

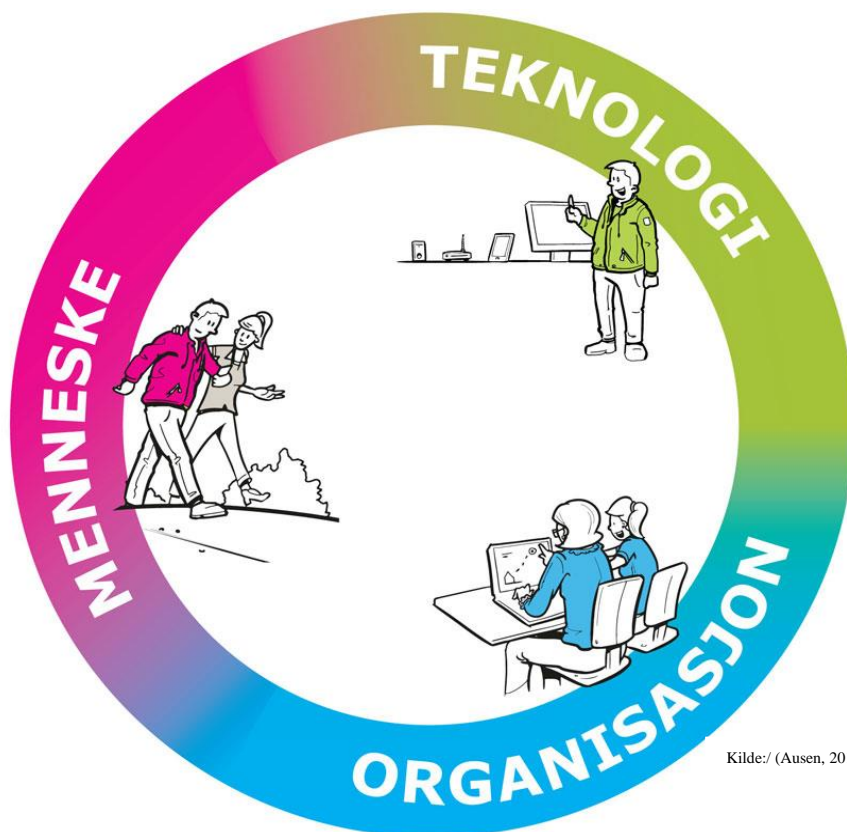
Institutt for vernepleie

Mastergradsoppgave i velferdsendring SSO-3911-1

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i fire hjemmetjenestedistrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?»

Ingjerd Elisabeth Eriksen Valbekmo

November 2022



Kilde: (Ausen, 2018)

Sammendrag

Velferdsteknologi ble satt på dagsorden i 2012 da daværende regjering presenterte NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» som la føringer for at kommuner innen få år skulle ta i bruk teknologi som en del av helsetjenestene sine. Bakgrunnen var et økende antall eldre i kommende år, og relativt sett færre ansatte til å drifte helsetjenestene for denne gruppen. Kommunen jeg jobber i har samarbeidet med tre andre kommuner om innføring av velferdsteknologi, og elektronisk medisineringsstøtte har vært innført som ett av tiltakene. Det var derfor interessant og hensiktsmessig for meg å få vite mer om hvilke erfaringer helsepersonell i Nord-Norge har hatt med innføring av elektronisk medisineringsstøtte. Spesielt interessant var det å se nærmere på hvilke faktorer som har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføringen av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste. Det kvalitative forskningsintervjuet er benyttet for å belyse problemstillingen. Informantene i studien kom fra tre ulike kommuner, og hadde ulike roller i innovasjonsprosessen. Datamaterialet er analysert i henhold til Braun og Clarke (2006) sin tematisk analysemetode. Empirien drøftes i henhold til teori omkring innovasjon, teori omkring læring i organisasjoner og til slutt teori om tverrprofesjonelt samarbeid.

Informantene beskrev først og fremst at valg av organisering påvirket ansattes engasjement, eierskapsfølelse og drivkraft under deltagelse i innovasjonsprosjektet. Ved en samarbeidsdrevne innovasjonsprosess, ses de ulike aktørene som likeverdige parter, og de har samme forståelse og mål for prosjektet tross ulik fagbakgrunn. En toppstyrt innovasjonsprosess bidro til det motsatte ifølge informantene, og skapte usikkerhet, skepsis og motstand hos ansatte som skulle ta i bruk innovasjonen. Superbruker ble opplevd som en nøkkelfunksjon for opplæring og igangsetting av drift. Det som ifølge informantene bidro mye til suksess var kompetanseheving gjennom praksisnær opplæring. En forutsetning for å lykkes med teknologi var ifølge deres erfaringer at det tekniske fungerte, og at man hadde systemer som fanget opp uforutsette hendelser. Informantene mente også at for pasienter kunne innføringen av teknologi bidra til økt egenmestring og selvstendighet, mens for ansatte ble antall hjemmebesøk redusert. Informantene gav uttrykk for at når det gjaldt økonomiske gevinster var disse avhengige av antall dispensere i drift. Demografiske forhold spilte også en rolle mente de, i den forstand at innovasjonsprosessen hadde gitt mer økonomisk gevinst i tettbefolkede områder med større pasienttilgang. Ensomhet ble også trukket frem som en risikofaktor når antallet besøk ble redusert, en risiko som nødvendiggjorde en pågående etisk vurdering av konsekvensene av slikt innovasjonsarbeid.

Summary

Welfare technology was put on the agenda in 2012 when the government presented NOU 2011:11 «Innovation in care» which laid down guidelines for municipalities to introduce technology as part of their health services within a few years. The background was an increasing number of elderly people in the coming years, and relatively fewer employees to run the health services for this group. The municipality I work in has collaborated with three other municipalities to implement welfare technology, and electronic medication support has been introduced as one of the measures. It was therefore interesting for me to find out more about what experiences healthcare personnel in Northern Norway have had with the introduction of electronic medication support. It was particularly interesting to take a closer look at which factors have been promoting, and which factors have been inhibiting in the introduction of such support in an existing health service. The qualitative research interview has been used to clarify the issue, and the informants were from three different municipalities. The data has been analysed according to Braun and Clarke's (2006) thematic analysis method. The empirical evidence is discussed according to theory about innovation, learning in organizations and interprofessional collaboration.

The informants described that the choice of organization influenced employees' commitment, sense of ownership and motivation during participation in the innovation project. In a collaborative innovation process, the various actors are seen as equal parties with the same understanding and goals for the project despite different professional backgrounds. According to the informants, a top-managed innovation process contributed to the opposite, and created uncertainty, scepticism, and resistance among employees. A dedicated resource person was perceived as a key function for training and implementation, and competence enhancement through practical training has contributed a lot to success. A prerequisite for success with technology was that the technology worked, and it existed systems that caught unforeseen events. The informants also believed that for patient's electronic medicine support could contribute to increased self-management and independence, while for employees the number of home visits was reduced. The informants expressed that when it came to financial gains, these were dependent on the number of dispensers in operation. Demographic conditions also played a role, they believed, in the sense that the innovation process had produced more financial gain in densely populated areas with greater access to patients. Loneliness was also highlighted as a risk factor when the number of visits was reduced, a risk which necessitated an ongoing ethical assessment of the consequences of such innovation work.

Forord

Etter flere år som masterstudent setter jeg nå det endelige punktum med denne masteroppgaven. Det har vært en utrolig lærerik reise disse årene. Til tross for mye jobb underveis, er jeg takknemlig for at jeg har fått lov å prioritere å være student i tillegg til å ha en fulltidsjobb, være mamma, kone og engasjert i skilaget. I den forbindelse er det mange som skal ha stor takk for at min mulighet for å ta en masterutdanning nå er realisert.

Jeg vil aller først rette en stor takk til min dyktige veileder Gro Hilde Ramsdal. Uten ditt engasjement, entusiasme og positive innstilling hadde veien mot målet blitt lengre. Ditt bidrag med faglige diskusjoner og tilbakemeldinger på arbeidet mitt helt fra start til mållinjen nå har vært uvurderlig for meg.

Tusen takk til mine sju informanter som stilte opp og delte sine erfaringer og kunnskap om temaet elektronisk medisineringsstøtte.

Jeg vil også rette en stor takk til min kollega og medstudent, Eli for faglige diskusjoner, motivering og støtte underveis i prosessen. Vi kom i mål!

Til sist vil jeg takke familien min som tålmodig har sett på at jeg nå har studert over flere år. Nå blir det ikke mere oppgaveskriving – masteroppgaven er endelig ferdig!

Evenskjer 15.november 2022

Ingjerd Elisabeth Eriksen Valbekmo

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema	8
1.2	Problemsstilling	12
1.3	Datakilder og forskningsmetoder	12
1.4	Oppgavens oppbygging	12
1.5	Begrepsavklaring	13
2	Tidligere forskning	14
2.1	Forskning på bruken av velferdsteknologi i Norge	14
2.2	Pasientens beste	19
2.2.1	Gode helsetjenester for de eldre	19
2.2.2	Covid 19 og kvaliteten på omsorgstilbudet til eldre	20
2.2.3	Forskning om hvilke tiltak man har lyktes med i hjemmesykepleien.....	22
2.2.4	Ensomhet hos de eldre.....	23
2.2.5	Demografisk utvikling i Norge	24
2.3	Denne studiens bidrag til forskning.....	25
3	Teoretisk bakgrunn.....	26
3.1	Innovasjon	26
3.1.1	Å forankre noe nytt i en organisasjon	27
3.1.2	Faser i en innovasjonsprosess	29
3.1.3	Motstand og risikoer i en innovasjonsprosess.....	30
3.2	Læring i organisasjoner	32
3.3	Å samarbeide med andre i innføringen av noe nytt.....	35
4	Forskningsmetode	36
4.1	Vitenskapsteoretisk forankring.....	36
4.1.1	Det hermeneutiske perspektivet	37

4.1.2	Egen forforståelse.....	38
4.2	Semistrukturert intervju.....	40
4.3	Rekruttering og utvalg av informanter.....	42
4.3.1	Utvalgsstørrelse og kriterier for utvalg.....	43
4.3.2	Utvalgsstrategi og rekruttering av informantene.....	43
4.3.3	Informantene i studien.....	44
4.4	Gjennomføring av intervju.....	44
4.5	Behandling av data.....	46
4.5.1	Lyd - og videoopptak.....	46
4.5.2	Tematisk analysemetode.....	46
4.6	Vurdering av kvalitet på forskningen.....	50
4.6.1	Styrker og svakheter ved metoden.....	52
4.7	Forskningsetikk og forskningsetiske overveielser i denne studien.....	55
5	Resultater.....	58
5.1	Forankring av innovasjon.....	58
5.2	Oppstartserfaringer med innovasjon.....	61
5.3	Helsepersonells ulike roller i innovasjon.....	64
5.4	Teknologien- plunder og heft.....	66
5.5	Betydning av kunnskap og kompetanse i innovasjon.....	68
5.6	Helsepersonells erfaringer med konsekvenser av å gjennomføre velferdsteknologiprojekt.....	71
5.6.1	Helsepersonells arbeidshverdag med elektronisk medisineringsstøtte.....	71
5.6.2	Helsepersonells erfaringer med pasientens reaksjoner på elektronisk medisineringsstøtte.....	73
5.6.3	Helsepersonells erfaringer med pårørendes reaksjoner på elektronisk medisineringsstøtte.....	77
6	Diskusjon.....	78
6.1	Suksessfaktorer for gjennomføring av velferdsteknologiprojekt.....	78

6.1.1	Helsepersonells ulike roller i innovasjon	78
6.1.2	Samarbeidsdrevne innovasjon.....	80
6.1.3	Kompetanseheving i form av uformell opplæring	81
6.2	Hindringer for gjennomføring av velferdsteknologiprojekt.....	85
6.2.1	Toppstyrt forankring av elektronisk medisineringsstøtte.....	85
6.2.2	Tverrfaglige samarbeidsutfordringer.....	89
6.2.3	Personalets tanker om innovasjonsprosessen.....	90
6.2.4	Teknologisk plunder og heft	93
6.3	Erfaringer med konsekvensene av å gjennomføre velferdsteknologiprojekt.....	95
6.3.1	Helsepersonells opplevelser av positive konsekvenser av innovasjonsprosessen 95	
6.3.2	Negative konsekvenser: Teknologi og ensomhet.....	96
6.3.3	Konsekvensene påvirkes av økonomiske og demografiske forhold	97
7	Avslutning	99
	Referanseliste	104
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	109
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere i forskningsprosjektet til Ingjerd Valbekmo	113
	Vedlegg 3: Meldeskjema – Kvittering søknad NSD	118
	Figur 4.1 Hermeneutisk spiral.....	38
	Tabell 4.1 Utdrag av transkribering	47
	Figur 4.2 Første koding av datamateriale.....	48
	Tabell 4.2 Eksempel på første koding.....	48
	Figur 4.3 Oversikt over kompetansehevingstiltak i studien.....	69

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne masteroppgaven er innføring av velferdsteknologi i kommunale helsetjenester. Bakgrunnen for valget av nettopp dette temaet, er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet, Kommunenes Sentralforbund (KS) og Direktoratet for e-helse, kalt «Nasjonalt velferdsteknologiprogram». Disse partene har siden 2013 samarbeidet i dette prosjektet med den målsetningen å bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi. Partene ønsker at velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene i Norge (KS, 2021a).

Bakgrunnen for denne satsningen på velferdsteknologi er flere. I en fagrapport om implementering av velferdsteknologi utgitt av Helsedirektoratet (2012), listes det opp flere grunner for hvorfor man ønsker å satse på velferdsteknologi. En av hovedgrunnene er de demografiske endringene som det norske samfunnet står overfor de kommende år. Antallet eldre sammenlignet med yngre øker, noe som igjen fører til at det blir det flere som trenger helsehjelp og færre til å utøve denne helsehjelpen. Andre grunner til å prioritere velferdsteknologi er at det vil være flere som lever lenger med kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og som får kognitiv svikt. Dette nye sykdomspanoramaet fører til økte tjenestebehov hos barn, ungdom og voksne, i tillegg til de eldre (KS, 2021a). Det er derfor nødvendig å organisere helsehjelpen på en annen måte enn før slik at ressursene blir utnyttet på best mulig måte med tanke på pasientene som trenger helsehjelp i fremtiden. I NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» defineres formålet med innføringen av velferdsteknologi som å: «gi enkeltmennesket mulighet til bedre å mestre eget liv og helse, styrke det offentliges oppgaveløsning, gjennom innovasjon og anvendelse av ny teknologi og bedre kunne møte de fremtidige utfordringene /.../» (NOU 2011:11, s. 21). Velferdsteknologi blir ifølge denne NOU'en sett på som en av tiltakene for å løse utfordringene beskrevet ovenfor, samtidig som det skal gi positive ringvirkninger for befolkningen.

For å beskrive hva velferdsteknologi er velger jeg i denne oppgaven å benytte Hagen-utvalgets sin definisjon av velferdsteknologi presentert i (NOU 2011:11). Denne er som følger:

«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 teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon» (NOU 2011:11, s. 99).

Dette sitatet kan forstås som at teknologi skal bidra til økt mestring og selvstendighet på alle livsområder, uavhengig av alder og funksjonsnivå. I tillegg til at teknologi skal bidra til endret livskvalitet for brukerne skal den også bidra til økt kvalitet på helsetjenester. Å ta i bruk teknologi ses på som en nyteknisk innenfor helsetjenestene for å møte de utfordringer som samfunnet nå står overfor. Det finnes ulike teknologier som brukes innenfor forskjellige områder.

Formålet med ulike typer velferdsteknologi blir i overnevnte NOU 201:11 delt inn i fire ulike områder. Det første området *Trygghetsskapende teknologi* inkluderer teknologi som bidrar til økt trygghet og mulighet for å bo hjemme lengre. Disse skal motvirke ensomhet, og er for eksempel trygghetsalarm og digitalt tilsyn. Området to er *Mestringsteknologier* som gjør det mulig å mestre egne helseutfordringer mer selvstendig, for eksempel medisineringsstøtte. Det tredje området er *Utrednings- og behandlingsteknologier* som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet, for eksempel måling av blodtrykk og blodsukker. Til sist nevnes *Velværeteknologier*, som et fjerde område, som bidrar til at mennesker blir mer bevisst på egen helse og som avhjelper hverdagslige gjøremål, eksempelvis styring av lys, varme, robotstøvsuger og gressklipper (NOU 2011:11).

Noe av forklaringen på den nye satsningen på velferdsteknologi finner vi også igjen i viktige offentlige dokumenter. Regjeringen presenterte i 2018 en kvalitetsreform for eldre, kalt «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017-2018)). I denne eldrereformen kommer det frem at de eldre ønsker å være selvstendige i eget liv, men at det ikke er ensbetydende med å klare seg uten tjenester. Mange eldre er aktive og deltar i en rekke gjøremål, og de fleste ønsker å fortsette å være aktive på samme nivå som før til tross for sykdom eller alder.

Helsedirektoratet (2012) peker dessuten på at innføring av velferdsteknologi kan medføre at eldre mestrer å bo lengre i eget hjem med hjelp av teknologisk støtte til eksempelvis

medisinhandling, sosial kontakt og økt trygghet, ved bruk av varslingsteknologi. NOU 2011:11 peker også på at bruk av teknologi kan gi mennesker større muligheter til å klare seg på egenhånd i hverdagen, og at teknologi kan fungere som en støtte i hverdagen både for pasienter, ansatte og pårørende. I en rapport om velferdsteknologi og etikk utarbeidet av Hofmann (2010), trekker han eksplisitt frem at velferdsteknologi ikke skal erstatte menneskelig omsorg, og at det er viktig at den nettopp derfor ikke blir brukt som erstatning for omsorg og tilsyn. Han peker på at en grunn til skepsisen mot bruken av velferdsteknologi, kan være tanken om at teknologien blir en erstatning for menneskelig kontakt i form av fysisk tilstedeværelse.

På den annen side vil denne teknologien også påvirke arbeidsdagen til helsepersonell ved at de kan effektivisere tjenestene (Helsedirektoratet, 2012). Effektivitet i tjenestene ser ut til å være en viktig årsak til interessen for og implementering av denne nye teknologien. I Meld. St. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg», vektlegges for eksempel begrepet «bærekraftig utvikling av helsetjeneste». Denne bærekraften innebærer at helsetjenesten skal ha mer søkelys på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering for mer effektiv bruk av ressursene. Slik bærekraft forutsetter igjen at innbyggerne selv må ta mer ansvar for å få en egnet boligsituasjon, men betyr også at fellesskapet tar mer ansvar for økt autonomi for den enkelte gjennom universell utforming (Meld. St. 29 (2012–2013)). Også kommunenes sentralforbund KS (2021b) har fått et fokus på bærekraftig utvikling. Med bærekraftig utvikling mener de at de løsningene kommunene nå tilbyr sine innbyggere ikke må ødelegge for fremtidige generasjoners muligheter for å løse sine behov. De offentlige helsetjenestene må derfor drives både effektivt og bærekraftig. Økt bruk av teknologi, deriblant velferdsteknologi, kan tas i bruk som ett tiltak for å støtte helse og mestring, og samtidig ivareta pasientsikkerhet og bærekraft (KS, 2021b).

Med bakgrunn i disse resonnementene og i gode resultater i perioden 2013-2021, videreføres det nasjonale velferdsteknologiprojektet ut 2024, da med tanke på videre implementering av dette tjenestetilbudet (KS, 2021a). Videreføringen av prosjektet begrunnes med at innføringen av velferdsteknologi i overnevnte periode allerede har bidratt til økt kvalitet i helsetilbudet, både til pasienter, pårørende og ansatte, samt gitt mer effektive tjenester i kommunene uten økt ressursbruk (KS, 2021a).

Kommunen jeg jobber i samarbeider med tre andre kommuner for innføring av velferdsteknologi. Dette kommunale samarbeidet har i flere år hatt som mål å både prøve ut, og senere ta i bruk ulike typer av velferdsteknologi. Lokalt er jeg en del av den samme implementeringen ved at jeg har vært en av kommunens representanter inn i dette prosjektet. De teknologier det er snakk om er elektronisk medisineringsstøtte, digitale trygghetsalarmer med ulike sensorer, lokaliseringsteknologi og digital hjemmeoppfølging/videotilsyn. Teknologiene har vært prøvd ut og kjøpt inn i prosjektperioden. Denne implementeringen har foregått i samarbeid med de ansatte i helsetjenestene i de ulike kommunene. Ikke alle kommuner har prøvd ut alle typer teknologi, men alle kommuner har jobbet med behovskartlegginger, innsalg, motivering og forankring mot ansatte (Anonym-kommune, 2020).

I flere av prosjektkommunene har det imidlertid blitt tatt i bruk elektronisk medisineringsstøtte i hjemmetjenestene. I noen distrikt er medisineringsstøtten godt mottatt av både pasienter, pårørende og ansatte og her ser de god nytte av dette hjelpemiddelet. I andre distrikt er medisineringsstøtten enten ikke tatt i bruk eller tatt i bruk i svært liten grad. Ifølge Helsedirektoratet (2012) ønsker man altså at velferdsteknologi tas i bruk i alle distrikt. Det blir derfor utfordrende når denne implementeringen utvikler seg ulikt innen samme kommune. Etter ønske fra prosjektgruppa i det interkommunale prosjektet jeg er tilknyttet, er det et uttrykt ønske at noen ser nærmere på nettopp disse forskjellene. Prosjektgruppa ønsker en bedre forståelse av de forskjellene som har kommet frem i implementeringsprosessen. I min studie vil jeg derfor søke å få en bedre forståelse for hva som skiller hjemmetjenestedistrikt hvor flere bruker velferdsteknologi som en del av tjenestetilbudet, fra andre distrikt som benytter seg av elektronisk medisineringsstøtte i liten eller ingen grad.

Hensikten med denne masterstudien blir derfor å undersøke på hvilken måte implementeringen er blitt gjennomført i de ulike hjemmetjenestedistriktene, lokalisere informantenes erfaringer med tanke på suksessfaktorer og deres erfaringer med hvilke faktorer som har bidratt til å hemme implementeringen i de enkelte distriktene.

1.2 Problemstilling

Studiens problemstilling er derfor:

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i fire hjemmetjenestedistrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?»

1.3 Datakilder og forskningsmetoder

For å belyse helsepersonellens erfaringer med implementering av velferdsteknologi er det kvalitative forskningsintervjuet benyttet. Jeg har intervjuet sju helsepersonell fra ulike distrikt som alle jobbet i hjemmetjenester. Hensikten med intervjuene var å få frem informantenes erfaringer med bruk av elektronisk medisineringsstøtte på deres arbeidsplass med spesielt fokus på faktorer som de opplevde fremmende og hemmende for denne innovasjonsprosessen.

1.4 Oppgavens oppbygging

I oppgavens *kapittel to* presenteres tidligere forskning av velferdsteknologi, deriblant effekter og gevinster ved bruk av teknologi i helsetjenestene. I tillegg viser jeg til forskning om ulike betingelser som må være til stede for å utvikle et godt helsetilbud for eldre, dette innebærer blant annet relevant forskning tilknyttet hjemmetjenestetilbud i Norge, eldre og ensomhet samt eldre og deres flyttemønster i alderdommen. I *kapittel tre* omtales den teoretiske rammen jeg velger å drøfte funnene fra intervjuene i; teori om innovasjon, læring i organisasjoner og tverrfaglig samarbeid. Studiens metode er deretter redegjort for i *kapittel fire*. Her redegjøres det for det hermeneutiske vitenskapelige ståstedet som metoden er forankret i. Jeg gir deretter en grundig beskrivelse av både den kvalitative metoden ved bruk av semistrukturert intervju samt analyseprosessen. Avslutningsvis i *fjerde kapittel* omtales det etiske perspektivet. Studiens empiri som er innsamlet gjennom intervju utgjør oppgavens *femte kapittel*. I *kapittel seks* drøftes empirien opp mot relevant teori, tidligere forskning og studiens problemstilling. Avslutningsvis i *kapittel sju* avrundes oppgaven med en oppsummering av funn og konklusjon / svar på problemstillingen.

1.5 Begrepsavklaring

I dette kapitlet gir jeg en kort forklaring på begreper og termer som brukes gjennom den resterende beskrivelsen av studien.

Helsepersonell: Med helsepersonell mener jeg de ansatte i hjemmesykepleietjenesten som administrerer medikamenter og leverer ut medisiner til pasienter.

Multidose er en forseglet pose med medisiner som skal tas på et bestemt tidspunkt. Hver pose er ferdig pakket fra apotek, og merket med type legemidler, dose, pasientens navn og klokkeslett for når medisinen skal tas. Multidoseposene kommer som en rull med poser med medisiner for vanligvis 14 dager av gangen. Formålene med å bruke multidose er blant annet å frigjøre sykepleierressurser i kommunen, samt øke kvalitetssikringen slik at riktig legemiddel gis til rett pasient (Helsedirektoratet, 2022).

Elektronisk medisineringsstøtte: Dette er en medisindispenser som registrerer om pasienten tar medisinen til oppgitt klokkeslett. Dersom pasienten ikke gjør dette varsles helsepersonell/pårørende via SMS-meldinger til sin telefon. Dispenseren kommer i flere utgaver, *Evondos*, *Medido* og *Pilly*, med samme hovedfunksjon, å sikre at pasienten tar medisinen selvstendig og til riktig tid uten hjelp fra helsepersonell. *Evondos* benytter multidose. Medisinen kommer automatisk ut av maskinen og er tilgjengelig innenfor et gitt tidsrom. Dersom pasienten ikke tar medisinen, vil den trekkes tilbake i maskinen. *Evondos* signaliserer at det er på tide å ta medisinen med lyd, lys og stemme. Medisinene ligger i et låst rom og kan kun åpnes via en spesiell nøkkel. *Medido* benytter også multidose, og varsler med lyd og lys når medisinen skal tas. Medisin som ikke tas blir stående ulåst i maskinen. *Pilly* er som en ordinær dosett. Medisinsbrettet roterer frem til riktig dose på angitt klokkeslett. Den varsler med lyd og ved blinking (Responscenteret.no, 2021).

Superbruker/ressursperson: Superbrukere kan defineres som en dedikert person som bidrar til sidemannsopplæring. Superbrukeren er en ansatt som er interessert i velferdsteknologi siden rollen skal fungere som en budbringer og teknologi-støtte både oppover og nedover i organisasjonen. En superbruker kan ha som ansvar å drive opplæring på ulike enheter, samt ha en aktiv rolle innenfor drift med tanke på fagsystemer (Stjørdal kommune, 2020).

2 Tidligere forskning

Det tidligere nevnte «nasjonale programmet for innføring av velferdsteknologi» ble startet i 2014, og i løpet av de siste årene har det vært forsket mye på dette feltet. Det er i en slik sammenheng viktig å se alle nye studier inn i et rammeverk av allerede eksisterende kunnskap på feltet. Jeg skal derfor i denne delen presentere relevant forskning på dette fagområdet som et grunnlag for senere diskusjon av mine egne funn. Det er ikke mulig å gi den totale oversikten over forskning gjort innen velferdsteknologi og jeg har dermed måttet ta noen valg som handler om utførelsen av litteratursøkene. De valgene handler om de databaser og søkeord jeg har prioritert å bruke. Jeg skal derfor kort redegjøre for min fremgangsmåte. For å finne frem til relevant forskning til min studie har jeg valgt å bruke databasen «Google scholar». Jeg har brukt søkeordene: «*velferdsteknologi, gevinster, implementering, elektronisk medisineringsstøtte*», og avgrenset søket til å gjelde de siste fem år. Jeg fikk opp 32 resultater her. Ved å bruke de samme søkeordene inn i databasen «Oria.no» fikk jeg opp 22 treff for samme tidsperiode. Flere av disse studiene var sammenfallende med treff fra den andre søkemotoren ovenfor. Jeg har også ledd i kunnskapsoppsummeringer fra Helsedirektoratet og i relaterte NOU`er etter referanser på gode kvalitetssikrede studier og finlest referanselister i gode forskningsartikler som fremkom i databasesøkene. Jeg har nedenfor valgt å bruke den litteraturen som har størst relevans for min problemstilling og det innebærer at jeg har hatt fokus på norske og nordiske studier fordi disse vil være mest sammenlignbare grunnet relativ likhet i velferdsordninger, men trekker inn noe utenlandsk litteratur når dette er hensiktsmessig.

2.1 Forskning på bruken av velferdsteknologi i Norge

Helsedirektoratet har i regi av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet gjort følgeforskning underveis i denne innovasjonsprosessen som innføring av velferdsteknologi utgjør. De har presentert sine funn i tre gevinstrealiseringsrapporter utgitt i henholdsvis 2016, 2017 og 2021 (Helsedirektoratet, 2015, 2017; Helsedirektoratet et al., 2021). Gevinster omtales som de verdier og positive effekter som oppnås ved at man tar i bruk nye løsninger. I det offentlige, og i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet har man særlig hatt fokus på tre gevinstområder; økt kvalitet, unngåtte kostnader og spart tid (KS, 2021b)

I forhold til elektronisk medisineringsstøtte blir det i gevinstrealiseringsrapporten fra 2015, meldt om gevinster som redusert antall hjemmebesøk for utdeling av medisiner og bedret helse gjennom riktigere medisineringsstøtte. Elektronisk medisineringsstøtte bidro til et mer aktivt liv for brukerne av denne tjenesten ved at de ikke ble bundet opp i hjemmet mens de ventet på hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2015). I 2017 presenterte Helsedirektoratet rapport nummer to, og her kommer det videre frem at velferdsteknologi har gitt store gevinster når det ble brukt riktig, og at gevinstene måtte ses i sammenheng med kommunens organisering, ressurser og demografi (Helsedirektoratet, 2017). Rapporten viste at dersom kommunene skal lykkes i å innføre ny teknologi, må de se på helsetjenesten som en helhet og ta høyde for uventede konsekvenser i andre deler av systemet enn der hvor innovasjonen har sitt fokus. Andre gevinstrealiseringsrapport viser også til samme gevinster som i den første, i form av kostnader som ble unngått og tid som ble spart for ansatte ved bruk av elektronisk medisineringsstøtte. Den viste også til kvalitative gevinster for brukerne, som økt mestringfølelse, økt opplevelse av verdighet, økt aktivitetsnivå og riktigere medisineringsstøtte hos tjenestemottaker (Helsedirektoratet, 2017). I den tredje og siste rapporten fra følgeforskningen til velferdsteknologiprogrammet, har man også fått tallfestet størrelsen på gevinstene. Tallene viser at elektronisk medisineringsstøtte stod for 48% av gevinstene tilknyttet frigjort tid for ansatte. Kommunene rapporterer også gevinster som økt kvalitet for både brukere, pårørende og ansatte. For brukerne handlet dette om opplevelse av frihet, mestring, selvstendighet, verdighet og en økt fleksibilitet. Ansatte viste til redusert stress med bakgrunn i endrede arbeidsmetoder, færre avvik og økt pasientsikkerhet. Pårørende oppga en økt trygghetsfølelse, færre bekymringer og redusert belastning, fordi deres nære er mer selvstendige og har større forutsigbarhet i hverdagen (Helsedirektoratet et al., 2021).

Breivik E. et al. (2021) baserer sin rapport om effekter av trygghets- og mestringsteknologi på en litteraturgjennomgang av internasjonal forskning. I forskningen differensierte de ikke sine funn kategorisert ut fra type teknologi, men rapporterte at uavhengig av type teknologi så var effekten hos brukerne økt mestring, økt trygghet og økt frihet. Forfatterne poengterer imidlertid at teknologi som kan ha positive effekter hos noen, kan for eksempel føre til ensomhet og utrygghet hos andre. Tildelingen av slik teknologi må derfor gjøres ut fra konkrete behov. I samme rapport kommer det frem at for pårørende kan velferdsteknologi gi færre bekymringer, redusert omsorgsbyrde og økt frihet. Men flere pårørende uttrykte også bekymring for at velferdsteknologien skal føre til ensomhet hos brukerne. For de ansatte kan

effektene av å ta i bruk teknologi være færre hjemmebesøk hos pasientene. Å bruke teknologi kan også gi bedre arbeidsplanlegging ved at teknologi til en viss grad kan erstatte fysiske besøk, ifølge denne studien. De negative konsekvensene for ansatte ved å bruke teknologi, kan være økt stress i hverdagen med tanke på å forstå og mestre å bruke teknologien, samt økte kostnader ved falske alarmer som kan gi økt overtid.

Nakrem et al. (2018) undersøkte helsepersonells opplevelser av elektronisk medisineringsstøtte og dens påvirkning på kvaliteten av helsetjenester gitt til pasienter. Denne studien ble gjennomført i fem norske kommuner som hadde innført elektronisk medisineringsstøtte. Resultatene fra denne studien peker på tre ulike forhold som helsepersonell anser som viktige å ta hensyn til ved innføring av velferdsteknologi. Det første forholdet er at for pasienten opplevdes innføring av teknologi som en strategi kommunen brukte for å spare penger. Forskerne konkluderte med at disse bekymringene måtte helsepersonell være oppmerksomme på når de introduserte teknologi for pasientene og de hevdet at helsepersonell måtte oppmuntre pasienten til å tro at teknologien var til å stole på, og at teknologiens fordeler veide opp for de ulempene de fryktet. Studien viste også at i løpet av perioden var det en høyere kvalitet på tjenestene i form av mer sikker medisinutlevering.

Det andre forholdet Nakrem et al. (2018) fant som viktig, var å ta høyde for ulike erfaringer og opplevelser blant pasienter. Noen pasienter anså teknologi som en styrking av sine muligheter til å være selvstendige, mens andre opplevde innføringen som utrygt og at de ikke kunne stole på teknologien. Forskerne rapporterer om gevinster i forhold til at pasientens autonomi ble styrket, og at pasientene mestret egen sykdom bedre og fikk opprettholdt en aktiv livsstil. De hadde også fokus på at teknologi ikke passet for alle, og at noen måtte ha tradisjonell hjemmetjeneste. En god kartlegging i forkant var derfor avgjørende for suksess. Det tredje forholdet forskerne fant som viktig å ta hensyn til handlet om at teknologien måtte være sikker og gi like god kvalitet på tjenesten som når helsepersonellet møtte pasienten ansikt til ansikt. Å gi helsetjenester digitalt med varsler og alarmer, forbedret ifølge informantene både kvalitet og sikkerhet i helsetilbudet. Studien konkluderer med at for å lykkes med innføring av elektronisk medisineringsstøtte måtte den ivareta tillit og kvalitet samt styrke pasientenes uavhengighet. God kartlegging av pasientene er særdeles viktig for å se både fordeler og ulemper for den enkelte. De ansattes holdning var en viktig faktor for om man lykkes eller ikke med implementering av noe nytt.

