

Implementering av velferdsteknologi i norske kommuner

Masteroppgave i endringsledelse

av

Hannah Ottersen Fraas, kandidatnummer: 261137

&

Anine Sangesland, kandidatnummer: 234437



Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for medie-, kultur-, og samfunnsfag

15 juni 2022

- Jeg begynner å bli lei av alle pilotene. Jeg sier at i helsetjenesten er det flere piloter enn i Norwegian og SAS tilsammen. Utfordringen er at det er veldig få av dem som flyr, fordi en ikke klarer å omstille tjenesten til å jobbe på en ny måte, sier [helseminister Bent] Høie.

(Løvås, 2017).

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	5
ABSTRACT	6
FORORD	7
1. INNLEDNING	8
1.1 INTRODUKSJON AV TEMA.....	8
1.2 BAKGRUNN.....	9
1.2.1 Velferdsteknologi.....	9
1.2.2 Elektronisk medisineringsstøtte.....	10
1.3 STUDERE IMPLEMENTERING	12
1.3.1 Implementering av Evondos elektronisk medisineringsstøtte i 3 norske kommuner	13
1.4 PROBLEMSTILLING	14
1.5 TIDLIGERE FORSKNING	15
1.6 PLAN FOR VIDERE FREMSTILLING	18
2 TEORETISK RAMMEVERK	19
2.1 ORGANISASJONSIDEER	19
2.2 OVERFØRING	20
2.3 IMPLEMENTERING - NÅR POPULÆRE ORGANISASJONSOPPSKRIFTER SKAL TAS I BRUK.....	23
2.4 TRANSLATØRKOMPETANSE	26
2.5 BETYDNINGEN AV DET TEORETISKE RAMMEVERKET FOR VÅR STUDIE.....	28
3 METODE	29
3.1 KVALITATIV STUDIE	29
3.2 SDI: STEGVIS-DEDUKTIV INDUKTIV METODE	30
3.2.1 Generering av empiriske data	31
3.2.2 Bearbeiding av rådata - Transkripsjon.....	35
3.2.3 Koding - (inspirert av) Empirinær koding.....	36

3.2.4	<i>Kodegruppering</i>	40
3.2.5	<i>Utvikling av konsepter og diskusjon av konsepter, bruk av teori</i>	40
3.3	FORSKNINGENS KVALITET	42
3.3.1	<i>Pålitelighet</i>	42
3.3.2	<i>Validitet/Gyldighet</i>	44
3.3.3	<i>Generaliserbarhet</i>	44
3.4	ETISKE VURDERINGER	45
4	RESULTATER	47
4.1	ORGANISATORISK STRUKTUR	48
4.2	OPPLÆRING	50
4.3	ADAPSJON AV TEKNOLOGIEN	53
4.4	PROGRESJON OG UTVIKLING	55
4.5	INVOLVERING MED TJENESTELEVERANDØR	59
5	ANALYSE OG DISKUSJON	61
5.1	ORGANISATORISK STRUKTUR	61
5.2	OPPLÆRING	66
5.3	ADAPSJON AV TEKNOLOGIEN	69
5.4	PROGRESJON OG UTVIKLING	72
5.5	INVOLVERING MED TJENESTELEVERANDØR	77
6	KONKLUSJON	80
	REFERANSELISTE	82
	VEDLEGG	87

Sammendrag

Denne studien ser nærmere på implementering av velferdsteknologi i norske kommuner. Hensikten er å bidra med økt kunnskap om implementering av velferdsteknologi i spesifikke kontekster. Vi har studert elektronisk medisineringsstøtte fra leverandøren Evondos i tre kommuner som alle har tatt medisinroboter i bruk i et omfang større enn landsgjennomsnittet. Studien fokuserer på hvilke faktorer i implementeringsprosesser som kan være vesentlige for at teknologier blir tatt i bruk.

Forskningsprosessen er gjennomført som stegvis-induktiv deduktiv metode, slik denne er beskrevet av Aksel Tjora (2017). For våre analyser benytter vi data som vi har samlet gjennom intervjuer med tre kommuner i løpet av perioden januar-mars 2022. Intervjuene er gjennomført med både administrativt ansatte og ansatte i førstelinjen i samtlige av kommunene. Som analytisk perspektiv er benyttet translasjonsteori.

Resultatene er oppsummert i følgende temaer: organisatorisk struktur, opplæring, adaptasjon av teknologien, progresjon og utvikling, og involvering av tjenesteleverandør. Temaene analyseres i et translasjonsteoretisk perspektiv der det fremkommer viktigheten av translatørens rolle i implementeringsprosesser.

Hovedfunnene viser at Evondos som leverandør møter alle kommunene med et forslag til implementeringsløp de kan gjennomføre når de tar i bruk deres elektroniske medisineringsstøtte. Studien viser derfor at det ikke ser ut til at Evondos er hovedgrunnen til hvorfor disse kommunene ligger over landsgjennomsnittet i forhold til ibruktakning. Derimot, fremstår det å være translatørene i den enkelte kommunen som påvirker hvordan implementeringsprosessen utspiller seg. Samtlige av kommunene har foretatt valg i translasjonsprosessen som kan forklare hvorfor de har et høyt antall roboter i bruk i dag. Variasjonene mellom kommunene forstås med hensyn til hvordan kommunene har tatt ulikt eierskap til prosessen, har ulikt fokus på skillet mellom helse og teknologi, og hvor aktivt de har et helhetlig fokus på selve implementeringsprosessen.

Abstract

This study takes a closer look at the implementation processes of welfare technology in Norwegian municipalities. The aim is to contribute to greater knowledge of the implementation processes involving welfare technologies in a given context. The study focuses on robots that are automatically dispensing medicine. For the purpose of this study, we have chosen to only include the robot from one distributor, namely Evondos. All the municipalities that are involved in the study have a greater number of Evondos-robots in use compared to the average in Norway. The study aims to identify what factors in the implementation process that could be essential to why the technology have been introduced and implemented.

The research process is based on Aksel Tjora's SDI-model (2017). For the purpose of our analysis, we have included data gathered through interviews with the three municipalities during the period from January to March in 2022. Interviews were conducted with both the administration and the healthcare workers working directly with patient care in all the municipalities. The analytical perspective that are being used is translation theory.

The results have been summarized in the following subjects: organizational structure, training, adaption of the technology, progression and development, and the involvement with the distributor. The subjects have been analyzed in a translational theoretical perspective that have outlined the importance of the translator's role in the implementation processes

The key findings indicates that Evondos as a distributor gives the same service and offers identical programs for implementations processes to all the municipalities that are requesting their Evondos-robot. The findings therefore suggests that the service itself, or variations in how the service is offered to the municipalities, does not explain why some municipalities have more robots in use than others. The results suggests that it is the translators in the given municipality that affects how the implementation process progresses. All the municipalities in the study have taken active actions in the translation process that can explain why they have a high number of robots in use today. However, the variations between the municipalities can be understood as a result of how the municipalities have taken a different degree of ownership to the process, have a different focus on the separation between healthcare and technology, and how active they have had a holistic focus on the actual implementation process.

Forord

Vårt arbeid med denne masteroppgaven har funnet sted i tidsrommet oktober 2021 til juni 2022. Grunnet pågående Covid-19 pandemi har arbeidssted i hovedsak vært hjemmekontor periodevis hver for oss, og i andre perioder samlet. Vi har vært heldige som har hatt hverandre som samarbeidspartnere i denne tiden, da våre diskusjoner har bidratt til at vi har utfordret hverandre til å strekke oss lenger for å oppnå best mulig resultat. Våre forskjeller har også vist oss hvilken styrke det gir å være to som arbeider sammen og utfyller hverandre.

Vi har følt oss privilegerte som fikk muligheten til å velge en selvbestemt oppgave innenfor en tematikk som interesserer oss begge i våre daglige jobber. Får å møte fremtidens ressursmangler i helsesektoren, er vi nødt til å ta i bruk velferdsteknologi på smarte måter. Vi håper at denne masteroppgaven kan bidra til å forstå hvilke faktorer som påvirker ibruktakningen av velferdsteknologi i kommunene vi studerer, og at funnene kan være interessante for andre kommuner og ved implementeringen av andre velferdsteknologier.

En stor takk rettes til vår kunnskapsrike veileder, dr. philos og professor i statsvitenskap ved Universitet i Troms, og professor II ved Universitet i Stavanger Kjell Arne Røvik. Du har vært en god sparringspartner for oss i diskusjoner og rettet oss når vi har hatt behov for det. Ditt engasjement for vår problemstilling har vært motiverende, og vi er takknemlige for muligheten til å jobbe tett med deg i dette arbeidet.

Takk til informantene som satt av tid til å bli intervjuet og delte deres erfaringer og kompetanse med oss.

Videre vil vi gjerne takke Gina Fraas Henrichsen for utallige timer med korrekturlesning. Du har vært en stødig støttespiller for oss.

Denne oppgaven er vårt siste bidrag ved master i endringsledelse ved Universitet i Stavanger.

Stavanger, juni 2022

Anine Sangesland & Hannah Ottersen Fraas

1. Innledning

1.1 Introduksjon av tema

De siste ti årene har det vært en satsning på implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Omsorgstjenestene utfordres av at et økende antall personer kommer til å ha behov for omsorg, kombinert med mangel på personell til å utføre omsorgsoppgavene (Meld. St. 25 (2005–2006), s. 10-11); Wettergreen et al., 2019). Implementering av velferdsteknologi antas å kunne bidra til løsning av disse fremtidsutfordringene.

Med *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg* og *Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg*, ble grunnlaget lagt for en satsning på velferdsteknologi gjennom *Nasjonalt velferdsteknologiprogram* fra 2014. Nåværende regjering har forlenget dette programmet frem til 2024 og sier i sin regjeringserklæring: «Regjeringen vil [...] videreføre Nasjonalt velferdsteknologiprogram slik at vi får et kompetanseløft for velferdsteknologi i norske kommuner» (Regjeringen, 2021, s. 59). Programmets overordnede mål for årene 2022-2024 er: «Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bidrar til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling» (Helsedirektoratet, 2004).

Det er nå over ti år siden satsningen på innføring av velferdsteknologiske løsninger i norske kommuner startet. Det nasjonale programmet for velferdsteknologi har vært drevet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS og direktoratet for e-helse. Til tross for at programmet har hatt som formål at sluttbrukere skal få hjelp og støtte til å mestre helseutfordringer slik at de kan bo lenger hjemme, rapporterer helsepersonell om frustrasjon over å bli tildelt ansvar for teknologi de ikke vet hvordan de skal håndtere (Lundberg, 2022). I en nylig publisert kommentarartikkel i *Tidsskrift for omsorgsforskning*, påpeker Corneliussen og Dyb at det i 2021 fortsatt er langt unna at teknologiske løsninger er harmonisk integrert i omsorgstjenestene. De sier: «Det er på tide å rede grunnen for et mer harmonisk ekteskap mellom teknologi og omsorg» (Corneliussen & Dyb, 2021, s. 4).

I denne oppgaven skal vi studere implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester i norske kommuner. Gjennom å se nærmere på implementering av en bestemt type velferdsteknologi – elektronisk medisineringsstøtte – i tre kommuner, ønsker vi å bidra til økt kunnskap om hvilke faktorer i implementeringsprosesser som ser ut til å bidra til at teknologien blir tatt i bruk.

1.2 Bakgrunn

1.2.1 Velferdsteknologi

Den mest brukte definisjonen på velferdsteknologi er:

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

Thygesen (2019, s. 27) avgrensner begrepet fra annen teknologi ved å trekke frem tre typiske trekk ved velferdsteknologier: (1) de inngår i en helse- og omsorgskontekst, (2) de muliggjør at tjenester kan utføres uten av en ansatt er til stede sammen med brukeren og (3) målgruppen for teknologien er tjenestemottakerne.

Velferdsteknologi omfatter ulike teknologiområder slik som trygghetsskapende teknologier, mestringsteknologier, utrednings- og behandlingsteknologier og velværeteknologier (Helsedirektoratet, 2015, s. 8). Mestringsteknologier omfatter løsninger som skal gi mennesker bedre forutsetninger for å mestre egen helse og sykdom, og elektronisk medisineringsstøtte er en slik teknologi.

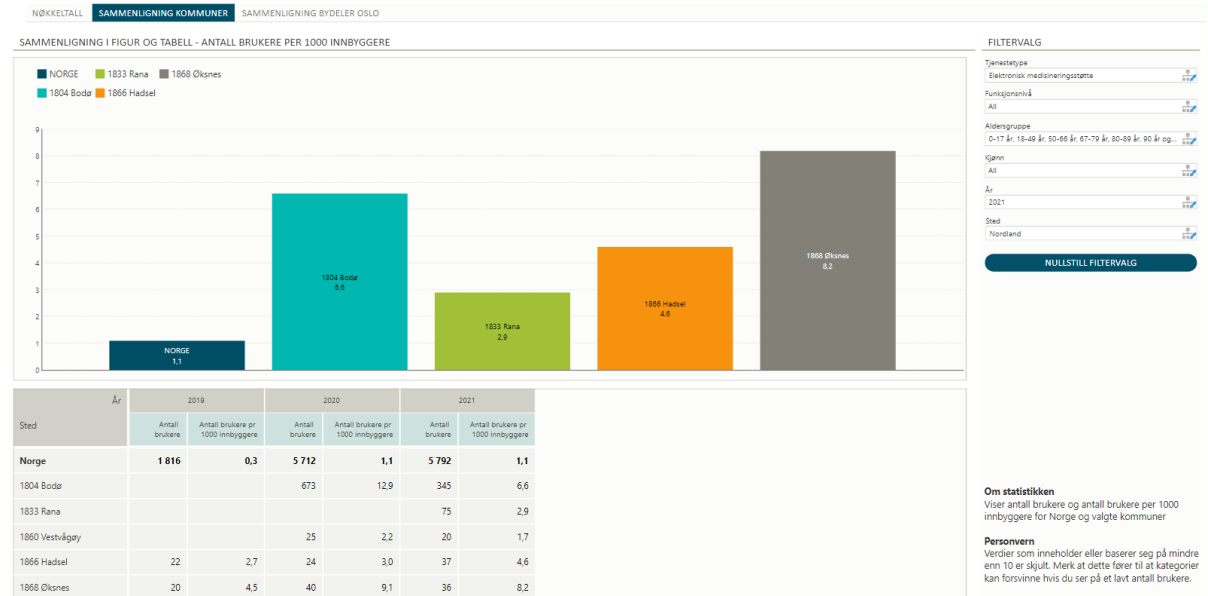
I 2015 publiserte Helsedirektoratet de første dokumenterte resultatene fra deltakende kommuner i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Gevinstrealiseringsrapporten oppgir at «flere kommuner lykkes med å integrere velferdsteknologi-løsninger i sitt helse- og omsorgstjenestetilbud og klarer å realisere gevinster» (Helsedirektoratet, 2015, s. 5). Rapporten er basert på 34 kommuners erfaringer og beregninger ved ibruktagning av varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser (e-lås), og erfaringene dannet grunnlag for konkrete anbefalinger til kommunene. En av anbefalingene til kommunale omsorgstjenester, var å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte.

1.2.2 Elektronisk medisineringsstøtte

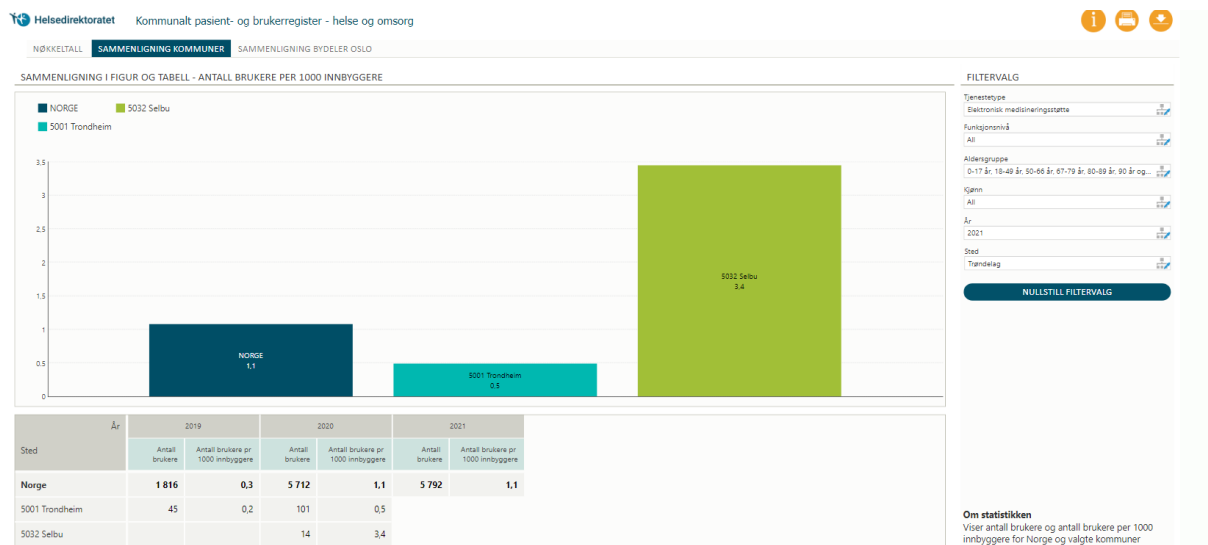
Elektronisk medisineringsstøtte innebærer at brukere av kommunale omsorgstjenester får utplassert en elektronisk medisindispenser hjemme, som varsler via lys og lyd på bestemte tidspunkter at medisin skal tas. Dette er et eksempel på en velferdsteknologi som norske kommuner har blitt anbefalt å implementere siden 2015 (Helsedirektoratet, 2015, s. 5). Løsningen har også senere blitt vurdert som samfunnsøkonomisk lønnsom (Oslo Economics, 2021, s. 21).

Bruk av elektronisk medisineringsstøtte har økt i norske kommuner de siste årene, men i svært varierende grad. Kommunalt pasient- og brukerregister- helse og omsorg, oppgir antall brukere i hver kommune som har tjenesten elektronisk medisineringsstøtte. I 2019 ble det på landsbasis registrert 1816 brukere, i 2020: 5712 og i 2021: 5791 (Helsedirektoratet, 2020). Registeret oppgir hvor stor prosentandel av befolkningen i hvert fylke som mottar tjenesten, og på fylkesnivå ses en variasjon mellom 0.0, 0.1 og 0.2. Agder og Trøndelag¹ har svært liten bruk av tjenesten, mens man i Nordland ser høyest forekomst. Det ses også stor variasjon innen hvert enkelt fylke. Her oppgis tallene i antall brukere pr 1000 innbyggere, og nedenfor vises variasjon internt i Nordland, Trøndelag og Rogaland.

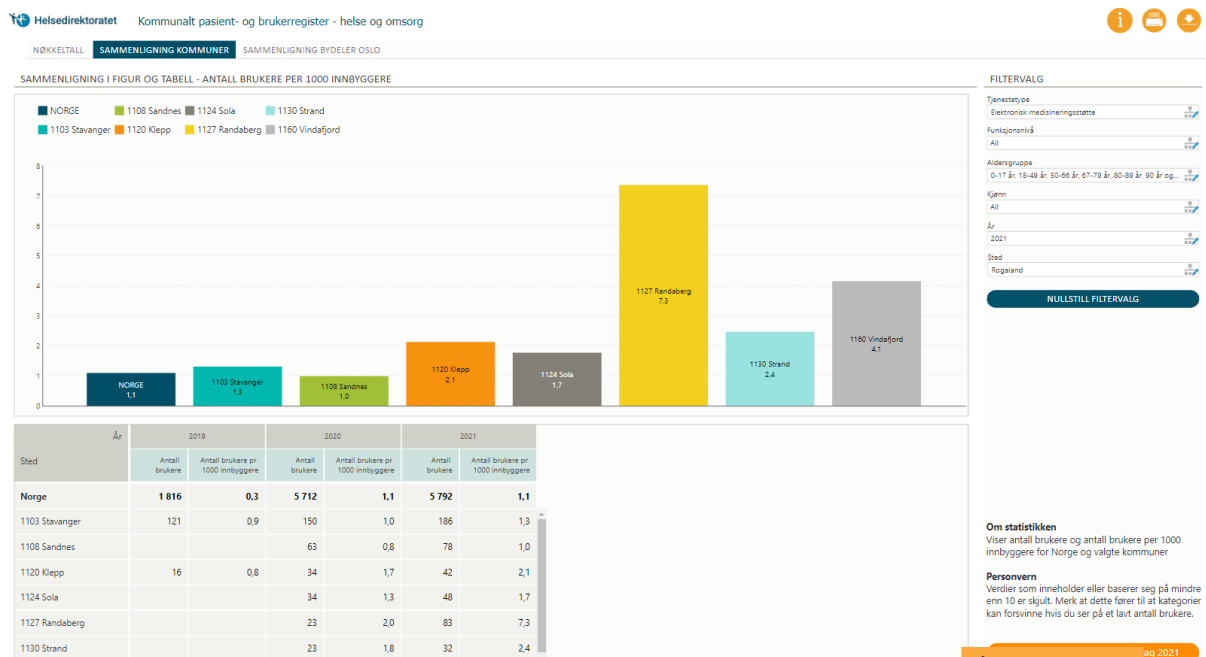
¹ Alle fylker har rapportert noe bruk av tjenesten, men i Agder og Trøndelag er tallene så lave at de ikke utgjør så mye som 0.1 % av befolkningen.



Figur 1. Viser tabell fra Nordland (Helsedirektoratet, 2020).



Figur 2. Viser tabell fra Trøndelag (Helsedirektoratet, 2020). Her var det kun to av kommunene som hadde mer enn 10 brukere og som dermed kommer med i oversikten.



Figur 3. Viser tabell fra Rogaland (Helsedirektoratet, 2020).

De ovenfor viste variasjonene gjør det svært interessant å se nærmere på hva som bidra til implementeringen av en velferdsteknologi kan gi så ulike resultater.

1.3 Studere implementering

«Implementation is defined as a specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions» (Fixsen et al., 2005, s. 5).

Implementeringsprosesser kan ha mange ulike aktiviteter, men med en klar hensikt om å oppnå en endret praksis.

I vår studie gjør vi et analytisk skille innenfor implementering vi ikke finner i tidligere litteratur på feltet, og som har med effekten av en implementeringsprosess å gjøre. Vi skiller mellom det vi kaller «installering» og «implementering i betydningen vedvarende ibruktaking». For å skille mellom disse begrepene benytter vi her definisjoner fra Store norske leksikon.

«Installere er å innbringe eller gi noe plass (på et sted)» (Store norske leksikon, 2021), mens «implementere betyr å iverksette, utføre eller realisere» (Store norske leksikon, 2022).

Etter at en kommune har tatt et valg om å ta i bruk en velferdsteknologi som en del av tjenestetilbudet til sine innbyggere, gjennomføres den videre prosessen på ulike måter.

Det snakkes ofte om å «implementere» velferdsteknologi, men slik vi forstår begrepene mener vi at mange av tilfellene bærer mer preg av beslutninger som leder til installering, og ikke nødvendigvis videre til implementering. Installering er en prosess som har en tydelig start og en slutt, å innbringe noe, altså her å gjøre en teknologi tilgjengelig for bruk i kommunen. Med begrepet implementering derimot, mener vi en prosess som ikke har en definert start og slutt, men som gjennom målsetningen om å «realisere» et bestemt resultat representerer en prosess i kommunen som ikke tar slutt, men som må holdes ved like for å lede til suksess.

For vår studie var det sentralt å velge en teknologi som har vært i bruk i en lengre periode, slik at vi kunne se på «installering vs. Implementering i betydningen vedvarende ibruktaking» over tid. Vi ønsket å velge en mestringsteknologi som gir direkte effektiviseringsgevinster, slik at teknologien har som målsetning å være en forbedring både for sluttbruker og kommunehelsetjenesten. Valget falt på elektronisk medisineringsstøtte.

1.3.1 Implementering av Evondos elektronisk medisineringsstøtte i 3 norske kommuner

Det finnes flere ulike typer elektronisk medisineringsstøtte i Norge i dag, og ulike kommuner har inngått avtaler med forskjellige leverandører. De ulike leverandørene leverer produkter og tjenester som har noen vesentlige forskjeller. For å kunne sammenligne implementering av samme teknologi i flere kommuner, har vi besluttet å se på implementering av elektronisk medisineringsstøtte fra en bestemt leverandør. Leverandøren vi har valgt er Evondos, som leverer elektronisk medisineringsstøtte til over 200 kommuner i Norden (Evondos, u. å).

