



Brukererfaring og velferdsteknologi
Tjenestemottagers erfaring med elektronisk medisindispenser

Torunn Schultz Skår
VID vitenskapelige høgskole
Sandnes

Masteroppgave
Master i medborgerskap og samhandling

Antall ord: 26395

09.05.19

Forord

Denne masteroppgaven er en selvstendig studie hvor jeg har sett nærmere på brukererfaring og velferdsteknologi - tjenestemottagers erfaringer med elektroniske medisindispensere. Å skrive en masteroppgave har vært en lærerik og krevende prosess. Jeg har møtt på flere utfordringer på veien, men jeg har også lært mye og fått mye ny kunnskap på veien, samt ny innsikt i et tema jeg synes er meget interessant.

Jeg vil rette en takk til tjenestemottagerne som deltok i studien, som var villige til å dele sine erfaringer og opplevelser med meg. En stor takk til USHT som hjalp til med kontaktflater ut i kommunen, og en stor takk til hjemmetjenesten i kommunen som bidro med å innhente samtykke fra tjenestemottagere til deltagelse i studien. Jeg takker for god veiledning, innspill og gode faglige råd fra veilederen min Hilde Thygesen ved Vid Vitenskapelige Høyskole. Videre rettes en takk til min mor, Toril Schultz for korekturlesing og venninne Gina Rosland for gjennomlesing og gode tilbakemeldinger. Sist, men ikke minst sendes en takk til min mann, Arnt-Ove Schultz Skår, for tålmodighet, støtte, oppmuntring og heiarop.

Sandnes Mai 2019

Torunn Schultz Skår

Abstrakt

Bakgrunn: Det er stort fokus på velferdsteknologi i dagens samfunn, spesielt med tanke på de demografiske utfordringene samfunnet står ovenfor de neste tiårene. Det er derimot lite forskning på brukererfaringen ved innføring av velferdsteknologiske løsninger.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien er å få kunnskaper brukererfaringer og velferdsteknologi. Problemstillingen er:

Hvilke erfaringer tjenestemottagere har ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Metode: Studien har et kvalitativ design. I studien ble det gjennomført seks semistrukturerte intervjuer med tjenestemottagere som har en elektronisk medisindispenser. Det varierte hvor lenge tjenestemottagerne hadde hatt den elektroniske medisindispenseren, fra et par måneder til et par år. Dataene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Tjenestemottagerne erfarte både positive og negative sider ved den elektronsike medisindispenseren. Positive sider var; økt trygghet, sikkerhet, bedre medisin håndtering, og redusert ventetid. Negative sider var; tekniske utfordringer og estetikk.

Konklusjon: Det erfares både positive og negative sider ved daglig bruk av en elektronisk medisindispenser for tjenestemottageren. Resultatene fra denne studien kan bidra til økt fokus på brukererfaringen når det skal prøves ut velferdsteknologier.

Nøkkelord: Elektronisk medisindispenser, medisin håndtering, brukererfaring og velferdsteknologi.

Abstract

Background: There is a great focus on welfare technology in today's society, especially considering the demographic challenges facing society over the next decades. However, there is little research on the user experience when introducing welfare technology solutions.

Purpose and main issue: The purpose of the study is to gain knowledge of user experience and welfare technology. The issue is:

What experiences do service receivers have with the use of electronic medicine dispenser?

Method: The study has a qualitative design. In the study, six semi-structured interviews were conducted with service receivers who have an electronic medicine dispenser. It varied how long the receivers had had the electronic medicine dispenser, from a few months to a couple of years. The data was analyzed using systematic text condensation.

Results: The service receivers experienced both positive and negative aspects of the electronic medicine dispenser. Positive sides were; increased safety, security, better medication management, and reduced time waiting for the home care services. Negative sides were; technical challenges and aesthetics.

Conclusion: There were both positive and negative experiences with the daily use of an electronic medicine dispenser for the service receivers. The results of this study can contribute to increased focus on user experience when trying out welfare technologies and in future research.

Keywords: Electronic medicine dispenser, medicine adherence, user experience and welfare technology

Innhold

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 7 |
| 1.1 | Hensikt og problemstilling | 11 |
| 1.2 | Begrepsavklaring | 12 |
| 1.3 | Bakgrunn for tema | 13 |
| 1.4 | Oppgaven sin oppbygning | 15 |
| 2 | Teori | 17 |
| 2.1 | Ergoterapi | 18 |
| 2.1.1 | Occupational Justice..... | 18 |
| 2.1.2 | Haat-modellen (Human activity assistive technology) | 21 |
| 2.2 | Mestring og deltagelse..... | 26 |
| 2.2.1 | Medborgerskap..... | 28 |
| 2.3 | Politiske føringer | 31 |
| 3 | Forskning..... | 36 |
| 4 | Metode..... | 42 |
| 4.1 | Valg av metode | 43 |
| 4.1.1 | Forforståelse | 43 |
| 4.2 | Utforming av intervjuguide | 44 |
| 4.3 | Utvalg | 45 |
| 4.4 | Gjennomføring av intervju | 46 |
| 4.5 | Transkribering | 47 |
| 4.6 | Analyse - systematisk tekstkondensering | 48 |
| 4.6.1 | Et helhetsinntrykk | 49 |
| 4.6.2 | Meningsbærende enheter..... | 49 |
| 4.6.3 | Abstrahere innholdet i meningsbærende enheter | 50 |
| 4.6.4 | Betydningen i de meningsbærende enhetene | 51 |
| 4.7 | Metodiske overveielser..... | 52 |
| 4.7.1 | Forskningsetikk | 54 |
| 5 | Resultat..... | 56 |
| 5.1 | «... nå spiller det ingen roller når de kommer»..... | 56 |


| | | |
|-------|---|----|
| 5.2 | Tilpasning til hverdagslivet | 57 |
| 5.3 | Tekniske utfordringer og medisinhandling | 59 |
| 5.4 | «Og så kom den dumme, tunge, stygge tingen der...»..... | 61 |
| 5.5 | Oppsummering av resultater..... | 61 |
| 6 | Diskusjon..... | 63 |
| 6.1 | Tjenestemottagers positive erfaringer med daglig bruk av elektronisk medisindispenser | 64 |
| 6.1.1 | Forutsigbarhet..... | 64 |
| 6.1.2 | Trygghet og medisinhandling | 65 |
| 6.1.3 | Tilpasning til hverdagslivet..... | 69 |
| 6.2 | Tjenestemottagers negative erfaringer ved daglig bruk av elektronisk medisindispenser | 71 |
| 6.2.1 | Tekniske utfordringer | 73 |
| 6.2.2 | Estetikk..... | 76 |
| 7 | Oppsummering | 80 |
| | Litteraturliste | 81 |
| | Vedlegg | 90 |
| | Vedlegg 1 Søkehistorikk | |
| | Vedlegg 2 Intervjuguide | |
| | Vedlegg 3 Informasjonsskriv til tjenestemottager | |
| | Vedlegg 4 Informasjonsskriv til tjenesten | |
| | Vedlegg 5 NSD-søknad | |
| | Vedlegg 6 NSD - endrings skjema | |
| | Vedlegg 7 Coreq-sjekkliste | |

1 Innledning

Jeg vil nedenfor presentere hva mitt masterprosjekt innebærer, kunnskapshullet jeg ønsker å bidra til å få tettet og hvorfor dette er et samfunnsrelevant tema. Jeg vil beskrive hva velferdsteknologi er og hva en elektronisk medisindispenser er, samt hvorfor dette er relevant for mitt masterprosjekt. Min forforståelse i denne masteroppgaven er bakgrunnen min fra ergoterapi og en stor interesse for feltet velferdsteknologi.

Demografiske framskrivinger viser at det vil bli flere tjenestemottagere av de kommunale tjenestene de neste 20 årene. Samtidig vil det bli en utfordring å rekrutere nok mennesker til helse- og sosialtjenestene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014-2015, s.15). Tallet på mennesker over 80 år vil øke kraftig fra 2020 og frem til 2040 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2004-2005, s.10). Sammen med at antallet eldre øker vil pleiebehov øke, kroniske lidelser, økt forbruk av medisiner og utfordringer med riktig bruk av medisin vil øke (Kaasalainen S., Dolovich L., Papaioannou A., Holbrook A., Lau E., Ploeg J., Levine M., Cosby J. og Emily A., 2011). Det vil på bakgrunn av den demografiske utviklingen være viktig at det legges til rette for at enkeltmennesket kan ta ansvar for egen helse (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.83). At befolkningen har god helse vil være til fordel for hele samfunnet og en må derfor gi mulighet for det enkelte individ til å ha kontroll på sin egen helsesituasjon (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.83). Kaasalainen et al (2011) sier at det er nærmere 40% av pasienter som tar foreskrevet medisin feil eller som ikke tar medisinen de er foreskrevet i det heletatt. I artikkelen til Lygre og Kjome (2016) viser de til statistikk om at eldre mennesker fra 65 år og oppover står for rundt 50 prosent av all legemiddelbruk. Av alle sykehusinnleggelser viser det seg at 20 prosent er forårsaket av feilmedisinering (Lygre og Kjome, 2016).

Elektroniske medisindispensere er teknologier som bidrar med støtte til medisinerings. Det finnes flere forskjellige typer elektroniske medisindispensere på markedet, nedenfor vises noen eksempler på elektroniske medisindispensere som finnes på markedet i dag (Bilde 1- 4).

| | |
|---|---|
| <p>Dignio Pilly SMS er en medisindispenser som forhandles av norske Dignio. Pilly er en rondell-løsning hvor pillene legges inn i en "karusell" som har 28 kamre. Medisineringstidspunkt varsles med lyd og/eller lys-signal, og SMS-varslers om feil, f.eks. når medisin ikke tas, sendes til oppsatte telefonnummer. Konfigurering av enheten skjer gjennom web-applikasjonen Dignio Prevent. www.dignio.no</p> |  |
|---|---|

Bilde 1 (Svagård, Ausen, Røhne, SINTEF IKT og Østensen, 2015, s.5)

| | |
|---|--|
| <p>Innospense Medido Connected er en multidosedispenser fra nederlandske Innospense. Den leser tidspunkt for medisinering ved hjelp av RFID og varsler bruker med lydsignal. Dispenseren har vært til utprøving i (bl.a.) Bjugn kommune i samarbeid med SINTEF og Apokjeden¹. www.innospense.com</p> |  |
| <p>Evondos Finske Evondos har utviklet multidosedispenseren og tjenestekonseptet Evondos. Den forhandles i Norge av Evondos Norge. Når det er tid for medisinering (som leses fra posene v.h.a. RFID) varsles brukeren med lyd, lys, SMS og/eller forklarende tale på norsk. Posen får et lite kutt før den mates ut, slik at det skal være enkelt å åpne den for bruker. Evondos har også mulighet for kommunikasjon mellom pleiepersonell/ pårørende og bruker via touch-displayet. Enheten tilbys som abonnementstjeneste. www.evondos.com</p> |  |

Bilde 2 (Svagård, Ausen, Røhne, SINTEF IKT og Østensen, 2015, s.6)

| | |
|--|---|
| <p>DoseSystem / DoseCan DoseCan er en elektronisk påminnelse til dosepakket medisin eller pilleesker. Med pip og blink påminner den om når medisinen skal tas. DoseCan er en del av DoseSystem som gjør medisinpåminnelse enkel og sikker.</p> <p>www.dosesystem.com</p> |  |
| <p>MedMinder MedMinder er en dispenser som tar utgangspunkt i et tradisjonelt pille-dosett, men samtidig har mulighet til å styre åpning av luker og sende varsler ved avvikende oppfølging av medisiner. Den elektroniske medisindosetten kan settes opp via MedMinder web-side.</p> <p>www.medminder.com</p> |  |
| <p>Phillips Pilledosene legges i separate begeret i dispensereren. Dispensereren avgir et beger med den angitte dosen. Den varsler med stemme, tekstbeskjed og blinkende lys når medisin skal inntas og frigir riktig dose i et beger ved trykk på den røde knappen. Ikke på markedet i Norge.</p> <p>www.managemypills.com</p> |  |

Bilde 3 (Svagård, Ausen, Røhne, SINTEF IKT og Østensen, 2015, s.6)

| | |
|---|---|
| <p>MedSmart Plus En av flere ulike dispensere som er tilgjengelig fra amerikanske ePill. Rondell-løsning hvor pilledosene legges inn i pille-karusell. Enheten varsler med lys og lydsignal når medisinen skal tas. Ikke på markedet i Norge.</p> <p>Flere medisindispensere knyttes opp mot standard-plattformer for varsling og kommunikasjon med bruker, f.eks. via klokke (her Cadex Paediatric) eller iPad/iPhone.</p> <p>www.epill.com</p> |  |
|---|---|

Bilde 4 (Svagård, Ausen, Røhne, SINTEF IKT og Østensen, 2015, s.7)

Et eksempel på hvordan en elektronisk medisindispenser brukes i praksis er at den etterfylles med medisiner av tjenesteyteren annenhver uke (Bergsagel, 2017). Den elektroniske medisindispenseren varsler tjenestemottageren daglig når medisinen er klar til å tas (Bergsagel, 2017). Dersom medisinen ikke tas som planlagt vil det gå et varsel til for

eksempel hjemmetjenesten slik at tjenesteyter kan kontakte tjenestemottager (Bergsagel, 2017). En elektronisk medisindispenser gir eksempelvis hjemmetjenesten mulighet til å sjekke om medisinene er tatt som planlagt, i tillegg til at tjenesten har muligheten til å sende beskjeder til tjenestemottageren (Bergsagel, 2017).

En elektronisk medisindispenser vil komme inn under definisjonen om velferdsteknologi som er beskrevet i NOU 2011:11:

«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).

Velferdsteknologi deles ofte inn i fire kategorier (NOU 2011:11, s.101). Dette være seg trygghets- og sikkerhetsteknologi som er typer teknologi som har til hensikt å gi økt trygghet og støtte til tjenestemottageren (NOU 2011:11, s.101). I denne kategorien finner en for eksempel trygghetsalarmer, gps og forskjellige typer sensorer (smarthusteknologi) (Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke og Melby, 2017, s.118). Deretter kommer kompensasjons- og velværeteknologi som skal kompensere for ulike funksjonsnedsettelse (NOU 2011:11, s.101). Eksempler på teknologier i denne gruppen er styring av lys og varme i hjemme, eller teknologier for mennesker med nedsatt kognitiv funksjon (Isaksen et al., 2017, s.118). Deretter finner en teknologi for sosial kontakt som skal bidra til at mennesker med funksjonsnedsettelse til å ha sosial kontakt med sin omgangskrets eller helsevesenet (NOU 2011:11, s.101). Dette kan gjøres ved bruk av for eksempel videoteknologi som Skype-løsninger (Isaksen et al., 2017, s.118). Til slutt har vi teknologi for behandling og pleie som skal gi den enkelte tjenestemottager kontroll og økt mestring i forhold til egen helse (NOU 2011:11, s.101). Eksempel på teknologier her er automatiske måleinstrumenter for mennesker med for eksempel diabetes eller kols (Isaksen et al., 2017, s.118). Elektroniske medisindispensere sees på som et effektivt virkemiddel for å minske feilmedisinering blant tjenestemottagere (Pak og Park, 2012). Masterprosjektet mitt er et samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT) og en stor kommune som har

implementert elektroniske medisindispensere, som en del av den eksisterende tjenestene. Det USHT og den kommunale helsetjenesten ønsker er å få økt kunnskap om hvilke erfaringer tjenestemottageren har ved den daglige bruken av en elektronisk medisindispenser.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med mitt masterprosjekt er å belyse hvilke erfaringer tjenestemottagere har med elektronisk medisindispenser som en del av eller i stedet for en eksisterende kommunal tjeneste. Målet med innføring av elektroniske medisindispensere vil blant annet være å gi trygghet og avlaste bekymringer til både tjenestemottager og deres pårørende (NOU 2011:11, s.98 – 100). Samfunnet er i endring og flere tjenester blir digitaliserte i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.84). Teknologiske løsninger og utvikling av teknologi skjer raskt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.84). Når teknologien utvikles i raskt tempo kan det føre til at flere brukere av teknologien kan få problemer med å håndtere endringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.84). Det er derfor viktig at utformingene og grensesnittet for brukeren (tjenestemottageren) er brukervennlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.84). I tillegg vil det være nødvendig å gi god og oppdatert kunnskap og opplæring ved innføring av velferdsteknologiske løsninger (NOU 2011:11, s.72). Velferdsteknologi er et satsningsområde for å bevare eller for å forbedre kvaliteten på eksisterende tjenester, på grunn av den demografiske utfordringen Norge står overfor i årene som kommer (NOU 2011:11, s.98 – 100).

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Forskningsspørsmål:

Hvilke fordeler erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilke ulemper erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilken erfaring har tjenestemottagere med medisinhåndtering før og etter implementering av en elektronisk medisindispenser?

1.2 Begrepsavklaring

Daglige aktiviteter – er de typiske hverdagslige aktivitetene vi gjør for å opprettholde personlig hygiene og egenomsorg, samt aktiviteter som blir utført for egenskyld. Dette være seg for eksempel å være sosial, handle, gå tur (Kielhofner, 2010, s.20-21).

Velferdsteknologi/Telecare/Ambient assistive living – selv om disse begrepene brukes på noe forskjellige måter er de i denne oppgaven betegnelsen for en paraplybetegnelse på forskjellige teknologiske løsninger som kan gi støtte til tjenestemottager slik at denne kan bo hjemme og klare seg selv.

Telemedisin – er en form for avstandsoppfølging, og defineres som følgende:

«Undersøkelse, overvåking, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienter eller relevant informasjon er geografisk plassert.» (NOU 2011:11, s.107).

Elektronisk medisindispenser – er en lukket dispenser som innehar medisiner til en tjenestemottager. Denne varsler både ved lys og lyd når tjenestemottager skal ta medisiner sine. Dersom medisinerne ikke blir tatt til angitt tid går det en alarm til tjenesteyter, slik at de kan iverksette tiltak som å ringe tjenestemottager for å høre hva som foregår. Oppnås det ikke kontakt med tjenestemottager drar tjenesteyter ut for å sjekke tilstanden i hjemmet.

Tjenestemottager – er vedkommende som mottar en tjeneste fra kommunen.

Tjenesteyter – er den kommunale tjenesten, i dette tilfelle hjemmetjenesten.

USHT (utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenesten) - Utviklingssentrene er en nasjonal satsning og er delfinansiert av Helsedirektoratet. En kommune i hvert fylke er vertskommune og disse sentrene skal være med å bidra til utvikling lokalt når det kommer utvikling og forskning på eksisterende kommunale tjenester. USHT sitt overordnede oppdrag er å bidra til å styrke primærhelsetjenestene gjennom kompetanseutvikling, ny kunnskap, nasjonale føringer, forskning og nye løsninger (Florhaug og Haugo, 2017).

Demografisk utfordring – demografi er læren om befolkningen. Demografi forklarer og beskriver størrelse på befolkningen, hvordan alders og kjønnsfordelingen i befolkningen er, hvordan den geografiske fordelingen er i tillegg til å beskrive/forklare fruktbarhet, til-og fra

flytting (migrasjon) og dødelighet (Solerød og Tønnesen, 2018). Når samfunnet står ovenfor en demografisk utfordring vil det si at det er en økning i et av elementene som skaper en skjev fordeling i samfunnet (Solerød og Tønnesen, 2018). For eksempel en økning av eldre og kronikere og lavere fødselstall (Solerød og Tønnesen, 2018).

Medisin håndtering – er i denne oppgaven på hvilken måte medisiner blir håndtert av tjenestemottageren.

Multidose – er medisiner som kommer ferdig pakket på rull fra apoteket (Svagård, Ausen, Røhne, SINTEF IKT og Østensen, 2015, s.10). Medisinene blir klargjorte fra medisinliste som formidles fra fastlegen (Svagård et al., 2015, s.10). Medisinposene har korrekte doser og hver av posene på rullen har navnet til tjenestemottageren trykt på, samt dato, innhold og når medisinen i posen skal tas (Svagård et al., 2015, s.10).

1.3 Bakgrunn for tema

Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11) er utarbeidet på bakgrunn av Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer (St.Meld nr 25) og de demografiske utfordringene dagens samfunn står ovenfor de neste tiårene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s.10). Det vil i årene som kommer bli flere eldre med hjelpebehov, antallet kronikere vil øke, det vil bli nye og yngre grupper med tjenestemottagere, samtidig som det er forventet at det vil bli en knapphet på helsepersonell og frivillige omsorgsytere (NOU 2011:11, s.9). Det blir og satt lys på at det kan bli mangel på samhandling og medisinsk oppfølging av tjenestemottagere på grunn av knappheten på helsepersonell (NOU 2011:11, s.15). Hvordan utviklingen av antall eldre blir i forhold til den yrkesaktive delen av befolkningen kan variere i stor grad fra kommune til kommune (Helsedirektoratet, 2012, s.25). I fagrapporten som ble utarbeidet av helsedirektoratet (2012) påpeker de at det kan virke som om hjelpebehovet oppstår senere og har kortere varighet enn tidligere, selv om varige sykdommer øker i omfang sammen med demografien (Helsedirektoratet, 2012, s.25). Demografiske endringer i samfunnet og knappheten blant helsepersonell som er forventet er avhengig av flere variabler (Helsedirektoratet, 2012, s.25). Dette være seg innvandring, helse og utvikling, forebyggende helsearbeid og effekten av dette, nye behandlingmåter og teknologibruk (Helsedirektoratet, 2012, s.25). Tjenestemottageres og deres pårørendes bruk av egne ressurser når en møter egen funksjonsnedsettelse, samt for eksempel nærmiljø, pårørende, nettverk og frivillige (Helsedirektoratet, 2012, s.25). Fremskrivningene om at samfunnets aldersbæreevne vil

svekkes på grunn av at antall eldre og yrkesaktive vil reduseres de neste tiårene gir grunnlag til å anta at de kommunale helse – og omsorgstjenestene vil ha utfordringer med å dekke behovet for helse- og omsorgstjenester, ut i fra dagens standard og kvalitet på tjenestene (Helsedirektoratet, 2012, s.25).

I stortingsmeldingen "Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk" (Helse- og omsorgsdepartamentet, 2004 - 2005) viser de til at det er cirka 20 prosent feilmedisinering i behandlinger som inkluderer legemidler. Hvorfor feilmedisineringen forekommer er vanskelig å si, men det nevnes uriktige vurderinger fra leger, misforståelser blant helsepersonell, apotek og pasienter, samt feil bruk og nedtrapping av medisiner i situasjoner der tjenestemottageren har flere medisiner (Helse- og omsorgsdepartamentet, 2004-2005, s.25). Befolkningen over 65 år har ofte flere diagnoser og av den grunn flere legemidler å forholde seg til (Helsedirektoratet, 2011, s. 10). Dette forårsaker en økt sjanse for feil bruk og uheldige kombinasjoner av medisinbruk (Helsedirektoratet, 2011, s. 10). I Meld.St.nr 10 God kvalitet – trygge tjenester (2012-2013) viser de til en undersøkelse utført av verdens helseorganisasjon som viser til at cirka halvparten av personer med kroniske sykdommer tar medisinene sine feil (Helse- og omsorgsdepartamentet, 2012-2013a, s.33). Dette kan for eksempel innebære feil inhaleringsmetode for mennesker med Kols (Helse- og omsorgsdepartamentet, 2012-2013a, s.33). Det kan være vegring for å ta medisinene da tjenestemottageren ikke er sikker på om det har noen effekt eller er redde for bivirkninger av medisinene (Helse- og omsorgsdepartamentet, 2012-2013a, s.33). Eller det kan være utfordringer med å huske å ta medisinene til rett tid eller å huske å ta dem i det hele (Helse- og omsorgsdepartamentet, 2012-2013a, s.33-34). Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvorvidt teknologiske løsninger kan bidra til å løse disse utfordringene.

Hagen-utvalget skrev i sin utredning fra 2011 at for å kunne løse noen av de demografiske utfordringene samfunnet står ovenfor ville det være hensiktsmessig å se på eksisterende og nyere teknologiske løsninger (NOU 2011:11, s.17). Disse teknologiske løsningene antas å bidra til å løse/frigjøre ressurser i helsetjenestene, samt å kunne bidra til økt frihet og trygghet for tjenestemottager (NOU 2011:11, s.17). Teknologiske løsninger kan bidra til å muliggjøre behandling på avstand og tilsyn/pleie på avstand. De teknologiske løsningene er tenkt at kan gi støtte til kommunikasjon, forvaltning og administrasjon, som da kan frigjøre tid til mer kontakt med tjenestemottageren (NOU 2011:11, s.17).

Det vil ikke være tilstrekkelig å bygge ut eksisterende tjenester for å møte de demografiske endringene i samfunnet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.12). Det vil derfor bli nødvendig at befolkningen i større grad selv tar ansvar for å planlegge egen alderdom (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.12). Det vil i årene som kommer være viktig at den aldrende befolkningen har mulighet til å være mest mulig selvhjulpne og kan klare seg selv i så stor grad som mulig (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.21). For å muliggjøre selvhjulpnehet og muligheten for å klare seg selv i eget hjem er det viktig at helse- og omsorgstjenestene vurderer behov og de potensialer som finnes for egenomsorg og mulig rehabilitering, før det blir utarbeidet tiltak for å kompensere for reduserte funksjonsevner (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.21). Ved å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger kan en bidra til å opprettholde autonomi, livskvalitet, selvstendighet og mestring av hverdagslivet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.59).

Norge står ovenfor den demografiske utfordringen på lik linje med resten av den vestlige verden, men kanskje unikt for Norge er at vi har geografiske utfordringene i tillegg (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.53-54). Det er en kombinasjon av lave fødselstall og mangel på tilflytting til distrikts-Norge som bidrar til at aldringen vil være sterkest og forekomme raskest i distriktene (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.53-54). Allerede i 2040 vil mer enn hver tredje innbygger i distrikts-Norge være over 65år, samtidig som det vil være de eldre med lavest utdanningsnivå og økonomiske ressurser som er å finne i distrikts-Norge (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.53-54). Dette vil gi helse- og omsorgstjenestene store utfordringer for å få bærekraftig balanse mellom tilbudene og behovene som finnes blant den aldrende befolkningen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.53-54). Velferdsteknologiske løsninger, deriblant elektroniske medisindispensere kan bidra til frigjøring av ressurser for tjenestene, samt gi trygghet, mestring og selvstendighet til tjenestemottager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.43).

1.4 Oppgaven sin oppbygning

Strukturen på oppgaven tar utgangspunkt i IMRaD- modellen. Det vil si at det er en innledningsdel (Introduction), etterfulgt av en metodedel (Method), funnene blir presentert i resultatdelen (results) og diskutert (discussion) (Malterud, 2017, s.118). Denne oppgaven har i tillegg en teoridel og en avslutning.

Del 1: Introduksjon til temaet, samfunnsrelevansen, problemstillingen og begrepsavklaringer.

Del 2: Teori - her presenteres den teoretiske rammen for oppgaven. Her legges teorier, modeller, stortingsmeldinger og lovverk frem.

Del 3: Forskning – presentasjon av tidligere forskning innen tematikken.

Del 4: Metode - presentasjon av kvalitativ metode og hvordan jeg har brukt metoden og analysert datamaterialet.

Del 5: Resultat - her presenteres funnene mine fra studien.

Del 6: Diskusjon - denne delen er delt opp i to hoveddeler: tjenestemottagerens positive og negative erfaringer med den elektroniske medisindispenseren. Under de to hoveddelene diskuteres relevant teori og forskning opp mot funnene.

Del 7: Oppsummering - her avrundes oppgaven. Jeg oppsummerer de sentrale funnene i studien og uttaler meg om hva jeg tenker kan være nyttig og forske mer på.

2 Teori

I dette kapitlet vil det presenteres relevant teori som støtter problemstillingen og funn som presenteres i senere kapitler. Brukererfaring og velferdsteknologi som er tematikken for denne oppgaven er et dagsaktuelt tema for at samfunnet kan imøtekomme de demografiske utfordringene som kommer de nærmeste årene (Helsedirektoratet, 2012, s.25). Nedenfor presenteres teorigrunnet for oppgaven, samt relevante statlige føringer.