Nakrem og Kiran (2019) beskriver i sin forskning flere faktorer som de finner må til for at man skal kunne lykkes med innføring av velferdsteknologi. Deres resultater viste i korte trekk at alle aktører må samarbeide for at man skal lykkes. Det gjelder både hos de som utvikler og produserer teknologien og de som bruker den. For eksempel, hevder forskerne at de pårørende hadde en sentral rolle i innovasjonsprosessen. Nakrem og Kiran (2019) trakk frem ordet «samskaping» som betyr at «kundene» må være aktive deltakere i produkt- eller tjenesteutviklingen. For helsetjenesten innebærer disse resultatene at både det offentlige, private og sluttbrukere må være involverte for å oppnå vellykket innføring av velferdsteknologi. For å sikre seg erfaringer om hvordan man oppnår denne typen deltakelse, har 340 kommuner rundt i landet over flere år gjennomført pilotprosjekter (Nakrem & Kiran, 2019). Det er likevel viktig å merke seg at det ifølge de sistnevnte forskerne er presentert få robuste forskningsprosjekter i forhold til effekter i bruk av teknologien. Nakrem og Kiran (2019) valgte derfor å basere sine konklusjoner på gjennomført og pågående forskning ved NTNU. Gevinster de rapporterer om i henhold til elektronisk medisineringsstøtte tydet på at slik støtte erstattet hyppige hjemmebesøk, og ga avlastning til pårørende som tidligere hadde hatt oppgave med å følge opp medisinering. Teknologien ga også økt trygghet for pasient og pårørende. For å oppnå mestring av teknologien måtte teknologien være brukervennlig og de ansatte, pasientene og pårørende måtte få tilstrekkelig med opplæring før slik medisineringsstøtte ble tatt i bruk. De viser til mangelfull opplæring og informasjon som kilder til feilbruk, men også som en kilde til manglende bruk av medisineringsstøtte. Implementering i hjemmetjenester krever ifølge forfatterne økt tverrfaglighet innad i kommuner, og samarbeid mellom helseprofesjoner og andre private aktører (Nakrem & Kiran, 2019).

Kleiven et al. (2020) undersøkte hvordan helsepersonell opplevde implementeringen av elektronisk medisineringsstøtte i midt - og sørøst Norge. Innledningsvis viste de til at det forventes at kommuner i Skandinavia skal ta i bruk velferdsteknologi siden det kan føre til økt selvstendighet hos brukere, og redusere antall hjemmebesøk hos den enkelte bruker. Færre besøk vil igjen føre til mindre kontakt mellom bruker og helsepersonell, hevdet de. Denne sammenhengen er spesielt viktige mener forskerne og minner om at hjemmetjenester i utgangspunktet ble iverksatt som en erstatning for eller som et supplement til manglende familieomsorg. Å erstatte manglende familieomsorg med teknologi, kan iallfall i noen sammenhenger ha uønskede konsekvenser, hevder de og viser til at teknologi ofte beskrives

som «kald», mens et fysisk besøk omtales som «varme hender». For å få til en vellykket implementering av velferdsteknologi er det dermed viktig med tilstrekkelig tilstedeværelse av helsepersonell, altså å finne en god balanse, som er nøkkelen til å lykkes, hevder de. Tidligere forskning har imidlertid også vist at helsepersonells motstand mot teknologi, bunner i frykt for å bli erstattet. Teknologiske barrierer og at teknologi ses på som en ekstra oppgave å gjøre i tillegg til alt det andre de allerede gjør, spiller også inn.

Funn fra denne studien til Kleiven et al (2020) viser at implementeringen i denne innovasjonsprosessen hadde vært ledelsesstyrt. Avgjørelsen om å innføre teknologi var bestemt av ledere i kommunale helsetjenester med den hensikt å spare inn ressurser, men samtidig sikre kvalitet på helsetjenesten ved riktigere medisinerings. Det var også et poeng at brukerne på denne måten fikk mulighet til å være ansvarlig for medisinerne selv. Andre funn viste likevel at brukerne som skulle ha medisiner ofte hadde andre helsetjenester i tillegg, og innføring av elektronisk medisineringsstøtte ga dermed ikke automatisk færre besøk. Tekniske utfordringer var også vanlige, og slike problemer ble opplevd som ekstra oppgaver de ansatte fikk å løse. Innføringen viste seg dermed å forutsette opplæring av ansatte, og da ble ulike arbeidstidsordninger opplevd som et hinder for å lykkes.

Studien viste at den uformelle opplæringen blant ansatte var enda viktigere, og her spilte ressurspersoner en sentral rolle. Man måtte i tillegg endre måten å tildele tjenester på, og nøye kartleggingen av mulige brukere var svært viktig. I forhold til brukerne var ansatte i denne studien bekymret for om de klarte å håndtere teknologien. Der man lyktes med implementeringen rapporterte ansatte om økt kvalitetssikring i medisinhandteringen. De viste også til at brukerne ble mindre avhengige hjemmetjenesten, samt mindre sårbare for forsinkelser hos helsepersonellet. Når ansatte opplevde teknologien som trygg og sikker i drift ble de også tryggere på at teknologi kunne bidra med tilstrekkelig omsorg i noen sammenhenger. Studien viste også at for å lykkes med implementering av teknologi måtte det organisatoriske i en kommune være på plass før man kjøper inn teknologi. Leverandører og ledere måtte involvere ansatte når de utviklet velferdsteknologien slik at produktene ble utviklet innenfor den konteksten den skal benyttes i (Kleiven et al., 2020).

2.2 Pasientens beste

Et viktig mål for implementering av velferdsteknologi, er å gi bedre tjenester til pasientene (NOU 2011:11). Jeg skal derfor se litt nærmere på den forskningen som er gjort med tanke på de konsekvensene en slik innovasjonsprosess har for pasientene, og hvilke opplevelser de rapporterer omkring denne innovasjonen. Hva opplever de som god helsehjelp, og hva mener de mangler for å leve et godt liv? I dette kapittelet vil jeg derfor også sette innføring av velferdsteknologi inn i en større sammenheng ved å løfte frem forskning som beskriver en del av det utfordringsbildet som eldre møter i sin hverdag.

2.2.1 Gode helsetjenester for de eldre

Når jeg skal ramme inn min lokale studie er det viktig å se nærmere på hva vi allerede vet om hva som er gode helsetjenester for eldre.

Eldrereformen som heter «Leve hele livet» er basert på hva de ansatte, de eldre selv, deres pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis (Meld. St. 15 (2017-2018)). For å finne de gode tiltakene, ble det holdt dialogmøter ute i kommuner og på fylkesnivå slik at alle involverte parter skulle få komme med innspill på hva de oppfattet som gode lokale helsetjenester. Alle innspill ble vurdert og sett opp mot eksisterende forskning. Reformen har hovedfokus på fem områder. Disse områdene er: 1. aldersvennlig Norge, 2. aktivitet og fellesskap, 3. mat og måltider, 4. helsehjelp og sammenheng og 5. overganger i tjenestene. Reformen fremhever at man må gjøre ting annerledes enn før for å skape forenkling, fornyelse og forbedring. Slik forenkling, fornyelse og forbedring, skjer da gjennom innovasjon, for eksempel ved å implementere nye arbeidsmetoder, innføre nye samhandlingsrutiner, ny teknologi og andre nye løsninger for å møte aldersutfordringene (Meld. St. 15 (2017-2018)). I reformen legges det opp til at eldre skal få bruke sine ressurser og skal få dekket sine behov gjennom hele alderdommen i betydningen «få leve gode liv på egne premisser». Reformens målsetning er at eldre skal få mulighet til å mestre eget liv, der de bor, livet gjennom. De eldre skal få den helsehjelpen de trenger, når de har behov for den. I forhold til pårørende er departementets målsetting at de kan yte en jevnlig innsats ovenfor sine nærmeste uten å bli utslitt. For ansatte skal reformen bidra til at de opplever å ha et godt arbeidsmiljø hvor de får brukt sin faglige kompetanse (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Under området sammenheng og overganger i tjenestene er målet for departementet at pasienter og deres pårørende skal oppleve et mer koordinert tjenestetilbud uavhengig av behandlingsnivå, enten det er i kommunal regi eller i regi av sykehus. Et av målene for pårørende er å gi dem støtte og avlastning slik at de blir i stand til å ta vare på sine nærmeste, og dermed redusere belastningen på de pårørende. utfordringene som ble synliggjort på dialogmøtene var at pasienter og deres pårørende opplevde for lite personsentrerte tiltak. Pasienter og pårørende peker på følgende problemer: for lite kontinuitet i tjenestene og for mange å forholde seg til, usikkerhet om eller når hjelpen kommer, for mange brudd i tjenestetilbud og for lite støtte og avlastning for pårørende. For å møte disse utfordringene ble det gjennom reformen foreslått fem tiltak for å møte disse utfordringene og gi pasienter og pårørende mer forutsigbarhet og økt trygghet. De foreslåtte løsningene er 1. å se den enkeltes behov, det innebærer å ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte., 2. avlastning til pårørende, 3. færre å forholde seg til og 4. økt kontinuitet, mykere overganger mellom sykehus og 5 hjelp og ikke minst ha planlagte overganger fra sykehus til kommune/hjem (Meld. St. 15 (2017-2018)). Dette er med andre ord de ønsker og behov som kommer frem når man spør pasienter og pårørende og som departementet og helsevesenet forsøker å imøtekomme gjennom blant annet velferdsteknologi.

2.2.2 Covid 19 og kvaliteten på omsorgstilbudet til eldre

Etter at de fire hjemmetjenestedistriktene hadde iverksatt innovasjonsprosessen med implementering av velferdsteknologi i form av medisindispensere, inntrådte en pandemi som fikk store konsekvenser for organisering av og kvaliteten på helsetjenester på landsbasis. Det er derfor nødvendig å vite noe om disse konsekvensene for å forstå de opplevelsene mine informanter forteller om i den lokale studien.

SARS-Cov-2 er det offisielle navnet på viruset som gir sykdommen COVID – 19. Dette viruset skapte en verdenspandemi i 2020, og er en luftveisinfeksjon med et sykdomsbilde som varierer fra en lett forkjølelse for noen til alvorlig sykdom eller død for andre (Folkehelseinstituttet, 2022). Helsedirektoratet (2021) oppsummerer i en rapport at langtidskonsekvenser av pandemien kunne være redusert fysisk helse, økt isolasjon, forverret psykisk helse og ensomhet. For organisering av helsetjenesten viser den samme rapporten til knapphet på personellressurser da ansatte i tillegg til ordinære oppgaver, måtte jobbe med

koronarelaterte arbeidsoppgaver som smittevern og vaksinasjon. Økt sykefravær på grunn av karantenereregler var også en årsak til ressursknapphet. En annen årsak var forbudet mot at ansatte jobbet på flere arbeidsplasser under pandemien grunnet smittefare, og innreiseforbud for utenlandsk helsepersonell. Til sammen ble dette en stor belastning for helsetjenesten. Likevel viser Ottersen og Telle (2021) i sin rapport at innenfor helsevesenet fremmet pandemien også andre måter å drive gode helsetjenester på ved bruk av e-konsultasjoner og andre digitale verktøy.

Under COVID-19 pandemien hadde mange eldre vært isolert, og ensomhet som hadde vært et betydelig problem før pandemien brøt ut, ble forverret i tiden etterpå. Røde Kors hadde i 2021 gjennomført en kvalitativ studie hvor de kartla hvordan pandemien hadde påvirket hverdagen og livskvaliteten til eldre (Fyhn & Lønning, 2021). Resultatene fra denne studien viser at eldre hadde blitt mer ensomme enn de var før koronapandemien. Flertallet av respondentene i undersøkelsen har fått redusert omfanget av sosial kontakt med familie og venner på grunn av pandemien, og de fleste oppgir at de har mindre sosial kontakt nå enn de ønsker å ha (Fyhn & Lønning, 2021). Dette er en alvorlig endring fordi nyere forskning viser at ensomhet og andre negative psykologiske faktorer bidrar markant til raskere biologisk aldring og dermed sykdom og død (Andersen, 2011; Galkin et al., 2022).

Helsedirektoratet (2021) har også synliggjort de utfordringer som helsetjenestene sto i under pandemien. I sin rapport viser de til at det har vært viktig å finne en balansegang mellom å skjerme eldre mot smitte, samtidig som man ønsket å opprettholde et faglig forsvarlig tilbud som også inkluderte tilstrekkelig sosial kontakt. Eldre fikk et redusert tilbud, og for de pårørende førte dette til mer engstelse og bekymringer. Pandemien førte også til at pårørende måtte ta et større ansvar for sine eldre. Rapporten viser til at ca. 30% av de eldre fikk dårligere helse, samtidig som at tilbudet de hadde fra kommunen enten ble kraftig redusert eller falt helt bort. Dette er også noe av bakteppet for den innovasjonsprosessen jeg har undersøkt i denne studien.

2.2.3 Forskning om hvilke tiltak man har lyktes med i hjemmesykepleien

I denne sammenheng kan det også være av interesse og se nærmere på den kunnskapen som feltet eldreomsorg selv har utviklet med tanke på hva som har gitt positive resultater i hjemmesykepleiens arbeid.

Førland og Folkestad (2016) har gjennomført en kvantitativ studie hvor de undersøker hjemmetjenestens omdømme både i et bruker- og befolkningsperspektiv. De har basert studien på innbyggerundersøkelser gjort i 2010, 2013 og 2015. Studien er delt i to, hvor del en beskriver noe om hjemmetjenestens omdømme i befolkningen generelt, mens del to tar for seg hvordan brukerne av hjemmetjenestene erfarer tjenestene de får. Når det gjelder det generelle omdømmet ble undersøkelsen sendt ut til et representativt utvalgt på 30.000 personer med en svarprosent på 42%. Funnene i undersøkelsen viser at over 60 % av de som svarte oppfatter både tilgangen til hjemmesykepleie, samt kvalitet på hjemmetjenesten som god. De mest positive er respondentene med personlig erfaring og de med erfaring fra å være pårørende til disse. Denne fornøydheten begrunnet forfatterne med at de det gjaldt hadde førstehåndskunnskap til den gitte helsehjelpen. Pasienter har i tillegg personlige relasjoner til de ansatte. Rapporten viser også at hjemmetjenesten har et bedre omdømme i distrikt enn i større byer, og dette kan komme av at det er lettere å få oversikt og oppleve nærhet til helsehjelpen i en liten kommune. Å ha egenerfaring gjør at brukerne av tjenesten var mer positive enn de pårørende som ser tjenestene mer på avstand. En annen ting som gjør at pårørende var mer misfornøyde kunne forklares med at de ofte hadde oppgaver i forhold til sine nære som de mente det offentlige burde hatt (Førland & Folkestad, 2016).

I studiens del to fikk personer med brukererfaring fra hjemmesykepleie tilsendt undersøkelsen. Studiens del to inkluderte både de med personlige erfaringer som tjenestemottager og de som hadde erfaringer som pårørende. Spørsmålene de fikk omhandlet hjemmetjenestens tilgjengelighet, innholdet i hjemmetjenestene som var mottatt, opplevelse av de ansattes serviceinnstilling og erfaringer med ansattes evne til å løse oppgaver. Funnene viser at de fleste deltagerne i undersøkelsen var tilfredse med ansattes faglige kompetanse. De fleste pasientene var også svært tilfredse med de ansattes service, men mindre fornøyd med tjenestens tilgjengelighet og informasjon. Undersøkelsen viser også at pasientene var mer fornøyd enn pårørende, og at eldre var mer fornøyd enn yngre med tjenester fra

hjemmesykepleien. Når det gjaldt tilgang på helsehjelp, opplevde pasientene tilgangen på hjelp som bedre enn de pårørende. Pårørende uttrykte minst tilfredshet i forhold til ventetider ved henvisninger og svartid på søknader. Pasienter var også lite tilfreds med bistanden de kunne få fra det offentlige med tanke på å delta i aktiviteter. De var heller ikke fornøyde med deres muligheter til å påvirke tjenestens innhold og det å få nødvendig informasjon om helsetjenester og innhold (Førland & Folkestad, 2016).

En svarprosent på 42% er imidlertid lavt og gjør at resultatene må tolkes med stor forsiktighet. Her foreligger en klar mulighet for at de som ikke svarte var mest misfornøyd, men kanskje hadde negative holdninger til forskning eller var engstelig for å skulle fylle ut skjema, eller at de var mest fornøyde og ikke så poenget i å svare på undersøkelsen. Slike systematiske forskjeller mellom de som deltar og de som ikke deltar i en studie, kan bidra til redusert kvalitet i kunnskapstilfanget.

2.2.4 Ensomhet hos de eldre

Noen tema fremstår som spesielt relevante for å forstå de utfordringene eldre møter i sin streben etter å mestre et mest mulig selvstendig liv også i høy alder. Ensomhet er ett slikt tema.

Aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap er viktig for alle mennesker gjennom hele livet (Meld. St. 15 (2017-2018)). Folkehelsemeldingen fra 2015 hevder at det er *følelsen* av å kjenne seg ensom som er avgjørende for om en person er ensom eller ikke, for et menneske kan være alene uten å *føle* seg ensom (Meld. St. 19 (2014-2015)). Ensomhet kan også beskrives som «en følelse av påtvunget sosial isolasjon, en opplevd mangel på mellommenneskelig nærhet» (Halvorsen, 2008, s. 1). Ifølge Stortingsmeldingen «Leve hele livet», øker andelen av de eldre som opplever seg ensomme. Årsakene til denne opplevelsen er at de har mindre kontakt med andre og er tilknyttet færre felleskap (Meld. St. 15 (2017-2018)). Tall viser at ensomheten øker etter 80 og at tre av ti personer over 80 skriver at de er ensomme (Meld. St. 19 (2014-2015)). Strandås (2019) peker på at det er de sårbare menneskene i samfunnet som rammest hardest av isolasjon og ensomhet. Det handler ofte om eldre som bor alene og er hjelpetrengende. Disse menneskene har ofte vært utsatt for mange sosiale tap og alvorlig sykdom som igjen fører til sorg, savn og utrygghet. Fraværet av

nærpersoner kan også bidra til utvikling av psykiske lidelser, som depresjon. Ensomhet er derimot ikke mer utbredt hos eldre enn hos yngre, hevder Strandås (2019), men tapet av ektefelle og nære venner kan være en faktor som bidrar til den økte ensomheten hos en del eldre. Andre faktorer som kan spille inn er tap av mobilitet, redusert funksjonsnivå, eller praktiske endringer i hverdagen, eksempelvis tap av førerkort (Meld. St. 15 (2017-2018)). I folkehelsemeldingen fra 2018 kommer det frem at kombinasjonen av ensomhet og redusert mobilitet har mange negative effekter (Meld. St. 19 (2018-2019)). Ensomhet kan føre til at man spiser mindre, sover dårligere, ikke klarer å være i nødvendig aktivitet og er mer utsatt for ulike sykdommer hevder Strandås (2019), og påpeker at måten å forebygge ensomhet på er å opprettholde fellesskap og kontaktmuligheter slik at mennesker møter andre mennesker.

2.2.5 Demografisk utvikling i Norge

Den innovasjonsprosessen jeg har studert i min studie går inn som en av mange tjenester som tilbys til gruppen eldre. Det derfor nødvendig å se denne innovasjonsprosessen i en større samfunnsmessig sammenheng.

I perioden fra 2000 til 2050 er det anslått at antallet personer i Norge over 67 år vil fordobles. «Antallet personer på 80 år og eldre kommer til å øke fra 190 000 i 2000 til i overkant 350 000 i 2030 og til nesten 590 000 i 2050» (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 40). I Norge vil den største utfordringen med denne utviklingen være at økningen fordeles ujevnt kommunevis på grunn av de geografiske forholdene i landet vårt (Meld. St. 15 (2017-2018)). På oppdrag fra husbanken har derfor Sørvoll et al. (2020) sett på flyttemønsteret til eldre i vårt land. De har intervjuet eldre for å finne ut av deres planer for bolig i alderdommen i forhold til å enten tilpasse eksisterende bolig eller å flytte til tilrettelagt bolig. Hovedtrekkene i deres funn omkring flyttemønster hos eldre, viser at eldre bosatt i by *oftere* selger huset sitt og finner seg en lettstelt leilighet enn eldre i distriktet. Dette mønsteret kan blant annet henge sammen med ulik tilgang på boliger, at aldersvennlige boliger i mindre grad finnes i distriktene. Tendensen er ifølge forskerne at eldre i distriktene også kjøper nytt, men da gjerne større boliger enn det de hadde og ikke nødvendigvis mer tilpassede boliger. Rapporten viser også at det er positive gevinster ved at eldre finner seg en mer passende bolig til å bli gammel i. Disse gevinstene er at eldre har en lettere hverdag og klarer seg bedre og lengre i egen bolig. Sørvoll et al. (2020) peker også på at for kommunen vil det være billigere og enklere å yte helsehjelp til eldre i

byer. I distriktene kan det i verste fall bli økt reisevei når hjemmetjenesten skal yte helsehjelp til eldre som bor langt mer spredt. De oppsummerer at for de aller fleste vil behovet for helsehjelp oppstå før eller siden, men det å bo i en aldersvennlig bolig kan være med på å utsette dette behovet.

2.3 Denne studiens bidrag til forskning

I gevinstrapporten fra Helsedirektoratet et al. (2021) kommer det frem at det er mellomstore kommuner i Sør-Øst-Norge som rapporterer om de største gevinstene ved innføring av velferdsteknologi. Nasjonalt Senter for E-helse forskning har i 2018 publisert en rapport som viser at det er de små kommunene som sliter mest med å få innført velferdsteknologi med bakgrunn i manglende kompetanse, ressurser eller infrastruktur (Lundberg, 2018). Denne studien ser derfor nettopp på erfaringer med innføringen av elektronisk medisineringsstøtte i fire ulike hjemmetjenestedistrikt i mer rurale strøk i Nord-Norge. Resultater fra denne studien blir da svært relevante med tanke på å gi lokale myndigheter en forståelse for de ressurser og utfordringer som kan gjøre seg gjeldende i slike innovasjonsprosesser. Studien er en mulighet til å få vite noe om hvordan tjenesteytere lokalt har jobbet med implementering, hvilke erfaringer de har gjort seg og kan dermed være en pekepinn med tanke på hva ansatte i et bestemt geografisk område anser som viktig i disse prosessene.

3 Teoretisk bakgrunn

Tre typer teori har dukket frem som sentrale forståelsesmåter i arbeidet med mine data, det gjelder for det første teori omkring innovasjon og innovasjonsprosesser, for det andre teori omkring læring i organisasjoner og til slutt teori om tverrprofesjonelt samarbeid.

3.1 Innovasjon

Innføring av velferdsteknologi er en nokså *ny* del av det offentlige helsetjenestetilbudet. Forskingen er derfor ennå noe begrenset og teoretiseringen er ikke kommet veldig langt i forhold til dette område spesielt, men generell teori omkring innovasjon er likevel relevant i denne sammenhengen.

I stortingsmelding 30 (2019-2020) blir innovasjon beskrevet som å iverksette noe nytt som har verdi for samfunnet. Innovasjonen kan for eksempel være ny tjeneste eller kan være en vesentlig endret tjeneste, et produkt eller en organisering. Det kan også være en ny praksis som innebærer utvikling av nye metoder, eller at nye produkter tas i bruk. Stortingsmeldingen peker videre på at innovasjon innebærer at det må være noe *nytt* for den tjenesten det innføres i, men kan likevel være kjent og/eller iverksatt hos andre (Meld. St. 30 (2019–2020)).

En definisjon av innovasjon som ofte brukes er denne:

«Først når nye ideer fører til løsning av et identifisert problem, når det finner en form og en praksis som virker for noen, er det en innovasjon. En innovasjon er derfor både ny, den er nyttig, og nyttiggjort» (Kobro, 2018, s. 17).

Totcheva et al. (2019) definerer sosial innovasjon «som en målrettet innsats for å utgjøre en konkret forskjell for kvaliteten på tjenester og problemløsning» (Totcheva et al., 2019, s. 106). Ifølge Kobro (2018) er likevel ikke alt nytt som skapes innovasjon, og for at den skal kunne kalles en innovasjon skal aktiviteten løse et identifisert problem. Sørensen og Torfing (2011a) tilføyer at innovasjon er utvikling av nye ideer og innebærer brudd med praksis og vante forestillinger.

Kobro (2018) deler innovasjon opp i radikal og inkrementell. Innenfor den *inkrementelle innovasjonen* handler det om en gradvis fornyelse av noe som fra før er kjent og brukt, mens i

den radikale innovasjonen gjøres mer grunnleggende endringer i form av helt nye ting. Willumsen et al. (2015) kategoriserer innovasjon ikke bare relatert til grad av nyhet, men ser mer på det konkrete innholdet i innovasjonen, om det er produkt- og tjenesteinnovasjon, prosessinnovasjon eller strategisk innovasjon. De beskriver begrepet «tjenesteinnovasjon» som er mest relevant i vår sammenheng, som en innovasjon der det skjer *endringer i selve tjenesten* som tilbys brukerne.

3.1.1 Å forankre noe nytt i en organisasjon

Å innføre en ny idé på en arbeidsplass krever god forankring på flere nivåer i organisasjonen, ifølge Støkken (2014), som snakker om tre nivåer for å sikre god forankring i et arbeid. Disse er ; *forankring på individnivå i økt kompetanse blant ansatte, forankring i tjenestene og forankring i selve organisasjonen*. Andersen et al. (2015) understreker skillet mellom innovasjon versus organisasjonsutvikling. Innovasjon innebærer at man tar i bruk noe nytt i stedet for å utvikle videre noe man allerede gjør, som i organisasjonsutvikling. En innovasjon kan være nye måter å handle eller tenke på i forhold til for eksempel ledelse, kollegaer, brukere eller nye prosedyrer og strategier. En slik prosess kan være enten en top-down styrt prosess eller en «bottom-up styrt prosess. Forskjellen på disse to er at i en top-down styrt, også kalt ledelsesstyrt prosess er det ledelsen som *initierer* løsninger og strategier, mens i en bottom-up-forankring kommer initiativet fra medarbeiderne. Høiland og Willumsen (2015) skriver at en toppstyrt innovasjon er hierarkisk oppbygget og er strategisk styrt og igangsatt av ledelsen i organisasjonen. De skriver videre at en slik toppstyrt prosess først og fremst involverer ledere på politisk og administrativt nivå. Disse lederne har ofte et større handlingsrom og kan definere rammene selv. En ulempe er at toppledelsen ikke nødvendigvis kjenner godt nok til de ulike tjenesteområder de forsøker å forbedre. Det blir derfor ofte gjennomført faglige utredninger for å bøte på denne mangelen på kunnskap. En toppstyrt innovasjon kan ha positive effekter for eksempel på et regionalt eller nasjonalt nivå. En ulempe med denne innovasjonstypen er imidlertid at eierskapsfølelsen til prosjektet og motivasjonen for implementeringen blir mer vilkårlig (Høiland & Willumsen, 2015).

En annen form for innovasjon, er en medarbeiderstyrt innovasjon, også kalt praksisnær innovasjon. Her skjer innovasjonen i det daglige arbeidet under utføring av tjeneste til brukerne. Innenfor denne typen innovasjon har ansatte fordelen av å ha kjennskap til

målgruppen for prosjektet, og til de utfordringer man har lokalt på de ulike arbeidsplasser. Denne formen for innovasjon oppstår spontant nedenfra, uten å være forankret i en ledelsesstrategi. Det er de ansatte som i dette tilfellet blir innovasjonsdriverne (Høiland & Willumsen, 2015).

En tredje innovasjonstype er ifølge Høi et al. (2017) den *samarbeidsdrevne*. I denne formen skjer innovasjonen i et samarbeid mellom aktører på de ulike nivå i en kommune. Dette er ansatte både på toppledernivå, ledere og ansatte på tjenestenivåer. De trekker også frem brukere som sentrale parter i samarbeidsdrevne innovasjon. En vellykket innovasjon tar utgangspunkt i å inkludere de ulike parter i alle fasene i en innovasjonsprosess. Det er viktig å ha søkelys på hva man ønsker å oppnå i de ulike fasene, slik at man kan bruke de ulike ressursene på best mulig måte underveis. Høi et al. (2017) hevder at dersom bred forankring ikke er målet i innovasjonen, vil det kunne være tilstrekkelig med en toppstyrt innovasjon, men skal en ny tjeneste spres ut til brukere vil det være nødvendig med forankring blant ansatte for å få dette realisert.

Sirnes (2015) peker på at en innovasjonsstrategi må forankres *både* hos administrativ- og faglig toppledelse. Ledere på ulike nivå og deres medarbeidere er også helt sentrale. En kommunedirektør kan være initiativtaker og pådriver, men er helt avhengig av at andre slutter seg til prosjektet for at det skal kunne realiseres. Totcheva et al. (2019) skriver at lederne bør støtte opp om innovasjonsarbeid, men at det er medarbeiderne som bør drive utviklingen, dersom det er disse som skal iverksette innovasjonen i form av hverdagspraksis. Totcheva et al. (2019) hevder videre at der medarbeidere får mulighet til å ta egne valg, vekkes motivasjonen for endringsarbeidet lettere. Motivasjonen vekkes lettere fordi medarbeiderne selv har den eksklusive kunnskapen om hverdagspraksisen. Motiverte ansatte blir derfor et helt sentralt premiss for sosial innovasjon. Dersom de opplever idéen som god, har den større sjanse for å lykkes (Totcheva et al., 2019).

KS (2018) trekker frem medarbeiderne som selve nøkkelen i en innovasjon når nye løsninger igangsettes, gjennomføres og skaper verdi ute i tjenestene. De fremhever medarbeidernes medvirkning i en innovasjon og internt samarbeid på arbeidsplassen, som de faktorer som gir høyest mulighet for vellykket innovasjon. Høiland og Willumsen (2015) tar også opp at eierskapsfølelsen hos ansatte øker, når de får være en del av prosjektet og opplever eierskap

til innovasjonen. Dette kan oppnås ved at de og brukerne får være med i idéutviklingsfasen gjennom å finne løsninger med bakgrunn i brukernes behov. En vellykket forankring og implementering er etter deres mening, selve grunnlaget for å etablere en ny praksis og spredning.

3.1.2 Faser i en innovasjonsprosess

Selve innovasjonsprosessen deler Willumsen et al. (2015) inn i fire faser; idéutviklingsfase, seleksjonsfase, implementeringsfase og til slutt spredningsfasen. I *idéutviklingsfasen*, som er den første fasen av et prosjekt skal problemer og utfordringer beskrives, og målsetninger for innovasjonen skal tydeliggjøres. I denne fasen vektlegges kreativitet og idéutvikling. Den andre fasen er *seleksjonsfasen*, hvor de mest relevante ideene for innovasjonen skal velges ut. Den tredje fasen er *implementeringsfasen* hvor ideene skal konkretiseres slik at de er mulige å gjennomføres i praksis. Høi et al. (2017) påpeker også at man i den tredje fasen vil kunne høste erfaringer i forhold til hvilke utfordringer man møter i en slik prosess, og hvilke betingelser som er sentrale i implementeringer, hva som kan ha overføringsverdi og nytteverdi. Den fjerde og siste fasen i en innovasjon er *spredningsfasen* (Willumsen et al., 2015). I følge Breimo (2015) er denne fasen selve kjernen i innovasjonsspredningen, nemlig det å få de gode ideene til å utvikle seg og bli tatt i bruk. Denne fasen omhandler hvordan den nye måten å gjøre ting på kan videreformidles på egen arbeidsplass eller til andre.

I følge Høi et al. (2017) er læring og feiling sentralt i innovasjonsarbeid, og at i innovasjonsprosessen veksler man ofte mellom fasene. Det kan for eksempel være at man for å lykkes med implementering må jobbe mer med forankring før man lykkes med å spre og ta i bruk den nye tjenesten. Willumsen et al. (2015) hevder at innovasjon i velferdssektoren dreier seg om en type nyskapning der samarbeid mellom ulike aktører er en forutsetning. Et slikt samarbeid mellom mange aktører vil kunne bære preg av ulike -og motstridene interesser og agendaer. De viser til at lederne i denne sammenhengen både er pådrivere og grensesettere i implementering av noe nytt. Suksessfaktorer for vellykket innovasjon oppsummerer de, er tydelige politiske styringssignaler, sterk ledelsesforankring og deltakelse og eierskapsfølelse både hos ansatte og brukerne.

3.1.3 Motstand og risikoer i en innovasjonsprosess

Når organisasjoner gjør endringer, møtes dette som oftest med en eller annen form for motstand (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Jacobsen og Thorsvik (2013) hevder at å være motstander av endringer, betyr at man ønsker å opprettholde tingene slik de er. En endringsprosess innebærer at ansatte må endre på måten de jobber på, hvordan de utøver sitt arbeid og hvordan de forstår utøvelsen av sitt arbeid. De sier videre at endringer innebærer overgang fra det kjente til noe ukjent og derfor kan framkalle følelsesmessige reaksjoner. Når ansatte blir usikre på hva disse endringene vil innebære for dem, kan det imidlertid fremkalle motstand til omstillingsprosessen. Selve organisasjonen oppleves som noe stabilt og forutsigbart, og endringer er forhold som kan oppleves å ødelegge stabiliteten og forutsigbarheten for ansatte. Grunnen er ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) at motstand oppleves som en rasjonell reaksjon fra enkeltindivider eller grupper. Motstand mot endring innebærer ofte at man forsvarer noe som er kjent og som man mener er riktig.

Forfatterne trekker frem flere årsaker til at motstand mot endringer oppstår. Noen av disse er *frykten for det ukjente*, man går mot noe som oppleves som usikkert. Det er tryggest å holde fast i det man kjenner og opplever som trygt. *Tap av identitet* er en annen grunn til motstand. Det innebærer at ansatte opplever at det de har gjort tidligere, nå ses på som verdiløst. *Krav om nyinvesteringer* innebærer at ansatte må opparbeide seg ny kunnskap og kompetanse. Ansatte har fra før av opparbeidet seg spesiell kompetanse gjennom arbeidet sitt, og de vil kunne oppleve at denne kompetansen nå blir mindre nyttig når strukturen endres. *Dobbeltarbeid* er en annen faktor som skaper motstand. I en periode må man både jobbe på ny og gammel måte for å sikre kvalitet i innføringen av noe nytt. Denne typen dobbeltarbeid kan bli sett på som arbeid- og ressurskrevende. Den siste faktoren som nevnes er *utsikter til personlig tap*. Ansatte kan være redde for at organisasjonsendringen fører til økonomiske konsekvenser for dem ved at jobbene deres forsvinner, og at ansatte blir arbeidsledige (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

I boka «Thinking, fast and slow» tar Kahneman (2012) opp to grunnleggende forskjellige måter som hjernen tenker på. Den første måten består i det å klare å tenke raskt og automatisk, mens den andre tenkemåten består i det motsatte, nemlig å være mer bevisst, beregnende og rasjonell. Når det gjelder motstand mot endringer, skriver Kahneman (2012) at dette kan

handle om menneskers behov for å ha kontroll. Når et menneske tar en avgjørelse baseres det først og fremst på det som allerede er kjent, altså det som mennesket allerede har kunnskap om og kontroll på. Man vurderer sjelden det som ikke er relevant og som man ikke har informasjon om, altså det ukjente. Siden hjernen først og fremst reagerer instinktivt og umiddelbart vil den ved endringer måtte arbeide hardt for å klare å erkjenne nye fakta og dermed oppnå rasjonell tenkning (Kahneman, 2012). Konsekvensen av Kahnemans (2012) tenkning er at ved innføring av noe nytt, må man komme seg gjennom den fasen hvor «det gamle er borte» og nye rutiner og arbeidsoppgaver er gjeldende.

