

**BSYBAC\_5**

# **Bacheloroppgave i Sykepleie**

Utfordringer ved bruken av velferdsteknologi



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger, 12/5/2021]*



*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

Egne erfaringer fra praksis viser at det er store variasjoner i hva slags grad velferdsteknologi blir brukt og i hvor stor grad den har blitt implementert. Sammen med en generell interesse for velferdsteknologi var ønsket vårt å finne ut av hva slags utfordringer sykepleiere kan møte på ved bruken av velferdsteknologi.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere kan møte på ved bruken av velferdsteknologi.

### *Metode*

Det ble brukt en integrativ litteraturoversikt i analysearbeidet av de fem artiklene som ble inkludert. Utfra resultatene av artiklene og relevant faglitteratur kom vi frem til tre hovedutfordringer ved bruken av velferdsteknologi.

### *Resultat*

De tre hovedutfordringer som kom frem ved bruken av velferdsteknologi i denne oppgaven er: manglende opplæring, bekymringer rundt pasientsikkerheten og utfordringer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet.

Nøkkelord: Sykepleie, velferdsteknologi, utfordringer, opplæring, pasientsikkerhet og tverrfaglig samarbeid.

# Innhold

FORSIDE

SAMMENDRAG

INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1 INNLEDNING</b> .....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Presentasjon av problemformulering .....	4
1.3 Oppgavens hensikt .....	5
1.4 Begrepsavklaringer .....	5
1.4.1 Longitudinell metode .....	5
1.4.2 Velferdsteknologi .....	5
1.4.3 Aktører .....	5
1.4.4 Samskaping .....	5
1.5 Oppgavens disposisjon .....	6
<b>2 TEORI</b> .....	7
2.1 Velferdsteknologi .....	7
2.2 Pasientsikkerhet .....	8
2.3 Problemløsende metode i sykepleie .....	10
2.4 Tverrfaglig samarbeid .....	11
<b>3 METODE</b> .....	12
3.1 Integrativ litteraturoversikt .....	12
3.2 Litteratursøk og valg av litteratur .....	13
3.3 Analyse .....	15
<b>4 RESULTAT</b> .....	16
4.1 Behov for informasjon, kunnskap og opplæring for å ta i bruk velferdsteknologi .....	16
4.2 utfordringer knyttet til pasientsikkerhet .....	17
4.2.1 Manglende opplæring .....	17
4.2.2 Reduserte muligheter for mellommenneskelige observasjoner .....	18
4.2.3 Tekniske utfordringer med velferdsteknologien .....	18
4.3 utfordringer relatert til det tverrfaglige samarbeidet .....	19
<b>5 DISKUSJON</b> .....	22
5.1 Metodediskusjon .....	22
5.1.1 Kildekritikk .....	22

5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode.....	23
5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode .....	25
5.2 Resultatdiskusjon - drøfting av funn .....	25
5.2.1 Behov for informasjon, kunnskap og opplæring for å ta i bruk velferdsteknologi .....	26
5.2.2 Bekymringer for pasientsikkerheten .....	28
5.2.3 Utfordringer relatert til det tverrfaglige samarbeidet.....	31
5.3 Avslutning .....	33
6 HVORDAN ANVENDE RESULTAT I PRAKSIS.....	34
6.1 Forslag til den enkelte sykepleier .....	34
6.2 Endringspotensial i ledelse og politiske styringsdokumenter.....	34
REFERANSER .....	36
VEDLEGG	

Vedlegg 1.

Antall ord: 10 823

## 1 INNLEDNING

Velferdsteknologi utfordrer de grunnleggende etiske verdiene i utøvelsen av sykepleie. Likevel er det en plikt, og også nødvendig å ta i bruk velferdsteknologi for å kunne følge samfunnets utvikling og forventninger. Det stilles politiske forventninger til utvikling, pasienter har forventninger og- rett på kvalitet og utviklere forventer riktig bruk. Det gir den enkelte sykepleier en nøkkelrolle ved selve implementeringen og bruken av velferdsteknologi. Dette fordrer et ansvar til å identifisere feil og utfordringer for å kunne sikre kvalitet og individuell tilpasning i omsorgen, i henhold til fagets retningslinjer og i samarbeid med den enkelte pasient.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Velferdsteknologi, slik som all annen teknologi, er i konstant utvikling. Gjennom flere praksisperioder har vi møtt på flere forskjellige typer velferdsteknologi. Noen steder har det vært et stort søkelys på velferdsteknologi og bruken av den, andre steder har det i liten grad blitt brukt velferdsteknologi. Den konstante utviklingen og den store variasjonen i bruk av velferdsteknologi har gjort at vi har fått en interesse for velferdsteknologi. Vi tenkte tidlig at vi hadde lyst å skrive om velferdsteknologi på bacheloroppgaven vår. Det var riktignok noen bekymringer med tanke på å finne relevant forskning, siden mye av selve velferdsteknologien er relativt ny, men dette gikk greit når vi først hadde en konkret problemformulering for oss.

### 1.2 Presentasjon av problemformulering

Demografiske utfordringer, stadig økende levestandard og forbedret helsetilstand gjør at mennesker lever lengre med sammensatte og kroniske sykdomsbilder. Antallet eldre med kroniske lidelser øker og er et utviklingstrekk som har store konsekvenser for helse- og omsorgstjenesten. Spesielt når prognosen sier at det vil bli økende mangel på kvalifisert helsepersonell. Det er forespeilet en kraftig reduksjon mot år 2050 på yrkesaktive per pensjonist fra fem til tre (Grimsbø, 2016, s. 312-313).

Det er også økte krav til effektivitet og de økonomiske ressursene må reduseres. Pasienter er i dag informerte og har økende forventninger til helse- og omsorgstjenesten. Disse skisserte utfordringene krever betydelige endringer og nytenkning. De vil også kreve raskere pasientforløp, kortere liggetid, fokus på behandling i hjemmet eller i kommunen og raskere

informasjonsflyt. Myndighetene satser intensivt på implementering og anvendelse av teknologiske verktøy for å møte omsorgsutfordringene (Grimsbø, 2016, s. 313),

Likevel har vi sett i praksis at velferdsteknologi blir brukt ulikt fra sted til sted. Basert på dette, ønsker vi å finne ut mer om hva slags utfordringer sykepleiere kan møte på ved å ta i bruk velferdsteknologi.

### 1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere kan møte på ved bruken av velferdsteknologi.

### 1.4 Begrepsavklaringer

#### 1.4.1 Longitudinell metode

Longitudinell metode vil si at en følger et individ eller en gruppe over lengere tid, ofte over flere år (Svartdal, Longitudinell metode, 2019).

#### 1.4.2 Velferdsteknologi

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, 2011, s. 99)

#### 1.4.3 Aktører

«Aktør er en person, gruppe eller institusjon som spiller en viktig rolle, ofte på et bestemt område» (Persvold, 2019). Aktører er involverte parter som i artikkelen til Stokke et al. (2019, s. 8-10) oftest er sluttbruker, pårørende, ansatte og teknisk personell. Vi bruker begrepet aktør om alle involverte i bruken av velferdsteknologi.

#### 1.4.4 Samskaping

I nyere innovasjonsteori er alle tjenester et resultat av en samproduksjon (co-production) mellom ulike aktører involvert i tjenesten, en må se på omsorg som noe som skapes i interaksjonen (Stokke, Hellesø, & Sogstand, 2019, s. 10). Samskaping er en metode for å aktivere ressurser på tvers i samfunnet, som krever interaksjon, deltakelse og en felles problemløsning mellom aktører. En må ha en tverrfaglig tilnærming og de må søkes nye

måter å samarbeide på, en kompetanse som må læres og utvikles allerede i utdanningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 51).

### 1.5 Oppgavens disposisjon

I teorikapitlet presenteres ulike teorier som vil bli brukt under diskusjonsdelen. Dette inkluderer teori om velferdsteknologi, problemløsende metode i sykepleie, pasientsikkerhet og til slutt litt om tverrfaglig samarbeid. Videre beskrives det hva metode er, og hva slags metode vi brukte for å finne og analysere artikler. I resultatkapitlet presenteres hovedfunnene fra artiklene vi analyserte. Kapitlet etter blir diskusjonskapitlet, hvor det først diskuteres metode, både vår egen og de metodene forskerne har brukt. Deretter diskuteres resultatene fra artiklene. Til slutt kommer vi med forslag til hvordan vi kan anvende resultatene i praksis.

## 2 TEORI

I dette kapittelet presenteres teori om velferdsteknologi, pasientsikkerhet, problemløsende metode i sykepleie og tverrfaglig samarbeid, som er relevant for vår problemstilling.

### 2.1 Velferdsteknologi

I dette delkapittelet vises det hva velferdsteknologi er og hvordan og- hvorfor det implementeres i det Norske helsevesenet.

Regjeringen beskriver velferdsteknologiens hensikt slik:

Velferdsteknologi skal styrke pasientens mestring i hverdagen og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser. Teknologien skal gjøre brukerne mer selvhjulpne og aktive. Samtidig åpner teknologien for nye måter å behandle pasienter på enn det tradisjonelle møtet mellom behandler og pasient. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

Samfunnet er i konstant endring, som påvirker helsevesenet. Levestandarden og helsetilstanden vår blir stadig bedre og gjør at vi lever lengre, også ved sammensatte og kroniske sykdomsbilder (Grimsbø, 2016, s. 312). Et resultat av dette er at flere pasienter vil trenge helsehjelp, og dersom det ikke blir utdannet betydelig flere sykepleiere og helsefagarbeidere vil det bli mangel på helsepersonell (Grimsbø, 2016, s. 313). I tillegg til denne utfordringen blir det også stadig stilt strengere krav om effektivitet og redusert pengebruk i helsevesenet (Grimsbø, 2016, s. 313).

Effektivisering kan ha positive sider, det kan nemlig føre til at sykepleiere får mer tid til omsorg hos pasientene som trenger det (Grimsbø, 2016, s. 314). En må likevel være forsiktig i jaget på effektivitet ved bruk av velferdsteknologi, en skal aldri bruke teknologien som en erstatning for menneskelig omsorg (Grimsbø, 2016, s. 332).

Gjennom nasjonalt velferdsteknologiprogram er det iverksatt flere kommunale forsøk på å ta i bruk ulik velferdsteknologi som: varsling- og lokaliseringsteknologi (GPS), elektroniske medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Velferdsteknologiprogrammet er en del av Omsorgsplanen 2020, som igjen er en del av arbeidet for å kunne skape bedre og bærekraftige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenesten, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av meldingen Morgendagens omsorg. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014)



Regjeringen ønsker i denne meldingen å «legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbedrede løsninger i omsorgssektoren» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Dette innebærer forenkling, fornying og forbedring av offentlig sektor. «En forutsetning for fornyelse og innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, ny teknologi og nye organisasjonsformer» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). «I møtet med fremtidens omsorgsutfordringer vil regjeringen i tråd med allerede vedtatt politikk, oppfordre kommunene til å sette fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsorden i kommunalt plan- og utviklingsarbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5).

Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Kompetanseløftet 2025 «skal bidra til en faglig sterk tjeneste, og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig kompetent bemanning» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 24). Videre skal kvaliteten i tjenesten sikres med nye og forsterkede tiltak i Meld. St. 26 (2014-2015), hvor:

Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Helsevesenet står ovenfor store utfordringer og myndighetene har over lengre tid pekt på bruken av teknologiske verktøy som en av flere måter å møte disse utfordringene på (Grimsbø, 2016, s. 313). Velferdsteknologi kan hjelpe den enkelte til å mestre eget liv på tross av eventuell sykdom eller nedsatt funksjonsevne og kan bidra til at pasienter kan bo hjemme lengre før en eventuelt flytter inn på sykehjem (Grimsbø, 2016, s. 320).

## 2.2 Pasientsikkerhet

I dette delkapittelet beskrives hensikten og behovet for pasientsikkerhet og tiltak for å sikre kvaliteten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet tok i 2007 initiativ til å danne en arbeidsgruppe for begrepsbruk innen pasientsikkerhet. Formålet var å få en oversikt over arbeid som gjøres internasjonalt innen pasientsikkerhetsfeltet og å belyse utfordringer i norsk helsetjeneste. Systematisk arbeid med begrepsutvikling støtter også opp om fagutviklingen innen pasientsikkerhetsarbeidet (Saunes, Svendsby, Mølsted, & Thesen, 2014, s. 2). Pasientsikkerhet defineres i dag slik: «Pasienter skal ikke utsettes for

unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (Røttingen, Saunes, Svendsby, Mølstad, & Thesen, 2010, s. 6).

