

Velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten



Universitetet
i Stavanger

Institutt for helsefag

Master i helsevitenskap, selvvalgt fordypning

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Terese Johannessen

Veileder: Marianne Storm, førsteamanuensis/ post doc

Mai 2016

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2016

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Terese Johannessen

VEILEDER: Marianne Storm, førsteamanuensis / post doc

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten

Engelsk tittel: Telehealth in primary care

EMNEORD/STIKKORD:

Velferdsteknologi, kommunehelsetjenesten, innføring, arbeidsprosesser

Telehealth, primary care, implementation, workprocess

ANTALL SIDER: 73 + vedlegg

STAVANGER 25 Mai 2016

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på mitt masterstudium i helsevitenskap ved Universitet i Stavanger. Det har vært en spennende og lærerik prosess som jeg nå avslutter med stolthet.

Jeg vil rette en stor takk til mine 12 informanter som jeg fikk intervju. Tusen takk for at dere satt av tid til å møte meg, og delte deres erfaringer. Uten dere hadde ikke denne studien vært mulig.

Jeg vil også gi en stor takk til min veileder, Marianne Storm. Du er flink på konstruktive tilbakemeldinger som jeg har hatt godt utbytte av, og ikke minst har du motivert meg til å holde ut. Tusen hjertelig takk.

Jeg vil rette en stor takk til verdens beste mamma som har stilt opp som barnevakt når det har vært nødvendig. Du har vært uunnværlig. Så vil jeg takke Terese, og hennes familie som har tatt imot meg når jeg har trengt overnatting i Stavanger, og bidratt med gode middager. Takk til Helene for hjelp i innspurten med oppgaven.

Tusen takk til mine to lillesøstre, og min samboer for alt dere har bidratt med. Så en takk til min treåring som har ønsket å hjelpe mamma med oppgaven, og bidratt med kreative tegninger i bøkene.

Stavanger, Mai 2016

Terese Johannessen

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord

Sammendrag.....	1
1.0 INNLEDNING.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
<i>1.1.1 Helsepolitiske føringer.....</i>	<i>2</i>
<i>1.1.2 Gjeldene lovgivning og personvern.....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.3 Mitt faglige ståsted.....</i>	<i>4</i>
1.2 Avklaring av sentrale begreper.....	5
1.3 Faglig samarbeid.....	6
1.4 Studiens hensikt.....	7
1.5 Problemstilling.....	7
1.6 Studiens avgrensning.....	8
1.7 Tidligere forskning på område.....	8
1.8 Oppgavens oppbygging.....	14
2.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	14
2.1 En human factors tilnærming til innføring av velferdsteknologi.....	14
2.2 Readiness i organisasjonen.....	18
2.3 Motstand til endring er ett vanlig fenomen.....	19
2.4 Utvikling av visjon.....	20
2.5 Lederens atferd.....	21
3.0 METODE OG METODISKE OVERVEIELSER.....	23
3.1 Forskningsdesign.....	23
<i>3.1.1 Fenomenologisk tilnærming.....</i>	<i>23</i>
3.2 Det kvalitative forskningsintervju.....	24
<i>3.2.1 Forskerrollen.....</i>	<i>24</i>
3.3 Forskningsetiske vurderinger.....	25
3.4 Utvalg.....	27
<i>3.4.1 Presentasjon av informantene.....</i>	<i>27</i>
<i>3.4.2 Utvelgelse av informanter.....</i>	<i>28</i>
<i>3.4.3 Rekruttering.....</i>	<i>29</i>
3.5 Utforming av intervjuguide.....	30
<i>3.5.1 Pilotintervju.....</i>	<i>30</i>

3.6 Gjennomføring av intervju.....	30
3.6.1 Hvor ble intervjuene gjennomført.....	32
3.6.2 Transkribering.....	32
3.7 Analyse.....	33
3.7.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer.....	33
3.7.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder.....	34
3.7.3 Kondensering – fra kode til mening.....	35
3.7.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser.....	36
3.8 Validitet og reliabilitet.....	36
4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	38
4.1 Arenaer for å fokusere på velferdsteknologi.....	38
4.2 Fra prosjekt til mulig drift – mange aktører i prosessen.....	43
4.3 Velferdsteknologi drivere.....	48
4.4 Umoden teknologi for kommunehelsetjenesten.....	51
5.0 DRØFTING.....	56
5.1 Individens egenskaper og evner.....	57
5.2 Arbeidsoppgaver.....	58
5.3 Teknologi og utstyr.....	60
5.4 Fysisk miljø.....	63
5.5 Ytre organisatorisk miljø.....	64
5.6 SEIPS modellen – kompleksiteten ved innføring av velferdsteknologi.....	67
5.7 Metode kritikk og metodiske overveielser.....	69
6.0 KONKLUSJON.....	71
6.1 implikasjoner for praksis.....	72
6.2 Videre forskning.....	73
Litteraturliste.....	74

VEDLEGG

1. Informasjonsskriv
2. Samtykkeskjema
3. Intervjuguide
4. Godkjenning NSD

Sammendrag

Utvikling av velferdsteknologi er i stor vekst, samtidig som antall eldre med behov for helse- og omsorgstjenester forventes å øke betraktelig. Velferdsteknologi er politisk attraktivt, men det fordrer en ny type relasjon mellom brukere og helsepersonell.

Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi som en del av helsetjenesten, og undersøke erfaringer som ansatte har gjort i arbeidet. Samtidig vise hvordan kvalitet blir vurdert ved innføring av velferdsteknologi i de kommunale helsetjenestene. Dette er en kvalitativ studie med eksplorerende design. Datainnsamlingen har vært individuelle intervju med tolv ansatte, i seks ulike kommuner på sør – vest landet. Datamaterialet har blitt analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultatene viser at det er behov for arenaer med fokus på velferdsteknologi hvor ansatte og brukere kan få kunnskap og informasjon om velferdsteknologien, samtidig er det en måte å ufarliggjøre velferdsteknologien. De ansatte oppleves positive og motiverte til velferdsteknologi som kan gjøre arbeidsoppgaver i hverdagen lettere. Det er mange aktører som skal samarbeide om innføring av velferdsteknologi, og det har vært effektivt med grupper på tvers av profesjoner for å dele erfaringer. Det trengs en pådriver i de enkelte avdelingene for å drive velferdsteknologien fram, og driften bør være hos de enkelte avdelingene for oppfølging og effektiv bruk. Velferdsteknologien oppleves umoden for brukermassen til kommunene ved at det skjer svikt i bruken, og at det er vanskelig å tilpasse til enkelte brukere. Ansatte etterlyser også kompatible systemer hvor ulik velferdsteknologi kan kobles sammen med fagsystemet. Kvalitet i helsetjenesten ved bruk av velferdsteknologi er fremdeles utfordrende da velferdsteknologi ikke har vært tilstrekkelig i bruk slik at kommuner kan stole på den hundre prosent. Basert på resultatene i denne studien arbeider kommuner variert med innføringen av velferdsteknologi i forhold til kommunestørrelse og lokale behov.

1.0 INNLEDNING

I innledningen presenteres en oversikt over tematikken og bakgrunnen for studien. Her presenteres bakgrunn for valg av tema, mitt faglige ståsted, avklaring av sentrale begreper og faglig samarbeid. Videre presenteres studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål og studiens avgrensning. Tilslutt tidligere forskning og oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Helsepolitiske føringer

Velferdsteknologi er høyt på dagsorden i mange europeiske land. Utviklingen av velferdsteknologi er i stor vekst samtidig som antall eldre vil øke i årene som kommer. De nærmeste årene vil tallet på brukere mellom 67 – 79 år øke, mens den største veksten av eldre over 80 år kommer om 10-15 år. På bakgrunn av denne veksten av eldre må det sees på hvordan brukerens egne ressurser kan tas i bruk. Den nye eldre generasjonen vil leve lenger, ha bedre økonomi, høyere utdanning, og bedre helse enn tidligere (St. Meld. 29. 2012-2013). Velferdsteknologi er politisk attraktivt, men det fordrer en ny type relasjon mellom pasient og helsepersonell. Det er ennå usikkerhet om det gir medisinsk og økonomisk effektivitet, samt om det gir større livskvalitet for pasienten. Ett stort problem med teknologiske muligheter i medisin er at det fort sluttet fra at noe er teknisk mulig til at det blir moralsk riktig å tilby (Tjora, 2010).

Begrepet velferdsteknolog anvendes hovedsakelig i Skandinavia som gjerne skyldes at ordsammensetningen gir god mening innenfor den nordiske velferdsstatsmodellen, og er ett samlebegrep for flere teknologier (NOU 2011: 11). I Norge fikk begrepet fotfeste etter Hagen - utvalgets innstilling i 2011 hvor begrepet defineres slik:

«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)

I 2009 lanserte regjeringen samhandlingsreformen (St. Meld. 47. 2008 – 2009) som ett bidrag til helsevesenets utfordringer med en økende eldre befolkning, og flere kronisk syke pasienter. Økt samhandling, og ny teknologi blir løftet fram som mulige løsninger (Håland & Melby, 2010).

Velferdsteknologi kan være en innovasjon i helse- og omsorgs tjenester, og måten omsorgen organiseres på. I helse- og omsorgstjenestene skal økt bruk av velferdsteknologi bidra til å forbedre brukerens evne til å mestre egen hverdag, gi mulighet for å bo lenger hjemme, skape trygghet, samt mer løpende kontakt med hjelpeapparatet (Meld. St. 29. 2012-2013).

Det er behov for å utvikle flere velferdsteknologiske løsninger for å møte framtidens utfordringer. Ett satsingsområde er utvikling og utprøving av trygghetspakken. Det er en videreutvikling av trygghetsalarmen, og den kan inneholde fallsensor, automatisk døråpner, mobiltelefon og sporingsløsning GPS (Meld. St. 29. 2012-2013).

Velferdsteknologiske løsninger som er i bruk i kommunene i dag er begrenset, og er ofte gjennom enkeltstående prosjekter. Det er ikke en nasjonal strategi eller målsetning om bruk av velferdsteknologiske løsninger i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012). God kvalitet i helsetjenestene skal tilrettelegges ved at brukeres behov er i sentrum, og at de enkelte virksomhetene skal ha det konkrete ansvaret for å forbedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 10. 2012 – 2013). Kvalitet i helsetjenestene innebærer at tjenestene er trygge, virkningsfulle, sikre og samtidig utnytter ressursene på en god måte (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Ved høy bruk av velferdsteknologi i helsevesenet kan kommune- Norge spare nærmere 41 milliarder årlig (Henriksen, 2016).

1.1.2 Gjeldende lovgivning og personvern

Ved innføring av velferdsteknologi i helsetjenesten må til enhver tid gjeldende lovverk følges. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1 skal kommunen tilrettelegge sine tjenester slik at de er forsvarlige. Det må hele veien gjøres vurderinger om kommunen gir forsvarlig tjenester ved bruk av ulike typer velferdsteknologi. I likhet med kommunen har også helsepersonell som utfører tjenestene ett ansvar, og ifølge helsepersonelloven (1999) § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet, og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Brukere som mottar tjenester gitt av kommunen har etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 rett til å medvirke til gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Samtidig skal det legges stor vekt på hva pasient og bruker mener ved utforming av tjenestetilbudet. Dette gjenspeiles i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 1-1.6 som skal sikre samhandling av tjenestetilbudet, og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for brukerne.

1.1.3 Mitt faglige ståsted

Som sykepleier ved hjemmebaserte tjenester i kommunen har jeg erfaringer med mange eldre hjemmeboende som har komplekse, og samtidig ulike behov for helsetjenester. Det er ett spennende sykepleiefaglig felt å arbeide i hvor det stadig er nye utfordringer, og det er en travel hverdag. Da jeg begynte på masterstudie opplevde jeg ikke noe bruk av velferdsteknologi i tjenesten, samtidig opplevde jeg ett økt fokus på velferdsteknologi i media. Jeg var selv litt ambivalent i forhold til hva jeg syntes om å bruke mye velferdsteknologi i tjenestetilbudet til de eldre, og hvordan vi som helsepersonell skulle klare å ta det i bruk og integrere ny velferdsteknologi. På forhånd antok jeg at de eldre ville være mindre positive til å bruke velferdsteknologi, og at de heller ønsket helsepersonell som alltid hadde vært der til å utføre tjenestene. Etterhvert virket det spennende hvordan velferdsteknologi kunne bli integrert som en del av helsetjenestene, og dermed ønsket jeg å se nærmere på denne tematikken.

1.2 Avklaring av sentrale begreper

Velferdsteknologi er ett relativt nytt begrep, og det er ulike typer velferdsteknologi ut ifra forskjellige brukerbehov. De er delt inn i trygghet- og sikkerhetsteknologi som omfatter teknologi som skal gi individet trygge rammer, og mestring av eget liv. Trygghetsalarm er den mest brukte løsningen i dag. Kompensasjon- og velvære teknologi omfatter teknologier som bistår når det oppstår fysisk funksjonssvikt eller kognitiv svikt, samt løsninger som gjør hverdagen enklere som styring av lys og varme fra ipad. Teknologi for sosial kontakt er løsninger som hjelper personer med å komme i kontakt med andre. Her er videokommunikasjonsløsninger. Den siste gruppen er teknologi for behandling og pleie. Det bidrar til at individet gis mulighet til å bedre mestre egen helse ved kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, og blodtrykk er noen løsninger (NOU 2011:11; Hansen, 2013).

Kommunehelsetjenesten er en samlebetegnelse på helsetjenester som kommunen er pliktet til å drive etter gjeldende lovgivning. Kommunestyret er øverste ansvarlige organ, og formelt sett er det rådmannen i kommunen som legger frem saker for de folkevalgte styringsorganene. Kommunene bestemmer selv den interne organiseringen. Tidligere var det vanlig med en felles helse- og sosialetat i kommunen, men det er mindre vanlig idag, og derfor er det store variasjoner mellom kommuner for hvordan helse- og sosialtjenestene er organisert. Driften av helse- og sosialtjenester blir styrt av kommuneplanen. Enkelte kommuner har valgt å lage egen helse- og sosial plan. De årlige budsjettvedtakene i kommunestyret regulerer helse- og sosialtjenesten omfang. Finansieringen av kommunehelsetjenesten skjer gjennom skatter direkte til kommunen, rammeoverføringer, øremerkede tilskudd fra staten og gjennom egenbetaling fra tjenestemottakerne (Braut, 2015; Høiland & Willumsen, 2015).

Helseorganisasjoner har en hierarkisk organisering. Makt og myndighet er klart organisert, og lar seg illustrere som en pyramide. Planlegging skjer i hovedsak på toppen, og skal følge linjene nedover. En organisasjon består av ett sett med personer som innehar forskjellige roller hvor det er knyttet autoritet til rollene. Det kan være enhetsleder, avdelingsleder og fagansvarlig (Berg, 2014). Helseorganisasjoner er stadig

i endring, og preges ofte av effektivisering, endring i maktforhold og nye teknologiske krav. Hvor det på den ene siden er formelle strukturer og organisering, og på den andre siden prioriteringer, verdier og visjoner (Bergerød & Wiig, 2015). I helsetjenesten som i andre menneskelige organisasjoner involverer innovasjon høy organisering, og endringer i strukturen av tjenesten (May, 2013). Velferdsteknologi er i offentlig sektor er ett virkemiddel for å øke tjenesteproduksjonen innenfor samme kostnadsramme (Fitjar, 2015).

En arbeidsprosess har flere elementer som integrerer med hverandre og hvor resultat ikke er kjent på forhånd (Jensen et al., 2008). Elementer i en arbeidsprosess som vektlegges av Carayon (2006) er individets egenskaper og evner, teknologi og utstyr, fysisk miljø, arbeidsoppgaver, og ytre organisatorisk miljø.

1.3 Faglig samarbeid

Som masterstudent har jeg hatt anledning til å knytte meg til ett forskningsprosjekt som heter «Safer@home – smart systems to support safer independent living and social interaction for elderly at home», arbeidspakke 4. I safer@home er det overordnede målet å ta i bruk en videotelefon slik at eldre som bor hjemme kan kommunisere via lyd og bilde med hjemmetjenesten. Doktorgradsstipendiat Veslemøy Guise arbeider i dette prosjektet, og hun skal utvikle, implementere, og evaluere ett opplærings- og simuleringsprogram for helsepersonell for å ta i bruk videotelefon i hjemmebaserte tjenester for eldre. Min masteroppgave er en selvstendig kvalitativ studie rettet mot å undersøke hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi som en del av helsetjenesten.

1.4 Studiens hensikt

Hensikten med min master studie er å undersøke hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi som en del av sin helsetjeneste. Studien vil undersøke ansatte som har ansvar i arbeidet, og erfaringer med å innføre velferdsteknologien som en del av helsetjenesten. Studien fokuserer på hvilke prosesser som foregår i arbeidet med velferdsteknologien, og hvilke utfordringer de står overfor i arbeidet. Jeg ønsker å belyse hvordan kommuner gir informasjon til ansatte og brukere når velferdsteknologi blir en del av satsningen, og en del av deres hverdag. Hva er det som fremmer og hemmer kvalitet og sikkerhet med ny velferdsteknologi i helsetjenesten. Denne kunnskapen vil være nyttig for kommuner fremover når de skal innføre velferdsteknologi, og samtidig sikre kvalitet i tjenesten.

1.5 Problemstilling

Litteraturen viser at det satses på velferdsteknologi som en mulig løsning for kommunehelsetjenesten, og mange kommuner er i oppstartsfasen med bruk av velferdsteknologi. Samtidig kommer det fram mange utfordringer med å ta i bruk velferdsteknologien. Slik jeg ser det kan denne studien bidra med økt kunnskap og innsikt for kommuner, og andre organisasjoner ved å vise til hvordan det arbeides med innføring av velferdsteknologi, og hva som kan fremme og hemme dette arbeidet.

Studios problemstilling lyder som følger:

Hvordan arbeider kommuner for å innføre velferdsteknologi i tjenestetilbudet?

For å kunne utdype, og få innsikt i problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvilke erfaringer har ledere og ansatte i administrative stillinger med innføring av velferdsteknologi i kommunen?
- Hva fremmer og hemmer bruk av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten?
- Hvordan vurderes kvaliteten ved bruk av velferdsteknologi i de kommunale helsetjenestene?

1.6 Studiens avgrensning

For å avgrense denne studien har jeg hatt fokus på ulike kommuner, og hvordan ledere og ansatte i administrative stillinger arbeider med å innføre velferdsteknologi i helsetjenesten. Jeg har ikke intervjuet ansatte direkte ute i tjenesten. Studien vil ikke belyse brukere eller pårørendes perspektiv med velferdsteknologi i helsetjenesten selv om det også er ett viktig tema.

1.7 Tidligere forskning på område

For å finne fram til tidligere forskning har jeg utført flere søk i databasene Cinahl, Academic search premier, PubMed og Medline. Søkeordene som ble anvendt var «innovation», «public sector», «technology», «telemedicine», «implementation», «primary care», «telehealth», «telehealthcare» «challenges» «health innovations», «complex interventions», og «quality». Ulike kombinasjoner og trunkering ble benyttet for å sikre at ulike skrivemåter skulle inkluderes i søkene. Siden det er stor utvikling på område ble det valgt en tidslinje fra 2011 – 2016, da det tenkes at nyere forskningen gjenspeiler ett mer realistisk bilde av utfordringer som møtes i dag. Jeg fokuserte søket på artikler fra vestlige land for større overføringsverdi til kommuner i Norge.

I søkene har jeg valgt å inkludere forskning som sier noe om innføringen av velferdsteknologi, og hvilke utfordringer som har oppstått i arbeidet. Jeg ønsket artikler som gikk på kommunehelsetjenesten og gjerne hvor de hadde brukt velferdsteknologi over tid, men det viste seg å være utfordrende å finne. Flere studier var i oppstartsfasen med bruk av ulike typer velferdsteknologiske løsninger, og studiene viste til flere faktorer som måtte løses for å få det til å fungere. Etter å ha gjennomgått søkene mine oppdaget jeg at det var en del forskning som gikk på sykepleiere og pasienters erfaringer og utfordringer med bruk av velferdsteknologien. Jeg valgte å inkludere noen av disse artiklene da det kom fram barrierer som kan påvirke innføring av velferdsteknologi. Det kom fram mange studier som brukte ulike teorier for å forklare en vellykket implementering og innovasjon. Jeg ønsket artikler som hadde erfaringer med velferdsteknologien og fokuserte ikke på ulike implementeringsteorier.

Utover søkene har jeg gjennomgått litteraturlister til forskningsartikler jeg fant etter søk i databasene, og lokalisert andre artikler som kunne være relevante. Min oppgave retter seg mot innføring av velferdsteknologi i kommuner og hvilke prosesser som påvirker kommuner i arbeidet, og hvilke utfordringer som oppstår. Det er ett utdrag av resultatene fra litteratursøket som i det følgende presenteres:

Mort et al. (2013) har gjort en etnografisk studie med deltagere fra Spania, England, Nederland og Norge. I Spania ble det utført en studie på tjenester gitt av hjemmetjenesten. Det ble gjennomført observasjon og gjort intervjuer med ledere i hjemmetjenester, teleoperatører, brukere, frivillige og tjenstedesignere ved hjemmetjenester. I England ble det gjort en studie med innføring av fallalarm, medisindispenser, og sengeovervåking i hjemmetjenesten. De observerte og intervjuet arbeidere, brukere og installatører. Nederland gjennomførte observasjoner og intervjuer ved en onkologi avdeling hvor de brukte web system. Studien i Norge studerte web og satellitt baserte helsesystemer. For web systemet «sikkernett» intervjuet de helsepersonell, prosjektledere, ledere av virksomheter og brukere. Ved det satellittbaserte systemet GPS ble formelle og uformelle helsepersonell, designere, sosialansatte og ledere i helsetjenesten intervjuet. Resultater viser til at teknologi ikke er en løsning, men en endring i nettverk og relasjoner. Den involverer ulike former for «menneskelig kontakt» som alarmer og sensorer. I den engelske studien med hjemme sensor kom det fram at helsepersonell ble stresset og fremdeles ønsket kontakt med pårørende når problemer oppstod. Som for eksempel når de ringte opp etter utløst alarm var det vanskelig å stole på at pasienten med kognitiv svikt gjorde det du ba om. Som samlet resultat fant de at teknologi er ideell for den aktive bruker som kan følge instruksjoner, og at teknologi ikke kan bli meningsfullt evaluert som en enhet, men må sees sammen i relasjonen som personen og teknologien skaper sammen. Studien konkluderer med at det er meningsløst å snakke om god eller dårlig teknologi, effektiv eller ineffektiv utenfor konteksten den blir brukt.