Breimo (2015) skriver også om årsaker til motstand ved innovasjon og hva den henger sammen med, og peker på at straks man innfører noe nytt, innebærer det en risiko. Hun deler risikoen inn i tre faktorer. Den første er at man kan gjøre livet vanskeligere i stedet for enklere for de berørte, den andre er at den økonomiske gevinsten kan bli mindre enn forventet, og den tredje handler om at effekten av tiltaket kan utebli. Hun deler deretter inn risikoen i tre nivåer; Den første er *risiko på individnivå* som handler om at mennesker er i en sårbar situasjon, og blir utsatte for eventuelt negative konsekvenser ved innføring av noe nytt. Den andre faktoren, *risiko på organisasjonsnivå*, handler om at legitimiteten trues dersom innovasjonen ikke lever opp til forventningene, eller at innovasjonen «koster mer enn den smaker». Dette innebærer at man ikke når de mål som er satt, eller at de økonomiske konsekvensene blir for store sett opp mot nytteverdi. Den tredje faktoren som Breimo (2015) nevner er *risiko på samfunnsnivå* som kan handle om at hele samfunnet blir påvirket av endringen. Dette omhandler at en endring kan ha ringvirkninger som påvirker flere enn bare en liten gruppe.

For å kunne håndtere disse risikofaktorene skriver Høi et al. (2017) at man ha fokus på å tilpasse risikovurderingen i forhold til type innovasjon. De mener tre forhold er sentrale i risikovurderingen. Det første forholdet er å avgjøre hvilken type innovasjon det er snakk om, den andre er å definere hvilke risikoer som kan være aktuelle. Det tredje forholdet er å samle inn nok informasjon om hva risikoen kan medføre, både av negative og positive konsekvenser. De skriver også at man i innføringen må ha søkelys på hvilke faktorer som kan fremme suksess. Suksessfaktorer de viser til i implementering kan være å bruke metoder som de ansatte behersker, identifiserer seg med og ser nytten av.

3.2 Læring i organisasjoner

Skal man lykkes med innovasjonsprosesser innebærer det som vi har sett ovenfor læring på ulike nivåer i en organisasjon. Det er derfor nødvendig å vite noe om hvordan organisasjoner lærer og få kjennskap til noen av de teorier og forståelsesmåter som er utviklet omkring slik læring. Å innføre noe nytt på en arbeidsplass krever at alle som skal benytte seg av dette, både ansatte og pasienter, må få en form for opplæring. Når det gjelder elektronisk medisineringsstøtte er dette en helt ny tjeneste både for de ansatte og for pasienter og deres pårørende.

Læring kan forstås som permanente endringer i hvordan enkelt personer tenker og handler (Billett, 2004). *Lærende organisasjoner* er et begrep som ble innført av Cyert og March (1963). Det handler om at organisasjonen lærer gjennom å huske, for eksempel gjennom å bruke standardiserte prosedyrer. Det er gjennom avbrytelse av og problemer med disse prosedyrene og de løsninger som følger at organisasjoner lærer. Det er altså en praktisk tilnærming for hvordan en organisasjon kan forbedre sin læringskapasitet. Læringen blir et middel for å oppnå endring, og selve organisasjonen er den lærende enheten. Læring i organisasjoner, også kalt organisasjonslæring av forfatter av boka, spores enda lengre tilbake i tid, til blant annet læringsteoretikere som Jean Piaget (1896 – 1980) og John Dewey (1859-1952). Dewey var opptatt av at læring skjer gjennom handling, og at refleksjon over handling er sentralt for læring. Organisasjonslæring forutsetter kontinuerlig refleksjon og endring av hele organisasjonen eller større deler av den (Filstad, 2016).

Det er flere forutsetninger som må være til stede for at det skal kunne skje læring innad i organisasjoner, hevder Filstad (2016). Individuell læring er *en* forutsetning, fordi individet er deltaker i en felles praksis på arbeidsplassen. En annen forutsetning er kunnskapsdeling mellom ulike individ som gjør at de lærer kollektivt. Kultur, holdninger, motivasjon, sosial samhandling, kollektiv læring og historikk anses også som en viktig del av et læringsbilde. Å utvikle organisasjonslæring forutsetter hardt og kontinuerlig arbeid med å utvikle forståelse, og bedre forståelse av forhold som påvirker læring og kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling i organisasjoner (Filstad, 2016). Filstad (2016) skriver videre at organisasjonslæring må innpasses i måter å utøve en praksis på. Både ledere og ansatte må gå sammen for å oppnå kunnskapsutvikling og endring. Organisasjonslæring er alle

læringsprosesser innad i en organisasjon, men kan også involvere relasjoner til kunder og konkurrenter. Filstad (2016) presenterer tre hovedperspektiver på slik læring: *tilegnelsesperspektiv* i form av individet som lærende, *deltakerperspektiv* som handler om læring gjennom deltakelse i praksis gjennom sosiale relasjoner med andre. Deltakerperspektivet deler hun igjen inn i to ulike, *organisasjonslæring gjennom arbeid og refleksjon (arbeidsplasslæring)* og *organisasjonslæring gjennom deltakelse og praksis*.

I et *tilegnelsesperspektiv* er det ifølge Filstad (2016) individets læring av kunnskap og individuell tilegnelse av kunnskap som står i fokus. Ifølge forfatteren er det tilegnelsesperspektivet som er den dominerende tilnærmingen til læring. I denne tilnærmingen er læringen en individuell og personlig tilegnelse av kunnskap, og utvikling av kunnskap og ferdigheter er basert på tidligere erfaringer. Tanken er at så lenge individet lærer så lærer også organisasjonen. Men hevder Filstad (2016) det er ingen automatikk i at individuell læring fører til organisasjonslæring. Individuell læring er kognitiv informasjonsbearbeiding som lagres i individets hukommelse for fremtidig bruk. Denne formen for kunnskap kan ofte bli begrenset til noe individ alene eier og har. Denne formen for læring kan bli formalisert gjennom kurs, seminar, utdanninger og trening.

Læring gjennom deltakelse skjer ifølge Filstad (2016) på to ulike måter. Den første forståelsesrammen til Filstad er *organisasjonslæring gjennom arbeid og praksis, arbeidsplasslæring*. Innenfor denne rammen skjer læring på arbeidsplassen og i relasjon til menneskers arbeidsliv. En definisjon som ofte brukes som arbeidsplasslæring er: «Læring på arbeid er en form for læring som skjer på dag-til-dag-basis på arbeidsplassen ved at medarbeidere tilegner nye egenskaper eller utvikler nye tilnærmer til å løse problemer» (Boud & Symes, 2000, s. 14). Denne formen for læring handler om hva voksne lærende gjør på arbeidsplassen. Dette handler om læring i en bestemt kontekst og som en integrert del av arbeidshverdagen, også kalt problembasert læring. Arbeidsplasslæring skjer ofte gjennom en trainee ordning, mesterlære eller ved å ha en mentorordning. Arbeidsplasslæring har tre sentrale kjennetegn. Det første er betydning av uformell læring, det andre er en forståelse av at arbeidsplassen er et læringsmiljø, mens det tredje er betydningen av refleksjon som avgjørende for kunnskapsutvikling

Organisasjonslæring gjennom deltakelse og praksis er andre forståelsesrammen til Filstad (2016). Innenfor denne formen er det to sentrale begrep som er viktige; situert læring og praksisfelleskap. Med situert læring menes at læring er en kontinuerlig prosess gjennom deltakelse i en eller annen form for *sosial praksis*. Kunnskap og ferdigheter utvikles i en historisk, sosial, materiell og kulturell sammenheng og vil dermed alltid bestemmes av slike faktorer og kan aldri være evig eller uavhengig av kontekst. Sosial samhandling blir her selve essensen i hvordan læringen skjer. Læring og kunnskap blir forankret i en spesifikk sosial kontekst i en praktisk situasjon, og i den sosiale relasjonen kollegaer imellom. Kunnskap utvikles der den har sine forankringer, og problemer løses i sosiale relasjoner kollegaer imellom. Læring blir da en del av individets hverdag, og skjer primært på arbeidsplassen gjennom deltakelse. En kombinasjon av deltakelse og refleksjon fører til ny kunnskap. Læring er dermed situasjonsbetinget, og skjer gjennom et praksisfelleskap, der man utvikler strategier, skaper innovasjon, løser problemer eller utvikler entusiasme for et tema. Slik utvikles kunnskap og ekspertise gjennom *vedvarende samhandling* (Filstad, 2016).

Amble (2014) omtaler refleksjon som selve grunnstoffet i all læring. Muntlig og skriftlig kognitiv bearbeiding gjøres for å finne forståelse, skape mening og finne balanse. Vabo (2014) skriver videre om kunnskap at den er utgangspunktet for ny læring, Den kunnskapen man går utfra kan enten være taus som i form av erfaringer den enkelte har utviklet over tid. Denne kunnskapen består ofte av erfaringer som bare den som har gjort dem kjenner til og kan praktisere, og den kan være vanskelig å sette ord på. En annen form for kunnskap er den eksplisitte kunnskapen i form av erfaringer og forhold som de ansatte setter ord på og deler, og som på den måten preger samtaler og diskusjoner blant de ansatte, Dette kan være formidlet kunnskap tilegnet gjennom for eksempel kurs, eller lesing av fag og forskning. Når det skjer læring i organisasjoner, skriver Vabo (2014) videre, at det er det den tause kunnskapen som gjøres eksplisittgjennom deltakelse og refleksjon. Gjennom denne prosessen blir den individuelle kunnskapen til gruppekunnskap i muntlig eller skriftlig form, for eksempel gjennom refleksjonsgrupper.

Uavhengig av hvilken form for organisasjonslæring som er i sving blir kunnskapsdeling en forutsetning for å få til utviklingen av en organisatorisk kompetanse. En nøkkel til deling av kunnskap ligger i de mellommenneskelige relasjonene i en etablert praksis når ledere og ansatte er motiverte og ønsker å dele og få tilgang til hverandres kunnskap. For å få til en slik

deling av kunnskap, forutsettes det at ledere og ansatte har tillit seg imellom. De må ha tillit til medarbeideres eller lederes kompetanse. Det handler om å være åpen for å se den andres kunnskap og synspunkt, hevder Filstad (2016).

3.3 Å samarbeide med andre i innføringen av noe nytt

Innledningsvis beskrev jeg det interkommunale samarbeid som jeg er en del av og som har som mål både få høste, men også og dele erfaringer. Innføringen av velferdsteknologi krever samarbeid med flere instanser enn man tradisjonelt sett har hatt innad i helsesektoren, hevdes det i Meld. St. 29 (2012–2013). I et slikt innovasjonsperspektiv skal man tenke nytt, og skape nye samarbeidsformer og rekruttere samarbeidspartnere der det er nødvendig og hensiktsmessig. Dette kapittelet handler om den rollen dette samarbeid mellom flere involverte parter har i innovasjonsprosessen. Thrane (2020) henviser til Regjeringens visjon om å øke samarbeid mellom ulike aktører i en innovasjon. Hun hevder at «innovasjon i offentlig sektor ofte krever samarbeid på tvers av ulike forvaltningsnivåer, og sektorer, og kan kreve involvering av næringsliv, sivilsamfunn og utdannings og forskningsmiljøer- samt innbyggerne i regionen» (Thrane, 2020, s. 1). Hun understreker at en vellykket innovasjon må skape tillit blant aktørene og ende opp med et produkt som har tillit hos befolkningen.

Tverrprofesjonelt samarbeid, (TPS, kan defineres som en intervensjon hvor to eller flere profesjoner lærer om, fra og med hverandre i forbedring av kvalitet og samarbeid i pasientbehandling (Thistlethwaithe, 2012). McMurtry et al. (2016) skriver at gjennom det tverrprofesjonelle samarbeidet vil individenes perspektiver utvides og at det er gjennom denne prosessen at nye muligheter og felles teamkunnskap oppstår. Samarbeidet medfører en overføring av kunnskap mellom profesjoner hvor man lærer av hverandre ved å stå i den samme innovasjonsprosessen. Fagfolkene som deltar gjør alle sine fagspesifikke tiltak, men de gjør det som del av en felles sammenheng. Körner et al. (2015) skriver at denne typen TPS er viktig for å styrke effektivitet, koordinering og ansvar. Hean et al. (2009) trekker frem at det er den sosiokulturelle læringen som er nøkkelen til denne typen TPS, man må lære om, fra og sammen med hverandre. I et tverrprofesjonelt samarbeid er det ikke nok å bare være sammen, man må i tillegg jobbe sammen mot et helhetlig mål. Samarbeidslæring skjer gjennom felles oppgaver og diskusjoner som bidrar til delt forståelse og felles målsetting/måloppnåelse (Thistlethwaithe, 2012).

4 Forskningsmetode

Innen forskning beskrives metode som å følge en bestemt vei mot et mål (Dalland & Keeping, 2020; Johannessen et al., 2016). Det finnes ulike måter å komme til målet på i forskning, og litteraturen skiller i hovedsak mellom to hovedperspektiver, kvalitativ og kvantitativ metode. Det er forskningsspørsmålet som bestemmer hvilken vei eller kombinasjon av veier man bør velge til målet. Dermed er det dette spørsmålet som bestemmer metoden (Johannessen et al., 2016).

Min problemstilling for denne studien er: *«Hvilke erfaringer har helsepersonell i fire hjemmetjenestedistrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?»* Studien skal altså finne ut hvilke faktorer som fremmer og hemmer innføringen av en slik praksis. Ved å intervjuere deltagere i ulike hjemmetjenester om deres erfaringer med elektronisk medisineringsstøtte, vil jeg innhente empiri, i form av utsagn om virkeligheten slik den *erfares* for disse informantene. Fenomenet som undersøkes i denne studien er elektronisk medisineringsstøtte.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I enhver studie er det problemstillingen som bestemmer hvilken metode som best vil bidra til å frembringe relevant kunnskap om det spørsmålet forskeren har stilt seg. Å velge et vitenskapelig perspektiv betyr i realiteten at noe belyses, mens andre ting vil komme i skyggen (Malterud, 2002). Et kvalitativt forskningsintervju søker å forstå verden ut fra informantens ståsted ved å få frem deres erfaringer og avdekke deres opplevelse av et bestemt fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom å gjøre et slikt intervju forsøker man å forstå verden sett fra informantens side (Dalland & Keeping, 2020). Et kvalitativt intervju kan ifølge Dalland og Keeping (2020) brukes til å skape mening og forståelse, altså en form for kunnskap. Den kvalitative metoden er derfor spesielt godt egnet til forskning der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, hvor problemstillingen er sammensatt og kompleks og der forsker er åpen for et mangfold av mulige svar.

Denne studien skal bidra til å finne ut av hva informantene tenker og erfarer om fenomenet «elektronisk medisineringsstøtte» og om hvilken forståelse de har av hva som hemmer og

fremmer den innovasjonsprosessen de står i. Det kan derfor være hensiktsmessig å plassere studien innenfor det hermeneutiske vitenskapsståstedet som handler om forståelsestolkning (Dalland & Keeping, 2020).

4.1.1 Det hermeneutiske perspektivet

Det hermeneutiske ståstedet handler om forståelse og fortolkning av meningsfulle fenomener (Thomassen, 2016). Dalland og Keeping (2020) skriver at et slikt ståsted handler om å finne mening i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart. En kvalitativ studie kan plasseres inn i den hermeneutiske forankringen nettopp fordi man i en slik analyse bruker både beskrivelser og tolkninger. Beskrivelse og tolkning henger sammen, og man kan ikke bruke det ene uten den andre, fordi enhver beskrivelse er farget av tolking og tolkninger bygger på beskrivelser (Malterud, 2002). Ved å plassere studien innenfor et hermeneutisk ståsted skriver Johansson (2016) at man i tillegg til å søke etter informantenes erfaringer og opplevelser, også kan trekke inn egen forforståelse og andre teoretiske perspektiver for å få et mangfold i tolkningen.

Hans Georg Gadamer regnes som den mest sentrale hermeneutiske teoretiker i vår tid (Thomassen, 2016). Han var opptatt av våre forståelsesmåter og beskrev hvordan slike fordommer var en del av enhver tolkning. Viktig i Gadamers forståelse var begrepet horisontsammensmelting som henviser til den felles forståelse som kan oppstå når to ulike forståelseshorisonter smelter sammen og viser at fortolkningsprosessen er en dynamisk og bevegelig prosess (Thomassen, 2016; Thornquist, 2018).

Innenfor det hermeneutiske perspektivet er tre begrep sentrale, *forståelseshorisonter*, *fordommer* og *hermeneutisk spiral*.

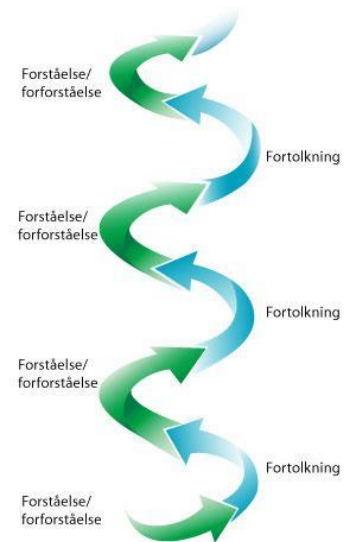
Forståelseshorisonter er en samlebetegnelse for våre oppfatninger, erfaringer og forventninger.

Fordommer består av den forforståelse vi har når vi møter nye situasjoner.

Den *hermeneutiske spiral* vektlegger at vi forstår deler av et felt ut fra helheten, og helheten ut fra delene. Det vil si at hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker den vår oppfatning av helheten. Denne spiralprosessen legger grunnlag for nye måter å forstå på, og kan dermed gi en dypere innsikt i det materialet vi forsker på (Thornquist, 2018). I den hermeneutiske spiral er fortolkningsprosessen i stadig bevegelse mellom

forståelse/forforståelse og fortolkning (Johannessen et al., 2016). Forskningsprosessen blir på denne måten en toveis prosess med spørsmål, svar og fortolkninger, nye spørsmål, nye svar og nye fortolkninger. Kort forklart handler dette om vi forstår deler av for eksempel et forskningsmateriale ut fra en helhet, og helheten ut fra delene. Et visuelt eksempel på en hermeneutisk spiral presenteres i figur 4.1. Spiralen viser at enhver erfaring gir innsikt og forståelse som igjen påvirker neste erfaring og gir grunnlag for ny forståelse. Den hermeneutiske tilnærmingen legger vekt på at det ikke finnes *en* sannhet, men at et fenomen kan tolkes på flere måter fordi forforståelsen farger hva man ser i et innsamlet datamateriale (Thornquist, 2018).

I metodelitteraturen om hermeneutikk skriver Dalland og Keeping (2020) at meningsfulle fenomener «må kunne fortolkes for å kunne forståes» (Dalland & Keeping, 2020, s. 49). I denne studien er fenomenet det forskes på, elektronisk medisineringsstøtte i hjemmesykepleie. Jeg har utført sju intervju, og før det første intervjuet hadde jeg en forståelse av fenomenet slik jeg så på det da. Gjennom å utføre intervjuene ble min forståelse påvirket av informantenes tolkning av fenomenet. Dermed fikk jeg en utvidet innsikt som jeg tok med meg inn i det neste intervjuet. Mitt utgangspunkt, det ståstedet jeg hadde før intervjuene var blitt endret når jeg hadde gjennomført alle sju intervjuene. Dette betød i praksis at jeg har pendlet mellom kunnskap jeg hadde fra før, den kunnskapen jeg fikk underveis og den kunnskapen jeg har fått etter å ha studert fenomenet gjennom å intervju mine informanter og slik opplevd gjentatte horisontsammensmeltinger.



Figur 4.1 Hermeneutisk spiral (Ebdrup, 2012)

4.1.2 Egen forforståelse

Alle mennesker møter verden med en forforståelse, og begrepet forforståelse kan være kunnskap og oppfatninger som vi bruker for å tolke det som skjer rundt oss (Thornquist, 2018). Slike kunnskaper og oppfatninger vil kunne påvirke hva forskeren observerer, og hvordan dette tolkes. Forskeren starter dermed sjelden en studie med «blanke» ark, men har noen oppfatninger på forhånd om det som skal undersøkes. I tillegg har forsker noen teorier

om hva man forventer av resultater, med seg inn i fortolkningen av sine data (Johannessen et al., 2016). Thornquist (2018) hevder at forforståelsen farger hva man ser og ikke ser i innsamlet datamateriale. I dette kapittelet vil jeg si noe om mitt utgangspunkt, mine fordommer og min forforståelse av fenomenet elektronisk medisineringsstøtte. Siden jeg selv har jobbet med velferdsteknologi over en lengre periode, innebærer det at jeg har med meg personlige erfaringer som kan påvirke min fortolkning av empirien. Jeg går dermed inn i denne kvalitative masterstudien med egne tanker, meninger og oppfatninger om temaet «Innføring av velferdsteknologi i kommunale helsetjenester» som må redegjøres for.

Jeg har vært en del av et implementeringsprosjekt siden 2017. Første gang jeg ble introdusert for velferdsteknologi var på en konferanse i 2012, og mine tanker den gangen var at å erstatte «varme hender» med teknologi ikke hørtes ut som god omsorg. Mine tanker har siden den gang endret seg betraktelig. Med tanke på utfordringen Norge står overfor de kommende år med flere eldre og færre ansatte (Helsedirektoratet, 2012), tenker jeg at det er nødvendig å endre på arbeidsmetoder slik at man får mest og best mulig helseomsorg med de ressursene man har. I tillegg er jeg som ergoterapeut opptatt av at alle mennesker skal få leve og bo i eget hjem så lenge det er mulig, eller iallfall så lenge de selv ønsker. I løpet av de årene jeg har deltatt i velferdsteknologiprojektet og jobbet særlig med implementering og utplassering av teknologi i hjemmebaserte tjenester i egen kommune, har jeg så kjent på noen av de utfordringer man står overfor i en slik innovasjonsprosess. En erfaring jeg har gjort meg er at det har vært vanskelig å komme i gang med innføringen av teknologi. Hindringene vi har støtt på har handlet både om mangel på menneskelige ressurser, det vil si problemer med å rekruttere dedikerte personer som jobber med dette. Det har vært utfordrende med tanke på økonomi, samt å forankre tanken om å jobbe på en ny måte hos de ansatte. I min kommune har vi ikke kommet så langt at flertallet av ansatte selv tar initiativ til å etterspørre teknologi. Når vi har plassert ut teknologi hos en pasient, har man igjen støtt på utfordringer i forhold til praktisk bruk. En viktig erfaring jeg har tatt med meg er at å iverksette noe nytt i en allerede eksisterende tjeneste, er utfordrende og tidkrevende. Jeg har et ønske og håp om at denne studien skal gi meg et større innblikk i de ansattes tanker om hva de opplever fremmer og hemmer denne innovasjonsprosessen. Hvorfor stopper det opp, eller hvorfor kommer man ikke i gang? Dette er tanker som jeg har med meg videre inn i forskningsprosessen, og som er bakgrunnen for min problemstilling.

4.2 Semistrukturert intervju

Et forskningsintervju er en samtale mellom forsker og intervjuobjekt, hvor man utveksler synspunkter om et tema som opptar dem begge (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å bruke et kvalitativt forskningsintervju blir det mulig å forstå fenomenet elektronisk medisineringsstøtte ut fra de erfaringer intervjuobjektene har hatt med prosessen. Kvalitative intervju er da også den metoden som er mest brukt når man vil samle inn data som beskriver menneskers opplevelser og erfaringer (Johannessen et al., 2016). Johannessen og kollegene (2016) forklarer denne hyppige bruken av metoden med at et intervju blir ofte mer en dialog enn en utspørring og at denne dialogen bringer frem tema forskeren kanskje ikke hadde tenkt på i utgangspunktet, men som viser seg å være viktig i informantens forståelse av den sosiale praksisen. Dermed kan forskeren få svar på spørsmål som ikke er stilt, fordi frirommet til å spille inn nye momenter er stort.

Det er imidlertid flere ulike typer intervju man kan bruke i som del av et kvalitativt forskningsdesign. For det første kan man gjøre et *ustrukturert eller åpent intervju* som er uformelt og bare har et tema for samtalen. Spørsmålene i dette designet blir tilpasset underveis, og forsker er åpen for individuelle forskjeller mellom informantenes interesser og fokus på temaet (Dalland & Keeping, 2020). Et annet valg er å gjøre et *semistrukturert intervju* som har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for samtalen. En intervjuguide kan beskrives som en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås i intervjuet. Ved å bruke et semistrukturert intervju har man fleksibilitet til å endre rekkefølge underveis, men alle informantene får de samme spørsmålene slik at man sikrer en viss standardisering, noe som gjør det lettere å sammenlikne svar i analysedelen (Sverdrup, 2020). Et tredje valg vil være et *strukturert intervju* som er en form for spørreskjema med faste svaralternativer. Dette gir derimot ikke rom for å få frem erfaringer, tanker og holdninger som informantene har om gitte tema, men som forskeren ikke aktivt etterspør (Johannessen et al., 2016; Sverdrup, 2020).

I denne studien valgte jeg å bruke det semistrukturerte intervjuet. Å bruke et semistrukturert intervju er en form som kan være nyttig for meg som uerfaren forsker fordi det gjør det lettere å holde oversikt over mine data og dekke de samme tema med alle informantene. Intervjuformen er velegnet til å besvare mine forskningsspørsmål siden den bidrar til å få frem

informantenes erfaringer og oppfatninger. Et semistrukturert intervju gir i tillegg til det som er nevnt ovenfor, informantene en større frihet til å uttrykke seg fritt og trekke inn andre tema eller peke på momenter som ikke er etterspurt, i motsetning til hva et gjennomført strukturert spørreskjema ville tillate. (Johannessen et al., 2016; Sverdrup, 2020).

Semistrukturerte intervju innebærer at forskeren i forkant lager en intervjuguide (Sverdrup, 2020). En slik guide er ifølge Johannessen et al. (2016) ikke et spørreskjema, med liste over temaer og generelle spørsmål. Spørsmålene baseres på tema fra lesning av forskning og faglitteratur samt egne erfaringer med hensyn til hva som kan være av interesse å finne ut av. Spørsmålene jeg laget var mest mulig åpne, og hadde et utforskende preg over seg. Hensikten med kvalitativ design er jo nettopp å få fylldige beskrivelser slik at problemstillingen belyses godt (Bukve, 2016).

I utarbeidelsen av intervjuguiden (Vedlegg 1) fikk jeg en vernepleier som jobber med velferdsteknologi i en annen kommune til å lese gjennom og komme med kommentarer på spørsmålsstillingen, slik at jeg fikk ytterligere innspill til viktige tema og problemstillinger. Innspillene fra en ekstern part var gode, både på tema og konkretisering av spørsmålene slik at de var åpne nok slik at de ga rom for diskusjon fremfor ja/nei svar. Intervjuet ble delt inn i tre bolker slik Dalland og Keeping (2020) anbefaler. Innledningsvis anbefaler de å ha spørsmål som er lette å besvare for å skape en god relasjon og opparbeidet tillit hos informanten. I innledningen spurte jeg litt generelt om informantens erfaring og umiddelbare tanker omkring temaet velferdsteknologi. Dette for å ufarliggjøre temaet, og for å komme i gang med dialogen. I hoveddelen av intervjuet skriver Dalland og Keeping (2020) at de utdypende spørsmålene skal komme. I denne delen av intervjuet gikk jeg nærmere inn på informantenes erfaringer med elektronisk medisineringsstøtte med tanke på blant annet forankring, implementering, opplæring og gevinster. Dalland og Keeping (2020) anbefaler til sist å bruke tid på å avvikle kontakten med informanten, og råder forsker til å bruke tid på refleksjoner, tanker og opplevelser som informanten kan ha hatt om temaet. Avslutningsvis av intervjuet åpnet jeg opp for spørsmål og innspill fra informanten. Jeg lot informanten komme med tilleggsopplysninger dersom det var noen andre temaer de tenkte burde vært belyst underveis.

En av fordelene med intervjuguide er at spørsmålene kunne testes ut i forkant. Ved å gjennomføre et prøveintervju skriver Dalen (2011) at man får testet ut både intervjuguiden og seg selv som intervjuer. I tillegg får man sjekket at lydopptaker og annet teknisk fungerer. Jeg gjennomførte et prøveintervju med en kollega. Gjennom prøveintervjuet fikk jeg dermed prøvd ut om spørsmålene fungerte, og en mulighet til å revidere intervjuguiden. Jeg fikk øvd meg på å stille spørsmålene. Min kollega ga meg tilbakemelding dersom det var noe som var uklart. Jeg fikk i tillegg øvd meg på å gjøre opptak av et intervju slik at jeg var forberedt før jeg skulle ut i forskningsfeltet.

4.3 Rekruttering og utvalg av informanter

Metodelitteraturen presenterer prinsipper de mener må være til stede når man skal velge ut informanter til et kvalitativt design (Dalland & Keeping, 2020; Johannessen et al. (2016)). Det første prinsippet de peker på går på *utvalgsstørrelse*, noe som i kvalitative studier innebærer at man søker å få mye informasjon fra et relativt begrenset utvalg. Det er ofte vanskelig å avgjøre på forhånd hvor stort utvalget skal være, men det bør være stort nok til at problemstillingen belyses fra ulike vinkler og ståsteder. Det understrekes ofte at man bør inkludere mange nok informanter til at nye intervju ikke gir ny informasjon, eller metning som det også kalles (Malterud, 2003). Det andre prinsippet som trekkes frem i metodelitteraturen, er betydningen av å finne et utvalg informanter der deltagerne har relevant informasjon om det temaet som skal belyses. Et slikt utvalg kalles ofte et *strategisk utvalg*, siden det er sammensatt av personer med strategisk viktig kunnskap om tema som kan belyse studiens problemstilling (Malterud, 2003). En strategisk utvelgelse gjøres ved at forsker først bestemmer seg for hvem som er målgruppen, det vil si hvem som sitter med relevante data for den aktuelle studien. Det neste steget er å velge ut de personene fra den valgte målgruppen som det er mest hensiktsmessig å inkludere i studien. Variabler som også tas i betraktning når man velger å inkludere enkelte individer i målgruppen og ikke andre kan være eksempelvis kjønn, alder, erfaring, arbeidssted, utdanning, bosted og yrke (Johannessen et al., 2016; Malterud, 2003). Det tredje prinsippet, handler om metode for *rekruttering*. Å rekruttere er måten man identifiserer informantene på og hvordan man går frem for å komme i kontakt med dem, og kan i kvalitative studier gjøres på ulike måter. Eksempler på dette er; å kjøpe lister, annonser på internett, snøballmetoden, personlig rekruttering eller rekruttering ved direkte kontakt (Johannessen et al., 2016).

4.3.1 Utvalgsstørrelse og kriterier for utvalg

De nasjonale forskningsetiske komiteene, NEM (2009) skriver at det er viktigere at informantene bidrar med betydningsrike data, fremfor at antallet informanter er høyt. Dalland og Keeping (2020) skriver imidlertid at man skal begrunne den utvalgsstrategien som er valgt. Målet med en kvalitativ studie er ifølge dem at slik forskning også skal produsere kunnskap som kan brukes av andre, og har det de kaller overføringsverdi. Med overføringsverdi menes her at andre enn de som deltar i studien kan lese og kjenne seg igjen i det som beskrives og på den måte ha nytte av studien. Denne formen for overføringsverdi er ikke det samme som generaliserbarhet i en kvantitativ studie ville vært. Når det gjelder å generalisere i kvantitative studier skriver Dalland og Keeping (2020) at data vi har fått om utvalget vil med kjent grad av sannsynlighet også gjelde for hele populasjonen. Innenfor kvalitativ forskning derimot erstattes begrepet generalisering ofte med validitet, og henspiller på i hvilken grad de funn som gjøres i en kvalitativ studie også til en viss grad kan være gyldige i andre sammenhenger (Bjørndal & Andreassen, 2020).

I et forskningsprosjekt tilknyttet en master, vil tid og ressurser ha påvirkning på utvalget, men utvalget skal likevel være stort nok til å gi en forståelse av det fenomenet som skal studeres (Thagaard, 2018). I denne masterstudien vil først og fremst tidsaspektet være avgjørende for hvor mange intervju som er mulig å få til. Jeg valgte derfor å etablere et strategisk utvalg med helsepersonell fra samarbeidskommuner, med sikte på å få størst mulig variasjon i erfaringene og kunnskapene. De informantene jeg skulle intervju måtte være helsepersonell med meninger om og erfaringer med elektronisk medisineringsstøtte. Erfaring ble derfor et hovedkriterium for inkludering av informantene i denne studien. For å få et bredest mulig utvalg med tanke på at de skulle bidra med god variasjon når det gjaldt erfaringer, etterspurte jeg seks informanter med ulik bakgrunn. Med ulik bakgrunn mente jeg helsepersonell med ulike funksjoner, for eksempel ledere, superbrukere og øvrige ansatte. I tillegg var det et ønske at de hadde ulik erfaringsbakgrunn med tanke på arbeidserfaring innenfor eldreomsorg.

4.3.2 Utvalgsstrategi og rekruttering av informantene

Jeg skal kort gjøre rede for hvordan jeg rent praktisk gikk frem for å rekruttere informantene. Tre av informantene ble rekruttert ved å ta direkte kontakt med lederne av ulike hjemmetjenestedistrikt i utvalgte kommuner ved å sende ut en epost med et informasjonsskriv

som redegjorde for studiens hensikt, metode og premisser (Vedlegg 2). I eposten ba jeg om tilbakemelding på om de hadde noen aktuelle ansatte som kunne delta. Etter dette ble «snøballmetoden» tatt i bruk, for å få tak i de siste kandidatene i den forstand at de som allerede var påmeldt også foreslo andre de tenkte kunne være aktuelle. Informantene sendte meg kontaktinformasjon til mulige rekrutter og jeg tok deretter direkte kontakt med de navngitte personene og fikk deres samtykke til å inkludere dem i studien.

Det viste seg at de kriteriene jeg hadde i forhold til hvor lang arbeidserfaring de skulle ha måtte utelates. Det var vanskelig å finne helsepersonell med denne typen erfaring. Jeg vektla da å ha med informanter med ulike stillinger i kommunen, samt å inkludere de som hadde mange eller få medisindispensere i bruk, for å få bredest mulig erfaringsgrunnlag inkludert i intervjuene. Når informantene hadde sagt ja til å delta, sendte jeg ut informasjonsskrivet via epost slik at de igjen kunne returnere samtykkeskjema underskrevet.

4.3.3 Informantene i studien

Det faktiske utvalget jeg til slutt satt igjen med var sju informanter. Informantene i utvalget er anonymisert. Av disse er det både ledere, superbrukere, sykepleiere og helsefagarbeidere. De fleste har mer enn ti års ansiennitet som helsepersonell, mens en av dem har mindre enn fem år. Alle i utvalget er kvinner. De jobber enten i bynære hjemmetjenestedistrikt, eller i hjemmetjenestedistrikt i distriktskommuner.

4.4 Gjennomføring av intervju

Vi skal nå se litt nærmere på den praktiske gjennomføringen av selve intervjuene. Denne arbeidsprosessen forløp litt annerledes enn den normalt ville gjort fordi verden ble rammet av en langvarig pandemi. Under koronapandemien ble arbeidsmetoder i mange sektorer og etater endret ved at man tok i bruk mer digitale arbeidsverktøy. Da jeg skulle gjennomføre intervjuene hadde fem av sju informanter valgt å gjøre intervjuet over videoplattformen Teams, som et videomøte. I en bok som omhandler bruken av digitale verktøy innenfor forskning, viser Tjønndal og Fylling (2021) til at både studenter og kollegaer i større grad nå bruker digitale metoder i forsknings – og studiearbeid enn tidligere. Forfatterne skriver at digitale intervju kan være et godt alternativ til tradisjonelle intervju som gjøres ansikt til ansikt. De største fordelene de ser ved denne metoden er at det kan være lettere å rekruttere

informanter når man kan rekruttere fra et mye større område og uavhengig av forskers bosted og økonomiske rammer for studien. I tillegg kan det være lettere å rekruttere informanter dersom de foretrekker en digital kommunikasjonsform. En del informanter vil også lettere kunne si ja dersom de kan gjøre det hjemmefra og via sin pc eller smarttelefon, fordi det er mer effektivt i en travel hverdag. Tjønndal og Fylling (2021) skriver videre at et digitalt intervju kan foregå med lyd eller ved hjelp av en videosamtale. En forutsetning er at kommunikasjonen registreres eller lagres som forskningsmateriale til en oppgave på lik linje med lydopptak ved tradisjonelle intervju.

I denne studien har jeg brukt det som Tjønndal og Fylling (2021) omtaler som videointervju, som er et intervju som ligner mest på et ansikt til ansikt intervju, og foregår som en samtale mellom forsker og informant hvor begge er på nett samtidig. Årsaken til at fem intervju ble utført digitalt var at informantene valgte det selv. De hadde en travel arbeidshverdag og de foretrakk digitalt intervju fremfor et fysisk møte som ville tatt lengre tid å gjennomføre. To av intervjuene ble utført fysisk, hvor vi satt i samme rom på informantens arbeidsplass da de to foretrakk det.

Deltakerne hadde gitt sitt skriftlige samtykke i forkant av intervjuet. Før intervjuet startet ble de minnet om sine rettigheter med tanke på anonymitet, frivillighet og behandling av materialet, slik det var beskrevet i informasjonsskrivet. Jeg opplevde å ha god dialog med informantene under intervjuet. Med utgangspunkt i intervjuguiden fikk alle de samme spørsmålene, men noen ganger i ulik rekkefølge alt etter hva informanten var opptatt av og fortalte om. Jeg krysset av underveis i intervjuguiden slik at jeg hadde kontroll på at vi hadde snakket om alle tema som jeg ønsket å få belyst. Alle informantene hadde satt av tiden slik at det ikke var noen ytre forstyrrelser som hemmet dialogen og informasjonsflyten. Alle sju informantene hadde erfaring med å bruke elektronisk medisineringsstøtte i større eller mindre grad. Svarene fra informantene var ikke så ulike, men det var ulikt i hvor stor grad hver enkelt informant belyste temaene underveis. De som hadde mye erfaring, hadde mest å fortelle.

4.5 Behandling av data

4.5.1 Lyd - og videoopptak

Intervjuene ble tatt opp via lydopptak-funksjonen i Teams, og deretter lagret på sikkert område på privat pc. Varigheten på intervjuene var mellom 45 minutter og 70 minutter. På de to fysiske intervjuene ble lyden tatt opp via lydopptaker, lagt over på sikkert område på privat pc og deretter slettet.

4.5.2 Tematisk analysemetode

Analysen av data i denne studien tar utgangspunkt i en metode som benevnes som tematisk analysemetode, presentert av Braun og Clarke (2006). Den tematiske analysen, kan brukes for å analysere blant annet hendelser, erfaringer og meningsproduksjon. Tematisk analysemetode er ikke bundet opp til et spesielt teoretisk rammeverk, og er en åpen og fleksibel tilnærming for å identifisere, analysere og rapportere bestemte mønstre og tema i et datamateriale. Ifølge Braun og Clarke (2006) er tematisk analyse en fin metode å bruke for uerfarne forskere, siden den gir en systematisk fremgangsmåte som er enkel å bruke steg for steg. Tematisk analysemetode har den fordelen at den kan oppsummere hovedtrekkene ved et stort datamateriale og samtidig gi fylldige beskrivelser av et datasett. Ved å bruke tematisk analyse, kan man identifisere tema på tvers av intervjuene og belyse likheter og forskjeller mellom de ulike intervjuene. Metoden består av en prosess med seks trinn som gjennomføres for å ferdigstille analysen (Braun & Clarke, 2006).

Nedenfor vil jeg presentere de seks trinnene og gi en redegjørelse for mine valg innenfor de ulike trinnene. Det første trinnet handler om å bli kjent med datamaterialet, gjennom selve transkriberingen. I følge Malterud (2003) er hensikten med transkribering å skriftliggjøre det som ble sagt muntlig. Det handler om å fange opp samtalen i en form som best mulig gjengir det informantene hadde til hensikt å fortelle. Å transkribere intervju er et tidskrevende arbeid, men gir forskeren en mulighet til å gjenoppleve intervjuet. Å skrive ned intervjuene ord for ord var en tidskrevende jobb. Fordelen med å gjøre denne jobben selv, er ifølge Malterud (2002) at forskeren raskt får tilgang til datamaterialet selv og dermed tidlig får en dypere innsikt i egne data.

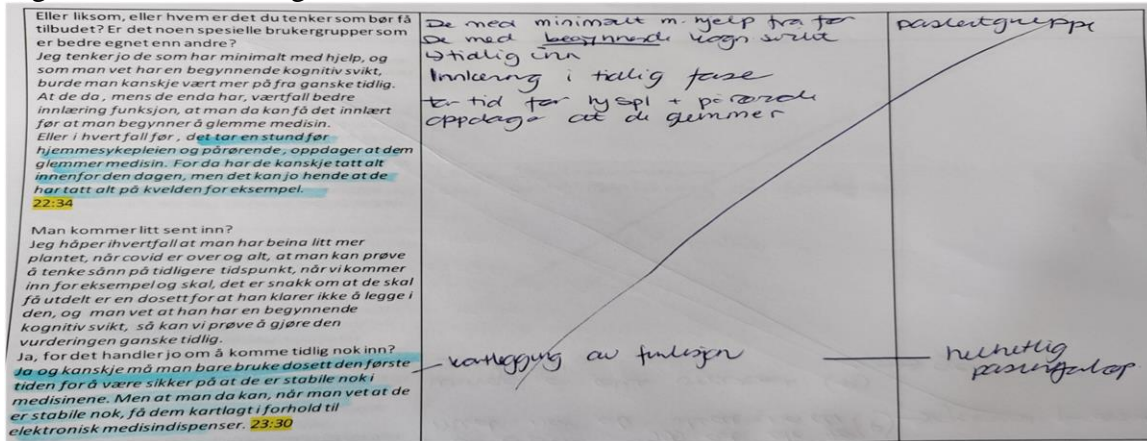
Transkriberingen ble skrevet inn fortløpende i en tabell i Word. Jeg skrev ned data og hadde plass til notater og umiddelbare tanker ved siden av. Underveis i noteringen skrev jeg inn tidskoder slik at jeg enkelt kunne finne tilbake til bestemte tidspunkt i opptaket ved behov. Jeg skrev også ned intervjuene på bokmål og ikke på informantenes dialekt, men utover det er transkribering gjort så nøyaktig som mulig. Tabell 4.1 viser et eksempel på hvordan jeg har gjort transkriberingen. I følge Dalland og Keeping (2020) er det muntlige språket annerledes enn det skriftlige, og i bearbeiding av tekst, blir typiske muntlige tilleggs-ord som *liksom* og uttrykk som «*og sånn*» fjernet. Malterud (2003) skriver at dette handler om å ikke latterliggjøre informantens uttrykk ved å skriftliggjøre typisk muntlige uttrykksformer mest mulig ordrett. Å fjerne slike ord uttrykkes av Malterud (2003) som «*slightly modified verbatim mode*» (Malterud, 2003, s. 79). Dette førte til at jeg ikke noterte ned slike fyllord da ordene ikke bidro med noe i forhold til analysen. Det ble til slutt 109 sider med datamateriale nedskrevet.

Tabell 4.1 Utdrag av transkribering

Tekst	Koder	Kategori
<p>Spørsmål: Hvem er det som etterspør teknologi? er det pasienten, er det pårørende eller er det ansatte?</p> <p>Svar: <i>Jeg har ikke egentlig vært borti at noen i den grad etterspør teknologi, men de etterspør bedre kvalitet på tjenesten og bedre oppfølging og der kan teknologi være en av en av løsningene på hvordan ting kan bedres. Jeg tror hadde man kanskje vært i annen plass, kanskje lenger sør, en større by som har mer fokus og som er kommet lenger, så kan det hende at pårørende har vært mere på hva man skal etterspørre. men de etterspør som regel bedre løsninger på hvordan de kan være til hjelp. Og da kan jo teknologi være en av de løsningene som vi presenterer 10:57</i></p>		

I trinn nummer to i den tematiske analysemetoden skal man *finne frem til de første kodene fra datamaterialet for å organisere og sortere datamaterialet i grupper*. Disse kodene identifiserer trekk ved datamaterialet som kan være interessant å analysere. Det vil si å identifisere ideer og tanker om tema som finnes i materialet (Braun & Clarke, 2006). Måten jeg gjorde dette på var å markere ord og setninger som pekte ut problemstillinger, eller ulike typer undertema også kalt koder, underveis. Jeg markerte setninger med en markeringstusj og skrev ned stikkord i kolonne to i tabellen vist ovenfor. Denne jobben gjorde jeg ved å ha materialet utskrevet og skrev ned for hånd. Se eksempel nedenfor i figur 4.2

Figur 4.2 Første koding av datamateriale



Det tredje trinnet i den tematiske analysemetoden handler om å lete etter ulike temaer i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). I dette trinnet måtte jeg sortere de ulike kodene/ fra informantene i grupper for å finne frem til noen grunntema i teksten. I følge Braun og Clarke (2006) starter denne fasen når man har sammenfattet og kodet materialet, og har en lang liste med koder og undertema som er samlet på tvers av intervjuene. Forskeren retter altså oppmerksomhetene mot å sortere grupper av koder og dermed genereres mer overordnede tema. Sett i lys av det hermeneutiske perspektivet måtte jeg reflektere over hva informantene hadde sagt for å kunne anvende deres utsagn til å belyse min problemstilling. De temaene som kom frem når jeg grupperte kodene var følgende *informantenes tanker om velferdsteknologi, forankring, opplæring, medisin til riktig tid, gevinster, funksjon, pasientgruppe, kriterier for å lykkes, risikoer/hemmende faktorer og helhetlig tjenestemodell – samarbeid enheter/faggrupper*. Se eksempel på hvordan jeg har sortert koder, setninger, sitater fra de ulike informantene under et tema i tabell 4.2

Tabell 4.2 Eksempel på første koding

Foreløpig tema: Medisin til riktig tid?	
A	Medisin til mer rett tid ---> gevinst
B	Pasienter som klarer å styre det selv får bedre kvalitet på sin tjeneste
C	Medisin til riktig tid
D	Usikker, ikke hatt gjennomgang. Tidlig i startfasen, vet ennå ikke gevinst
E	Tidspunkt mer fulgt opp
F	Usikker.. Tok medisinen. Kom ingen melding at de ikke var tatt. Multidose fungerer bra som den er. Lite avvik med multidose . Alternative måter å huske å ta medisinen på: <i>Da ser jeg jo at de har liggende for flere dager og så lager de seg kryss på kalenderen, ikke sant? Sånne som er begynt å bli litt glemsk. så hadde det blitt så mye bedre med den der store maskinen</i>
G	Punktlig så lenge han klarte. Multidose- plastdispenser – fungerer bra

Videre velger jeg å skrive om trinn fire og trinn fem samlet. I trinn fire skriver Braun og Clarke (2006) at man *skal ta en kritisk vurdering og gjennomgang av de tema som ble oppdaget i forrige trinn*. Dette skal gjøres for å se om de valgte temaene faktisk representerer de kodene man fant og det samlede datasettet. Forfatterne skriver at man kan oppdage at noen av temaene kanskje ikke er egne tema da det ikke er nok data til å underbygge dem. Noen tema kan overlape hverandre, mens noen tema kan deles opp i andre tema igjen. Dersom det blir et for stort gap og for lite samsvar mellom data og tema må man gå tilbake til trinn to for å lete etter tema som representerer data på en bedre måte (Braun & Clarke, 2006).

I det fjerde trinnet tok jeg utgangspunkt i problemstillingen for å vurdere på hvilken måte de valgte tema kunne belyse forskningsspørsmålet. Etter denne gjennomgangen av samtlige temas relevans ble de redusert i antall og navnene endret. I dette femte trinnet skal man ifølge Braun og Clarke (2006) *definere og navngi tema*. Dette kan gjøres ved at det skrives sammendrag og ved å definere de ulike temaene. For hvert tema skal forsker identifisere for seg selv hva temaet grunnleggende sett handler om, og hvordan temaene passer inn i forhold til problemstillingen. Jeg noterte i korte trekk noen stikkord om hvilken tilknytning temaet hadde til problemstillingen for studien. Til sist i trinn fem ble temanavnene endret, noen ble forkastet og nye kom til. For eksempel ble temaene *pasientgruppe* og *funksjon* slått sammen til et tema som jeg kalte *kognitiv fungering*. *Risikoer /hemmende faktorer og kriterier for å lykkes* ble samlet under fellesnevneren *implementering*. Andre tema ble derimot delt inn i undertemaer. Dette gjaldt for eksempel temaet *gevinster* som ble delt inn i *gevinster for pasienter*, *gevinster for pårørende* og *gevinster for ansatte*.

Det siste, og sjette trinnet i den tematiske analysen er å *presentere resultatene* fra analysen, og kan gjøres gjennom skriftliggjøring i en rapport (Braun & Clarke, 2006). I denne studien presenteres dette i kapittel fem, resultater. Temaene jeg endte opp med var som følger: *Forankring av innovasjon, oppstartserfaringer med innovasjon, helsepersonells ulike roller i innovasjon, teknologien- plunder og heft, betydningen av kunnskap og kompetanse i innovasjon og helsepersonellserfaringer med konsekvenser av å gjennomføre velferdsteknologiprojekt*.

4.6 Vurdering av kvalitet på forskningen

Kvaliteten på den kvalitative forskningen påvirkes i høy grad av det faktum at det er den som samler inn dataene som også må analysere og tolke dem (Johannessen et al., 2016). Data taler ikke for seg selv, hevder Johannessen med kolleger (2016), men må tolkes og kvaliteten påvirkes dermed av de fordommene eller mentale «brillene» data sees gjennom, som for eksempel de teorier og hypoteser som utgjør viktige deler av forskerens forforståelse.

Kvalitative studier, skal på lik linje med kvantitative, bedømmes etter vitenskapelig kvalitet (Malterud, 2002). Imidlertid peker Thorne og Darbyshire (2005) på at man som forsker er påvirket av både kulturen og samfunnet man lever i. Biologi, genetikk, familie, utdanning, erfaringer og valg, er faktorer som vil være avgjørende for forskers forforståelse og de vil påvirke på hvilken måte data analyseres og tolkes, hevder de.

For å vurdere kvaliteten og gyldigheten av en kvalitativ studie viser metodelitteraturen til ulike kriterier man vurderer opp imot. Malterud (2002) trekker frem kriterier som *relevans*, *validitet* og *refleksivitet* når hun vurderer *kvalitet og gyldighet*, mens Dalland og Keeping (2020) fremhever *relevans* og *pålitelighet* i sin *metodebok*. Johannessen et al. (2016) viser til fire kriterier, *pålitelighet*, *troverdighet*, *overførbarhet* og *bekreftbarhet* som kvalitetsindikatorer. Jeg velger å benytte meg av Dalland og Keepings (2020) indikatorer; relevans og pålitelighet og redegjør for hvordan disse er forsøkt ivaretatt i min studie. *Pålitelighet innenfor kvalitativ forskning handler* om hvordan data er samlet inn og hvordan de er bearbeidet, hevder Johannessen et al. (2016). Alle ledd i forskningsprosessen skal ideelt sett være fri for unøyaktigheter (Dalland & Keeping, 2020). Det finnes ulike måter å teste påliteligheten på, hevder Dalland & Keeping (2020). Ved å følge visse innsamlingsprosedyrer nøye, og gjøre nøyaktige og pålitelige målinger av variabler, sikres mest mulig like forskningsbetingelser for alle deltakere. Innenfor kvalitativ forskning er det likevel ikke mulig med samme rigide prosedyrer og presise målinger, da det ofte er meninger, følelser og opplevelser som utgjør datagrunnlaget. Forskningsintervjuet må tolkes av den enkelte forsker og sees gjennom den enkeltes subjektive mentale briller. Det er vanskelig for en forsker å rekonstruere en annen kvalitativ forskers fremgangsmåte ned i minste detalj, i og med at man bruker seg selv som instrument i datainnsamlingen og ikke minst i analysen av data. For å styrke påliteligheten i kvalitativ forskning, vil det derfor være viktig med gode og presise beskrivelser av hele forskningsprosessen og fremgangsmåten for datainnsamlingen

(Johannessen et al., 2016). I min studie er dette forsøkt sikret blant annet gjennom bruk av samme intervjuguide for alle sju informantene. Alle fikk de samme spørsmålet selv om de kunne komme i noe ulik rekkefølge. Gjennom å bruke Braun og Clarkes (2006) tematiske analysemetode har jeg også relativt nøyaktig beskrevet, samt vist eksempler på hvordan jeg har gått frem for å analysere datamaterialet i studien. På denne måten har jeg etterstrebet å vise hvilke vurderinger og valg jeg har gjort underveis slik at en annen forsker skal kunne gjøre dette etter meg for å sjekke om resultatene blir noenlunde de samme.

Dalland og Keeping (2020) hevder også at ved å gjøre lydopptak av intervjuene og sørge for nøyaktig transkribering i etterkant, styrkes påliteligheten i en studie fordi forskeren har tilgang på en nøyaktig gjengivelse av det som faktisk ble sagt i intervjuene. Jeg gjorde slike lydopptak av alle intervjuene, og har transkribert innsamlet materiale selv. Ved å gjøre transkriberingen selv, har jeg fått god og detaljert kjennskap til innsamlet data.

Den andre indikatoren på forskningskvalitet som Dalland og Keeping (2020) trekker frem er relevans. *Relevans* sier noe om hvorvidt det er sammenheng mellom det fenomenet det forskes på, og de data som er samlet inn (Dalland & Keeping, 2020). Dette kvalitetskravet legger altså vekt på om studien har undersøkt det den hadde til hensikt å undersøke (Johannessen et al., 2016). Malterud (2002) presiserer at man må sørge for at det forskers tolkninger av det innsamlede datamateriale er gyldige. Eller for å si det med litt andre ord, datamaterialet jeg har samlet, må være aktuelt for å svare på forskningsspørsmålet jeg har stilt. Fordi jeg på forhånd hadde utarbeidet relevante spørsmål egnet til å belyse til problemstillingen og fikk innholdsrike og varierte svar, vurderer jeg at innsamlede data har høy grad av gyldighet.

I følge Johannessen et al. (2016) kan man styrke forskningens troverdighet på tre måter. Den første er å bruke nok tid i feltet og kjenne konteksten godt nok. Den andre måten er å bruke flere metoder for å samle inn data om samme fenomen, også kalt triangulering. I den tredje måten kan troverdigheten styrkes ved at resultatene tilbakestilles til forskningsfeltet slik at informantene får en mulighet til å se om de kjenner seg igjen i de fortolkninger forskeren gjør av deres opplevelser. I den grad informantene kjenner seg igjen i forskerens fortolkning, har dataene økt troverdighet (Malterud, 2002). Å styrke troverdigheten er ivaretatt gjennom at jeg er godt kjent med konteksten, og brukte mye tid i felten. Når masteroppgaven er ferdig vil den også sendes ut til informantene slik at de har tilgang til den i etterkant og jeg har mulighet

til å få tilbakemelding om hvor vidt informantene kjenner seg igjen i mine fortolkninger av beskrivelser av prosesser som foregår ute i fagfeltet.

4.6.1 Styrker og svakheter ved metoden

I dette kapittelet vil jeg drøfte momenter ved forskningen min som kan ha hatt betydning for resultatet. Å være kritisk til valgt metode handler ifølge Dalland og Keeping (2020) om « å ta et skritt tilbake og vurdere egne valg og reflektere over konsekvensene av disse» (s.76).

I denne studien har jeg i hovedsak benyttet meg av *digitale intervju*. Grunnene til dette var flere. En av grunnene var at intervjuene ble gjennomført i en tid hvor man delvis hadde koronarestriksjoner med tanke på smittefaren ved sosial kontakt. Nå i etterkant av koronapandemien, er vi blitt mer vant med å bruke videomøter i arbeidshverdagen. Samarbeidskommunene har tatt i bruk plattformen Teams som et digitalt kommunikasjonsverktøy. I tillegg bruker vi digitale kommunikasjonsplattformer også privat, for eksempel Face time, Messenger og Snapchat.

Alle de fem informantene som valgte å gjennomføre intervjuet via Teams, fikk også tilbudet om et tradisjonelt ansikt-til-ansikt-intervju. Men i en travel og presset arbeidshverdag viste det seg å være enklere å sette av en time til et digitalt intervju, hvor informantene enten satt hjemme eller på et kontor på jobb i stedet for å ha et fysisk møte. Siden man i disse tider er mer vant til å møtes digitalt ble dialogen med informantene underveis svært bra, til tross for at jeg ikke fikk observert deres mimikk og kroppsspråk. Sammenlignet med de to intervjuene som ble gjort ansikt til ansikt, mener jeg at jeg ikke tapte informasjon med tanke på å få belyst problemstillingen ved også å bruke digitale intervju. Det jeg gikk glipp av, var den sosiale biten og småpraten både før og etter. Særlig småpraten før, ansees viktig i forskningsintervjuer, fordi det skaper atmosfære og kan bidra til trygghet i intervjusituasjonen (Dalland, 2020). I tillegg var det vanskelig å observere kroppsspråk underveis i digitale intervju, noe som fratok meg muligheten til å utforske tema eller spørsmål som så ut til å skape emosjonelle reaksjoner hos informantene. Fordelen ved digitale intervjuer var likevel stor fordi i en hektisk arbeidshverdag opplevde jeg at det var enklere å rekruttere og avtale tidspunkt, og dermed få gjennomført intervjuet med flest mulig informanter, når vi tok det digitalt.

En annen faktor det er nødvendig å vurdere kritisk er utvalget av informanter. Mitt utvalg endte opp med bare å bestå av *kvinner*, noe som sjelden anbefales i forskning (Dalland & Keeping, 2020). Men noen ganger kan en slik skjevhet i utvalget likevel forsvares. Internettsiden utdanning.no har presentert en statistikk over kjønnsfordeling i yrker. Kjønnsfordelingen viser at 92% av sykepleiere er kvinner, og 88% av helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere er kvinner (Utdanning.no, 2022). Dette viser at innen helse og omsorg dominerer kvinnene med stor overvekt, og at utvalget i min studie ut ifra den kjønnsfordelingen likevel er relativt representativt for ansatte i hjemmetjenesten. Det hadde likevel vært viktig og interessant å ha med mannlige ansatte i studien, da menn muligens i noen sammenhenger kan ha større digital kompetanse eller entusiasme for denne typen metoder enn kvinner (Jokstad, 2017). En viktig styrke ved utvalget er likevel at alle informantene har ulik erfaring med velferdsteknologi, noen har jobbet med det siden oppstarten av prosjektet, mens andre nylig har begynt i jobben.

Å ha informanter med ulik erfaring har også bidratt til å få frem varierte synspunkter, enighet og uenighet omkring ulike tema. I tillegg hadde utvalget en styrke med hensyn til erfaringsbredden som inkluderte både ledere, superbrukere/ressurspersoner og ansatte som jobber ordinært i hjemmetjenesten med pasienter og som skal bruke teknologien. For å ha mulighet til å se hva som fremmer og hemmer suksess i implementering av velferdsteknologi, har det vært en styrke å finne informanter som har erfaring med ulikt antall medisindispensere i bruk. På de ulike arbeidsplassene til informantene har antallet variert fra 0- 15 medisindispensere i bruk på aktuelt tidspunkt. Studien er derfor basert på et utvalg helsepersonell med ulike stillinger og ulike erfaringer med elektronisk medisineringsstøtte. Samtidig var de jeg fikk intervjuet de med kunnskap og interesse for fagfeltet velferdsteknologi. Dette siste kan ha bidratt til fyldige og interessante svar, men kan også ha bidratt til en skjevhet i resultatene fordi disse informantene kanskje er mer positive til innovasjonsprosesser enn andre grupper i personalet.

Til sist vil jeg nevne muligheten for å generalisere resultater i en kvalitativ studie. Dette er et omdiskutert begrep innen forskning (Bjørndal & Andreassen, 2020), og diskusjonen har handlet om hvorvidt er mulig å generalisere en kvalitativ studie eller ikke. Jeg vil først redegjøre for noen av synene på generalisering innen kvalitativt forskningsdesign, og deretter si noe om hvordan dette vurderes i denne masterstudien.

Dalland og Keeping (2020) påpeker at målet med en kvalitativ studie er å fremskaffe ny innsikt og kunnskap om et fenomen som kan brukes av andre, og som ikke har vært publisert før. Malterud (2002) mener også at man skal bruke den enkelte informants historie for å skape kunnskap som gjelder for flere. Gjennom analyse av data skal forsker sammenfatte og presentere de mønstre og tendenser ut fra den gitte problemstillingen, og være et utgangspunkt for videre studier. Slik kan en kvalitativ studie ha overføringsverdi på lik linje med kvantitative studier, hevder Malterud (2002). Thorne og Darbyshire (2005) ber likevel kvalitative forskere være forsiktig med å generalisere resultater, med bakgrunn i få informanter og relativt små utvalg. Denne typen generalisering kan svekke forskningens troverdighet, hevder de og advarer kvalitative forskere mot å havne i “fella” med å overgeneralisere resultatene.

Guest et al. (2006) hevder at metning er mulig å oppnå i kvalitative studier med selv så lite som seks respondenter. Antallet respondenter/informanter må ifølge Guest og kollegaene (2006) ses opp mot det totale antallet mulige respondenter i studien, og dette varierer fra studie til studie. En annen studie gjort av Hennink og Kaiser (2021) har gransket 23 artikler om begrepet «metning» innen kvalitative forskning og funnet ut at antallet informanter ser ut til å ligge et sted mellom ni og femten for at metning oppnås. Et høyt antallet informanter er dermed ikke avgjørende for om en studie innehar fyldige data, og Fusch og Ness (2015) påpeker at det ha noen få innholdsrike intervju enn mange intervju som er mindre innholdsrike.

Utvalget i denne studien er under ti, og det vil dermed være et for lite antall til å kunne generalisere den kunnskapen som kommer frem til alle kommuner i Norge eller i Nord-Norge, men kan likevel være gjenkjennelig for en del landkommuner i denne regionen. Resultatene av studien vil uansett kunne være en inngangsport til å begynne å oppdage hvor eventuelle problemer ligger og vil derfor være et godt utgangspunkt for videre forskning. Når gjentatte kvalitative studier kommer frem til samme resultat og dermed viser seg etterprøvbare, bidrar det til en form for overførbarhet og en mulighet til å generalisere utover deltagerne i hver enkelt studie (Malterud, 2003). Når det gjelder denne masterstudien har jeg intervjuet sju helsepersonell. Prosentvis utgjør denne studiens informanter sju prosent av en total populasjon av 100 ansatte til sammen i de ulike hjemmetjenestedistriktene som kunne vært aktuelle å intervju i denne studien. Dette kan man tenke er et lite antall informanter, men ser

man på populasjonen i denne studien, er sju personer en anselig andel av denne populasjonen. Dette kan dermed rettferdiggjøre mitt utvalg på sju informanter.

En viktig side ved denne studien er imidlertid at en slik kvalitativ studie med innhenting av helsepersonells erfaringer med elektronisk medisineringsstøtte, ikke tidligere er gjennomført i dette området. Studiens formål om å avdekke fremmere og hemmere i en innovasjonsprosess, kan derfor bidra med ny informasjon og viktige innspill i den videre innovasjonsprosessen i disse kommunene. Resultatene fra studien kan også ha en viss overføringsverdi når man igjen skal innføre noe nytt i kommunene eller når andre kommuner skal innføre velferdsteknologi.

4.7 Forskningsetikk og forskningsetiske overveielser i denne studien

Dalland og Keeping (2020) skriver at etikk er mer enn å bare følge regler for rett og galt. Det er etikken som gir forskeren veiledning og grunnlag for vurderinger før man handler.

Forfatterne bruker ordet forskningsetikk når man vurderer forskningen opp mot samfunnets normer og verdier. Denne vurderingen omfatter alle sidene ved forskningen, herunder planlegging, valg av problemstilling, metode og hvordan resultatene skal brukes og videreformidles, hevder de. Ethiske overveielser kan også omhandle hvem som har nytte av den kunnskapen som samles inn, og om resultatene kan ha noe å si for informantene våre slik at de også ser nytte av å delta som informant. Som student ved UiT - Norges arktiske universitet, skal jeg påse at de forskningsetiske retningslinjene og universitets- og høyskoleloven blir overholdt når det gjelder oppbevaring og anonymisering av personopplysninger og andre sensitive opplysninger jeg får tilgang til som student (Høyskoleloven, 2005; Uit, 2021). I datatilsynets veileder står det at «Anonymisering av data gjør det mulig å utnytte verdien som ligger i dataanalyse på en personvernvennlig måte» (Datatilsynet, 2015, s. 4). Dette kravet til anonymisering følger også av § 8 i Personopplysningsloven (2018).

Ved systematisk innsamling av persondata skal det søkes om tillatelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) til å gjennomføre studien. Dette gjøres for å sikre at de forskningsetiske reglene og hensynene blir ivaretatt i forskning (Dalland & Keeping, 2020). I arbeidet med

prosjektskissen, ble det klart at siden jeg ikke skal innhente helseopplysninger fra mine informanter var det nok å søke til Norsk senter for forskningsdata. Behovet for slik tillatelse var grunnet på at jeg skulle gjøre opptak av intervju og dermed trengte skriftlig samtykke fra informantene og da ville trenge å samle inn persondata. Søknaden inneholdt en beskrivelse av prosjektet mitt, samt en redegjørelse for på hvilken måte jeg ville innhente, oppbevare og behandle de personopplysninger som kom frem under intervjuene (Vedlegg 3). En godkjenning fra NSD er en kvalitetssikring for det forskningsetiske i denne masterstudien. I forkant av hvert intervju ble det innhentet skriftlig samtykke fra mine informanter. De fikk i tillegg informasjon om at de når som helst kan trekke sitt samtykke uten at det vill få noen som helst negative konsekvenser for dem, samt informasjon om hvordan jeg skulle bruke opptaket fra intervjuet. Dette hadde de også i forkant fått opplysning om gjennom informasjonsskrivet (Vedlegg 2).

Å ivareta informantenes integritet på en god måte er forskers ansvar. I forkant av feltarbeid skal informanter ha skrevet under på en samtykkeerklæring. Ved å signere en samtykkeerklæring betyr det at de har forstått hva studien dreier seg om, samt at de er informert om muligheten til å trekke tilbake sitt samtykke (Halvorsen & Jerpseth, 2016). Det er derfor vanlig å sende ut et informasjonsskriv i forkant med opplysninger om hvem forsker er, formålet med studien, frivillighet til å delta og hva som skjer med personopplysninger når studien avsluttes (Halvorsen & Jerpseth, 2016). I forkant av studien sendte jeg ut både informasjonsskriv og samtykkeskjema før intervjuene ble gjennomført.

Når det gjelder det etiske hensynet overfor informanter trekker Dalland og Keeping (2020) frem anonymitet som en viktig forutsetning for å få informanter til å delta i en studie. Forskeren skal behandle opplysninger på en riktig måte slik at de ikke knyttes til enkeltpersoner i etterkant. Datamaterialet må være uten navn, stedsnavn eller andre faktorer som bidrar til gjenkjenning (Halvorsen & Jerpseth, 2016). På grunn av små miljøer i området der studien er gjort, samt et lite utvalg har det vært spesielt viktig å sikre at data ikke er gjenkjennbare. I denne studien er dette ivaretatt gjennom anonymisering av ved å ikke gruppere data. Eksempelvis ble det ikke satt opp tabelloversikt over informantene ut fra gitte kriterier som alder på informanter, hvor mange år de hadde jobbet på sin arbeidsplass, kommunenavn, navn og størrelse på hjemmetjenestedistrikt. I tillegg valgte jeg bort koding av datamaterialet opp mot hvilken informant som hadde de ulike utsagn.

Malterud (2003) nevner betydningen av det å ivareta respekten for informantenes uttalelser ved å vise varsomhet for eksempel ved å unngå å bruke sitater som enten kan oppleves sårende eller latterliggjørende. Det er derfor viktig at resultatene i studien presenteres på en god måte som gjenspeiler de ulike synspunkter på en verdig måte. Siden forskningens mål er å innhente ny kunnskap som skal videreformidles til andre er det viktig at informanter får mulighet til å lese oppgaven slik at de kan oppleve at deres synspunkter er blitt behandlet på en respektfull måte, og at de kan kjenne seg igjen i resultatene som presenteres (Dalland & Keeping, 2020). Når man ivaretar informantenes muligheter for innsyn vil det øke troverdigheten til meg som forsker, og redusere risikoen for informantene ved å delta i studien (Halvorsen & Jerpseth, 2016). Det er i tillegg planlagt en presentasjon av studiens resultater til den interkommunale prosjektgruppa. Dalland og Keeping (2020) skriver at forskeren også skal ivareta denne respekten for informantene ved å overholde taushetsplikten slik at andre ikke får adgang til de opplysningene som informant har kommet med. Det må derfor være helt klarlagt for informant i forkant på hvilken måte opplysninger skal brukes, lagres og når det skal slettes og at det ikke skal deles med andre (Uit, 2021).

5 Resultater

For å kunne svare på studiens problemstilling «*Hvilke erfaringer har helsepersonell i fire hjemmetjenestedistrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?*» har jeg som beskrevet i forrige kapittel, brukt de kvalitative forskningsintervjuene som metode for innsamling av empiri. Johannessen et al. (2016) beskriver empiri som utsagn som har sitt grunnlag i virkeligheten. Empiri kan være data i form av tekst, lyd og bilder. I min studie er forskningsintervjuene de kvalitative data, og empirien utgjøres dermed av ord som er nedskrevet i etterkant av hvert enkelt intervju. Når jeg nå presenterer empirien, organiserer jeg den basert på temaer som har utpekt seg gjennom analysen av intervjuene om temaet som angår de erfaringer helsepersonell har med innføring av elektronisk medisineringsstøtte. Dataene er analysert med tanke på å lære noe om hvilke faktorer som kan fremme og hva som kan hemme innføring av elektronisk medisineringsstøtte.

5.1 Forankring av innovasjon

Å innføre noe nytt krever at alle involverte parter deltar aktivt i endringsprosessen. Denne typen deltagelse innebærer at eierskap til prosjektet på de ulike nivå i en organisasjon er vesentlig for å sikre tilstrekkelig motivasjon hos de ulike partene. Gjennom intervjuene kommer det frem fra seks av sju informanter at bestemmelsen om at elektronisk medisineringsstøtte skulle innføres og tilbys som et alternativ til ordinær medisint levering, ble tatt av den øverste ledelsen i kommunen. Den øverste ledelsen var ifølge en av informantene politikere, rådmenn og enhetsledere. Det hadde i tillegg vært lett å få velferdsteknologiprojektet forankret hos dem. Om den overordnede beslutningen av bestemmelsen om å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte ble av ene informanten beskrevet slik: «Vi var ikke orientert på forhånd, og plutselig så var de der».

Manglende forankring hos de ansatte i aktuelle hjemmetjenester er noe fem av sju informanter tar opp under sine intervju. Den første faktoren for å understreke hva manglende forankring kan være enighet og forståelse blant de ansatte om å bruke teknologi som et arbeidsverktøy for at det skal kunne forankres godt og tas i bruk. Som en forlengelse av mangel på enighet

blant ansatte trakk ene informanten frem viktigheten med å følge de vedtak som pasienten har i forhold til helsehjelp, som en forklaring på at forankringen av prosjektet ble dårlig. Et eksempel vedkommende beskrev om opplevelser av at vedtak ikke ble fulgt opp av alle ansatte er:

Så hadde vi endelig funnet ut at hun var kandidat for multidose, vi hadde testet det ut, /.../ så hadde noen ansatte avlyst multidosen fordi at to av de ansatte ikke mestret å bruke den selv. Så har dem bare oversett det punktet at planen var å teste ut en medisindispenser for å ta medisinen til rett tid.

Den andre faktoren informantene trekker frem som forklaring på svak forankring var problemer med bemanningen. Å få tak i tilstrekkelig med kvalifiserte ansatte var en utfordring som en av informantene kjente til i sin arbeidshverdag. Antallet eldre som hadde behov for helsehjelp økte kraftig, samtidig som det ikke eksisterte nok kvalifisert personell til å håndtere det. Manglende kompetanse gjaldt spesielt personell med medisin håndteringskompetanse. Å ha nok av denne typen kvalifisert personell trakk informanten fram som svært avgjørende med tanke på å forankre ideen om nytten av, og deretter komme i gang med å bruke elektroniske medisindispensere på sin arbeidsplass. Hun forklarte følgende:

Faktum har jo slått til /.../ I hjemmetjenesten så er det jo store krav, det skal være fagfolk, men de vokser ikke på trær. Jeg finner nesten ikke vikarer som er faglært. /.../ ikke er der nok folk å hente og ikke er det penger nok til å opprette nye stillinger.

Informantene har så langt pekt på enighet, forståelse og vedtak som ikke blir fulgt opp og mangel på medisin håndteringskompetanse som mulige forklaringer på den manglende forankringen. En tredje forklaring handler om manglende kunnskaper hos personalet angående den mulige frigjøringen av ressurser som ligger i velferdsteknologien. Flere av informantene fortalte at kommunene de jobber i hadde begynt å jobbe med og ta i bruk velferdsteknologi allerede i 2017, men opplevde at det å tørre å gi slipp på en gammel måte å jobbe på, ble hemmende på forankringen av elektronisk medisineringsstøtte som en ny helsetjeneste på sin arbeidsplass. Å innføre elektronisk medisineringsstøtte innebar en nytenkning som bestod i å bytte ut fysiske hjemmebesøk med en elektronisk medisindispenser som ga varsel til helsepersonell eller andre dersom pasienten ikke tok medisinen innen angitt tidsrom. Å stole på at teknologien fungerte og at den ville være til nytte for personalet og for pasienten, sa en informant var et avgjørende kriterium for å lykkes med å forankre noe nytt i en etablert tjeneste. En av de hemmende faktorene på en vellykket forankring ble dermed at

informantene opplevde at personalet følte behov for å vite at pasienten hadde det bra, og dette kunne best gjøres gjennom et fysisk tilsyn. De ansatte var ikke trygge på at en medisindispenser kunne gi tilstrekkelig omsorg. Akkurat den bekymringen er kanskje ikke tatt nok på alvor i denne endringsprosessen. Overnevnte informant sa dette:

Om vi innfører Evondos eller ikke, så vil de gjerne inn å se at alt er greit med pasienten, og det er jo en utfordring. /.../ det er der jeg tenker, det kanskje mangler litt forankring ned mot ansatt nivå, og hvordan har man jobbet før og hvordan skal man jobbe fremover og hvordan skal man altså få ansatte til å tenke nytt.

Forankringen av den nye praksisen så også ut til å være avhengig av deres måte å tenke om praksisens betydning i det totale omsorgsbildet. To av informantene poengterte for eksempel at de så på bruken av elektronisk medisineringsstøtte som *et alternativ* eller som *et tillegg* til ordinær hjemmesykepleie. En av dem uttalte i denne forbindelse: «Vi blir færre helsepersonell som skal drifte en stadig større og sykere gruppe. /.../ vi er nødt til å tenke alternativt nå». De var dermed opptatt av at man måtte se på det som et nyttig hjelpemiddel til bruk hos noen, og at elektronisk medisineringsstøtte kunne være et alternativ til ordinær og tradisjonell hjemmetjeneste. Dette ble sagt slik: «Jeg tenker at det vil jo være et supplement. Jeg tror ikke det er “the one and only solution” på eldrebølgen eller på de forventninger og krav fra samfunnet til hvordan hjelp man skal få hjemme altså».

For å få til en god forankring på ansattnivå må også organiseringen av arbeidsoppgavene fungere best mulig og implementeringen må være nøye gjennomtenkt, mente en av informantene. Dette betød å ha en god balanse mellom det som er effektivt, gir god kvalitet og som samtidig oppleves av pasienten og personalet som god omsorg. Men det er likevel ikke tilstrekkelig å sikre forankringen på ansattnivå og ledelsesnivå, man trenger også annen forankring utover den som finnes hos disse. Jeg vil også nevne forankring ute hos de pårørende som informantene mente var nødvendig for å lykkes. Dette var et tema som jeg i forkant forventet at flere av informantene skulle si noe mer om, men interessant nok var det kun to som hadde tanker om deres rolle i innføringen av dette hos pasientene. De to informantene anså det som viktig med god informasjon og opplæring til de som daglig bor sammen med sine nærmeste som en premiss for suksess. Å ha et godt samarbeid med de pårørende var et moment som av informantene ble trukket fram som viktig for å lykkes med å forankre og lykkes med å innføre elektronisk medisineringsstøtte. En av dem hadde erfart en

skepsis blant pårørende i starten, men som endret seg når elektronisk medisindispenser først var tatt i bruk. Dette ble forklart slik:

Ja pårørende var jo litt mer skeptisk fordi at de tenkte jo det at det kom til å erstatte selve tilsynet /.../ det gikk seg til da når de skjønnte hvor bra det her fungerte. Men i begynnelsen så var de veldig skeptisk og ønsket ikke at den skulle ta over jobben vår da.

Disse utsagnene fra informantene viser at det å gi pårørende tilstrekkelig med informasjon og opplæring i bruken av elektronisk medisineringsstøtte er svært viktig for en vellykket forankring da pårørende kan være en pådriver i en slik innføring hjemme hos den enkelte.

At man hadde lyktes i større grad med å ta i bruk elektronisk medisineringsdispenser i en avdeling, relaterte flere informanter til at personalet her var innkjørt på grunn av at de hadde holdt på over flere år, og fått flertallet av ansatte med når de skulle innføre Evondos på sin avdeling. Denne ulikheten i hvor langt de ulike hjemmetjenestedistriktene var kommet med utrulling ble relatert til at den ene avdelingen hadde vært den enheten som fikk være først ut med oppstart og hadde fått tilført ekstra ressurser tilknyttet oppstarten. Avdelingen eide i tillegg medisindispenserne selv. Å ha eierskap til teknologien, trakk en av informantene fram som en viktig faktor for bruken av elektroniske medisindispensere. Hun uttalte: «det var de som eide alle sammen, så det var kun de som fikk bruke det til å begynne med for å se på hvordan det fungerer».

5.2 Oppstartserfaringer med innovasjon

I innføring av noe nytt er selve gjennomføringen av prosjektet essensiell. Det er gjennom bruken av den nye tjenesten at både driften, de ansatte og pasienter får gjort seg erfaringer av nytten ved å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte. Den aller viktigste forutsetningen for å bruke elektronisk medisineringsstøtte er at noen etterspør og tar i bruk den elektroniske medisindispenseren mente informantene. Når det gjelder igangsetting av elektronisk medisineringsstøtte fortalte to av informantene at det var de ansatte som etterspurte bruk av velferdsteknologi på sin avdeling. Disse ansatte hadde kunnskap til bruken av velferdsteknologi gjennom kompetanseheving. De opplevde lite pålegg fra ledelsen om å ta i bruk velferdsteknologi som en tjeneste de skulle tilby, noe som var overraskende da det er nedfelt i både nasjonale – og kommunale strategier at velferdsteknologi skal tas i bruk. Det

ble derfor ifølge informantene personalet som rekrutterte aktuelle pasienter som brukere av medisindispenser

For å få helsehjelp i kommunene måtte det foreligge en skriftlig søknad til kommunene, og det var tildelingskontor/koordinerende enhet som gjorde vedtak på helsehjelp i informantenes kommuner. En av informantene forklarte at vurdering av hjelpebehov og tildeling av type tjeneste var basert på en grundig kartlegging i forkant, og at de som gjorde saksbehandlingen i en kommune var helt sentrale for å få flyt i pasientbehandlingen: «De har en veldig viktig rolle, og det er jo ikke bare å komme til hjemmetjenesten og skal ha hjelp». God kartlegging av pasientenes behov og system i tildeling av elektronisk medisineringsstøtte blir dermed avgjørende for bruken. En annen informant kalte enkel saksbehandling og system for utrulling av medisindispenseren for å være en «sømløs tjeneste». Dette blir den andre forutsetningen for å ta i bruk medisindispenseren. Samme informant tok opp at man foreløpig ikke var kommet så langt at pasienter eller pårørende etterspurte teknologi når de ber om helsehjelp, og at det var kommunene som måtte ha elektronisk medisineringsstøtte med i vurderingen som et alternativ ved tildeling av tjenester. Hun ga denne beskrivelsen:

«Jeg har ikke egentlig vært borti at noen i den grad etterspør teknologi, men de etterspør bedre kvalitet på tjenesten og bedre oppfølging og der kan teknologi være en av en av løsningene på hvordan ting kan bedres»

Å finne de aktuelle pasientene som faktisk kan benytte seg av en elektronisk medisindispenser er ifølge flere av informantenes utfordrende. Det innebar å ta en gjennomgang på både eksisterende pasientgrunnlag og nye søknader om helsehjelp ved å kartlegge kognitiv funksjon godt og finne ut om det var behov for påminnelse om å ta medisinen.

Kartleggingsprosessen omtalte noen som en massiv opprydningsjobb som var svært tidkrevende. For å øke antallet dispensere i bruk uttalte også en av de andre at ansatte måtte bli flinkere å vurdere hvilke pasienter som kan være aktuelle. Et sitat om dette:

Ja vi må jo bli flinkere til å vurdere det her /.../vi er litt dårlig på å vurdere når vi får nye pasienter. For eksempel er de aktuelle til å bruke det her? For vi er veldig flinke på å vurdere om de kan de ha multidose istedenfor dosett, men så stopper det på en måte der. Jeg tror vi glemmer litt av at vi kan ta i bruk Evondos.

Noen informanter forteller likevel om en viss pågang og interesse for denne nye måten å gjøre det på i etterkant av opplæring. På arbeidsplassen til en av informantene var det det noen av de ansatte som selv etterspurte bruken av en elektronisk medisindispenser. Hun beskrev: «Noen ansatte er veldig interessert i å få det i gang. Pasienter blir jo kjempeglad når man foreslår det. Jeg vet ikke om de er helt i stand til å etterspørre det selv».

To av informantene hadde erfaringer med at de eldre som ble spurte om å ta i bruk elektronisk medisindispenser ikke hadde hørt om denne type teknologi. De var ikke mottakelige, interesserte i å prøve ut dette som en helsetjeneste, og distanserte seg fra teknologi. Dette kom til uttrykk på følgende måte: «Mange syns ikke noe om det».

En tredje forutsetning når det gjelder igangsetting og bruk av elektronisk medisineringsstøtte hos pasienter var ifølge noen av informantene å være *tidlig ute*. Med dette mente de at man måtte finne det tidspunktet hos hver enkelt pasient hvor vedkommende var klar for å ta i bruk dette hjelpemiddelet. Dette innebar å bli godt kjent med pasientens behov for hjelp og hvilken nytte en elektronisk medisindispenser ville kunne ha for vedkommende både på nåværende tidspunkt, men også frem i tid. En av dem forklarte dette slik:

Vi må prøve litt løsninger. Hvor mye energi skal man bruke på det når det er ei som klarte å mestre en dosett selv, og kunne hatt en god nok tjeneste med det. Så er det litt sånn, hva er behovet nå og hva vil behovet være fram i tid og? Det er noe med at hvis man skal lære seg med velferdsteknologi så er det jo litt lurt å klare å innarbeide det som en rutine mens man ennå er i stand til å lage nye rutiner. Mens man ennå, kanskje er litt interessert eller litt motivert, eller har syn eller hørsel for å høre det, alle de der tingene som sammen gjør at det kan være et greit hjelpemiddel.

Når det gjaldt utfordringen med å finne aktuelle kandidater så ikke en av informantene behovet for å introdusere en elektronisk medisindispenser til pasienter som uansett tok medisinerne sine uten problemer. De hadde jo allerede enten ordinære dosetter eller multidose på en plastdispenser, og hun reflekterte da over nytten av en elektronisk medisindispenser når de klarte seg med det de hadde. Dette fungerte jo på tilfredsstillende på lik linje med en elektronisk medisindispenser:

Du setter bare hele rullen inn, så drar du bare og river av manuelt. For alt stå jo der med klokkeslett og alt. Strekkoden står jo som at vi kunne hatt i Evondos. De tar det selv, og så er det jo noen vi ser om de har tatt det når vi kommer. Noen er vi ikke hos,

de som ikke har kognitiv svikt, de klarer jo å mestre det selv. Vi utleverer bare når dagen er der.

5.3 Helsepersonells ulike roller i innovasjon

Å ha dedikerte og engasjerte ansatte med interesse for velferdsteknologi utpekte seg gjennom intervjuene. Dette er en faktor jeg vil trekke frem som en forutsetning for igangsettingen og implementeringen av elektronisk medisineringsstøtte som en likeverdig helsetjeneste som et fysisk tilsyn. Det hjemmesykepleiedistriktet som hadde flest elektroniske medisindispensere i bruk og mest erfaring, hadde ifølge informantene en leder som i oppstarten aktivt la til rette for å ta i bruk teknologi, og var en stor pådriver i prosjektet. En av informantene mente dermed at en aktiv leder var en klar suksessfaktor i en implementering. Leders engasjement ble uttrykt slik:

Det tror jeg er rett og slett var den avdelingslederen som var der da, som var en veldig pådriver som fungerte både som ressurspersonen og som /.../leder, og bestemte at nå skal vi klare dette. Ja, da klarte vi det.

For å lykkes med å innføre og bruke en ny helsetjeneste som elektronisk medisineringsstøtte trakk tre av informantene fram at funksjonen «superbruker» er særdeles viktig. Det å ha noen ressurspersoner som var ansatt på den avdelingen hvor medisindispenseren var i bruk, og hadde nærhet til de andre ansatte og pasientene og var pådrivere ble trukket frem som svært viktig for å kunne lykkes i en oppstart. Kunnskapen fra ressurspersonene må også etter hvert videreføres til andre ansatte for å spre det i organisasjonen. En utdypet med dette sitatet:

Det er utrolig viktig å ha disse her dedikert folkene, og så er jo utfordringen på å gå fra å ha dedikerte folk i tjenesten til resten av tjenesten. Det blir veldig fort slik at noen blir spesialisert, og da tenker de andre at “nei det der, er det jo xx eller xx sin oppgave”, og det tenker jeg er litt av en utfordring.

Tre av informantene viste også til at engasjement hos øvrig ansatte var en medvirkende faktor til at de hadde fått utplassert en del medisindispensere. Ordene «positive ansatte» kom frem under intervjuene. Faglig flinke pleiere, og en avdeling hvor ansatte likte å gjøre nye ting mente informantene var særlige positive faktorer for å komme i gang med noe nytt. De mente at ansatte må være positive og fremsnakke bruken blant pasienter og deres pårørende. Dermed ble ordet «motivasjon» introdusert som et kriterium for suksess eller ikke suksess i

implementering. De mente at noen ansatte måtte «brenne» for å bruke nettopp denne type teknologi. En av informantene kom med følgende utsagn: «Mange ansatte synes det er motiverende å lære noe nytt, å få noe nytt å holde på med. Mange liker jo også det, at det er artig å holde på med». Å ha positive ansatte ble derfor av flere informanter nevnt som selve nøkkelen for å lykkes. Når ansatte så muligheter og fikk være med på og oppleve en vellykket innføring ville deres engasjement og motivasjon for å fortsette øke.

Noen avdelinger hadde ikke noen medisindispensere i bruk på aktuelt tidspunkt. Informantene fra disse avdelingene opplevde at dette handlet om skepsis og utrygghet blant ansatte som de mente kunne bunne i uvitenhet og mangel på kunnskap om velferdsteknologi generelt. En slik mangel på kunnskap kunne også ha sammenheng med manglende forankring av den overordnede strategien og manglende kunnskap om og forståelse for den. En av informantene hadde erfaring med når ansatte ikke var motiverte og engasjerte, og opplevde det som en hindring innenfor implementeringen. Hun fortalte: «og så har vi jo noen andre ansatte som ikke er like interessert, og noen som er litt redd for det som er ukjent, og noen som ikke har fått logget seg på, noen som gjerne ser at noen andre gjør det.»

Når det gjelder elektronisk medisineringsstøtte er det mange mulige samarbeidspartnere for å få implementert en medisindispenser. Når vi under intervjuene snakket om naturlige samarbeidspartnere i implementering av elektronisk medisineringsstøtte uttalte samtlige informanter at fastlegen hadde en viktig rolle. Fem av informantene fremhevet at fastlegen var nøkkelen til om man fikk startet opp med elektronisk medisineringsstøtte eller ikke. De hadde derimot erfaringer med at fastlegen ble en hemmer i oppstarten da det var vanskelig å få dem med på å skrive ut multidose til pasientene. De opplevde dermed legen som en «bøyg» for å lykkes med oppstart. De opplevde det som krevende å få fastlegene til å ordinere multidosen fremfor ordinær resept, og at dette fortsatt var utfordrende. For å øke graden av samarbeid med fastlegene mente en av informantene at informasjon om velferdsteknologi var viktig å formidle til legene i distriktet. I tillegg nevnte informantene at andre samarbeidspartnere i innføringen av elektronisk medisineringsstøtte var hjemmesykepleien, superbrukere, ledere, hjelpemiddellageret og privat supporttjeneste. Alle de ulike partene hadde en viktig rolle for å få innført elektronisk medisineringsstøtte i kommunen.

5.4 Teknologien- plunder og heft

Å erstatte en etablert tjeneste med en ny kan by på flere utfordringer i forhold til problemløsning og samarbeid som er nyoppståtte. Dette kan være både innenfor valg av type teknologi og teknologisk kompetanse hos de som skal bruke dette. Under intervjuene var dette temaer som de fleste av informantene var innom i større eller mindre grad.

Det første de nevner som viktig er det å ha flere typer medisindispensere å kunne velge mellom. Å ha valgmuligheter mente tre av informantene kunne være en faktor som gjorde at flere ville ta imot tilbudet om elektronisk medisineringsstøtte. En fortalte at de ikke hadde fått tilbud om å bruke andre typer enn Evondos. Å kunne ta et teknologivalg basert på pasientens individuelle behov kunne øke bruken av elektroniske medisineringsstøtte, mente en av informantene. Hun siteres:

Jeg tror at man må ha flere, kanskje enklere teknologi. Noe som var enklere å bruke. Medido er mindre, og det er ikke så mye plunder med den. Evondos er nok bra, men vi skulle hatt flere varianter slik at det ble individuelt tilpasset i større grad.

Utseende til den elektroniske medisindispenseren ble også nevnt som problematisk. Halvparten av informantene hadde erfaringer med at de opplevde og erfarte Evondos som stor og tung å flytte på. Pasienter hadde gitt tilbakemelding om at det ble mye mas med lyden og lyset fra dem når den ga varsler. Dette var i flere tilfeller avgjørende for om pasientene ville ha en elektronisk medisindispenser eller ikke.

To av informantene nevnte at kommunen hadde et kvalitetssystem slik at bruksanvisninger var tilgjengelig digitalt både i skriftlig form, men også videoer som viste hvordan man utfører ulike prosedyrer i kommunen. Dette opplevde de som positivt med tanke på feilsøking. Den ene informanten forklarte at hjemmetjenesten har jo alltid med seg enten nettbrett eller telefon for å komme seg på internett med og har derfor dette lett tilgjengelig: «Du har egentlig bruksanvisningen med deg. Hvis du lurere på noe så skanner du det her og så sjekker du, også kommer du inn og finner ut»

Manglende eller utdaterte rutiner på å tildele medisindispenser som tjeneste i kommunen ble nevnt som en hemmende faktor i implementeringen av flertallet. Informantene mente at det

var behov for å oppdatere blant annet kommunens søknadsskjema, rutiner for å håndtere teknologien og kartleggingsverktøy. Informantene var også opptatte av at rutiner for å håndtere varsler måtte være på plass før man startet opp. De hadde ulik erfaring med hvem som håndterte varslene som kom enten når pasienten hadde glemt å ta medisinen, teknisk feil eller ødelagt maskin. En beskrev hvordan varslene gikk til de ansattes mobiltelefon og at det kun fungerte til en viss grad. Dette handlet om å kunne håndtere de nye systemene. Hun uttalte: «Sårbart hvis mobilen ikke funker og vi ikke får de varslene, eller hvis man ikke har pålogging til systemer eller internett ikke fungerer». En av de andre trakk fram opplæring av ansatte som viktig for å unngå feil og mestre det nye arbeidsverktøyet. Hun mente at ansatte til enhver tid måtte ha den nødvendige kunnskap til å vite hva de skal gjøre ved varsel og alarm.

Lange avstander og stort geografisk nedslagsfelt var noe flere var opptatt av og etterspurte rutiner og system som var tilpasset denne utfordringen: «Det er stor geografi, så det krever jo litt ressurser av personalet når det blir oppringinger». For at det skal kunne fungere med velferdsteknologi er man derfor avhengig av at det tekniske rundt fungerer og at ansatte kan bruke dette. En teknisk feil kunne for eksempel være at maskinen slukte medisinen om den ikke ble tatt innen angitt tid, eller strømstans og dårlig batteri. En av informantene fortalte at dette hadde ført til at pasient og pårørende ikke turte å dra hjemmefra da de var redde for å ikke rekke hjem igjen innenfor tidsrammen maskinen hadde medisinen tilgjengelig. En hemmende faktor ble derfor at ansatte og pasienter/pårørende ikke utnyttet de mulighetene maskinen har.

En annen risiko var når det tekniske sviktet. Dette hadde de erfart ført til merarbeid og overtid for ansatte. Noen av informantene mente at det hadde gått mye tid til feilsøking og support hjemme hos pasientene som hadde en dispenser i bruk. En informant hadde erfart at det opplevdes for ustabil og uforutsigbart å stole på en slik medisindispenser kontra det å dra på et fysisk tilsyn. Hun uttalte: «Intensjonen var å spare tid, men for oss ble det mer plunder og heft». En kvalitetssikring på dette kunne ifølge en annen da være doble besøk i starten for å oppdage feil og rette feilene underveis. Det ble dermed viktig å ha support lett tilgjengelig, enten i kommunen eller at man raskt fikk tak i hjelp også på kveldstid og helger for å unngå merarbeid og utvikle motstand mot å bruke teknologien.

For å forenkle support hadde en av informantene erfaring med at pårørende kunne være en ressurs i den daglige bruken og kunne vel så gjerne ordne opp med feilmeldinger på maskinen som at helsepersonell skulle kjøre ut. En beskrivelse av dette var:

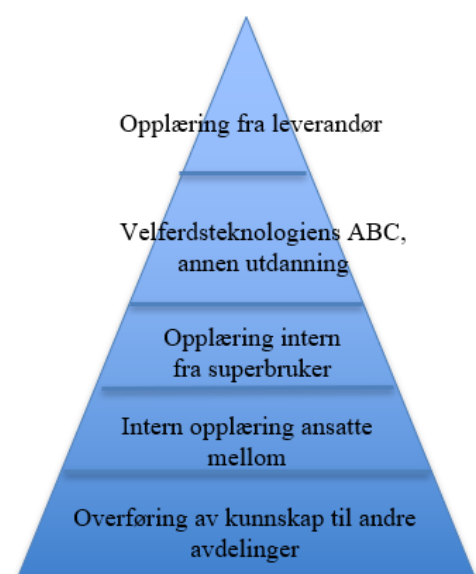
Vi hadde ett tilfelle hos en pasient med ganske langtkommen kognitiv svikt /.../hun ville ikke ha hjemmetjenesten inn /.../ Også samtalte vi jo med pårørende og hvordan løsninger vi hadde, og da var det jo Evondosen som var løsningen og da var vi jo avhengig av at pårørende, og de kunne hjelpe oss å følge opp den Evondosen. De fikk opplæring på hvordan det her fungerer /.../ Det fungerte, og der kunne vi redusere fra daglig besøk til at vi prøvde å ha ukentlig besøk.

Å ikke ha medisindispensere i jevnlig bruk førte til tap av innlærte rutiner i forhold til håndteringen av dataprogrammet som styrte både tilganger og pasientenes personlige innstillinger. Dette ble også sett på som en hemmende faktor for igangsettingen: «Jeg husker ikke hva det heter for noe nå, men der jeg kan gi folk tilgang til Evondosen i forhold til tilgangsstyring. Det er bare lenge siden jeg har vært inne der».

5.5 Betydning av kunnskap og kompetanse i innovasjon

Opplæring innen velferdsteknologi generelt og opplæring i selve typen elektronisk medisineringsstøtte var et tema samtlige informanter var opptatte av. Opplæringen i denne studien kan sammenlignes med en pyramide hvor antallet ansatte som får kompetanseheving øker jo bredere pyramiden blir. Dette blir illustrert i figur 4.3

Ved å starte øverst i overnevnte pyramide blir opplæringen gitt av den private tilbyderen av valgt teknologi, og blir kun gitt til et fåtall av de ansatte. Noen av informantene fortalte at det hadde vært en større opplæring på det tekniske før selve igangsettingen. Opplæringen ble da gjennomført av leverandør og ble gitt til ledere og de ansatte som hadde fått rollen som superbrukere i kommunene da disse personene hadde behov for ekstra dyptgående kunnskap om drift av den elektroniske medisindispenseren.



Et steg ned i pyramiden kommer velferdsteknologiens abc. Fem av informantene var kjent med at kommunene årlig gjennomførte et kurs som kalles for «velferdsteknologiens ABC». Til tross for at dette var noe kommunene satset på fortalte to av dem om rekrutteringsvansker med tanke på å få ansatte motiverte til å delta. De trakk fram avdelingsleder som en helt sentral person for å klare å rekruttere ansatte til denne kompetansehevingen. De samme informantene nevnte også at det har vært vanskelig å få gjennomført kurs de to siste årene på grunn av koronapandemien som har ført til høyt sykefravær blant fast ansatte. Arbeidsoppgavene på avdelingene ble dreid mot smittevern og vaksinerings. Det var tre av informantene som hadde selv tatt dette kurset. Et mindretall hadde studert velferdsteknologi på universitet.

Figur 4.3 Oversikt over kompetansehevingstiltak i studien

Opplæring internt gitt av superbruker som var frikjøpte, ble trukket fram som sentrale i forhold til opplæringen av ansatte. Superbrukerne hadde avsatt tid og hadde god kunnskap om teknologien. En informant utdypet at den opplæringen som ble gitt av superbruker hadde vært av svært god kvalitet.

Å få spredd kunnskap til alle i organisasjonen anså også flere av informantene som viktig for å drive en effektiv helsetjeneste hvor man tilbyr og bruker velferdsteknologi. De var opptatte av at kunnskapen måtte spres på alle ansatte og ikke bare superbruker. En av dem sa: «Jeg tenker at det er noen som kan være sånn overordnet, være superbruker. Det er veldig bra. Men vi går i turnus alle, så alle må jo kunne håndtere den».

Flertallet av informantene fremhevet intern opplæring ansatte mellom som viktig i opplæringen blant de ansatte. Tre av informantene fortalte om gode erfaringer med å dra ut to og to sammen til pasienten, hvor den ene hadde mer erfaring og kunnskap enn den andre. En av dem omtalte det å lære på denne måten som å «lære av hverandre». Videre sa samme informant at for å lykkes med opplæringen måtte man ha jevnlig trykk på dette når ansatte var samlet. En annen var også opptatt av det å jobbe kontinuerlig med opplæring, men at det fortsatt var veldig avhengig av enkeltpersoner om det fungerte.

Å ha en maskin tilgjengelig for å trene seg på i tillegg trakk fire av informantene fram som en stor fordel for å bli kjent med funksjonalitet og øve seg på å bytte ut multidoserullen. En av

dem uttalte: «Det er mye bedre at man prøver selv, enn at man blir fortalt hvordan man skal gjøre det for da er det litt vanskeligere å få det til å sitte». Et annet sitat om det samme:

Vi har jo hatt både Evondos og Medido som har stått på kontoret her. Sånn at alle skulle få mulighet til å se den, hvordan den ser ut, høre hvordan den piper, se hvordan man mater den. Vi har sett videoer på storskjerm og hvordan man mater disse rullene. Vi prøver også å vise hverandre litt i forhold til hvordan man logger seg på i fagsystemet for jeg tenker at man må nesten trykke litt selv for å se det. Du kan sitte å se på en skjerm at andre sier trykk her, men etterpå så må man faktisk trykke selv for å få litt følelsen med det.

Denne formen for opplæring var tilstrekkelig for ansatte til å kunne bruke en elektronisk medisindispenser i arbeidshverdagen, mente en av informantene. Hun uttalte følgende: «De bare hiver seg i det på en måte. Vi har en sånn demoversjon av en Evondos stående på kontoret».

Nederst i pyramiden er overføring av kunnskap mellom avdelinger. En av informantene mente det var viktig for implementering og forankring for alle i kommunen var fordelene med å kunne ta i bruk samme teknologi både hjemme og på institusjoner i kommunen. For pasientene ville dette bety at opplæring og innlæring kunne skje mens han /hun var innlagt på et korttidsopphold for eksempel, og at vedkommende kunne videreføre og ta med seg innlært kunnskap hjem ved utskrivelse. På denne måten fikk man også overført kunnskap mellom avdelingene i kommunen. Hun beskrev:

Vi har jo også erfaring med pasienter som har vært på sykehjem som har vært i oppstart, og der vi har gjort klart alt. Og så har de fått opplæringen på sykehjemmet. Det har også vært kjempefint at man på en måte kan samarbeide med sykehjem også. Så betyr det at hvis en av våre pasienter har en Medido og skal på avlastningsopphold, at den tar med seg Medidoen og får den støtte for å bruke det også der da.

Videre ga dette en mulighet for pasienter å få prøvd ut og lært seg en ny teknologi i trygge omgivelser. Samme informant sa:

At man da også kan starte den planleggingen allerede da, og si at når du kommer hjem så vil vi kanskje se for oss at det kan bli sånn her /.../ Og at man på en måte kan prøve det litt i trygge omgivelser også. Det er greit å vite at også sykehjemmene kan være med på dette.

Å overføre medisindispensere mellom avdelinger i en kommune alt etter hvor pasienten oppholdt seg var også en annen faktor en av informantene trakk frem. Dette er hennes beskrivelse av hvordan de en gang fikk innført en medisindispenser hos en pasient:

/.../ også det her med overflytting fra hjemmetjeneste til sykehjem eller heldøgns, altså boliger med heldøgns omsorg, og der hadde vi jo også ett tilfelle der maskin fulgte pasienten.. Da fikk du den snikinnført til nye avdelinger. Pasienten kjente jo til teknologien, og kunne bruke den. Kunne fint bruke den i omsorgsbolig.

Uansett type opplæring og på hvilket nivå den ble gitt fremhevet ene informanten at for å lykkes med å spre kunnskap, lære opp ansatte, pasienter og deres pårørende og ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte så må det komme ut mer informasjon om velferdsteknologi.

5.6 Helsepersonells erfaringer med konsekvenser av å gjennomføre velferdsteknologiprojekt

Innledningsvis i kapittelet om tidligere forskning henviste jeg til flere gevinstrealiseringsrapporter som refererte til gevinster for organisasjonen, de ansattes arbeidshverdag, økt livskvalitet hos pasienter og mer trygghet for pårørende. jeg var ute etter å finne ut av hva informantene hadde erfaringer med under intervjuet.

5.6.1 Helsepersonells arbeidshverdag med elektronisk medisineringsstøtte

Seks av sju informanter trakk frem spart tid gjennom reduksjon i antall hjemmebesøk som en mulig første gevinst for de ansatte ved at pasienten hadde en medisindispenser hjemme versus at de dro ut for å gi dem medisinen. De erfarte muligheter for å redusere antallet hjemmebesøk hos de som allerede hadde flere besøk fra hjemmetjenesten hver dag eller unngå å øke opp eksisterende tjeneste ytterligere. Ved å erstatte et fysisk besøk med en medisindispenser så de effekter som redusert arbeidstid, redusert stress, reisetid og kilometer. En informant ga dette eksempelet:

Da kanskje kan vi unngå å øke opp. Hvis vi allerede er der, så bruker vi ikke så mye ekstra tid på å gi dem den medisindosen i tillegg. Men la oss si at det er tre doser til på dagen /.../ så tar hun da selv medisinen utover dagen. Da har man spart noen hjemmebesøk som man kanskje ellers burde hatt.

To av informantene var opptatte av at den sparte tiden kunne bli brukt til at sykepleiere fikk gjort andre arbeidsoppgaver når de sparte et hjemmebesøk. Dette er den andre faktoren som kan være en gevinst for ansatte. Ifølge disse informantene kunne det bidra til at ansatte fikk mer variasjon i arbeidshverdagen, eller at man kunne utsette hjemmebesøket til senere på dagen når pleierne hadde bedre tid og ikke i den mest travle tiden når så mange må ha hjelp samtidig. På denne måten var det en gevinst for ansatte at pasienten hadde en elektronisk medisindispenser. Et sitat om å spare tid:

.../syns jeg at vi sparer jo litt tid på det da. Selv om det ikke tar bort selve besøket. Vi drar jo til pasienten, selv om hun har en Evondos, men da at man .../ bruke tida på noe annet istedenfor å gi medisin og alt det her. De er ikke så avhengige at vi kommer til et tidspunkt da.

At antallet eldre med behov for kommunal helsehjelp øker i omfang var noe fire av informantene kjente til. De opplevde at pasienttrykket i tjenesten økte til tross for at de hadde mellom ti til femten medisindispensere i bruk. De erfarte i tillegg at det hele tiden kom nye pasienter til med behov for bistand. Dermed blir det å bruke elektronisk medisineringsstøtte som et nytt verktøy for å håndtere det økende antallet nye pasienter med behov for hjelp til medisinadministrering en tredje faktor som kan være en gevinst for de ansatte. Om økende antall pasienter i behov av helsehjelp uttalte en av informantene: «Det er ganske mye mer folk som skal ha hjelp med samme personellet som var for to år siden».

Ingen av informantene hadde erfaring med økonomisk besparelse ved å bruke elektronisk medisineringsstøtte. For å få til økonomisk gevinst sa en av informantene at det må være et visst antall dispensere i drift, og at antallet mulig dispensere i drift hang naturlig sammen med pasientgrunnlagene i hver kommune. I tillegg fortalte den ene informanten at leieprisen per medisindispenser i tillegg var høy, slik at det ikke var mulig å se noen økonomisk gevinst på det nåværende driftsgrunnlaget. En av informantene hadde heller ikke sett noen gevinst i form av redusert personellbruk eller reduksjon i vedtakstimer totalt på alle pasientene i sin kommune. Hun uttalte:

Vi har verken redusert vedtakstimer eller timer vi har disponibelt i notus eller i budsjett, har ikke redusert noen ting. Klarer nok mere å holde driften på et sånt rimelig nivå sånn at det ikke trengs så veldig mye mer folk. Det er klart med ti til femten Evondos, så har du ikke den store effekten, nei så man må egentlig ha ganske mange for å se en økonomisk gevinst.

Med disse uttalelsene kan det virke som at gevinster så langt har vært av den mer kvalitative arten for driften og de ansatte, og ikke så mye økonomisk.

En siste faktor som samtlige informantene opplevde som hemmende i innføringsprosessen er knapphet på personellressurser. I arbeidshverdagen opplevde de tidspress. I tillegg hadde det vært stor utskifting blant ansatte og også blant noen av superbrukerne. De nevnte også koronapandemien som en hindring siden det hadde ført til høyt sykefravær, nye rutiner og endrede arbeidsoppgaver med smittevern og smittesporing. Det ble utfordrende å få driften til å gå rundt. Dette hadde ifølge flere informanter blitt et hinder i utrulling av elektronisk medisineringsstøtte. Å ha stabilt personell over tid var en avgjørende faktor for å komme i gang med nye rutiner mente to av informantene. De hadde i aktuell tidsperiode heller ikke hatt tid å jobbe med kartleggingen som må gjøres i forkant av utplassering av en dispenser, samt at det hadde vært vanskelig å samle ansatte for å få opplæring. Jeg velger nedenfor å sitere en av informantene om disse utfordringene:

Nei, det er mer det der med tiden til å gjøre det innimellom alt det andre, altså veldig mange som har mange oppgaver, og de er ganske presset på tid og har hatt høyt trykk på avdelingen. Så det å skulle klare å gjøre et sånt her prosjekt parallelt med alt det andre vi gjør, er kanskje den største utfordringen. Å nå ut til alle siden vi jobber turnus. Men også det der, at man ikke har kunnet møttes alle sammen. Vi har jo endret på organiseringen vår og delt oss inn i mindre grupper for å klare å holde avstand, for at ikke hele personalet skal bli syke samtidig.

5.6.2 Helsepersonells erfaringer med pasientens reaksjoner på elektronisk medisineringsstøtte

Det første jeg vil nevne når det kommer til positive effekter ved innføring av elektronisk medisineringsstøtte er at fire av sju informanter mente at pasientene fikk medisinen til et mer riktig tidspunkt enn om de skulle ventet på at hjemmesykepleien kom innom med dem. De mente at pasientene fikk en bedre helsetjeneste ved at medisintidspunktet og utleveringen ble individuelt tilpasset og til samme tidspunkt hver dag. En av informantene hadde også erfaring med at pasienter maste mindre om å få medisin utenom innstilt tidspunkt, og dette førte til at

medisinen ble gitt jevnt gjennom døgnet. Dermed ble det å forholde seg til faste tidspunkt en stor fordel for enkelte pasienter. En erfaring beskrives slik:

Veldig greit med pasienter som bruker en del smertestillende og gjerne vil pushe litt på tidene, gjerne de som vil ha medisin litt før tiden /... / Da kan du si, men den kommer. Det er fast med klokkeslett. Det er programmert. Det kommer ikke før tida.

Den andre faktoren som informantene anså som en stor gevinst er pasientens mulighet for å bo i eget hjem til tross for økt hjelpebehov. Å bruke elektronisk medisineringsstøtte bidro dermed til at pasientene kunne leve et mer selvstendig liv og ikke måtte være avhengig av andre for å ta medisinen sin. En av informantene sa at pasientene følte seg friere, og at de på en måte ble avhengig av maskinen fordi de var så fornøyde med å håndtere medisinen sin selv. Jeg siterer henne: «Pasienten var kjempefornøyd og synes det fungerte helt fint og slapp å vente liksom, hvis hun hadde lyst å dra ut så slapp hun å vente på at vi skulle komme med medisin». Ordet *mestring* ble dermed trukket frem av flere informanter. Når pasienten ble i stand til å ta medisinen selv uten å måtte be om hjelp, var det positivt for deres følelse av å fremdeles mestre noe selv i hverdagen. En informant fortalte at pasienter hadde gitt uttrykk for at de både mestret teknologien og opplevde det positivt å redusere antallet helsepersonell som kom innom på tilsyn. Hennes utsagn om dette:

Ja vi tenker at pasienter selv liker det, at de mester det og synes det er greit å ha kontroll selv og kan ta medisin når det passer. Må kanskje ha færre besøk, som de kanskje synes er bra, at det ikke blir sånn renn på døren. Jeg tror ikke det er noen som har gitt uttrykk for at de redde for å få mindre besøk av hjemmetjenesten.⁴

En tredje viktig faktor for å få gevinst var å være observant på pasientens helsetilstand og mestring av teknologien underveis. Dette måtte følges opp med jevnlig evalueringer om nytteverdi. En informant uttrykte at pasienten hadde gevinst så lenge han var frisk nok, både kognitivt og fysisk:

Ja det var punktlig så lenge han klarte, han ble jo dårligere til slutt og han klarte ikke følge med tiden, selv om det lyste grønt og det ringte jo på telefonen hans.. Han ble kognitivt dårligere, så da fungerte det jo ikke.

Noen av informantene hadde ikke hatt nok dispensere i drift til å kunne si noe om erfaringer og nytteverdi. De var ennå i startfasen med innføring av dette tjenestetilbudet slik at det var

for tidlig å si noe om gevinster. To av informantene som derimot hadde prøvd ut dispensere, var usikre på om dette hadde hatt noen gevinst. De hadde avsluttet sine dispensere og gått tilbake til ordinær utdeling. De erfarte dermed at det fantes enklere måter å administrere medisintilbringingen på, og som allerede fungerte hensiktsmessig. De hadde erfaring med at multidose fungerte bra, og at de benyttet seg av et alternativ til elektronisk varsel med en bordkalender med kryss slik at hjemmesykepleien kunne se at pasienten hadde tatt medisinen. Et utsagn om dette:

Da ser jeg jo at de har liggende for flere dager og så lager de seg kryss på kalenderen /.../ Sånne som er begynt å bli litt glemsk. Så hadde det blitt så mye bedre med den der store maskinen? Nei, jeg bare lurer jeg

Som en fjerde faktor i forhold til konsekvenser ved bruk av elektronisk medisineringsstøtte vil jeg trekke frem befolkningstetthet og geografiske forhold. Dette var et tema et mindretall av informantene tok opp, men dette var av slik interesse at det må nevnes. Informantene undret seg over om det kunne være forskjell på gevinster når det gjaldt antall dispensere i bruk i bykommuner og distriktskommuner. De undret seg over om det var enklere å innføre medisindispensere i en by der folketallet var høyere, og det var flere pasienter å velge mellom, enn i en liten distriktskommune hvor pasientgrunnlaget var mer begrenset. Et sitat om dette: «Det kan jo hende at/.../ har veldig mange flere aktuelle pasienter».

Informanten kunne heller ikke se noen gevinster med å innføre en eller to dispensere, men antok at dette hadde vært annerledes om antallet dispensere i drift hadde vært høyere. En annen informant fortalte at hun hadde vært i kontakt med en by, og de i samme perioden hadde mange medisindispensere i bruk. Hun konkluderte derfor med at en distriktskommune med færre innbyggere har større utfordringer med å rekruttere nye pasienter som brukere av elektroniske medisindispensere med bakgrunn i folketallet.

Ensomhet blant de eldre er en femte faktor som må nevnes som mulig konsekvens for de eldre, og tre av informantene var opptatt av at teknologi ikke måtte føre til at pasientene ble mer ensomme. De hadde fått tilbakemeldinger fra pasienter som var redde for å miste den daglige kontakten med de ansatte i hjemmesykepleien: »De var redde for å miste menneskelig kontakt». Et annet sitat om det samme:

Vi skulle ha vært på det besøket for å gi medisinen /.../ Så det fører jo mange ting med seg med både ensomhet og at pasienten tenker «Jeg har jo gledet meg til det der besøket og så er det maskinen som skal fortelle meg at jeg skal ta medisinen» Det er jo greit med velferdsteknologi til en viss grad.

En av informantene hadde erfaring med at en pasient valgte bort teknologi til fordel for et fysisk besøk av personale for å beholde sosial kontakt:

De kan jo alltid argumentere med at den er stor, den er klumpete, og det kan jo hende at de mener det også, men samtidig så er det kanskje en måte for å holde kontakt med personalet på. Han var jo en sosial mann.

Det var ikke bare pasientene som var redde for å gi slipp på den menneskelige kontakten et fysisk hjemmebesøk innebar. Som ansatt i hjemmesykepleien opplevde en av informantene selv at det var vanskelig å skulle overlate pasienten til seg selv, og var opptatte av det sosiale aspektet ved at en pasient fikk daglige besøk av ansatte. Hun beskrev: «At det blir mer og mer ut av det, men samtidig så er jeg jo litt redd for å miste, at vi distanserer oss fra pasienten, for det er jo kjempeviktig med at vi er der for de som trenger det».

En annen var opptatt av at teknologien ikke måtte ta helt over fysiske besøk: «Det må jo ikke bli sånn at det blir så mye velferd at man ikke har kontakt med pasienten, for det er jo en viktig del».

Å ha en elektronisk medisindispenser ville ifølge halvparten av informantene ikke bare kunne ha positive effekter med tanke på økt livskvalitet som nevnt ovenfor. En sjette faktor er pasientenes avhengighet til å være hjemme på medisintidspunktet, og ble dermed hemmede for sosial kontakt med andre. Pasienter følte seg mer bundet opp til å være hjemme når de hadde en dispenser versus det å få et fysisk besøk. En beskrivelse av et slikt tilfelle var:

Det negative er at de føler at de ikke orker eller har kunnskap om å ta ut reisemodus, sånn at de føler at de må være hjemme til medisintiden. Det har jeg opplevd, og at de sitter og venter på det, eller at de må skynde seg hjem for å rekke det. Hvis avtalen de har, gjøremålet de har, tar litt lengre tid enn planlagt, så føler de at de må avbryte det for å dra hjem for å ta medisin.

5.6.3 Helsepersonells erfaringer med pårørendes reaksjoner på elektronisk medisineringsstøtte

Når det gjelder innvirkningen innføringen av en elektronisk medisindispenser kan ha hatt for pårørende hadde halvparten av informantene noen tanker rundt dette. De erfarte at pårørende som bodde hjemme sammen med syk ektefelle kunne føle seg friere til å dra ut, og de opplevde det som positivt å slippe å vente på at hjemmesykepleien skulle komme innom for å gi medisiner. Et eksempel på en pårørendes erfaring:

Hun var veldig positiv til det til å begynne med. /.../ Det var kjempeflott, for da kunne jo hun dra ute og trengte ikke være hjemme til faste klokkeslett. /.../ Så da kunne jo hun dra på butikken og visste at han tok medisinene sine. Så det var jo befriende for henne, den perioden.

En informant sa også at de pårørende opplevde trygghet ved at medisinen ble tatt til riktig tidspunkt: «Pårørende blir da også mer trygg på at de får den medisinen de skal ha når de skal ha den» En annen hadde også opplevelse av at de pårørende var fornøyde med et alternativ til et fysisk hjemmebesøk, og beskrev det slik:

det er jo veldig godt når pårørende blir fornøyd og de ser at vi har noe som fungerer for dem /.../ Det var en veldig god ting å oppleve. Pårørende ønsker alt det beste for sine , og det å møte dem med at man kan finne noen løsninger som gjør at de blir fornøyde og at de føler det at her blir deres nære godt ivaretatt , gir det en god følelse.

6 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg drøfte resultatene i studien opp mot tidligere forskningen og presentert teori med den hensikt å besvare studiens problemstilling: «*Hvilke erfaringer har helsepersonell i fire hjemmetjenestedistrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?*». Analysen skal fungere som en bro mellom rådata og konklusjon ved at datamaterialet blir fortolket, sammenfattet og plassert i en kontekst av eksisterende kunnskap (Malterud, 2002). Datagrunnlaget er basert på informantenes erfaringer og opplevelser med å bruke elektronisk medisineringsstøtte. Når jeg nå skal diskutere disse ulike erfaringene fra empirikapitlet så ser jeg at det er hensiktsmessig å diskutere dem under andre overskrifter enn overskriftene i empirikapitlet. Jeg har valgt å kalle hovedtemaene i diskusjonen for: 1. Suksessfaktorer for gjennomføring av velferdsteknologiprojekt, 2. Hindringer for gjennomføring av velferdsteknologiprojekt og 3. Erfaringer med konsekvensene av å gjennomføre velferdsteknologiprojekt.

6.1 Suksessfaktorer for gjennomføring av velferdsteknologiprojekt

I undersøkelsen deltok fire hjemmetjenestedistrikt. Tanker om *bruk* av velferdsteknologi var ofte uavhengige av disse grenselinjene, men når det gjaldt *forståelsen* av suksessfaktorer skilte ett hjemmetjenestedistrikt seg tydelig ut. Jeg skal derfor se litt nærmere på de erfaringene informantene fra dette hjemmetjenestedistriktet bidro med. Ansatte fra denne avdelingen formidlet en annen forståelse og oppfatning av implementeringsfasen enn de andre deltagerne som senere ble involvert. Det er særlig erfaringer fra denne avdelingen, heretter også kalt pilotprosjektet, som presenteres i dette kapitlet, og det er disse erfaringene som best beskriver suksessfaktorer i innovasjonsprosessen.

6.1.1 Helsepersonells ulike roller i innovasjon

I det hjemmetjenestedistriktet som var først ute med velferdsteknologi i vårt område, beskrev informantene gunstige oppstartsbetingelser. De beskrev ansatte med frikjøpt tid, de beskrev en engasjert leder og opplevelse av eierskap til teknologien ved at de eide og disponerte medisindispenser selv. De kom i tillegg i gang før koronapandemien slik at de hadde

opplevd et handlingsrom uten unødige forstyrrelser i forkant. Ansatte med rollen som superbruker kom tidlig inn i implementeringsfasen. Informantene beskriver, dette som en mer *samarbeidsdrevet innovasjon* og mindre ledelsesstyrt. Eierskap, forståelse for prosjektet og ikke minst tilgang på kunnskap, trekkes frem av informantene som fordeler dette hjemmetjenestedistrikt har hatt versus de andre, som skal gjennomføre elektronisk medisineringsstøtte direkte inn i daglig drift.

Lederrollens betydning og spesielt lederens engasjement trekkes frem av flere informanter som en suksessfremmende faktor. Ansatte i dette distriktet opplevde leder som en pådriver i prosjektet, og informantene beskrev at lederen fikk de ansatte med seg. Lederrollens betydning trekkes også frem som en suksessfaktor i faglitteraturen omkring innovasjonsprosesser. Totcheva et al. (2019) skriver at skal man lykkes med slike prosesser er det viktig at ledere slutter seg til innovasjonsprosjektet, men at det er medarbeiderne som bør delta i selve *innovasjonsutviklingen*. En leders viktigste oppgave er dermed å skape og utvikle relasjoner mellom medarbeidere slik at beslutninger som tas gir mening også for dem som skal gjennomføre innovasjonen, hevder de. Filstad (2016) peker på at det er leder på avdelingsnivå som skal skape mangfold i kompetansen blant ansatte og som skal oppmuntre dem til nyteknisk og eksperimentering i gjennomføringen av velferdsteknologiske innovasjonsprosesser. Dette innebærer i vår sammenheng at en mellomleder i hjemmetjenesten bør fungere som en veileder og tilrettelegger for de ansatte i en slik innovasjonsprosess, og det er nettopp en slik tilretteleggerrolle informantene fra pilotprosjektet beskrev at deres leder hadde.

Ansatte på alle nivåer i tjenesten ble trukket frem av informantene som viktige personer i driften av nettopp elektronisk medisineringsstøtte. Totcheva et al. (2019) peker imidlertid på at det ligger noen premisser til grunn for utviklingen av et slikt engasjement, for det er først når medarbeiderne får ta egne valg, at motivasjonen for endringsarbeid vekkes. Informantene hevdet at tilrettelegging for å muliggjøre denne typen valg, handlet om å tilføre superbrukere som bidrar med opplæring, raske løsninger og trygghet i hverdagen. Gjennom å ha flere ansatte i rollen som superbrukere, legges det til rette for nærhet og eierskap nedover i organisasjonen, mente informantene. De ansatte erfarte at superbruker nettopp hadde et slikt eierskap til innovasjonsprosessen og i tillegg en kunnskap om hvordan teknologien fungerer. Denne typen eierskap og lett tilgang på teknologisk kompetanse fra superbruker, hadde en

smitteeffekt over på personalet, ifølge informantene. Denne beskrivelsen ser ut til å gi Stjørdal kommune (2020) rett når de hevder at superbruker kan fungere som en budbringer av tema både opp og ned i organisasjonen.

Når det gjelder de øvrige ansatte i hjemmetjenesten, har også disse en viktig rolle. Flere av informantene fremhever vanlige ansattes engasjement som nøkkelfaktoren dersom man skal lykkes med å innføre elektronisk medisineringsstøtte. De påpeker at ansatte som er motiverte lettere fremsnakker prosjektet, tar eget ansvar ved for eksempel å finne aktuelle pasienter som kan benytte den nye teknologien. Informantene understreker at motiverte ansatte ser de muligheter og det potensialet velferdsteknologi kan ha, også med tanke på å frigjøre tid for ansatte og øke pasientens selvstendighet. Liknende tanker finner vi igjen i faglitteraturen. Innovasjonslitteraturen ser også på ansatte som særdeles viktige for å oppnå suksess i innovasjonsprosesser. KS (2018, s. 1) understreker nettopp medarbeiderens rolle ved å kalle dem for «nøkkelen for at nye løsninger settes i gang, gjennomføres og skaper verdi». Dette innebærer at for å få etablert elektronisk medisineringsstøtte som et nytt tilbud i en eksisterende helsetjeneste, må man som Høiland og Willumsen (2015) peker på å involvere medarbeiderne slik at de får det nødvendige eierskap til prosjektet

6.1.2 Samarbeidsdrevet innovasjon

Det er imidlertid ulike måter å involvere ansatte på i en slik innovasjonsprosess, en medarbeiderstyrt og en samarbeidsstyrt prosess (Høiland & Willumsen, 2015).

I den medarbeiderstyrte prosessen skjer innovasjon gjennom det daglige arbeidet. De ansatte har kjennskap til målgruppen og hvilke utfordringer som finnes lokalt på en arbeidsplass. I dette tilfellet oppstår innovasjonen spontant fra *medarbeidere* uten ledelsesforankring (Høiland & Willumsen, 2015). Innenfor innføringen av velferdsteknologi, og i vårt tilfelle elektronisk medisineringsstøtte, er det ikke mulig å bruke en slik medarbeiderdrevet innovasjonsprosess, fordi innføringen krever både økonomiske tilskudd og andre organisatoriske tiltak for å kunne realiseres. Sirnes (2015) skriver at en innovasjon må forankres på begge plasser, både administrativt og faglig, samt at ledelsen på ulike nivå må involveres for å inkludere medarbeidere og sikre god forankring blant ansatte. Informantene fra pilotprosjektet forteller at ansatte, de utvalgte superbrukerne, i deres hjemmetjenestedistrikt ble involvert i prosessen først når den elektroniske

medisineringsstøtten skulle innføres i deres distrikt. Ifølge teorien om innovasjonsprosessens faser var dette da implementeringsfasen. I implementeringsfasen opplevde informantene at det gjensidige samarbeidet med igangsetterne av prosjektet, altså lederne begynte. Når ansatte på flere nivå i en organisasjon samarbeider gjensidig om et prosjekt oppnår man den innovasjonsformen som Høiland & Willumsen (2015) kaller for en samarbeidsdreven innovasjon.

Ved å benytte en samarbeidsdreven innovasjon hvor samarbeidet skjer mellom toppledelsen og ansatte på ulike tjenestenivåer skriver Høi et al. (2017) at det på denne måten er mulig å oppnå en vellykket innovasjon. Ifølge informantene er det dermed viktig at lederne engasjerer seg og at superbrukerne samt de øvrige ansatte involveres i innovasjonsprosessen og utvikler eierskap til den, samt har tilgang til teknologisk kompetanse. For å lykkes med forankringen av elektronisk medisineringsstøtte i pilotprosjektet har en av suksesskriteriene vært å involvere og bruke de ansatte tidlig i prosjektet og som en likeverdig partner underveis. Det er denne organiseringen av innovasjonsprosessen som gjør at problemer kan løses effektivt og hverdagen fungerer, hevder informantene. Det er viktig å legge merke til at de mest positive ansatte i min studie synes å komme fra det hjemmetjenestedistriktet som har holdt på lengst med elektronisk medisineringsstøtte, de i pilotprosjektet og som har hatt de spesielt *gunstige oppstartsbetingelsene*.

6.1.3 Kompetanseheving i form av uformell opplæring

Kompetanseheving og kunnskap hos ansatte var noe samtlige informanter var opptatte av. Informantene fremhevet dette som et av hovedkriteriene for om man lykkes eller ikke med innføringen av elektronisk medisineringsstøtte. Opplæringen innen velferdsteknologi ble av informantene kategorisert i forhold til hvor langt uti innovasjonsprosessen den ble gitt til hver enkelt ansatt. I implementeringsprosessen var det ledere og superbrukere som fikk opplæringen direkte fra leverandøren av teknologien. I spredningsfasen ble øvrig helsepersonell inkludert i kompetansehevingen ved at de fikk opplæring av superbruker på selve teknologien. To typer opplæring fremheves som særlig virksom, nemlig opplæringen som ble gitt av superbruker, og den interne opplæringen hvor ansatte har lært opp hverandre, altså den praksisnære teknologioplæringen.

Å spre kunnskap kun via superbruker blir opplevd som nyttig, da superbruker hadde mer kunnskap og hadde avsatt tid til å drive med opplæringen. Ulempen med å kun få opplæring av superbruker var at disse personene kun jobbet på dagtid. Ulike arbeidstidsordninger i et turnusyrke gjør det nødvendig at alle ansatte har kunnskap om både fagsystemer og selve medisindispenseren for at man skal kunne drifte denne tjenesten. Det er derfor nyttig at opplæringen også kunne gis av ansatte med tid og anledning både på kvelder og i helger. De sosiale begrensingene som koronapandemien førte med seg, har imidlertid gjort det vanskelig å samle ansatte til felles opplæring, og det er kanskje derfor at den interne opplæringen gitt av superbruker og ansatte mellom ansatt oppleves spesielt vellykket. Ved å være færre sammen under opplæring har opplæringen kunne foregå ute i det praksisnære feltet hjemme hos pasienten. Kleiven et al. (2020) gjorde en studie der de så på *Helsepersonells erfaringer med implementering av digital legemiddeldispenser i hjemmetjenesten*. De fant i sin studie at uformell opplæring av de ansatte er viktig når man skal innføre noe nytt på en arbeidsplass. Disse forskerne trekker særlig frem betydningen av ressurspersoner for eksempel i form av å dele informasjon og erfaringer med sine kollegaer for å skape felles forståelse og et miljø for kunnskapsdeling. Det som er verdt å merke seg er at samtlige av våre informanter trakk frem betydningen av ressurspersoner i form av opplæring gitt av superbruker.

En superbruker som er til stede i avdelinger og med hjem til pasienter har vært sett på som nyttig i en oppstartsfase, og denne opplæringen får merkelappen «høy kvalitet» over seg. De ansatte trekker også frem at det å lære av hverandre, og være to- og to sammen i opplæringen er nyttig. Sammen har de øvd internt på avdelingen på å håndtere varsler ved å ha en øvingsmaskin stående til opplæringsformål. I tillegg har de vært flere sammen hos pasienten for å gjøre det samme. Disse to eksemplene kan ses på som vellykkede former for kompetanseheving innenfor organisasjon, og er et eksempel på *organisasjonslæring*. I teorien om organisasjonslæring skriver Filstad (2016) at det er flere forutsetninger som må være til stede for at slik læring kan skje. Den første forutsetningen er at det foregår individuell læring hvor individet er deltaker i en praksis. Dette oppnås gjennom at de ansatte må prosessere kunnskap om å bruke teknologien hver for seg før de kan dele den med andre. Innarbeidingen av individuell kunnskap får de gjennom å prøve ut teknologi sammen med en annen som allerede har kunnskapen innarbeidet. Den andre forutsetningen til Filstad (2016) er at det må foregå en kunnskapsdeling mellom individene som igjen fører til kollektiv læring. I min studie har dette skjedd ved at ansatte først lærer seg med medisindispenseren en etter en, frem

til at dette blir en innøvd kunnskap og ferdighet som alle i hjemmetjenestedistriktet mestrer. Å være bevisst på og ha fokus på et slikt kontinuerlig arbeid hevder Filstad (2016) dermed må til for å oppnå felles forståelse for bruken av elektronisk medisineringsstøtte. Denne formen for organisasjonslæring opplever informantene som vellykket uavhengig av om de var med i pilotprosjektet med de mest gunstige oppstartsbetingelsene, eller om de jobbet i et hjemmetjenestedistrikt med mer toppdrevet forankring.

Det er flere måter å oppnå den individuelle læringen Filstad (2016) beskriver, og informantenes beskrivelse kan plasseres inn under det begrepet hun kaller for organisasjonslæring gjennom arbeidsplasslæring (Filstad, 2016). *Arbeidsplasslæringen* skjer på arbeidsplassen og i relasjon til menneskers arbeidsliv. Det er tre kjennetegn som må være til stede for at man kan bruke dette begrepet; uformell opplæring, forståelse av arbeidsplassen som et læringsmiljø og betydningen av refleksjon som avgjørende for kunnskapsutvikling (Filstad, 2016). Boud og Symes (2000) skriver at: «Læring på arbeid er en form for læring som skjer på dag-til-dag-basis på arbeidsplassen ved at medarbeidere tilegner nye egenskaper eller utvikler nye tilnærminger til å løse problemer» (Boud & Symes, 2000, s. 14). Informantene beskriver at på noen arbeidsplasser foregår slik læring gjennom at de lærer opp hverandre i bruken av den elektroniske medisindispenseren. I og med at opplæringen er så konkret rettet mot et verktøy de bruker i arbeidshverdagen opplevde noen av informantene at arbeidsplassen ble en læringsarena for å bruke teknologi ut mot pasientene. De får også anledning til å drøfte oppståtte problemer og i felleskap søke løsninger på problemene. På andre arbeidsplasser derimot skjer det ikke så mye slik læring fordi de har få medisindispensere i bruk, og ikke har en prøvemaskin stående på arbeidsplassen sin. Her blir ikke opplæringen like rutinemessig og forutsigbar, men blir gjort mer akutt når det skal plasseres ut en dispenser.

Et annet viktig moment som påpekes av informantene angående opplæring, er betydningen av kunnskapens overføringsverdi for eksempel mellom ulike avdelinger i samme kommune. Det handler blant annet om at pasienten kan benytte seg av samme teknologi både hjemme og på institusjoner. Informantene fremhever at for pasienten ville det innebære at opplæringen og innlæringen skjer en gang, og at man ikke stadig må lære seg nye systemer. Informantene forteller om et nytt kvalitetssystem hvor ansatte ved behov har tilgang på rutinebeskrivelser, bruksanvisninger og opplæringsvideoer via nettbrettet opp slik at den enkelt tjenesteyter kan

gjøre feilsøking og retting ute hos pasientene der og da. Å ha slik enkel tilgang mener de vil bidra til å øke kvaliteten på tjenesten og gjøre det enklere å bruke teknologi som en mestringsmulighet. Faglitteraturen peker nettopp på hvordan det å overføre kunnskap mellom ansatte og mellom avdelinger skjer gjennom slik sosial samhandling. Filstad (2016) bruker begrepet *organisasjonslæring gjennom deltakelse* om denne typen kunnskapsoverføring.

Innenfor organisasjonslæring gjennom deltakelse er det to sentrale begrep; situert læring og praksisfellesskap. Dette betyr at læringen er en kontinuerlig prosess som skjer gjennom deltakelse i sosial praksis. Kunnskapen utvikles der den har forankring og problemene løses mellom kollegaer. Å være på innsiden av sosial praksis og ha tilgang til de sosiale fellesskapene der ansatte praktiserer sammen på en arbeidsplass, bidrar til å utvikle strategier, skape innovasjon, løse problemer eller utvikle entusiasme for et temaet (Filstad, 2016). Hean et al. (2009) skriver at læring og kunnskap ikke oppstår fra våre «hoder» men gjennom sosiale relasjoner som er situasjonsbasert og som handler om samarbeidskompetanse. Noen informanter beskriver problemer som oppstår når slik samarbeidskompetanse på arbeidsplassen ikke finnes. De forteller blant annet om utfordringer med bemanningssituasjonen både i de ulike hjemmetjenestedistriktene, men også at superbrukere og ledere slutter. Å skape en god arena for læring gjennom deltakelse blir krevende, og de lykkes ikke med å få til en slik praktisering på arbeidsplassen.

Ulikheter med erfaring og kompetanse på type teknologi, om det ble brukt Evondos, Medido eller Pilly var også en hindring i å overføre kunnskap mellom avdelingene. Det blir dermed ikke mulig å utvikle og vedlikeholde kunnskap når det ikke er stabilt med tanke på personellressurser og ulik kunnskap om teknologi hos ansatte på de ulike hjemmetjenestedistriktene.

En annen form for organisasjonslæring som informantene nevnte, men ikke vektla i like stor grad, er den individuelle opplæringen som enkelte ansatte har tilegnet seg enten gjennom studier eller kurs om velferdsteknologi. Denne formen for læring blir av Filstad (2016) benevnt som *organisasjonslæring som individuell kognitiv læring*. Disse ansatte har tilegnet seg personlig kunnskap, men det er ingen automatikk i at individuell læring fører til organisasjonslæring, hevder hun, da en slik form for kunnskap ofte kan bli noe hver enkelt

eier uten av det deles og formidles videre i personalet. Eller som Billett (2004) skriver at læring på individnivå forstås som hvordan enkeltpersoner tenker og handler.

Oppsummert om kompetanseheving og kunnskap hevder informantene i min studie at den interne opplæringen gitt av superbruker til enkelt ansatte, samt opplæringen øvrige ansatte mellom er avgjørende for bruken av elektronisk medisineringsstøtte. Informantene formidler at man må se utover individuell kompetanse hos hver ansatt, og mer på læring innad i organisasjonene for å oppnå suksess i innføring av elektronisk medisineringsstøtte en ny tjeneste. Læring på arbeidsplassen er den opplæringsformen som har fungert best for de ansatte i min studie.

6.2 Hindringer for gjennomføring av velferdsteknologiprojekt

Vi har så langt sett på de faktorene informantene trekker frem som suksessfaktorer i innovasjonsprosessen. Nå skal vi dreie fokuset over til hva informantene hadde å si om de faktorene som hadde fungert som hindringer, og dermed som hemmende i innføringen av elektronisk medisineringsstøtte.

6.2.1 Toppstyrt forankring av elektronisk medisineringsstøtte

Avgjørelsen om å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte ble tatt av den øverste politiske og administrative ledelsen i samarbeidskommunene. Det er kommuneledelsen som har initiert innføringen av elektroniske medisindispensere og kommet med forslag for strategier til å komme i gang. En slik fremgangsmåte betegnes ofte som en «top-down»-prosess (Andersen et al., 2015). Høiland og Willumsen (2015) viser til at det er nødvendig at toppledelsen i en organisasjon er involvert i en viss grad da det er toppledelsen i organisasjonen som har det nødvendige handlingsrommet til å igangsette tiltak, sette av penger og lage føringer for et nytt prosjekt. Informantene opplevde i den forbindelse at forankringen i den øverste ledelsen har vært god. Forankringen hadde vært god fordi ledelsen i kommunen var kjent med de nasjonale føringer og pålegg som kom fra regjeringen, samt at de hadde grundig kunnskap om kommunens økonomi og handlingsrom for å ta i bruk velferdsteknologi. Det nasjonale programmet for velferdsteknologi var igangsatt av Helsedirektoratet og kommunenes egen

organisasjon, Kommunenes Sentralforbund (KS). Kommuneledelsen var dermed gjort kjent med dette og hadde allerede tatt stilling til at dette skulle prioriteres.

Flere av informantene opplevde det som problematisk at avgjørelsen var så ledelsesstyrt, og at de som ansatte ikke hadde fått være med i beslutningen. Disse informantene beskrev at de ikke var involvert i det hele tatt, og at en dag ble medisindispenseren levert ut hos dem. De opplevde at innføringen var besluttet uten å involvere dem, og de måtte finne aktuelle kandidater som kunne passe for dette nye tilbudet. Ifølge dem var ikke behovet for å bruke elektronisk medisineringsstøtte kartlagt godt nok på forhånd, og de opplevde at de ikke hadde aktuelle pasienter som kunne nyttiggjøre seg av dette tilbudet. De to første fasene i innovasjonsprosessen, som er ide- og seleksjons-fasen (Willumsen et al., 2015), er dermed initiert og gjennomført av den øverste ledelsen i prosjektkommunen slik informantene beskriver det.

Det er dermed den videre innovasjonsprosessen og forankringen *ned i organisasjonen* som blir viktig for å gjennomføre denne innovasjonsprosessen i praksis ute i de ulike hjemmetjenestedistriktene. Informantene fortalte at de ansatte dessverre hadde liten kjennskap til de valg som var tatt på vegne av dem. Denne studien viser at endel ansatte ble kjent med teknologien først da den ble kjøpt inn og skulle iverksettes ute i de ulike hjemmetjenestedistriktene. Her var pilotkommunen et unntak på grunn av tidlig involvering i prosessen ved leder og superbrukere samt eierskap til egne medisindispensere. De hadde som tidligere nevnt særlige gunstige oppstartsbedingungen og dermed en forankring langt nedover i systemene tidlig i prosessen.

Informantene viser til manglende forankring som et viktig tema og de mener at det er flere grunner til nettopp denne manglende forankringen. Bestemmelsen om å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte i hjemmesykepleien var i de fleste av disse kommunene en toppstyrt beslutning som ikke fra starten inkluderte ansatte ute i hjemmetjenestene i kommunene. Informantene beskrev et gap mellom det reelle behovet for elektronisk medisineringsstøtte kontra antallet i innkjøp og som skulle plasseres ut hjemme hos pasientene. Noen av informantene hevder at for lite og får dårlig informasjon både til ansatte, pasienter og pårørende om det nye tjenestetilbudet ble en hindring i å få igangsatt medisindispenserne. En ulempe med en slik toppstyrt beslutningsprosess som den informantene beskriver er at toppledelsen i en kommune har liten kjennskap til de ulike tjenestoområdene som de

planlegger innovasjon for, ifølge innovasjonsteorien til Høiland og Willumsen (2015). Informantene, unntatt de i pilotprosjektet, mener dermed at ulik forståelse for bakgrunnen av prosjektet har ført til vanskeligheter med å få igangsatt det.

Det var heller ikke enighet og forståelse blant de ansatte om å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte som en ny tjeneste. Når de ansatte opplever at bestemmelsen er tatt over hodet på dem, føler de dermed ikke noe eierskap og ansvar for innføringen av elektronisk medisineringsstøtte i sin hjemmetjeneste. Høiland og Willumsen (2015) hevder at ansatte dermed får lav grad av eierforhold til et prosjekt som de ikke har vært med på å beslutte innført i motsetning til en mer samarbeidsdrevet prosess som gir en helt annen type forankring nedover i organisasjonen.

Informantene viser også ulik holdning til innføringen av elektronisk medisineringsstøtte. De som er mest positive til innovasjonsprosessen er de som har rollen som superbrukere, mens ansatte med ordinær ansatt-rolle oppleves som mer avventende til å ta i bruk medisindispenseren. En slik forskjell kan ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) handle om frykten for det ukjente. En superbruker har fått mer informasjon og opplæring enn en ordinær ansatt. Dette betyr dermed at superbrukeren har vært tidligere involvert i prosessen enn de øvrige ansatte og tidligere blitt gjort kjent med endringene.

Når det er mye som er ukjent med tanke på bakgrunnen for en innovasjonsprosess, kan det dermed skape grobunn for engstelse omkring hensikten med tiltaket. Kleiven et al. (2020) viser at helsepersonells motstand mot teknologi blant annet kan forklares med at ansatte har for liten kunnskap om og forståelse for hensikten med å ta i bruk teknologi. De kan derfor oppleve en frykt for å bli erstattet og tenke at det å erstatte dem med et billigere alternativ er hensikten med innovasjonen. Resultatene fra min studie viser nettopp at noen av de ansatte er redde for å miste den daglige kontakten de har med pasientene og hvordan det å erstatte dem med en dispenser kan gå ut over tjenestemottaker. Informantene beskriver en skepsis mot å ta i bruk teknologi, og erstatte et fysisk hjemmebesøk med en elektronisk medisindispenser. Denne skepsisen blir dermed en hemmende faktor i innføringen av dispensere som en ny helsetjeneste. Kleiven et al. (2020) skriver at ansatte er redde for å bli erstattet når teknologi tas i bruk. Ansatte kan ha ulike grunner til slik engstelse. Endringer i arbeidsoppgaver kan blant annet oppleves som tap av identitet som yrkesutøver og slike identitetstap kan være en

av grunnene til at ansatte viser motstand mot organisasjonsendringer (Jacobsen og Thorsvik (2013)).

I samarbeidskommunene har kommuneledelse altså bestemt at teknologi skal være et arbeidsverktøy som skal brukes i helsetjenestene, og de satser både penger og avsatt tid til prosjektmedarbeidere for å få dette til. Ifølge informantene ble de ansatte i liten grad trukket inn i den innledende fasen av innovasjonsprosessen, bortsett fra når det gjaldt pilotprosjektet. Motiverte og engasjerte medarbeidere kan ses på som nøkkelen til suksess i innovasjonsprosesser, og fordi ansatte har kjennskap til hverdagspraksisen i en organisasjon, er sjansene mye større for å lykkes når de blir tatt med fra begynnelsen (Totcheva et al. (2019). Totcheva et al. (2019) er derfor helt klar på at lederne bør støtte opp om innovasjonsarbeidet, men at det er medarbeiderne som står for selve utviklingen. Informantene i min studie beskrev mangel på nettopp denne typen deltagelse i utviklingen av den daglige praksis. Av de tre ulike elektroniske medisindispenserene på markedet hadde de stort sett bare hatt anledning til å benytte den ene typen, Evondos. En slik mangel på medvirkning i valg av teknologi har vært medvirkende til en litt svak motivasjon og labert engasjementet hos ansatte, hevder informantene. Høiland og Willumsen (2015) mener at medarbeidere bør være med allerede fra idéutviklingsfasen i et prosjekt for å finne løsninger med bakgrunn i brukerens behov. Topplederen har liten kjennskap til disse individuelle behovene og det er noe av svakheten ved en toppstyrt innovasjonsprosess (Høiland og Willumsen, 2015).

Informantene mente at innovasjonsprosessen hadde vært godt forankret i ledelsen ved at ledelsen hadde sett behovet for medisindispensere og hadde vært sterkt involvert i gjennomføringen av prosjektet. Innovasjonslitteraturen hevder imidlertid at den viktigste fasen i en innovasjonsprosess er spredningsfasen (Breimo, 2015; Willumsen et al., 2015). Mine informanter er enige med kunnskapen fra innovasjonslitteraturen når de hevder at for å få til god forankring, involvering og implementering av elektronisk medisineringsstøtte, må ansatte ute i hjemmetjenestene være mer involverte gjennom hele prosessen, men føyer til at det ikke har skjedd. Siden de ansatte kom sent med i innovasjonsprosessen har det hatt en negativ innvirkning på ansattes engasjement i innføringen og utbredelsen av elektronisk medisineringsstøtte.

6.2.2 Tverrfaglige samarbeidsutfordringer

Informantene bruker tid på å beskrive et tema jeg har kalt samarbeid. En av informantene kaller det «sømløse tjenester». I begrepet «sømløs» ligger tanken om at det må være enkelt for pasienter, pårørende og ansatte å ta imot helsetjenester. Informantene sier at det handler mye om et velfungerende *samarbeid mellom alle involverte parter*. De beskriver at ved innføring av elektronisk medisineringsstøtte må flere enheter innad i kommunen samarbeide for å få prosjektet realisert. I innovasjonsprosessen beskrev informantene at de naturlige samarbeidspartnerne var kommunenes fastleger, de ulike hjemmetjenester, tildelingsenheter, hjelpemiddelansvarlige og den private aktøren som tilbyr teknologi, og ikke minst supporttjenesten som skal besvare alarmer. Informantene opplevde dette som krevende. Informantene opplevde det som mest krevende å få til et samarbeid med fastleger som måtte legge om sin praksis med tanke på hvordan reseptforeskrivningen foregikk. De opplevde også at tilgangen til selve medisindispenseren var mer tungvint når de nå var plassert på et felles lager i kommunen fremfor hos hver enkelt enhet. Dette førte til at igangsettingen ikke gikk sømløst, og at det ble brukt mye tid på å vente på andre instanser. Nakrem og Kiran (2019) peker nettopp på betydningen av samarbeid på ulike nivå for å lykkes med å innføre velferdsteknologi. De presenterer ordet «samskaping», som betyr at alle «kundene må være aktive i tjenesteutviklingen» (Nakrem & Kiran, 2019, s. 3). Kundene i denne sammenhengen er de aktørene informantene beskrev overfor.

Kleiven et al. (2020) er tydelig på at både ledelsen, ansatte og leverandøren må være involvert i samarbeidet slik at teknologien både utvikles og benyttes i den konteksten den er tenkt til. Flertallet av informantene i min studie har liten kjennskap til et slikt samarbeid. Den ene informanten som har kjennskap til slikt samarbeid, var deltager i pilotprosjektet og hadde gunstigere oppstartsbedingungen enn ansatte i de andre hjemmetjenestedistriktene. Når de ansatte i øvrige hjemmetjenestedistrikt ikke kjenner seg igjen i en slik beskrivelse av det nødvendige trepartssamarbeidet kan det tyde på at et slikt samarbeid ikke har skjedd i tilstrekkelig grad.

En annen samarbeidspartner informantene mener er av stor betydning for å lykkes med innovasjonsprosessen er pårørende. Informantene i studien erkjenner at både informasjon til og samarbeide med pårørende har vært for dårlig i deres innovasjonsprosjekt. Særlig ute i distriktene ser informantene at de har et uforløst potensial når det gjelder å få plassert ut

medisindispensere for å få realisert gevinster. Selve driften av dispenserne er også utfordrende, og informantene mener de fremdeles har mye å vinne på å få pårørende mer involvert med tanke på å gjøre enkel supporttjeneste. Nakrem og Kiran (2019) anser også pårørende som en viktig samarbeidspartner. Ifølge dem må pårørende være med helt fra starten når man skal innføre noe nytt, da pårørende både kan se det reelle behovet og være en pådriver underveis i driften. Det kan se ut til at informantene i min undersøkelse opplever at pårørende kom for sent inn i innovasjonsprosessen. Det kan ha begrenset den effektive utnyttelsen av denne tjenesten fordi man ikke har fått de nødvendige innspill og drahjelp fra pårørende tidlig i prosessen.

6.2.3 Personalets tanker om innovasjonsprosessen

Når det kommer til selve igangsettingen og utrulling av elektronisk medisineringsstøtte forteller informantene at pasientene ikke etterspør dette tilbudet selv. Informantene knytter den manglende etterspørselen til at pasienter og pårørende ikke ble trukket med i innovasjonsprosessen i utgangspunktet, men knytter det også til et noe manglende engasjement blant ansatte. Informantene i min studie beskrev at denne prosessen var utfordrende å lykkes med. Informantene fortalte at for å få medisindispensere i drift måtte det enten skje via pålegg fra ledelsen eller at noen engasjerte ansatte hadde kunnskap og lyst å prøve elektronisk medisindispenser. Innovasjonslitteraturen peker på ansatte som sentrale i det å skape slik etterspørsel etter tjenester. Forankring av innovasjonsprosesser på individnivå skjer vanligvis gjennom at ansatte er involverte, har forståelse og kompetanse skriver Støkken (2014). Noen av informantene pekte også på at fåtallet av de ansatte var motiverte og engasjerte, men samtidig hevdet de at nettopp slike dedikerte og engasjerte ansatte var en forutsetning for å få medisindispensere i drift. Totcheva et al. (2019) omtaler i sin beskrivelse av innovasjonsteorien de ansatte på «gulvet» som selve nøkkelen til suksess, poenget er bare at de må bli involvert tidlig nok. I min studie har dette kun unntaksvis skjedd for ansatte i pilotprosjektet.

Ansatte i min studie beskrev nettopp hva som skjer når denne forankringen ikke er til stede. De erfarte at det ble vanskelig å komme i gang med elektronisk medisineringsstøtte av flere grunner. Informantene viser til at det innad i helsevesenet stadig skjer nye omveltninger, og ansatte opplevde at avgjørelsen om å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte ble tatt av

ledelsen. Beslutningen fra ledelsen ble bare enda en «ny ting» som de skulle gjøre i løpet av arbeidshverdagen. Informantene beskrev nye rutiner for kartlegging og opplæring i nye arbeidsmetoder som tidskrevende prosesser og førte til økt arbeidspress. Disse belastningene opplevde informantene som en hindring i en forankringsprosess. Jacobsen og Thorsvik (2013) skriver at når ansatte opplever at en endring fører til merarbeid, omså bare for en periode, er dette noe som gjør at ansatte utvikler motstand overfor endringen, til tross for at den i til slutt kan føre med seg noe bra. Ifølge Kleiven et al. (2020) er det faktum at ansatte heller ville gjøre ordinære hjemmebesøk enn å bruke teknologi, en reell hindring av implementeringen. Den beskrevne motstanden kan også handle om at ansatte må opparbeide seg ny kunnskap, og at deres tidligere kunnskap om en «gammel» måte å arbeide på, blir tilsidesatt. Jacobsen og Thorsvik (2013) understreker også at når ansatte yter motstand mot innovasjon, handler det om at deres gamle måte å jobbe på er kjent for dem, og de har investert i denne måten over lang tid, den er blitt en verdi og de mener nå at dette er den *riktige* måten å utøve helsehjelpen på. Når holdninger om hva som er god praksis er forankret i sterke positive følelser, er holdningene vanskelige å endre (Nabi, 1999).

En annen grunn til at det er vanskelig å innføre elektronisk medisineringsstøtte ute i hjemmetjenestene, er ifølge informantene at de ikke finner de «riktige» pasientene. Informantene hevder at det i denne sammenhengen er viktig være «tidlig ute» med teknologi. De opplever det som utfordrende å finne det tidsrommet hvor pasienter begynner å få utfordringer med å huske og ta medisinen eller av andre grunner må ha hjelp til medisindelingen, samtidig som de har de nødvendige forutsetninger for å bruke og ser nytten av å bruke en elektronisk medisindispenser. Informantene mente at dagens eldre ikke var så interessert eller mottakelige for å ta i bruk teknologi, når de allerede var kjent med det etablerte tilbudet fra hjemmetjenesten om å få utdelt medisiner fra en pleier. En masteroppgave fra UIT peker på at pasienter i større grad må sees på som kunder og at tilbudet dermed må være fleksibelt og variert og basert på kundenes ønsker og behov (Sletvold, 2007). Det vil isåfall innebære å ta kunden eller pasienten med på råd og undersøke hva de i utgangspunktet ser seg tjent med før man igangsetter ett nytt tiltak som påvirker deres hverdag. Informantene mener at dette i liten grad ble gjort. Også andre forhold kan spille inn med tanke på motstand mot endring. Ifølge psykologen Kahneman (2012) vil ulempene ved endringer kunne veie mye tyngre enn fordelene. Det betyr at man ganske ofte favoriserer sitt nåværende utgangspunkt enn å ta i bruk det nye (Kahneman, 2012). Denne psykologiske

mekanismen kan kanskje være en av årsakene til den skepsisen om å ta i bruk teknologi som informantene beskrev både hos pasientene og en del av de ansattes når det gjaldt implementeringen i innovasjonsprosessen.

Motstanden mot innovasjonsprosessen viste seg å ha enda flere årsaker. Informantene oppga blant annet bemanningssituasjonen hos de ulike hjemmetjenestedistriktene som en kritisk faktor med tanke på ansattes motivasjon for innføringen av elektronisk medisineringsstøtte. Koronapandemien ble trukket inn i forlengelse av temaet «bemanningssituasjonen», fremstilt som en stor hindring for utrulling da ansatte i denne tiden måtte prioritere andre arbeidsoppgaver. Tilbudet fra helsetjenestene ble begrenset til et minimum, og ansatte hadde fokus på smittevern og vaksinerings, fortalte informantene. I samme periode ble arbeidet med utrulling og innføring av elektronisk medisineringsstøtte dermed satt på vent. Disse begrensningene må sees som spesielt problematiske med tanke på at helsetjenestene generelt de siste årene har stått overfor store utfordringer med tanke på bemanning og høy «turnover» i omsorgsyirket (Helsedirektoratet, 2021). I rapporten om *Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* til Helsedirektoratet (2021) begrunnes høy turnover blant annet med mangel på nok og riktig kompetanse på arbeidsplasser, høyt sykefravær, manglende arbeidsmiljø og ledere som slutter på grunn av for krevende arbeidsbelastning.

Enda en årsak til den motstanden mot endring som informantene beskrev som hemmende, kan man finne i den manglende informasjon og det manglende innsalg av elektronisk medisineringsstøtte som et bedre alternativ til tradisjonell helsetjeneste til en del pasienter og pårørende, men også med tanke på å lette ansattes arbeidssituasjon. Sørensen og Torfing (2011b) hevder at for lykkes med å etablere en ny idé eller et nytt tiltak så må nyttigheten med det synliggjøres. Dette må igjen kommuniseres godt ut til brukerne av dette nye tiltaket ved å oppsøke og etablere kontakt mellom de ulike målgruppene. På denne måten hevder de at det nye tiltaket blir mer tilgjengelig og kjent. I denne studien har informasjonen ut mot både ansatte, pasienter og pårørende ikke vært tilstrekkelig, og dette har bidratt til å bremse innføringen av elektronisk medisineringsstøtte i de ulike hjemmetjenestedistriktene.

6.2.4 Teknologisk plunder og heft

En annen viktig faktor i den beskrevne innovasjonsprosessen er ifølge informantene selve teknologien og i hvilken grad man får den til å fungere på en smidig måte. Flere problemer ble beskrevet knyttet til selve teknologien. En informant kaller disse problemene for «plunder og heft». Både funksjonalitet på teknologien, teknologisk kompetanse hos ansatte, rutiner og support, nevnes av informantene som barrierer i innføringen av elektronisk medisineringsstøtte. Dispenserens størrelse gjør den også vanskelig å plassere hjemme hos pasientene, noe som er enda et «plunder og heft» med denne teknologien.. Tidsstyringen av dispensereren var et annet problem. De beskrev at enkelte pasienter ble sittende hjemme og vente på at medisinen skulle komme ut av dispensereren. På den måten mistet pasienten nettopp den fleksibiliteten som skulle være hovedgevinsten ved innovasjonen. En løsning som er innebygd i Evondos er «reisemodus», noe informantene visste fantes, men som de hadde for lite kunnskap om å bruke og dermed ikke kunne formidle til pasientene. Jacobsen og Thorsvik (2013) ser på ansattes manglende kunnskap om det nye tilbudet som en side ved den motstand mot endringer i en organisasjon som vi har beskrevet ovenfor.

Alle faktorene beskrevet ovenfor bidrar til at teknologiens potensiale ikke blir utnyttet til det fulle og de blir hemmende for brukerne av tjenesten. Dermed oppnås ikke den selvstendighet og deltakelse i eget liv for tjenestemottakerne som er beskrevet i andre gevinstrealiseringsrapport til Helsedirektoratet (2017). Tvert imot forteller informantene at pasientene blir tvunget til å være hjemme for å unngå at medisindispenseren sluker medisinen når det ikke blir tatt innenfor angitt tidsrom. Hensikten med teknologien blir delvis borte når en del av funksjonaliteten ikke utnyttes med de negative konsekvenser det gir for pasientene, hevder de. Nakrem og Kiran (2019) poengterer nettopp problemer omkring brukervennlighet og peker på årsaker som at for lite opplæring i bruken av teknologi kan føre enten til feilbruk eller manglende bruk (Nakrem & Kiran, 2019).

Informantene i min studie anser også god opplæring med selve maskinen blant ansatte som essensielt. De mener utelukkende at for å kunne bruke den elektroniske medisindispenseren må de ansatte vite hva de skal gjøre ved varsel og alarm. De understreker betydningen av å ha tilgang til de nødvendige datasystem til daglig drift, samt supportstøtte ved behov. Store avstander som fører til lang reisetid og merarbeid, ble opplevd som en hindring for å ta i bruk

elektronisk medisineringsstøtte, da de ansatte uttrykte at teknologien ble mer et «plunder og heft», da så mye av arbeidstida går med til å drifte maskinen. Kleiven et al. (2020) peker på at nettopp ansattes motstand mot å bruke teknologi, øker når de ser på teknologi som en *ekstra* oppgave. Uforutsett overtid, vanskeligheter med å få teknisk støtte og support er eksempler informantene beskrev i forbindelse med «plunder og heft». Men, skriver Kleiven et al. (2020), de ansatte må også bli trygge på at teknologien kan gi tilstrekkelig god omsorg, og dette forutsetter at de ansatte må oppleve teknologien som sikker og trygg. Informantene understreker at ansatte har flere negative erfaringer som gjør det vanskelig for dem omtale elektronisk medisineringsstøtte som sikker og trygg nok til å erstatte et fysisk tilsyn.

I den tidligere forskningen på velferdsteknologi tar Nakrem et al. (2018) opp nettopp problemet med trygghet for brukere og ansatte. De skriver at teknologien må kunne gi like god kvalitet som en ordinær helsetjeneste, og bare når ansatte erfarer det som trygt, vil ansatte få tillit til å ta i bruk teknologi. Breimo (2015) viser til at det er en risiko både for pasientene, men også for selve helsetjenesten og organisasjonen når man innfører noe nytt. For pasientene, som er en sårbar gruppe i utgangspunktet, må det ikke innføres noe som gir negative konsekvenser, understreker hun. I min studie beskriver informantene at pasientene påvirkes av innovasjonen ved at de ikke får det daglige besøket fra hjemmesykepleien og at de ikke har god nok opplæring til å benytte seg av teknologiens potensiale. En annen konsekvens informantene ser er risikoen for økt ensomhet ved å erstatte et fysisk besøk med en medisindispenser. Mye tyder på at mangel på slik trygghet er en av de viktigste kildene til den motstanden informantene beskriver knyttet til innovasjonsprosessen.

6.3 Erfaringer med konsekvensene av å gjennomføre velferdsteknologiprojekt

6.3.1 Helsepersonells opplevelser av positive konsekvenser av innovasjonsprosessen

Flertallet av informantene i studien omtaler gevinster i form av tidsbesparelse for ansatte ved å bruke elektroniske medisineringsstøtte hos pasienter. De positive effektene de trekker frem, dreier seg i hovedsak om reduksjon i antall hjemmebesøk, noe som igjen gir et mindre tidspress på de ansatte når de er på jobb. Å ha tid til å gjøre andre oppgaver og få variasjon i arbeidsoppgavene ser ansatte på som en stor fordel, da det kan gi økt arbeidsglede og motivasjon. Forskningen til Helsedirektoratet (2015); Helsedirektoratet (2017); Breivik E. et al. (2021) viser nettopp at reduserte antall hjemmebesøk er en av gevinstene ved å bruke elektronisk medisindispenser. Forskningslitteraturen bekrefter dermed det informantene opplever i forhold til at den frigjort tiden kan brukes til å gjøre andre arbeidsoppgaver. Breivik E. et al. (2021) trekker eksplisitt frem at teknologi gir bedre arbeidsplanlegging for ansatte når teknologien erstatter et fysisk besøk. Både kvaliteten på utført helsetjeneste og pasientsikkerheten øker ved at man bruker teknologi fremfor fysiske besøk, hevder de. En av årsakene til bedre pasientsikkerhet kan være at teknologi kan redusere stress i arbeidshverdagen, og dermed reduseres også sannsynligheten for at det gjøres feil i medikamenthåndteringen (Breivik et al., 2021).

De positive effektene av elektronisk medisineringsstøtte som informantene særlig fremhevet når teknologien fungerte godt var økt selvstendighet i eget hjem, større frihet til å styre hverdagen selv og dermed økt mestringsopplevelse. Ikke alle som har en dispenser mistet et hvert besøk av ansatte, men færre besøk i løpet av en dag kan være en positiv endring for pasienter ved at de slipper å ha så mange ulike personer innom huset i løpet av dagen, påpeker informantene. Målet myndighetene har med å bruke velferdsteknologi som en mestringsteknologi knyttes sterkt opp mot eldrereformen «leve hele livet» som legger opp til at de eldre skal meste å bo i eget hjem så lenge som de vil, så lenge de kan (Meld. St. 15 (2017-2018)). Slik skal de eldre ifølge departementet få bruke sine ressurser så lenge de kan, og velferdsteknologi kan brukes som et verktøy for å støtte dette.

6.3.2 Negative konsekvenser: Teknologi og ensomhet

En motvekt til de positive gevinstene avdekkes imidlertid hos Nakrem et al. (2018) som belyser at pasienter kan oppleve innføringen av velferdsteknologi som en måte for kommunen å spare penger på. Informantene i min studie rapporterte også at motstand mot nye tjenester både hos ansatte og pasienter samt at teknologiske problemer kunne komme i veien for disse ønskede gevinstene av innovasjonsprosesser.

De ansatte var også oppmerksom på at teknologi ikke passer for alle, forteller informantene. De fremhever at det som kan gi økt mestring, trygghet og frihet for noen kan føre til økt ensomhet for andre. God kartlegging av hvem av pasientene som ønsker å bruke og hvem som kan bruke teknologi, er derfor avgjørende for gevinsten, hevder informantene. De legger til at en av farene kan være risikoen for ensomhet hos enkelte pasienter og pårørende som ikke har så mange andre kontaktpunkter enn hjemmetjenestens besøk. Både Breivik E. et al. (2021) og Kleiven et al. (2020) rapporterer at pårørende ofte er de som viser en skepsis til å bruke velferdsteknologi delvis fordi det fører til færre besøk som igjen kan gi økt ensomhetsfølelse hos gamle som er relativt isolert hjemme. Informantene mener at pasienters mulighet for å få besøk av en annen person i løpet av dagen er noe pasienter og pårørende kan miste når de får en elektronisk medisindispenser stående i stua. De påpeker videre at pasienter som fra før føler trygghet med at helsepersonell kommer innom, kan oppleve det som et tap av nettverk dersom de får teknologi fremfor et fysisk besøk av personale. Denne observasjonen er spesielt viktig å legge merke til fordi Stortingsmeldingen «Leve hele livet» presiserer at andelen eldre som føler seg ensomme i Norge øker (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Informantene er i den forbindelse opptatt av den globale koronapandemien vi har vært gjennom. De har sett at pandemien har forsterket ensomhetsfølelsen hos mange eldre ytterligere. Noen av informantene er derfor kritisk til innføring av elektronisk medisindispenser, særlig der dette fungerer som en fullstendig erstatning av fysiske tilsyn. Det er viktig å huske at hjemmetjenesten i sin tid ble opprettet med den hensikt å være en erstatning av familieomsorg (Kleiven et al., 2020). Dagens hjemmesykepleie kan ofte være et av de få sosiale holdepunkt enkelte eldre har i løpet av en dag. I Meld. St 15 (2017-2018) kommer det frem at ensomme eldre ofte er ensomme fordi de har mistet nettverket sitt, både ektefelle og venner er gått bort og de har også gjerne mistet førerkortet. Dette bidrar til at de har færre sosiale arenaer enn det de tidligere hadde. I en slik sammenheng blir det sosiale

ankerfestet som informantene beskriver at hjemmebesøkene er, en svært viktig tjeneste for opprettholdelse av psykisk helse, slik Strandås (2019) hevder i sin artikkel om ensomhet blant eldre.

Informantene var klare på betydningen av å imøtekomme denne typen problemer og understreker at før teknologi kan plasseres ut, må det gjøres en grundig kartlegging av pasientens helhetlige behov. Det totale bildet av pasientens sammensatte behov må vektlegges sterkt når tildelingen av tjenester skjer. Her finner informantene støtte hos Hofmann (2010) som i sin rapport om etiske utfordringer ved bruk av teknologi er tydelig på at teknologi ikke skal erstatte menneskelig omsorg. Bakgrunnen for valg av teknologi i hjemmetjenester, må derfor handle om hva som gir mennesker mulighet til å klare seg mer på egenhånd og hva som kan være en støtte i hverdagen og gi økt livskvalitet, slik hensikten var ifølge den offentlige utredningen «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11).

6.3.3 Konsekvensene påvirkes av økonomiske og demografiske forhold

Informantene mente at det ikke har vært mulig å tallfeste noen økonomisk gevinst ved å benytte elektronisk medisineringsstøtte i sine hjemmetjenestedistrikt. Noen informanter var innom temaet eventuell innsparing, men poengterte det faktum at det var dyrt å drifte en medisindispenser. De mente at for å tjene inn kostnaden ved å lease en dispenser måtte antallet medisindispensere i drift være mye høyere, og antallet hjemmebesøk til hver pasient måtte da enten reduseres eller erstattes helt slik at man både sparte arbeidstid og driftskostnader. Det var ikke mulig for informantene å se at de hadde fått til denne typen gevinst verken i form av redusert bilkjøring, reduserte antall timer gitt til helsehjelp hos pasienter eller mindre bemanning på jobb. Helsedirektoratet et al. (2021) har i den tredje gevinstrealiseringsrapporten tallfestet en økonomisk gevinst ved å bruke elektronisk medisineringsstøtte. De viser til at 48% av gevinstene kan relateres til frigjort tid, men dette var ikke en gevinst som informantene kunne gjenkjenne på sin arbeidsplass, og begrunnet det med for få medisindispensere i bruk.

Spørsmålet om det er lettere å lykkes med innføring av velferdsteknologi i byer ble løftet frem av noen informanter. En av grunnene til disse tankene kan være at pasientgrunnet ville være høyere i en by enn i et ruralt distrikt. Forskning på Eldres flyttemønster viser nettopp at

de eldre i byene oftere selger huset sitt og flytter til en lettstelt sentralt plassert leilighet. Når de eldre finner seg en bedre tilpasset bolig i sentrale strøk, vil de klare å bo hjemme lengre. Det vil være lettere for helsetjenestene å gi helsehjelp på en mer effektiv måte når mange tjenestemottakere er samlet innen et mindre geografisk område. Når de eldre i distriktet har økede hjelpebehov, fører dette ofte til økt reisevei for helsepersonell (Sørvoll et al., 2020). Den demografiske utviklingen i årene fremover viser ifølge Meld. St. 15 (2017-2018) at antallet eldre øker, og at antallet vil fordobles de neste tretti årene. Det er derfor sannsynlig at man i fremtiden vil kunne se en økonomisk effekt når man kan bli tvunget til å benytte seg av teknologi i en større grad enn man gjør per i dag. I den fremtidige eldreomsorgen må man ta høyde for at eldre skal og vil bo lengre i eget hjem. Helsedirektoratet (2015) konkluderer at det er store gevinster med å bruke velferdsteknologi, men at gevinstene må ses i sammenheng med kommunenes organisering, ressurser og demografi. Det ser altså ut til at det i informantenes tjenesteområde foreløpig ikke gir den helt store økonomiske gevinsten ved å bruke denne typen teknologi. Man må ta høyde for at denne gevinsten kan øke i tiden fremover grunnet en kraftig økning av eldre fra 60 år og oppover.

7 Avslutning

Formålet med denne studien var å studere helsepersonells erfaringer med å bruke elektronisk medisineringsstøtte i hjemmesykepleietjenesten. Empirien ble innhentet via sju kvalitative intervju basert på problemstillingen: «*Hvilke erfaringer har helsepersonell i fire hjemmetjenestedistrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?*». Oppsummeringen av studien gjenspeiler problemstillingen med fremmende og hemmende faktorer samt helsepersonells erfaringer.

Fremmende faktorer i innføringen av elektronisk medisineringsstøtte.

Suksessfaktorene kom mest tydelig til syne i beskrivelsene av pilotprosjektet. Den første faktoren de identifiserte som fremmende for suksess var helsepersonells rolledeling i innovasjonsprosessen. Dette innebar å ha dedikerte og engasjerte ansatte med ulike roller involvert. Superbrukerne ble ansett som særlig viktige for å lykkes, og bidro til kunnskapsdeling og opplæring av ansatte. Deres evne til raskt å løse tekniske utfordringer, ga de øvrige ansatte en trygghet og tro på at elektronisk medisineringsstøtte kunne løse noen av utfordringene i deres arbeidshverdag. Å ha en engasjert leder i tillegg var en utelukkende positiv erfaring. Omtalte leder hadde vært både pådriver, veileder og tilrettelegger i innovasjonsprosessen, og hadde i stor grad bidratt til suksessen gjennom engasjert ledelse. Superbrukerne og ledere bidro ifølge informantene med å øke forståelsen for formålet med velferdsteknologi, vekke engasjement og motivasjon for deltagelse hos øvrige ansatte.

Samarbeidsdrevne innovasjonsform er den andre faktoren for suksess. Innenfor denne organiseringsformen skjer innovasjonen gjennom et samarbeid mellom ulike aktører (Høi et al., 2017). Ansatte i pilotprosjektet beskrev en innovasjonsprosess hvor de opplevde at de ble sett på som likeverdige parter i innføringen av elektronisk medisineringsstøtte. Ved å involvere ansatte tidlig i prosessen hadde pilotprosjektet lyktes med å skape en forankring og et eierskap til teknologien, som skapte engasjement og motivasjon hos ansatte. De fikk dermed oppnådd å få utplassert en del medisindispensere hos pasienter.

Den tredje faktoren som informantene så på som en suksessfaktor var å lykkes med den uformelle opplæringen mellom ansatte. Opplæringen ble gitt av superbruker, men også av ansatte seg imellom. En slik praksisnær opplæring, mente informantene, ga ansatte god

kjennskap til og kunnskap om utvalgt teknologi. Oppsummert sa informantene at læring på arbeidsplassen har vært vellykket for de ansatte i pilotprosjektet.

En siste og fjerde faktor som informantene mener fremmer suksess, er at dette pilotprosjektet ble gjennomført før koronapandemien, noe som hadde gitt dem det nødvendige handlingsrommet til å komme i gang med å iverksette elektronisk medisineringsstøtte som en ny tjeneste i deres hjemmetjenestedistrikt.