Teorien en bruker inn i et forskningsprosjekt sier noen om hvilke briller en har på seg som forsker (Malterud, 2017, s.47). Dette gjenspeiler seg i hvordan en leser datamaterialet som innhenter og hvordan en identifiserer mønstre i datamaterialet (Malterud, 2017, s.47). Teorien vil hjelpe med å se de empiriske funnene i en større sammenheng (Malterud, 2017, s.47). Noen ganger har en på seg de teoretiske brillene før en går i gang med et forskningsprosjekt, men ofte utvikles den teoretiske referanserammen seg underveis i prosjektet (Malterud, 2017, s.47). Den utvikler seg i datainnsamlingen, gjennom analysen, samt lesing og gjennom samtaler med andre om tematikken (Malterud, 2017, s.47). I samfunnsvitenskapelig metode arbeider en metodisk for å vise hvordan en går frem for å innhente datamaterialet og hvordan en analyserer disse dataene (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.25 - 27). Deretter ser en på hva dataene forteller oss om de samfunnsmessige forholdene og hvilke prosesser dette innebærer (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.25 - 27).

I min masteroppgave er det kvalitativ metode med fenomenologisk inspirert tilnærming som brukes. Valget av metode avgjøres av hvordan problemstillingen formuleres i tillegg til hvor mye tid og ressurser en har tilgjengelig (Johannessen et al., 2016, s 95 – 97). Det vil si at dersom en problemstilling starter med; «hva, når, hvor eller hvordan» er det kvalitativ metode som passer studien (Johannessen et al., 2016, s.95 - 97). Min problemstilling søker erfaringene til tjenestemottageren ved bruk av elektronisk medisindispenser. Kvalitativ metode passer godt til min masteroppgave da denne metoden brukes når en ønsker å undersøke, samt beskrive menneskers erfaringer og deres opplevelser om et fenomen (Johannessen et al., 2016, s.95 - 97). En ser i denne metoden ikke på årsakssammenhenger, men en søker forståelse for hvordan et fenomen oppfattes (Malterud, 2017, s. 28-29). Hvilken kunnskap som må til for å beskrive fenomenet, samt hvilke relasjoner som oppstår i det gitte fenomenet (Johannessen et al., 2016, s.95 - 97).

I fenomenologien søker forskeren å finne en dypere mening i erfaringene i den subjektive erfaringen. (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178) Fenomenologisk forskning baserer forberedelsene til en undersøkelse på de tidligere erfaringene og kunnskap som finnes om fenomenet (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178). Når en ved bruk av denne metoden skal formulere problemstilling, må den formuleres på en sann måte at det er den subjektive erfaringen til informanten forskeren søker (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178). Forskeren må deretter samle inn data fra mennesker som har den erfaringen forskeren søker å belyse (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178). Ved fenomenologisk tilnærming er det intervjuer som gir grunnlag for datamaterialet (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178). Intervjuene blir tatt opp på diktafon eller lignende, og blir deretter transkribert i sin helhet (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178). Transkriberingen gir grunnlaget for analysen (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178).

2.1 Ergoterapi

Ergoterapi handler om å muliggjøre deltagelse i hverdagslivet for det enkelte menneske (Brant, Madsen og Peoples, 2013, s.17). Det er avgjørende for livskvaliteten til et menneske at en er i stand til å delta i de situasjoner en ønsker sammen med andre (Brandt et al., 2013, s.17). I ergoterapien er det en grunnleggende forståelse av at aktivitet er en essensiell del av livet (Brandt et al., 2013, s.17). Aktivitet er en viktig forutsetning for helse og trivsel (Brandt et al., 2013, s.17). Ergoterapien muliggjør og tilrettelegger for at alle mennesker skal oppleve å ha mening i hverdagen og kunne delta aktivt i sitt hverdagsliv (Brandt et al., 2013, s.17). Kjernekompetansen til ergoterapeuter er å se samspillet mellom personen, aktiviteten og omgivelsen, samt å muliggjøre aktivitetsutførelse, tilrettelegging av aktiviteter eller omgivelsene for å muliggjøre aktivitet (Norsk ergoterapeutforbund, 2017, s.15). Ergoterapien sitt overordnede mål er å fremme deltagelse i aktiviteter er å legge til rette for å muliggjøre et aktivt og selvstendig medborgerskap (Brandt et al., 2013, s.17).

2.1.1 Occupational Justice

Occupational Justice er en utforskende teori som ble utviklet på 90-tallet av Townsend og Wilcock (Stadnyk, Townsend og Wilcock, 2010, s.329-330). Det var Townsend og Wilcock som utforsket teorien om occupational justice, og det var deres felles interesse for forholdet mellom aktivitet og rettferdighet som var utgangspunktet for deres samarbeid i utviklingen av

teorien (Townsend og Wilcock, 2004, s.244). Teorien tar som ergoterapien utgangspunkt i at aktivitet er en viktig del av menneskets natur, empowerment og de rettigheter en har som medborger i samfunnet (Stadnyk et al., 2010, s.329-330). Det var den grunnleggende ideen om at mennesket er aktive av natur som var utgangspunktet for Wilcock når hun forslo et aktivitetsperspektiv på rettferdighet (Townsend og Wilcock, 2004, s.244). Townsend forslo at for å oppnå rettferdighet i hverdagslivet måtte det involvere at mennesket gjennom aktivitet får kontroll på sitt eget liv (Townsend og Wilcock, 2004, s.244).

Occupational justice ble i starten sidestilt med social justice (Townsend og Wilcock, 2004, s.244). Forskjellen på social justice og occupational justice er at det i social justice blir sett på de sosiale relasjonene og de sosiale betingelsene i livet (Townsend og Wilcock, 2004, s.244). Mens det i occupational justice blir det sett på hva vi *gjør* i de sosiale relasjonene og de sosiale betingelsene i livet (Townsend og Wilcock, 2004, s.244). Når Townsend og Wilcock (2004) utviklet denne teorien var de hele tiden åpne for innspill fra andre ergoterapeuter. De holdt workshops flere plasser i verden for å få innspill til utvikling av teorien (Townsend og Wilcock, 2004, s.245). Disse workshopene rundt occupational justice førte til resonnement rundt bestemte faktorer, aktivitetsformer og følger av occupational justice (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-252).

| Underlying occupational determinants | | Socially determined occupational forms | | Possible outcomes of occupational injustices |
|--|---|---|---|---|
| Type of economy: Nomadic Agrarian Industrial Postindustrial Capitalist Socialist National/international Policies: War or peace Materialism Capital growth Sustainable ecology Multinational support Community development Cultural values: Social justice Work ethic Individualism Community Religious practices Gender | Occupational Justice or Injustice Leading to | Opportunity/restrictions <i>Examples include:</i> Corporate management Division of labor Dole/social services Education Employment Environmental management Health services Industry Job creation schemes Legislation Media Farming/fisheries Parenting supports Professions Play/recreation Sports/fitness Technology in daily life Transportation | Occupational Justice or Injustice Leading to | Occupational deprivation (isolation/overcrowding) Occupational alienation (loss of meaning and purpose) Occupational imbalance (boredom/burnout) Disease Individual/familial: Anxiety stages Decreased fitness Depression Eating disorders Fatigue Immune system disorders Metabolic disturbance Sleep disturbance Disease Family/community/National/International: Civic disturbance Ethics breakdown Social disintegration |

I tabellen over ser en at ulike samfunnsforhold påvirker mulighetene for et individ til å delta i meningsfulle aktiviteter (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-252). Det politiske styresettet,

samt økonomi og kulturelle faktorer påvirker og legger føringer for hva det er som blir verdsatt og prioritert i samfunnet (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-252). Disse prioriteringen vil gi borgerene i samfunnet både begrensinger og muligheter for at borgeren/tjenstemottageren skal kunne delta i aktiviteter (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-252). Manglende muligheter og rett til deltagelse kan over tid oppleves av enkeltindividet, miljøet eller fra samfunnet som en situasjon som er konstant stressende (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-252). Når Townsend og Wilcock omtaler occupational justice bruker de begrep som aktivitetsfrarøvelse (occupational deprivation), meningsløshet (Occupational alienation) og ubalanse (occupational imbalance) (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-253). Dersom det oppleves aktivitetsfrarøvelse, meningsløshet og ubalanse kan dette føre til for eksempel ekskludering fra samfunnet, angst og andre psykiske lidelser og søvnproblematikk (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-253).

Occupational justice tar utgangspunkt i at mennesket er aktive av natur (Stadnyk et al., 2010, s.330-331). Det vil si at mennesket deltar selvstendig i aktiviteter og er aktive agenter i forhold til kulturelle og meningsfulle aktiviteter som kan være avgjørende for egen helse og livskvalitet (Stadnyk et al., 2010, s.330-331). Occupational justice sidestiller moral, etikk og politiske ideer om rettferdighet i forhold til deltagelse i aktiviteter (Stadnyk et al., 2010, s.331). Dette er når en ved å ha fokus på occupational justice ser på mangfoldet av aktivitetsbehovet, styrkene og potensialet til enkeltindividet og grupper (Stadnyk et al., 2010, s.330-331). Samtidig ser en på og tar i betraktning rettigheter, urettferdighet, empowerment og muliggjøring av meningsfulle aktiviteter (Stadnyk et al., 2010, s.331).

Occupational deprivation og occupational balance

Occupational deprivation (aktivitetsfrarøvelse) oppleves når en mister eller blir fratatt muligheter for deltagelse eller opplever forskjellsbehandling i en aktivitet på grunn av omstendigheter og omgivelser som er utenfor kontrollen til den enkelte (Jacobsen, Leghart og Sønnichsen, 2013, s.62). Det er når det er ytre påvirkning som forårsaker fratagelse av muligheter til deltagelse at det er occupational deprivation (Whiteford, 2010, s.305). Det vil med andre ord si at en sykdom eller redusert funksjonsnivå i seg selv ikke er årsaken til occupational deprivation (Whiteford, 2010, s.305). I teorien om occupational deprivation (aktivitetsfrarøvelse) er det nevnt fem barrierer som kan bidra til aktivitetsfrarøvelse (Whiteford, 2010, s.306). Disse fem er geografisk isolasjon (geographic isolation), utilfredshet ved arbeidssituasjon (unsatisfactory conditions of employment), frihetsberøvelse

(incarceration), kjønnsroller (stereotypiske roller) og flyktningbølge (refugeeism) (Whiteford, 2010, s.306). Felles for disse kategoriene er at de inneholder en aktivitetsbegrenselse som ikke kan kontrolleres av det enkelte individet, grupper eller samfunnet (Whiteford, 2010, s.306). Samtidig må occupational deprivation sees i lys av hvilke historiske, kulturelle og sosiale normer/regler som gjelder og hvilken kontekst det dreier seg om (Whiteford, 2010, s.306). Den geografiske isolasjonen er av betydning i forbindelse med denne masteroppgaven, da en funksjonsnedsettelse for et menneske kan bidra til at en ikke kan delta i samfunnet på lik linje med det en gjorde før da det er ytre faktorer som for eksempel tilgjengelighet som avgjør om det mulig (Whiteford, 2010, s.319).

Occupational balance (aktivitetsbalanse) er deltagelse i en aktivitet som gir en følelse av velbehag eller en meningsfull aktivitet (Jacobsen et al., 2013, s.62). Det er en balansegang mellom en aktivitet og deltagelse i aktiviten, for eksempel fysiske, mentale og/eller sosiale aktiviteter og deltagelsen i den/de gitte aktivitetene (Jacobsen et al., 2013, s.62). Det kan også være balansen mellom selvvalgte aktiviteter (for eksempel fritidsaktiviter) og aktiviteter som en må utføre (for eksempel arbeid, husarbeid, skole) (Jacobsen et al., 2013, s.62).

2.1.2 Haat-modellen (Human activity assistive technology)

The Human Activity Assistive Technology (HAAT) modellen er i min oppgave brukt som en del av den teoretiske referanserammen. Dette for å forstå og beskrive kompleksiteten ved implementering av velferdsteknologiske løsninger, samt for å se forskjellen på formidlingen av velferdsteknologi i motsetning til hjelpemiddelformidling. HAAT-modellen tar for seg og understreker hvordan menneskelig aktivitet påvirkes av samspillet som er mellom personen, aktiviteten og omgivelsene, samt hvor teknologiske hjelpemidler sin rolle er i dette samspillet (Cook og Polgar, 2015, s.7). Den kanadiske HAAT-modellen har utgangspunkt i The International Classification of Function (ICF) og The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Cook og Polgar, 2015, s.7). Modellene påpeker og identifiserer hvilke faktorer som kan ha innvirkning på deltagelse og mestring i hverdagslivet (Cook og Polgar, 2015, s.7).

International Classification of Function – ICF

ICF ble utarbeidet av verdens helseorganisasjon (WHO) i 2011 (Polatajko, Davis, Cantin, Amoroso, Purdie og Zimmermann, 2013, s.73) og oversatt til norsk i 2003 (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Hensikten med modellen var å utvikle et felles språk som beskrev sammenhengen mellom helse og funksjoner/funksjonsnedsettelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Ved å ha et felles språk er det lettere å utveksle informasjon på tvers av landegrenser, mellom ulike aktører og helsefag (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Denne modellen er en grafisk fremstilling av hvordan helsetilstanden påvirker menneskers liv og muligheten for deltagelse og aktivitet i hverdagslivet (Polatajko et al., 2013, s.73). Modellen tar for seg forholdene mellom funksjonsevne, funksjonsnedsettelse og hvordan kontekst påvirker mulighetene for deltagelse (Polatajko et al., 2013, s.73).

ICF-modellen deles i to, hvor den ene delen tar for seg kroppens funksjoner, aktivitet og deltagelse (Polatajko et al., 2013, s.74). Den andre delen tar for seg kontekstuelle faktorer, omgivelser og personlige faktorer (Polatajko et al., 2013, s.74). I denne modellen struktureres forholdene som har med funksjonene eller funksjonsnedsettelsene/utfordringene å gjøre på en sammenhengende og meningsfylt måte (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s.6). En generell misoppfattelse er at modellen kun omhandler mennesker med funksjonshemming (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s.6). Modellen er laget slik at den er universell og kan brukes på alle menneskers helsesituasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s.6). ICF har bidratt til at hjelpemiddelformidlere har fått et verktøy som kan brukes til å reflektere rundt bruken av et hjelpemiddel, beskrivelse av hjelpemiddelet og evaluering av hjelpemidler i en rehabiliteringsprosess (Sosial- og helsedirektoratet, 2003, s.6).

The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement – CMOP-E

CMOP-E er en utvidelse av Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (Bendixen og Madsen, 2013, s.144-145). Det er en ergoterapeutisk prosessmodell som bygger på at betydningsfull aktivitet er noe som oppleves innenfra/subjektivt (Bendixen og Madsen, 2013, s.144-145). De elementene som inngår i aktivitetsutøvelse og deltagelse blir i CMOP-E satt ord på (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). Det sentrale i modellen er at den belager seg på brukermedvirkning (klientsentrert praksis) (Bendixen og Madsen, 2013, s.145).

Aktivitet utførelsen (occupational performance) er et resultat av et samspill mellom personen, aktiviteten og omgivelsene gjennom livet (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). Det vil si

muligheten til å velge, samt å utøve meningsfulle aktiviteter på en tilfredsstillende måte (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). Dette innebærer både kulturelt definerte og aldersdefinerte betydningsfulle aktiviteter (Townsend og Polatajko, 2013, s.489). CMOP-E er en klientsentrert modell, der spiritualitet er kjernen for all aktivitetsutøvelse (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). Eksempel på aktiviteter er arbeid, fritidsaktiviteter, hus og hjem (Bendixen og Madsen, 2013, s. 145). Med spiritualitet menes livskraften til personen, som settes i sammenheng med vilje, muligheten til selvbestemmelse, motivasjon, mening og sammenheng med betydningsfulle aktiviteter (Bendixen og Madsen, 2013, s.145).

Aktivitetsutøvelse er personens egen opplevelse av betydningsfulle aktiviteter og hvor viktige de forskjellige aktivitetene er i hverdagslivet (Bendixen og Madsen, 2013, s.145).

Aktivitetsmessig engasjement er et annet sentralt begrep i modellen (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). Med det menes alt en person engasjerer seg i, deltar i av aktiviteter, interessene og hva personen er opptatt av i hverdagslivet (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). I tillegg til opplevelsen av å bety noe, være noen og høre til (Bendixen og Madsen, 2013, s.145).

Teknologiske hjelpemidler i HAAT-modellen blir sett på som en mulighet for et menneske til å utføre en aktivitet i en kontekst (Cook og Polgar, 2015, s.11). HAAT-modellen beskriver en kompleks og samtidig dynamisk ramme for å forstå hvor teknologiske hjelpemidler sin plass er i livene til mennesker med funksjonsnedsettelse (Cook og Polgar, 2015, s.11). Det dynamiske ved modellen beskriver hvordan forskjellige aspekter påvirker hverandre, samt at påvirkningsgraden varierer (Cook og Polgar, 2015, s.11). Cook og Polgar tar frem eksempel på sommer og vinter, der vinteren påvirker mennesker som har en fysisk funksjonsnedsettelse annerledes enn sommer og bare veier gjør (Cook og Polgar, 2015, s.11). Når en skal implementere teknologi i henhold til modellen så er det viktig å forstå brukerens behov og brukerens forståelse av behovene (Cook og Polgar, 2015, s.11). Dette for at en skal unngå at teknologi blir plassert og ikke brukt (Cook og Polgar, 2015, s.11). Forenklet forklart er denne modellen en modell som beskriver at noen utfører en aktivitet i en kontekst hvor det brukes et teknologisk hjelpemiddel (Cook og Polgar, 2015, s.11). Det forutsettes uansett bruk at denne modellen sitt utgangspunkt er at noen utfører en aktivitet i en kontekst og at et teknologisk hjelpemiddel deretter implementeres (Cook og Polgar, 2015, s.7). Ved å bruke denne rekkefølgen får en resultater som innebærer at personen tilpasser seg teknologien fremfor at teknologien brukes for å redusere behovene til brukeren (Cook og Polgar, 2015, s.7).

Kjernen i modellen er det gjensidige dynamiske samspillet og innvirkningen de forskjellige komponentene har på hverandre (Cook og Polgar, 2015, s.11). I HAAT-modellen blir det tatt

utgangspunkt i fire komponenter som alle påvirker og har innvirkning på hvordan en velferdsteknologisk løsning brukes i praksis (Cook og Polgar, 2015, s.9). De fire komponentene er mennesket, aktiviteten, konteksten og velferdsteknologien (Cook og Polgar, 2015, s. 11). Hver av komponentene betraktes hver for seg, men og i forhold til de andre komponentene (Cook og Polgar, 2015, s.11). Dette for å vurdere utarbeidelse av tiltak, hvilke valg som finnes, hvordan tiltaket skal gjennomføres og hvordan en skal evaluere om teknologien er rett for tjenestemottageren (Cook og Polgar, 2015, s.11).

Nedenfor vil jeg bruke modellen til å presentere de perspektivene som er i min masteroppgave. Medisinhåndtering for tjenestemottager (aktiviteten), tjenestemottageren (mennesket), elektronisk medisindispenser (assistive technology) og være selvstendig og bo lenger hjemme (konteksten).

Aktiviteten (the Activity):

Aktivitet er beskrevet som det fundamentelle i modellen (Cook og Polgar, 2015, s.9). Når en setter den elektroniske medisindispenseren inn i modellen kan vi dele aktivtetsbegrepet i tre aktivitetsområder (Cook og Polgar, 2015, s.9). Dette være seg daglige aktiviteter, arbeids/produksjonsaktiviteter (for eksempel husarbeid) og fritidsaktiviteter (Cook og Polgar, 2015, s.9). I min masteroppgave er aktiviteten medisinhåndtering for tjenestemottager og hvordan tjenestemottagerne håndterer sin medisinerings kan påvirke samtlige aktivitetsområder.

Mennesket (Human):

Det er tjenestemottageren som skal benytte teknologien ut fra sine forutsetninger fysisk, kognitivt og emosjonelt (Cook og Polgar, 2015, s.9). Tjenestemottagerene vil ha ulike erfaringer ved bruk av teknologi (Cook og Polgar, 2015, s.9). I modellen skiller de mellom om tjenestemottageren er en nybegynner (Novice) eller om tjenestemottageren er en erfaren bruker (Expert) (Cook og Polgar, 2015, s.9). En nybegynnende tjenestemottager vil belage seg på å få informasjon om teknologien fra tjenesten, for å få kunnskap om teknologien (Cook og Polgar, 2015, s.9). En erfaren tjenestemottager har en klar formening om hvordan og på hvilken måte teknologien skal fungere, og vil av den grunn ønske å være mer involvert i beslutninger om hvilken løsning som passer for den (Cook og Polgar, 2015, s.9). Det er viktig å ha kunnskap om kroppsfunksjoner til individet og hvilke roller individet har i hverdagslivet

(Cook og Polgar, 2015, s.9). HAAT-modellen legger opp til at en skal se mennesket i et livsløpепerspektiv og vite om hvilken motivasjon tjenestemottageren har, samt hvilke erfaringer vedkommende har med teknologi (Cook og Polgar, 2015, s.9). Rollene en person har vil involvere flere aktiviteter i flere kontekster, samt være knyttet til identiteten til vedkommende (Cook og Polgar, 2015, s.9). Motivasjon sees på i to perspektiver som innebærer om det finnes motivasjon til å gjenoppnå funksjon eller om det er motivasjon for å bruke velferdsteknologiske løsninger for å kunne utføre aktiviteten (Cook og Polgar, 2015, s.9). Ved at en ser på et livsløpепerspektiv må en ta i betraktning utviklingen som skjer i et menneskeliv (Cook og Polgar, 2015, s. 9). Eldre som har nedsatt funksjoner på grunn av alderdom vil ha et annet behov for teknologisk støtte enn det er barn i utvikling vil ha (Cook og Polgar, 2015, s.9). I tillegg kan det å ta i bruk et hjelpemiddel oppleves som stigmatiserende, da andre ser at en har funksjonsnedsettelse (Cook og Polgar, 2015, s.9).

Konteksten (the Context):

Konteksten er omgivelsene hvor teknologien skal brukes (Cook og Polgar, 2015, s.10). Kontekst kan forstås på mikronivå, mesonivå og makronivå. På mikronivå menes det individuelle perspektiver, anerkjennelse, tilgjengelighet, brukervennlighet, kvalitet (opplevelsen av) og prinsipper for bruk (Schrøder og Petersen, 2014, s.25-26). Med det menes det som er nærmest et individ i hjemmet, på skolen eller arbeidet (Schrøder og Petersen, 2014, s.25-26). Her kjenner individet sine forutsetninger, hvilke roller som er definert, samt normer og regler og det er inforstått hvilke forventninger som foreligger (Schrøder og Petersen, 2014, s.25-26). På mesonivå er det tjenester, reguleringsplaner, sektorlovgivning, universell utforming tekniske løsninger og standarder på gruppenivå (Schrøder og Petersen, 2014, s.26). Dette nivået er fjernere fra individet og en forholder seg her til blant annet offentlige instanser og forretninger (Schrøder og Petersen, 2014, s.26). På makronivå er det verdier, etikk og menneskesyn, samt universell utforming som strategi, politikk og formålsparagrafene i lovgivningen (Schrøder og Petersen, 2014, s.25-26). Dette nivået refererer til den brede sosiale og kulturelle konteksten som gir individet de lovgitte og moralske rammene (Schrøder og Petersen, 2014, s.25-26). Konteksten beskrives i fire forskjellige områder; den fysiske konteksten, den sosiale konteksten, den kulturelle konteksten og den institusjonelle konteksten (Cook og Polgar, 2015, s.9-10). Min masteroppgave er på mikronivå, da undersøkelsene er gjort overfor tjenestemottagerne i hjemmene deres.

Teknologiske hjelpemidler (assistive technology):

Det er gjenstanden eller objektet som benyttes for å utøve en gitt aktivitet (Cook og Polgar, 2015, s.10). Det er her som med andre hjelpemidler viktig at teknologien er behovsprøvd for tjenestemottageren (Cook og Polgar, 2015, s.10). Slik at teknologiens funksjonalitet, designet og formidlingen passer til tjenestemottagerens behov (Cook og Polgar, 2015, s.10). I HAAT-modellen blir velferdsteknologi sett på som et tiltak som muliggjør menneskelig aktivitet i en kontekst (Cook og Polgar, 2015, s.10). Denne komponenten i modellen deles i fire; brukergrensesnitt, aktivitetsutførelse, hjelpemiddelet/teknologiens kontrollfunksjoner og grensesnitt rettet mot omgivelsene (Cook og Polgar, 2015, s.10). I min masteroppgave er det den elektroniske medisindispenseren som undersøkes og det er den daglige medisinhåndteringen til tjenestemottager og dens erfaringer med medisindispenseren som er aktiviteten.

2.2 Mestring og deltagelse

Mestring handler om et individs evne til å håndtere en aktuell stressende situasjon (Espenes og Smedslund, 2014, s.119). Det er et menneskelig behov å ville mestre en situasjon (Manger og Wormnes, 2018, s.19). Som menneske har en ønsker og mål for hva en vil oppnå (Espenes og Smedslund, 2014, s.132). Det vil med andre ord si at alt vi gjør i livet vårt er rettet mot å oppnå de ønsker og mål en har (Espenes og Smedslund, 2014, s.132). Det er derfor viktig for alle å ha mulighet til å mestre hverdagslivet (Espenes og Smedslund, 2014, s.132).

Hverdagslivet er det livet som leves hver dag (Borg og Stabel, 2013, s.37-38). Som menneske er en ikke uavhengige individer, men vi må forstås gjennom våre relasjoner til andre mennesker (Borg og Stabel, 2013, s.37-38). Hverdagslivet vårt opprettholdes, utvikles og videreføres ved at en håndterer de betingelser som stilles fra samfunnet, fra de mellommenneskelige relasjonene og fra de individuelle forutsetningene (Borg og Stabel, 2013, s.37-38). Mestring er å håndtere praktiske forhold og relasjoner til andre mennesker (Jepsen og Larsen, 2013, s.219). Dette kan innebære en persons mentale strategier, en persons handlingsreportoar og evnen til å mobilisere støtte fra sitt nettverk og sine omgivelser (Jepsen og Larsen, 2013, s.219).

Mestring og stress er på en måte hverandres motsetninger, med det menes at økt mestring gir mindre stress og økt stress med få ressurser gir mindre mestring (Espenes og Smedslund, 2014, s.119 og s.135). Espenes og Smedslund (2014) viser til Lazarus og Folkman sin teori

om stress og mestring (Espenes og Smedslund, 2014, s.117). Hvordan en vurderer og håndterer situasjoner deles inn i tre stadier; primærvurdering, sekundærvurdering og tertiærvurdering (Espenes og Smedslund, 2014, s.117). Primærvurderingen er når en møter en spesifikk hendelse eller en situasjon (Espenes og Smedslund, 2014, s.117). Dersom en hendelse eller situasjon sees på som positiv har denne hendelsen en positiv påvirkning på helse og velvære (Espenes og Smedslund, 2014, s.117). Dersom en hendelse vurderes som et negativt element vil det oppleves som stressende (Espenes og Smedslund, 2014, s.117). Dette kommer av at en ser på hendelsen eller situasjonen som utfordrende, skadelig eller truende (Espenes og Smedslund, 2014, s.117). Det er stressorene som avgjør om vi har med utfordring, skade eller trussel (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). Dersom en vurderer at hendelsen er en skade vil det kunne skape bekymringer eller frykt, mens utfordring utløser følelse av opphisselse eller forventninger (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). Hvordan en håndterer eller mestrer en utfordring, skade eller en trussel kalles sekundærvurdering (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). Det er med andre ord inntrykket av hvordan en kan håndtere eller mestre hendelsen (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). Tertiærvurdering eller revurdering er skiftende til enhver tid etterhvert som ny kunnskap produseres (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). Det vil si at tidligere kunnskap revurderes og benyttes sammen med nyere kunnskap (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). I Lazarus sin modell om stress trekkes begrepet sårbarhet frem (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). Dersom en situasjon eller hendelse oppleves som personlig viktig og en person ikke har eller mangler ressurser til å håndtere situasjonen vil en føle seg sårbar (Espenes og Smedslund, 2014, s.118). Mestring er en sentral og viktig ingrediens i Lazarus sin modell (Espenes og Smedslund, 2014, s.119). Mens ressursene beskriver hvordan en person kan klare seg i en situasjon, handler mestring om en persons evne til å håndtere den aktuelle stressende situasjonen (Espenes og Smedslund, 2014, s.119).

