkeltansatte. Uavhengig av hvor ønsket om innføring av medisindispenser kom fra, var det ifølge informantene viktig å sikre forståelse og forankring i hele avdelingen. Samtidig som motivet for innføringen måtte være i tråd med gjeldende praksis.

De fleste sykepleierne opplevde en forventning fra ledelsen om at avdelingen skulle ta i bruk medisindispensere. På spørsmål om hvem som tok initiativ til innføring av medisindispenser fortalte Anne: «[...] Jeg tror det var et ønske om at vi skulle prøve på lik linje som andre hjemmesykepleieavdelinger. Så vi kartla de [tjenestemottakerne] vi tenkte var fornuftig og så startet vi bare». Flere av de andre sykepleierne hadde liknende betraktninger og opplevde det var forventning om at avdelingen skulle ta i bruk medisindispenser. Velferdsteknologi var både et satsingsområde i kommunen og noe de opplevde var på full fart inn i organisasjonen.

At sykepleierne i hjemmesykepleien opplevde en forventning om at de skulle ta i bruk medisindispensere er i tråd med gjeldende nasjonale føringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Disse føringene er retningsgivende for arbeidet i kommunene, og i hjemmesykepleieavdelingene. Sykepleierne i denne studien synliggjorde at beslutningen om å ta i bruk medisindispenser i stor grad har vært tatt på et overordnet nivå i kommunen. En slik innføring kan ses på som en «top-down»-innovasjon, noe som ikke er uvanlig for offentlig sektor, der toppledere lager planer og strategier, og mellomlederne får ansvaret for å se til at disse blir realisert (Gotvassli, 2015; Høiland & Willumsen, 2015). Dette kan bli en utfordring i organisasjonen dersom sykepleierne ikke opplever at innføringen er i tråd med deres faglige ståsted (Wennes & Irgens, 2011), noe også Nakrem et al. (2018) viser til i sin forskning hvor de understreker viktigheten av at ansatte har tro på teknologien. Som følge av dette vil ledelsen ha en viktig rolle som formidler av formålet med innføringen, klare å skape engasjement og gi god informasjon nedover i organisasjonen, noe blant andre Frennert og Östlund (2018) og Johannessen et al. (2019) viser til i sin forskning.

I denne studien viste flere av sykepleierne til at ledelsens engasjement hadde medvirket til at avdelingen hadde innført medisindispenser. Kari fortalte om en ledelse som ønsket å tenke nytt, som var aktiv og ville se på muligheten som lå i bruk av velferdsteknologi. Ifølge henne klarte ledelsen ved sitt engasjement å dra med seg ansatte i avdelingen. Bjørn opplever også å ha støtte fra ledelsen for den jobben som blir gjort i avdelingen: «[...] de er jo interessert de også i det her, at det skal implementeres og satses på». Sykepleierne i studien min viser til at ledelsen ikke bare hadde en rolle for å få medisindispenser innført i avdelingen, men de oppfattet også at ledelsen hadde en egeninteresse i at avdelingen skulle lykkes med arbeidet.

Dette er i tråd med de funn som kommer frem i siste gevinstrealiseringsrapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram (Helsedirektoratet, 2021a), der ledelsen ikke bare skal få velferdsteknologi på agendaen, og delegere ansvar til ansatte. De må også kjenne til arbeidet og være deltakende i prosessen. I Norge ligger forholdene allerede godt til rette for innovasjon dersom ledelsen klarer å ivareta den godt innarbeidede arbeidslivsmodellen der trepartssamarbeidet står sentralt (Gjelsvik, 2015). Informantene i min studie fortalte at lederne var engasjert og deltakende i prosessen knyttet til innføring av medisindispenser. Ifølge Irgens (2007) vil en slik tilnærming til å prøve ut noe nytt fra ledelsens side være viktig dersom man skal oppnå læring i organisasjonen, da dette vil bidra til et godt læringsmiljø. Tidligere forskning peker på at dersom ledelsen klarer å ivareta sin rolle i innovasjonsprosessen vil det fremstå som en sentral drivkraft (Frennert & Östlund, 2018; Gjelsvik, 2015; Knarvik et al., 2017). Det handler både om å sikre økonomi og ressurser til å drifte arbeidet videre i avdelingen (Frennert & Baudin, 2021), samt at ledelsen også må ha en forståelse for fordelene ved bruk av velferdsteknologi, og dermed kunne være en pådriver når ny praksis skal videreutvikles og systematiseres (Frennert & Baudin, 2021; Høiland & Willumsen, 2015). Og nettopp ledelsens forståelse og holdninger spiller, ifølge Ringholm og Holmen (2019), en viktig rolle i offentlig sektor på grunn av færre økonomiske incentiver. Deres holdninger vil derfor være svært viktig for hvorvidt man lykkes med å motivere og engasjere de ansatte (Ringholm & Holmen, 2019).

Ikke alle sykepleierne jeg intervjuet opplevde at innføring av medisindispenser utelukkende ble initiert av ledelsen. Jan, en av initiativtakerne til innføring av medisindispenser i sin avdeling, opplevde at ansatte var en viktig drivkraft. Dette var også noe flere av de andre sykepleierne opplevde, og Kari fortalte: «Har du ikke noen som er interessert, så er det ikke vits. Ja, det krever faktisk et engasjement fra de som er på arbeidsplassen». I stor grad ble imidlertid medisindispenser innført i hjemmesykepleieavdelingene etter initiativ fra ledelsen, noe sykepleierne i denne studien gav uttrykk for å ha forståelse for. Det var altså kun i enkelttilfeller at initiativet kom fra de ansatte.

Når ansatte i tjenesten ser utfordringer knyttet til drift av tjenestene, slik Rønning og Fuglesang (2015) viser til, innehar de også kompetansen til å finne de gode løsningene. En innovasjon som er utviklet på initiativ fra ansatte og der de er aktive i prosessen (Lindland, 2019), gir også sykepleierne mulighet å benytte sin kunnskap om tjenesten i møte med nye utfordringer (Gotvassli, 2015). Da vil det i større grad blitt en mer praksisnær tilnærming til innovasjonen

(Høiland & Willumsen, 2015), der eksisterende praksis dannet grunnlag for innføringen og den nye tilnærming til tjenesteyting, samtidig som innovasjonen og problemløsningen vil gi ny kunnskap. Sykepleierne får eierskap til innføringen, jamfør Høiland og Willumsen (2015) som skriver at det da vil være lettere å etablere ny praksis uten så mye motstand. Nettopp denne måten å jobbe på knytter Newell et al. (2009) opp mot kunnskapsutvikling. Samtidig må man ved en medarbeiderdrevet innovasjon sikre at alle de berørte aktørene blir ivaretatt, noe som krever at ansatte i større grad må kjenne til kompleksiteten av oppgavene som utføres i tjenesten (Stokke et al., 2019). Selv om det er en medarbeiderdrevet innovasjon, vil lederstøtte være nødvendig (Lindland, 2019). Forankring i ledelsen er en viktig driver i alle innovasjonsprosesser (Frennert & Östlund, 2018; Johannessen et al., 2019; Knarvik et al., 2017). Tidligere forskning viser til at kommunene ikke er godt nok rustet til å møte endringene som innføring av velferdsteknologi medfører (Frennert & Östlund, 2018; Lo et al., 2019). En måte å imøtekomme dette på er at det i større grad legges til rette for å utvikle en innovativ kultur som oppmuntrer til dialog mellom ledere og helsepersonell (Frennert & Östlund, 2018). Her kan man ta opp hverdagspraksis, utfordringer og problemer knyttet til teknologibruk, slik at dette blir en del av kvalitetsarbeidet. På sikt vil implementering av velferdsteknologi kunne forenkles (Nilsen et al., 2016).

Sykepleierne i min studie hadde en forståelse av at innføring av medisindispenser i hjemmesykepleien var begrunnet ut fra ulike behov. Anne fortalte følgende: «Både det med friheten til pasienten i forhold til at de ikke trengte at hjemmesykepleien skulle komme innom flere ganger om dagen, og så dette med ressursbruken vår. Jeg tror det var en kombinasjon». Den samme opplevelsen hadde alle sykepleieren i studien. I tillegg sa Inger at hun hadde opplevd at det etter hvert hadde blitt mer lagt vekt på tjenestemottakernes nytte av medisindispenserne, enn på ressursbruk. Sykepleierne peker altså på to grunner for innføring av medisindispenser, uten at de fremhevet det ene som viktigere enn det andre, men at det kanskje hadde vært en dreining fra å vektlegge ressursutnyttelsen til økt kvalitet i tjenesten.

Behov for god ressursutnyttelse og sikring av kvalitet på tjenestene kan oppleves som motstridende interesser, jamfør Kleiven (2021), og det kan være vanskelig å vurdere hvorvidt bruk av medisindispenser skal være et gode for tjenestemottakeren eller kommunen (Hauvik & Vatne, 2020). Derfor vil det være viktig at sykepleierne anerkjenner at det foreligger ulike motivasjoner for innføring av medisindispenser (Nakrem et al., 2018; Ringholm, 2015).

Innføring av medisindispenser handlet ikke bare om behovet for å se på ressursbruken i kommunen, men at det også kunne bidra til at tjenestemottakerne fikk dekt noen av sine grunnleggende behov, jamfør Willumsen et al. (2020). Dersom sykepleierne ser at tjenestemottakernes sammensatte behov kan ivaretas med å kombinere tidligere kunnskap med innovasjon, vil man på den måte skape ny kunnskap som ivaretar ulike interesser (Bugge & Skålholt, 2015; Hean, 2015; Ringholm, 2015). I tillegg er det viktig at sykepleierne opplever at de oppgavene de blir satt til å løse er i tråd med deres faglige ståsted, som også Wennes og Irgens (2011) påpeker når de beskriver kunnskapsarbeidere. Dersom sykepleierne opplever at innføring av medisindispenser er relevant for jobben i hjemmesykepleien, vil det være bedre forutsetninger for at de ønsker å tilegne seg kunnskap om teknologien (Irgens, 2007; Jacobsen & Thorsvik, 2013).

5.1.2 Hvem ivaretar opplæring og kunnskapsutvikling?

Studien min viser at opplæring og kunnskapsutvikling må bli ivaretatt ved innføring av medisindispenser, både for den enkelte ansatte, men også for avdelingen. Ifølge informantene var det ulikheter i hvordan de ulike avdelingene hadde klart å spre denne opplæringen ut til alle ansatte. Der man hadde lyktes med god opplæring og kunnskapsutvikling var det ifølge sykepleierne langt på vei på grunn av god forankring i hele personalgruppa.

Ingen av sykepleierne jeg intervjuet oppgav at de hadde fått for lite eller for dårlig opplæring i bruk av medisindispenseren. Selv Ingrid, som hadde ferie når det var informasjonsmøte i forkant av innføringen, og som fikk informasjon og opplæring fra en kollega, oppgav ikke å være misfornøyd med opplæringen: «Men jeg måtte bare høre litt med en annen ansatt som jeg gikk sammen med. [...] Så har jeg denne velferdsteknologi-appen, og den er jo veldig, veldig grei. Så det har blitt litt til underveis». Noen av sykepleierne påpekte at fravær i avdelingen kunne være utfordrende med tanke på nødvendig opplæring, for å sikre at nok ansatte hadde kompetanse for å drifte medisindispenserne. Studien viser at sykepleierne som ble intervjuet i all hovedsak var fornøyd med den opplæringen de hatt fått tilbud om, og at kollegaer er viktig med tanke på kunnskapsdeling. Noen av sykepleierne hadde blitt introdusert for, og følte seg komfortabel med, verktøy som kunne tas i bruk i ettertid dersom de møtte på utfordringer ved bruk av medisindispenser i hverdagen.

Helsepersonell er generelt fornøyd med opplæringen i bruk av medisindispenser som de får både fra leverandør og internt på arbeidsplassen, noe også tidligere forskning viser (Johannessen et al., 2019; Nakrem, 2021). Opplæring fra kollegaer, gjerne fra samme profesjon, kan bidra til å øke motivasjonen hos sykepleierne (Lines et al., 2011; Lines & Sandvik, 2013; Similä & McCourt, 2011), da dette fremmer profesjonen og dens normer og verdier. Samtidig påpekes det i tidligere forskning (Frennert & Baudin, 2021), og i siste gevinstrealiseringsrapport (2021) at høy turnover blant ansatte kan vanskeliggjøre innføring av medisindispensere fordi det stadig vil være behov for opplæring. Noen vil kanskje trenge opplæring flere ganger, eller ansatte trenger lengre tid til å tilegne seg et nytt handlingsmønster, og for å oppnå den samme forståelsen som de ansatte som har vært i avdelingen over lengre tid (Lindland, 2019). I tillegg må den opplæringen som var gitt av eksterne i begynnelsen av innføringen, bli overført videre til nye ansatte (Fabritius et al., 2017; Frennert & Baudin, 2021), noe som medfører en ekstra oppgave som skal ivaretas av ansatte.

Noen av sykepleierne påpekte at innføringen av velferdsteknologi i avdelingen ikke var godt nok kommunisert ut til alle ansatte i avdelingen. Ingrid fortalte: «Det var sikkert [...] på disse husmøtene. Det var sikkert gitt informasjon der, uten at jeg akkurat husker. [...] Men litt brått kom det jo på». I studien kommer det frem at enkelte ansatte opplevde at de ikke hadde fått nok informasjon før medisindispenseren ble innført. Det kan forstås dithen at man ikke hadde lyktes med å nå ut til alle ansatte med nødvendig informasjon.

Tidligere forskning (Johannessen et al., 2019; Zander et al., 2021; Zhang et al., 2014) har vist at informasjon er viktig for å øke kunnskapen hos ansatte, som igjen kan bidra med trygghet i forhold til den teknologien som skal tas i bruk. Dette samsvarer med hvordan man forstår læring både på organisasjon- og individnivå (Espedal & Kvitastein, 2012; Garvin, 1993; Irgens, 2007; Jacobsen & Thorsvik, 2013), der tilegnelse av informasjon, vil være avgjørende for hvorvidt man oppnår læring. Tidligere forskning viser at tilpasset informasjon til ansatte over tid vil øke interessen og engasjementet (Frennert & Östlund, 2018). Samtidig vil det variere hvorvidt ansatte tilegner seg ny kunnskap (Irgens, 2007), der noen bevisst oppsøker situasjoner som gir muligheter til læring, mens noen kanskje vil forsøke å skjerme seg. Ansatte som har liten forkunnskap vil kanskje, mer eller mindre bevisst, utvise større skepsis til innføring av medisindispenser (Dugstad et al., 2015).

Flere av informantene i dette prosjektet var superbrukere på medisindispensere, og studien avdekket at de som var superbrukere tok på seg rollen med å drive bruk av medisindispensere fremover i avdelingen. Inger opplevde at hun som ressursperson pushet litt ekstra: «Nei, jeg føler at det kanskje er vi som er ressurspersoner som er litt mer opptatt av det. Jeg prøver å pushe litt på, for man ser at det er en veldig gevinst da». Også de andre sykepleierne i studien fortalte at mye av initiativet til bruk av medisindispenser lå hos de som var superbrukere. I tillegg viste alle sykepleierne til team eller enkeltansatte i kommunen som hadde et spesielt ansvar for innføring av velferdsteknologi, og dermed var viktige støttespillere i arbeidet med innføring og bruken av medisindispenser. Studien viser altså at ansatte som ønsker å bidra med innføring av medisindispenser vil være en drivkraft i prosessen, og rekruttering av superbrukere vil derfor være viktig for å lykkes.

Behov for dedikerte ansatte som kan bidra til opplæring og spredning av bruk av medisindispenser, samsvarer med litteratur og tidligere forskning, som viser til at ved innføring av nye verktøy benytter man ofte superbrukere, eller ildsjeler (Boffa & Pawola, 2006; Kleiven, 2021; Stjørdal kommune, 2020). I tillegg påpeker siste gevinstrealiseringsrapport (Helsedirektoratet, 2021a) viktigheten av å involvere de rette menneskene, og at man har nøkkelpersoner i virksomheten som driver arbeidet med implementering av medisindispenser fremover. Kleiven (2021) skriver at de som blir superbrukere ofte har tro på ideen, de er dedikert til nye oppgaver noe som gir kraft og energi til å drive dette fremover. Dette er ansatte som blir viktige pådrivere for å lykkes med bruk av velferdsteknologi (Boffa & Pawola, 2006; Stjørdal kommune, 2020). Sykepleierne som har påtatt seg denne ekstraoppgaven motiveres kanskje mer av utfordringer i arbeidet som kan bidra til utvikling av egen kompetanse, og som også kan bidra til å oppnå gode resultater (Lines, 2011; Lines & Sandvik, 2013; Newell et al., 2009). For enkelte sykepleiere vil det å være superbruker oppleves som en læringsmulighet, og de vil oppsøke slike situasjoner fordi de hele tiden er på søken etter noe nytt (Irgens, 2007). Superbrukerne møter ansatte i egen avdeling som kanskje ikke har den samme forståelsen til innføring av medisindispenser som dem selv. Ved at superbrukere bidrar med deres forståelse, kan utvikling av kunnskap vokse frem nedenfra, og på den måten sikrer man god forankring i hele organisasjonen (Gotvassli, 2015). Ved innføring av medisindispenser må derfor tidligere innlærte handlingsmønstre endres, og det skapes en ny forståelse (Hauvik & Vatne, 2020; Lindland, 2019). Hvorvidt de lykkes, avhenger av deres evne og mulighet til å bistå kollegaer i opplæringen av ny teknologi (Boffa & Pawola, 2006). I tillegg kan superbrukere, i samarbeid

enkeltstående ansatte eller team, bidra med å strukturere informasjon mellom ansatte og leverandører, samtidig som de opprettholde fokus på innføringen. En funksjon Fuglesang og Rønning (2015) beskriver som forandringsagenter. Dersom superbrukeren opplever at det ikke er en forankring knyttet til arbeidet de skal gjøre, fremstilles det som at arbeidet superbrukeren gjør ikke er viktig nok, noe som vanskeliggjør prosessen (Kleiven, 2021). Sykepleierne må oppleve at deres kompetanse og kunnskap blir sett, og tatt hensyn til i organisasjonen for at de skal kunne oppleve autonomi i arbeidet (Newell et al., 2009). Det vil derfor være viktig at det er satt av nok ressurser til drift av medisindispenser, siden det kan være en barriere for hvorvidt man lykkes (Bugge & Skålholt, 2015; Ringholm & Holmen, 2019).