Hemmende faktorer i innføringen av elektronisk medisineringsstøtte.

Informanter fra pilotprosjektet snakket mye om suksessfaktorer i innovasjonsprosessen, mens informantene i de tre andre innovasjonsprosjektene snakket mer om hemmende faktorer og hadde en mer blandet erfaring med å delta i disse prosessene.

Den første hindring for denne innovasjonsprosessen er ifølge informantene den toppstyrte forankringen de opplevde. Avgjørelsen om å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte var i samtlige hjemmetjenestedistrikt tatt av politisk og administrativ ledelse i kommunen. Lav grad av involvering av ansatte på et tidlig tidspunkt, hadde derfor gitt liten eierskapsfølelse. Informantene etterspurte derfor en bedre forankring nedover i organisasjonen. Ansatte, foruten de i pilotprosjektet, kom for sent inn i innovasjonsprosessen mente de, og dette gav seg utslag i mangel på eierskap, engasjement, motivasjon, kunnskap og forståelse knyttet til formålet med å ta i bruk velferdsteknologi. Informantene beskrev en tydelig skepsis med tanke på å innføre en ny arbeidsmetode basert på teknologi. En slik motstand grunnet på et ønske om å fastholde sin nåværende forståelse er ifølge Kahneman (2012) vanlig når man innfører noe nytt. I denne studien beskriver de fleste informantene at flere ansatte ikke har blitt engasjerte deltagere i innovasjonsprosessen, og har fastholdt på sin tidligere praksis. Flere mener også å se en endringstretthet i personalgruppen.

Den andre grunnen informantene erfarte som et hinder for suksess, ble definert som tverrfaglige samarbeidsutfordringer. Informantene opplevde samarbeidet med fastlegen som den største hindringen for å få realisert og utplassert medisindispenser. De etterlyste felles forståelse og rutiner hos de ulike aktørene, og dette etterspurte samarbeidet ble omtalt som «*sømløst*». Pårørende ble opplevd som en ubenyttet ressurs, og ved å involvere pårørende i større grad tidlig i prosessen, mente informantene å se et potensiale for økt forståelse for og

mer entusiastisk deltagelse i innføring av elektronisk medisineringsstøtte. Pårørende, de som hadde mulighet, kunne også bidra til enkel feilretting og support, hevdet de.

Den tredje faktoren informantene anså som hindring var personalets tanker om innovasjonsprosessens implementerings – og spredningsfase. For lite informasjon ut til både ansatte og innbyggerne hadde begrenset etterspørselen av teknologi fra pasienter og pårørende, slik informantene opplevde det. Ansatte hadde også i liten grad identifisert aktuelle pasienter. Informantene forklarte dette med at eldre enten ikke hadde god nok kognitiv fungering til å se nytten av teknologien, ikke var interesserte i det nye tilbudet eller allerede hadde et tilstrekkelig tilbud med fysiske hjemmebesøk. Nytteverdi og fordeler med å bruke elektronisk medisineringsstøtte var ikke godt nok kommunisert ut, mente de og derfor var etterspørselen mindre enn man kunne forvente. Andre årsaker til lav grad av utplassering av medisindispensere var bemanningssituasjon. Informantene beskrev en generell utfordring med hensyn til å få tak i helsepersonell, og koronapandemien ble trukket frem som en viktig barriere med tanke på å ha tid og ressurser til å jobbe med elektronisk medisineringsstøtte.

Til sist nevnte informantene flere utfordringer de ser knyttet til å bruke teknologi. Disse erfaringene er kategorisert som teknologisk plunder og heft. Informantene opplevde problemer både med funksjonalitet på selve medisindispenseren, teknologisk kompetanse hos ansatte og rutiner på support og brukerstøtte som hindringer i innovasjonsprosessen. Uforutsett overtid på feilretting og lange avstander, ble særlig nevnt som viktige barrierer. Å ikke ha nok kunnskap til å utnytte alle mulighetene medisindispenseren hadde, ble også nevnt som en hindring. Når verken ansatte eller pasienter kunne være trygge på at elektronisk medisindispenser ga god kvalitet på helsehjelpen, økte motstanden mot å ta denne i bruk.

Erfaringer med konsekvensene av å gjennomføre velferdsteknologiprojekt

I denne studien opplevde helsepersonell flere positive konsekvenser av innovasjonsprosessen. Der elektronisk medisineringsstøtte var satt i drift, erfarte de gevinster som reduksjon i antall hjemmebesøk, som igjen resulterte i frigjort tid. I forhold til pasientene, erfarte ansatte gevinster som økt selvstendighet, som igjen bidro til at de fikk styre hverdagen sin mer selv. Dette ga pasientene en bedre mulighet til å bo hjemme og mestre eget liv, slik eldrereformen «leve hele livet» legger opp til (Meld. St. 15 (2017-2018)). I en oppstartfase måtte man

imidlertid gjøre dobbelt arbeid, hevdet informantene og flere hjemmetjenestedistrikt hadde hatt så få dispensere i drift at de ikke kunne si noe om eventuelle gevinster.

Når det gjaldt negative konsekvenser med å bruke elektronisk medisineringsstøtte, ble ensomhet fremhevet som en mulig risiko ved å erstatte et hjemmebesøk med teknologi hos eldre som allerede hadde opplevd tap i sosiale relasjoner. Oppstarten av elektronisk medisineringsstøtte kom samtidig som koronapandemien, og ansatte mente at man måtte hensynta at eldre under pandemien hadde vært isolerte lenge i egne hjem. Helhetlig kartlegging av hver pasient var derfor avgjørende ved innføring, slik at man ikke påførte dem flere negative konsekvenser og begrenset deres sosiale liv ytterligere. Elektronisk medisineringsstøtte måtte ses på som et alternativ og supplement til ordinær hjemmesykepleie, og vurderes individuelt, hevdet informantene.

Til sist hadde informantene noen betraktninger om hvordan økonomi og demografi kunne ha betydning for konsekvensene av å innføre teknologi. Forskningen til Helsedirektoratet et al. (2021) konkluderte med oppnådde gevinster på å frigjøre tid for helsepersonell, men informantene erfarte ikke slike gevinster verken i form av frigjort tid, sparte penger eller redusert bilkjøring per nå. Ifølge noen informanter var slike positive konsekvenser kanskje enklere å oppnå i tettbygde strøk hvor pasientgrunlaget var større enn ute i distriktene.

Konklusjon

I denne studien har målet vært å få vite mer om «*Hvilke erfaringer har helsepersonell i fire hjemmetjenestedistrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?*». Informantene fortalte at innføringen ikke bare hadde handlet om å ta i bruk velferdsteknologi, men vel så mye hadde omhandlet organisasjonsendringer. Informantene beskrev hvordan innovasjonen også innebar en ny måte å tenke og utføre arbeidet på. Pilotprosjekt var det hjemmetjenestedistriktet som hadde kommet lengst i prosessen. Gjennom samarbeidsdreven innovasjon hadde de inkludert ansatte i ulike roller på et tidlig stadium i innovasjonsprosessen, og dermed utviklet eierskap, engasjement og kompetanse i å bruke elektronisk medisineringsstøtte. De øvrige hjemmetjenestedistriktene fortalte om en toppstyrt prosess med liten grad av involvering av ansatte. Denne toppstyringen hadde medført mindre forståelse for betydningen av prosjektet

og dermed mindre motivasjon for deltagelse i det. Dette resulterte i mindre eierskapsfølelse og interesse for å utvikle den nødvendige kompetansen for å lykkes med innføringen av elektronisk medisineringsstøtte på deres arbeidsplass. Samtidig pekte flere av informantene på behovet for den pågående diskusjon omkring risikoen for ensomhet ved å erstatte ansikt til ansikt møter med teknologi.

Totcheva et al. (2019, s. 106) definerer sosial innovasjon «som en målrettet innsats for å utgjøre en konkret forskjell for kvaliteten på tjenester og problemløsning». Samtlige hjemmetjenestedistrikt hadde vært i gang med å gjennomføre en prosess som skulle endre måten å utføre medisintutlevering på. Kobro (2018) viser til tre kriterier som må være oppfylte for at en innovasjon skal være fullført: «En innovasjon er derfor både ny, den er nyttig, og nyttiggjort» (Kobro, 2018, s. 17). Alle de fire ulike innovasjonsprosjektene hadde satt i gang med å starte med noe «nytt». I hvor stor grad informantene hadde opplevd dette som «nyttig», det varierte. Når det gjaldt å ha implementert, altså «nyttiggjort» seg av elektronisk medisineringsstøtte som en støtte i en eksisterende helsetjeneste, var det pilotprosjektet som var kommet lengst. Et av distriktene hadde avsluttet prosjektet, mens to av de andre nå var i startgropen, og det gjenstår å se i hvilken grad de vil få nyttiggjort seg denne innovasjonsprosessen. Det var likevel i enkelte distrikt så lav entusiasme og markert motstand blant ansatte at det er grunn til undre seg om man kommer dit hen at det blir nyttiggjort.

Veien videre:

Hvis man nå tenker fremover og hva denne nye kunnskapen fra denne studien kan bidra med, er det to frempek jeg ønsker å nevne spesielt. For de som skal begynne med denne type innovasjonsprosesser er det viktig å merke seg betydningen av 1. Gode oppstartsforhold i form av å sette av nok tid og ressurser. 2. At man prioriterer en samarbeidsreven organiseringsform hvor man tidlig i prosessen trekker inn ansatte fra ulike nivå i organisasjonen. 3. Sørger for å tilføre prosjektet «superbrukere». 4. At man vektlegger aktivt å legge til rette for praksisnær opplæring.

For de som er i gang med et prosjekt og som har støtt på hindringer underveis, er leders rolle avgjørende. Ledelsen i et prosjekt må jobbe aktivt med at ansatte skal få en bedre forståelse av teknologiens potensiale. De må utvikle et engasjement for å ta i bruk teknologi som et verktøy som både skal hjelpe dem, og ikke minst pasientene. Ledelsen må også legge til rette med tanke på tid til å holde på med innovasjonsprosjektet.

Referanseliste

- Amble, N. (2014). Å lære å lære - om læring i praksis. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget
- Andersen, E. J. (2011). Ensomhet og sosial isolasjon skaper sykdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2011/06/aktuelt-i-foreningen/ensomhet-og-sosial-isolasjon-skaper-sykdom>
- Andersen, O. J., Bondas, T. & Gårseth-Nesbakk, L. (2015). Innovasjoner i offentlig tjenesteyting : begrepsavklaring, vilkår og forskningsmuligheter. I (s. 19-36). Fagbokforlaget.
- Anonym-kommune. (2020). *Statusrapport for prosjektet sendt helsedirektoratet*.
- Ausen, D. (2018). Slik tar vi i bruk velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. *SINTEFblogg*. <https://blogg.sintef.no/>
- Billett, S. (2004). Workplace participatory practices : Conceptualising workplaces as learning environments. *Journal of workplace learning*, (6), 312. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/13665620410550295/full/>
- Bjørndal, K. E. W. & Andreassen, S.-E. (2020). Om sammenhenger mellom forskningsspørsmål, aksjonsforskning, casestudier og generalisering. I S. Gjøtterud, H. Hiim, D. Husebø & L. H. Jensen (Red.), *Aksjonsforskning i Norge, volum 2: Grunnlagstekning, forskerroller og bidrag til endring i ulike kontekster* (s. 163-190). Cappelen Damm AS.
- Boud, D. & Symes, C. (2000). Learning for real: Work-based education in unviversities. I C. Symes & J. McIntyre (Red.), *Working knowledge: Higher education and the new vocationalism*. Society for Research into Higher Education & Open University Press.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breimo, J. P. (2015). Risiko ved innovasjoner i offentlig tjenesteytende sektor. I G.-N. L. Andersen O J., og Terse Bondas (Red.), *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting. Vågal reise med behov for allierte* (s. s. 237-252). Fagbokforlaget.
- Breivik E., Rotvold G. H., Michalsen K., Lindseth L. S. & S, B. (2021). *Kunnskapsoppsummering om effekter av trygghets- og mestrings teknologi*. . Nasjonalt senter for e-forskning.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre : om design av samfunnsvitenskaplege forskingsprosjekt*. Universitetsforlaget.
- Cyert, R. M. & March, J. G. (1963). *A behavioral theory of the firm* (Bd. 2). Englewood Cliffs, NJ.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Universitetsforl.
- Dalland, O. & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. utg.). Gyldendal.
- Datatilsynet. (2015). *Anonymisering av personopplysninger, Veileder, 2015*. <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>
- Ebdrup, N. (2012). Hva er hermeneutikk? <https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>
- Filstad, C. (2016). *Organisasjonslæring : fra kunnskap til kompetanse* (2. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2022). Veileder. Koronavirus (SARS-CoV-2) – fakta, råd og tiltak. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/>

- Fusch, P. & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. <https://scholarworks.waldenu.edu/facpubs/455/>
- Fyhn, K. & Lønning, M. N. (2021). *Sånne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg : eldre menneskers hverdag under koronapandemien*. Norges røde kors. <https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/eldre-menneskers-hverdag-under-koronapandemien.pdf>
- Førland, O. & Folkestad, B. (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015* (1894-4213). Senter for omsorgsforskning, vest.
- Galkin, F., Kochetov, K., Koldasbayeva, D., Faria, M., Fung, H. H., Chen, A. X. & Zhavoronkov, A. (2022). Psychological factors substantially contribute to biological aging: evidence from the aging rate in Chinese older adults. *Aging*, 14(18), 7206-7222. <https://www.aging-us.com/article/204264/text>
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1525822x05279903>
- Halvorsen, K. (2008). Veier inn i og ut av ensomhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 258-267.
- Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2016). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-57440.pdf>.
- Hean, S., Craddock, D. & O'Halloran, C. (2009). Learning theories and interprofessional education: a user's guide. *Learning in Health and Social Care*, 8.
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi : fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger - Nasjonalt velferdsteknologiprogram. I. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>
- Helsedirektoratet. (2017). Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger - Nasjonalt velferdsteknologiprogram. I. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>
- Helsedirektoratet. (2021). *Årsrapport 2020. Omsorg 2020* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020--arsrapport-2020>
- Helsedirektoratet. (2022, 22.06.2022). *Multiose. Nasjonale faglige råd*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose>
- Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse & KS. (2021). *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ny-gevinstrealiseringsrapport-fra-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>
- Hennink, M. & Kaiser, B. N. (2021). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 114523. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621008558>
- Hofmann, B. (2010). Etske utfordringer med velferdsteknologi. I. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Høi, A. C., Holmen, R. W. & Gjertsen, H. (2017). *Fra idé til aktiv hverdag? En studie av implementeringen av innovasjon i sykehjem i Meløy*. Arbeidsnotat nr 1005/2017.

- Høiland, G. C. & Willumsen, E. (2015). Innovasjon for mer integrerte tjenester : samarbeid på tvers i arbeids inkludering. I E. o. A. Ø. Willumsen (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 213-232). Fagbokforlaget.
- Høyskoleloven, u.-o. (2005). *Lov om universiteter og høyskoler* (LOV-2005-04-01-15). Kunnskapsdepartementet.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Abstrakt Forlag.
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Musikterapi, 2-2016*.
- Jokstad, A.-K. (2017). *Digital kompetanse : en kvantitativ studie av sammenhengen mellom kjønn, karaktergjennomsnitt, valgt studieprogram, holdninger til IKT i undervisningen, kulturell kapital og digital kompetanse*.
<https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/handle/11250/2488215>
- Kahneman, D. (2012). *Thinking, fast and slow*. Penguin Books.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05191-9>
- Kobro, L. (2018). *La oss gjøre det sammen! Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon*.
<https://www.ks.no/globalassets/handbok-for-samskaping.pdf>
- KS. (2018, 21.09.2022). *Ledere og medarbeidere betyr mest*.
<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjonsbarometeret-for-kommunal-sektor/ledere-og-medarbeidere-betyr-mest/>
- KS. (2021a). KS har fått gjennomslag – Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres. . I. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/ks-har-fatt-gjennomslag-nasjonalt-velferdsteknologiprogram-viderefores/>
- KS. (2021b). *Velferdsteknologiens ABC. Introduksjon til arbeid med velferdsteknologi*.
<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologiens-abc/Velferdsteknologiens-ABC-Emne-A-F41-web.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S. & Bengel, J. (2015). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. . *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 238–245. .
<http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1051616>.
- Lundberg, L. (2018). Flere kommuner bruker velferdsteknologi.
<https://ehealthresearch.no/en/news/2018/flere-kommuner-bruker-velferdsteknologi>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 25, 2468-2472.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. utg.). Universitetsforlaget.
- McMurtry, A., Rohse, S. & Kilgour, K. (2016). Socio-material perspectives on interprofessional team and collaborative learning. *Medical Education* 50, 166-180.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen : mestrings og muligheter*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga : gode liv i eit trygt samfunn*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 30 (2019–2020). *En innovativ offentlig sektor — Kultur, ledelse og kompetanse*.
 Kommunal og moderniseringsdepartementet, .
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
- Nabi, R. L. (1999). A Cognitive-Functional Model for the Effects of Discrete Negative Emotions on Information Processing, Attitude Change, and Recall. *Communication theory*, 9(3), 292-320. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.1999.tb00172.x>
- Nakrem, S. & Kiran, A. (2019). Hvordan lykkes med velferdsteknologi? *Sykepleien forskning* (79696), e-79696. <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. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2835-1>
- NEM. (2009, 10.11.2022). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Ottersen, T. & Telle, K. (2021). Del 8: Helse- og omsorgstjenestene under pandemien.
<https://www.fhi.no/nettpub/folkehelse/rapporten-temautgave-2021/del-1-9/helse--og-omsorgstjenestene-under-pandemien/>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Justis- og beredskapsdepartementet.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Responssenteret.no. (2021). *FOR BRUKERE OG PÅRØRENDE*. Hentet 23.06.2022 fra
<https://responssenteret.no/responsskolen/brukere/index.php>
- Sirnes, T. (2015). Kommunen som innovasjonsarena. I (s. 173-192). Fagbokforl.
- Sletvold, T. E. (2007). *Pasient og kunde - eller fortsatt bare pasient? : om pasientens rolle i ny organisering av helsesektoren* [Universitetet i Tromsø].
- Stjørdal kommune. (2020). *Med fokus på mulighetene Strategiplan for velferdsteknologi i Stjørdal 2020 – 2023*. <https://www.stjordal.kommune.no/f/p3/i1994aad6-c188-466d-afee-efd66f974e1c/strategiplan-for-velferdsteknologi-2020-2023.pdf>
- Strandås, M. (2019). *Ensomhet blant eldre*.
<https://site.nord.no/sykepleieinord/2019/06/24/ensomhet-blant-eldre/>
- Støkken, A. M. (2014). Forbedringsarbeid- ulike strategier og konkurrerende kunnskapsforståelser. I M. Vabo & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag : råd og vink : skritt for skritt* (1. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011a). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*, 43(8), 842-868. <https://doi.org/10.1177/0095399711418768>
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011b). *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor*. Jurist-og Økonomforbundet Copenhagen.
- Sørvoll, J., Gulbrandsen, L., Nordvik, V., Ruud, M. E., Sandlie, H. C., Skogeheim, R. & Vestby, G. M. (2020). *Mobilitet blant eldre på boligmarkedet – holdninger, drivere og barrierer*. Velferdsforskningsinstituttet NOVA

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* 2012;46:58-70.
- Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Thorne, S. & Darbyshire, P. (2005). Land Mines in the Field: A Modest Proposal for Improving the Craft of Qualitative Health Research. *Qual Health Res*, 15(8), 1105-1113. <https://doi.org/10.1177/1049732305278502>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Thrane, K. (2020). Samarbeid øker innovasjonsevnen i offentlig sektor. <https://napha.no/content/24409/samarbeid-okker-innovasjonsevnen-i-offentlig-sektor>
- 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 kommuner*. Cappelen damm akademisk.
- Uit. (2021). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forskingsog studentprosjekt ved UiT Noregs arktiske universitet (UiT)*. Norges arktiske univertsitet <https://uit.no/regelverk/sentraleregler#v-pills-755222>
- Utdanning.no. (2022). *Statistikk: Kjønnfordeling i yrker*. Hentet 18.10.22 fra <https://utdanning.no/utdanningsvalg-oppgave-statistikk-kjonnfordeling-i-yrker>
- Vabo, S. I. (2014). Velferdens organisering - mellom styring, ledelse og læring IS. I. Vabo & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Ødegård, A. & Sirnes, T. (2015). Innovasjon innen helse og velferd - sosial innovasjon. I E. o. A. Ø. Willumsen (Red.), *Sosial innovasjon - fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 26-44). Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide for å belyse problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i tre distrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?»

Dato for intervju: _____

Om informanten:

Hjemmetjenestedistrikt m/elektronisk medisineringsstøtte

Ansatt med leder/fagleder funksjon (1A)

Ansatt < 10 år (1B)

Ansatt > 5 år (1C)

Hjemmetjenestedistrikt u/elektronisk medisineringsstøtte

Ansatt med leder/fagleder funksjon (2A)

Ansatt < 10 år (2B)

Ansatt > 5 år (3C)

Innledning før selve intervjuet begynner

- ❖ Presentasjon om meg som forsker, hvem jeg er, hva jeg jobber med etc.
- ❖ Fortelle hva prosjektet handler om, og kort hva spørsmålene dreier seg om
- ❖ Fortelle informant hvordan data som fremkommer skal behandles fremover (hva som gjøres med informasjonen som blir gitt, anonymisering, bruk av data og mulighet for å avslutte intervjuet underveis, samt mulighet for å trekke seg fra studien)
- ❖ Varighet på intervjuet, 60 min
- ❖ Informasjon om at intervjuet tas opp på lydbånd
- ❖ Si at jeg er interessert i å forske på både det som fungerer og det som ikke fungerer når det kommer til innføring av velferdsteknologi

Oppvarmingsspørsmål

1. Hvor lenge har du arbeidet på denne arbeidsplassen?
2. Hvilke arbeidsoppgaver utfører du i forhold til medisinutlevering?
3. Har du erfaring med velferdsteknologi fra før av?
4. Hvor er din erfaring fra?

5. Bruker du selv noen form for velferdsteknologi i hverdagen?

Introduksjonsspørsmål

6. Hva er dine umiddelbare tanker når du hører ordet «Velferdsteknologi»?

7. Hva er dine umiddelbare tanker når du hører ordet elektronisk medisineringsstøtte?

Nøkkelspørsmål

8. Jeg lurer på om dere har innført elektronisk medisineringsstøtte på din arbeidsplass?

Hvis ja

- a) Opplever dere at tidspunktet for medisinerer blir mer fulgt opp nå som pasienter har elektronisk medisineringsstøtte?
- b) Er det lenge siden dere startet opp?
- c) Hvilke(n) typer bruker dere?
 - Evondos
 - Pilly
 - Medido
 - Dosecam
- d) Har DU jobbet lenge med DU jobbet med elektronisk medisindispenser som en del av tjenestetilbudet?
- e) Hvem er det som jobber med innføringen/implementeringen/utrulling av elektronisk medisineringsstøtte på din arbeidsplass?
- f) Er det noen pasienter i ditt distrikt du tenker vil kunne ha nytte av elektronisk medisineringsstøtte, men som ikke har dette i dag? Kan du beskrive deres utfordringer/behov?
- g) Tilbyr dere annen type velferdsteknologi i ditt hjemmetjenestedistrikt?

Dersom nei

- a) Erfarer dere at tidspunktet for å gi medisiner blir forskjøvet/ustabilt pga forsinkelser fra den som leverer ut medisiner?
- b) Når du tenker på pasientene i ditt hjemmetjenestedistrikt, ville det vært hensiktsmessig å tilby elektronisk medisindispenser til noen av dem?
- c) Kan du beskrive deres utfordringer og behov?
- d) Hva tror du er grunnen til at dere ikke har innført elektronisk medisineringsstøtte?
- e) Etter din mening, Hvor har prosessen med innføring av elektronisk medisineringsstøtte ikke kommet i gang på din arbeidsplass?
- f) Hvilke behov og utfordringer har pasientene i ditt hjemmetjenestedistrikt?
- g) Hvilke utfordringer har dere ansatte i deres arbeidshverdag?
- h) Hva tenker du kan være løsningen på de utfordringer dere har i hverdagen?
- i) Tilbyr dere annen type velferdsteknologi i ditt hjemmetjenestedistrikt?

Forankring på arbeidsplassen

9. Har dere fått informasjon om elektronisk medisineringsstøtte?

10. Hvem har informert dere?

11. Er det bestemt på overordna nivå at dere skal/ikke skal bruke velferdsteknologi?
12. Hvem etterspør teknologi? Er det pasienten, pårørende eller ansatte?

Opplæring

13. Har dere ansatte fått opplæring i velferdsteknologi generelt?

Hvis ja

- a. Kan du si noe om hvilken type opplæring du har fått?
- b. Opplever du at du har fått tilstrekkelig med kompetanse til å kunne ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte?
- c. Kan du si noe om hvilken type opplæring du har fått
 - Internundervisning
 - Webinar
 - Annen kursing
 - Velferdsteknologiens abc
- d. Hva tenker du om kvaliteten på den opplæringen du har fått?
- e. Hva har vært nyttig?
- f. Hva har vært mindre nyttig?

Hvis nei

- a. Hadde du vært interessert i å få opplæring?
- b. Hva ønsker du opplæring om?
- c. Kan manglende opplæring være en av grunnene til at implementering av elektronisk medisineringsstøtte ikke er kommet i gang på din arbeidsplass?

Implementering hos pasienter

14. Ut fra din erfaring, hvem mener du har mest utbytte av innføring av elektronisk medisineringsstøtte?

- Pasienten?
- Ansatte?
- Pårørende?
- Kommunen? (økonomiske motiver?)

15. Ut ifra din erfaring, hva tenker du om når man bør tilby elektronisk medisineringsstøtte til pasienter?

16. Hvordan tenker du om hvem som bør få dette tilbudet? Er det noen spesielle brukergrupper som er bedre egnet enn andre? Er det noen dette ikke er egnet for?

17. Dersom du jobber med pasienter som bruker – eller kjenner andre som har:

- a. Hvordan erfarer du at pasientene og pårørende tar imot tilbudet om elektronisk medisineringsstøtte?

18. Hvilke erfaringer har du om resultater av å bruke elektronisk medisineringsstøtte?

- Positive resultater:

Negative resultater:

Dersom bare positive: Har du ingen negative erfaringer for ansatte, pasienter eller pårørende?

19. Hva har vært mest positivt med innføring av velferdsteknologi? / Hva tenker du er det mest positive med velferdsteknologi?

- Pasienter
- Pårørende
- Ansatte

20. Hva har vært mest problematisk? Hva kan være mest problematisk ut fra dine tanker?

- Pasienter
- Pårørende
- Ansatte

Kriterier for å lykkes

21. Hva tenker du må til for at dere skal lykkes på din arbeidsplass?

- Er det eks en smørbrødtype
- Faste personer som jobber med dette
- Mere opplæring

22. Hvilke faggrupper /enheter tenker du må samarbeide for at man skal lykkes i innføring av en ny tjeneste?

23. Hvorfor tenker du at akkurat disse er nødvendige for å få til noe?

Om prosessen

24. Hvorfor tror du at dere har lyktes? Hva har din arbeidsplass gjort for å oppnå dette?

25. Er det noen spesielle personer som har vært viktige i denne sammenhengen?

26. I hvilken grad opplever du at medisineringsstøtte svarer på de viktige utfordringene dere har i omsorgsarbeidet på din arbeidsplass?

Avslutning av intervjuet

27. Har du noen avsluttende kommentarer? Er det noe jeg har glemt å spørre deg om?

28. Er det noe som har vært uklart?

29. Kan jeg ta kontakt med deg igjen dersom jeg har noen ytterligere spørsmål?

- ❖ Takke så mye for intervjuet.
- ❖ Gi kontaktopplysningene mine slik at han/hun kan ta kontakt

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til deltakere i forskningsprosjektet til Ingjerd Valbekmo

Vil du delta i forskningsprosjektet «Innføring av velferdsteknologi i kommunale helsetjenester»

Hei!

Har du lyst å være med i et forskningsprosjekt? Jeg ønsker å finne ut av

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i tre distrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?»



Formål

I dette prosjektet vil jeg finne ut:

- 1: Hvilke faktorer erfarer helsepersonell som viktige for å lykkes?
- 2: Hva skiller erfaringene fra de hjemmesykepleiedistriktene som er mer foroverlent fra erfaringene til de som er mer passive?
- 3: Hva særpreger organiseringen av tjenesten som de som lykkes?

Jeg har lyst å snakke med 6 ansatte som har erfaring med medisinutlevering, tre fra hvert hjemmetjenestedistrikt. Jeg velger derfor å være strategisk i utvalget for å få til et best mulig grunnlag. For å få et bredest utvalg og erfaringer fra dere ønsker jeg å intervjuer vil jeg ha en leder/fagleder, et helsepersonell med lang erfaring (over 10 år) og en ansatt med kort arbeidserfaring (mindre enn 5 år).

Jeg håper du vil være med!

Jeg vil for eksempel stille deg spørsmål som:

1. Hva dine umiddelbare tanker ordene velferdsteknologi og elektronisk medisineringsstøtte er?

2. Har dere fått informasjon om elektronisk medisineringsstøtte? Hvem har informert dere?
3. Har dere fått opplæring?
4. Ut fra din erfaring, hva tenker du om når man bør tilby velferdsteknologi og til hvem?

Dette prosjektet er et forskningsprosjekt fra UIT, Master i velferdsendring ved Institutt for vernepleie

Hvem leder forskningsprosjektet?



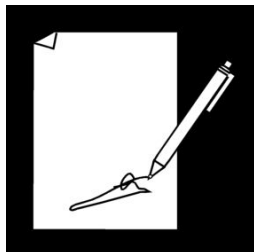
Forskeren heter Ingjerd Elisabeth Eriksen Valbekmo. Jeg jobber som ergoterapeut i Evenes kommune, og studerer Master i velferdsendring ved Uit.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg spør deg om å være med, fordi du jobber i et av de to aktuelle hjemmetjenestedistrikt i Harstad kommune.

Jeg vet enda ikke hvem du er eller hva du heter, men Digitaliseringsrådgivere Trine Lyså og Berit Ditlefsen i Harstad kommune gir deg dette brevet fra oss.

Hvis du har lyst å være med i forskningsprosjektet, må du skrive under på siste ark i dette brevet, og da vil jeg ta kontakt med deg.

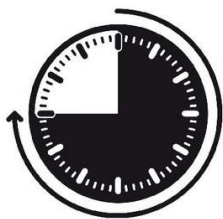


Hvis du ikke har lyst å være med, skal du ikke foreta deg noe, og jeg vil ikke ta kontakt med deg.

Hva betyr det for deg å delta?



Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet, vil vi ha et intervju med deg. Et intervju er en samtale der vi stiller deg forskjellige spørsmål. Spørsmålene vil handle [om hva du tenker om innføring av velferdsteknologi, og da særlig elektronisk medisineringsstøtte](#). Jeg vil gjerne [høre dine erfaringer og tanker om velferdsteknologi som et helsetjenestetilbud](#).



Jeg vil gjerne gjøre lydopptak av intervjuet.
Intervjuet vil ta ca. 60 minutter.



Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke. Ingen andre kan velge dette for deg. Det er bare du som kan samtykke. Samtykke betyr at du sier at du synes noe er greit.

Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det betyr at det er lov å ombestemme seg, og det er helt i orden. All informasjon om deg vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller om du først sier «ja» og så «nei». Ingen vil bli sur eller lei seg, og det vil ikke ha noe å si for jobben din.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke informasjonen om deg til å finne ut *«Hvilke erfaringer har helsepersonell i tre distrikter i Nord-Norge med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært fremmende, og hvilke faktorer har vært hemmende i innføring av slik støtte i en eksisterende helsetjeneste?»*

«

Jeg vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare forsker Ingjerd Valbekmo som har tilgang til informasjonen.

- Jeg passer på at ingen kan få tak i informasjonen som jeg samler inn fra deg.
- Jeg lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.
- Jeg sletter lydopptak fra intervjuet når jeg har skrevet ned alt som vi har snakket om.
- Jeg passer på at ingen kan kjenne deg igjen når jeg skriver oppgaven. Jeg vil for eksempel finne opp et annet navn når jeg skriver om deg.
- Jeg følger loven om personvern.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Jeg er ferdig med forskningsprosjektet 15.mai 2023
Da vil jeg passe på at all informasjon om deg er slettet.

Dine rettigheter

Hvis det kommer frem opplysninger om deg i det som jeg skriver, eller har i dokumentene mine, har du rett til å få se hvilken informasjon om deg som jeg samler inn. Du kan også spørre om at informasjonen slettes slik at den ikke finnes lenger. Dersom det er noen opplysninger som er feil kan du si ifra og be meg rette dem. Du kan også spørre om å få en kopi av få informasjonen av meg. Du kan også klage til Datatilsynet dersom du synes at vi har behandlet opplysningene om deg på en uforsiktig måte eller på en måte som ikke er riktig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler informasjon om deg bare hvis du sier at det er greit og du skriver under på samtykkeskjemaet.

Hvor kan jeg finne ut mer?



Hvis du har spørsmål om studien, kan du ta kontakt med Ingjerd Eriksen Valbekmo på mail ingjerd.valbekmo@evenes.kommune.no eller telefon 95 88 67 15

Norsk senter for forskningsdata (NSD) har sagt at det er greit at jeg gjør dette forskningsprosjektet.

Hvis du lurer på hvorfor NSD har bestemt dette, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.
- Uit har også et eget personvernombud som kan kontaktes; Joakim Bakkevold, epost personvernombud@uit.no eller på telefon 776 46 322 / 976 915 78

Med vennlig hilsen

Ingjerd Eriksen Valbekmo

Samtykke til deltakelse

Jeg samtykker til å delta i undersøkelse om «*Hvilke erfaringer har helsepersonell i to ulike hjemmetjenestedistrikt med innføring av elektronisk medisineringsstøtte, og hvilke faktorer har vært hemmende og fremmende i innføring av slik støtte som et nytt tilbud i en eksisterende helsetjeneste?*»

Sted og dato:

Underskrift:



Vedlegg 3: Meldeskjema – Kvittering søknad NSD

Meldeskjema / Masteroppgave om innføring i Velferdsteknologi / Meldinger

Meldinger

Referanse
149888

Status
Vurdert

 Rediger meldeskjema  Vurdering

Skriv melding...

Merk: Meldingen vil bli synlig for din institusjon og alle prosjektet er delt med.

Send melding



Påminnelse (planlagt)

22.05.2023 02:00



Sluttvurdering (planlagt)

15.05.2023 02:00



Melding

23.11.2021 13:35

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 23.11.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.5.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

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 behandles 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

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).

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.

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/eller 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: nsd.no/personvertjenester/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.

Lykke til med prosjektet!