Segar et al. (2013) har gjort en kvalitativ studie med helsepersonell i kommunehelsetjenesten om deres holdninger til online og telefonbaserte helsetjenester, for personer med depresjon og kardiovaskulær risiko. De utførte totalt 39 intervju med totalt 62 deltagere. Det ble utført intervjuer med teknologi ansvarlige, sykepleiere, og assistenter. I studien beskrives teknologi- basert- tjeneste som helseaktiviteter gitt på avstand med teknologi kommunikasjon eller andre teknologiske løsninger. Resultatene viser at teknologi gir fleksible måter å arbeide på. Sykepleiere og assistenter var ambivalente og ofte skeptiske til bidraget av teknologi inn i langtidspleie. De kunne bli stresset av telefonforholdet de måtte bygge med pasienten, og forklarte viktigheten av rapportskrivning og hvordan forholdet utviklet seg sakte over tid. De påpekte også at de måtte lytte aktivt når de ikke kunne se dem visuelt. De ansatte må selv utvikle nye roller for å fylle en økende spesialisert tjeneste samtidig med ett konstant tidspress.

Radhakrishnan et al. (2015) gjorde en systematisert litteraturgjennomgang av 146 artikler. De stod igjen med 16 artikler. Hensikten med studien var å identifisere barrierer og tilretteleggere for bærekraftige teknologiprogrammer for kronisk syke, og som var innført av hjemmetjenestedesignere. Teknologiprogrammene inneholdt ett kommunikasjon- og informasjonssystem som aktiverer lyd, bilde og helserelevante data over ordinære telefonlinjer til hjemmetjenestens kontor hvor sykepleiere skulle gi tjenesten. Her blir noen av resultatene gjengitt. Sykepleiere i hjemmetjenesten etterlyste trening og informasjon om teknologiprogrammene. Uten opplæring førte det til mangel på forståelse om hvordan man best kan utnytte programmene for å få den tiltenkte effekten for pasienten. Det kom også fram at teknologi ikke er effektivt for å oppdage sykdoms forverring. Interaksjonene mellom ulike helseprofesjoner involvert i teknologi programmene var til tider problematisk fordi det var uavklarte roller og ansvar. I motsetning ble det også funnet at gode relasjoner utviklet seg mellom sykepleier og leger i teknologiprogrammene som inkluderte felles mål for pasient. Mangel på samkjøring av systemer mellom teknologiske tjenester og eksisterende fagsystemer i primærhelsetjenesten var frustrerende for helsepersonell. Det førte til vanskeligheter med å dele informasjon mellom de ulike helseprofesjonene. Ovenfra og ned avgjørelser av ledere på høyt nivå var assosiert med adopsjon av teknologi programmer i helseorganisasjoner. Potensielle økonomiske goder som å få ned kostnad var en drivkraft fra toppen. Forslag fra nøkkelpersoner som arbeidet direkte med

velferdsteknologi i hverdagen ble sjelden forespurt i forbehold med design av teknologi og innføring av teknologiprogrammer. Som ett resultat gav det motstand blant sykepleiere som følte det som en trussel mot sykepleier identiteten.

Teknologiprogrammene førte til endring i arbeids flyten. Det innbar overvåking og respondering på teknologi data, innstallering av teknisk utstyr, trening av pasienter og oppgaver relatert til å løse tekniske problemer. I diskusjonen ble det trukket fram at det var viktig med rolle fordeling mellom ulike klinikere involvert i teknologiprogrammene, samt trening og opplæring av ansatte for å skape en felles visjon med arbeidet.

Andreassen et al. (2015) har gjort en retrospektiv studie i Norge på bakgrunn av den økende piloteringen av e-helse. Studien fokusere på det store antallet av små piloter og prosjekter som ser ut til å møte kriteriene for teknologisk suksess, men likevel mislykkes når de skal inn i hverdagsrutiner i det kliniske arbeidet. Første steg var en kartlegging av norske informasjon og kommunikasjons teknologier (ICT) de siste tjue årene. De utførte ti semistrukturerte intervju med ansatte ved Norsk Senter for Telemedisin for å få ansattes perspektiv fra feltet. Resultater viser at det ofte er prosjektmidler som er grunn til vekst i bruk av velferdsteknologi i Norge de siste tjue årene og at det fremdeles er situasjonen i dag. Fra ett ledelse perspektiv er det fordeler med å organisere ICT innovasjoner gjennom prosjekter. En praktisk konsekvens for ledere er at prosjektmidlene blir ett pluss i budsjettene, og blir ett verktøy for å etablere arbeidsflyt, fordeling av menneskelige og materielle ressurser i en ellers stram og regulert sektor. Det kom også fram at helsesektoren utførte driften av velferdsteknologi prosjekter ved siden av daglig virksomhet i kommunen med egne ansatte til å følge det opp. En viktig oppgave for ledelsen var å skape lokal deltagelse og entusiasme som førte til profesjonell utvikling og forbedring av helsetjenesten. Veksten av ICT prosjekter i helsesektoren er knyttet til reformer og politisk satsning i den offentlige sektor. Det er økende fokus på lokalt ansvar for å styre budsjettene og drive det daglige arbeidet. I konklusjonen påpekes det at prosjektene overlever når de passer perfekt inn i de sosiale forholdene hvor de skal fungere.

Skår et al. (2011) har gjort en kvalitativ studie med distrikt sykepleiere som har brukt informasjon og kommunikasjon teknologi (ICT) via datamaskin og internetttilgang, samtidig med tradisjonelle besøk hos pasientene i hjemmet. Forventninger til ICT var at pasientene og deres familie følte sykepleieren var tilgjengelig hele døgnet, mens sykepleieren var redd pasientene skulle henvende seg hele tiden. Alle deltagerne beskrev at det var viktig å kunne stole på teknologien. Det ville si at den virket, og at meldingene kom korrekt fram. Det var pasientene som henvendte seg mest via ICT for problemer med kateter, medisindosering, informasjon om testresultater og for å diskutere sykdomsfølelse. Sykepleierne var fornøyd med å kunne respondere raskt tilbake til pasientene noe som igjen gjorde at kvaliteten på pleien økte. Hindringer ved ICT kunne være problemer med teknologien som påvirket kommunikasjonen, og sykepleierne uttrykte at det var vanskelig å vurdere pasientens dagsform via en skjerm.

Jiwa et al. (2013) har gjort en kvalitativ studie med ledere, klinikere, innovatører og akademikere fra ulike deler av Australia. De diskuterte helseproblemer som kan løses med informasjons teknologier (IT), og klinikere sitt engasjement og erfaringer med implementeringen. Deltagerne var klar over utfordringer med bruk av teknologiske løsninger, og muligheter det kunne tilby. Resultatene viste at klinikere sjelden var en del av team som utviklet innovasjoner. Informasjons teknologier passer ofte ikke inn i den kliniske praksisen, og det er tekniske utfordringer som ser ut til å hemme utviklingen av innovasjon. Samtidig som det mangler ledere til å utvikle informasjon teknologier sammen med nøkkelpersoner som er med i det daglige arbeidet, som viktige partnere.

Greenhalgh et al. (2015) gjennomførte en tre delt studie. Første del var intervju med 21 teknologi og service aktører, andre del en etnografisk kasus studie av 40 personer mellom 60 – 98 år, og tredje del var ti workshops. Gjennom intervjuene identifiserte de praktiske, materialistiske og organisatoriske barrierer for å gi en bedre introduksjon til velferdsteknologi. De har tatt utgangspunkt i velferdsteknologier som tilhører smart-hjem (fallalarm, blodtrykksmålere, oksygen måler, medisindispenser, og ulike typer sensorer). Resultatene viste at velferdsteknologien var lite kompleks, og utfordringer hos brukeren var deres fysiske og kognitive evner til å håndtere teknologien. Helsepersonell var ofte uvitende om ulike velferdsteknologiske løsninger som

eksisterte. Mangel på kunnskaper hos helsepersonell førte også til lite «readiness» i selve organisasjonen for å ta i bruk velferdsteknologi. I den etnografiske studien kom det fram at mange av brukerne har multiple medisinske problemer, og et større funn var at velferdsteknologi nesten ikke var brukbare for personer med komplekse medisinske behov. Kriteriene som anså pasienten til å passe med velferdsteknologien, passet ikke den medisinske tilstanden i sin helhet. Suksessfulle løsninger var løsninger som hadde blitt produsert med et behovsfokusert syn på velferdsteknologien ved at brukere og pårørende kunne være med å prøve ut, og evaluere velferdsteknologiske løsninger. Workshop gav ett kreativt forum for personer med behov for tjenester, helsepersonell, og kommersielle aktører for å sikre velferdsteknologiske løsninger som er tilpasset brukeren. Utfordringen med tilpassede løsninger så ut til å bli hindret av begrenset velferdsteknologi i område lokalt. Service aktører var gjerne låst med teknologiske løsninger som var gitt som en standard pakke. Kommersielle aktører bestemte ofte kostnadene, og klinkere måtte gjøre det beste ut av det som var tilgjengelig. I oppsummeringen ble det trukket fram at bærekraftig velferdsteknologi må utvikles rundt nettverket som skal ta den i bruk. Teknologi designere må skifte fokus fra utvikling og innstallering til ett mer dynamisk fokus på bruken av det.

Etter litteratur gjennomgangen utpekte det seg i flere studier at nøkkelpersoner som arbeidet direkte ute i tjenestene burde få mer ansvar i valg av velferdsteknologi, og utformingen av arbeidet ved innføring. Gjennomgangen viser også at det er flere faktorer og prosesser som påvirker innføringen av velferdsteknologi i en organisasjon. Det kommer også fram at det er flere nye aktører som kommer på banen i arbeidet, og det fordrer nye relasjoner mellom helsepersonell. Det kommer fram at velferdsteknologien ikke er nøytral og må sees sammen med konteksten hvor den skal innføres. En svakhet ved noen av studiene er at de ikke har beskrevet tydelig hvilke velferdsteknologiske løsninger som ble brukt, og i noen mangler det en forklaring på hvordan den velferdsteknologiske løsningen fungerte. Dette litteratursøket er ikke ett uttømmende søk av tidligere forskning på innføring av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. Det kan fortsatt være relevant forskning på område som ikke har kommet med, men det gir likevel en forståelse av tematikken, og utfordringene i arbeidet.

1.8 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis gis det en oversikt over tematikken og bakgrunnen for studien. I kapittel 2 presenteres det teoretiske rammeverket for studien. I kapittel 3 beskrives og gjennomgås den metodiske tilnærmingen. I kapittel 4 presenteres funnene fra intervjuene. I kapittel 5 belyses funnene ut ifra ett human factors rammeverk og drøftes opp imot valgt teori, tidligere forskning og annen relevant litteratur. I kapittel 6 presenteres konklusjonen, implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet presenteres studiens teoretiske rammeverk. I første del redegjøres det for SEIPS modellen og human factors rammeverket, og hvordan det kan være relevant ved innføring av velferdsteknologi. Videre presenteres litteratur om «readiness» i organisasjonen, visjon i arbeidet, hvorfor motstand mot endringer oppstår, og lederens atferd.

2.1 En human factors tilnærming ved innføring av velferdsteknologi

Her blir SEIPS (System Engineering Initiative for Patient Safety) modellen og rammeverket for human factors beskrevet. Ved å bruke human factors som tilnærming kan det identifisere ulike prosesser som er med og fremmer og hemmer arbeidet med innføring av velferdsteknologi. Kartlegging av disse prosessene kan det være til hjelp for kommuner ved å tilrettelegge for helsetjenester som er sikre, og av god kvalitet. Denne tilnærmingen fanger også kompleksiteten av forholdene, og understreker den gjensidige avhengigheten, og interaksjonene mellom de ulike elementene som er involvert i innføring av velferdsteknologi (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014). I denne oppgaven blir kommunehelsetjenesten ansett som organisasjonen.

Det som karakteriserer SEIPS modellen er at den (1) beskriver arbeidssystemer og de integrerende elementene (2) innvirkning av kvalitet (3) identifiserer pleie- og omsorgs prosesser som blir påvirket av arbeidssystemene og hvordan de påvirker utfallene (4) integrerer pasientutfall, og utfall for helsepersonell og organisasjonen (5) og hvordan

det går tilbakemelding «loops» mellom prosessene, utfallene og arbeidssystemene (Carayon et al., 2006).

Figur 1 (Carayon et al., 2006, s 15) viser modellen, og nedenfor vil det gjøres en beskrivelse av arbeidssystemet og modellens funksjon.

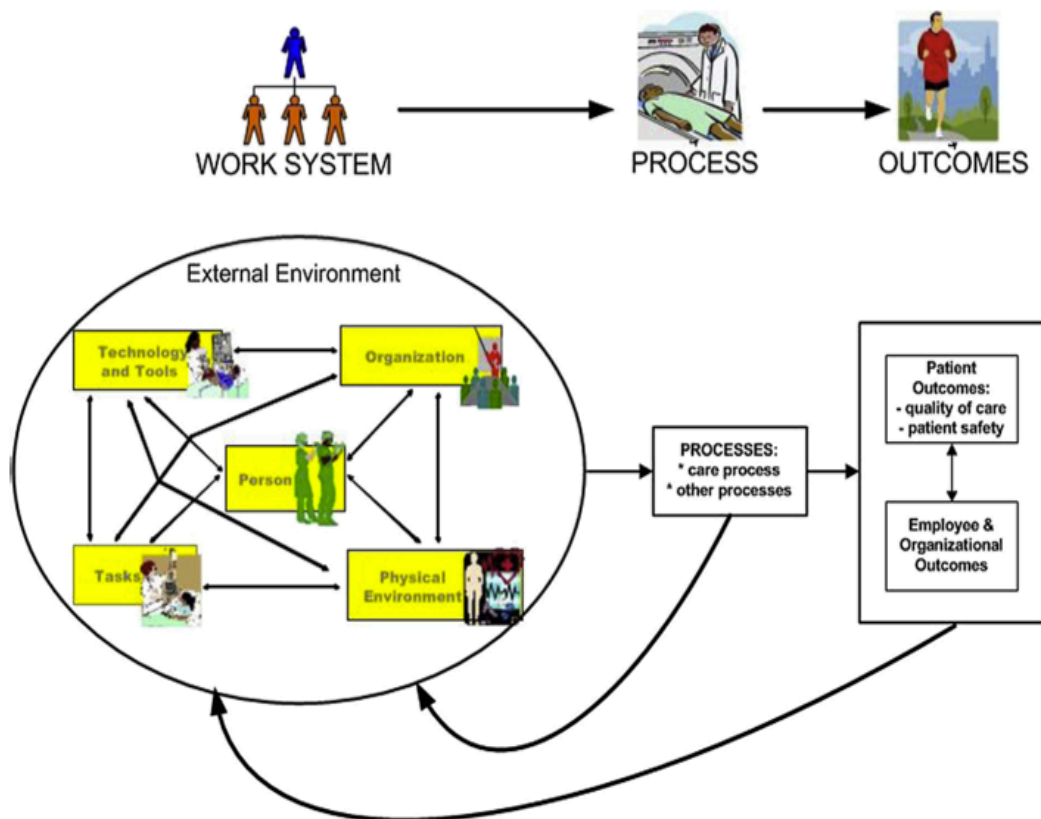


Fig. 1. The SEIPS model of work system and patient safety (Carayon et al., 2006b).

(1) Første del av modellen beskriver elementene i arbeidssystemet, og gir eksempler på hvert element. Modellen skiller mellom person (individens egenskaper og evner), tasks (arbeidsoppgaver), technology and tools (teknologi og utstyr), physical environment (fysisk miljø), og organization (organisatorisk ytre miljø). Elementene er beskrevet separat, men det er viktig å påpeke interaksjonene mellom dem. Det er en dynamisk modell hvor hvilken som helst endring i arbeidssystemet vil produsere endring i resten av systemet (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014; Holden et al., 2013; Carayon, 2012). Videre i oppgaven vil de norske navnene på elementene bli brukt.

Individens egenskaper og evner kan være de personlige egenskapene, kunnskaper, erfaringer, motivasjon, behov for sosial støtte, kommunikasjonsproblemer, og mellommenneskelige konflikter. Individet kan være en pasient, sykepleier eller en gruppe av individer som ett team eller organisasjons enhet (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014).

Arbeidsoppgaver beskriver oppgaver som helsepersonellet har i organisasjonen. Beskrivelse av oppgaven kan være psykiske og fysiske krav, ferdigheter som må tilegnes i forhold til nye oppgaver, dårlige arbeidsrutiner, tidspress, og mangel på dokumentasjons praksis (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014).

Teknologi og utstyr er ulikt teknisk utstyr som blir brukt av de involverte. Det kan være helse informasjons teknologier (ICT), medisinsk utstyr, utilstrekkelig innstalling av utstyr, og andre verktøy som blir tatt i bruk i helsetjenesten (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014).

Fysisk miljø er den fysiske utforming av for eksempel hjemmet til pasienten. Hvor arbeidsflater, lyder, lys, luftkvalitet kan være med å påvirke hvordan man kan utføre arbeidet. Samtidig hvor funksjonelt det er for ulike tekniske løsninger (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014).

Organisatorisk ytre miljø er den formelle og uformelle organisasjonen som regler og prosedyrer, organisatorisk struktur, ledelse, organisasjonskultur, miljø, og eventuelt mangel på oppdaterte prosedyrer, og nasjonale retningslinjer (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014).

(2) SEIPS modellen er en forlengelse av den velkjente structure – process- model (SPO) av Donabedian (1978) som inkluderer struktur, prosess og mål for utfall av kvalitet i helseorganisasjoner. SEIPS modellen har erstattet struktur med arbeidssystem. Denne endringen gir en mer systematisert tilnærming til analysering, og forbedring av kvalitet i helsetjenesten, og sikkerhet for pasienten. Når alle elementene i arbeidssystemet er tatt med gir det en forståelse av faktorer som er med og påvirker arbeidet med å innføre velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. Modellen har ett klart skille mellom fysisk miljø, og det ytre organisatoriske miljø. Det ytre organisatoriske miljøet kan påvirke

alle elementene i arbeidssystemet siden det er regulert av lovverk, retningslinjer og politiske føringer (Carayon et al., 2006).

(3) Inkludering av pleie- og omsorgs prosesser passer den moderne helseorganisasjons krav til kvalitets forbedring. Ett viktig aspekt av pleie- og omsorgs prosesser er å forstå hvordan alle elementene integrere med hverandre, og er organisert over tid. Den midlertidige naturen av pleie- og omsorgs prosesser er viktig ettersom helse relaterte oppgaver kan ha alle slags mønster. De kan foregå jevnlig, ukentlig eller ha ulike tidsskalaer som minutter eller timer (Carayon et al., 2006).

(4) Modellen inkluderer pasientutfall som sikkerhet, og andre dimensjoner som livskvalitet, mestring, og samtidig utfall for helsepersonell og organisasjonen. Hensikten er å bygge ett arbeidssystem som gir fordeler for både pasienter, helsepersonell og organisasjonen (Carayon et al., 2006).

(5) Tilbakemelding «loops» mellom pleie- og omsorgsprosessene, utfallene og arbeidssystemet kan bli brukt til å identifisere vanskeligheter, og muligheter til å gjøre endringer i enkelte av elementene som vil forbedre arbeidsprosessen med innføring av velferdsteknologi, og igjen bedre helsetjenesten. SEIPS modellen er en dynamisk modell hvor arbeidssystemet kan tilpasse seg ulike prosesser og utfall. Ved for eksempel at ansatte utvikler strategier for å gjøre oppgaver som av og til ikke er tilstrekkelig designet, og tilpasset (Carayon et al., 2006).

Innføring av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten vil gi endring i elementene i arbeidssystemet ved for eksempel at arbeidsrutiner må endres, og det trengs kunnskap hos ansatte om hvordan velferdsteknologi kan fungere optimalt i arbeidsoppgavene og for pasientene (Greenhalgh et al., 2015). Det er vanskelig å forutse alle endringene i arbeidssystemet ved innføring av velferdsteknologi, men tilbakemelding «loops» gjør her en viktig oppgave med å regulere arbeidssystemet og påvirkning av prosesser og utfall. De gir mulighet for kontinuerlig forbedring og kvalitetssikring (Carayon et al., 2006).

Det vil ikke bli ytterligere utdyping av modellen. Den vil være ett teoretisk rammeverk i drøftingen for å identifisere hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi og hvordan arbeidet kan påvirke utfall for pasienter, ansatte og kommunehelsetjenesten. Jeg har valgt å ta med litteratur for å utdype de ulike elementene tilknyttet arbeidssystemet i SEIPS modellen. Videre presenteres følgende litteratur om begrepet readiness i organisasjonen (Weiner, 2009), hvorfor motstand er ett vanlig fenomen mot endringer, utvikling av visjon og hvordan atferden til leder kan ha innvirkning på arbeidet i en organisasjon (Yukl, 2006).

2.2 Readiness i organisasjonen

Readiness¹ i organisasjonen er vurdert som en kritisk forløper til vellykkede innføringer av komplekse endringer i helseorganisasjoner. Weiner (2009) mener mangel på å etablere readiness utgjør halvparten av alle mindre vellykkede innføringer i helseorganisasjoner.

Endringsprosess teorier beskriver typiske mønster av hendelser som oppstår fra begynnelsen av en endring til den er gjennomført (Yukl, 2006). En av de første teoriene var Lewin (1951) sin endrings prosess som blir delt inn i tre faser «unfreezing», «changing» og «refreezing». I «unfreezing» fasen begynner gjerne organisasjonen å klargjøre for endring ved å informere om endringen til ansatte, og de begynner å forstå at den gamle måten og utføre arbeidsoppgaver gjerne ikke er adekvat lenger. I endringsfasen «changing» ser personer etter en ny måte å gjøre ting på og velger en lovende tilnærming, samtidig som eventuell motstand bli kartlagt. I «refreezing» fasen er den nye tilnærmingen innført og den blir etablert i helseorganisasjonen. Om en helseorganisasjon går rett til «changing» uten den første fasen ved å skape forståelse er det stor sannsynlighet for å møte motstand. Manglende problemløsning i midtfasen vil resultere i en svak endringsplan, og manglende oppmerksomhet i møte med konsekvenser og entusiasme i tredje fase kan føre til at innføringen i helseorganisasjonen blir kortvarig. Her fokuserer de på uoverensstemmelse mellom nåværende og ønsket utførelsesnivå, og en misnøye med tingens tilstand (Weiner, 2009; Yukl, 2006).

¹ Readiness blir brukt i mangel av annet ord. Norsk oversettelse er beredskap.

