



Helsepersonells erfaring med elektronisk medisindispenser i  
hjemmetjenesten

Emilie Lomeland

VID vitenskapelige høgskole

Sandnes

Masteroppgave

Master i medborgerskap og samhandling

Antall ord: 25716

07.05.2020

# Sammendrag

Denne studien omhandler erfaringer med elektroniske medisindispensere. Målet og ønsket med oppgaven er å belyse og utforske helsepersonellens erfaringer knyttet til bruk av elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten.

Problemstillingen for min studie er: **«Hvilke erfaringer har helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten?»**

For å få svar på problemstillingen er det benyttet kvalitativ undersøkelse i form av fokusgruppeintervju. Det er gjennomført to fokusgruppeintervju med til sammen fem helsepersonell fra samme kommune. Systematisk tekstkondensering er benyttet i analysen og tolkning av innsamlet datamateriale. Fire hovedtema ble identifisert: *tidlig innsats, nødvendig kunnskap, tett oppfølging og effektivisering.*

Resultater i studien knyttes til både positive og negative erfaringer ved den elektroniske medisindispenseren i hjemmetjenesten. Helsepersonellens erfaringer dannet et bilde som skisserer hva som kan være viktig å huske på ved implementering av velferdsteknologiske løsninger. Studien belyser blant annet viktigheten av å kartlegge brukernes behov, ha faste rutiner og god opplæring av helsepersonell for at de elektroniske medisindispenserne skal fungere i tjenesten. Studien belyser også hvordan dispenserne kan føre til effektivisering, samtidig som at tekniske utfordringer kan oppstå.

Nøkkelord: elektronisk medisindispenser, helsepersonellens erfaring, medisin håndtering og velferdsteknologi.

# Summary

This study is examining and treating the experiences health workers within the home service have with electronic medicine dispensers. The objective with this written task is to illustrate and examine the experiences these workers have attached to the use of electronic medicine dispensers in home service within the sector of health.

The problem to be addressed in this study is: «**Which experiences does health workers have with the use of electronic medicine dispensers in the home service?**»

To reach an answer to the addressed problem in this study, there has been used a qualitative approach of focus group interviews. Two focus group interviews have been completed together with five health workers from the same geographical area.

Systematic text-condensation has been used to analyse and has also been used in the interpretation of the gathered data material. Four main subjects were identified: *early effort, necessary knowledge, a tight follow-up and efficiency improvement.*

Results in the study can be attached to both positive and negative experiences with medicine-dispensers in the health homeworking sector. The experience of health workers has put together an image that has outlined what is important to keep in mind while implementing technological solutions for welfare and wellbeing. The study sheds a light on the importance to address the patients need, to have stable routines and to give health workers working with medicine-dispensers the needed education, so that the medicines-dispensers can work out and function as a positive factor for the patients. Furthermore, the study addresses how the dispensers can lead to efficiency within the health sector, but also how the same dispensers can offer some technological challenges.

Key words: electronical medicine-dispensers, health workers experience, handling of medicine and welfare-technology.

# Forord

Å skrive denne oppgaven har vært både utfordrende, en spennende og lærerik prosess. Oppgaven har gitt meg mulighet til å fordype meg i et tema som jeg synes er meget interessant, og som jeg ser på som aktuelt i dagens samfunn. Jeg har møtt på utfordringer underveis på veien, men har også lært utrolig mye og tilegnet meg ny kunnskap.

Takk til helsepersonellet som stilte opp og delte sine unike erfaringer og opplevelser med meg.

Takk til kommunen som var behjelpelige og hjalp meg med å komme i kontakt med informantene mine.

Takk til mine medstudenter for gode faglige refleksjoner og innspill.

Takk til mine nærmeste for all støtte og tålmodighet gjennom hele masterstudiet.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til veilederen min Hilde Thygesen for god veiledning, innspill, refleksjoner og gode faglige råd.

Sandnes, mai 2020

Emilie Lomeland

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b><i>Innledning</i></b> .....	<b>7</b>
1.1	Presentasjon av tema.....	7
1.2	Hensikt og problemstilling .....	10
1.3	Bakgrunn for valg av tema .....	11
1.3.1	Samfunnsmessig relevans .....	13
1.4	Oppgavens oppbygning.....	14
<b>2</b>	<b><i>Teori</i></b> .....	<b>15</b>
2.1	Occupational science .....	15
2.2	Occupational justice.....	16
2.3	Occupational deprivation.....	19
2.4	Self-efficacy og mestring .....	20
2.5	Politiske føringer.....	24
<b>3</b>	<b><i>Forskning</i></b> .....	<b>28</b>
<b>4</b>	<b><i>Metode</i></b> .....	<b>36</b>
4.1	Vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....	36
4.1.1	Fenomenologi.....	36
4.1.2	Hermeneutikk og forforståelse.....	37
4.2	Eget faglig ståsted .....	38
4.3	Valg av metode .....	40
4.4	Fokusgruppeintervju .....	41
4.5	Utvalg .....	42
4.5.1	Utvalgskriterier og rekruttering.....	42
4.6	Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervju .....	45
4.6.1	Utforming av intervjuguide .....	45
4.6.2	Gjennomføring av fokusgruppeintervju .....	45
4.7	Transkribering.....	46
4.8	Analyse – systematisk tekstkondensering .....	47
4.8.1	Et helhetsinntrykk.....	48
4.8.2	Meningsbærende enheter.....	48
4.8.3	Abstrahere innholdet i meningsbærende enheter .....	49
4.8.4	Betydningen i de meningsbærende enhetene .....	50
4.9	Forskningsetiske vurderinger .....	51
4.9.1	Informert samtykke .....	51
4.9.2	Konfidensialitet.....	53
4.9.3	Konsekvenser av deltagelse i forskningsprosjektet.....	53

<b>4.10</b>	<b>Reliabilitet, validitet og overførbarhet .....</b>	<b>54</b>
4.10.1	Reliabilitet .....	54
4.10.2	Validitet .....	55
4.10.3	Overførbarhet.....	55
<b>5</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>56</b>
<b>5.1</b>	<b>Tidlig innsats .....</b>	<b>56</b>
<b>5.2</b>	<b>Nødvendig kunnskap .....</b>	<b>60</b>
5.2.1	Opplæring av helsepersonell .....	60
5.2.2	Tekniske utfordringer .....	61
<b>5.3</b>	<b>Tett oppfølging .....</b>	<b>63</b>
5.3.1	Faste rutiner .....	64
<b>5.4</b>	<b>“De sier at ting blir enklere for våres del” .....</b>	<b>65</b>
<b>5.5</b>	<b>Oppsummering av resultater.....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>69</b>
6.1.2	Kartlegging av behov og trygghet.....	70
6.1.3	Opplæring av helsepersonell .....	73
6.1.4	Tekniske utfordringer .....	74
6.1.5	Tett oppfølging .....	76
6.1.6	Effektivisering .....	78
<b>7</b>	<b>Metodediskusjon.....</b>	<b>80</b>
<b>7.1</b>	<b>Intern validitet – troverdighet.....</b>	<b>80</b>
<b>7.2</b>	<b>Ekstern validitet - overførbarhet .....</b>	<b>83</b>
<b>8</b>	<b>Oppsummerende konklusjon .....</b>	<b>85</b>
<b>9</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>88</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>96</b>
	<b>Vedlegg 1 Intervjuguide.....</b>	<b>96</b>
	<b>Vedlegg 2 Informasjonsskriv.....</b>	<b>98</b>
	<b>Vedlegg 3 NSD søknad.....</b>	<b>102</b>

# 1 Innledning

Jeg vil nedenfor presentere hva mitt masterprosjekt innebærer og hvorfor dette er et samfunnsrelevant tema. Jeg vil også beskrive hva velferdsteknologi er, hva en elektronisk medisindispenser er, hvordan den brukes og hvilke to typer som blir relevante i denne besvarelsen. Problemstilling og forskningsspørsmål vil også bli presentert her. Min forforståelse i denne masteroppgaven er min bakgrunn som ergoterapeut og en ellers interesse for velferdsteknologifeltet. Velferdsteknologi kan bli et viktig verktøy i møte med fremtidens demografiske utfordringer.

## 1.1 Presentasjon av tema

Norge står ovenfor store demografiske endringer i årene framover (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 40; NOU 2011:11, s. 9). Samtidig som det vil bli en stor andel eldre med hjelpebehov, vil det også være en nedgang i antall personer i yrkesaktiv alder. Dette vil føre til en stor utfordring i personellsituasjonen i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 40). Det er tallet på de yngste eldre, altså 67 – 79 år som vil vokse i befolkningen og er den gruppen som særlig vil være en utfordring for hjemmetjenestetilbudet (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 40). Mennesker over 80 år vil holde seg stabilt, med unntak av aldersgruppen over 90 år. Den økningen som vil skje blant de aller eldste, vil stille krav til utbygging av heldøgns tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 40). Den generasjonen eldre som i framtiden vil være majoriteten har flere gode leveår og vil være en generasjon med ressurser som kan bidra til samfunnsutvikling (Ergoterapeutene, 2017, s. 10). Når det i framtiden vil være økning i antall eldre og et bemanningsnivå som ikke er bærekraftig, blir tjenestene tvunget til å komme med nye løsninger (Ergoterapeutene, 2017, s. 10).

De største endringene innen helse- og omsorgstjenester har de siste tiårene skjedd i hjemmetjenestene. Det er et resultat av at yngre brukere under 67 år har hatt en tredobling

og at kommunene har fått mer ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Både kvalitetsmessig og rutinemessig ligger det et stort potensial i en sterkere utbygging av hjemmetjenestene, da det fortsatt er et gap mellom det tjenestetilbudet som gis i institusjon og det som gis i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Hjemmetjenesten møter ofte brukere som er i en tidlig fase av sykdomsutvikling, og kan da bidra til at brukerne kan både leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Det er behov for å øke satsingen på hjemmetjenester og tidlig innsats, slik at en kan bidra til å utsette eller faktisk gjøre institusjonsopphold unødvendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7).

I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg blir velferdsteknologi definert som:

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 institusjoner. (NOU 2011:11, s. 99)

Velferdsteknologi deles ofte inn i fire kategorier (NOU 2011:11, s. 101). Vi har trygghets- og sikkerhetsteknologi som omfatter teknologier som har til hensikt å skape trygghet og mestring av egen helse (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). Innenfor denne kategorien finner en for eksempel GPS, trygghetsalarm og elektronisk medisindispenser (NOU 2011:11, s. 101). En annen kategori er kompensasjons- og velværeteknologi, som omfatter teknologier som skal bistå ved for eksempel hukommelsestap eller ved fysisk funksjonssvikt (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). Her finner en teknologier som for eksempel forflytningshjelpemidler (mobile løftere/heiser), ganghjelpemidler (robotassistanse, oppreisningshjelpemidler), klimakontroll som styrer lys og varme i hjemmet og igjen vil ulike medisindosetter/elektroniske



medisindispensere også komme under denne kategorien (NOU 2011:11, s. 102 – 104). Deretter har en teknologi for sosial kontakt som skal bidra til at mennesker med funksjonsnedsettelse skal komme i kontakt med andre, også helsevesenet (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). Dette kan gjøres ved bruk av videokommunikasjon som Skype, eller gjennom en såkalt «Giraffrobot» som er en kommunikasjonsrobot (NOU 2011:11, s. 104). Til slutt har vi teknologi for behandling og pleie. Disse teknologiene skal bidra til at mennesker bedre kan mestre egen helse (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). Eksempler på teknologier her er automatiske måleinstrumenter til for eksempel blodsukker og blodtrykk (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).

Det blir i disse tider implementert ulike velferdsteknologiske løsninger, som en del av en nasjonal satsing på velferdsteknologi i de kommunale tjenestene. De ulike velferdsteknologiske løsningene som på bakgrunn av anbefalingene fra helsedirektoratet ble prøvd ut er GPS, elektronisk medisindispenser og elektroniske dørlåser (Helsedirektoratet, 2015, s. 4 – 5). Implementering av elektronisk medisindispenser, i en kommunal tjenestekontekst, er fokus i denne studien. Hensikten med en elektronisk medisindispenser er å gi støtte til medisiner og gjøre tjenestemottaker mer selvhjulpne. Det er flere typer elektroniske medisindispensere på markedet, men jeg velger og presenterer de to typene som informantene i studien benytter.

Pilledispenseren er en automatisk medisindosett som varsler med både lyd og lys når medisinen skal tas. For å kunne få ut medisinen, må dosetten snus opp ned slik at medisinen faller ut. Pilledispenseren er en liten, rund boks som en fint kan ta med seg når en skal ut av huset. Den får ikke plass i lommen men den kan fint legges i en veske. Dersom brukeren ikke tar medisinen sin, eller at det skulle være noe feil med selve pilledispenseren, får hjemmesykepleien et varsel.

Multidosedispenseren er en dispenser som også varsler med lyd og lys når medisinen skal tas. Når det blir varslet om tid for medisin, må brukeren trykke på en lysende OK knapp på dispenseren, slik at posen med medisiner skal komme ut. Multidosedispenseren laget automatisk et lite snitt i siden på posen, slik at det skal være lettere å åpne den. Dersom medisinen ikke blir hentet ut, går det et varsel til hjemmesykepleien. Multidosedispenseren er en stor og tung boks som det ikke går an å ta med seg rundt forbi. Det som derimot er mulig, er at hjemmesykepleien kan stille inn slik at brukeren kan hente ut medisinen sin selv, før alarmen går dersom de skal ut på noen ærender eller skal på dagsenter.

Elektronisk medisindispenser kan forstås både som en kompensasjons- og velværeteknologi og en trygghets- og sikkerhetsteknologi. Den elektroniske medisindispenseren bidrar med påminnelse ved hukommelsestap, og et argument for å bruke elektronisk medisindispenser er nettopp at den skal gi tryggere medisin håndtering (Holbø, Das, Bøthun, Formanek & Halvorsen, 2019, s. 28). Elektronisk medisindispenser blir tildelt tjenestemottakere som har behov for hjelp til å håndtere administrering av legemiddel og som kan mestre egen medisinerings (Bergsagel, 2017). Et eksempel på hvordan en elektronisk medisindispenser kan fungere i praksis er at den blir etterfylt med medisiner av helsepersonell annenhver uke, og tjenestemottaker blir varslet daglig når medisinen skal tas (Bergsagel, 2017). Dersom medisinen ikke blir tatt som planlagt går det et varsel til hjemmetjenesten eller pårørende, og da kan de følge opp vedkommende (Bergsagel, 2017). En elektronisk medisindispenser gir for eksempel hjemmetjenesten mulighet til å sjekke om medisinerne er tatt som planlagt (Bergsagel, 2017).

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Mange kommuner satser på velferdsteknologi og implementerer elektronisk medisineringsstøtte som en del av de hjemmebaserte tjenestene som tilbys. Dette er en ny tjeneste som innebærer at medisin håndtering utføres på en annen måte en tidligere. Det overordnede formålet med dette prosjektet er å få kunnskap og innsikt i hvilke erfaringer

helsepersonell har med den nye tjenesten. Dette innebærer at jeg vil ha fokus på de faglige utfordringene knyttet til oppfølging av brukere, samt hva slags informasjon og opplæring de ansatte har fått i bruk av elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten. Som beskrevet i NOU 2011:11 vil det være nødvendig å gi god og oppdatert kunnskap og oppføring ved innføring av velferdsteknologiske løsninger (s. 72). Hensikten med min studie er å få mer kunnskap om disse nye tjenestene som involverer bruk av velferdsteknologiske løsninger, der jeg vil ha fokus på bruk av elektroniske medisindispensere og hvilke erfaringer de ansatte har med bruk av denne teknologiske løsningen.

### **Problemstilling**

Hvilke erfaringer har helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten?

### **Forskningsspørsmål**

Hvilke fordeler erfarer helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere?

Hvilke ulemper erfarer helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere?

Hva er de faglige utfordringene med oppfølging av elektronisk medisindispensere?

Hva slags informasjon og opplæring har de fått?

## **1.3 Bakgrunn for valg av tema**

Som det står skrevet i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, jfr. St. Meld. Nr. 25 Framtidas omsorgsutfordringer, står samfunnet ovenfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene (NOU 2011:11, s. 9). Disse utfordringene er knyttet til et økende antall eldre, nye brukergrupper og en knapphet på både helsepersonell og frivillige (NOU 2011:11, s. 9). I fagrapporten om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og

omsorgstjenestene, utarbeidet av helsedirektoratet (2012) påpeker de at hjelpebehovet til eldre kan oppstå senere i livet og ha en kortere varighet enn tidligere, selv om forekomsten av varige sykdommer vil øke (s. 25). De demografiske endringene i samfunnet og den forventende knappheten på helsepersonell er avhengig av ulike variabler. Disse variablene kan for eksempel være innvandring, hvordan de eldre bruker sine egne ressurser, forebyggende helsearbeid og effekten av dette, teknologibruk og nye behandlingsmåter (Helsedirektoratet, 2012, s. 25). Framskrivningene om at antall eldre vil øke 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, sett ut fra dagens kvalitet på tjenestene (Helsedirektoratet, 2012, s. 25).

De demografiske utviklingene stiller økte krav til kompetanse og kapasitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ikke bare vil det være behov for mer kompetanse blant helsepersonell, men det vil også være behov for en annen type kompetanse (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 14). Veksten i behov for tjenester skaper bærekraftutfordringer, og det er helt nødvendig å utnytte de samlede ressursene bedre (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 15). Utviklingen vil stille krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 14). For å skape bærekraft må vi samarbeide på nye måter med både organisasjoner, frivillige og pårørende, og siden det i fremtiden også vil være en knapphet på frivillige tjenesteytere, er det viktig at de samlede ressursene blir ivaretatt og benyttes på en bedre måte (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 15).

Velferdsteknologi kan være med å støtte helse- og omsorgspersonell i arbeidet deres (NOU 2011:11, s. 117). Mange helsepersonell i hjemmetjenesten kan oppleve jobben som belastende da de har ansvar for mange brukere, mange fysisk tunge arbeidsoppgaver og daglig stress. Når det i tillegg er forventet at tjenestebehovet vil øke og arbeidskraften vil reduseres, kan denne belastningen på hver enkel ansatt øke (NOU 2011:11, s. 117). Helsepersonell kan for eksempel bli avlastet med sensorer som varsler når det er behov for

assistanse, og på denne måten kan en redusere behovet for det rutinemessige tilsynet (NOU 2011:11, s. 117).

### **1.3.1 Samfunnsmessig relevans**

Det er knyttet store forventninger til velferdsteknologien, og resonnementet til politikktutforming er at om en kan delegere enkelte oppgaver til teknologien, vil tid og ressurser kunne frigjøres til andre oppgaver (NOU 2011:11). På denne måten vil velferdsteknologien bidra til økt effektivisering av velferdsområdet (NOU 2011:11). I dette ligger det en økt forventning om at tjenestene vil være mer effektive, som medfører at man som helsepersonell kan gi tjenester til flere brukere, med samme bruk av ressurser som tidligere (Thygesen, 2019, s. 35). I dette ligger det en forventning om at tjenestene skal bli billigere, altså en økt forventning om produktivitet. Dette betyr at man forventer mer omsorg per ressursenhet (Thygesen, 2019, s. 23). På bakgrunn av den demografiske utviklingen vil det være viktig at det legges til rette for at enkeltmennesker kan ta ansvar for egen helse (Helse- og omsorgsdepartement, 2017, s. 83). Det at befolkningen har god helse vil være til fordel for hele samfunnet. En må derfor gi den enkelte mulighet til å ha kontroll på sin egen helsesituasjon, i dette tilfellet ha kontroll på egen medisinerings (Helse- og omsorgsdepartement, 2017, s. 83). Bruk av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester åpner opp en mulighet på flere måter (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 109). Først og fremst gir det mennesker økt mulighet til å mestre eget liv og helse. For det andre så bidrar det til at flere kan bo hjemme lengre, til tross for nedsatt funksjonsevne. Det forventes at velferdsteknologi vil bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse, bedre kvaliteten på tjenestene og gi samfunnsøkonomiske gevinster (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 109). Ny teknologi innenfor omsorgsfeltet kan være med på å gi brukerne nye muligheter til å mestre egen hverdag som igjen kan bidra til å fremme selvstendighet og uavhengighet (NOU 2011:11, s. 11).

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 1 presenteres tema, oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål, hensikten og samfunnsmessig relevans. I kapittel 2 presenteres de sentrale teoretiske perspektivene knyttet til problemstillingen; occupational science, occupational justice, occupational deprivation, self-efficacy og mestring samt aktuelle politiske føringer på feltet. I kapittel 3 blir aktuell forskning på feltet presentert. Kapittel 4 vil jeg redegjør for studiens vitenskapelige utgangspunkt, den metodiske tilnærmingen, drøftinger og vurderinger knyttet til gjennomføring av undersøkelsen, analyse av det innsamlede datamaterialet og forskningsetiske vurderinger. I kapittel 5 blir studiens resultat presentert og i kapittel 6 blir resultatet drøftet opp mot relevant forskning, teoretiske perspektiver og politiske føringer. I kapittel 7 blir det redegjort for metodediskusjon og kapittel 8 inneholder en oppsummerende konklusjon.

## 2 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere relevant teori som støtter problemstillingen og de funnene som presenteres i senere kapitler, samt relevante politiske føringer. Teorien som en velger å benytte i et forskningsprosjekt kan beskrives som de brillene en har på seg som forsker (Malterud, 2017, s. 47). Teoriene som er valgt har som mål å gi en forståelse av relevant fagkunnskap, samtidig som det gir grunnlag for å diskutere problemstillingen «*Hvilke erfaringer har helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten*».

### 2.1 Occupational science

Occupational science, eller aktivitetsvitenskap, er en teoretisk referanseramme for å støtte og muliggjør deltakelse i meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet (Horghagen & Kristiansen, 2019, s. 39). Aktivitetsvitenskap ble definert av Yerxa, som «studiet av mennesket som et aktivt vesen med behov for og kapasitet til å engasjere seg og orkestre sine daglige aktiviteter i omgivelsene sine gjennom livet» (Molineux, 2014, s. 347). Et aspekt av definisjonen ovenfor er antydningen om at mennesker har et behov for å engasjere seg i daglige aktiviteter, så vell som de nødvendige kapasitetene for å gjøre det (Molineux, 2014, s. 347). Law et al. (1998) forteller at kjennetegn ved en aktivitet, som valg, kontroll og egen motivasjon, påvirker hvordan aktiviteten oppfattes av personen (Molineux, 2014, s. 349).

Aktivitetsvitenskap som fag har en sentral interesse for å forstå menneskelig aktivitet og forholdet mellom aktivitet og helse (Molineux, 2014, s. 354). Aktivitetsvitenskap studerer menneskelig deltakelse. For eksempel hvilke utfordringer eldre mennesker har med å delta i meningsfulle aktiviteter. Det er det enkelte mennesket som selv opplever omgivelsenes krav, og som fastsetter til hvilken grad det er nødvendig å mestre ulike ferdigheter for å kunne delta i aktiviteten (Bendixen, 2005, s. 20). Gjennom å delta i aktiviteter utvikler mennesker nye ferdigheter. Disse ferdighetene kommer godt med når en i fremtiden kan møte på

utfordringer. Aktivitet er en sentral drivkraft når det kommer til menneskelig utvikling (Mærsk & Wolters, 2019, s. 64). Disse ferdighetene kommer godt med når eldre opplever sykdom eller funksjonsnedsettelse. For mulighet til deltakelse i hverdagslige aktiviteter kan oppleves annerledes etter sykdom en funksjonsnedsettelse (Mærsk & Wolters, 2019, s. 61 – 62). Gjennom implementering av velferdsteknologiske løsninger, som elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten, kan helsepersonell bidra til å gjøre brukerne som mottar disse tjenestene, mer selvstendige i hverdagen.