Som eldre kan en oppleve en ubalanse i forhold til personlig kompetanse og ønsker om aktivitet og deltagelse (Andresen og Leghart, 2013, s.361-362). I mange tilfeller er dette på grunn av nedsatt funksjonsevne som vil påvirke den eldre med tanke på aktivitetsdeltagelse (Andresen og Leghart, 2013, s.361-362). Vi har alle behov for å utvikle vår kompetanse, ha autonomi og tilhørighet (Manger og Wormnes, 2018, s.174-175). Behovet for kompetanse er opplevelsen av å mestre omgivelsen, søke utfordringer og gradvis få følelsen av at en håndterer disse utfordringene (Manger og Wormnes, 2018, s.176). Samhandling og interaksjon med omgivelsene er derfor viktig for å få bekreftelse på dette (Manger og

Wormnes, 2018, s.176). Men utfordringene må være innenfor en oppnåelig vanskelighetsgrad, slik at en føler at det mulig å gjennomføre disse utfordringene (Manger og Wormnes, 2018, s.176). Autonomibehovet handler om individets egne ønsker (Manger og Wormnes, 2018, s.178-180). Det er viktig å føle at en har kontroll på eget liv og bli inkludert i avgjørelser som vedrører en selv (Manger og Wormnes, 2018, s.178- 180). Kunnskapen om autonomi er oftest satt i sammenheng med helserelatert adferd (Manger og Wormnes, 2018, s.180). Sist er behovet for tilhørighet, dette handler om å kunne samhandle med andre mennesker, ha en emosjonell tilknytning med andre, samt et ønske om å vise omsorg og kjærighet overfor andre og få det i retur (Manger og Wormnes, 2018, s.181). Når disse behovene møtes videreutvikles vår indre motivasjon for å utføre oppgaver enten i arbeidslivet, på fritiden eller i forbindelse med rehabilitering etter psykisk eller somatisk sykdom (Manger og Wormnes, 2018, s.184-185).

2.2.1 Medborgerskap

Samfunnets holdninger til eldre er ambivalent (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.31). I meld.st.15 (2017-2018) sier de at «alle vil leve lenger, men ingen vil bli gamle» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.31). Som samfunn hyller vi de vitale, ungdommelige og aktive eldre, men det som vises i mediene er oppslagene som belyser eldre som syke og skrøpelige samfunnsborgere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.31). Er det på tide å endre synet på hva en eldre medborger er?

Medborgerskap beskrives av Lorentzen (2004) som det opprinnelige forholdet mellom individet og staten (Lorentzen, 2004, s.99 – 102). Medborgerskapets plikter og rettigheter som enkeltindivid utløses gjennom statsborgerskapet (Lorentzen, 2004, s.99-102). Den opprinnelige tanken bak et medborgerskap var at statlige rettigheter og plikter må være på plass for borgeren for å sikre politisk, økonomisk og sosial deltagelse i samfunnet (Lorentzen, 2004, s.99-102). Fraser sin rettferdighetsteori vil være relevant inn i mitt masterprosjekt for å belyse prinsippet om deltagelse på like vilkår (Fjørtoft, 2015). Svakere stilte borgere, som mottagere av offentlige tjenester som hjemmetjeneste, kan bli behandlet urettferdig (Fjørtoft, 2015). Faktorer som kan bidra til samfunnsmessig urettferdighet er økonomisk marginalisering, utnytting, redusert eller mangel på anerkjennelse, politisk marginalisering og ekskludering (Fjørtoft, 2015). Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til at eldre mennesker bevarer livskvaliteten, opplever mestring og selvstendighet i eget liv og den eldre kan da bo lenger hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.58).

Martha Nussbaum er en amerikansk filosof som er opptatt av at rettferdighetsteorier ikke inkluderer og tar høyde for de variasjoner som finnes i funksjonsevne blant befolkningen i samfunnet (Lid, 2012, s.130). Hun setter lys på at det er myndighetene sitt ansvar at alle mennesker/samfunnsborgerne får mulighet til å leve et verdig liv (Lid, 2012, s.130).

Nussbaum tolker rettferdighet etter hva mennesker kan gjøre og hva mennesker kan være (Lid, 2012, s.130). Nussbaum sin forståelse av hvordan samfunnet bør bygges opp er ut fra hennes forståelse om hvordan samfunnet bør utformes (Lid, 2012, s.130-131). Det vil si en forståelse av at alle mennesker har funksjonsnedsettelse, enten det er dårlige knær, stive nakker/rygger, redusert minne eller om en mangler en fot eller lignende (Lid, 2012, s.130-131). Vi tilpasser samfunnet etter hovedtyngden av befolkningen, slik at alle har det samme utgangspunktet for å kunne for eksempel nå frem til jobb i tide og ikke bare de som er høyt fungerende og kan ta seg lett frem (Lid, 2012, s.131). Nussbaum påpeker mangler ved teorier som bygger på forståelse for at en som samfunnsborger må bidra for å ha rett på godene i samfunnet (Lid, 2012, s.131-132). I rettferdighetsteorien til Nussbaum ser hun på verdighet som et samfunnsansvar (Lid, 2012, s.131-132). Teorien til Nussbaum er helt konkret og inneholder 10 punkter som hun mener at hvert enkelt menneske bør ha eller skal ha tilgang til (Lid, 2012, s.132):

«1. Liv: Være i stand til å leve et liv av normal lengde, ikke dø for tidlig eller før ens liv er så redusert at det ikke er verd å leve.

2. Kroppslig helse: Være i stand til å ha god helse, inkludert reproduktiv helse. Ha tilstrekkelig med føde og tilstrekkelig med ly (beskyttelse).

3. Kroppslig integritet: Å kunne bevege seg fritt fra sted til sted, å være trygg mot voldelige angrep, inkludert seksuelle overgrep og vold i hjemmet; ha mulighet for seksuell tilfredsstillelse og for å velge om man vil ha barn.

4. Sanser, forestillingsevne og tenkning: Være i stand til å bruke sansene, å forestille seg, tenke og resonere – og gjøre disse ting på en «sant menneskelig» måte, som er influert og kultivert av adekvat utdanning, inkludert, men ikke begrenset til, lesing og grunnleggende matematisk og vitenskaplig opplæring. Være i stand til å bruke forestillingsevne og tenkning i forbindelse med opplevelser og arbeid og hendelser av eget valg, religiøs, litterær, musikalsk og så videre. Være i stand til å bruke ens tanker og sinn (mind) på måter som er beskyttet ved garantier om ytringsfrihet både for politiske og kunstneriske uttrykk. Være i stand til å ha gode opplevelser og unngå smerte som ikke er til det gode (nonbeneficial pain).

5. *Følelser: Være i stand til å knytte an til ting og mennesker utenfor en selv, å elske dem som elsker og har omsorg for oss, å sørge ved deres fravær; i all alminnelighet å elske, sørge, erfare savn, takknemlighet, og rettferdig sinne. Ikke få ens følelsesmessige utvikling skadet ved frykt og angst. (Å støtte denne mulighetsbetingelsen innebærer å støtte former for menneskelig organisering.)*
6. *Praktisk fornuft: Være i stand til å utforme et begrep om det gode og engasjere seg i kritisk refleksjon om planlegging av ens liv. (Dette involverer beskyttelse av samvittighetsfrihet og religionsfrihet.)*
7. *Tilknytning: A. Være i stand til å leve sammen med og henvendt mot andre, å anerkjenne og bry seg om andre mennesker, å engasjere seg i forskjellige former for sosial interaksjon; å være i stand til å forestille seg andres situasjon. B. Ha det sosiale grunnlaget til selvrespekt, ikke la seg ydmyke; være i stand til å bli behandlet som en verdig værende hvis verd er lik andres verd. Dette innebærer beskyttelse mot diskriminering på grunnlag av rase, kjønn, seksuell orientering, etnisitet, kaste, religion og nasjonal opprinnelse.*
8. *Andre arter: Være i stand til å leve med omsorg for og i relasjon til dyr, planter og naturens verden.*
9. *Lek: Være i stand til å le, å leke og glede seg over rekreative aktiviteter.*
10. *Innflytelse på ens miljø: A. Politisk. Være i stand til å delta effektivt i politiske valg som styrer ens liv, ha rett til politisk deltakelse og beskyttelse av talefrihet og organisasjonsfrihet. B. Materielt. Være i stand til å ha eiendom (både land og flyttbart gods), og ha eiendomsrett på lik linje med andre, ha retten til å søke ansettelse på samme vilkår som andre, å være beskyttet fra ubegrunnet å bli ransaket og pågrepet. I arbeid, være i stand til å arbeide som et menneske, utøve praktisk fornuft og kunne inngå meningsfulle relasjoner preget av gjensidig anerkjennelse med andre arbeidstakere» (Lid, 2012, s.143 – 144).*

Nussbaum mener at verdighet ikke bare er noe som kommer til uttrykk mellom enkeltmennesker, men at verdighet vises i hvordan samfunnet tilrettelegger for det enkelte mennesket på (Lid, 2012, s.131-132). Lid (2012) skriver at Nussbaum mener at et samfunn som ikke tilrettelegger for enkeltmennesket, krenker verdigheten til den enkelte. Nussbaum sin rettferdighetsteori setter lys på at et rettferdig samfunn må beskytte samfunnsborgerne gjennom å finne måter å bevare verdigheten til borgerne i lovgivning og nasjonale føringer (Lid, 2012, s.134). Nussbaum mener at medborgerskap innebærer at en har muligheten til å

leve et liv som er fylt av muligheter, samt frihet til å gripe mulighetene (Lid, 2012, s.134). På den måten kan en leve et liv som er verdig et menneske (Lid, 2012, s.134).

2.3 Politiske føringer

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som mål å bedre folkehelse, samt sørge for at det er bærekraftige helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2018). For å muliggjøre dette brukes det strategier som å forbygge mer, sette i gang behandling tidligere og samhandle bedre (Helsedirektoratet, 2018). Tjenestemottagere skal bli ivaretatt ved at de får tidligere hjelp og hjelp så nærme hjemmet som mulig (Helsedirektoratet, 2018). Det er i samhandlingsreformen fokus på at en skal få rett behandling på rett tid og sted (Regjeringen, 2014). Det vil si at helse- og omsorgstjenestene skal være tilpasset hver enkelt bruker og tjenesten skal være helhetlig og koordinert (Helsedirektoratet, 2018). Dette innebærer at tjenestemottageren skal bli tilbudt et bredere tilbud i hjemkommune (Regjeringen, 2014). Oppfølging av tjenestemottager med kroniske lidelser skal forbedres og det vil være et økt fokus på helsefremmende arbeid lokalt og i nærmiljø (Regjeringen, 2014).

Nou 2011:11 «Innovasjon i omsorg»

I «Innovasjon i omsorg» (2011) tar de utgangspunkt i de demografiske utfordringene som vil si at det blir en økning av andelen eldre, samtidig som det vil bli yngre brukergrupper (NOU 2011:11, s.14). Det kan av den grunn oppleves manglende samhandling, medisinsk oppfølging, mangel på aktivitet og deltagelse (NOU 2011:11, s.14). Det kan bli for få tjenesteytere og det vil derfor være avgjørende hvordan de for de kommunale helsetilbudene tar tak i disse utfordringene (NOU 2011:11, s.14). Når «innovasjon i omsorg» ble utarbeidet av Hagen-utvalget ble den kalt for «den andre samhandlingsreformen», dette fordi den rettes mer mot familie og lokalsamfunn (NOU 2011:11, s.17). Hagen-utvalget mente at teknologi burde tas i bruk for å imøtekomme den demografiske utfordringen, og viser til en dansk analyse som sier at 20% av oppgavene i omsorgstjenestene kan enten helt eller delvis løses ved å implementere teknologi (NOU 2011:11, s.98).

Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030

Denne fagrappporten ble utviklet på bakgrunn av «NOU 2011:11 – innovasjon i omsorg» og forslaget til Hagen-utvalget om å lage en Teknoplan 2015 (Helsedirektoratet, 2012, s.3).

Denne planen skulle muliggjøre at velferdsteknologiske løsninger ble tatt i bruk av tjenestene (Helsedirektoratet, 2012, s.3). Velferdsteknologifeltet er todelt, på den ene siden handler det om å gi hvert enkelt menneske mulighet til å mestre sitt eget liv og sin helsesituasjon (Helsedirektoratet, 2012, s.21). På den andre siden handler det om å imøtekomme de utfordringen samfunnet står ovenfor i årene som kommer, slik som den demografiske utfordringen (Helsedirektoratet, 2012, s.21).

Meld. St. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg»

Denne meldingen har hovedfokus mot brukerne og hvordan brukeren kan mestre hverdagen sin (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s. 11). Dette til tross for eventuell sykdom, utfordringer, problemer eller funksjonsnedsettelse (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s. 11). Samtidig er det meningen at denne meldingen skal gi et bedre grunnlag for å utvikle det faglige arbeidet (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s. 11). Helse og omsorgstjenestene i dag har et livsløpsperspektiv, og det er da viktig å ha gode løsninger på for eksempel boligtilbud, tjenestetilbud og faglig tilnærming (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s.15). Samhandlingsreformen forsterker på same tid mangfoldet i samfunnet og bidrar med nye oppgaver og muligheter for kommunene (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s.15). Det er viktig at det ikke overlates kun til de kommunale helse-og omsorgstjenestene å håndtere utfordringene som kommer i årene fremover (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s.49). Det kommer til å kreve alle omsorgsressurser i samfunnet, og hvordan en kan bruke de på nye måter (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s.49). Ved å ta i bruk teknologi som kan forsterke sosiale nettverk for brukeren, gi økt samspill med tjenestene, samt nærmiljø, familie og frivillige aktører, kan en frigjøre tid og ressurser i tjenestene (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2012-2013, s.109).

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

I denne meldingen tar regjeringen stilling til hvordan tjenestetilbudet bør utvikles for å imøtekomme de samlede utfordringene i samfunnet i årene som kommer og befolkningens behov for gode og stabile tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 9 og

19). For at en skal få til dette må tjenestene organiseres annerledes, og arbeidsrutiner må gjøres om. En fremtidsrettet helsetjeneste fatter beslutninger sammen med tjenestemottagerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 19). Tjenesten vil ha fokus på hva som er ønsket mål, hva som er behovet og hva som er ønskene i eget liv. Dette vil avgjøre hvordan tjenestene utformes og hvilke tjenester som leveres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 19). Med tanke på utfordringsbilde samfunnet møter er det viktig at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig kapasitet, slik at en kan forebygge problemer og avklare problemene før de blir store (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 19). Ved at helse- og omsorgstjenesten bidrar til mestring ved å gi god opplæring og oppfølging i samråd med brukerne, vil også de som lever med en sykdom kunne delta aktivt i meningsfulle aktiviteter, skole og arbeidsliv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 19).

Dagens primærhelsetjeneste ble bygd opp i en annen tid der smittsomme sykdommer var sentrale, og der en lå lenger inne på sykehus eller institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 14). I dag er det ikke de smittsomme sykdommene som er i fokus, men det er de kroniske lidelsene som demens, diabetes, muskel og skjelett plager, hjerte og lunge sykdommer, kreft, psykiske lidelser og rusproblematikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 14). Det er derfor nødvendig med en tjeneste som kan tilby støtte og hjelp i hjemmet til brukeren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 46). Ved å implementere for eksempel velferdsteknologi og teknologiske løsninger i hjemmet kan en gi nye muligheter for brukerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 46). I samfunnet i dag har vi god tilgang til informasjon og medisinsk kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 46). Tjenestens rolle vil med andre ord være å møte den opplyste brukeren med å gi råd og veiledning, samt å vurdere alternativer for og med brukeren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 46). På denne måten vil den enkelte brukeren ha et bedre grunnlag for å fatte beslutninger om egen helse og situasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015b, s. 46).

Helse 2020

Helse 2020 er et rammeverk for innbyggere i verdens helse organisasjon (WHO) sin europeiske region (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). Ved å utarbeide dette verdi- og kunnskapsbaserte rammeverket var håpet at det skulle vise utfordringer og muligheter, samt gi inspirasjon i den europeiske regionen til å gripe nye muligheter for å forbedre helse og trivsel (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). Helse 2020 har fokus på:

«helse som en menneskerett; rettferdig forbedring av helse på tvers av myndigheter med helhetlig samfunnsmessig tilnærming; kraftfull styring av helseledelse; samarbeidsmodeller og tverrsektorielle prioriteringer; betydningen av samfunnet og individuell tiltro og myndiggjøring; og partnerskapsrollen» (Helsedirektoratet, 2014, s. 3).

Omsorg 2020

Regjeringen har laget Omsorg 2020 som er en plan for omsorgsfeltet 2015–2020 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). Målet er å sikre bedre kvalitet på tjenestene, dette gjennomføres ved å fremme nye tiltak i «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). Disse tiltakene skal sikre at tjenestemottagerne får økt innflytelse på sin egen hverdag, samt økte valgmuligheter og mangfold av tilbud som har god kvalitet og høy standard (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). I denne meldingen fremmer regjeringen tiltak for å forbedre medisinsk oppfølging i tjenesteleddene som blant annet sykehjem og hjemmetjenester (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). Det fremheves fem satningsområder i Omsorg 2020:

1. Sammen med bruker, pasient og pårørende skal helse- og omsorgstjenestene utvikles (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Dette innebærer at brukerne/tjenestemottagerne, gjennom større og flere valgmuligheter og mangfold av tjenester, skal få en større innflytelse på egen hverdag (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Dette vil innebære at tjenestemottagerne får ivaretagelse av sine individuelle behov, og dermed kan leve aktive og gode liv sammen med andre (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6).

2. For å forsikre seg om at vi i fremtiden har en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste er det behov for en omstilling faglig, dette innebærer endring i og høyere kompetanse, endring av arbeidsmetoder og faglige tilnærminger (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Omstillingen i tjenestene skal vektlegge blant annet mestring, rehabilitering, tidlig innsats, veiledning av pårørende/frivillige og innføringen av velferdsteknologi (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6).

3. Sykehjemmene og omsorgsboligene skal utformes slik at de oppfyller de behovene som fremtidens tjenestemottagere har (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). I årene som kommer vil det være tjenestemottagere i alle aldre (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015,

s. 6). Det vil variere fra kort tid rehabilitering, palliativ behandling eller livsløpsperspektiv (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Det vil med andre ord si at det kreves mange og forskjellige boligformer (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Det satses derfor på utbygging av både nye og gamle sykehjem og boliger (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6).

4. Hjemmetjenesten har de siste tiårene gjennomgått store endringer (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Det er i hovedsak hjemmesykepleien som vokser på grunn av at tjenestemottagerne under 67 år har blitt tredoblet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Dette på grunn av at det har blitt innført nye reformer som endrer ansvarsfordeling og oppgavefordelingen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). I tillegg har det blitt en omstilling i spesialisthelsetjenesten med blant annet kortere liggetid på sykehusene, og økt dag og poliklinisk behandling (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Dette har medført at kommunens helsetjenester har fått en økning i nye brukergrupper som er faglig krevende og har komplekse behov (både medisinsk og psykososialt) (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Hjemmetjenesten møter ofte tjenestemottagerne og deres pårørende i tidlige faser av sykdommer, og en sterkere hjemmetjeneste kan forebygge og utsette institusjonsinnleggelse ved å bidra til at tjenestemottageren kan bo lenger hjemme og leve et meningsfullt og aktivt liv (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7).

5. For at en skal ha bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden er det behov for å utvikle og mobilisere samfunnet sine omsorgsressurser (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Dette innebærer blant annet å ta i bruk ny og gammel teknologi, samt nye metoder og støtte opp om innovasjonsarbeid som foregår lokalt i kommunene (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7).

3 Forskning

I søkene etter litteratur har jeg anvendt databasene Cochrane Library, EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext, Google Scholar, Oria, Helsebiblioteket, SveMed+, Medline og Idunn (vedlegg nr.1). I tillegg ble litteraturlistene i artiklene gjennomgått for å se om det var noen artikler som var brukt i artiklene jeg fant som var relevante inn i denne oppgaven. Dette for å belyse hvorfor elektroniske medisindispensere er hensiktsmessige å innføre som en del av et tjenestetilbud for tjenestemottager, samt hvordan det erfarer for tjenestemottager å ha fått den elektroniske medisindispenseren som en del av tjenestetilbudet sitt. De fleste artiklene som omhandler velferdsteknologi og da spesielt med tanke på medisinbehandling handler om eldre og de demografiske utfordringene til samfunnet i årene fremover. Det blir i flere av artiklene nevnt at brukerperspektivet mangler i forskningslitteraturen, da det har vært størst fokus på å kartlegge effekten, nytten og kostnad ved implementering av velferdsteknologi i forhold til tjenestene/tjenesteyter (Windle, 2010., Nielsen et al., 2017, og Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke og Melby, 2017).

Nedenfor vil jeg presentere et sammendrag av artiklene jeg har sett nærmere på. Jeg har valgt ut disse artiklene da de tar for seg relevante temaer for oppgaven. Temaer som nevnes er brukererfaring, medisinbehandling, multidose, samt at det belyses hvilke utfordringer som oppleves for tjeneste og tjenestemottager ved implementering av velferdsteknologiske løsninger.

Aging-in-place with the use of ambient intelligence technology: Perspectives of older users:

Ambient intelligence teknologi er teknologi som anvendes som et virkemiddel for at eldre mennesker skal kunne bo lenger hjemme (Hoof, Kort, Rutten og Duijnste, 2011). I denne studien ser de nærmere på overvåkingsteknologi (Hoof et al., 2011). Dette fungerer ved at det utløses en alarm i en nødssituasjon, som gir støtte, sikkerhet og trygghet for brukeren (Hoof et al., 2011). Det uttales i denne studien at det er flere tiltak som kan sette inn i hjemmet slik at eldre brukere kan bo lenger hjemme, men at ambient living teknologi kan være et supplement for å oppnå dette (Hoof et al., 2011). Studien hadde som mål å undersøke hvilke behov og motiver som må være på plass for at en kan aldres med verdighet, og hvilke aspekter ved

aldring som ble tatt frem ved å ta i bruk disse teknologiske løsningene (Hoof et al., 2011). Deltagerne i studien hadde forskjellige motiver og behov for å ta i bruk denne teknologien, men den mest fremtredende årsaken var trygghet og sikkerhet (Hoof et al., 2011). Den teknologien som ble testet ut bidro til at den eldre kunne bo lenger hjemme og ga økt sikkerhet og trygghet til brukeren (Hoof et al., 2011). De fant i denne studien at teknologien alene kan ikke være en erstatning for hjemmehjelp/sykepleie eller andre intervensjoner i hjemmet (Hoof et al., 2011).

Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers – a qualitative study:

Selv om ny teknologi kan lette arbeidsmengden for hjemmetjenesten, som er økende på grunn av en aldrende befolkning som lever lenger og bor lenger hjemme med komplekse helseutfordringer, viser forskning at effekt/påvirkning og konsekvenser av digitalisert kommunikasjon mellom pasienter og tjenestene er dårlig (Nakrem, Solbjør, Pettersen og Kleiven, 2018). Denne studien ser på hvordan helsepersonell opplevde implementeringen av en digital medisindispenser og hvordan dette påvirket relasjonen til pasientene (Nakrem et al., 2018). Det ble avdekket tre hovedtematikker i studien. Den første var nasjonale føringer og lokal påvirkning og press for å øke effektiviteten og dårligere relasjon til pasienten fordi det var blant annet mye fokus på å redusere kostnad (Nakrem et al., 2018). For det andre ble det rapportert et skifte mot empowerment for pasientene (Nakrem et al., 2018). Empowerment til pasienter som setter pris på å klare seg selv ble gitt gjennom innføring av teknologien. Mens det for andre pasienter var trygghet som var det viktigste (Nakrem et al., 2018). For helsepersonellet var det viktig å få bekreftet at det var trygt for pasientene at fysisk hjelp ble erstattet med digital teknologi (Nakrem et al., 2018). Det tredje var at sikkerhet og kvalitet av den digitale helsehjelpen fremdeles er avhengig av overvåkning og kontrollmekanismer som skal kompensere for ansikt-til-ansikt monitorering (Nakrem et al., 2018). Deltagere i studien syntes ikke det var problematisk at det gjennom overvåkning ble gitt tilgang til pasienters hverdagsliv, men fokuserte derimot på at det gitt en mulighet for å justere tjenestene for å møte pasienters behov (Nakrem et al., 2018). Teknologier som en digital medisindispenser kan gjøre tjenesten mer effektiv og gi pasientene uavhengighet på en måte som gir pasienten empowerment samtidig som det gir sikkerhet for pasienten og kvalitet på tjenesten (Nakrem et al., 2018). Dersom teknologien ikke møter pasientens behov så kan dette gå ut over relasjonen mellom helsepersonell og pasienten ved at det for pasienten blir utrygt og dårlig kvalitet på

tjenesten (Nakrem et al., 2018). Det fremheves i studien at det er viktig at teknologien og behovet for teknologien blir behovsprøvd og kartlagt grundig før implementering (Nakrem et al., 2018).

Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?

Bakgrunnen for studien er at befolkningsframskrivninger viser til en sterk økning av eldre over 80 år, samt at det vil komme nye krevende utfordringer knyttet til nye brukergrupper og en knapphet på helsepersonell i yrkesaktiv alder (Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke og Melby 2017). Frykten for at helse- og omsorgstjenestene får begrensede ressurser og færre hjelpende hender er en av grunnene til at det satses på velferdsteknologiske løsninger (Isaksen et al., 2017). Denne studien ser på hvilke erfaringer som er gjort ved utprøving av velferdsteknologi for hjemmeboende brukere av helse- og omsorgstjenester. Studien ble utført i to kommuner som var med i «Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet» og prosjektet «Trygg hjemme» (Isaksen et al., 2017). Resultatene av studien viser at de fleste deltagerne opplevde en relativ fordel ved bruk av teknologien. Det vil si at det for brukeren oppleves en forskjell i form av økt mobilitet, trygghet og selvstendighet, i motsetning til hvordan brukerne hadde det uten teknologien (Isaksen et al., 2017).

Legemidler og pasientsikkerhet – fokus på eldre

Hensikten er å belyse at det er de eldre som har en stor del av andelen i den totale legemiddelbruken (Hagesæther, Landmark, Neslein og Granås, 2015). Utfordringen med legemiddelbruk og rett bruk av legemidler øker med alderen, da den eldre brukeren ofte har polyfarmasi (bruker flere legemidler samtidig) som øker faren for feil ytterligere (Hagesæther et al., 2015). Dette innebærer en del utfordringer ved bruk av legemidler hos eldre (Hagesæther et al., 2015). Det kan være fysiologiske utfordringer som svelgevansker eller kognitive utfordringer som bidrar til at det blir utfordrende for den eldre å håndtere medisinene sine, samt å forstå hvorfor og hvordan medisinen skal tas (Hagesæther et al., 2015). Hensikten med denne artikkelen er å peke på hvilke utfordringer som kan oppstå, hvordan feil bruk av legemidler kan oppstå og hvordan en kan få til bedre medisinsk behandling (Hagesæther et al., 2015). Feil bruk og håndtering av medisin kan forekomme i forskrivningssituasjonen, den eldre klarer ikke å sette seg inn i sin egen situasjon og oppdager dermed ikke feil (Hagesæther et al., 2015). Det kan være skifte mellom omsorgsnivå, samt daglig medisin håndtering og evnen til å etterleve bruken som er forskrevet (Hagesæther et al.,

2015). Denne artikkelen tar for seg viktigheten av medisin håndtering og danner noe av bakgrunnen for å innføre tiltak som elektroniske medisindispensere som skal hjelpe pasienter/brukere med å håndtere medisinene sine på best mulig måte (Hagesæther et al., 2015).