I de hjemmesykepleieavdelingene som hadde lengst kjennskap til bruk av medisindispenser, og hadde et større omfang medisindispensere i bruk, fortalte sykepleierne at alle ansatte i avdelingen fikk tilbud om opplæring i bruk av medisindispenser. Bjørn opplevde det var helt nødvendig:

[...] Så lenge de har fått medisinopplæring og har medisinkurs og har lov til å gi medisinerne, ja, så er det noe som alle gjør [...] Nei, vi er nødt til å spre det ut på alle. Ellers så får vi veldig mye å gjøre vi som er faglært.

Dette står i motsetning til det noen av sykepleierne som jobbet i avdelinger med kortere erfaring med medisindispenser, fortalte. Der var det sykepleierne som i all hovedsak ivaretok drift av medisindispenser. Erfaringene fra denne studien kan tyde på at ansvaret med bruk av medisindispenser i større grad blir spredt på flere ansatte og til ulike yrkesgrupper, når avdelingene får økt kunnskap og trygghet i bruk av medisindispenser.

Oppskalering og spredning er kritiske elementer mot slutten av en innovasjonsprosess (Iakoleva & Willumsen, 2020). Et tilgjengelig nettverk som kan bidra i prosessen er en viktig forutsetning for å få tilgang på de ressursene som skal til for å kunne realisere og implementere medisindispenserne (Willumsen et al., 2020). Ved å tilby opplæring til flere ansatte enn bare sykepleierne, eller faglærte, sikrer avdelingen i større grad fleksibilitet i tillegg til at tjenestemottakerne blir møtt av ansatte som har kunnskap og som kan veilede i ulike teknologiske løsninger som er tilpasset den enkelte (Johannessen et al., 2019; Nakrem, 2021). Dette vil også være avgjørende med tanke på at kunnskapen ikke bare komme den enkelte ansatte til gode, men på sikt kan bidra til forbedringer i organisasjonen (Irgens, 2007), noe som

er avgjørende for å oppnå læring i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det vil med andre ord ikke være nok at det bare er enkeltindivider som tilegner seg ny kunnskap, dette må også spres innad i gruppen (Jacobsen, 2012). Tidligere forskning viser at kunnskapsdeling vil kunne sikre videreføring av arbeidet med teknologi (Frennert & Östlund, 2018). Dette gir mulighet for forbedring og endring i tjenestene, men det avhenger av at det foreligger avklarte roller og ansvarsområder som bidrar til autonomi i prosessen (Fabritius et al., 2017; Zander et al., 2021).

5.1.3 What`s in it for me?

Innføring av medisindispenser påvirker arbeidsdagen i hjemmesykepleien, ikke bare for sykepleierne, men for alle ansatte. I denne studien var sykepleiernes oppfatning av hvordan innføringen av medisindispenser hadde fungert ute i avdelingen også avhengig av hvordan kollegaer oppfattet endringen, og hvilke holdninger de uttrykte. I tillegg var det avgjørende om sykepleierne oppfattet at innføring av medisindispenser tilføre noe positivt, både til dem som profesjonsutøvere og til avdelingen.

Sykepleierne jeg intervjuet syntes innføringen av medisindispenser hadde gått bra, men at det krevde noe egeninnsats for å klare å sette seg godt nok inn i bruk av medisindispenseren. Dette var også et perspektiv Jan trakk frem: «[...] jeg tenker en del av sykepleie er at man skal holde seg oppdatert innen utviklingen av sykepleiefaget. [...] jeg tenker at en Evondos er sykepleie». Flere av sykepleierne opplevde at medisindispenser var et tilskudd til arbeidshverdagen, og noen opplevde at det gjorde arbeidsdagen mer interessant. Sykepleierne viser til at medisindispenser kan være et supplement til den kunnskapen de har tilegnet seg under utdanning, men at det krevde tid og egeninnsats for å sette seg inn i bruken.

Sykepleierne i denne studien viste en positiv holdning til innføring av medisindispenser som et hjelpemiddel i legemiddelhåndteringen. Øyen et al. (2018) viser til at noe av dette kan tilskrives at vi lever i en digital verden, der mange har egne positive erfaringer med bruk av teknologiske løsninger. Tidligere forskning viser at noen sykepleiere kanskje vil oppleve at ved bruk av velferdsteknologi i hjemmesykepleien skapes det nye oppgaver og ansvarsområder, som også gjør at deres profesjonsgrense kan oppleves å bli brutt (Kleiven, 2021). En profesjonsgrense tar utgangspunkt sykepleiernes utdanning, der profesjonen har en beskyttet tittel (Gotvassli, 2015). Den tradisjonelle rollen til sykepleiere gir en viss makt overfor andre knyttet til den

kunnskapen sykepleierne besitter gjennom utdanning (Hean, 2015). Samtidig kan man si at sykepleiere er profesjonsutøvere som har vært vant til å ha et visst handlingsrom for utøvelse av sine arbeidsoppgaver. Som følge av dette har de også hatt større ansvar for kunnskapsutviklingen innenfor egne fagområder (Busch, 2011). Ved å tilegne seg ny kunnskap øker de også egen kompetanse, noe som gjør at sykepleierne i større grad kan bidra til verdiskaping i avdelingen (Gotvassli, 2015; Hillestad, 2008). På den måten opprettholder også sykepleierne sin posisjon i hjemmesykepleien som en avgjørende ressurs for hvordan avdelingen fungerer (Hean, 2015; Irgens, 2011).

De fleste sykepleierne opplevde at det var litt delte holdninger i avdelingen knyttet til bruk av medisindispenser, og som Anne fortalte: «[...] holdningen til velferdsteknologi blir lettere med årene, og når det kommer mer inn i hver avdeling». Sykepleierne så på medisindispenserne som noe som var kommet for å bli. Fortsatt var det på mange måter nytt i de fleste avdelingene og ville kreve en kultur- og holdningsendring ifølge informantene, fordi dette var ikke noe man kunne velge bort, og da måtte man gjøre det beste ut av det. I studien var det sykepleierne med lengst arbeidserfaring som gav inntrykk av å stille flest spørsmål til bruk av medisindispenser, uten at det er ensbetydende med at de er negative til innføring. Det er heller ikke sagt at de ikke kan håndtere medisindispenser på lik linje med de som er yngre. Sykepleierne i denne studien var generelt positiv til innføring av medisindispenser, men viste til at det var ansatte i avdelingene som ikke ønsket å ta i bruk ny teknologi. For å imøtekomme dette var det viktig å ta tiden til hjelp, samtidig som ansatte tilegnet seg kunnskap om velferdsteknologi.

Ansattes holdninger har gjennom tidligere forskning blitt påpekt som en viktig faktor når det gjelder innføring av velferdsteknologi, og kan både fremstå som en drivkraft og som en barriere (Zander et al., 2021). De offentlige helsetjenestene har på lik linje med andre tjenester endret seg i takt med utviklingen i samfunnet, og det medfører at de som har jobbet lengst på en arbeidsplass, har vært med på mange både vellykkede nyskapinge og nye løsninger som har blitt forkastet (Willumsen et al., 2015). Det kan oppstå en tretthet i organisasjonen når ansatte opplever at forsøk de har vært med på, ikke blir implementert og ikke bidrar til varig endring i organisasjonen (Det kongelige kommunal og moderniseringsdepartement, 2020). Dette kan, i tillegg til at mange ansatte er usikre på hvor nyttig eller trygg bruk av velferdsteknologi er, både for ansatte og brukerne, føre til økt skepsis (Cuesta et al., 2020; Hauvik & Vatne, 2020). At sykepleierne stiller kritiske spørsmål kan både knyttes til en bekymring for om

tjenestemottakerne får den rette oppfølgingen, men også til hvordan enkeltansatte lærer (Espedal & Kvitastein, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2013; Kleiven et al., 2020). Der en av bekymringene gjerne har vært knyttet til det som oppleves som en motsetning mellom varm omsorg og kald teknologi (Nakrem, 2021), men som Stokke et al. (2019) påpeker er det viktig å få snudd denne tankegangen til at teknologi også er en del av omsorgspraksisen. Dersom man lykkes med å få ansatte til se på velferdsteknologi som noe som kan forberede kvaliteten på tjenesten vil dette være en fasilitator i innovasjonsprosessen (Zander et al., 2021). Samtidig vil ansatte med tidligere erfaringer i bruk av velferdsteknologi kunne dra nytte av dette i yrkeslivet, jamfør Øyen et al. (2018) som viser til at yngre ansatte ofte vil ha en fordel. Kunnskap om teknologiske løsninger kan bli nyttig av når tjenestene endres (Frennert & Östlund, 2018; Lo et al., 2019), da sykepleierne i større grad kan bidra i utvikling av tjenesten.

Sykepleierne opplevde å ha mange oppgaver i det daglige arbeidet i hjemmesykepleien, og spesielt superbrukerne trakk fram at det gikk med ekstra tid til oppfølging av bruk av medisindispenser. Inger fortalte at det hadde skjedd en endring med tanke på avsatt tid: «Det er ikke noe frigjort tid til å følge opp medisindispenser. Før var det det, men det var i oppstartsfasen, men sånn er det jo alltid». I noen få avdelinger kom det frem at det var avsatt dedikerte ressurser til etterfylling av medisindispenser, men at det noen ganger når det var fravær i avdelingen. Dersom man trengte ekstra tid til oppfølging og drift av medisindispenser, måtte det avtales med leder. Det fremkom i studien at det ikke alltid var god nok forståelse i ledelsen for at bruk av medisindispenser også krevde noe frigjort tid. Ut fra det sykepleierne forteller er det ikke alltid samsvar mellom det som blir presentert ved innføring av ny teknologi, og det som lar seg gjøre i praksis. En motsetning som kan skape frustrasjon dersom sykepleierne opplever at de ikke får fulgt opp de oppgavene de har påtatt seg.

Lines (2011) peker på at selvutvikling kan være en motivasjonsfaktor for sykepleierne, og ved å delta i innovasjonsprosesser kan sykepleierne bidra til verdiskaping i organisasjonen (Newell et al., 2009). Sykepleierne synliggjør også at de har kompetanse og verdier som gjør at de kan samarbeide på tvers av fagområder (Hean, 2015), men det vil være avhengig av at organisasjonen er tilpasset disse endringene, og har forståelse for at innføring av medisindispenser vil gi økt behov ressurser (Fabritius et al., 2017; Frennert & Baudin, 2021; Lo et al., 2019). Det krever at sykepleierne opplever at de har anledning til å påvirke prosessen, og ledelsen må legge til rette for at sykepleierne kan utøve sin profesjonelle autonomi (Busch,

2011; Hildebrandt, 2008; Similä & McCourt, 2011). Dette samsvarer med tidligere forskning jamfør Fabritius et al. (2017) som viser til nettopp økt bruk av ressurser når teknologi skal innføres. Sykepleierne som ivaretar opplæring og oppfølging av bruk av medisindispenser trenger avsatt tid, noe som også i tidligere forskning beskrives som viktig for å lykkes med implementering av medisindispenser (Nilsen et al., 2016; Zander et al., 2021). I tillegg må innføringen skje på en slik måte at organisasjonen klarer å tilpasse seg forventningene som er knyttet til endringen (Frennert & Baudin, 2021; Nakrem & Kiran, 2019). Spesielt vil det være viktig å ha klare målsettinger for de velferdsteknologiske produktene som er tenkt tatt i bruk i en avdeling (Zander et al., 2021). Samtidig viser tidligere forskning (Frennert & Baudin, 2021; Zander et al., 2021) at det kan oppstå motstand hos de ansatte mot innføring av velferdsteknologi dersom de opplever at det bare er ytterligere en oppgave de skal ivareta. Sykepleierne må derfor ha en tro på at medisindispenser kan tilføre tjenesten noe gjennom økt kvalitet og sikkerhet i tjenesten (Nakrem et al., 2018).

5.1.4 Oppsummering

Sykepleierne i denne undersøkelsen viste til at initiativet til innføring av medisindispenser i de fleste tilfeller kom fra ledelsen. Dette medførte at sykepleierne i liten grad fikk være delaktig i beslutningen om medisindispenser skulle tas i bruk, noe sykepleierne syntes å ha forståelse for. Samtidig kom det frem at det i enkelte tilfeller var ansatte som tok initiativ til innføring av medisindispenser, et initiativ som kan bidra til økt eierskap og en mer praksisnær tilnærming til innføring av medisindispenser. Uansett hvem som tok initiativ var ledelsen sett på som viktig, og det å ha en nærmeste leder som var deltakende og som engasjerte seg i prosessen hadde betydning for hvordan sykepleierne opplevde innføringen. Samtidig vektla sykepleierne at innføring av medisindispenser måtte bidra på en positiv måte i tjenesten slik at de opplevde den bedre kvaliteten på tjenesten, samtidig som innføringen ikke gikk på tvers av sykepleiernes faglige ståsted. Det hadde også en positiv innvirkning på ønsket om å ta i bruk medisindispenseren dersom sykepleierne anså det som en mulighet til å øke sin kunnskap og kompetanse. I denne studien blir det også synliggjort at mye av arbeidet med bruk av medisindispenser var knyttet til enkeltansatte eller noen få, noe som kan gjøre implementeringen sårbar dersom disse nøkkelpersonene forsvinner. Videre ser det ut til at bruk av medisindispenser i avdelinger med lengst erfaring var spredt på flere ansatte enn i de avdelingene som hadde tatt i bruk medisindispenser nylig. Dette kan kobles opp mot holdningene som ble synliggjort i intervjuene med sykepleierne, der de viste til at ikke alle

ansatte var like fortrolig med medisindispenser, men at på sikt ville dette sannsynligvis endre seg fordi vi omgir oss med mer og mer teknologi. Og etter hvert som ansatte blir mer fortrolige med teknologien ville det kunne bidra til å utjevne ulikhetene mellom yngre og eldre ansatte.

5.2 Endring i tjenesten når teknologi blir innført

I denne delen presenterer og analyserer jeg funn knyttet til hvordan sykepleierne erfarer at tjenesten endres når medisindispenser blir innført. Medisindispenser skal driftes på lik linje med andre tjenester, og da må tjenesten utvikles for å ivareta dette. Først ser jeg på hvordan samarbeid med andre instanser påvirkes når medisindispenser blir tatt i bruk. Videre diskuterer jeg om innføring av medisindispenser har medført noen endringer i avdelingen med tanke på fordeling av arbeidsoppgaver, og hvordan sykepleierne opplever dette. Til sist ser jeg på om bruk av medisindispenser har bidratt til endring i hvordan sykepleierne opplever at de kan ivareta de ulike oppgavene i hjemmesykepleien. Bruk av medisindispenser skal passe inn, ikke bare i hjemmesykepleien, men også hos aktuelle samarbeidspartnere. Dette krever at andre aktører er villig til å endre seg. Hvorvidt sykepleierne opplevde at bruk av medisindispenser utgjorde en forskjell i deres arbeidshverdag var avhengig av om de opplevde at de fikk ivaretatt alle oppgavene på en faglig god måte. Det ble både påvirket av hvordan arbeidsoppgavene ble fordelt i avdelingen, og om sykepleierne opplevde at medisindispenser førte til frigjort tid som kunne brukes til andre prioriterte oppgaver.

5.2.1 Hvordan skal man samarbeide for å oppnå endring?

Sykepleierne erfarte at bruk av medisindispenser avhenger av flere enn bare de ansatte i hjemmesykepleien. For at avdelingen skulle kunne benytte medisindispenser var samarbeid med flere andre, både interne og eksterne aktører, avgjørende. Lege, både fastlege og i spesialisthelsetjeneste, og ansatte ved apotek var alle viktige samarbeidspartnere. Internt i kommunen var det flere avdelinger som sykepleierne samhandlet med, men de fremhevet spesielt samarbeidet med kommunens IT/teknologiavdeling. Dette både i forhold til igangsettelse og oppfølging av medisindispenser.

Alle sykepleierne viste til at samarbeid med lege var spesielt viktig med tanke på bruk av medisindispenser, fordi bruk av medisindispenser avhenger av at multidoseposene har innhold som samsvarer med legemiddellisten. Marit erfarte at legene hadde fått en litt annen innstilling med multidose og medisindispenser med tiden. Hun fortalte:

Jeg opplever at lege og apotek har forståelse for at vi bruker medisindispenser som hjelpemiddel. Når vi startet med multidose [...], så var det ikke like lett å få legene med på dette, men nå opplever jeg at det er et godt samarbeid.

Apotek var viktig med tanke på at de var leverandør av multidose, og avdelingene hadde faste leveringsavtaler med apoteket. Dersom avtalene ble fulgt, ble multidosene levert på faste dager til avdelingen. Legemiddelhåndteringen fungerte best når avtalene fremstod som forutsigbare og spesielt legene viste forståelse for hvordan multidose og medisindispenser fungerte.

Tidligere forskning viser til at et godt samarbeid med ulike aktører avhenger av en felles forståelse (Frennert & Baudin, 2021; Nakrem & Kiran, 2019). Organisasjonsstrukturen vil ofte være ganske satt, og det trengs tid for å endre den (Kleiven, 2021), noe som også vil være gjeldende innen helsevesenet. Kulturen i helsesektoren har vært preget av regelstyring og profesjonstenkning som kan hindre innovasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013:123). I tillegg er helsevesenet sammensatt av mange ulike aktører med ulike roller i det som kan fremstå som et komplisert nettverk (Kleiven, 2021). Ifølge Aaen (2019a) medfører implementering av medisindispenser en endring i arbeidspraksis, ansvarsområder og roller. Det vil ikke bare omhandle tjenestemottakere og hjemmesykepleien, men også andre aktører, som lege og apotek, vil få endringer i hvordan de utfører arbeidet sitt (Johannessen et al., 2019; Kamp et al., 2019). Dette kan ifølge Kleiven (2021) utfordre profesjonsrollene og -grensene som tradisjonelt har vært i helsesektoren. Innføring av velferdsteknologi vil på denne måten utfordre graden av profesjonssamarbeid mellom nivåene. For å lykkes med bruk av medisindispenser er det derfor viktig at både interne og eksterne aktører ser mulighetene som ligger i innføring av medisindispenser, noe også tidligere forskning viser til (Frennert & Baudin, 2021). Et godt samarbeid mellom nivåene og med ulike aktører i hele prosessen vil være et viktig bidrag for å sikre kvalitet på tjenestene, og for at bruk av medisindispenser også skal passe inn hos de ulike aktørene og hvordan de utfører sine oppgaver (Knarvik et al., 2017; Nakrem & Kiran, 2019). Dette kan skje ved at det underveis i innføringen av medisindispenser blir sett på hvordan samarbeidspartnere kan bidra til endring, og at de får komme med innspill ut fra deres kunnskap. På denne måten vil det legges til rette for aksept fra de som blir berørt når medisindispenser tas i bruk (Høiland & Willumsen, 2015).