Med ulike tilnærminger til begrepsbruken er begrepet pasientsikkerhet tverrfaglig preget av medisin/helsefag, jus og samfunnsfag. Og behovet for fokuset økes parallelt med fremveksten av et mer kompleks og spesialisert helsetjeneste. En tilnærming til begrepet er å se på pasientsikkerhet som en forutsetning for kvalitet (Røttingen, Saunes, Svendsby, Mølstad, & Thesen, 2010, s. 6).

Siden Florence Nightingales tid har det vært fokus på kvalitet og kvalitetsutvikling. Det er like aktuelt i dag at helsetjenestens aktører ser kritisk på de systemer som skal sikre og forbedre kvalitet. «Kvalitetsutvikling må tilpasses tidens krav og de utfordringene som helsetjenesten står overfor» (Kirkevold, 2017, s. 268)

Norske sykepleiere har gjennomgående god kvalitet og utdanning med autorisasjon er grunnleggende tiltak, for å sikre at helsetjenesten har tilgang til kvalifiserte sykepleiere. Forskning skal sikre at utviklingen av sykepleiefaget og sykepleietjenesten er i henhold til befolkningens behov for sykepleie (Kirkevold, 2017, s. 268).

Siden 1995 har det pågått en nasjonal satsing på kvalitetsforbedring. Men med økt forskningsinnsats, endres kunnskapsgrunnlaget raskt og «de beste kunnskapene skal legges til grunn for utøvelse av helsetjenesten» (Kirkevold, 2017, s. 270). I Meld. St. 19 (2020-2021) – Styring av statlige universiteter og høyskoler, gis det i kap. 4.4.2 gode begrunnelser for dagens styring av profesjonsutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2021, s. 59). Der settes det fokus på at tjenestene må ha personell med riktig og god kompetanse, for å kunne levere nødvendige og forsvarlige tjenester. Og at helse- og sosialfagutdanningene sikres en minstestandard for kompetanse for å oppnå likeverdige helsetjenester og av hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet. For å oppnå disse krav er helse- og sosialfagutdanningene inne i en prosess med utvikling av nasjonale retningslinjer (RETHOS), hvor de første ble fastsatt i 2019.

I Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning § 2, er et av formålene med utdanningen at «sykepleierutdanningen skal være praksisnær, profesjonsrettet og forskningsbasert, og skal møte samfunnets krav om likeverdige og kunnskapsbaserte tjenester. Etter endt utdanning skal kandidaten kunne bidra til en bærekraftig utvikling av helsetjenesten i takt med demografiske og teknologiske endringer» (Forskrift om nasjonal retningslinje for

sykepleierutdanningen, 2019 § 2). Denne forskrift gir også helsepersonell plikt (Kirkevold, 2017, s. 268) og personell blir videre pliktbelagt i: Spesialisthelsetjenesteloven, Helse- og omsorgstjenesteloven og Helsepersonelloven (Braut & Holmboe, 2018, s. 53).

«Hovedformålet med de årlige stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet har vært å identifisere og belyse områder med risiko og utfordringer» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 6). I stortingsmeldingen «Kvalitet og pasientsikkerhet 2019» er regjeringens prioriterte mål å «bedre kvalitet og styrket pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» og i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet legger de til grunn: pasientens helsetjeneste, -åpenhet, læring og forbedring, -målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5).

«Kravet om faglig forsvarlighet er et av de mest sentrale kravene som lovgivningene retter mot helsepersonell» (Braut & Holmboe, 2018, s. 52), som middel for pasientsikkerhet. Det er også et krav å etablere systemer som bidrar til å sikre forsvarligheten (Braut & Holmboe, 2018, s. 53).

### 2.3 Problemløsende metode i sykepleie

I dette delkapittelet beskrives den problemløsende metoden i sykepleie. Den problemløsende metoden har lenge vært i bruk i Norge, ofte under betegnelsen sykepleieprosessen (Skaug, 2016, s. 341). Det blir i denne oppgaven bruke betegnelsen problemløsende metode, siden det er dette Skaug bruker i kapitlet sitt i Grunnleggende sykepleie 1 (2016).

Problemløsende metode er en fremgangsmåte med ulike faser som datasamling, problemidentifisering, målidentifisering, gjennomføring av målrettede handlinger og- tiltak, og evaluering (Skaug, 2016, s. 340). En kan bruke problemløsende metode til å overkomme eller unngå en problematisk situasjon eller risikoen for en problematisk situasjon (Skaug, 2016, s. 339). I sykepleie kan problem tolkes som ulike hindringer for å ivareta grunnleggende behov og mestre opplevelser og reaksjoner en kan støte på ved sykdom og lidelse (Skaug, 2016, s. 339). Problemløsende metode i sykepleie skiller seg noe ut fra problemløsning i dagliglivet, vi kan nemlig ikke velge hvilke problemer vi vil gripe fatt i hos en pasient (Skaug, 2016, s. 342).

Selve den problemløsende metoden blir ofte framstilt som en sirkel, hvor en starter med datasamlingen og jobber seg videre steg for steg. I praksis er det likevel slik at en ofte beveger seg frem og tilbake mellom de ulike fasene i modellen (Skaug, 2016, s. 340).

Selv om man beveger seg frem og tilbake mellom de ulike fasene er datasamlingen et viktig fundament og er helt avgjørende for resultatet (Skaug, 2016, s. 346). Selve datasamlingen kan komme fra ulike kilder. Den første datakilden er primære datakilder, det vil si førstehåndsopplininger fra pasienten selv i form av for eksempel samtaler og observasjoner (Skaug, 2016, s. 348). På den andre siden har vi sekundære datakilder, dette inkluderer blant annet opplysninger fra pårørende og kollegaer (Skaug, 2016, s. 349).

Som nevnt er datasamlingen en svært viktig del av problemløsende metode. Datasamlingen er også en systematisk og kontinuerlig prosess der en henter opplysninger om pasienten og forholdene rundt pasienten (Skaug, 2016, s. 346).

#### 2.4 Tverrfaglig samarbeid

I dette delkapittelet forklares tverrfaglig samarbeid, også kalt tverrprofesjonelt samarbeid, som kan defineres slik:

Vi kan si at tverrprofesjonelt samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming til pasientens livssituasjon. Med utgangspunkt i felles problemforståelse og felles mål utvikles en konkret handlingsplan, der de enkelte yrkesgruppene sammen bidrar til å utforme tiltakene. Yrkesgruppene skal påvirke hverandre og forsterke hverandres tiltak. (Kristoffersen, 2016, s. 233)

Det finnes flere politiske føringer som maner til tverrfaglig samarbeid.

Samhandlingsreformen peker blant annet på et økt behov for tverrfaglige tjenester for å møte utfordringer i fremtiden, som for eksempel det økende antallet eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 38) Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» peker også på at man i fremtiden vil trenge mer tverrfaglig samarbeid for å møte de demografiske utfordringene vi står ovenfor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 21)

Grimsbø (2016, s. 332) viser at sykepleiere må tilegne seg mer kunnskap om hvordan man skal håndtere en mer digital arbeidshverdag, gjerne gjennom større vektlegging av dette i sykepleieutdanningen. Samtidig mener hun at ingeniører bør få mer kompetanse innenfor blant annet fysiologi og sykepleiefaglige verdier. Dette er for å fremme det tverrfaglige samarbeidet mellom de ulike grupper for at pasienten skal få det så bra som mulig.

### 3 METODE

I Dallands bok om metode og oppgaveskriving, beskrives metode som i vitenskapelig forstand betyr å bruke og overholde intellektuelle standarder i argumentasjon. Som stiller krav til vår ærlighet, sannhet, men også til å systematisere våre tanker (Dalland, 2017, s. 51). Det er også et allmenngyldig krav til enhver metode. Et begrep kan ses fra ulike sider og for å få et helhetlig bilde kreves flere metodiske tilnærminger (Dalland, 2017, s. 54).

Metoderetningene skilles mellom kvalitative og kvantitative. Hvor kvantitativt orientert ofte er målbart med trekk som; presisjon, bredde, gjennomsnittlig og systematikk. Mens det kvalitative orientertes fokus faller på mening og opplevelse, som; følsomhet, dybde, det særegne, fleksibilitet, helhet og forståelse (Dalland, 2017, s. 53). Hovedforskjellen på valg av metode i bruk, er hvordan en samler inn data (Dalland, 2017, s. 54). Problemstillingen vår er rettet mot den enkelte sykepleiers utfordringer ved å ta i bruk velferdsteknologi. Det krever hovedsakelig kvalitativ metode for å besvare denne problemstillingen.

#### 3.1 Integrativ litteraturoversikt

Når en bruker en litteraturoversikt som metodisk fremgangsmåte, får man en strukturert oversikt over artiklene man har valgt å analysere (Friberg, 2017, s. 143), noe som er et fellestrekk for litteraturoversikter. I denne oppgaven har vi valgt å bruke en integrativ litteraturoversikt. I en integrativ litteraturoversikt lager man også en oversikt over artiklene og funn, men man går dypere og sammenlikner resultatene og lager en ny helhet basert på funnene (Friberg, 2017, s. 150). Dette gjør man ved å identifisere mønster i dataene og dra konklusjoner fra dette, samt å verifisere (Friberg, 2017, s. 150).

En utfordring med litteraturoversikt, er at det er begrenset hvor mye relevant forskning man kan ta med i en litteraturoversikt. Noe som kan føre til at forfatteren blir for selektiv i valget av artikler og ender opp med å velge artikler som støtter egne synspunkt (Friberg, 2017, s. 143). Dette stiller økt krav til oss, både når en leter etter artikler og når en analyserer dem. Dersom funnene ikke stemmer overens med det vi så for oss før vi begynte, er det viktigere at sannheten kommer frem enn at vi har rett (Dalland, 2017, s.56).

Siden alle våre vitenskapelige artikler er kvalitative har de et begrenset datagrunnlag. Ved å sette disse inn i en integrativ litteraturoversikt skapes en ny helhet og eventuelle likheter bli

styrket, siden man da har et større datagrunnlag fra ulike studier. Dette er hovedgrunnen til at vi valgte integrativ litteraturoversikt.

### 3.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Databasene som ble brukt i vårt systematiske litteratursøk var databasene SveMed+ og CINAHL, som er relevante for helsefag. Anvendte søkeord: “Velferdsteknologi”, “welfare technology”, “velferd AND teknologi”.

I søket, hadde vi noen avgrensinger. For det første søkte vi kun etter artikler som var fagfellevurderte eller «peer reviewed» som det heter på engelsk. En fagfellevurdert artikkel er en artikkel som har blitt kvalitetssikret av eksperter ved at de kritisk går igjennom den før den blir publisert (Svartdal, 2021).

En annen begrensning i søket var at, vi kun inkluderte forskning fra de siste ti årene. Grunnen for å kun ta med resultater fra de siste ti årene, er at kunnskap fort kan bli utdatert (Dalland, 2017, s. 162). Dette ekskluderte riktignok ikke så mange resultater for vår del, siden mye av forskningen innenfor velferdsteknologi er relativt ny.

En siste begrensning var at vi ønsket å bruke forskning fra land med tilsvarende kultur som i Norge. Dette vil si at vi i hovedsak lette etter forskning fra de skandinaviske landene og andre vestlige land. Grunnen til dette er at vi ønsket at funnene om utfordringer med bruken av velferdsteknologi, skulle være relevante for sykepleiere i Norge. Land med lignende kultur har sannsynligvis mange av de samme utfordringene som i Norge, men land med helt ulik kultur kan ha andre utfordringer. Dette ekskluderte heller ikke så mange resultat siden svært mye av forskningen på velferdsteknologi skjer i de skandinaviske landene, selv om den blir publisert i engelskspråklige tidsskrift.

SveMed+ ble vår første søkemotor, fordi databasen inneholder referanser til artikler fra skandinaviske tidsskrifter, som beslutter inklusjonskriteriet om tilsvarende lik kultur. En ulempe med at SveMed+ kun har artikler fra skandinaviske tidsskrift er at det er begrenset hvor mange artikler man finner. I vårt tilfelle fant vi totalt fem artikler om velferdsteknologi, som var fagfellevurderte på SveMed+, og kun en av de var relevant for vår problemstilling.