Nedenfor følger en beskrivelse av hva Evondos tilbyr, basert på opplysninger gitt på deres nettside www.evondos.no. Evondos tilbyr en tjenesteleveranse bestående av følgende komponenter: utleie av medisinroboter, et administrasjonssystem, opplæringsmaterieell og tilgjengelig support. Når en kommune beslutter å ta i bruk Evondos sine medisinroboter, vil de få tilgang til hele denne tjenesteleveransen. Medisinroboten skal være enkel i bruk da den kun har en knapp bruker kan trykke på. Den gir instruksjoner på tidspunkter bruker skal ta medisiner, ved både tale, tekst og symboler.

Administrasjonssystemet som Evondos leverer, er en nettbasert portal der helsepersonell og pårørende får tilgang til historikk om hvorvidt bruker har tatt medisinen sin og eventuelle

avvik. De tilbyr også opplæring gjennom en e-læringsportal for kurs av helsepersonell samt tilgjengelig support 24 timer i døgnet. Alle momentene i Evondos sin tjeneste vil være tilgjengelige for kommunen, ansatte og pårørende i perioden medisinerroboten er i bruk hos den enkelte bruker.

I tillegg til selve tjenesten Evondos tilbyr, har leverandøren også utviklet en egen implementeringsprosess. Som leverandør tilbyr de å aktivt bistå kommunen (kunden) med implementering. De bistår kundene gjennom planlegging, deling av informasjon, valg av tjenestemottakere, opplæring og implementering av tjenesten.

Evondos tilbyr med sin tjenesteleveranse og implementeringsprosess som representerer et kontinuerlig samarbeid med kommuner, uten en definert start og stopp. De legger til rette for at tjenesteleveransen kan vokse over tid, og et fleksibelt implementeringsløp i den enkelte kommunes tempo.

Vi har et strategisk utvalg av informanter fra tre norske kommuner. Alle kommunene har i 2021 mer enn 75 brukere som mottar Evondos elektronisk medisineringsstøtte og alle ligger over landsgjennomsnittet i antall brukere pr 1000 innbyggere. Det er imidlertid stor innbyrdes variasjon mellom de tre kommunene mht hvor mye de ligger over landsgjennomsnittet. Kommunene er i Rogaland og Nordland fylke.

1.4 Problemstilling

Vår problemstilling er:

Hvilke faktorer i implementeringsprosesser ser ut til å fremme at velferdsteknologi blir tatt i bruk i kommunale omsorgstjenester?

Vi skal undersøke hvilke faktorer som påvirker ibruktakning av velferdsteknologi gjennom å sammenligne implementeringsprosessene i 3 norske kommuner. For å si noe om variasjonene mellom ulike kommuner, har vi fokusert på en bestemt type teknologi og valgt kommuner som alle har et stort antall roboter i bruk. Vi ønsker videre å undersøke om det er faktorer knyttet til implementeringen som ser ut til å påvirke ibruktakningen av velferdsteknologi i omsorgstjenester, som kan være generaliserbare.

1.5 Tidligere forskning

Det er gjort forholdsvis mye forskning innenfor feltet velferdsteknologi, og et raskt søk på google scholars gir 1610 resultater på «velferdsteknologi». Ved å gjøre søket på engelsk «Welfare technology» øker resultatet til hele 3 260 000 treff. I mange av disse studiene snakkes det om hva som er viktig ved implementering av velferdsteknologi, hvordan kommuner opplever utfordringer ved å implementere teknologi i omsorgstjenesten, og ikke minst de ansatte og brukernes opplevelse av at teknologien blir implementert.

I faglitteraturen finner vi en rekke eksempler på rapporter og studier gjort på hva som skal til for at en implementering skal kunne lede til suksess. Dugstad, Nilsen, Gullslett, Eide og Eide publiserte i 2015 en rapport om implementering av velferdsteknologi i helse og omsorgstjenester. Funnene deres viser til at partene ved implementering av velferdsteknologi har behov for ny kunnskap og understreker viktigheten for kommunikasjon mellom teknologer og helsepersonell (Dugstad et al., 2015).

Lo, Waldahl og Antonson (2019) har gjennomført en omfattende studie hvor de blant annet stiller spørsmålet «hva er det med velferdsteknologi som utfordrer kommunene i implementeringsprosessene?» (Lo et al., 2019, s. 9). Deres konklusjoner trekker frem at kommunene må ta høyde for behovet for tverrfaglig kompetanse, og behovet for å se teknologi og organisasjon i helhetlig sammenheng i implementeringen av velferdsteknologi (Lo et al., 2019, s. 18). Dette er viktige bidrag til en kommune som skal gå i gang med en implementeringsprosess, men gir oss begrenset innsikt om hvorvidt kommunene som ble studert tok høyde for behovet for tverrfaglig kompetanse, og behovet for å se teknologi og organisasjon i helhetlig sammenheng.

Det er flere som har omtalt og studert motsetningene som ligger i «teknologi versus helse». Blant disse finner vi Corneliussen og Dyb (2017), som adresserer motsetningene som ligger i begrepene teknologi og helse ved følgende figur:

Helse: Levende mennesker «Varme hender» Omsorgsrasjonalitet	Teknologi: Døde objekter «Kald teknologi» Teknologisk rasjonalitet
---	--

Figur 4. Denne figuren illustrerer hvordan helse omfatter begreper vi knytter til sosial kontakt, mens teknologi derimot formidler isolasjon og ensomhet (Corneliussen & Dyb, 2017, s. 175).

De påpeker hvordan de ansatte i helse og omsorgstjenesten uttrykker frustrasjon over å få tildelt oppgaver på et område de ikke har kompetanse på, og at de er tvunget til å tilegne seg kompetanse på et område de egentlig ikke ønsker. De konkluderer med at velferdsteknologi ikke kan sies å bare handle om mennesker, men heller ikke bare om teknologi. Det er nødvendig å anerkjenne at det består av begge komponenter (Corneliussen & Dyb, 2017). Det er mulig å kategorisere de ulike typene for motstand som oppstår når man forsøker å implementere teknologi som en del av helsetjenesten. Denne motstanden kan kategoriseres som «organisatorisk motstand, kulturell motstand, teknologisk motstand og etisk motstand» (Nilsen et al., 2016, s. 6). Ved adressering og forståelse av disse kategoriene argumenteres det for at det er mulig å organisere implementeringsprosessen som en samskapsningsprosess mellom helse og teknologiavdelinger, og at dette kan se ut å bidra til at motstanden blir konstruktiv, fremfor negativ (Nilsen et al., 2016, s. 12).

Det er foretatt studier på kommuner om hvordan de har implementert velferdsteknologi. Tidsskriftet for omsorgsforskning publiserte i 2019 en artikkel som ser nærmere på hvorfor det er så vanskelig å implementere velferdsteknologi i helse og omsorgstjenesten. Denne artikkelen tar utgangspunkt i trygghetsalarmen, som er et eksempel på en velferdsteknologi som er veletablert i kommunehelsetjenesten (Stokke et al., 2019, s. 9). Til tross for å være et eksempel på veletablert teknologi, viser studien at det er en rekke personlige og tjenestemessige utfordringer knyttet til bruken av teknologien i omsorgstjenesten (Stokke et al., 2019, s. 7). Denne artikkelen konkluderer med «hvordan man ikke bare kan implementere en teknologi, men må følge opp hvordan teknologien tolkes og erfares av aktørene som en integrert del av praksisen, og analysere hvordan tjenesten samskapes mellom aktørene» (Stokke et al., 2019, s. 18).

I 2015 gjennomførte Remo og Aarø en studie der de så nærmere på flere kommuner og på hvilken måte disse kommunene har tatt velferdsteknologi i bruk. Studiens funn belyser blant annet problemstillingen på at kommunens ansatte grunnet tidspress har begrenset mulighet til å sette seg inn i og dermed i stand til å omfavne de mulighetene som ligger i velferdsteknologi (Remo & Aarø, 2015, s. 4). Videre ga informantene i de ulike kommunene uttrykk for at beslutningene om velferdsteknologi og endringer blir tatt av ledere som sitter i administrative roller uten involvering fra de ansatte lenger ned i organisasjonen. De ansatte som skal implementere velferdsteknologi i den daglige driften, har derfor ingen påvirkning eller involvering for hva og når noe blir implementert (Remo & Aarø, 2015, s. 111). Av

kommunene i studien, konkluderes det med at det er de som har scoret høyest på bred involvering og å lytte til ansatte sine innspill, er de som har lykkes best med implementering av ny teknologi (Remo & Aarø, 2015, s. 114). Endelig konklusjon i studien er at det er tidsklemmen og organiseringen i hverdagen som vil påvirke suksessen til en kommune i implementeringen av ny teknologi. For at det skal være mulig å få innført velferdsteknologi i kommune-helsetjenesten, må dermed dagens organisering endres og det må prioriteres ressurser til de «nye oppgavene» (Remo & Aarø, 2015, s. 115).

Emilie Lomeland publiserte i 2020 masteravhandlingen «Helsepersonells erfaring med elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten». Denne avhandlingen belyser hvordan helsepersonell erfarer ibruktakningen av elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten. Avhandlingen deler funnene inn i underkategorier som beskriver hvilke områder som er sentrale med hensyn til ibruktakningen som tidlig innsats, nødvendig kunnskap, tett oppfølging og effektivisering (Lomeland, 2020, s. 85). Lomeland påpeker hvordan disse områdene er gjensidig avhengige av hverandre for å lykkes (Lomeland, 2020, s. 87). Avhandlingen har relevans når det gjelder teknologien vi undersøker i vår studie, men belyser i hovedsak helsepersonells sine erfaringer og omtaler ikke direkte implementeringsfeltet. Den gir derfor viktige bidrag til å forstå hva som er sentralt for helsepersonell ved implementering, men derimot begrenset innsikt når det gjelder de implementeringsprosessene som har funnet sted i kommunen som undersøkes.

Det mest sentrale bidraget fra tidligere forskning vi har funnet er Anita Solberg sin masteravhandling om «erfaringer i kommunehelsetjenesten med implementering av velferdsteknologi» (Solberg, 2019). Basert på kvalitativ analyse av tre kommuner, trekker Denne studien frem suksessfaktorer som kan være viktige for en vellykket implementering av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten (Solberg, 2019, s. III). Denne studien ser på forskjeller i struktur, omgivelser og teknologi, og hvordan dette har påvirket resultatene ved implementering (Solberg, 2019, s. 69). For vår kontekst er det viktigste bidraget fra denne studien at det ser ut til at hvor mye ressurser kommunen har satt av til arbeidet med å implementere velferdsteknologi er en avgjørende faktor med direkte påvirkning til resultat (Solberg, 2019, s. 69).

Felles for forskningen som er presentert ovenfor, er at majoriteten av forskningen som er gjort på kommuner som har implementert velferdsteknologi, er gjort på et relativt overordnet nivå.

Med dette mener vi at forskningen i hovedsak dreier seg om implementering av velferdsteknologi som helhet, med unntak av rapport som baserer seg på caset med trygghetsalarmer og masteravhandlingen om helsepersonells erfaringer med elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Vi finner ingen relevant forskning på implementering av en mestringsteknologi som ikke baserer seg på kun data fra et pilotprosjekt. Studier som baserer seg på data fra pilotprosjekter, gir begrenset innsikt i hvordan ulike implementeringsstrategier gir utslag når et produkt skal eller har blitt implementert i full skala. I pilotprosjekter har ofte informantene bedre tid, ressurser og fokus enn i en ellers hektisk kommunehverdag, hvilket kan medføre at resultater fra pilotprosjekter og fra fullskala implementering kan være meget ulike, og at en del av pilotprosjektene forblir piloter (Andreassen et al., 2015).

Vår studie ser på implementering av en spesifikk mestringsteknologi i kommunale omsorgstjenester. Vi skal benytte translasjonsteori som analytisk tilnærming, noe som har vært lite benyttet i den forskningen vi har gjennomgått ovenfor.

1.6 Plan for videre fremstilling

I kapittel 2 redegjør vi for translasjonsteori som er vårt valgte teoretiske rammeverk. Kapittel 3 omhandler metode, vi har gjort kvalitative dybdeintervjuer og analysert dataene inspirert av Aksel Tjoras stegvis-deduktiv, induktiv metode. I kapittel 4 presenterer vi våre resultater, mens vi analyserer og drøfter resultatene i kapittel 5, før vi i kapittel 6 oppsummerer.

2 Teoretisk rammeverk

Studier av implementering foregår både innenfor ulike fagfelt og med mange ulike analytiske perspektiver (Flottorp & Aakhus, 2014). Ett av perspektivene kommer fra det tverrfaglige feltet translation studies, som i lang tid har vært opptatt av å analysere hva som skjer når noe tas ut av en opprinnelig kontekst og overføres til en annen. Opprinnelig var feltet opptatt av oversettelser av tekster fra ett språk til et annet, herunder hva som var oversetterens oppgave. Etter hvert fikk man en kulturell vending innen feltet og det ble fokus på oversettelser av kulturelle praksiser. Røvik (2007, s. 259) viser hvordan et translasjonsteoretisk perspektiv er svært velegnet til å studere overføring av organisasjonsideer fra en organisasjon til en annen. Røvik drøfter hvordan organisasjonsideer blir overført, mottatt, implementert og utnyttet (Røvik, 2007, s. 21).

Vi har valgt å benytte translasjonsteori som våre analytiske briller i vår studie av implementering av velferdsteknologi, da velferdsteknologi nettopp er ny teknologi som skal overføres fra en opprinnelig kontekst til nye kontekster. Vi vil gjennom et translasjonsteoretisk perspektiv på kunnskapsoverføring mellom organisasjoner analysere uttak, overføring og adoptering av ideen (Røvik, 2007, s. 247).

2.1 Organisasjonsideer

Organisasjonsideer og oppskrifter blir sett på som synonyme i vår oppgave, og begrepet forstår vi som følger:

Institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter kan defineres som «en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av en organisasjon. Det er en oppskrift som fenger og som har fått en forbilledlig status for flere organisasjoner» (Røvik, 1998, s. 13).

I forbindelse med den økende eldrebølgen vi står ovenfor, og knappheten på ressurser i helsesektoren, er det et stort fokus på hvordan teknologi er nødvendig for å unngå kommunal kollaps i fremtiden (KS, 2022). For at teknologi skal kunne bistå med å møte disse utfordringene, er det nødvendig at de blir implementert som en naturlig del av kommunehelsetjenesten. For suksess, er en av de sentrale egenskapene evnen til å identifisere relevant kunnskap og ideer, og deretter omforme og tilpasse disse til organisasjonen ideen skal overføres til (Røvik, 199, s 248).

I vår oppgave tar vi utgangspunkt i at ideen som forsøkes overført ved implementering av Evondos sine medisinroboter er:

Helse + Elektronisk medisineringsstøtte (teknologi) = Sant

Denne abstraksjonen er et forsøk på å vise idealet kommunene ønsker å implementere når de tar i bruk Evondos sine medisinroboter.

2.2 Overføring

Overføring er prosessen som omfatter at organisasjonsideer tas ut fra en organisasjon og sammenheng, og deretter skal inn i en annen organisasjon (Røvik, 2007, s. 247). Denne prosessen består av to deler som vi her definerer som dekontekstualisering: «at noe blir forsøkt tatt ut av en sammenheng», og kontekstualisering: «noe blir forsøkt satt inn i en ny sammenheng» (Røvik, 2007, s. 247).

Dekontekstualisering

Dekontekstualisering forklarer hvordan «en praksis og/ eller en allerede språksatt ide identifiseres i bestemte organisasjon og/eller i felt, og forsøkes tatt ut av denne sammenhengen og omformet, med det formål å bli overført til andre organisasjoner» (Røvik, 2007, s. 260).

For å forstå begrepet dekontekstualisering, er det sentralt å skjønne forholdet mellom dekontekstualisering og kontekstualisering. Vi deler dekontekstualisering (uthentingsprosessen) inn i to prosesser: løsrivelse og pakking.

Løsrivelse

Med løsrivelse menes «at en lokalisert, konkret praksis i en organisasjon forsøkes gitt en idemessig og språklig representasjon» (Røvik, 2007, s. 261).

Pakking

Begrepet forklarer «tilfeller der en organisasjonside tas ut av en bestemt kontekst og omformes slik at den fremstår som mindre kontekstavhengig og dermed mer overførbar til andre kontekster, [...] altså å allmenisere ideer» (Røvik, 2007, s. 261).

Selv om vi analytisk skiller mellom løsrivelse og pakking, er disse overgangene ofte mer glidende og uklare i praksis (Røvik, 2007 s. 261).

Et sentralt spørsmål når vi snakker om uthenting er hvor **oversettbar** en praksis er. Med oversettbarhet mener vi «muligheter og begrensninger knyttet til å kunne transformere en praksis til en idemessig representasjon uten at vesentlige elementer ved praksisen blir utelatt» (Røvik 2009, s. 262). Hvorvidt oversettbarheten er god eller ikke kommer an på ideens eller praksisens eksplisitet, kompleksitet og innvevdhet (Røvik, 2007, s. 262).

Eksplisitet

«I hvilken grad praksisen er kodifisert og språkliggjort og dermed synliggjort og kommuniserbar» (Røvik, 2007, s. 263).

Kompleksitet

Denne variabelen dreier seg om hvor komplekst det praksisfeltet en praksis har oppstått i og skal hentes ut fra er (Røvik, s. 2009, s. 264).

Innvevdhet

Med innvevdhet mener vi «hvorvidt og hvor sterkt en praksis er forankret i sin organisatoriske og/eller utenomorganisatoriske kontekst» (Røvik, 2007, s. 264). Generelt kan vi si at desto mer innvevd en praksis er, desto vanskeligere er den å oversette og overføre (Røvik, 1998, s. 264-265).

Kontekstualisering

Kontekstualisering kan defineres som at «ideer, som i varierende grad er representasjoner av praksiser fra bestemte kontekster, forsøkes introdusert i en ny organisatorisk kontekst» (Røvik, 1998, s. 293). Denne idereisen er varierende når det gjelder hvor tydelige representasjoner av konkrete praksiser det som skal overføres kan sies å være. For å forklare dette bedre, ser vi nærmere på to områder:

- kontekstualiseringens arenaer og aktører
- kontekstualiseringsregler (Røvik, 1998, s. 292).

Kontekstualiseringens arenaer og aktører

Når vi snakker om oversettelse av ideer er det mange ulike arenaer og aktører som er involvert. En modell for dette, er det hierarkiske oversettelseskjeden, som forklarer sammenhengende forutsetninger og forventninger og hva som er de sentrale arenaene og aktørene når ideer skal tas inn i en bestemt kontekst (Røvik, 2007, s. 294). Den hierarkiske oversettelseskjeden bygger på sammenkjedede argumenter og antakelser (Røvik, 2007):

- Top-down orientering - forutsetter at nye ideer stort sett kommer inn i organisasjonen via øverste ledd, toppledelsen. Her vil oversettelseskjeden dermed være vertikal, og den viktigste kraften til oversettelse og spredning av en ide kommer fra autoritet på toppnivå.
- Problembetinget søking etter løsninger - De nye ideene implementeres av toppledelsen, og det er her en bevisst forventning om at ledelsen finner løsninger på problemer. De løsningene (verktøyene) som presenteres av ledelsen, blir sett på en logisk løsning.
- Begrenset frihet til oversettelse - Implementeringsprosessen er styrt sentralt og underliggende enheter har begrenset frihet til å tilpasse systemene. Ved lokale tilpasninger, vil ledelsen ofte kontrollere at disse er i tråd med deres retningslinjer for implementeringsprosessen.
- Stimulus - respons - basert sekvensialitet - kontekstualiseringen av en ide foregår sekvensielt, altså skjer oversettelsen først fra toppledelse til nivået under, og deretter videre til neste nivå. Oversettelsesprosessen er dermed påvirket av nivået over deg i organisasjonen.
- Fra det abstrakte til det konkrete - Gjennom hvordan ideen reiser i organisasjonen, fra topp til bunn, går den fra å være abstrakt til å bli materialisering og konkretisert.

Den hierarkiske oversettelseskjeden er et godt utgangspunkt for å illustrere hva som skjer når man forsøker å implementere en ide inn i en organisasjon. Kommuner som i denne studien blir sett nærmere på er som kjent hierarkisk oppbygde enheter, med sentral beslutningsmyndighet. Kontekstualiseringsprosessen er ofte mer komplisert enn den hierarkiske oversettelseskjeden gir uttrykk for, og har dermed behov for at det i enkelte tilfeller må modifiseres og suppleres til kjeden (Røvik, 2007, s. 295).

Kontekstualiseringsregler

Når vi snakker om kontekstualiseringsregler gjør vi et analytisk skille mellom det vi kaller; generelle innskrivingsregler, og spesifikke oversettelse og omformingsregler (Røvik, 2007, s. 301).

- Innskrivingsregler - her menes «at en ide gjennom sosiale fortolknings- og meningsdannelsesprosesser utstyres med markører som knytter den til - og gjør den gjenkjennbar i - en lokal kontekst» (Røvik, 2007, s. 301). Det handler nærmere bestemt om hvordan man *tolker* ideer i en lokal kontekst.
- Oversettelses- og omformingsregler - Her er det innholdet til ideene som står i sentrum, altså hvordan innholdet man forsøker å overføre blir omformet på reisen fra en organisasjon til en annen (Røvik, 2007, s. 306).

2.3 Implementering - når populære organisasjonsoppskrifter skal tas i bruk

Ovenfor har vi gjort rede for prosessen der en organisasjonsoppskrift dekontekstualiseres, altså hentes ut fra en organisasjon, og så kontekstualiseres ved at den bringes inn i en annen organisasjon. Denne oppskriften er som utgangspunkt mulig å tilpasse, og vil først kunne sies å være adoptert inn i en organisasjon når den er tilpasset den nye organisasjonelle konteksten (Røvik, 1998, s. 145). Vi avgrenser denne perioden i tid fra utprøvingen av et konsept til den har blitt en varig praksis, og kaller dette for innføringsfasen (Røvik, 1998, s. 145). Det finnes ulike antakelser om hva som skjer i denne innføringsfasen, og vi vil her gå gjennom de tre vanligste antakelsene som vil bli benyttet videre i vår studie; rask tilkobling, frastøting og frikopling (Røvik, 1998, s. 146).

Rask tilkobling

Denne antakelsen bygger på at overføringen av en organisasjonsoppskrift fra en organisasjon til en annen er relativt uproblematisk, og at oppskriften som overføres kan bli raskt implementert i de fleste organisasjoner (Røvik, 1998, s. 146). Man snakker her ofte om oppskriftene som ferdig utviklede verktøy, som gitt installert på rett måte raskt vil lede til positive resultater. Det understrekes i denne antakelsen at disse oppskriftene ansees som standardiserte komponenter som vil passe til de aller fleste organisasjoner, og som videre er uproblematisk å bytte ut når behovet endrer seg (Røvik, 1998, s. 146-147).

Evondos sin medisineringsrobot er en oppskrift som er ferdig til å bli installert når kommunen mottar de. Ut fra antakelsen om rask tilkobling vil da hjemmetjenesten rask ta i bruk medisineringsrobotene og vurdere disse som alternativ hos de pasienter som har vedtak om hjelp til medisinerings og multidoser.

Frastøting

Antakelsen om frastøting bygger i stor grad på at organisasjoner er motstandsdyktige mot raske og omfattende endringer da organisasjoner ansees som komplekse og integrerte institusjoner (Røvik, 1998, s. 147). Her antar man at en institusjon skal forsøke å adoptere et populært konsept, vil dette fort bli møtt av at det ikke tar høyde for organisasjonens kompleksitet, eller at konseptet utfordrer eksisterende normer og verdier i organisasjonen (Røvik, 1998, s. 147-148). For at en organisasjonside skal overleve innføringsfasen må den ifølge antakelsen om frastøting bestå en slags kompatibilitetstest for å underbygge at den er både teknisk og verdimessig kompatibel for organisasjonen den søker inntreden i, for å ha mulighet til å slippe inn organisasjonen. Hvis en ide ikke består kompatibilitetstesten, vil den dermed bli frastøtt og ikke akseptert i organisasjonen (Røvik, 1998, s. 148).

Omsorgstjenester i norske kommuner, er institusjoner som har vært der i mange tiår. Å arbeide på bestemte måter i lang tid kan føre til holdninger og verdier i arbeidsmiljøet og i «veggene», som kan gjøre det vanskelig å få til endringer. Frastøting vil kunne komme til uttrykk ved at det har vært motstand fra de ansatte og at de mener roboten ikke har bestått kompatibilitetstesten.

Frikobling

Moderne organisasjoner må håndtere et komplekst dilemma - å være både effektive og legitime. Hensynet til effektivitet taler for at en organisasjon bør holde fast ved nøye utprøvde og erfaringsbaserte løsninger, mens hensynet til legitimitet styrker incentivet for å implementere nye organisasjonsideer slik at organisasjonen oppfattes som moderne (Røvik, 1998, s. 148). Dette dilemmaet kan løses ved at de ideer som tas inn i organisasjon holdes frikoblet, slik at de ikke får innflytelse på effektiviteten i bedriften. Dette kan illustreres ved frikoblingen mellom prat og praksis - hvordan man ofte snakker om en ide man har implementert, men at selve driften forløper upåvirket i den daglige driften. (Røvik, 1998, s. 148-149).