IT-avdelingen ble av informantene pekt på som viktig med tanke på samarbeidspartnere som hadde betydning for opplevelsen av innføring av medisindispenser i hjemmesykepleien. Informantene fortalte om en, eller noen få ansvarlige som fulgt opp innføringen. Jan fortalte fra sin avdeling: «Vi hadde faktisk en hel dag sammen med hun som er IT-ansvarlig i forhold til Evondos. Hvor vi fikk innføring i Evondos, hva som var fordeler og hvordan vi bruker disse [Evondos]». Også de andre sykepleierne fortalte om tett samarbeid med den avdelingen i kommunen som hadde ansvar for velferdsteknologi, og dette kunne gjerne være koblet opp mot IT avdelingen. Sykepleierne erfarte at disse teamene, eller enkeltansatte, var svært tilgjengelig, både med tanke på opplæring, men også for oppfølging i etterkant. I tillegg fremstod de som en pådriver ved for eksempel å sende ut ekstra informasjon dersom det var ubrukte medisindispenser på lager. Sykepleiernes opplevelse av å ha noen tilgjengelig som kunne svare på spørsmål eller veilede i bruk var viktig både som et sikkerhetsnett og som en veileder.

Innføring av medisindispenser krever at teknologien, menneskene som skal nyttiggjøre seg av den og organisasjonen samhandler (Knarvik et al., 2017). Det vil derfor være viktig med en tidlig dialog med aktuelle samarbeidspartnere. Dette kan legge til rette for økt tverrfaglig samarbeid i forkant av innføring av medisindispenser, jamfør tidligere forskning (Kleiven, 2021; Nilsen et al., 2016). Et viktig kriterium vil også være at bruk av medisindispenser blir vurdert på lik linje med andre digitale prosjekt i den kommunale helsetjenesten, slik at det skapes et helhetlig bilde når det kommer til strukturelle og organisatoriske forhold (Knarvik et al., 2017). Samarbeid og informasjonsdeling knyttet til bruk av medisindispenser vil være viktig med tanke på å skape nye rutiner som kanskje krysser de eksisterende profesjonsgrensene mellom ansatte i hjemmesykepleien og IT avdelingen (Zander et al., 2021) Sykepleiere og IT-ansatte kommer fra ulike kultur, med ulike perspektiver og ideer. Når dette tas høyde for i samarbeidet vil det være større sannsynlighet for å oppnå de fordelene som innføring av medisindispenser kan gi (Fuglsang, 2008; Hofmann, 2019). Innføring av medisindispenser stiller krav til både helsefaglig kompetanse, samtidig som det stiller høye krav til IKT-faglig kompetanse. Der man på den ene siden skal ta hensyn til at teknologien blir satt opp i henhold til tjenestemottakernes behov og på den andre siden trenger kompetanse til å installere og håndtere teknologien brukerne er i samsvar med deres behov (Frennert & Östlund, 2018; Johannessen et al., 2019; Lo et al., 2019). Ved innføring av medisindispensere kan det oppleves som om dette går på tvers av den kunnskapen sykepleierne innehar, og det skaper endring i identitet og arbeidsutførelse (Frennert & Östlund, 2018). En endring som åpner opp et behov

for tverrfaglig kompetanse (Lo et al., 2019). Samtidig påpeker Hean (2015) at dersom profesjonsutøverne frykter at de vil miste sin makt ved å delta i et tverrfaglig samarbeid vil dette være en hindring. Det vil derfor være viktig som Kleiven et al. (2020) viser til i sin studie, at teknologien må være tilpasset de profesjonelle idealene som allerede eksisterer, slik at sykepleierne opprettholder sin rolle og status gjennom kunnskapsutvikling som også inneholder bruk av velferdsteknologi (Gotvassli, 2015). Muligheten sykepleierne har til å påvirke tilpasningen av de teknologiske løsningene vil avhenge av deres IKT-faglig kompetanse (Lo et al., 2019:15). Økt kunnskap blant sykepleierne om hvordan medisindispensere kan brukes, kan bidra til økt forståelsen for hvordan de kan utøve faget i tjenesten, uten av det oppleves som en «kald tjeneste» eller at det vil senke kvaliteten på omsorgsarbeidet (Hansen et al., 2018; Kleiven, 2021).

Sykepleierne var også opptatt av samarbeidet med leverandør for medisindispenser. I all hovedsak erfarte sykepleierne at leverandøren var tilgjengelig og leverte ut fra avtalen. En del av avtalen var en egen supporttelefon som kunne benyttes dersom det kom feilmelding eller en situasjon oppstod som ikke kunne løses lokalt. Sykepleierne hadde litt delte erfaringer med bruk av supporttelefonen, og Marit fortalte: «Ja, det er kanskje litt ymse, jeg har prøvd å ringe og ikke fått svar, og så har man ringt og fått svar. Så det er vel varierende». Også forsinkelser knyttet til levering av flere medisiner hadde en av sykepleierne opplevd, noe som gjorde at de måtte sette utlevering på vent. Sykepleierne opplevde i stor grad at bruk av medisindispenser fungert og at avdelingen håndterte de feilmeldingene uten at de trengte hjelp fra leverandør, men som en av sykepleierne kommenterte var medisindispenser «det beste som er når det fungerer, og så er det det verste som er når det ikke fungerer», og viste til at dette var gjenkjennbart fra da elektronisk pasientjournal ble innført.

Også tidligere forskning viser til viktigheten av både support og tilgjengelighet fra leverandør av teknologi (Johannessen et al., 2019; Zander et al., 2021). Nakrem og Kiran (2019) skriver at leverandør av teknologiløsninger må involveres tidlig i prosessene. Dersom det legges til rette for en lav terskel for dialog mellom ulike leverandør og ansatte i hjemmesykepleien, vil man kunne sikre god kunnskapsoverføring. Videre vil det kunne opparbeides forståelse for hvordan de ulike aktører jobber og hvilke forventninger de har til når medisindispenser skal tas i bruk i hjemmesykepleien (Irgens, 2007; Krogh et al., 2014). Ved å involvere leverandørene av medisindispenser vil de kunne være en bidragsyter når medisindispenser skal innføres i

hjemmesykepleien. Dette vil kunne sikre teknologisk støtte i overgang og videreføring. I denne overgangen mellom innføring og drift er det viktig å sikre at kunnskapsdelingen mellom leverandør og hjemmesykepleie skjer i tråd med det som allerede er eksisterende praksis i hjemmesykepleien (Newell et al., 2009). Samtidig påpeker Kleiven (2021) at all teknologi medfører noe plunder og heft, noe som må tas høyde for i daglig drift, og som sykepleiere som har jobbet over en lengre periode vil kjenne seg igjen i fra andre digitale nyvinninger, men som nå har blitt et godt innarbeidet verktøy i kommunal helsetjeneste. Dette samsvarer også med funn beskrevet i siste gevinstrealiseringsrapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, samt i følgeforskning fra Nordlandsforskning (Fabritius et al., 2017; Helsedirektoratet, 2021a). Medisindispenseren vil være koblet sammen med andre løsninger i avdelingen, det kan være varsling til telefoner eller varsling til elektronisk pasientjournal. Dersom medisindispenseren ikke fungerer som den skal, vil det også høyst sannsynlig virke inn på de andre oppgavene i avdelingen. Det må derfor være et helhetlige system som fanger opp utfordringer knyttet til bruk av medisindispenser (Lo et al., 2019). I tillegg er det som det fremkommer i siste gevinstrealiseringsrapport (Helsedirektoratet, 2021a), et marked som er i stadig utvikling, der leverandører opplever at det er vanskelig å forutse behov og etterspørsel som kan bidra til en forsinket implementering av teknologien.

5.2.2 Hvordan kan teknologi gjøre arbeidsdagen lettere?

Bruk av medisindispenser i hjemmesykepleien har vært presentert som en ressursbesparende teknologi for ansatte, noe sykepleierne i denne studien også var opptatt av. Det som sykepleierne lettest kunne se synlig resultat fra bruk av medisindispenser var at de fikk færre besøk hos tjenestemottakere. Videre var muligheten for oppfølging av tjenestemottakere viktig, og opplevelsen av om bruk av teknologi bidro til å frigjøre tid til oppfølging av tjenestemottakere med stort behov for hjelp. I liten grad var fordeling av oppgavene i hjemmesykepleien satt i et forhåndsdefinert system, men ble vurdert ut fra sammensetning av personal som var på jobb.

Alle sykepleierne trakk frem at innføring av medisindispenser hadde medført en endring for hvordan de prioriterte bruk av tid blant tjenestemottakere med og uten medisindispenser. Hvorvidt det var noen gevinster som følge av innføring av medisindispenser ville dette komme til syne på arbeidslistene i hjemmesykepleien, ifølge informantene. Ingrid fortalte:

Ja, det har jo litt å si, for de som har medisindispenser kan vi jo gå inn til senere. Så det blir jo litt mindre stress på morgenen [...], at vi kan gå inn til de som trenger hjelp med medisin først.

Sykepleierne opplevde nå at de kunne sette sammen arbeidslisten på en mer hensiktsmessig måte. Samtidig var det ingen av sykepleierne som uttrykte at det var systematisert på noen måte, der en av sykepleierne uttalte «det blir bare en del av flyten i arbeidshverdagen. Det er ikke registrert at den her [tjenestemottakeren] har medisindispenser og da blir det ekstra tid til de andre. Vi har ikke et slikt system». Ut fra det sykepleierne fortalte var det opp til den enkelte avdeling hvordan de skulle organisere dagen. På denne måten stilles det krav til de som er på jobb om å prioritere arbeidsoppgaver, noe som avhenger av den enkeltes ansattes kompetanse og kunnskap for å definere innholdet i de ulike oppgavene.

Bruk av medisindispenser medfører at avdelingen må se på hvordan de er organisert. Det vil blant annet være viktig å avdekke om det er en naturlig flyt i arbeidsprosessene, noe som også tidligere forskning og teori om innovasjon i kommuner viser til (Frennert & Baudin, 2021; KS, 2015b). Ifølge gjennomgangen til Zander et al. (2021) er det ikke nødvendigvis slik at teknologien passer inn i rutiner og arbeidsflyt som eksisterer på arbeidsplassen. Derfor må bruk av medisindispenser tilpasses tjenestene slik at man får nyttiggjort seg av den slik det er tenkt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Tilpassede tidspunkt for oppfølging av tjenestemottakere kan være en del av endringen, noe som er sammenfallende med resultater gjengitt i siste gevinstrealiseringsrapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram (Helsedirektoratet, 2021a). Dette vil kunne bidra til at sykepleierne opplever jevnere arbeidsbelastning og mindre stress i arbeidshverdagen (Helsedirektoratet, 2021a). På sikt vil det kunne bedre arbeidsforholdene til de ansatte fordi de får mulighet til å ivareta relasjonene til tjenestemottakerne på en bedre måte, ved at det blir mindre stress og en fordeling av oppgaver utover hele arbeidsdagen. På samme måte får tjenestemottakerne mer tilrettelagte og individuelt tilpassede tjenester ut fra deres behov (Ringholm, 2015; Willumsen et al., 2020). Selv om dette kan ansees som en mindre justeringer, vil det allikevel kunne oppleves som at bruk av medisindispenser medfører endring i tjenesten (Ringholm, 2015; Teigen, 2015). Innføring av medisindispenser er ikke bare et tiltak i seg selv, det vil også medføre at det må designes en helt ny tjeneste, med nye arbeidsprosesser og ansatte må gjøres kjent med nye rutiner (Helsedirektoratet, 2021a). For at alle ansatte skal kunne følge opp disse endringene vil

det være viktig å utvikle en løsning som ivaretar de ulike behov (Høiland & Willumsen, 2015). Sykepleiere kan inneha kunnskap om drift eller oppgaveløsning som vanskelig lar seg formidle, eller de andre ansatte i avdelingen ikke har tilegnet seg (Gotvassli, 2015; Grimen, 2008). Den kunnskapen sykepleierne har om hvordan man kan drifte avdelingen vil være viktig når det vurderes andre, og kanskje alternative, måter å organisere dagen, jamfør Kleiven (2021), som også mener en slik gjennomgang kan gi økt effektivitet. En av forutsetningene for å lykkes med dette er at sykepleierne er deltakende i prosessen med innføring av medisindispensere. Ved å tydeliggjøre hvordan arbeidsoppgaver kan utføres sikrer man at avdelingen i større grad ivaretar oppgavene ut fra like forutsetninger. Samtidig har sykepleierne erfaring og kunnskap som tilsier at de kan ivareta uforutsette og komplekse situasjoner i hjemmesykepleien (Gotvassli, 2015). De organiserer dagen ut fra kjennskap til tjenestemottakerne, planlagte og ikke planlagte arbeidsoppgaver. Dersom den fastsatte løsningen medfører rutiner som kan gjøre det vanskelig å håndtere disse situasjonene kan det virke begrensende på arbeidsutførelsen til sykepleierne (Gotvassli, 2015; Newell et al., 2009). Samtidig er det viktig å erkjenne at gevinstrealisering tar tid (KS, 2015b), men det vil være vanskelig å vurdere om innføring av medisindispenser har fungert etter planen dersom avdelingen ikke har måleredskaper eller tydelige kriterier for innføring (Willumsen et al., 2015). Ved å evaluere gjennomføringen skapes en mulighet til å justere tjenestene, korrigere avvik og lære av det man har gjort (Helsedirektoratet, 2021a).

Alle sykepleierne fortalte at som følge av tjenestemottakerne som hadde tatt i bruk medisindispenser, var antall hjemmebesøk redusert. Sykepleierne opplevde at de slapp en del «sanne inn- og ut-besøk». Jan fortalte at kunnskap om tjenestemottakerne i tillegg til kartlegging har vært til god hjelp for å vurdere tjenestemottakerne kunne nyttiggjøre seg av medisindispenser: «[...] en kartlegging på hvor mange pasienter er det egentlig vi bare går inn for å gi den tablett. [...] og ut fra det fant vi de pasientene vi tenkte kunne ha Evondos». Alle sykepleierne hadde erfart at mange tjenestemottakere var fornøyde med de besøkene som var knyttet til bytte av multidoserull som skjedde hver andre eller fjerde uke avhengig av avtalen med apoteket. I denne studien har sykepleierne erfart av medisindispenser til tjenestemottakere som kun har besøk av hjemmesykepleien for utlevering av medisiner, i mange tilfeller kan nyttiggjøre seg av medisindispenser. Sykepleierne opplevde at dette var tid som kunne brukes til andre oppgaver, eller settes av til tjenestemottakere som ikke kunne nyttiggjøre seg av medisindispenser.

Velferdsteknologi har blitt trukket frem som en mulig løsning på de utfordringene helse- og omsorgssektoren står overfor i tiden som kommer, så det har derfor vært mye fokus på at implementering skal gi en gevinst i form av sparte ressurser (Hjemås et al., 2019; NOU 2011:11; Skjøstad et al., 2017). Innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil man ikke kunne videreføre dagens praksis med bakgrunn i at det vil være for lite ressurser for å kunne løse de utfordringene kommunene står overfor (se også pkt. 1.1 og 1.2). Derfor stilles krav til nedskjæringer, men samtidig omstilling i offentlig sektor for å sikre omfang og kvalitet på fremtidige velferdstjenester (Willumsen & Kjedadli, 2020:114). Dette krever at løsningene som presenteres ivaretar både er ønske om kvalitet på tjenesten og at de bidrar til problemløsning (Totcheva et al., 2019). Sykepleierne hadde en forventning om effektivisering og forbedret ressursbruk som følge av innføring av medisindispensere. Dersom sykepleierne opplever at innføringen gir en kvalitativt dårligere tjeneste, eller at de får et inntrykk av at det utelukkende dreier seg om sparing, kan det føre til motstand for å ta i bruk teknologien (Irgens, 2007; Nakrem et al., 2018). Sykepleierne har kunnskap og ferdigheter som er unik, og slik situasjonen er med rekrutteringsutfordringer vil de også være av strategisk betydning for kommunehelsetjenesten (Irgens, 2011). Ved at det frigjøres tid vil sykepleierne kunne bruke sin kunnskap til å øke kunnskapen hos alle ansatte for den faglige oppfølgingen av tjenestemottakere i hele avdelingen, noe som kan bidra til bedre prestasjonene for alle ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Lahn & Jensen, 2008; Wennes & Irgens, 2011). Dersom sykepleierne får bruke kunnskapen de har tilegnet seg gjennom opplæring, og omsette det i praksis, bidrar det til at oppgavene utføres i tråd med de normer og verdier som sykepleierne har blitt sosialisert inn igjennom utdanning og erfaring. Det de kan oppleve som positivt kan være et bidrag for å øke kvaliteten på arbeidet (Lines et al., 2011; Similä & McCourt, 2011). Dette fordrer at arbeidet med medisindispenser blir nært knyttet til allerede eksisterende praksis, hvis ikke vil det blir vanskelig å kunne nyttiggjøre seg av den (Irgens, 2007; Newell et al., 2009).

5.2.3 Hvordan blir arbeidsdagen påvirket når teknologi blir innført?

I denne studien viste sykepleierne til at bruk av medisindispenser påvirket oppgave- og arbeidsfordelingen i avdelingen. Det var i mindre grad tatt hensyn til kompetanse hos de ansatte, men at arbeidslistene ble prioritert ut fra tjenestemottakere med medisindispenser. Dette medførte at avdelingen i mindre grad klarte å frigjøre tid for sykepleiere til å ivareta oppgaver knyttet direkte til tjenestemottakerne og forebyggende oppgaver. Det kommer også frem i

undersøkelsen at avdelingene med få medisindispensere i drift i større grad går over til ordinær medisintdeling i en periode dersom man avventer levering av legemidler eller det må gjøres endringer.

I denne studien kom det frem at ingen av hjemmesykepleieavdelingene hadde gjort noen spesielle endringer med tanke på fordeling av oppgaver mellom sykepleierne og de andre yrkesgruppene. Bjørn fortalte om arbeidslistene i sin avdeling:

De listene er vel egentlig ferdigspikret, [...] man kan bli plassert litt forskjellig fra dag til dag, på forskjellige lister. De kan være både litt geografisk forskjellig, men også sammensetning kan være forskjellig. Sånn at jeg godt kan komme på en liste hvor det er mye stell, dusj og støttestrømper. [...] men mye må man rett og slett flytte på underveis siden det er ting som oppstår.

Fra noen sykepleiere ble det beskrevet en sykepleierliste med faste sykepleieroppdrag, og som også var ansvarsvakt. En av sykepleierne trodde det å ha egne sykepleieruter var ønsketenkning. Ut fra det sykepleierne erfarer i denne studien ivaretar de mange oppgaver som andre ansatte også har kompetanse til å utføre. Dette samsvarer ikke med knappheten i helsevesenet på sykepleiere.