Multidosepakkelegemidler i Skandinavia – en systematisk oversikt over muligheter og begrensninger

Denne artikkelen har som formål å oppsummere og identifisere vitenskapelige artikler om multidosepakkelegemidler i Skandinavia i tidrommet fra 2000 – 2011 (Halvorsen og Granås, 2012). Siden artikkelen tar for seg multidosepakkelegemidler er den relevant for min oppgave da legemidlene i de elektroniske medisindispenserene er multidosepakket. Inkludert i oversikten er 18 artikler, 13 artikler var kvantitative, 3 var kvalitative, en semi-kvantitativ og en kasuistikk (Halvorsen og Granås, 2012). 11 artikler omhandlet legemiddelbruk blant eldre. 8 var legemiddelbruk hos hjemmeboende pasienter, 3 var om sykehuspasienter og 2 undersøkte sykehjemspasienter og de 5 siste omhandlet pasienter eller helsepersonell i forskjellige settinger (Halvorsen og Grønås, 2012). Det var delte meninger om hvorvidt multidosepakkelegemidler løste problemer ved feilmedisinering, uoverensstemmelser i legemiddellister og interaksjoner mellom legemidler (Halvorsen og Granås, 2012). Noen mener multidosepakkelegemidler løser problemene, mens andre mener det byr på flere problemer å ha multidosepakkelegemidler (Halvorsen og Grønås, 2012). Summert var hovedbudskapet i artikkelen at det er sprikende erfaringer angående innføring av multidosepakkelegemidler, samt at det har en del negative ringvirkninger (Halvorsen og Granås, 2012). Spesielt med tanke på medisinlister, økt medisineringsfeil ved skifte av omsorgsskifte (Halvorsen og Granås, 2012). Ansvarsforholdene må avklares, hvem skal gjøre endringer ved forskrivning av ny medisin eller når det er behov for et ytterligere preparat (Halvorsen og Granås, 2012). Det blir også påpekt at en direkte samhandling mellom leger og medisinleverandørene kan bidra til å optimalisere kvaliteten ved forskrivning av medisiner (Halvorsen og Grønås, 2012). Multidosepakkelegemidler skulle bidra til å forebygge feilmedisinering (Halvorsen og Granås, 2012). Feil i medisineringsfeil kan oppstå ved forskrivning, dispensering eller utdeling av medisiner (Halvorsen og Granås, 2012). I denne artikkelen setter de lys på at det ikke er klare bevis for at det vil være samfunnsøkonomisk sparsomt å innføre multidose, med mindre det blir tilbudt til de rette brukerne (Halvorsen og Grønås, 2012). Det påpekes samtidig at for at det skal fungere optimalt må samhandlingen

mellom de involverte aktørene fungere (Halvorsen og Granås, 2012). Bruk av multidose vil gi økt sikkerhet ved dispensering av medisiner, men samtidig vil det gi lavere fleksibilitet når det kommer til forskrivning av medisiner og justering av doser (Halvorsen og Grønås, 2012). Halvorsen og Grønås (2012) skriver at det spekuleres i om bruken av multidose vil føre til sjeldnere oppfølging hos lege, og at dette kan medføre dårligere kontroll og oppfølging av den enkelte pasient. Denne er relevant å bruke i min oppgave da den ser på multidosepakkelegemidler og hvilke utfordringer, erfaringer og bekymringer som ligger i å implementere multidose legemidler og teknologiske løsninger i tjenesten (Halvorsen og Granås, 2012).

Multidosetjenesten for hjemmeboende – brukernes erfaringer og behov for nye løsninger

Dette er en kvalitativ undersøkelse bestående av semi-strukturerte intervjuer og observasjoner gjort i hjemmene til 16 tjenestemottagere i to kommuner i Norge (Holbø, Das, Bøthun, Formanek, 2019). Denne studien ser på hvilke erfaringer og utfordringer tjenestemottagere har ved bruk av multidosetjenesten (Holbø et al., 2019). Hensikten ved å belyse dette er at det blir stadig flere kommuner som velger å benytte seg av multidosepakkelegemidler, dette for å hindre at tjenestemottagere bruker flere ulike medikamenter og at tjenestemottageren får rett medisin til rett tid (Holbø et al., 2019). Det blir i denne studien belyst at det er delte erfaringer om hvorvidt multidose bidrar til bedring eller reduksjon på tjenesten som leveres (Holbø et al., 2019). Dette begrunnes ved at det i Norge er belyst at håndtering av medisiner går raskere ved bruk av multidose enn ved bruk av manuelle dosetter, mens det i en kunnskapsoppsummering foretatt i Skandinavia påpekes at multidose kan bidra til å redusere kvaliteten på medisin håndtering på grunn av redusert eller manglende samhandling med tjenesten og lege (Holbø et al., 2019). Mens det i andre studier vises til høyere og bedre medisin håndtering selv om det er lavere kunnskap om legemidlene (Holbø et al., 2019). Holbø et al. (2019) sier at det derimot er lite kunnskap om hvordan medisinene håndteres på dagligbasis mellom hver utlevering av multidosepakkene.

Holbø et al. (2019) fant at det var utfordringer ved den praktiske håndteringen av multidosemedisinene. Dette ved at utformingen av posene, merkingen og at det pakkes flere legemidler i en pose gjør at tjenestemottagerne utvikler vaner og rutiner som kan redusere sikker medisin håndtering for tjenestemottageren (Holbø et al., 2019). Andre ting som påpekes som utfordringer er at tjenestemottageren tar medisinene ut av posene før de skal tas, samt at noen av tjenestemottagerne flyttet medisinene over i dosetter og justerte tidspunktene for

inntak av medisinen (Holbø et al., 2019). Et annet funn var at flere av tjenestemottagerne glemte å ta medisiner sine med seg når de skulle ut av huset eller andre ting som brøt med rutinene deres, samt at medisiner som ikke inngikk i multidoseposene ofte ble glemt (Holbø et al., 2019). I tillegg ble det etterlyst mer og bedre skriftlig og muntlig informasjon om medisiner og om synonympreparater (Holbø et al., 2019). Flere av tjenestemottagerne manglet derfor informasjon om hvorfor medisinen skulle tas, samt hvordan medisiner skulle tas (Holbø et al., 2019). Denne studien setter lys på at det er forbedringspotensial for både multidoseposene, samt tjenesten som tilhører multidose (Holbø et al., 2019). Forfatterne mener at det ikke er nok informasjon og muligheter for tilrettelegging for tjenestemottageren, og at dersom tilrettelegging muliggjøres kan flere tjenestemottagere håndtere egen medisiner på forsvarlige måter (Holbø et al., 2019). Studien er relevant i denne masteroppgaven da den belyser problemstillinger ved multidoseposer som potensielt kan løses ved bruk av en elektronisk medisindispenser.

Older adults' satisfaction with a medication dispensing device in home care

Eldre mennesker med flere sykdommer og sammensatte utfordringer må forholde seg til mange medisiner på en gang (Reeder, Demris og Marek, 2013). Dette kan by på flere utfordringer for brukeren da disse medisiner kan variere med tanke på dosene og tidspunktene for den gitte dosen, samt at medisiner skal tas flere ganger i døgnet (Reeder, Demris og Marek, 2013). Utviklingen som skjer på helseteknologi feltet har resultert i hjemmebasert medisin håndtering og helse monitorering av den eldre brukeren (Reeder, Demris og Marek, 2013). Denne studien tar for seg hvilken oppfatning og opplevelse eldre har ved bruk av en medisindispenser (Reeder, Demris og Marek, 2013). Funnene i denne studien viste at nesten alle deltagerne i studien opplevde medisindispenseren som enkel å bruke (Reeder, Demris og Marek, 2013). Medisindispenseren ga deltagerne i studien god hjelp til å håndtere medisiner sine, samt at medisindispenseren var forutsigbar og pålitelig (Reeder, Demris og Marek, 2013). Denne er relevant inn i min masteroppgave da den ser på samme type teknologisk løsning som jeg har gjort.

4 Metode

Det en ønsker å belyse i samfunnsvitenskapene er hvordan virkeligheten er, hvordan et fenomen oppleves og erfares. Disse undersøkelsene kjennetegnes av systematikk, grundighet og åpenhet om hvordan undersøkelsene er utført (Malterud, 2017, s.17). I samfunnsvitenskapelig metode arbeider en metodisk for å vise hvordan en går frem for å innhente datamateriale og hvordan en analyserer disse dataene (Malterud, 2017, s.17). Deretter ser en på hva dataene forteller oss om de samfunnsmessige forholdene og hvilke prosesser dette innebærer (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2016, s. 25 - 27). Valget av metode avgjøres av hvordan problemstillingen formuleres i tillegg til hvor mye tid og ressurser en har tilgjengelig (Johannessen et al., 2016, s. 95 - 97). Det vil si at dersom en problemstilling starter med; «hva, når, hvor eller hvordan» er det kvalitativ metode som passer studien (Johannessen et al., 2016, s. 95 - 97).

I denne undersøkelsen har jeg brukt kvalitativ metode. Dette på grunn av at jeg ønsker å beskrive tjenestemottagers erfaringer og opplevelser etter at de har fått implementert en velferdsteknologisk løsning i sin hverdag. Kvalitativ metode passer godt til min undersøkelse da denne metoden brukes når en ønsker å undersøke, samt beskrive menneskers erfaringer og deres opplevelser om et fenomen (Johannessen et al., 2016, s. 95 - 97). En ser i denne metoden ikke på årsakssammenhenger, men en søker forståelse for hvordan et fenomen oppfattes, kunnskapen til å beskrive fenomenet samt hvilke relasjoner som oppstår i det gitte fenomenet (Johannessen et al., 2016, s. 95 - 97).

Det kvalitative intervjuet egner seg godt når en skal belyse erfaringer og oppfatninger til mennesker (Johannessen et al., 2016, s.145 - 148). Erfaringene og oppfatningene vil komme best frem dersom informanten kan være med å bestemme hva som skal tas opp i intervjuet. Den beste måten å oppnå dette på er å ha en intervjuguide med åpne spørsmål (Johannessen et al., 2016, s.145 - 148). En vil da få utfyllende svar i intervjuet, og en har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål for å få utdypende svar (Johannessen et al., 2016, s.145 - 148). Ved å ha åpne spørsmål gir en mulighet for at informantene kan fortelle sine historier om deres opplevelser og eventuelle hendelser fra forskjellige situasjoner (Johannessen et al., 2016, s.145 - 148). Jeg har i denne studien bruke en semistrukturert intervjuguide, slik at informantene kan fremme sine erfaringer (Johannessen et al., 2016, s.145 - 148).

Jeg har gjennom hele prosessen hatt en prosjektlogg hvor jeg har loggført tanker, stikkord, refleksjoner (Malterud, 2017, s. 53). Malterud (2017) beskriver prosjektloggen som å legge igjen spor i skogen slik at en kan finne veien tilbake og kunne forstå hvorfor en har rotet seg bort. Loggen kan gi deg mulighet til å oppdage det du ikke vet at du leter etter da det ikke er en fastlagt løype, men en konto som en bruker for å sette inn ressurser (Malterud, 2017, s. 53). Prosjektloggen er ikke ment som et dokument der en skal skrive inn alle referater og lignende, men som et ressursdokument (Malterud, 2017, s. 53). I loggen kan en finne tilbake til intersubjektiviteten dersom en tar valg i analyseprosessen som ikke fungerer godt eller som forårsaker at en kommer bort fra det en egentlig er ute etter å undersøke (Malterud, 2017, s. 55-56). Det vil da være enklere å se tilbake på og argumentere hvorfor en har gjort akkurat de valgene en har gjort (Malterud, 2017, s. 53).

4.1 Valg av metode

Jeg har valgt en fenomenologisk inspirert tilnærming til undersøkelsen, da det i fenomenologien søkes forståelse og meningsinnhold i menneskers livsverden (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Forskeren søker etter en dypere mening med de erfaringene informantene har (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Når en skal bruke fenomenologisk tilnærming må problemstillingen formuleres slik at det er erfaringene til informantene en søker (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Deretter samles det inn data fra informanter som antas å ha de erfaringene en etterspør (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Det vil i denne tilnærmingen være intervjuer som gir grunnlaget til datamaterialet (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Intervjuene transkriberes deretter i sin helhet og som gir grunnlaget for analysen (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Etter innsamling av data og transkribering, analyseres materialet ved at forskeren danner seg et helhetsinntrykk av datamaterialet og søker deretter meningsbærende elementer i datamaterialet (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Datamaterialet kodes og organiseres i kategorier, slik at en får et redusert materiale. Til sist sammenfattes materialet og presenteres i en rapport (Johannesen et al., 2015, s.171 – 178).

4.1.1 Forforståelse

Som forsker har en med seg en forforståelse (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Denne forforståelsen innebærer blant annet hvilke tidligere erfaringer en har med seg og fagbakgrunnen (Johannesen et al., 2015, s.171 - 178). Det er viktig at forskeren kjenner til

sin forforståelse og sitt tolkningsmønster før intervjuene, slik at denne forståelsen ikke eller i minst mulig grad blir overført i forståelsen av et fenomen (Johannessen et al., 2015, s.171 - 178).

Min forforståelse har bakgrunn i at jeg er utdannet som ergoterapeut og har dermed med meg ergoterapifagets forståelse av menneskelig aktivitet og hvordan omgivelsene påvirker individet. I ergoterapien er kjerneverdiene og utgangspunktet at mennesker er skapt for å være i aktivitet. Velferdsteknologi meldte seg tidlig som et interesseområde i utdanningen. Min bachelor ble skrevet innen den samme tematikken, men den dreide seg om spillteknologi brukt i rehabilitering av voksne mennesker med ryggmargsskade og Cerebral Parese. Gjennom masterprogrammet har jeg tilegnet meg kunnskap om medborgerskap og samhandling, i tillegg tatt en videreutdanning i velferdsteknologi. Mine verdier og holdninger bygger på at alle mennesker, uavhengig av situasjon, har en rett til å bli både sett og hørt. Ethvert menneske skal og har rett til å være inkludert i samfunnet med like muligheter for deltagelse uavhengig av diagnose, helsetilstand og utfordringer.

4.2 Utforming av intervjuguide

I denne undersøkelsen har jeg benyttet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2). Ved å bruke semistrukturert intervjuguide har jeg som forsker mulighet til å tilføye data, samt at det åpner for muligheten til å hoppe frem og tilbake i intervjuet (Johannessen et al., 2016, s.145 - 148).

Det vil si at jeg kan endre rekkefølgen på spørsmålene, dersom dette skulle være hensiktsmessig i forhold til informantens fortelling (Johannessen et al., 2016, s.145-150). Jeg har laget spørsmål i intervjuguiden min som kan bidra til å belyse problemstillingen og mine forskningsspørsmål. Ved å bruke denne typen intervjuguide med åpne spørsmål kan informanten fortelle med sine egne ord (Johannessen et al., 2016, s.145-150). Spørsmålene er ment å oppmuntre informanten til å komme med utdypende informasjon om fenomenet (Johannessen et al., 2016, s.145-150). Gjennom intervjuprosessen ble det hoppet frem og tilbake mellom spørsmålene, da spørsmålene var utformet slik at det oppfordret til å fortelle om erfaringene til tjenestemottageren. Intervjuguiden ble lagt på bakgrunn av teori og tidligere forskning.

4.3 Utvalg

Når en arbeider med kvalitativ metode søker en å få mest mulig datamateriale om et begrenset antall informanter. Hensikten med å gjennomføre kvalitative intervjuer er å få fylldige beskrivelser om fenomenet, slik at problemstillingen blir belyst fra flere sider (Johannessen et al., 2016, s.113-114). Jeg har i denne masteroppgaven et utvalg bestående av tjenestemottagere som har mottatt elektronisk medisindispenser som en del av tjenesten. Utvalget i denne undersøkelsen består av 6 informanter, to kvinner og fire menn som alle har fått en elektronisk medisindispenser. Jeg fikk hjelp til å danne meg kontaktflater gjennom utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Deres mandat er å bidra til blant annet forskning opp mot primærhelsetjenesten.

Jeg ble først satt i kontakt med en hjemmetjeneste i en bydel. Deretter tok jeg kontakt med hjemmetjenesten i bydelen og så sendte jeg dem informasjonsskriv. Det var et informasjonsskriv til tjenesteyterne som skulle innhente informanter for meg, samt et informasjonsskriv til tjenestemottageren med samtykkeerklæring (vedlegg 3 og 4). Informasjonsskrivet til tjenesteyterne beskrev hva undersøkelsen gikk ut på, samt at den inneholder inklusjon og eksklusjonskriterier for tjenestemottagerne. Først når samtykkeerklæringen var innhentet og underskrevet ble det formidlet kontakt mellom tjenestemottagerne og meg ved at jeg fikk kontaktinformasjon til de fire første tjenestemottagerne. Deretter ringte jeg tjenestemottagerne opp og avtalte direkte med tjenestemottageren om når intervjuet skulle finne sted, samt hvor de ønsket at intervjuet skulle gjennomføres. Etter hvert som de første fire intervjuene ble analysert viste det seg at det ville være hensiktsmessig for meg å gjennomføre et par intervjuer til. Det ble derfor kontaktet andre bydeler som har implementert elektronisk medisindispenser som en del av tjenesten. Det var ikke enkelt å finne den rette personen som hadde kontaktflate til praksisfeltet i kommunen, så det tok noe tid å få gjennomført de siste intervjuene. Det tok meg 14 dager på å få tak i rett person, men når jeg fikk tak i det rette mennesket så gikk det rimelig fort fra jeg fikk sendt over informasjonsskriv til disse var underskrevet og kontaktinformasjon var formidlet til meg. De to siste informantene fikk samme tilbudet som de fire første og fikk velge hvor og når intervjuene skulle finne sted. De to siste intervjuene ble gjennomført i en annen bydel enn de fire første intervjuene.

Fremstilling av informantene:

Informantene har fått fiktive navn da dette vil opprettholde anonymiseringen av tjenestemottagerne, samt gjøre gjennomlesing av masteroppgaven lettere for leseren.

| Alder 30 -95 år | Diagnoser | Hvor lenge har tjenestemottageren hatt den elektroniske medisindispenseren? |
|-----------------|--|---|
| Pål | Diabetes, redusert førlighet og svaksynt | 2 år |
| Torleif | Kols | 2 år |
| Laila | Begynnende kognitiv svikt | 1 år |
| Kjartan | Slag | 2 mnd |
| Fredrik | Psykiatri | 2 mnd |
| Emilie | Epilepsi og psykiatri | 6 mnd |

4.4 Gjennomføring av intervju

Det er viktig at forskeren har mulighet til å observere kroppsspråket til informanten. Dette kan formidle reaksjoner og følelser til informanten (Johannessen et al., 2016, s.145-148). Det ble derfor gjennomført intervju ansikt til ansikt i stedet for per telefon eller andre løsninger. Ved at en har mulighet til å observere kan en for eksempel se om informanten kjeder seg, er trøtt eller blir utilpass i intervjusituasjonen. (Johannessen et al., 2016, s.145-148). Det ble i forkant av intervjuene sendt ut informasjonsskriv til både tjenesteyter som skulle innhente samtykke og til tjenestemottageren. Informasjonsskrivet til tjenestemottageren inkluderte samtykkeerklæring for deltagelse i masterprosjektet. Deretter ble det som tidligere nevnt formidlet kontakt mellom tjenestemottager og meg. Det ble avtalt møtested og tid for gjennomføring av intervjuene. Informantene fikk mulighet til å bestemme sted og tid for

intervjuet. De første fire intervjuene ble gjennomført innen to uker etter formidlet kontakt. De to siste intervjuene ble gjennomført noen måneder etter de fire første for å få en større bredde på datamaterialet. Intervju nummer fem og seks ble gjennomført fortløpende etter at samtykkeerklæringen var signert av tjenestemottagerne. Alle intervjuene ble utført i hjemmet til tjenestemottager etter ønske fra tjenestemottagerne.

Intervjuene startet med at jeg presenterte meg og hva denne studien gikk ut på og i hvilken sammenheng jeg skulle utføre disse intervjuene. Det ble informert om at samtalene ble tatt opp og jeg informert om at opptaket skulle slettes ved endt undersøkelse. Det ble i tillegg opplyst om at opptakene og kontaktinformasjonen deres oppbevares utilgjengelig for andre og at alt innhold anonymiseres slik at det ikke skal gå an å finne ut hvem som har deltatt i studien. Intervjuene startet med at informantene fortalte om hvordan hverdagen var før de fikk den elektroniske medisindispenseren og hvilke tjenester de hadde før. Deretter utviklet intervjuene seg noe forskjellig etter hvor lang erfaring tjenestemottageren hadde, samt hvilke erfaringer tjenestemottageren hadde med den elektroniske medisindispenseren.

4.5 Transkribering

Det oppstår flere utfordringer når en transkriberer et intervju. En av disse utfordringene vil være at det er store forskjeller mellom det muntlige språket og det skriftlige språket (Malterud, 2017, s.78). Det vil være mange ufullstendige setninger, lange pauser og «hmm-ing og mmm-ing» i lydopptaket som ikke er like lett å skrive (Malterud, 2017, s.78). Det kan være vanskelig å fastsette tegnsetting, samt at en ikke snakker i avsnitt (Malterud, 2017, s.78). I tillegg vil det være en utfordring å formidle beskrivelser av stemninger som oppstår i en intervjusituasjon (Malterud, 2017, s.78). Derfor er det viktig å være nøyaktig under transkriberingen, slik at datamateriale blir så presist som mulig (Malterud, 2017, s.78). Det er viktig at forskeren ikke latterliggjør informantene ved å forsøke å tilstrebe mest mulig likhet ved tekst og tale gjennom ordrett transkribering (Malterud, 2017, s.78). Det vil være hensiktsmessig å redigere forsiktig gjennom utskrivningen for å forebygge latterliggjøring av informantene (Malterud, 2017, s.78).

Det første intervjuet ble transkribert mens jeg enda hadde det frisk i minne. Deretter hørte jeg gjennom intervjuet samtidig som jeg leste gjennom transkriberingen. Dette for å se om det var noen som ikke stemte mellom transkriberingen av intervjuet og opptaket av intervjuet. Jeg skrev ned ordrett det som ble sagt på lydopptaket med alle pausene, «hmm» og «mmm». Det

var en utfordring å transkribere det første intervjuet da informanten hadde et annet morsmål enn norsk. Etter at transkripsjonen av intervjuene var ferdig, skrev jeg de om fra talespråk til skriftspråk. Jeg har derfor valgt å bruke bokmål i transkriberingen av intervjuene. Dette ble gjort for å forenkle lesingen av oppgaven og for å unngå latterliggjøring av informantene. Men også for å bevare anonymiseringen i oppgaven, da det var en del særpregede dialektord i transkriptene som kunne avsløre hvor geografisk hvor informantene holdt til. Intervju nummer to, tre og fire ble gjennomført fortløpende etter hverandre. Dermed ble transkriberingen av disse tre intervjuene gjennomført i etterkant av intervju nummer fire. Det ble i disse tre intervjuene benyttet samme metode som i det første. Intervju nummer fem og seks ble gjennomført noen måneder etter de andre intervjuene, da det ville være en fordel med et litt større datamateriale. Intervjuene ble transkribert umiddelbart etter gjennomføringen av intervjuene og gjennomlest etter transkriberingen.

4.6 Analyse - systematisk tekstkondensering

Når en skal utvikle vitenskapelig kunnskap er det viktig med systematisk gjennomgang av datamaterialet gjennom flere ledd (Malterud, 2017, s.100). Videre skal analyseprosessen sikre at dette sees i sammenheng med de teoretiske perspektivene, samt de overveielserne en gjør om validitet, relevans og refleksjoner (Malterud, 2017, s.100). I min masteroppgave er det foretatt en induktiv tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering. Denne analysen passer godt da jeg sammenfatter informasjon fra flere forskjellige informanter og ikke følger noen forløp over tid (Malterud, 2017, s. 92-93). I systematisk tekstkondensering deler en fenomenologiens oppfatning av at den subjektive opplevelsen av et fenomen er gyldig kunnskap (Malterud, 2017, s.116). Et annet felles trekk fenomenologien og systematisk tekstkondensering har felles er at forskerens erfaringer settes til side (Malterud, 2017, s.116). I tillegg har systematisk tekstkondensering og fenomenologien til felles at det i analysen beskrives de sidene ved et fenomen som er mest relevant, og at disse blir undersøkt så nøyaktig som mulig (Malterud, 2017, s.116). En er opptatt av subjektivitetens kontekst (Malterud, 2017, s.116). I en tverrgående analyse fortolkes og sammenfattes likhetstrekk og hvilke erfaringer som finnes blant informantene, samt følelser og holdninger blant informantene (Malterud, 2017, s.93). Systematisk tekstkondensering kjennetegnes av at en ikke går bredt ut med et stort antall tema eller koder innledningsvis (Malterud, 2017, s.96). En starter med et begrenset antall og utvider deretter med kodegrupper (Malterud, 2017, s.96). Det som skiller systematisk tekstkondensering fra andre analysemetoder er at det lages et

kondensat, som er et kunstig sitat (Malterud, 2017, s.106). Når en skal lage et kondensat så gjennomgår en alle de meningsbærende enhetene og velger bort de som ikke er relevante eller som kanskje må flyttes til en annen gruppe (Malterud, 2017, s.106-107). Av de gjenstående meningsbærende enhetene lages det en sammenfattende tekst (Malterud, 2017, s.106-107). Denne teksten skal ikke være en lang rekke sitater, men den skal bygges opp og redigeres sammen i en logisk rekkefølge (Malterud, 2017, s.106-107).

Systematisk tekstkondensering er bygd opp gjennom fire trinn (Malterud, 2017, s.98). 1. Et helhetsinntrykk, 2. Å identifisere meningsbærende enheter, 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene og 4. Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s.98). Nedenfor vil jeg presentere de fire forskjellige trinnene sammen med hva jeg har gjort i de forskjellige trinnene.

4.6.1 Et helhetsinntrykk

Det første trinnet i Malterud (2017) sin fremstilling av systematisk tekstkondensering er å se på teksten fra et fugleperspektiv (Malterud, 2017, s.99). Dette for å danne seg et helhetsinntrykk og for å bli kjent med datamaterialet (Malterud, 2017, s.99). I samsvar med fenomenologien sitt perspektiv sier Malterud (2017) at det er viktig at en arbeider aktivt med å holde forforståelsen sin og det teoretiske rammeverket utenfor i dette trinnet (Malterud, 2017, s.99). På denne måten er en åpen for inntrykk som datamaterialet formidler (Malterud, 2017, s.99). I dette trinnet er det viktig at datamaterialet ikke er for omfattende og at en leser uten å systematisere teksten (Malterud, 2017, s.99). Først når en har lest gjennom alt kan en oppsummere og se hvilke foreløpige temaer som vises i teksten (Malterud, 2017, s.99). Jeg hadde et transkribert datamateriale på 31 sider, som jeg leste gjennom to ganger og noterte meg foreløpige temaer som kom til syne i teksten. Temaene som jeg så i teksten var; tid/venting, trygghet/utrygghet, estetikk, brukervennlig, frihet, tjenesten og muligheter/begrensninger.

4.6.2 Meningsbærende enheter

I trinn to skal en aktivt søke etter og identifisere meningsdannende enheter som skal studeres nøyere (Malterud, 2017, s.101). En organiserer datamaterialet en skal undersøke nærmere og resterende materiale legges til side (Malterud, 2017, s.101). En skal i dette trinnet finne meningsbærende enheter, dette gjøres ved å gjennomgå linje for linje (Malterud, 2017, s.101). Her gjelder det å skille relevant tekst fra irrelevant tekst og videre sortere den teksten som kan

bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s.101). Dette innebærer en systematisk og gjennomgang av datamaterialet (Malterud, 2017, s.101). En velger ut tekst som på et eller annet vis belyser eller bærer med seg kunnskap om et eller flere av temaene fra det første trinnet (Malterud, 2017, s.101). I denne prosessen ved å identifisere meningsbærende enheter har en de midlertidige kodegruppene som en tenker at skal belyse problemstillingen i tankene (Malterud, 2017, s.101). Samtidig som en identifiserer de meningsbærende enhetene begynner en å kode teksten (Malterud, 2017, s.101). Det vil si at en systematiserer de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s.101). Målet med å kode er å samle tekstbitene som har noe felles under en kode (Malterud, 2017, s.101). I kodeprosessen har en et blick på problemstillingen, forforståelsen sin og det teoretiske rammeverket (Malterud, 2017, s.101-102). Dette for å ta bort fenomener som skiller seg vesentlig fra de andre (Malterud, 2017, s.102). Det kan være at en underveis i kodingen etablerer seg nye koder, da er det viktig å gå tilbake i gjennomgått tekst og se etter nye meningsbærende enheter som kan tas med videre i analysen (Malterud, 2017, s.103). Koding er en systematisk dekontekstualisering, det vil si at en tar deler av datamaterialet ut fra den originale sammenhengen (Malterud, 2017, s.103-104). Dette for å se det i sammenheng med beslektede tekstelementer som samtidig sees i lys av det teoretiske rammeverket (Malterud, 2017, s.104). Da jeg skulle i gang med trinn to leste jeg gjennom datamaterialet samtidig som jeg flyttet biter av teksten over i et annet dokument. I denne delen av analysen ble noen av de foreløbige temaene redusert, tatt bort eller samlet under et felles hovedtema.