Mærsk & Wolters (2019) beskriver fire typer kunnskap innenfor aktivitetsvitenskapelig forskning (s. 64);

Deskriptiv kunnskap inneholder grunnleggende kunnskap om menneskelig aktivitet. For eksempel hvordan ulike former for aktivitet oppleves og betydningen den kan ha (Mærsk & Wolters, 2019, s. 65).

Relasjonell kunnskap handler om hvordan aktivitet kan ha betydning for fenomener som sunnhet, livskvalitet og identitetsutvikling. Det å kunne utføre hverdagslige aktiviteter understøtter positive forventninger i fremtiden (Mærsk & Wolters, 2019, s. 65).

Prediktiv kunnskap har som formål å skape forutsigelse og kunne avdekke mønstre i menneskers aktivitetsadferd. Kunnskapstypen peker også på hvordan lengre tids balanse eller ubalanse i ulike aktivitetsformer kan få betydning for helse og sykdom (Mærsk & Wolters, 2019, s. 66).

Normativ kunnskap er relatert til hvordan kunnskap om aktiviteters terapeutiske potensiale og den viktighet for livskvalitet og utvikling (Mærsk & Wolters, 2019, s. 66).

## **2.2 Occupational justice**

Townsend og Wilcock utviklet teorien om rett til aktivitet og deltakelse, sammen på 90 tallet (Townsend & Wilcock, 2004, s. 244). Det var den grunnleggende ide om at mennesker er



aktive av natur som ble utgangspunktet til Wilcock da hun foreslo et aktivitetsperspektiv på rettferdighet (Townsend & Wilcock, 2004, s. 244; Bernhoft-Osa, Fjeldstad, Erichsen, Nes & Kötterheinrich, 2005, s. 24). Townsend på sin side foreslo at for å kunne oppnå rettferdighet i hverdagen måtte mennesker, gjennom aktivitet få muligheten til å ta kontroll over eget liv (Townsend & Wilcock, 2004, s. 244; Bernhoft-Osa et al., 2005, s. 24). Det var denne felles interesse for forholdet mellom aktivitet og rettferdighet som var utgangspunktet for samarbeidet om den utforskende teorien occupational justice (Townsend & Wilcock, 2004, s. 244).

I starten ble occupational justice sidestilt med social justice (Townsend & Wilcock, 2004, s. 244). Forskjellen på social justice og occupational justice er at det i social justice blir det sett på de sosiale betingelsene og relasjonene i livet, mens det i occupational justice blir sett på hva folk *gjør* i de disse sosiale betingelsene og relasjonene i livet (Townsend & Wilcock, 2004, s. 244). Social justice er et begrep som anerkjenner mennesker som sosiale vesener. Mennesker skal ha samme tilgang til muligheter og ressurser slik at en kan redusere gruppeforskjeller relatert til egenskaper som evne, kultur, sosial klasse og seksuell orientering (Townsend & Wilcock, 2004, s. 262). Occupational justice derimot, er et konsept hvor man veileder mennesker som *occupational beings* som trenger og ønsker å ta del i aktiviteter for å kunne utvikle seg og trives. Det handler om å erkjenne at det er menneskelige forskjeller, men at en må muliggjøre slik at alle får tilgang til muligheter og ressurser (Townsend & Wilcock, 2004, s. 262).

I tabellen nedenfor kan en se at ulike samfunnsforhold kan påvirke mulighetene for at en som individ kan delta i meningsfulle aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004, s. 250 – 253).

Underlying occupational determinants		Socially determined occupational forms		Possible outcomes of occupational injustices
<b>Type of economy:</b> Nomadic Agrarian Industrial Postindustrial Capitalist Socialist  <b>National/International Policies:</b> War or peace Materialism Capital growth Sustainable ecology Multinational support Community development  <b>Cultural values:</b> Social justice Work ethic Individualism Community Religious practices Gender	Occupational Justice  or  Injustice Leading to	<b>Opportunity/restrictions</b> Examples include: Corporate management Division of labor Dole/social services Education Employment 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)  <b>Dis-ease Individual/familial:</b> Anxiety stages Decreased fitness Depression Eating disorders Fatigue Immune system disorders Metabolic disturbance Sleep disturbance  <b>Dis-ease Family/community/ National/International:</b> Civic disturbance Ethics breakdown Social disintegration

Figur 1. (An exploratory theory of occupational justice: occupational determinants, forms, and outcome of occupational injustice. Av E. Townsend & A. Wilcock, 2004, occupational justice, s. 251, Introduction to occupation: The Art and Science of Living)

Det politiske styresettet, økonomi og de kulturelle faktorene påvirker og legger føringer for hva som blir verdsatt og prioritert i samfunnet (Townsend & Wilcock, 2004, s. 250 – 252). Disse prioriteringene som samfunnet foretar seg, vil føre både til begrensninger og muligheter for at borgere skal kunne delta i aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004, s. 250 – 252). Mangel på muligheter og rett til å delta i aktiviteter kan over tid oppleves som en konstant stressende situasjon, både for enkeltindivid, miljøet eller for selve samfunnet (Townsend & Wilcock, 2004, s. 250 – 252). Dersom borgerne opplever aktivitetsfrarøvelse (occupational deprivation), meningsløshet og ubalanse kan dette for eksempel føre til ekskludering fra samfunnet, angst, søvnproblematikk og andre psykiske lidelser (Townsend & Wilcock, 2004, s. 250 – 253).

Occupational justice handler om at alle mennesker skal ha like muligheter til å kunne velge å delta i aktiviteter som de finner meningsfulle (Bernhoft-Osa et al., 2005, s. 24). Som helsepersonell handler det om å gi brukerne økt forutsetning til å være selvstendige og mestre hverdagen. Det å innføre elektronisk medisindispenser, slik at brukeren ikke lenger trenger å sitte å vente på at hjemmesykepleien skal komme med medisinen, kan for brukerne opprettholde økt deltakelse og aktivitet i samfunnet. Grunnsynet omfatter ulike antakelser om mennesker og aktivitet. Antakelser om at mennesker er aktive av natur, at mennesker deltar i aktiviteter som selvstendige individer, at aktivitetsdeltakelse er bestemmende for helse og livskvalitet og at aktivitet er kontekstavhengig (Bernhoft-Osa et al., 2005, s. 24; Townsend & Wilcock, 2004, s. 253). Disse antakelsene er felles med ergoterapiens grunnsyn. Disse antakelsene er avhengig av hverandre og for å muliggjøre rett til aktivitet, altså occupational justice, bør fire prinsipper ligge til grunn (Bernhoft-Osa et al., 2005, s. 25). Det første prinsippet er *empowerment through occupation*, og handler om at mennesker gjennom deltakelse i aktivitet, får erfaringer og kunnskap som de kan bruke til å ta kontroll over eget liv (Townsend & Wilcock, 2004, s. 255 – 256). Det andre prinsippet er *inclusive classification of occupations*, og handler om at all aktivitet skal bli oppfattet som likeverdige (Townsend & Wilcock, 2004, s. 259). Det tredje prinsippet er *enablement of occupational potential*, og handler om å muliggjøre og tilrettelegge for at enkeltindivers potensial kan benyttes i ulike aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004, s. 259 – 261). Det siste prinsippet er *diversity, inclusion, and shared advantage in occupational participation*, og handler om et samfunn der alle blir inkludert, mangfoldet blant befolkningen blir verdsatt og alle har rett til aktivitet og deltakelse (Townsend & Wilcock, 2004, s. 261 – 262).

## 2.3 Occupational deprivation

Occupational deprivation eller aktivitetsfrarøvelse kan oppleves når en på en eller annen måte blir fratatt muligheten til å delta i en aktivitet på grunn av omgivelser og omstendigheter som er utenfor individets kontroll (Jacobsen, Legarth & Sønnichsen, 2013, s. 62). Sykdom i seg selv forårsaker ikke occupational deprivation, men oppstår når noe ytre for individet fører til frarøvelse (Whiteford, 2014, s. 283). Occupational deprivation er langvarig,

og oppstår på grunn av eksterne eller miljømessige faktorer som personer har liten eller ingen kontroll over (Whiteford, 2014, s. 283). Det blir nevnt fem barrierer i teorien om occupational deprivation, som kan bidra til aktivitetsfrarøvelse (Whiteford, 2014, s. 284). Disse fem er grafisk isolasjon, utilfredshet ved arbeidssituasjon, frihetsberøvelse, kjønnsroller og flyktningbølge (Whiteford, 2014, s. 284). Felles for disse fem barrierene er at de inneholder en aktivitetsbegrensning som ikke er i umiddelbar kontroll for det enkelte individ, gruppe eller samfunn (Whiteford, 2014, s. 284). Samtidig så må occupational deprivation alltid tolkes innenfor de historiske, kulturelle og sosiale miljøene og i den konteksten det oppstår i (Whiteford, 2014, s. 284). Den geografiske isolasjonen er av betydning for min studie. Dersom brukerne må sitte å vente på at hjemmesykepleien skal komme med medisinen deres, kan dette bidra til at brukerne ikke får delta i samfunnet på samme måte som tidligere, da det er ytre faktorer, som at hjemmesykepleien har mange andre brukere å gå innom til, og dermed kan det være at de ikke kommer og leverer medisinen på tiden. Teknologi kan på sin side muliggjøre occupation. Bruken og tilgjengeligheten av teknologi kan legge til rette for at alle mennesker kan delta i aktiviteter som for dem er meningsfulle. Teknologien kan da endre mulighetene for aktivitet og deltakelse (Whiteford, 2004, s. 237).

## 2.4 Self-efficacy og mestring

Banduras teori om self-efficacy eller mestringsforventning, er en av de mest innflytelsesrike teoriene innenfor kognitiv atferd (Wormnes & Manger, 2005, s. 102). Self-efficacy handler om hvordan de lærte forventningene fører til suksess, og hvordan troen har betydning for at vi effektivt kan utføre vellykket handlinger med dyktighet (Wormnes & Manger, 2005, s. 102; Freeley, 2014, s. 1229). Dess høyere mestringsforventning en har i en situasjon, jo bedre vil ferdighetene i den gitte situasjonen være. «Troen på egen evne til å mestre er det grunnleggende i self-efficacy» (Wormnes & Manger, 2005, s. 103). Bandura skiller mellom mestringsforventning og forventninger om resultatet av en gitt mestring, og dette skille må vi merke oss for å kunne skjønne Banduras teori (Wormnes & Manger, 2005, s. 103). Forskjellen på disse to er at resultatforventning handler om «en persons vurdering og

beregning av hvordan en gitt atferd vil føre til bestemte resultater» (Wormnes & Manger, 2005, s. 103), mens mestringsforventning er «overbevisningen om at vi kompetent og vellykket kan utføre atferden som kreves for å skape resultater» (Wormnes & Manger, 2005, s. 103). Dette skille mellom mestringsforventning og forventninger om resultat er viktig. Eksempel på hvordan en kan forstå disse to former for forventning; Eldre kan tro på at gitte handlinger kan føre til bestemte resultater, da har de høy resultatforventning. Dersom de eldre tviler på egne evner til å utføre den gitte handlingen, har de lav mestringsforventning. Eldre mennesker kan på en annen side ha stor tro på egen evne til å utføre den bestemte handlingen, som da betyr at de har høy mestringsforventning. Samtidig kan de og ha liten tro på at den bestemte handlingen gir forventet resultat, som betyr at en har lav resultatforventning. Eksemplene ovenfor forklarer godt at det er motivasjonsforskjeller mellom individer (Wormnes & Manger, 2005, s. 103).

Ved å ha kombinasjonen høy mestringsforventning og høy resultatforventning, gir en optimal motivasjon for selve aktiviteten som skal utføres. Aktiviteten kan da oppfattes som meningsfull og tilfredsstillende (Mostad, Skjelbred, Bråten & Bonsaksen, 2013, s. 32). Men det er ikke alle eldre som har denne optimale kombinasjonen av høy mestringsforventning og høy resultatforventning. Da er det viktig, i forhold til min problemstilling, at helsepersonellet, gjennom kunnskap om brukerens mestringstro, finner ut sammen med bruker hvordan de forestiller seg å kunne mestre bruk av elektronisk medisindispenser (Espnes & Smedslund, 2017, s. 130). På denne måten kan helsepersonellet legge til rette for at brukerne opplever mestring og opplever aktiviteten eller oppgaven som meningsfull. Banduras mestringsforventningsteori viser at når en har troen på at man kan mestre en oppgave, så påvirker det en rekke sentrale psykologiske områder. Den virker inn på emosjoner, kognitiv bearbeiding, motivasjon og gjennom valgprosesser. Har man tro på at man kan mestre, vil man også prøve hardere og holde på lengre med å prøve dersom man møter motstand (Wormnes & Manger, 2005, s. 119; Espenes & Smedslund, 2017, s. 130).

Mestring handler om et individs evne til å håndtere en aktuell stressende situasjon (Espnes & Smedslund, 2017, s. 119). Som menneske har en ønske og et mål for hva en vil oppnå (Espnes & Smedslund, 2017, s. 132). Helsepersonell som benytter elektroniske medisindispensere i helse- og omsorgstjenestene, kan kanskje kunne oppleve utfordringer. Dette kan være utfordringer knyttet til hvordan den fungerer, ved feil, ved alarm eller ved innføring. Når utfordringer eller feil oppstår, har man et ønske om å kunne klare å håndtere utfordringen eller rette opp i feilen. Det er et menneskelig behov for å ville mestre noe (Wormnes & Manger, 2005, s. 19). Det er viktig for alle mennesker å kunne mestre hverdagslivet (Espnes & Smedslund, 2017, s. 132). Mestring er å håndtere praktiske forhold og relasjoner til andre (Jepsen & Larsen, 2013, s. 119). Dette kan innebære en persons mentale strategier, handlingsreportoar samt evnen til å mobilisere støtte fra sine omgivelser (Jepsen & Larsen, 2013, s. 119). Økt mestring kan gi mindre stress og økt stress, med få ressurser, kan gi mindre mestring (Espnes & Smedslund, 2017, s. 119 og s. 135). Dersom helsepersonellet ikke har så mye kompetanse om hvordan de elektroniske medisindispenserne fungerer, kan dette føre til stress dersom uforutsette ting skulle oppstå. Espnes og Smedslund (2017) viser til Lazarus og Folkman sin teori om stress og mestring (Espnes & Smedslund, 2017, s. 117). Hvordan en vurderer hendelser eller situasjoner på kan deles inn i tre stadier; primærvurdering, sekundærvurdering og tertiærvurdering (Espnes & Smedslund, 2017, s. 117). *Primærvurdering* handler om at når helsepersonellet møter på en hendelse eller en situasjon, vurderer de dette i lys av hvilken betydning det vil ha på ens helse og velvære. Er situasjonen eller hendelsen positiv, vil det ha en positiv påvirkning på livskvalitet og velvære, men dersom hendelsen oppleves som negativ, kan hendelsen oppleves som stressende, fordi en ser på hendelsen om utfordrende, skadelig eller truende (Espnes & Smedslund, 2017, s. 117). Hvilke følelser en opplever vil ifølge Lazarus være knyttet til vurderingene av stressorene. En skade kan produsere følelser som sinne, skuffelse og tristhet. En trussel kan skape bekymringer, frykt eller angst og en hendelse som vurderes som utfordrende kan få frem følelser som opphisselse eller forventninger (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). Det neste stadiet, *sekundærvurdering*, handler om hvordan helsepersonellet evner å hanske med eller mestre skaden, trusselen eller utfordringen som oppstår. Det handler om å se hvilke muligheter en har til å mestre det som oppstår (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). I *tertiærvurderingen* vurderer man den situasjonen man er oppe

i og vurderingen er skiftende til enhver tid etterhvert som ny kunnskap blir tilgjengelig (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). En vil hele tiden revurdere den kunnskapen en sitter på og benytte denne sammen med ny kunnskap som oppstår (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). I Lazarus sin modell om stress og mestring, trekker han også frem sårbarhet som et viktig begrep (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). Dersom en person i en situasjon mangler ressurser som vurderes som personlig viktig, kan denne personen føle seg sårbar (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). Sårbarhet kan øke sjansen for at person kan oppleve stress. Men dersom man har flere ressurser, dess mindre sårbar er man (Espnes & Smedslund, 2017, s. 119). Resurser beskriver potensialet en person har til å klare seg godt gjennom en situasjon, og mestring beskriver personens evne til å hanske med den aktuelle stressende situasjonen (Espnes & Smedslund, 2017, s. 119).

Vi har alle behov for kompetanse, autonomi og tilhørighet (Manger & Wormnes, 2015, s. 174). Helsepersonells behov for kompetanse er den opplevelsen de får av å mestre omgivelsene, søken etter utfordringer og en gradvis følelse av å håndtere disse utfordringene. Deres samhandling og interaksjon med omgivelsene er nødvendig for å få en bekreftelse på dette (Manger & Wormnes, 2015, s. 176). Ny oppgaver må til enhver tid være tilpasset hvert enkelt helsepersonells nåværende og eksisterende kompetansenivået. Ferdighetene må være innenfor en vanskelighetsgrad som kan forsterke den opplevelsen av at det faktisk er mulig for dem å kunne utføre den utfordringen eller oppgaven de står overfor (Manger & Wormnes, 2015, s. 176). Autonomibehovet handler om individets egne ønsker. Gjennom autonomi kan helsepersonellet oppnå større frihet og selvregulering (Manger & Wormnes, 2015, s. 178). Kunnskap om autonomi har ofte vært brukt til å forstå helserelatert atferd (Manger & Wormnes, 2015, s. 180). Behovet for tilhørighet handler om å kunne samhandle med andre mennesker, ha en emosjonell tilknytning med noen og ha et ønske om å vise omsorg og kjærlighet ovenfor andre (Manger & Wormnes, 2015, s. 181). Vi trenger alle å føle oss kompetente i samhandling med andre og vi har behov for autonomi i livet og tilhørighet med andre mennesker (Manger & Wormnes, 2015, s. 184).

## 2.5 Politiske føringer

Sentrale politikutformingsdokumenter vil bli benyttet som teori for å belyse studiens problemstilling. Det er en stor statlig satsning på velferdsteknologi i de kommunale tjenestene i Norge. Jeg kommer til å trekke inn relevante policydokumenter som NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, St. Meld. Nr. 29 Morgendagens omsorg, Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013 – 2030, St. Meld. Nr. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og Omsorg 2020.

### **NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg**

NOU 2011:11 har tatt utgangspunkt i de demografiske utfordringene og trekker frem fem hovedutfordringer som vil kunne oppstå som omsorgsutfordringer i fremtiden. To av hovedutfordringene handler om at det blir flere nye yngre brukergrupper og flere eldre med hjelpebehov. De tre andre hovedutfordringene handler om at det blir knapphet på frivillige, omsorgsytere og helsepersonell, manglende samhandling og medisinsk oppfølging og mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov (NOU 2011:11, s. 14). Ved at det kan bli mangel på helsepersonell og andre tjenesteytere, vil det derfor være avgjørende for hvordan de kommunale helsetjenestene tar tak i disse utfordringene (NOU 2011:11, s. 14). Når en skal innføre velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren så medfører dette en del endringer både for ansatte, brukere og pårørende. Det vil i tillegg innebære ressursmessige endringer. Teknologien skal ikke erstatte menneskene, men være en nødvendig støtte og supplement for å opprettholde kvaliteten på tjenestene (NOU 2011:11, s. 115). Ifølge NOU 2011:11 burde teknologi tas i bruk for å imøtekomme den demografiske utfordringen, og det vises til en dansk analyse som sier at 20% av oppgavene i omsorgstjenestene kan helt eller delvis løses ved implementering av teknologi (s. 98).

### **St. Meld. Nr. 29 Morgendagens omsorg**

Denne meldingen skal gi brukerne av helse- og omsorgstjenester nye muligheter til å klare seg selv i hverdagen, uavhengig av sykdom eller funksjonsnedsettelse (Helse- og



omsorgsdepartement, 2012, s. 11). Meldingen skal samtidig gi grunnlag for å utvikle det daglige arbeidet (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 11). Det vil være behov for annen type kompetanse og nye måter å organisere tjenestene på, da omsorgstjenestene skal skape et tjenestetilbud sammen med brukerne, de skal samhandle med pårørende og ta i bruk velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 23). For å kunne utnytte samfunnets samlede ressurser bedre, er aktivitet, deltakelse og mestring helt sentrale elementer. Det er viktig å fremme brukernes medborgeransvar og den enkeltes mulighet, og dens ressurser til å påvirke egen helse og eget liv (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 49). For den enkelte vil det være bra om tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdom og/eller funksjonstap unngås, utsettes eller reduseres. Tidlig innsats kan gi brukerne helsegevinst, og kommunene en økonomisk gevinst ved redusert behov for flere tjenester senere i livet (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 104).

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

Fagrapporten ble utarbeidet på bakgrunn av forslagene i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» om å lage en Teknoplan 2015 (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Planen skal muliggjøre at velferdsteknologiske løsninger blir tatt i bruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og at mennesker får mulighet til å mestre eget liv (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Det skal satses på innovasjon og velferdsteknologi som er til fordel for brukere og helsepersonell. Brukere skal gis mulighet til å leve selvstendige liv og mestre hverdagen selv (Helsedirektoratet, 2012, s. 18). På en annen side handler velferdsteknologifeltet om å imøtekomme de demografiske utfordringene samfunnet står ovenfor i årene som kommer (Helsedirektoratet, 2012, s. 21).

## **St. Meld. Nr. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet**

De kommunale helse- og omsorgstjenestene blir i årene fremover viktige for å møte fremtidens utfordringer og befolkningens behov for helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 9). Denne veksten i behov kommer til å skape utfordringer,

og det vil samtidig være vanskeligere å rekruttere nok helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 15). Det vil i fremtiden være nødvendig å benytte personalressursene annerledes, og samarbeide på nye måter med frivillige, pårørende og andre ideelle organisasjoner (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 15). I denne meldingen tar regjeringen stilling til hvordan tjenestetilbudet bør utvikles slik at en kan møte disse nevnte utfordringene som samfunnet i årene fremover vil stå ovenfor samt befolkningens behov for gode og stabile tjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 9 og s. 19). Det er viktig at de kommunale tjenestene har tilstrekkelig kapasitet, slik at de kan forebygge og avklare problemer før de blir for store (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 19). Helse- og omsorgstjenestene skal, i samråd med brukerne, ta beslutninger, være opptatt av deres behov og ønsker og bidra til mestring ved å gi god opplæring og oppfølging (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 19). Ved å implementere velferdsteknologi i hjemmet kan en gi brukerne nye muligheter til deltakelse og mestring (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 46). Det er samtidig viktig at helsepersonellet opplever at den velferdsteknologiske løsningen de benytter, er trygg og sikker i bruk (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 86).

## **Omsorg 2020**

Regjeringen har laget Omsorg 2020 som en plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020 (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 5). Målet med å lage en slik plan for omsorgsfeltet er å sikre bedre kompetanse og styrke kvaliteten på tjenestene som gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). Tiltakene skal sikre god kvalitet på tjenestene, at brukerne får større innflytelse på egen hverdag og økt valgmulighet og mangfold av tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). Regjeringen fremmer også tiltak for å forbedre medisinsk oppfølging i tjenesteleddene som blant annet hjemmetjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 5). Det fremheves fem hovedsatsningsområder i Omsorg 2020, i møte med fremtidens omsorgsutfordringer:

1. Sammen med bruker, pasient og pårørende skal helse- og omsorgstjenestene utvikles. Dette innebærer at brukerne, gjennom mer valgfrihet og valgmuligheter, skal få større innflytelse på egen hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6).

2. For å sikre at vi i fremtiden har en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste er det behov for høyere og endret kompetanse, nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 6). Omstilling i tjenestene skal vektlegge blant annet tidlig innsats, forebygging, rehabilitering, mestring, veiledning av pårørende og frivillige og innføring av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 6).

3. Omsorgsboliger og sykehjem skal utformes slik at de oppfyller fremtidens brukeres behov (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 6). Regjeringen satser mye på utbygging av nye og modernisering av gamle omsorgsboliger og sykehjem, fordi fremtidens omsorgsbehov vil kreve et mangfold av boformer (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 6). En vil møte på brukere i alle aldre, der noen er inne en kort tid til rehabilitering, andre skal tilbringe sine siste dager der mens noen skal leve et langt liv der (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 6).

4. Som en følge av de demografiske framskrivingene, har de største endringene og veksten i helse- og omsorgstjenestene skjedd i hjemmesykepleien. Dette på grunn at ansvarsfordeling og oppgavefordeling har blitt overført til kommunene, fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 7). Det ligger et stort potensial, både kvalitetsmessig og ressursmessig i å bygge en sterkere hjemmetjeneste. Hjemmetjenesten møter ofte brukere og pårørende tidlig i sykdomsutviklingen, og kan dermed bidra til at brukerne kan leve og bo selvstendig i eget hjem, og ha en aktiv og meningsfull hverdag, også i fellesskap med andre (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 7).

5. Det vil i fremtiden være behov for å utforme nye løsninger og mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser, for å få til gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 7). Dette innebærer blant annet å ta i bruk ny og gammel teknologi, ta i bruk nye faglige metoder og støtte lokale innovasjonsarbeid (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 7).

### 3 Forskning

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for relevant forskning på feltet. I søkene etter litteratur har jeg anvendt databasene Idunn, EBSCO, Academic Search Elite, sociINDEX fulltext, Cinahl fulltext, Google Scholar og Helsebiblioteket. I tillegg til søk i databaser, gikk jeg gjennom litteraturlistene til de relevante artiklene, der jeg har funnet ulike forskningsartikler som også er relevante for studien min, og som derfor har blitt inkludert nedenfor. I søk etter litteratur var det varierende treff på søkeordene jeg benyttet. Ordene jeg har benyttet i søkene mine, både enkeltvis og sammensatt med hverandre er: elektronisk medisindispenser, elektronisk medisineringsstøtte, electronic medicine dispenser, electronic medical dispenser, medication support, digital medicine dispenser, (automated) multi-dose drug dispensing, helsepersonell, health professionals og health personnel, helsepersonells erfaringer, healthcare professionals experiences, home healthcare professionals experiences, welfare technology or assistive technology og telecare. Fordelt på de benyttede databasene ble det 31411 antall treff. Først gikk jeg gjennom overskriften på artiklene for å få en oversikt over hva de handlet om. Her var det mange som kunne lukes bort da de omhandlet noe annet en helsepersonells erfaringer. De artiklene som virket relevante, ble lagt til side, og deretter ble abstractet lest. Virket fremdeles forskningsartikkelen relevant, ble hele teksten lest nøye.

De demografiske utfordringene samfunnet vil stå ovenfor de kommende årene er bakgrunnen for noen av de utvalgte artiklene. De fleste artiklene omhandler erfaringer med medisindispensere, både helsepersonells erfaringer og brukernes erfaringer. Andre artikler som blir presentert omhandler helsepersonells og brukeres erfaringer med andre velferdsteknologiske løsninger, som kan overføres til min problemstilling. Artiklene omhandler også utfordringer ved implementering og om teknologi kan støtte opp om mestring og selvstendighet. Nedenfor vil jeg presentere et sammendrag av de åtte forskningene jeg har sett nærmere på. Disse forskningsartiklene er valgt ut da de er relevante for oppgavens problemstilling.

## **Views of patients and professionals about electronic multicompartiment medication devices: a qualitative study**

Dette er en kvalitativ studie som handler om hvilke synspunkter pasienter og helsepersonell har med elektroniske medisindispensere i helse- og omsorgstjenesten. Det ble gjennomført fokusgruppeintervju av 20 fastleger/ sykepleiere og fem ledere i helse- og sosialomsorgen. Helsepersonellet i denne studien fortalte om negative opplevelser ved bruk av elektronisk medisindispenser for personer med alvorlig grad av hukommelsestap eller langt kommende demens (Hall, Bond, Kinnear & McKinstry, 2016, s. 1). Helsepersonellet mente at de som mest sannsynlig hadde en fordel av den elektroniske medisindispenseren var pasienter med mild grad av hukommelsestap (Hall et al., 2016, s. 4). Helsepersonellet i studien mente at en elektronisk medisindispenser ville være til fordel for de menneskene som bor alene, samtidig som den støtter til selvstendighet (Hall et al., 2016, s. 6). Men de som bor alene er ofte avhengig av å ha familie rundt som både har kapasitet og evne til å påta seg det ansvaret som følger med det å ha en elektronisk medisindispenser (Hall et al., 2016, s. 8). Noe av ansvaret som følger med er å være mottaker for en eventuell alarm. I forskningen uttrykker helsepersonell at dette ofte vil bli familiens ansvar (Hall et al., 2016, s. 7). For at implementering av elektronisk medisindispenser skal være vellykket, må det være detaljplanlegging med alle aktuelle parter om hvem som har ansvar for hva og programmering og vedlikehold av enheten må avtales. Uten at slike avtaler er på plass, er vellykket implementering usannsynlig (Hall et al., 2016, s. 8).

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

Denne studien ser på hvordan helsepersonell opplever implementering av en digital medisindispenser og hvordan dette påvirker relasjonen til pasientene (Nakrem, Solbjør, Pettersen & Kleiven, 2018, s. 1). Dette er en kvalitativ studie som involverer semistrukturerte gruppe- og individuelle intervjuer med 21 helsepersonell fra hjemmetjenesten (Nakrem et al., 2018, s. 4). I studien kom det frem tre hovedtematikker. Den første var at nasjonalt og lokalt press for å øke effektiviteten var en hoveddriver for å implementere elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Dette resulterte i dårligere relasjon mellom

helsepersonellet og pasientene fordi de mistenkte at kommunene forsøkte å redusere kostnadene ved å redusere og digitalisere tjenestene (Nakrem et al., 2018, s. 1). For det andre ble det fra helsepersonellet rapportert om et skifte mot empowerment for pasientene (Nakrem et al., 2018, s. 1). Empowerment til pasienter som verdsetter å klare seg selv ble gitt gjennom teknologien. Mens det for andre var trygghet som var det viktigste (Nakrem et al., 2018, s. 1). Helsepersonellet måtte sikre at pasientene opplevde trygghet og forbedret omsorg når omsorgsoppgaver ble erstattet med teknologi (Nakrem et al., 2018, s. 1). For det tredje avhenger sikkerheten og kvaliteten av den digitale tjenesten fremdeles overvåkning og kontrollmekanismer som skal kompensere for ansikt til ansikt interaksjon (Nakrem et al., 2018, s. 1). For å få til en vellykket implementering av elektroniske medisindispensere i omsorgstjenestene, kreves det gode forhold mellom pasient og helsepersonell (Nakrem et al., 2018, s. 5). Helsepersonellet må også vurdere pasientenes behov og preferanser nøye, samt justere og tilpasse introduksjonen av teleteknologi til disse behovene og preferansene (Nakrem et al., 2018, s. 8). Hjemmesykepleien er i tillegg mer kostnadseffektivt enn døgn- og langtidsopphold på institusjoner, hovedsakelig fordi hjemmesykepleien kan dra nytte av brukerens pårørende. Derfor bør det arbeides for å oppnå målet om at flere blir eldre i eget hjem. Til slutt kommer det frem i studien at teknologi bør tenkes som et supplement til, ikke en erstatning for, ansikt-til-ansikt kontakt (Nakrem et al., 2018, s. 8). Teknologier som elektronisk medisindispenser kan forbedre effektiviteten til helsetjenester og forbedre pasientenes uavhengighet. Når en introduserer teknologi, som elektronisk medisindispenser, må helsepersonellet vurdere fordelene og mulige ulemper ved teknologien nøye (Nakrem et al., 2018, s. 1).

### **Multidosetjeneste for hjemmeboende – brukernes erfaringer og behov for nye løsninger**

Dette er en kvalitativ studie der det er gjennomført semistrukturerte dybdeintervju, kombinert med observasjoner hjemme hos 16 tjenestemottakere i hjemmetjenestene i to norske kommuner (Holbø, Das, Bøthun, Formanek & Halvorsen, 2019, s. 20)

Denne studien ser på hvilke erfaringer og utfordringer tjenestemottaker har i forbindelse med multidosetjeneste til hjemmeboende (Holbø et al., 2019, s. 20). Bedre pasientsikkerhet gjennom økt kvalitet på legemiddelhåndteringen har lenge vært et politisk mål (Holbø et al.,

2019, s. 21). For å ytterligere øke kvaliteten og effektivisere ressursbruk ble elektronisk medisindispenser anbefalt innført i kommunens ordinære tjenestetilbud i 2015 (Holbø et al., 2019, s. 21). Det viktigste formålet med multidose er å øke sannsynligheten for at personer som bruker flere ulike legemidler får riktige legemidler til riktig tid (Holbø et al., 2019, s. 22). Det blir likevel belyst i denne studien at det er delte erfaringer hvorvidt multidose bidrar til bedring eller reduksjon på tjenesten som levers (Holbø et al., 2019). Intensjonen med multidose er å bidra til enklere og sikrere medisinerings. Sett fra hjemmesykepleiens perspektiv er multidose tidsbesparende og bidrar til å redusere feil ved dosering (Holbø et al., 2019, s. 28). Flere av utfordringene som er avdekket i studien, løses dermed ikke kun ved hjelp av en elektronisk medisindispenser, og dette kan indikere at det er behov for å tenke nytt rundt multidose (Holbø et al., 2019, s. 29). I studien blir det foreslått noen tiltak som kan redusere utfordringene knyttet til praktiske utfordringer og manglende informasjon om legemidler (Holbø et al., 2019, s. 29). Hjemmesykepleien bør ha prosedyrer for å bli bedre kjent med multidosebrukerens behov og rutiner enn det som er i praksis i dag. Resultatet av kartleggingen kan være at brukere kan ha nytte av tilrettelagt informasjon om hvordan legemidlene skal tas, veiledning i hvordan posene lettest kan åpnes, gode råd for sikker og praktisk oppbevaring, hjelp til å lage påminnelser på telefon eller klokke eller endret doseringstidspunkt slik at medisineringsrutinen blir bedre tilpasset deres daglige rutiner. Dersom disse tiltakene ikke er tilstrekkelige fordi de for eksempel trenger redusert tilgang til legemidler, kan også en elektronisk medisindispenser være et alternativ. Et slikt kartleggingsverktøy med tilhørende individtilpasset anbefalinger er under utvikling i prosjektet (Holbø et al., 2019, s. 29). Hjemmesykepleie vil fremdeles være nødvendig for enkelte brukere, men en løsning som den som skisseres over, kan være billigere for samfunnet og bedre egnet for brukere som lever et aktivt liv og er funksjonsfriske nok til å håndtere legemidler ved hjelp av enklere hjelpemidler (Holbø et al., 2019, s. 30).

### **Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi?**

Bakgrunnen for denne studien er at befolkningsframskrivingene viser en sterk økning i antall eldre over 80 år, samt at det vil komme krevende omsorgsutfordringer knyttet til nye brukergrupper og knapphet på helsepersonell i yrkesaktiv alder (Isaksen, Paulsen, Skarli, Stokke & Melby, 2017, s. 117). Frykten for at helse- og omsorgstjenestene vil få færre

hjelpende hender og begrensede ressurser i er en av grunnene til at det satses på velferdsteknologi (Isaksen et al., 2017, s. 117-118). Studien ser på hvilke erfaringer som er gjort ved utprøving av mobile trygghetsalarmer og elektroniske medisindispensere for hjemmeboende. Studien ble utført i to kommuner som deltok i Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (DNV) med fellesprosjektet «Trygg Hjemme» (Isaksen et al., 2017, s. 117). Det var en kvalitativ studie som omhandlet individuelle intervjuer med brukere og fem fokusgruppeintervjuer med ansatte i de respektive kommunene (Isaksen et al., 2017, s. 118). Resultat i studien viser at mange brukere beskrev at de følte seg tryggere på grunn av teknologien og noen koblet også denne følelsen av trygghet opp mot økt mobilitet (Isaksen et al., 2017, s. 120). Det å kunne stole på teknologien er en forutsetning for økt trygghet (Isaksen et al., 2017, s. 120). Resultater viser at brukerne beskrev at teknologien ga dem økt selvstendighet med en elektronisk medisindispenser. De trenger ikke lenger å sitte å vente på at helsepersonellet skal komme med medisinen da de har kontroll på den selv (Isaksen et al., 2017, s. 121). Resultatene av studien, sett fra de ansattes perspektiv er at teknologien kan være til nytte i den forstand at helsepersonellet unngår å forstyrre brukerens privatliv, eller så kan teknologien gjør at brukeren oppnår å kunne gjøre ting han/hun ellers ikke ville være i stand til å gjøre (Isaksen et al., 2017, s. 122).

### **Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste**

Denne studien har som formål å undersøke hva ledere og helsepersonell opplever som viktig når det gjelder trygg og sikker bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmebaserte tjenester (Johannessen, Holm & Storm, 2019, s. 71). Bakgrunnen for studien er at det i de kommende årene er forventet at samfunnet vil stå ovenfor utfordringer knyttet til å møte innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester (Johannessen et al., 2019, s. 71). For å imøtekomme disse utfordringene, sikre god kvalitet på tjenestene og legge til rette for at eldre som bor hjemme kan mestre hverdagen selv, må en forenkle og forbedre de kommunale helsetjenestene (Johannessen et al., 2019, s. 71). Denne studien har et kvalitativt forskningsdesign med fokusgruppeintervju. Det ble intervjuet 20 personer, både ledere og ulike typer helsepersonell fra ulike kommunale helse- og omsorgstjenester (Johannessen et al., 2019, s. 73). Helsepersonellet i studien erfarer at nødvendig informasjon og opplæring er



sentralt og viktig både for dem og for brukerne (Johannessen et al., 2019, s. 75), og at mangel på opplæring kan være en barriere for implementering av velferdsteknologiske løsninger (Johannessen et al., 2019, s. 80). For at den velferdsteknologiske løsningen skal fungere optimalt, er det nødvendig å ha faste og gode rutiner, tilgjengelige leverandører og roller og ansvar må tidlig avklares og fordeles (Johannessen et al., 2019, s. 77 – 78). Bruk av velferdsteknologiske løsninger kan medføre feilbruk, at den ikke fungerer slik den skal, mangelfull opplæring, manglende oppfølging, og dette er faktorer som påvirker pasientsikkerheten negativt. For å kunne legge til rette for trygg bruk av velferdsteknologiske løsninger, må helse- og omsorgstjenesten se på arbeidssystemet som en samhandlende enhet (Johannessen et al., 2019, s. 81). Resultatene viser også at helsepersonell har en viktig forebyggende rolle gjennom å følge opp og undervise i teknologibruk (Johannessen et al., 2019, s. 81). Det er nødvendig å sette av nok tid og ressurser på nødvendig opplæring og sikre god oppfølging av teknologien ute hos brukerne (Johannessen et al., 2019, s. 82).

## **Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens**

Denne studien ser på hvilke erfaringer medarbeidere i hjemmetjenesten har til å muliggjøre at personer med kognitiv svikt/demens kan bo lenger hjemme ved bruk av velferdsteknologiske løsninger (Holthe, Lund & Landmark, 2017, s. 234). Hensikten var å undersøke hvorvidt teknologiske løsninger kunne støtte opp om mestring og selvstendighet og trygge omgivelsene slik at personer med kognitiv svikt/demens kunne bo hjemme, med hjemmetjenester (Holthe et al., 2017, s. 234). Denne artikkelen er basert på et pilotprosjekt fra Drammen kommune, hvor de utførte en case-studie der de fulgte opp fem hjemmeboende tjenestemottakere, der alle hadde en form for kognitiv svikt eller var i en tidlig fase av demens, i inntil 12 måneder. Forskerne intervjuet brukerne på regelmessige hjemmebesøk, forskerne foreslo og implementerte velferdsteknologiske løsninger og fulgte opp med å evaluere bruk og nytte av disse (Holthe et al., 2017, s. 235). Det ble prøvd ut 29 velferdsteknologiske løsninger i løpet av pilotprosjektet. Dette var løsninger knyttet til både trygghetsskapende-, mestrings-, helse- og velværeteknologier (Holthe et al., 2017, s. 236).

Målet for kommunene er å kunne inkludere velferdsteknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Dette vil medføre nye oppgaver og ansvar og det vil kreve nye måter å samarbeide på (Holthe et al., 2017, s. 235). En forutsetning for at velferdsteknologi skal kunne bli en forsvarlig tjeneste, er at den oppleves som meningsfull for brukerne og at en som helsepersonell har kunnskap om teknologiens (Holthe et al., 2017, s. 235). I denne studien blir resultatene presentert under tre temaer. Disse temaene er holdninger til velferdsteknologi, erfaringer med velferdsteknologi og krav til å drifte velferdsteknologi som en del av hjemmetjenesten (Holthe et al., 2017, s. 237). Temaet om holdninger handler om at alle eldre må ta ansvar for eget liv og helse. Det å greie seg selv så lenge som mulig er en seier og ikke et tap (Holthe et al., 2017, s. 237). Det andre temaet, erfarte deltakerne at de fikk bredere erfaring med velferdsteknologiske løsninger etter endt prosjekt (Holthe et al., 2017, s. 238). Det siste temaet i denne studien handler blant annet om viktigheten av å tilrettelegge etter brukerens behov og ønsker (Holthe et al., 2017, s. 239).

### **Multidosepakkelegemidler i Skandinavia – en systematisk oversikt over muligheter og begrensninger**

Denne artikkelen har som formål å oppsummere og identifisere vitenskapelige artikler som omhandler multidosepakkelegemidler i Skandinavia fra 2000 til 2011 (Halvorsen & Granås, 2012, s. 22). Inkludert i denne oversikten er 18 artikler. Av de 18 var 13 kvantitative, tre kvalitative, en semi-kvantitativ og en kasuistikk (Halvorsen & Granås, 2012, s. 23). 11 artikler i studien omhandlet legemiddelbruk hos eldre over 65 år. 8 studier omhandler legemiddelbruk og hjemmeboende pasienter, tre studier omhandlet sykehuspasienter mens to undersøkte sykehjemspasienter. De resterende studiene handler om pasienter eller helsepersonell i ulike settinger (Halvorsen & Granås, 2012, s. 23 – 24). Det var blandende erfaringer om hvorvidt multidosepakkelegemidler løste problemer ved feilmedisinering, forbedret legemiddelhåndteringen og uoverensstemmelser i legemiddellister (Halvorsen & Granås, 2012, s. 24). Summert var hovedbudskapet i denne studien at det er sprikende erfaringen angående innføring og bruk av multidosepakkelegemidler (Halvorsen & Granås, 2012, s. 24 – 26). Det har samtidig vært en del negative ringvirkninger som større mangel på samsvar i legemiddellistene og lavere kvalitet på legemiddelbehandlingen hos multidosemottakere og flere medisineringsfeil (Halvorsen & Granås, 2012, s. 22 og s. 26).

Ansvars- og arbeidsforholdene må avklares, slik at alle parter vet vem som er ansvarlig. For eksempel må det avklares hvem som skal gjøre endringer ved forskriving av ny medisin (Halvorsen & Granås, 2012, s. 22). En direkte samhandling mellom leger og multidoseleverandør kan bidra til å optimalisere kvaliteten ved forskriving av legemidler (Halvorsen & Granås, 2012, s. 22). Innføring av multidosepakkelegemidler skulle bidra til å forebygge feilmedisinering. Ved å innføre gode systemer og rutiner skal en kunne oppdage og korrigere feilen før legemidlet blir gitt ut til bruker (Halvorsen & Granås, 2012, s. 22). I denne artikkelen belyses det at det ikke finnes noe vitenskapelig dokumentasjon som underbygger om multidose er samfunnsøkonomisk lønnsomt, med mindre det blir tilbudt til de rette brukerne (Halvorsen & Granås, 2012, s. 26). Denne artikkelen er relevant å bruke i min oppgave da den ser på multidosepakkelegemidler og hvilke utfordringer, bekymringer og erfaringer som ligger i å implementere velferdsteknologiske løsninger som multidosepakkelegemidler i helse- og omsorgstjenestene (Halvorsen & Granås, 2012).

## 4 Metode

I dette kapittelet presenteres kvalitativ metode og fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming som vitenskapsteoretisk ståsted og hvordan dette påvirker de metodevalgene jeg har foretatt. Videre vil jeg presentere fokusgruppeintervju, utvalg og utvalgsriterier, forberedelser og gjennomføring av intervjuene og eget faglig ståsted. Deretter vil jeg presentere transkribering og analyseprosessen og til slutt blir de forskningsetiske vurderingene og de metodiske overveielser presentert.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Det empiriske i denne studien er basert på de erfaringene helsepersonell har ved bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Studien har en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming der meningen skapes gjennom tolkning. Fenomenologien retter fokuset mot den subjektive opplevelsen med enkeltmenneskers erfaringer (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016, s. 78; Malterud, 2017, s. 28). Innen fenomenologien studerer en fenomenet slik subjektene opplever og erfarer den (Thagaard, 2018; Thomassen, 2016). Hermeneutikken retter fokus mot hvordan en fortolker de meningsbærende enhetene (Thomassen, 2016). Betydningen for fortolkning trengs alltid for å kunne forstå det som skjer mellom mennesker og verden rundt oss (Thomassen, 2016).

#### 4.1.1 Fenomenologi

Begrepet fenomenologi betyr læren om fenomenene, og er både en filosofi og en kvalitativ metodisk tilnærming (Johannessen et al., 2016, s. 78). Innen fenomenologi er oppmerksomheten rettet mot slik informantene opplever og erfarer verden, det er deres levde livsverden vi ønsker å forstå (Thomassen, 2006, s. 83). En er i fenomenologien opptatt av den subjektive opplevelsen, og Husserl påpeker at det er de menneskelige erfaringene som kjennetegner en direkte opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener

(Thomassen, 2006, s. 83). Det er informantenes livsverden som er selve grunnlaget for vitenskapelig kunnskap (Thomassen, 2006, s. 84). Innen fenomenologi er *mening* et nøkkelord. Jeg som forsker har som formål å forstå meningen med et fenomen sett gjennom informantenes øyne (Johannessen et al., 2016, s. 78). Det handler om å få økt forståelse av og innsikt i andres livsverden. Vi må derfor forstå mennesket, fordi det er mennesket som konstituerer virkeligheten (Johannessen et al., 2016, s. 79). Det å ha en fenomenologisk tilnærming betyr å utforske og beskrive mennesker og dets erfaringer med og en forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2016, s. 78).

Jeg benytter en fenomenologisk tilnærming for å få en forståelse av helsepersonells livsverden og deres erfaringer og opplevelser ved bruka av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Fenomenologi er relevant da formålet er å få tak i ulike forståelser og erfaringer av et fenomen. Det er den subjektive erfaringen og opplevelsen av livsverden hos helsepersonellet som danner de meningsbærende enhetene i datamaterialet mitt.

#### **4.1.2 Hermeneutikk og forforståelse**

Hermeneutikk handler om å tolke eller fortolke (Thomassen, 2006, s. 157; Lindseth & Norberg, 2004). En skal fortolke meningsfulle fenomener, og for at et fenomen skal være meningsfullt må det uttrykke mening eller ha en betydning (Dalland, 2012, s. 58). Forståelsen av en tekst skjer gjennom en fortolkningsprosess der en stadig veksler mellom forståelsen av deler av teksten og forståelsen av teksten som helhet. Ofte kan en ha en vag og intuitiv forståelse av teksten som helhet først, deretter tolkes tekstens forskjellige deler, og ut fra dette er delene igjen relatert til helheten. Denne prosessen kalles en hermeneutisk sirkel. Den hermeneutiske sirkelen gir mulighet for en kontinuerlig utdypet forståelse av mening og pågår til man opplever å forstå teksten som sammenhengende (Kvale, 1983, s. 185 – 186). Ifølge Thomassen (2016) ser Gadamer på fordommer eller forforståelse som noe positivt, noe som vi mennesker har med oss og som er en viktig del av menneskelig kultur og historie (s. 87). Som Gadamer ville sagt: «historien tilhører oss ikke, det er vi som tilhører den» (Thomassen, 2016, s. 87).

Erfaring innebærer strukturering og bruk av sanseinntrykk. I denne aktive prosessen har vi mennesker alltid noen antagelser om hva vi skal se etter og forventninger til hva vi vil finne. Forutsetningene som styrer vår oppmerksomhet og strukturere det vi ser kalles «forventningshorisont» (Thomassen, 2016, s. 79). Det vi kan se og erfare fra eget ståsted kalles «forståelseshorisont». Denne horisonten er i stadig forandring, da den endres og utvides når vi beveger oss (Thomassen, 2016, s. 87). Det er i møte med det ukjente at menneskers forståelse kan endres og en kan få ny kunnskap (Thomassen, 2016, s. 87).

I denne studien ønsker jeg å få frem helsepersonellens erfaringer, og de forutsetningene de baserer sine fortolkninger på. Det er helsepersonellens forutsetninger som er med på å danne grunnlaget for de erfaringene som kommer frem i studien. Det er min forforståelse og fortolkning som ligger til grunn for presentasjon av helsepersonellens uttalelser under intervjuprosessen.

## 4.2 Eget faglig ståsted

«Alle mennesker møter verden med en forforståelse, med kunnskap og oppfatninger om virkeligheten, som vi, svært ofte ubevisst, bruker til å tolke det som skjer rundt oss» (Johannessen et al., 2016, s. 34). For å forstå virkeligheten er en slik forforståelse helt nødvendig (Johannessen et al., 2016, s. 34). Forforståelsen er ofte en viktig motivasjonskilde for å i det hele tatt sette i gang med forskning (Malterud, 2017, s. 45). Min forforståelse vil kunne påvirke hva jeg observerer og hvordan jeg vektlegger og tolker disse observasjonene (Johannessen et al., 2016, s. 35). Ifølge Krogh (2014) mener Gadamer at all forståelse forutsetter en annen forutgående forståelse, noe han kaller for fordom (s. 49). Gadamer beskriver fordom som et positivt begrep og at dette handler om å «rehabiliterer fordommer», altså tilbakeføre dets positive betydning (Krogh, 2014, s. 49). Gadamer ser ikke på fordommer som en hindring, men heller som en positiv forutsetning for forståelse (Krogh, 2014, s. 50). Gadamer mener at forståelsen av en tekst er preget av forforståelsen og fordommer hos leseren/forskeren. En slik forståelse vil kunne påvirke hvordan jeg som leser

forstår og opplever meg selv i den historiske situasjonen. Det handler om en prosess, en sirkelbevegelse, der jeg bedømmer mine fordommer og korrigerer disse fordommene som hindrer forståelsen min (Krogh, 2014). Ifølge Krogh (2014) så mener både Heidegger og Gadamer at mine fordommer og min forståelse danner en helhet (s. 54). Mennesket har mange forutsetninger, og det er dermed mulig å etterprøve bestemte deler av teksten, ikke helheten, på en kritisk måte. Gadamer kaller dette for *horisont*, og påstår at forståelseshorisonten ikke er statisk, men dynamisk, og at den derfor kan endre seg (Krogh, 2014, s. 54).

Velferdsteknologi vekket tidlig min nysgjerrighet og interesse da jeg begynte på masterstudiet. Motivasjonen til å sette i gang med forskning knyttet til velferdsteknologi henger nok tett sammen med min forforståelse. Man kan gjerne si at forforståelsen min er den bagasjen jeg har med meg før jeg startet på dette forskningsprosjektet. Bagasjen kan være basert på egne erfaringer, oppfatninger eller forskningsbasert kunnskap (Malterud, 2017, s. 45; Johannessen et al., 2016, s. 35). Forforståelsen kan både være en styrke og en svakhet i et forskningsprosjekt. Det er viktig at jeg som forsker er oppmerksom på den bagasjen jeg bærer med meg, i møte med informantene (Malterud, 2017, s. 44 – 45). Jeg har valgt å forske på «erfaringer» og ikke «utfordringer» eller «muligheter», for å utvide min forståelseshorisont. Min forståelseshorisont var i en kontinuerlig dynamisk bevegelse, noe som har forsterket min nysgjerrighet og vilje til å forske nettopp på velferdsteknologi.

Min forforståelse har bakgrunn i at jeg er utdannet ergoterapeut. Som ergoterapeut har jeg en grunnleggende forståelse av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. I ergoterapien er utgangspunktet at mennesker er skapt for å være i aktivitet. Det handler også om personenes deltakelse og inkludering i samfunnet. Gjennom masterprogrammet har velferdsteknologi meldt seg som et interesseområde. Jeg har tilegnet meg kunnskap om medborgerskap og samhandling, og har i tillegg tatt en videreutdanning i velferdsteknologi. Ethvert menneske skal ha rett til å være inkludert i samfunnet, og ha like muligheter for deltakelse som alle andre. For å få tak i erfaringer knyttet til bruk av elektroniske

medisindispensere, valgte jeg og intervjuet helsepersonell i hjemmesykepleien. Kunnskapen om grunnleggende velferdsteknologi har jeg sett på som en fordel både i forbindelse med utforming av intervjuguiden og ved gjennomføring av intervjuene. Ved å ta i bruk fokusgruppeintervju, la jeg til rette for god samhandling og gruppedynamikk. Semistrukturert intervju hjalp meg til å moderere selve intervjuforløpet, og informantene fikk mulighet til å svare utfyllende, også med konkrete hendelser.

### 4.3 Valg av metode

Begrepet metode betyr å følge en bestemt vei til mål (Johannessen et al., 2016, s. 25). Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan jeg som forsker skal gå frem for å skaffe informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan denne informasjonen analyseres og hva den forteller meg om forhold og prosesser i samfunnet (Johannessen et al., 2016, s. 25). Valg av metode avgjøres av hvordan jeg som forsker har formulert problemstillingen. Inneholder den spørsmål som *hva, når, hvor eller hvordan* er kvalitativ metode den som vil passe best (Johannessen et al., 2016, s. 95 – 96).

Formålet med denne studien er å belyse helsepersonells erfaringer med bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Jeg ønsker å studere de subjektive erfaringene og forståelsene hos de kommunale tjenesteyterne, knyttet til bruk av elektronisk medisindispenser. Kvalitativ metode egner seg godt til min studie da jeg ønsker å få et dypere innblikk i erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger som helsepersonell har rundt fenomenet (Malterud, 2017, s. 31). I kvalitativ metode er en ikke så opptatt av å se årsakssammenhenger, men en er mer opptatt av å forstå hvordan et fenomen oppfattes, beskrives og hvilke relasjoner som oppstår (Johannessen et al., 2016, s. 95).

Erfaringer og oppfatninger kommer best frem når informantene kan være med å bestemme hva som skal tas opp i selvet intervjuet (Johannessen et al., 2016, s. 145). Dersom jeg skal



kunne oppnå dette, må jeg ha en intervjuguide med åpne spørsmål. Ved å stille åpne spørsmål gir en informantene mulighet til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer fra ulike situasjoner (Johannessen et al., 2016, s. 145 – 148). Jeg har valgt å bruke semistrukturert intervju, da jeg som forsker kan stille åpne spørsmål og det er i mindre grad fare for at jeg som forsker kan påvirke svarene som informanten gir (Malterud, 2017).

Problemstilling er det spørsmålet som denne studien skal gi svar på (Johannessen et al., 2016, s. 54). Det er viktig å formulere en presis og god problemstilling tidlig i forskningsprosjektet fordi det er den som styrer valg av metode, utvalgsstrategier, rekruttering av informanter, utarbeidelse av intervjuguide, datainnsamling, analyse av data, fortolkning og rapportering (Johannessen et al., 2016, s. 54). Denne studien har en åpen problemstilling og representerer dermed en mulighet for å innhente ny kunnskap om bruk av elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten.

Formålet med studien er å få tak i informantens erfaringer, opplevelser og tanker rundt fenomenet, og fokusgruppeintervju bidrar til å innhente data som belyser dette, derfor mener jeg at fokusgruppeintervju egner seg godt i denne studien (Halkier 2016, s. 10; Malterud, 2017, s. 31; Johannessen et al., 2016, s. 145 – 148).

## **4.4 Fokusgruppeintervju**

I denne studien ble fokusgruppeintervju benyttet for å samle inn datamateriale. Jeg ønsket å få frem flere synspunkter og erfaringer i et miljø der ulike faggrupper var representert. For å oppnå denne bredden og variasjonen, er fokusgruppeintervju som metode å foretrekke fremfor individuelle intervju. Datamaterialet ble produsert gjennom gruppeinteraksjon som omhandlet et emne som jeg som forsker har bestemt (Halkier, 2016, s. 10). I følge Halkier (2016) rommer fokusgrupper en mulighet for at deltakerne, i en interaksjon med hverandre uttrykker taus og tatt for gitt kunnskap (s. 10). Fokusgrupper egner seg godt til å samle

meninger og produsere data (Halkier, 2016, s. 10; Krueger & Casey, 2015, s. 2). I denne studien blir det belyst hvilke erfaringer helsepersonell har med bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Det var i begge intervjuene noen som sa mer enn andre, men i det store og hele var det rom for alle å ta del i diskusjonene om fenomenet.

En fokusgruppe består som regel av 5 til 8 personer, men det kan også variere fra 4 til 12. Gruppen bør være liten nok til at alle deltakere har mulighet til å dele sine erfaringer, samtidig må den være stor nok til å få frem ulike perspektiver (Krueger & Casey, 2015, s. 6). Jeg har gjennomført gruppeintervjuer som er inspirert av fokusgruppeteknikk, fordi jeg ikke har oppfylt det formelle kravet som går på antall deltakere (Malterud, 2017, s. 139). På den ene siden krever fokusgruppeintervju mindre ressursinnsats enn om jeg skulle ha intervjuet alle deltakerne individuelt. På den annen side gir det en annen type kunnskap med bruk av fokusgruppe, fordi konteksten er forskjellig fra individuelle intervju (Malterud, 2017, s. 140). I denne studien ønsket jeg å få mange ulike synspunkter og erfaringer knyttet til bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten, og fokusgruppeintervju ble da ansett som egnet for innsamling av datamateriale.

## **4.5 Utvalg**

### **4.5.1 Utvalgskriterier og rekruttering**

I samfunnsforskning er det viktig at en som forsker velger hvem som skal være med i undersøkelsen. I kvalitative studier er en opptatt av å innhente informanter som er relevante og interessante ut fra formålet med studien (Johannessen et al., 2016, s. 112). I kvalitative undersøkelser er det et klart mål og tilfeldig trekking av informanter er lite egnet. Kvalitative studier kjennetegnes ofte med færre deltakere, og da er det særlig viktig at informantene som innhentes kan gi rikelig med informasjon om fenomenet som studeres (Thagaard, 2018, s. 54). Strategisk utvelgelse av informanter er kilde til data om det fenomenet som ønskes å

utforskes. Utvalgets informasjonsstyrke henger sammen med studiens problemstilling. Hvor mange informanter en har behov for bestemmes av informasjonsstyrken i utvalget (Malterud, 2017, s. 63). At informantene formidler variert og rikelig med informasjon om fenomenet, kan være en av flere faktorer for at studien har høy informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 63).

Aktuelle informanter i denne studien er helsepersonell som til daglig jobber i en avdeling i hjemmetjenesten der det benyttes elektronisk medisindispenser. Det er ulike soner i hjemmetjenesten og jeg har intervjuet helsepersonell som tilhører en av de sonene. Datainnsamlingen ble gjennomført i form av to fokusgruppeintervjuer, med henholdsvis tre og to deltakere fra samme kommune. Et kriterium for å delta i denne studien var at informantene skulle ha erfaring med bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Informantene ble inkludert uavhengig av alder, kjønn, utdanning og lengde på arbeidserfaring, da variasjon blant informantene kan bidra til ulike oppfatninger om det fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2016, s. 113).

Jeg startet med å ta kontakt med velferdsteknologiansvarlig i den valgte kommunen for å forhøre meg om de hadde noen pågående prosjekter. Jeg sto da på veldig bar bakke uten å vite hvor veien ville gå. Jeg ble der anbefalt å ta kontakt med hjemmetjenesten i kommunen, da de hadde noen pågående prosjekter innen velferdsteknologi, som kunne være aktuelle for meg. Jeg kom deretter i kontakt med prosjektansvarlig i hjemmetjenesten som fortalte om de ulike prosjektene kommunen var i gang med innen velferdsteknologi. Det var ikke alle prosjektene som hadde kommet like godt i gang og som derfor ikke ble aktuelle. Men jeg fattet interesse i prosjektet de hadde angående elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten og vi hadde en fin dialog rundt dette prosjektet.

Prosjektleder satte meg i kontakt med en avdelingsleder i hjemmetjenesten for mer informasjon og prosessen videre. Det ble sendt e-post der prosjektet ble beskrevet gjennom et informasjonsskriv (vedlegg 2). Informasjonsskrivet beskrev hva studien min gikk ut på,

prosessen rundt, at det var frivillig å delta samt inneholdt en samtykkeerklæring. Det eneste inkluderingskriteriet for å delta i studien var at deltakerne hadde erfaring med bruk av elektronisk medisindispenser. Avdelingsleder i hjemmetjenesten sa seg villig til å innhente informanter for meg da det ikke var så mange utenom i hennes sone som hadde erfaring med elektronisk medisindispenser, og siden hun kjente til hvem som hadde mest erfaring med bruk av de elektroniske medisindispenserne. Jeg fikk tilsendt kontaktinformasjonen til seks informanter og tok direkte kontakt med dem for avtaling av tidspunkt og sted for gjennomføring av intervju. Da jeg tok kontakt med informantene for avtale om tidspunkt og sted for intervju, sendte jeg igjen med informasjonsskrivet i tilfelle avdelingsleder ikke hadde viderefremmet dette ved første kontakt. Fem av seks informanter sa seg villige til å bli intervjuet.

### **Fremstilling av informantene**

Informantene har fått fiktive navn for å ivareta anonymiseringen. Ved å gi dem fiktive navn vil gjennomlesingen av masteroppgaven bli lettere for leseren. Alle informantene er i en alder mellom 20 – 50 år, og de har alle ett års erfaring med bruk av elektroniske medisindispensere.

Trine Lise	Helsefagarbeider
Mariann	Helsefagarbeider
Tine	Sykepleier
Anne Karin	Sykepleier
Tirill	Spesialsykepleier

## **4.6 Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervju**

### **4.6.1 Utforming av intervjuguide**

Med utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 1). Jeg har benyttet en såkalt semistrukturert intervjuguide. Fordelen med denne typen intervjuguide er at jeg som forsker har mulighet til å tilføye data og at spørsmålene, temaene og rekkefølgen kan variere og jeg kan bevege meg fram og tilbake (Johannessen et al., 2016, s. 145 – 148). Jeg har på denne måten mulighet til å endre rekkefølgen på spørsmålene alt etter hva informantene forteller, slik at det blir mest mulig hensiktsmessig og bedre flyt i intervjuet. Når jeg stiller åpne spørsmål, har informantene mulighet til å fortelle med egne ord. Spørsmålene jeg stiller er ment å oppmuntre informantene til en god dialog med utdypende informasjon om fenomenet (Johannessen et al., 2016, s. 145 – 150). Utarbeidelse av en intervjuguide er en krevende prosess og innebærer god planlegging slik at alle sentrale temaer i studien blir representert og at vi kan være fleksible ovenfor informantenes utsagn (Thagaard, 2018, s. 95). Hovedspørsmålene blir stilt for å få tak i informantenes erfaringer og synspunkter, mens oppfølgingsspørsmålene stilles for å få tak i enda mer konkrete og detaljerte beskrivelser knyttet til fenomenet (Thagaard, 2018, s. 95). Intervjuguiden ble laget på bakgrunn av tidligere forskning.

### **4.6.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju**

Det kvalitative forskningsintervju egner seg når vi ønsker å studere erfaringer, meninger og holdninger, og kan karakteriseres som en samtale med både en struktur og et formål (Johannessen et al., 2016, s. 145). Gjennom et intervju ansikt til ansikt, har vi mennesker mulighet til å forstå hverandre, kommentere og svare på hverandres spørsmål og handlinger, beskrive hva vi føler, tenker og mener og sist men ikke minst kunne observere hverandres kroppsspråk (Johannessen et al., 2016, s. 145 – 148).

Det første intervjuet ble gjennomført innen to uker og det andre innen tre uker etter formidlet kontakt, og ble utført på et egnet rom der hjemmetjenesten holder til. Denne måten ble valgt slik at deltakerne skulle slippe å bruke mye ekstra tid på å forflytte seg i distriktet og for å minimere tiden det ville ta å utføre et intervju, da begge fokusgruppeintervjuene ble utført i arbeidstiden deres. Begge fokusgruppeintervjuene startet med en gjennomgang av informasjonsskrivet slik at informantene fikk god informasjon om problemstillingen i forskningsprosjektet, samt samtykkeerklæringen. Videre informerte jeg om at samtalen ble tatt opp på båndopptaker og at dette ble slettet ved endt studie, samt muligheten for å trekke seg. Det ble i tillegg opplyst om at opptakene og kontaktinformasjonen deres her ved samtykkeerklæringen oppbevares i et låst arkivskap i eget hjem og alt innhold anonymiseres slik at det ikke er mulig å finne ut hvem som har deltatt i studien. For å ufarliggjøre intervjusituasjonen og for å etablere en dialog startet jeg forsiktig med å be deltakerne presentere seg selv med profesjon, stillingsstørrelse, arbeidserfaring osv. Hovedspørsmålene ble ofte supplert med oppfølgingsspørsmål. Jeg observerte underveis i intervjuet at informantene hadde god kjennskap til hverandre og var trygge i situasjonen. Informantene ble med tiden mer ivrige og motiverte til å dele sine erfaringer.

## **4.7 Transkribering**

Jeg valgte å transkribere lydopptakene fra talespråk til skriftlig tekst for å få en nærhet til datamaterialet mitt. Det kan være komplisert å transkribere grunnet de forskjellene det er mellom talespråk og skriftspråk. Det er mange vurderinger og beslutninger som må tas underveis (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104). Formålet med å transkribere er å fange opp samtalen i en slik form at en best mulig kan formidle det som deltakerne ville meddele (Malterud, 2017, s. 78). Transkriberingen bør starte så rask som mulig etter fokusgruppeintervjuet, slik at deltakernes erfaringer og meninger blir formidlet og oppfattet så likt som mulig som under selve datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 77). Det første intervjuet transkriberte jeg samme dag som det ble gjennomført. Dette medførte at jeg husket en del av informantenes kroppsspråk og samspillet dem imellom. Jeg valgte å notere

stikkord som beskrev stemningsleie og kroppsspråket til informantene i parentes. Transkriberingen skal mest mulig lojalt ivareta deltakernes erfaringer og meninger slik de opprinnelig ble formidlet og oppfattet under selve datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 77). Etter endt transkribering hørte jeg gjennom intervjuet samtidig som jeg leste det som var blitt notert, mange ganger, for å se at jeg hadde fått med meg alt. Jeg skrev ned ordrett det som ble sagt på lydopptaket med både pauser, «mhm», «ehm» og «mm». Etter jeg var ferdig å transkribere, skrev jeg materialet fra talespråk og om til skriftspråk. Jeg valgte å skrive på bokmål for å ivareta anonymiteten av informantene. Transkribering av intervju nummer to ble utført på samme måte som ved intervju nummer en.

## **4.8 Analyse – systematisk tekstkondensering**

Jeg har valgt å benytte meg av Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering, forkortet med STC. (s. 97). Malteruds systematiske tekstkondensering er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode (Malterud, 2017, s. 115).

I fenomenologien er en opptatt av å analysere meningsinnholdet i datamaterialet og forstå meningen i enkeltpersoners erfaringer (Johannessen et al., 2016, s. 171). Felles for fenomenologi og STC er at egne erfaringer og egen forforståelse skal settes til side, og at det som undersøkes skal beskrives så nøyaktig som mulig (Malterud, 2017, s. 116). Denne metoden skal hjelpe meg å gjennomføre analyseprosessen på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2017, s. 97). Analysen er induktiv og gjentakende med sikte på å utvikle kunnskap om deltakernes erfaringer med bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten (Malterud, 2017, s. 98). Systematisk tekstkondensering inneholder fire trinn; 1. Et helhetsinntrykk, 2. identifisere meningsbærende enheter, 3. abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og 4. å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98). Nedenfor vil jeg nå presentere de fire trinnene i analysen.

### **4.8.1 Et helhetsinntrykk**

Det første steget i analysen knytter seg til åpen lesing for å gjøre seg kjent med materialet og danne seg et helhetsinntrykk. I dette stadiet skal jeg, i likhet med fenomenologiens perspektiv, sette min forforståelse og det teoretiske grunnlaget for studien, til side (Malterud, 2017, s. 99). Ved å legge forforståelsen min til side er jeg åpent for inntrykk som datamaterialet formidler (Malterud, 2017, s. 99). Jeg skal ved å ha problemstillingen i bakhode, lete etter foreløpige temaer som på en eller annen måte kan representere helsepersonells erfaringer ved bruk av elektronisk medisindispenser. Til å starte med noterte jeg meg ned åtte temaer som intuitivt vekket min oppmerksomhet (Malterud, 2017, s. 99). Temaene som intuitivt vekket min interesse var; mer tid til andre ting, mestre hverdagen selv, en del problemer i starten/ekstraarbeid, «kan de ha»/ «er de egnet til å ha», eldre er redde for å ikke få besøk, kutte ned på besøk, forutsigbarhet, ansvar. Allerede på dette tidspunktet la jeg merke til at flere av temaene som vekket min oppmerksomhet i starten, glir over i hverandre og kan sammenslås. Samtidig er jeg klar over at de foreløpige temaene ikke er hverken det endelige resultat eller ferdig utarbeidet kategorier, da dette kun er første seg i å systematisere datamaterialet jeg har innhentet (Malterud, 2017, s. 100).

### **4.8.2 Meningsbærende enheter**

Det andre steget i analysen handler om å identifisere og søke etter meningsbærende enheter. Jeg organiserte den delen av materialet som jeg skulle studere nærmere, og la resten til side (Malterud, 2017, s. 100). En skal her finne meningsbærende enheter ved å gjennomgå teksten linje for linje (Malterud, 2017, s. 101). Jeg skal nå velge ut tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om de ulike temaene som jeg identifiserte i det første steget (Malterud, 2017, s. 101). Det er viktig at en har de midlertidige kodegruppene som en tenker at skal belyse problemstillingen i tankene under denne prosessen (Malterud, 2017, s. 101). For å få en god og bred oversikt over materialet mitt, hang jeg opp de foreløpige temaene jeg hadde kommet frem til på veggen. Jeg gikk gjennom den transkriberte teksten, identifiserte meningsbærende enheter og kodet hver enhet med et av de foreløpige temaene. På denne måten fikk jeg organisert materialet mitt, jeg fikk et



helhetsbilde av teksten som igjen gjorde det lettere å jobbe videre med koding. Målet med koding er å samle alle tekstbitene som har noe til felles, under samme kode (Malterud, 2017, s. 101). Det kan være at en underveis i kodingen etablerer nye kodegrupper. Da er det viktig å gå tilbake i teksten og se etter nye meningsbærende enheter som kan tas med videre i analysen (Malterud, 2017, s. 103). Her ble for eksempel opplæring i programvare inkludert som en ny kodegruppe. Jeg kunne samtidig på dette tidspunktet se at enkelte temaer beskrev samme fenomen. For eksempel så ble «kutte ned på besøk» og «mer tid til andre ting» sammenslått, omdefinert og systematisert under samme kodegruppe. Koding er en systematisk dekontekstualisering, som vil si at en tar deler av datamaterialet ut fra den originale sammenhengen (Malterud, 2017, s. 103 – 104). På denne måten kan en se sammenheng med beslektede tekstelementer (Malterud, 2017, s. 104). I denne delen av analysen ble noen av de foreløpige temaene redusert, tatt bort eller samlet under en felles kodegruppe.

#### **4.8.3 Abstrahere innholdet i meningsbærende enheter**

I det tredje steget skal jeg nå abstrahere den sorterte informasjonen, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Jeg har systematisk hentet ut meningen ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Etter å ha studert kodegruppene, sorteres nå datamaterialet i noen få subgrupper (Malterud, 2017, s. 105 – 106). Jeg tok grundig for meg en og en kodegruppe for å se hva materialet ga meg og fant deretter passende subgrupper som best mulig representerer det fenomenet jeg studerer. Jeg endte til slutt opp med følgende subgrupper; kartlegging av behov og trygghet, opplæring av helsepersonell, tekniske utfordringer, faste rutiner og effektivisering. Det er nå kondensatet kommer inn (Malterud, 2017, s. 106 – 107). Et kondensat er et kunstig sitat, en gjenfortelling av de konkrete dataene som har med seg innhold fra de enkelte meningsbærende enhetene i en mer generell form (Malterud, 2017, s. 107). Jeg har benyttet «jeg-form» på kondensatene for at det skal være så tekstnært som mulig og slik at informantene skal få uttrykt sine stemmer (Malterud, 2017, s. 107). Kondensatet skal utgjøre en sum av informantenes stemme, den skal gjenfortelle og

sammenfatte det som befinner seg i hver enkel subgruppe (Malterud, 2017, s. 107). Deretter skal jeg velge ut et *gullsitat* som best mulig illustrerer det som er abstrahert (Malterud, 2017, s. 108). Videre lagde jeg et kondensat for hver av subgruppene. I denne fasen dukket det opp tekster som ikke ble inkludert i kondensatet. Denne teksten la jeg til side og vurderte den igjen på et senere tidspunkt for å se om den kunne høre til en annen subgruppe.

#### **4.8.4 Betydningen i de meningsbærende enhetene**

Analysens fjerde og siste steg kalles gjerne rekontekstualisering og handler om å sette sammen bitene igjen (Malterud, 2017, s. 108). Det er i denne prosessen viktig at sammenfatningen formidler på en lojal måte ovenfor deltakernes stemmer, og gir leseren innsikt og tillit til prosessen samt at jeg som forsker tar ansvar for min fortolkning (Malterud, 2017, s. 108). Jeg brukte kondensatene fra forrige punkt til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, sammen med et gullsitat som konkretiserte mine hovedfunn i studien (Malterud, 2017, s. 108). Jeg skrev den analytiske teksten i tredjepersons form fordi jeg nå skulle gjenfortelle på vegne av informantene, slik at det blir produsert ny kunnskap. På denne måten skaper jeg en distanse og tar ansvar for egne tolkninger (Malterud, 2017, s. 109). Videre skal den analytiske teksten få en overskrift som sammenfatter hva den inneholder (Malterud, 2017, s. 110). Hver kodegruppe skal nå få en overskrift. Navnet på subgruppene skal si noe om hva vi har funnet, mens hver kodegruppe får en overskrift som sammenfatter det viktigste nye som presenteres (Malterud, 2017, s. 110). Til slutt skal jeg validere funnene mine, de analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene. Det handler om å rekontekstualisere resultatene opp mot det empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 110). Sluttresultatet ble fire hovedkategorier:

1. Tidlig innsats
2. Nødvendig kunnskap
3. Tett oppfølging
4. Effektivisering

Analyseprosessen var veldig tidkrevende og jeg følte ofte jeg måtte gå «tre skritt frem og to tilbake». Jeg har gjennom hele analyseprosessen foretatt en veldig grundig og systematisk gjennomgang av datamaterialet i flere ledd, hvor de teoretiske perspektivene og overveielser om reliabilitet, validitet og refleksivitet har blitt sikret (Malterud, 2017, s. 100).

## **4.9 Forskningsetiske vurderinger**

«Etiske overveielser handler om mer enn å følge regler. Det betyr å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vår medfører» (Dalland, 2017, s. 235). I en intervjusetting kan etiske problemer oppstå på grunn av de forholdene som er forbundet med å «utforske mennesker privatliv og legge beskrivelsene ut i det offentlige» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 97). Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet til deltagerne og sikre at de ikke blir påført skade eller unødvendig belastning (Dalland, 2017, s. 236). Norsk senter for forskningsdata (NSD) med Personvernombudet og de Nasjonale forskningsetiske komiteene er med på å sikre at de forskningsetiske normene blir ivaretatt innen forskning (Dalland, 2017, s. 236). I denne undersøkelsen ble det sendt søknad til NSD (vedlegg 3). Studien min er meldepliktig da jeg skal behandle personopplysninger. Prosjektet har blitt vurdert av NSD. Gjennom studien har jeg innledningsvis, underveis og i resultatdelen forholdt meg til forskningsetiske retningslinjer som er vedtatt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (Johannessen et al., 2016, s. 85). Som forsker er det spesielt tre typer hensyn en må tenke gjennom; informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi, det ansvaret en som forsker har for å unngå skade og tilslutt respektere informantenes privatliv (Johannessen et al., 2016, s. 85).

### **4.9.1 Informert samtykke**

NSD sier dette om krav til samtykke:

For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert. Dette innebærer at den som forespørres om å delta må forstå hva samtykke gjelder og hvilke konsekvenser det får å gi sitt samtykke til det aktuelle forskningsprosjektet

(<https://nsd.no/personvernombud/hjelp/samtykke.html>)

Personopplysningsloven stiller krav til samtykke (Johannessen et al., 2016, s. 91). Hvis enkeltpersoner kan identifiseres, skal de samtykke om å delta i studien (Johannessen et al., 2016, s. 91). Informantene skal bli informert om studiens overordnede formål, hovedtrekkene i designing, mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104). Jeg som forsker må sikre at de involverte deltar frivillig og samtidig informerer dem om deres rett til å trekke seg ut av studien (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104). Det at samtykket er informert betyr at informantene skal ha de nødvendige opplysningene om studien (Johannessen et al., 2016, s. 91). Informantene kan samtykke muntlig eller skriftlig, elektronisk eller på papir og det skal komme klart og tydelig fram at informanten samtykker, hvilke behandlinger samtykket omfatter og hvilke behandlingsansvarlige samtykket rettes til (Johannessen et al., 2016, s. 91). Informantene i denne studien har samtykket skriftlig på et papir og samtykkeerklæringen oppbevares i et låst arkivskap i eget hjem.

Alle informantene i denne studien er voksne mennesker som før lydopptaket startet, har fått fylldig informasjon om prosjektets formål. Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og prosessen rundt. Det har blitt understreket at deltakelsen er frivillig og at det er mulig å trekke seg når som helst, og at innhentet datamateriale vil bli slettet etter prosjektslutt. Datamaterialet som er innhentet er ikke basert på sensitive personopplysninger, og inneholder kun informantenes profesjon og navnene til informantene har helt fra starten blitt anonymisert.

## **4.9.2 Konfidensialitet**

«Konfidensialitet består i at informasjon begrenses til dem som er autorisert til å ha tilgang til den» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Det kan være ubehagelig og skadelig om sensitiv informasjon kommer på avveie. Utover en allmenn respekt for rettigheter oppstår det forpliktelser om hvordan informasjonen skal brukes og hvem som skal ha tilgang til den (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Innen forskning blir konfidensialitet referert til en enighet med deltakerne om hva dataene som resulterer i deres deltakelse skal gjøres med. Det innebærer blant annet at de private dataene som identifiserer deltakerne, ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 106).

Når en snakker om transkripsjon dukker det opp etiske spørsmål. Informantene forteller kanskje om følsomme emner og da er det viktig å beskytte konfidensialiteten til både intervjupersonene og til personene og institusjonene som nevnes i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 213). Det er helt nødvendig å anonymisere, lagre både båndopptakene og transkripsjonene trygt, og til slutt slette opptakene når de ikke lenger skal brukes (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 213).

Som forsker er det alltid viktig å respektere konfidensialiteten. Brudd på konfidensialitet kan føre til at min tillit og troverdighet som forsker blir svekket, og i et større perspektiv vil det i fremtiden være vanskeligere å drive videre med forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

## **4.9.3 Konsekvenser av deltagelse i forskningsprosjektet**

Som forsker har jeg et etisk ansvar som går ut på at jeg skal beskytte integriteten til informantene, slik at forskningen ikke medfører negative konsekvenser for dem, men også med hensyn til de fordelene de kan forvente å få ved å nettopp delta i studien (Thagaard, 2018, s. 26; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 107). De som deltar i studien skal utsettes for minst

mulig belastning (Johannessen et al., 2016, s. 86). Jeg må være forberedt på at informantene leser resultatene av studien. Når en skal skrive fra talespråk til tekstspråk kan noen av utsagnene jeg som forsker har utviklet, virke provoserende for informantene. Teksten som jeg har utviklet kan virke fremmedgjørende da den er preget av faglige begreper og perspektiver som informantene sannsynlig ikke er fortrolig med (Thagaard, 2018, s. 27).

«De etiske retningslinjene definerer altså rettighetene til deltakere i forskningsprosjekter og forskerens ansvar overfor deltakerne» (Thagaard, 2018, s. 27). Informert samtykke sikrer at informanten har en viss kontroll over egen deltakelse i studien. Konfidensialiteten stiller krav til meg som forsker om hvordan jeg håndterer den informasjonene informantene har gitt. Prinsippet om konsekvenser av å delta i et forskningsprosjekt innebærer at jeg som forsker har forpliktet meg til å beskytte informantenes integritet gjennom hele forskningsprosessen (Thagaard, 2018, s. 27).

## **4.10 Reliabilitet, validitet og overførbarhet**

### **4.10.1 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om hvor pålitelige resultatene er (Dalland, 2017, s. 40). Det handler også om hvor nøyaktig dataene jeg har samlet inn er, hvilke data som ble tatt i bruk, hvordan jeg samlet dataene inn og ikke minst hvordan jeg til slutt bearbeidet de innsamlede dataene (Johannessen et al., 2016, s. 36). Dersom det oppstår noen feilmarginer skal disse angis (Dalland, 2017, s. 40). Som forsker var jeg veldig opptatt av å ikke stille ledende spørsmål da dette kan påvirke svarene til informantene. Gjennom studien kan jeg vise til god reliabilitet. Samtykke ble innhentet før gjennomføring av intervjuene. Jeg har ivaretatt informantenes anonymitet gjennom hele studien. Under et fokusgruppeintervju kan det være at noen snakker i munnen på hverandre, og da kan det være vanskelig å høre uttalelse tydelig i etterkant. Jeg har vært svært nøye på å ikke gjette eller legge til andre ord en det

informantene sa når jeg utførte transkriberingen og analysen, for å sikre reliabiliteten. Jeg har den oppfatning av at informantenes stemme og erfaringer av det fenomenet som ble studert kom frem og derved er pålitelig.

#### **4.10.2 Validitet**

Validitet handler om at det som undersøkes må være gyldig og relatert til oppgavens formål (Dalland, 2017, s. 40). «I samfunnsvitenskapene viser validitet som regel til om en metode faktisk kan brukes til å undersøke det den sier den skal undersøke» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 357). Validiteten i kvalitative studier dreier seg om i hvilken grad min fremgangsmåte og de funnene jeg har gjort, reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2016, s. 232). Det er viktig at jeg som forsker drøfter kvaliteten på dataene kritisk (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 279). Denne studien handler om å utforske helsepersonells erfaringer ved bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Med utgangspunkt i denne beskrivelsen av validitet, mener jeg at en kvalitativ forskningsmetode er den riktige beslutningen. Denne metoden vil være relevant i forhold til å få svar på studiens problemstilling og forskningsspørsmål, og derved kan en si at studien er valid.

#### **4.10.3 Overførbarhet**

Overførbarhet handler om at «resultatet i en situasjon kan overføres til andre situasjoner» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 355). En må stille spørsmål om funnene gir ny innsikt og kan bli brukt i andre sammenhenger enn der prosjektet ble utført (Malterud, 2017, s. 66). Resultatene i denne studien er basert på to fokusgrupper og tilsammen fem informanter. Det er flere funn i studien som støttes av funn i tidligere forskning, noe som kan gi en indikasjon på at resultatene kan være overførbare i andre sammenhenger.

## 5 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultater jeg har kommet frem til ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017) og ved å ta utgangspunkt i problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten?». I denne studien er det fire hovedområder som kommer tydelig frem i helsepersonells beskrivelse av sine erfaringer knyttet til bruk av elektronisk medisindispenser:

1. Tidlig innsats
2. Nødvendig kunnskap
3. Tett oppfølging
4. «De sier at ting blir enklere for våres del»

I det første underkapitlet presenteres funn som kartlegging av behov og trygghet. Videre kommer opplæring av helsepersonell og tekniske utfordringer. Deretter blir funn angående faste rutiner presentert og til slutt kommer funn som omhandler effektivisering. Det er ikke skarpe grenser mellom disse fire hovedområdene. De både berører og gjensidig påvirker hverandre.

### 5.1 Tidlig innsats

Det første hovedområdet som kommer frem i helsepersonells erfaringer og fortellinger er hvordan de kartlegger brukernes behov, og hvordan en elektronisk medisindispenser kan bidra til trygghet og mestring. De av brukerne som er kandidater til å ha en elektronisk medisindispenser i denne hjemmetjenesten er personer med lettere kognitiv svikt, som stort sett klarer seg selv men som gjerne glemmer litt tidspunkt for når medisinen skal tas.



Deltakerne i studien har erfart at det er bedre å introdusere og starte opp med en elektronisk medisindispenser så tidlig som mulig etter at brukerne har fått hjemmetjeneste, enn å introdusere en elektronisk medisindispenser etter at de har hatt hjemmetjeneste i for eksempel tre uker. Brukerne har da kanskje blitt vandt med å få besøk av hjemmesykepleien tre til fire ganger om dagen og deltakerne erfarte det da vanskeligere å motivere de eldre til å gå over til å ta i bruk elektronisk medisindispenser.

*De eldre glemmer litt fort og vi prøver å gjøre dem litt selvstendige oppi det hele slik at de kan mestre noe selv i hverdagen (...) Det er ikke slik at vi ikke skal hjelpe om det trengs, men det er ikke sikkert at det er behov for å gå inn fire ganger om dagen (Tirill, spesialsykepleier).*

Helsepersonellet vurderte hele tiden om en elektronisk medisindispenser kunne være aktuell da den kan frigjør brukeren fra tjenester og de kan bli mer selvstendige. En elektronisk medisindispenser kan ifølge deltakerne også frigjøre dem fra tjenester. Kartleggingsmetodene på huset har ikke endret seg men de forteller at de ansatte har blitt flinkere til å tenke over om brukeren kan klare å ta ut medisinen sin selv. De mener også at de har blitt flinkere til å stille spørsmål om hvorvidt brukeren vil kunne ivareta medisin håndteringen på egenhånd. Det å legge til rette slik at brukerne klarer å ta medisinen sin selv handler mye om hvilken type dispenser helsepersonellet velger å gi den enkelte. Når de skal velge type dispenser avhenger det av både brukerhistorie, faglig vurdering, hva brukerne har av medisiner fra før av og sist men ikke minst om brukerne faktisk er egnet til å ha en dispenser.

*Er brukerne vant med en multidoser, så er det lettest både for oss og brukerne at de får en multidosedispenser. Mens for de av brukerne som er vant med en ukedose, synes det er veldig greit å få en pilledispenser. Da er det lettere for dem å mestre dette med medisiner når det er noe som er litt kjent. Den største forskjellen er at de får en påminnelse på når de skal ta medisinen (Anne, sykepleier).*

Beskrivelsen over forteller noe om viktigheten av å kjenne brukernes ønsker og forutsetninger for å klare å ta medisinen selv og være selvstendig i hverdagen. Den ene deltakeren forteller at hun erfarer at den eldre generasjonen i dag ikke er like flinke og villige til å ta i bruk ny teknologi som hun mener at neste generasjon eldre kanskje vil være. For deltakerne i denne studien er det eldre som er målgruppen for en elektronisk medisindispenser og de forteller at det noen ganger kan være vanskelig å introdusere elektronisk medisindispenser til denne brukergruppen. Deltakerne har erfart at de eldre ofte tenker at 'hvis jeg får en elektronisk medisindispenser så får jeg ikke hjelp'. Da er det viktig å finne en god måte å forklare til de eldre hvordan en elektronisk dispenser fungerer og hva det vil si å ha en slik.

*Man må finne en måte å forklare det på så de skjønner hva en elektronisk medisindispenser er, fordi de eldre tenker ofte 'åh, får jeg det så får jeg ikke hjemmebesøk av hjemmesykepleien'. Hvis de eldre pleier å få hjelp til stell, så skal de selvfølgelig få hjelp til stell. Men det er noe å prøve å gjøre dem litt selvstendige oppi det hele, slik at de kan mestre noe i hverdagen (Tirill, spesialsykepleier).*

Som vist ovenfor er deltakerne opptatt av å formidle at selv om de kutter i antall besøk, så er det ikke slik at de eldre ikke skal eller vil få hjelp fra hjemmetjenesten. Deltakerne opplever at noen eldre ikke synes det er noe særlig å ha mange ulike personer gående hjemme hos seg, mange ganger til dagen, og da vil det for de eldre være stor forskjell på om hjemmetjenesten kommer inn en gang i uken i forhold til to ganger om dagen.

*De får mer privatliv ved at vi ikke er inne hele tiden. Mange ganger har vi gått inn tre og fire ganger til dagen, men med en elektronisk medisindispenser får de litt mer privatliv da vi ikke er inne like mange ganger (...) fordi de klarer seg selv, og kan styre seg selv litt mer (Mariann, helsefagarbeider).*

Deltakerne gir uttrykk for at mange eldre klarer seg kjempegodt når de får en elektronisk medisindispenser. De forteller at mange av de eldre også liker å ha en elektronisk medisindispenser, særlig når de opplever mestring, men at de ofte må pushe dem litt i starten.

*De eldre blir nesten litt redde når du snakker om å ta den vekk. Når vi skulle bytte dosett på den ene dispenseren, så sa brukeren «du må komme inn med den igjen». Det blir jo en vane når de lærer seg til å ha den. (...) det er klart den følelsen for de eldre må jo være god når de mestrer det, og det får vi inntrykk av også (Trine Lise, helsefagarbeider og Tirill, spesialsykepleier).*

Når de elektroniske medisindispenserne fungerer som de skal, forteller deltakerne at det er en trygghet for dem å vite at brukerne får rett medisin til rett tid, og at brukerne slipper å sitte å vente på at hjemmesykepleien skal komme. Deltakerne i studien fortalte at det var mange eldre som var redde for å bli ensomme dersom de skulle få en elektronisk medisindispenser. De var redde for at ingen fra hjemmetjenesten skulle komme innom i løpet av dagen.

*De eldre vet at når den elektroniske medisindispenseren piper, så skal de ta medisinen sin. Så det er jo en trygghet for dem. Det er også en trygghet for oss å vite at de får den medisinen de skal ha, til rett tid. Hvis medisinen ikke blir tatt får vi et varsel på vakttelefonen, og det er noe som også er en trygghet for de eldre å vite. (...) Det er ikke slik at selv om vi ikke skal på hjemmebesøk og hjelpe med medisiner, at vi ikke skal inn og hjelpe dem med andre ting (Tirill, spesialsykepleier).*

For selv om hjemmetjenesten ikke går like mye på hjemmebesøk som før, må de alltid inn og følge med og observere ved endring i medisinenene. Den elektroniske medisindispenseren kan for eksempel ikke se tegn på bivirkninger eller reaksjoner som brukerne kan erfare, eller

forverring av brukerens helsetilstand. Den ene deltakeren i studien gir uttrykk for dette ved at det ikke må bli en verden uten noe menneskelig kontakt. Det kan være en trygghet både for helsepersonellet og brukerne å vite at brukerne blir fulgt tett opp.

## 5.2 Nødvendig kunnskap

Det andre hovedområdet handler om helsepersonellens erfaringer knyttet til opplæring og tekniske utfordringer. Deltakerne forteller om hvordan opplæringen på arbeidsplassen har vært og at det har vært tekniske problemer opptil flere ganger på de elektroniske medisindispenserene i starten, og hvordan dette kan gi merarbeid.

### 5.2.1 Opplæring av helsepersonell

Deltakerne fortalte at nesten alle ansatte i hjemmesykepleien får opplæring på de to typene elektroniske medisindispenserene som benyttes. En av deltakerne, en sykepleier fra hjemmetjenesten, kalt superbruker, ble sendt på informasjonsdager og workshops om velferdsteknologi. Deltakerne ga uttrykk for at de generelt fikk god opplæring og oppfølging fra leverandørene, der de kunne ta kontakt om det var noe de lurte på, via kundeservice. Internt på arbeidsplassen kunne deltakerne skrive seg opp på et skjema hvis de følte seg utrygge på bytting av dosett, feil på enheten eller annen type oppfølging, slik at superbrukeren kunne være med ved bytting eller fiksing av enheten. Deltakerne påpekte at det er viktig at de ansatte også får god opplæring og oppfølging knyttet til å bruke og administrere de elektroniske medisindispenserene, da mange følte seg utrygge og usikre i starten.

*Sykepleieren som hadde vært på workshops hadde først en til en opplæring med alle hjemmesykepleierne, og deretter med flere av hjelpepleierne, i forhold til programvaren. Det er i programvaren en legger inn brukeropplysninger,*

*medisineringsplanene, når dispenseren skal pipe, hvordan den skal settes opp osv. Alt styres via programvaren. I starten var vi alltid flere tilstede da vi skulle bytte medisiner på dosettene eller multidosene, slik at vi ikke skulle gjøre det alene (Tine, sykepleier).*

*Jeg føler vi har fått god opplæring, og er det noe vi lurer på så får vi jo svar, enten fra andre ansatte, fra velferdsteknologiansvarlig i kommunen eller fra leverandør gjennom kundeservice (Mariann, helsefagarbeider).*

Arbeidsplassen har vært bevisst på at de aller fleste faste ansatte skal få opplæring i hvordan de elektroniske medisindispenser fungerer. Dette gjelder alle sykepleierne, de fleste hjelpepleierne hadde fått og noen studenter med medisingodkjenning som går fast på sommer skulle også få opplæring, slik at de kunne være til avlastning for sykepleierne og hjelpe med oppfølging av brukerne. De ansatte hadde selv ansvar for å få opplæring internt på arbeidsplassen, og grunnet ulike turnuser, var det ikke alle som skulle ha opplæring, som hadde fått enda.

*Hjelpepleierne vil også få opplæring fordi de kan behandle varsler. Altså hvis det er en feil på dispenseren, eller at brukeren ikke får ut medisinen eller hvis de ikke har tatt den, så skal de fleste hjelpepleierne kunne gå inn og hjelpe, og på denne måten være en avlastning i tilfelle sykepleierne er opptatt med noe annet (Anne Karin, sykepleier).*

### **5.2.2 Tekniske utfordringer**

Alle deltakerne uttalte at det hadde vært tekniske problemer med de elektroniske medisindispenser i oppstarten. Flere erfarte at disse tekniske problemene førte til ulike utfordringer. De opplevde forskjellige utfordringer knyttet til de to elektroniske medisindispenser de benytter i hjemmetjenesten.

*I starten var det utfordringer med multidoseleverandør, med produksjonstypen av multidoser. Det var ulik kvalitet på posene, noe som også var veldig frustrerende. Det var også feil med selve multidoseboksene. Multidosedispenseren klippet feil, så vi måtte bytte ut en god del av dem i starten. Men nå er de mer stabil. De har funnet ut av feilene og ting har kommet i orden, så nå har vi ikke byttet mer enn 1 stk. Vi har opplevd mindre feil med de elektroniske pilledispenserne. (...) Men litt startfaseproblemer er naturlig (Tine, sykepleier og Anne Karin, sykepleier)*

I tillegg til de tekniske problemene med leverandør og produksjonstype og kvalitet på poser, har helsepersonellet også opplevd utfordringer knyttet til hvordan en legger inn medisiner, og med å forstå hvordan begge de elektroniske medisindispenserne fungerer.

*I starten brukte alle lang tid, for da knotet du med hvordan du skulle legge inn posene/dosettene, kommer varselet slik det skal, hvilken vei snur pilledispenseren. Kommer rett tablett nå eller kommer kveldsmedisinen til frokost? 'Hvis jeg setter den inn slik, ja da går den slik', vi måtte øve litt først. Jeg har selv vært kokt i hodet når det ikke har fungert, og har og hatt lyst å kaste boksen i veggen. Men det er veldig kjekt når det fungerer (Tirill, spesialsykepleier).*

Noen ganger hender det fortsatt at noen av de elektroniske medisindispenserne ikke fungerer slik de skal, og deltakerne forteller at dette fort kan gi merarbeid. Dette er tid som den enkelte ansatte kanskje ikke har, da de aldri vet hvor lenge de må sitte og fikse og ordne før den elektroniske medisindispenseren er i orden. Deltakerne forteller at det ikke alltid er like enkelt å fikse de elektroniske medisindispenserne selv, da dette må utføres på en ordentlig måte, og særlig ikke hvis en har det travelt på jobb.

*Hvis medisindispenseren ikke virker, så må du eventuelt bytte, og det krever en del administrativ tid som du gjerne ikke har. Skjer det på helg så har du i vertfall ikke tid.*

*Eller hvis det skjer på kveld så kan det være at du står der helt alene og ikke er helt sikker på hvordan du skal fikse det. Du får alltid hjelp fra andre ansatte som er på jobb, men ja, det tar litt tid. Det er jo veldig frustrerende når ting ikke fungerer slik det skal, for det er jo snakk om medisiner (Tine, sykepleier).*

Ved at hjemmebesøkene blir kuttet og helsepersonellet har andre oppgaver som skal utføres, kan det fortsatt oppstå feil med de elektroniske medisindispenser som ikke blir registrert med en gang. En deltaker ga et godt eksempel på hvorfor det er viktig å følge opp brukerne selv om de har blitt mer selvstendige:

*Hvis det skulle skje noe, si vi er inne der en gang i uken. Hvis det skulle skje noe galt med medisindispenseren når vi leverer det den uken, og at det ikke blir registrert, så kan det jo være at denne brukeren ikke får medisinen sin til rett tid. Og da kan det gjerne gå mange dager uten at brukerne får tatt medisinen sin. Så kan det være at vi ikke oppdager dette før vi er tilbake igjen etter en uke. Det er jo maskiner vi har med å gjøre, og det kan jo skje ting. Vi har vært veldig heldige med at det ikke har vært noen tilfeller av dette hos oss (Mariann, sykepleier).*

### **5.3 Tett oppfølging**

Det tredje hovedområdet handler om hvordan rutinene og ansvaret har endret seg etter innføring av elektronisk medisindispenser. De har utarbeidet nye faste rutiner som fungerer bra i hjemmetjenesten. Dette hovedområdet handler også om viktigheten av oppfølging etter at brukerne får tildelt en elektronisk medisindispenser.

### 5.3.1 Faste rutiner

Deltakerne kunne fortelle at de har faste rutiner på når de skal skifte eller fylle på den enkelte pilledispenseren eller multidosedispenseren. Hjemmesykepleien har eget skjema som de benytter til å skrive opp hvis det er noe de skal følge ekstra med på, som for eksempel om en bruker har ukesdosett i tillegg til den elektroniske medisindispenseren. Hensikten er at de ansatte kan følge med på om brukeren også tar denne medisinen.

*Hver gang vi skifter medisin på dispenserne, tar vi bilde av dosetten vi setter inn med en Ipad vi har liggende på medisinrommet, og bildet blir da lagt i brukeren journal. Deretter får vi en kollega til å sjekke bildet for å se at dosetten er satt inn riktig vei. Vi er flinke på å kvalitetssikre det som blir gjort (Anne Karin, sykepleier).*

Videre kunne deltakerne fortelle at de har lagt inn på vakttelefonen at de får melding om det skulle vært at noen av brukerne glemmer å ta medisinen sin, eller om dispensereren gikk tom for batteri og måtte skiftes.

*Det er også lagt inn at vi får varsel på vakttelefonen når det er fire eller færre doser igjen i de elektroniske medisindispenserne. Dette gjøres som en ekstra påminnelse slik at, for eksempel, dersom brukerne har to medisiner om dagen, så har vi da to dager på oss til å få lagt inn nye medisiner (Tirill, spesialsykepleier).*

Når brukerne får tildelt en elektronisk medisindispenser, er det viktig for helsepersonellet å ha en tett og god oppfølging. Vanligvis følger de opp brukerne i 1 – 2 uker, noen ganger lengre. Deltakerne anser det som viktig å hele tiden vurdere om brukerne klarer å håndtere dispensereren selv.



*Selv om vi gir ut en dispenser så er det ikke gitt at de skal ha den, vi tar hele tiden vurderinger på det. Det var en bruker vi hadde opplæring med i en måneds tid, der han knakk koden litt og syntes det var kjekt. Men vi måtte allikevel følge med for det var ikke alle medisinene som ble tatt. Etter ganske mange måneder så vi at det ikke gikk og da endte vi opp med å ta den bort, slik at han fikk rett medisin til rett tid. Det er ikke alle som kan ha en elektronisk medisindispenser, og slik kommer det alltid til å være (Tine, sykepleier).*

Deltakerne fortalte at når det var noe feil med dispenseren, så var det sykepleierne i hjemmesykepleien som hadde hovedansvaret. Ved en feil på selve dispenseren, kom det et varsel til vakttelefonen og vedkommende som hadde vakttelefonen, hadde da to timer på seg til å fikse feilen. Dette kunne være feil som tomt batteri eller feil på selve enheten. Hvis hjemmesykepleien ikke hadde mulighet til å fikse dette selv, var det da velferdsteknologiansvarlig i kommunen som skulle kontaktes. Hvis heller ikke han klarte å fikse feilen, ble dispenseren videresendt til leverandør. Deltakerne presiserte da viktigheten med å ha noen ekstra dispensere stående, slik at hvis noe slikt skulle skje kunne de bytte den ut med en gang selv.

*Vi har alltid en, to, tre på lager av de to typene medisindispenser, slik at vi kan bytte selv. Da slipper vi å vente på at velferdsteknologiansvarlig i kommunen skal komme og levere en ny til oss. Hvis han er ute på andre oppdrag kan jo det ta litt tid (Tine, sykepleier).*

## **5.4 “De sier at ting blir enklere for våres del”**

«De» i denne sammenhengen er lederne i tjenesten, som gir uttrykk for at ting skal bli enklere for helsepersonellens del, ved innføring av elektronisk medisindispenser. Disse erfaringene som deltakerne i studien har kan man gjerne knytte til det man kaller

effektivisering. Dette kommer til uttrykk gjennom at de har mer tid til andre arbeidsoppgaver etter at de fikk de elektroniske medisindispenserne. Deltakerne ga uttrykk for at de syntes ting hadde blitt enklere for dem etter at de innførte elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten. De forteller at de har mer tid til å gjøre andre arbeidsoppgaver som gjerne også skal gjøres, og ikke bare holde på med medisiner hele tiden.

*Det er veldig mye medisiner vi holder på med. De som har en tablett til dagen, det er ikke så mange som har det, men det er noen. Vi kan da lage en pilledispenser til disse brukerne, som varer i en måned. Vi går gjerne inn og drypper øynene men vi trenger ikke å tenke på medisiner, for pilledispenseren varer jo i en måned. Hvis du tar 5 – 10 minutter hver uke for å levere ut en dosett, eller legge en dosett, så utgjør det litt tid på en måneds tid, eller to uker. Vi har flere brukere som har dosett for to uker, det og gir en viss besparelse på tidsbruken på å legge denne dosetten, levere den ut, enn skulle vi gjort det hver uke (Anne Karin, sykepleier).*

Etter innføring av elektronisk medisindispenser kan deltakerne fortelle at antall hjemmebesøk har minsket. Nå går deltakerne kanskje bare innom får å skifte pilledispenser eller multidosedispenser, kanskje hver andre eller fjerde uke. Tidligere kunne de gå innom daglig og ofte flere ganger til dagen. Deltakerne fortalte at brukerne nå får medisinen sin på rett tid og at de slipper å sitte å vente på at hjemmesykepleien skal komme med den. Dette mener de er med på å gjøre ting litt mer ordentlig, da medisinen ikke blir forsinket grunnet mye arbeid.

*Det letter jo på arbeidet for hjelpepleierne og, vi slipper å springe inn å bare sjekke medisinenene. Alt tar tid, når du går inn og sjekker medisinenene hos en bruker, så er du ikke der inne i bare 2 – 3 minutter for å se, det blir alltid lengre. Så nå har vi jo mer tid til å bruke på andre ting (Mariann, helsefagarbeider).*

## 5.5 Oppsummering av resultater

Resultatene i denne studien viser at helsepersonellet har både positive og negative erfaringer ved bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten.

Det første hovedområdet som presenteres i oppgaven omhandler «tidlig innsats». Det ble laget to undertema for å belyse funnene: *kartlegging av behov og trygghet*.

Helsepersonellet beskriver viktigheten av å starte opp med en elektronisk medisindispenser så tidlig i forløpet som mulig, da de har erfaring med at om en venter kan det være vanskeligere å motivere brukerne. Valg av dispenser avhenger av brukerhistorie, faglig vurdering og hva brukerne har av medisiner fra før. De kartlegger også om brukerne faktisk er i stand til å håndtere en dispenser og klarer å ta medisinerne sine selv. Når de elektroniske medisindispenserne fungerer slik de er ment å gjøre, gir det helsepersonellet en trygghetsfølelse.

Det andre hovedområdet «nødvendig kunnskap» består av to undertema: *opplæring av helsepersonell og tekniske utfordringer*.

Helsepersonellens erfaringer retter fokuset mot viktigheten av å ha kunnskap og kompetanse om de elektroniske medisindispenserne. Helsepersonellet beskriver hvordan de har fått opplæring internt på arbeidsplassen og hvilke andre aktører de har kontakt med ved eventuelle feil på de elektroniske medisindispenserne. De viser til at det å gi opplæring til et bredere spekter av helsepersonell, ikke bare til sykepleierne, kan bidra til å avlaste sykepleierne i travle perioder. Helsepersonellet viser til at det var en del tekniske utfordringer i startfasen, og at dette kan føre til merarbeid. Dette går ut over tid som de kanskje ikke har og kan for mange av dem virke frustrerende, da det ikke alltid er alt som er like lett å fikse.

Det tredje hovedområdet «tett oppfølging» består av et undertema som belyser hva som kom frem i helsepersonellens erfaringer: *faste rutiner*.

Helsepersonellens erfaringer belyser hvordan faste rutiner har en positiv påvirkning på implementering av de elektroniske medisindispenserene. De har etter innføring av de elektroniske dispenserene, måttet utarbeide nye rutiner. Dette er rutiner som går på bytting eller påfylling av dosetter, oppfølging av de brukerne som har ulike ukedosett i tillegg til den elektroniske medisindispenseren, at de har lagt inn ulike varsler på vakttelefonen og at alt som har med medisiner og bytting blir kvalitetssikret av andre kollegaer. Det er nødvendig å følge opp å hele tiden vurdere om brukerne er i stand til å håndtere dispenserene og medisinene selv. Det er ikke gitt at alle brukerne som får en elektronisk medisindispenser skal ha en, dette er noe som hele tiden må vurderes.

Det siste hovedområdet «de sier at ting blir enklere for våres del» handler om effektivisering.

Helsepersonellens erfaringer retter fokuset mot at de nå har mer tid til å gjøre andre arbeidsoppgaver, både pasientrettede og administrative rettede arbeidsoppgaver, etter at de har innført elektroniske medisindispenserene i hjemmetjenesten. Helsepersonellet bruker ikke like mye tid på medisiner nå som de tidligere har gjort. Dette beskrives ved at det å nå kunne legge en to ukers dose og levere denne ut, istedenfor å måtte gjøre dette hver uke, har en viss besparelse på tidsbruken deres. En siste positiv ting som helsepersonellet viser til er at brukerne nå får rett medisin til rett tid, ved at de slipper å vente på at hjemmesykepleien skal komme med medisinen.

## 6 Diskusjon

Hensikten med et diskusjonskapittel er å sammenfatte, formidle og presentere mine funn (Malterud, 2017, s. 117). I dette kapittelet vil jeg med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene diskutere resultatene opp mot teori, forskning, statlige føringer og relevant lovverk på området. Problemstillingen i denne studien var: «Hvilke erfaringer har helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten?». Ved å ta utgangspunkt i et semistrukturert intervju ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer med totalt fem helsepersonell fra en kommune. I intervjuene har jeg etterspurt positive og negative erfaringer og analysen førte til fire funn:

1. Tidlig innsats
2. Nødvendig kunnskap
3. Tett oppfølging
4. Effektivisering

Dette kapittelet er delt inn i fem underkapitler og er basert på de nevnte funnene ovenfor.

Det fremkommer i flere statlige føringer at det er en stor satsning på velferdsteknologi i norske kommunesektorer (Helsedirektoratet, 2015; Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartement, 2008; Helse- og omsorgsdepartement, 2012; Helse- og omsorgsdepartement, 2014; Helse- og omsorgsdepartement, 2017). Med de demografiske framskrivningene og den forventede mangelen på helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene vil det medføre ressursmessige endringer for de ansatte (NOU 2011:11, s. 115). Det å gjøre brukerne selvstendige, trygge og samtidig effektivisere tjenestene er noen av hovedmålene ved velferdsteknologiske løsninger (NOU 2011:11, s. 125). Teknologien kan ha gode effekter for de ansatte ved at den kan redusere tungt arbeid, gi tryggere oppfølging av brukerne og bedre kommunikasjon med pårørende (NOU 2011:11, s. 116). Hjemmetjenesten møter ofte brukere i en tidlig fase av sykdomsutviklingen, og kan

med dette forsøke å gi brukerne muligheten til å bo hjemme lengre (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 7). Dette kan samtidig utvide muligheten for at brukerne skal kunne delta aktivt i samfunnet, noe som også er sentrale politiske mål (NOU 2011:11, s. 118). Velferdsteknologi kan bli et viktig element når en skal prøve å finne nye løsninger på fremtidens omsorgsutfordringer. En elektronisk medisindispenser har som mål å støtte til medisiner og gjøre brukerne mer selvhjulpne. Dette vil føre til at medisinbehandling må utføres på en annen måte en tidligere.

### **6.1.2 Kartlegging av behov og trygghet**

Personer med kognitiv svikt, som klarer seg fint i hverdagen men som gjerne glemmer litt tidspunkter er ifølge deltakerne i studien kandidater til å få en elektronisk medisindispenser i denne hjemmetjenesten. Funn i studien viser at det noen ganger kan være vanskelig å introdusere teknologi til denne brukergruppen og den eldre generasjonen generelt. En systematisk kunnskapsoppsummering viser at eldre har lavere mestringstro, mer problemer med og høyere angst for å ta i bruk teknologi (Chen & Chan, 2011). Helsepersonellet i studien forteller at de opplever det lettere for de eldre dersom de introduserer teknologiske løsninger som til en viss grad er kjent versus ukjent for brukerne. Et eksempel er om brukerne er vant med og har en multidoser fra før, kan det være lettere for dem å få en multidosedispenser. Mens for brukerne som er vant med en ukedose kan syntes det er lettest å få en pilledispenner. Eldre aksepterer og benytter ofte teknologiske løsninger som er enkle å forstå og som for dem oppleves trygge, nyttige og brukervennlige (Chen & Chan, 2011). Funn i studien viser at det er bedre å introdusere og starte opp med en elektronisk medisindispenser så tidlig som mulig etter at bruker har fått hjemmetjeneste. En må tidlig inn å kartlegge brukernes behov, slik at de kan bli mest mulig selvstendige i hverdagen. Helsepersonellet i studien vurderer hele tiden om en elektronisk medisindispenser kan være aktuell da den kan frigjør både brukere og helsepersonell fra tjenester. Når en skal vurdere og finne den rette teknologiske løsningen for å kunne ivareta brukernes behov, er det viktig at det blir foretatt en helhetsvurdering av den enkeltes situasjon. Hjemmesituasjon, fritidsaktiviteter samt hvilke behov brukeren har, hvilken dispenser som vil passe best og

brukerens forutsetning for og motivasjon til å ta i bruk en elektroniske medisindispenser. Er det behov for hjelp fire ganger til dagen eller klarer brukeren mer enn de tror og trenger egentlig bare hjelp to ganger til dagen? Dette er noe som er viktig å få kartlagt slik at en kan gjøre brukeren mer selvstendig i hverdagen. Forskning viser at helsepersonell må vurdere brukernes behov og preferanser nøye, og justere og tilpasse introduksjon og informasjon ut ifra disse behovene og preferansene (Nakrem et al., 2018, s. 8). Funn i studien viser viktigheten av at helsepersonellet forklarer brukerne hva det vil si å ha en elektronisk medisindispenser, hvordan den fungerer og trygge dem med at dersom de får en slik, betyr ikke det at hjemmesykepleien ikke vil komme innom til dem mer. Dersom brukerne for eksempel trenger hjelp til stell, så skal de fortsatt få det, men dersom de er i stand til å ta ut medisinen sin selv, altså ivareta medisinhandteringen selv, så trenger ikke hjemmesykepleien og komme inn med medisinen til dem. Dette er personavhengig og helsepersonellet må foreta karlegginger av hver enkel bruker. I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det at en skal «sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov» (§1-1).

Ifølge Morgendagens omsorg (2012) åpner velferdsteknologi flere mulighetsrom ved at den «gir mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse» (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 109). Ved å kartlegge for behov og legge til rette for selvstendighet og mestring, har brukerne større mulighet til å kunne ha troen på at de selv kan klare å ta medisinen sine selv. Dette kan også beskrives som mestringsforventning eller self-efficacy (Wormnes & Manger, 2005, s. 102). Dess større tro brukerne har på seg selv til å klare å ta i bruk en elektronisk medisindispenser, dess bedre vil de kunne klare det (Wormens & Manger, 2005, s. 103). En kan skille mellom lav og høy mestringsforventning. Dersom brukerne ikke har tro på seg selv, ikke tror at de får til å ta medisinen sin selvstendig, har de lav mestringsforventning. Men dersom brukerne har stor tro på at de vil klare å ta medisinen selvstendig, har de høy mestringsforventning. I tillegg til at det er et skille mellom lav og høy mestringsforventning, så ligger det også en motivasjonsforskjell mellom individene (Wormens & Manger, 2005, s. 103). Som helsepersonell er det da viktig å legge til rette slik

at brukerne kan oppnå mestring og finne den elektroniske medisindispenseren meningsfulle. Hvis en oppnår dette kan det gi en optimal motivasjon (Mostad et al., 2013, s. 32) og kontroll over selve aktiviteten (Townsend & Wilcock, 2004, s. 244; Bernhoft-Osa et al., 2005, s. 24).

St. Meld. Nr. 15 Leve hele livet (2017) setter lys på at eldre skal ha muligheten til å klare seg selv, å være så selvstendige som mulig (Helse- og omsorgsdepartement, 2017, s. 21). Den eldre generasjonen er gjerne mer aktive nå enn tidligere, og ønsker å være der det skjer (Espnes & Smedslund, 2017, s. 274). Dette kan medføre større press på tjenestene som leveres da den aktive eldre kanskje ikke ønsker å sitte hjemme å vente på at for eksempel hjemmesykepleieren skal komme med medisinen. Funn i studien viser at når de elektroniske medisindispenserene fungerer slik de skal, gir det helsepersonellet en trygghet ved at brukerne får rett medisin til rett tid, og at de slipper å vente på at hjemmesykepleieren skal komme innom med den. Det kommer også frem at det er en trygghet for helsepersonellet å vite at om brukerne ikke tar medisinen sin, så får de varsel på vakttelefonen, og kan følge dette opp. Andre funn i studien viser at helsepersonellet har flere ganger opplevd at brukerne ikke liker å ha noen gående i huset sitt flere ganger til dagen. Og ved å ha en elektronisk medisindispenser, kan disse hjemmebesøkene kuttes ned. Det kan også tenkes at det bidrar til at brukerne opplever mer frihet og at de har større mulighet til å foreta seg meningsfulle aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004).

Regjeringen ønsker å skape en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt bruker får mulighet til å leve et aktivt og godt liv, til tross for funksjonstap eller sykdom (Helse- og omsorgsdepartement, 2015, s. 10). Funn i studien viser at helsepersonellet alltid må inn å observere ved endringer i medisiner. De elektroniske medisindispenserene kan ikke observere endringer, bivirkninger eller reaksjoner knyttet til helsetilstand. For helsepersonellet er det en trygghet med disse rutinene, ved at brukerne blir følget godt opp.



### 6.1.3 Opplæring av helsepersonell

Den demografiske utviklingen stiller både krav til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 14). Det vil i fremtiden ikke bare være behov for at helsepersonell i de kommunale helsetjeneste tilegner seg mer kompetanse, de må i tillegg tilegne seg en annen type kompetanse enn de tidligere har gjort (Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 14). Flere studier viser at mangelfull opplæring kan være en betydelig barriere for implementering og aksept av velferdsteknologiske løsninger (Radhakrishnan, Jacelon & Roche, 2012, s. 179; Brewster, Mountain, Wessels, Kelly & Hawley, 2014, s. 29; Scott Kruse et al., 2018, s. 4). Opplæring av helsepersonellet bør skje både i forkant og samtidig med innføring av velferdsteknologi (NOU 2011:11, s. 123; Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 29). Ifølge St. Meld. Nr. 29 Morgendagens omsorg og NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, bør opplæringen i hovedsak skje internt på arbeidsplassen, og gjerne i samarbeid med for eksempel hjelpemiddelsentraler og andre fagmiljø (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 29; NOU 2011:11, s. 123). Funn i studien viser at hjemmesykepleien sendte en sykepleier, også kalt superbruker, på informasjonsdager og workshops som omhandlet de elektroniske medisindispenser. Etter informasjonsdagene og opplæring av superbrukeren, var det nå superbruker som hadde ansvar for opplæring av de andre kollegaene, internt på arbeidsplassen. Hensiktsmessig og god opplæring kan skape selvtillit blant helsepersonellet, og endre deres holdninger til teknologien (Johannessen et al., 2019, s. 80). Funn i studien viser at de ansatte i hjemmetjenesten har fått god opplæring internt på arbeidsplassen og hvis det skulle være noe de lurte på eller ikke fikk til å fikse selv, så fikk de god hjelp fra andre ansatte, velferdsteknologiansvarlig i kommunen eller fra kundeservice via leverandør. Det er ikke alle ansatte i denne hjemmetjenesten som har fått opplæring. Det kan være ressurskrevende og kostbart for hjemmetjenesten å sikre at alle ansatte får nødvendig opplæring i de elektroniske medisindispenser (Johannessen et al., 2019, s. 80). Noen faktorer som kan være utfordrende for helsetjenesten i arbeidet med å gi alle ansatte tilstrekkelig opplæring kan være varierende individuelle behov blant helsepersonellet, stadig utvikling av nye løsninger og teknologier og at det ofte er hyppig utskiftning av personell (Johannessen et al., 2019, s. 80). Funn i studien viser at ledelsen i hjemmetjenesten vurderer hvem som skal få opplæring i de elektroniske medisindispenser og hvem som ikke skal få.

De har i første omgang valgt at alle sykepleiere i hjemmetjenesten skal få og at de har et hovedansvar, de aller fleste hjelpepleierne og noen få studenter som går fast på sommeren, som har medisingodkjenning, skal også få opplæring i de elektroniske medisindispenser. Ved å gi et bredere antall ansatte opplæring, er det flere som kan gå inn til brukerne og behandle varsel, samtidig som det er en stor avlastning for sykepleierne at flere profesjoner også kan bidra på dette området. Dette kan være varsel om feil på dispenseren eller at brukeren ikke får ut eller har tatt medisinen sin. Riktig og tilstrekkelig kompetanse er en viktig forutsetning for å oppnå god pasientsikkerhet i hjemmetjenesten (Johannessen et al., 2019, s. 80). Feilbruk av dispensere, mangelfull opplæring, menneskelig svikt, nedsatt evne til å forstå informasjon og manglende oppfølging kan være forhold som kan påvirke pasientsikkerheten negativt (Johannessen et al., 2019, s. 81). Å sikre nødvendig opplæring er en lovpålagt oppgave etter pasient- og brukerrettighetsloven. Loven innebærer at pasienter og brukere skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å kunne ivareta egne interesser (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

#### **6.1.4 Tekniske utfordringer**

Funn i studien viser at helsepersonellet i hjemmetjenesten hadde opplevd tekniske problemer i oppstarten med de elektroniske medisindispenser. Dette var utfordringer knyttet til multidoseløseleverandør, selve produksjonstypen, dårlig kvalitet på posene og at multidosedispenseren klipper feil. Helsepersonellet i studien hadde også utfordringer knyttet til det å legge inn medisindosene riktig, slik at brukeren fikk rett medisin til rett tid. Dette er utfordringer som for helsepersonellet kan virke frustrerende og de opplevde selv at dette var utfordringer som førte til merarbeid. Ifølge Holthe et al. (2017) kan tekniske utfordringer ta mye tid og virke stress for helsepersonellet i hjemmetjenesten. Disse tekniske utfordringene kan skape både forvirringer og irritasjon blant helsepersonell (s. 237). Forståelsen av velferdsteknologi, slik den er beskrevet i NOU 2011:11, sier blant annet at velferdsteknologi skal bidra til økt trygghet og sikkerhet (s. 99). Men dette vil være avhengig av at den teknologiske løsninger faktisk leverer det den er lovet å gjøre. Ved tekniske utfordringer på de elektroniske medisindispenser, bidrar de ikke til trygghet og sikkerhet

for helsepersonellet. Funn i studien viser at de tekniske utfordringene fort kunne føre til merarbeid i tjenesten. Dette var administrativ tid som de ansatte gjerne ikke hadde, og når en i tillegg ikke vet hvor lenge en kan ende opp med å sitte for å finne ut av hva som er galt med dispenserene, kan det være utfordrende. Selv om disse tekniske utfordringene kan forårsake økt arbeidsmengde for helsepersonellet, er det viktig at de elektroniske medisindispenserene blir innarbeidet som verktøy i tjenestene, for at en skal få en vellykket implementering av velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2012, s. 22).

Når en som helsepersonell opplever tekniske utfordringer med de elektroniske medisindispenserene over tid, kan dette føre til aktivitetsfrarøvelse for brukerne (Whiteford, 2014, s. 283). Dette vil med andre ord si at dersom det er mye feil med de elektroniske medisindispenserene, vil brukerne på en eller annen måte bli fratatt muligheten til å delta i aktiviteter, på grunn av noe som de selv ikke har kontroll over, som at det er noe feil med de elektroniske medisindispenserene (Jacobsen et al., 2013, s. 62). Helsepersonellet må da bruke tid på å fikse dispenserene, som kan føre til at brukeren ikke får medisinen sin til rett tid, eller at de må sitte å vente på at helsepersonellet skal komme og levere den. Da blir brukeren sittende å vente, og kan bli forhindret til å delta i aktiviteter eller sosial deltakelse. Når de elektroniske medisindispenserene fungerer slik de skal, kan de på den andre siden muliggjøre aktivitet (Whiteford, 2004, s. 237).

For helsepersonell kan disse tekniske utfordringene, og merarbeid være en stressende situasjon. Det er viktig for alle mennesker å kunne mestre, og økt mestring kan resultere i mindre stress (Espnes & Smedslund, 2017, s. 19, s. 119 og s. 135). Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring har tre stadier om hvordan en vurderer oppståtte situasjoner (Espnes & Smedslund, 2017, s. 117). Det første stadiet handler om hvordan en vurderer situasjonen i lys av betydning for helse og velvære (Espnes & Smedslund, 2017, s. 117). Har de tekniske problemene en positiv eller negativ påvirkning til helsepersonellens helse og velvære? De tekniske utfordringene har en negativ påvirkning, og kan derfor oppleves som stressende for helsepersonellet fordi situasjonen virker utfordrende. Det neste stadiet i Lazarus og

Folkemans teori handler om hvordan helsepersonellet evner å hanske med eller mestre utfordringen (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). Har helsepersonellet mulighet til å fikse feilen selv? Om de har mulighet til å fikse feilen på de elektroniske medisindispenser selv, kan dette gi en opplevelse av mestring og kanskje så ser de ikke på situasjonen som like utfordrende som tidligere. Det siste steget i stress og mestringsteorien handler om hvordan en revurderer den kunnskapen en allerede sitter på og benytter den sammen med den kunnskapen en tilegner seg underveis (Espnes & Smedslund, 2017, s. 118). Ny kunnskap om situasjonen blir underveis tilgjengelig. Behovet for god kompetanse om de elektroniske medisindispenser er nødvendig for å kunne mestre å håndtere oppståtte utfordringer. Helsepersonellet må ha tilegnet seg et visst kompetansenivå slik at de kan oppleve at det faktisk er mulig å utføre den oppgaven de står ovenfor (Manger & Wormnes, 2015, s. 176).

Selv om brukerne får tildelt en elektronisk medisindispenser og tjenesten fungerer slik den skal, er det likevel viktig at helsepersonellet har en tett oppfølging av bruker og dens medisinbehandling. Helsepersonellet i studien forteller at det er teknologi en har med å gjøre, og det kan oppstå feil som ikke blir registrert. Derfor er det viktig at enn har et tett samarbeid med brukere som har elektroniske medisindispensere.

### **6.1.5 Tett oppfølging**

Funn i studien viser at hjemmetjenesten har endret sine rutiner etter innføring av elektroniske medisindispensere. De har gode rutiner på når de skal fylle på medisiner både på multidosedispenseren og pilledispenseren. For at implementering av elektroniske medisindispensere skal være vellykket, må det organiseres detaljplanlegging med alle aktuelle parter om hvem som har ansvar for hva (Hall et al., 2016, s. 8). Det er viktig at slike ting blir avklart, slik at alle aktuelle parter blir klar over sin rolle og hvilket ansvar den enkelte har. Helsepersonellet i studien har blant annet en rutine der den som bytter dosett tar bilde med en lpaden de har på medisinrommet, og legger deretter dette bildet inn i brukerens journal. Deretter går en kollega inn å kvalitetssikre at for eksempel dosetten er satt riktig inn,

slik at brukerne får rett medisin til rett tid. De har også et skjema på medisinrommet der de kan skrive opp om det er noe som en må følge litt ekstra med på, for eksempel hvis en bruker har en ukedose med antibiotika i tillegg til multidosedispenseren. Da må helsepersonellet inn å følge opp om de tar antibiotikaene slik de skal. Det er viktig å ha klart hvem som har ansvar for, for eksempel opplæring, programmering og vedlikehold av enheten (Hall et al., 2016, s. 8). Innføring av teknologiske løsninger vil i de fleste tilfeller medføre endringer i arbeidsrutiner, organisering og oppgavefordeling (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 114). Funn i studien viser at de ansatte som er på jobb, får melding via vakttelefonen om det skulle være noe feil med dispenseren, ved behov for bytting av medisiner på multidosedispenseren eller pilledispenseren eller at brukerne ikke har tatt medisinen sin. Det er sykepleierne i hjemmetjenesten som har hovedansvaret hvis noen av dispenserne går i stykker. Når de får et varsel på vakttelefonen om at noe er galt med dispenseren, har de satt opp som en fast rutine at feilen skal fikses innen to timer. Hvis den ansvarlige sykepleieren ikke har mulighet eller kompetanse til å fikse feilen, blir velferdsteknologi ansvarlig i kommunen kontaktet. Om ikke han heller klarer å fikse feilen, blir dispenseren videresendt til leverandør. Funn i studien viser at de har gode erfaringer med å ha en til tre dispensere av hver sort, liggende på medisinrommet slik at de slipper å vente på en ny hvis en annen går i stykker. På denne måten vil det ikke bli noe kluss med medisinene til brukerne. Gjennom god implementering av velferdsteknologiske løsninger i hjemmetjenesten, kan helsepersonellet bidra til å gjøre brukerne mer selvstendige. Ved å la brukerne få kontroll, å gi dem muligheten til å bli motivert til å ta i bruk en elektronisk medisindispenser påvirker dette hvordan brukerne oppfatter det å ha en elektronisk medisindispenser selv (Molineux, 2014, s. 349). Det handler om at helsepersonellet må støtte brukerne og muliggjør deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Horghagen & Kristiansen, 2019, s. 39). Funn i studien viser at helsepersonellet er opptatt av at brukerne skal få tett og god oppfølging etter at de har mottatt en elektronisk medisindispenser. Ifølge Johannessen et al. (2019) ble de ansett som avgjørende at teknologien følges tett opp, og at den teknologien som tilbys er i samsvar med brukernes behov, ønsker og ressurser (s. 80). Brukerne følges vanligvis opp i en til to uker, noen ganger lengre hvis det anses som nødvendig, etter at de har fått en elektronisk medisindispenser. Helsepersonellet følger tett opp og gjør hele tiden vurderinger på om brukeren er i stand til å håndtere medisinen og

dispenseren på en forsvarlig måte. Om brukeren ikke er i stand til å ta medisinen sin selv, må helsepersonellet inn å ta bort den elektroniske medisindispenseren, slik at brukerne kan få rett medisin til rett tid.

I henhold til lovgivningen har ansatte ansvar for at medisinhandteringen er faglig forsvarlig (Forskrift om legemiddelhandtering, 2008, § 4). Hagesæther, Johannessen, Neslein & Granås (2015) viser til at feil legemiddelhandtering utgjør vesentlig helseisiko for befolkningen. Minst en av ti sykehusinnleggelse antas å være på grunn av feilmedisinering eller feil medisinhandtering (s. 26). Ifølge Hagesæther et al. (2015) kan multidosepakkede legemidler bidra til bedre medisinhandtering for tjenesteyter, samt frigjøre tid for sykepleiere og andre ansatte i hjemmetjenesten, og til slutt kan det bidra til å redusere feil ved generisk bytte av medisiner (s. 29). Flere brukere har ulike medisiner som av ulike grunner ikke kan inkluderes i de elektroniske medisindispenserne. Dette kan for eksempel være flytende medisiner, eller medisin som kun skal brukes i et kort tidsrom. Når brukere må ha parallelle systemer, som for eksempel at de må ha en ukedose for antibiotikakur og resten av medisinene sine i en pilledispenser eller multidosedispenser, spør Halvorsen og Granås (2012) om hvorvidt dette er med på å redusere gevinstene som er forespeilet ved innføring av multidosepakkede legemidler i elektroniske medisindispensere (s. 26). Da må helsepersonellet fremdeles inn og følge med om brukerne også klarer å huske å ta de resterende medisinene som ikke er inkludert i den elektroniske medisindispenseren. Ifølge Halvorsen & Granås (2012) finnes det ikke noe vitenskapelig dokumentasjon på at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre multidoser, med mindre det blir tilbudt til de rette brukerne (s. 26).

### **6.1.6 Effektivisering**

De demografiske framskrivingene viser at det i fremtiden vil bli vanskeligere å rekruttere nok helsepersonell og omsorgsytere i yrkesaktiv alder, noe som vil føre til en mangel på helsepersonell i omsorgstjenestene (NOU 2011:11, s. 14; Helse- og omsorgsdepartement, 2014, s. 15). Samfunnet vil stå ovenfor utfordringer knyttet til det å møte innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester (Johannessen et al., 2019, s. 71). Frykten for at helse-

og omsorgstjenestene skal få færre hjelpende hender og begrensede ressurser, er en av grunnene til at det nå satses på velferdsteknologi i kommunene (Isaksen et al., 2017, s. 117 – 118). Teknologi må i fremtiden spille en større rolle for å møte de demografiske framskrivingene. Forskning viser at nasjonalt og lokalt press for å øke effektiviteten i hjemmetjenestene var en hoveddriver for å implementere elektronisk medisindispenser (Nakrem et al., 2018, s. 1). Bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten vil bidra til å effektivisere kommunenes oppgaver og frigjøre mer tid til behandling og omsorg (NOU 2011:11, s. 107). Funn i studien viser at helsepersonellet har mer tid til å gjøre andre pasientrettete arbeidsoppgaver etter innføring av elektroniske medisindispensere, og de ga uttrykk for at de syntes ting hadde blitt enklere for dem da de nå ikke bare trenger å holde på med medisiner hele tiden. De gir uttrykk for at å for eksempel legge en to ukers pilledosett og levere den ut gir en viss besparelse på tidsbruken, kontra å måtte legge en dosett og levere ut hver uke. Ved implementering av elektronisk medisindispenser kreves det en innsats fra de ansatte som kan gi merarbeid, særlig helt i starten når alt er nytt. Men det vil i et bredere perspektiv avlaste hjemmetjenesten dersom brukerne blir mer selvstendige (Holthe et al., 2017, s. 253). Funn i studien viser at antall hjemmebesøk i hjemmetjenesten har minsket etter innføring av elektronisk medisindispenser. Brukerne får i tillegg medisinerne sine til riktig tid, og slipper å vente på at hjemmesykepleien skal komme. Hovedmålet med å innføre velferdsteknologiske løsninger i kommunene er at ansatte skal, med samme innsats, kunne levere kvalitativt bedre tjenester ved bruk av ny teknologi og smartere organisering. En ønsker altså å øke produktiviteten i de offentlige sektorene, uten at det går ut over kvaliteten på tjenestene som blir gitt (NOU 2011:11, s. 114).

# 7 Metodediskusjon

Oppgavens formål har vært å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har ved bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Jeg vil her diskutere det som blir kalt *intern validitet*, det som går på troverdighet i kvalitativ forskning og *ekstern validitet*, som jeg tidligere har beskrevet som overførbarhet. Relevans og selve forskerrollen vil også bli diskutert her.

## 7.1 Intern validitet – troverdighet

Spørsmål som en kan stille seg i forhold til intern validitet er om forskningsspørsmålene mine har relevant med tanke på å bringe ny kunnskap på feltet, og om den metodiske fremgangsmåten for å få svar på disse er relevant og til slutt om analysemetoden er relevant i forhold til type forskningsmateriale i studien (Malterud, 2017). Jeg har funnet andre studier som i ulik grad har de samme funn som jeg selv har kommet frem til. Tidligere forskning støtter enkelte sentrale funn i denne studien, men jeg mener imidlertid at forskningsspørsmålene mine er relevante og kan til dels tilføre ny kunnskap på området.

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode da den egner seg godt til å få frem gode diskusjoner og erfaringer fra ulike profesjoner, noe som i mitt tilfelle er viktig for å besvare min problemstilling. Gjennom fokusgruppeintervjuet får deltakerne mulighet til å reflektere med hverandre og dele erfaringer knyttet til bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. En av styrkene ved et fokusgruppeintervju er at jeg får kunnskap om deltakernes opplevelser, holdninger og synspunkter fra et miljø hvor flere mennesker samhandler (Malterud, 2017, s. 138). Samtalene gav et godt innblikk i helsepersonellens erfaringer, både positive og negative, med bruk av de elektroniske medisindispenserne i hjemmetjenesten. Jeg opplevde at informantene bidro til god informasjon og diskusjon av stor relevans for mine forskningsspørsmål. Fokusgruppeintervju opplevdes derfor velegnet og effektiv til innhenting av informasjon fra mange deltakere samtidig. Det er likevel viktig å



spørre seg om kvaliteten på selve intervjumaterialet er tilfredsstillende. Malterud (2017) uttaler at informasjonsstyrken er et bedre kriterium for godt forskningsmateriale, som til dels er avhengig av komponeringen av utvalget, dernest hvordan selve intervjuet forløper (s. 58). Et spørsmål som kan stilles er om informantene kom frem med bredden av relevante erfaringer de satt inne med. Dette knyttes til hvordan jeg stiller spørsmålene (er de åpne eller lukkede) og stemningen i intervjusettingen (kjennes det lov å komme med frustrasjoner, motstemmer til eventuelle dominerende informanter osv.). Som intervjustyrer hadde jeg et ekstra ansvar for å bidra til en god atmosfære der en kunne komme med det en måtte ønske om temaet. Imidlertid kan det at informantene ikke føler situasjonen som trygg eller avslappende, være en begrensning ved å benytte fokusgruppe som intervjuform. Jeg opplevde intervjusituasjonen som god, og det så ut som informantene hadde en avslappet holdning. De deltok aktivt underveis og kom med gode innspill til hverandre. Jeg opplevde at en informant ikke var like aktiv som de andre, og løste dette på en god måte ved å stille direkte spørsmål rettet til denne personen slik at også hun fikk dele sine erfaringer. Det kan ha vært en fordel at informantene jobber tett sammen fra før, da dette kan skape trygghet og mer åpenhet blant dem. Den avsatte tiden var perfekt og jeg opplevde at informantene svarte troverdig på det de ble spurt om, var meddelssomme og lyttende, samtidig kom det også frem noen frustrasjoner. Et aspekt å diskutere er om jeg kan kalle et intervju med henholdsvis tre og to informanter for et fokusgruppeintervju? Ifølge Krueger & Casey (2015) består en fokusgruppe som regel av fem til åtte personer, men det kan også variere fra fire til 12 (s. 6). Siden jeg ønsket å få frem flere synspunkter og erfaringer i et miljø det ulike fagpersoner var representert, valgte jeg fokusgruppeintervju fremfor individuelle intervju. Men siden jeg ikke oppfyller kriteriet om antall informanter i et fokusgruppeintervju er spørsmålet om jeg heller burde ha kaldt det for gruppeintervju, inspirert av fokusgruppeintervju.

Bruk av Malteruds (2017) systematisk tekstkondensering som analysemetode sikret en grundig bearbeiding av datamaterialet (s. 97). Ifølge Malterud (2017) er denne analysemetoden enkel å bruke for nybegynnere, og den er systematisk og overkommelig (s. 97). Det var en svært tidkrevende prosess, men den ga til gjengjeld god oversikt over

datamaterialet mitt. Jeg har vært nøye og fulgt metoden nøyaktig slik Malterud beskriver den. Malterud (2017) understreker at en systematisk gjennomgang av materialet ofte kunne lede til andre konklusjoner enn dem man syntes å se ved samtalens slutt. Dette kunne utfordret problemstillingen og eventuelt også teoriperspektiver i studien. Forskningsprosessen har så langt gitt meg svar på problemstillingen min. Den teoretiske referanserammen består av ergoterapifaglig basert kunnskap om aktivitet og deltakelse samt teori om mestring og mestringsforventning.

Grundighet gjennom hele forskningsprosessen er vesentlig med tanke på troverdigheten. Det ble laget en grundig intervjuguide i forkant. Datamaterialet ble videre transkribert så ordrett som mulig rett etter hvert intervju. Jeg lyttet til datamaterialet mange ganger, og spolte frem og tilbake under selve transkripsjonen for å få med meg alt som ble sagt. Transkripsjonen ble som nevnt utført av meg som forsker, siden det var jeg som var til stede og ledet fokusgruppeintervjuene. Dette er ifølge Kvale & Brinkmann (2017) en fordel med tanke på transkripsjonsreliabiliteten (s. 211). Jeg har i kapittelet om resultat forsøkt å gi en analytisk og etterrettelig fremstilling av datamaterialet mitt. Jeg har forsøkt å ivareta bredden av funn. I diskusjonskapittelet har jeg forsøkt å fremstille funnene på en nyansert måte, og forsøkt å gi troverdige kunnskapsforslag ved bruk av aktuelle teorier og forskning på feltet.

Jeg har gjennom hele prosessen begrunnet mine valg og beskrevet forskningsdesignet grundig, hvordan jeg har forberedt rekrutteringen, begrunnelse for utvalg og valg av analysemetode og hvordan denne systematisk ble fulgt. Jeg har forsøkt beskrevet dynamikken mellom teori og empiri; teoriene ble valgt basert på empirien. Jeg har prøvd å være bevisst på at masteroppgaven som helhet skal være forståelig og leseverdig for andre. Jeg har vært så pålitelig som mulig, slik at resultatene skulle bli troverdige.

## 7.2 Ekstern validitet - overførbarhet

Ekstern validitet kan knyttes til om kunnskapen har relevans utover den konteksten den er produsert i (Malterud, 2017, s. 24).

Utvalget inkluderte helsepersonell som hadde erfaring med bruk av elektronisk medisindispenser i hjemmetjenesten. Det faktum at den ene av seks informantene meldte avbud, medførte imidlertid at utvalget ble noe mindre enn planlagt og bredden av erfaringer og synspunkter kan derfor ha blitt redusert. Dette er en svakhet ved utvalget i denne studien. Det kan også ha vært en svakhet at de ikke har hatt de elektroniske medisindispenser i tjenesten mer enn ett års tid. En kan ikke avskrive at de hadde hatt flere erfaringer og synspunkter å komme med om de hadde hatt lengre erfaring. På bakgrunn av den informasjonen som kom frem under intervjuene, har jeg i ettertid konkludert med at det ikke var nødvendig å intervju flere helsepersonell med erfaring i hjemmetjenesten, da jeg følte jeg fikk gode refleksjoner og svar.

Vurdering av om kunnskap som fremkommer i denne studien er nyttig og har overføringsverdi utover konteksten den er gjennomført i, gjøres ved å vurdere kunnskapens validitet og relevans (Malterud, 2017, s. 23). Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2017, s. 21). Om kunnskapen som kommer frem i denne studien oppleves som relevant og tas i bruk av aktuelle helsepersonellgrupper som skal ta i bruk elektroniske medisindispensere, henger sammen med prosjektets kommunikative validitet og om kunnskapen har en nytteverdi (Kvale & Brinkmann, 2017). Ifølge Kvale & Brinkmann (2017) handler kommunikativ validitet om hvordan jeg som forsker klarer å få denne studien ut til de jeg ønsker å nå (s. 283 – 284). Jeg har gjort nøye rede for viktige valg og hvordan jeg har gjennomført de ulike stegene i studien. Jeg har forsøkt å gi en oversiktlig og analytisk fremstilling av resultatene, samt å løfte diskusjonen ved hjelp av relevant teori og forskning. Om jeg har lyktes med det, må leseren bedømme. Kunnskapen bør ikke bare gjøres tilgjengelig, men også relevant slik at den kan nå ut til dem som kunnskapen er antatt å være relevant for, slik at den kanskje kan bli tatt i bruk. Kunnskapens nytteverdi, kalles ifølge Kvale

& Brinkmann (2017) for pragmatisk validitet, og handler om «å gjøre sant», altså hvordan sannheten hjelper oss å handle for å oppnå ønsket resultat (s. 285). I dette tilfellet er det nødvendig å spørre om dette kunnskapsbidraget oppleves relevant i praksisfeltet og fører med seg «nytte». For at kunnskapen i det hele tatt skal kunne tas i bruk må den oppleves som relevant og nyttig av dem som er involvert i det fagfeltet det dreiser seg om. I denne studien vil det handle om at kunnskapen når ut til dem det gjelder, som i først og fremst er ansatte i hjemmetjenesten, både sykepleiere og hjelpepleiere.

Evnen min til å sette forforståelsen til side, både under bearbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av intervjuene og i analyseprosessen kan være en påvirkende faktor for resultatene som forekommer i studien. Gjennom hele prosessen har jeg forsøkt å sette min forforståelse mest mulig til sides. Når jeg nå snakker om å sette forforståelsen min til side, må også begrepet refleksivitet nevnes. Refleksivitet handler om å at jeg, som ansvarlig for studien skal vise evne og vilje til å sette spørsmålsteget ved min fremgangsmåte og konklusjon (Malterud, 2017, s. 19). Jeg har forsøkt i beste evne til å utfordre egne kunnskaper og fordommer. Samarbeid med veileder har underveis i prosessen også bidratt til å se datamaterialet mitt fra ulike sider og bidratt til kritisk refleksjon.

## 8 Oppsummerende konklusjon

I denne studien har jeg undersøkt helsepersonellens erfaringer ved bruk av elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten. Datamaterialet er innhentet ved hjelp av to kvalitative fokusgruppeintervju med henholdsvis tre og to informanter, fra samme kommune. Basert på studiens funn forsøker oppgaven å belyse problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten?»

Fremtidens demografiske utfordringer krever økt bruk av velferdsteknologiske løsninger for å opprettholde kvaliteten på tjenestene som leveres i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig vil det også være en nedgang i antall yrkesaktive personer, noe som vil føre til en knapphet på helsepersonell. Det er helsepersonellens egne unike opplevelser og erfaringer med velferdsteknologisk løsning jeg har forsøkt å få frem i denne studien og resultater er beskrevet og drøftet ved hjelp av relevant teori, politiske føringer og tidligere forskning gjort på området. Det ble benyttet teorier om aktivitetsvitenskap, rett til aktivitet og deltakelse, aktivitetsfrarøvelse, mestring og mestringsforventning.

De viktigste funnene oppgaven belyser kan deles inn i fire underkategorier, basert på relevant teori og analyse av opparbeidet data; «tidlig innsats», «nødvendig kunnskap», «tett oppfølging» og «effektivisering». En tidlig innføring av dispenserne fører til en større selvstendighet blant brukerne, som også fører til en bedre hverdagsmestring. En tidlig innføring av elektroniske medisindispensere hos brukerne frigjør også tid for helsepersonell, og de behøver å ha færre hjemmebesøk hos hver enkel bruker hver dag.

Med «tidlig innsats» menes det at jo fortere man introduserer og starter opp med en elektronisk medisindispenser i en brukers hverdag, desto enklere blir det å implementere inn i hverdagen til brukeren, og de kan få en positiv erfaring med den elektroniske medisindispenseren. Det er svært viktig å kartlegge behovene til brukeren. Etter kartlegging

er en tidlig innføring av dispenserne gunstig, ettersom det fører til en større selvstendighet blant brukerne, som også fører til en bedre hverdagsmestring. Å få brukerne til å oppleve mestring er avgjørende for at bruken av medisindispenser skal fungere. Det vil også frigjøre vesentlig med tid for helsepersonell, og de behøver færre hjemmebesøk hos den enkelte brukeren hver dag. Likevel er de elektroniske medisindispenser en trygghet både for bruker og helsepersonell når det gjelder dosering, tidspunkt for å ta medisiner og den tryggheten for at medisinene er tatt.

«Nødvendig kunnskap» omhandler opplæring og tekniske utfordringer. En vesentlig del av forberedelsene rundt bruken av de elektroniske medisindispenser er opplæringen av helsepersonell. Resultat av studien sier at deltakerne har opplevd god opplæring og oppfølging fra leverandørene, og opplever at nesten alle ansatte i hjemmesykepleien får den opplæringen som kreves. Jo flere sykepleiere og helsearbeidere som får opplæring rundt dispenserne, dess bedre. Da kan flere rette på feil og mangler. Men selv med god opplæring, viser resultatene fra studien at det oppleves tekniske utfordringer med dispenserne. Noen teknologiske problemer som har oppstått er problemer med selve dispenserens, som trøbbel med multidoser og med oppkutting av posene multidosene lager. Et annet teknisk problem har vært forståelsen til det ansatte helsepersonellet. I starten, som med alle andre ting, hersket det usikkerhet om rett medisin ble levert i doseringen, hvilken vei medisindispenseren skulle snus og fungerer varslinger slik den skal? Det som krevdes var at helsepersonellet rett og slett måtte bruke hverandre, og trene opp en kompetanse rundt det tekniske. Noen ganger var en elektronisk medisindispenser mer tidkrevende enn et vanlig hjemmebesøk.

«Tett oppfølging» baserer seg på hvordan rutinene og ansvaret til helsepersonellet har endret seg etter innføring av elektronisk medisindispenser. Et av de viktigste funnene er at helsepersonellet må ha faste rutiner på å skifte eller fylle på dispenserne. På denne måten kan personellet føre egne skjemaer og journaler som gir en oversikt på når ting har vært skiftet, samt om brukerne har tatt den medisinen de skal. Feil legemiddelhåndtering utgjør

faktisk en vesentlig helserisiko for befolkningen, og det antas at minst en av ti sykehusinnleggelse er på grunn av feilmedisinering eller feil medisinbehandling. En elektronisk medisindispenser kan være med på å få ned disse tallene. Et annet viktig funn, som også berører underkategorien «tidlig innsats», er at helsepersonellet har en god og svært tett oppfølging i syv til fjorten dager (noen ganger lengre) hos brukeren, slik at de er sikre på at brukeren har forstått og lært seg hvordan dispenseren den aktuelle brukeren har fungerer. Ved feil på dispenserne, har sykepleierne en vakttelefon. Denne telefonen gir også lyd fra seg om de medisinene som skal tas, ikke har blitt tatt.

Den fjerde og siste underkategorien handler om «effektivisering». Jobben til helsepersonellet skal effektiviseres og gjøres enklere. Dette ga også deltakerne i studien uttrykk for, og resultatene fra de innsamlede dataene gir uttrykk for at innføring av elektronisk medisindispenser i hjemmesykepleien gir mer tid til andre arbeidsoppgaver, gitt at dispenserne er implementert i dagliglivet til brukerne. Antall hjemmebesøk har etter innføring av dispenserne minsket, og besøkene deltakerne i studien hadde har vært kraftig redusert ved innføring av dispensere, fra omtrent å besøke brukerne hver dag, til hver andre til fjerde uke. Siden behovet for helsepersonell vil øke på grunn av den demografiske utviklingen, vil teknologien spille en viktig rolle for å effektivisere velferdsteknologien i helse- og omsorgstjenesten, og en elektronisk medisindispenser kan være et svært nyttig hjelpemiddel i denne effektiviseringen – om den implementeres og driftes på riktig måte, som beskrevet tidligere.

Som en kan se, er det ingen skarpe grenser mellom funnene som har blitt presentert ovenfor. Funnene i studien glir over og gjensidig påvirker hverandre.

Jeg har et håp om at denne studien kan ses på som et faglig innspill og bidra til økt kunnskap om helsepersonellens erfaringer ved bruk av elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten. Dette er viktig kunnskap å belyse med mer forskning på området, slik at kommuner og helse- og omsorgstjenester kan oppnå vellykkede implementeringer av velferdsteknologiske løsninger i hjemmetjenesten.

## 9 Litteraturliste

Bendixen, H. J. (2005). Occupational Science – begyndelsen. I H. J. Bendixen, T. Borg, E. F. Pedersen & U. Altenborg (Red.), *Aktivitetsvidenskap i et nordisk perspektiv*. (s. 15-30). København: FADLs forlag.

Bergsagel, I. (2017, 14. november). *Hva er det egentlig, og hva brukes det til?* Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/08/hva-er-det-egentlig-og-hva-brukes-det-til>

Bernhoft-Osa, K., Fjeldstad, M., Erichsen, K. B., Nes, I. T. & Kötterheinrich, J. K. (2005). Occupational justice – rett til aktivitet og deltakelse. *Ergoterapeuten nr. 2-05*, s. 24-29.

Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C. & Hawley, M. (2014). Factors affecting frontline staff acceptance of telehealth technologies: a mixed- method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 70(1), 21–33. doi: 10.1111/jan.12196

Chen, K. & Chan, A. H. S. (2011). A review of technology acceptance by older adults. *Gerontechnology*, 10(1), 1-12. <https://journal.gerontechnology.org/archives/1464-1508-1-PB.pdf>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015). *Konfidensialitet*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/>

Ergoterapeutene (2017). *Ergoterapeutenes kjernekompetanse*. Hentet fra <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75->



[Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse Web enkeltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdmVvYXBlbXRIbmUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1CNlVvdC11cTEwZw](https://www.ergoterapeuter.no/trykksaker/kjernekompetanse%202017/ergoterapeuters_kjernekompetanse_web_enkeltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdmVvYXBlbXRIbmUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1CNlVvdC11cTEwZw)

Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2017). *Helsepsykologi* (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Feeley, T. H. (2014). Self-Efficacy. I T. L. Thompson (Red.), *Encyclopedia of Health Communication* (s. 1229 -1231). SAGE Publications.

Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03-320). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Hagesæther, E., Johannessen, C. L., Neslein, I-L. F & Granås, A. G. (2015). Legemidler og pasientsikkerhet – fokus på eldre. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 2015(1), 26-30. <https://www.farmatid.no/artikler/vitenskap/legemidler-pasientsikkerhet-fokus-pa-eldre>

Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Hall, J., Bond, C., Kinnear, M. & McKinstry, B. (2016). Views of patients and professionals about electronic multicompartiment medication devices: a qualitative study. *BMJ Open* 2016(6), 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2016-012915

Halvorsen, K. H. & Granås, A. G. (2012). Multidosepakkede legemidler I Skandinavia – en systematisk oversikt over muligheter og begrensninger. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 120(4), s. 22-27. <https://www.farmatid.no/artikler/vitenskap/multidosepakkede-legemidler-skandinavia>

Helsedirektoratet. (2012). *Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. (IS-1990). Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf> /attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf

Helsedirektoratet. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger* (IS-2416). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf> /attachment/inline/c879e5ef-715a-4277-9e89-e88f81e3b862:bbe6388b148899c2855be38afc2e163ce8065740/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

Helsedirektoratet. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger* (IS-2557). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf> /attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

Helse- og omsorgsdepartement. (2008). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. Nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartement. (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. Nr. 29 (2012-2013)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartement. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (Meld. St. nr. 26 (2014-2015)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf)

Helse- og omsorgsdepartement. (2017). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. Nr. 15 (2017-2018)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_4#%C2%A74-2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-2)

Holbø, K., Das, A., Bøthun, S., Formanek, M. N. & Halvorsen, T. (2019). Multidosetjeneste for hjemmeboende – brukernes erfaringer og behov for nye løsninger. *Nordisk välfärdsforskning Nordic Welfare Research*, 4(1), s. 20-31. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-01-03>

Holthe, T., Lund, A. & Landmark, B. (2017). Velferdsteknologi som kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 234-242. 10.18261/ISSN.2387-5984-2017-03-09.

Horghagen, S. & Kristensen, H. K. (2019). Utdanningsamarbeid og kulturmøter på masterutdanninger i aktivitetsvitenskap i Norge og Danmark. *Ergoterapeuten nr. 3-2019*, s. 38-44.

Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarli, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), 117-126. 10.18261/ISSN.2387-5984-2017-02-09

Jacobsen, A., Legarth, K. H. & Sønnichsen, L. H. (2013). Aktivitet og deltagelse i forskjellige livsfaser. I Å, Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 49-70). København: Munksgaard.

Jepsen, B. G. & Larsen, A. E. (2013). Ergoterapeutisk intervention. I Å, Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 213-226). København: Munksgaard.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), 71-83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>.

Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5th ed.). Los Angeles: Sage.

Kvale, S. (1983). The Qualitative Research Interview. *Journal of phenomenological psychology*, 14(1-2), 171-196.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>

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

Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Molineux, M. (2014). Occupational Science and Occupational Therapy: Occupation at Center Stage. I C. Christiansen & E. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The Art og Science and Living*. (s. 337-361).

Mostad, M., Skjelbred, M. R., Bråten, V. & Bonsaksen, T. (2013). Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon. *Ergoterapeuten nr 04, 2013*, s. 30-34.

Mærsk, J. L. & Wolters, A. (2019). Aktivitetsvidenskab. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 61-71). København: Munksgaard.

Nakrem, S., Solbjør, M., Pettersen, I. N. & Kleiven, H. H. (2018). Care relationships at stake? Home healthcare professionals' experiences with digital medicine dispensers – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18(26), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2835-1>

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

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

Radhakrishnan, K., Jacelon, C. & Roche, J. (2012). Perceptions on the Use of Telehealth by Homecare Nurses and Patients With Heart Failure: A Mixed Method Study. *Home Health Care Management & Practice*, 24(4), 175-181. DOI: 10.1177/1084822311428335

Scott Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K. & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 4-12. DOI: 10.1177/1357633X16674087

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thygesen, H. (2019). Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi: en ressursbok*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Townsend, E. & Wilcock, A. (2004). Occupational Justice. I C. Christiansen & E. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The Art og Science and Living* (s. 243.273).

Whiteford, G. (2004). When People Cannot Participate: Occupational Deprivation. I C. Christiansen & E. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (s. 221-242).

Whiteford, G. (2014). Occupational Deprivation: Understanding Limited Participation. I C. Christiansen & E. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (s. 281-306).

Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Intervjuguide

### Intervjuguide

#### **Helsepersonells erfaring med elektronisk medisineringsstøtte**

I denne studien ønsker jeg å se nærmere på hvilke erfaringer helsepersonellet i hjemmetjenesten har ved bruk av elektroniske medisindispensere. Dette innebærer at jeg vil ha fokus på de faglige utfordringene knyttet til oppfølging av brukere, samt hva slags informasjon og opplæring de ansatte har fått i bruk av elektroniske medisindispensere. Jeg vil undersøke dette ved å gjennomføre et fokusgruppeintervju av helsepersonell som jobber i hjemmebaserte tjenester i en kommune.

#### **Problemstilling**

«Hvilke erfaringer har helsepersonell ved bruk av elektronisk medisindispensere i hjemmetjenesten?»

#### **Forskningsspørsmål**

Hvilke fordeler erfarer helsepersonell ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hvilke ulemper erfarer helsepersonell ved bruk av elektroniske medisindispensere?

Hva er de faglige utfordringene med oppfølging av elektroniske medisindispensere?

Hva slags informasjon og opplæring har de fått?

#### **Spørsmålene:**



1. Hvor lenge har dere tilbudt denne tjenesten?
2. Beskriv hvordan de elektroniske medisindispenser fungerer
3. Hvordan kartlegges behov?
4. Hvilke kriterier understøtter valg av mottakere av tjenesten?
5. Hvordan følges denne tjenesten opp i det daglige?
6. Er det endring i rutiner med medisindispenser kontra uten?
7. Hva slags opplæring har dere fått?
8. Får alle ansatte opplæring i bruk av medisindispenseren?
9. Hvem er det som følger opp ved evt. feil med dispenseren?
10. Hvem er mottaker av en evt. alarm?
11. På hvilken måte har elektronisk medisindispensere endret
  - a. kartleggingsmetodene deres?
  - b. på roller og oppgaver i tjenesten?

Til slutt; Er det noe dere vil tilføye som dere tenker vil være relevant?

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv

### **Vil du delta i forskningsprosjektet "Helsepersonells erfaring med elektronisk medisineringsstøtte"?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvilke erfaringer helsepersonell har med elektroniske medisindispensere i hjemmetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Mange kommuner implementerer elektronisk medisineringsstøtte som en del av de hjemmebaserte tjenestene som tilbys. Dette er en ny tjeneste som innebærer at medisinbehandling utføres på en annen måte en tidligere. Det overordnede formålet med dette prosjektet er å få kunnskap og innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har med den nye tjenesten. Dette er viktig kunnskap som kan bidra til å kvalitetssikre tjenestene.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Førsteamanuensis Hilde Thygesen på VID Vitenskapelige Høgskole Sandnes er ansvarlig for prosjektet. Hun kan kontaktes på telefon 22 45 19 31 eller på epost: [hilde.thygesen@vid.no](mailto:hilde.thygesen@vid.no).

Personvernombud ved VID Vitenskapelige Høgskole er Nancy Yeu Liu. Hun kan kontaktes på telefon 938 56 277 eller på epost: [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no).

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du mottar denne henvendelsen fordi du har erfaring med bruk av elektronisk medisindispenser som en del av tjenesten kommunen tilbyr. Det er leder for en avdeling i hjemmetjenesten i kommunen som har videreformidlet denne henvendelsen om deltakelse. Utvalget er trukket ut fra hvem som har erfaring med bruk av elektronisk medisindispenser, i en bestemt kommune.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du samtykker til deltakelse i denne studien vil du bli kontaktet av undertegnede for nærmere avtale om deltakelse i fokusgruppeintervju. Intervjuet vil finne sted i arbeidstiden, i et egnet rom der en kan sitte uforstyrret, i tilknytning til kommunens hjemmebaserte tjenester på et tidspunkt som passer deg som deltaker. Intervjuet vil vare i ca. en time og dreie seg om din erfaring med elektroniske medisindispensere.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være jeg (Emilie Lomeland) og min veileder (Hilde Thygesen) som har tilgang til innsamlet data fra studien. All data vil bli anonymisert, det vil si at du som person ikke kan bli gjenkjent i det publiserte materialet i etterkant av studien.

Jeg benytter en separat båndopptaker som ikke er tilkoblet internett, og som vil bli oppbevart innelåst.

Materialet vil bli lagret på en minnepenn der navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Minnepennen vil også være innelåst.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2020. Alle opplysninger vil bli slettet etter endt forskningsprosjekt.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige Høgskole, Sandnes har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- VID Vitenskapelige Høgskole, Sandnes ved Hilde Thygesen. Hun kan kontaktes på telefon 22 45 19 31 eller på epost: [hilde.thygesen@vid.no](mailto:hilde.thygesen@vid.no).
- Vårt personvernombud er Nancy Yeu Liu ved VID Vitenskapelige Høgskole
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

*Eventuelt student*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helsepersonells erfaring med elektronisk medisineringsstøtte», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31.12.2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 3 NSD søknad

27.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Helsepersonells erfaringer med elektronisk medisineringsstøtte

### Referansenummer

306551

### Registrert

09.12.2019 av Emilie Lomeland - emiily\_@live.com

### Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Sandnes

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Hilde Thygesen, hilde.thygesen@vid.no, tlf: 22451931

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Emilie Lomeland, emielomi27@gmail.com, tlf: 95940776

### Prosjektperiode

20.11.2019 - 31.12.2020

### Status

11.12.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 11.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 11.12.19. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5dcc0828-5524-4510-b293-18d453a44ddc>

1/2

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)