Antakelsen om frikobling kan komme til uttrykk i kommunene vi intervjuer ved at robotene ikke er i bruk. Kanskje har de mange roboter stående på kontoret uten å være i bruk? Eller at det kun er noen ansatte i førstelinjen som bruker dem, men at de ikke er en del av hele tjenesten. Kommuner kan for mange illustrere tunge og gamle institusjoner hvor ting går sent, kanskje det kommer frem at noen av kommunene ønsker å si utad at de er fremoverlente og har tatt i bruk velferdsteknologi for å virke mer moderne og lettbente. Det er en kamp om sykepleiere, og kanskje er dette et grep om deres legitimitet som en populær arbeidstaker (Vatnås, 2017).

To alternative teorier - virusteorien og oversettelsesteorien

Ovenfor har vi gjort rede for antakelser som ofte benyttes for å forstå hva som skjer når en ide forsøkes implementert i en organisasjon. Disse antakelsene er godt egnet til å forstå situasjoner der det foregår en installering, altså når man tar et produkt inn i en organisasjon og forventer en umiddelbar reaksjon fra organisasjonen. Implementeringsprosessene vi ser på i denne studien er komplekse og kan derfor ikke forstås alene med disse antakelsene.

Prosessene som skjer når ideen tas inn i en organisasjon og skal implementeres over tid, er bedre forstått gjennom virus- og oversettelsesteorien.

Virusteorien

Virusteorien utfordrer antakelsen om frikobling der man tidligere har tenkt at frikoblingen mellom for eksempel språk og praksis er noe som forblir konstant. Her foreslås det derimot at frikoblingen er en midlertidig tilstand og at organisasjonsideen etter hvert vil spre seg som et «aktivisert virus» som preger organisasjonen (Røvik, 1998, s. 149). Avstanden mellom det man sier og det man gjør, eller mellom teori og praksis vil bli mindre over tid. Denne inkubasjonsfasen kan variere i tid, og omfang fra organisasjon til organisasjon (Røvik, 1998, s. 150).

Oversettelsesteorien

Det sentrale her er hvordan populære organisasjonsoppskrifter «kontinuerlig oversettes og omformes når og som følge av at de spres og reiser inn i stadig nye organisasjoner» (Røvik, 1998, s. 151). Teorien om oversettelse understreker hvordan organisasjonsideer sjelden blir tatt inn i en organisasjon i sin helhet, men snarere stykkevis (Røvik, 1998, s. 152). På utkikk etter uregelmessigheter for hvordan vi bearbeider og oversetter oppskrifter på, er det

vanskelig å finne konkrete mønstre. Derimot kan vi si at oversettelsesteorien dreier seg om hvorfor, hvor og hvordan oppskriftene bearbeides (Røvik, 1998, s. 152-153).

Virusteorien og oversettelsesteorien introduserer mer virkelighetsnære beskrivelser av å forstå hvordan organisasjonsoppskrifter i praksis utarter seg når de flyttes mellom organisasjoner. I vår studie vil vi trekke veksler på både virusteorien og oversettelsesteorien for å forklare de mønstrene vi ser når kommunene tar i bruk Evondos.

2.4 Translatørkompetanse

Som skissert ovenfor, vil overføringen av en ide fra en organisasjon til en annen gi ulike effekter i ulike organisasjoner. En av faktorene som kan påvirke hvorvidt en slik overføring er vellykket eller ikke, er translatøren av organisasjonsoppskriften. På lik linje som det finnes gode og dårlige oversettelser mellom ulike språk, finner vi gode og dårlige oversettelser av organisasjonsoppskrifter og ideer (Røvik, 2007, s. 319).

I forsøket på å kopiere suksessfaktorer fra en virksomhet og oversette den til en annen, kan betydningen av translatøren og oversettelsen være viktig ressurs for at kunnskaps- og idéoverføringen lykkes (Røvik, 2007, s. 319). Hvis idéoverføringen mislykkes, kan dette beskrives ved tre hovedutfordringer. Ved frikobling blir idéen tatt inn, men ikke i bruk. Den andre er hvis idéen tas inn og forsøkes tas i bruk, men blir frastøtt. Og den tredje er når idéen tas inn og i bruk, men ikke gir den ønskede effekten. Dette kan eksempelvis være at de positive effektene man forventet ikke blir som man trodde eller at implementeringen fører til uønskede effekter (Røvik, 2007, s. 320). Det kan være flere grunner til at implementeringen ikke går som planlagt og blir et mislykket forsøk, men når de blir analysert i et translasjonsteoretisk perspektiv tyder mye på at det kan skyldes dårlig oversettelsesarbeid (Røvik, 2007, s. 320).

I vår studie når vi har snakket med 3 ulike kommuner, forholder vi oss til ulike translatører. I følge Røvik (2009, s. 324), er det mye som kan tyde på organisasjoners kompetanse til oversettelse av organisasjonsoppskrifter fra en organisasjon til en annen stadig blir en viktigere ressurs. For en god oversettelse kreves en god translatør med riktig kompetanse. Disse kompetansene kan illustreres som følgende dyder; kunnskap, mot, tålmodighet og styrke (Røvik, 2007, s. 325).

Kunnskap dreier seg om at translatøren må ha nødvendig kjennskap til ideen som skal oversettes, herunder både når det gjelder virksomheten ideen kommer fra, og virksomheten ideen skal til. Translatøren må her oversette på en slik måte at ideen blir tilpasset den konteksten den skal oversettes til (Røvik, 2007, s. 326). Altså må oversetteren greie å kombinere en grundig innsikt i både avgivende språk og mottakende kontekst. Denne kunnskapen er en helt grunnleggende forutsetning for å kunne gjennomføre selve oversettelsesprosessen.

Mot (og kreativitet) i translasjon handler om to aspekter: å sette ord på det man kan oversette, og å prioritere de hensiktsmessige reglene for den gitte oversettelsen (Røvik, 2019, s. 329). Som språksetter blir det translatørens ansvar å sette ord på å bringe frem praksiser og begreper gjennom språklige uttrykk. Det finnes mange ulike oversettelsesregler, og en god translatør vil være i stand til å vite når han/hun skal benytte ulike moduser slik som kopiering, eller mer eksperimenterende oversettelsesregler som addering og fratrekking. Med kopiering snakker man om en direkte kopi av en praksis fra en organisasjon til en annen. Derimot, dreier addering og fratrekking seg om å legge til eller trekke fra elementer som translatøren ser som lite hensiktsmessig for oversettelsens. Disse vurderingene vil være sentrale for kvaliteten på translasjonen som foretas (Røvik, 2007, s. 330-332).

Tålmodighet gir her referanse til virusteorien, nærmere bestemt hvordan overføringen av ideer fra en organisasjon til en annen har en viss inkubasjonstid. En god translatør vil ha god innsikt i hvordan det kan være et langt tidsaspekt fra en organisasjon har fått introdusert (eller blitt smittet av) en ide, til denne ideen materialiseres i praksis (Røvik, 2007, s. 333). Her vil translatørens oppgave i hovedsak dreie seg om å legge til rette for gode rammebetingelser for ideen (viruset) som introduseres i en organisasjon, for å begrense sjansen for at ideen (viruset) dør ut (Røvik, 2007, s. 333).

Styrke hos translatøren handler om han eller hennes evne til å sette seg inn i en organisasjon og håndtere organisasjonens aversjoner mot endring. Når en organisasjon skal ta imot en ny organisasjonside/ praksis krever dette som regel endring i eksisterende prosesser eller vaner, hvilket stiller krav til de ansatte. Dette fører ofte til endringsmotstand. En god translatør vil være forberedt på slik motstand og ha verktøy tilgjengelig for å håndtere dette (Røvik, 2007, s. 334-335).

En god oversettelse krever at translatøren har gode kompetanse på det han eller hun skal oversette. I vår studie er det særlig relevant å trekke inn i hvilken grad de ulike translatørene har påvirket implementeringen av medisinerobotene i sin kommune. Dette kommer vi tilbake til under resultater og diskusjon senere i avhandlingen.

2.5 Betydningen av det teoretiske rammeverket for vår studie

Ovenfor har vi gjort rede for teori om hvordan ideer overføres fra en organisasjon til en annen gjennom en oversettelsesprosess bestående av dekontekstualisering og kontekstualisering. Vi har videre gjort rede for de ulike antakelsene om hva som skjer med ideer når de trekkes inn i en ny organisasjon slik som rask tilkobling, frastøting og frikobling. Deretter har vi utfordret disse antakelsene som i vår studie er å forstå som eksempler på absolutte reaksjoner en organisasjon vil ha på en installering, ved å utfordre antakelsene med en mer realistisk tilnærming til hva som faktisk skjer i organisasjonen som «tar inn» den nye ideen gjennom å gjøre rede for virusteori og oversettelsesteori. Vi trekker inn translatørkompetanse for å gjøre rede for hvordan translatøren, påvirker og har innflytelse på det endelige resultatet av en pågående implementering.

I kvalitativ forskning er det vanlig at man tar utgangspunkt i teoretiske (en eller flere) tradisjoner som et grunnlag for å illustrere hva som er interessante problemstillinger innenfor et gitt fagfelt (Tjora, 2017, s. 32). I vår studie ligger vi tett på en abduktiv tilnærming, hvilket vil si at man starter med empirien, men at teorier og perspektiver er relevante i løpet av forskningsprosessen (Tjora, 2017, s. 33). I vår studie er dette relevant ettersom vi designet det empiriske opplegget for intervjuene uten å ta utgangspunkt i en teori, men vi hadde kjennskap til translasjonsteoretiske perspektiver på implementering fra tidligere. I etterkant av datainnsamlingen har vi sett at ovennevnte teorier og perspektiver kan ha en betydelig forklaringskraft for resultatene og diskusjonen (Tjora, 2017, s. 36).

3 Metode

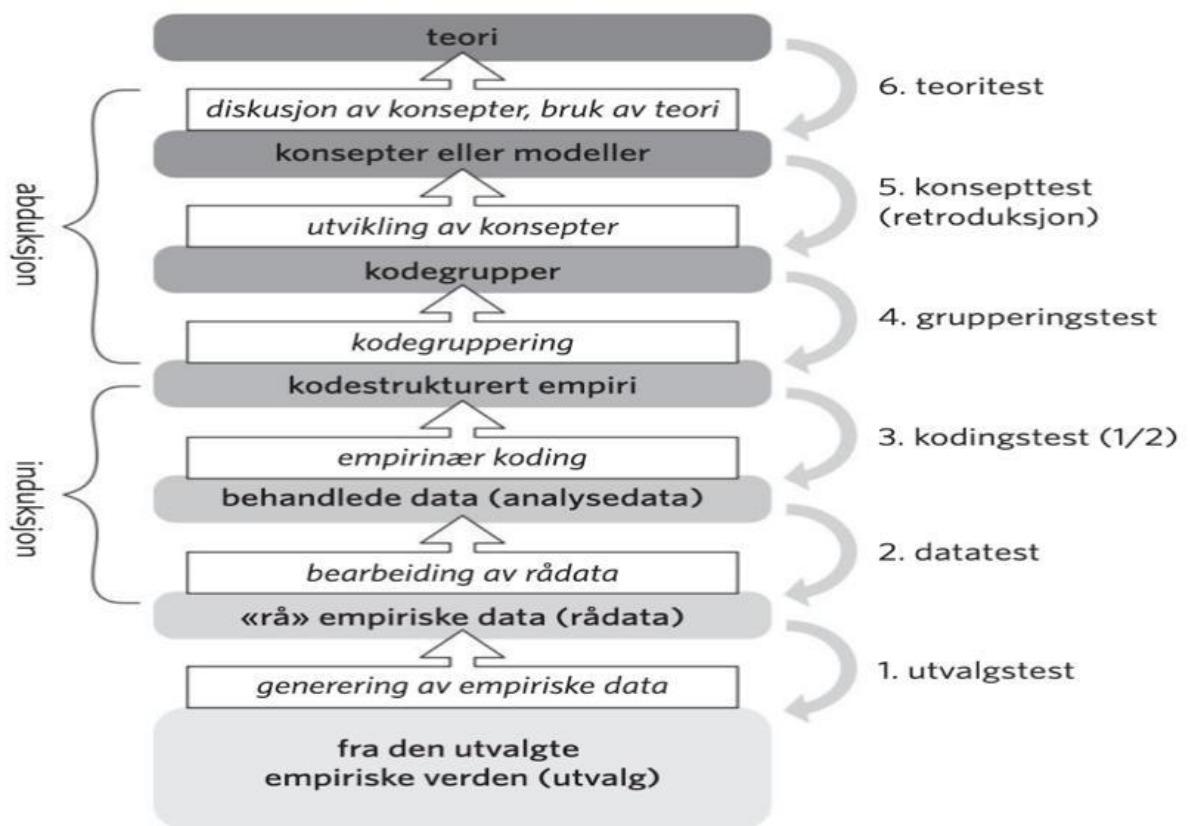
3.1 Kvalitativ studie

Implementeringsprosesser kan studeres gjennom ulike måter å samle inn empiri på og ulike måter å analysere det innsamlede empiriske materialet. I samfunnsforskning er det et tydelig skille i hvordan man tenker avhengig av om man foretar en kvalitativ eller en kvantitativ studie. Kvalitativ forskning skiller seg fra kvantitativ ved «vektlegging av forståelse snarere enn forklaring, nærhet til det man forsker på, åpen interaksjon mellom forsker og informant heller enn avstand til informantene, data i form av tekst heller enn tall og en induktiv mer enn en deduktiv tilnærming» (Tjora, 2019, s. 12).

Vi har valgt å gjøre en kvalitativ studie fordi dette er mest egnet til å få tak i det særegne ved implementeringsprosesser i spesifikke kontekster, vi ønsker å fange opp detaljer og variasjon i hvordan prosessene har forløpt. På et tidlig tidspunkt visste vi at vi ønsket å snakke med informanter i relativt åpne intervjusituasjoner som ga rom for at informantene selv kunne påvirke valg av informasjon de oppfattet som relevante for vår undersøkelse.

Begrepet *metode* betyr opprinnelig veien til *målet* (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 199). Metoden skal med andre ord hjelpe oss til å finne ut av det vi ønsker å undersøke. Som overordnet modell for vår undersøkelse, har vi benyttet Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) slik denne er beskrevet av Aksel Tjora (2019, s. 17). Vi redegjør for SDI nedenfor.

3.2 SDI: Stegvis-deduktiv induktiv metode



Figur 5. SDI- modellen (Tjora, 2019, s. 17).

SDI-modellen representerer en metode der det arbeides i ulike faser fra rådata til konsepter eller teorier (Tjora, 2019, s. 16). Ettersom disse prosessene er oppadgående slik som modellen ovenfor illustrerer fra data til teori, er generering av empiriske data, bearbeiding av rådata og empirinær koding induktive prosesser. Kodegruppering, utvikling av konsepter og diskusjon av konsepter ved bruk av teori er abduktive prosesser der relevante teorier og perspektiver fra litteraturen er relevante å trekke inn. Testingen fra teori til utvalgstest er deduktive prosesser der vi tester de funnene vi har kommet frem til mot teorien, ved å etterprøve prosessen som er gjennomført gjennom en nedadgående kurve tilbake til de empiriske dataene. Hovedpoenget til Tjora (2019, s. 16-17) med denne modellen er å belyse at utviklingen av kvalitativ analyse i SDI-modellen skjer gjennom ulike trinn. Vi har brukt metoden som utgangspunkt og en rettesnor, men ikke gjennomført alle leddene som en lineær prosess.

3.2.1 Generering av empiriske data

«Kvalitativ tilnærming tar utgangspunkt i at virkeligheten er for kompleks til å reduseres til tall, og at man derfor må samle inn informasjon i form av ord som åpner for mer nyanserikdom» (Jacobsen, 2015, s. 24). Innenfor den kvalitative tilnærmingen er det ulike typer intervjuer som er den vanligste metoden for å skape data (Tjora, 2017, s. 111). Vi har valgt å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervjuer. Intervjuene er semistrukturerte i den forstand at de følger en felles intervjuguide med relativt detaljerte spørsmål om en rekke av forholdene som gjelder implementeringsforløpet. Samtidig ønsket vi å åpne for at informantene kunne trekke frem momenter som ikke nødvendigvis var en del av intervjuguiden (Tjora, 2017, s. 129).

Utvalg

Vi har valgt å studere implementeringsprosesser i tre ulike kommuner. Når det gjelder utvalget vi foretok av hvem vi skulle intervjuer, var målsetningen å velge informanter som ville kunne være reflekterte med hensyn til den aktuelle konteksten (Tjora, 2017, s. 130). Vi bestemte oss for at vi ville snakke med kommuner som hadde et visst volum når det gjaldt bruk av elektronisk medisineringsstøtte, da vi antok at slike kommuner ville kunne ha tilstrekkelig erfaring til å bidra med nyansert og reflektert informasjon. Vi hadde på et tidlig tidspunkt vært i kontakt med Evondos for å få bistand til å komme i kontakt med aktuelle kommuner. Vi ba leverandøren gi oss en liste over kommuner som i dag hadde i bruk et betydelig antall medisinroboter (både absolutt og relativt i forhold til innbyggertall). Vi valgte ut tre kommuner med varierende innbyggertall og som alle hadde høyere relativ andel medisinroboter i bruk enn landsgjennomsnittet. Kommune A lå omtrent på landsgjennomsnittet, kommune B hadde dobbelt så stort volum som landsgjennomsnittet, og kommune C cirka seks ganger landsgjennomsnittet. Kommunene lå i Nordland og Rogaland fylke. Vi kontaktet de tre kommunene ved å sende en invitasjon med informasjon om vår studie via e-post til kontaktpersoner vi fikk oppgitt av Evondos. Samtlige av de kommunene vi tok kontakt med takket ja til å la seg intervjuer. Vi kan derfor si at vi foretok et strategisk utvalg for å finne caser egnet for det vi ønsket å undersøke (Tjora, 2017, s. 130).

Etter at kommunene hadde sagt seg villige til å delta, begynte den konkrete prosessen med å planlegge intervjuer med aktuelle informanter fra hver av kommunene. Vi hadde en uformell

forhåndssamtale med kontaktpersonene Evondos oppga i de tre kommunene. I disse samtalene kom det frem at implementeringsprosessen består av flere ledd, der både administrasjonen og førstelinjen er involvert før sluttbruker mottar Evondos sin medsinrobot. For å forstå hva som har foregått i implementeringsprosessen så vi det derfor nødvendig å snakke med representanter både i administrasjon og førstelinje i alle kommunene. I forkant av intervjuene med de ulike kommunene hadde vi en uformell samtale om hva vi ønsket å undersøke i vår studie. Dette gjorde vi for å gjøre informantene komfortable, og for å forsikre oss om at vi hadde de rette informantene i kommunen til å besvare våre spørsmål.

Før vi tok kontakt med kommunene hadde vi sett for oss at vi skulle gjennomføre intervjuer med 1 informant i hvert intervju. I de innledende samtalene vi foretok med kommunene kom det imidlertid frem et tydelig ønske fra informantene om at enkelte ønsket å gjennomføre intervjuene individuelt og andre ønsket å gjennomføre intervjuene sammen. Basert på dette gjorde vi en vurdering med hensyn på fordeler og ulemper ved å ha intervjuer med ulikt antall informanter. Fordelene, slik vi så det var at informantene selv fikk påvirke egen intervjusituasjon, og dermed var mer avslappede og velvillige til å snakke fritt. Ulempen er at intervjuene ble gjennomført metodisk ulikt, og at resultatene når vi sammenligner dem kan ha variasjoner som er knyttet til hvordan intervjuene er gjennomført. Vi besluttet allikevel å hensyn ta informantene sine ønsker, da kvaliteten i dybdeintervjuene hviler på tillitsforholdet mellom forsker og informant (Tjora, 2017, s. 116), og at vi derfor ønsket å etablere en trygg relasjon for informantene. Vi har gjennomført 6 intervjuer, med totalt 9 informanter:

- Kommune A – 3 intervjuer, med totalt 4 informanter. Administrasjonen og bydel 1 har gjennomført intervjuer separat, mens bydel 2 har gjennomført intervju med to representanter fra førstelinjen.
- Kommune B – 2 Intervjuer, med totalt 3 informanter. Administrasjonen gjennomførte intervjuet individuelt, mens førstelinjen var i sitt intervju representert med to informanter.
- Kommune C – 1 Intervju, med totalt 2 informanter. Her gjennomførte administrasjonen og førstelinjen intervjuet sammen.

Intervjuguide

I etterkant av forhåndssamtalene utarbeidet vi en felles intervjuguide og som vi sendte til informantene i forkant av intervjuene.

Intervjuguiden utformet vi etter de tre fasene Tjora (2017) definerer som strukturen til et dybdeintervju: “oppvarming, refleksjon og avrunding” (s. 145):

1. Oppvarmingsspørsmål: Vi startet alle intervjuene med å gjenta bakgrunnen for undersøkelsen vi skulle gjennomføre. Deretter hadde vi en rekke konkrete spørsmål om informantenes stilling i kommunen, lengde de hadde vært ansatt og rolle i implementeringen. Målsetningen var at dette skulle skape en avslappet tone i intervjuet, og at vi som intervjuere skulle oppfattes som uformelle og ufarlige, samtidig som vi fikk litt bakgrunnsinformasjon om informantene (Tjora, 2017, s. 145-146).
2. Refleksjonsspørsmål: I denne delen av intervjuet la vi opp til spørsmål som krever at informantene reflekterer over implementeringsforløpet som har funnet sted ved introduksjonen av Evondos som en del av tjenestetilbudet. Her har vi inkludert en rekke spørsmål der vi ba informantene beskrive *hvordan* en rekke av de momentene vi var nysgjerrige på hadde utspilt seg. I denne fasen var det ulikt hvor mange spørsmål vi faktisk måtte stille, da flere av informantene snakket seg gjennom prosessene sine fra start til slutt uten at vi trengte å følge intervjuguiden slavisk. Vi sørget for å stille oppfølgings spørsmål underveis, slik at vi fikk besvart alle spørsmålene i vår opprinnelige intervjuguide fra samtlige av informantene. Dette gjorde vi for å bidra til best mulig sammenligningsgrunnlag for analysen vi skulle foreta på senere tidspunkt.
3. Avrundingsspørsmål: I avrundingen stilte vi spørsmål til hvordan kommunene måler suksess av implementeringen på nåværende tidspunkt. Deretter fortalte vi informantene om hvordan vi skulle arbeide videre i vår studie, hva som skulle skje med dataene vi hadde samlet inn, og hvordan de ville få informasjon om den endelige avhandlingen når den var ferdig. Vi sørget også for å takke for innsatsen og tydeliggjøre hvilket bidrag informantene ga til vår avhandling (Tjora, 2017, s. 146-147).

Refleksjonsspørsmålene representerer hoveddelen av våre intervjuer og inneholdt spørsmål som hadde som mål å forstå bakgrunnen for hvorfor disse kommunene hadde et høyt antall

roboter i omløp. I forkant av intervjuene vet vi at kommune C ligger langt over landsgjennomsnittet i antall roboter de har i bruk, kommune B ligger lavere enn kommune C, men høyere enn kommune A. Refleksjonsspørsmålene søker å kartlegge om denne variasjonen i resultater kan skyldes faktorer ved implementeringsløpet som er funnet sted i kommunene, og hvis ja, hvilke faktorer som fremstår som avgjørende.

Vår intervjuguide dreide seg om 5 hovedtemaer: innledende spørsmål, ved pilot, fra pilot til fullskala, ved implementering og suksess eller fiasko. Vi valgte disse temaene for å gi informantene og oss selv en struktur som tydelig definerte når vi snakket om hva i intervjuet. Ettersom informantene hadde fått intervjuguiden oversendt i forkant, bidro temainndelingen til at både de og vi klarte å holde oss til de ulike temaene i en relativt ryddig rekkefølge. Det første temaet inneholder oppvarmingsspørsmål, de tre neste utgjør refleksjonsspørsmålene, og det siste temaet inneholder avrundings spørsmål (Tjora, 2017, s. 157).

Gjennomføring av intervjuene

Alle informantene hadde før intervjuene mottatt informasjonsskriv og underskrevet på samtykkeskjema². Vår studie ble gjennomført under pågående Covid-19 pandemi i Norge, hvilket medførte at det var mest hensiktsmessig for planlegging og gjennomføring at intervjuene ble gjennomført digitalt. Alle informantene fikk informasjon i forkant av intervjuet, og avslutningsvis ved slutten av intervjuet om hvordan opptakene skulle brukes, oppbevares, og slettes når vår studie er gjennomført (Tjora, 2017, s. 167).