4.6.3 Abstrahere innholdet i meningsbærende enheter

I trinn tre skal en sammenfatte de enkeltfenomener en har kommet frem til i den sorterte informasjonen (Malterud, 2017, s.105). Dette gjøres ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s.105). Nå skal en systematisk hente ut mening ved å kondensere de meningsbærende enhetene som en har kodet sammen og innholdet i disse (Malterud, 2017, s.105). I denne prosessen ser en kanskje at det i enkelte kodegrupper er få meningsbærende enheter og en må ta stilling til om disse skal være med videre (Malterud, 2017, s.105). Videre i dette trinnet skal en se på kodegruppene for å se hva materialet gir (Malterud, 2017, s.105). Etter å ha studert kodegruppene, sorteres materialet i noen få subgrupper (Malterud, 2017, s.105-106). Da må en ta stilling til hvilke aspekter i kodegruppen som datamaterialet best kan si noe om (Malterud, 2017, s.106). Forforståelsen vår kommer inn i denne prosessen da subgruppene en fester seg med preges av hvilket perspektiv en leser

datamaterialet ut fra (Malterud, 2017, s.106). Det vil si at en tolker teksten ut fra sitt faglige perspektiv (Malterud, 2017, s.106). Jeg endte til slutt opp med med følgende subgrupper; tekniske problemer, estetikk, forutsigbarhet, brukervennlighet, trygghet, medisin håndtering og frihet. Det er i denne prosessen at kondensatet kommer inn (Malterud, 2017, s.106-107). Det er som tidligere nevnt en gjenfortelling av de konkrete dataene som har med seg innhold fra de meningsbærende enhetene i en mer generell form (Malterud, 2017, s.106-107). En skal i kondensatet være så tekstnær som mulig, bruke jeg-form og ha med uttrykk som deltagerene bruker (Malterud, 2017, s.107). Målet med kondensatet er at det skal være en sum av deltagerenes stemmer om det fenomenet som den subgruppen handler om (Malterud, 2017, s.107). En bruker jeg-form for å minne seg selv på at en skal representere deltagerene i studien, og helst uttrykke seg så nært det deltageren har sagt i intervjuet (Malterud, 2017, s.107). Kondensatet brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen (Malterud, 2017, s.107). Videre velger en et sitat som på best mulig måte viser det som er fremstilt i kondensatet (Malterud, 2017, s.107). Videre lagde jeg et kondensat for hver av subgruppene under kodegruppene. I denne fasen dukket det opp tekster som ikke ble inkludert i kondensatet. Denne teksten ble lagt til sides og vurdert på et senere tidspunkt for å se om den hørte til en annen subgruppe eller om den var relevant for problemstillingen min (Malterud, 2017, s.107). Dersom disse tekstbitene ikke var relevante for min problemstilling ble de tatt helt bort fra kode- og subgruppene. Nedenfor presenteres et eksempel på et kondensat fra kodegruppen som dreide seg om forutsigbarhet:

«Jeg er imponert over at det kan fungere sånn. Nå kommer medisinene når de skal og jeg får tatt medisinene mine til faste tider hver dag. Det gir meg en trygghet, for nå må jeg ta medisinene mine og glemmer de ikke. Jeg trenger ikke å vente på at det skal komme noen fra hjemmetjenesten hit. Samtidig så vet jeg at de kommer viss det er behov for det. Det var litt tull med maskinen i starten, men nå er den meget pålitelig».

4.6.4 Betydningen i de meningsbærende enhetene

I det fjerde trinnet skal vi sette sammen bitene som jeg i de tidligere trinnene har plukket fra hverandre. Dette er rekontekstualisering (Malterud, 2017, s.108). I denne prosessen er det viktig at sammfatningen formidles på en lojal måte overfor deltagerens stemmer, samt gir leseren innsikt og tillit til prosessen og at forskeren tar ansvar for fortolkningen sin (Malterud, 2017, s.108). Nå skal en bruke kondensatene for å lage en analytisk tekst for hver subgruppe

og kodegruppe (Malterud, 2017, s.108). En skal illustrere disse med et sitat som kan konkretisere hovedfunnene (Malterud, 2017, s.108-109). Nå skal disse avsnittene skrives i tredjeperson da det nå er min oppgave å gjenfortelle på vegne av deltagerne, slik at det blir til ny kunnskap (Malterud, 2017, s.108-109). Sitatene brukes til å vise nyanser i den analytiske teksten, men det vil være den analytiske teksten som representerer funnene (Malterud, 2017, s.110). Videre skal den analytiske teksten få en overskrift som sammenfatter hva den inneholder (Malterud, 2017, s.110). Disse overskriftene skal ikke si noe om hva en har undersøkt, men hva en har funnet (Malterud, 2017, s.110). Til slutt skal en validere funnene sine, det vil da være lurt å se gjennom de originale tanskriftene. For å utfordre funnene skal en aktivt og systematisk søke etter data som motsier de konklusjonene og resultatene en har kommet frem til (Malterud, 2017, s.110). Hver av subgruppene har fått sitt eget avsnitt og utvalgte sitater er hentet fra de meningsbærende enhetene. Tilslutt har hver kategori fått et navn som representerer innholdet kategorien og et sitat som presenteres i resultatdelen nedenfor.

4.7 Metodiske overveielser

Reliabilitet handler om hvordan datamaterialet i undersøkelsen er samlet inn, hvordan det er brukt og hvordan det er bearbeidet (Johannessen et al., 2015, s.231 - 232). I kvalitativ forskning er kravene til reliabilitet lavere enn ved kvantitativ forskning (Johannessen et al., 2015, s.231 - 232). Grunnen til dette er at det i kvalitativ forskning er intervjuet som styrer innsamlingen av data (Johannessen et al., 2015, s.231 - 232). Ved kvalitativ forskning er det forskeren selv som er forskningsinstrumentet (Johannessen et al., 2015, s.231 - 232). Med andre ord vil det være tilnærmet umulig for en annen forsker å ettergå en kvalitativ forskning, da eventuelle observasjoner vil være avhengig av kontekst og være verdiladet (Johannessen et al., 2015, s.231 - 232). Samt at forforståelsen og erfaringen er unik for forskeren som har gjennomført undersøkelsen (Johannessen et al., 2015, s.231 - 232). Det vil dermed være tilnærmet umulig for en annen forsker å se og tolke datamaterialet på nøyaktig samme måte (Johannessen et al., 2015, s.231 - 232). I denne undersøkelsen ble det sendt søknad til NSD (vedlegg nr.5) og det ble sendt ut forespørsel til kommuner og hjemmetjenester om assistanse til å komme i kontakt med tjenestemottagere som kunne være aktuelle for denne masteroppgaven. Deretter ble tjenestemottagerne kontaktet av meg og intervjuene ble gjennomført og tatt opp med båndopptaker. Deretter ble intervjuene transkribert og analysert, samt diskutert opp mot tidligere forskning og teori. Det ble i tillegg sendt en forespørsel til

NSD om forlengelse av prosjektet, da datoen jeg hadde oppgitt i det første dokumentet nærmet seg (vedlegg nr. 6).

Validitet i en undersøkelse foreligger når undersøkelsen kan vise at til at den har målt det som var hensikten i utgangspunktet (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). Samt at det er valgt rett metode for det en ønsker å se nærmere på i undersøkelsen (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). Validitet i kvalitative undersøkelser måles ved å se om forskerens fremgangsmåte og funn stemmer med formålet med studien (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). Intern validitet er at undersøkelsen reflekterer virkeligheten og hensikt/formål ved undersøkelsen (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). Ekstern validitet ved forskning er dersom undersøkelsen viser seg å ha overførbarhet til lignende fenomener (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). I kvalitative undersøkelser gjelder overførbarhet i stedet for generalisering som gjelder i kvantitative undersøkelser (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). Overførbarhet dreier med andre ord seg om hvorvidt en kan beskrive funn og finne begreper som kan overføres til lignende fenomener (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). Samt å kunne fortolke tekster og forklaringer som kan føre til videre studier innen fenomenet som studeres eller som åpner for andre forskningsområder (Johannessen et al., 2015, s.232 - 234). I denne studien har jeg valgt kvalitativ metode for å belyse min problemstilling på bakgrunn av formuleringen av problemstillingen. Utvalget består av tjenestemottagere som har fått tilbud om å få en elektronisk medisindispenser som en del av en eksisterende tjeneste eller i stedet for en tjeneste.

Ved kvalitativ forskning ligger det en forventning til at forskningen er utført objektivt (Johannessen et al., 2015, s.234). Det er meget viktig at det er de faktiske funnene som blir reflektert i undersøkelsen (Johannessen et al., 2015, s.234). Det vil si at forskerens subjektive holdninger ikke skal prege undersøkelsens funn i sluttrapporten (Johannessen et al., 2015, s.234). Med andre ord viser bekræftbarheten i en undersøkelse til i hvilken grad gjeldende resultat kan bekreftes fra lignende undersøkelser som er utført av andre forskere (Johannessen et al., 2015, s.234). Det er dermed viktig at alle beslutninger som blir tatt, avveininger og avgjørelser som blir tatt av forskeren i undersøkelsen blir belyst i hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2015, s.234). Slik at leseren kan følge avgjørelsene gjennom hele lesingen av undersøkelsen (Johannessen et al., 2015, s.234). Når en skal gjennomføre en kvalitativ undersøkelse er det viktig å være kritisk til seg selv og valgene en har gjort gjennom undersøkelsen, slik at en på best mulig måte kan vise hvordan undersøkelsen er gjennomført

(Johannessen et al., 2015, s.234). Samtidig som forskeren viser til sine tidligere erfaringer, eventuelle avvik, egne oppfatninger eller fordommer som kan påvirke tolkningen av datamaterialet eller hvilken tilnærming forskeren har hatt til studien (Johannessen et al., 2015, s.234).

I denne studien kan jeg vise til god reliabilitet da datainnsamlingen har blitt utført etter forskningsetiske prinsippene. Dette innebærer blant annet at tjenesten i forkant av at intervjuene ble gjennomført innhentet samtykke fra tjenestemottagerne. Videre har jeg ivaretatt anonymiseringen av tjenestemottagerne gjennom hele studien, samt at tjenestemottagerne er fremstilt med fiktive navn i rapporten. Tjenestemottagerne ble kontakten gjennom et samarbeid med hjemmetjenesten og USHT. Jeg fikk også observasjoner av den elektroniske medisindispenseren i form av at jeg ble vist av tjenestemottagerne hvordan den elektroniske medisindispenseren fungerer. Jeg mener at det i min studie er ivaretatt validitet, da jeg har undersøkt det jeg hadde som hensikt å undersøke. Validiteten er ivaretatt ved at jeg har brukt rett metode i forhold til å kunne belyse min problemstilling. Samt at funnene reflekterer hensikten ved å gjennomføre denne studien. Jeg har i tillegg benyttet meg av Coreq-sjekkliste for kvalitative undersøkelser (vedlegg nr.7).

Bekreftbarhet i denne undersøkelsen er ivaretatt ved at jeg har beskrevet min forforståelse, samt hvilke avveininger og avgjørelser jeg har tatt gjennom undersøkelsen. Svakheter ved denne masteroppgaven er at den ble utført på et begrenset utvalg, som ble valgt ut og forespurt av tjenestene. Det var også begrensede midler og begrenset med tid til å utføre denne studien. I tillegg foreligger det lite forskning på brukererfaring og velferdsteknologiske løsninger.

4.7.1 Forskningsetikk

“Etikk dreier seg blant annet om visjonen om det gode liv. På samme måte dreier forskningsetikk seg om visjonen om den gode forskningen. Begrepet «forskningsetikk» viser til et sett av verdier og normer som skal bidra til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet” (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Forskningsetikken deles i to, det dreier seg om interne og eksterne normer og regler som forskeren forventes å overholde (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). De eksterne normene eksisterer for å beskytte informantene (De nasjonale forskningsetiske komiteene,

2015). Slik at de ikke skal lide noen skade som en følge av å delta i en undersøkelse/forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Det opplyses derfor om at det er valgfritt å delta i undersøkelsen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Samt at det er mulig for informanten å trekke seg fra undersøkelsen frem til et visst tidspunkt i undersøkelsen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Dette vil for eksempel ikke være mulig å trekke seg når alt er anonymisert og beskrevet i rapporten (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). De interne normene sier at all kunnskap er allemannseie (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Det vil si at kunnskap ikke skal være fremskaffet med politiske og ideologiske interesser (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Resultatet av forskningen skal kunne bli vurdert av andre forskere og fagfeller (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Dette innebærer at det utøves respekt overfor andre forskere, samt at arbeid som er utført av andre blir referert til og beskrevet på en god måte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Gjeldende lovverk, som gjenspeiler normene til forskningsetikken er Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (Forskningsetikkloven, 2017). Formålet med denne loven er å understøtte og sørge for at de forskningsetiske normene og reglene etterfølges ved all forskning (Forskningsetikkloven, 2017). Det er beskrevet i loven at en som forsker skal vise aktsomhet og sørge for at forskningen stemmer med de forskningsetiske normene og at dette er gjeldende gjennom hele forskningsprosessen (Forskningsetikkloven, 2017). Dette innebærer at de forskningsetiske normene skal overholdes under forberedelsen, i forskningsrapporten og i andre relaterte forskningsaktiviteter som for eksempel fagdager der en presenterer funnene sine (Forskningsetikkloven, 2017).

5 Resultat

I denne delen vil jeg presentere resultatene fra den empiriske undersøkelsen. Etter analysen stod jeg igjen med seks kategorier som omhandler forutsigbarhet, trygghet, frihet, medisinhandling, tekniske utfordringer og estetikk. I det første underkapittelet presenteres funn som omhandler forutsigbarhet og trygghet. Videre kommer trygghet og befrielse i et eget underkapittel. Til slutt presenteres teknologiske utfordringer og medisinhandling. Til slutt kommer funnen som omhandler estetikk.

5.1 «...nå spiller det ingen roller når de kommer»

Denne kateogrien er knyttet opp til analysekategoriene om hvordan tjenestemottagerne opplevde at den elektroniske medisindispenseren bidro til trygghet og forutsigbarhet i dagliglivet deres. Tjenestemottagerne som deltok i studien satt pris på å slippe å vente på tjenesten for å få medisinene sine. Samtidig var de trygge på at tjenesten kom dersom det var et behov for det og dette bidro til forutsigbarhet for tjenestemottageren. Det var flere av tjenestemottagerne i studien som ga uttrykk for at de hadde vært bekymret for å miste tjenestene de hadde når de skulle få en medisindispenser. Tjenestemottagerne var bekymret for at det ikke skulle komme noen fra hjemmetjenesten innom dem i løpet av dagen. I tillegg ble det uttrykt bekymring for at hjemmetjenesten ikke lenger skulle ha tid til å sette seg ned og slå av en prat med dem når de først var innom.

«Det var det jeg var redd for når jeg fikk den...når jeg fikk den at de ikke kommer, utenom da når de skal skifte rull. Men de kommer likevel hver dag. Men nå spiller de ingen rolle hva tid de kommer» (Pål).

Tjenestemottagerne erfarer både trygghet og forutsigbarhet ved å ha den elektroniske medisindispenseren i hjemmet. Dette grunngis med at tjenestemottageren nå slipper å vente på å få medisinene og at de slipper å få alle medisinene levert på døren hver morgen. I tillegg vet nå tjenestemottageren hvilket klokkeslett den elektroniske medisindispenseren er innstilt til og har da mulighet til å planlegge dagens gjøremål rundt dette. Tidligere ble tjenestemottagerne som regel sittende og vente på å få medisinene sine, da de aldri visste når hjemmetjenesten dukket opp.

«tidligere før jeg fikk boksen (den elektroniske medisindispenseren) så ble jeg

sittende og vente før jeg fikk medisinene. Jeg er jo imponert over at det kan fungere sånn altså. Bare rulle de inn på en rull også kommer de sånn noenlunde på tiden» (Laila).

Flere av tjenestemottagerne uttalte at det var viktig for dem at medisinene kom når de skulle, slik at de fikk tatt medisinene sine til faste tider hver dag. Det kom tydelig frem at tjenestemottagerne opplevde en økt trygghet ved å ha en elektronisk medisindispenser. Nå kan de ikke glemme medisinene sine siden de nå får varsling om å ta medisinen, samt at det ble varslet tjenesten dersom medisinene ikke ble tatt som planlagt. Etter at tjenestemottagerne har fått den elektroniske medisindispenseren blir medisinen tatt ut av maskinen og tatt med en gang.

«...det er litt for min egen trygghet og det. For hvis jeg ikke tar medisinene, så får de beskjed og da kan det jo være at det har skjedd meg noe. Jeg kan jo ha fått et anfall»(Emilie).

Emilie har tidligere hatt dosett som hun la opp selv, noe som var tidkrevende for henne og som måtte kontrolleres av hjemmetjenesten. Hun synes det er godt at hun fikk en elektronisk medisindispenser som hun slipper å ha kontroll på. Emilie uttalte at det var utfordrende å huske å ta medisinene sine og at dette fikk konsekvenser i form av epileptiske anfall. Etter at hun fikk den elektroniske medisindispenseren som minnet henne på medisinen hadde hun ikke hatt nye anfall og dette bidro til økt trygghet. Flere av tjenestemottagerne uttalte at de syntes det var veldig greit at en ikke hadde medisinene sine tilgjengelig i huset lenger. Nå kunne ikke uvedkommende kan få tak i medisinene deres. Tjenestemottagerne har forståelse for at hjemmetjenesten er presset på tid, og de ser at den elektroniske medisindispenseren kan bidra til å frigjøre tid slik at hjemmetjenesten kan være der det er et behov for hjelp. Men samtlige av tjenestemottagerne snakket om at det er viktig at de som tjenestemottager blir ivaretatt av hjemmetjenesten. Kjartan opplevde for eksempel å få multidoserullen levert i hånden da hjemmetjenesten ikke hadde tid til å sette den i den elektroniske medisindispenseren, noe som skaper utrygghet for tjenestemottageren.

5.2 Tilpasning til hverdagslivet

Dette underkapittelet presenteres funnene fra analysekategorien om at tjenestemottager erfarer økt frihet ved å ha fått den elektroniske medisindispenseren. Flere av de yngre

tjenestemottagerne som deltok i studien uttaler at de har fått et forhold til den elektroniske medisindispenseren. Mens noen av de eldre tjenestemottagerne vegret seg for å ta i bruk den elektroniske medisindispenseren, da de ikke var vant med å bruke teknologi og ikke visste hvordan dette fungerte. Pål pleier å fleipe en del med den elektroniske medisindispenseren og ber den blant annet om å «holde kjeft» når han syns den maser for mye. Mens andre tjenestemottagere har gitt sin elektroniske medisindispenser navn, og omtaler den elektroniske medisindispenseren som om det var en person.

«hun freser klokken ni (ler) (...)Jeg kaller henne Anna» (Emilie).

Torleif viser til at det for hans del har vært en enorm effektivisering i hverdagslivet hans etter at han fikk den elektroniske medisindispenseren. Han fortalte at hjemmetjenesten kom fire ganger om dagen for å levere ut medisiner til han. Torleif syns det har vært en befrielse etter at han fikk den elektroniske medisindispenseren og slipper å ha så mange fra hjemmetjenesten innom hver dag. Han forteller at den elektroniske medisindispenseren kan være et irritasjonsmoment når han har en avtale og må stå og vente på medisinen. Han forteller at det hender at han tilslutt bare går fordi han ikke orker å vente på at den elektroniske medisindispenseren skal bli klar med medisinen. Den elektroniske medisindispenseren gir frihet i form av at tjenestemottageren slipper å vente på hjemmetjenesten og ikke vite når hjemmetjenesten dukker opp. Men det erfares at den elektroniske medisindispenseren «låser» tjenestemottageren da vedkommende likevel må vente i hjemmet til den elektroniske medisindispenseren er klar med medisinen.

Det var stor enighet blant tjenestemottagerne at den elektroniske medisindispenseren hadde hatt en positiv påvirkning på deres hverdagsliv. Emilie uttalte at hun var takknemlig for at hun ikke måtte ha de (tjenesteyterne) tråkkende inn døren hele dagen.

«Altså det å slippe å ha de trøende inn døra, de er jo fryktelig koselige så det har ikke noe med det å gjøre, meen du blir jo fryktelig bundet. Ikke kan du gå på kino, ikke kan du gå på besøk til folk eller noen ting» (Emilie).

Pål sier at han ikke kunne klare seg uten den elektroniske medisindispenseren.

Tjenestemottageren opplevde at det var en befrielse å få den elektroniske medisindispenseren som ga han den medisinen han skulle ha til rett tid, uten å måtte belaste tjenesteapparatet. Da hjemmetjenesten tidligere hadde måttet komme til han flere ganger om dagen hver dag for å gi han den medisinen han skulle ha.

De fleste tjenestemottagerne hadde fått informasjon om hvordan de skulle gå frem dersom de skulle ut å reise. Det ble av enkelte av tjenestemottagerne uttrykt bekymring for hva som ville skje dersom en skulle ut på for eksempel en utenlandsreise for nå kom en jo med en hel rull med medisiner. Tjenestemottagerne fortalte at de tidligere hadde måtte ha med seg legeskriv om hvilke medisiner som var med i bagasjen og hva de brukes til. De nye multidoserullene var jo forseglede medisinposer med navnet til tjenestemottageren og medisinen tjenestemottageren brukte, så ville det eventuelt bli noen problemer i for eksempel tollen med dette? Flere av tjenestemottagerne uttalte at det ikke var et problem dersom en skulle på en «impulstur». Som regel holdt det å gi beskjed til hjemmetjenesten dagen i forveien om at de måtte få ut medisiner av den elektroniske medisindispenser som de kunne ta med seg på turen. Men Emilie fortalte at hun hadde ringt samme dagen som de skulle på reise, og da kom hjemmetjenesten og tok ut medisiner for de dagene reisen gjaldt uten at det ble noen problemer med det.

«Så tenker jeg, hva skjer når jeg kommer med en hel haug med poser?? Men det står jo på posene... navn og fødselsnummer og hvilken medisin det er. Det må jo være mye bedre det enn en haug med dosetter som er fulle med løse medisiner. For da måtte jeg jo ha med meg både liste og alt... Posene er jo hermetisk lukket» (Emilie).

5.3 Tekniske utfordringer og medisin håndtering

Dette kapitlet er knyttet til analysekategoriene som handler om tekniske utfordringer og medisin håndtering. Flere av tjenestemottagerne uttalte det at det hadde vært tekniske problemer ved oppstarten med den elektroniske medisindispenseren. Tjenestemottagerne som deltok i studien erfarer at de mange tekniske utfordringene førte til en utrygghet. I tillegg oppleves det som utrygt da flere av tjenestemottagerne var blitt fortalt fra legen sin at det var viktig å ta medisinen til faste tider. Laila lagde seg et manuelt back-up system slik at hun fikk tatt medisinen sin selv om det skulle oppstå en utfordring med den elektroniske medisindispenseren.

«Det var mye klatt til å begynne med. (...) Medisinene mine står oppå skapet. Sånn i tilfelle...hvis maskinen ikke virker. Det er en sånn back-up» (Laila).

Alle tjenestemottagerne hadde de samme elektroniske medisindispenserene, men det var likevel noen av tjenestemottagerne som opplevde flere tekniske utfordringer med dispenserene enn andre. Tjenestemottagerne understreket at dersom det oppstod feil på den elektroniske medisindispenseren så kom hjemmetjenesten og ordnet opp. Flere av tjenestemottagerne hadde opplevd noen utfordringer med den elektroniske medisindispenseren, spesielt i oppstartsfasen. Laila, Emilie og Toralf fortalte at det tidvis var store tekniske utfordringer ved etterfylling av maskinen. Toralf uttalte at det var nesten like mange varianter av innmating av multidoserullene i maskinen som det var mennesker som utførte oppgaven. Dette igjen ga noen utfordringer med at det for eksempel ble for stramt inni maskinen eller at posene krøllet seg og dermed stoppet det opp.

«(..) noen tar rullen ut, så legger de den sånn som det (viser et sløyfemønster på bordet) også på gulvet (..).Andre tar hele rullen og drar ut, helt ut i gangen også tilbake igjen. Også begynner de å rulle inn. (...) det har vært 50 forskjellige med 40 forskjellige løsninger.(...) så strammes det til på en eller annen måte, også stopper den (...))» (Torleif).

Tjenestemottagerne fortalte at det var ikke alltid at den elektroniske medisindispenseren fungerte som den skulle. Innimellom hendte det at det kom ut for mye medisin fra den elektroniske medisindispenseren, i slike situasjoner valgte en av tjenestemottagerne å legge medisinen på kjøkkenbenken og resultatet ble da at tjenestemottageren glemte å ta medisinen. For de tjenestemottagerne som opplevde tekniske utfordringer med den elektroniske medisindispenseren var det flere forskjellige utfordringer som ble nevnt. Blant annet hendte det at det noen ganger kom det to poser samtidig, eller at en pose krøllet seg inni maskinen og dermed stoppet hele systemet opp.

«Ho er fryktelig fintfølende hvis jeg kan si det sånn (ler). Fordi det skal altså så forferdelig lite til, så streiker ho. (...) da er det gjerne bare en bitteliten, et lite hjørne som er helt overlapp på...og det tåler ho ikke» (Emilie).

Flere av tjenestemottagerne reagerte på at medisindispenseren bråker ganske mye når den klargjør neste medisindose. Dette oppleves som forsyrrrende for tjenestemottageren dersom tjenestemottageren for eksempel hadde besøk, så på tv eller lignende aktiviteter.

«den jobber jo innmari gammeldags. Den er treg. Den bråker mye. (...) ...blir jo hodegal av å høre på den (den elektroniske medisindispenseren) jobbe» (Torleif).

5.4 «Og så kom den dumme, tunge, stygge tingen der...»

I dette underkapittelet skal jeg presentere funnen fra analysekategorien som handler om estetikk. Det var delte meninger om den elektroniske medisindispenseren blant tjenestemottagerne. Noen av tjenestemottagerne har valgt å gjemme den elektronsike medisindispenseren, da de ikke synes den er fin og uttrykker bekymring for hvordan mennesker rundt dem reagerer på den. Det varierte hvor tjenestemottagerne hadde den elektroniske medisindispenseren. Kjartan hadde plassert den bak sengen og Pål hadde den på kontoret sitt. Laila, Emilie, Fredrik og Torleif hadde den stående på kjøkkenet. Emilie hadde fått spørsmål om den elektroniske medisindispenseren var en kjøkkenmaskin, for eksempel en brødbakemaskin eller riskoker. Noen av tjenestemottagerne syntes at det var greit at den elektroniske medisindispenseren lagde lyd og lyste som signal på at medisinen var klare, eller at den hadde rødt lys når det var noe som var galt. Flere av tjenestemottagerne uttrykte bekymringer for om naboene hørte lyden av den elektroniske medisindispenseren, siden den lager en del lyd når den varsler om at medisinen er klar. Det var flere av deltagerne i studien som skrudde ned lyden dersom de visste at de skulle ut av huset på kvelden, slik at det ikke skulle være til bryderi for naboene. Emilie og Fredrik sammenlignet den elektroniske medisindispenseren med en mobiltelefon der en enkelt kunne styre lyd og lysstyrke selv.

*«For da har jeg tenkt, og passet på viss jeg skal ut på kvelden og skru ned lyden»
(Emilie).*

Flertallet av tjenestemottagerne var enige om at den elektroniske medisindispenseren var litt stor. Tjenestemottagerne regnet med at størrelse var nødvendig i starten, men at det etter hvert som den elektroniske medisindispenseren ble oppgradert så ville det komme mindre versjoner av den. Det var flere av tjenestemottagerne som sa at den elektroniske medisindispenseren var ikke en ting de gladelig og stolt viste frem.