Weiner (2009) går imot den tradisjonelle tre steg modellen til Lewin (1951). Han mener at organisasjons «readiness» for endring er ett flernivå fenomen. «Readiness» kan være mer eller mindre tilstedeværende for individet, gruppen, avdelingen, enheten eller organisasjonen. Organisasjonsendring er mangeartet. Organisasjon «readiness» referer til organisasjonens medlemmer sin endringsvilje og endrings effekt for å gjennomføre en organisasjonsendring. Begrepet «readiness» referer til å både være psykisk (willing) og atferdsmessig (able) klar til handling. Weiner understreker at innføring av endringer i komplekse organisasjoner involverer kollektive handlinger av mange personer, hvor hver og en av dem bidrar til innføringen og dens anstrengelse. En slik innføring er ofte en lagsport, og det oppstår problemer når noen føler seg forpliktet til endringen mens andre ikke gjør det. Ansatte i organisasjonen kan føle seg forpliktet på grunn av de vil (de respekter endringen), eller at de må (de har lite valg), eller at de føler seg forpliktet (de er tvunget). Endringseffekten er høy når mennesker deler en trygghet på at de kollektivt kan innføre en kompleks organisasjons endring. Endrings effektivitet referer til organisasjonens medlemmer sin delte tro på at de ved fellesskapets muligheter kan gjennomføre handlingene som trengs for å fullføre endringen (Weiner, 2009). Readiness i organisasjonen blir av Weiner (2009) beskrevet ut ifra psykologiske betingelser, mens andre beskriver readiness for endring ut ifra strukturelle betingelser eller organisasjonens finansiering (Williams & Fintel, 2012). Noen av de mest lovende endringene i helsevesenet krever kollektiv og koordinert endring av mange organisasjons medlemmer (Weiner, 2009).

2.3 Motstand til endring er ett vanlig fenomen

En av de vanskeligste lederoppgavene er å forberede og legge til rette for en endringsprosess i en organisasjon. Personer motstår ofte endringen av ulike grunner. Yukl (2006) skriver at motstand til forandringer er ett vanlig fenomen for individer i en organisasjon. Det er mange ulike grunner til at individer motsetter seg endringer, og det trenger ikke være like grunner for individer i samme organisasjon.

En vanlig grunn for at mange motsetter seg endring er at de ikke har tillit til personen som skal gjennomføre endringen. Når endringen virker unødvendig kan det føre til motstand hos enkelte. Det oppleves ikke noe nærkommende fare for at utførelsen av

arbeidsoppgavene ikke skal fungere. Tegnene er ofte tvetydige i begynnelsen og det er lett å overse dem. Har ledelsen klart å overdrive hvor godt organisasjonen fungerer, vil det være enda vanskeligere å få med seg de som motsetter seg endringen. Store endringer som er radikalt forskjellig fra det som har blitt gjort tidligere virker vanskelig, og gjerne umulig for enkelte. Selv om en endring kan være bra for organisasjonen vil det føre til motstand dersom individer føler det truer jobbsikkerheten. Den bekymringen oppleves spesielt relevant når teknologi skal erstatte mennesker eller forbedre arbeidsprosesser for å gjøre dem mer effektive. Ved en endring må ofte vanter rutiner forandres og det gjør at en må lære nye måter å utføre arbeidet på. Personer som mangler selvtillit vil gjerne være motvillige fordi det oppleves vanskeligere å utføre. (Yukl, 2006).

Store endringer i organisasjonen resulterer ofte i statusskifte for enkelte. Nye strategier rekvirerer ofte ekspertise av andre enn dem som innehar en status for øyeblikket. Personer som er ansvarlige for arbeidsoppgavene som vil bli endret har større sjanse for å motsette seg endringen. Oppleves endringen å gå imot sterke verdier og idealer kan det føre til motstand. Trussel mot en persons verdi vekker sterke følelser. Når verdiene er innebygd i sterk organisasjonskultur vil motstanden bli utbredt mer enn den blir isolert (Yukl, 2006).

Motstand til endring er ikke resultat av ignoranse eller lite fleksibilitet. Det er en naturlig reaksjon fra personer som beskytter sine interesser. Istedenfor å se motstand i en organisasjon som ett hinder, kan det være nødvendig å se på den som en energi som kan omdirigeres til å forbedre endringen. Aktiv motstand indikerer en fortid med sterke verdier og følelser, og blir motstanden snudd kan det være en kilde til engasjement (Yukl, 2006).

2.4 Utvikling av visjon

Siden det er generelt vanskeligere å gjennomføre en endring i en eksisterende organisasjon kan det å utvikle visjon være en løsning. Det kan være vanskelig for en leder og utvikle en visjon, og det er hensiktsmessig med flere involverte når den skal utarbeides slik at den får en bredspektret appell (Yukl, 2006; Aase & Hansen, 2015) Før

personer vil støtte en større endring er det behov for en visjon om at endringen vil føre til bedre arbeidspraksis, og at det verdt å gi det ekstra som trengs underveis i innføringen. En visjon kan gi håp om at det er mulig å oppnå endringen lenger framme i tid. Gjennom en hektisk og frustrerende prosess med å gjennomføre en større endring kan en visjon være en retning og en koordinasjon i arbeidet (Yukl, 2006). Visjonen bør være enkel og idealistisk, og den bør appellere til verdier, håp og idealer for personer som gjennomfører endringen (Yukl, 2006; Greenhalgh et al., 2012).

2.5 Lederens atferd

Innføring av en endring krever ett bredt spekter av lederatferd. Atferden kan bli delt inn i to grupper som er adskilte, men likevel overlappende kategorier. Gruppene blir kalt politiske og organisatoriske handlinger og menneskestyrte handlinger (Yukl, 2006).

Politiske og organisatoriske handlinger innebærer at en leder må kartlegge hvem som kan støtte opp om endringen, og hvilke nøkkelpersoner som kan være avgjørende for om ett forslag blir innført eller ikke. Spørsmål som kan være avgjørende å få besvart er hvor mye motstand det kan antas å møte, fra hvem og hva som er nødvendig for å overvinne denne motstanden. Det trengs personer som har tro på innføringen i ledelsen, men også nedover i nivåene i organisasjonen og det er viktig å ha nøkkelpersoner som kan hjelpe å styre innføringen (Yukl, 2006).

Midlertidige arbeidsgrupper er ofte nyttig for å gjennomføre en innføring, spesielt når det gjelder å endre den formelle strukturen av hvordan tidligere arbeidsoppgaver har blitt utført. Oppgaver og ansvar til arbeidsgruppene kan for eksempel være å utvikle handlingsplaner for nye prosedyrer (Yukl, 2006).

Det er viktig at leder eller de med ansvar for innføringen følger med på progresjonen. Når en organisasjon gjennomfører en endring er det ikke mulig å forutse alle hindringer og utfordringer som vil møtes. Mange ting blir gjerne lært underveis i prosessen, og en utvikler nye måter å løse utfordringer på (Aase & Hansen, 2015; Yukl, 2006).

Menneske styrte handlinger innebærer at leder må motivere og være tilstede for de ansatte i organisasjonen. En viktig del av å prosessen med å innføre nye arbeidsrutiner involverer motivering, støtte og veiledning. Personer som synes det er spennende med endring vil også trenge støtte for å vedlikeholde sin entusiasme og optimisme når

problemer oppstår. Når endringer i organisasjonen skjer gradvis og det ikke oppstår en tydelig krise, er det viktig at leder har med nøkkelpersoner som støttespillere. En leder har ansvar for å bistå med tilstrekkelig informasjon og sikre at personer opplever mestring i tidlig fase av prosessen. Noen som er skeptiske vil bare støtte endringen når de ser bevis for fremgang, og for at det vil fungere. Personer er gjerne mer villige til å begi seg ut på en arbeidsoppgave om de forstår at de med stor sannsynlighet vil lykkes (Yukl, 2006).

Det er vanlig at personer ser etter lederen for engasjement. Lederen bør fremme visjonen og opprettholde optimisme. Lederen må gjøre mer enn bare å snakke om viktigheten av endringen. Det må investeres tid og ressurser i å løse problemer som oppstår på veien. En større endring har mindre sjanse for å lykkes om lederen prøver å diktere i detalj hvordan det skal gjennomføres i de ulike delene av organisasjonen. Når det er mulig bør ansvar for å ta avgjørelser og løse problemer bli delegert til individer eller team som er direkte involvert i endringen (Yukl, 2006).

3.0 METODE OG METODISKE OVERVEIELSER

I dette kapitlet presenteres metoden som er anvendt i denne studien og metodiske overveielser. Jeg vil her redegjøre for studiens design, beskrive datainnsamlingsmetoden og forskerens rolle. Videre presenteres forskningsetiske vurderinger, utvalg av informanter og hvordan rekrutteringen har foregått. Deretter beskrives utforming av intervjuguiden, gjennomføringen av intervjuene og transkribering. Til slutt presenteres og gjennomgås analysen, samt studiens validitet og reliabilitet.

3.1 Forskningsdesign

Denne studien fokuserer på ledere og ansatte i administrative stillinger i kommunen som arbeider med å innføre velferdsteknologi som en del av tjenesten. Hensikten er økt kunnskap og innsikt i hvordan kommunen arbeider for å få velferdsteknologi ut i kommunen. Med bakgrunn i dette ble en kvalitativ metode med eksplorerende design vurdert som best egnet. Kvalitativ metode egner seg når forskeren er ute etter å utforske menneskers erfaringer, holdninger og tanker (Malterud, 2011). Eksplorerende design kan anvendes når det på forhånd er lite kunnskap om forholdene en skal utforske, og når en går bredt ut for å finne kunnskap til det som skal studeres (Johannessen et al., 2010).

3.1.1 Fenomenologisk tilnærming

I denne studien har jeg valgt en fenomenologisk tilnærming. I den moderne tid er grunnleggeren av fenomenologi regnet å være den tyske filosofen Edmund G. A. Husserl (1859 – 1938). Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik personen selv erfarer den. Forskeren er ute etter å beskrive hvordan det enkelte menneske opplever seg selv og sine opplevelser som angst, ansvar og relasjoner til andre mennesker (Thornquist, 2003). Fenomenologisk tilnærming innebærer at forskeren beskriver menneskers erfaringer og samtidig får innsikt i deres opplevelser av ett fenomen. Målet for forskeren er økt kunnskap av fenomenet sett gjennom informantens øyne, og det er informantens subjektive erfaringer og beskrivelser som er utgangspunkt i intervju og analyse. Husserl var opptatt av å forstå kunnskap og dens natur og vilkår. Fenomenologien legger vekt på det konkrete, og formidler fylldige

erfaringsnære beskrivelser. Det skal være en åpenhet til verden og det som kommer til uttrykk. (Thornquist, 2003; Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). En fenomenologisk tilnærming ble i denne studien valgt fordi jeg ønsket å få økt innsikt og forståelse av informantenes egne erfaringer med innføring av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten, og deres beskrivelser av prosessene som utvikler seg i dette arbeidet.

3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Datainnsamlingen i denne studien var individuelle kvalitative forskningsintervju. Et forskningsintervju er en profesjonell samtale mellom to personer der formålet er å forstå verden sett fra informantens ståsted, og for å få innsyn i deres opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). I forskningsintervjuet konstrueres kunnskap i samspillet mellom intervjupersonen og intervjuer. Forskerens ferdigheter og kunnskaper om temaet er viktig for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål. Under intervjuet skal forskeren være åpen mot det informanten forteller (Kvale & Brinkmann, 2009). Med utgangspunkt i studiens formål og problemstillingen ble individuelle intervju vurdert som best egnet for denne studien, slik at de som intervjues kan fortelle om sine opplevelser, synspunkter og erfaringer. Forskningsintervjuets struktur har likhetstrekk med den dagligdagse samtalen, men samtidig involverer det en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2.1 Forskerrollen

I kvalitativ forskning er forskerinvolveringen sterk, og det påvirker i ulik grad forskningsprosessen og resultatene (Malterud 2011). I en intervjusituasjon er det en asystematisk maktrelasjon mellom forsker og informant fordi det er forsker som bestemmer spørsmålene, og i større grad leder situasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det må være en balansegang i forskernes fremtreden. Forskeren kan på ulike måter påvirke det som kommer fram for eksempel kan overdreven niking styre innholdet i intervjuet og svekke gyldigheten. Samtidig kan tilbakeholdenhet føre til at informanten opplever intervjuer som uinteressert og dermed forteller mindre (Johannessen et al.,

2010). Jeg innledet alle intervjuene med å forklare at jeg var interessert i deltagerens egne meninger og synspunkter om temaet, og at det ikke var noen rette eller gale svar.

Forskerens forforståelse er også ett aspekt som kan påvirke forskningsprosessen og innebærer forskerens erfaringer, teoretiske kunnskaper og faglige perspektiv (Malterud, 2011; Johannessen et al., 2010). Forskerens erfaringer og kunnskap kan bidra som en styrke ved at informantens erfaringer bekrefter ens antagelser, men på en annen side kan en være så farget av sin egen forforståelse at en overser viktige aspekter (Malterud, 2011). Det er viktig å være åpen for funn som går imot egen forforståelse for å klare å komme fram til nye aspekter som en ikke hadde forventet. Jeg har gjennom hele prosessen prøvd å være bevisst omkring min egen forforståelse for å forebygge at aspekter som kommer fram i forskningsprosessen ikke skal ta skade. Jeg har innledningsvis redegjort for min forforståelse slik at leseren kan vurdere om det har påvirket studien på noe måte (Malterud, 2011).

3.3 Forskningsetiske vurderinger

Forskning er underlagt gjeldende lovverk og etiske prinsipper. Det er for å beskytte mennesker mot forskning som kan skade eller at personlige opplysninger kommer på avveie (Johannessen et al., 2010). Safer@home arbeidspakke 4 som denne studien er en del av ble fremlagt for vurdering hos Regional Etisk Komite (REK). Det var ikke nødvendig med tillatelse fra REK siden studien ikke var ute etter å framskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Studien måtte imidlertid være godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som er personvernombudet for forskning- og studentprosjekter som gjennomføres på høyskoler og universiteter (Johannessen et al., 2010). Studien var meldepliktig fordi jeg gjennom intervjuene fikk tilgang til personopplysninger som gjør det mulig å identifisere den enkelte informant. Det er for eksempel kjønn, alder og kommune. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd (Johannessen et al., 2010; Thagaard, 2009). Som en del av safer@home ble studien min godkjent av NSD den 27.10.15, og jeg ble navngitt om masterstudent knyttet til prosjektet og arbeidspakke 4. Jeg opplevde teknologiske forsinkelser i ett prosjekt i arbeidspakke 4.

Jeg skulle intervjuere brukere og ansatte i forhold til bruk av videotelefon som del av kommunale helsetjenester i hjemmet. På grunn av forsinkelser i ferdigstilling av videotelefonteknologi ble jeg nødt til å endre perspektiv og informanter i oppgaven. Det ble sendt endringsmelding til NSD og den ble registrert og godkjent den 26.01.16 (Vedlegg 4).

For å ivareta etiske og juridiske retningslinjer for forskning fikk alle informantene tilsendt skriftlig informasjon. Her ble det gjort rede for hensikten og målet med studien, hvordan studien skulle gjennomføres og at deltagelsen i studien var frivillig. I informasjon kom det frem at en hadde mulighet til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn, og at alle data ville bli slettet (Vedlegg 1). Informasjonsskrivet skulle danne grunnlag for informert samtykke. Før intervjuene startet ble studiens hensikt og mål gjengitt muntlig, og det ble igjen opplyst om at studien var frivillig. Informantene fikk informasjon om at besvarelser ville bli anonymisert og at opplysninger fra intervjuet ville bli behandlet konfidensielt, og at jeg som forsker har taushetsplikt (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009).

Lydopptak, transkripsjoner og notater fra intervjuene kan inneholde sensitive opplysninger og må oppbevares forsvarlig og på en sikker plass (Johannessen et al., 2010). Jeg skrev ikke navn på notater og transkripsjoner. Navnet til personen eller kommunen ble ikke nevnt under lydopptaket slik at det skulle være vanskeligere å identifisere informantene om noe kom på avveie. Koblingsnøkkelen som koblet sammen informantene med de forskjellige kodebokstavene på intervjuene ble oppbevart på ett låsbart rom i mitt private hjem. For å hindre at sensitive opplysninger kom på avveie ble lydopptak fortløpende slettet etterhvert som de var blitt transkribert. Anonymisert materiale oppbevares inntil prosjektet safer@home avsluttes, og slettes senest 31.12.2016. Alt materialet i denne studien er blitt anonymisert. Kommunene har fått dekknavn slik at materialet ikke kan spores tilbake til den opprinnelse plassen, og informantenes konfidensialitet blir bevart og min taushetsplikt som forsker.

3.4 Utvalg

For å få innsikt i hvordan kommunene arbeider med å innføre velferdsteknologi og hvilke prosesser som utarter seg, valgte jeg å intervju ansatte med en stilling i kommunen som gjorde at de på ulike måter arbeidet med innføring av velferdsteknologi. Siden kommuner varierer i størrelse og organisering ble det valgt flere kommuner for å kunne belyse temaet. Jeg gjorde ett strategisk utvalg som innebærer å inkludere informanter som har relevant erfaring og kunnskap til å belyse temaet. Informantene ble også bevisst valgt fordi de hadde kunnskap om fenomenet. (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2011). På grunn av tidsbegrensning i min studie ble kommuner i det geografiske område på sør – vest landet valgt. Med bakgrunn i dette var inklusjonskriteriene som følger:

- ansatt i kommunen
- stilling som innebærer arbeid med innføring av velferdsteknologi
- begge kjønn

Før jeg gikk i gang med å rekruttere siktet jeg mot å få 10 – 13 informanter. Antall informanter handler om å oppnå en metning, det vil si at en fortsetter å intervju informanter inntil en ikke lenger får noe ny informasjon (Johannessen et al., 2010). I denne studien opplevde jeg ikke problem med å ta tak i informanter.

3.4.1 Presentasjon av informantene

I denne studien har jeg intervjuet 12 personer. Alderen på informantene varierte fra 27 til 57 år. Flertallet av informantene hadde en alder mellom 40 og 50 år hvor gjennomsnittsalder var 44 år. I studien var det en mann og elleve kvinner. Det var elleve sykepleiere og en vernepleier. På neste side er det presentert en tabell for å gi oversikt over de ulike informantene og kommunestørrelse.

Stillingstittel	Utdanning	Kommune størrelse
Prosjektkoordinator	Sykepleier med master i helse og sosial informatikk	Liten kommune
Enhetsleder	Sykepleier med videreutdanning i ledelse	Liten kommune
Avdelingsleder	Sykepleier, pågående videreutdanning i ledelse	Liten kommune
Avdelingsleder	Sykepleier	Liten utkant Kommune
Saksbehandler	Sykepleier	Liten kommune
Virksomhetsleder	Sykepleier, master i ledelse	Mellomstor kommune
Avdelingsleder	Sykepleier, lederutdanning i helseinformatikk	Mellomstor kommune
Folkehelsekoordinator	Vernepleier med diverse lederutdanninger	Mellomstor kommune
Fagutvikler	Sykepleier med videreutdanning i ledelse	Mellomstor kommune
Prosjektmedarbeider	Sykepleier, videreutdanning innen helse og jus	By kommune
Prosjektmedarbeider	Sykepleier med master i helsevitenskap	By kommune
Avdelingsleder	Sykepleier	By kommune

Alle informantene arbeidet i full stilling. Utenom to prosjektmedarbeidere hadde informantene flere arbeidsoppgaver knyttet til sin stillingstittel. Det førte til at arbeidet med innføring av velferdsteknologi kun var en del av det totale arbeidsområdet.

3.4.2 Utvelgelse av informanter

Etter godkjenning av NSD gikk jeg i gang med rekrutteringen. Jeg brukte snøballmetoden som går ut på at forskeren kontakter personer som har kjennskap til temaet som skal studeres, og spør om de kjenner noen i målgruppen som kan være

aktuelle å intervju (Johannessen et al., 2010). Jeg hadde blitt kjent med noen i feltet etter at min første tenkte studie med erfaringer til pasienter ble avsluttet på grunn av forsinkelser med ferdigstilling av teknologien. De satte meg i forbindelse med kommuner i det ene geografiske området. Jeg kontaktet to tilfeldige servicekontor i det andre geografiske område hvor jeg spurte om de kunne gi meg mailadressen til ansatte som arbeidet med velferdsteknologi i kommunene. I starten av utvelgelsen tenkte jeg kun å intervju en ansatt i hver kommune, men opplevde at det var flere ansatte innad i en kommune som arbeidet med innføring av velferdsteknologi. Jeg inkluderte derfor flere ansatte fra samme kommune og reduserte heller antall kommuner i studien for å ha mulighet til å gå i dybden. Ved ett begrenset antall informanter i en kvalitativ studie har man mulighet til å gå mer i dybden i analysen (Thagaard, 2009). Det var også lettere å ha oversikt ved ett mindre antall kommuner.

3.4.3 Rekruttering

Fremgangsmåten for rekruttering foregikk ved at jeg sendte mail med informasjonsskriv til de informantene jeg hadde mottatt mailadressen til gjennom forbindelsene i det ene geografiske område. En prosjektkoordinator som jeg kom i forbindelse med etter å ha kontaktet servicekontoret hadde ansvar for flere kommuner. Hun tok initiativ til å forespørre aktuelle personer i kommunene hun hadde ansvar for om å delta i studien min. Hun sendte meg mailadresser til de som ønsket å delta i studien slik at jeg kunne kontakte dem direkte. Når jeg etablerte kontakt sendte jeg ett informasjonsskriv om studien slik at de skulle være skriftlig informert om studiens hensikt før vi avtalte tidspunkt for intervju. Rekruttering av intervjudeltagere ble avsluttet da jeg hadde fått avtalt intervju med 12 informanter i seks ulike kommuner. Jeg opplevde ikke at det var noen som takket nei til å være med i studien, men en kommune responderte aldri på mailen som ble sendt.

3.5 Utforming av intervjuguide

En intervjuguide inneholder temaene og spørsmålene som skal tas opp under intervjuet. Intervjuspørsmålene utarbeides i samsvar med studiens problemstilling og de temaene en ønsker å belyse. Spørsmålene bør være korte, enkle og tilpasses ordlyden til intervjupersonens dagligspråk (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg brukte elementene i arbeidssystemet i SEIPS modellen som utgangspunkt når jeg utformet de ulike temaene i intervjuguiden. Jeg hadde med avslutning slik at intervjudeltagerne hadde mulighet til å komme med avsluttende kommentarer. Det er viktig å legge inn en avslutning slik at informanter kan komme med innspill om de har noe på hjertet som ikke kom fra tidligere i intervjuet (Johannessen et al., 2010). Jeg valgte å ha semistrukturert intervju siden jeg var usikker på hva som ville komme fram i intervjuene. Ved å bruke semistrukturert intervjuguide blir det mer fleksibelt under intervjuet og informanter har mer frihet til å uttrykke seg, og det bidrar til fyldigere beskrivelser fra informantene (Johannessen et al., 2010).

3.5.1 Pilotintervju

Før jeg gikk i gang med intervjuene utførte jeg ett pilotintervju for å teste intervjuguiden med ett kvinnelig familiemedlem som var 55 år, og hadde arbeidet i ulike stillinger i kommunen i over 25 år. Hensikten med å utføre ett pilotintervju var å kontrollere at intervjuguiden hadde forståelige spørsmål samtidig som jeg fikk prøvd meg i en intervjusituasjon. Det var lærerikt å utføre ett pilotintervju, og det førte til at jeg ved noen av spørsmålene skrev ned støttespørsmål i tilfelle informantene ikke forstod hva jeg spurte om.