Siden vi var to intervjuere, så fordelte vi oppgavene slik at en av oss intervjuet og den andre skrev notater og spurte eventuelle spørsmål. Dette ga vi beskjed om i starten av intervjuet, sammen med beskjed om at opptak ble startet. Vi fokuserte på å gi god informasjon både i forkant og underveis i intervjuene for å bidra til tydelig forventningsavklaring og en god intervjusituasjon (Tjora, 2017, s. 120).

² Informasjonsskriv med samtykkeskjema ligger vedlagt til slutt i oppgaven

3.2.2 Bearbeiding av rådata - Transkripsjon

Etter å ha gjennomført alle intervjuene, gikk vi i gang med å transkribere; prosessen der vi gjør intervjuet tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 186). Den vanligste formen for opptak i intervjusammenheng i kvalitative studier er lydopptak (Tjora, 2017, s. 166). I vår studie har vi foretatt både lyd- og bildeopptak av alle intervjuene. Bakgrunnen for dette er at det er denne funksjonen for opptak som er tilgjengelig på Microsoft Teams, plattformen vi benyttet for gjennomføringen av intervjuene. Vi har kun transkribert lyden fra opptakene i vår studie. Vi har ikke inkludert noe som ble sagt i forkant eller etterkant av disse opptakene.

Intervjuopptakene var grunnlaget for transkripsjonen. I denne prosessen gjør vi talespråk om til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 186). Når vi transkriberte intervjuopptakene fra talespråk til tekst, hadde vi fokus på at denne prosessen innebærer en abstraksjon som fører til at gjengivelsene ikke blir presise og direkte. I transkriberingsprosessen spilte vi av lyden og skrev ned informantene sine svar på våre spørsmål. Dette var et tidkrevende arbeid for å få gjengivelsene til å bli så presise som mulig. Hvor detaljert en skal transkribere kommer an på den konkrete situasjonen. På daværende tidspunkt i vår studie hadde vi fremdeles ikke tilstrekkelig oversikt over nøyaktig hva som ville vise seg å være nyttig informasjon, og vi bestemte oss derfor for å transkribere mer enn det vi strengt tatt trodde ville være nødvendig (Tjora, 2019, s. 173-174).

Vi gjennomførte alle våre intervjuer slik at en av oss stilte spørsmål, og den andre tok notater underveis. I fem av intervjuene var det Hannah som stilte spørsmål og Anine som tok notater; disse intervjuene var det Anine som transkriberte. På lik linje transkriberte Hannah det intervjuet der Anine hadde stilt spørsmål og Hannah hadde tatt notater. Vi var fokuserte på at vi i denne prosessen skulle benytte samme skriveprosedyrer, slik at transkripsjonene ga grunnlag for språklige sammenligninger av intervjuene i etterkant (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 189). Vi ble derfor enige om at vi skulle skrive fullt ut hva informantene hadde svart på de ulike spørsmålene vi stilte, men ikke inkludere gestikulasjoner og andre kroppsspråklige notasjoner da vi ikke planla å gjennomføre en intervjuanalyse med fokus på språk. Vi hadde en særlig utfordring ettersom vi hadde gjennomført noen intervjuer med en informant, og andre med to informanter samtidig. Dette medfører at noen av intervjuene har en dialog direkte mellom to personer, mens andre er en dialog mellom flere personer. For å løse dette

besluttet vi å tydeliggjøre hvilken av informantene som ga hvilke svar i intervjuet ved å gi de hver sin nummerering som informant 1, 2 osv.

Etter å ha transkribert de 6 intervjuene vi hadde gjennomført, ønsket vi å samle informantene sine svar i et dokument for å få bedre oversikt over tekstmengde, samt å samle informantene sine svar under de samme temaene slik at vi hadde lettere for å sammenligne svarene på de ulike spørsmålene etter hvert som vi foretok analysen. Dette dokumentet inneholder det som kan defineres som behandlede data, eller analysedata, som er klargjort for å analyseres i de videre fasene i prosjektet (Tjora, 2017, s. 196).

3.2.3 Koding - (inspirert av) Empirinær koding

Variabler

For å kunne analysere intervjuene våre på en strukturert og god måte, var vi først avhengige av å tydeliggjøre vår egen tenkning rundt avhengige og uavhengige variabler³, eller hva som vi antar påvirker hva. Vi undersøker kommuner som har mange roboter i bruk. Vår avhengige variabel er dermed «ibruktakning av velferdsteknologi». De ulike kommunene har ulike resultater i forhold til hvor mange roboter de har tatt i bruk, altså variasjoner når det gjelder ibruktakningen. Dette kan skyldes flere forhold, og vi gikk dermed gjennom resultater for å se på hva de ulike informantene hadde svart med hensyn til følgende:

- Hvor lang tid det tar fra det er innvilget medisinrobot til den tas i bruk?
- Er pasientene tilfredse med roboten?
- Er det mange som slutter med robotene, evt. hva er tidsrommet?
- Er det en effektiviseringsgevinst for kommunene ved å ta i bruk robotene?

Svarene på disse spørsmålene kan si noe om ibruktakningen av velferdsteknologien i den enkelte kommune. Om de svarer at robotene ikke blir tatt i bruk eller flere slutter med dem etter kort tid, vil det være en lav score på ibruktakning. Det samme vil det være om pasientene

³ Vi er klar over at man i kvalitative studier i liten grad benytter begrepene avhengige og uavhengige variabler. Vi har allikevel valgt å benytte begrepene, da vi erfarte at det å reflektere rundt dette ga oss ideer til hva vi ønsket å snakke med våre informanter om.

som bruker robotene ikke er tilfreds med den, og derfor slutter med roboten. Det siste spørsmålet om effektiviseringsgevinst for kommunen vil kunne gi en pekepinn på om kommune har en vinning av bruken, er scoren her lav vil det være sannsynlig at kommunene ikke fokuserer på å ta i bruk flere roboter. Når vi ser kommunene opp mot hverandre vil svarene på disse spørsmålene kunne bidra til å forklare variasjoner i ibruktakning. I resultatene fra intervjuene vil vi her se på om det finnes variasjon mellom kommunene, og også om det eksisterer variasjon internt i den enkelte kommune.

I de behandlede dataene vi nå satt igjen med markerte ut alt vi mente kunne påvirke variabelen «ibruktakning av velferdsteknologi». Deretter samlet vi all den markerte teksten i et nytt dokument. Dette gjorde vi for å få god oversikt over hvilke utsagn og temaer som gikk igjen, og for å tydelig kunne sammenligne de ulike kommunene. På denne måten fikk vi først et tydelig inntrykk at det viktige i intervjuene og en god overordnet oversikt, før vi gikk tilbake og studerte de særlig interessante momentene med et mer detaljert fokus (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 239).

Koding

I de to foregående trinnene i SDI-modellen; generering og bearbeiding av data har det handlet om valg vi foretok i forkant av intervjuene. Når vi nå går i gang med å beskrive våre handlinger under steget empirinær koding, beveger vi oss over i analysen av de dataene som er generert i prosjektet (Tjora, 2017, s. 194). I vår studie har vi foretatt intervjuer med 1-2 informanter per intervju. Disse intervjuene kan analyseres ved hjelp av blant annet meningsanalyse, språklige analyser og teoretiske analyser (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 197).

I forkant av intervjuene og arbeidet med transkribering hadde vi sett for oss at vi kom til å bruke det innsamlede datamateriale og utføre en meningsanalyse ved bruk av koding og kategorisering. Vi gikk i gang med meningsfortetting, altså å analysere intervjuene våre gjennom fem trinn; gjennomlesning av intervjuet, deretter bestemmes de naturlige meningsenhetene, tredje trinn omfatter å uttrykke det dominerende tema, fjerde trinn å undersøke meningsenheten i forhold til undersøkelsens mål og avslutningsvis få bundet emnene sammen til et deskriptivt utsagn (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 212). Gjennomlesning av intervjuene våre gikk etter planen, og vi fikk god oversikt over alt materiale vi hadde tilgjengelig. Derimot støtte vi på en utfordring når vi skulle gå i med å bestemme de naturlige

meningsenhetene. Disse meningsenhetene lot seg ikke kategorisere eller kode like tydelig som vi hadde sett for oss på forhånd. Vi ble derfor nødt til å ta et kritisk blikk på de stegene vi hadde foretatt oss i undersøkelsesprosessen og tenke over hva det var vi faktisk forsøkte å finne ut.

Metode betyr opprinnelig veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 199). Når vi leste denne setningen gikk det opp for oss hvordan vi hadde forsøkt å få vårt datamateriale til å passe inn i en allerede eksisterende standardmetode for tekstanalyse uten at dette egentlig gagnet det vi ønsket å finne ut. Fokuset vårt flyttet seg til at vi faktisk så poenget med at metoden var noe som kunne hjelpe oss med å nå det målet vi hadde satt oss, og ikke en firkantet boks vårt datamateriale skulle passe inn i. Vi innså at vi måtte ha en mer generell tilnærming til vår intervjuanalyse, og at det arbeidet vi hadde utført passet bedre inn under det Kvale og Brinkmann (2010) kategoriserer som «eklektiske og teoretiske analyser av intervjuer» (s. 239).

Det sentrale når vi snakker om teoretiske analyser av intervjuer er at her ligger fokuset på å ha god kjennskap til det som blir undersøkt (gjenstanden), heller enn anvendelsen av analytiske teknikker (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 239).

Vi kan kalle denne måten for intervjuanalyse for en Bricolage, hvilket presenterer en modell som er satt sammen av ulike verktøy som og beveger seg mellom ulike analytiske teknikker og begreper (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 239). I vår analyse har vi gjort nettopp dette: vi startet med å sammenstille teksten fra alle intervjuene vi hadde transkribert i et dokument som vi skrev ut slik at vi lettere kunne markere ut de momentene som er interessante for vår analyse. I dette stadiet var det viktig for oss å huske formålet med kodingen som gjennomføres: «(1) å ekstrahere essensen i det empiriske materialet, (2) å redusere materialets volum [...], og (3) å legge til rette for idegenerering på basis av detaljer i empirien» (Tjora, 2017, s. 197).

Det er på dette stadiet vi ikke gjennomfører SDI-modellen slavisk. Vi foretar det Tjora definerer som koding og kodegruppering som en abduktiv prosess der vi knytter empiri mot relevant teori. I vår studie gjør vi steget fra en induktiv tilnærming og over til abduksjon på et tidligere stadium enn det Tjora foreslår. Dette gjør vi ettersom vi det er sammenhengene i det empiriske materialet vårt som er sentrale å se nærmere på, og ikke nødvendigvis absolutte koder i form av ord og gjentakelser.

Etter datagenerering og transkripsjon fremkommer det tydelig for oss at vi står ovenfor en implementeringsprosess bestående av 2 ledd. Det første leddet er leverandøren, Evondos, og det andre leddet er kommunene som skal implementere tjenesten i sin virksomhet. Av transkripsjonen fremkommer det tydelig at Evondos tilbyr samme pakkeforløp til alle kommuner de selger sin tjenesteleveranse til. Dermed virker det ikke som variasjonene i de ulike resultatene kan sies å skyldes faktorer i Evondos sitt ledd. Svaret på variasjonene må derfor finnes i de ulike kommunene. I kommunene er det ulike personer som implementerer teknologien, og dermed er translatørene av organisasjonsoppskriften som skal overføres ulik. Basert på vår teoretiske bakgrunn i implementeringsteori ser det ut til at variasjonene kan forstås ut fra et translasjonsteoretisk perspektiv. Om kunnskapsoverføringen er vellykket eller ikke kan forklares med variasjoner i kvaliteten på translatørkompetanse (Røvik, 2007, s. 259). Abduksjonen i denne sammenhengen forteller oss at vi i det videre arbeidet må søke å trekke ut essensen av de resultater som forklarer de ulike faktorene som påvirkes av translatøren i den enkelte kommunen. Basert på resultatene fra datagenereringen påvirker translatøren oversettelsen innenfor de følgende områdene:

- Organisatorisk struktur – handler om kommunenes formelle struktur og oppgavefordeling
- Opplæring – handler om hvordan kommunen, brukeren og pårørende gjennomgår opplæring
- Adapsjon av teknologien – handler om hvordan kommunen har tatt i bruk teknologien i sin kommune, og utvidet bruken underveis.
- Progresjon og utvikling – handler om hvordan førstelinjen gjennom implementeringsløpet har endret tilnærmingen til ibruktakningen av roboten, og utvidet målgruppen.
- Involvering med tjenesteleverandøren – handler om samarbeidsforholdet mellom den enkelte kommune og Evondos har vært og er i dag.

Kodene ovenfor har fremkommet gjennom abduksjon. Hvis man derimot hadde fulgt en SDI-modell slavisk og her foretatt en komplett transkripsjon med empirinære koder, ville man fått et stort antall koder som ligger tett opp til empirien. Ved denne typen koding vil det være nærmest nødvendig å benytte et dataprogram for å strukturere koder og koblinger (Tjora, 2017, s. 198-199). Vi har ikke gjennomført empirinær koding i vår studie. Vi benytter derimot, som illustrert ovenfor, en form for variabeltenkning som Tjora (2017) kritiserer som

nærmest å være motstridene til å benytte SDI-modellen, da variabeltenkning legger føringer til hvordan man skal analysere og kode dataene i forkant av en faktisk gjennomført analyse (s. 199). Vi vil derimot hevde at ettersom våre koder har fremkommet i etterkant av intervjuene vi har gjennomført, altså gjennom en abduksjon basert på empirien og teoretiske perspektiver, som et resultat av informasjonen gitt av informantene, at vi fremdeles foretar analysen nedenfra og opp, fra data til empiri (Tjora, 2017, s. 199).

«Et sett koder som bare kunne vært generert fra empirien og ikke på forhånd, og som presist gjengir en detalj fra empiriske data, er god koding innenfor SDI-rammeverket» (Tjora, 2017, s. 203). Til tross for at våre kodesett ikke er fremkommet ved slavisk bruk av SDI-rammeverket, hevder vi at de er et tydelig resultat på et kodesett som er generert fra vår empiri. Forskjellen er at vi på nåværende tidspunkt sitter igjen med kun 5 koder i vår studie, der vi trolig villet kunne multiplisere dette med en større faktor dersom vi hadde gjennomført empirinær koding. Det neste steget, kodegruppering, vil derfor bli et betydelig mindre arbeid for vår studie ettersom vi allerede har en form for struktur for analysen vår (Tjora, 2017, s. 207).

3.2.4 Kodegruppering

Kodegruppering handler om å tematisk gruppere koder for å forme en struktur for analysen (Tjora, 2017, s. 207). Denne prosessen har vi foretatt samtidig som vi gjennomførte kodingen i forrige steg. De følgende kategoriene ansees her også som relevante; *organisatorisk struktur, opplæring, adaptasjon av teknologien, progresjon og utvikling og involvering med tjenesteleverandøren*. Disse kategoriene er de samme som senere vil bli definert som temaer i analysen. Fra et translasjonsperspektiv vil hvert av disse temaene analyseres i diskusjonsdelen med hensyn på hvem, hva og hvordan ibruktaking av velferdsteknologi (den avhengige variabelen) påvirkes i den enkelte kommune.

3.2.5 Utvikling av konsepter og diskusjon av konsepter, bruk av teori

I disse stegene i SDI-modellen er det det teoretiske som legger føringer (Tjora, 2017, s. 211). Målsetningen ved å bruke SDI-modellen er at bruken av verktøyet skal resultere i en konseptuell generalisering. Med andre ord at analysen resulterer i en generisk forståelse av det som studeres, slik at funnene ikke er avgrenset til kun den gjennomførte studien (Tjora, 2019, s. 18).

De kodene som er definert og som videre i oppgaven vil bli omtalt som temaer, er datamaterialet som nå forsøkes forstått med fundament i teoretiske konsepter. Prosessen med konseptutvikling «[...] betegnes som abduktiv, det vil si preget av en form for *teorimarinert gjetning*» (Tjora, 2019, s. 67). Dette vil si at det finnes ulike teoretiske inspirasjoner, såkalte marineringer, som kan være relevante for det samme datamateriale. Således handler abduksjon her om å foreta en «riktig gjetning» som krever at forskeren har en viss vitenskapelig intuisjon (Tjora, 2019, s. 67-68). Denne prosessen ble gjort i sammenheng med defineringen av koder, og vår studie baserer seg på et translasjonsteoretisk perspektiv. Vår gjetning er med andre ord at variasjoner i ibruktakningen av velferdsteknologi skyldes translatørkompetansen i den enkelte kommunen.

Sweberg har foreslått et regelsett til hvordan gå frem for å oppnå teoretisering:

- (1) «Observer og velg noe interessant
- (2) Navngi og formulert et sentralt konsept
- (3) Utvikle teorien med analogier, metaforer, sammenligninger
- (4) Komplementer den tentative teorien med tilhørende forklaringer» (Swedberg, 2011, sitert i Tjora, 2019, s. 68).

I vår studie vil dette omfattende følgende:

- (1) Dataene våre forteller oss at de temaene vi har definert som påvirkningsfaktorer til den avhengige variabelen, ibruktakning av velferdsteknologi, handler i grove trekk om de ansatte som er involvert fra administrasjonsnivå når den nye teknologien skal tas inn i organisasjonen.
- (2) Dette leder til at konseptet som er førende for vår analyse dreier seg om oversettelse; prosessen som gjøres når en ide hentes ut fra en organisasjon og skal innføres i en annen organisasjon. Denne prosessen drives av translatører, og det overordnede konseptet som egner seg for å belyse vår diskusjon er derfor et translasjonsteoretisk perspektiv.
- (3) Gjennom vårt datamateriale har de ulike kommunene oppnådd ulike resultater basert på hvordan denne translasjonen har foregått. En god translatør må på lik linje som en som tolker språk, ha god kunnskap om språket hxn hun oversetter fra, til og i hvilken kontekst en befinner seg i.

(4) Basert på de ulike oversettelsesprosessene som finner sted i de ulike kommunene ser vi hvordan prosessene får ulike implementeringsforløp. Fra et teoretisk perspektiv er det mulig å se på hvordan implementeringen utspiller seg gjennom ulike antakelser som frikobling, frastøting og rask tilkobling. I vår studie er derimot disse antakelsene for absolutte, og vi ser at det er nødvendig å inkludere alternative teorier for å forstå hvordan organisasjonsideene sprer seg i de ulike kommunene. Vi vil således trekke inn virusteorien og oversettelsesteorien for å beskrive de fenomener vi ser eksempler på i vårt datamateriale.

Målsetningen med teoretiseringen som er gjort ovenfor er å bidra til en form for generalisering gjennom vårt datamateriale. En slik generalisering er en målsetning i de fleste forskningsprosjekter gjennomført i samfunnsforskningen (Tjora, 2019, s. 70). Vår studie foretar det som kalles en konseptuell generalisering, hvilket vil si generalisering gjennom utvikling av «konsepter, typologier eller teorier som vil ha relevans for andre tilfeller enn det som er studert» (Tjora, 2019, s. 70-71).

3.3 Forskningens kvalitet

For å kunne si noe om en kvalitativ analyse er god eller ikke, benytter vi de veletablerte indikatorene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet (Tjora, 2019, s. 79).

3.3.1 Pålitelighet

I denne sammenheng kan vi si at pålitelighet «handler om intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet» (Tjora, 2017, s. 231). Her siktes det til planen vi har hatt i vår studie fra start til slutt, og på hvilken måte denne planen er gjennomført i praksis. I vår studie har vi fokusert på å la det innsamlede datamaterialet være styrende for hvordan forskningsprosjektet utvikler seg, altså har vi i tråd med SDI-modellen jobbet oss fra empiri til teori (Tjora, 2017, s. 231).

Videre handler pålitelighet om idealet om å være nøytrale og objektive observatører (Tjora, 2017, s. 235). I noen forskningstradisjoner betraktes forskerens engasjement for temaene det forskes på som støy, mens i andre betraktes dette som nødvendig forkunnskap (Tjora, 2017, s. 235). For å styrke en studie sin pålitelighet, er det uansett nødvendig å gjøre rede for forskerens engasjement. Det er derfor nødvendig å inkludere at når vi skulle velge masteroppgave høsten 2021, valgte vi å undersøke implementeringen av Evondos sine

medisinroboter basert på at dette falt innenfor et felles interesseområde vi hadde. Anine, på sin side, hadde for øyeblikket en praksisplass hos en bedrift som arbeider med testing og implementering av ny velferdsteknologi. Hannah, jobbet fulltid i en bedrift som implementerte ERP-systemer for ulike virksomheter, og har tidligere bakgrunn fra administrering av private helse og omsorgstjenester. Våre faglige interesser krysses ved at vi begge interesserer oss for implementering, og på bakgrunn av at vi begge har erfaring fra helse og omsorgssektoren, var valget om å se nærmere på implementeringen av en type velferdsteknologi et naturlig valg.

For å styrke pålitelighet i vår studie har vi forsøkt å være bevisst på egne fordommer og antagelser. Gjennom hele prosessen med å bearbeide materialet vårt, for deretter å matche dette mot passende teori i henhold til SDI-modellen, har vi etterstrebet å ligge tett på våre datakilder for å forsikre oss om at det ikke er våre egne antakelser vi lytter til, men derimot de konklusjonene vi finner substans for i vårt datamateriale.

Når det gjelder transkripsjonen vi har foretatt, har vi vært oppmerksomme på å forsøke å begrense våre egne fortolkninger. Ettersom vi begge har transkribert intervjuer hver for oss, var vi avhengige av å vurdere på hvilken måte dette har påvirket vår studie. Et eksempel på hvordan man ofte transkriberer ulikt, er hvordan ulike personer oppfatter tegnsetting ulikt når man lytter til et opptak. Ulik tegnsetting kan lede til at en tekst får veldig ulik betydning. (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 193). Ettersom det er resonnementene fra informantene som har relevans for vår studie, og ikke detaljer i talespråket, har dette begrenset innvirkning på vår studie.

Vi har hatt gode diskusjoner når det gjelder hvilke intervjusitater vi skal trekke ut fra vårt datamateriale. Dette var en krevende prosess, da det i vårt datamateriale er mange sitater vi tenker kan være interessante. Vi bestemte oss derfor at de sitatene vi trekker frem, er de som dreier seg om kategoriene vi benytter i diskusjonen, og her særlig de sitater som beskriver variasjonen mellom de ulike kommunene, og internt i den enkelte kommunen. Vi foretok oppsamlingen av disse sitatene hver for oss, før vi deretter sammenlignet hvilke sitater vi fant relevante. Vi gikk gjennom de sitatene vi var enige om at var relevante, og samtidig diskuterte vi de vi ikke hadde markert like i det behandlede datamateriale. Baser på dette foretok vi et utvalg på de sitatene vi ønsket å gå videre med. Denne prosessen gjorde vi for å begrense de subjektive vurderingene vi foretok individuelt, og således å styrke studien sin pålitelighet.

3.3.2 Validitet/Gyldighet

I samfunnsvitenskapene kan validitet defineres som «hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke» eller «i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene vi ønsker å vite noe om» (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 250). Validering kan deles inn syv stadier, og gjennomsyrrer hele forskningsprosessen i følgende stadier: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, validering og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 253-254).

Når vi skal avgjøre validiteten på det vi har funnet ut gjennom tematisering, planlegging, intervjuing og transkribering, gjør vi dette ved å stille spørsmål til det vi har gjort (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 256). I vår studie styrkes validiteten ved at vi har snakket med flere informanter i hver kommune, slik at vi har fått med informasjon fra flere informanter fra hver kommune.

Videre krever en løpende vurdering av validitet i undersøkelsen at vi stiller spørsmål til hvordan informasjonen er hentet frem, hvorfor informasjonen er som den er og hvem som er involvert når kunnskapen har blitt produsert (forskeren og brukeren) (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 263). Alle intervjuene vi har gjennomført har vi tatt opptak av, slik at de kan etterkontrolleres med hensyn til hvordan kunnskapen er hentet frem. Intervjuguiden ligger ved som vedlegg slik at det er mulig å se hvorfor de svarene som er gitt har kommet frem. Vi er to som har foretatt intervjuene sammen, slik at vi har mulighet til å luke ut eventuelle subjektive oppfatninger, og likeledes har vi intervjuet flere fra hver kommune, hvilket medfører at det er flere involverte i hvem.

Vi vurderer resultatene fra vår undersøkelse til å være rimelige og gyldige. Denne vurderingen gjør vi på bakgrunn av at vi mener det er en logisk sammenheng mellom vårt forskningsspørsmål og valg av datagenerering, samt teoretisk grunnlag (Tjora, 2017, s. 234). Videre vil vi påstå at forskningen skjer innenfor «rammene av faglighet, forankret i relevant annen forskning» (Tjora, 2017, s. 234) gjennom at studien er foretatt innenfor et forskningsområde som allerede er veletablert, men samtidig bidrar med ny innsikt på forskningsfeltet.