Sykepleierne er en viktig ressurs i hjemmesykepleien (Gautun, 2021), og i dagens arbeidsmarked er sykepleierne en knapp og kritisk ressurs for drift av de kommunale helsetjenestene (Hillestad, 2008; Hjemås et al., 2019; Skjøstad et al., 2017). I tillegg har kommunene ansvar for oppfølging av mange krevende tjenestemottakere med sammensatte utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009; Riksrevisjonen, 2016), og vil derfor være avhengig av sykepleiere for å drifte tjenestene. Sykepleierne har gjennom utdanningen tilegnet seg en faglig ekspertise som gjør at de har en kompetanse til å håndtere mange av de utfordringene de møter på i hjemmesykepleien, samt at de kan gjøre vurderinger ut fra det de opplever er til det beste for tjenestemottakerne (Newell et al., 2009; Similä & McCourt, 2011). Det vil derfor være viktig at det foreligger gode rutiner og mulighet for å ta i bruk kunnskapen sykepleierne har opparbeidet seg. Dette kan bidra til at arbeidet effektiviseres, og som på sikt kan gi grunnlag for bedre ressursutnyttelse i tjenesten (Bredal, 2002). Ved at hjemmesykepleien tar i bruk medisindispenser opprettes det nye oppgaver og ansvarsområder som krysser noen av de etablerte profesjonsgrensene (Kleiven, 2021), og for å lykkes med innføring av

medisindispenser må noen av de tradisjonelle rollene endres på for å utnytte potensialet som innføring av ny teknologi bringer med seg. Dette krever at sykepleierne utfordres på sin autonomi på området ved at teknologi skal utøves på linje med ordinær sykepleie. Derfor er det viktig å rette fokus tidlig på å etablere kommunikasjon slik at man kan nyttiggjøre seg av den kompetansen som sykepleierne har (Similä & McCourt, 2011). Betydningen av å ha klare retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling i hjemmesykepleieavdelingen kommer også tydelig frem, noe som er i tråd med de føringene som er gitt (Direktorat for e-helse, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015).

Alle sykepleierne fortalte at selv om det ikke var gjort noen tydelige endringer på arbeidslistene, var det kanskje slik at det ble gjort noen tilpasninger på hvem som fulgte opp de ulike tjenestemottakerne på daglig basis. Selv om ingen opplevde at det var vanskelig å følge opp tjenestemottakerne, hadde Ingrid reflektert litt over hvordan dette påvirket oppfølging:

Jeg har ikke noe grunnlag for å si det, men jeg har reflektert over at kanskje det blir sånn at dit [til tjenestemottakere med medisindispenser] kan hjemmehjelpen eller ufaglært gå, for de [tjenestemottakerne] har ingen medisiner som skal gis. Da går man kanskje glipp av noen observasjoner eller ting som skulle vært gjort.

Alle sykepleierne var opptatt av å se mulighetene som bruk av medisindispenser bar med seg, noe som kanskje også vil være naturlig så lenge det er stort fokus på forbedring og endringer. Samtidig kan det være slik det også kommer frem i studien, at man kanskje ikke i like stor grad klarer å se de utfordringene som dukker opp.

Ved bruk av medisindispenser må sykepleierne forholde seg til teknologi for å gjøre den samme oppfølgingen. Den kunnskapen sykepleierne tidligere har benyttet i yrkesutførelsen, og som er tilegnet gjennom utdanning (Lines & Sandvik, 2013), vil bli utfordret når medisindispenser tas i bruk i tjenesten. Ved innføring av medisindispenser i hjemmesykepleien må det være en bevissthet rundt de endringene dette vil føre med seg for hvordan tjenestene blir utført (Hansen et al., 2018). Sykepleierne kan ikke lenger se at tjenestemottakerne tar medisinerne. Dette krever at de tilegner ferdigheter knyttet til teknologien som benyttes, samtidig som de må bruke eget fag på en annen måte enn tidligere (Frennert & Östlund, 2018; Hansen et al., 2018). Sykepleierne benytter seg av sin tidligere kunnskap og praksis og setter dette sammen med bruk av medisindispenser. På denne måten kan endre sine handlingsmønstre eller hvordan de tolker

situasjoner (Espedal & Kvitastein, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Innføring og bruk av medisindispenser kan føre til en opplevelse av at profesjongrenser krysses (Kleiven, 2021), samtidig som sykepleierne må skape nye samarbeidsformer med andre yrkesgrupper (Johannessen et al., 2019; Kamp et al., 2019) som kan få utvidede oppgaver knyttet til medisindivdelingen. Som følge av dette vil sykepleierne få en litt mer tilbaketrasket funksjon overfor tjenestemottakerne, til tross for det ansvaret som ligger i det å yte helsetjenester i kommunen (Hansen et al., 2018). En viktig forutsetning for å lykkes med innføringen vil være at det etableres oppgaver og ansvarsområder som ivaretar eventuelle interessekonflikter, på tvers at det som tradisjonelt har vært i den kommunale helsetjenesten (Fuglsang, 2008), noe også Kleiven (2021) viser til i sin studie.

I avdelingene med mange medisindispensere og dermed mange tjenestemottakere med multidose, hadde de klare avtaler med fastlege dersom det skulle gjøres endringer på legemiddellisten, og dermed også i multidosen. Sykepleierne fortalte at multidose i utgangspunktet bidro til forenklete arbeidsprosesser knyttet til legemiddelhåndtering, men at det ved endringer kunne tilkomme merarbeid. Inger fortalte fra sin avdeling: «Det er så mye endringer hele tiden [...] så vi har blitt enig om at vi bare skal sende en melding til fastlegen, og si at endringene ikke blir gjort før neste multidoserull». I avdelingene med færre multidoser og medisindispensere tilpasset de i større grad multidoseposene eller la over i dosett når det var endringer, og frem til multidosen ble endret. Dette var knyttet til at bruk medisindispenseren avhenger av at multidosen som settes inn er korrekt i forhold til legemiddelkortet. Selv om bruk av medisindispenser var innført var det allikevel mange oppgaver knyttet til legemiddelhåndtering som måtte ivaretas, og noen av disse oppgavene kunne fortsatt bare gjøres av sykepleierne.

Behov for samarbeid på tvers av nivå og etater har vært synliggjort i rapporter om velferdsteknologi (Knarvik et al., 2017). Sykepleierne er en viktig ressurs som har kunnskap om medisindadministrering, og i siste gevinstrealiseringsrapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2021) viser de til at det er viktig å ha med de rette menneskene for å lykkes med innføringen. Ved at medisindispenser har blitt innført vil sykepleierne oppleve endring i arbeidsoppgaver og samarbeidsformer. I tillegg vil det åpne seg muligheter for sykepleierne til å se med litt andre briller på hvordan de utformer arbeidet sitt. På denne måten kan arbeidet oppleves mer meningsfylt, samtidig som det kan bidra til at sykepleierne velger å

stå i jobben (Kamp et al., 2019). Sykepleierne som før hadde førstehåndskunnskap om medisadministreringen hos tjenestemottakerne, har overlatt noe av den jobben til medisindispenser. Mye av den kunnskapen sykepleierne har tilegnet seg om tjenestemottakerne vil derfor ikke på samme måte kunne overføres til andre aktører når medisindispenser har blitt tatt i bruk. Det vil derfor være viktig å se på de uformelle prosedyrene og den tause kunnskapen mellom tjenestenivåene og internt i avdelingen når medisindispenser blir tatt i bruk (Knarvik et al., 2017). Sykepleierne som får sin legemiddelgodkjenning gjennom utdanningen, og har en kunnskap som helsefagarbeidere eller assistenter ikke har. Dette gir status og en viss makt over de som ikke har tilsvarende kunnskap (Hean, 2015). Samtidig er det slik at dersom avdelingen skal lykkes med innføringen av medisindispensere må det legges til rette for at kunnskapen deles mellom de ulike ansatte. Dette kan gjøres gjennom samarbeid der man lykkes med å skape et miljø der det er trygt å dele kunnskap (Hean, 2015). Ifølge Stokke et al. (2019) kan en slik måte å tilpasse tjenestene på, ses på som er resultat av samskaping mellom de ulike aktørene. Dersom dette lykkes vil sykepleierne kunne oppleve en positiv effekt i hverdagen ved at det blir frigjort tid (Helsedirektoratet, 2015, 2017, 2021a).

5.2.4 Oppsummering

Det var lite i studien som tydet på at sykepleierne i hjemmesykepleien hadde fått mindre å gjøre, men det var mye som tydet på at det hadde skjedd noen endringer etter at medisindispenser ble innført uten at sykepleierne hadde noen erfaring med måling av gevinster. Sykepleierne erfarte at de er avhengig av godt samarbeid på tvers av enheter og fagområder for å lykkes med bruk av medisindispenser. Det har også blitt flere samarbeidspartnere som følge av bruk av medisindispenser, og noen som ikke har vært naturlig å samarbeide med tidligere. Det som kommer frem i studien når det gjaldt ulike samarbeidspartnere, er at det må være enkelt å komme i kontakt, det må være tilgjengelighet og fleksibilitet for å lykkes. Sykepleierne opplevde også en trygghet med å ha lett tilgjengelige kontaktpersoner i kommunen som en pådriver i arbeidet med bruk av medisindispenser. Videre viste sykepleierne til at bruk av medisindispenser kunne redusere antall tilsyn hos tjenestemottakere, noe som førte til frigjort tid i avdelingen. Samtidig opplevde ikke sykepleierne at det var gjort noe for å se på fordeling av ressurser med tanke på kompetanse og knapphet på enkelte yrkesgrupper, der noen av sykepleierne gikk så langt som å se på det som en liten ønskedrøm å ha egne sykepleierlister. Det å se hvilke muligheter som ligger i bruk av medisindispenser, og hvordan dette kan gi effekt ut i avdelingen vil ta tid og det krever et visst omfang for å oppnå.

5.3 Når innovasjonen møter hverdagen

I denne delen presenterer og analyserer jeg funn knyttet til hvordan medisindispenser bidrar i arbeidsdagen til sykepleierne, og hvordan de opplever at teknologien fungerer. Første del omhandler hvordan sykepleierne vurderer at medisindispenser bidrar til å øke kvaliteten på tjenestene, men også hvordan de jobber med forbedringsarbeid knyttet til bruk av medisindispenser. Deretter ser jeg på om innføring av medisindispenser har bidratt til noen endringer knyttet til den daglige driften og om avdelingen har innført noen nye rutiner. Til sist ser jeg på hvordan sykepleierne vurderer tjenestemottakernes mulighet for å medvirke når medisindispenser blir tatt i bruk. Det er viktig at sykepleierne blir involvert når kommunene skal innføre velferdsteknologi slik at de kan bidra for å se hvilke behov teknologien skal dekke. Sykepleierne har sterke tradisjoner innen den kommunal helse- og omsorgstjenesten, og studien viser at de er oppriktig opptatt av at tjenestemottakerne i hjemmesykepleien, og hvordan de som sykepleiere kan ivareta dem på best mulig måte. Studien viser at tjenestemottakernes opplevelser med innføring av medisindispenser var av betydning for sykepleiernes erfaringer.

5.3.1 Hvordan kan velferdsteknologi gjøre tjenesten bedre?

Innføring av medisindispenser har betydning for hvordan sykepleierne opplever kvalitet på tjenesten. I stor grad var sykepleierne enig i at medisindispenser kan bidra til økt kvalitet i form av økt trygghet omkring medisineringen til tjenestemottakerne, men det forutsatte at sykepleierne tilegnet seg en annen type kunnskap om hvordan de kan utføre faget sitt. En viktig del av kvalitetsarbeidet var oppfølging av avvik der sykepleierne i stor grad opplevde å ha nok kunnskap om tjenestemottakerne til at de klarte å fange opp dette, dersom bruk av medisindispenser ikke fungerte.

Alle sykepleierne trakk frem to grunner til at avdelingen hadde valgt å satse på bruk av medisindispenser i tjenesten. Det ene var muligheten for å utnytte ressursene i avdelingen på en bedre måte. Dette diskuterer jeg i kapittel 5.2.2 under «Hvordan gjør teknologi arbeidsdagen lettere?» Det andre sykepleierne trakk frem var ønske om å forbedre tjenestene, noe som også hadde blitt mer synlig over tid. Inger fortalte:

Det er en trygghet i at de får i seg medisin til riktig tid og at det er riktig pasient. Det er kvalitetssikring rundt det da. I starten så tenkte jeg at bruk av medisindispenser gjør det litt «kaldere», og at vi ikke skal inn til pasienten, og at det bare skulle være en gevinst

for oss [kommunen] og ikke for pasienten. Men jo mer jeg nå har lært om medisindispenser, og fått mer kunnskap så ser jeg det på en helt annen måte.

Sykepleiernes erfaringer knyttet til at innføring av medisindispensere ikke bare var et spare- og effektiviseringstiltak fra kommuneledelsen, men også en måte å øke kvaliteten på tjenestene fremstod som viktig for alle sykepleierne i studien.

Sykepleierne i denne studien hadde en oppfatning av at målsettingen for innføringen var tosidig, bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet på tjenestene, der det ene ikke utelukker det andre. Dette er sammenfallende med nasjonale føringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2012; NOU 2011:11), i tillegg til at det har vært synliggjort i tidligere forskning (Nakrem et al., 2018; Stokke et al., 2019). Ifølge Stokke et al. (2019) vil forståelsen av at innføring av teknologi har en delt motivasjon, være et viktig utgangspunkt for å oppnå formålet med medisindispenseren, samt være med på å synliggjøre hvordan teknologien benyttes i tjenesten. Nakrem et. al (2018) skriver i sin forskning at når denne forståelsen foreligger, øker sannsynligheten for at sykepleierne viser en positiv holdning til å benytte teknologien, noe som kan bidra til at avdelingen lykkes i å ta i bruk medisindispenser. En positiv holdning kan videre bidra til at sykepleierne ser mulighetene som åpner seg når avdelingen har tatt i bruk velferdsteknologi i form av medisindispenser, jamfør (Kleiven, 2021), og det ligger til rette for at kvaliteten på tjenestene skal kunne forbedres. Dersom sykepleierne opplever at teknologien som blir tatt i bruk er et supplement i tjenesten, og ikke noe som reduserer kvaliteten (Kleiven, 2021), i tillegg til at bruk av medisindispenser er i tråd med de normer og verdier som er forenelig med sykepleieutdanning, kan også det bidra til at innføringen blir lettere å forholde seg til (Gotvassli, 2015). Samtidig opplever sykepleierne at økt kunnskap bidrar til å øke forståelsen (Dugstad et al., 2015; Jacobsen & Thorsvik, 2013), og dersom prosessen sikrer at alle ansatte har nok kunnskap om bruk av medisindispenser kan man unngå utfordringen med ulike drivkrefter som kanskje ikke jobber i samme retning som følge av delt motivasjon (Bugge & Skålholt, 2015; Kleiven, 2021; Ringholm & Holmen, 2019; Aaen, 2019a).

Sykepleierne i min studie hadde et ønske om å yte best mulig tjenester til tjenestemottakerne. I tillegg til at sykepleierne skulle sette seg inn i driften av medisindispenser, var de opptatt av hvordan oppfølging av tjenestemottakerne skulle foregå. Nettopp dette fortalte Ingrid noe om:

Når vi startet med medisindispenser, så følte jeg på at man på en måte mistet litt kontrollen [...]. Så har jeg tenkt på om vi klarer å observere bivirkninger og virkninger. For man blir ikke så bevisst på hvilke medisiner de står på.

Kunnskap om tjenestemottakerne tilegner ansatte seg over tid. En av sykepleierne mente at den kunnskapen de hadde om tjenestemottakerne var viktig for å se hva som kunne fungere hos den enkelte. Dersom dette ikke ble tatt hensyn til kunne det fort oppstå en mismatch mellom forventningene og det som var realistisk. Dette kan forstås at for å sikre god tjenesteyting og oppfølging, vil sykepleierne være avhengig av kunnskap om tjenestemottakerne, kunnskap om bruk av medisindispenser og at sykepleierne anvender sin fagkompetanse.

Sykepleiernes tiltro til om teknologien klarer å ivareta den helsefaglige oppfølgingen innvirker på om de ønsker å ta i bruk teknologien, noe som også tidligere forskning peker på (Frennert & Baudin, 2021; Nakrem et al., 2018). Videre blir tjenestemottakerens behov vurdert ut fra sykepleiernes faglig kunnskap, og med det følger et ansvar for de normer og verdier profesjonen representerer (Gotvassli, 2015). Sykepleierne har vært vant til å jobbe nært tjenestemottakerne, og innføringen av teknologi kan medføre at de opplever å måtte tenke nytt om egen identitet som sykepleier og hvordan arbeidet kan utføres i tiden fremover (Frennert & Östlund, 2018). Forventningene om at kommunene skal ta i bruk velferdsteknologi, medfører nødvendigvis en endring i hvordan tjenestene utføres. Endringen vil baseres på ny kunnskap og den evnen organisasjonen har til å endre seg på bakgrunn av denne (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Derfor vil det være viktig å få snudd tankegangen om at medisindispenser ikke utelukkende er en teknologi, men en integrert del av omsorgspraksisen (Stokke et al., 2019). For å lykkes med dette må de som utvikler teknologiske løsninger innhente kunnskap fra de som jobber tett på tjenestemottakerne (Hauvik & Vatne, 2020; Johannessen et al., 2019). Sykepleiernes kunnskap om hvilke behov de ulike tjenestemottakerne har, sett i sammenheng med de ulike medisindispensere, vil være viktig for å se om det er samsvar mellom teknologi og behovene til tjenestemottakerne. Samtidig vil det være viktig å skape forståelse for at det tar tid før det oppnås gevinster ved innføring av medisindispenser (Nilsen et al., 2016; Zander et al., 2021). Dette gjelder både når det gjelder spart tid og bedre ressursutnyttelse, men også bedre kvalitet på tjenesten vil kreve at det vurderes i et lengre perspektiv.

Innføring av medisindispenser fører til reduksjon i antall fysiske tilsyn hos tjenestemottakerne, noe som har blitt presentert under pkt. 5.2.2. Som en følge av dette hadde ikke sykepleierne den samme oversikten og kontrollen over medisineringen som tidligere. Et viktig punkt var derfor hvordan de kunne fange opp avvik fra den planlagte medisineringen, og hvordan avvik ble fulgt opp. Jan fortalte at avdelingen hadde gode rutiner for å følge opp avvik:

[...] vi bruker å kjøre ut statistikk for hvilke alarmer som er mest vanlig, og eventuelt om det er noe vi kan gjøre for å hindre at de alarmene kommer. Og det er en del av våre HMS-møter blant annet [...].