3.6 Gjennomføring av intervju

Gjennomføringen av intervjuene foregikk fortløpende i perioden januar – mars 2016. Ved intervjuene brukte jeg intervjuguiden som utgangspunkt. Jeg opplevde at rekkefølgen på spørsmålene ble byttet om ettersom samtalen utviklet seg og informanten bevegde seg inn på temaer som kom senere i intervjuguiden. I utgangspunktet følte jeg det gikk bra siden jeg hadde valgt en semistrukturert

intervjuguide, men jeg opplevde det utfordrende å komme med oppfølgingsspørsmål fordi jeg var redd for å miste oversikten over spørsmålene som var blitt stilt. Når intervjuet nærmet seg slutten kontrollerte jeg derfor med intervjuguiden slik at jeg hadde fått stilt alle spørsmålene. Det var veldig forskjellig hvor mye informantene fortalte på de ulike spørsmålene. Noen gav korte konkrete svar mens andre hadde lange beskrivelser med eksempler. En informant syntes at noen av spørsmålene var vanskelige og var redd for å svare feil. Jeg stilte da noen støttespørsmål som hadde en litt annen ordlyd. Samtidig påpekte jeg at det ikke var noen rette eller gale svar, men at jeg var ute etter hennes erfaring om temaet.

Under intervjuet benyttet jeg båndopptager for å ta opp samtalen slik at jeg kunne konsentrere meg om selve intervjuet. Samtidig hadde jeg mulighet til å stille utdypende spørsmål, og trengte ikke bekymre meg for at noe skulle bli glemt. Jeg opplevde at det var lettere å rette fokus mot informanten og samtalen uten å bli forstyrret av å måtte skrive ned alt. Det eneste som ikke kommer fram ved bruk av båndopptager er kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg opplevde ikke at informantene uttrykte seg noe særlig ved kroppsspråk annet enn at de tok noen pauser for å tenke seg om, og det kom fram på båndopptageren. Alle informantene samtykket til at jeg kunne benytte båndopptager under intervjuet.

Jeg stilte meg fleksibel til tidspunkt og sted for gjennomføringen av intervjuene, og forsøkte å legge det opp slik at det passet best for informantene. Jeg opplevde alle intervjuene som hyggelige. En informant fortalte at noen av spørsmålene hadde de ikke reflektert over i kommunen enda og hun skulle ta det med seg videre. Ved første intervju var informanten veldig interessert i min bakgrunn og jeg fortalte om hvilken utdanning jeg hadde, og hvor jeg arbeidet. Ved de andre intervjuene valgte jeg derfor å fortelle litt mer om meg selv før vi startet intervjuet. Jeg opplevde at det løsnet litt på stemningen og at det da var lettere å komme i gang. Etter at båndopptageren var slått av satt jeg av tid til å snakke om andre ting om det var ønskelig, slik at deltagerne ikke skulle oppleve at jeg bare gikk rett etter intervjuet.

Selve intervjusituasjonen var spennende og ukjent for meg. I begynnelsen syntes jeg det var vanskelig å stille oppfølgingsspørsmål og be informantene utdype noe jeg syntes virket interessant. Jeg opplevde etter ett par intervjuer at jeg slappet mer av og at intervjuet opplevdes mer som en samtale. Det kunne nok vært en fordel med lengre tid mellom intervjuene slik at jeg kunne få lest gjennom intervjuene, og reflektert over hvor jeg kanskje burde stilt oppfølgingsspørsmål.

3.6.1 Hvor ble intervjuene utført

Konteksten der intervjuet blir gjennomført kan spille en rolle og må tas i betraktning (Johannessen et al., 2010). Jeg opplyste i informasjonsskrivet som informantene fikk at intervjuet fortrinnsvis ville foregå på deres arbeidsplass eller hvor de måtte ønske. Sju intervjuer ble gjennomført på intervjudeltagernes eget kontor, og to informanter hadde booket ett møterom på arbeidsplassen. Når intervjuene ble utført på informantens eget kontor opplevde jeg enkelte ganger forstyrrelser ved at telefonen ringte. En informant måtte svare på telefonen under intervjuet og det løste jeg ved å stoppe båndopptageren. Etter forstyrrelsen slo jeg på båndopptageren og minnet informanten på hva vi hadde snakket om rett før, og samtalen fortsatte uten noe videre problem. Tre informanter ønsket å gjennomføre intervjuet over telefon og det imøtekom jeg.

3.6.2 Transkribering

Transkribering betyr at de muntlige utsagnene blir gjort om til tekst for å egne seg bedre til analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg gikk fortløpende i gang med å transkribere etter hvert som intervjuene var gjennomført. Jeg opplevde transkriberingen som en tidkrevende prosess som krevde mye konsentrasjon. Det var spesielt å høre meg selv i intervjusituasjonene, og jeg opplevde styrker og svakheter ved mine intervjuferdigheter. Det var god lyd kvalitet på alle opptakene, og under transkriberingen prøvde jeg så nøyaktig som mulig å gjengi det informanten hadde sagt. Flere ganger måtte jeg spole fram og tilbake i hvert lydopptak for å være sikker på at jeg fikk med alt. Dialekt ble skrevet om til bokmål for anonymisering sin del, men også for å gjøre det videre arbeidet med teksten lettere. Ulike navn på kommuner, aktører og institusjoner som kom fram i intervjuene ble anonymisert i transkriberingen. Der informanten sa «hmm»

valgte jeg å skrive inn prikker i teksten for å vise at informanten gjorde ett opphold i samtalen. Det ferdig transkriberte materialet utgjorde 120 sider med tekst med enkel linjeavstand og utgjorde 66989 ord.

3.7 Analyse

Analyse av kvalitative data handler om å bygge bro mellom rådata og resultater (Malterud, 2011). Analysemetoden som jeg har valgt å anvende er systematisk tekstkondensering av Kirsti Malterud (2011). Det er en trinnvis framgangsmåte for å komme fram til meningsinnholdet i teksten. Metoden deles opp i fire analysetrinn som består av helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og sammenfatning. Analysemetoden ble vurdert som egnet i denne studien fordi den vektlegger menneskers erfaringer, og søker forståelse og innsikt i deltakerens egne perspektiver og erfaringer.

3.7.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

Første trinn av analysen innebærer å danne seg et helhetsinntrykk av det transkriberte materiale. Her skal forskeren legge til side sin forforståelse og det teoretiske rammeverket for å stille seg åpen til det informanten uttrykker. Det er informantens stemme som skal fram (Malterud, 2011). Jeg startet med å lese gjennom alle intervjuene og skrev ned på ett eget ark foreløpige temaer som hadde dukket opp. Jeg endte opp med mange temaer som egentlig omhandlet det samme. Jeg leste dermed gjennom materialet på nytt samtidig som veileder leste gjennom seks intervjuer og noterte seg foreløpige temaer. Malterud (2011) anbefaler at en holder seg til fire til åtte temaer i denne fasen. Etter veiledning endte jeg opp med fire foreløpige temaer:

- Holdningsarbeid
- Organisasjonsendring
- Pådriver rolle
- Umoden teknologi

3.7.2 Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Neste trinn i analysen innebærer å sette materialet i system for å analysere det nærmere. Forskeren skal begynne å sortere den teksten som kan være med å besvare problemstillingen. Her skal man systematisk gå gjennom materialet og dele det inn i meningsbærende enheter. Det er deler av tekst som inneholder kunnskap og informasjon om et eller flere av temaene som kom frem i første trinn av analysen (Malterud, 2011). Jeg leste grundig igjennom alle intervjutranskripsjonene og begynte å markere med penn de meningsbærende enhetene i teksten slik at jeg skulle finne tilbake til dem. På dette trinnet skal man også ifølge Malterud (2011) begynne å kode materialet. Det innebærer å identifisere og organisere de ulike meningsbærende enhetene. Jeg startet kodingen ved at jeg på nytt leste gjennom materialet og markerte tekstutdrag med en kode i margin. Deretter satt jeg ved datamaskinen og sorterte de ulike kodegruppene i ett eget dokument slik at tekstutdrag som omhandlet det samme skulle bli plassert under hverandre. Enkelte ganger når jeg skulle plassere de meningsbærende enhetene under en kode opplevde jeg at de ikke passet inn under koden jeg først hadde tenkt, og jeg måtte gå tilbake å se om den passet bedre inn under en annen kode. På dette trinnet hadde jeg framlegg i et masterseminar for medstudenter, veileder og emneansvarlig. Her viste jeg fram deler av materialet mitt. Jeg hadde samlet «pådriver» og «uformelle ledere» under en kode og jeg hang meg veldig opp i navnene. Jeg fikk tilbakemelding på at jeg ikke trengte å fokusere så mye på benevnelser av kodene nå, men at jeg skulle fortsette å samle de meningsbærende enhetene under kodene og arbeide videre med materialet. Jeg fortsatte gjennom de neste trinnene i analysen og omformulerte og utbedret kodene, og etter innspill fra veileder kom jeg tilslutt fram til følgende koder:

1. Arenaer for å fokusere på velferdsteknologi
2. Fra prosjekt til mulig drift – mange aktører i prosessen
3. Velferdsteknologi drivere
4. Umoden teknologi for kommunehelsetjenesten

3.7.3 Kondensering – fra kode til mening

Tredje trinnet kalles kondensering. I dette trinnet skal man trekke ut meningsinnholdet som ligger i de etablerte kodene (Malterud, 2011). Jeg fulgte fremgangsmåten til Malterud (2011) og begynte med alle de meningsbærende enhetene som var samlet under en kode for å finne likheter og ulikheter mellom de meningsbærende enhetene, og deretter dele de inn i såkalte subgrupper. Videre skal man danne ett kunstig sitat ved hjelp av sitater fra flere intervju deltagere, og dette kalles kondensering (Malterud, 2011). Kondensatet danner utgangspunkt for presentasjonen av resultatene i studien. Etter at jeg hadde delt de meningsbærende enhetene inn i subgrupper tok jeg for meg sitatene fra en og en subgruppe. De ble skrevet om til jeg-form og sydd sammen til en sammenhengende tekst. Det blir da ett kondensat som inneholder essensen av subgruppen. Jeg valgte deretter ut ett «gull sitat» som på en treffende måte illustrerte teksten jeg hadde sammenfattet. Deretter gjentok jeg denne fremgangsmåten med de resterende kodegruppene. Det oppstod en del utfordringer på dette trinnet fordi noen av de meningsbærende enhetene var så rike på informasjon og omhandlet ulike koder. Her er ett eksempel på ett meningsbærende utsagn fra en informant som omhandlet ulike koder:

«Jeg ser at det er krevende, det er noe av det mest krevende, i det hele tatt, først, på ett vis så ser jeg at der du får fotfolket grunnplanen, klarer du å få noen av dem gira så er det ofte enklere, de du må få gira er gjerne litt sånn sentrale som gjerne har mye de skulle sagt, hva heter det for noe, de er sånne uformelle ledere, de har ikke noe posisjon men de har en personlighet som gjør at mange lytter til dem. Klarer du å få dem i gang så er man nok fortere på og (..) samtidig så er du nødt å ha med ledere, det hjelper ikke bare med den ildsjelen, den uformelle du må ha med leder, og leder helt til topps, og det er en møysommelig jobb. Ja. Så det å få min leder til å forstå det, og igjen rådmannen jeg tenker helt på toppen må de ha en fyring på at dette skal vi gjøre, og innen politikere, en må ha alle til å se at dette er løsningene vi må gå for».

Her forteller informanten om ulike aktører som er viktige i arbeidet med å innføre velferdsteknologi. Det kommer fram at man trenger en uformell leder deretter ildsjel, og at det trengs mer enn bare en ildsjel og en uformell leder. Samtidig at det er en

vanskelig jobb, og at det er viktig å ha med lederen og lederen helt til topps. Her arbeidet jeg videre med ulike drivere i arbeidet for å innføre velferdsteknologi, og mange aktører på ulike nivåer som er involvert i arbeidsprosessen.

3.7.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I det fjerde trinnet skal materialet en nå sitter med sammenfattes og det dannes grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. Jeg fulgte Malterud (2011) og startet med å bearbeide kondensatene fra forrige analysetrinn. De ble skrevet om til en tekst som gjenfortalte hva flere informanter hadde uttrykket under intervjuene. Her måtte jeg vurdere om kondensatene fra noen subgrupper ble for korte når det ble sammenfattet, og egentlig ikke hadde sterk nok forankring i materialet (Malterud, 2011). Jeg opplevde at to sammenfatninger ble for korte og de ble derfor ikke tatt med. En annen sammenfatning viste seg å passe bra sammen med en annen subgruppe. I følge Malterud (2011) skal man i siste del av analysen sammenligne det resultatet en nå har med det opprinnelige transkriberte materialet. Jeg gjennomgikk transkripsjonene for å kontrollere at jeg hadde vært tro med det informantene hadde fortalt under intervjuene, samtidig som jeg kvalitetssikret ved å se etter aspekter som kunne motstride det jeg hadde kommet fram til i resultatene (Malterud, 2011).

3.8 Validitet og reliabilitet

Validitet dreier seg om gyldigheten til funnene i forskningsprosjektet, og samtidig om metoden som er brukt undersøker det en faktisk har tenkt å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Det har vært hensiktsmessig med intervju som metode i denne studien for å undersøke ansattes erfaringer med å innføre velferdsteknologi i kommunen. Det har jeg argumentert for under 3.2 Det kvalitative forskningsintervju. Det er viktig å inkludere informanter som har relevant kunnskap og erfaring om det en ønsker å undersøke, og at utvalget er representativt for målgruppen studien skal gjelde for (Kvale & Brinkmann, 2009). Som beskrevet under 3.4 Utvalg foretok jeg derfor ett strategisk utvalg og informantene er dermed bevisst valgt ut fordi de hadde erfaringer om fenomenet som skulle studeres. I forhold til rekruttering av informanter kan det

tenkes at de som takket ja hadde positive erfaringer til å innføre velferdsteknologi. Samtidig kom det fram begrensinger som de opplevde i arbeidet, og de var ærlige på at de ikke hadde innført mye velferdsteknologi i kommunen. For at funnene skal være gyldige er det viktig å gjengi korrekt det informantene sa under intervjuet i transkribering og videre i analysen (Kvale og Brinkmann, 2009). Det har jeg forklart under 3.6 Transkribering hvor jeg har utført transkripsjonen nøyaktig. Det inkluderes for få informanter i denne studien til at en kan komme med en generalisering (Kvale og Brinkmann, 2009), men resultatene i studien kan bidra til å synliggjøre aspekter og utfordringer som andre kommuner kan kjenne seg igjen i.

Reliabilitet sier noe om påliteligheten til gjennomføringen og resultatene (Kvale og Brinkmann, 2009). I kvalitative studier skal man redegjøre for fremgangsmåten fra start til slutt slik at andre har mulighet til å etterprøve studien. Det handler også om å være tro til det informantene formidler i transkribering og i analysen. Det har jeg forsøkt å imøtekomme gjennom dette metodekapittelet. Kvaliteten på dataene som kommer fram i intervjuet er avhengig av intervjuferdigheter hos forskeren (Kvale & Brinkmann, 2009). Siden dette var mine første forskningsintervju kan det være noe hadde blitt annerledes om en erfaren forsker hadde utført intervjuene.

Det er en fordel å få hjelp av andre til analysen fordi mennesker kan tolke materialet ulikt, og samtidig kan andre belyse noe en selv har oversett. Det vil styrke påliteligheten til studien og bidra til mindre subjektive resultater (Kvale & Brinkmann, 2009). For å styrke analyse prosessen har jeg deltatt på masterseminar ved Universitet i Stavanger og presentert noen av funnene fra intervjuene, og veileder har lest store deler av intervjumaterialet og bidratt i analysen med skriftlige tilbakemeldinger og veiledningssamtaler. Jeg har presentert mine funn i ett fagmøte for forskere tilknyttet forskningsprosjektet safer@home. Jeg fikk tilbakemelding fra en stipendiat at hun kjente seg igjen i funnene mine, og at begreper og beskrivelser jeg hadde kommet fram til gav ett realistisk bilde av virkeligheten.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet presenteres funnene fra intervjuene. I denne studien var hensikten økt innsikt i hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi i helsetjenesten, og hvilke prosesser som er involvert i dette arbeidet. Funnene som her presenteres er en blanding av gjenfortellinger fra flere informanter og direkte sitat. Sitatene er tatt direkte fra transkripsjonene, men de er skrevet om fra dialekt til bokmål. I noen av sitatene har jeg brukt tegnet (..) som betyr at noe informanten sier er utelatt slik at meningsinnholdet i teksten kommer bedre fram. I de tilfeller informantene nevner navnet på kommersielle aktører er navnet på selve aktøren tatt bort.

Funnene som i det følgende presenteres er bearbeidet gjennom systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011), og er organisert etter kodene som framkom gjennom analysen:

1. Arenaer for å fokusere på velferdsteknologi
2. Fra prosjekt til mulig drift – mange aktører i prosessen
3. Velferdsteknologi drivere
4. Umoden teknologi for kommunehelsetjenesten

4.1 Arenaer for å fokusere på velferdsteknologi

Under intervjuet ble alle deltagerne spurt om hvordan det arbeides for å spre kunnskap om velferdsteknologi til ansatte i kommunen, og om de hadde oversikt over nyttige informasjonskanaler for brukere og innbyggere. Gjennom informantene kom det fram ulike arenaer som brukes for å gi informasjon og kunnskap. Tre mindre kommuner på Sørlandet hadde vært sammen i ett pågående nettverkssamarbeid hvor de ansatte hadde gjennomført ett e-lærings kurs om velferdsteknologi. I intervjuet med prosjektkoordinator kom det også fram at prosjektmidler hadde gjort dem friere til å være kreative. De hadde laget radioreklame, avisannonser, brosjyrer og en film om «Robert Stoltenberg» hvor hver kommune hadde hatt filmpremiere for å øke fokus på velferdsteknologi for brukere og innbyggere. I en av de mindre sør kommunene hvor de hadde tatt i bruk nattkamera laget de en film om en av brukerne hvor det ble vist

hvordan kameraet fungerte i hjemmet, og brukeren selv fortalte om sine erfaringer med nattkamera. Det kom også fram at omdømme var viktig og at det ble fremsnakket. Når det hadde vært positivt for noen så ønsket andre det også. En prosjektkoordinator fortalte:

«Når en får gjort velferdsteknologien kjent på en måte, da er det kanskje ikke så skummelt og farlig som mange ser for seg»

(Prosjektkoordinator 34 år, liten kommune)

En prosjektmedarbeider ved utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester USHT i by kommunen hadde fått i oppdrag og samle alle de «gode rapportene» om velferdsteknologi rundt i Norges land slik at det kunne lages ett oppsummeringshefte til bruk for kommuner. Han fortalte at man må bli flinkere til å hjelpe kommunene i sine prosjekter slik at de ikke gjør det samme om igjen. Han arrangerte også fagdager for prosjektledere. Han fortalte de var «driving force» for å sette folk i forbindelse med hverandre, arrangere møteplasser og prøve å legge til rette for at de som jobber i prosjekter kanskje finner på ett prosjekt sammen, og ikke sitter alene med det. En annen prosjektmedarbeider i by kommunen som arbeidet direkte i prosjekt ut til ansatte og brukere fortalte om workshop i forhold til gevinstrealisering før teknologien ble tatt i bruk. Det hadde hun opplevd som motiverende for de ansatte slik at de kunne tenke høyt hva de drømte om, hva de ønsket og igjen blitt mer kreative fordi det satt i gang en prosess som åpnet opp for å tenke nytt. Både deltagere fra store og små kommuner nevnte at det var nyttig å dele erfaringer imellom kommunene. De mindre sør kommunene som hadde deltatt i nettverksamarbeid hadde hatt frokostmøter jevnlig for å dele de gode erfaringene. De arrangerte også møter mellom saksbehandlere på tvers av kommunene slik at de kunne dele erfaringer.

Personalmøter var også en arena for informasjon og drøfting rundt teknologien. En sør kommune var også rask til å kalle inn til ekstra møter for å ha gjennomgang eller fokus på velferdsteknologien. De la også opp til å være to og to om det var noe stort de skulle

gjennomgå, slik at de ansatte kunne prøve sammen istedenfor å stå alene og oppleve stress. I ett intervju fra en av sør kommunene fortalte avdelingsleder:

«Mye av det vi ser er at de ikke vet hva som finnes ikke sant, de må på en måte bli opplyst, og få sett hva er det av hjelpemidler, og på en måte ha en gjennomgang på det (..) Så det er å ha en jevnlig gjennomgang på det, hvordan det er, og hvordan man tenker, og det er på måte blitt implementert veldig godt i avdelingen. At de tenker på det»

(Avdelingsleder 27 år, liten kommune)

Alle sør kommunene og en mellomstor kommune vestover anbefalte de ansatte å bli med i grupper om velferdsteknologi på facebook. Flere av deltagerne nevnte også at kommunen brukte mye intranettet som en måte å spre kunnskap om velferdsteknologi. Det var ulik opplevelse av bruken. En avdelingsleder i by kommunen trodde ikke de ansatte brukte det så veldig. I by kommunen måtte de ansatte logge på en felles maskin for videre å gå på intranett ikonet, men hun trodde de ansatte hadde endret startsiden til noe annet.

Alle informantene nevnte en arena for å se teknologien selv om det ikke var tatt i bruk i alle kommunene enda. Det gikk under ulike navn som «mulighetsrommet», «bolig 2015», «demonstrasjonsleilighet», «visningsrom», og «test rom» Sør kommunene hadde brukt denne arenaen for både ansatte, brukere, pårørende og politikere som ett virkemiddel for å se hva kommunen kunne tilby av velferdsteknologi og hjelpemidler, men også en måte hvor du kunne bli kjent med teknologien ved å ta og føle på den. En av sør kommunene oppgraderte den jevnlig med små og store ting. De satt også opp to tre ganger i året hvor ansatte var nede i boligen og hadde en gjennomgang av hjelpemidlene. De ansatte ble fristilt den tiden de var med, og fikk timene igjen om de møtte opp på fritiden. En av kommunene brukte også dette rommet slik at hjemmehjelpene i kommunen kunne låne med en robotstøvsuger hjem til en bruker, og demonstrere for brukeren hvordan den fungerte. I en av de mellomstore kommunene var det ett ledd i innføringen av velferdsteknologien at en av de nye leilighetene i ett prosjekt skulle være en demonstrasjonsleilighet slik at brukere og pårørende kunne se

de ulike mulighetene, samtidig som ansatte kunne prøve ut hjelpemidlene. Det skulle være med å trygge de ansatte. Selv om arena for velferdsteknologi var nevnt av alle informantene var det ikke tatt i bruk i de større kommunene av ulike årsaker. I en av de mellomstore kommunene vestover hadde det planlagte testrommet på sykehjemmet blitt tatt i bruk igjen. I samme kommune hadde de likevel satt opp skjermer i spesielle rom i forhold til ett prosjekt slik at de ansatte kunne øve seg internt. Det var slik at ansatte skulle føle seg trygge på at videotelefon var en bra løsning og når de fikk lært seg det så ville det være effektivt, og en god måte å gi hjelp på. Fagutvikler fortalte det var noe med å ufarliggjøre det ved å plassere inn boksene med videotelefon. En avdelingsleder fra by kommunen fortalte at kommunen skal lage ett rom med teknologiske løsninger på utviklingscenteret som skal være slik at ansatte og innbyggere kan komme og teste teknologi, men at det per dags dato ikke var kommet. Det var prosjektene som de deltok i hvor de prøvde og feilte. Ett utsagn illustrerer:

«For at vi skal bli trygge så har vi faktisk nødt å bruke det. Vi må lære oss den teknologien som kommunen har. Kanskje har kommunen mer enn vi vet, men for oss per dags dato så er det ingen nye løsninger».