3.3.3 Generaliserbarhet

I denne sammenheng er generaliserbarhet knyttet til vår studie sin relevans utover de enheter vi faktisk har undersøkt (Tjora, 2017, s. 231; Kvale & Brinkmann, 2010, s. 264). Det finnes

ulike former for generalisering: i vår studie forsøker vi å foreta en konseptuell generalisering, hvilket innebærer «å fremstille funn i form av konsepter, eksempelvis typologier, modeller, begreper eller metaforer som ikke direkte er knyttet spesifikt til kun den empirien eller casen som ligger til grunn» (Tjora, 2017, s. 245). For å gjøre dette støtter vi oss til tidligere forskning og teorier gjennom koseptuivikling (Tjora, 2017, s. 246). Denne prosessen er gjort rede for ovenfor under «utvikling av konsepter».

Å foreta en konseptuell generalisering kan sies å «heve blikket» og forsøke å stille åpne spørsmål til hva funnene våre egentlig dreier seg om (Tjora, 2017, s. 246). Dette gjøres i vår studie ved at vi ser på de temaene vi har definert induktivt og abduktivt knytter disse til translasperspektivet. Alle kommuner i Norge er i dag avhengige av å implementere ulike former for velferdsteknologi som en del av deres helse og omsorgstjenester for å møte morgendagens utfordringer i forbindelse med ressursmangel. Ved at vi har sammenlignet tre kommuner som har foretatt en implementering av samme mestrings teknologi i samme tidsperiode, er det grunn til å tro at våre funn vil være relevante også for andre kommuner. Som påpekt innledningsvis ligger alle kommunene vi har snakket med over landsgjennomsnittet når det gjelder antall roboter de har i bruk, men det eksisterer stor variasjon i antallet roboter de prosentvis har i bruk med hensyn til antall innbyggere. Gjennom et translasperspektiv forsøker vi å finne hvilke faktorer som ser ut til å påvirke ibruktakningen av velferdsteknologi i disse kommunene, samt studere variasjoner mellom kommunene og internt i den enkelte kommune.

3.4 Etiske vurderinger

Det er viktig i en studie å gjennomføre etiske vurderinger rundt personvern og anonymitet. For å verne om anonymiteten til informantene, blir de i oppgaven ikke navngitt og heller ikke hvilken kommune de jobber for. Informantene har frivillig deltatt i intervju og ble på forhånd informert om omfanget av deres anonymitet, undersøkelsens formål, samt at de skrev under samtykkeerklæring hvor det står at de når som helst kan trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn.

NSD⁴ godkjente vår oppgave 17 februar 2022. Vi fikk tilbakemelding om at:

Informantene i utvalg 2 vil være underlagt taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. Vær spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates. Slike opplysninger kan være kombinasjon av for eksempel stedsnavn, alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må derfor være forsiktig ved bruk av eksempler under intervjuene. Vi anbefaler at du minner deltakerne på deres taushetsplikt i forkant av intervjuet.

Til tross for tillatelse til å benytte kommunene sine navn i oppgaven, har vi valgt å utelate dette. Dette valget har vi gjort på bakgrunn av at enkelte beskrivelser og gjengivelser som er gitt i intervjuene, er så spesifikke at de kan være identifiserbare dersom vi inkluderer kommunenavn. I vår studie har vi snakket med helsepersonell som har representert arbeidsstedet sitt og derav er underlagt taushetsplikt når det gjelder temaer de snakker om. Vi har derfor foretatt en vurdering om at til tross for at det kunne vært nyttig for andre kommuner å kunne sammenligne størrelse, demografi og geografi med kommunene vi har snakket med, har vi valgt å utelate denne dimensjonen.

⁴ Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste

4 Resultater

Alle kommunene vi snakker med har gjennomført et pilotprosjekt og har robotene som en del av sin tjenesteleveranse i dag. Vi har intervjuet informantene om prosessen som har funnet sted fra en beslutning ble tatt om å implementere robotene og inkluderer hele prosessen frem til dagens status.

Kommunene har tatt robotene i bruk på ulike tidspunkt, henholdsvis; 2016 (Kommune A), 2018 (Kommune B) og 2017 (Kommune C). Alle kommunene ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder ibruktakningen, men det eksisterer store variasjoner mellom kommune C som ligger ca. 6 ganger over landsgjennomsnittet, kommune B som ligger ca. 2 ganger gjennomsnittet, og kommune A som ligger nært gjennomsnittet. Resultatene våre viser at det også eksisterer store variasjoner internt i de respektive kommunene.

I presentasjonen av våre resultater har vi valgt å anonymisere hvilke kommuner som deltar i studien. Som beskrevet under etiske vurderinger har vi gjort dette av hensyn til at vi ønsker å ta med sitater som muligens ville kunne vært identifiserbare dersom vi ikke anonymiserer kommunene. Vi gjennomført 6 intervjuer med til sammen 9 informanter. Nedenfor har vi gjennom en tabell illustrert hvordan vi vil referere til de ulike kommunene og informantene ved å gi hver enkelt informant en kode fra 1-9. Denne nummereringen vil følge videre i presentasjonen av funnene. Som redegjort for under generering av data har vi gjennomført noen intervjuer med 1 informant til stede og andre med 2. Tabellen nedenfor illustrerer derfor hvem som har vært til stede under de seks intervjuene.

Informant	Stilling	Kommune	Intervju nummer
1	Administrasjon	A	Første
2	Administrasjon	B	Andre
3	Administrasjon	C	Tredje

Informant	Stilling	Kommune	Intervju nummer
4	Helsepersonell førstelinje	A, bydel 1	Fjerde
5	Helsepersonell førstelinje	A, bydel 2	Femte
6	Helsepersonell førstelinje	A, bydel 2	Femte
7	Helsepersonell førstelinje	C	Tredje
8	Helsepersonell førstelinje	B	Sjette
9	Helsepersonell førstelinje	B	Sjette

I vår studie er den avhengige variabelen ibruktaking av velferdsteknologi. I metodekapittelet har vi gjort rede for hvordan vi ut fra et translasjonsteoretisk perspektiv har identifisert koder som påvirker implementeringen og dermed ibruktakningen av velferdsteknologi i de ulike kommunene. Disse kodene er områder innenfor implementeringen som translatøren påvirker gjennom hvordan hxn oversetter en ide fra en organisasjon til en annen. Følgende koder (temaer) vil bli gjennomgått i dette kapitlet: organisatorisk struktur, opplæring, adaptasjon av teknologien, progresjon og utvikling og til slutt involvering med tjenesteleverandør. I denne delen av oppgaven presenterer vi resultatene fra de ulike kommunene ved å beskrive empirien som har kommet frem i intervjuene. Etter at resultatene er presentert, vil vi i diskusjonsdelen drøfte hvordan resultatene kan forklare variasjonene av ibruktakningen av velferdsteknologi i de ulike kommunene.

4.1 Organisasjonell struktur

Koden organisatorisk struktur handler om kommunens formelle struktur og oppgavefordeling og hvordan lederforankringen til selve implementeringen er organisert i de tre kommunene vi har intervjuet. Vi finner at samtlige av kommunene har definerte ressurser som er satt av til å arbeide med velferdsteknologi, både på administrativt nivå og i førstelinjen. Det er variasjoner i antall stillinger, stillingsstørrelse og rollen til disse ressursene i den enkelte kommune.

Kommune A har i dag en administrativ avdeling for E-helse og velferdsteknologi, som totalt har 10 årsverk i arbeid. Avdelingen for velferdsteknologi ble opprettet i 2016, og ble i 2021 slått sammen med avdeling for E-helse. Informant 1 jobber i denne avdelingen og har ansvaret for organisering og implementering av velferdsteknologi i kommunen. Hxn er involvert i prosessen fra beslutning om ibruktakning av teknologi tas, og følger implementeringsløpet av den enkelte velferdsteknologien fra leverandør og ut til enhetene i kommunen. Hxn er involvert i prosessen fra start og til teknologien fungerer som en integrert del av tjenestetilbudet. Når kommune A startet innføringen av Evondos sin medisrobot gjorde de et pilotprosjekt i Bydel 1. I pilotprosjektet var det en ansatt fra den administrative avdelingen som var mye involvert ved å være til stede ute hos bydelen for å ha opplæring av de ansatte og pasientene, samt tett dialog med Evondos. Denne ansatte var aktivt til stede i bydelen i 2-3 måneder. Informant 5 og 6 som arbeider i Bydel 2 i kommune A, startet med planlegging og opplæring 2 år etter Bydel 1. De rapporterer om lite involvering fra den administrative avdelingen under innføringen av roboten.

Kommune B har informant 2 som arbeider som rådgiver for velferdsteknologi og har ansvar for implementering av tjenester innenfor velferdsteknologi. Hxns ansvarsområde innebærer å kartlegge hvilke teknologier som er nødvendige i kommunens tjenestetilbud, gjennomføre anskaffelsesprosesser, sørge for nødvendig opplæring i implementeringen og å ivareta drift og vedlikehold av de ulike teknologiene som er implementert i kommunen. Informant 2 forklarer at grunnlaget for at stillingen ble opprettet var for å bygge opp en kompetanse på teknologibiten innenfor helse, i stedet for å bruke helsepersonell og sykepleiere som ikke har interesse for teknologien til å arbeide med det. Kommune B har videre en tekniker, person med teknisk bakgrunn, som på sikt skal arbeide med robotene, med å gjøre de klare, kjøre de ut og hente fra hjemmetjenesten sin base.

Kommune B er delt inn i det de definerer som enheter, som er separate enheter med ansvar for ulike avdelinger i hjemmesykepleien. Når kommunen startet innføringen av Evondos sin medisrobot hadde de pilot i to enheter. Kommunen fulgte da innføringen av Evondos sitt implementeringsløp. Informant 2, 8 og 9 fra kommunen beskriver de oppfattet dette som godt og passende til deres kommune. Informant 2 kommenterer at hxn mener nettopp det at Evondos tilbyr et ferdig implementeringsløp gjør det lettere for mindre kommuner som de selv, å implementere teknologien. Videre lagde de i piloten en ressursgruppe med fagsjef for hjemmetjenesten, fagsjefs underordna, avdelingsledere for de to enhetene, noen superbrukere

og informant 8 og 9, som er sykepleier 1 i hver av enhetene. Denne gruppen eksisterer ikke i dag, i dag har hver enhet eget ansvar. Men som informant 8 og 9 sier så samarbeider de på tvers av enhetene på eget initiativ. Informantene 2, 8 og 9 beskriver at det i dag er ulik grad av ibruktakning av Evondos i de ulike enhetene.

Kommune C har et administrativt forvaltning og utviklingsteam som totalt omfatter åtte årsverk. Dette teamet er delt i to. Informant 3 er leder for det ene teamet, som arbeider med support på fagsystem og administrasjon, samt med trygghets- og mestringsteknologi. Videre arbeider dette teamet med implementering og opplæring i ulike velferdsteknologier. Tanken med dette teamet er at de har leverandørdialog i anskaffelsesprosessen og er inne i perioden hvor velferdsteknologien skal overlappes til drift og trekke seg ut når det fungerer. Teamet erfarte etter hvert følgende:

Det var behov for bedre forankring enn det vi greier å levere, vi er der i oppstartsfasen, men så trekker vi oss ut og så da at det fortsatt er et stort behov der ute for noen som kan være der. Ser at endringsledelsen som avdelingsledere bedriver er relativt fraværende i en hektisk driftssituasjon. Så de ressursene til endringsledelse blir spist opp av daglig drift (Informant 3).

Dette førte til at det i 2019 ble opprettet en prosjektstilling som fagutvikler, hvor fokuset er på implementering og forankring av velferdsteknologi i tjenesten, opp mot ledelsen og ned mot ansatte og brukerne. Denne stillingen har informant 7, som var ressursperson i førstelinjen når Evondos ble tatt i bruk. Videre har kommune C to teknikere, personer med teknisk bakgrunn, som er plassert på kommunen sitt hjelpemiddellager, og som foretar inn og utlevering av teknologi og montering. Når det gjelder medisineringsstøtte så kjører de til basen hos den hjemmetjenesten som skal ha og henter fra samme lokasjon når det skal gjøres.

4.2 Opplæring

Koden opplæring handler om hvem som får opplæring av tjenesteleverandøren og hvordan opplæring av ansatte i førstelinjen og pasientene foregår. Samtlige av kommunene kommer med utsagt om at opplæring er viktig, og flere informanter trekker frem at det er viktig å få med alle også de som syntes det er ekstra krevende. Informant 1 som arbeider administrativt sier at:

De prøver å skjerme hjemmesykepleien fra å måtte lære seg nye systemer så langt det lar seg gjøre, men med Evondos så krever det jo teknisk kompetanse av de ansatte.

Dette kan gjøre at det krever litt tyngre eller mer opplæring.

Informant 2, som også arbeider administrativt utdyper viktigheten av god opplæring og følelsen av å mestre teknologien:

Det er jo litt sånn i implementeringsfasen eller når vi skal ha inn nye ansatte i tjenesten, er det viktig at de begynner med å prøve hos de de vet lykkes med først. Når du som profesjonell ikke får til noe blir du fort veldig usikker, da er det bedre å gjøre det bra de første gangene og heller faile på 3-4 gangen når du vet at det går an. Hos skeptikeren får du ikke mange sjanser, så feiler du der tidlig, så er veien ufattelig lang.

Også informant 4 og 7 påpeker at de har tatt tak i dette med god og individuell opplæring for de som er mer beskjedne og trenger det. Informant 4 sier at de er opptatt av dette da «de har opplevd de som ikke kan roboten godt skyver vekk ansvaret og legger ekstraarbeid på oss». Informant 7 sier hxn «Har vært med ansatte ut til pasient for å ha opplæring i den situasjonen de faktisk står i».

En praksis og rutine som går igjen hos samtlige kommuner under opplæring er at de har ressurspersoner som får mer opplæring. Informant 1 som arbeider administrativt i kommune A sier at:

Vi har etter hvert sett at det på hver hjemmesykepleieenhet er noen som synes det er kjekt og spennende med teknologi og har lyst til å være med, disse har vi som sånne ressurspersoner. Og ved innføring av ny teknologi så får vi ofte lov til å kontakte disse ressurspersonene og ha de med. Det er en viktig rolle.

Vi har intervjuet seks informanter som arbeider i førstelinjen hvilket vil si i direkte kontakt med pasientene. De har alle vært ressurspersoner når Evondos sin medisinerobot skulle tas i bruk i deres tjeneste. Hva det innebærer å være ressursperson blir av informant 6 beskrevet slik. «En ressurspersoner er noen som kan litt mer enn de andre, så de kan spørre denne personen om råd og de gir opplæring til andre ansatte».

I kommune A hvor informant 4 arbeider i bydel 1, som var de første som tok i bruk Evondos, forklarer at det å ha en ansatt fra administrasjonen hos dem så intensivt i 2-3 måneder for å ha opplæring og være med i kartleggingen av pasientene «hadde ganske god effekt».

Hjemmetjenesten i bydel 2 i samme kommune tok i bruk Evondos etterpå. Informant 5 og 6 arbeider her og forteller at de fikk opplæring av ansatte i Evondos en dag, som ansatt fra administrasjonen hadde arrangert. "Så vi fikk et kurs og måtte lære resten selv" (Informant 6). Informant 4, 5 og 6 beskriver at det å være ressursperson kommer oppå arbeidsoppgavene de allerede har. Det er de som ressurspersoner som har ansvaret for å gi opplæring videre til andre ansatte og nyansatte i deres bydel. På kontoret til informant 4 har de en demonstrasjons robot, som de ansatte kan herje og trykke litt på «dette gjorde at mange av mine kollegaer ble trygge på det ganske fort». Informant 6 sier at de også har en demomaskin som alle ansatte kan øve seg på og som de bruker i opplæringen av nyansatte.

I kommune B var det ressursgruppen, som beskrevet under struktur, som fikk grundig opplæring i 2-3 dager av Evondos. De sier det var «veldig bra opplæring». Det er disse som har tilgang til den administrative siden og skal kunne dette litt bedre enn andre. Evondos hadde også et kortere kurs med andre ansatte under piloten, i dag er det ressurspersonene som har opplæringen av andre ansatte og nyansatte. Informant 8 og 9 beskriver at det med å være ressursperson kom inn i deres stilling i tillegg til det de har av arbeidsoppgaver fra før.

I kommune C er det de ansatte i administrasjonen, i tillegg til informant 7 etter denne stillingen ble laget, som har fått opplæringen av Evondos og lærer det videre til førstelinjen. Informant 3 forklarer dette valget med at:

Vi har litt uheldige settinger med å ha leverandører ute hos tjenestene, for leverandører tenker i sin lille boble, mens kommunen er en stor helhet ifht rutiner osv, så må ha det store helhetsbildet. Det er ikke bare opplæring på den ene teknologien og hvordan den posen settes inn der, det er en helhet. Denne helheten kan ikke leverandørene gi, vi gjør en vurdering om hvordan funksjonalitet som skal tas i bruk i teknologien, det er ikke alltid slik at vi bruker all funksjonaliteten ved teknologien, dette vises jo i rutiner og vi kan ikke da ha leverandøren der som står snakker om alle muligheter som er.

Kommune C ved administrasjonsansatt informant 3 som er delaktig i opplæringen av de ansatte og nyansatte sier videre at:

Vi ser kanskje barrierene ved at det er vi som har opplæring, gjør at det er lettere å ringe oss enn support hos Evondos. Men vi vil så gjerne at barrieren skal være lav for å ta kontakt for at det skal bli implementert. For når du plages så blir det et

forstyrrelsesmoment og du vil bruke lengre tid og det vil henge med til neste gang, så vi er lett på tilbudssiden.

Opplæring av pasientene gjør samtlige av kommunene i hjemmet til pasientene. Videre forklarer samtlige informanter at robotene blir tatt i bruk samme dag de drar ut med robotene til pasientene for de har da fylt den med multidoserullene. Det varierer litt fra pasient til pasient hvor mange ganger de må være innom for opplæring etter de har fått roboten, men «Det er overraskende lett å få pasientene til å bruke dem. Tenker ofte vi må inn å være til stede på de neste medisintidningene, men som regel går det veldig greit og de lærer det fort» (Informant 8). Informant 7 «tror ikke hxn har vært borti at noen har trengt hjelp etter 1 uke». Når det gjelder pasientgruppen med kognitiv svikt, har informant 4 erfart at det kan være bra å «involvere pårørende i opplæringen, slik at de også kan drive med opplæring og motivering av pasientene». De andre informantene fra førstelinjen kommenterer også dette med å komme tidligst mulig inn med opplæringen med pasientgruppen med kognitiv svikt.

Informant 4 forklarer at:

I det siste har vi begynt å ta med ut demoroboten vi har på kontoret til pasientene, sånn at pasientene ser hvordan maskinen ser ut med en gang, og at de skal trykke på den knappen om det lyser grønt. Og det har vi sett har hatt en god effekt.

De andre informantene som har opplæring av pasientene sier de pleier å ta med et brosjyreskriv som har bilder og forklaringer av roboten, og at de forklarer at det bare er en knapp for pasientene å trykke på.

4.3 Adapsjon av teknologien

Denne koden handler om de momentene som er knyttet til hvordan kommunene utnytter teknologien i roboten til Evondos. Samtlige av kommunene beskriver roboten som enkel å ta i bruk i praksis, både for helsepersonell og pasientene. For de ansatte er det i hovedsak å sette inn multidoserull hver 14 dag, samt å følge opp det administrative systemet. For pasientene er det å trykke på en knapp. Det blir nevnt at det er flere justeringer og utvidet bruksområder for robotens teknologi basert på kreativitet og behovene til de pasientene de jobber med. Det samtlige av informantene nevner de gjøre av lokal tilpasning er å forsøke å endre klokkeslett på multidosen slik at den er best tilpasset pasienten sin døgnrytme og hverdag. Multidosene kommer fra apoteket med standardiserte klokkeslett, noe som kan være begrensende for den

enkelte pasient. Kommune C rapporterer at de arbeider proaktivt rundt denne tilpasningen, mens kommune A og B forespør denne tilpasningen dersom behovet oppstår og er nødvendig

I bydel 1 i kommune A trekkes det frem en ny funksjon som Evondos nylig har introdusert. Dette er en funksjon for en låsbar medisinsk boks - altså en boks inne i maskinen som gjør det mulig for førstelinjen å oppbevare medisiner hos pasienten trygt dersom de ikke selv kan bruke Evondos. Denne funksjonen benyttes hovedsakelig hos pasienter som har hatt medisinerroboten en periode, og som av ulike grunner, som f.eks. kognitiv svikt, ikke lenger er i stand til å ta medisinene på egenhånd. Begrunnelsen til bydelen for å fortsette å ha roboten hos pasientene til tross for at de må innom å bistå i forbindelse med medisineringen, er hovedsakelig at dette begrenser avvik med hensyn til medisinerings.

I bydel 2 forklarer informant 5 at de hos en pasient som sliter med misbruk har gjort endringer slik at hxn får ta ut alle medisiner for et helt døgn, "hxn må se at de ligger på kjøkkenbenken". Dette er en innstilling som heter reisemodus, som de kan endre på hos hver enkelt pasient ut fra behov.

Kommune B beskriver flere forhold der informant 8 og 9 har funnet løsninger litt «utenfor boksen» ved Evondos. De trekker blant annet frem et eksempel der de benyttet funksjonen som muliggjør det å « snakke » med maskinen og gi beskjeder til pasienter som roboten leser opp i deres private hjem. Denne funksjonen beskriver informant 9 at de benyttet til å lege et sår som er vanskelig å få til å gro:

Vi la inn meldinger om trening og aktivitet, så pasienten måtte opp å gå jevnlig. Vi er overbevist om at disse turene i stuen gjorde at såret ble raskere leget enn om pasienten hadde sittet i ro. Og da tenker vi at dette også sparte oss for masse arbeid (Informant 9).

Kommune C ved informant 7 sier at det alltid er en kartlegging av pasientene før de får tildelt roboten, hxn sier «pasienten skal ikke tilpasses roboten, roboten skal tilpasses pasienten». Et av tiltakene de har foretatt seg i kommunen, er som nevnt over å utfordre standard klokkeslett som blir skrevet ut på multidosene. Dette er ikke nødvendigvis noe som har direkte med Evondos å gjøre, da disse klokkeslettene kommer skrevet på multidosene fra lege og apotek. Informant 7 kartlegger nye pasienter som skal benytte Evondos sin døgnrytme. Dersom pasienten melder om en døgnrytme som ikke samsvarer med de standardene i klokkeslett som kommer på multidosen og definerer når Evondos-maskinen ber deg ta medisinen, går

ressurspersonen her i dialog med fastlege og apotek. Informant 7 informerer om at «det er enkelte medisiner som må gis til gitte tidspunkt, men for mange av medisinene er det mulig å få skrudd en time eller to på klokkeslettet de skal gis» dersom dette er formålstjenlig for pasienten.

4.4 Progresjon og utvikling

Denne koden dreier seg om på hvilken måte brukergruppen som kommunen tildeler medisinerobotene til har endret seg fra de startet implementeringsløpet og til i dag. Her spiller det inn ulike momenter, ettersom dette både dreier seg om føringer fra kommunen administrativt og hvordan førstelinjen kan ha endret rutiner, holdninger og lært underveis.

Når det gjelder administrasjonen rapporterer samtlige av kommunene at når de tok i bruk medisineringsrobotene hadde de bestemte tildelingskriterier som førstelinjen måtte forholde seg til. Samtlige av informantene bekrefter at når de tok i bruk Evondos var det et stort fokus på kvantitative gevinster i form av en kost/nytte vurdering. Samtidig melder alle informantene om at tildelingskriteriene har endret seg etter hvert som man har sett hvordan robotene kan brukes. Spesielt er det fokus på hvordan pasientens mestring og selvstendighet nå vurderes, og andre kvalitative resultater vektlegges. Informant 1 sier følgende:

Etter hvert har vi sett at det har en såpass god forebyggende effekt og andre effekter enn akkurat denne sparingen, så etter hvert ble kriteriene endret så det ikke kun gjaldt denne sparing effekten, men også andre faktorer som at brukerne ble mer selvstendige og tok medisinen når de skulle. Også det at man så at ved å komme i gang tidlig kunne man nyttiggjøre seg lenger ved at pasienten får bli kjent med roboten, mens pasienten har ressursene til dette. Så det har gått mer over til mer kvalitative gevinster enn det var i starten, og det gjør også at det blir flere tildelt.