Deretter gikk vi over til databasen CINAHL, en database som hovedsakelig inneholder engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensede fag. Det var tydelig at artikler om dette temaet, hadde skandinavisk tilknytning, uavhengig av brukt database. Det ble funnet en god

del artikler om velferdsteknologi, men det var ikke alle som var relevante for vår problemformulering. På CINAHL fant vi ytterligere tre artikler som var relevante for vår problemformulering.

Vi klarte ikke å finne flere relevante artikler ved litteratursøk, og tok dermed og leste igjennom litteraturlistene i artikler som handlet om velferdsteknologi, for å finne en siste artikkel. Det var en spennende artikkel, som vi ikke tok med siden den var litt ved siden av vår problemformulering, var artikkelen «Velferdsteknologi – fremtidens helsevesen med eller uten omsorg», av Hauvik & Vatne (2020). Etter å ha gått igjennom litteraturlisten i artikkelen til Hauvik & Vatne kom vi over artikkelen til Nordtug et al. (2015). Denne var ikke fagfelleverdert, men vi valgte fortsatt å ta den med siden den var svært relevant for vår problemformulering. I metodediskusjonen utdyper vi vurderingene våre om denne artikkelen.

For å velge ut artikler, leste vi først overskriftene for å få overblikk over hva artikkelen handler om. Når vi fant artikler som vi syntes var relevante, leste vi sammendragene, perspektiv, metode og resultat for å se om de var relevante for vår problemstilling.

Tabell.1

Forfatter, årstall, land	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
Stokke, R., Hellestø, R., & Sogstad, M. (2019) Norge	Implementering av velferdsteknologi har vist seg å være utfordrende. Det er behov for mer kunnskap om samspillet mellom mennesket og teknologi for å ha økt kompetanse ved fremtidige implementeringsprosesser.	Sykepleier, pasient og pårørende	Artikkelen bygger på en empirisk studie om bruk av trygghetsalarm, med kvalitativ metoderegulering fra to kommuner. Det empiriske datamaterialet ble analysert ved hjelp av en stegvis deduktiv – induktiv dataanalyse.	SveMed+
Nordtug, B., Aasan, H. M. & Myren, S. G. E. (2015) Norge	Suksess med implementering og bruk av ny teknologi synes å omhandle menneskelige sider aller mest (Helsedirektoratet, 2012). I denne rapporten tas det sikte på å belyse ansattes erfaringer med implementering og bruk av ulik teknologi.	Sykepleier, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere	Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju på bakgrunn av problemstilling. De intervjuede var sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Med base på en semi-strukturert intervjuguide. Deretter en kvalitativ innholdsanalyse av transkribert tekst, med en manifest tilnærming.	Funnet i referanseliste
Nilsen, E.R., Dugstad, J., Eide, H., Gullsett, M. K., & Eide, T. (2016) Norge	Denne studien har som mål å kartlegge eventuell motstand man møter ved innføring av velferdsteknologi, i dette tilfellet i form av teknologi som overvåker pasienter	Sykepleier/helsefagarbeider	Studien er en longitudinell case studie, og bruker en kvalitativ tilnærming. Data ble samlet gjennom intervju, både individuelle og i	CINAHL

	med demens som bor på sykehjem på nattestid.		grupper, samt i arbeidsgrupper og møter.	
Kleiven, H. H., Ljunggren, B., & Solbjørg, M. (2020) Norge	Hensikten med studien var å finne ut av hvordan helsepersonell opplevde innføringen av digitale medisindispensere i hjemmesykepleien.	Sykepleier/helsefagarbeider	Studien bruker en kvalitativ tilnærming og intervjuet 26 helsepersonell om deres erfaringer og opplevelser av å innføre digitale medisindispensere.	CINAHL
Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M., & Halvorsen, K. (2020) Norge	Målet med studien er å lære mer om faktorer som påvirker brukermedvirkning blant helsepersonell ved implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien.	Sykepleier/helsefagarbeider	Kvalitativ metode ble brukt. Forskerne foretok gruppeintervju av til sammen 16 deltakere, 9 sykepleiere og 7 hjelpepleiere.	CINAHL

### 3.3 Analyse

Artiklene er analysert etter Friberg (2017, s. 148) sin metode. Det vil si at vi startet med å lese igjennom hele artiklene flere ganger for å forstå helheten i artikkelen. Videre ble det lagt inn alt fra metode og hensikt til resultater inn i en oversiktstabell (vedlegg 1) for å få en oversikt over artiklene.

Neste steg i Friberg (2017, s. 149) sin analysemetode var å lete etter likheter og forskjeller i artiklene. Dette innebar blant annet å finne likheter og ulikheter i artiklene sine formål, metode, og resultat. Videre presenterer og sorterer en funnene før en til slutt skaper en ny helhet av disse. Gjennom vår analyse ble det tydelig at med vår problemstilling blir det utfordrende og skille mellom hoved og underkategorier, fordi utfordringene utspiller seg eller fremstilles av andre utfordringer. Relasjonene varierer i styrke og antall. Hovedfunnene og underkategoriene er ført inn i tabellen under:

Tabell. 2

Hovedfunn	Underkategorier
Behov for informasjon, kunnskap og opplæring for å ta i bruk velferdsteknologi	
Bekymringer for pasientsikkerheten	Manglende opplæring  Reduserte muligheter for mellommenneskelige observasjoner  Tekniske utfordringer med velferdsteknologien
Utfordringer relatert til det tverrfaglige samarbeidet	



## 4 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres funnene fra de analyserte artiklene som er sortert i hovedfunn og underkategorier som vist i tabell.2.

### 4.1 Behov for informasjon, kunnskap og opplæring for å ta i bruk velferdsteknologi

Implementering av velferdsteknologi har vist seg å være utfordrende og krever ressurser og- tid. Som det kom frem i artikkelen til Stokke et al. (2019, s. 7-8) er det behov for mer kunnskap og samspill mellom mennesker og teknologi, for å ha økt kompetanse ved fremtidige implementeringsprosesser. Stokke viser viktigheten av at teknologien må oppleves som nyttig og passer inn i etablerte arbeidsprosesser. Videre må informasjon og kunnskap gis til de ulike aktørene, for å påvirke holdninger og tilføre trygghet i det å ta i bruk velferdsteknologi. Å ta i bruk velferdsteknologi påvirker store deler av tjenesten, selv om ikke alle aktører er direkte involvert, har det vist seg at bred forståelse og kunnskap blant aktørene er viktig for å lykkes (Stokke, Hellesø, & Sogstand, 2019, s. 7-8).

I Nordtug et al. (2015, s. 23) fortelles det at «selv om det ble gitt timer til opplæring på behandling av sensorer og alarmer synes flere at de med fordel kunne ha fått mer».

Også i studien til Glomsås et al. (2020, s. 4013) kommer det frem mangler, hvor flere av deltakerne forteller at de ikke hadde nok kompetanse om velferdsteknologi, og at det var få muligheter til å skaffe seg mer kunnskap. De følte at lederne i liten grad tilrettela for kompetansebygning. Noen av lederne forventet at helsepersonell selv tilegnet seg nødvendig kunnskap om velferdsteknologi.

Kleiven et al. (2020, s. 6) undersøkte implementeringen av digitale medisindispensere i hjemmesykepleien. Helsepersonellet som skulle bruke dispenserne fikk opplæring i bruken av den, men dette hadde vært utfordrende siden de hovedsakelig ikke var inne på kontoret og jobbet i turnus. Dette førte til at informasjonsflyt mellom personalet ble viktigere enn selve opplæringen. Det ble utropt «superbrukere» som hadde nøkkelroller både under implementering og opplæring, dette viste seg å være svært viktig for å formidle kunnskap og erfaringer mellom kollegaer.

I artikkelen til Nordtug et al. (2015, s. 23) var det også superbrukere i distriktene. Det var mulig for ansatte å kontakte prosjektledere og fagkoordinatorer ved behov, men det var ikke alle som var klar over det. Det ble også praktisert ulik opplæring: noen fikk opplæring på

arbeidsplassen og andre utenom, noen individuelt og andre i grupper, og noen lærte av hverandre. Andre påvirkende faktorer var ulike stillinger og tilnærmingen ble trolig ulik, for å nå flest mulig. De fleste ansatte syntes opplæring av sensorer ble overfladisk og gitt for raskt.

I artikkelen til Nilsen et al. (2016, s. 6) fant de ut at det ikke bare var behov for opplæring av nattevaktene, som hovedsakelig brukte teknologien, men også for dagvaktene. Dette ble videreformidlet til avdelingslederne, men de viste liten interesse av å gi opplæring om klargjøring og bruk av teknologien til dagvaktene. Et resultat av dette var at dagvaktene hadde dårlig forståelse for både prosjektet og teknologien.

I Nordtug et al. (2015, s. 31) sies det at «flere av de ansatte hadde små stillinger som vanskeliggjorde kontinuiteten i læringsprosessen». Også for vikarer og annet personell som jobbet hver tredje helg, var dette en hindring for riktig bruk. Det fremkom også utfordringer med å innlemme nye rutiner, der teknologien var lite i bruk, som for eksempel sensorer på dagtid (Nordtug, Aasan, & Myren, 2015, s. 25).

I Nordtug et al. (2015, s. 19) prosjektet «Bo lenger hjemme»: Var ansattes motivasjon til å bruke velferdsteknologi god, spesielt i starten av implementeringen. Det var liten frykt og motstand blant dem som ble intervjuet. Men motivasjon ble påvirket av andres holdninger og kultur, som for eksempel når en gikk vakter med personell som ikke ønsket å ta ansvar for velferdsteknologi. Det førte til merbelastning for andre, spesielt var dette en utfordring på natt (Nordtug, Aasan, & Myren, 2015, s. 32).

#### 4.2 Utfordringer knyttet til pasientsikkerhet

De fleste studiene viser at helsepersonell har bekymringer knyttet til pasientsikkerheten ved bruk av velferdsteknologi.

##### 4.2.1 Manglende opplæring

Under intervjuer utført av Glomsås et al. (2020, s. 4013) kom det frem at pasienter hadde mottatt feilinformasjon og fått dårlig opplæring av helsepersonell, som følge av at de hadde begrenset kompetanse rundt bruken av velferdsteknologien.

I studien til Kleiven et al. (2020, s. 6) kom det frem at helsepersonell var redde for å gjøre feil når de brukte den digitale medisindispenseren, og var bekymret for at eventuelle feil kunne føre til pasientskade. Etter hvert som de fikk erfaring med medisindispenserne, ble de

riktignok tryggere på teknologien og så på den som en kvalitetssikring, siden den blant annet kunne gi beskjed dersom medisiner ikke ble tatt (Kleiven, et al., 2020, s. 7).

#### *4.2.2 Reduserte muligheter for mellommenneskelige observasjoner*

Glomsås et al. (2020, s. 4015) avdekket at helsepersonell var bekymret for at innføringen av velferdsteknologi gav mindre rom for observasjoner. De var redde for at pasienter som fikk medisindispensere, for eksempel fikk færre besøk av hjemmesykepleien. En av dem som ble interjuvet fortalte det slik:

We don't catch up if there's something wrong, do we? If there's a patient who is ill... we only come when we bring them medication. There are many times we find other things wrong that we must pass on, or report or call the doctor about. But then we lose that opportunity, and that's what scared us when the robot is used. (Glomsås et al., 2020, s. 4015)

I studien til Nilsen et al. (2016, s. 9) oppdaget de at noen ansatte var bekymret for at velferdsteknologi, i dette tilfellet overvåkningsteknologi, førte til at man kun gikk inn til pasienten dersom alarmen gikk. Et resultat av dette var at de følte at de gikk glipp av viktige observasjoner, siden de ikke observerte pasienten og omgivelsene slik som før.

#### *4.2.3 Tekniske utfordringer med velferdsteknologien*

Nilsen et al. (2016, s. 9) sier at helsepersonell var bekymret for at ustabil overvåkningsutstyr kunne gå utover pasientsikkerheten. Etter hvert som tiden gikk og teknologien ble mer stabil ble helsepersonellet gradvis mindre skeptiske til teknologien.