(Avdelingsleder 43 år, by kommune)

En prosjektmedarbeider fra by kommunen hadde en annen mening om «visningsrom» enn flertallet i studien:

«Kommunen skal bygge ett visningsrom der de skal ha teknologiske løsninger, men dette er min mening da, vi må jo ut i drift, det er jo dumt å snakke om løsninger som du ikke kan gi folk, det ville jo vært pinlig»

(Prosjektmedarbeider 44 år, by kommune)

I en av de mindre kommunene har det blitt opprettet en gruppe som har ansvar for å sette teknologien ut i drift. Det kom fram at det fungerer så langt. Gruppen skulle være drillet i de ulike teknologiske løsningene slik at de kan vise andre ansatte og brukere.

Oppgaven til gruppen var også å ufarliggjøre det for brukerne siden de oppleves mer tilbakeholdne enn de ansatte i kommunen.

I flere av intervjuene går det igjen at de ansatte er mye mer motiverte og positive enn de hadde trodd. De ansatte er egentlig interessert i å prøve mest mulig og det kommer fram at velferdsteknologi er noe de fleste synes er gøy. En avdelingsleder i by kommunen fortalte at de ansatte likte å bruke nye løsninger som kunne gjøre hverdagen enklere og bedre. I by kommunen hadde de holdt på med samtaleteknikk i forhold til motiverende samtaler og hverdagsrehabilitering, og mente at det var en holdningsendring blant ansatte slik at velferdsteknologien bare ble en videre bit i dette arbeidet. En prosjektmedarbeider i samme kommune hadde gjort erfaring gjennom ulike prosjekter hun hadde arbeidet med og hvor hun hadde møtt brukerne direkte. Hun fortalte:

«Jeg tror nok å møte de direkte, det er det beste. Jeg tror brosjyrer ikke sier så mye mer enn at de får noen stikkord og blir nysgjerrige (..) Det er først når du møter dem direkte og skaper dialog. De kan komme med kritiske spørsmål, og få litt svar som skaper ettertanke og nye holdninger. En må skape motivasjon og tillit til at dette kan være noe før det vil fungere».

(Prosjektmedarbeider 46 år, by kommune)

Oppsummering

Sør kommunene som har vært med i nettverksarbeidet har alle tatt i bruk en arena for velferdsteknologi med visningsrom, som de bruker ut mot ansatte, brukere og kommunes innbyggere. De har laget brosjyrer, film, hatt reklamer og e-læringskurs for å fronte velferdsteknologi ut i kommunene. Det framkommer at i prosjekt arbeid har man mulighet til å være mer kreativ. Flertallet av deltagerne bruker personalmøter som en arena for å holde fokus på velferdsteknologi. De to mellomstore kommunene har planer om å ta i bruk en arena for velferdsteknologi for å trygge de ansatte og ufarliggjøre teknologien, mens en av avdelingsleder i storby kommunen etterlyser en arena for velferdsteknologi og sier de har nødt å bruke teknologien om de skal bli trygg på den, og faktisk vite hva kommunen tilbyr av teknologi. Kun en informant stiller seg annerledes enn resten av deltagerne og mener kommunen først må bestemme seg for

teknologien før de lager ett visningsrom. En prosjektmedarbeider mener å «møtes ansikt til ansikt» er det beste for å endre holdninger og at brosjyrer ikke er nok. Ansatte ute i kommunene oppleves positive og mer motiverte enn de hadde trodd, og det er fokus på å dele de gode historiene og erfaringene, og hjelpe hverandre på tvers av kommuner.

4.2 Fra prosjekt til mulig drift – mange aktører i prosessen

Alle deltagerne ble spurt om hvilke velferdsteknologiske løsninger kommunen hadde tatt i bruk, og hvordan det arbeides for at velferdsteknologien skal bli innført i kommunen. Det er veldig ulikt hva som fremkommer i intervjuene fordi kommunene er i ulike stadier av innføringen, og de har valgt ulike måter å gjøre det på. Noe som gjentok seg i alle intervjuene uavhengig av hvor langt de var kommet var alle aktørene som deltok i prosessen med innføringen.

Nedenfor er det presentert en tabell for å gi en oversikt over alle de ulike aktørene som kom fram gjennom intervjuene med deltagerne. Samtidig de ulike virksomhetene hvor innføring av velferdsteknologen er aktuell.

Eksterne	Interne	Virksomheter
Nav hjelpemiddel	Ergoterapeuter	Hjemmetjenesten
Kommersielle aktører	Fysioterapeuter	Korttidsavdeling
Prosjekt eiere	Sykepleiere	Habiliterings tjenesten
Prosjekt koordinatører	Fagutvikler	Rus og psykiatri
Folkehelsekoordinator	Avdelingsleder	Skoler
Omsorgstekniker	Enhetsleder	Sykehjem
Politikere	Vaktmester	Boliger
Cosdoc sjef	Bestiller kontor	Teknisk hjemmetjeneste
Frivillighetssentralen	Saksbehandler	
Hovedverneombudet	Medisinsk faglig stab	
Kunnskapsmandat	Hovedtillitsvalgte	
Bruker og seniorråd	Brukere	
Velferdsteknologi avdeling	Pårørende	

I alle intervjuene kommer det fram mange aktører som de samspiller med for å innføre velferdsteknologi. Avdelingsleder i by kommunen sier at hun kommuniserer med it-avdelingen og teknisk, og i hvert prosjekt som de deltar i har de inne ulike avdelinger alt etter hvilken løsning de skal ta i bruk. I en liten kommune er helse- og omsorgssjefen den som har oversikt over alt, og en annen kommune så er det en ergoterapeut på ett sykehjem. Videre fortalte en mellomstor kommune at de hadde politikere, administrasjonen, brukere og pårørende og generelt innbyggere som de måtte få til å bli med på denne nye tanken. Bruker- og seniorråd var også opptatt av velferdsteknologi. By kommunen hadde opprettet en egen avdeling som skulle ha oversikt over velferdsteknologien. En avdelingsleder fra by kommunen uttrykte det likevel slik:

«Jeg må ærlig si jeg vet ikke hvem som har det overordnede ansvaret for velferdsteknologien. Kanskje cosdoc sjefen (..) Så jeg tror nok visst jeg hadde ett problem så ville jeg gått til de jeg kjente, for jeg ville vært i stuss hvor jeg skulle gått. Sånn er det vel kanskje i en stor kommune, du går til de som er nærmest, og forhører deg om hvor du skal gå videre. Så kommer du fram til slutt».

(Avdelingsleder 43 år, by kommune)

I by kommunen fortalte en prosjektmedarbeider at de er litt i den fasen hvor de prøver og feiler for å se hva som fungerer best. De har også en styringsgruppe som fungerer som ett beslutningsorgan som har faste møter i året. Det er med direktøren, levekårsjefen, avdelingsleder for velferdsteknologi, virksomhetsleder på helsehuset og en ansatt fra staben som har hovedansvaret. Under der igjen er en referansegruppe som er sammensatt av mange ulike virksomheter i kommunen. Tekniske hjemmetjenester, It, medisinsk faglig stab, hovedverneombud og hovedtillitsvalgt. Meningen med den gruppen er at de skal informere om status slik at det kan spres og breddes i kommunen. Når de skal i gang med innføringen har de tenkt å lage arbeidsgrupper som er representert med de aktørene og produsentene som er involvert.

Sør kommunene fortalte at de ansatte er ansvarlige i å følge opp teknologien som er tatt i bruk og gjøre evalueringer, men ved innkjøp av teknologien så må enhetsleder inn å vurdere det. En prosjektkoordinator nevnte noen av aktørene som var involvert:

«Det er jo mange som er involvert, men jeg tenker hvertfall på saksbehandler, enhetsleder, og eventuelt avdelingsleder, og de ansatte ute i den enkelte avdeling, og så har du systemansvarlig som skal følge opp om det blir dokumentert».

(Prosjektkoordinator 34 år, liten kommune)

Sør kommunene ønsker å ha en overordnet ansvarlig i hver enhet for å sikre driften, det ville være mer bærekraftig enn en person i tjue prosent stilling. De opplevde at det var vanskelig å komme i gang i starten for ansatte visste ikke hvor de skulle begynne og som en løsning begynte de med flyt skjema. Det var en detaljert prosess for ansvarliggjøring av hvem som faktisk har ansvar for hva i de ulike prosessene av arbeidet med innføringen av velferdsteknologien. I en av de mellomstore kommunene fortalte de også om å lage en handlingsplan som skulle være til hjelp slik at ting ikke ble så tilfeldig, og at tiden bare gikk. I kommunen var også it-avdelingen veldig engasjert i arbeidet. I en annen mellomstor kommune hadde de nylig utarbeidet en strategi.

Folkehelsekoordinatoren fortalte om utviklingen av strategien:

«(..) det var jeg, it sjefen og så har vi hatt med ledelsen i helse og omsorgstjenesten, både lederende og altså de som er virksomhetsledere for institusjonene, hjemmesykepleien, boligjenester, og ergoterapeuter, og som sagt ledelsen. Det går blant annet på hvilken type løsning».

(Folkehelsekoordinator 57 år, mellomstor kommune)

I by kommunen opplevde de å jobbe i forskningsprosjekt som veldig krevende fordi det var helt andre innfallsmåter enn når det skal i ordinær drift. Ved kartleggingsverktøy i forskningsprosjekt ble det stilt en helt annen type spørsmål enn når det skal i ordinær drift for da har en gjerne mange av dataene til den det gjelder fra før. Når det skal i

ordinær drift trengs det ikke vurderes om løsningen er god eller dårlig på samme måte som i prosjekt. Informantene fra by kommunene har også gjennom sine prosjekter erfart at ting må være på plass. Det kan ikke være avstand fra når en forespeiler at ansatte eller brukere skal være med å prøve ut noe til de faktisk får det. De blir umotiverte og mister troen til prosjektet når tingene tar for lang tid. By kommunen har brukt prosjekter til å bli kjent med muligheter med velferdsteknologien, og for å få erfaringer i hvordan man lager gode tjenesteforløp, og mest mulig knirkefri oppstart. De opplevde også at prosjektene hadde bidratt til at ulik teknologi hadde blitt kjent for de ansatte, og det hadde blitt en slags modningsfase til at noe kom til å skje.

By kommunen var veldig sikker på at de kom til å gjøre anskaffelse dette året. Samtidig fortalte en prosjektmedarbeider det at kommunen opprettet stillinger og avdelinger var kanskje det sterkeste kommunen hadde gjort og ett tydelig signal på at de skulle satse framover på velferdsteknologi. Men det var ingen klar definisjon på hva som kunne regnes som innført. Ett utsagn illustrerer:

«Det er så mange prosjekter og piloter som ser veldig spennende ut, men det er ikke innført i stor skala. Det er ofte i prosjektform, men vanskelig å få i drift. (..) det er ikke nok å si at de får noen ipad på en virksomhet, at det er nok til å si at en har innført velferdsteknologi. Det er litt her og litt der, men integrert i helsetjenesten er det ikke. Da skal alle få muligheten til å få det, og det er det ikke».

(Prosjektmedarbeider 44 år, by kommunen)

I by kommunen opplevdes det veldig viktig med forankring. Om ikke beslutningstakere, politikere, og ledelsen i organisasjonen synes at prosjektet var noe så ble det ikke innført. Prosjektmedarbeider fortalte at ett pilotprosjekt på ett sykehjem, men ingen i ledelsen som har tro på prosjektet så ville det ikke bli innført. Han ønsket å bygge opp kompetanse på å drive innovasjon og utvikling av tjenester i kommunen slik at de ble vant med å jobbe tettere på innkjøp og it avdelingen. Slik at når gode løsninger kom hadde kommunen kompetanse til å få det eskalert opp.

I de mindre kommunene på sørlandet har de innført ulike velferdsteknologi som døralarm med varsel til vakttelefon, GPS til demente med varsel til pårørende, og nattkamera hos tre brukere. Når kommunene sier innført fremkommer det at det har blitt skrevet vedtak på tjenesten og det har blitt lagt inn i fagsystemet, og at det skal dokumenteres på som ett vanlig tiltak. I forhold til oppfølging av velferdsteknologi er det noen ganger helsepersonell, fysioterapeut eller vaktmester som følger opp ting. Det fremkommer at det er individuelt hvordan velferdsteknologi følges opp hos de ulike brukerne, og at det er noe av utfordringen for en av sør kommunene. De har opplevd at det er lettere i habiliterings tjenesten fordi det er mindre personale på brukeren og ofte noen som er fagansvarlig. En avdelingsleder fortalte:

«Samtidig har vi litt utfordringer med å montere det. Nå har vi fått ny vaktmester som er veldig dyktig og flink på det, så han tar liksom en god del av det. I begynnelsen var det jo litt sånn at hjemmesykepleien kan jo bare gjøre det, men vi kan jo ikke sette opp ett kamera vi kjenner jo ikke til det. Det er litt uforutsigbart, men det har gått seg til, vi har funnet en løsning».

(Avdelingsleder 27 år liten kommune)

Oppsummering:

I by kommunen har de brukt ulike prosjekter for å bli kjent med velferdsteknologien, samtidig som det har blitt en modningsfase for de ansatte. I prosjekt har de opplevd at det ikke må være avstand fra når en forespeiler at ansatte og brukere skal være med på noe til det faktisk skjer. De har ikke innført velferdsteknologi som en del av tjenestetilbudet. Tre av sør kommunene hadde innført ett lite antall GPS, døralarmer og nattkamera til ett fåtall av brukere. Mye av oppfølgingen til teknologien var individuell ut ifra den ulike teknologien og gav derfor utfordringer. I alle kommunene beskriver de mange aktører som er involvert og samhandler i de ulike prosessene. I sør kommunene har de opplevd at driften må være hos den enkelte enhet for at en skal sikre god oppfølging. I kommunene sørover og i de mellomstore kommunene har de utviklet ett skjema med ansvarsfordeling i de ulike fasene for å få mer flyt i innføringen. For at

teknologien skal bli innført må den forankres i hele ledelsen, og alle aktørene i de ulike enhetene i kommunen må ha tro på velferdsteknologien.

4.3 Velferdsteknologi drivere

Alle deltagerne fikk spørsmål på hvem som var pådriver for å ta i bruk velferdsteknologi i kommunen. I flertallet av intervjuene var det deltagerne selv på grunn av deres stilling eller posisjon som gjorde at de var pådriver for teknologien, men at de igjen var avhengig av flere ressurspersoner ute i avdelingene. I intervjuene ble pådriver beskrevet som en person som var positiv, trygg, entusiastisk, syntes det var spennende med nye ting, interessert i å prøve ut noe nytt og turte å satse. Pådriver funksjonen fremkom også som «ressursperson», «nøkkelperson», «ildsjel» og «uformell leder» gjennom intervjuene.

I en av sør kommune var de veldig fornøyd med å ha fått en pådriver som kunne faget og klarte å dra med seg resten. Videre hadde de opplevd at mellomlederne (avdelingsledere) var kjempe viktig å ha med for å kunne klare å drive det fram. Samtidig hadde de møtt på utfordring om ikke enheten selv klarte å følge det opp så skapte det mer utrygghet hos brukeren enn det skapte trygghet. I by kommunen fortalte en prosjektmedarbeider:

«Jeg er veldig entusiast, jeg brenner for å jobbe smartere, jeg tror det er ett enormt potensiale. Jeg er frustrert noen ganger av at det tar tid, men jeg skjønner hvorfor, det er ett veldig gjennomgripende område, det er veldig mange gode intensjoner, men som du vet med gode intensjoner så kan ting gå galt. Så jeg håper vi får penger nok av de lokale og sentrale myndigheter til å gjøre dette på en skikkelig god måte, og ta ett prosjekt om gangen helst, men sånn er ikke min virkelighet nå da».

(Prosjektmedarbeider 46 år, by kommune)

Det samme framkom i intervju fra to mindre kommuner hvor enhetsleder og to avdelingsledere uttrykte at det var veldig spennende med velferdsteknologi. De var veldig interessert, og de deltok på ulike messer og pratet med andre gjennom ett

nettverkssamarbeid. De beskrev at de ofte traff på noen som hadde gjort noe lurt og deretter gikk i kontakt med dem. En avdelingsleder opplevde at hun var veldig heldig for hun hadde ildsjeler på avdelingen som var genuint interessert i å prøve ut ny velferdsteknologi. Ett utsagn illustrerer:

«Vi synes jo det er veldig spennende med velferdsteknologi, og jeg personlig interesser meg veldig for det. Jeg brenner for det, og tenker at det er ikke noe vei utenom. Det er jo klart at jeg ser de på nitti er ikke de du setter mest teknologi hos, men en må jo begynne en plass, og en må gjøre seg erfaringer. Jeg ser for meg erfaringene vi gjør nå er helt avgjørende for om vi vil klare eldrebølgen som kommer».

(Enhetsleder 34 år, liten kommune)

I flertallet av kommunene har det blitt opprettet ulike typer grupper som skal være drivere i sine avdelinger. En liten kommune har opprettet en gruppe som går på tvers av ansatte i korttidsavdelingen, habiliterings tjenesten og hjemmebasert omsorg. Ansatte i denne gruppen skal være pådrivere i sine avdelinger for å forankre velferdsteknologi. En folkehelsekoordinator i en mellomstor kommune fortalte at de ansatte måtte involveres i planleggingen av innføringen. Alle kunne ikke være med samtidig, men at det måtte plukkes ut noen nøkkelpersoner som kunne være med i grupper ved planlegging og som kunne komme med innspill. De har plukket ut nøkkelpersoner blant sykepleierne som skal være drivere i tjenesten i tillegg til selve tjenesten. Samtidig beskrev en av de mindre kommunene at med tiden ville det bli annerledes siden alle ble mer vant med å bruke teknologi. Så de trodde at en del ting ville gå av seg selv.

En sør kommune hadde utfordring med å finne ildsjelen, og at ulike arbeidsmåter i virksomhetene kunne ha innvirkning på det. Det opplevdes også krevende blant de mellomstore kommunene å få tak i interessen og engasjementet hos de enkelte ansatte, og de følte det meste kom fra topp og ned. Samtidig beskrev fagutvikleren i kommunen at det var krevende å få politikere, rådmann og lederen helt på toppen til å forstå at dette var løsningen de måtte gå for om velferdsteknologien skulle få drift framover. En fagutvikler fortalte:

«Vi har satt opp en ressursperson blant de ansatte, noen som er mer interessert enn andre (..) som synes det er litt spennende, som er litt med på å prøve å tenke nytt, og er det ting som kan gjøres på en annerledes måte. Hjelpemidler som kan brukes, men i bunn og grunn så er det nok vi ledere som trekker det mest inn. Det er nok det».

(Fagutvikler 58 år, mellomstor kommune)

I en av de mindre sør kommunene kom det også fram at det kunne være vanskelig å hente fram interessen til ansatte. En saksbehandler mente at mye var lagt til rette for at de ansatte kunne få informasjon, men at i hverdagen så var det ofte travelt og de hadde ikke fokus på velferdsteknologi. De var usikre på hvordan de skulle klare å få de ansatte til å sette seg inn i det. Hun fortalte:

«Det trengs noen som kan drive det fram på plassen, det ligger jo vanvittig mye ute på nettet, så hvis en ønsker informasjon så er det ikke noe problem. Jeg tror ikke at det største problemet er i forhold til kurs og lignende, men det å få den enkelte ansatte til å se nytten av det».

(Saksbehandler 43 år, liten kommune)

Samtidig kom det fram i by kommunen at det var lettere å få de ansatte sitt engasjement om det var noe de kunne se nytten av, eller noe som gikk på deres egen arbeidstid. I den ene kommunen var det ikke problem å ta i bruk digitale lønnslipper siden det var direkte nytteverdi for de ansatte. Det kom fram at det var vanskeligere å ta i bruk andre ting som de gjerne ikke så nytteverdien av med en gang. En avdelingsleder som skulle få nettbrett til sine ansatte fortalte:

«Noe jeg ser motiverer mye mer er de nettbrettene som kommer. Det vil jo være til stor hjelp for de ansatte og de er kjempe motiverte alle som en. Men andre ting som de ikke klarer å se nytteverdien av med en gang, de gjør det, men gjerne ikke med så stor interesse, så er det alltid noen ansatte som er mer engasjerte enn andre».

(Avdelingsleder 40 år, by kommune)

Oppsummering:

Funnene viser at deltagerne selv var pådriver i sine kommuner gjerne på grunn av sin stilling eller posisjon. Gjennom intervjuene ble karakteristikkene ved en pådriver beskrevet som trygg, entusiastisk, positiv, en som liker nye ting og tørr å prøve det ut. Samtidig viste det seg å ikke være nok med kun en pådriver så flertallet av kommunene hadde opprettet grupper på tvers av profesjoner som skulle være drivere ut i sine avdelinger. En liten kommune mente ting ville gå seg til ettersom alle blir mer vant med å bruke teknologi i hverdagen. Det kom fram i en liten kommune at det ikke var mangel på informasjon om velferdsteknologi, men at det var vanskelig å få den enkelte ansatte til å se nytteverdien. I bykommunen opplevde de at alle ansatte var motiverte til nettbrett som ville være til stor hjelp i hverdagen. Det samme hadde en mellomstor kommune opplevd ved innføring av digitale lønnslipper som de ansatte opplevde som nyttig.

4.4 Umoden teknologi for kommunehelsetjenesten

Alle deltagerne fikk i spørsmål hva som var de største barrierer med å ta i bruk velferdsteknologi. I flertallet av intervjuene snakket de om at det var veldig mange løsninger å velge mellom. Det var også vanskelig å bestemme hva de skulle gjøre av innkjøp for fremtiden, og at de hadde en følelse av hele tiden å ligge på etterskudd sammenlignet med privat industrien. En folkehelsekoordinator fortalte:

«Alt det virvaret av teknologiske løsninger som finnes, hvordan skal man velge det rette liksom. Teknologien utvikler seg så fort, når du har gått til bestilling eller bestemt deg for noe så er det noe nytt utviklet, men sånn er det alltid i teknologi verden. Fra den dagen du har kjøpt inn det nye så er det noe annet på gang, alltid noe nytt som vil komme rett rundt svingen så en må bare bestemme seg for noe».