«så kom den der, den lille dumme, tunge, stygge tingen der...den er ikke det du snakker om i et kjekt møte (...）」 (Tolleif).

5.5 Oppsummering av resultater

Resultatene i denne studien viser at tjenestemottagerne hadde både positive og negative erfaringer ved å ha en elektronisk medisindispenser i dagliglivet. Det kom frem tidlig i intervjuene at tjenestemottagerne opplevde mestring i hverdagen og de følte seg friere etter å

ha fått den elektroniske medisindispenseren. Samtidig kom det også frem at det var negative sider ved å ha en elektronisk medisindispenser, da det blant annet hadde vært en del tekniske utfordringer i oppstarten. Andre ting som ble nevnt var det estetiske ved den elektroniske medisindispenseren, det ble blant annet påpekt at den er stor så den vises godt, samtidig som den lyser og lager lyd. Opplevelsen av samarbeidet med tjenesten er godt. Tjenesten oppleves som pålitelige med tanke på at hjemmetjenesten kommer og fyller på medisiner, samt at det var enkelt å avtale uttak av medisiner dersom tjenestemottagerne skulle på ferie eller lignende.

6 Diskusjon

Hensikten med diskusjonsdelen er å sammenfatte, presentere og formidle det jeg har gjort, samt hva en fant (Malterud, 2017, s.117). I dette kapittelet vil jeg diskutere empirien opp mot teori, forskning, statlige føringer og relevante lovverk. I denne oppgaven har hensikten vært å undersøke hvilke erfaringer tjenestemottagere har med daglig bruk av elektroniske medisindispensere. I problemstillingen min har jeg etterspurt positive og negative erfaringer, og har derfor valgt å dele inn diskusjonen i to hovedkapitler. Under hver av hoveddelene har jeg tatt utgangspunkt i kapittel 5 og delt inn diskusjonen etter analysekategoriene jeg presenterte i kapittel 5. Forskningslitteraturen etterlyser mer forskning på brukere/tjenestemottageres erfaringer med ny teknologi/velferdsteknologi (Nielsen et al., 2017, Nakrem et al., 2018). Tidligere forskninger har hatt fokus på gevinster ved implementering av velferdsteknologiske løsninger for tjenesten/kommunene (Nielsen et al., 2017, Nakrem et al., 2018). Nielsen et al. (2017) sier at de fleste studier som er gjort på telemedisinske og velferdsteknologiske løsninger fokuserer på tjenesten og kostnadene ved implementering. Mens det er lite forskning på hvordan det påvirker og hvilke erfaringer tjenestemottager har i distriktene og utkantstrøkene (Nielsen et al., 2017). For å få frem erfaringene til tjenestemottagere må det etterspørres de erfaringene tjenestemottagerne innehar (Nielsen et al., 2017). Samtidig er det viktig at det utvikles teknologiske løsninger som kan passe til flere målgrupper (Nielsen et al., 2017). I artikkelen til Windle (2010) setter hun lys på at når det tidligere har blitt innhentet erfaringer fra tjenestemottager, så har det ofte vært på oppfordring fra en tjenesteyter. Dermed kan informasjonen fra tjenestemottager være begrenset, da tjenestemottager vegrer seg mot å fortelle om eventuelle restriksjoner ved bruken av teknologien (Windle, 2010). Det foreligger eksisterende forskning fra tjenestemottagers perspektiv som omhandler andre velferdsteknologiske løsninger som for eksempel GPS og demens (Ausen D., Svagård I., Øderud T., Holbø K., Bøthun S. og SINTEF, 2013). Det påpekes av Grut, Øderud og Bøthun (2017) at selv om det foreligger forskning på brukererfaring handler det som oftest om pårørendes erfaringer eller tjenestens erfaringer og sjeldent om selve tjenestemottageren (Grut, Øderud og Bøthun, 2017, s.129)

6.1 Tjenestemottagers positive erfaringer med daglig bruk av elektronisk medisindispenser

Det fremkommer av flere statlige føringer at det i dag er det en stor satsning på velferdsteknologi i Norge, samt ansvar for egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013 og Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015). Det påpekes blant annet i Helse 2020 at hele befolkningen skal være inkludert og ha tilgang til kunnskap om egen helse, samt helsefremmende og forebyggende aktiviteter (Helsedirektoratet, 2014, s.47). Vi går mot et paradigmeskifte ved at vi i dag har det et stort press på de kommunale tjenestene for å få økt effektivitet og et krav til høyere kvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s.47). Med de demografiske utfordringene og den forventede mangelen på yrkesarkive og helsepersonell i årene som kommer, har det vært og skjer store endringer i rollene til både tjenestemottager og tjenesteyterne (Helsedirektoratet, 2014, s.47). Tjenestemottagerne i dag har høyere forventninger til å motta informasjon og innvolvering i tjenestene de mottar (Helsedirektoratet, 2014, s.47), og det påpekes at det er nødvendig å ha en tilnærming som inkluderer hele livsløpet (Helsedirektoratet, 2014, s. 94). Dette for å redusere de kostnadene som er forbundet med de demografiske utfordringer og med tanke på økningen i yngre brukergrupper og en økning i kroniske sykdommer (Helsedirektoratet, 2014, s.94). I dagens statlige føringer og lovverk oppfordres individet til å ta ansvar for egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015, Helse og omsorgsdepartementet, 2005-2006, Helse- og omsorgstjenesteloven, Pasient- og brukerrettighetsloven). Formidles disse forventningene om at en har ansvar for egen helse godt nok ut til tjenestemottageren?

6.1.1 Forutsigbarhet

Hvordan påvirker bruk av velferdsteknologiske løsninger mennesket (tjenestemottageren)? Dette avhenger av om tjenestemottageren er en nybegynner (novice) innen teknologibruk eller om den er en erfaren (expert) bruker (Cook og Polgar, 2015, s.9). Det vil med andre ord si hvor komfortabel tjenestemottageren er med bruk av teknologi vil være avgjørende for om de velferdsteknologiske løsningene som finnes og introduseres til tjenestemottagerne brukes som teknologien er tiltenkt. Det vil i fremtiden være flere tjenestemottagere som er erfarne brukere av teknologiske løsninger (Helse og omsorgsdepartementet, 2012 – 2013, s.32-33). Dette fordi dagens samfunn har flere teknologiske løsninger enn det tidligere har vært i

samfunnet. Dette kan medføre utfordringer for de tjenestemottagerne som er av de eldre i dagens samfunn. De eldre tjenestemottagerne i dag er som regel, med noen unntak, nybegynnere innen teknologiske løsninger (Helse og omsorgsdepartementet, 2017 – 2018, s.43, Helse og omsorgsdepartementet, 2012 – 2013, s.29).

Tjenestemottagerne som deltok i denne studien satt pris på at de ikke måtte vente på tjensten etter at de fikk den elektroniske medisindispenseren, og dette påvirket hverdagslivet deres positivt. Ved å ha fått en elektroniske medisindispenser kan tjenestemottagerne delta aktivt i samfunnet på de aktiviteter som tjenestemottageren ser på som meningsfulle. Isaksen et al. (2017) sier at bruk av teknologi utgjør en forskjell for tjenestemottageren og deres liv ved at bruken av teknologien bedrer situasjonen for tjenestemottageren (Isaksen et al., 2017). De fant at tjenestemottagerne opplevde økt selvstendighet ved innføring av velteknologien, som i denne studien var medisineringsstøtte (medisindispenseren Pilly) og GPS (Isaksen et al., 2017). Tjenestemottagerne uttalte at “de slapp maset fra personalet” som noe positivt (Isaksen et al., 2017). Det påpekes blant annet i Helse 2020 som er utarbeidet av verdens helse organisasjon (WHO 2013) at det må legges tilrette for at enkeltpersoner, nærmiljø og grupper i samfunnet får tilgang på de ressursene og de mulighetene som finnes i samfunnet (Helsedirektoratet, 2014, s. 139). Dersom tjenestemottagerne opplever for eksempel økt selvstendighet vil tjenestemottager håndtere dagliglivet og dermed kunne bygge nettverk, være frivillig (organisert) eller bygge relasjoner til andre og deres kapasiteter, samt å utvikle kunnskap og ta ansvar for egen helse, sykdommer og eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 139). Tjenestemottagerne som deltok i denne studien erfarer at de blir ivaretatt av tjenesten dersom det var et behov for det, samtidig som de fikk ta i bruk sine egne ressurser og delta aktivt i samfunnet og nærmiljøet sitt.

6.1.2 Trygghet og medisin håndtering

Etter at tjenestemottagerne har fått en elektronisk medisindispenser synes flere av tjenestemottagerne at det var lettere å følge opp å ta medisinene sine. Nå når de fikk varslinger på at medisinene var klare, så tok tjenestemottagerne medisinene med en gang. Tidligere kunne medisinen bli glemt, da medisindosetten gjerne lå inni et skap eller under et bord. Dette kunne for noen ha stor påvirkning på hverdagslivet, da unnlattelse på å ta medisiner kunne resultere i for eksempel epileptisk anfall. Mens det etter å ha fått en elektronisk medisindispenser med varsling både i form av lyd og lys ikke hadde vært noen anfall. Det ble påpekt av flere av tjenestemottagerne at det var viktig for dem å få tatt

medisinene til faste tider, også dette var enklere å opprettholde etter at de hadde fått den elektroniske medisindispenseren. Samtidig bidro det til en økt trygghet for tjenestemottageren å ha fått en bedre håndtering av medisinen. Både i form av at de fikk medisiner til faste tider, men og på grunn av at de nå slapp å gjøre en jobb med å legge opp medisinene sine selv. Emilie fortalte om at hun tidligere hadde lagt opp medisinene sine selv og at det i etterkant måtte kontrolleres av hjemmetjenesten om det var riktig lagt opp. Ved å ha fått en elektroniske medisindispenser sparte det både tjenestemottageren og hjemmetjenesten for tid og ressurser.

I HAAT-modellen påpekes det hvordan aktiviteten, som i dette tilfelle blir medisin håndtering for tjenestemottageren, påvirker både daglige aktiviteter, arbeids/produksjonsaktiviteter som for eksempel husarbeid og fritidsaktiviteter (Cook og Polgar, 2015, s.9). Flere av tjenestemottagerne som deltok i studien fortalte om en opplevelse av frihet etter at de hadde fått den elektroniske medisindispenseren. Tjenestemottageren hadde nå muligheter til å gjøre meningsfulle aktiviteter utenfor hjemmet i stedet for å bruke store deler av dagen på å vente på tjenesten. Det har blitt enklere og håndtere medisinene sine slik at det forenklet å for eksempel reise på turer. Medisinhåndtering hos eldre er et stort og viktig tema, samt en utfordring i samfunnet. Dette kommer av at de eldre står for om lag 50 % av den totale medisinbruken (Hagesæther et al., 2015). Det er en utfordring for samfunnet da sannsynligheten for å gjøre feil eller bruke medisinene på en lite hensiktsmessig måte øker hos brukere/tjenestemottagere med høy alder. Hagesæther et al (2015) viser til at helsetilsynet uttaler at feil medisinhåndtering utgjør en stor helserisiko for samfunnsborgerne. Minst en av ti sykehusinnleggelser antas å være på grunn av feilmedisinering eller feil medisinhåndtering (Hagesæther et al., 2015). Feilmedisinering er en stor utfordring, dette kan forekomme etter feil fra både tjenestemottageren og tjenesteyteren (Hagesæther et al., 2015). Eldre som har utfordringer ved for eksempel begynnende kognitiv svikt må ofte gi ansvaret for medisinene sine til andre, dette kan være både pårørende, samt faglærte og ufaglærte omsorgsyttere (Hagesæther et al., 2015). En ser at det oppstår feil ved medisinering (Hagesæther et al., 2015). Hagesæther et al (2015) sier at multidosepakkelegemidler kan bidra til bedre medisinhåndtering både for tjenestemottager og tjenesteyter, samt at det kan friggi tid for tjenesten og det kan bidra til at feil ved generiske bytter av medisiner unngås (Hagesæther et al., 2015). I artikkelen (Holbø et al., 2019) påpekes utfordringer med multidoserullene som en kan unngå ved bruk av en elektronisk medisindispenser. En av utfordringene var at tjenestemottageren tok medisinene ut av posene før medisinen skulle tas, mens noen andre

tjenestemottagere flyttet medisinene sine over i vanlige dosetter og tok medisinen etter hva tjenestemottageren mente var rett tidspunkt (Holbø et al., 2019). Ved å ha en elektronisk medisindispensern kan ikke medisinene flyttes over i noe annet, og det kan heller ikke endres tidspunkt slik som tjenestemottageren vil. Det er derfor viktig at den velferdsteknologiske løsningen passer til tjenestemottageren. Derom teknologien/hjelpemiddelet ikke passer, lar tjenestemottageren være å bruke den og kan lage seg uheldige rutiner og vaner. Når det kommer til velferdsteknologi og utvelgelse av hvilken teknologi som skal tas inn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er tjenestemottagerne relativt passive (Gjerstad og Nødland, 2017, s.34). Det er ikke tjenestemottageren som velger eller kjøper (velferds)teknologien, slik som tjenestemottageren er vant med når det kommer til anskaffelse av bil, tv og lignende teknologiske løsninger fra tidligere livsfaser (Gjerstad og Nødland, 2017, s.34) Her er det et skille mellom tjenestemottagernes opplevelser og erfaringer i denne studien. De yngre tjenestemottagerne synes det greit å slippe å ha så mange forskjellige mennesker inn i huset sitt hver dag, og syns teknologien fungerer som et fint supplement til dette fremfor å finne en løsning selv. Mens noen av de eldre tjenestemottagerne hadde gjerne vært tryggere i bruken av den elektroniske medisindispenseren dersom de hadde hatt et større eierskap til den teknologiske løsningen.

I artikkelen til Tøndel (2018) rettes et kritisk lys på velferdsteknologien og de lovnadene som ligger i definisjonen om velferdsteknologien som det vises til i NOU 2011:11 (NOU 2011:11, s.99). Tøndel påpeker at det i definisjonen ligger lovnader om at teknologien om at den skal produsere merverdi også for tjenestemottageren (NOU 2011:11, s.99). Det er tenkt at teknologien skal forebygge og ikke reparere, samtidig som det er meningen at teknologien skal styrke tjenestemottageren og deres pårørende (Tøndel, 2018, s.288-289). I tillegg skal teknologien ha positive påvirkning på utgiftene til tjenesten og den nasjonale omsorgssektoren (Tøndel, 2018, s.288-289). Det settes lys på at effekten og påvirkningen teknologien skal ha er bestilt av tjenesten/kommunen før det er foretatt utprøvinger i praksis (Tøndel, 2018, s.289). Dette ble bekreftet av tjenestemottagerne som deltok i studien når det ble stilt spørsmål om hvordan og hvorfor de fikk den elektroniske medisindispenseren. Svarene var at den kom tjenesten bare med, tilbudet kom fra hjemmetjenesten/kommunen etter sykehusinnleggelse eller det ble foreslått fra legen at det hadde vært lurt å få en elektronisk medisindispenser. Det virker med andre ord som at det ikke er behovet til tjenestemottager som er årsaken til utprøving av elektroniske medisindispensere. Men derimot tjenesten og kommunens behov for effektivisering, utnyttelse av ressurser i forhold til utfordringene

samfunnet vil stå overfor de neste tiårene. Det er med andre ord forskjell på hvilke behov og hvorfor et velferdsteknologisk hjelpemiddel prøves ut imotsetning til et “vanlig” hjelpemiddel. Når velferdsteknologi tas inn i primærhelsetjenesten i kommunen skjer dette ofte på kommunens initiativ (Gjerstad og Nødland, 2017, s.40). Velferdsteknologiske løsninger som implementeres av kommunene er tenkt at skal virke som et instrument eller et verktøy som skal anvendes i bestemte situasjoner (Gjerstad og Nødland, 2017, s.40). Kommunen vil med andre ord i forkant av introdusering og implementering av ny teknologi ha en forståelse av hvilke behov som skal dekkes og hvordan teknologien kan ha nytteverdi for både tjenestemottager og tjenestene (Gjerstad og Nødland, 2017, s.40) Et viktig spørsmål blir dermed hvordan det skal sikres at teknologien ivaretar tjenestemottakers behov?

Når en skal vurdere og finne den rette løsningen for å ivareta tjenestemottakers behov må det foretas en helhetsvurdering av den enkeltes situasjon (Henriksen, u.å., s.17). Det vil si en kartlegging av hjemmesituasjon, arbeidssituasjon, samt fritid og fritidsaktiviteter som det er forventet at personen skal fungere i (Henriksen, u.å., s.17). Hjelpemiddelformidling følger fastlagte trinn:

“1 Oppdage behov, 2 Behovsutredning, 3 Utprøving, 4 Valg og tilpassing/spesialtilpassing, 5 Montering/installasjon, 6 Trening/motivering/instruksjon, 7 Oppfølging, 8 Teknisk service”
(Henriksen, u.å., s.17).

Med velferdsteknologiske løsninger hoppes det over noen av trinnene som følges i hjelpemiddelformidlingen. Velferdsteknologien kjøpes inn på anbud av kommunene og det er behovet til tjenesten om å frigjøre ressurser som er i fokus. Det blir da kommunens eller tjenestens ansvar å finne tjenestemottagere som passer til teknologien, ikke teknologi som passer tjenestemottageren.

I artikkelen til Halvorsen og Granås (2012) spekuleres det på om det blir færre legebesøk dersom en innfører multidosepakkede legemidler, og om det av den grunn blir en dårligere oppfølging av tjenestemottagerne (Halvorsen og Granås, 2012). Siden det ikke er påkrevd reseptfornyning på lik linje med ordinær forskrivingsituasjon som ved multidosepakkede legemidler, setter Halvorsen og Granås (2012) spørsmål ved om det forekommer en redusert kontroll på legemidlene til den enkelte tjenestemottageren som en følge av dette. Det er pasienter og tjenestemottagere som har stabil medisinerings som blir tilbudt multidosepakkede

legemidler (Halvorsen og Granås, 2012). Flere av tjenestemottagerne har preparater (for eksempel flytende preparater) som ikke kan pakkes og disponeres i en elektronisk medisindispenser. Når tjenestemottagerne må ha paralelle systemer for å håndtere disse preparatene, spør Halvorsen og Granås (2012) om hvorvidt dette er med på å redusere gevinstene som er forespeilet ved innføring av multidosepakkelegemidler i elektroniske medisindispensere (Halvorsen og Granås, 2012). Dette grunngis ved at det ikke finnes vitenskapelig dokumentasjon på om det er lønnsomt for samfunnet og innføre elektroniske medisindispensere/multidosepakkelegemidler (Halvorsen og Granås, 2012). Dette er nødvendig å ta med i betraktningen for tjenesten og samfunnet i forhold til om det er lønnsomt og hensiktsmessig å innføre disse multidosesystemene (Halvorsen og Granås, 2012). Noen av tjenestemottagerne uttaler at de må ha en backup-løsning på medisinen sine på grunn av at den elektroniske medisindispenseren ikke alltid fungerer som den skal. Flere av tjenestemottagere etterspurte mulighetene for å ha flytende preparater i den elektroniske medisindispenseren, slik at han kunne hatt all medisinen sin i dispenseren og dermed sluppet flere systemer og påminnelser på å ta medisinen sin.

6.1.3 Tilpasning til hverdagslivet

Tjenestemottagerne som deltok i studien uttalte at den elektroniske medisindispenseren hadde bidratt til forutsigbarhet og trygghet i hverdagen, samt frihet i form av at de ikke var så låst til hjemmet og måtte vente på tjenesten hver dag. I følge politikkkutformingene på feltet skal velferdsteknologien bidra til å opprettholde autonomi, livskvalitet, selvstendighet og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s.109-110). Velferdsteknologi som kan bidra til økt livskvalitet, selvstendighet, empowerment og mestring er mulige tiltak som kan settes inn for å opprettholde muligheten til å for eksempel bo hjemme lenger. Ved å ha fått en elektronisk medisindispenser slipper tjenestemottageren å forholde seg til hvilke medisiner som skal tas til hvilket tidspunkt og sammen med mat/drikke. Det opplevdes for flere av tjenestemottagerne at det var en befrielse å slippe medisin håndtering, samt å slippe å forholde seg til alle de forskjellige menneskene som kom fra tjenesten hver dag.

I Meld.st.nr. 15 (2017-2018) settes det lys på at eldre skal ha muligheten til å klare seg selv, samt å være så selvhjulpne som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018, s.21). I Norge i dag er det stort fokus på deltagelse i samfunnet og autonomi til den enkelte tjenestemottager/borger (Helse og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s.43). Det fremtidige

velferdssamfunnet forutsetter at alle samfunnsborgerne bidrar med det de kan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s.6). Det foreligger forventninger om en aktiv deltagelse i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s.6). Dette gjelder spesielt med tanke på demografien og økende antall av for eksempel eldre som har god helse og ressurser til å ivareta helsen sin, samt at de eldre i dag har et høyere utdanningsnivå og generelt bedre økonomi enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006, s.6). Det påpekes i «Flere år – Flere muligheter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) at utdanning og inntekt gir betydelig forskjeller helse og levevaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.13). Dette bidrar til sosiale ulikheter i samfunnet, som også bidrar til helsemessige konsekvenser og muligheter for å leve aktive liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.13). Det vises til at livsstil og miljø og hva man har opplevd i livet har påvirkning på hvordan en aldres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.48). Det er derfor viktig å ha fokus på livsløpsperspektivet slik at en står bedre rustet til å for eksempel endre på levevanene sine eller at en håndterer store endringer i livet på en god måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.48). For at en skal ha god helse og opprettholde funksjoner lenge er det viktig at det er fokus på å føre sunne og aktive liv, slik at en kan bevare helse og funksjonsevne lenger og dermed kan arbeide og leve et aktivt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.48). Ved å ha fokus på forebyggende tiltak overfor utsatte grupper med tanke på risiko for utvikling av sykdom, eller kronikere kan en redusere behovet for tidlig innsats av helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.48). Flere av tjenestemottagerne som deltok i studien opplever å ha mindre behov for hjemmetjenesten etter at de fikk den elektroniske medisindispenseren.

Flere mennesker lever i dag godt med kroniske sykdommer, samt at de lever lenger (Espenes og Smedslund, 2014, s.172). Dette kommer av blant annet at kunnskapen om sykdommer/tilstander har bedret seg og hva som forårsaker de har bedret seg (Espenes og Smedslund, 2014, s.274). Det har også blitt en forbedring i diagnostisering og behandlinger, som gjør at sykdommer som tidligere var uhelbredelige og potensielt dødelige i dag kan behandles uten store komplikasjoner (Espenes og Smedslund, 2014, s.172). Samtidig som det er et skifte i medisinen verden, ser en at det skjer et skifte blant de eldre (Espenes og Smedslund, 2014, s.274). Tidligere har en tenkt at etter hvert som man blir eldre ønsker den eldre å trekke seg tilbake (Espenes og Smedslund, 2014, s.274). Dette gjelder enda for noen av de eldre, men en ser gjerne at den aktive eldre i dag heller vil være tilstede der ting skjer (Espenes og Smedslund, 2014, s.274). Dette kan medfører et større press på tjenestene, da den aktive eldre ikke ønsker å sitte hjemme for å vente på at tjenesten skal komme til dem

(Espenes og Smedslund, 2014, s.274). De empiriske dataene viser at en elektroniske medisindispenseren løser en del hverdagslige problematikker for tjenestemottageren som for eksempel at tjenestemottageren ikke kjenner seg låst til huset, kjenner seg friere til å håndtere hverdagslivet, samt planlegge og reise på turer. Dette kan for eksempel bidra til at tjenestemottageren opplever at den er friere og har muligheten til å foreta seg meningsfulle aktiviteter som er viktig for den (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). Dette kan bidra til at tjenestemottageren får en opplevelse av å være noen av betydning, at tjenestemottageren hører til og har en verdi (Bendixen og Madsen, 2013, s.145). I tillegg bidro den elektroniske medisindispenseren til at tjenestemottagerne opplevde trygghet og fordeler ved å ikke ha mange medikamenter tilgjengelige til enhver tid i huset. Det ga en trygghet i forhold til at noen skulle bryte seg inn for stjele medisinerne deres, samt at det var bedre for tjenestemottageren å ikke ha tilgang til og holde styr på så mange medikamenter. Uosukainen, Pentikäinen og Tacke (2013) fant de at tjenestemottagerne som deltok i utpøvingen av en elektronisk medisindispenser opplevde økt trygghet og sikkerhet forbundet ved oppbevaring av medisiner i hjemmet.

Reeder, Demiris og Marek (2013) skriver at flere av deltagerne i studien deres ikke ble komfortabel med den elektroniske medisindispenseren de hadde fått utdelt. For noen tok det lang tid for å venne seg til den, mens for andre ble den en del av hverdagslivet deres og hadde en naturlig plass i hjemmet (Reeder, Demiris og Marek, 2013). I studien til Reeder, Demiris og Marek (2013) viser de til en deltager i studien som heklet dukker som satt oppå maskinen og som hun endret etter hvilken årstid det var (Reeder, Demiris og Marek, 2013). Denne tilpasningen til hverdagslivet kommer også til syne i funnene mine ved at noen av tjenestemottagerne hadde den elektroniske medisindispenseren stående på en kommode med en pen duk og blomster, mens andre tjenestemottagere ga sin elektroniske medisindispenser navn og omtalte den som en person.

6.2 Tjenestemottagers negative erfaringer ved daglig bruk av elektronisk medisindispenser

Dersom en til stadighet opplever reduserte muligheter til å delta i samfunnet, kan en over tid oppleve den situasjonen som et konstant stress (Townsend og Wilcock, 2004, s.250-252). Når det er et uttalt ønske om å være delaktig i samfunnet, og en opplever å bli fratatt muligheten til dette vil en oppleve en konflikt (Espenes og Smedslund, 2013, s.113). Dersom en til

stadighet blir forhindret i å nå et mål vil det oppstå frustrasjon (Espnes og Smedslund, 2013, s.113). Noen av tjenestemottagerne opplever frustrasjon ved å måtte vente på at medisinene skal bli klare og et resultat av dette er at tjenestemottageren forlater hjemmet uten å få tatt medisinene. Dette problemet kunne kanskje vært løst ved å ha en «tidlig dose funksjon» på den elektroniske medisindispenseren. I artikkelen til Reeder, Demiris og Marek (2013) presenterer de en medisindispenser som har en «tidlig dose – early dose» funksjon (Reeder, Demiris og Marek, 2013). “Tidlig dose-funksjonen” de beskriver er en funksjon på medisindispenseren som gjør det mulig å få ut medisinen noe tidligere enn det fastsatte tidspunktet som er forhåndsprogrammert (Reeder, Demiris og Marek, 2013). Dersom det hadde vært en standard løsning med «tidlig dose» på de elektroniske medisindispenserene kunne dette vært bedre for tjenestemottageren.

Ved at noen av tjenestemottagerne opplever frustrasjon over tidsbruken til den elektroniske medisindispenseren må tjenestemottageren forholde seg til ytterligere stress og frustrasjon ved at hjemmetjenesten ringer når de får alarm på at medisinene ikke er tatt. Mens det for noen av de andre tjenestemottagerne ikke oppleves som at det er et problem i hverdagen å måtte vente og planlegge rundt de forhåndsinnstilte tidspunktene til den elektroniske medisindispenseren.. Som empirien viser er erfaringene blant tjenestemottagerne forskjellige. Det kan se ut som like situasjoner, men reaksjonene, behovene og erfaringene er likevel ulike (Espenes og Smedlund, 2013, s.127).