Informant 7 bringer også et annet interessant tema på banen i med hensyn til kvalitative gevinster, nemlig hvordan den eldste pasienten de har hatt i kommunen har vært 97 år. Informant 7 beskriver hvordan mestringfølelsen til en 97-åring som mestret noe nytt ble oppfattet «Jeg har aldri sett et så glad menneske før. Også var hun så fornøyd med å ha en mann i huset igjen». Flere melder om mestringen pasientene føler over å selv kunne ta sine egne medisiner. Informant 3 trekker blant annet frem hvordan de hadde en bruker som ble veldig dårlig, og at de derfor måtte ta vekk roboten. Pasienten hadde da uttrykt «nå tar dere

vekk det eneste jeg kunne». Informant 4 forteller at pasienter allerede etter noen få måneder kommenterer ting som «Jeg kunne aldri vært uten den, den er min beste venn».

Videre trekker samtlige av kommunene frem at bruken av Evondos fører til mindre medisnavvik ved at riktig medisin blir gitt til rett pasient til rett tid. De trekker også frem at hjemmesykepleien sparer tid på å slippe og legge medisiner i dosett. En av de store gevinstene når det gjelder effektivisering i helsetjenesten er at pasienter med Evondos i dag ikke nødvendigvis trenger besøk av sykepleier i like stor grad, ettersom medisinene nå kommer fra roboten, kan helsefagarbeidere eller ufaglærte med medisinkurs hjelpe pasientene om de skulle ha spørsmål rundt medisinene. Dette gjør at kommunen kan allokere ressursene sine mer effektivt, og begrenser den pågående sykepleiermangelen i kommunen.

Når det gjelder progresjon har alle kommunene som deltok i studien hatt økning i antall roboter fra oppstart av prosjektet og til nå. For eksempel sier informant 3 fra kommune C, «Vi startet med Evondos våren 2017 med 30 roboter, og har i dag 117 roboter ute i tjenesten». På spørsmål om fremtidig utvidelse svarer informant 1, 2 og 3 alle at veksten i antall roboter har begynt å flate seg ut, uten av de nødvendigvis tror markedet er mettet, men derimot at de må utfordre markedet ved å prøve ut teknologien på nye brukergrupper og kontekster, slik som informant 2 sier «heller prøve en gang for mye enn for lite».

Viktigheten av å tørre å utfordre nåværende brukergrupper trekkes frem av alle kommunene. Det rapporteres videre om at flere av kommunene skulle ønske at førstelinjen var enda mer utfordrende i sin tilnærming til å prøve ut maskinene i nye brukergrupper. Informant 1 sier følgende «Det er lurt å bare prøve, også heller ta maskinen inn igjen hvis det ikke fungerer». Informant 2 beskriver «Skulle kanskje gjerne hatt noen i retur, som betyr at vi tør å pushe grensene og lære hvorfor de feiler, dette er jeg veldig åpen for, vi skal tørre å feile noen ganger for å lære hvorfor vi feiler».

I kommune A blir det nevnt av samtlige informanter at de prøver å utvide brukergruppen ved å prøve ut roboten hos forskjellige brukergrupper. Informant 1 sier at ved noen brukergrupper som eksempel utviklingshemmede kan lovgivningen gjøre det problematisk, fordi roboten:

Kommer inn under varsling og lokaliseringsteknologi siden det varsles når tablettene tas og da er lovgivningen problematisk for utviklingshemmede som gjør at man må i gang med tvangsparagrafer og ja. Så vi skal løse denne nøtta etter hvert, men vi har

ikke tatt de i bruk enda på disse institusjonene på grunn av denne problemstillingen (Informant 1).

Informant 4 fra bydel 1 forklarer at de ønsker å få ut flest mulig roboter. Informant 4 forteller at de ønsker å få ut robotene til pasienter tidlig, mens de enda greier ta multidosen selv, dette for at pasientene da lærer hvordan roboten fungerer og har den som en del av hverdagen før sykdomsforløpet blir forverret. Dette gjelder spesielt de med kognitiv svikt. Informant 4 trekker frem at Covid har økt behovet for antall roboter i enheten. Dette er fordi pårørende og pasienter var reddere for smitte enn tidligere og dermed ikke ønsker hjemmesykepleien mer inn i hjemmet enn absolutt nødvendig. Motivasjonen for å ta i bruk robotene har derfor vært større i denne perioden og enkelte har kun nå behov for robotene i relasjon til medisineringshåndtering «der vi har vært innom gjerne flere ganger daglig, men når de har fått roboten har vi kuttet ned til bare hver 14 dag» (Informant 4).

Informant 5 og 6 fra Bydel 2 bringer et viktig aspekt på banen, nemlig dette om at det er viktig at pasientene har behov for *assistanse* til medisineringshåndtering for å ha nytte av Evondos. Informant 5 og 6 forteller at de i deres avdeling jobber i stor grad med egenmestring, og bistår sine brukere med hensyn til veiledning i medisineringshåndtering før de vurderer Evondos som et alternativ. De har derfor en rekke pasienter i bydelen som har multidose, men som ikke har behov for Evondos da de selv mestrer og håndterer multidosen. Videre forteller informant 5 og 6 at de i deres enhet er utfordrende i å prøve ut maskinene på nye brukergrupper. De trekker frem eksempler fra rus og psykiatri der man på forhånd kan anta at en slik løsning kan være krevende for pasienter. Her har de flere eksempler på pasienter som med individuelle tilpasninger har kunne dra stor nytte av Evondos. Her har det også oppstått en uventet effekt «Med de misbrukerne har det fungert kjempebra og mye mindre telefoner til hjemmetjenesten med mas om når de kommer, for tidligere satt de jo og ventet» (Informant 5). Informant 5 beskriver også at de ønsker å prøve en gang for mye enn og ikke prøve, hxn forklarer at de har hatt noen pasienter som har forsøkt å bryte seg inn i roboten. «Da tar vi den inn igjen og sier at dette ikke går, men er de som har angret og kan få en sjanse til» (Informant 5).

I kommune B kom det frem en utfordring med hensyn til progresjon og utvikling fra informantene 2, 8 og 9. Den eneste forutsetningen for og i dag kunne benytte Evondos er at pasienten har multidose, utskrevet fra lege. Informant 2, 8 og 9 kommenterte at de i sin kommune har store utfordringer med å få tildelt multidose til alle de pasientene de mener

kunne ha nytte av Evondos, og forteller følgende «det er konsensus hos leger rundt at multidose ikke er helt gunstig» (Informant 8). Informant 8 er usikker på hva grunnen til dette er, men sier at et argument kan gjelde økonomi og at det «ikke er et salgssystem som tar for seg bruk av multidoser for leger» (Informant 8). Kommune B har forsøkt å løse denne utfordringen med å involvere fylkesoverlegen uten at dette har resultert i noen løsning. Ettersom kommunen selv ser store muligheter for å progresjon og utvikling dersom flere kan motta multidose, har de derfor begynt å se på alternative løsninger. Allerede i 2022 skal de i gang med et nytt pilotprosjekt for å ta i bruk en medisinrobot som ikke krever multidose, men som man derimot på tradisjonell måte doserer medisinene i før man tar den ut til brukeren.

Informant 2 trekker blant annet frem et relativt nytt tilfelle, der de ser på muligheten for å benytte Evondos hos en LAR⁵ pasient som ønsker å være i fred. Forsøket går ut på følgende «vi har da en ide om å sette opp kamera på siden av roboten for å vise at medisinen blir tatt, for det står ofte i vedtaket at det må overvåkes når den blir tatt» (Informant 2). Her er det selvsagt hensyn som må tas med hensyn til lov om overvåkning, men et kreativt løsningsforslag basert på en pasient sine ønsker.

Informant 9 forteller hvordan Evondos sin robot har bistått dem til å bedre kunne behandle en pasient med Parkinson. Dette er fordi denne diagnosen krever at medisiner blir gitt punktlig, og dette har direkte innvirkning på pasientens helse. Informant 9 trekker frem et konkret eksempel på hvordan de har en pasient som faktisk har fått bedre fysisk form som resultat av ibruktakningen av roboten. Informant 2 trekker også frem hvordan dette påvirker pårørende for de pasientene som har medisineringsrobot:

De [pårørende] blir da trygge på at de [pasienten] får medisiner, også om pasienten bor med noen kan den pårørende gå ut å vite at medisinen blir gitt. Så det har gitt lettelse og mer frihet til ektefeller, de vet de nå kan gå på jobb eller i butikken siden de nå ikke trenger passe så mye på medisinen (Informant 2).

Kommune C ved informant 3 hadde følgende utsagn under intervjuet:

⁵ Legemiddelassistert rehabilitering

Vi kan prøve robotene innenfor alle pasientgrupper, jeg tror dette er litt av nøkkelen til suksess, å ikke låse seg til en pasientgruppe. Ja vi skal prøve medisineringsstøtte til de med psykiske utfordringer, eller ja vi skal prøve medisineringsstøtte med de med kognitiv svikt, for det legger så store begrensninger på det at du får egentlig ikke prøvd det i et stort nok omfang til å se om det lykkes. Hos oss er det behovet til brukeren som styrer det, ikke hvilken tjeneste brukeren har.

Når det gjelder reaksjoner fra de ansatte og brukerne ved implementeringen av den nye roboten forteller informant 3 blant annet følgende «Det er som regel helsepersonell som er det største hinderet, ikke pasient eller pårørende». Informant 3 kommenterer videre at denne skepsisen gradvis har blitt mindre etter hvert som helsepersonellet ser at «pasientene tar livet sitt tilbake».

4.5 Involvering med tjenesteleverandør

Denne koden omhandler involvering mellom Evondos som tjenesteleverandør og kommunene, både administrativt og hos førstelinjen. Samtlige informanter sier at Evondos er veldig hjelpelige, har et godt supportteam, god brukerveiledning, at de er involvert når det gjelder gevinstrealisering og hjulpet med å finne gevinster med å sette i verk Evondos. Videre forteller kommune A og B at på Evondos sitt initiativ har de flere årlige statusmøter hvor Evondos gjerne kommer til kommunen, de tilbyr ekstra opplæringskurs eller annet som måtte trengs. «Så de er en leverandør som er veldig tett på» (Informant 1). Informantene fra førstelinjen i kommune A og B sier at de kan ringe om den minste ting og at de opplever at ingen spørsmål er dumme, «slik har det vært siden starten og er slik fremdeles i dag» (Informant 6). Flere av informantene beskriver at om de har hatt problemer, er Evondos på for å komme med råd og hjelp.

Informant 9 fra kommune B sier at «vi føler oss veldig ivaretatt, det gjør vi». De har kunne gitt tilbakemeldinger til Evondos om det skulle være noe, informant 8 sier:

Evondos har endret noe underveis blant annet reisemodus, for denne klaget vi på, det var for langt intervall på den, til at vi turte å sette reisemodus hos enkelte brukere. Dette ga vi tilbakemelding på, så ble det endret til at vi kunne velge varighet på reisemodus. Så dette var kjempebra. Vi føler vel at i oppfølgingsmøter eller annet

generelt så blir vi lyttet til. De gjør jo ikke alt vi sier, men de hører på oss, så vi tar kontakt om det skulle være noe.

I kommune C forklarer informant 3 at:

Sett fra et administrativt perspektiv så hadde vi litt problemer med Evondos som leverandør i begynnelsen, for de var sykt på, og hadde en plan for implementeringsløp. Vi var uvant på at leverandørene var så godt forberedt ifht et implementeringsløp. Sånn at vi har en egen metodikk for hvordan vi gjør ting, og den gjorde at Evondos satt litt sjakk matt for vi skulle ikke ha hjelp til noen ting.

Det har også blitt nevnt av flere av informantene at det på hver robot står nummer til Evondos support, som er imøtekommende og hjelpsomme. På innsiden av alle robotene er det et kamera som support i Evondos kan fjernstyre, så dette har for flere vært til god hjelp om eksempel en multidose har satt seg fast inne i roboten. «Evondos har tatt på alvor at det er viktig at det fungerer» (Informant 1).

I kommune C er det kun de som arbeider administrativt som har kontakt med Evondos, men førstelinjen kan ringe til Evondos sin support om det er noe galt med robotene. Men som nevnt under opplæring ser informant 3 og 7 at det for noen i førstelinjen er lettere å ringe til dem enn til Evondos support, dette handler nok om at det er de (informant 3 og 7) som har hatt opplæringen. Det samme sier også informantene fra kommune B, at de ute i førstelinjen ofte ringer til dem informant 2, 8 eller 9 i stedet for support om de har spørsmål. Informant 2 forteller at ofte når hxn får henvendelser må hxn selv ringe til Evondos support for å få svaret og håper alle med tiden blir flinkere til å kontakte Evondos support direkte.

5 Analyse og diskusjon

I teorikapitlet gjorde vi rede for en rekke teoretiske begreper vi mener er relevante for vår analyse og diskusjon av empiri. Gjennom å arbeide oss gjennom SDI-modellen har empirien ledet oss til erkjennelsen av at funnene våre best kan forstås i et translasjonsteoretisk perspektiv. Denne vurderingen er basert på at vi mener resultatene våre gir grunnlag for å anta at translatøren har stor betydning for gjennomføringen av implementeringen, og derav ibruktakningen av velferdsteknologien. I følgende diskusjon vil vi drøfte de temaene som ble presentert i resultatkapitlet vårt med utgangspunkt i et overordnet translasjonsteoretisk perspektiv, og herunder forklare hvordan resultatene fra de ulike kommunene er eksempler på ulike implementeringsteorier og hvilke følger dette kan ha fått for resultatene.

5.1 Organisatorisk struktur

Når de gjelder den organisatoriske strukturen i kommune A, B og C eksisterer det noen fellestrekk som oppsummert i resultatene. Samtlige av kommune har ressurser både på administrativt nivå og i førstelinjen som er dedikerte til implementeringen av Evondos. Det eksisterer derimot store variasjoner i mengde ressurser de ulike kommunene har, hvordan rollene er fordelt i den enkelte kommune, og variasjoner når det gjelder hvordan implementeringen har foregått som prosess i de ulike kommunene.

Kommune A

I kommune A rapporteres det om variasjoner internt i kommunen i de ulike bydelene med hensyn til hvordan implementeringsprosessen har vært strukturert. Ut fra et translasjonsteoretisk perspektiv er det her sentralt å trekke frem hvor i implementeringsprosessen avvikene mellom bydelene finner sted.

Når det gjelder oversettelsen av Evondos sin organisasjonsoppskrift er det to sentrale ledd: det ene er dekontekstualiseringen som foregår når informant 1 henter ut ideen fra Evondos. Det andre leddet er når organisasjonsoppskriften kontekstualiseres inn i den enkelte kommune. Dekontekstualiseringsprosessen foregår på et administrativt nivå, ved at respondent 1 henter ut ideen fra Evondos. Det er i etterkant av denne prosessen vi ser variasjoner mellom bydel 1 og 2:

- I bydel 1 oversettes på dette tidspunktet ideen gjennom translasjon fra administrasjonen til førstelinjen. For å styrke denne translasjonsprosessen er den

administrativt ansatte tilstede ute i bydelen de første månedene for å bistå med implementeringen av robotene som en del av tjeneste leveransen. Det blir etablert ressurspersoner i førstelinjen som får god opplæring av den administrative translatøren, og hvor disse aktørene samarbeider tett i innføringsfasen (2-3 mnd).

- 1 bydel 2 beskriver informantene rapporteres det om lite involvering fra administrasjonen, og de har ikke hatt noen ekstra ressurser utover de definerte ressurspersonene til å bistå i innføringsfasen.

Variasjonene ovenfor kan forklares med at bydel 1 startet som et pilotprosjekt, og at de derfor fikk ytterligere ressurser tildelt ved implementeringen enn bydelene som kom etter piloten. De ulike ressursallokeringene skyldes at pilotprosjektet i kommune A er definert som et eget prosjekt.

Implementeringsteoretisk kan vi forstå situasjonen som utspiller seg ulikt i de ulike bydelene. I bydel 1 (informant 4), ser det nærmest ut til at implementeringsprosessen har vært et eksempel på rask tilkobling gjennom deres rapporteringer om at teknologien ble raskt tatt i bruk i stort omfang. Derimot, i bydel 2 (informant 5 og 6) ser det ut til at ideen har spredd seg i organisasjonen i tråd med det Røvik (2015) beskriver som virusteorien. Her snakker informantene om hvordan robotene måtte passe inn i deres måte å jobbe på, og hvordan antallet roboter de har i bruk gradvis har utviklet seg. Det er mulig å forstå variasjonen i reaksjonene ved implementeringen gjennom at bydel 1 var med i et pilotprosjekt og derfor trolig fikk bedre opplæring og oppfølging i forbindelse med oppstart. En annen måte å forstå disse funnene på, er at bydelene rett og slett har stor grad av selvbestemmelse i hvordan de utøver tjenester til sine brukere. Slik vi forstår informant 1 fra administrasjonen, har kommunen lagt lite bestemte føringer for hvordan den enkelte bydel skal implementere robotene. En kan derfor tenke seg at dette er et eksempel på hvordan translatøren i denne kommunen kjenner konteksten hxn skal oversette til godt. Ved at hxn har kjennskap til de ulike variasjonene i bydelene, og deres ulike behov, ser det ut til at kommunen har gitt bydelene den nødvendige friheten de trenger for å kunne implementere robotene på en god måte. Begge bydelene har i dag et høyt antall roboter i bruk, til tross for at både strukturen og bruksområde de benytter det på varierer.

Kommune B

Kommune B har flere likhetstrekk med hensyn til struktur som kommune A. Likhetstrekkene gjelder hvordan kontekstualiseringsprosessen har foregått likt for hele kommunen, mens kontekstualiseringsprosessen i de ulike enhetene i kommunen har foregått ulikt. Kommune B skiller seg fra kommune A ved at de har et tydelig strukturelt skille mellom helse og teknologi i sin organisasjon, og kommunen har selv definert balansen i samspillet mellom teknologi og helse som en avgjørende suksessfaktor for implementering av velferdsteknologi i kommunen.

Kommune B er en mindre kommune, og trekker derfor frem viktigheten av at Evondos har et ferdig implementeringsløp å tilby kommuner som tar i bruk deres tjeneste. Kommune B er derfor den kommunen som formidler at de har adaptert hele implementeringsløpet slik det er foreslått av Evondos.

Kommune B er delt inn i ulike enheter, og beskriver at kontekstualiseringsprosessen i de ulike enhetene har ledet variasjon av ibruktakningen av teknologien i de ulike enhetene. Vi intervjuet informanter fra 2 enheter i kommunen. De informerer om at pilotprosjektet i kommunen ble gjennomført på enhetene de jobber i, altså var de begge en del av pilotprosjektet. Derimot rapporterer de om lavere ibruktakning blant enhetene som ikke deltok i pilotprosjektet. Forskjellen i kontekstualiseringsprosessen mellom kommunene som deltok i pilotprosjektet og ikke omfatter følgende:

- Deltakere i pilotprosjektet: Det ble etablert en ressursgruppe med representanter fra fag, administrasjon og superbrukere som jobbet tett i innføringsfasen av teknologien i hjemmetjenesten for å sikre godt samarbeid.
- Resterende enheter i kommunen: Deltok aldri i noen ressursgruppe, og samarbeidet med de enhetene som deltok i pilotprosjektet forekommer sporadisk og på eget initiativ.

I likhet med kommune A, ser det ut til at også kommune B har hatt ytterligere ressurser til rådighet i pilotprosjektet enn ved «full-skala implementering». Dette kan forklare variasjonene av ibruktakningen av velferdsteknologien mellom de ulike enhetene.

Kommunen er her delt inn i det de definerer som enheter, som er separate enheter med ansvar for ulike avdelinger i hjemmesykepleien. Det beskrives at det er ulik grad av ibruktakning av Evondos i de ulike enhetene.

Når det gjelder kommune B er det viktig å bemerke at variasjonene av ibruktakning i de ulike enhetene også kan skyldes en lokal utfordring. De har store utfordringer med å få enkelte fastleger til å skrive ut multidoser til sine pasienter. Ettersom enhetene er delt inn geografisk, kan de ulike gradene av ibruktakning skyldes denne utfordringen. Selve utfordringen kommer vi tilbake til under temaet utvikling og progresjon.

Den administrative translatøren i denne kommunen har en noe forskjellig profil fra de andre translatørene vi har intervjuet. Kommunen synes å ha adressert det vi nevner innledningsvis i denne studien, nemlig at helsepersonell uttrykker frustrasjon over å bli tildelt teknologi de ikke vet hvordan de skal håndtere (Lundberg, 2022; Nilsen et al., 2016; Corneliussen & Dyb, 2017). Translatøren, informant 2, har en teknisk rolle der han i tillegg til å være ansvarlig for implementering av Evondos, også har et teknisk ansvar for at helsepersonellet som skal benytte teknologien opplever ibruktakningen og vedlikeholdet som en sømløs prosess. Kommunen har gjennom dette fokusert helhetlig ved å se på teknologi og helse i sammenheng når de foretar implementeringsprosessen. Deres organisering samsvarer med suksesskriterier tidligere studier har adressert om behovet for tverrfaglig kompetanse på helse og teknologi i implementeringsprosesser (Lo et al., 2019, s. 18).

Kommune C

I resultatene fra våre intervjuer kommer det frem at kommune C har en ulik struktur når det gjelder implementering av velferdsteknologi enn kommune A og B. Det er likhetstrekk ved enkelte momenter i implementeringsløpene, men et klart skille i hvordan de ulike kommunene tenker om struktur. Kommune C har selv definert en struktur for hvordan de skal implementere *alle* typer velferdsteknologi, og agerer på samme måte uavhengig av hvilken leverandør de jobber mot. Videre rapporteres det i kommune C ikke om variasjoner når det gjelder ibruktakningen i ulike enheter eller bydeler.

Dekontekstualiseringen foregår i kommune C ved at de trekker ut de momenter ved teknologien som ansees som viktige for implementeringsløpet, og således kontekstualiseres disse inn i kommunens egne implementeringsløp. Denne prosessen foretas av den administrative translatøren som er ansatt i forvaltnings og utviklingsteamet. Videre er kommunen særlig fokuserte på at det er de som er translatørene av samtlige prosesser i implementeringsløpet, og således eier implementeringsprosessen. Det er derfor kun

administrativt ansatte som er i kontakt med leverandøren i når det gjelder implementeringsprosessen og opplæring.

Hvorfor kommune C tar dette valget begrunnes av at de best kjenner sin egen tjeneste og har det store helhetsbilde av hva som trengs. Ved at translatørene i teamet har fått opplæring av ansatte i Evondos og vet hvor medisineringsroboten skal til, fremstår det som at kommune C sine translatører har god kunnskap for å kunne tilby opplæringen videre til førstelinjen.

Translatørene i kommune tre tar med andre ord på alvor at de må tilegne seg informasjon om ideen som skal oversettes og dens egenskaper, for å kunne gjøre en god oversettelse til egen kontekst. Translatørene foretar her en oversettelse, som i implementeringen fører til at ideen omsettes med basis i det Røvik (2015) definerer som oversettelsesteori.

Sammenligning

I en implementeringsteorisk kontekst kan vi forstå variasjonene av strukturen kommunene definerer gjennom de ulike antakelsene til hva som skjer når en organisasjonside blir innført i en ny organisasjon. I kommune A og B kan vi tydelig se hvordan ideen sprer seg i organisasjonene som et virus, mens derimot i kommune C ser vi hvordan konseptet spres etter det Røvik (2015) definerer som oversettelsesteori. Dette vil si at selve ideen omformes, og at en organisasjon adopterer den kun stykkevis og ikke i sin helhet. Grunnen til at vi påstår at dette er et eksempel på oversettelsesteori, heller enn et mutert virus, er nettopp hvordan det kun er de «stykkene» av implementeringsløpet Evondos har etablert som adopteres i kommune C, og at dette utvalget er et nøye gjennomtenkt valg drevet frem av translatørene i kommunen.

Det er ovenfor gjort rede for likheter og forskjeller mellom kommunene med hensyn til struktur som kan forklare variasjonene mellom kommunene og innad i den enkelte kommune. I likhet med tidligere studier, tyder også våre funn her på at ressurser kommunen har satt av synes å være en avgjørende faktor for ibruktakningen av velferdsteknologien (Solberg, 2019, s. 69; Remo & Aarø, 2015, s. 115). Vi har gjort rede for de ulike ressursallokeringene i pilot og fullskala implementeringer, og hvordan det er nødvendig at implementeringen av teknologien følges opp av translatørene i en lenger periode. Kommune C er den eneste kommunen som har en definert ressurs som er ansvarlig for oppfølgingen av implementeringen i førstelinjen. Ettersom kommune C er den kommunen som scorer høyest når det gjelder ibruktakningen av antall roboter, er det grunnlag for å si at våre resultater

støtter Stokke sine påstander om at oppfølgingen av teknologien er en essensiell del av implementeringen (Stokke et al., 2019, s. 18).