Bekymringer for pasientsikkerheten på grunn av tekniske problem, kom også frem i studien til Kleiven et al. (2020, s. 6). En sykepleier som ble interjuvet hadde dette å si om upålitelig teknologi:

You need to remember that technology could fail. It's important to avoid that a GPS or the dispenser alarm becomes false security which leads us to stop paying attention because we think we'll get the cell phone alert. Because it will fail one day. The battery may be empty without us noticing, or something else goes wrong. (Kleiven et al., 2020, s. 6)

I studien til Nordtug et al. (2015, s. 20-23) fremkommer ulike erfaringer i forbindelse med implementering av velferdsteknologi. Erfaringene varierte i forhold til type arbeid: tid på døgnet, ulike distrikt, inne på sykehjem eller ute i hjemmesykepleien. De største utfordringene med alarmene i hjemmesykepleien, var om de var reelle eller falske. Ansatte fortalte at 20 av 30 alarmer kunne være falske (Nordtug, Aasan, & Myren, 2015, s. 22). Noen

av årsakene var blant annet: plasseringen av sensoren, feil med sensoren, eller dårlig dekning på nettet. De som ble interjuvet forklarte det slik:

I dag sto døra på vidt gap og alarmen sto på og jeg vet ikke om det var han eller noen andre som hadde vært der da. / Jeg har fått fire alarmer i dag jeg, som har vært utløst av personalet / Ja det er ikke så lett å huske på å slå den av den bryteren før man tar i døren /slik at det blir litt ekstra ... i hverdagen til oss også da. (Nordtug et al., 2015, s. 22)

De falske alarmene påvirket ansattes opplevelse av trygghet. Hver gang en alarm gikk ble de sjekket, selv de falske, hvor omfanget av falske påvirket de ansattes arbeidsmengde. De falske alarmene og de alarmene som ikke koblet inn når de skulle, gjorde at ansatte som i utgangspunktet var positive mistet litt av motivasjonen. Men når velferdsteknologien fungerte og den kunne stoles på, skapte det trygghet for alle aktører og lettet arbeid for de ansatte (Nordtug, Aasan, & Myren, 2015, s. 21-23).

#### 4.3 utfordringer relatert til det tverrfaglige samarbeidet

Alle artiklene som ble analysert har avdekket ulike utfordringer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet ved implementering og i bruken av velferdsteknologi.

I Stokke et al. (2019, s. 7-10) vises det at selv ved etablerte og velfungerende teknologier, fremkommer det en rekke personlige og tjenestemessige utfordringer knyttet til bruken i omsorgstjenesten. De enkle teknologiene inngår også i komplekse omsorgspraksiser hvor det er nettverk av relasjoner, som endrer dynamikken i det tverrfaglige i tjenesten. Det som er utfordringen er at teknologi i omsorgstjenesten implementeres i svært ulike sosiale settinger, som fordrer rom for forhandlinger mellom aktører. Det krevers økt kunnskap om de kompliserte kontekstene som velferdsteknologiske innovasjonene veves inn i og om hvordan samskaping i praksis mellom teknologi og mennesker utspiller seg. En nøkkelfaktor for å lykkes med integrering av velferdsteknologi er å forstå disse interaksjonene som utspilles i praksis. I nyere innovasjonsteori betyr det at alle aktører er involvert i en samproduksjon og at omsorg ikke kan ses på noe som gis fra ansatt til pasient, men må ses på noe som samskapes i interaksjonen mellom dem. Det offentlige fremstiller samskaping som et positivt partnerskap, men det bærer utfordringer. Innovasjon kan være negativ for en aktør og positiv for en annen, som et resultat av kompleksitet i offentlig sektor, som har kryssende interesser. Stokkes studie, retter også fokus på teknologiens rolle i samskapingen og dens aktive rolle i tjenesten. De mener at selv om teknologien og innovasjonen i offentlige dokumenter omtales som noe annet enn omsorg, må den ses som en integrert del av omsorgspraksisen. Fordi den er

sammenvevd i komplekse nettverk og bidrar til endring i selve praksisen, for da «bidrar teknologien til å samskape nye praksiser som bringer med seg andre løsninger og utfordringer» (Stokke, Hellesø, & Sogstand, 2019, s. 10).

Nilsen et al. (2016, s. 7) avdekket blant annet at helsepersonellet som ble interjuvet brukte en stund på å forstå sin egen rolle i implementeringen av velferdsteknologien. Det hadde vært problemer med selve teknologien, for eksempel at alarmer ikke gikk når de skulle ha blitt utløst. Dette var en bekymring for helsepersonellet, men de tenkte at dette var et problem for teknologiutviklerne, og ikke et felles ansvar de hadde for å oppdage og utbedre problemer.

En annen utfordring Nilsen et al. (2016, s. 7) fant var at fagspråket til helsepersonellet og teknologiutviklerne som de samarbeidet med var ulikt, noe som førte til utfordringer.

Utfordring som også identifiseres i Nordtug et al. (2015, s. 24), hvor «ansatte opplevde å bli introdusert for mange nye begrep, ny terminologi, og mange spurte heller ikke opp. Det kan synes som at det ble for mye informasjon på en gang, og at opplæringstiden ble for kort».

Kleiven et al. (2020, s. 6) fortalte om tekniske problemer som førte til at helsepersonell måtte jobbe tverrfaglig. I dette tilfellet var det snakk om at medisindispenser av og til låste seg, noe som førte til at helsepersonell måtte ta kontakt med «tech support». Dette førte til at helsepersonell som tidligere hadde jobbet mye selvstendig ble avhengige av andre yrkesgrupper for å dele ut medisiner på en trygg og sikker måte.

Et annet synspunkt på denne utfordringen fremstilles slik; «Ansatte opplevde at både flytting og vedlikehold av sensorer tok tid. Det var ønskelig med et tettere samarbeid med vaktmester og IT-avdeling, for å løse utfordringene raskere» (Nordtug, Aasan, & Myren, 2015, s. 26).

I artikkelen til Stokke et al. (2019, s. 13) kommer det frem at ulike aktører tolker mål og hensikt med teknologien ganske ulikt. Ulike fag har ulik måte å forstå bruk og hensikt. Spesielt i relasjon til teknologien som en integrert del av tjenesten, identifiseres ulike forventninger og en del usikkerhet knyttet til det å ha og bruke en trygghetsalarm. «Mens den tekniske bruken av alarmer var tydelig artikulert, var den praktiske anvendelsen mer uartikulert» (Stokke, Hellesø, & Sogstand, 2019, s. 13). Det var uklare retningslinjer som førte til usikkerhet på hva som var legitim bruk. Her hadde de ulike aktørene ulike stridende meninger om temaet. Fra restriktiv bruk til helninger mot misbruk. En påvirkende faktor for holdninger her var boform og om det var tid/ressurskrevende akseptabelt. En annen utfordring utspiller seg i aktørens holdninger og verdier i møte med teknologien. Eksempler på dette er

hvordan kommunen artikulere sin hensikt med velferdsteknologien, som en sikkerhet/trygghet for brukeren, men som hemmet riktig bruk. Fordi budskapet ble fortolket slik: «Trygghetsalarmen som egnet for personer som trengte hjelp for å bo hjemme» (Stokke, Hellesø, & Sogstand, 2019, s. 14). Selv om produsent og kommune har tanker om hvilke assosiasjoner, forventninger og bruk en teknologi skal invitere til, så vil en ikke kunne ha kontroll på hvordan dette utspilles i praksis. Selv en enkel teknologi har rom for ulike fortolkninger og anvendelser, som er en utfordring i praksis.

En annen tverrfaglig utfordring som kommer frem i artikkelen til Glomsås et al. (2020, s. 4015) var at noen sykepleiere og hjelpepleiere i en kommune fikk være med i prosessen der det ble bestemt hva slags velferdsteknologi kommunen skulle investere i. De hadde fått beskjed at deres meninger skulle veie tungt, men ledelsen i kommunen gikk for en annen løsning grunnet prisen. En av de som ble interjuvet fortalte det slik:

The management chose the medical robot that does not speak; it just beeps like an alarm clock. Patients who suffer some cognitive failure would not understand what that beeping means. The management of the municipality said that our choices should weigh most, but in the end, costs were what counted. (Glomsås, et al., 2020, s. 4015)

I Nordtug et al. (2015, s. 30-31) belyses utfordringer i delaktighet i beslutningsprosessene. Det handlet om hvem som skulle ha sensorer, hvilken type sensor som skulle brukes og plassering av sensor. Problem som kunne være dekket av nærværende oppfølging og tett dialog med ledelse. En annen utfordring var hvordan innspill og tilbakemeldinger ble håndtert av ledelsen, noen av de ansatte ble verken spurt eller hørt om sine erfaringer og andre opplevde liten eller ingen medvirkning i prosessene. Begge viktige fokusområder for at teknologien skal kunne benyttes, mest mulig effektiv.

## 5 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

I dette kapittelet ses det nærmere på selve artiklene, og hva slags vurderinger som ble tatt da vi bestemte oss for å inkludere dem. Det diskuteres også hvordan det fungerte å bruke integrativ litteraturoversikt som metode i oppgaven vår.

#### 5.1.1 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at en vurderer og karakteriserer den litteraturen en har funnet (Dalland, 2017, s. 158). Når vi vurderte gyldigheten til de valgte artiklene ble spørsmålene som Dalland (2017) presenterer på side 159 og 160 i boken «Metode og oppgaveskriving» brukt. Dette vil si at vi stilte spørsmål om hva slags tekst er det? Hvem har skrevet den? For hvem den er skrevet? Hvorfor forfatteren skriver om det? Hva er formålet med teksten og når den er skrevet? Dette ble gjort med alle artiklene, men i dette kapittelet har vi brukt Nordtug et al. (2015) artikkel som eksempel. I tillegg brukte vi avgrensingene som ble nevnt i metodekapittelet.

Fire av artiklene i denne oppgaven er forskningsartikler. Det vil si at de blant annet er fagfellevurdert, slik som vi tok opp i metodekapittelet. Artiklene har blitt hentet fra ulike tidsskrift, slik som Tidsskrift for omsorgsforskning, BMC Health Services Research og Journal of Clinical Nursing. Alle disse tidsskriftene er rettet mot sykepleiere og annet helsepersonell.

Den siste artikkelen av Nordtug, et al. (2015) er ikke fagfellevurdert, men vi valgte likevel å inkludere den siden den var svært relevant for vår problemstilling og den var kvalitetssikret av en professor ved Senter for omsorgsforskning. Selve artikkelen er en rapport, og ifølge Dalland (2017, s. 153) er fag- og forskningsrapporter nummer tre på kildehierarkiet, under vitenskapelige artikler og monografier, men over lærebøker og fagbøker.

To av forfatterne bak artikkelen er førsteamanuensis ved fakultet for sykepleie og helsevitenskap ved Nord universitetet og har begge publisert flere vitenskapelige og andre publikasjoner. Den tredje forfatteren finnes det riktignok lite om.

Det er Senter for omsorgsforskning som har utgitt artikkelen. De ble opprettet av helse- og omsorgsdepartementet og har som blant annet til hensikt å styrke praksisnær forskning og

bidra til kompetanseheving i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Senter for omsorgsforskning, 2019).

Formålet med artikkelen er å utforske hva slags nytte og utfordringer ansatte i kommunehelsetjenesten erfarer ved implementering av velferdsteknologi, som er svært relevant for vår egen problemstilling.

Studien er også svært transparent med tanke på hva slags metode de har brukt, både for å finne data og i dataanalysen. I tillegg er den relativt ny, godt innenfor vår avgrensning med tanke på alder, og den er utført i Norge. Basert på alt dette har vi valgt å ta med artikkelen til Nordtug et al. (2015) selv om den ikke er fagfelleurdert.

Forfatterne i de resterende artiklene er sykepleiere med spesialutdanning og eller forskere og professorer med et bredt interessefelt og faglig kunnskap innenfor velferdsteknologi. Selv med bakgrunn i ulike fag har alle en helsefaglig historie og samme problemstilling i deres forskningsartikler.

Felles for dem er fokus på utfordringer i forbindelse med implementering og bruk av velferdsteknologi. Hvor de ulike tilnærmingene og utfordringene som utspiller seg, påvirkes av fagenes synsvinkel. Som for oss har vært viktig for å kunne identifisere de ulike utfordringene en sykepleiers kan møte på ved bruk av velferdsteknologi.