Isaksen et al (2017) fant at den elektronsike medisindispenseren bidro til at tjenestemottageren måtte sitte hjemme og vente på at medisinen skulle bli klar, fremfor å kunne ta med seg en pilledispenser når de skulle ut (Isaksen et al., 2017). Det ble og funnet at ikke alle tjenestemottagerne var komfortable med at de ikke fikk sove lenge i helgene, da tjenestemottageren ble vekt til samme tid uavhengig om det var hverdag eller helg (Isaksen et al., 2017). Når det skal implementeres en velferdsteknologisk løsning er det viktig å ha kartlagt tjenestemottagerens kunnskaper, kroppsfunksjoner og hvilke roller tjenestemottageren har. Dette for at en på best mulig måte kan finne en løsning som passer til tjenestemottageren og tjenestemottagers behov. Når en skal kartlegge kroppsfunksjoner kan ICF være et godt hjelpemiddel (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Det kan være hensiktsmessig å ta i bruk ICF-modellen fordi den ser på helsetilstanden til personen og hvordan kroppsfunksjoner, aktivitet og deltagelse påvirkes på bakgrunn av dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). I tillegg tar ICF for seg miljøfaktorer og personlige faktorer som også kan bli påvirket av de andre trinnene i modellen (Sosial- og helsedirektoratet, 2003,

s.17). Når det skal implementeres velferdsteknologi slik som den elektroniske medisindispenseren må en se på hvilken påvirkning dette har på dagliglivet til tjenestemottageren, samt hvilke utfordringer tjenestemottageren har med tanke på helsetilstand, kroppsfunksjoner, miljø og personlige faktorer. Dette på grunn av at behovene våre endres etter alderen vår, og en eldre i dag har kanskje ikke det same “behovet” for teknologi som det de “yngre eldre” har. Dette på grunn av at de “yngre eldre” er mer vant med å bruke teknologi i dagens digitale samfunn i form av for eksempel nettbank, epost, eavis, smarttelefoner og sosiale medier. Empirien viser at de yngre tjenestemottagerne hadde et mer fortrolig og avslappet forhold den elektroniske medisindispenseren da de er mer vant til å bruke teknologiske løsninger. Mens de eldre tjenestemottagerne uttrykte bekymringer ved velferdsteknologien og om å miste tjenesten de hadde før. Det ble også uttrykt et savn fra de eldre tjenestemottagerne om at hjemmetjenesten skulle hatt tid til å komme inn og sette seg ned for en prat, slik som de hadde gjort tidligere.

6.2.1 Tekniske utfordringer

Empirien viser at flere av tjenestemottagerne har opplevd teknologiske utfordringer ved den daglige bruken av den elektroniske medisindispenseren. Tjenestemottagerne opplevde både utrygghet og bekymringer i oppstarten når de fikk den elektroniske medisindispenseren. Det uttales i NOU 2011:11 at ved å ta i bruk teknologiske løsninger vil en kunne bidra til trygghet for tjenestemottageren (NOU 2011:11, s.17). Men det vil da være betinget av at teknologien leverer den tjenesten som den lover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013a, s.29). Dersom tekniske utfordringer forårsaker økt arbeidsmengde for tjenesten og utrygghet for tjenestemottageren slik at tjenestemottageren må ha en back-up løsning, har en da lyktes med å implementere en god løsning?

Når en som enkeltindivid over tid opplever frustrasjon og forhindring av hverdagslige gjøremål som en ikke rår over kan en oppleve occupational deprivation (aktivitetsfrarøvelse) (Whiteford, 2010, s.306). Det vil med andre ord si at dersom en tjenestemottager opplever å ikke få delta på meningsfulle aktiviteter i sitt hverdagsliv på grunn av tekniske utfordringer ved bruken av den elektroniske medisindispenseren, blir tjenestemottageren i verstefall frarøvet muligheten for deltagelse i samfunnet. Dette på grunn av at tjenestemottageren ikke får tatt medisinen sin, som kan være avgjørende for helsetilstanden til tjenestemottageren. Dersom tjenestemottagerne ikke får tatt medisinen som de skal kan dette påvirke både de daglige aktivitetene, fritidsaktiviteter, forhindre sosial deltagelse og for eksempel utførelse av

husarbeid eller lignende aktiviteter. Tjenestemottageren vil da oppleve occupational imbalance (aktivitetsubalanse) som forekommer dersom occupational balance (aktivitetsbalanse) ikke blir møtt. Dette innebærer at det skal være en viss balanse mellom kravene som stilles til et menneske og de ressurser vedkommende innehar (Jacobsen, Leghart og Sønnichsen, 2013, s. 61).

Aktivitetsbalanse (occupational balance) oppnås når for eksempel en tjenestemottager kan være delaktige i aktiviteter som bidrar til velbehag og mening i hverdagslivet (Backman, 2010, s.232 – 233). Det er med andre ord viktig å ivareta brukermedvirkningen til tjenestemottager som er forankret i §3-1 i pasient og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Denne paragrafen sier at en som tjenestemottager har rett til å medvirke i bestemmelser som angår ens helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Tjenesten skal tilpasses i samarbeid med tjenestemottageren, så sant det er mulig og tjenestemottageren sin stemme skal vektlegges og høres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Alle tjenestemottagerne som deltok i studien har den samme elektroniske medisindispenseren, men likevel varierer opplevelsen av tekniske utfordringer ved den daglige bruken. Tjenestemottagerne opplevde alle at det var innkjøringsproblemer ved oppstarten av den elektroniske medisindispenseren, noe som gjorde det uttrykt og bidro til at tjenestemottageren opplevde ubalanse og utfordringer med tanke på deltagelse i hverdagslivets aktiviteter. Dette på grunn av at blant annet medisinene ikke kom når de skulle, at den elektronsike medisindispenseren var meget fintfølede at dersom det stod igjen et lite hjørne av den forrige posen så ble det problemer med hele systemet. Eller at tjenestemottager måtte være hjemme når tjenesten kom for å ordne problemet slik at tjenestemottageren fikk tatt medisinene sine. Det er viktig at det i samfunnet tas høyde for ulikhetene som er i den eldrebefolkningen (Jacobsen, Leghart og Sønnichsen, 2013, s.63). Vi har som mennesker med oss erfaringer og kunnskap som vi har tilegnet oss gjennom livsløpet (Jacobsen, Leghart og Sønnichsen, 2013, s.63). Det kommer tydeligere frem ved stigende alder hvilke livserfaringer og læringer den enkelte har, samt hvilke individuelle faktorer og genetiske disposisjoner en har med tanke på helsetilstand (Jacobsen, Leghart og Sønnichsen, 2013, s.63). Det var beyrminger blant noen av tjenestemottagerne som deltok i studien om at de ikke skulle få tjenesten de hadde før implementeringen av den elektroniske medisindispenseren, samt at tjenesten ikke lenger skulle ha tid til dem. Mens andre tjenestemottagere opplevde at de var friere og at de sparte tid ved at de slapp å vente på at hjemmetjenesten skulle komme.

I dagens samfunn blir stadig flere teknologier allmenngjort slik at forbrukerne får tilgang til disse hos kjente kjeder (Teknologirådet, 2009, s.17, NOU 2011:11, s.17 - 18). På bakgrunn av dette er det blitt satt lys på viktigheten av brukervennlighet og at produktene skal være lette og forståelige å bruke (Teknologirådet, 2009, s.17, Nielsen et al., 2018 og Isaksen et al., 2017). For at en teknologi skal brukes av for eksempel tjenestemottagere er det viktig at teknologien oppleves som trygg for den enkelte, bidrar til økt selvstendighet og autonomi (Teknologirådet, 2009, s.17). I artikkelen til Berge (2017) påpekes det at tjenestemottagere aksepterer velferdsteknologi dersom de opplever at teknologien bidrar til økt trygghet, sikkerhet, betydningsfulle aktiviteter og uavhengighet. Det er derfor viktig med et samarbeid mellom utviklerne av teknologien, tjenesten som skal implementere teknologien og tjenestemottageren (Teknologirådet, 2009, s.17). Det vil med andre ord si at tjenesteyter og tjenestemottager må bli involvert i utviklingen av velferdsteknologiske løsninger flere ganger i utviklingen av teknologien (Teknologirådet, 2009, s.17). Det er vesentlig at teknologien tilpasses brukernes behov og ikke at brukerne skal tilpasse seg teknologien (NOU 2011:11, s.124). I NOU 2011:11 sies det at det er viktig å utvikle gode løsninger på teknologier må det foreligge kunnskap om tjenestemottagers behov og hvilke ressurser tjenestemottageren innehar (NOU 2011:11, s.124). Kunnskap om brukernes ressurser og behov, og metoder for brukermedvirkning i utvikling av teknologi vil være nødvendig (NOU 2011:11, s.124). Det vil være viktig med god opplæring ved implementering av velferdsteknologiske løsninger både for tjenestemottager, men og for deres pårørende og tjenesteutøverne (NOU 2011:11, s.72). Det er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven §1-1 og §3-1 at tjenestene forplikter seg til god opplæring av tjenestemottagerne og deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det er i tillegg lovlig forankret at omgivelser og produkter skal utformes slik at alle kan bruke dem og delta i samfunnet (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2018). Dette fordrer at utviklerne av velferdsteknologiske løsninger og teknologiske løsninger generelt må sette av både tid og penger til å involvere brukerne i utviklingsprosessen (Teknologirådet, 2009, s.17).

I HAAT-modellen blir velferdsteknologi sett på som et tiltak som muliggjør menneskelig aktivitet i en kontekst (Cook og Polgar, 2015, s.10). Konteksten som i denne studien vil være den elektroniske medisindispenseren skal brukes i er hjemmet til tjenestemottageren. HAAT-modellen deler konteksten opp i fire områder, det er den fysiske, den sosiale, den kulturelle og den institusjonelle konteksten (Cook og Polgar, 2015, s.9-10). Disse kontekstene innebærer blant annet hvor tilgjengelig de fysiske omgivelsene er, hvilke normer og regler som er i

samfunnet, samt hvilke politiske føringer og lovverk som gjelder (Cook og Polgar, 2015, s.9-10). Berge (2017) påpeker at de forskjellige kontekstene til tjenestemottagerne påvirker hvordan og om de erfarer velferdsteknologien som et positivt bidra til tjenestemottagerens hverdagsliv. Konteksten til tjenestemottageren er viktig for å forstå hvordan tjenestemottagerne forholder seg til teknologien (Berge, 2017). Dette vil blant annet være om tjenestemottageren ser på hjemmet sitt som viktig og at det er et uttalt ønske å fortsette å bo der, eller om tjenestemottageren setter pris på å håndtere daglige oppgaver selv (Berge, 2017). I tillegg er en viktig factor hvor trygge tjenestemottageren opplever og erfarer at den er i forhold til alder og helseutfordringer (Berge, 2017). Tjenestemottagerne i denne studien blir påvirket av alle de fire kontekstene, da den elektroniske medisindispenseren er et tiltak på samfunnsnivå gjennom de kommunale tjenestene for å løse noe av den demografiske utfordringen og den forespeilede mangelen på tjenesteytere i årene som kommer. Velferdsteknologi og hvordan det er tiltenkt at velferdsteknologien skal brukes og bidra i forhold til de fremtidige utfordringene samfunnet står overfor er fremskrevet i forskjellige policydokumenter (NOU 2011:11, Helse- og omsorgsdepartementet 2005–2006, Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013b, Helse- og omsorgsdepartementet 2017-2018, Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Samtidig påvirkes tjenestemottagerne av samfunnets holdninger til bruk av velferdsteknologi og hjelpemidler generelt. Den kulturelle konteksten ser en ved at det har skjedd et skifte i samfunnet. Samfunnets holdninger har endret seg gjennom årene, da det tidligere var kollektivismen som var gjeldende I samfunnet er det nå I dag er et større fokus på individualismen og subjektivismen. Det vil si at meg og mitt liv er det som gjelder, og at det er ut i fra mitt ståsted og mine premisser jeg skaper mitt liv (Tranøy, 2017 og Svendsen, 2018). For at teknologien skal brukes i hverdagen er det viktig at funksjonen, designet og formidlingen av teknologien passer tjenestemottageren som faktisk skal bruke den teknologiske løsningen (Cook og Polgar, 2015, s.10). Dette for at teknologiens funksjonalitet, design og formidling av teknologien passer til tjenestemottagerens behov (Cook og Polgar, 2015, s.10).

6.2.2 Estetikk

Har utformingen på den elektronsike medisindispenseren en betydning for hvordan tjenestemottageren godtar og tilpasser seg til den elektroniske medisindispenseren? Tjenestemottagerne som ble intervjuet for denne studien uttalte at de var bekymret på grunn av den høye lyden som den elektroniske medisindispenseren lagde når den skulle varsle om at

medisinene var klare. Det ble påpekt fra en tjenestemottager at maskinen arbeidet «gammeldags» og av den grunn lagde mye støy når den forberedte neste dose med medisin. I tillegg ble det påpekt fra tjenestemottagerne at den elektroniske medisindispenseren ikke var noe de stolt viste frem til besøkende. Estetikken er viktig for mennesket da det innebærer sansene våre (Bøe, 2016). Det er verdiene våre som er grunnlaget i vurderingen, da spesielt verdier som harmoni og skjønnhet (Bøe, 2016). Turner og McGee-Lennon (2013) påpeket at estetikken ved velferdsteknologiske løsninger sakte, men sikkert forbedres. Det er et behov for å ha klare displayer med tanke på at synet reduseres etter hvert som en blir eldre. Men det er også viktig at de velferdsteknologiske løsninger passer til tjenestemottagerens hjem fremfor at teknologien skal se ut som et hjelpemiddel (Turner og McGee-Lennon, 2013). Det påpekes at det er viktig med brukermedvirkning og tjenestemottagerens perspektiver i utviklingen av teknologiske løsninger i stedet for å se på de velferdsteknologiske løsningene som kun en nødvendighet (Turner og McGee-Lennon, 2013).

Det var flere av tjenestemottagerne som deltok i denne studien som ikke ville eller vegret seg for å ha den elektroniske medisindispenseren stående fremme. En av tjenestemottagerne som deltok i studien hadde den elektroniske medisindispenseren stående gjemt bak sengen sin, da han ikke ville ha den stående fremme slik at alle kunne se den. Isaksen et al (2017) peker på at det kan oppleves stigmatiserende å ha et hjelpemiddel som en elektroniske medisindispenser (Isaksen et al., 2017). Det var derfor enkelte som deltok i studien ikke ønsket å ha den elektroniske medisindispenseren i hjemmet når studien var ferdig (Isaksen et al., 2017). I studien til Isaksen et al. (2017) var det i hovedsak lyden som den elektroniske medisindispenseren laget som deltagerne ikke likte. Spesielt når de hadde besøk av andre. Dette på grunn av at de syntes det var pinlig og ikke turte å fortelle hva den elektroniske medisindispenseren var (Isaksen et al., 2017). Gjerstad og Nødland (2017) viser til sine funn om at velferdsteknologier ikke alltid oppfattes som nyttige hjelpemidler i hverdagen. Men at det derimot ble tolket som signalisering om alderdom og skrøpeligheit (Gjerstad og Nødland, 2017, s.29). Det er ikke alle mennesker som føler seg gamle eller som ønsker å signalisere til omgivelsene at de har et behov for assistance og hjelp i hverdagen (Gjerstad og Nødland, 2017, s.29) Dersom en tjenestemottager ikke føler seg gammel eller vegrer seg mot hva det gir signaler om til omgivelsene kan det medføre motstand overfor den velferdsteknologiske løsningen (Gjerstad og Nødland, 2017, s.29).

I rettferdighetsteorien til Martha Nussbaum påpeker hun at normalitetsbenevnelsen ikke passer samfunnet vi har (Lid, 2012, s.134). Nussbaum (Lid 2012) sier at alle mennesker har funksjonsnedsettelse og vil oppleve forskjellige grader av funksjonsnedsettelse gjennom livet (Lid, 2012, s.134). Det påpekes at det er samfunnet og dets normer, regler og tilrettelegging som avgjør om det oppstår og oppleves funksjonsnedsettelse (Lid, 2012, s.132). Dersom samfunnet kan tilrettelegge for den enkelte, slik at verdigheten til enkeltpersonen ivaretas vil stigmatisering i samfunnet og oppfatningen av hva som er normal endres (Lid, 2012, s.132). Dette viser at de normer og regler som gjelder i samfunnet avgjør hvordan det oppleves for tjenestemottager å ha blant annet velferdsteknologiske løsninger i hjemmet. Ut i fra empirien og obeservasjoner fra studien virker det som det oppleves stigmatiserende å ha (velferdsteknologiske) hjelpemidler i hjemmet. Isaksen et al. (2017) fant også at tjenestemottagere ikke turte å fortelle hva den elektroniske medisindispenseren var, og uttalte at det var et problem når den elektroniske medisindispenseren lagde lyd når det var andre mennesker på besøk (Isaksen et al., 2017). Dette viser at det kan være av stor betydning hvordan de velferdsteknologiske løsningene utformes for at tjenestemottageren skal ta teknologien i bruk. Isaksen et al (2017) viser til hvor viktig det er at utformingen og funksjonene til en teknologi utarbeides og formes etter tjenestemottagerens behov. Noen av tjenestemottagerne skrudde av funksjonene til den elektroniske medisindispenseren (Pilly) når tjenestemottageren ikke orket eller ville bli sett på som en pasient (Isaksen et al., 2017). Hvorvidt en tjenestemottager tilegner seg teknologien som implementeres kommer an på hvordan teknologien presenteres for tjenestemottageren (Gjerstad og Nødland, 2017, s.34). Det er med andre ord ikke gitt at en (velferds)teknologi som tjenestemottageren ikke har valgt selv eller som tjenestemottager kanskje ikke kjenner til, vil fordre daglig bruk av velferdsteknologiske løsninger (Gjerstad og Nødland, 2017, s.34). Det er heller ikke gitt at tjenestemottagerne har forståelse av teknologien og hvordan den virker (Gjerstad og Nødland, 2017, s.29). Det påpekes at det ikke alltid er at velferdsteknologien blir brukt slik som den i utgangspunktet var tenkt (Gjerstad og Nødland, 2017, s.29). Dette kan ha flere årsaker, som forståelse for teknologien eller at tjenestemottageren har valgt å ha en teknologisk løsning for å betrygge sine nærmeste pårørende (Gjerstad og Nødland, 2017, s.29). Med andre ord vil det si at rammene for bruken av velferdsteknologi ikke alltid er gitt av teknologien, men avgjøres av hvilke muligheter og begrensninger tjenestemottager har for å håndtere og mestre situasjonen (Gjerstad og Nødland, 2017, s.29). Empirien i studien viser at det er delte meninger om den elektroniske medisindispenserens utseende. Når vi i dag lever i et samfunn hvor teknologi er tilgjengelig for allmennheten, burde ikke da tjenestemottageren involveres

tidligere i prosessen for å forhindre at utformingen av teknologien gjør tjenestemottagerne utilpass? En av tjenestemottagerne som deltok i studien forteller at hun ofte fikk spørsmål fra venner og besøkende om den elektroniske medisindispenseren er en kjøkkenmaskin. Er det da våre egne forventninger til hva et hjelpemiddel er, samfunnets normer og regler om (velferds)teknologi, samt hvordan det skal se ut som gjør at tjenestemottagerne er bekymret for hva andre vil mene om at tjenestemottagerne har fått en elektronisk medisindispenser?

7 Oppsummering

Formålet med denne masteroppgaven var å belyse tjenestemottagerenes erfaringer ved bruk av elektroniske medisindispensere. Oppsummert oppleves og erfares den elektroniske medisindispenseren for de fleste av tjenestemottagerne som deltok i studien som et positivt supplement til håndtering av medisinene og en forutsigbar hverdag. Det erfares noen negative aspekter ved den elektroniske medisindispenseren. Dette er for eksempel teknologiske utfordringer som må løses før det blir en trygg og god opplevelse for tjenestemottageren å ha en elektronisk medisindispenser.

Fremtidens demografiske utfordringer fordrer økt bruk av velferdsteknologiske løsninger for å opprettholde kvaliteten på tjenestene som leveres. Dette på grunn av en forespeilet knapphet på helsepersonell, da andelen yrkesaktive vil synke og dermed skape en skjev fordeling på helsepersonell og tjenestemottagere. Det vil være hensiktsmessig å undersøke tjenestemottagers erfaringer videre for å belyse flere sider om hvordan det erfares å være mottageren av velferdsteknologiske hjelpemidler, samt for å sikre at tjenestemottagerne får den teknologien som passer til tjenestemottagerens behov. Det ville i tillegg være en fordel at tjenestemottagerne blir inkludert i utviklingen av produktene, slik at det estetiske og brukervennligheten ved en velferdsteknologisk løsning ikke er til sjenanse for tjenestemottageren, men bidrar til at teknologien brukes til det den er tiltenkt. Som det kommer frem i min studie er det ikke kartlegging av behovene til tjenestemottageren som anviser hvilken teknologi som skal tas i bruk. Det er derimot tjenesten og kommunen som kjøper inn teknologier som tenkes at kan dekke samfunnsmessige behov og utfordringer som medisin håndtering.

Min masteroppgave bidrar til økt kunnskap om tjenestemottagerens erfaringer ved daglig bruk av en velferdsteknologisk løsning. Dette er viktig kunnskap å belyse med mer forskning på området, slik at kommuner og de kommunale tjenestene kan være sikker på at den velferdsteknologiske løsningen som implementeres treffer rett tjenestemottager og dekker behovene til tjenestemottageren.

Litteraturliste

Andersen M. og Legarth K.H. (2013) At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos eldre – kommunal intervensjon. I: Brandt Å., Madsen A.J. og Peoples H. (Red). *Basisbog i ergoterapi* København: Munksgaard.

Ausen D., Svagård I., Øderud T., Holbø K., Bøthun S. og SINTEF (2013) Trygge spor. Hentet 04.05.19 fra: https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport_enkle-sider_lav-opplosning.pdf

Backman C.L. (2010) Occupational balance and well-being. I: Christiansen C.H. og Townsend E. (Red). *Introduction to occupation. The art and science of living*. New Jersey: Pearson Education.

Bendixen H.J. og Madsen A.J. (2013) Referanserammer og teori i ergoterapi. I: Brandt Å., Madsen A.J. og Peoples H. (Red). *Basisbog i ergoterapi* København: Munksgaard.

Berge M.S. (2017) *Telecare – where, when, why and for whom does it work? A realist evaluation of a Norwegian project*. Hentet 01.05.19 fra: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.vid.no/doi/pdf/10.1177/2055668317693737>

Bergsagel I. (2017) *Hva er det egentlig, og hva brukes det til?* Hentet 30.08.18 fra: <https://sykepleien.no/2017/08/hva-er-det-egentlig-og-hva-brukes-det-til>

Borg T. og Stabel H.H. (2013) Hverdagslivsbegreper og ergoterapi. I: Brandt Å., Madsen A.J. og Peoples H. (Red). *Basisbog i ergoterapi* København: Munksgaard.

Brant Å., Madsen A.J. og Peoples H. (2013) Introduksjon til ergoterapi. I: Brant Å., Madsen A.J. og Peoples H. (Red.) *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.

Bøe S. (2016) Estetisk. Hentet 23.04.19 fra: <https://snl.no/estetisk>

Cook A.M. og Polgar J.M. (2015) *Assistive technology. Principals and practices*. Missouri: Elsevier.

De nasjonale forskningsetiske komiteer (2015) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 06.05.19 fra:

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Espenes G.A. og Smedslund G. (2014) *Helsepsykologi* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forskningsetikkloven (2017) Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Hentet 06.05.19 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Fjørtoft K. (2015). Rettferdighet som deltagelse på like vilkår. Hentet 03.11.18 fra: https://www.idunn.no/agora/2015/02-03/rettferdighet_som_deltakelsepaalike_vilkaar

Florhaug A-C. og Haugo M. (2017) *Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – samfunnsoppdrag*. Hentet 01.10.18 fra: <http://www.utviklingscenter.no/om-oss.176088.no.html>

Gjerstad B. og Nødland S.I. (2017) *Implementering av velferdsteknologi*. Hentet 26.04.19 fra:

[http://gammelweb.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/85627a13f4991c12c12581bc00058767/\\$FILE/IRIS%202017-157%20implementering%20av%20velferdsteknologi.pdf](http://gammelweb.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/85627a13f4991c12c12581bc00058767/$FILE/IRIS%202017-157%20implementering%20av%20velferdsteknologi.pdf)

Grut L., Øderud T. og Bøthun S. (2017) *GPS som hjelpemiddel for personer med orientingsvansker*. Hentet 06.05.19 fra:

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/02/gps_som_hjelpemiddel_for_personer_med_orientingsvansker

Hagesæther E., Landmark C.J., Neslein I-L.F. og Granås A.G.(2015) *Legemidler og pasientsikkerhet – fokus på eldre*. Hentet 26.03.19 fra:

<https://www.farmatid.no/artikler/vitenskap/legemidler-pasientsikkerhet-fokus-pa-eldre>

Halvorsen K.H. og Granås A.G. (2012) *Multidosepakkelegemidler i Skandinavia – en systematisk oversikt over muligheter og begrensninger*. Hentet 25.01.19 fra:

<https://www.farmatid.no/artikler/vitenskap/multidosepakke-de-legemidler-skandinavia>

Helsedirektoratet (2011) *Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien*. Hentet 01.10.18 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/255/Riktig-legemiddelbruk-til-eldre-pasienter-beboere-pa-sykehjem-og-i-hjemmesykepleien-IS-1887.pdf>

Helsedirektoratet (2012) *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Hentet 01.05.19 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

Helsedirektoratet (2014) *Helse 2020. Rammeverk og strategi for Europa i 21. århundre*. Hentet 01.05.19 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/665/Helse-2020-rammeverk-og-strategi-for-europa-i-det-21-arhundre-IS-0395-fullversjon.pdf>

Helsedirektoratet (2018) *Samhandlingsreformen*. Hentet 15.04.19 fra:

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helse- og omsorgsdepartementet (2004-2005) *Retts kurs mot riktigere legemiddelbruk* (St.Meld. nr. 18). Hentet 15.08.18 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517/sec1>

Helse – og omsorgsdepartementet (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer* (St.Meld.nr. 25). Hentet 31.10.18 fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted-til rett tid* (St.meld.nr 47). Hentet 17.04.19 fra:

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

[stm200820090047000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013a) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. Nr 10). Hentet 01.10.18 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013b) *Morgendagens omsorg* (Meld.St.Nr 29). Hentet 22.12.18 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld.St.nr. 26). Hentet 01.05.19 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet 01.05.19 fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*. Hentet 30.04.19 fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf

Helse – og omsorgsdepartementet (2017-2018) *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. (Meld.St.nr 15) Hentet 06.11.18 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2016) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30. Hentet 01.05.19 fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Henriksen G. (u.å) *Utviklingen av hjelpemiddelområdet i Norge*. Hentet 15.04.19 fra:
<file:///C:/Users/Torunn%20Skår/Desktop/Master/Emne%206%20Masteroppgaven/Masteroppgaven/Litteratur/Hjelpemiddelformidling%20til%20diskusjon.pdf>

Holbø K., Das A., Bøthun S., Formanek M.N. og Halvoresen T. (2019) *Multidosetjeneste for hjemmeboende – brukernes erfaringer og behov for nye løsninger*. Hentet 04.05.19 fra: https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/nordisk_valfardsforskning/2019/01/multidosetjeneste_for_hjemmeboende_brukernes_erfaringer_o

Hoof J.V., Kort H.S.M., Rutten P.G.S. og Duijnste M.S.H. (2011) *Ageing in-place with the use of ambient intelligence technology: Perspectives of older users*. Hentet 01.05.19 fra: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.02.010>

Isaksen J., Paulsen K.B., Skarli J., Stokke R. og Melby L. (2017) *Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?* Hentet 01.11.18 fra: https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/02/hvilken_nytte_har_hjemmeboende_med_hjelpebehov_av_velferdst

Jacobsen A., Leghart K.H. og Sønnichsen L.H. (2013) Aktivitet og deltagelse i forskjellige livsfaser. I: Brandt Å., Madsen A.J. og Peoples H. (Red). *Basisbog i ergoterapi* København: Munksgaard.

Jepsen B.G. og Larsen A.E. (2013) Ergoterapeutisk intervensjon. I: Brandt Å., Madsen A.J. og Peoples H. (Red). *Basisbog i ergoterapi* København: Munksgaard.

Johannessen A., Tuft P.A. og Christoffersen L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode 5.utg.* Oslo: Abstrakte forlag as.