5.2 Opplæring

Kommune A, B og C rapporterer alle at de får opplæring av leverandøren Evondos ved ibruktakningen av robotene som en del av sin tjeneste. Samtlige av kommunene rapporterer at Evondos er tilgjengelige for kurs, e-læring og videre opplæring der det er nødvendig. Den største variasjonen når det gjelder opplæring er *hvem* som mottar opplæringen i de ulike kommunene. Videre eksisterer det variasjon når det gjelder hvordan kommunene videreformidler opplæringen til de ansatte i førstelinjen. En tydelig likhet mellom kommunene er at de alle har definerte ressurspersoner i førstelinjen som er ansvarlige for opplæringen av førstelinjen.

Kommune A

I kommune A er dagens situasjon når det gjelder opplæring ulik den situasjonen som eksisterte under pilotprosjektet. I diskusjonen vil fokusere på dagens situasjon da det ikke foreligger grunnlag til å si noe om det som foregikk i pilotprosjektet har ledet til varige variasjoner mellom bydelene. I dag er det ressurspersoner fra førstelinjen som deltar på kurs hos Evondos. Fra et translasjonsteoretisk perspektiv er dette sentralt ettersom *hvem* som er translatøren av organisasjonsideen skifter fra å være en administrasjonsansatt under denne kategorien og til å være de enkelte ressurspersonene som deltar på opplæring hos Evondos.

I begge bydelene er det ressurspersoner som deltar på kurs hos Evondos og som deretter har ansvar for å videreformidle det de lærer til de andre ansatte i førstelinjen. Når vi vurderer dette ut fra translasjon, er det sentralt å trekke frem at ved denne strukturen når det gjelder opplæring, vil det være mange ulike translatører i kommunen. Dette kan medføre at opplæringen vil få ulikt utslag avhengig av hvem som er ressurspersonen i den enkelte bydelen. En av handlingene bydelene i dag gjør ulikt er hvordan de bruker demomaskiner i opplæringen. I begge bydelene har de demomaskiner på kontoret, men i bydel 1 tar de demomaskinen med ut til pasientene før de går i gang å benytte teknologien hos den enkelte. Dette gir sluttbrukeren anledning til å venne seg til maskinen og forberede seg. Når det gjelder dagens opplæring kan vi i våre resultater ikke finne noen betydelige ulikheter mellom bydelene som kan forklare variasjoner.

Kommune B

I kommune B, i likhet med kommune A, er det ressurspersonene fra førstelinjen som deltar på opplæringskurs hos Evondos. Heller ikke her er administrasjonen involvert i opplæringen fra Evondos, og således er det ressurspersonene som har rollen som translatører. Der kommune B derimot skiller seg fra kommune A er ved at translatøren (administrasjonen) har tatt på alvor viktigheten av at førstelinjen er i stand til å mestre teknologien for at den skal bli tatt i bruk. Resultatene viser til at translatøren her gjør det de kan for å legge til rette for at det teknologiske i løsningen skal være så enkelt å forstå som overhodet mulig, slik at førstelinjen unngår situasjoner ute hos bruker der det er utstyr som ikke virker.

Det er to poeng som er særlig interessante å trekke frem når det gjelder opplæring hos kommune B. Det ene er at informant 8 og 9 uttrykker at det er stor variasjon i hvor mange medisineroter som er tatt i bruk i de ulike enhetene. Dette kan forklares ved at det kun er ressurspersonene som skal på opplæring hos Evondos og deretter videreformidle til andre i hjemmetjenesten. For at dette skal fungere god, stilles det krav til at translatøren (som her er ressurspersonene) da klarer å videreformidle fra tjenesteleverandør og til ansatte i hjemmetjenesten. Dette kan variere avhengig av hvem som foretar oversettelsen.

Det andre interessante er hvordan informant 2, translatøren, trekker frem viktigheten av at de ansatte mestrer teknologien før de tar den ut til bruker, uten at det er noe konkret opplæringsløp for førstelinjen med hensyn til mestring av teknologien. Her bærer det preg av at kommunen tydelig har adressert et risikomoment ved implementeringen, men uten at translatøren har foretatt noen grep for å inkludere dette som en del av translasjonsprosessen.

Kommune C

Kommune C er det de administrativt ansatte som mottar opplæringen fra leverandøren. Det betyr at translatøren i kommune C er den samme når det gjelder opplæring som på de resterende temaene vi har definert som faktorer som påvirker implementeringen og ibruktakningen av velferdsteknologien. Etersom det er administrasjonen selv som gjennomfører opplæringen og videreformidler dette til de ansatte i førstelinjen, styrker dette sannsynligheten for at det vil være *lik* translasjon av ideen for alle mottakerne i førstelinjen.

Det betyr med andre ord at samtlige enheter eller bydeler i kommune C har samme forutsetning for implementering når det gjelder opplæringen de mottar.

Videre er det her sentralt å kommentere at kommune C gjennomfører opplæringen etter samme struktur uavhengig av hvilken teknologi de implementerer. Dette fører til at ansatte i førstelinjen kjenner godt til implementeringsløpet og ikke trenger å sette seg inn i et nytt opplegg fra gang til gang.

Måten kommune C har valgt å strukturere og gjennomføre opplæringen av teknologien representerer at de har tatt et tydelig eierskap til implementeringsprosessen. Dette fører til at de automatisk får bedre kunnskap om teknologien som skal implementeres ettersom de skal videreformidle dette til andre ansatte. Faren ved en slik tilnærming, der de selv er oversettere fra leverandør, og til førstelinjen, kan være at når oversettelsen skjer gjennom flere ledd, fører dette til at viktig informasjon kan gå tapt i oversettelsene. For å unngå for mange involverte i prosessen, har kommunen en egen prosjektstilling etablert der det er en ansatt som tar seg av denne prosessen. Det kan videre stilles spørsmål ved om dette velfungerende systemet de har etablert dermed er personavhengig. Slik vi oppfatter kommunen underveis i intervjuet virker det derimot som om dette er problemstillinger de har tenkt nøye gjennom, og bygget en struktur som skal nå lenger enn enkeltpersoners roller.

Sammenligning

Når det gjelder opplæring har samtlige av kommunene sendt noen på opplæring hos tjenesteleverandøren. Kommune C skiller seg fra kommune A og B ved at de kun sender administrasjonen på denne opplæringen, mens kommune A og B sender ressurspersoner (fra førstelinjen). Dette fører til at translatøren når det gjelder opplæring blir ulike ledd i de ulike kommunene. I kommune C er det fremdeles den administrativt ansatte som innehar rollen som translatør, mens i kommune A og B er rollen translatør her flyttet fra administrasjonen og over på ressurspersonene.

Videre bemerker kommune C at når personer fra førstelinjen trenger bistand i etterkant av implementeringen, for eksempel dersom det er noe galt med en maskin, kontakter de som regel enten ressurspersonen eller administrasjonen fremfor å ta direkte kontakt med tjenesteleverandøren. I kommune A og B, dog i varierende grad, rapporteres det om at de ansatte i førstelinjen i økende grad har blitt flinke til å ta kontakt direkte med Evondos dersom de har behov for teknisk bistand på maskinene. Denne variasjonen kan skyldes at det i

kommune A og B er etablert en relasjon mellom ressurspersonene og Evondos gjennom opplæringen som har funnet sted. Det kan derfor være grunn til å tro at avstanden mellom tjenesteleverandør og førstelinjen oppleves som mindre i disse kommunene, enn i kommune C, som bevisst holder tjenesteleverandørene på «en armlengdes avstand» som en del av sin implementeringsstrategi.

Når det gjelder temaet opplæring er det en sentral faktor som kan forklare variasjonen mellom kommune C og de to andre kommunene når det gjelder ibruktakningen i av teknologien. Kommune C har definert og investert i en prosjektstilling som hele sitt årsverk allokert til å bistå med implementering av velferdsteknologi. For kommune C er det denne personen (i tillegg til flere) som er ressurspersonen i førstelinjen. Derimot, har A og B, kun ressurspersoner som har fått tildelt et opplæringsansvar i tillegg til sine vanlige oppgaver. Remo og Aarø fant i sin studie av hvordan velferdsteknologi ble tatt i bruk i kommunene at det var helt nødvendig at det må prioriteres ressurser til «de nye oppgavene», og at dette ikke kun kan komme i tillegg (Remo & Aarø, 2015, s. 115). Det er derfor grunn til å tro at ressursprioriteringen som er foretatt i kommune C kan være en avgjørende faktor til hvorfor denne kommunen har fått høyest score når det gjelder ibruktakningen av velferdsteknologi.

5.3 Adapsjon av teknologien

Som beskrevet i resultatene er fremstår teknologien til Evondos sin robot som enkel å ta i bruk og bærer preg av å være lett oversettbar. Den er eksplisitt ved at den kommer med en tydelig instruksjon til bruk, lite kompleks ved at teknologien er godt beskrevet mellom tjenesteleverandør og mottaker, og lite innvevd ettersom intensjonen med roboten er at nye kommuner skal ta den i bruk og opplæringsmateriell dermed er lett tilgjengelig.

Samtlige av kommunene rapporterer at teknologien er lett å ta i bruk og at de benytter standardfunksjonene likt. Målsetningen med ibruktakningen av robotene er å få ned antall besøk hos brukere som har behov for medisineringsstøtte. Dette temaet dreier seg om de tilpasningene/ adapsjonen den enkelte kommune gjør utover bruken av standardfunksjonene. Her eksisterer det variasjoner mellom kommuner, og internt i kommunene. Kommune A og B har sporadiske, men kreative adapsjoner av teknologien, mens derimot kommune C har en bestemt tilnærming for tilpasning av adapsjonen de benytter hos samtlige brukere før ibruktakningen av teknologien.

Når det gjelder adaptasjonen av teknologien er det førstelinjen, ressurspersonene, som innehar rollen som translatører da det er disse som hovedsakelig gjør vurderingene med hensyn til hvem som egner seg som mottakere for robotene.

Kommune A

Informantene i kommune A fra to ulike bydeler rapporterer at standardfunksjonene til Evondos benyttes tilsvarende, men beskriver ulike situasjoner der de håndterer adaptasjon av teknologien ulikt.

- I bydel 1 rapporteres det om liten tilpasning av teknologien for den enkelte. Informant 4 fokuserer på at det i bydel 1 er stort fokus på å ta i bruk Evondos sin låsbare medisinboks og hvilke muligheter dette gir for å begrense medisinavvik hos brukerne.
- I bydel 2 rapporteres det om at bydelen utfordrer teknologien mot enkelte brukere, særlig innenfor rus og psykiatri. Informant 5 og 6 trekker frem et eksempel der de har forespurt Evondos om å låse ut medisinene for en dag av gangen for en pasient som føler trygghet ved å se medisinene tilgjengelig fremfor seg de kommende 24 timene. Dette er et eksempel på en pasient som ikke ville kunne benyttet Evondos kun med standardfunksjonalitet.

I kommunen fremstår det som at disse adaptasjonene er eksempler på ressurspersonenes kreativitet i de enkelte bydelene heller enn en systematisk tilnærming til teknologien. Eksemplene representerer en reaktiv holdning der brukerbehovene har oppfordret ressurspersonene til å handle, heller enn at ressurspersonene har arbeidet proaktivt med adaptasjon.

Det er her naturlig å trekke inn at Evondos-maskinen er på leasingavtaler fra leverandøren og derfor har en månedlig kostnad når de er i bruk. Kommunen må derfor ta en vurdering her med hensyn til om det er mest hensiktsmessig å gjennomgå rutiner for medisineringsavvik, eller om det er formålstjenlig å leie medisinroboter kun for å fungere som en "låsbar boks".

Kommune B

Kommune B rapporterer på linje med kommune A at standardfunksjonaliteten er det som oftest benyttes når robotene implementeres. Kommune B, i likhet med kommune A, arbeider reaktivt når det gjelder å tilpasse teknologien gjennom adaptasjon. Også i kommune B finner vi

gode eksempler på hvordan den enkelte ressurspersonens kreativitet bidrar til adaptasjon av teknologien.

Kommune B trekker frem et eksempel der de har benyttet Evondos som kommunikasjonskanal hos en pasient som hadde et sår som ikke vil gro. Her brukte kommunen roboten til å minne pasienten på å bevege seg x antall ganger daglig, hvilket medførte at såret grodde. Basert på denne erfaringen har ressurspersonene nå begynt å se på utvidelser og adaptasjoner av teknologien. Disse adaptasjonene gjelder hos pasienter som allerede er brukere av roboten til medisineringsstøtte.

Her har kommunen utvidet bruken av Evondos til også å være en kommunikasjonsrobot, og ikke bare en medisineringsdispenser. Dette er et eksempel på virusteori, og hvordan ideen muterer over tid (Røvik, 2007, s. 355-356). Det som i dette tilfellet startet som en bruker som mottok medisineringsstøtte via en maskin, har endt opp med å bli en situasjon der maskinen bistår vedkommende langt utover tiltenkt bruksområde.

Kommune C

Kommune C, til forskjell fra kommune A og B, rapporterer at de jobber proaktivt med tilpasning av teknologien til den enkelte tjenestemottaker. Før ibruktaking av en ny robot ute hos en pasient, reiser ressurspersonen, translatøren, ut til pasienten for å kartlegge hans døgnrytme og hverdag. Deretter ser ressurspersonen på hvilke muligheter for tilpasninger som finnes for at roboten skal passe best mulig hos den bestemte brukeren. Dette gjelder i hovedsak tilpasning av klokkeslett på multidoser.

Kommune C har her tilpasset teknologien slik at det legges til rette for at flere brukere blir fornøyde med resultatet, og dermed opplever en god oversettelse fra translatøren. Her fremstår kommunen som proaktiv og kreativ ved at de kommer i forkant av utfordringer brukeren må oppleve ved at roboten utfordrer deres vanlige døgnrytme. Ved å trekke denne analogien lenger, kan man si at brukeren også her kan oppleve en form for mestring og kontroll over egen hverdag når de får være med å bestemme premissene for tjenesteleveransen.

Sammenligning

Det er liten variasjon mellom kommunene når det gjelder bruken av standardfunksjonaliteten til Evondos. Kommune C, skiller seg fra kommune A og B ved at de jobber proaktivt med

adapsjon av teknologien. Dette kan være en måte å forstå variasjonene om hvorfor kommune C har bedre resultater når det gjelder ibruktakningen av teknologien enn kommune A og B.

Med hensyn til adapsjon av teknologien forteller samtlige av kommunene at det er førstelinjen, her ressurspersonene, som jobber tettest med brukeren og derfor har best forutsetninger for å avgjøre om den enkelte kan benytte Evondos. Det er altså i alle kommunene ressurspersonene som har rollen som translatører. De lokale variasjonene tyder mer enn noe annet på at translatørene har god kjennskap om *sin lokasjon*, altså *lokal kunnskap*, som gjør oversettelsen tilpasset den konteksten den skal inn i ettersom alle kommunene har eksempler på lokal tilpasning av teknologien.

5.4 Progresjon og utvikling

Temaet progresjon og utvikling, som beskrevet i resultater har to komponenter. Delvis er utviklingen her styrt av de administrative føringene kommunen legger med hensyn til tildelingskriteringer for hvem som skal få robotene, og delvis er det styrt av hvordan den enkelte kommune tar i bruk teknologien innenfor flere brukergrupper over tid.

Når det gjelder tildelingskriteriene er det her administrasjonen som er translatøren av organisasjonsideen ettersom de videreformidler til ressurspersonene hvem som er kandidater for å motta robotene basert på kriteriene. Over tid har disse tildelingskritene utviklet seg fra å omhandle kvantifiserbare gevinster, til å nå i samtlige kommuner dreie seg om et helhetsfokus og kvalitative resultater.

En endring som trekkes frem av alle kommunene i studien er hvordan den enkelte tjenestemottakers mestringsfølelse er blitt en sentral del av vurderingen for om vedkommende er en god kandidat for teknologien. Dette kan forklare hvorfor samtlige av kommunene i studien ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder ibruktakningen av teknologi, ettersom samtlige rapporterer å tildele på annet enn kvantifiserbare kriterier.

Samtlige av kommunene rapporterer at de har hatt en økning i antall roboter fra de startet med pilotprosjektene og til dagens status. Økningen rapporterer å ha vært brattere den første tiden etter innføringen av robotene, og den senere tiden flatet mer ut. Samtlige av kommunene tror ikke det endelige potensialet når det gjelder ibruktakningen er nådd i sin kommune.

Når det gjelder variasjonene mellom kommunene og internt i den enkelte kommune, skyldes dette translasjon fra ressurspersonene og ikke fra administrasjonen. Dette kan vi hevde ettersom føringene i den enkelte kommune er like fra administrativt nivå, og det er fra ressurspersonene og til sluttbrukeren variasjonene vi finner har oppstått.

Kommune A

I kommune A beskriver informanten fra Bydel 1 og 2 ulike tilnærming til hvordan de tenker i med hensyn til bruksområde av teknologien. Bydelene skiller seg på følgende måte:

- I bydel 1 har det vært et stort fokus på komme i gang med medisinerrobotene hos brukerne på et tidlig stadium, slik at brukerne kan vende seg til robotene på et tidlig stadium i sitt sykdomsforløp. Bydelen rapporterer interessante observasjoner med hensyn til at ibruktakningen har gått i et raskere tempo under Covid-19 pandemien ettersom flere pasienter har ønsket å begrense besøkene fra hjemmetjenesten. Dermed har terskelen for ibruktakning hos noen av pasientene vært lavere i denne perioden, og ført til større motivasjon for å ta teknologien i bruk hos tjenestemottakerne.
- I bydel 2, er det fokus på hvorvidt en medisinerrobot er det beste alternativet for sluttbrukeren. I denne bydelen jobbes det aktivt med *veiledning* i medisiner gjennom at helsepersonell oppfordrer brukere til selv å ta eierskap til egne medisiner. Derfor har denne bydelen en høy andel tjenestemottakere som benytter multidose, men som ikke benytter Evondos.

Slik vi forstår variasjonen mellom bydelene med hensyn til progresjon og utvikling, eksisterer det ulike interne tildelingskriterier i de ulike bydelene. Disse tildelingskriteriene virker å være introdusert av translatørene i den enkelte bydel. Disse funnene er interessante fordi det viser hvordan translatøren av oppskriften i de ulike bydelene definerer oversettelsen av organisasjonsideen til å bli ulik. Det er her mulig å påstå at bydelene har adoptert ulike mutasjoner av det opprinnelige viruset (Røvik, 2007, s. 355-356).

Videre rapporterer bydel 2 (informant 5 og 6) noen interessante observasjoner når de har utfordret eksisterende praksis ved å teste teknologien på nye brukergrupper. De trekker blant annet frem eksempler fra rus og psykiatri, en brukergruppe der resultatene har vært overraskende positive, basert på forventningene de hadde i forkant. De forteller at for denne brukergruppen fører dette til at brukerne i flere tilfeller blir roligere. De ringer i mindre grad til hjemmetjenesten for å spørre om når de kommer med medisiner og når hjemmetjenesten

først kommer innom, er de ikke lenger aggressive ettersom de vet de har medisinene tilgjengelig i sitt hjem. Informantene rapporterer også at det har forekommet noen avvik der brukere har forsøkt å bryte seg inn i roboten, uten å få dette til, men som har resultert i at de ikke lenger får ha roboten i sitt hjem. Slik vi forstår informantene er de tøffe når det gjelder å prøve ut teknologien på nye grupper, og gjør de nødvendige justeringene underveis. Dette har ført til at de nå ser muligheter de ikke så ved oppstart.

Kommune B

Når det gjelder temaet progresjon og utvikling kommer det ingen intern variasjon til uttrykk i kommune B. Begge enhetene rapporterer om at ser mange muligheter når det gjelder å utvide eksisterende bruk av robotene ved å bruke de i flere brukergrupper. Videre rapporterer denne kommunen med en utfordring som skiller seg fra utfordringene i kommune A og C. Denne utfordringen baserer seg på at det i kommune B er et stort problem å få enkelte fastleger til å skrive ut multidoser til sine pasienter. Kommune B, har videre støttet på utfordringer med hensyn til regelverk om overvåkning som setter begrensninger for utvidelse av brukergruppene som kan benytte teknologien.

Bruken av Evondos forutsetter at tjenestemottaker kan få medisinene sine skrevet ut på multidose av fastlegen. Vi blir her introdusert for en utfordring når det gjelder ibruktakning som vi på forhånd ikke hadde reflektert over. Ved nærmere undersøkelse blir vi oppmerksomme på at det er flere steder i landet det foregår motstand mot bruken av Multidose, slik som f.eks. i Bergen der 40 leger har boikottet bruken fullstendig (Helmers, 2019). I resultatdelen ble det presentert at kommunen har forsøkt ulike fremgangsmåter for å få legene til å skrive ut multidoser, men dette har vist seg å være særlig utfordrende.

I 2022 foretok Gullslett og Bergmo en studie av implementering av multidoser som viste at utfordringene ved implementeringen som viser at det her er en rekke utfordringer med hensyn til informasjonsflyt, opplæring, initiativ, så vel som hvem som er ansvarlig for medisinerings samhandling, og risikoen for feilmedisinering (Gullslett & Bergmo, 2022). Fastlegen Knut Erik Eliassen, slo i 2019 alarm ettersom han hevder at multidosesystemet kan føre til at pasienter kan bli avhengig av vanedannende medisiner ettersom de selv kan hente ut reseptene på apotek uten at legen trenger å fornye resepten. Dette kan føre til overmedisinering som i verste tilfeller ikke blir oppdaget på lang tid (Thalberg, 2019). Uenigheten på dette feltet er

stor, og så nylig som i 2022 publiserte nasjonalt senter for e-helseforskning en artikkel som lister opp fordelene med bruken (Berntsen, 2022).

Kommune B, støter på utfordringer som er utenfor deres kontroll, men som allikevel har negativ innvirkning når det gjelder ibruktakningen av velferdsteknologien. Kommunen skal i løpet av 2022 i gang med et nytt prosjekt med å implementere en dosetrobot som ikke krever at tjenestemottakeren har multidose. Dette kan potensielt lede til at ibruktakningen av Evondos vil gå nedover i tiden som kommer. Denne utfordringen kan bidra til å forklare hvorfor kommune C har et større antall roboter i bruk enn kommune B.

Informant 2 forteller oss at de nå er i gang med prosjekt der de ser på muligheten for å benytte Evondos hos en LAR⁶ pasient som primært ønsker å være i fred og ha lite kontakt med helsetjenesten. Ideen her baserer seg på at de kan ha et kamera tilgjengelig i leiligheten som skrur seg på når vedkommende skal ta medisiner slik at de møter krav om tilsyn når medisinene skal tas. Her har kommunen støttet på en utfordring til tross for at både bruker og kommunen mener denne løsningen er den beste for bruker, nemlig med hensyn til overvåkning. Problemstillingene vedrørende overvåkning i forbindelse med velferdsteknologi er beskrevet i Stortingsmelding 28, der det adresseres at teknologiutviklingen beveger seg fortere enn lovverket (Meld. St. 28 (2018-2019), s. 10). Her er translatøren kreativ, og forsøker å oversette og tilpasse oppskriften slik at den er egnet til den enkelte bruker. Slike tilfeller som dette er med å utvide bruksområde til medisinroboter slik det er i dag.

En annen interessant konsekvens ressurspersonene opplever i denne kommunen er hvordan ibruktakningen hjelper de med hensyn til punktlighet og derav bedre behandling til enkelte pasienter. Dette er en kommune som har store geografiske avstander, som tidligere har ført til at de ikke nødvendigvis har anledning til å være tilstede nøyaktig når en medisin burde bli gitt. Ressurspersonene, her translatørene, forteller oss hvordan Evondos bistår de til bedre å behandle pasienter med Parkinson. Dette er fordi denne diagnosen krever at medisiner blir gitt punktlig, og dette har direkte innvirkning på brukerens helse. De trekker frem et konkret eksempel på hvordan de har en pasient som faktisk har fått bedre fysisk form som resultat av ibruktakningen av roboten.

⁶ Legemiddellassistert rehabilitering

Kommune C

Kommune C rapporterer med hensyn til progresjon og utvikling at de har en tydelig strategi om å ikke låse teknologien til bestemte brukergrupper. Denne beslutningen har translatørene i kommunen tatt for å forhindre at de setter begrensninger når det gjelder hvordan ressurspersonene foretar vurderinger på hvem som er passende kandidater for teknologien. Utover dette rapporterer de at de kontinuerlig arbeider med å utvide bruksområde. Det fremkommer som om bruksutvidelse av teknologien er en integrert del av tjenesten i kommune C, og dermed ikke noe kommunen har tatt aktivt stilling til i løpet av implementeringsløpet.