Grunnlaget for artiklene er argumenter for manglende kunnskap om temaet velferdsteknologi. Hvordan det fordrer praksis og dets behov for tverrfaglig tilnærming med bakgrunn i et politisk behov.

### *5.1.2 Kvalitativ tilnærming som metode*

Som nevnt tidligere faller det naturlig og forventet at våre artikkelfunn er kvalitative, dette relatert til vår problemstilling. For å kunne synliggjøre sykepleiers utfordringer ved bruk av velferdsteknologi, bør en møte sykepleiernes historier om deres utfordringer i praksis gjennom en kvalitativ metode. Utfordringene med dette er om vi kan stole på resultatene, er de for individuelt påvirket? «Intervju og observasjon er svært personavhengig» (Dalland, 2017, s. 57). På bakgrunn av dette bør man redegjør for hvordan undersøkelsen er gjort, slik at leserne kan følge undersøkelsen skritt for skritt dersom de ønsker (Dalland, 2017, s. 58).



Artiklene utspilles med et fellestrekk knyttet til ulike stortingsmeldinger og antatte fremtidige utfordringer som tufter på samme samfunnsverdier. Verdigrunnet er gjentakende med tilknytning til etiske verdier relatert til sykepleie.

Artikkelen til Sokke et al. (2019, s. 12) er bygget på en empirisk studie om bruk av trygghetsalarm, med kvalitativ metodetriangulering fra to kommuner. De intervjuede var sluttbrukere, pårørende, personell og ledere, totalt 24 stykk. Artikkelen bygger på en reanalyse av det empiriske datamaterialet, med fokus på samskaping mellom aktører ved teknologiens bruk.

Rapporten til Nordtug et al. (2015) bygges på en kvalitativ studie som er utført for: Senter for omsorgsforskning. Den tar for seg ansattes erfaringer ved implikasjon og bruk av velferdsteknologiske sensoralarmer i tre distrikter, styrt av Utviklingssenter for hjemmetjenester. Hovedaktører i prosjektet var ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Med bakgrunn i deres problemstilling er metoden kvalitativ med fokusgruppeintervju. Basert på en semi-strukturert intervjuguide. Intervjuene ble gjennomført på 3 arbeidsplasser med fem fokusgruppeintervju, tre med ansatte som jobbet dag/kveld og to med nattevakter. De ansatte var sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

I artikkelen til Nilsen et al. (2016) var hoved oppgaven å utforske motstand, mot å implementere velferdsteknologi i fem kommuner. Studien er en longitudinell case studie, og bruker en kvalitativ tilnærming med semi-strukturerte intervju. Tilnærmingen foregår enkeltvis og i grupper, med observasjoner i arbeidsgrupper og møter. Totalt 106 deltok på intervju.

Kleiven et al. (2020) benyttet seg også av kvalitativ metode. Studien hadde 26 deltakere, deriblant sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter med flere. Deltakerne ble interjuvet en og en og det ble brukt en intervjuguide, med ulike tema forskerne ønsket å ta opp. Dataene ble analysert, ved at flere av forskerne gikk igjennom interjuvene som var blitt tatt opp og sammenliknet hva de fant, både likheter og forskjeller.

Studien til Glomsås et al. (2020) brukte en beskrivende longitudinal metode basert på en kvalitativ tilnærming. Interjuvene ble gjort i grupper og det var til sammen 16 deltakere. 9 av disse var sykepleiere, de resterende 7 var helsefagarbeidere. Dataene ble analysert ved at alle forskerne gikk igjennom datagrunnet og deretter diskuterte de dataene. De satte sammen funnene til ulike tema etter hvert som de kom frem til dem. Målet med denne studien, var å

lære mer om faktorer som fremmer eller hemmer brukermedvirkning blant helse profesjoner ved implementering av velferdsteknologi i hjemmetjenester.

Som vi ser her, er alle inkluderte artikler kvalitative. Dette er ikke tilfeldig da kvalitative artikler belyser vår problemstilling best som nevnt tidligere. Samtidig prøvde vi å finne en eller to kvantitative artikler som eventuelt kunne gi resultatene våre mer tyngde ved at vi kunne økt datagrunnlaget vårt betydelig, men dette viste seg å være vanskelig da det var svært lite kvantitativ forskning å finne rundt velferdsteknologi som var relevant for oss.

Med unntak av artikkelen til Nilsen et al. (2016) har de andre studien få deltakere sammenliknet med de fleste kvantitative studier. Vi mener likevel at datagrunnlaget vårt er stort nok i denne oppgaven, men det kan tenkes at det i fremtiden hadde vært hensiktsmessig med kvantitativ forskning rundt utfordringene med velferdsteknologi, gjerne med utgangspunkt i utfordringene som er skissert i denne oppgaven.

### *5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode*

Å bruke en integrativ litteraturoversikt har fungert veldig bra i denne oppgaven. Det er lett å miste oversikten når man analyserer fem artikler, og her var den integrative litteraturoversikten til stor hjelp. Det ble mye enklere å holde styr på de ulike artiklene og god oversikt gjorde jobben mye lettere når vi skulle sammenligne artiklene og dra nye slutninger basert på resultatene.

Som det ble nevnt i metodekapittelet er en svakhet med litteraturoversikter at man kan være for selektiv ved valg av artikler som kan gjøre, at man velger ut artikler basert på egne synspunkter. Dette har vi vært bevisste på gjennom både utvalg av artikler og under analysen og vi har prøvd så godt som mulig å få frem de faktiske funnene og ikke våre egne meninger. Ideelt sett skulle man satt sine egne meninger og verdier til side, men dette er ikke mulig ifølge Dalland (2017, s. 59).

### *5.2 Resultatdiskusjon - drøfting av funn*

I dette kapittelet skal vi sammenstille våre funn med teori og egne refleksjoner for å diskutere og kunne begrunne de utfordringene en sykepleier kan møte ved implementering og bruk av velferdsteknologi.

### *5.2.1 Behov for informasjon, kunnskap og opplæring for å ta i bruk velferdsteknologi*

Som nevnt i teorikapittelet, er et resultat av at vi stadig lever lengere, at flere pasienter vil trenge helsehjelp. Dette kan føre til helsepersonellmangel, dersom det ikke blir utdannet mer helsepersonell (Grimsbø, 2016, s. s. 313). Myndighetene har pekt på at teknologiske verktøy er en måte å imøtekomme disse utfordringene på (Grimsbø, 2016, s. 313). Likevel viser studiene vi har analysert at helsepersonell føler at de har for lite kunnskap og kompetanse om bruken av velferdsteknologi.

Det er mer behov for kunnskap om samspill mellom mennesker og teknologi for å ha økt kompetanse ved fremtidige implementeringsprosesser. Den må oppleves som nyttig og passe inn i etablerte arbeidsprosesser sies det i Stokke et al. (2019, s. 7). Sykepleiere må tilegne seg mer kunnskap om hvordan man skal håndtere en mer digital arbeidshverdag, gjerne gjennom større vektlegging i sykepleierutdanningen (Grimsbø, 2016, s. 332). Utdanning med autorisasjon er et grunnleggende tiltak for å sikre at helsetjenesten har tilgang til kvalifisert sykepleiere og forskning skal sikre at utviklingen av sykepleiefaget og tjenesten er i henhold til befolkningens behov for sykepleie (Kirkevold, 2017, s. 268). Kompetanseløftet 2025 skal også bidra til en faglig sterk tjeneste og kompetent bemanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 24) og kvalitet skal sikres med forsterkede tiltak på «forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Her tenker vi at et økt fokus på velferdsteknologi under utdanningen absolutt kan vil bidra til dette kompetanseløftet. Det vil over tid dannes et grunnlag for teknologisk kompetanse. Men for eksisterende helsepersonell vil det også være en vei å gå.

I artiklene til Glomsås et al. (2020, s. 4013) og Nilsen et al. (2016) kom det frem at ledelsen i liten grad tilrettela for opplæring, selv når ansatte ga beskjed om at det var behov for opplæring. For at implementeringen av velferdsteknologi skal lykkes, må helsepersonellet som faktisk skal bruke den ha nok kompetanse. Grimsbø (2016, s. 313) tar opp at det stadig blir stilt strengere krav til helsevesenet, med tanke på effektivitet og redusert pengebruk. Myndighetene har pekt på teknologibruk som en av flere måter å møte utfordringene helsevesenet står ovenfor (Grimsbø, 2016, s. 313). Velferdsteknologi kan bidra til økt effektivitet og dermed redusert pengebruk, i hvert fall dersom de som bruker den har nok kompetanse til å bruke den riktig. Her mener vi lederne har en nøkkelrolle, og at de bør

tilrettelegge for opplæring i mye større grad, enn hva som kommer frem i artiklene til Glomsås et al. (2020) og Nilsen et al. (2016).

Omsorg 2020 følger opp Stortingets behandling av stortingsmelding 29 - Morgendagens omsorg (2012-2013). Som var regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Som en del av Omsorgsplanen 2020 var det nasjonale velferdsteknologiprogrammet noe av arbeidet, for å kunne skape en bedre og mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Gjennom dette programmet ble det iverksatt flere kommunale forsøk på å ta i bruk ulike velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dersom velferdsteknologi skal bidra til en bedre og mer bærekraftig helsetjeneste er helsepersonellet som tar i bruk velferdsteknologien nødt til å ha nok kompetanse, og vi tenker at det er viktig at ledelsen tilrettelegger for kompetansebygging. I meldingen morgendagens omsorg, legger regjeringen til rette for langsiktige omstillingsprosesser for å utvikle nye og forbedre løsninger i omsorgssektoren. En forutsetning er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, ledelse, teknologi og nye organisasjonsformer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) og i tråd med allerede vedtatt politikk oppfordrer regjeringen kommunene til å sette fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsordenen i kommunalt plan- og utviklingsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). Disse politiske føringene gir kommunene ansvaret, og det er en tankevekker når det i noen av våre artikler kommer frem at noen av lederne var motvillige til å tilby opplæring til arbeiderne. Det kommer riktignok ikke frem hvorfor lederne var motvillige til å gi opplæring. Å gi opplæring om velferdsteknologi, spesielt i stor skala, krever mye ressurser og det er ikke utenkelig at det er årsaken. Det kan tenkes at en må se på ressursbruken som en investering; den mulige økte effektiviteten kan gi gevinst på sikt. I tillegg har en allerede brukt mye penger på å skaffe velferdsteknologien, og da mener vi at det burde tilrettelegges for at helsepersonell får nok opplæring til riktig bruk. Ellers kan det kommunale ansvaret bli en fallgrube for samfunnsutviklingen.

I studien til Kleiven et al. (2020, s. 6) kom det frem at deltakerne hadde fått opplæring, men at dette hadde vært krevende siden de jobbet i hjemmesykepleien, hvor man sjelden er på kontoret samtidig som en jobber i turnus. Deltakerne i studien til Nordtug et al. (2015, s. 23) fikk også opplæring, men flere av de ansatte følte det ble for overfladisk og raskt og at det var forskjeller på hvordan opplæringen ble formidlet. De hadde riktignok muligheten til å kontakte både prosjektledere og fagkoordinatorer, men dette var ikke alle klar over (Nordtug,

Aasan, & Myren, 2015, s. 23). I tillegg var det en utfordring ved opplæringen, at flere hadde mindre stillinger (Nordtug, Aasan, & Myren, 2015, s. 25). Her fikk deltakerne opplæring, selv om den åpenbart ikke var ideell. Følgene av dette kommer vi til i neste kapittel. Selv om alt helsepersonell har plikt til å selv holde seg oppdatert kan det tyde på at ledelsen kunne ha gjort en bedre jobb, for eksempel når det kommer til å informere om hva slags muligheter de hadde til å kontakte prosjektledere og fagkoordinatorer.

I studiene kommer det ikke frem om deltakerne hadde digitale læringsmuligheter. Som for eksempel en nettbasert video om hvordan man bruker og løser feilmeldinger ved medisindispensere. Noe vi mener kunne vært svært gunstig og innovativt spesielt i hjemmesykepleien. Da kunne man sett videoen, når man hadde tid eller behov for det. I tillegg ville det krevd relativt få ressurser, siden man ikke hadde trenger å samle så mange sykepleiere samtidig. Men lage en video som alle kunne sett når de hadde muligheten til det.