Kaasalainen S., Dolovich L., Papaioannou A., Holbrook A., Lau E., Ploeg J., Levine M., Cosby J. og Emily A. (2011) *The process of medication management for older adults with dementia*. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 3. 407-418.
Doi: 10.1111/j.1752-9824.2011.01114.x

Kielhofner G. (2010) *MOHO- Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi i uddannelse og praksis* (2.utg.). København: Munksgaard.

Lid I.M. (2012) Variasjoner i funksjonsevne som vilkår: En diskusjon av funksjonshemming og menneskesyn i lys av Martha Nussbaums politiske filosofi. *Norsk filosofisk tidsskrift*. Vol.47. (Nr.2). s. 130 – 145. Oslo:Universitetsforlaget.

Likestillings- og diskrimineringsloven (2018) *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Hentet 26.04.19 fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

Lorentzen H. (2004). *Fellesskapet fundament - sivilsamfunnet og individualismen*. Oslo: Pax Forlag.

Lygre H. og Kjome L.S. (2016) *Aldring, sykdom og legemiddelbruk* Hentet 15.08.18 fra:
https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/aktuel_nordisk_odontologi/2016/01/aldring_sykdom_og_legemiddelbruk

Malterud K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (utg. 4) Oslo: universitetsforlaget.

Manger T. og Wormnes B. (2018) *Motivasjon og mestring. Utvikling av egne og andres ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nakrem S., Solbjør. M., Pettersen I.N. og Kleiven H.H. (2018) Care relationships at stake? Home healthcare professionals`experiences with digital medicine dispensers – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. Vol. 18(1):1-10. Hentet 01.05.19 fra:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2835-1>

Nielsen L.O., Krebs H.J., Albert N.M., Anderson N., Catz S., Hale T., ... Dinesen B. (2017) Telemedicine in Greenland: Citizens' perspectives. *Telemedicine and e-health* Vol. 23 (No 5). Doi: 10.1089/tmj.2016.0134.

Norsk Ergoterapeutforbund (2017) *Alle skal kunne delta – Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund. Hentet 01.05.19 fra: <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/>

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 19.02.18 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Ousukainen H., Pentikäinen H. og Tacke U. (2013) *The effect of an electronic medicine dispenser on diversion of buprenorphine-naloxone—experience from a medium-sized Finnish city*. Hentet 04.11.18 fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547213000147>

Pak J. og Park K. (2012) Construction of a Smart Medication Dispenser with High Degree of Scalability and Remote Manageability. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*. Volume 2012 (2012). Hentet 30.12.18 fra: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/381493>

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. LOV-1999-07-02-63. Hentet 01.05.19 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polatajko H.J., Davis J., Cantin N., Amoroso B., Purdie L. og Zimmermann D. (2013) Spesifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen. I: Townsend E.A. og Polatajko H.J. *Menneskelig aktivitet II: En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard.

Reeder B., Demiris G. og Marek K.D. (2013) Older adults' satisfaction with a medication dispensing device in home care. *Informatics for Health and Social Care*. Vol.38(3), s.211-222. DOI: 10.3109/17538157.2012.741084

Regjeringen (2014) *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Hentet 05.01.19 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

Schrøder I. og Petersen K.S. (2014) Sociologi som vidensområde i rehabilitering (2.utg.). I: Schrøder I. og Petersen K.S. (Red). *Sociologi og rehabilitering*. København: Munksgaard.

Solerød H. og Tønnesen M. (2018) *Demografi*. Hentet 23.04.19 fra:
<https://snl.no/demografi>

Sosial- og helsedirektoratet (2003) *ICF – internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse* Hentet 25.01.19 fra:
https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf

Stadnyk R.L., Townsend E.A. og Wilcock A.A. (2010) Occupational Justice. I: Christiansen C.H. og Townsend E.A. (red.) *Introduction to occupation. The art and science of living*. Pearson education: New Jersey.

Svendsen L.F.H. (2018) *Subjektivisme*. Hentet 25.04.19 fra: <https://snl.no/subjektivisme>

Svagård I.S., Ausen D., Røhne M., SINTEF IKT og Østensen E. (2015) *Riktigere medisiner og mer selvstendighet? Erfaringer med automatisk medisindispenser I Bærum kommune*. Hentet 06.05.19 fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a26618-rapport_riktigere-medisiner-og-mer-selvstendighet.pdf

Teknologirådet (2009) *Fremtidens alderdom og ny teknologi*. Hentet 26.04.19 fra:
<https://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/105/2013/08/Rapport-Fremtidens-alderdom-og-ny-teknologi.pdf>

Tranøy K.E. (2017) *Individualismen*. Hentet 25.04.19 fra: <https://snl.no/individualisme>

Townsend E.A. og Polatajko H.J. (2013) *Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhet, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard.

Turner K.J. og McGee-Lennon M.R. (2013) *Advances in telecare over the past 10 years*. Hentet 04.05.19 fra: <https://www.dovepress.com/advances-in-telecare-over-the-past-10-years-peer-reviewed-article-SHTT>

Townsend E.A. og Wilcock A.A. (2004) Occupational Justice. I: Christiansen C.H og Townsend E. (red.). *Introduction to occupation. The Art and Science of living*. Pearson education: New Jersey.

Tøndel G. (2018) *Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom*. Hentet 24.04.19 fra: https://www.idunn.no/file/pdf/67088176/omsorgens_materialitet_trygghetteknologi_og_alderdom.pdf

Whiteford G. (2010) Occupational Deprivation: Understanding Limited Participation. I: Christiansen C.H. og Townsend E. (Red.) *Introduction to occupation. The art and science of living*. New Jersey: Pearson Education.

Windle G. (2010) Does telecare contribute to quality of life and well-being for people with dementia? *Journal of dementia care*. Vol. 18 (No 5). S. 33-36.

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkehistorikk

| Søkeord | Antal I treff | Database | Begrensinger | Kombinert med | Antall treff |
|-------------------------------------|------------------|---|--|--|---|
| Electronic medical dispencer | 19 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Fulltekst,pdf- fullteks , scholar peerviewed. Årstall 2012 - 2018 | Medical adherence. Elderly. User experience | 0 treff 0 treff 0 treff |
| Electronic medicine dispencer | 25 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Fulltekst,pdf- fullteks , scholar peerviewed. Årstall 2012 - 2018 | Medical adherence. Elderly. User experience | 0 treff 0 treff 0 treff |
| User experience | 416 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Fulltekst,pdf- fullteks , scholar peerviewed. Årstall 2012 - 2018 | Welfare technology or assistive technology | 10 treff 1 potensiel 1 brukbar |

| | | | | | |
|---|----------------|---|--|---|--|
| Elderly | 13410 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Fulltekst,pdf- fullteks , scholar peerviewed. Årstall 2012 - 2018 | Welfare technology or assistive technology | 53 treff |
| Welfare technology or assistive technology | 987 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Fulltekst,pdf- fullteks , scholar peerviewed. Årstall 2012 - 2018 | Elderly and user experience | 2 treff |
| Health technology | 2,227 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Fulltekst,pdf- fullteks , scholar peerviewed. Årstall 2012 - 2018 | Welfare technology or assistive technology and user experience. User experience. Elderly | 2 treff 8 treff 86 treff |
| Medical adherence | 28 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - | Fulltekst,pdf- fullteks , scholar peerviewed. | | |

| | | | | | |
|------------------------------|------------|---|--|--|---|
| | | Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Årstall 2012 - 2018 | | |
| Telecare | 1730 treff | EBSCOhost Research Databases inkludert - Academic Search Elite, socINDEX fulltekst, Cinahl fulltext | Fulltekst,pdf-fullteks , scholar peerviewed. Årstall 2012 - 2018 | Elderly Elderly and user experience User experience or users experience or usability | 91 treff 0 treff 41 treff |
| Elderly | 155 treff | Cochrane library | Årstall 2012 – d.d | Assistive technology | 110 treff |
| Welfare technology | 0 treff | Cochrane Library | | | |
| Assistive technology | 0 treff | Cochrane Librabry | | | |
| Electronic medical dispencer | 0 treff | Cochrane Library | | | |
| User experience | 31 treff | Cochrane Library | | | |
| Medicine management | 253 treff | Cochrane Librabry | Årstall 2012 – d.d | Technology Technology and elderly | 13 treff 1 treff |
| Elektronisk medisindispenser | 2 treff | Helsebiblioteke t | | | |
| Velferdsteknolog i | 20 treff | Helsebilibioteket | Oppsummert forskning. | | 2 treff |

| | | | | | |
|------------------------------|----------|----------------|------------------------------|--|--------------------|
| Elektronisk medisindispenser | 2 treff | Idunn | | | |
| Elektronisk medisindispenser | 42 treff | Google Scholar | Årstall 2012 - 2018 | Brukererfaring Fra brukerperspektiv | 7 treff 5 treff |
| Elektronisk medisindispenser | 0 treff | SveMed+ | Peer reviewed | | |
| Velferdsteknologi | 8 treff | SveMed+ | Peer reviewed | | |
| Velferdsteknologi | 24 treff | Oria | Fagfelle vurderet Siste 5 år | Brukererfaring Mestring | 0 treff 2 treff |
| Elektronisk medisindispenser | 0 treff | Oria | Fagfelle vurderet Siste 5 år | | |
| Elektronisk medisinskstøtte | 0 treff | Oria | Fagfelle vurderet Siste 5 år | | |

Medline søkehistorikk:

Database: Ovid MEDLINE(R) and In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to May 01, 2019>

Search Strategy:

- 1 dementia.mp. or Dementia/ (112854)
- 2 Telemedicine/ or Aged/ or telecare.mp. or Home Care Services/ (2935043)
- 3 user experience.mp. or Adult/ (4751211)
- 4 Adult/ or Patient Compliance/ or medicine adherence.mp. or Medication Adherence/ or Aged/ (5983802)

- 5 assistive technology.mp. or Self-Help Devices/ (5460)
- 6 health.mp. or Health/ (2628690)
- 7 mental health.mp. or Mental Health/ (166724)
- 8 Ethics, Medical/ or Technology/ or welfare technology.mp. (54840)
- 9 Technology/ or "National Center for Health Care Technology (U.S.)"/ or technologies.mp. (126895)
- 10 1 and 2 and 3 (8729)
- 11 2 and 3 and 4 (1701251)
- 12 10 and 11 (8729)
- 13 3 and 5 and 7 (17)
- 14 older persons.mp. (9526)
- 15 outpatient monitoring.mp. or Monitoring, Ambulatory/ (7837)
- 16 adults.mp. or Adult/ (4993007)
- 17 5 and 14 and 15 and 16 (1)
- 18 multidose medicine.mp. (0)
- 19 automatic medicine.mp. (0)
- 20 assistive technologies.mp. or Self-Help Devices/ (4880)
- 21 Adult/ or demographic.mp. or Aged/ (5951115)
- 22 3 and 15 (2573)
- 23 3 and 4 and 5 and 8 and 15 and 16 (0)
- 24 2 and 3 and 4 (1701251)
- 25 3 and 4 and 5 and 15 and 16 (13)
- 26 dementia.mp. or Dementia/ (112854)
- 27 Telemedicine/ or Aged/ or telecare.mp. or Home Care Services/ (2935043)

- 28 user experience.mp. or Adult/ (4751211)
- 29 Adult/ or Patient Compliance/ or medicine adherence.mp. or Medication Adherence/ or Aged/ (5983802)
- 30 assistive technology.mp. or Self-Help Devices/ (5460)
- 31 health.mp. or Health/ (2628690)
- 32 mental health.mp. or Mental Health/ (166724)
- 33 Ethics, Medical/ or Technology/ or welfare technology.mp. (54840)
- 34 Technology/ or "National Center for Health Care Technology (U.S.)"/ or technologies.mp. (126895)
- 35 26 and 27 and 28 (8729)
- 36 27 and 28 and 29 (1701251)
- 37 35 and 36 (8729)
- 38 28 and 30 and 32 (17)
- 39 older persons.mp. (9526)
- 40 outpatient monitoring.mp. or Monitoring, Ambulatory/ (7837)
- 41 adults.mp. or Adult/ (4993007)
- 42 30 and 39 and 40 and 41 (1)
- 43 multidose medicine.mp. (0)
- 44 automatic medicine.mp. (0)
- 45 assistive technologies.mp. or Self-Help Devices/ (4880)
- 46 Adult/ or demographic.mp. or Aged/ (5951115)
- 47 28 and 40 (2573)
- 48 28 and 29 and 30 and 33 and 40 and 41 (0)
- 49 27 and 28 and 29 (1701251)
- 50 28 and 29 and 30 and 40 and 41 (13)

- 51 dementia.mp. or Dementia/ (112854)
- 52 Aged/ or "Aged, 80 and over"/ or Humans/ or older persons.mp. or Aging/ (17782330)
- 53 Humans/ or Telemedicine/ or Aged/ or telecare.mp. or Home Care Services/ (17709877)
- 54 Technology/ or Technology, Pharmaceutical/ or Remote Sensing Technology/ or technologies.mp. (143470)
- 55 Home Care Services/ or Patient-Centered Care/ or Long-Term Care/ or care.mp. or Peer Review, Health Care/ (1946718)
- 56 Humans/ or medical followup.mp. or Aged/ (17703980)
- 57 Aged/ or independent living.mp. or Independent Living/ (2899992)
- 58 Aged/ or Telemedicine/ or Humans/ or "Health Services Needs and Demand"/ or care technologies.mp. (17710218)
- 59 Middle Aged/ or Patient Satisfaction/ or User-Computer Interface/ or user experience.mp. (4178006)
- 60 outpatient monitoring.mp. or Monitoring, Ambulatory/ (7837)
- 61 51 and 52 and 53 and 54 (357)
- 62 54 and 56 and 57 and 58 (5073)
- 63 59 and 62 (3772)
- 64 Aged/ or medical care.mp. (2935566)
- 65 Patient Compliance/ or pill dispenser.mp. or Aged/ (2938440)
- 66 medical dispenser.mp. (1)
- 67 62 and 64 and 65 (5024)
- 68 61 and 62 and 64 and 65 (140)
- 69 53 and 54 and 55 and 64 and 65 (1528)
- 70 60 and 69 (55)

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Velferdsteknologi og tjenestemottagers erfaring

Det jeg ønsker å se nærmere på i denne studien er hvilke erfaringer som finnes blant tjenestemottager som har en elektronisk medisindispenser i daglig bruk. Samt å se på hvordan hverdagslivet til tjenestemottager var før og etter implementering av medisindispenseren. Dette vil jeg undersøke ved å gjennomføre noen intervjuer/samtaler med tjenestemottager. På denne måten vil jeg få frem den subjektive erfaringen ved bruk av denne typen teknologisk løsning.

Oversikt over intervjuet:

- 1. Tjenestemottager erfaring*
- 2. Medisindispenseren*

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Forskningsspørsmål:

Hvilke fordeler erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilke ulemper erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilke helse- og omsorgstjenester har tjenestemottager før og etter implementering av den elektroniske medisindispenseren?

Hvilken innvirkning har den elektroniske medisindispenseren hatt på daglige aktiviteter for tjenestemottager?

Del 1 Tjenestemottageren:

1. Hvor lenge har du hatt den elektroniske medisindispenseren?
2. Hva er årsaken til at du fikk den elektroniske medisindispenseren? Hvordan fikk du den? (søknad?)
3. Hvordan opplever du at medisindispenseren fungerer i det daglige?
4. Kan du fortelle litt om hvordan hverdagen din var før du fikk medisindispenseren?
5. Hvordan vil du beskrive hverdagen din etter at du fikk medisindispenser?
6. Har du andre tjenester nå?
7. Har de tjenestene du har i dag tilknytning til bruken av medisindispenseren?
8. Hvilke tjenester hadde du evt. før du fikk medisindispenseren?
9. Hva skjer dersom du ikke får tatt medisinerne dine?
10. Har du opplevd noen utfordringer etter at du fikk medisindispenser?
11. Hva skjer dersom det er behov for fleksibilitet? Dersom du skal på f.eks ferie eller er borte fra hjemmet en periode.

Del 2 Medisindispenseren:

1. Kan du fortelle litt om hvordan medisindispenseren fungerer?
2. Hva tenker du om designet på medisindispenseren? Brukervennlighet?
3. Hva er det som skjer dersom det oppstår feil med medisindispenseren?
4. Hvem er det som følger opp evt. feil?
5. Hvem går en evt alarm til?

Helt til slutt: Har du noe å tilføye, som jeg ikke har spurt om?

Vedlegg 3 Informasjonsskriv til tjenestemottager

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Brukererfaring og velferdsteknologi»

Bakgrunn og formål

Du mottar denne henvendelsen fordi du har tatt i bruk en elektronisk medisindispenser som en del av ditt tjenestetilbud. Da dette er en ny tjeneste som tilbys ønsker kommunen å få mer kunnskap om tjenesten, samt hvilke erfaringer du har med denne tjenesten.

Henvendelsen gjelder forespørsel om intervju som vil bli foretatt av undertegnede. Dette som en del av masterstudie medborgerskap og samhandling ved Vid vitenskapelige høyskole i samarbeid med USHT og en stor kommune i Norge. Formålet med denne studien er å belyse hvordan tjenestemottagere erfarer å bruke velferdsteknologi i deres hverdagsliv.

Problemstillingen som undersøkelsen tar for seg er:

Hvilke erfaringer har tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Forskningsspørsmål:

Hvilke fordeler erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilke ulemper erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilken erfaring har tjenestemottagere med medisin håndtering før og etter implementering av en elektronisk medisindispenser?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Ved å delta i denne studien vil du bidra til mer kunnskap om bruk av velferdsteknologiske løsninger, og dermed bidra til å forbedre tjenestene. Dersom du samtykker til deltagelse i denne studien vil du bli kontaktet av undertegnede for nærmere avtale om møtested og tidspunkt for gjennomføring av intervjuet. Intervjuet vil vare ca en time og dreie seg om din erfaring med elektronisk medisindispenser. Intervjuet vil bli tatt opp som lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være jeg (Torunn Schultz Skår) og min veileder som har tilgang til innsamlet materiale fra studien. Alle innsamlede data vil bli oppbevart i et låsbart rom og på ekstern lagring. Alle data vil bli anonymisert, det vil si at du som person ikke kan bli gjenkjent i det publiserte materialet i etterkant av studien. Prosjektet skal etter planen være ferdigstilt 28.02.19. Alle opplysninger blir anonymisert underveis i studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta i studien signerer du samtykkeskjemaet bakerst i informasjonsskrivet. Deretter vil jeg ta kontakt med deg for nærmere avtale.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Informasjonsskriv til tjenesten

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Brukererfaring og velferdsteknologi»

Bakgrunn og formål

Henvendelsen gjelder forespørsel om intervju som vil bli foretatt av undertegnede. Dette som en del av masterstudiet medborgerskap og samhandling ved Vid vitenskapelige høyskole i samarbeid med kommunen. Formålet med denne studien er å belyse hvordan tjenestemottagere erfarer å bruke velferdsteknologi i deres hverdagsliv. Tjenestemottager mottar denne henvendelsen fordi tjenestemottageren har tatt i bruk en elektronisk medisindispenser som en del av sitt tjenestetilbud. Da dette er en ny tjeneste som tilbys, ønsker kommunen å få mer kunnskap om tjenesten, samt hvilke erfaringer og opplevelser tjenestemottageren har med denne tjenesten.

Problemstillingen som undersøkelsen tar for seg er:

Hvilke erfaringer har tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Forskningsspørsmål:

Hvilke fordeler erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilke ulemper erfarer tjenestemottager ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilken erfaring har tjenestemottagere med medisin håndtering før og etter implementering av en elektronisk medisindispenser?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Ved å delta i denne studien vil tjenestemottageren bidra til økt kunnskap om bruk av velferdsteknologiske løsninger, og dermed bidra til å forbedre tjenesten. Dersom tjenestemottageren samtykker til deltagelse i denne studien vil den bli kontaktet av

undertegnede for nærmere avtale om møtested og tidspunkt for gjennomføring av intervjuet. Intervjuet vil vare ca en time og dreie seg om tjenestemottagers erfaringer og opplevelser med elektronisk medisindispenser. Intervjuet vil bli tatt opp som lydopptak.

Inklusjonskriterier:

- Tjenestemottageren må være samtykkekompetent. Dette vil innebære at begynnende kognitiv svikt inkluderes så sant de er samtykkekompetente.
- Det er ønskelig med noen tjenestemottagere som har lenger erfaring ved bruk av elektronisk medisindispenser, samt noen som er i en innkjøringsfase.
- Aktuelle kandidater trenger ikke være diagnosespesifikk.
- Tjenestemottagere som bor alene eller sammen med ektefelle/samboer.

Ekklusjonskriterier:

- Fremskreden demens/kognitiv svikt.
- Tjenestemottagere uten samtykkekompetanse.

Hva skjer med informasjonen som samles inn?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være jeg (Torunn Schultz Skår) og min veileder som har tilgang til innsamlet materiale fra studien. Alle innsamlede data vil bli oppbevart i et låsbart rom og på ekstern lagring. Alle data vil bli anonymisert, det vil si at du som person ikke kan bli gjenkjent i det publiserte materialet i etterkant av studien. Prosjektet skal etter planen være ferdigstilt 28.02.19. Alle opplysninger blir anonymisert underveis i studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og tjenestemottageren kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom tjenestemottager ønsker å delta i studien signeres samtykkeerklæringen som en finner bakerst i informasjonsskrivet. Denne formidles videre til meg og jeg tar deretter kontakt med tjenestemottager for nærmere avtale. Har dere spørsmål om studien ta kontakt med Torunn Schultz Skår på telefon: 97569143 eller mail: torunn_schultz@hotmail.com.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS

Vedlegg 5 NSD-søknad



Hilde Thygesen

4306 SAN DN ES

Vår dato: 18.06.2018

Vår ref: 60766 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 14.05.2018 for prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 60766 | Velferdsteknologi og borgerens erfaring |
| Behandlingsansvarlig | VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Hilde Thygesen |
| Student | Torunn Schultz Skår |

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 28.02.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: T orunn Schultz Skår, torunn_schultz@hotmail.com

Vedlegg 6 NSD - endrings skjema

Endrings skjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekter som behandler personopplysninger

NB: Dette endrings skjemaet kan bare benyttes av prosjekter som skal avsluttes innen 31.12.2019. Se [våre nettsider](#) for veiledning dersom prosjektet har lengre varighet.

Endrings skjema sendes per e-post til: personvernombudet@nsd.no

| 1. PROSJEKT | |
|--|--------------------------|
| Navn på daglig ansvarlig: Hilde Thygesen | Prosjektnummer: 60766 |
| Evt. navn på student: Torunn Schultz Skår | |

| 2. BESKRIV ENDRING(ENE) | |
|--|---|
| Endring av daglig ansvarlig/veileder: | <i>Ved bytte av daglig ansvarlig må bekreftelse fra tidligere og ny daglig ansvarlig vedlegges. Dersom vedkommende har sluttet ved institusjonen, må bekreftelse fra representant på minimum instituttnivå vedlegges.</i> |
| Endring av dato for anonymisering av datamaterialet: 09.05.19 | <i>Ved forlengelse på mer enn ett år utover det deltakerne er informert om, skal det fortrinnsvis gis ny informasjon til deltakerne.</i> |
| Gis det ny informasjon til utvalget? Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input checked="" type="checkbox"/> Hvis nei, begrunn: Prosjektet blir forlenget med noen måneder, da jeg skal foreta noen flere intervjuer. De intervjuene som ble gjennomført høst 2018 er anonymisert. | |
| Endring av metode(r): | <i>Angi hvilke nye metoder som skal benyttes, f.eks. intervju, spørreskjema, observasjon, registerdata, osv.</i> |
| Endring av utvalg: | <i>Dersom det er snakk om små endringer i antall deltakere er endringsmelding som regel ikke nødvendig. Ta kontakt på telefon før du sender inn skjema dersom du er i tvil.</i> |
| Annet: Prosjekt slutt forlenges da det er hensiktsmessig å gjennomføre noen flere intervjuer. Jeg vil da ikke klare å bli ferdig til 28.02.19 som er den opprinnelige datoen for prosjekt slutt. | |

| 4. ANTALL VEDLEGG | |
|-------------------------|--|
| | <i>Legg ved eventuelle nye vedlegg (informasjonsskriv, intervjuguide, spørreskjema, tillatelser, og liknende.)</i> |
| 3. TILLEGGSOPPLYSNINGER | |
| | |
| | |

↶ Svar ↷ Svar alle → Videre-send 📁 Arkiver ⋮

SV: Endring av prosjekt 60766



Anne-Mette Somby <Anne-Mette.Somby@nsd.no>

09.02.2019 15.43



Til: Torunn Skår

Viser til endringsmelding.

Vi har forlenget prosjektperioden til 9.5.19.

Vennlig hilsen

Anne-Mette Somby
Spesialrådgiver
NSD Personverntjenester
[Nsd.no/personverntjenester](https://nsd.no/personverntjenester)

Fra: Torunn Skår [mailto:Torunn_schultz@hotmail.com]

Sendt: mandag 4. februar 2019 10:07

Til: personverntjenester@nsd.no

Emne: Endring av prosjekt 60766

Vedlagt er endringsskjema for endring av prosjektslutt.

Mvh Torunn Schultz Skår

Sendt fra [E-post](#) for Windows 10

Vedlegg 7 Coreq-sjekkliste

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

| Topic | Item No. | Guide Questions/Description | Reported on Page No. |
|--|----------|--|----------------------|
| Domain 1: Research team and reflexivity | | | |
| <i>Personal characteristics</i> | | | |
| Interviewer/facilitator | 1 | Which author/s conducted the interview or focus group? | Frontpage |
| Credentials | 2 | What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD | N/A |
| Occupation | 3 | What was their occupation at the time of the study? | N/A |
| Gender | 4 | Was the researcher male or female? | Frontpage |
| Experience and training | 5 | What experience or training did the researcher have? | Page 43 |
| <i>Relationship with participants</i> | | | |
| Relationship established | 6 | Was a relationship established prior to study commencement? | Page 46 |
| Participant knowledge of the interviewer | 7 | What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research | Page 46 |
| Interviewer characteristics | 8 | What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic | N/A |
| Domain 2: Study design | | | |
| <i>Theoretical framework</i> | | | |
| Methodological orientation and Theory | 9 | What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis | Page 43 |
| <i>Participant selection</i> | | | |
| Sampling | 10 | How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball | Page 44 |
| Method of approach | 11 | How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email | Page 44-46 |
| Sample size | 12 | How many participants were in the study? | Page 46 |
| Non-participation | 13 | How many people refused to participate or dropped out? Reasons? | N/A |
| <i>Setting</i> | | | |
| Setting of data collection | 14 | Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace | Page 47 |

| | | | |
|---------------------------------|----------|---|-----------------------------|
| Presence of nonparticipants | 15 | Was anyone else present besides the participants and researchers? | N/A |
| Description of sample | 16 | What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date | Page 46 |
| <i>Data collection</i> | | | |
| Interview guide | 17 | Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? | Page 44 |
| Repeat interviews | 18 | Were repeat inter views carried out? If yes, how many? | N/A |
| Audio/visual recording | 19 | Did the research use audio or visual recording to collect the data? | Page 46 |
| Field notes | 20 | Were field notes made during and/or after the inter view or focus group? | N/A |
| Duration | 21 | What was the duration of the inter views or focus group? | Page 46 |
| Data saturation | 22 | Was data saturation discussed? | N/A |
| Transcripts returned | 23 | Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? | N/A |
| Topic | Item No. | Guide Questions/Description | |
| | | | Reported on Page No. |
| Domain 3: analysis and findings | | | |
| <i>Data analysis</i> | | | |
| Number of data coders | 24 | How many data coders coded the data? | Page 48 |
| Description of the coding tree | 25 | Did authors provide a description of the coding tree? | N/A |
| Derivation of themes | 26 | Were themes identified in advance or derived from the data? | Page 48 |
| Software | 27 | What software, if applicable, was used to manage the data? | Page 46 |
| Participant checking | 28 | Did participants provide feedback on the findings? | N/A |
| <i>Reporting</i> | | | |
| Quotations presented | 29 | Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number | Page 56-61 |
| Data and findings consistent | 30 | Was there consistency between the data presented and the findings? | Page 63-76 |
| Clarity of major themes | 31 | Were major themes clearly presented in the findings? | Page 56-61 |
| Clarity of minor themes | 32 | Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? | N/A |

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