(Folkehelsekoordinator 57 år, mellomstor kommune)

Det kom tydelig fram at alle hadde hatt opplevelser hvor det var svikt i teknologien når de hadde tatt den i bruk enten i form av prosjekt eller som tjeneste. Både by kommunen og en mindre kommune fortalte om fallalarm hvor en måtte falle ganske tungt for at fallsensoren skulle virke. En virksomhet i by kommunen valgte å ikke ta den i bruk for da de gjennomgikk dokumentasjonen var kun en av gangene den ble utløst reell. Ett utsagn illustrerer problematikken:

«Vi leverte ut fallalarm og så på det som en viktig ting for å si at brukeren var trygg hjemme, men så oppdaget vi at den reagerer jo ikke om du ikke faller ganske hardt mot gulvet, og hvis du beveger på armen så registrerer han det som at du reiser deg opp igjen. Så da blir det på en måte falsk trygghet for brukeren og pårørende».

(Saksbehandler 44 år i liten kommune)

De mellomstore kommunene var ikke helt fornøyd med hvordan sporingsløsning GPS fungerte. De ansatte hadde gitt uttrykk for at de visste hvor brukeren var, men ikke om brukeren gikk ut i veien. De ønsket også ett geofense² som gav alarm om brukeren gikk inn veien før han vanligvis pleide. Samtidig fortalte fagutvikler at det begynte å komme løsninger slik at du kunne tegne selv og dermed fikk ett geofense som var mer tilpasset brukeren. En liten kommune fortalte at ved bruk av GPS så måtte brukeren faktisk huske å ta den på seg, og at det var en utfordring. Ved bruk av mobil trygghetsalarm hadde det fungert greit for brukere å ha den på lading når de var inne og tatt den med som en trygghet når de skulle ut. Fagutvikler fortalte at mange faller på badet og så blir alarmen liggende i ett annet rom. De følte ikke det var trygt nok fra den faglige siden, og det skapte utrygghet for pårørende. Ellers hadde de opplevd at brukere tok den av fordi den var for stor og hang i veien når de laget mat. I by kommunen kom det fram at velferdsteknologien måtte være fleksibel slik at pårørende og hjemmesykepleien kunne være mottaker på ulike tidspunkt. En prosjektmedarbeider fortalte at det ikke hadde vært mulig for ett halvt år siden, men at leverandøren nå hadde fikset det.

² Områdeovervåking

Alle deltagerne fortalte at den nye velferdsteknologien stilte høye krav til stabilt nett i kommunene og gode strømforbindelser. Det er mange sensorer som er avhengig av strøm. En prosjektmedarbeider fortalte at for hver eneste teknologi var det ett nytt software program. Det var ulike krav alt etter hvilken løsning og han opplevde det som avansert å tilpasse det til brukere og ansatte. I en liten kommune var det store problemer med gode nok nettforbindelser til teknologien utenfor sentrum. En avdelingsleder fortalte:

«Nettet kunne fungert bedre, det fungerer bra nært sentrum og i nærmeste grensen rundt. Det er en utfordring når folk bor langt oppe på heia, og langt inne i en dal. Mobil trygghetsalarm nettet har problemer, så ja det er ikke så godt utbygd som vi kunne ønske det var».

(Avdelingsleder 33 år liten utkant kommune)

Ett annet problem som opplevdes i kommunene var at mange brukere ikke hadde nettavtaler, og at det da ble ett økonomisk spørsmål hvem som skulle koste det. En mellomstor kommune fortalte også at de kommersielle aktørene ikke hadde tatt hensyn til for eksempel levetid for batteri. Det var også ett økonomisk spørsmål fordi de skulle tjene penger og da ble løsningene veldig dyre slik at kommunen ikke fikk det til, og så ble det en sånn halv løsning. I en liten kommune fortalte de også om robotstøvsuger som hadde blitt tatt i bruk, men som var vanskelig å tilby alle brukere på grunn av ulike hindringer i det fysiske hjemmemiljøet.

I flertallet av intervjuene kom det fram at de ønsket kompatible systemer hvor den ulike velferdsteknologien kunne kobles på. En liten kommune ønsket det slik at trygghetsalarmen kom rett inn i fagsystemet³ og gjorde dokumentasjonen lettere. En mellomstor kommune ønsket å bruke fagsystemet i kommunikasjonen med alarmsentralen så de ikke trengte å sende epost med brukerens navn og id nummer, og den endrede situasjonen. De hadde også opplevd utfordringer med formidling av

³ Fagsystem er ett elektronisk system som ivaretar registrering, og behandling av data innen ett fagfelt.

informasjon til en ekstern alarmsentral ved at det tok tid før de svarte fordi alle ting ikke var lagt inn i systemet. En fagutvikler fortalte:

«Det kan ta tid før de svarer for de har ikke lagt alt inn i deres systemer. Det går nesten ett halvt minutt fra du trykker på alarmen, faktisk nærmest ett minutt før det er respons. (..) nå skal vi ha dialog med fylkesmannen i forhold til ansvarsforholdet for det helsefaglige når alarmsentralen ikke har helsefaglig personell som svarer på alarmen»

(Fagutvikler 57 år, mellomstor kommune)

I by kommunen hadde de opplevd mye venting i ulike prosjekter. Det var ting som lot seg fikse, men som hadde gitt forsinkelser på veien og var ett bevis på at det ikke var uproblematisk å arbeide med velferdsteknologi i kommunen. Samtidig hadde de prøvd ut mer umodne løsninger enn mange andre kommuner. Noen løsninger var ennå ikke tatt i bruk fordi leverandøren ikke hadde klart å levere det de ønsket seg. De opplevde det som en barriere at det var mange gode løsninger, men fortsatt ett stykke igjen før det passet brukermassen som kommunen har ansvar for. I samme kommune opplevde de ofte at når it- avdelingen og leverandørene kom og fortalte om hvorfor ett skjermbildet hakket så ble alt veldig teknisk fokusert. En prosjektmedarbeider fortalte at selv om brukere og ansatte ventet så kunne de ikke ta i bruk løsningen. En viktig oppgave for helsepersonell som arbeidet i prosjekter som ble veldig tekniske fokuserte var å passe på brukeren sine interesser og at prosjekter ikke ble drevet fram av it- avdelingen eller en økonom.

De mellomstore kommunene mente at teknologien måtte være enkel i bruk. En avdelingsleder fortalte hun så for seg ved styring av lys så kunne det ikke være masse knapper å trykke på. Det måtte være litt intuitivt med bilder. Hun mente det kunne være vanskelig nok med fjernkontrollen til fjernsynet. En annen folkehelsekoordinator fortalte at det de ønsket seg fantes ikke, at teknologien kanskje fantes, men ikke på en måte som ville avhjelpe det behovet de hadde. I en liten kommune fortalte en saksbehandler at hun opplevde at leverandørene hadde lent seg tilbake fordi det ikke hadde vært utstrakt bruk av velferdsteknologien, og at det ikke var erfaringer nok. Det

kom også fram at velferdsteknologien ikke hadde vært utprøvd lenge nok til at man kunne si at den var hundre prosent pålitelig. I en liten kommune hadde de ved tjenester med velferdsteknologi lagt opp til ett tiltak utenom hvis noe skulle skje. De sikret seg med en «back up». Samtidig fortalte en prosjektmedarbeider fra by kommunen:

«Nummer en er jo at teknologien må være stabil i drift, altså at du snakker om noe som skal delvis eller helt kompensere for en helsetjeneste så har vi ett lovpålagt ansvar (..) med en gang teknologien beveger seg inn på det område så er det enormt viktig, faktisk utfordrende å kontrollere at det er nok back up løsninger»

(Prosjektmedarbeider 47 år, by kommune)

Oppsummering:

Kommunene opplever at det er mange ulike løsninger å velge mellom og at det er en utfordring å vite hva de skal satse på. Velferdsteknologien stiller ulike krav alt etter hvilken løsning som skal brukes. De har opplevd svikt ved velferdsteknologien og at enkelte løsninger dermed ikke kan tas i bruk. By kommunen har prøvd flere umodne løsninger enn andre kommuner, og i den forbindelse opplevd mye forsinkelser. Alle kommunene ønsker et kompatibelt system hvor ulik velferdsteknologi kan kobles sammen med fagsystemet for å gjøre daglig bruk og dokumentasjon lettere. En liten kommune mener leverandørene har lent seg tilbake siden det ikke har vært utstrakt bruk av velferdsteknologien. De mellomstore kommunene etterlyser velferdsteknologiske løsninger som er mer tilpasset brukeren. Samtidig kommer det fram at det er ett økonomisk spørsmål hvem som skal betale og når kommersielle aktører tilpasser løsninger blir det fort dyrt for kommunen. Velferdsteknologien har ikke vært utprøvd lenge nok til at en kan stole på den hundre prosent, og det oppleves utfordrende å ha nok «back up» tiltak.

5.0 DRØTING

I dette kapitlet drøftes funnene fra intervjuene i lys av teori og tidligere forskning. I drøftingen blir Seips modellen og rammeverket for human factors brukt for å identifisere og skape oversikt over ulike faktorer som påvirker arbeidet med å innføre velferdsteknologi i kommunene (Carayon et al., 2006; Guise et al., 2014). Tilslutt drøftes SEIPS modellen i sin helhet ved innføring velferdsteknologi, og metodekritikk og overveielser.

Kommunene i denne studien hadde ulik størrelse og organisering som førte til at de arbeidet på ulike måter for å innføre velferdsteknologi, men i presentasjonen av resultatene har jeg kommet fram til elementer som i stor grad er felles i arbeidet med innføring av velferdsteknologi. Sør kommunene som var med i ett nettverkssamarbeid har tatt i bruk visnings rom som en arena for å fokusere på velferdsteknologi rettet mot ansatte, brukere og kommunes innbyggere. De andre kommunene hadde planer om å ta det i bruk og mente det ville være nyttig for ansatte. Flertallet av deltagerne brukte personalmøter som en arena for å holde fokus på velferdsteknologien. By kommunen har brukt prosjekter for å bli kjent med velferdsteknologien. De har opplevd at det ikke må være avstand fra når noe bli forespeilet og til det faktisk skjer. Sør kommunene har innført ett lite antall sporingsløsning GPS, døralarmer og nattkamera. Alle kommunene beskriver mange aktører som er involvert og samhandler i de ulike prosessene. Det trengs pådrivere ute i de enkelte avdelingene, og noen av kommunene hadde opprettet grupper på tvers av profesjoner for å være drivere i arbeidet. Det var vanskelig å få den enkelte ansatte til å se nytteverdien, men de var likevel motiverte når det var noe som angikk dem som nettbrett og digitale lønnslipper. Kommunene opplever at det er mange løsninger å velge mellom, og de har opplevd svikt ved teknologiske løsninger som gjør det vanskelig å kunne stole på den. Kommunene ønsker et kompatibelt system hvor ulike velferdsteknologiske løsninger kan kobles sammen med fagsystemet, og det etterlyses løsninger som er tilpasset brukeren.

5.1 Individens egenskaper og evner

Individens egenskaper og evner er ett viktig element i SEIPS modellen (Carayon et al., 2006). Carayon vektlegger de personlige egenskapene og kunnskapene. Resultatene viser at gjennom arbeidet ansatte i kommunene har gjort frem til nå med å innføre velferdsteknologi, har de ansatte gjort seg erfaringer med at de trenger drivere i arbeidet for å få velferdsteknologien ut til de ulike nivåene i virksomhetene. Informantene i studien vektlegger de personlige egenskaper og flere informanter betegner dem som pådrivere i arbeidet med å innføre velferdsteknologien. Kommunen er avhengig av å ha pådrivere i de ulike virksomhetene for å få innført velferdsteknologien slik at den kan driftes lokalt. Noe som også fremkommer i studien til Andreassen et al. (2015) hvor det i Norge er økende fokus på lokalt ansvar for å styre budsjetter og drive det daglige arbeidet med velferdsteknologien. Informantene i studien betraktet seg selv som pådriver på grunn av sin stilling og posisjon og fordi de syntes det var spennende med velferdsteknologi, samtidig som de var engasjert i arbeidet. Siden flertallet av informantene var enhetsledere og avdelingsledere kan de oppleves som trygghet for resten av de ansatte i virksomheten. Det kan bidra til at flertallet er med og fremmer innføringen av velferdsteknologien, og Yukl (2006) vektlegger tillit til personen eller pådriveren som skal være med å innføre velferdsteknologien. Tillit er avgjørende for å få med seg flertallet i organisasjonen (Aase & Hansen, 2015). På en annen side kan en lederstruktur som er preget av detaljstyring hemme flertallet av ansatte til å engasjere seg i arbeidet (Yukl, 2006).

Helsevesenet i Norge har en tradisjonell styring hvor informasjon følger linjene nedover i nivåene (Bergerød & Wiig, 2015). Veksten av velferdsteknologi i helsesektoren er knyttet til reformer og politisk satsning i den offentlige sektor (Andreassen et al., 2015). Det er ett fokusert syn på brukerorientert helse- og omsorgstilbud, systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser (St. Meld. 10. 2012 – 2013). Det kan gi ledere lite spillerom til å være kreative i arbeidet med innføring av velferdsteknologi. Ansatte kan gjøre motstand fordi innføringen oppleves unødvendig. Ansatte kan være usikre på om de har kompetanse til å ta i bruk velferdsteknologien (Yukl, 2006). Motstand trenger ikke automatisk være negativt, men det viser til engasjerte ansatte med sterke verdier og holdninger. Motstanden bør bli

snudd til energi som fremmer innføringen (Yukl, 2006). Her har enkelte av kommunene i studien gjort det bra med å opprette arbeidsgrupper på tvers av profesjoner. Dette støttes i litteraturen av Yukl (2006) hvor arbeidsgrupper kan få ansvar for å utvikle handlingsplaner og prosedyrer som kan være med å løfte fram arbeidet og sikre kvalitet.

Resultatene viser at det var ulik motivasjon hos de ansatte for å ta i bruk velferdsteknologi. Motivasjonen var størst når de ansatte opplevde velferdsteknologien som nyttig. Yukl (2006) påpeker at dersom de ansatte ikke opplever endringene i arbeidsoppgavene som nyttig er det lite sannsynlig at de legger mye krefter i arbeidet. Dette kan være en utfordring for kommunen i arbeidet med innføringen av velferdsteknologi siden de i hovedsak satser på at velferdsteknologien kommer ut til brukerne i tjenestene, og at ansatte dermed umiddelbart ikke ser nytteverdien i forhold til eget arbeid (St. Meld. 29. 2012 – 2013). Andreassen et al. (2015) har gjennom sin studie med velferdsteknologi prosjekter framhevet at lederegenskaper som bidrar til å skape lokal deltagelse og entusiasme ofte fører til profesjonell utvikling hos ansatte og forbedring i helsetjenesten. Som en mulig løsning for å få med flertallet av de ansatte i innføringen av velferdsteknologi bør leder være synlig i prosessen. Leder bør fronte en visjon om ett felles mål som organisasjonen har utarbeidet sammen. Denne visjonen bør være enkel og forståelig. Visjonen kan være en hjelp i arbeidet med å innføre velferdsteknologien ved å koordinere arbeidet gjennom vanskelige faser (Yukl, 2006; Aase & Hansen, 2015; Weiner, 2009). Opplæring av brukere og helsepersonell var kritiske faktorer for å lykkes viser resultater fra ett prosjekt med innføring av elektronisk medisindispenser, mobil trygghetsalarm og helsesjekk gjort ved bydeler i Oslo (Ørjaseter & Kistorp, 2016).

5.2 Arbeidsoppgaver

Arbeidsoppgaver i arbeidssystemet til human factors er de oppgaver ansatte i en organisasjon må utføre, herunder regnes også ulike krav til oppgavene (Carayon et al., 2006). Noen få av kommunene hadde tatt i bruk nattkamera, sporingsløsning GPS og døralarm. Samtidig har det vært prøvd ut mange prosjekter med fallalarm. Andreassen et al. (2015) peker på at velferdsteknologi prosjekter de siste tjue årene har i stor grad overlevd på prosjektmidler. Teknologien gir fleksible måter å arbeide på for eksempel

ved at brukere kan utføre ulike målinger i eget hjem, og ansatte kan kommunisere med brukere via videotelefonløsninger (Segar et al., 2013; Skår et al., 2011). Ansatte må bruke sine ferdigheter og lytte aktivt for å utvikle ett forhold til brukere når helsetjenesten gis ved videotelefonløsninger (Segar et al., 2013). Men det har liten nytteverdi om velferdsteknologien ikke blir tatt i bruk. Det kan tenkes at det vil komme ytterligere utfordringer ved velferdsteknologiske løsninger når det skal innføres til flertallet av brukerne i kommunen. Funnene viser også at arbeidet med velferdsteknologi kun er en del av det totale arbeidsområde til flertallet av informantene i studien. Velferdsteknologi fører til endring i arbeidsflyten fordi det innebærer overvåking av pasienter, respondering på teknologi data, innstallering av teknisk utstyr, trening av pasienter og samtidig oppgaver ved å løse tekniske problemer. Når ansatte ikke er kjent med teknologien eller er orientert om hva som finnes vil de ikke foreslå det for brukere, og heller ikke få fullt utbytte av velferdsteknologien i praksis (Radhakrishnan et al., 2015). Andreassen et al. (2015) viser til at velferdsteknologien overlever når den passer inn i de sosiale forholdene hvor den skal fungere. Dermed vil innføringen av velferdsteknologi i kommunen bli vanskelig om de ansatte mangler kunnskaper om bruken av ulike velferdsteknologiske løsninger. Det trengs nødvendig kunnskap for å skape motivasjon til endring (Sletteland 2014). De ansatte må selv utvikle nye roller for å fylle en økende spesialisert tjeneste med det konstante tidspresset (Segar et al., 2013). Effektivitet til innføringen er høy når de ansatte deler en tro på at de sammen kan gjennomføre handlinger som er nødvendige for å lykkes (Weiner, 2009). Her kan kommunen bidra ved å øke kompetansen til de ansatte gjennom ulike arenaer, og på den måten bidra til at fellesskapet er med å innføre velferdsteknologi.

Arenaer for å fokusere på velferdsteknologi var et resultat som peker på at kommuner må tilrettelegge for arenaer hvor ansatte og brukere kan få prøvd ut velferdsteknologien, slik at de får en forståelse av hvordan det kan inngå i arbeidsoppgavene. Når kommunen innfører velferdsteknologi i helsetjenesten innebærer det endring i rutiner og arbeidsoppgaver (Mort et al., 2013). I intervjuene med informantene brukte mange virksomheter personalmøter som en arena for å gi informasjon og drøfte utfordringer med velferdsteknologien. Sør kommunene hadde brukt visnings rom over lengre tid hvor ansatte og brukere kunne bli kjent med teknologien. De opplevde at flere ansatte tenkte på velferdsteknologi og foreslo å ta den i bruk hos ulike brukere. Kommunene

som ikke hadde tatt i bruk denne arenaen hadde ett ønske om det og mente det ville være med å trygge de ansatte, og være en måte å ufarliggjøre velferdsteknologien. Resultatene viser at ansatte opplever ulike arenaer for velferdsteknologi som nyttig ved at det gir kunnskap og kompetanse hos ansatte for å innføre velferdsteknologien. Mort et al. (2013); Radhakrishnan et al. (2015) sine studier finner at det det er nødvendig med gjennomgang av arbeidsoppgaver, ferdigheter og ansvarsavklaring før velferdsteknologien kan bli tatt effektivt i bruk i helsetjenesten. Enkelte ansatte var ambivalente til bidraget av velferdsteknologi inn i arbeidsoppgavene (Segar et al., 2013). Mangel på kunnskap hos ansatte gjør organisasjonen mindre klar for innføring av velferdsteknologi. Studien til Radhakrishnan et al. (2015) etterlyste trening og informasjon om de ulike velferdsteknologiske løsningene. Readiness i organisasjonen beskriver Weiner (2009) om ansattes vilje til å gjennomføre endring (innføring av noe nytt) i organisasjonen. Begrepet «readiness» referer til å være psykisk og atferdsmessig klar til handling. Skal kommunen innføre velferdsteknologi må de investere i noe som gjør ansatte klar for denne handlingen og prosessen. Funnene viser at noen kommuner opplever det effektivt å ha fokus på velferdsteknologien på personalmøter, og at virksomhetene legger til rette slik at ansatte kan få prøvd ut ulike velferdsteknologiske løsninger i visningsrom. På en annen side påpekte en informant at det var unødvendig å ha ett visningsrom før kommunen hadde bestemt seg for hva de ønsket å innføre.

5.3 Teknologi og utstyr

Teknologi og utstyr er ett element i SEIPS modellen og omhandler teknologisk utstyr som blir brukt av de involverte, og utfordringer det kan innebære (Carayon et al., 2006). Flertallet av kommunene opplevde ett virvar av ulike velferdsteknologiske løsninger, og at det var vanskelig å velge siden det hele tiden kom nye løsninger på markedet. Ved innkjøp av velferdsteknologi må de ansatte forholde seg til budsjett vedtakene i kommunene som styrer omfanget til helse- og sosial tjenestene. Siden kommunen selv bestemmer den interne organiseringen trenger det nødvendigvis ikke vært satt av penger til innkjøp av velferdsteknologi (Braut, 2015; Høiland & Willumsen, 2015). På en annen side er det bærekraftig at kommunene styrer sine helse- og omsorgs tjenester og kan tilpasse det til lokale forhold. Det fremkommer også i resultatene som tidligere er presentert om at driften bør være hos hver enkelt virksomhet. Samtidig er det store

utfordringer for kommuner som ikke er vant med å være tett på innkjøp av teknologi (Helsedirektoratet, 2012). Ansatte med ansvar for innføring av velferdsteknologi må ofte forholde seg til løsninger som blir tilbudt lokalt (Greenhalgh et al., 2015). Det henger sammen med strukturen i kommunen og planlegging av budsjetter for lengre frem i tid. Kommersielle aktører som utvikler produktene er mer frie og setter gjerne rammene for hva som er tilgjengelig. Samtidig som tilpassede løsninger til brukere av primærhelsetjenesten førte til dyrere løsninger som gjorde at kommunen ikke hadde råd til å gjøre innkjøp. De ansvarlige for innkjøp måtte forholde seg til standardpakker som skulle passe for flertallet (Greenhalgh et al., 2015).

Funnene fra en kommune som hadde prøvd ut mer umodne løsninger opplevde forsinkelser, og løsninger som ennå ikke var tatt i bruk fordi leverandørene ikke hadde klart å levere noe som var tilfredsstillende. Erfaringer med mye venting og utsettelse førte til at brukere og ansatte ble umotiverte og mistet troen på at det vil fungere. Utfordringer som kom fram i resultatene var en fallalarm som ble utløst flere ganger hvor det viste seg at kun en gang var reell. Ved trygghetsalarm hadde brukere gitt utrykk for at den var for stor å ha på seg som ett smykke, og førte til at brukere ofte tok den av. Samtidig ble den liggende til lading inne og brukere kunne falle på badet uten å få kontakt. Det var ikke faglig forsvarlig for tjenesten. Utfordringer som så ut til å vise seg med sporings løsning GPS var at brukere glemte å ta den med seg. For de ansatte i virksomhetene hadde det vært mer funksjonelt og praktisk med teknologier som kunne kobles sammen med fagsystem de brukte. Det gir færre programmer å forholde seg til og tilrettelegger for bedre dokumentasjon, og igjen økt kvalitet i helsetjenesten. Det blir støttet av forskningen til Radhakrishnan et al. 2015; Aspnes et al. 2012 hvor mangel på samkjøring av systemer mellom teknologiske tjenester og eksisterende fagsystemer var frustrerende for de ansatte.