### *5.2.2 Bekymringer for pasientsikkerheten*

Gjennom våre analyser kommer det frem at helsepersonell har bekymringer knyttet til pasientsikkerheten ved bruk av velferdsteknologi. Da spesielt i forbindelse med kvaliteten på selve teknologien, kvaliteten på observasjonene i det mellommenneskelige møtet og manglende kompetanse. «Kravet om faglig forsvarlighet er et av de mest sentrale kravene som lovgivningene retter mot helsepersonell» (Braut & Holmboe, 2018, s. 52), som middel for pasientsikkerhet. Det er også et krav å etablere systemer som bidrar til å sikre forsvarligheten (Braut & Holmboe, 2018, s. 53).

Som følge av for dårlig opplæring kom det fram at pasienter i studien til Glomsås et al. (2020, s. 4013) hadde fått feilinformasjon av helsepersonell om velferdsteknologien. Det kommer ikke frem om dette førte til pasientskade i artikkelen, men i verste fall kan pasientskade skje ved feilinformasjon. Det fremkommer ikke om helsepersonell hadde gjort feil i studien til Kleiven et al (2020, s. 6), men helsepersonellet var bekymret for at dette kunne forekomme. Etter hvert som de ble mer trygge på teknologien begynte de derimot å endre syn, og så nå på teknologien som en ressurs som kunne bidra til kvalitetssikring.

Som det vises her kan velferdsteknologi by på utfordringer med tanke på pasientsikkerheten dersom personalet som skal bruke den, ikke har fått god nok opplæring eller har nok kompetanse. Regjeringen har som prioritert mål å bedre kvaliteten og styrke pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.

5), og det kan velferdsteknologi hjelpe til med. Dette krever riktignok at den blir brukt korrekt, noe som igjen krever opplæring og kompetanse hos helsepersonell som bruker teknologien. Her er det svært viktig at ledelsen er med på å tilrettelegge for opplæring, slik at pasientsikkerheten ikke blir svekket, men heller blir styrket.

I våre analyser ser vi at kvaliteten på velferdsteknologien er en gjentakende utfordring i forbindelse med pasientsikkerheten. I Nilsen et al. (2016, s. 9) og i Kleiven (2020, s. 6) beskrives det bekymret helsepersonell relatert til ustabil overvåkningsutstyr og tekniske problemer, som kunne gått utover pasientsikkerheten. Etersom tiden gikk og teknologien ble mer stabil, ble helsepersonell gradvis mindre skeptiske til teknologien. I Nordtug et al. (2015, s. 20-23) var også hovedutfordringene relatert til bekymringer og ekstraarbeid i forbindelse med usikkerheten rundt falske eller reelle alarmer. Hvor de oppdagede falske alarmene påvirket de ansattes opplevelse av trygghet og som førte til at personell som i utgangspunktet var positive til teknologien mistet litt av motivasjonen. Men også her ble det skapt trygghet hos alle aktører og lettet arbeidet for de ansatte, når teknologien fungerte som den skulle og den kunne stoles på.

Slike tekniske utfordringer er det ikke mulig å unngå, og i større eller mindre grad vil de alltid være der. Dette er heller ikke noe sykepleiere alltid kan «fikse» der og da, og det kan gå utover pasientsikkerheten. Det som derimot kan gjøres er å dokumentere disse tekniske feilene og videreformidle de slik at teknologiutviklere eller involverte aktører får vite om feilene og dermed kan fikse de. Det styrker også Stokkes (2019, s. 7) argument for at det er mer behov for kunnskap om samspill mellom mennesker og teknologi for å ha økt kompetanse ved implementeringsprosesser.

«Hovedformålet med de årlige stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet har vært å identifisere og belyse områder med risiko og utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 6)». Det er svært viktig at helsetjenestens aktører ser kritisk på de systemer som skal sikre og forbedre kvaliteten. Og at «kvalitetsutvikling må tilpasses tidens krav og de utfordringene som helsetjenesten står overfor» (Kirkevold, 2017, s. 268).

En gjentakende utfordring med velferdsteknologi er kvaliteten på observasjonen i det mellommenneskelige møtet. Det er nevnt i teoridelen, at datasamlingen en veldig viktig del av problemløsende metode, og at det er en systematisk og kontinuerlig prosess (Skaug, 2016, s. 346). På forhånd tenkte vi at det kunne bli en utfordring ved selve bruken av

velferdsteknologi. I delkapittelet om velferdsteknologi blir det derimot tatt opp at velferdsteknologi kan bidra til at pasienter kan bo lengere hjemme før de eventuelt flytter på sykehjem eller lignende (Grimsbø, 2016, s. 320). Hvor et resultat av dette, kan være at pasienten har mindre kontakt med helsevesenet, som igjen kan føre til at sykepleiere har mindre rom til å gjøre observasjoner av pasienten. Det kan påvirke datasamlingen i den problemløsende metoden og dermed sykepleien pasienten får. Som da fordrer helsepersonellovens plikt til å etablere system som bidrar til å sikre forsvarligheten (Braut & Holmboe, 2018, s. 53).

I Glomsås et al. (2020, s. 4015) kom det frem at helsepersonell var bekymret for at innføringen av velferdsteknologi kunne føre til mindre rom for observasjoner siden det kunne ende med færre besøk hos pasientene. Lignende bekymringer kom frem i studien til Nilsen et al. (2016, s. 9), der var de redde for at man kun gikk inn til pasienten når alarmen gikk og dermed kunne man gå glip av viktige observasjoner.

Disse bekymringene er forståelige. Observasjoner er en viktig del av datasamlingen som inngår i problemløsende metode. I motsetning til hvordan man løser problemer i dagliglivet, vet man ikke hva slags problemer man må gripe fatt i hos en pasient (Skaug, 2016, s. 342). For å oppdage disse problemene er man nødt til å gjøre en grundig datasamling, og her kan en møte på utfordringer når velferdsteknologi blir tatt i bruk. Dersom det for eksempel fører til færre besøk hos pasienter, slik som de var bekymret for i studien til Glomsås et al. (2020, s. 4015). I slike tilfeller mener vi at det er viktig at sykepleierne har den problemløsende metoden i bakhodet. Dersom man ser at en pasient får mindre besøk enn hva som er nødvendig, for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, relatert til økt bruk av velferdsteknologi, må dette bli tatt opp og endret. Vi tenker også at det er veldig viktig, at man gjør en grundig datasamling før en eventuelt kutter ned antall besøk hos pasienter. Spesielt der det kan være aktuelt med å øke bruken av velferdsteknologi. Og at man regelmessig bør vurdere om det er forsvarlig å beholde dagens hjelpenivå. Dersom en reduserer antall besøk hos en pasient ved hjelp av velferdsteknologi, må man gjøre dette for pasienten sin del, ikke for at vår egen arbeidshverdag skal bli lettere. Det er også viktig at en husker på at en aldri skal bruke teknologien som en erstatning for menneskelig omsorg (Grimsbø, 2016, s. 332).

Pasientsikkerhet er tverrfaglig preget av medisin/helsefag, jus og samfunnsfag og behov for fokus øker parallelt med fremvekst av et mer kompleks og spesialisert helsetjeneste. En kan

se på pasientsikkerhet som en forutsetning for kvalitet (Røttingen, Saunes, Svendsby, Mølsted, & Thesen, 2010, s. 6).

### *5.2.3 utfordringer relatert til det tverrfaglige samarbeidet*

«Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 38) og stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 21) er noen av de politiske føringene som peker på et økt behov for tverrfaglige tjenester for å imøtekomme fremtidens utfordringer som et økende antall eldre og de demografiske utfordringene som samfunnet står ovenfor.

Det viser seg å være flere utfordringer med bruk og implementering av velferdsteknologien enn først antatt. I Stokke et al. (2019, s. 7-10) er utfordringen at teknologien i omsorgstjenesten implementeres i svært ulike sosiale settinger, som fordrer rom for forhandling. Selv om teknologien er velfungerende og etablert, er det en rekke personlige og tjenestemessige utfordringer knyttet til selve bruken, fordi nettverk av relasjoner endrer dynamikken mellom aktørene i tjenesten. Disse svært ulike sosiale settingene krever økt kunnskap, i form av å forstå hvordan interaksjonene mellom menneske og teknologi utspiller seg. Teknologien må ses på som en integrert del av omsorgspraksisen med en egen rolle i samskapingen og dens aktive rolle i tjenesten, fordi teknologien bidrar til endring i praksis, som igjen bringer med seg andre løsninger og utfordringer (Stokke, Hellesø, & Sogstand, 2019, s. 7-10). Det er viktig at det tilstrebes en helhetlig tilnærming til pasientens livssituasjon, med en felles problemforståelse og at de ulike yrkesgruppene sammen bidrar til felles mål og tiltak. Dette er viktig for å påvirke og forsterke hverandres tiltak (Kristoffersen, 2016, s. 233).

I studien til Nordtug et al. (2015, s. 31) kom det frem at, ansatte i liten grad ble spurt eller hørt om sine erfaringer, og opplevde liten medvirkning i beslutningsprosessene rundt bruken av velferdsteknologi. Lignende funn kom også frem i artikkelen til Glomsås et al. (2020, s. 4015) hvor sykepleiere og hjelpepleiere var med i prosessen hvor det ble valgt hva slags velferdsteknologi som skulle bli tatt i bruk i kommunen, men de ble i liten grad hørt. Dette kan være en stor utfordring for sykepleiere, og vi tenker at det er viktig, at man i slike situasjoner setter foten ned og poengterer at det er sykepleiere som kjenner pasienten og deres behov best.



Helsepersonell som tidligere har kunnet jobbet selvstendig, har nå blitt avhengige av andre yrkesgrupper (Kleiven, Ljunggren, & Solbjør, 2020, s. 6), for å kunne «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 2000 § 4). I studien til Nordtug et al. (2015, s. 26) ble det eksemplifisert hvordan selve bruken krevde tid og de ansatte ønsket et bedre tverrfaglig samarbeid, for å løse de velferdsteknologiske utfordringene raskere.

Det viser seg også utfordrende for helsepersonell å forstå sin egen rolle i implementering av velferdsteknologien. Ansvarsrollene mellom fagene var ikke tydelige nok. Og som beskrevet i Nilsen et al. (2016, s. 7) ble tekniske feil en bekymring for helsepersonell, men de tenkte at dette var et problem for teknologiutviklerne, og ikke at det var et felles ansvar de hadde for å oppdage og utbedre problemer.

Problem som beskrevet ovenfor kan henge sammen med funnen til Stokke et al. (2019, s. 13) som viste at ulike aktører tolker og forstår bruk, mål og hensikt med teknologien ulikt. Spesielt i den integrerte teknologiens relasjon til tjenesten, der identifiseres det ulike forventninger, holdninger, verdier og et ulikt kunnskapsgrunnlag hos de ulike aktørene i møtet med teknologien. En har derfor ingen kontroll på hvordan teknologien utspilles i praksis. En problemstilling som en ofte kan møte på i det tverrfaglige samarbeidet.

Årsaken til overnevnt utfordring kan igjen knyttes til utfordringer som kommer relatert til ulikt fagspråk. Nilsen et al. (2016, s. 7) og Nordtug et al. (2015, s. 24) fant i sine studier ut at fagspråket til helsepersonellet og teknologiutviklerne var ulikt. Som nevnt tidligere peker Grimsbø (2016, s. 332) på at sykepleiere må tilegne seg mer kunnskap om den digitale arbeidshverdagen gjerne gjennom sykepleier utdanningen, men at også ingeniørfag burde få mer kompetanse innenfor fysiologi og sykepleiefaglige verdier. Noe som kan tenkes kunne økt kvaliteten på sykepleierutdannelsen og bedret det tverrfaglige samarbeidet ved bruk av velferdsteknologi.

Det har over lengre tid pågått en nasjonal satsing til fordel for overnevnte utfordringer, hvor det sies at kun de beste kunnskapene skal legges til grunn for utøvelsen av helsetjenesten. Kunnskap er i stadig utvikling, spesielt med økt forskningsinnsats (Kirkevold, 2017, s. 270), som også gjelder velferdsteknologien. Dette gjør at det jobbes med X-faktorer, en kjenner ikke kunnskapsgrunnlaget eller velferdsteknologien som omfavner samfunnet de kommende

år, men det er i Stortingsmelding 19 - Styring av statlige universiteter og høyskoler (Kunnskapsdepartementet, 2021, s. 59) begrunnelser for dagens styring av profesjonsutdanningene. Der settes det fokus på at tjenestene må ha personelle med riktig og god kompetanse, for å kunne levere nødvendige og forsvarlige tjenester. For å oppnå disse krav er utdannelsen i prosess med utvikling av nasjonale retningslinjer, som ligger til grunn for den nye rammeplanen for sykepleierutdanningen som tredde i kraft studieåret 2020-2021 (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen, 2019).

### 5.3 Avslutning

Utfra analysen, har vi kommet frem til en rekke utfordringer ved bruken av velferdsteknologi som sykepleiere kan møte på i arbeidshverdagen. Noen av disse utfordringene er ikke spesielt overraskende, slik som at man møtte på tekniske utfordringer som kunne gå utover pasientsikkerheten. På den andre siden ble vi litt overrasket over at det kom frem at deltakerne i studiene jevnt over følte de hadde fått for lite opplæring om bruken av velferdsteknologi. I siste kapittel ser vi nærmere på hvordan resultatene våre kan anvendes i praksis.

## 6 HVORDAN ANVENDE RESULTAT I PRAKSIS

I dette kapitlet kommer vi med forslag, til hvordan vi mener en bør møte utfordringene vi har oppdaget ved bruken av velferdsteknologi. Vi har valgt å dele forslagene våre opp i to deler: en del som er rettet mot den enkelte sykepleieren som faktisk bruker velferdsteknologien, og en del som er rettet mot helsevesenet som en helhet. Grunnen til dette er at det er noen utfordringer en ikke kan «løse» som en enkelt sykepleier, og som krever endringer i helsevesenet som helhet for å løses.

### 6.1 Forslag til den enkelte sykepleier

- Vi anbefaler at den enkelte sykepleier aktivt jobber for å tilegne seg mer kunnskap om velferdsteknologi og bruken av den, samt at man utforsker hva slags læringsmuligheter og ressurser en har på arbeidsplassen da det kan tyde på at ledelsen ikke alltid er like gode til å formidle dette. Å ikke ha god nok kompetanse rundt bruken av velferdsteknologi kan gå utover pasientsikkerheten, og siden helsepersonellet i studiene generelt følte de fikk for lite opplæring er det en plikt og viktig å selv ta initiativ.
- Vi tenker også at det er viktig at den enkelte sykepleieren er frempå ved implementeringen av velferdsteknologi. Og passer på at velferdsteknologien ikke blir brukt som et effektiviseringsverktøy og eller som en erstatter for menneskelig omsorg, men som et verktøy som kan gjøre hverdagen til pasientene bedre og frigi mer tid til omsorg.
- Vi anbefaler at sykepleiere dokumenterer og rapporterer feil og mangler ved velferdsteknologi slik at feilene kan rettes opp i, og dermed styrke pasientsikkerheten.

### 6.2 Endringspotensial i ledelse og politiske styringsdokumenter

- Vi anbefaler mer digitalisert læringsverktøy rettet mot kompetanseheving ved bruk av velferdsteknologi, blant helsepersonell. Slik at det kan bli et jevnt tilbud til eksisterende helsepersonell i hele Norge. Eksempelvis kunne det på lik linje med legemiddelkurs på NHI.no vært et eget kurs for Velferdsteknologi, med utgangspunkt i de nye - Forskriftene om nasjonale retningslinje for sykepleier utdanning 2020-2021.

- Vi foreslår også mer fokus på simulering, med Velferdsteknologi som tema. Både for sykepleiere i utdanning, men også som et tilbud for eksisterende helsepersonell. Et simuleringstilbud utarbeidet i samarbeid med teknologiutviklere.
- Vi foreslår også et økt fokus på utvikling av et felles fagspråk i utdanningen og i yrket, for at felles mål i det tverrfaglige arbeidet tolkes likt, til det beste for pasientsikkerheten.
- Vi anbefaler at det i utdannelsen ses på mulighet for flere felles fag, for de ulike profesjonene som er involvert i bruk og utvikling av velferdsteknologi, dette til fordel for et felles fagspråk og et bedre samarbeid i praksis.
- Velferdsteknologien og samfunnet er i konstant utvikling. Derfor skulle vi ønsket at utdannelsen hadde et sterkere faglig grunnlag på hvordan en møter og håndterer de utfordringene som vi har identifisert.

## REFERANSER

- Braut, G., & Holmboe, J. (2018). Pasientsikkerhet - dagens strukturer. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet teori og praksis* (3. utg., ss. 49-63). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412)*. Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 141-152). Studentlitteratur.
- Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M., & Halvorsen, K. (2020). User involvement in the implementation of welfare technology in home care services: The experience of health professionals—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 2020(29). doi:<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jocn.15424>
- Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg., ss. 311-335). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauvik, S., & Vatne, S. (2020). Velferdsteknologi - fremtidens helsevesen med eller uten omsorg? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1). doi:<https://doi.org/10.7557/14.4803>
- Helse- og omsorgsdepartementet . (2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019 (Meld. St. 11 (2020-2021))*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid (Meld. St. 47 (2008.2009))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg (Meld. St. 29(2012-2013))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, Desember 12). *Omsorgsplan 2015 og 2020*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, Mai 7). *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Velferdsteknologi*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/velferdsteknologi/id2480195/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Kompetanseløftet 2025*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/sartrykk-kompetanseloft-2025-002.pdf>
- Helsepersonelloven, LOV-1990-07-02-64 (1 1, 2000). Hentet fra [lovdata.no](http://lovdata.no): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kirkevold, M. (2017). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg., ss. 267-309). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kleiven, H. H., Ljunggren, B., & Solbjør, M. (2020). Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services – a qualitative study. *BMC Health Services Research*(20). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-0>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggelse sykepleie 1* (ss. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2021). *Styring av statlige universiteter og høyskoler (Meld. St. 19 (2020-2021))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullsett, M. K., & Eide, T. (2016, November 15). Exploring resistanse to implementation of welfare technology in municipal helthcare services - a longitudinal case study. (E. R. Nilsen, Red.) *BMC Health Services Research*, s. 14.
- Nordtug, B., Aasan, H. M., & Myren, G. E. (2015). Implementering av velferdsteknologi - En kvalitativ studie: Hvilken nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste? *Senter for omsorgsforskning* .
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Persvold, A. Z. (2019, April 30). *Store norske leksikon*. Hentet fra aktør: <https://snl.no/akt%c3%b8r>
- Røttingen, J.-A., Saunes, I. S., Svendsby, P., Mølstad, K., & Thesen, J. (2010, 5). *www.fhi.no*. (J.-A. Røttingen, Red.) Hentet fra Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat\\_2010\\_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet\\_v2.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf)

- Saunes, I., Svendsby, P., Mølstad, K., & Thesen, J. (2014, 9 9). *FHI*. Hentet fra Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet: <https://www.fhi.no/publ/2010/kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet-----/>
- Senter for omsorgsforskning. (2019, Oktober 31). *Senter for omsorgsforskning, om oss*. Hentet April 21, 2021 fra [http://omsorgsforskning.no/om\\_senteret/om\\_oss](http://omsorgsforskning.no/om_senteret/om_oss)
- Skaug, E. A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (ss. 337-376). Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Stokke, R., Hellesø, R., & Sogstand, M. (2019, Mars 2). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i helsetjenesten? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), ss. 7-20.
- Svartdal, F. (2019, Desember 16). *Longitudinell metode*. Hentet April 20, 2021 fra [https://snl.no/longitudinell\\_metode](https://snl.no/longitudinell_metode)
- Svartdal, F. (2021, Januar 10). *Fagfelleevaluering*. Hentet April 8, 2021 fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>

## Vedlegg 1

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Tittel</b>	Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? - Trygghetsalarm som case
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Universitetsforlaget Årgang 5, nr. 3-2019 s.7-20
<b>Forfattere</b>	Randi Stokke, Ragnhild Hellestø og Maren Sogstad
<b>Perspektiv</b>	Ifølge nyere innovasjonsteorier er alle tjenester, også innenfor omsorgsfeltet, et resultat av en samproduksjon (co-production), mellom de ulike involverte aktørene. Som betyr at omsorg ikke kan ses på som noe som gis fra en ansatt til en pasient, men må ses på noe som samskapes i interaksjon mellom dem. Derfor må perspektivet ses på fra ansatte i helsetjenesten, pasient og pårørende for å kunne identifisere utfordringer.
<b>Problem</b>	Studien viser hvordan selv enkle teknologier inngår i komplekse omsorgspraksiser med nettverk av relasjoner som bidrar til å endre dynamikken mellom aktørene og tjenesten. Kunnskap fra analysen kan bidra til å forstå fremtidens teknologiske innovasjoner i omsorgstjenesten.
<b>Hensikt</b>	Den økende andelen eldre i befolkningen legger press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Innovative løsninger med bruk av velferdsteknologi er lansert som en vei til bærekraftige omsorgsløsninger for fremtiden. Implementering av velferdsteknologi har vist seg å være utfordrende. Det er behov for mer kunnskap om samspillet mellom mennesket og teknologi for å ha økt kompetanse ved fremtidige implementeringsprosesser.
<b>Metode</b>	Artikkelen bygger på en empirisk studie om bruk av trygghetsalarm, med kvalitativ metoderegulering fra to kommuner. Det empiriske datamaterialet ble analysert ved hjelp av en stegvis deduktiv – induktiv dataanalyse.
<b>Resultater</b>	Studiens hovedfunns viser hvordan selv ved en etablert og velfungerende teknologi er det en rekke personlige og tjenestemessige utfordringer knyttet til bruken i omsorgstjenesten. Det presenteres en modell for å forstå og utforske samskaping knyttet til forventninger og erfaringer med teknologi i bruk i omsorgspraksiser.

<b>Artikkel 2</b>	
<b>Tittel</b>	Implementering av velferdsteknologi - En kvalitativ studie: Hvilken nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste?
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Senter for omsorgsforskning (2015)



<b>Forfattere</b>	Bente Nordtug, Helga Marie Aasan, Gunn Eva Solum Myren
<b>Perspektiv</b>	Sykepleier perspektiv
<b>Problem</b>	Hvilken nytte av og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste med implementering av sensorteknologi hos brukere? Antall eldre vil øke betraktelig i de kommende årene, samtidig som det blir færre sykehjemsplasser og mindre tilgang til helsepersonell. For å imøtegå utfordringene vil helsetjenestene måtte utvikle nye strategier, metoder og teknologier. En av dem er velferdsteknologi.
<b>Hensikt</b>	Suksess med implementering og bruk av ny teknologi synes å omhandle menneskelige sider aller mest (Helsedirektoratet, 2012). I denne rapporten tas det sikte på å belyse ansattes erfaringer med implementering og bruk av sensorteknologi som bruk av alarmdører, fallalarm, bevegelsesalarm og temperaturalarm.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie med fokusgruppeintervju på bakgrunn av problemstilling. For å lære av erfaringer, holdninger og synspunkt i et miljø der mange mennesker samhandler. Ved utveksling av synspunkt og erfaringer i gruppeprosesser blir metoden benyttet til å innhente kunnskap som kan videreutvikle praksis. De intervjuede var sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Fem fokusgruppeintervju, med ulik stillingsprosent og ulike vakttyper. Med base på en semi-strukturert intervjuguide, med to deltakende forskere. Deretter en kvalitativ innholdsanalyse av transkribert tekst, med en manifest tilnærming, inspirert av Granheim og Lundeman (2004). For å finne de bakenforliggende funnene, ble de identifiserte kategoriene analysert og satt inn i et diagram i tråd med servicedesignmetoden (Ishikawa, 1990; Lerdal, 2007; Stickdorn & Schneider, 2011). Deretter ble preliminnære funn fremlagt for aktuelle parter. Med hensikt at deltakende parter skulle få innsikt i de viktigste funn for å praktisk handling kunne imøtegå de tilsynelatende utfordringene ved implementering av sensorteknologi. Hvor områder som kunne endres umiddelbart ble vektlagt. Etterfulgt av tre typiske situasjonstegninger som illustrerte hovedutfordringer med funksjon som grunnlag for videre diskusjon.
<b>Resultater</b>	Resultatene av de ansattes erfaringer med nytten og utfordringene ved implementering av teknologi, viser at de kan deles opp i to hovedkategorier. Hvor den første handler om de ansattes praktiske erfaringer, som dreier seg om; betydningen av kontinuerlige alarmer som gikk, mangel på alarmer, uklar opplæring og bruk og at teknologien hadde et forandringspotensial. Den andre kategorien handlet om ledelsens innvirkning på implementering. Erfaringene gikk på ansattes muligheter for medvirkning, og på organiseringen av de praktiske forholdene. Resultatet i sin helhet, bekrefter betydningen av å vektlegge de menneskelige utfordringene ved implementering av sensorteknologi. I prosjektet skulle teknologien utprøves som et tillegg til ordinær omsorg, noe som sikret at brukernes behov og krav ble ivaretatt. Imidlertid synes implementeringen å føre med seg ulike

	<p>former for utrygghet og mer belastning for personalet, som også har blitt vist i andre studier.</p> <p>Praktiske erfaringer hos ansatte  Når teknologien fungerte og ble mestret, var de til nytte. Men utfordringer førte til å skape barrierer for at implementering og bruk ble tilfredsstillende. Teknologien ble vurdert til å ha usikker gevinst i forhold til brukervennlighet og effekt.</p> <p>Andre belyste utfordringer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadige alarmer og manglende alarmer.</li> </ul> <p>Den mest fremtredende frustrasjonen. Hvor kjente feil på teknologien ble oppdaget og ga spillerom for utbedring og bedre bruk. En mistet tillit. Også tettere samarbeid mellom involverte parter kan bidra til bedre bruk og mindre stress. Det er et paradoks at innovasjoner som har som mål å øke trygghet og sikkerhet for brukere av kommunale tjenester, kan bidra til å skape usikkerhet og utrygghet hos pleiere i implementeringsfasen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uklar opplæring og bruk</li> </ul> <p>Opplæring skulle bidra til at ansatte skulle få bedre kunnskap om teknologien, ferdigheter og positive holdninger. Men det tar tid å integrer slik kunnskap, spesielt det å endre negativ holdning til teknologi. Det ser ut til at det kan være nyttig med andre pedagogiske tilnærminger i implementeringen. Utfordringene virker for omfattende til at det kan løses bare ved å gjøre mer av det samme. Økt bruk av teknologi gir tidkrevende endringer i rutinene og organisering av arbeidet. Motivasjon har betydning for læring og bruk av teknologien. Om ansatte erfarer liten nytteverdi vil implementering bli mer krevende. Som førte til overseelser som bidro til opphoping av alarmer – en sanksjonering.</p> <p>Ledelsens innvirkning på implementeringen  Arbeidsgiver med fokus på tilrettelegging for å skape et godt arbeidsmiljø, kan bidra til at ansatte blir tryggere og implementeringen av sensorteknologien går lettere. Trivsel på arbeidsplassen henger sammen med en følelsesmessig tilknytning, og jobbtrivsel henger tett sammen med jobb utforming. Dermed er jobb utforming et sentralt element for å skape høy ytelse og en sterk følelsesmessig tilknytning til organisasjonen. Også andre faktor som påvirker resultatet er ressurser: personal, dekning, motstand – vegring mot ny teknologi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trivsel på arbeidsplassen og medvirkning</li> </ul> <p>Det finnes ulike kategorier av skjulte tjenester som ansatte utfører i tillegg til de formelle tjenestene som er definert og regulert av det administrative normsystemet. Som betyr en mer omfattende tjeneste til brukeren. Altså ikke en reduksjon i tjenesten tvert om, som medfører til at de ansatte fikk en arbeidsintensivering. De skjulte tjenestene er knyttet til pasientens behov, men som personal anså som viktig i arbeidet med mennesker.</p> <p>Et annet sentralt element er den nordiske modellen for arbeidsorganisering, som er av betydning for deltakelsen. Jo høyere</p>
--	--

	<p>deltakelse, desto høyere ytelse opplever organisasjonen både på individ og organisasjonsnivå.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisering av praktiske forhold</li> </ul> <p>Ved innføring av teknologi utgjør selve teknologien bare ca.20% av endringene som blir satt i verk. Det meste dreier seg om arbeidsformer og organisering. Motiverte arbeidere er alfa omega. De er mer innovative, i den forstand at de på eget inisjativ leter etter løsninger på problem som oppstår, eller enda bedre måter å gjøre det på. De som var negative var årsaken til at det falt merarbeid på andre.</p> <p>Ansattes erfarte problemer og dypereleggende tenkbare årsaker er utgangspunkt i de grunnleggende og gjentakende problemene som fremheves av de ansatte. Årsakene er grunnleggende fordi de enten gir mange problematiske virkninger for dem som benytter teknologien eller er av så grunnleggende karakter at de stopper bruken. Som dekning, dårlig varsling for batteri, mangl på plan for ansvar og kunnskapsmangel hos ansatte. Å ta tak i de bakenforliggende problemene i prosjektet fremmet; de ansatte behov, grundigere opplæring, kalibreringsplan og god mobildekning.</p> <p>Flere av disse bakenforliggende problemene som hindrer suksess synes å ha med mellom menneskelige forhold å gjøre. Bedre samarbeid mellom de ansatte og prosjektet. Med tydeligere utgangspunkt i ansattes behov, kunne i langt større grad, fremmet ansattes motivasjon, læring og erfaringer med teknologien. Imidlertid kan det å ta tak i dypereleggende årsaker ofte være noe man kvier seg for, siden man berører menneskelige avgjørelser og feil. Ofte henger problemer sammen i nettverk, knyttet til en eller flere dypere årsaker slik denne studien viser. Dersom man fortar endringer på dette nivået vil man gjerne ha løst flere problemer på en gang.</p>
--	---

<b>Artikkel 3</b>	
<b>Tittel</b>	Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study
<b>Tidsskrift/årstall</b>	BMC Health Services Research (2016)
<b>Forfattere</b>	Nilsen, E.R., Dugstad, J., Eide, H., Gullsett, M. K., & Eide, T.
<b>Perspektiv</b>	Komplisert...
<b>Problem</b>	Helsevesenet vil møte store utfordringer i fremtiden, delvis grunnet at populasjonen stadig blir eldre. Velferdsteknologi kan hjelpe til å møte disse utfordringene, men dette vil føre til endringer som ofte møter motstand.
<b>Hensikt</b>	Denne studien har som mål å kartlegge eventuell motstand man møter ved innføring av velferdsteknologi, i dette tilfellet i form av teknologi

	som overvåker pasienter med demens som bor på sykehjem på nattetid.
<b>Metode</b>	Studien er en longitudinell case studie, og bruker en kvalitativ tilnærming. Data ble samlet gjennom intervju, både individuelle og i grupper, samt i arbeidsgrupper og møter.
<b>Resultater</b>	<p>Overvåkningsteknologien ble hovedsakelig brukt av nattevaktene, og det var kun de som hadde fått opplæring i å bruke den. Det viste seg etter hvert at det krevdes mer samarbeid mellom dag/kveld og nattvakter for å gjøre klar teknologien. Dette ble tatt opp med avdelingssykepleier/ledere, men helsepersonell følte at lederne viste lite interesse og støtte til å endre på gamle rutiner.</p> <p>Dagvaktene fikk ikke opplæring i bruk av teknologien, selv om behovet for opplæring hadde blitt formidlet til lederne.</p> <p>Det tverrfaglige samarbeidet med teknologiutviklerne ble også en utfordring under implementeringen av velferdsteknologien for helsepersonellet. Når teknologien ikke fungerte som den skulle tenkte de fleste av helsepersonellet at dette var utviklerne sitt problem, og at det ikke var et felles ansvar å løse disse problemene.</p> <p>Teknologien møtte også motstand fra helsepersonell. Den største kilden til motstand var redselen for å ikke klare å bruke teknologien. For noen var dette som følge av lite erfaring med lignende teknologi, og for andre var det negative erfaringer med teknologi fra tidligere. Det ble gradvis mindre motstand mot teknologien etter hvert som helsepersonellet fikk mer erfaring og forståelse av teknologien. De ble etter hvert mer og mer positive og entusiastiske til teknologien.</p> <p>Det var noe motstand mot innføringen av teknologien grunnet bekymringer fra helsepersonell om pasientsikkerheten. De var redde for at et ustabil overvåkingssystem kunne virke mot sin hensikt og i verste fall føre til pasientskade. Etter hvert som teknologien ble mer stabil endret denne skepsisen seg.</p> <p>Noen helsepersonell var også bekymret for «quality of care» siden helsepersonell ikke lengere trengte å gå inn på pasientrommene med mindre alarmen gikk. Dette førte til at en kunne gå glipp av viktige observasjoner.</p>

<b>Artikkel 4</b>	
<b>Tittel</b>	Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services – a qualitative study
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Health Services Research (2020)

<b>Forfattere</b>	Kleiven, H. H., Ljunggren, B., & Solbjør, M.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleier
<b>Problem</b>	Medikamenthåndtering er en stor del av arbeidsoppgavene til sykepleiere i hjemmesykepleien. Velferdsteknologi i form av digitale medisindispensere kan frigi ressurser i fremtiden når velferdsstaten blir satt under press som følge av en aldrende populasjon.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å finne ut av hvordan helsepersonell opplevde innføringen av digitale medisindispensere i hjemmesykepleien.
<b>Metode</b>	Studien bruker en kvalitativ tilnærming og intervjuet 26 helsepersonell om deres erfaringer og opplevelser av å innføre digitale medisindispensere.
<b>Resultater</b>	<p>Noen av helsepersonellet var i starten redde for å gjøre feil med dispenserene, som i verste fall kunne føre til pasientskade. Dette førte til at det ble noe motstand mot innføringen av medisindispenseren.</p> <p>Personell i alle fem kommunene som var med i studien hadde opplevd teknisk trøbbel med dispenserene. Dette førte til at helsepersonellet følte de fikk flere arbeidsoppgaver.</p> <p>Det krevdes opplæring i å bruke medisindispenserne, men dette viste seg å være en utfordring i hjemmetjenesten siden man bruker store deler av arbeidsdagen ute hos pasienten, og ikke inne på kontoret der det er naturlig å ha opplæring. Dette førte til at informasjonsflyt mellom personalet var svært viktig, og en var avhengig av «superbrukere» som kunne formidle informasjon og erfaringer med de andre.</p>

<b>Artikkel 5</b>	
<b>Tittel</b>	User involvement in the implementation of welfare technology in home care services: The experience of health professionals—A qualitative study
<b>Tidsskrift/årstall</b>	Journal of Clinical Nursing (2020)
<b>Forfattere</b>	Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M., & Halvorsen, K.
<b>Perspektiv</b>	Sykepleier/helsefagarbeider
<b>Problem</b>	Det er et helsepolitisk mål å øke bruken av velferdsteknologi for å møte utfordringene vi står ovenfor helsevesenet står ovenfor.
<b>Hensikt</b>	Målet med studien er å lære mer om faktorer som påvirker brukermedvirkning blant helsepersonell ved implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien.

<b>Metode</b>	Kvalitativ metode ble brukt. Forskerne foretok gruppeintervju av til sammen 16 deltakere, 9 sykepleiere og 7 hjelpepleiere.
<b>Resultater</b>	<p>For å bruke velferdsteknologi korrekt trenger man kompetanse. Flere av deltakerne i studien følte at de ikke hadde nok kompetanse om velferdsteknologi, og de hadde dårlig med muligheter til å skaffe seg nødvendig kompetanse.</p> <p>De som ble interjuvet i studien var bekymret for pasientsikkerheten grunnet liten kompetanse blant helsepersonellet, og kom med eksempel på dette.</p> <p>Deltakerne mente at lederne i liten grad drev med bidro med kompetanseøkende tiltak relatert til velferdsteknologi, og noen ledere forventet at helsepersonell selv tilegnet seg nødvendig kunnskap på fritiden. Mot slutten av studien hadde det riktignok blitt mer vanlig med kompetanseøkende tiltak på arbeidsplassen.</p> <p>Noen sykepleiere og helsefagarbeidere fikk være med på å bestemme hvilken velferdsteknologi som skulle bli tatt i bruk, men grunnet budsjettet ble ikke deres anbefalinger tatt til følge, og de følte at de ikke ble tatt på alvor av ledelsen.</p> <p>Deltakerne var bekymret for at implementering av velferdsteknologi, for eksempel medisindispensere, førte til at pasientene fikk færre besøk, og at dette førte til færre muligheter til å observere pasienten.</p>