Det var flere av sykepleierne som fortalte at de ikke hadde et konkret system for oppfølging av avvik, men at det ble tatt hånd om der og da. Dersom det var flere avvik over tid, ble bruk av medisindispenser tatt opp til vurdering, med tanke på om det var noe som tilsa at det måtte gjøres noen endringer hos tjenestemottakeren. For alle sykepleierne handlet oppfølging av avvik om å finne det som ikke fungerte og prøve å se hvordan det kunne løses.

Brukes medisindispenser må sykepleierne kunne stole på at medisinadministreringen ivaretas uten at det reduserer kvaliteten på tjenesten, noe som også Kleiven et al. (2020) viser til i sin studie. Ved å gjøre en kartlegging i forkant av innføringen, der ulike løsninger vurderes, vil man sikre at valg av teknologi samsvarer med det som passer best til behovet (Høiland & Willumsen, 2015). På denne måten sikrer man i større grad at forberedelsene i organisasjonen knyttet til rutiner og prosedyrer, underbygger en implementerings- og endringsprosess (Fabritius et al., 2017). I yrkesutøvelsen til profesjonelle utøvere, som sykepleiere, er det en forventning om at oppgavene blir utført i henhold til gitte standarder (Willumsen et al., 2015). Sykepleierne er i så måte viktig for at kommunene skal kunne yte nødvendige lovpålagte tjenester på en faglig forsvarlig måte (Irgens, 2011). Bruk av medisindispenser må derfor være trygg, driftssikker og ikke utløse unødige alarmer eller feilmeldinger (Nakrem, 2021). På linje med det som fremkommer i studien til Stokke et al. (2019), anså sykepleierne medisindispenseren som et godt hjelpemiddel i det daglige arbeidet i hjemmesykepleien dersom den fungerte. Ved å avdekke det som ikke fungerer vil avdelingen kunne korrigere bruk av medisindispenser (Argyris, 1977; Irgens, 2007). Bruk av medisindispenser har blitt ganske utbredt, og det vil derfor være mulig å hente inn erfaring fra andre avdelinger eller kommuner hvordan de har løst tilsvarende situasjoner (Garvin, 1993; Helsedirektoratet, 2019b). For en

avdeling som selv har tatt initiativ til en innovasjon kan avvik og avvikshåndtering være en målestokk for å avgjøre om man har lyktes med innføring av medisindispenser, i tillegg til at det er en del av forbedringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2021a; Konsmo et al., 2015).

5.3.2 Hvordan fungerer teknologien i daglig drift?

I denne studien trakk sykepleierne frem viktigheten av at medisindispenseren fungerte, og at det var lett å finne ut hvordan feilvarslinger kunne løses. Dette knyttet sykepleierne til rutiner og beskrivelser som var lett tilgjengelig. Videre var evalueringen ved bruk av medisindispenser knyttet til det systematiske arbeidet som ble gjort i avdelingen. Videre opplevde sykepleierne at etter hvert som medisindispenser ble mer integrert i tjenesten skjedde det en endring med tanke på muligheten for oppfølging av tjenestemottakerne.

Sykepleierne var komfortabel med bruk av medisindispenser, og viste til at det som regel gikk bedre etter at de hadde fått litt erfaring. Jan fortalte:

[...] vi ser at det som regel tar litt tid på den første [å etterfylle medisindispenseren], men det ligger jo en beskrivelse bak [...] hvordan man skal etterfylle. Så de [som har tilgang til å etterfylle] sier når de har gjort det på den ene så husker de det til den neste.

I tillegg trakk noen av sykepleierne frem at de hadde mulighet til å benytte en bruksanvisning, eller en app med ulike rutiner og beskrivelser knyttet til velferdsteknologi dersom de stod fast eller det var noe de lurte på knyttet til bruk av medisindispenseren. Samtidig opplevde flere av sykepleierne at ikke alle praktiske løsninger og rutiner var godt nok kommunisert ut til alle ansatte i avdelingen. Sykepleierne opplevde av det var ansatte som syntes bruk av medisindispenser var vanskelig, og som vegret seg for å ta den i bruk.

Dersom det ikke foreligger rutiner og prosedyrer som beskriver og forklarer dersom feil oppstår kan dette bidra til usikkerhet, noe som også tidligere forskning viser til (Frennert & Östlund, 2018). Ved at dette er på plass, i tillegg til god opplæring, kan det bidra til å bygge opp under innføring av medisindispenser. Dette samsvarer med erfaringer fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram som beskriver at der hvor ansatte er usikre på teknologiløsningen og feil oppstår, går de raskt tilbake til gamle rutiner (Helsedirektoratet, 2017). Dessuten vil det være viktig rutinene tilpasses eksisterende praksis og målsettinger (Wennes & Irgens, 2011), dersom sykepleierne skal oppleve at det fremstår som en god yrkespraksis. Sykepleierne erfarte

at lett tilgjengelige, og oppdaterte, rutiner knyttet til bruk av medisindispenser var viktig med tanke om ansatte tilegnet seg denne kunnskapen (Garvin, 1993; Levitt & March, 1988). Dersom sykepleierne opplever at rutinene er relevant og endringer bli gjort fortløpende, vil det i neste omgang kunne bidra til et bedre tjenestetilbud, noe som også er beskrevet i tidligere forskning (Fabritius et al., 2017). Videre vil det være viktig at rutinene samsvarer med sykepleiernes yrkesutøvelse og den praksis som utøves i hjemmesykepleien, noe også tidligere forskning har beskrevet (Frennert & Östlund, 2018; Kleiven, 2021). Dersom det i tillegg legges til rette for at sykepleierne ser muligheten for å skaffe seg ny innsikt og på den måten utvide egen handlingskapasitet (Irgens, 2007), vil det øke sannsynligheten for at de følger opp nye rutiner og tar i bruk medisindispenser. Samtidig opplever sykepleierne at for noen ansatte kan det være utfordrende å ta inn over seg nye oppgaver eller forholde seg til nye rutiner (Irgens, 2007). Dette kan medføre at det er ansatte i avdelingen som ikke har en rolle knyttet opp til medisindispenserne. Dersom det bare er enkeltindivider som har kunnskap om medisindispenser, eller at det er knyttet til enkelte grupper, vil man ikke oppnå at alle i avdelingen innehar den samme kunnskapen (Jacobsen, 2012).

Alle sykepleierne fortalte at den første tiden etter at medisindispenseren var tatt i bruk av tjenestemottaker, hadde de en tettere oppfølging for å sikre bruk, i tillegg til trygging av tjenestemottakere og pårørende. Her hadde alle sykepleierne rutiner de forholdt seg til, men når den første perioden var over, var det ikke like tydelig for sykepleierne hvordan bruk av medisindispenser ble fulgt opp. Bjørn fortalte fra sin avdeling:

Tror vi er litt dårlig på å evaluere rutinene [...]. Vi har jo ikke hatt noen sånn fast evaluering. Det blir jo dokumentert på den mappa i journalsystemet. Så, dersom folk [ansatte] begynner å dokumentere at de [tjenestemottakerne] ikke har tatt medisin, da må vi evaluere det.

Sykepleierne fortalte at denne vurderingen var relatert til etterfylling av multidose og eventuelle varslinger eller feilmeldinger på medisindispenseren, samt dokumentasjon i pasientjournal. Dersom det ikke foreligger fastsatte vurderingskriterier kan det derfor tenkes at grunnlaget vil være ulikt, og det vil være mer tilfeldig hvilke grunner som er avgjørende for hvorvidt bruk av medisindispenser blir vurdert avsluttet hos tjenestemottaker.

Behovet til tjenestemottakerne kan fort endre seg, og da må kommunene ha etablert gode rutiner for å avdekke dette, slik at andre tjenester kan vurderes. Dette har også blitt skrevet om i siste gevinstrealiseringsrapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram (Helsedirektoratet, 2021a). Om endringer oppstår må sykepleierne klare å respondere på de nye behovene, uten at de blir påvirket av motivasjonen som lå til grunn da medisindispenseren ble innført. (Willumsen et al., 2020). Dersom sykepleierne blir usikre på om bruk av medisindispenseren fungerer etter planen kan det derfor være hensiktsmessig å etablere kriterier for om man skal avslutte tjenesten og gå over til kompensierende tjenester (Helsedirektoratet, 2021a). Avdelingen skal ikke bare lykkes med innføring av medisindispenser, den må også fremstå som vellykket i bruk, noe som kan synliggjøres gjennom at avdelingen blant annet gjør endringer på rutinene (Helsedirektoratet, 2015, 2017). I siste gevinstrealiseringsrapport (2021) er anbefalingen at kommunene benytter gevinstmåling for å vurdere om tjenesten fungerer ut fra forventningene. Muligheten for å vurdere gevinster vil være avhengig av kontinuerlig jobbing over tid, noe som samsvarer med tidligere forskning (Frennert & Baudin, 2021; Johannessen et al., 2019; Nakrem et al., 2018). Samtidig får sykepleierne en mer tilbaketrukket rolle knyttet til medisinaladministreringen (Hansen et al., 2018). I tidligere forskning (Hansen et al., 2018; Hofmann, 2012) beskrives utfordringen sykepleierne møter når de på den ene siden skal la tjenestemottakerne ha større mulighet til å være selvstendig, samtidig som det stilles krav til at de er profesjonelle i tjenesteutøvelsen. Igjen vil et viktig poeng være at sykepleierne har tilegnet seg kunnskap om bruk av medisindispenseren (Johannessen et al., 2019; Kleiven et al., 2020), slik at de kan omsette denne kunnskapen til ny praksis (Irgens, 2007).

Alle sykepleierne mente de, på tross av færre hjemmebesøk hos tjenestemottakerne, klarte å følge de godt opp. Dette var begrunnet i at de fleste tjenestemottakerne i tillegg hadde andre tjenester i hjemmet. Den største forandringen som noen av sykepleierne hadde merket seg, var endringen fra starten av innføringsprosessen og til medisindispenseren var i normal drift. Inger fortalte om hvordan rutinene hadde endret seg i hennes avdeling:

I starten så hadde vi mye bedre tid å drive på med det [medisindispenser]. Da satte jeg av i alle fall en halv time til etterfylling. [...] Vi tok alle målinger og alle vitalier. De [tjenestemottakerne] ble egentlig fulgt opp veldig godt, egentlig bedre enn de som hadde daglig besøk. Så jeg opplevde at det var veldig fint i starten, men det har på en måte sklidd ut da, for nå har vi fått så mange, så da går det ikke. Tiden strekker ikke til.

Til forskjell fra dette opplevde sykepleierne i avdelinger som ganske nylig hadde innført medisindispenser, at de enda hadde mulighet til å følge opp tjenestemottakere med medisindispenser med litt lengre besøk. Ut fra dette kan man forstå at det i begynnelsen ble lagt en forventning om at sykepleierne skulle få bedre tid til oppfølging av tjenestemottakere med medisindispenser. Etter hvert som det har kommet til flere tjenestemottakere og medisindispensere, har ikke sykepleierne kunne følge opp på samme måte som i begynnelsen, og kunne oppleve at en slik tett oppfølging ikke var en realitet.

Ofte vil det være naturlig med tilrettelegging for økt oppfølging den første tiden når medisindispenser blir tatt i bruk. Dette for å sikre at ansatte tilegner seg nødvendig kunnskap og forståelse, både om hvorfor medisindispenser har blitt tatt inn i tjenesten og også hvordan den fungerer. Ifølge Newell et al. (2009) vil en slik tilnærming kunne skape utfordringer dersom praksisen som blir etablert under innføringen ikke samsvarer med den eksisterende praksis, eller den praksis det er forventet at avdelingen skal etablere, noe som samsvarer med tidligere forskning (Zander et al., 2021). Ved at sykepleierne omsetter kunnskap om medisindispenser slik at rutiner blir tilpasset ordinær drift, på lik linje med andre verktøy som ble benyttet, bidrar det til at det utvikles nye handlingsmåter, som kan føre til forbedringer (Irgens, 2007). Samtidig vil det være viktig å ta hensyn til at bruk av medisindispenser skal inngå i en praksis som er kompleks (Johannessen et al., 2019; Kamp et al., 2019). Dette ivaretas best gjennom systematisk arbeid (Nakrem & Kiran, 2019), der avdelingen må sørge for at de løsningene som blir iverksatt ivaretar behovene for informasjon, forventningsavklaring og opplæring (KS, 2015b). I spredningsfasen vil superbrukerne bli viktig for å opprettholde og utvikle det arbeidet som har vært lagt ned ved innføringen av medisindispenser i avdelingen. Et poeng Fuglesang og Rønning (2015) viser til når de beskriver rollen, til det de kaller «forandringsagentene». Erfaringene som avdelingen høster på sikt vil også være viktig for hvordan tjenestene utvikler seg (Hansen et al., 2018).

5.3.3 Hvordan får tjenestemottakerne medvirke?

En viktig interessant når det kommer til innføring av medisindispenser er tjenestemottakerne. For sykepleierne i denne studien var det viktig at de «rette» tjenestemottakerne fikk tilbud om medisindispenser, for å ivareta dette brukte sykepleierne kartleggingsskjema for å finne de tjenestemottakerne som best kunne nyttiggjøre seg av en medisindispenser. Videre brukte sykepleierne sin faglige kompetanse i tillegg til forståelse for bruk av medisindispenser i møte

med tjenestemottakerne, der de ga informasjon og opplæring. Til sist var tjenestemottakernes tilbakemeldinger viktig for hvorvidt sykepleierne opplevde at de hadde lyktes med innføring av medisindispenser.

For at tjenestemottakerne skulle få tilbud om medisindispenser oppgav alle sykepleierne at de benyttet ulike kartleggingsverktøy. Dette for finne de tjenestemottakerne som kunne nyttiggjøre seg av medisindispenser, der de hadde fokus på tjenestemottakerens mulighet for mestring og økt selvstendighet. Jan fortalte: «[...] Når man gjør kartleggingen og de evalueringene underveis, så hindrer man at det skal komme de store feilene, som at pasienten kanskje ikke har tatt medisin på 14 dager». Flere av sykepleierne fortalte at det var spesielt de nye tjenestemottakerne som ble vurdert, i tillegg vurderte til de tjenestemottakerne som ikke ønsket at hjemmesykepleien skulle komme innom. De som var vant med at hjemmesykepleien kom innom, ville som regel ikke kunne nyttiggjøre seg av en dispenser. Ut fra dette kan det forstås at etter en grundig kartlegging før tildeling av medisindispenser har sykepleierne flere kriterier de bruker, men det viktigste var at tjenestemottakerne opplevde mestring og økt frihet.

Tjenestemottakerne er i alle førende retningslinjer vektlagt med tanke på at de skal få bedre livskvalitet, bli mer selvstendige, mer trygghet og økt frihet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, 2017; NOU 2011:11). Det vil derfor være utslagsgivende at de som blir tildelt medisindispenser er de som kan nyttiggjøre seg av den, noe som samsvarer med tidligere forskning (Frennert & Östlund, 2018). Sykepleierne gjorde kartlegging også med tanke på å se hva tjenestemottakeren mestret selv, og hva som skal til for at de skulle kunne bo lengst mulig hjemme. Dette er i tråd med tidligere forskning og i ulike sentrale styringsdokumenter (Glomsås et al., 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2017). Her legges det også vekt på at bruk av velferdsteknologi er et viktig hjelpemiddel nettopp for at man skal selvstendiggjøre tjenestemottakerne og avlaste helsetjenestene. Sykepleiere som skal gjøre kartleggingen må ha tilstrekkelig kompetanse om medisindispenseren, og på den måten kan gjøre de rette vurderinger. Hean (2015) beskriver dette som å tilegne seg innovasjonskompetanse. Grundig kartlegging gir en større sannsynlighet for å finne ut om medisindispenser passer til tjenestemottakeren. Johannessen et al. (2019) viser også til at kartlegging er viktig for å sikre brukermedvirkning, der det avdekkes tjenestemottakerens behov, ønsker og ressurser. Dette samsvarer med litteraturgjennomgangen gjort av Cuesta et al. (2020), som viser til at ansattes vurderinger underveis i innføringen også gir et bedre grunnlag for samarbeid med

tjenestemottakerne. I tillegg vil det være viktig å sikre nødvendig opplæring og trygging av tjenestemottaker og pårørende (Frennert & Östlund, 2018).

Alle sykepleierne fortalte om at tjenestemottakerne hadde mulighet til å takke nei til bruk av medisindispenser, og dette kun var et tilbud fra kommunen. For at tjenestemottakerne skulle ta et valg basert på rett grunnlag fortalte Jan: «Vi bruker 14 dager [...] for å «varme opp» pasienten før man starter. Men, vi er veldig nøye på at dette er en prøveperiode, det skal bare prøves ut. Går det ikke, så går det ikke». Samtidig var det flere av sykepleierne som fortalte at tjenestemottakerne ikke fikk medisindispenser bare fordi de var tilgjengelig. Det var også viktig å sikre at tildelingen ble gjort på et faglig grunnlag. Ingen sykepleiere opplevde at tjenestemottakere etterspurte medisindispenser. Det var alltid hjemmesykepleien som introduserte dette som et tilbud. Sykepleiernes vurderinger vil derfor være avgjørende for om en tjenestemottaker får tilbud om medisindispenser eller ikke. For sykepleierne vil deres faglige vurdering av hvem som kan nyttiggjøre seg av medisindispenser vurderes opp mot tjenestemottakeren rett til medvirkning.

Tatt i betraktning målsettingen med at eldre skal bo lengst mulig i eget hjem og et økt fokus på bruk av hjemmebaserte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, 2013), vil utfordringen være å skape en felles forståelse for hvorfor bruk av velferdsteknologi kan være et alternativ (Glomsås et al., 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). På overordnet nivå bør kommunene sørge for at tjenestemottakerne får en mulighet til å medvirke, noe som legger grunnlaget for å sikre bred forankring (KS, 2015b). Informasjonen som blir gitt tjenestemottakerne, må være tilpasset slik at de har mulighet til å tilegne seg kunnskapen ut fra deres grunnlag (Irgens, 2007; Jacobsen, 2012). Ved at sykepleierne gir tjenestemottakerne mulighet til å tilegne seg kunnskap i forkant av utdeling av medisindispenseren, vil det bidra til å sikre medvirkning på et reelt grunnlag, noe som også samsvarer med tidligere forskning (Glomsås et al., 2021). På denne måten ville sykepleierne i større grad sikre at den enkelte tjenestemottaker får tildelt en løsning som er tilpasset egne ønsker og behov. Ifølge Johannessen et al. (2019) vil det være viktig for at tjenestemottakerne skal oppleve mestring. Samtidig har tidligere forskning (Glomsås et al., 2021) vist at noen tjenestemottakere ønsker at ansatte skal ta avgjørelser på vegne av dem. Dette krever at sykepleierne må vurdere behovene til tjenestemottakerne på rett grunnlag for å opprettholde tilliten mellom dem (Nakrem et al., 2018). Denne tilliten kan tyde på at tjenestemottakerne stoler på vurderinger som sykepleierne

gjør, men det krever også at sykepleierne anerkjenner ønsket om selvstendighet samt at den kunnskapen tjenestemottakerne har tilegnet seg kan bidra til at praksis endres (Hean, 2015; Kleiven, 2021).

Alle sykepleierne la vekt på de erfaringene tjenestemottakerne hadde med bruk av medisindispenser, og det gav grunnlag for hvorvidt sykepleierne hadde et inntrykk av å lykkes eller ikke med innføring av medisindispenser. Jan fortalte:

Det er flere som er kjempeskeptisk, både pasienter og pårørende. [...] Vi tar samtaler med pasienter og pårørende om hvorfor vi tenker pasienten kan ha medisindispenser. Vi er veldig nøye på at dette er en prøveperiode [...] går det ikke så går det ikke. [...]. Det hjelper ikke at vi bare leverer fra oss maskinene og så sier vi trykk på knappen når det begynner å lyse. Da er vi like langt.

Stort sett hadde sykepleierne fått mange positive tilbakemeldinger knyttet til bruk av medisindispenser, samtidig var det noen som var skeptisk. Noen avdelinger hadde også forsøkt ulike dispensere til ulike tjenestemottakere, men noen var forkastet fordi de ikke passet til tjenestemottakerens behov eller de var for vanskelig å benytte. Ut fra det som kom frem i studien var tjenestemottakerne, ifølge sykepleierne, trygge på den ordinære hjemmesykepleien, selv om mange var villig til, og hadde forståelse for, at medisindispenser ble introduser.

Dersom det legges til rette for at medisindispenser skal være en trygg tjeneste, som bidrar til økt kvalitet i tjenesten, vil det være et godt utgangspunkt for å lykkes i møte med tjenestemottakerne, noe også tidligere forskning har vist (Nakrem et al., 2018; Aaen, 2019a). Dersom tjenestemottakerne møter sykepleiere som har kunnskap og kan se hvordan medisindispenser kan passe inn i hverdagen til den enkelte vil det være et godt utgangspunkt ifølge Nakrem et al. (2018). Tjenestemottakerne stoler på at sykepleierne kan si noe om hva som vil være best for dem, fordi sykepleierne har kunnskap og anerkjennelse i jobben de utfører i hjemmesykepleien (Hillestad, 2008; Wennes & Irgens, 2011). De vil dermed ha stor påvirkningskraft overfor tjenestemottakerne. Samtidig er det viktig å skape forståelse, også hos tjenestemottakere og deres pårørende, at helsetjenestene er i endring (Frennert & Östlund, 2018). Mer og mer blir digitalisert, og sykepleierne vil kanskje ikke i like stor grad være fysisk til stede hos hver enkelt tjenestemottaker (Cuesta et al., 2020; Lo et al., 2019). Dette kan medføre at hjemmesykepleie slik det en gang har fremstått, med individuelt tilpassende

tjenester, kanskje får en annen betydning (Nakrem et al., 2018). I tillegg vil sykepleierne være viktig for å trygge tjenestemottakerne at bruk av medisindispenser er trygg til tross for at det krever en kartlegging som avdekker livsstil og døgnrytme, noe som for mange kanskje kan oppleves som utfordrende (Hofmann, 2012; Lo et al., 2019).

5.3.4 Oppsummering

Sykepleierne i denne studien opplevde at velferdsteknologi kunne være et bidrag for å bedre kvaliteten på tjenesten, men det måtte være i kombinasjon med oppfølging fra helsepersonell. For å lykkes med bruk av medisindispenser måtte det ikke bare være fokus på det som var bra, men også det som kunne være utfordrende måtte synliggjøres. Brukervennlighet var for sykepleierne i denne studien viktig for hvordan de opplevde bruk av medisindispenser. Dette var uavhengig av hvor mange år de hadde jobbet med medisindispenser. En ting som endret seg i avdelinger som hadde brukt medisindispenser over lengre tid, var en opplevelse av at tiden man hadde til hver tjenestemottaker som hadde medisindispenser var blitt redusert. I avdelingene som har vært igjennom det som kan defineres som en bottom-up-innovasjon, der ansatte selv hadde vært ivrige pådrivere i prosessen, kommer det frem de tydeligste signalene på hvordan rutiner for kartlegging, innføring og oppfølging av medisindispenser i avdelingene skjer. I denne studien var ansatte i hjemmesykepleien som tok initiativ til at tjenestemottakere fikk tilbud om medisindispenser, det var ikke noe tjenestemottakerne etterspurte. Ut fra det som ble fortalt i intervju var det ingen tjenestemottakere selv som hadde bedt om medisindispenser. Sykepleierne erfarte at god kartlegging av tjenestemottakere var avgjørende for hvorvidt de tok i bruk medisindispenser og lyktes med det. Videre var det også viktig for sykepleierne at de tjenestemottakerne som fikk tilbud om medisindispenser ble mer selvstendig og fikk oppleve mestring. Sykepleierne opplever at medisindispenser ikke bare handler om effektivisering og bedre ressursutnyttelse, det kan også være et viktig hjelpemiddel for å øke kvaliteten på medisinadministreringen. Der sykepleierne tidligere har vært «hands-on» med tanke medisinutdelingen har de nå måtte overlate dette til teknologien. I denne studien har sykepleierne vist til at medisindispenser som blir gitt til de rette tjenestemottakerne, vil gi en gevinst, både for den enkelte som mottar dispenseren og for avdelingen. Utfordringene ligger i det å skape gode nok rutiner slik at også sykepleiere som ikke er så godt kjent med de nye rutinene og teknologien vil føle seg trygg på at de gjør de rette valgene.

6 Avslutning

I denne studien har jeg undersøkt sykepleieres erfaring med bruk av medisindispenser i hjemmesykepleien. Datamaterialet er innhentet ved hjelp av kvalitative intervju med til sammen sju informanter fra tre ulike kommuner. Basert på funnene som er gjort i studien har jeg belyst problemstillingen «Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien med implementering av medisindispensere som alternativ til ordinær medisinnutdeling?» I dette kapitlet vil hvert av forskningsspørsmålene bli besvart, og avslutningsvis relateres til oppgavens problemstilling. Andre tema som har blitt fremtredende i drøftingen av funnene fra undersøkelsen vil bli presentert for eventuell videre forskning.

6.1 Forskningsspørsmål

1) Hvordan har sykepleierne erfart samarbeidet med støttefunksjoner i forbindelse med innføring av medisindispensere?

Sykepleierne erfarte at en vellykket implementering av medisindispenser avhenger av forankring i tjenesten og at organisasjonen blir tilpasset bruk av medisindispenser. I dette arbeidet var ledelsen viktig, både som initiativtaker til innføringen, men også som motivator og pådriver for prosessen i avdelingen. Kollegaer ble imidlertid løftet frem av sykepleierne som like viktig. De ansatte som var villig til å prøve ut, og ønsket å lære bruk av medisindispenser, ble oppfattet som mer positiv av sykepleierne. Ved at flere ansatte i avdelingen hadde opplæring i bruk av medisindispenser medførte det at oppgavene knyttet til dispenserene kunne deles på flere. I tillegg hadde superbrukerne stor innvirkning på i hvilken grad avdelingen lyktes i innføring av medisindispenser. Mange sykepleiere påtok seg det å være superbruker, noe som innebar en ekstraoppgave i tillegg til ordinære sykepleieroppgaver. Sykepleierne, både de som var superbrukere, men også de andre, opplevde bruk av medisindispenser som en berikelse i arbeidshverdagen ved at de fikk drive med noe de syntes var interessant og de fikk økt sin kompetanse. Superbrukerne fungerte både som pådriver, kunnskapsutvikler og brobygger for bruk av medisindispenser i sin avdeling. Videre hadde sykepleierne en opplevelse av at samarbeid med eksterne aktører var blitt enklere siden oppstarten. Dette tilskrev de en økt innsikt i bruk av velferdsteknologi og en erkjennelse av at denne teknologien var kommet for å bli. Dette ble knyttet til god dialog og kunnskapsdeling på tvers av enheter.

2) Hvilken opplevelse har sykepleierne av fordeling av tiden de bruker til medisadministrasjon og andre pasientnære oppgaver etter innføring av medisindispensere?

I denne studien hadde sykepleierne en opplevelse av at gevinster knyttet til innføring av medisindispenser i stor grad var relatert til organisering og rutiner i arbeidshverdagen. Den viktigste endringen de trakk frem var knyttet til en bedre prioritering av arbeidsoppgaver dersom tjenestemottakere hadde tatt i bruk medisindispenser. I tillegg erfarte de at økt bruk av multidose var tidsbesparende så lenge det var forholdsvis stabil medisinerings hos tjenestemottakerne. Utover dette hadde de lite formening om hvordan gevinstene for avdelingen av innføring av medisindispensere ble målt eller kunne synliggjøres. Til tross for at sykepleierne hadde færre besøk hjemme hos enkelte tjenestemottakere gav de ikke uttrykk for en opplevelse av færre arbeidsoppgaver. Arbeidslistene var et viktig arbeidsverktøy i hjemmesykepleien, men sykepleierne opplevde ikke at det var gjort noen tilpasninger for hvordan arbeidsoppgavene ble fordelt mellom de ulike yrkesgruppene. Dette til tross for at sykepleierne hadde en forståelse for at medisindispenser var innført for å forbedre ressursbruken i tjenesten. De sykepleierne som også var superbrukere, hadde en opplevelse av at oppfølging av medisindispenser krevde mye tid. Dette omfattet oppgaver som nødvendigvis ikke var satt av tid eller ressurser til å ivareta.

3) På hvilken måte opplever sykepleierne at de klarer å ivareta den medisinske oppfølgingen av tjenestemottakerne etter innføring av medisindispensere?

Sykepleierne opplevde at bruk av medisindispenser var en trygghet både for tjenestemottakeren og hjemmesykepleien når det gjaldt dosering og tidspunkt for å ta medisiner. Ved at det ble gjennomført en kartlegging av tjenestemottakerens behov før medisindispenseren ble delt ut, bidro det til at sykepleierne var mer trygge på at tjenestemottakerne som fikk utdelt medisindispenser mestret bruk og at medisinen ble tatt. Til tross for dette hadde sykepleierne liten erfaring med evaluering av bruk av medisindispenser, men opplevde at god kjennskap til tjenestemottakerne og dialog med pårørende var til god hjelp for å fange opp dersom bruk av medisindispenser ikke fungerte hos noen tjenestemottakere. I noen avdelinger var bruk av avvikssystemet et viktig verktøy når de skulle evaluere bruk av medisindispenser. Dette var bedre integrert i enkelte avdelinger som brukte det aktivt i oppfølging av bruk av medisindispenser. Videre avdekket studien at sykepleierne følte at de ikke hadde samme trygghet for observasjoner knyttet til virkninger og bivirkninger til legemiddelbruk siden de hadde

færre tilsyn hos tjenestemottakerne. Samtidig opplevde de at dette var en mindre utfordring siden de fleste tjenestemottakerne også hadde annen oppfølging i tillegg til medisindispenser. Sykepleierne kunne oppleve at legene endret medisineringsen på kort varsel, noe som medførte at medisindispenser ikke kunne benyttes og det måtte legges ordinær dosett. Dette var det imidlertid forståelse for blant sykepleierne, som for øvrig opplevde at de hadde en tett og god dialog med legene omkring medisineringsen, også når det gjaldt bruk av medisindispenser.

6.2 Konklusjon

Sykepleierne i denne studien har i stor grad gitt uttrykk for å være fornøyd med innføring av medisindispenser som et hjelpemiddel i medisadministreringen til de tjenestemottakerne dette passer for. Dette til tross for at innføring av medisindispenser kunne medført at sykepleierne skulle utføre en tjeneste i et krysspress mellom omsorg og effektivitet. Det tar tid fra medisindispenser er innført til man kan se hvilke gevinster denne fører med seg i driften i hjemmesykepleien. Erfaringene sykepleierne i hjemmesykepleien hadde med bruk av medisindispenser så langt, handlet mye om hvordan tjenesten var organisert, og i mindre grad om teknologien i seg selv.

Ledelsen spiller en avgjørende rolle ved innføring av medisindispenser i hjemmesykepleien. I denne studien har alle sykepleierne vist til en støttende og engasjert ledelse, som har hatt betydning for hvorvidt avdelingen har tatt i bruk medisindispenser. Viktige faser i innføringen omhandler informasjon til ansatte og opplæring, her viser sykepleierne til superbrukere og dedikerte ansatte i kommunen som viktige kunnskapsformidlere og pådrivere i prosessen. Dersom nøkkelpersoner blir borte, vil det være viktig å sikre kunnskapsoverføring, slik at kunnskapen ikke forsvinner med dem. Tjenestemottakernes mestring og selvstendighet var viktig for hvorvidt sykepleierne erfarte at de hadde lyktes med innføring av medisindispenser. Dette var avhengig av om teknologien var tilpasset den enkelte tjenestemottaker. Dersom avdelingen hadde lyktes med utplassering av medisindispenser, hadde de også større gevinster i form av spart tid og bedre ressursutnyttelse. Dette opplevde sykepleierne som positivt da de kunne prioritere andre tjenestemottakere som ikke kunne nyttiggjøre seg av medisindispenser.

Sykepleierne opplevde at skepsis og motstand til å ta i bruk medisindispenser er i endring, og de opplevde at teknologi i større grad ble en del av omsorgspraksisen. Hjemmesykepleien vil fortsatt representere de «varme hendene», omsorg og nærhet, men vil i større grad kunne

nyttiggjøre seg av «ufølsom» teknologi som et supplement og som et verktøy for å ivareta tjenestemottakernes selvstendighet i eget hjem litt lengre. Ikke fordi man må, men fordi teknologi blir en del av hverdagen, og kommunene må se etter andre måter å yte kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer for å imøtekomme de demografiske endringene og knapphet på helsepersonell.

6.3 Veien videre

Utredningen Innovasjon i omsorg (2011:11) var på mange måter startskuddet for en kommunehelsetjeneste som skulle endres og tilpasses en mer teknologisk hverdag. Gjennom ulike nasjonale føringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2012), og opprettelsen av Nasjonalt velferdsteknologiprogram som hadde sitt utspring fra Meld. St. 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), ble kommunene oppfordret til å se på innovative løsninger i helse- og omsorgstjenestene. Dette skulle bidra til bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse, i tillegg til å demme opp for vansker med å rekruttere nok helsepersonell i kombinasjon med stadig flere eldre i samfunnet som på sikt vil trenge mer hjelp fra kommunale tjenester. Denne oppgaven har vært innom alle disse utfordringene og sett spesielt på hvilke erfaringer sykepleierne har knyttet til bruk av teknologi i hjemmesykepleien. Studien avdekker at hovedutfordringene ligger ikke i teknologien i seg selv, men hvordan man implementerer og organiserer arbeidet med teknologien. I denne studien har jeg kun sett på bruk av medisindispenser, men ut fra tidligere forskning og de erfaringene sykepleierne har gitt uttrykk for igjennom intervju, er det nærliggende å tro at mange av funnene også vil kunne knyttes til annen type velferdsteknologi som innføres i kommunehelsetjenesten.

Gjennom tre gevinstrealiseringsrapporter fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram (Helsedirektoratet, 2015, 2017, 2021a) har det blitt innhentet erfaringer fra deltakende kommuner. Rapportene viser barrierer kommunene møter i implementeringsprosessen, og ser på tiltak som kan bidra til løsning. Noen av de utfordringene har også min studie vist at vil være hensiktsmessig å se nærmere på.

En av disse utfordringene er høy turnover i tjenesten. Dette var også noe sykepleierne i studien min var inne på, samt at medforskerne i oppgaven mente at turnover var et viktig å ta hensyn til. Ut fra det som kommer frem i studien er det ikke bare fordi avdelingene hele tiden må drive med opplæring, men hva skjer med bruk av medisindispenser når en nøkkelperson blir borte fra

arbeidsplassen? Det vil derfor være interessant å se hvilke tiltak arbeidsplassene kan gjøre for å forankre bruk av medisindispenser i hele avdelingen, der opplæringen i de konkrete prosedyrer og bruk av teknologi når ut til ansatte på alle nivå, og ikke bare ligger i hendene til enkeltansatte.

Et annet poeng som kommer frem er ulikhetene mellom land og by, der større kommuner med et kommunesamarbeid ser ut til å lykkes bedre. Til denne oppgaven ble det intervjuet sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleieavdelinger knyttet til by eller bykommuner. Ut fra det som ble beskrevet i siste gevinstrealiseringsrapport (Helsedirektoratet, 2021a), kan man anta at de har hatt større forutsetninger for å lykkes, men hvordan ser det ut i mer landlige kommuner? Hvordan klarer landlige kommuner å ivareta oppfølging av tjenestemottakere dersom de ikke har tatt i bruk velferdsteknologi som et supplement til tjenestene? Det vil også være interessant å undersøke hvilke forventninger ansatte i hjemmesykepleien i landlige kommuner har til å ta i bruk velferdsteknologi?

Til slutt så har denne oppgaven ikke sett på hvordan andre yrkesgrupper i hjemmesykepleien opplever innføring og bruk av medisindispenser. Sykepleierne pekte på noen ulikheter knyttet til yrkesbakgrunn uten at dette har blitt drøftet i oppgaven, men hva skjer med resten av avdelingen når medisindispenser blir innført? Hvordan opplever andre yrkesgrupper at innføringen påvirker deres arbeidshverdag? Har de den samme positive opplevelsen av økt kompetanse og frigjort tid? Og er det slik at alle sykepleierne er like positive? Medforskerne trodde det ville være større ulikheter blant sykepleierne, men trodde at siden det var så sterke forventninger til at man skal lykkes med bruken ønsket ikke de som var skeptisk å heve stemmen. Det ville derfor være interessant å undersøke hvordan skeptikerne opplever velferdsteknologien.

Referanseliste

- Arbeiderpartiet & Senterpartiet. (2021). *Hurdalsplattformen 2021-2025*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>
- Argyris, C. (1977). Double loop learning in organizations. *Harvard business review*, 55(5), 115-125.
- Askheim, O. P., Lid, I. M. & Østensjø, S. (2019). Samproduksjon i forskning - hva er det, og hva innebærer det? I O. P. Askheim (Red.), *Samproduksjon i forskning: forskning med nye aktører*. Universitetsforlaget.
- Bergsagel, I. (2021). Nå tilbyr de fleste kommuner velferdsteknologi 2022(09.05).
<https://sykepleien.no/2021/11/na-tilbyr-de-fleste-kommuner-velferdsteknologi>
- Bigby, C., Frawley, P. & Ramcharan, P. (2014). Conceptualizing Inclusive Research with People with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(1). <https://doi.org/> <https://doi.org/10.1111/jar.12083>
- Bjørkquist, C. (2019). Digitalisering - løsninger og problemer. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 169-191). Cappelen Damm Akademisk.
- Boffa, D. P. & Pawola, L. M. (2006). Identifikasjon and conceptualization of nurse super users. *Journal of healthcare information management : JHIM*, 20(4), 60-68.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braut, G. S. (2020). Hjemmesykepleie. I. Store Medisinske Leksikon.
<https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>
- Bredal, T. (2002). Hvordan håndterer vi ny kunnskap? *Magma*, 4.
<https://old.magma.no/hvordan-haandterer-vi-ny-kunnskap>
- Bugge, M. M. & Skålholt, A. (2015). Smart velferd: Styringsparadigmer for innovasjon i kommunene. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskapelege forskningsprosjekt*. Universitetsforlaget.
- Busch, T. (2011). Verdibasert ledelse i offentlige kunnskapsorganisasjoner. I G. Wennes & E. J. Irgens (Red.), *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget.
- Calvaresi, D., Cesarini, D., Sernani, P., Marinoni, M., Dragoni, A. F. & Sturm, A. (2017). Exploring the ambient assisted living domain: a systematic review. *Journal of ambient intelligence and humanized computing*, 8(2), 239-257.
<https://doi.org/><https://doi.org/10.1007/s12652-016-0374-3>
- Cuesta, M., German Millberg, L., Karlsson, S. & Arvidsson, S. (2020). Welfare technology, ethics and well-being a qualitative study about the implementation of welfare technology within areas of social services in a Swedish municipality. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(sup1), 1835138-1835138. <https://doi.org/><https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1835138>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Personvern og gjenkjennelsesproblematikk*.
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/9-Personvern-og-gjenkjennelsesproblematikk/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. De nasjonale forskningsetiske komiteene,. Hentet 08.11 fra <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>

- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* (9788276820584). De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Det kongelige kommunal og moderniseringsdepartement. (2020). *En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse* (Meld. St. 30 (2019-2020)).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
- Direktorat for e-helse. (2019). *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022. E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>
- Dugstad, J. H., Nilsen, E., Gullstett, M. K., Eide, T. & Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester: opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport. *Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold, nr 13*.
- Espedal, B. & Kvitastein, O. A. (2012). Rom for læring: betydningen av handlingsrom for ledelse. *Magma*, 8, 30-38. https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/282754/Magma%2b1208_30-38.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Fabritius, M. K., Andrews, T. M. & Strømsvik, C. L. (2017). Fra Perm til Pad Følgeforskning av DigiPro Helse, et innovasjonsprosjekt i Salten.
- Frennert, S. & Baudin, K. (2021). The concept of welfare technology in Swedish municipal eldercare. *Disability and Rehabilitation*, 43(9), 1220-1227.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1661035>
- Frennert, S. & Östlund, B. (2018). Narrative review: Technologies in eldercare. *Nordic Journal of Science and Technology Studies*, 6(1), 21-34.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5324/njsts.v6i1.2518>
- Fuglesang, L. & Rønning, R. (2015). Spredning av innovasjon i kommunene. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Fuglsang, L. (2008). Innovation with care: what it means. I L. Fuglesang (Red.), *Innovation and the creative process: towards innovation with care*. Edward Elgar Publishing.
- Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard business review*, 71(4), 78-91.
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142-157.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gjelsvik, M. (2015). Offentlige ledes holdninger som potensial for innovasjon. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 193-212). Fagbokforlaget.
- Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M. & Halvorsen, K. (2021). 'They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC health services research*, 21(1), 245-245. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>
- Gotvassli, K.-Å. (2015). *Kunnskap, kunnskapsutvikling og kunnskapsledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Universitetsforlaget.
- Grund, J. (1999). Ledelse av kunnskapsbedrifter. I K. Friedman & J. Olaisen (Red.), *Underveis til fremtiden. Kunnskapsledelse i teori og praksis* (s. 200-215). Fagbokforlaget.

- Hansen, A. M., Grosen, S. L. & Kamp, A. (2018). Velfærdsteknologi mellom ansvar og distance. *Tidsskrift for Arbeidsliv*, 20 (3), 24-40.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7146/tfa.v20i3.110812>
- Hauvik, S. & Vatne, S. (2020). Velfærdsteknologi–fremtidens helsevesen med eller uten omsorg? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 14-14.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7557/14.4803>
- Hean, S. (2015). Samarbeid, samproduksjon og sosial innovasjon. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 153-169). Fagborforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* (St. Meld. nr. 25 (2005-2006)).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. Meld. nr. 47 (2009-2009)).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld.St. 29 (2012 - 2013)).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre* (Meld.St. 15 (2017-2018)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velfærdsteknologi. Fagrapport om implementering av velfærdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/_attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf
- Helsedirektoratet. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velfærdsteknologiprogram*. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet, Direktorat for e-helse, KS. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/inline/c879e5ef-715a-4277-9e89-e88f81e3b862:bbe6388b148899c2855be38afc2e163ce8065740/F%C3%B8rste%20ge

- [vinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologioprogram.pdf](#)
- Helsedirektoratet. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger - Nasjonalt velferdsteknologioprogram*. Helsedirektoratet, Direktorat for e-helse, KS. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologioprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologioprogram.pdf/_attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologioprogram.pdf
- Helsedirektoratet. (2019a). *Multidose*. Hentet 17.04 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene>
- Helsedirektoratet. (2019b, 26.04.2022). *Om Nasjonalt velferdsteknologioprogram*. Helsedirektoratet. Hentet 07.07 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi#referere>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Kommunen bør ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenestene for å avhjelpe utfordringer under covid-19-pandemien*. Hentet 03.10. fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/hjemmebaserte-tjenester/kommunen-bor-ta-i-bruk-velferdsteknologi-og-digitale-verktoy-i-helse-og-omsorgstjenestene-for-a-avhjelpe-utfordringer-under-covid-19-pandemien?tidligere-versjoner#157733>
- Helsedirektoratet. (2020b). *Koronavirus - beslutning og anbefalinger. Nasjonal veileder* (Kommunen bør ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenestene for å avhjelpe utfordringer under covid-19-pandemien, Issue. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
- Helsedirektoratet. (2021a). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologioprogram*. Helsedirektoratet, Direktorat for e-helse, KS. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologioprogram/Gevinstrealiseringsrapport%20%20-%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologioprogram%202021.pdf/_attachment/inline/30887c5d-c6ec-4904-bbeb-66e4d7b86099:56a867a136cea68c1e3b09511c787aa2c0526417/Gevinstrealiseringsrapport%20%20-%20en%20kunnskapsoppsummering%20fra%20Nasjonalt%20Velferdsteknologioprogram,%202021.pdf
- Helsedirektoratet. (2021b). *Kompetanseløft 2020. Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten>
- Hildebrandt, S. (2008). Selvlæring i læringsfellesskap. I O. Nordhaug (Red.), *Kunnskapsledelse. Trender og utfordringer* (s. 111-132). Universitetsforlaget.
- Hillestad, T. (2008). Organisering og ledelse av kunnskapsvirksomhet. I O. Nordhaug (Red.), *Kunnskapsledelse, Trender og utfordringer*. (3.opplag. utg., s. 278-297). Universitetsforlaget.
- Hjemås, G., Skjøstad, O. & Beyrer, S. (2017). *Sykepleiere: Blir de i jobb? SSB*. <https://www.ssb.no/320411/2017>

- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16c855ce368>
- Hofmann, B. (2012). Ethical Challenges with Welfare Technology: A Review of the Literature. *Science and Engineering Ethics*, 19(2), 389-406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11948-011-9348-1>
- Hofmann, B. (2019). Hvordan vurdere etiske aspekter ved moderne helse- og velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (3), 99-116. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-09>
- Holbø, K., Das, A., Bøthun, S., Formanek, M. N. & Halvorsen, T. (2019). Multidosjetjeneste for hjemmeboende - brukernes erfaringer og behov for nye løsninger. *Nordisk velferdsvforskning*, 4(1), 20-31. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-03>
- Høiland, G. & Willumsen, E. (2015). Innovasjon for mer integrerte tjenester: samarbeid på tvers i arbeidsinkludering. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 213-232). Fagbokforlaget.
- Iakoleva, T. A. & Willumsen, E. (2020). Pasienter og brukere som digitale partnere. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskaping. Sosial innovasjon for helse og velferd* (s. 222-244). Universitetsforlaget.
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon. Å arbeide som profesjonsutdannet*. Fagbokforlaget.
- Irgens, E. J. (2011). De beste blant oss. I E. J. Irgens & G. Wennes (Red.), *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner* (s. 24-41). Fagbokforlaget.
- Isaksen, J. (2017). Velferdsteknologi i omsorgstjenesten. *Omsorgsforskning*. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2598902/Velferdsteknologi%20J%C3%B8rn%20Isaksen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 utg. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, J.-A., Olaisen, J. & Olsen, B. (1999). Kunnskapsledelse: Fra industrisamfunnet til kunnskapssamfunnet. I K. Friedman & J. Olaisen (Red.), *Underveis til fremtiden. Kunnskapsledelse i teori og praksis*. Fagbokforlaget.
- Johannessen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 71-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>
- Kamp, A., Obstfelder, A. & Andersson, K. (2019). Welfare Technologies in Care Work. *Nordic journal of working life studies*, 9, 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.18291/njwls.v9iS5.112692>
- Kjøstvedt, A. M. & Kamara, M. S. D. (2019). *Utfordringer med implementering og bruk av trygghets- og mestringssteknologi i hjemmetjenesten : erfaringer med medisindispensere fra mellomlederens perspektiv* [Norwegian University of Life Sciences, Ås].

- Kleiven, H. H. (2021). Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi. I S. Nakrem & S. Jóhannes (Red.), *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 83-99). Cappelen Damm Akademisk.
- Kleiven, H. H., Ljunggren, B. & Solbjør, M. (2020). Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services - a qualitative study. *BMC health services research*, 20(1), 320-320.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-020-05191-9>
- Knarvik, U., Rotvold, G.-H., Bjørvig, S. & Bakkevold, P.-A. (2017). *Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2017-12_Kunnskapsoppsummering-Velferdsteknologi.pdf
- Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2021). Velferdsteknologi - hva, hvorfor og hvordan? I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Cappelen Damm Akademisk.
- KommIT. (2013). *Gevinstkokebok for IKT-prosjekter i norske kommuner*. Kommunesektorens organisasjon.
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Nordheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. I. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, .
- Krogh, G. v., Ichijo, K., Nonaka, I. & Lillejord, S. (2014). *Slik skapes kunnskap : hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner* (6.opplag, 2014. utg.). NKS forlaget.
- KS. (2015a). *N3 (Nytt, nyttig, nyttiggjort)*. Hentet 08.11 fra <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/framtidas-kommune/n3-nytt-nyttig-nyttiggjort/>
- KS. (2015b). *Veikart for tjenesteinnovasjon*. KS. Hentet 30.04 fra <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>
- KS. (2018). *Hva er innovasjon?* KS. Hentet 18.04 fra <http://ks-innovation-tool.herokuapp.com/hva-er-innovasjon>
- Lahn, L. C. & Jensen, K. (2008). Profesjon og læring. I L. E. Moland & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 295-305). Universitetsforlaget.
- Leonardsen, A.-C. L., Hardeland, C., Helgesen, A. K. & Grøndahl, V. A. (2020). Patient experiences with technology enabled care across healthcare settings-a systematic review. *BMC health services research*, 20(1), 1-17.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-020-05633-4>
- Levitt, B. & March, J. G. (1988). Organizational learning. *Annual review of sociology*, 319-340.
- Lindland, K. M. (2019). Realisert ledelse av medarbeiderdrevet innovasjon i en kommunal kontekst. I A. K. T. Holmen & T. Ringholm (Red.), *Innovasjon møter kommune*. Cappelen Damm Akademisk.
- Lines, R. (2011). Forskningsbasert viten om motivasjon av kunnskapsarbeidere. 3, 23-32.
<https://old.magma.no/forskningsbasert-viten-om-motivasjon-av-kunnskapsarbeidere>
- Lines, R., Henjesand, I. J. & Christophersen, E. B. (2011). *Motivasjon via ledelse av kunnskapsarbeidere*. <https://docplayer.me/1891309-Kunnskapsarbeidere-forprosjektrapport-rune-lines1-institutt-for-strategi-og-ledelse-nhh-inge-jan-henjesand-og-elin-backe-christophersen.html>

- Lines, R. & Sandvik, A. M. (2013). Verdiskapning og ledelse av kunnskapsarbeidere. I L. Glasø, R. Rønning, S. B. Mathiesen & W. Brochs-Haukedal (Red.), *Livet som leder/lederundersøkelsen 3.0* (s. 569 s.). Fagbokforlaget.
- Lo, C., Waldahl, R. H. & Antonsen, Y. (2019). Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende - om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk välfärdsforskning - Nordic Welfare Research*, (Nr 01), 9-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-02>
- Lomeland, E. (2020). *Helsepersonells erfaring med elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten* [VID vitenskapelige høyskole]. Sandnes. https://vid.brage.unit.no/vid-xmllui/bitstream/handle/11250/2678407/2020MaMEDBO_Lomeland.pdf?sequence=1
- Ludvigsen, O. (2018). *Sykepleiere og velferdsteknologi En casestudie av velferdsteknologi sin påvirkning på sykepleierens arbeidshverdag i kommunehelsetjenesten* [Universitet i Oslo]. Oslo.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning-forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening, Vol 122 (25)*, 2468-2472. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Melbøe, L. & Gjertsen, H. (2019). Å forske sammen i kvantitativ forskning. I M. Østby & M. Haugenes (Red.), *Inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming; en metodebok*. Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-28). Universitetsforlaget.
- Nakrem, S. (2021). Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Cappelen Damm Akademisk.
- Nakrem, S. & Kiran, A. H. (2019). Hvordan lykkes med velferdsteknologi? *Sykepleien forskning (Oslo)*, (79696), e-79696. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79696>
- Nakrem, S., Solbjør, M., Pettersen, I. N. & Kleiven, H. H. (2018). Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers—a qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-018-2835-1>
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H. & Swan, J. (2009). *Managing knowledge work and innovation*. Palgrave Macmillan.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study. *BMC health services research*, 16(1), 657-657. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- OECD. (2018). Oslo Manual 2018. Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation, 4th edition. *October*, 22, 255p. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>

- Olsen, T. & Søndergård, D. (2019). Velferdsteknologi. *Nordisk velfärdsforskning / Nordic Welfare Research*, 4(1), 05-08. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-0>
- Oslo Universitetssykehus. (2017). *FORMI brukervedvirkerbase*. Hentet 21.05 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/nevroklinikken/forskning-og-utvikling-nevroklinikken/forsknings-og-formidlingsenheten-for-muskelskjeletthelse-formi/formi-brukervedvirkerbase>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.
- Ringholm, T. (2015). Innovasjon for kommunesektorens utfordringer? I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner* (s. 103-118). Cappelen Damm Akademisk.
- Ringholm, T. & Holmen, A. K. T. (2019). Innovasjon i møtet mellom idé og institusjon. I T. Ringholm & A. K. T. Holmen (Red.), *Innovasjon møter kommune* (s. 13-30). Cappelen Damm Akademisk.
- Rønning, R. & Fuglesang, L. (2015). Innovasjon i offentlig sektor - en nødvendig øvelse innen trange rammer? I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 87-100). Fagbokforlaget.
- Sandvik, A. M. (2011). Ledelse av kunnskapsarbeid. *Magma*, (Nr. 3), 56-63. <https://old.magma.no/ledelse-av-kunnskapsarbeid>
- Similä, J. O. & McCourt, W. (2011). Ledelse av profesjoner. Ledelsesmessig kontroll versus profesjonell autonomi. I G. Wennes & E. J. Irgens (Red.), *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget.
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyrer, S. (2017). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. 2017(31.08). <http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Helse- og sosialpersonell* [Personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter fagutdanning, alder, måleenhetvariabel, kjønn, statistikkvariabel og år]. Statistisk sentralbyrå,. <https://www.ssb.no/statbank/table/07938/tableViewLayout1/>
- Stjørdal kommune. (2020). *Strategiplan for velferdsteknologi 2020-2023*. https://www.stjordal.kommune.no/_f/p3/i1994aad6-c188-466d-afee-efd66f974e1c/strategiplan-for-velferdsteknologi-2020-2023.pdf
- Stokke, R., Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten?: trygghetsalarmen som case. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 7-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-0>
- Tangvald-Pedersen, O. & Høiseth, J. R. (2019). Når forskning og erfaring møtes: Hvordan medforskning kan bidra til kunnskapsutvikling belyst gjennom et dialogisk inspirert forskningsdesign. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol .16*(Nr .4), s.185-196. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-04-02>
- Teigen, H. (2015). Kommunane som innovatører. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Teigen, H., Ringholm, T. & Aarsæther, N. (2015). Innovatør frå alders tid. I T. Ringholm, L. I. Terum & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Thomassen, M. (2018). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Fagbokforlaget.

- Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. Definisjoner, kategorier, bakgrunn og etikk. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi. En ressursbok* (s. 25-44). Cappelen Damm Akademisk.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Gyldendal.
- Tjønndal, A. & Fylling, I. (2021). *Digitale forskningsmetoder* (1. utgave. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Totcheva, C. Ø., Wegener, C. & Willumsen, E. (2019). Sosial innovasjon som situert praksis i sykehjem. I A. K. T. Holmen & T. Ringholm (Red.), *Innovasjon møter kommune* (s. 103-118). Cappelen Damm AS.
- Undheim, M.-W. (2012). "Du må ha vært der fysisk for å forstå ka du skal se etter". *En studie av sykepleieres refleksjoner om bruken av teknologi i hjemmebasert omsorg* [Universitetet i Tromsø]. Tromsø.
- Wegener, C. (2020). Improvisation: Innovation - fra nyhet til nærvær. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskaping. Sosial innovasjon for helse velferd* (s. 66-79). Universitetsforlaget.
- Wennes, G. & Irgens, E. J. (2011). Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner. I G. Wennes & E. J. Irgens (Red.), *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2015). Innovasjon innen helse og velferd - sosial innovasjon. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling*. Fagbokforlaget.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2015). Innovasjon - et konsept i endring. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling*. Fagbokforlaget.
- Willumsen, E., Ødegård, A. & Sirnes, T. (2020). Sosial innovasjon og samskaping. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskaping. Sosial innovasjon for helse og velferd*. Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. S. & Kjedstadli, E. (2020). Hvordan kan innovasjon og samskaping bidra til framtidig bærekraft i kommunene? I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskaping. Sosial innovasjon for helse og velferd*. Universitetsforlaget.
- Zander, V., Gustafsson, C., Landerdahl Stridsberg, S. & Borg, J. (2021). Implementation of welfare technology: a systematic review of barriers and facilitators. *Disability and rehabilitation: Assistive technology*, 1-16.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1938707>
- Zhang, W., Barriball, K. L. & While, A. E. (2014). Nurses' attitudes towards medical devices in healthcare delivery: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2725-2739. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.12601>
- Østby, M. & Haugenes, M. (2019). Ingenting om oss uten oss. I M. Østby & M. Haugenes (Red.), *Inkluderende forskning sammen med personer med utviklingshemming-en metodebok*. Universitetsforlaget.
- Øyen, K. R., Sunde, O. S., Solheim, M., Moricz, S. & Ytrehus, S. (2018). Understanding attitudes toward information and communication technology in home-care: Information and communication technology as a market good within Norwegian welfare services. *Informatics for Health and Social Care*, 43(3), 300-309.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17538157.2017.1297814>
- Aaen, J. (2019a). *Competing concerns in welfare technology innovation: A systematic literature review*. 10th Scandinavian Conference on Information Systems (SCIS2019), <https://aisel.aisnet.org/scis2019/3/>

Aaen, J. (2019b). Organizing for emerging welfare technology: Launching a drug-dispensing robot for independent living. *Selected Papers of the IRIS, Information Systems Research Seminar in Scandinavia*(Nr.10). <https://aisel.aisnet.org/iris2019/1>

Vedlegg 1 – Oversikt over artikler i tidligere forskning

<i>Forfatter</i>	<i>År</i>	<i>Tittel</i>	<i>Publisert</i>	<i>Design</i>	<i>Informanter</i>	<i>Forsknings- artikkel</i>
<i>Cuesta et al.</i>	2020	Welfare technology, ethics and well-being a qualitative study about the implementation of welfare technology within areas of social services in a Swedish municipality	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Kvalitativ; Observasjon Spørreskjema Fokusgrupper	Beboere Ansatte	X
<i>Dugstad et al.</i>	2015	Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester: opplæringsbehov og utforming av nye tjenester – en sluttrapport.	Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold	Kvalitativ: Observasjon Workshop Gruppeintervju Enkeltintervju	Prosjektledere Ansatte	
<i>Fabritius et al.</i>	2017	Fra Perm til Pad. Følgforskning av DigiPro Helse, et innovasjonsprosjekt i Salten	Nordlandsforskning	Kvalitativ; Intervju Observasjon	Prosjektledere Medarbeidere i prosjektgruppe Ansatte	
<i>Frennert og Baudin</i>	2021	The concept of welfare technology in Swedish municipal eldercare.	Disability and Rehabilitation	Kvantitativ og kvalitativ: Spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål	Ansatte	X
<i>Frennert og Østlund</i>	2018	Narrative review: Technologies in eldercare.	Nordic Journal of Science and Technology Studies	Narrativ review		
<i>Glomsås et al.</i>	2021	They just came with the medication dispenser'- a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services.	BMC health services research	Kvalitativ: Intervju	Tjenestemottakere	X
<i>Hansen et al.</i>	2018	Velfærdsteknologi mellom ansvar og distance	Tidsskrift for Arbeidsliv	Kvalitativ: Intervju Observasjon Dokumentstudier	Ledelse Ansatte	

<i>Hauvik og Vatne</i>	2020	Velferdsteknologi–fremtidens helsevesen med eller uten omsorg	Nordisk tidsskrift for helseforskning	Fagartikkel		
<i>Helsedirektoratet</i>	2021	Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram.		Kunnskapsoppsummering		
<i>Hofmann</i>	2012	Etiske utfordringer med velferdsteknologi	Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Review		X
<i>Hofmann</i>	2019	Hvordan vurdere etiske aspekter ved moderne helse- og velferdsteknologi	Tidsskrift for omsorgsforskning	Fagartikkel		
<i>Johannessen et al.</i>	2019	Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste	Tidsskrift for omsorgsforskning	Kvalitativ: Fokusgruppeintervju	Ledelse Ansatte	X
<i>Kamp et al.</i>	2019	Welfare Technologies in Care Work.	Nordic journal of working life studies	Fagartikkel		
<i>Kleiven et al.</i>	2020	Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services - a qualitative study.	BMC health services research	Kvalitativ: Intervju	Ansatte	X
<i>Kleiven</i>	2021	Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi (The Medical Home)	Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste	Kvalitativ: Intervju	Ansatte	
<i>Knarvik et al.</i>	2017	Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi.		Kunnskapsoppsummering		
<i>Leonardsen et al.</i>	2020	Patient experiences with technology enabled care across healthcare settings-a systematic review.	BMC health services research	Review		X
<i>Lo et al.</i>	2019	Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester	Nordisk velfærdsforskning - Nordic Welfare Research	Kvalitativ Observasjon Intervju Dokumentstudier	Ledelse Ansatte Helse/IKT	X
<i>Nakrem og Kiran</i>	2019	Hvordan lykkes med velferdsteknologi?	Sykepleien forskning	Kvalitativ Intervju	Ansatte Tjenestemottakere Pårørende	

<i>Nakrem et al.</i>	2018	Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers—a qualitative study.	BMC health services research	Kvalitativ: Intervju	Ansatte	X
<i>Nilsen et al.</i>	2016	Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study.	BMC health services research,	Kvalitativ: Intervju Fokusgrupper Observasjon	Prosjektledelse Ansatte	X
<i>Stokke et al.</i>	2019	Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten?: trygghetsalarmen som case.	Tidsskrift for omsorgsforskning	Kvalitativ: Observasjon Intervju Dokumentstudier	Tjenestemottakere Pårørende Ansatte	X
<i>Zander et al.</i>	2021	Implementation of welfare technology: a systematic review of barriers and facilitators	Disability and rehabilitation: Assistive technology	Review		X
<i>Zhang et al.</i>	2014	Nurses' attitudes towards medical devices in healthcare delivery: a systematic review.	Journal of Clinical Nursing	Review		X
<i>Øyen et al.</i>	2018	Understanding attitudes toward information and communication technology in home-care: Information and communication technology as a market good within Norwegian welfare services.	Informatics for Health and Social Care	Kvantitativ og kvalitativ: Spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål	Ansatte	X
<i>Aaen</i>	2019a	Competing concerns in welfare technology innovation: A systematic literature review	10th Scandinavian Conference on Information Systems	Review		
<i>Aaen</i>	2019b	Organizing for emerging welfare technology: Launching a drug-dispensing robot for independent living.	Selected Papers of the IRIS, Information Systems Research Seminar in Scandinavia	Kvalitativ: Intervju Dokumentstudier Workshop	Ledelse Ansatte Utviklere av teknologi	

Vedlegg 2 - Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Velferdsteknologi -

Implementering av medisindispenser i hjemmesykepleien?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få svar på hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med implementering av medisindispenser i kommunal tjeneste. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er en avsluttende oppgave på Master i velferdsendring ved Universitet i Tromsø, institutt for vernepleie. Mitt utgangspunkt er den nasjonale satsingen på velferdsteknologi og de forventningene som ligger til kommunene for innføring av ulike teknologiske løsninger, og hvordan dette kan bidra til frigjøring av tid for ansatte i de kommunale tjenestene til oppgaver teknologien ikke kan løse.

Jeg ønsker å se på innføring av medisindispensere, og oppgaven har følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien, med implementering av medisindispensere som alternativ til ordinær medisinalutdeling?

For å svare på denne problemstillingen bruker jeg tre underproblemstillinger:

- Hvordan har sykepleierne erfart samarbeidet med støttefunksjoner i forbindelse med innføring av medisindispensere?
- Hvilken opplevelse har sykepleierne av fordeling av tiden de bruker til medisinaladministrasjon og andre pasientnære oppgaver etter innføring av medisindispensere?
- På hvilken måte opplever sykepleierne at de klarer å ivareta den medisinske oppfølgingen av pasienten etter innføring av medisindispenser?

I dette prosjektet ønsker jeg å intervju 6-8 deltakere som alle er sykepleiere i kommunal hjemmesykepleie, og har erfaring med implementering av medisindispensere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Tromsø, institutt for vernepleie er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Grunnen til at akkurat du får en henvendelse fra meg om å delta i prosjektet, er fordi jeg har tatt kontakt med ulike avdelingsledere for å få navn på sykepleiere som har deltatt i implementering av medisindispensere, og jeg har også vært i kontakt med medarbeidere i velferdsteknologiprojekt som har gitt tips om navn på aktuelle sykepleiere.

Hva innebærer det for deg å delta?

I dette prosjektet skal jeg benytte meg av intervju som metode. På forhånd har jeg utarbeidet en intervjuguide som jeg kommer til å benytte.

Dersom du takker ja til deltakelse i prosjektet:

- Tar jeg kontakt med deg for å avtale dag, tid og sted for intervju.
- Dersom du ikke har mulighet til å møte fysisk, kan vi gjøre intervjuet digitalt
- Det vil bli gjort lydopptak av hvert enkelt intervju.
- Det vil kun være meg som student som deltar i intervjuet.
- Hvert intervju varer i ca 45 min – 60 min.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- I dette prosjektet vil det kun være meg som student og min veileder fra Universitet i Tromsø som vil ha tilgang til opplysningene.
- Alle som deltar i prosjektet som informanter vil få en kode knyttet til deres intervju. Navn og kontaktopplysninger vil lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Alle opplysninger som kommer frem i prosjektet, vil bli anonymisert slik at det skal være vanskelig å bli gjenkjent som enkeltperson. De opplysninger som vil bli publisert er at alle informanter er sykepleiere og jobber/har jobbet i en kommunal hjemmesykepleieavdeling som har implementert medisindispensere.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene vil slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Planlagt innlevering er medio mai 2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitet i Tromsø, institutt for vernepleie har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Tromsø, institutt for vernepleie ved Hege Gjertsen (veileder),
epost: hege.gjertsen@uit.no Tlf: 77058318

- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold,
epost: personvernombud@uit.no Tlf 776 46 322 eller 976 915 78

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost: personverntjenester@nsd.no
eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Hege Gjertsen

(Forsker/veileder)

Eli Konstanse Strømsberg

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Velferdsteknologi – Implementering av medisindispenser i hjemmesykepleien, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i intervju

at det blir gjort lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Intervjuguide til master i velferdsendring

Velferdsteknologi - Implementering av medisindispenser i hjemmesykepleien

Informasjon før intervju begynner:

Jeg er masterstudent ved institutt for vernepleie ved UiT. Som en avslutning på studiet skal jeg levere en masteroppgave, der jeg skal gjøre et forskningsprosjekt. Jeg har valgt meg ut problemstillingen: «Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien, med implementering av medisindispensere som alternativ til ordinær medisintdeling?» for å besvare denne skal jeg gjøre intervju.

Spørsmålene omhandler innføring av medisindispenser i hjemmesykepleien. Jeg skal intervju 6-8 sykepleiere som har erfaring med bruk av medisindispenser. Intervjuet vil vare i ca 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp, men jeg vil, etter oppgaven er levert inn og oppgaven bestått, slette alle opptak.

Bakgrunnsinformasjon

Når var du ferdig utdannet sykepleier?

Hvor lenge du har arbeidet som sykepleier i kommunen?

Hvor lenge har du arbeidet i den stillingen du har nå på dette arbeidsstedet?

Stillingsprosent?

Hvilken stilling har du nå?

- Turnus (dag/aften/natt)
- Ansvarsområder
- Arbeidsoppgaver

Hvilken kjennskap har du til når arbeidsstedet tok i bruk medisindispensere?

Hvor lenge har du jobbet med medisindispensere?

Hvilke(n) type medisindispensere har du kjennskap til?

- Medido
- Evondos
- Pilly
- Andre?

Har du noen spesifikk rolle knyttet opp til bruk av medisindispensere i hjemmesykepleien?

- Superbruker
- Kontaktperson for kollegaer/pårørende/andre?
- Prosjektgruppe

2. Overordnet refleksjonsspørsmål:

Hvilke forhold opplever du har vært viktig for at avdelingen har innført medisindispensere?

(altså årsaker til at kommunen har innført medisindispenser)

Stikkord:

- Forankring i ledelse?
- Troen på at det vil gi bedre ressursutnyttelse? (Spart tid/unngåtte kostnader)
- Troen på at det kan gi tryggere medisinhåndtering
- Troen på at det kan gi bedre kvalitet på tjenestene?
- Troen på at det kan gi pasientene økte muligheter for å oppleve økt mestring/mer selvstendighet
- Andre årsaker?

Om du ser det fra perspektivet til pasienten, hvordan kan innføring av medisindispenser virke inn på hverdagen?

Stikkord:

- Mulighet for økt mestring
- Aktivitetsnivå og innhold i hverdagen
- Verdighet
- Riktigere medisinerer til riktig tid
- Opplevelse av frihet
- Opplevelse av ensomhet
- Opplevelse av utrygghet ved bruk av medisindispensere

Er det noen av disse områdene du mener er viktigere enn andre?

Implementering og opplæring

Hvilken kunnskap hadde du om velferdsteknologisatsingen i kommunen din før din avdeling tok i bruk medisindispenser?

Dersom kjennskap til prosjekt:

- På hvilken måte opplevde du involvering fra prosjektgruppa i oppstarts- og innføringsfasen?
- Hvordan opplevde du samarbeidet med andre avdelinger, som for eksempel IT, teknisk, eller andre avdelinger, i denne fasen?

Dersom din avdeling var en av de første til å ta i bruk medisindispenser i kommunen:

Hvorfor tror du akkurat din avdeling valgt ut til å ta i bruk medisindispenser?

- Eierskap/forankring ledelse/ansatte/enkeltansatte.

Kan du beskrive innføringsprosessen?

- Hvem var involvert?
- Samarbeid med andre avdelinger
- Avsatt tid/tidsperspektiv

Hvordan opplevde du prosessen rundt innføring av medisindispenser?

- Informasjon i forkant
- Tidsperspektiv på innføringen
- Endring/oppdatering av rutiner

Hvordan var opplæringen?

- Ansvar
- Omfang
- Tilgjengelighet fra leverandør/superbrukere/prosjektmedarbeidere

Hvordan ivaretas opplæring på medisindispensere for nyansatte?

Hvordan vil du vurdere din egen opplæring, og hvor trygg du er på håndtering av medisindispenseren?

- Hva kunne eventuelt vært gjort annerledes?

Hvem driver bruken av medisindispenser fremover i avdelingen?

- Ledelsen
- Enkeltansatte
- Samlet avdeling
- Andre

Effektivisering og gevinstrealisering

Kan du si noe generelt om hvordan arbeidsdagen din oppleves?

Hvordan er den generelle opplevelsen av arbeidsdagen knyttet til innføring av medisindispenser?

På hvilken måte vil du si at innføring av medisindispenser har påvirket din arbeidshverdag?

- Rutiner
- Arbeidsfordeling
- Tidspress

Har du opplevd noen endring i hva du bruker tiden på sammenliknet med før medisindispenser ble innført?

- Evt på hvilken måte?

Kan du si noe om dine erfaringer når det skjer endringer i medisinerer for pasienter med medisindispenser?

- Hva fungerer bra?
- Hva er utfordrende?

Hvordan har arbeidsfordelingen i avdelingen blitt påvirket etter at medisindispenser har blitt innført?

Med bakgrunn i din kjennskap til de pasientene som har medisindispenser, hvordan tror du de opplever bruken av denne?

Hvordan opplever du at avdelingen evaluerer bruken av medisindispenser hos pasientene?

- Gode nok rutiner for å fange opp endringer hos pasientene
- Sette inn alternative tjenester

Hvilke gevinster mener du det er viktigst å fokusere på når det gjelder bruk av medisindispenser i hjemmesykepleien, og hva skal til for å oppnå de?

Oppfølging og avvikshåndtering

Opplever du at bruk av medisindispenser påvirker nærhet til pasientene?

- Evt på hvilken måte?

Hvilken erfaring har du med kartlegging av pasienter som kan ha nytte av medisindispenser?

- Hvem kartlegger
- Finne den rette pasienten
- De riktige verktøyene for kartlegging

Hvordan opplever du samarbeid med lege/apotek knyttet til medisinadministrering ved bruk av medisindispenser som krever bruk av multidose?

Kan du si noe om din opplevelse av samarbeid med andre enheter i kommunen, leverandør, support, som er nært knyttet til drift av medisindispensere?

Hvordan blir arbeidet i avdelingen tilrettelagt for oppfølging av medisindispenserne som er ute i ordinær drift?

- Arbeidsfordeling
- Enkelte ansatte som følger ekstra opp
- Tidsressurs

Hvordan opplever du at rutine fungerer for å fange opp utfordringer dersom teknologien ikke virker? F.eks feilmeldinger

- Hvordan håndteres de
- Hvem har ansvar
- Hvor enkelt er det å ordne det
- Tidsressurser

Totalt sett - hvordan opplever du bruken av medisindispenser?

- Hva fungerer bra?
- Hva fungerer ikke like bra? Og kan du si noe om hvorfor du tror det er sånn?

Avslutningsspørsmål

Kan du si noe om hvordan du opplever innføring av medisindispensere har påvirket sykepleierollen din, enten positivt eller negativt?

Opplever du noen forskjeller i holdninger og engasjement til bruk av medisindispenser mellom sykepleiere?

- Hva tror du evt det kan skyldes?
 - alder
 - kjønn
 - ansvar/oppgavetildeling
 - interesse

Hvordan innvirker velferdsteknologisatsningen i avdeling på hvor fornøyd du er med jobben?

Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig å få med?

Kan jeg ta kontakt med deg i ettertid dersom det dukker opp noe jeg mener det er viktig å få svar på?

Til sist:

Takk for intervjuet, jeg setter stor pris på din deltakelse. Om du kommer på noe i etterkant som kan være av interesse for studiet mitt setter jeg pris på om du tar kontakt. Dersom du ønsker å trekke deg fra deltakelsen i studiet kan du kontakte meg eller min veileder når som helst.

Vedlegg 4 – Svar på søknad til NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/619540c7-8e37-4bf9-83be-c0508968f4ea>

[Meldeskjema](#) / [Velferdsteknologi - Implementering av medisindispenser i hjemmesykepleie](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
244180	Standard	01.12.2021

Prosjekttittel

Velferdsteknologi - Implementering av medisindispenser i hjemmesykepleien

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for vernepleie

Prosjektansvarlig

Hege Gjertsen

Student

Eli Konstanse Strømsberg

Prosjektperiode

01.01.2022 - 15.05.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 15.05.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 01.12.2021. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2023.

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