Mort et al. (2013) beskrev at når det gikk en alarm hos en bruker med kognitiv svikt ønsket helsepersonell kontakt med pårørende. Det var ikke nok å snakke med brukeren og stole på at brukeren gjorde det du ba om. Sykepleiere beskrev også at det var vanskelig å vurdere pasientens dagsform via en skjerm. De ansatte var fornøyd med å kunne responder raskt tilbake til pasientene ved bruk av informasjon kommunikasjon

tjeneste (ICT) og gjorde at kvaliteten på pleien økte (Skår et al., 2011). Fysiske og kognitive evner til å håndtere teknologien er avgjørende hos brukere for om ulike velferdsteknologiske løsninger vil fungere. Kommersielle aktører som utvikler velferdsteknologien må få ett mer fokus på konteksten hvor den skal innføres og tas i bruk. Teknologi designere har ikke tilstrekkelige kunnskaper om brukermassen til kommunene og deres behov (Greenhalgh et al., 2015).

Teknologi fører til endring i arbeidsflyten fordi det innebærer overvåking av pasienter, respondering på teknologi data, innstallering av teknisk utstyr og trening av pasienter og samtidig oppgaver med å løse tekniske problemer (Radhakrishnan et al., 2015).

Teknologien er ideell for den aktive bruker som kan følge bruksanvisninger (Greenhalgh et al., 2015). Etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1 skal kommunene tilrettelegge sine tjenester slik at de er forsvarlige. Svikt ved ulike teknologiske løsninger vil føre til utrygghet for brukere, ansatte og andre involverte samtidig er det risiko for kommunen som er pliktet til å drive forsvarlige tjenester. På en annen side kan ulike velferdsteknologiske løsninger være ett godt supplement for enkelte. Velferdsteknologi skal ikke være en erstatning for menneskelig kontakt og omsorg, men en støtte i hverdagen (Dinesen & Rose, 2013). En studie peker på at velferdsteknologi fungerer for de med kroniske lidelser som kronisk konstruktiv lungesykdom (KOLS), astma, hjerte og kar sykdommer og diabetes. Intensiv hjemme basert overvåking som måler hjerterytme og blodtrykk for pasienter med alvorlig hjertesvikt viste å øke livskvaliteten og redusere sykehusinnleggelse (Botsis et al., 2008). Studien til Greenhalgh et al. (2015) viste at velferdsteknologi nesten ikke var brukbare for personer med komplekse medisinske behov da teknologien som var tiltenkt å passe en brukergruppe ikke fungerte likevel på grunn av tilleggs diagnoser hos brukeren.

Ulike teknologiske løsninger må sees i sammenheng til personers endrende medisinske, personlige, sosiale og kulturelle behov. Det må skiftes fra en løsning som passer alle til mer personlige løsninger. Industri og kommersielle aktører må utvikle design og leverings prosesser hvor brukere har mulighet til å forhandle om forbedring av teknologien og støtten rundt det (Greenhalgh et al., 2015). Ved innføring av ulike

teknologiske løsninger i bydelene i Oslo har de ikke evaluert de kliniske resultatene og sikkerheten rundt medisinsk oppfølging når det blir gitt ved velferdsteknologi (Ørjasæter & Kistorp, 2016). I helsedirektoratet (2012) sin fagrappport kommer det fram at det er ett stykke igjen før det finnes robuste løsninger som inneholder brukertilpasning, driftssikkerhet og vedlikeholds regime. Resultatene fra min studie har samme problematikk som fagrappporten presentert for fire år siden så en kan undres på hvordan en skal få dette til å fungere, men det gjenspeiler ett bilde av kompleksiteten i arbeidet når velferdsteknologi skal inn i kommunehelsetjenesten.

5.4 Fysisk miljø

Fysisk miljø er den fysiske utformingen av hjemmet til pasienten hvor lys, lyder og arbeidsflater kan påvirke hvordan arbeidet blir utført, og hvor funksjonelt miljøet er for ulike velferdsteknologiske løsninger (Carayon et al., 2006). Det fysiske miljøet kom ikke fram som ett resultat i seg selv, men ble nevnt en gang ved at en robotstøvsuger var vanskelig å tilpasse alle brukere på grunn av fysiske hindringer (Ett hus med tre etasjer). Med bakgrunn i de helsepolitiske føringene St. Meld. 29. 2012 – 2013; St. Meld. 10. 2012 – 2013 og kommunes ansvar for kvalitet og sikkerhet i tjenestetilbudet jf. helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-1 velger jeg å rette fokus mot utfordringer ved innføring av velferdsteknologi i hjemmet.

Hjemmet er fundamentalt forskjellig fra det regulerte og kontrollerte miljøet i sykehus og det kreves en annen tilnærming for å fremme kvalitet og sikkerhet for bruker. Den komplekse situasjonen som skal løses i hjemmet gir mange utfordringer, og ny teknologi tilbyr muligheter for å bo lengre i eget hjem, men også uønskede hendelser (Vincent, 2010; Stevenson et al., 2012). Ny teknologi kan medbringe ledninger som blir liggende løst på gulvet og øke fallfare (Roback et al., 2003). Lyssettingen i rommet, bakgrunnsstøy, og plasseringen av teknologien i rommet er de mest vanlige aspektene som kan forbedres for å øke kvaliteten slik at teknologien fungerer optimalt. Det å kommunisere med informasjons kommunikasjon løsninger ICT vil for eksempel påvirkes av dårlig lys som gjør at sykepleieren kan ha vanskelig for å vurdere pasientens form gjennom skjermen (Or et al., 2009). Eldre boliger kan også ha

utfordringer med å finne tilgjengelige støpsler til elektrisiteten, og oppkobling til internett. Om de eldre bor med barnebarn og dyr kan det også føre til at de tukler med ledninger. Liten plass kan føre til uheldige plasseringer og kan føre til at større tekniske hjelpemidler kan falle på pasienten (Or et al., 2009; Guise et al., 2014; Roback et al., 2003). Det må jobbes med å forbedre og tilpasse interaksjonene mellom pasienter, teknologi og hjemmet (Or et al., 2009). Det bør være ett fokus for kommunen ved innføring av velferdsteknologi i tjenestetilbudet slik at det blir tilpasset brukeres behov, og samtidig opprettholder kvalitet og sikkerhet (St. Meld. 10. 2012 – 2013). Kommuner fokuserer i liten grad på forskning i helsetjenestene, og profesjonens utdanninger som arbeider i kommunen anvender liten grad av forskning i sitt arbeid (Sirnes, 2015). Det vil være en utfordring når det trengs kompetanse og fokus på endring i tjenestetilbudet ved innføring av velferdsteknologien.

5.5 Ytre organisatorisk miljø

Organisatorisk miljø er ett element i SEIPS modellen som blir regulert av gjeldende lovverk, politiske føringer, organisatoriske strukturer og arbeidskultur (Carayon et al., 2006). Det økte fokuset på innføring av velferdsteknologi er en vekselvirkning mellom pådrivere i kommuner, private virksomheter og en satsende regjering på denne andre siden (Hansen, 2013). I den nasjonale helse- og omsorgsplanen (2011 – 2015) satses det på ny teknologi som skal gi brukerne nye muligheter til å leve selvstendig og mestre hverdagen, og velferdsteknologi som gjør at helse- og omsorgstjenestene kan forbedre og effektivisere virksomheten (St. Meld. 16. (2011 – 2012). Kommunene har ansvar for å utforme sitt lokale tjenestetilbud i samsvar med lokale forutsetninger og behov (St. Meld. 10. 2012 – 2013). Tjeneste tilbudet skal være tilpasset brukeren, og tilbudet skal være sikkert og av god kvalitet. Resultatene viser likevel at det er innført lite velferdsteknologi i kommunene som deltok i studien. Det kom fram grunner som mangel på ressurser, umoden teknologi, vanskeligheter med å komme i gang, og interne og eksterne aktører som må samarbeide om innføringen av velferdsteknologi. Utfordringer som oppstod når flere skulle samarbeide var en uklar ansvarsfordeling. Noen av kommunene hadde løst det med å lage ett flyt skjema for ansvarsavklaring i ulike faser av innføringen. De opplevde at det da ble lettere å komme i gang.

Det er viktig å ha kunnskaper om ulike faser ved en endring når det skal gjennomføres i en organisasjon. Lewin (1951) sin tre steg modell tar i den første fasen «unfreezing» sikte på å klargjøre for endring ved å informere om endringen til ansatte og kartlegge eventuell motstand og hvorfor den oppstår. Deretter i andre fasen «changing» blir endringen innført, og i tredje fasen «refreezing» blir det gjort evalueringer på om noe må justeres før endringen ansees som innført (Yukl, 2006). Lewin sin tre stegs modell har blitt kritisert for å være for enkel fordi den tar ikke hensyn til politiske føringer og organisasjonens strukturer (Williams & Fintel, 2012). En innføring av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten vil hele tiden kreve justeringer ettersom kommunen har ansvar for flere brukere med komplekse medisinske behov, nye teknologiske løsninger som kommer på markedet, og ulikheter i kommune budsjettene (Greenhalgh et al., 2015). Det kom fram i resultatene at innføring av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten innebærer at mange ansatte på ulike nivåer skal arbeide sammen i prosessen med å innføre velferdsteknologi og for å få det til å fungere i helsetjenesten.

Weiner (2009) mener man er avhengig av felleskapet for å kunne gjennomføre endring i en organisasjon, og at det kan betegnes som en lagsport hvor det oppstår problemer når noen føler seg forpliktet mens andre ikke gjør det. Resultatene viser at det er vanskelig å få alle ansatte med på tanken om å innføre velferdsteknologi, og at de ulike aktørene har ulikt syn på velferdsteknologien alt etter sitt behov. Kommersielle aktører utvikler løsninger, men har ikke tilstrekkelig kunnskap om konteksten og brukerbehov, ansatte er uvitende om hvilke løsninger som finnes på markedet, og kommunen må sette av penger i budsjett til innkjøp av velferdsteknologi, samtidig som kommunen skal opprettholde sine lovpålagte plikter (Greenhalgh et al., 2015; Radhakrishnan et al., 2015; Andreassen et al., 2015). Lewin sin teori tar sikte på å gjennomføre endringen ved tre steg, og Weiner diskuterer readiness ut ifra psykologiske betingelser hvor det er ønskelig at flertallet skal føle seg forpliktet til endringen fordi de ønsker å gjennomføre den. Teoriene til Lewin (1951) og Weiner (2009) har viktige elementer som er nødvendige for å innføre velferdsteknologi i helsetjenesten. Det trengs informasjon og kartlegging, identifisering av motstand, samt endringer som skal innføres i helseorganisasjoner krever kollektive og koordinerte handlinger av mange organisasjonsmedlemmer. Men som nevnt innledningsvis kan man ikke utelukke de

strukturelle betingelsene, politiske føringer og organisasjonens finansering i arbeidet med innføring av velferdsteknologi.

Det viser seg å være svært komplekst å innføre velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. For noen kan velferdsteknologi være en ressurs, men for mange brukere er det avansert å tilpasse velferdsteknologien. Det må tas hensyn til flere faktorer rundt brukeren som for eksempel fysisk miljø, sosiale forhold og kognitive og fysiske evner (Greenhalgh et al., 2015). Gevinstrealisering er ett steg i retning hvor de skal måle effekt av ulike nasjonale prosjekter (Ørjasæter & Kistorp, 2016). Det kommer fram at det er vanskelig å måle fordi velferdsteknologi er ett relativt nytt begrep. Kommuner har ikke satt ett mål for hva de ønsker med innføring av velferdsteknologien og de er samtidig usikre på hva de skal satse på. For enkelte kan teknologiske løsninger være med å gjøre hverdagen enklere, mens for andre trenger ikke samme løsning fungere (Greenhalgh et al., 2015).

Kommunene mangler rådgivning, kunnskaper og erfaringer på området med innføring av velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2012). Prosjekter i kommunene drives ofte fram av pådrivere og med ulik grad av forankring i ledelsen, og det oppstår problemer ved at det ikke fungerer på lang sikt (Andreassen et al., 2015). Resultatene viste derimot at for de små kommunene som hadde innført nattkamera og sporingsløsning GPS så fungerte det bra. De hadde fått til rutiner med innstallering, oppfølging, og dokumentasjon. Det hadde de fått til gjennom utprøving av de ulike teknologiske løsningene, og ved skjema for ansvarsavklaring.

Nasjonale føringer stiller stadig høyere krav til samhandling og kvalitet i norske helsetjenester (St. Meld. 47. 2008 – 2009). Det er utfordringer når kombinasjonen av offentlige, private og frivillige aktører med ulike interesser møtes for å komme fram til felles løsninger og valg av teknologier. Kommunehelsetjenesten som kontekst for innføring av velferdsteknologi er underlagt andre krav og betingelser enn det private markedet. Kommunen har politiske styrings organer, lover og forskrifter, og ett sentralt verdigrunnlag om likeverd og brukermedvirkning som står i kontrast til den økte effektiviseringen. Samtidig har helsetjenesten moralske forutsetninger som skal gagne flertallet i samfunnet (Fitjar, 2015). Den kommunale konteksten ved innføring av

velferdsteknologi kan være utfordrende fordi kommunen er politisk styrt. Blant medlemmene i kommunestyret kan det finnes ulike interesser, og valg blir tatt gjennom votering. Kommunen skal drive helsetjenester som er pålitelige og trygge, og driften av kommuner er finansiert gjennom innbetalte skatter som gjør det vanskelig å anvende det på noe som gir usikre resultater. Fram til nå har velferdsteknologien gitt lite synlige resultater i form av økonomiske gevinster (Ørjasæter & Kistorp, 2016).

For å lykkes er det viktig med gode kunnskaper om de ulike velferdsteknologiske løsningene. Samtidig må en må forholde seg til egenskapene ved kommunehelsetjenesten som har politisk styring og ett sentralt verdigrunnlag. Mange offentlige tjenesteytere har en sterkt forankret profesjons tilhørighet som bygger på likeverd, rettferdighet, og brukerens selvbestemmelsesrett. Det står i sterk kontrast til velferdsteknologien og dens gevinst vinninger (Fitjar, 2015). Helsedirektoratet anbefaler for den norske satsningen å iverksette standardiseringsarbeid og oppbygging av innovasjon kompetanse i kommunene som skal sikre at velferdsteknologiske løsninger breddes ut i kommunene (Helsedirektoratet, 2012). Fordelen med sterke politiske satsninger er at de fra politisk nivå kan spre det til hele organisasjonen, men en ulempe er manglende eierskap og tilpasning til lokale forhold (Fitjar, 2015). Ved fremtid bruk av velferdsteknologi i kommunene må de sikre at det ikke blir digitale skiller hvor enkelte brukergrupper faller utenfor fordi det ikke gis tilstrekkelig opplæring (Helsedirektoratet, 2012).

5.6 SEIPS modellen – kompleksiteten ved innføring av velferdsteknologi

Gjennom å bruke det etablerte rammeverket human factors sammen med empiri har det vært mulig å identifisere hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi og ulike faktorer som påvirker arbeidet. De ulike elementene presenterer faktorer som kan være til hjelp i innføringen, men drøftingen peker også på flere barrierer som gjør det vanskelig for kommuner å ta i bruk velferdsteknologi. Det mest fremtredende er umoden velferdsteknologi for brukermassen til kommunene. Gjennom drøftingen ovenfor kommer det også fram hvordan innføring av velferdsteknologi er ett samspill av flere elementer for å skape funksjonell helsetjeneste for brukere, ansatte og kommunen. Elementene integrere med hverandre slik at mindre fokus i ett av elementene vil føre til

ubalanse i arbeidet og prosessen med innføringen. For eksempel om kommunen prioriterer lite fokus på informasjon om velferdsteknologi til ansatte vil det føre til at de ikke foreslår velferdsteknologi for brukere, og heller ikke tar det effektivt i bruk i arbeidsoppgavene. Det fører igjen til at kommuner vil ha vanskelig for å innføre og integrere velferdsteknologien i helsetjenesten.

Etter å ha brukt rammeverket for human factors kunne det muligens vært gjort noen tilpasninger til konteksten hvor kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi. Elementet arbeidsoppgaver har i denne oppgaven hatt mer fokus på arenaer for kompetanseheving, og muligheter for å bli kjent med velferdsteknologien. Samtidig har ikke kommunene hatt særlig fokus på elementet fysisk miljø. Det tenkes å være fordi kommunene fremdeles er i utprøving og tidlig fase av innføring av ulike velferdsteknologiske løsninger. Kommunene har derfor ikke trengt å endre arbeidsrutiner i stor grad, samt hatt fokus på funksjonen av ulik velferdsteknologi i hjemmemiljøet til brukeren. Forskning indikerer mangel på fokus av det fysiske miljøet i hjemme konteksten og innvirkningene det har for kvalitet og sikkerhet i helsetjenestene (Lang et al., 2008; Guise et al., 2014). Det er ett viktig element og aspekt å ha med videre.

5.7 Metodekritikk og metodiske overveielser

Gjennom arbeidet med denne studien har jeg hatt fokus på studiens validitet og reliabilitet. Jeg har forsøkt å være bevisst dette under datainnsamlingen, og gjennom analysen når jeg tolket data. Jeg har prøvd og hatt ett kritisk blikk underveis i arbeidet, og på studien som helhet. Jeg har gjort rede for mitt faglige ståsted, og gjennom en detaljert beskrivelse av metodekapittelet skal mine valg være begrunnet, og forståelige for andre. Gyldigheten av analysen ble styrket ved at andre leste gjennom intervjumaterialet, og gav innspill til analysen. Resultatene ble også presentert for forskergruppen tilknyttet safer@home som styrker validiteten av denne studien.

Studiens design er bygget opp rundt ett teoretisk rammeverk (Figur 1) som er anerkjent og brukt av mange forskere (Carayon et al., 2006; Holden et al., 2014). Det er en styrke å bruke ett teoretisk rammeverk med empiriske data. Imidlertid er ikke en slik teori styring uproblematisk. Det kan gjøre at forsker unnlater å observere forhold som modellen ikke vektlegger som relevante. En svakhet er at den ikke vektlegger etiske aspekter, men det var heller ikke fokus i min studie. I siste del av drøftingen påpeker jeg hvorfor denne modellen egner seg, og foreslår tilpasninger som hadde gjort modellen enda mer funksjonell for min kontekst. På en annen side forutsetter oppgavens omfang at alle faktorer ikke kan bli tatt med. Modellen er med på å sette rammer for hva som blir vektlagt, og er gjenstand for hva som inkluderes og diskuteres. I så måte er denne studien ett bidrag til å belyse kompleksiteten når velferdsteknologi skal innføres i kommunehelsetjenesten.

En ting jeg tydelig har erfart gjennom utføring av studien er at kommuner er organisert forskjellig. Samtidig er det mange ulike prosjekter og prosjektmidler. Jeg opplevde det som utfordrende å skulle sette det i system under analysen. Kanskje jeg burde ha gjort grundigere forundersøkelser av kommunene på forhånd. På en annen side er kommunene i studien tilfeldig valgt noe som styrker reliabiliteten til resultatene.

Ett viktig steg i forskningsprosessen er utvelgelse av informanter. Jeg kunne ha inkludert kommuner fra andre geografiske områder i landet for å se hvordan de arbeidet

med innføring av velferdsteknologi. Jeg kunne også ha intervjuet ansatte direkte ute i tjenestene. Gjennom litteratursøket viste det seg at ansatte i tjenestene i liten grad ble tatt med i planlegging ved innføring av velferdsteknologi (Greenhalgh et al., 2015; Jiwa et al., 2013). Studien måtte avgrenses, og det ble dermed ikke valgt. Siden helsetjenester er i stadig utvikling i form av økt effektivisering og kvalitetssikring (Bergerød & Wiig, 2015), vil resultatene gjerne bli annerledes i fremtiden når kommunene har økt bruk av velferdsteknologi i helsetjenesten.

Etter min vurdering har jeg gjennom individuelle intervju fått troverdige data som bidrar med kunnskap til hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi. Funnene gir ingen entydige svar på hvordan kommuner bør arbeide med å innføre velferdsteknologi, men jeg velger å tro at andre kommuner kan kjenne seg igjen i resultatene som fremkommer i denne studien, og utfordringer i arbeidet med å innføre velferdsteknologi. Samtidig at denne studien kan bidra med kunnskaper og læring for ansatte i kommuner som arbeider med velferdsteknologi. Det er tilslutt opp til leseren og vurderer om resultater og tolkninger kan ansees som troverdige, og overføres til en annen kontekst (Malterud, 2011).

6.0 KONKLUSJON

Denne studien har undersøkt hvordan kommuner arbeider med å innføre velferdsteknologi. Basert på resultatene i denne studien viser det seg at kommuner arbeider variert med innføring av velferdsteknologi i forhold til kommunestørrelser og lokale behov. Kommunene er bundet til den politiske styringen og budsjett vedtakene som styrer helsetjenestens omfang.

Erfaringer som ledere og ansatte i administrative stillinger har gjort i arbeidet med å innføre velferdsteknologi er at de trenger pådrivere i de ulike avdelingene for å hjelpe å drive det fram. Noe som fremmer arbeidet er at ansatte oppleves mer positive og motiverte enn først antatt. Det må gis tilstrekkelig kunnskap og opplæring til ansatte, brukere og pårørende når velferdsteknologi skal tas i bruk. Ansatte har også ett behov for å bli kjent med teknologien for å kunne ta den effektivt i bruk. Det har vært nyttig og hatt et «visnings rom» som en måte å ufarliggjøre velferdsteknologien for brukere og ansatte. Erfaringer viser at det er utfordringer når mange interne og eksterne aktører med ulike interesser skal samarbeide med hverandre. Det har enkelte av kommunene løst med ett skjema for ansvarsavklaring, og grupper på tvers av profesjoner.

Det viser seg at kommuner bruker velferdsteknologi prosjekter som en måte for å la ansatte bli kjent med teknologien, og for å finne løsninger som kan være funksjonelle for kommunen. Ansatte opplever at det ikke er uproblematisk og arbeide med å innføre velferdsteknologi i kommunen. Det er mange ulike hensyn å ta noe som fører til at det er vanskelig med standardpakke av teknologiske løsninger. Kommersielle aktører må utvikle brukertilpassede løsninger, og ha mer fokus på konteksten hvor den skal tas i bruk. Samtidig etterlyser ansatte kompatible systemer som gjør at velferdsteknologien kan kobles til fagsystemet og gjør dokumentasjon lettere.