Kommunen rapporterer å ha hatt noen utfordringer når det gjelder ibruktakningen tidligere i implementeringsløpet. I intervjuet sier de blant annet at det er helsepersonell som ofte har vært det største hinderet, og ikke brukere og pårørende. Eksemplene vi her ser fra helsepersonellet er eksempler på frastøting, ved at de møter ideen med motstand og dermed skyver den fra seg (Røvik, 1998). Gjennom implementeringen av robotene har de ansatte sett at brukerne tar livet sitt mer tilbake ved å mestre teknologien og skepsisen har gradvis blitt mindre. Her ser vi et eksempel på hvordan implementering krever utholdenhet hos translatørene, og at responsen her har endret seg hos helsepersonellet fra *installeringsstidspunktet*, og gjennom *implementeringen*.

Sammenligning

Det kommer tydelig frem at førstelinjen har fått stor frihet når det gjelder hvordan de skal ta i bruk teknologien i den enkelte kommunen. Samtlige av kommunene forteller oss at det er tydelige gevinster når det gjelder punktlighet ved utdeling av medisinene, og at de ved bruk av robotene har lagt mindre avvik i forbindelse med medisinerings. Dette gjelder både riktig medisin til rett bruker, og rett dose. Disse resultatene i seg selv, gir særlig godt grunnlag for å benytte Evondos.

Når det gjelder dette temaet fremstår kommune A og C som relativt like. Begge kommunene rapporterer om store gevinster ved ibruktakningen, og kontinuerlig arbeid for å ta i bruk flere roboter. Derimot skiller kommune B seg ut ved at de har støtt på større utfordringer som både kan forklare variasjon mellom kommunene vi har undersøkt, men som trolig også kan være generaliserbare i forhold til andre kommuner som tar i bruk teknologien til Evondos.

Når det gjelder utfordringene i forbindelse med overvåkning og bruk av elektronisk medisineringsstøtte er dette en utfordring kommunene nevner. I mange tilfeller kan det for eksempel være aktuelt å benytte roboten i kombinasjon med et kamera, der det er krav til at noen må se at medisinen faktisk blir tatt. Dette strider med personvernlovgivningen slik den er i dag. Denne problemstillingen tas opp i årsrapporten til Datatilsynet og Personvernemdas for 2018, med hensyn til hvordan teknologiutviklingen utfordrer eksisterende regelverk (Meld. St. 28 (2018-2019), s. 10). Dagens kobling mellom teknologi og helse blir bare tettere og tettere når det gjelder tjenesteutførelsen til sluttbrukere, samtidig som mye av lovgivningen på dette feltet er introdusert før denne koblingen ble så tett. Det er derfor nødvendig at datatilsynet behandler de problemstillinger som opptrer i forbindelse med ibruktagningen av velferdsteknologien og reviderer lovverket slik at vi til enhver tid har et lovverk egnet til å beskytte sluttbrukeren.

5.5 Involvering med tjenesteleverandør

Involveringen fra Evondos rapporteres fra alle informantene å ha vært god gjennom hele implementeringsløpet. Evondos tilbyr kommunene et implementeringsløp, brukerveiledninger og er tilgjengelig for support. Grunnet at de er organisert med leieavtaler på alle sine roboter ute hos kommunene, vil de kontinuerlig ha dialog med kommune så lenge kommunene benytter seg av deres tjenester.

Når det gjelder translasjonsperspektivet har ikke Evondos en formell rolle som translatør når ideen skal oversettes fra en kontekst til en annen. Som tjenesteleverandør har de muligheten til å legge til rette for at deres tjeneste er så oversettbar som mulig. Med dette menes at Evondos kan legge til rette for at ideen er eksplisitt, lite kompleks og lite innvevd på oversettelsestidspunktet (Røvik, 2007, s. 262-265). Ved å bidra til at dekontekstualisering prosessen blir smidig for translatørene i kommunen, bidrar leverandøren også til at oversettelsen blir bedre når ideen skal kontekstualiseres inn i den enkelte kommune. Indirekte vil leverandøren her få muligheten til å påvirke hvordan implementeringen av deres teknologi vil bli. Slik vi forstår informantene har Evondos lagt til rette for at prosessen skal være god fra deres side.

Kommune A

Kommune A rapporterer om et godt og konstruktivt samarbeid med leverandøren der de opplever at deres tilbakemeldinger blir tatt på alvor og at innspillene deres i oppfølgingsmøter blir verdsatt. Informantene fra førstelinjen, bydel 1 og 2, melder alle om at det er lett å nå leverandørens supporttjeneste, og at de får god hjelp.

Kommune B

Kommune B er tilnærmet identisk med kommune A, og rapporterer om et godt samarbeid med Evondos. Der det er en variasjon fra kommune A er når det gjelder tilgangen kommune B har på interne tekniske ressurser. Ettersom de har interne tekniske ressurser opplever de i noe større grad at en del av henvendelsene som kommer til de når det gjelder teknologien, er henvendelser de ønsker skulle gått til Evondos. Både administrasjonen og førstelinjen er samstemte om at dette trolig skyldes at det er komfortabelt å ringe kommunen fremfor tjenesteleverandøren, og rapporterer at disse tendensene har blitt bedre over tid selv om det fremdeles eksisterer et forbedringspotensial.

Kommune C

De skiller seg fra de andre kommunene ved at de ønsker mindre dialog med tjenesteleverandøren da de ønsker å holde det meste av implementeringsarbeidet internt i kommunen. De forteller derfor at de hadde en del utfordringer med leverandøren i starten ettersom de ikke var vant til at leverandører var såpass pågående i å ønske dialog med kommunen. Dette har bedret seg over tid, men har krevd tilpasning fra både leverandør og kommunens side. I dag er samarbeidet godt, og de opplever å bli lyttet til i oppfølgingsmøter.

Sammenligning

Når det gjelder dette temaet er det liten variasjon mellom kommunene med hensyn til tilbudet og oppfølgingen de mottar fra leverandøren. Tidligere studier har vist at involvering fra tjenesteleverandør er en forutsetning for å lykkes (Johannessen et al., 2019). Resultatene fra intervjuene vi har gjennomført tyder på at Evondos har fokusert på å være involverte og tilgjengelige. Den begrensede variasjonen innenfor denne kategorien gir oss grunnlag til å hevde at det ikke er tilgjengeligheten fra Evondos som synes å være avgjørende for variasjonene i resultatene mellom kommunene. Derimot styrker dette våre antakelser om at

variasjonene skyldes ulike translasjoner i de enkelte kommunene ved at de alle har blitt tildelt det samme utgangspunktet ved oppstart.

Det er allikevel interessant å trekke inn at Evondos har stor egeninteresse av å følge opp kommunene tett i forbindelse med implementeringen. Evondos er, slik vi har nevnt tidligere, organisert gjennom at de leier ut alle sine medisinroboter til kommunen, og at kommunen betaler en månedlig kostnad for antall roboter som er i bruk. Dersom kommunen slutter å bruke robotene, vil også inntektsgrunnlaget til Evondos her forsvinne. På den andre siden kan man si at Evondos har laget modellen sin slik nettopp fordi de anerkjenner forskjellen på installering og implementering. Dersom Evondos hadde solgt robotene, og foretatt en installasjon, før de igjen trakk seg ut, ville en kunne påstå at de ikke fullt ut var engasjert i varig drift på sine maskiner. Ettersom de har laget en leiemodell med fleksible måter for kommunen og opp og nedskalere antallet medisinroboter ved behov, tyder dette på at leverandøren forstår at implementering er en pågående prosess uten en definert start og sluttdato.

6 Konklusjon

Denne studien har gjort rede for implementeringsprosessen av Evondos sine medisinroboter i tre kommuner. Resultatene viser at det ikke eksisterer variasjon mellom behandlingen og tilbudet kommunene har mottatt fra Evondos som leverandør. Evondos tilbyr samtlige kommuner som tar i bruk deres tjeneste et ferdig implementeringsløp. Dette indikerer at det ikke er forhold som involverer leverandøren som kan forklare hvorfor disse kommunene ligger over landsgjennomsnittet når det kommer til ibruktakning av velferdsteknologien.

Av resultatene fremkommer det at det er oversettelsen den enkelte kommune gjør når de implementerer teknologien i sin lokale kontekst som er avgjørende for ibruktakningen av den elektroniske medisineringsstøtten. Basert på de intervjuene vi har gjennomført kan vi forstå den høye ibruktakningen hos disse kommunene til å være begrunnet i følgende:

- Kommunene fokuserer på kvalitative gevinster for sluttbrukeren, fremfor kvantitative.
- Kommunene har definerte ressurser i administrasjonen og i førstelinjen med et særlig ansvar for implementeringsprosessen.
- Kommunene har mottatt opplæring fra tjenesteleverandøren.

Alle kommunene ligger over landsgjennomsnittet i forhold til ibruktakning, men det eksisterer store variasjoner mellom dem. Kommune C har høyest ibruktakning, kommune B lavere enn kommune C, men høyere enn kommune A. Disse variasjonene skyldes basert på våre funn at kommune C har tatt et særlig eierskap til selve implementeringsprosessen fra start til slutt. Kommune B har adressert problemstillingene vedrørende skillet mellom helse og teknologi og støtter organisasjonen sin med ekstra tekniske ressurser. I kommune A fremstår implementeringsprosessen mer tilfeldig i forhold til eierskap.

Det eksisterer tydelige variasjoner internt i kommune A og B, men ikke i kommune C. Basert på vår studie skyldes disse variasjonene translatørkompetansen til den enkelte translatøren i kommunen/enheten/bydelen. I kommune A og B er det flere translatører som oversetter til førstelinjen, mens derimot i kommune C, er det samme translatør som oversetter til førstelinjen i alle avdelingene.

Basert på de tre kommunene vi har undersøkt i vår studie bidrar samtlige til å skissere viktigheten av translatørens rolle for å forklare variasjoner av ibruktakning av velferdsteknologi i den enkelte kommune. Disse funnene vil trolig kunne være relevante for

andre kommuner som skal eller er i prosess med å implementere Evondos. Således kan vi hevde at vår studie styrker konseptet om translasjonsteori og dens gyldighet og rolle i analyser av implementeringsprosesser.

Referanseliste

- Andreassen, H. K., Kjekshus, L.E. & Tjora, A. (2015). Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care. *Social Science & Medicine*,(132), 62-69.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.016>
- Batt-Rawden, K. B., Bjørk, E., Waaler, D. & Batt-Rawden, V. H. (2021). A qualitative study of user experiences from the implementation of new technology in healthcare services, Norway. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 26(3), 2. [2021_26_3_2_rawden_study-healthcare.pdf \(innovation.cc\)](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.016)
- Berntsen, H. (2022, 3. mars). E-resept for medisindoser på rull gir mange fordeler. *Forskning.no*. [E-resept for medisin-doser på rull gir mange fordeler \(forskning.no\)](https://forskning.no/e-resept-for-medisin-doser-pa-rull-gir-mange-fordeler)
- Corneliussen, H. G. & Dyb, K. (2017). *Kapittel 9: Om teknologien som ikke fikk være teknologi - diskurser om velferdsteknologi*. Universitetsforlaget.
<https://doi.org/10.18261/9788215028163-2017-09>
- Corneliussen, H. G. & Dyb, K. (2021). Det vanskelige ekteskapet mellom teknologi og omsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), 1-5.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-11>
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullslett, M. K., Eide, T. & Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester: opplæringsbehov og utformning av nye tjenester - en sluttrapport. (Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold -nr 13-2015). Høgskolen i Buskerud og Vestfold.
[Implementering av velferdsteknologi i helse og omsorgstjenester \(unit.no\)](https://unit.no/Implementering-av-velferdsteknologi-i-helse-og-omsorgstjenester)
- Direktoratet for e-helse (2022, 24. mars). *Om Direktoratet for e-helse*.
[Om Direktoratet for e-helse - ehelse](https://ehelse.no/om-direktoratet-for-e-helse)
- Eide, H. & Eide, T. (2020). Digital helse - læring og mestring. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder - teori og praksis* (s. 159-187). Gyldendal.
- Evondos (u. å). *Historien om Evondos*. Hentet 23. april 2022 fra [Historien om Evondos](https://historien.om-evondos.no)

- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature* (Vol. 11, 247–266). Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Gullslett, M. K. & Bergmo, T. S. (2022). Implementation of E-prescription for Multidose Dispensed Drugs: Qualitative Study of General Practitioners' Experiences. *JMIR Human Factors*, 9(1):e27431. <http://doi.org/10.2196/27431>
- Helmets, A-K. B. (2019, 21. mars). Rundt 40 fastleger i Bergen boikotter multidose. *Sykepleien*. [Rundt 40 fastleger i Bergen boikotter multidose \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no/nyheter/2019/03/21/rundt-40-fastleger-i-bergen-boikotter-multidose)
- Helsedirektoratet. (2004, 26. april). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Helsedirektoratet. (2015). *GEVINSTREALISERINGSRAPPORT NR. 1*. (IS-2416). Helsedirektoratet. [*Første gevinstrealiseringsrapport – Nasjonalt velferdsteknologiprogram.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/gevinstrealiseringsrapport-nr-1)
- Helsedirektoratet. (2020). *Helse- og omsorgstjenester i KPR*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-kpr>
- Jacobsen, D. I. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring av samfunnsvitenskapelig metode. (3. utg). Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebaserte helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3-2019), 71-83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>
- KS. (2022, 14. mars). *2040 begynner nå!* KS. [2040 begynner nå! - KS](https://www.ks.no/nyheter/2022/03/14/2040-begynner-na/)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lo, C., Waldahl, R. H., & Antonsen, Y. (2019) Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk välfärdsforskning*, 4(1), 9-19.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-02>
- Lomeland, E. (2020). *Helsepersonells erfaring med elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten*. [Masteroppgave]. VID vitenskapelig høgskole Sandnes.
[Microsoft Word - Masteroppgave.docx \(unit.no\)](#)
- Lundberg, L. (2022, 16. februar). *Helsearbeidere vil bli tatt på alvor om teknologi*. Ehealthresearch.
[Helsearbeidere vil bli tatt på alvor om teknologi - Ehealthresearch.no \(NO\)](#)
- Løvås, J. (2017, 6. juni). Jeg begynner å bli lei av alle pilotene. *Dagens næringsliv*.
[Helseminister Bent Høie vil ha fart på teknologiskiftet | DN](#)
- Meld. St. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartement. [St.meld. nr. 25 \(2005-2006\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
[Meld. St. 29 \(2012-2013\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 28 (2018-2019). *Datatilsynets og Personvernemndas årsrapporter for 2018*. Datatilsynet og Personvernemnda. [Meld. St 28 \(2018–2019\) \(regjeringen.no\)](#)
- Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I S. Nakrem. & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 67-80). Cappelen Damm Akademisk.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, 657(2016).
<http://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Informasjonsforvaltningen.
[NOU 2011: 11 \(regjeringen.no\)](#)

- Oslo Economics. (2021). *Effektanalyse av elektronisk medisineringsstøtte. Utkast.* (OE-rapport). Innovasjonsanskaffelser.
<https://innovativeanskaffelser.no/content/uploads/2022/04/effektanalyse-av-elektronisk-medisineringsstotte-levert-oktober-2021.pdf>
- Regjeringen. (2021). *Hurdalsplattformen. For en regjering utgått fra arbeiderpartiet og senterpartiet.* (2021-2025). Regjeringen. [hurdalsplattformen.pdf \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/hurdalsplattformen.pdf)
- Remo, L. H. B. &, & Aarø, S. (2015). Velferdsteknologi: nytt og nyttig eller bare til heft? Hva er leders rolle og utfordringer ved implementering av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten? [Masteroppgave]. Handelshøjskolen i København og Aarhus Universitet. [Velferdsteknologi; nytt og nyttig eller bare til heft? \(core.ac.uk\)](https://core.ac.uk/doi/10.13102/2015-01-01)
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner – Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet.* Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og Translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon.* Universitetsforlaget.
- Solberg, A. I. B. (2019). Erfaringer i kommunehelsetjenesten med implementering av velferdsteknologi. [Masteroppgave]. Høgskulen på Vestlandet. ([HVL Open: Erfaringer i kommunehelsetjenesten med implementering av velferdsteknologi En kvalitativ studie i tre kommuner \(unit.no\)](https://hdl.handle.net/11250/2711001))
- Stokke, R., Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? –trygghetsalarmen som case. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3-2019), 7–20.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>
- Store Norske Leksikon (2021, 7. november). *Installere.*
[installere – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/ord/Installere)
- Store Norske Leksikon (2022, 16. februar). *Implementere.*
[implementere – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/ord/Implementere)
- Thalberg, S. (2019, 13. desember). Lege slår alarm om multidosesystemet:- Kan bli avhengige av vanedannende medisiner. *NRK Vestland.* [Fastlege slår alarm om](https://www.nrk.no/vestland/lege-slar-alarm-om-multidosesystemet-kan-bli-avhengige-av-vanedannende-medisiner-1.1411111)

[multidosesystemet: – Kan bli avhengige av vanedannende medisiner – NRK](#)

[Vestland](#)

Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye løsninger. Definisjoner, kategorier, bakgrunn og etikk. I I. Moser (red.), *Velferdsteknologi: En ressursbok* (s. 25–44). Cappelen Damm.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg). Gyldendal Norsk Forlag

Tjora, A. (2019). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm.

Vatnås, T. (2017, 23. februar). *Kampen om sykepleiere*. Sykepleien. [Kampen om sykepleiere \(sykepleien.no\)](#)

Wettergreen J., Ekorud, T. & Abrahamsen, D. (2019, 17. september). *Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. [Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen - SSB](#)

Vedlegg

1: Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Implementering av velferdsteknologi i norske kommuner?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hvordan forskjellige kommuner har implementert velferdsteknologi med bruk av medisineroboten til Evondos som eksempel. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to masterstudenter som studerer endringsledelse ved Universitet i Stavanger. Denne våren skal vi skrive masteroppgave. Vi ønsker å se nærmere på hvordan velferdsteknologi implementeres i kommunehelsetjenesten. I den anledning vil vi ta utgangspunkt i Evondos sin elektroniske medisineringsjeneste som produkt. Vi er spesielt interessert i hvordan produktet har blitt implementert som en del av tilbudet til tjenestemottakere i flere kommuner. Vi fokuserer på erfaringer ved selve implementeringen av produktet/tjenesten i kommunene, og hvordan erfaringene med produktet/tjenesten er i de ulike kommunene. Vi ønsker å sammenlikne de forskjellige kommuner vi får intervju med og se om det er korrelasjon i det kommuner tenker er deres faktorer for vellykket implementering.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å ha intervju med deg da du har hatt en sentral rolle i implementeringen av Evondos sine medisineroboter i din arbeidskommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller i et intervju a 1,5 time. Intervjuet vil foregå over teams og det vil være videoopptak. Vi vil skrive notater fra intervjuet og dette vil lagres elektronisk. Det vi ønsker å spørre om i intervjuet er:

- Hva krevde det av dere som kommune for at det har blitt en suksess?
- Gikk det som planlagt?
- Hvordan var forventningene før og underveis (positivt og negativt)?
- Hvordan gikk dere fra pilot til fullskala?

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- De som vil ha tilgang til opplysningene fra intervjuet er oss studenter (Anine og Hannah), samt vår veileder Kjell Arne Røvik.

Ved ønske kan du og din arbeidsgiver (kommune) få være anonyme, gi beskjed om dette i forkant av intervjuet. Hvis du ikke ønsker å være anonym vil din stilling og arbeidsgiver (kommune) bli publisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 15 juni 2022, vil dine personopplysninger, transkribering, andre notater, samt videoopptak slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Universitetet i Stavanger ved
 - Veileder: Kjell Arne Røvik, mail: kjell.arne.rovik@uit.no, telefon: 99555706
 - Hannah Fraas, mail: hannah.fraas@gmail.com, telefon: 47863403
 - Anine Sangesland, mail: anine.sangesland@gmail.com, telefon: 46879770
- Vårt personvernombud:
 - personvernombud@uis.no

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53211500.

Med vennlig hilsen

Hannah Fraas & Anine Sangelsand
(Studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Masteroppgave om implementering av velferdsteknologi i norske kommuner, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i personlig/gruppe intervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes ved stillingstittel og arbeidssted

at mine personopplysninger lagres til prosjektslutt

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

2: Intervjuguide

Intervjuguide

Implementering av velferdsteknologi i norske kommuner

Innledende spørsmål:

- Hva er din rolle/stilling i kommunen?
- Har du vært med fra start av implementeringen av medisinrobotene? Eventuelt når startet din rolle?
- Når begynte kommunen å ta i bruk medisinrobotene?
- Hvor mange roboter har dere i bruk som en del av tjenesten i dag?
 - Hvordan har utviklingen vært hva angår antall roboter siden dere tok dem i bruk første gang?
 - Førstelinjen: Hva tenker de om å få ny teknologi inn?
- Har dere egne ressurser i kommunen som har ansvar for velferdsteknologi?
 - Hvis ja, hvilke ressurser?
 - Hvor mange?

Ved pilot:

- Ble det tatt noen strategiske valg om å ta i bruk medisinroboter i kommunen?
 - Hvem tok eventuelt disse valgene
 - Når ble valgene tatt?
- Var det noen fra administrasjonen som var involvert ved bruken av medisinrobotene under piloten?
 - Hvem var involvert ute sammen med førstelinjen?
 - Hvorfor inkluderte dere akkurat disse ressursene sammen med førstelinjen?
- Hvordan var involveringen fra Evondos under implementeringsprosessen?
 - I forhold til opplæring?
 - Tilgjengelighet for spørsmål i forhold til teknologien?
 - Som sparringspartner/samarbeidspartner ved utfordringer under implementeringen?
- Hvilke reaksjoner ble kommunen møtt av?
 - ansatte i helsetjenesten

- pårørende
- brukerne

Fra pilot til fullskala:

- Hvordan gikk piloten i forhold til forventningene på forhånd?
- Prosess fra pilot til fullskala?
- Erfaringer og eventuelle endringer dere har gjort underveis?

Implementeringen:

- Hvordan sørger dere for opplæring av personell?
 - Både ved start og underveis
- Hvordan sørger dere for opplæring av brukeren?
- Hvordan gjorde dere tilpasninger/endringer basert på tilbakemeldinger underveis?
 - Fikk dere noen overraskelser underveis?

Refleksjoner og erfaringer:

- Mener dere at roboten faktisk blir tatt i bruk?

I hvilken grad opplever dere at roboten blir tatt i bruk av de som får den utdelt?

- I alle tilfeller
- i 75 % av tilfellene
- i 50 % av tilfellene
- i 25 % av tilfellene
- i ingen av tilfellene

Hvilken av disse påstandene tror dere stemmer best med dagens behov for hjemmebesøk i relasjon med medisinerer hos mennesker med medisinrobot i hjemmet?

- 100 % - ikke avhengig av noen hjemmebesøk relatert til medisinerer
- 75% - $\frac{3}{4}$ hjemmebesøk er ikke lenger nødvendig i relasjon til medisinerer
- 50% - behovet for hjemmebesøk i relasjon til medisinerer er halvert
- 25% - $\frac{1}{4}$ hjemmebesøk er ikke lenger nødvendig i relasjon til medisinerer
- 0% - behovet for hjemmebesøk i relasjon til medisinerer har ikke endret seg

Hvor lang tar det fra bruker får medisinroboten tildelt til den tas i bruk?

- Så snart de har fått opplæring
- Innen 1 mnd
- 2-4 mnd
- 4-6 mnd
- veldig varierende

Hvor stor andel av de som får tildelt maskiner slutter å bruke de?

- 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- 0%

Hvorfor tror dere at disse slutter å bruke medisinerobotene?

- Brukerrelatert eller opplæringssvikt

Opplever dere at det er sammenheng mellom planen som ble presentert når dere begynte å implementere medisinerobotene, og den faktiske prosessen som har funnet sted?

- Føler dere at dere har vært involvert i nødvendige prosesser for implementeringen?
- Har dere hatt noen kanaler til å gi tilbakemeldinger i piloten, og under implementeringen?
- Har stemmene deres blitt hørt i forhold til hvordan best implmentere robotene som en del av deres hverdag?

Hvilke brukergrupper/tjenesteområder brukes robotene innenfor?

- Som en del av hjemmesykepleien?
- På institusjoner innenfor helse og omsorg?
- På institusjoner innenfor rus?
- På institusjoner innenfor psykiatri?
- På sykehus?
- I habilitering?
- I rehabilitering?

- Barn og unge?

Hvem kan få tildelt medisineroboten?

- Er det bestemte tildelingskriterier
- Hvis ja, hvilke?
- Har tildelingskriteriene endret seg i prosjektperioden?

Responstid ved behov for hjelp:

- Hvor lang tid fra bruker trenger bistand til de får hjelp?
 - Teknisk eller personlig
 - Kortsiktig/ langsiktig løsning?

Vurderinger:

- Hvordan måles suksessen av kommunen?
- Er det rom for videre utvidelse, eventuelt hvor stort er det totale potensialet?
- Brukerundersøkelser og tilbakemeldinger
- Er det en effektiviseringsgevinst?