Det som hemmer innføringen av velferdsteknologi er mange velferdsteknologiske løsninger på markedet hvor mye ikke er modent for brukermassen som kommunene har ansvar for. Erfaringer de ansatte har gjort i kommunene er at det kan skje svikt, forsinkelser og mye venting grunnet mangel av tilpassede løsninger. Det fører til at ansatte ute i tjenestene og brukerne mister motivasjonen og troen på at det kan fungere. De ansvarlige for innføringen har opplevd at det ikke må være avstand fra noe blir forespeilt til det faktisk blir tatt i bruk.

Innføring av velferdsteknologi i kommunene viser seg å være en kompleks situasjon hvor flere ulike faktorer påvirker arbeidet. Vurdering av kvalitet i helsetjenesten med bruk av velferdsteknologi er utfordrende. Kvaliteten blir i stor grad hindret av at det skjer svikt med teknologien, og at den er vanskelig å tilpasse til enkelte brukere. Siden mye erfaringer viser svikt ved ulike teknologiske løsninger opplever ansatte det som utfordrende å ha nok «back up» tiltak. Velferdsteknologien har ikke vært tilstrekkelig i bruk og lenge nok utprøvd. Dette gjør det vanskelig for kommuner å stole på den hundre prosent når de har ett lovpålagt ansvar for å gi helsetjenester som er trygge, sikre og av god kvalitet.

Det viser seg å fremdeles være en del organisering rundt selve velferdsteknologien som må legges til rette for funksjonelle helsetjenester som blir driftet forsvarlig, og gir kvalitet i helsetjenesten. Arbeidet som er gjort til nå med å innføre velferdsteknologi i kommunene vil på sikt bidra til at kommuner kan gi mer effektive helsetjenester til ett større antall tjenestemottakere.

6.1 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av funnene i denne studien anbefales følgende:

- Kommuner bør tilrettelegge for arenaer hvor ansatte og brukere kan bli kjent med ulike velferdsteknologiske løsninger. Det kan lages et visningsrom, og det kan gis informasjon om velferdsteknologi ved personalmøter. Det vil bidra med kunnskaper til ansatte, og være holdningsendrende.
- Det bør opprettes grupper på tvers av profesjoner i de ulike virksomhetene for å dele kunnskap og erfaringer om velferdsteknologi.
- De ansatte som er ansvarlige for innføring av velferdsteknologi i kommunene må fronte sine ønsker til kommersielle aktører slik at løsningene blir funksjonelle for ansatte og brukerne av helsetjenestene.
- Kommersielle aktører må ha fokus på konteksten hvor velferdsteknologien skal tas i bruk når de utvikler velferdsteknologiske løsninger.

- Ansatte ute i tjenestene bør tas med i planlegging og innkjøp av velferdsteknologi for å sikre at løsningene er tilpasset brukerne, og at de fungerer når de skal innføres i arbeidsoppgavene.
- Det bør deles erfaringer på tvers av kommuner for hjelpe hverandre i prosessen med innføring av velferdsteknologi. Det kan fungere som motivasjon og støtte.
- Kommuner bør også ha fokus på hjemmemiljø hvor velferdsteknologien skal tas i bruk med tanke på sikkerhet og forsvarlige helsetjenester.

6.2 Videre forskning

I denne studien har det ikke blitt tatt hensyn til brukere og pårørende sitt perspektiv. Deres erfaringer med å delta i velferdsteknologiske prosjekter og med å ta i bruk ulike velferdsteknologiske løsninger kunne tilført studien viktige perspektiver, og et mer helhetlig bilde av prosessen når velferdsteknologi skal innføres i kommunen.

En annen tilnærming kunne vært med en kontekstuell analyse hvor det kunne vært fokus på kommuneplaner, kommunestrategier og kommuners nettsider. For da å lete etter tekst og føringer som inneholder informasjon om velferdsteknologi, og hvordan kommuner planlegger å innføre og drifte velferdsteknologien.

Velferdsteknologi er et samlebegrep for ulike velferdsteknologiske løsninger, og er delt inn i brukerbehov. Det kunne vært valgt ut en pasientgruppe for eksempel hjerte og karsykdom, og fokusert i dybden på hvordan velferdsteknologiske løsninger fungerer i tjenestetilbudet for denne brukergruppen. Eventuelt hvorfor det ikke fungerer og hva kommunen bør tilrettelegge.

Videre er det mer behov for forskning på hjemme konteksten ettersom det er en økende arena for å motta helsehjelp. Det bør være fokus på interaksjonen mellom bruker, teknologi og hjemmet slik at helsetjenester som blir gitt av kommunen oppleves trygge og forsvarlige for brukere, samtidig som kommunen opprettholder kravet til kvalitet og sikkerhet.

Litteraturliste

- Andreassen, H, K., Kjekshus, L E., Tjora, A. (2015) *Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care*. Social Science & Medicine 132: 62 – 69
- Aspnes E. H, Ausen D, Høyland K., Mikalsen, M., Steen-Hansen, A., Storesund, K., S., Svagård, I, Walenderhaug, S (2012) Velferdsteknologi i boliger. Muligheter og Utfordringer. SINTEF-rapport 2012. Hentet 12.05.2016 fra: https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/velferdsteknologi_i_boliger_rapport_revidert_120312.pdf
- Aase, I., Hansen, B. S. (2015) Trening av tverrprofesjonelt samarbeid i helseutdanninger. I B: Aase, K (Red.), *Pasientsikkerhet teori og praksis* (s. 205 - 219). Oslo: Universitetsforlaget
- Bergerød, I., Wiig, S. (2015) Ledelse og pasientsikkerhet. I B: Aase, K (Red) *Pasientsikkerhet teori og praksis* (s. 113 – 126). Oslo: Universitetsforlaget
- Berg, O., T (2014) *Organisasjon*. Hentet fra Store norske leksikon 28.04.2016 <https://snl.no/organisasjon>
- Braut, S., G (2015) *Kommunehelsetjenesten*. Hentet fra 28.04.2016 Store norske Leksikon <https://sml.snl.no/kommunehelsetjeneste>
- Botsis, T., Demiris, G., Pedersen, S., Hartvigsen, G. (2008) *Home telecare technologies for the elderly*. Journal of telemedicine and telecare; 14 333-337

Carayon, P (2012) *Handbook of Human factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety Second Edition*. United States of America: Taylor & Francis Group

Carayon, P., Schoofs, A H., Karsh, B-T., Gurses, A P., Alvarado, C J., Smith, M., Flatley, B T. (2006) *Work system design for patient safety: the SEIPS model*. Qual Saf Health Care. Dec; 15(Suppl 1): 50–58.

Dinesen, B., Rose, C. (2013) Patienternes oplevelse af velfærdsteknologi – muligheder og bælgrensninger. I B: Fredskild, T, U. (Red) *Velfærdsteknologi i sundhedsvæsn*. (s. 205 – 223). Åbenrå: Gads forlag

Fitjar, R. D. (2015) Innovasjon for utvikling i offentlig og privat sektor – prinsipielle forskjeller. I B: Willumsen, E. Ødegård, A. (Red) Sosial innovasjon – fra politikk til tjeneste utvikling. (s. 63 – 82). Bergen: Fagbokforlaget

Greenhalgh, T., Procter, R., Wherton, J., Sugarhood, P., Hinder, S., Rouncefield, M. (2015) *What is quality in assisted living technology? The ARCHIE framework for effective telehealth and telecare services*. BMC Medicine: 1 – 15.

Greenhalgh, T., Procter, R., Wherton, J., Sugarhood, P., Shaw, S. (2012) *The organising vision for telehealth and telecare: discourse analysis*. BMJ Open; 2: 1 -12

Guise, V. Anderson, J. Wiig, S. (2014) *Pasient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature*. BMC Health Services Research. 14:588: s. 1 – 15.

Hansen, J. (2013) Hva er velfærdsteknologi, og hvilke typer velfærdsteknologi finnes der? I B: Fredskild, T, U. (Red) *Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet*. (s. 19 – 39). Åbenrå: Gads forlag

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24 juni. Nr. 30. I B Syse, A. (2014) *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2014 – 2015*. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell av 2 juli. Nr. 64. I B Syse, A. (2014) *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2014 – 2015*. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Henriksen, A. (2016, 10. januar). *Effektiviserer helsevesenet med smartteknologi*. Aftenposten, økonomi. Hentet 20.01.2016 fra: <http://www.aftenposten.no/okonomi/Effektiviserer-helsevesenet-med-smartteknologi-8310405.html>

Helsedirektoratet. (2012) *Fagrappport om implementering av velfærdsteknologi i de kommunale helse- omsorgstjenestene 2013 – 2030*. Bestillingsnummer: IS – 1990. Oslo: Trykksakekspedisjonen

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24 juni. Nr. 30. I B Syse, A. (2014) *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2014 – 2015*. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell av 2 juli. Nr. 64. I B Syse, A. (2014) *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2014 – 2015*. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Holden, R. J., Carayon, P., Gurses, P. A., Hoonakker, P., Hundt, A. S. (2013) *SEIPS*

2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. Ergonomics; 56 (11): s 1 – 30

Høiland, G., Willumsen, E. (2015) *Innovasjon for mer integrerte tjenester: samarbeid på tvers i arbeidsinkludering* I B Willumsen, E., Ødegård, A. (2015) *Sosial*

innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling. (s 213 – 230)

Bergen: Fagbokforlaget

Håland, E., Melby, L. (2010) *Ambisjoner og ambivalens: Helsepersonells forståelse av*

digitaliserte pasienter. IB Tjora, A., Sandaunet, A. G. (Red) Digitale pasienter.

(s. 189 – 207). Oslo: Gyldendal Akademisk

Jensen, L., Villemoes, L., Månsson, I., Andersen, A., Holthe, T., Hurnasti, T.,

Gudnadottir, T. (2008) *Teknologi og demens i Norden. Hvordan bruker personer med demens tekniske hjelpemidler? Tønsberg: Forlaget aldring og helse*

Jiwi, M., Mcmanus, A., Dadich, A., White, J., Rieck, A., Razmi, S. (2013) *Harnessing*

information technology to innovate in primary care. Quality in Primary Care;

21:43-9

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til*

samfunnsvitenskapelig metode. (4. utg.) Oslo: Abstrakt forlag AS

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju. (2.utg.) Oslo:*

Gyldendal Akademisk

- Lang, A., Edwards, N., Fleischer, A. (2008) *Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. International Journal of quality in health care.* Volume 20; Number 2: 130 – 135
- May, C. (2013) *Making sense of technology adoption in healthcare: meso-level considerations.* BMC Medicine 13: 92: s. 1-3
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring.* (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mort, M., Roberts, C., Pols, J., Domenech, M., Moser, I. (2013) *Ethical implications of home telecare for older people: a framework derived from multisited participative study.* John Wiley & Sons Ltd Health Expectations 18: 438 - 449
- NOU 2011:11. (2011) Innovasjon i omsorg. Hentet 30. April 2016 fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Or, C, K L., Valdez, G., Casper, G R., Carayon, P., Burke, P T B., Brennan, P F., K, B T. (2009) *Human factors and ergonomics in home care: current concern and future considerations for health information technology.* IOS press: Work 33; 201 – 209
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2 juli Nr. 63. I B Syse, A. (2014) *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2014 – 2015.* Oslo: Gyldendal Juridisk.

- Radhakrishnan, K., Xie, B., Berkley, A., Kim, M. (2015) *Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A systematic Review*. Health Services Research Volume 51, Issue 1; p 48 – 75.
- Roback, K., Herzog, A. (2003) *Home informatics in healthcare: Assessment guidelines to keep up quality of care and avoid adverse effects*. Technology and Health Care 11;195 – 206 Ios Press
- Segar, J., Rogers, A., Salisbury, C., Thomas, C (2013) *Roles and identities in transition: boundaries of work and inter-professional relationships at the interface between telehealth and primary care*. Health and Social Care in the community 21 (6): s. 606 – 613
- Sirnes, T. (2015b) Kommunen som innovasjons arena. I B Willumsen, E., Ødegård, A. (2015) *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget
- Skår, L., Søderberg, S. (2011) *The use of information and communication technology to meet chronically ill patients needs when living at home*. The open nursing journal; volume 5 74-78
- Sletteland, N. (2014) *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015*. Hentet 20. Mai 2016 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

St. Meld. Nr. 47. (2008 – 2009) Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet 20.04.2016 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

St. Meld. Nr. 16 (2011 – 2012) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015). Helse- og omsorgs- departementet 2011

St. Meld. Nr. 10 (2012 – 2013) God kvalitet – trygge tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 12.05.2016 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1&q>

St. Meld. Nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, 7 velferdsteknologi – en ny ressurs. Hentet 14.11.2015 fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013/8.html?id=723383>

Stevenson, L et al. (2012) *Safety in home care: Thinking outside the hospital box.*

Healthcare Quarterly Vol. 15 Special Issue

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode.*

Bergen: Fagbokforlaget

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Bergen:

Fagbokforlaget

- Tjora, A. (2010) Den tredimensjonale pasienten som velvillig teleradiografisk objekt I B: Tjora, A., Sandaunet, A. G. (Red) *Digitale pasienter*. (s. 247 - 263). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vincent, C. (2010) *Patient Safety*. Wiley-Blackwell: Oxford
- Williams, E., Fintel, V, N. (2012) *Hypertonic saline: a change of practice*. British Association of Critical Care Nurses; Vol 17: No 2: p 99 – 104
- Weiner, B. J. (2009) A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*; 4:67: s. 1 – 9
- Yukl, G. (2006) *Leadership in organizations*. New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Ørjasæter, N. O., Kistorp, K. M. (2016) *Velferdsteknologi i sentrum (VIS) – Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo*. Oslo: Intro International & Arkitektur- og designhøyskolen i Oslo (AHO)



Stavanger, Januar
2016

**Forespørsel om å delta i mastergradsstudien:
«Velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten»**

Mitt navn er Terese Johannessen. Jeg er masterstudent ved Universitet i Stavanger ved institutt for helsefag. Dette er en forespørsel om du ønsker å delta i et intervju i forbindelse med gjennomføring av min mastergradsstudie «Velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten». Min veileder i arbeidet med oppgaven er førsteamanuensis Marianne Storm. Jeg arbeider også som sykepleier i hjemmebaserte tjenester i Lyngdal kommune.

Mastergradsstudien er tilknyttet forskningsprosjektet: «Safer@home – Simulering og opplæring. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd (NRF). Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) den 16.04.13, prosjektnummer 32934.

Studiens hensikt

Hensikten med studien er å belyse hvordan ulike kommuner arbeider for å få velferdsteknologien hjem/ut til brukerne i kommunen. Hvordan brukeren blir involvert i beslutninger når velferdsteknologi angår hans helsehjelp, og hvordan ansvaret blir delegert til ulike instanser. Samtidig hvordan denne prosessen kan være med å påvirker resultatet. Jeg ønsker også å undersøke hvordan det arbeides for at velferdsteknologien skal bli implementert i kommunen og utfordringer i dette arbeidet.

Hvorfor blir du spurt om å delta?

Som ansatt i kommunen og arbeidsområde som involvere velferdsteknologi inviteres du til å delta i et intervju om dine erfaringer med velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta som informant i denne studien innebærer det å være med på et

individuell intervju med varighet ca. 30-60 minutter, for å dele dine erfaringer med velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. Intervjuene planlegges gjennomført i januar og utover våren. Intervjuene vil fortrinnsvis foregå på din arbeidsplass, eller der du måtte ønske. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, for så å bli skrevet ut og lagret på en sikker datamaskin. Jeg er kun interessert i dine erfaringer med velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten og vil ikke be deg om personlig eller privat informasjon.

Behandling av opplysninger

Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt, det vil si uten navn eller andre direkte gjenkjennelige opplysninger og i samsvar med regler for dataoppbevaring fra NSD. Alle data som registreres vil bli slettet når prosjektet Safer@home avsluttes og senest innen utgangen av 2016. Alle deltakerne vil bli anonymisert og skal ikke kunne identifiseres i oppgaven. Resultatene av studien vil bli presentert i min mastergradsoppgave som skal ferdigstilles i mai 2016. Resultatene vil eventuelt bli publisert i en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Frivillig deltakelse

Jeg gjør oppmerksom på at det er frivillig å delta i intervju. Dersom du takker ja til å være med, kan du likevel trekke deg når som helst, uten å måtte oppgi grunn. Dersom du ønsker å delta i intervju ber jeg deg om å signere samtykkeerklæring.

Dersom du har spørsmål om deltakelse i studien, kan du kontakte Terese Johannessen mob 90050804, e-post: johannessenterese@hotmail.com eller førsteamanuensis Marianne Storm ved Universitetet i Stavanger, e-post: marianne.storm@uis.no

Vennlig hilsen

Terese Johannessen

VEDLEGG 2: 1 side

**SAMTYKKEERKLÆRING TIL MASTERGRADSSTUDIEN
«Velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten»**

Jeg bekrefter at jeg har lest og forstått informasjonen om mastergradsstudien:
«Velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten».

JA

Jeg ønsker å delta i intervju om
velferdsteknologi i
kommunehelsetjenesten

Dato:

Navn deltager:

Signatur:.....

Intervjuguide

Bakgrunnsdata

Alder

Kjønn

Utdanning

Bakgrunn

Stillingstittel

Organisasjonskultur

Har kommunen en strategi for velferdsteknologi? Og hva betyr det i praksis?

Hvilke velferdsteknologiske løsninger har din kommune tatt i bruk? (Gi eksempler)
Hvem er aktuelle brukergrupper?

Hvem er pådrivere for å ta i bruk teknologi i kommunen? Hvilken rolle har du som leder/rådgiver/fagutvikler?

Hvordan arbeides det for at velferdsteknologien skal bli integrert i kommunen?

Kan du gi eksempler /fortelle litt om hvordan det arbeides for at hjemmesykepleien, korttidsavdelinger skal bli trygge på velferdsteknologi og ønske å bruke dette når de gir helsehjelp?

Hva vil du si er de største barrierer for å ta i bruk velferdsteknologi? (Motstand hos ansatte, praktiske barrierer, mangel på ressurser, teknologi som ikke virker, annet?) Kan du gi eksempler?

Informasjon

Hvordan arbeides det for å spre kunnskap om velferdsteknologi til ansatte i kommunen?
Kan du gi eksempler.

Hvordan arbeides det i kommunen for å gi informasjon og kunnskap til innbyggerne om velferdsteknologi og nytteverdien av teknologien i det daglige?

Har du oversikt over hva som er nyttige informasjonskanaler om velferdsteknologi for kommunes innbyggere, brukere av kommunale helsetjenester og ansatte?

Finnes det en ansvarlig person i kommunen som har ett overordnet ansvar og oversikt over velferdsteknologien?

Prosesser i arbeidet med velferdsteknologi

Hvordan arbeides det for å få velferdsteknologien hjem/ut til brukerne? (Delegeres ansvaret til ulike instanser i kommunen? (Hjemmesykepleien, korttidsavdelinger, dagsenter, frivillighetssentraler)

Hvilke instanser i kommunen er involvert i arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi som del av det kommunale tjenestetilbudet?

Hva har du erfart må til for at velferdsteknologien skal fungere for den enkelte bruker?

Hvordan blir brukeren involvert i beslutninger når velferdsteknologien angår hans helsehjelp?

Hvem kontakter brukeren?

Hvem har ansvar for oppfølging av den enkelte bruker som benytter velferdsteknologi i hjemmet?

Hvordan blir nye arbeidsoppgaver med velferdsteknologi lagt inn i arbeidsrutinene?

Sikkerhet

Hvilke faktorer i brukerens hjemmemiljø blir kartlagt når det skal innføres velferdsteknologi? (f.eks. sosialt nettverk, fysisk miljø). Er det noen faktorer som tillegges større vekt med tanke på sikkerhet?

Hvordan tilrettelegges arbeidsmiljøet for helsepersonell ved innføring av velferdsteknologi?

Hvordan arbeides det med brukersituasjonen for å få mest mulig utbytte av implementeringen av velferdsteknologien?

Hvordan foregår oppfølging av brukere som har fått velferdsteknologi i hjemmet?

Hvilke problemer kan oppstå i etterkant av innføringen?

Lages det en oversikt over uønskede hendelser som har skjedd i forbindelse med innføring av velferdsteknologi i kommunen for å skape læring?

Avslutning

Er det noe du ønsker å tilføye om temaet som ikke kom fram i spørsmålene?

VEDLEGG 4: 3 Sider

Prosjektnr: 32934. Safer@Home - Smart Systems to support safer independent Living and Social Interaction for Elderly at Home: Simulation and Training

Anne-Mette Somby (anne-mette.somby@nsd.no)

1/26/2016

To: siri.wiig@uis.no, johannessenterese@hotmail.com

Viser til endringsmelding ifb masterprosjekt mottatt 21.1.16.

Vi har registrert at Johannessens prosjekt skal inkludere ansatte i kommunen som arbeider med velfersteknologi i stedet for eldre brukere.

Vi har ingen innvendinger mot endringen, og vurderer at informasjonsskrivet som er vedlagt er godt utformet.

--

Vennlig hilsen

Anne-Mette Somby

Seniorrådgiver

NSD Personvern

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Email: Anne-Mette.Somby@nsd.no

www.nsd.no/personvern

Prosjektnr: 32934. Safer@Home - Smart Systems to support safer independent Living and Social Interaction for Elderly at Home: Simulation and Training

Sendt: 11. nov. 2015 16.05

Fra: Anne-Mette Somby <anne-mette.somby@nsd.no>

Til: Siri Wiig <siri.wiig@uis.no>

BEKREFTELSE PÅ ENDRING JF. ENDRINGSMELDING MOTTATT 27.10.15.

Personvernombudet bekrefter å ha registrert følgende endringer:

- 1) Nytt utvalg: brukere som har fått tilbud om men takket nei til å prøve ut videobesøktjenesten. Vi legger til grunn at rekruttering skjer gjennom kommunens ansatte. Vedlagte informasjonsskriv er godt utformet.
- 2) Masterstudent Terese Johannessen inkluderes i prosjektgruppen under veiledning av Marianne Storm. Studenten skal gjennomføre intervjuer både med eldre og med helsepersonell og data fra intervjuene skal inngå i masterprosjektet "Videobesøk hos hjemmeboende eldre-betydningen av motivasjon." Informasjonsskrivet til studien er godt utformet. Masterprosjektet vil omfattes av den opprinnelige tilrådingen.

Vennlig hilsen

Anne-Mette Somby

Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Seksjon for personverntjenester

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: Anne-Mette.Somby@nsd.no

Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern



Siri Wiig
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 16.04.2013

Vår ref: 32934 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.01.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 11.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

32934

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

Safer@Home - Smart Systems to support safer independent Living and Social Interaction for Elderly at Home: Simulation and Training
Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Siri Wiig

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

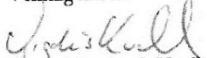
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering