



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Eldre sitt forhold til elektronisk medisineringsstøtte

En kvalitativ studie

Belinda Bendixen

HEL-3963 Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid - mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Det blir stadig flere eldre i Norge, dette innebærer at vi om få år vil være færre yrkesaktive per eldre sammenlignet med i dag. Og når levealderen øker vil det også si at de lever lengre med sykdom. Nasjonale føringer ber kommunene satse på blant annet elektronisk medisineringsstøtte for å hjelpe med den utfordringen det medfører. Hensikten med studien er å undersøke hvordan hjemmeboende eldre opplever å bruke en velferdsteknologisk løsning for medisindosering.

Teoretisk perspektiv: For å diskutere funnene har jeg brukt mestring og Antonovsky sin opplevelse av sammenheng, samt aktør-nettverksteori og domestisering av teknologi.

Metode: Studien er basert på en kvalitativ metode med individuelle intervju, av eldre personer, for å finne svar på problemstillingen. Til analysen ble Malterud sin systematiske tekstkondensering brukt. Via strategisk utvalg ble deltakere rekruttert med bistand fra hjemmesykepleien.

Resultat: Studien viser til at deltakerne ønsker å klare seg selv til tross for utfordringer som krever mestring i hverdagen. Medisindispenserens enkle utforming legger til rette for at den skal være lett å mestre. Den legger også til rette for opplevelse av sammenheng ved å være strukturert, forutsigbar og forståelig. Den påvirker den eldre personen daglig og de er nødt til å forholde seg til den. Samtidig hadde de individuelle rutiner og følte seg trygge hjemme med den hjelpen de mottok. Det er viktig å legge til rette for god opplæring siden det tar tid å lære seg noe nytt når en har blitt eldre. Medisindispenseren kom inn i et eksisterende nettverk som de allerede hadde med hjemmesykepleien, men det fungerer når det jobbes mot samme mål; som er riktig medisineringsstøtte. De eldre fikk hjelp til å huske samtidig som de ønsket å klare seg selv i hverdagen.

Konklusjon: Elektronisk medisineringsstøtte kan hjelpe den eldre personen med å være selvhjulpent i hverdagen. Måten den er utformet på er med å legge til rette for mestring, selv med redusert kognitiv funksjon. En del av grunnlaget for innføring er en god kartleggingsprosess for å finne ut av hvem som kan nyttiggjøre seg av den.

Abstract

Background and purpose: There are becoming more elderly people in Norway. This means that in a few years, there will be fewer people in employment per elderly person compared with today. And when life expectancy increases, it also means that they live longer with disease. National guidelines ask municipalities to invest in, among other things, electronic medication support to help with the challenge it entails. The purpose of the study is to investigate how elderly people living at home experience using a welfare technology solution for medicine dosing.

Theoretical perspective: To discuss the findings, I have used mastery and Antonovsky's sense of coherence, as well as actor-network theory and domestication of technology.

Method: This study is based on a qualitative method with individual interviews, by older people, to find answers to the problem. Malterud's systematic text condensation was used for the analysis. Via strategic selection, participants were recruited with assistance from the people who work in home nursing.

Results: This study shows that the participants want to manage on their own despite challenges that require mastery in everyday life. The simple design of the medicine dispenser makes it easy to master. It also facilitates the sense of coherence by being structured, predictable and understandable. It affects the elderly person daily and they must deal with it. At the same time, they had individual routines and felt safe at home with the help they received. It is important to facilitate good education since it takes time to learn something new when you are older. The medicine dispenser came into an existing network that they already had with home nursing, but it works when working towards the same goal; which is proper medication. The elderly were helped to remember at the same time as they wanted to manage themselves in everyday life.

Conclusion: Electronic medication support can help the elderly person to be self-reliant in everyday life. The way it is designed helps to facilitate mastery, even with reduced cognitive function. Part of the basis for introducing is a good mapping process to find out who can make use of it.

Forord

Å gjennomføre et masterstudium ved siden av full jobb har vært tidkrevende og noen ganger nesten litt for mye. Samtidig er jeg veldig glad for det faglige påfyllet det har gitt meg og at jeg kom i mål.

Jeg vil gjerne takke de som har gjort dette forskningsprosjektet mulig, først og fremst deltakerne som villig stilte opp og gav av seg selv. Uten deres reflekterte svar kunne jeg ikke fullført denne oppgaven, det setter jeg stor pris på. Takk også til mine arbeidsplasser ved Hjemmetjenesten nord og Olavsgården som har lagt til rette for at jeg skulle klare å fullføre dette løpet.

En stor takk til veileder Gunnar Ellingsen for gode og konstruktive tilbakemeldinger. Takk også til medstudenter og Bodil Hansen Blix for verdifulle masterseminar med faglige diskusjoner og tilbakemeldinger.

Harstad, 4.mai 2022

Belinda Bendixen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Tema og problemformulering.....	4
1.3	Struktur i oppgaven	5
2	Bakgrunnsinformasjon	5
2.1	Den eldre personen	5
2.2	Kommunens helse- og omsorgstjenester	6
2.2.1	Hjemmesykepleie	7
2.3	Velferdsteknologi	8
2.3.1	Gevinstrealisering og utbredelse	10
2.3.2	Elektronisk medisineringsstøtte	11
3	Tidligere forskning	13
4	Teoretisk perspektiv	15
4.1	Mestring.....	15
4.1.1	Opplevelse av sammenheng.....	16
4.2	Aktør-nettverk og domestisering.....	18
4.2.1	Aktør-nettverksteori (ANT)	18
4.2.2	Domestisering av teknologi.....	19
4.2.3	Sammenheng	21
5	Metode.....	22
5.1	Valg av metode.....	22
5.2	Forskning i eget felt.....	23
5.3	Søk etter tidligere forskning	24
5.4	Forskningsprosessen.....	25
5.4.1	Godkjenning	25
5.4.2	Utvalg	25

5.4.3	Rekruttering.....	26
5.4.4	Intervju	27
5.4.5	Opptak og transkribering.....	28
5.5	Analyse og prosess	29
5.6	Metodiske overveielser.....	34
6	Presentasjon av funn.....	36
6.1	Jeg får god hjelp, men føler jeg fortsatt klarer å følge med.....	36
6.2	Får utdelt medisin når det er vanskelig å huske på.....	37
6.3	Jeg stoler på at dispensereren varsler.....	38
6.4	Tettere oppfølging i starten siden det tar tid å lære noe nytt	39
6.5	Helsehjelp tilpasset hver enkelt	40
7	Diskusjon.....	42
7.1	Kan en elektronisk medisindispenser bidra til mestring i hverdagen?	42
7.2	Hvordan virker en elektronisk medisindispenser som aktør inn på den eldre sin hverdag?	48
7.3	Etiske betraktninger	52
8	Avslutning	53
8.1	Oppsummering	53
8.2	Veien videre.....	54
	Referanseliste	55
	Vedlegg nr. 2 – Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).....	61
	Vedlegg nr. 3 - Informasjonsskriv til avdelingsledere	64
	Vedlegg nr. 4 - Informasjonsskriv til deltakere.....	65
	Vedlegg nr. 5 - Intervjuguide	69
	Vedlegg nr. 6 – Analyse av transkripsjoner	71

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Norges befolkning blir stadig eldre, og den mye omsnakkede eldrebølgen er på vei. Det innebærer at i de neste 38 årene vil befolkningen over 70 år øke med over 700 000 personer, dette er litt lavere enn tidligere beregnet. Spesielt vil antallet over 80 år øke (Statistisk sentralbyrå, 2020). Per 1.januar 2022 var det 870 963 personer i Norge over 67år. 193 735 var mellom 80 og 89 år mens 46 558 personer var 90 år eller eldre (Statistisk sentralbyrå, 2022). Den yngre gruppen vil derimot ikke øke like mye, antall yrkesaktive per eldre vil mest sannsynlig være 3,6 i år 2030 og 2,9 i år 2050. Til sammenligning var det 4,7 i år 2000. I tillegg vil antall eldre merkes spesielt i distriktene (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 42). En økning av eldre er ikke en utfordring i seg selv, men med flere eldre vil behovet for helsetjenester øke. Som et ledd i dette kom stortingsmeldingen «Leve hele livet» i 2018, her kommer det blant annet frem at velferdsteknologiske hjelpemidler er viktige virkemidler for å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 21). Velferdsteknologi er, i Norge, et samlebegrep for forskjellige typer teknologi som brukes innenfor helse. Teknologien er til for å hjelpe den enkelte i hverdagen, den har også som mål å utsette eller forebygge nedsatt funksjonsevne (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 18).

Det legges stor vekt på at de eldre skal få bo hjemme så lenge de ønsker og så lenge det er faglig forsvarlig. De skal få mulighet til å oppleve mestring selv om kroppen svikter og være trygg på at de kan få hjelp når behovet melder seg. De skal få leve – hele livet.

Kvalitetsreformen nevner flere utfordringer og det kommer forslag til løsninger som skal gi mulighet for livskvalitet og mestring samtidig som det forebygges funksjonsfall. Det skal også gis rett hjelp til riktig tid (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 21). Regjeringen har også kommet med en målsetning om at velferdsteknologien skal kunne «fremme egenstyring og uavhengighet og bidra til at folk kan klare seg selv, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne» (NOU 2011: 11, s. 99).

Fra nasjonalt nivå har det dermed kommet føringer for hvilke tiltak kommunene skal iverksette for å klare å gi helsehjelp til dem som trenger det. Og i flere år har Velferdsteknologiprogrammet hjulpet kommuner med å innføre velferdsteknologiske hjelpemidler i helse- og omsorgstjenesten (KS, 2018).

1.2 Tema og problemformulering

Jeg har jobbet som sykepleier i over 10år, fortrinnsvis med eldre pasienter. Jeg har dermed opparbeidet meg erfaring med hvilke behov som er der ute, hvilke føringer som kommer ovenfra, og hvordan det er å implementere teknologi. Det finnes gevinstanalyser som ser både på sparte kostnader og mer korrekt medisinerings, men i mine søk har jeg ikke funnet mye om hvordan dette påvirker den eldre pasienten. Jeg har heller ikke inntrykk av at dette er hovedfokus i de forskjellige tjenestene. Hvordan er det egentlig for denne generasjonen å ta i bruk tekniske løsninger? Og vil de i fremtiden få velge selv om de skal benytte seg av slike løsninger etter hvert som helsetjenestene bli mer presset? Dette kunne jeg tenke meg å vite mer om. Jeg tenker at eldre sine opplevelser og erfaringer er aktuelle når det kommer til hvordan teknologien innføres. Er det noe som kan gjøres på en annen måte? Klarer de å benytte seg av teknologien? Å se på alle typer velferdsteknologi blir for vidt for min mastergradsoppgave. Jeg har derfor valgt å begrense meg til elektronisk medisineringsstøtte som teknologi, dette er en av de velferdsteknologiske løsningene som landets kommuner er bedt om å satse på. Jeg har også valgt å konsentrere meg om eldre som fortsatt bor hjemme med hjelp fra hjemmesykepleien. Både fordi det er et fokus på at eldre skal få bo hjemme så lenge som mulig, men også fordi velferdsteknologiske løsninger kan være med å bidra til nettopp dette. Det er også lite bruk av medisineringsstøtte på institusjoner siden personalet allerede er til stede gjennom hele døgnet. Mitt håp for studien er at den kan bidra til at de eldre sine stemmer blir hørt og at deres erfaring kan være til hjelp ettersom teknologien fortsetter å bres ut.

På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

- Hvordan opplever hjemmeboende eldre å bruke en velferdsteknologisk løsning for medisindosering?

For å hjelpe meg å finne svar på dette har jeg utarbeidet noen mer spesifikke forskningsspørsmål. Disse er:

- Hvordan virker en elektronisk medisindispenser inn på deres hverdag?
- Hva oppleves som utfordrende med å bruke en elektronisk medisindispenser?
- Hva oppleves som positivt med å bruk en elektronisk medisindispenser?

1.3 Struktur i oppgaven

Først vil jeg starte med litt bakgrunnsinformasjon om den eldre personen, hjemmesykepleie som kontekst og velferdsteknologi. Videre vil jeg vise til tidligere forskning før jeg går over til teoretiske perspektiver. Etter dette kommer et metodekapittel før jeg går videre til å presentere funnene fra min studie. Disse vil så bli diskutert opp imot de teoretiske perspektivene og tidligere forskning.

2 Bakgrunnsinformasjon

2.1 Den eldre personen

I 2018 kom Helse- og sosialdepartementet ut med en reform kalt «Leve hele livet». Et av målene i reformen er å bidra til «Flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den» (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 10). For å få til dette må det tas hensyn til hvem de eldre er og de utfordringene som følger med.

I Norge går de fleste av med pensjon idet de fyller 67år, men å bli pensjonist vil ikke automatisk si at du dermed vil være avhengig av hjelp for å klare deg i det daglige. Etter hvert som en person blir eldre, skjer det en naturlig endringsprosess og kroppen svekkes, det vil si at både fysisk og kognitiv funksjon reduseres. «*Kognisjon* betyr forstandsaktivitet, slik som persepsjon (sanseoppfatning), oppmerksomhet, hukommelse, læring, begrepsdanning, språk, resonnering og problemløsning» (Wyller, 2015, s. 58). Den eldre personen vil da ikke ha en like effektiv oppmerksomhet sammenlignet med yngre, arbeidshukommelsen er svekket og det kan være vanskeligere og ta lengre tid å lære seg noe nytt (Nordhus, 2012, s. 28).

Samtidig som det skjer en naturlig svekkelse av kognisjonen har en stor del av den eldre befolkningen en kognitiv svikt i tillegg. Rapporten «Forekomst av demens i Norge» viser til at ca. 60% av alle med en demenssykdom bor hjemme. Det vises også til at denne gruppen utgjør ca. 42% av gruppen over 70år som hjemmesykepleien gir helse- og omsorgstjenester til (Gjøra et al., 2020, s. 10).

I tillegg er mange av pasientene som hjemmesykepleien yter helsehjelp til i kategorien geriatriske pasienter. En geriatrisk pasient defineres som over 65år, er gjerne skrøpelig, har flere sykdommer samtidig og bruker dermed flere medisiner, også kalt polyfarmasi. I tillegg

har de ofte et atypisk symptombilde og reagerer forsinket på behandling (Wyller, 2015, s. 20). Symptomer på akutt sykdom og infeksjon er ofte akutt funksjonssvikt og delirium (Nygaard, 2012, s. 193-194).

Grunnen til at dette anses som relevant er vi snakker om en sårbar gruppe mennesker. Flere er slitne etter hard jobbing og de har vært gjennom kriser i livet. Etter hvert som en blir eldre tynnes også omgangskretsen, spesielt for dem som ikke har mye familie rundt seg, og støtteapparatet blir mindre. Sammen med svekket kognisjon og geriatri har det innvirkning på mestringsprosesser og ikke minst på hva som bør følges opp i forhold til helsen. Og ved bruk av flere medisiner er det viktig å ha kontroll på dem og at de blir tatt til rett tid. Elektronisk medisineringsstøtte kan her være til hjelp. Jeg har for øvrig ingen grunn til å påstå at deltakerne i studien har en kognitiv svikt utover det som følger med normal aldring.

Videre i oppgaven kommer den eldre personen også til å bli omtalt som pasient siden dette er et begrep som brukes om personer hjemmesykepleien yter helsetjenester til (Helsedirektoratet, 2015a). I tillegg bruker flere av forskningsartiklene betegnelsen «bruker».

2.2 Kommunens helse- og omsorgstjenester

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er grunnfjellet i den norske helsetjenesten. Den omfatter blant annet fastleger, legevakt, helsestasjon- og skolehelsetjeneste og alle pleie- og omsorgstjenester i kommunene. De fleste innbyggere er i kontakt med kommunehelsetjenesten i løpet av et år, og de fleste helseproblemer løses på dette nivået. (Nylenna, 2020, s. 70)

Kommunen har ansvaret for at innbyggerne får den helsehjelpen de har krav på, også ute i distriktene. Dette gjelder ikke kun kommunens egne innbyggere, men alle personer som oppholder seg der. Det er også lagt føringer for hva dette ansvaret innebærer mer spesifikt, blant annet helsefremmede og forebyggende tjenester, hjelp i akutte situasjoner, utredning, og rehabilitering (omsorgstjenesteloven, 2021, §3-1 og 3-2). Hvis en ser nærmere på punkt 6 i §3-2, så skal kommunen tilby helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og plass i institusjon. Helsehjelp som tjeneste kan gis både i eget hjem, i omsorgsbolig (tilrettelagt bolig) og i sykehjem. Spesialisthelsetjenesten kommer ikke inn under det kommunale ansvaret, dette ansvaret har staten.

Helsetjenesten er i stadig endring, brukergruppene endrer seg og forskning fører til nye behandlingsmetoder. Helsetjenesten styres også av veiledere som for eksempel «Leve hele livet», slike legger føringer for organisering av tjenester og hva som bør prioriteres. Fraflytting fra distrikter skaper også en utfordring fordi viktig arbeidskraft forsvinner.

2.2.1 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en del av det kommunale helse- og omsorgstilbudet og omfattes av flere lovverk. I følge helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 skal kommunen tilby helsetjenester i hjemmet. §3-2a viser til at det vurderes om pasienter kan bo hjemme mens de venter på institusjonsopphold (omsorgstjenesteloven, 2021). Knyttet til denne loven finnes også en forskrift som blant annet beskriver nærmere hva hjemmesykepleiens oppgaver er og faglige krav til tjenesten. Forskriften beskriver ikke oppgaver i detalj, men viser til at det spesielt skal legges vekt på «kurativ behandling og pleie, opptrening og pleiefunksjoner» (helsetjeneste, 2021, s. §1).

Det er kommunene selv som bestemmer hvordan hjemmesykepleien skal organiseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). De fleste er organisert slik at pasientenes bostedsadresse er utslagsgivende for hvilket distrikt de vil tilhøre. Men noen av de større kommunene har også spesialiserte hjemmetjenester til for eksempel pasienter med demenssykdom, de som har behov for palliasjon osv. Den kommunen jeg har mest erfaring fra har organisert hjemmesykepleien ut fra bostedsadresse.

Pasienter med behov for hjemmesykepleie har forskjellige utgangspunkt, fellesbetegnelsen er at de på permanent eller midlertidig basis har behov for helsetjenester i hjemmet. Dette kan både være en som daglig trenger hjelp til mat, medisiner og stell, men det kan også være en som trenger hjelp en kort tid i etterkant av en sykehusinnleggelse. Ifølge Statistisk sentralbyrå mottok 197 738 personer helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet i 2020. Praktisk bistand vil kunne være for eksempel hjelp til å lage mat eller vaske huset. Av disse var 107 805 personer 67år og eldre (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 har hjemmesykepleien opplevd at pasienter skrives ut fra sykehus på et tidligere tidspunkt enn før, og på bakgrunn av dette trenger de mer, og ikke minst spesialisert oppfølging. Helst skal de kunne bo i hjemmet livet ut. Kort fortalt innebar denne reformen behov for mer koordinerte tjenester for pasienten, og en av

måtene for å løse dette var et større samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunene utarbeidet samarbeidsavtaler med sykehusene og forpliktet seg økonomisk dersom de ikke klarte å ta imot utskrevne pasienter som avtalt (Nylenna, 2020, s. 82-83).

Lovverket viser til at sykepleiere og hjelpepleiere skal være en del av sykepleietjenesten (helsetjeneste, 2021, §3). I tillegg dekkes vakter av ufaglærte assistenter, spesielt i helger, høytider og ferier (Gautun, 2020, s. 25). I praksis blir ordet hjemmesykepleie og hjemmetjeneste brukt litt om hverandre. Jeg har brukt begge betegnelse videre.

Som nevnt innledningsvis blir den eldre befolkningen større, en stor andel av dem er syke og ville tidligere kanskje fått opphold i institusjon, for eksempel sykehjem. Når disse skal få helsehjelp i eget hjem uten at hjemmesykepleien får flere hender og fagpersonale, så tvinges det frem endrede arbeidsmetoder. En av dem er bruk av velferdsteknologi.

2.3 Velferdsteknologi

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

Velferdsteknologi deles gjerne inn i fire hovedgrupper: trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 18).

Innenfor trygghets- og sikkerhetsteknologi finnes forskjellige alarmsystemer, deriblant overvåkningsalarmer som adgangskontroll og komfyrvakt. Det finnes flere typer trygghetsalarm, mest kjent er nok knappen som alle assosierer med begrepet. I tillegg finnes aktivitetsdetektorer, falldetektorer og sensorer som hjelper med å sjekke at en person er godt nok kledd for en tur ut. Her er både alarmer som utløses automatisk og manuelt (NOU 2011: 11, s. 101). Elektroniske dørlåser kommer også inn her (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 19).

Gruppen med kompensasjons- og velværeteknologi inneholder mye forskjellig. Tekniske hjelpemidler til forflytning inneholder alt fra mobile personløftere, robotassistanse, hørsel- og synshjelpemidler til hjelpemidler mot inkontinens. Omgivelseskontroll kan for eksempel være TV, kaffetrakter og fjernkontroll på lys og varme. Teknologisk assistanse kan være trappeheis, hev- og senkbare møbler + toalett med automatiske funksjoner. Det kan også være forskjellig robotteknologi for rengjøring. Treningsaktiviteter kan være både pulsklokke, GPS-sporing, spillteknologi og teknologi brukt innenfor rehabilitering. Teknologi for hjelp til å huske deles inn i automatiske meldinger og løsninger som aktivt aktiveres. Den første kan for eksempel være medisindosetter som gir beskjed når det er tid for å ta medisin, det kan også være løsninger som hjelper med å organisere hverdagen i forhold til tid og aktivitet. Løsninger som aktivt må aktiveres er for eksempel søk etter gjenstander (NOU 2011: 11, s. 102-104).

Teknologi for sosial kontakt har lenge vært brukt av privatpersoner og grupperes i videokommunikasjon, webtjenester og robotteknologi som tekniske «kjæledyr» og kommunikasjons-roboter (NOU 2011: 11, s. 104).

Den fjerde og siste gruppen handler om teknologi for behandling og pleie, denne har kommet mer frem de siste årene. Hjemmebehandling er alt fra å kunne kommunisere med diverse helsepersonell uten fysisk oppmøte, ha tilgang til egen journal osv. Det kan utføres egne analyser hjemme, både at pasienten selv registrerer målinger og det finnes forskjellig sensorteknologi som kan overføres automatisk. For eksempel være EKG, blodtrykk, blodsukker osv. (NOU 2011: 11, s. 105).

Årsaken til at det satses på velferdsteknologi er blant annet den forventede økningen av eldre som kommer til å trenge helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Samtidig med at denne gruppen øker vil det mangle helsepersonell, ulike typer velferdsteknologi som en del av tjenesten vil være en måte å møte denne utfordringen på. I tillegg til at den enkeltes behov for hjelp fra det offentlige utsettes, ses det at tiden som helsepersonell «sparer» kan brukes direkte hos pasienter som har et større behov for tilstedeværende personell (Helsedirektoratet, 2012, s. 23-26). I stortingsmeldingen «Leve hele livet» er velferdsteknologiske løsninger en del av satsningsområdet for eldre, det vises til at det gir økt mulighet livskvalitet, mestring og selvstendighet i tillegg til at det kan utsette å måtte flytte på institusjon (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 59).

Helsedirektoratet har siden 2015 hatt en oversikt over anbefalte velferdsteknologiske løsninger for den enkelte kommune. Denne listen oppgraderes etter hvert. Per mars -22 inneholder den en anbefaling over lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte, elektroniske dørlåser, digitale tilsyn, oppgraderte sykesignalanlegg, logistikk-løsninger for hjemmetjenesten, digitale trygghetsalarmer, responstjenester og tekniske krav til trygghetsteknologi (Helsedirektoratet, 2015b).

Jeg har valgt å fokusere på elektronisk medisineringsstøtte, i 2.3.2 kommer jeg nærmere inn på Evondos og Medido som mine deltakere benyttet seg av.

2.3.1 Gevinstrealisering og utbredelse

I 2015 kom den første gevinstrealiseringsrapporten. En gevinst er definert som økt kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader. Økt kvalitet viser til det positive pasienten selv og pårørende opplever og handler blant annet om mestringsnivå og livskvalitet. Spart tid viser til at hjemmetjenesten enten kan redusere tilsyn eller la være å øke opp. Unngåtte kostnader henger sammen med at hjemmesykepleien sparer tid (Melting & Frantzen, 12/2015, s. 9). Rapporten, som baseres på 34 kommuner, sier at antall hjemmebesøk har gått ned, riktignok medisinerings gav bedre helse og større mulighet for aktivitet siden de ikke måtte vente på hjemmesykepleien. Det siste punktet knyttes også opp mot økt følelse av trygghet og redusert stressnivå. Samtidig sier de at dersom prosessen med innføring ikke er god nok får det motsatt effekt ift. stress og trygghet. Gevinsten er også størst hos dem som ikke har daglig hjelp til annet enn medisiner (Melting & Frantzen, 12/2015, s. 20-21). Rapport nr. 2 viser til de samme gevinstene, erfaring viser at en innføringsprosess tar ca. to uker for den enkelte pasienten (Melting, 1/2017, s. 9).

Velferdsteknologi har ikke vært like enkelt å ta i bruk, en undersøkelse som KS (Kommunesektorens organisasjon) gjorde i 2011 viser til at kun 55% av kommunene har tatt i bruk velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2012, s. 30). En av årsakene til at det er utfordrende er at veldig mange aktører skal involveres, aktører som ikke har vært vant til å jobbe sammen og på denne måten. De enkelte faggruppene har ulike synspunkter og det kreves mer enn at produktet blir kjøpt inn. Det skal både aksepteres som en del av tjenestetilbudet og det skal gis opplæring til både helsepersonell og pasient (Kleiven, 2017, s. 85-86). Implementeringsprosessen tar tid, men de siste årene har utbredelsen skutt fart.

Helsedirektoratet har offentliggjort en statistikk over hvor mye velferdsteknologi som er i bruk, deriblant elektronisk medisindispenser. Fra 0 i 2018, via 1816 i 2019 økte det til 5712 i 2020. Av de 5712 var 1464 i aldersgruppen 60-79år, 2097 i gruppen 80-89år og hele 1098 var over 90år (Helsedirektoratet, 2021).

2.3.2 Elektronisk medisineringsstøtte

Denne typen velferdsteknologi hører hjemme under kompensasjons- og velværeteknologi, og elektronisk medisineringsstøtte innebærer både elektroniske medisindispensere og rondell-løsninger (for eksempel Pilly). Siden mine deltakere kun brukte medisindispenser, har jeg valgt å forholde meg til det videre. Jeg har derfor valgt å benytte begrepet medisindispenser videre istedenfor medisineringsstøtte. Felles for dem alle er at de gir beskjed med lydsignal på forhåndsinnstilte tidspunkt for når medisinen skal tas og en forhåndspakket dose med medisin blir tilgjengelig.

Evondos er en medisindispenser som plasseres hjemme hos pasienten. Inni er det plass til to ruller med medisin, en såkalt multidose. Multidose er remser med medisin som pakkes på apotek basert på legens forordning, disse pakkes normalt for 14 dager. Siden det er plass til to ruller, gir det mulighet til å fylle på i god tid før den er tom. Fremsiden har et stort display og en stor knapp. Displayet er en berøringsskjerm som både gir beskjeder som: «ta medisinen» og den gir hjemmesykepleien mulighet til å gjøre individuelle tilpasninger.

Medisindispenseren gir beskjed på angitt klokkeslett, men det er mulig å få ut medisin inntil 1t før og 2t etter. Utenom dette er det kun personer med rettigheter, som regel hjemmesykepleien, som kan hente ut medisin. Evondos stilles inn slik at en stemme varsler om at det er tid for å ta medisin, samtidig lyser nå den store knappen grønt. Når knappen trykkes inn, kommer det ut en dose med medisin samtidig som at posen snittes litt opp for å lette åpning. Stemmen sier nå at posen skal åpnes og at medisinene skal tas med vann. Dersom ikke medisinene er tatt innenfor en forhåndsinnstilt tid går det beskjed til hjemmesykepleien om at N.N. ikke har tatt medisinen sin. Den kan også stilles inn i reisemodus, gi beskjed om å ta for eksempel Marevan fra dosett og det kan kommuniseres direkte med hjemmesykepleien (Oy). I kommunen mine deltakere kommer fra er ikke muligheten for kommunikasjon tatt i bruk

Medido er en litt mindre medisindispenser og har ikke like mange muligheter som Evondos. Oppå dispenseren er et lite display og noen muligheter for innstillinger. Medisinen kommer ut på den ene siden. Siden den er mindre og har et batteri som varer i 24t gir den muligheter til å ta den med hvis du for eksempel skal ut på reise. Også her vil hjemmesykepleien varsles dersom det er noe galt eller medisinen ikke tas. Den varsler med lyd når det er tid for å ta medisinen, displayet viser at du må trykke på OK knappen (knappen lyser) og det kommer ut en dose. Dersom medisinen er glemt vil knappen blinke i blått og grønt slik at pasienten selv vil få mulighet til å hente ut medisinen før hjemmesykepleien har rukket å dra ut (Dignio).

Før elektronisk medisineringsstøtte tas i bruk gjøres det en kartlegging av om den enkelte pasient vil være en kandidat. I kommunen som deltakerne tilhører er det utarbeidet et eget skjema for kartlegging som ligger i pasientjournalen. Det tas stilling til hvilken medisineløsning som finnes per i dag (om det er dosett eller multidoser), hvilke tidspunkt medisin tas og hvilke tidspunkt hjemmesykepleien eventuelt er innom. Videre tas det stilling til målet med å ta elektronisk medisineringsstøtte i bruk. Er det for eksempel riktig medisin til riktig tidspunkt, selvstendighet og mestringsfølelse, eller mer privatliv gjennom færre hjemmebesøk. Det kartlegges også om den enkelte fysisk vil klare å nyttiggjøre seg og om det er mobildekning i hjemmet der den skal stå, dette er fordi varsel om feil skal kunne gå til hjemmetjenesten. Basert på kartleggingen gjøres det også en anbefaling av hvilket produkt som passer, kommunen tilbyr Pilly, Evondos og Medido. For de som bruker Evondos kan det også programmeres inn det pasienten selv ønsker at dispenseren skal si når det er tid for å ta medisinen. I tillegg tar kartleggingen med både brukermedvirkning og stilling til samtykkekompetanse.

3 Tidligere forskning

Flere studier, både norske og internasjonale, har undersøkt begrepet velferdsteknologi eller assistive technology. Noen av dem handler direkte om medisineringsstøtte mens andre tar for seg en annen eller flere typer velferdsteknologi. Likevel er artiklene jeg valgte ut relevante på en eller annen måte.

Både Peek et al. (2017), Woolham et al. (2021), Johannessen et al. (2019, s. 36) og Zander et al. (2020) tar opp viktigheten av en god kartleggingsprosess i forkant av implementering. Når behovene er kartlagt i samarbeid med bruker og personer som kjenner bruker godt kan en sette i gang velferdsteknologiske hjelpemidler ut ifra faktiske behov og som de vil klare å benytte seg av (Johannessen et al., 2019, s. 79). Dersom personen selv ikke ser hensikten eller teknologien blir for avansert, så har de liten motivasjon for å bruke hjelpemiddelet. Og hvis du ikke har motivasjon, så er det sannsynlig at du ikke er fornøyd og velger å la være å bruke det (Peek et al., 2017, s. 9-10). I 2020 ble det publisert en systematisk litteratur-gjennomgang der målet var å evaluere individuelle aspekter og eksisterende metoder for kartlegging og evaluering. De individuelle aspektene var varierte, alt ifra fysiske funksjoner til følelse av ensomhet. Kartleggingsskjemaene var basert på målet med de forskjellige studiene og hva de ønsket å undersøke. Dette gjør det vanskelig å sammenligne dem. De konkluderer med at velferdsteknologiske løsninger må være basert på personens behov, dette kan gjøres med relevante kartleggingsskjemaer. De viser også til at det ofte mangler en evaluering av effekt (Zander et al., 2020, s. 36). I England var det tidlig en stor utrulling av velferdsteknologi. Kartlegging ble utført i liten grad og var også blitt utført utenfor hjemmet, som for eksempel på sykehus. Funnene i studien viser til manglende kartlegging og evaluering. For en mer effektiv bruk må dette på plass, men da må den en endring til i tildelingsprosessen. Det er mer komplekst enn å bare sette i kontakten og forvente at det virker (Woolham et al., 2021, s. 164, 172 og 181).

Glomås et al. (2021) undersøker eldre (65-95år) sine erfaringer med velferdsteknologi på generell basis. Teknologien som disse brukerne brukte var digitale trygghetsalarmer, medisineringsstøtte og digitale dørlåser. Deltakerne var fornøyd og følte seg trygge slik at de kunne fortsette å bo hjemme. Samtidig ønsket de å være mer aktive i beslutninger, de ønsket mer informasjon og opplæring. Dette kunne hjulpet med å få på plass bedre tilpassede hjelpemidler istedenfor en standard. Brukeres erfaringer tas også frem i studien til Holbø et al. (2019) og Suzuki og Hasegawa (2018). De tar ikke direkte for seg velferdsteknologi, men

utfordringer med multidose. Resultatene viser til at posene kan være vanskelige å åpne, brukerne justerte selv tidspunkt og innhold i posene. Forskerne mener de samme utfordringene vil gjelde med en medisindispenser. De viser til at informasjon om legemidler bør følge med multidose, det gjør det allerede i de kommunene jeg har erfaring fra. I tillegg tar de fram behov for å kartlegge om brukerne er kandidater for multidose og om de vil klare å nyttiggjøre seg av den.

I 2021 ble det publisert en RCT-studie som hadde en målsetning om å undersøke hvor effektiv elektronisk medisineringsstøtte er for å forbedre medisinoverholdelse og deres opplevelse av helse. Brukergruppen i studien er kronisk syke over 50år og resultatene viser til bedre resultater for dem som brukte medisineringsstøtte sammenlignet med kontrollgruppen. De konkluderer derfor med at dette er en god løsning for eldre, kronisk syke som bruker flere medisiner (Arain et al., 2021). En japansk studie viser i tillegg til at når hjemmesykepleien får varsel om at medisinen ikke er tatt, så hjelper det å ringe hjem til brukeren for å minne på å ta den. Dispenseren i denne studien hadde kun lydsignal og ikke en stemme som varslet (Suzuki & Hasegawa, 2018).

I søk etter relevant forskning fant jeg også et par artikler som handler om hvordan teknologien virker inn, både på personalet og på pasienten. Her kommer det blant annet frem at folks individuelle behov, situasjon og type hjelpemiddel alle virker inn på hvordan de oppfatter og bruker velferdsteknologi (Stokke, 2017). Velferdsteknologiske hjelpemidler må også ses på som et samarbeid der både pasient og hjemmesykepleie er involvert i tillegg til teknologien, det er flere aktører involvert (Stokke, 2018).

En norsk studie tar for seg eldre sin holdning til velferdsteknologi. For dem var det viktig å føle seg selvstendig, at de fikk være med å bestemme over eget liv og at de følte seg trygge. Noe som skiller dette fra min studie er at disse eldre ikke mottok hjemmesykepleie, en kan da anta at de hadde en bedre helse (Sánchez et al., 2019).

Etiske problemstillinger rundt teknologi i helse- og omsorgstjenesten er kjent. Frennert og Östlund (2018), Bennet (2019) og Sánchez et al. (2017) tar alle opp etiske problemstillinger knyttet til velferdsteknologiske løsninger. Heriblant risiko for feil alarm, tap av autonomi, sosial isolasjon, ekstra arbeid for personalet og for mye fokus på teknologien istedenfor mennesket. Sett ifra helsepersonell sitt perspektiv tar Ambugo et al. (2022) opp hvordan de kan støtte den eldre i bruk av teknologien.

I mine søk etter tidligere forskning fant jeg artikler om ulike velferdsteknologiske løsninger og lite som handlet kun spesifikt om elektronisk medisineringsstøtte. Jeg fant heller ikke mye som handler om hvordan den eldre pasienten opplever å bruke teknologi og hvordan det påvirker livene deres. Jeg håper at min studie kan bidra til at flere av deres stemmer blir hørt. Hvordan det påvirker deres hverdag kan være til hjelp når velferdsteknologiske hjelpemidler skal ut til flere.

4 Teoretisk perspektiv

4.1 Mestring

Ifølge Stortingsmeldingen «Leve hele livet» defineres mestring som «at den enkelte gjennom egne og andres ressurser opplever å kunne håndtere oppgaver, utfordringer og endringer i livsløpet» (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 126). Sagt på en annen måte handler mestring om hvordan en håndterer forandringer når det kommer til for eksempel sykdom, helsesvikt og funksjonstap. Hver enkelt person har også ulike forutsetninger for mestring siden de kommer fra ulik bakgrunn og har ulike ressurser tilgjengelig (Tveiten, 2020, s. 22-23). Allerede i 2006 kom det nasjonale føringer som handlet om mestring, spesielt rettet mot fremtidens omsorgsutfordringer. Her kommer det også frem at «morgendagens eldre» har en høyere evne til mestring på bakgrunn av andre oppvekstvilkår og høyere utdanning. De har også vært vant til å måtte omstille seg i et samfunn som stadig endres (Meld. St. 25 (2005-2006), s. 43).

Noe av årsaken til at mestring er et viktig satsningsområde er at det hjelper den enkelte med å opprettholde et godt selvbilde, og det igjen hjelper en å tilpasse seg og tåle det som skjer rundt en (Kreftforeningen, 2014). I overgangen mellom et aktivt yrkesliv og alderdom skjer det en rolleendring som for mange kan være krevende. Det som har vært hverdag gjennom mange år endres brått og ikke alle er like godt forberedt. De som allerede har vært aktiv ved siden av jobb og som videre engasjerer seg inn i pensjonisttilværelsen, vil mest sannsynlig mestre den nye hverdagen bedre enn dem som har hatt arbeidslivet som hovedaktivitet og som kanskje nå blir sittende mye alene hjemme. Å holde kontakt med venner og familie vil kunne være til god hjelp for å mestre den nye hverdagen. Men det er ikke alltid like lett, familien kan være opptatt på annet hold eller ha utfordringer med egen helse og kan ikke stille opp slik en kanskje ønsker. I tillegg vil omgangskretsen bli mindre ved økende alder, og

mange eldre sitter igjen som den eneste gjenlevende av sin opprinnelige omgangskrets (Samdal et al., 2017, s. 40).

Det finnes flere typer stressfaktorer som krever mestring, og tap er en av dem. Et eksempel, som vist ovenfor, er tap av sosial rolle. Andre stressfaktorer er angrep, hindringer og trusler. Det kan være at en er angrepet av sykdom og funksjonssvikt, fysiske hindringer i hjemmet eller hindring som følge av dårlig økonomi og trusler om fremtidige tap, hindringer og angrep (Hansen & Daatland, 2016, s. 13). Etter hvert som kroppen svekkes med alderen, er det viktig å legge til rette for mestring der det er mulig.

For at en person skal oppleve mestring skiller det som oftest mellom problemfokuset (direkte) og emosjonsfokuset (indirekte) mestring. Problemfokuset mestring ligger i navnet, en fokuserer direkte på problemet /utfordringen og har som mål at den skal bort. Den emosjonsfokusede mestringen handler derimot å jobbe med seg selv og sine reaksjoner i møtet med utfordringene. Sistnevnte er mest gunstig når en ikke har så stor påvirkningskraft på selve utfordringen, for eksempel at en blir mer skrøpelig og glemmer lettere. En strategi kan da være å senke forventningene til deg selv og sette seg mål som en klarer å nå til tross for sin skrøpelighet (Hansen & Daatland, 2016, s. 13-14).

Et av satsningsområdene i forbindelse med blant annet mestring er bruk av velferdsteknologi. Til eksempel er trygghetsalarm den mest utbredte teknologien som skal være med på å skape en trygg ramme rundt liv og mestring av egen helse (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).

Teknologien skal også brukes til å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» (Helsedirektoratet, 2012, s. 21). En måte å jobbe med emosjonsfokuset mestring kan da være å ta imot hjelp fra hjemmesykepleien og lære seg å bruke velferdsteknologiske hjelpemidler.

4.1.1 Opplevelse av sammenheng

Den israelske sosiologen Aron Antonovsky beskriver at opplevelse av sammenheng, sammen med en person sine ressurser, gir et bedre grunnlag mestring sammenlignet med dem som retter oppmerksomheten direkte mot sykdom. En opplevelse av sammenheng «representerer for den enkelte motstandskraft og mestringsevne og oppnås når man opplever at tilværelsen er meningsfull, forståelig og håndterlig» (Tveiten, S., 2020, s.22). Videre vil opplevelse av sammenheng bli betegnet som OAS.

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 1987/2012, s. 41)¹

Tilværelsen oppleves som forståelig når en klarer å se sammenheng og strukturere stimuli, slik punkt 1 i definisjonen viser. Denne stimulien kan være tap, angrep, hindringer og trusler som nevnt før. Den oppleves også håndterbar når en har nok ressurser tilgjengelig. Denne ressursen kan både være familie, helsepersonell eller Gud som hjelper deg med å håndtere kravene som kommer fra stimuli. Til sist kommer meningsfull, det som gir en motivasjon til å bruke ressursene på det som er forståelig. At det er verdt å bruke kreftene og tiden sin på (Antonovsky, 1987/2012, s. 39-41).

Antonovsky skiller mellom sterk OAS og svak OAS. Ved sterk OAS finnes høyere forekomst av forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. De har gjerne også erfaring med å håndtere stress. Det vil ikke si at personer med sterk OAS ønsker å gå inn i det som skjer, stimulien oppleves ikke nødvendigvis som noe positivt. Men stimulien fører til handling fremfor at en lammes slik en person med svak OAS gjerne gjør (Antonovsky, 1987/2012, s. 143-145). Sagt på en annen måte finner personen motivasjon, støtte og klarer å strukturere det som skjer, en opplever sammenheng og har bedre mulighet for å mestre situasjonen. Og for de fleste gjelder dette emosjonsfokusert mestring. Når en kanskje opplever at verden raser rundt deg, så vil en person med sterk OAS kunne hente frem ressurser og gjøre kaos om til orden. En person med lavere forekomst av forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet vil lettere kunne gi opp i samme situasjon (Antonovsky, 1987/2012, s. 150).

Så hvordan kan en gjøre seg best mulig rustet til sterk OAS? Er det noe en kan velge selv? Deler av de tidligere nevnte begrepene som inngår kan vi velge selv, mens noe dannes allerede gjennom barndom og oppvekst. Den formes av livshistoriene. I voksenlivet begynner en derimot å bli mer bevisst og forfatteren gir uttrykk for at plasseringen i hovedsak skjer her.

¹ Den oversatte utgaven av boken *Helsens mysterium* ble publisert i 2012. Den opprinnelige utgaven kom ut i 1987.

Her spiller både roller og miljø inn på livshistoriene og gir grunnlag for hvordan vi opplever sammenheng i det som skjer (Antonovsky, 1987/2012, s. 119 og 130). En eldre person har dermed mindre påvirkningskraft i hvordan oppleve sammenheng siden grunnlaget allerede er lagt. Som helsepersonell kan jeg prøve å legge til rette for sterk OAS ved at det som skjer er forutsigbart og mest mulig forståelig.

4.2 Aktør-nettverk og domestisering

Aktør-nettverksteori og domestisering betraktes som to forskjellige teorier, men domestisering av teknologi er inspirert av aktør-nettverk (Sørensen, 2004, s. 5). Jeg vil derfor både presentere de separat, samt hvordan de henger sammen.

4.2.1 Aktør-nettverksteori (ANT)

Denne teorien hadde sin oppstart på 1980-90-tallet og ble i begynnelsen sett mer på som en fremgangsmåte istedenfor en teori (Skjølsvold, 2015, s. 69 og 72). Fremgangsmåten innebar at forskerne i størst mulig grad måtte legge fra seg det de visste, all forforståelse, når de gikk inn i en studie. Den bygde hovedsakelig på observasjoner og forskeren skulle finne ut av hva som egentlig skjer. En skulle ikke ha med seg ferdige teorier og fortolkninger inn i observasjonen. Mennesker og ikke-mennesker (for eksempel teknologi) ses begge på som aktører som igjen danner relasjoner. Sammen skaper de nettverk. Alt som inngikk i en handling, skulle være en del av analysen. Også ikke-mennesker har en betydning (Skjølsvold, 2015, s. 67 og 71-72). Etter hvert ble ikke-mennesker sett på som aktanter, men det er ikke et begrep jeg har tatt med meg videre.

Teknologien kan også få en ny mening når den møter på nye aktører og det dannes nye nettverk. Denne prosessen med å få de ulike aktørene til å trekke i samme retning kalles translasjon eller oversettelse. For å få dette til må aktørene ha interesse for å bli en del av nettverket. Og når dette er etablert fører det til samhandling og forhåpentligvis en stabilisering av det som skjer. Det kan også gi signaler til andre om at forståelsen er riktig, de kan igjen bli en ny aktør og rulles inn som en del av nettverket (Skjølsvold, 2015, s. 74-75). Og når alle trekker i samme retning er nettverket stabilt.

Teknologien har ingen betydning i seg selv før den tas i bruk av aktørene. Aktørenes interesse kobler dem sammen og det produseres relasjoner, nettverket utvides. Ettersom forbindelsene mellom aktørene endrer seg formes det nye nettverk og teknologien utvikles. Så lenge dette fortsetter vil teknologien fortsette å utvikles, den er ikke statisk (Skjølsvold, 2015, s. 78).

Sett opp mot velferdsteknologi og elektronisk medisineringsstøtte, så ses både pasienten, hjemmesykepleien og medisindispenseren på som ulike aktører som inngår i et nettverk. Hvordan er egentlig relasjonen mellom disse aktørene? Og er det forhåndsbestemt hva vi ser etter i samspillet? Dette kommer jeg nærmere tilbake til i diskusjonsdelen.

4.2.2 Domestisering av teknologi

Opprinnelig er domestisering knyttet opp mot dyre- og plantelivet og prosessen det er når ville planter og dyr tilpasser seg menneskets bruk. Det kan for eksempel være at dyr blir avlet frem i fangenskap for å få et roligere temperament (Society, 2011). Dette har blitt utviklet videre og dratt inn i teknologiens verden. «We expect to live with technologies as matters of fact; we seldom question their place in modern society» (Sørensen, 2004, s. 1). Slik innleder han om hvordan domestisering er knyttet til teknologi.

Tidlig på 90-tallet utviklet forskerne ved NTNU (Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet) Trondheimsmodellen. Modellen tok utgangspunkt i prosjekter knyttet mot teknologi og hverdagsliv sett fra brukerens perspektiv. De lot seg inspirere av ANT (Aktør Nettverks Teori) og hvordan et skript kan definere hvordan mennesker oppfører seg i sammenheng med omgivelsene. De som designer og bygger de teknologiske hjelpemidlene har gjerne tenkt over hvordan det skal fungere ut ifra en brukers forutsette behov. Hvordan dette er tenkt kan ses på som et skript, altså en instruksjon for hvordan de tenker aktørene vil bruke og tilpasse seg teknologien. Et skript er basert på hvordan en antar at teknologi, økonomi, forskning og moral utvikler seg (Sørensen, 2004, s. 5-6).

Skriptet kan være både sterkt og svak. Et sterkt skript innebærer strenge retningslinjer for bruk og det vil være vanskelig å benytte det til noe annet. Et svakt skript vil derimot være mer fleksibelt slik at teknologien kan brukes på ulike måter (Stokke, 2017, s. 3). En så på hvordan brukeren selv var aktiv og avgjørende for hvordan de teknologiske mønstrene ble dannet. Forskerne ved NTNU foreslo også at det skulle legges mer vekt på meningene og identiteten

til de forskjellige tingene. Dette ble et brudd med hvordan teknologi tidligere ble sett på som rene verktøy (Sørensen, 2004, s. 5-6).

I prosessen med domestisering kan også menneskene og den sosiale sammenhengen rundt teknologi endre seg. For eksempel var mange skeptiske når mobiltelefonen kom. Den var ny og de stolte ikke på den. Etter hvert som den ble tatt mer i bruk ble den også mer akseptert, og de som før var skeptiske tok den mer i bruk. Nå til dags brukes også mobilen til mye mer enn å være tilgjengelig for en telefonsamtale, den er blitt en integrert del av hverdagen (Sørensen, 2004, s. 7).

Aune snakker om at domestisering både handler om hvordan teknologi passer inn i det daglige, men også hvordan hverdagslivet etter hvert tilpasser seg teknologien ved å se på tilegnelse, objektivisering, innlemmelse og omdannelse. Tilegnelse handler om hvordan en bit teknologi er tilgjengelig for bruk, både fysisk og mentalt. Det kan innebære at en datamaskin anskaffes og aksepteres inn i hjemmet. Mest sannsynlig anskaffes den i forhold til brukerens behov og hva den er tenkt brukt til. Objektivisering handler om at den er synlig i hjemmet og plasseres etter tenkt bruk, kanskje tenkes det også over hvor den passer inn med interiøret. Punkt tre, innlemmelse, handler om prosessen det er å ta den i bruk. Hvordan den er å ta i bruk kommer an på hva den er tenkt brukt til og hvilken erfaring en har fra før, dersom dette er helt nytt kan innlemmelse ta noe tid. Det siste punktet, omdannelse, sier noe om forholdet mellom hjemmet og samfunnet utenfor. Hjemmets verdier og kulturelle preferanser signaliseres ut (Aune, 1996, s. 93-94). Prosessen handler om å gjøre teknologien til sin egen, den blir en del av hverdagen. Når den først er blitt din egen vil du også tilpasse deg den.

Lie og Sørensen (1996, s. 17) poengterer hvordan teknologien først får en mening i kontakt med det daglige. Den kan bli en del av den daglige rutinen. Domestisering handler både om en praktisk og en følelsesmessig tilknytning til teknologien, den gir mening når den tilpasser seg hverdagslivet. Brukerne av teknologien er veldig forskjellige og teknologiens skript kan tolkes på flere måter, for eksempel at en ikke nødvendigvis oppfatter og bruker teknologien slik som den opprinnelig var ment fra produsentens side. Forfatteren sier flere ganger at det ikke er sikkert at mennesket underkaster seg teknologiens skript. Prosessen med domestisering stopper ikke opp, men fortsetter sammen med brukergruppen og utvikling og forbedring av teknologi (Skjølsvold, 2015, s. 166-167).

På denne måten henger domestisering og velferdsteknologi sammen. Som nevnt i kapittel 2.3 er velferdsteknologi et vidt begrep og ikke bare et enkelt objekt. Det er derfor ikke sikkert at domestiseringsprosessen vil være lik for hver type teknologi. Det som vil være felles er at brukeren lager seg et brukermønster, både når den tas i bruk og videre inn i hverdagen.

4.2.3 Sammenheng

Jeannette Pols har skrevet flere artikler der hun bruker både ANT og domestisering. Hun beskriver hvordan teknologien både temmes og slippes løs innenfor omsorgsykket og viser til fire måter /verktøy for å studere forholdet mellom aktører. Nummer en handler om hvordan teknologien kan temmes av aktørene ved at den brukes til å nå et mål. Målet kan være å bruke det på en annen måte eller at en kun bruker noen av mulighetene som tilbys. Nummer to viser til at teknologien kan få aktørene til å slippe seg løs og de ønsker seg flere funksjoner og forbedringer. Den tredje handler om at aktørene kan bli avhengig av teknologien, de temmes av den. For det fjerde kan teknologien føre til en ny måte å bruke den på (Pols, 2017, s. 3; Stokke, 2017, s. 3). Skjølvold (2015, s. 166-167) viser også til hvordan brukeren kan gå bort ifra skriptet og bruke teknologien på en annen måte. Dette vil jeg dra med meg videre inn i diskusjonen.

5 Metode

5.1 Valg av metode

I mitt forskningsprosjekt valgte jeg å benytte en kvalitativ metode.

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv. (Forskningsetiske komiteer, 2010, s. 7)

Siden jeg er interessert i å vite noe om hvordan den eldre personen erfarer å bruke velferdsteknologi er en kvalitativ metode en god metode. Den lar meg gå i dybden og jeg får mulighet til å be deltakerne mine om å utdype og fortelle videre. Samtidig åpner metoden for at deltakerne kan ta opp temaer og problemstillinger som jeg kanskje ikke hadde tenkt på, men som er relevant for problemstillingen. Kvalitative data kan samles inn på flere måter, de mest vanlige er intervju, både en til en og fokusgruppeintervju samt ved observasjon (Ellingsen & Dragset, 2008, s. 31). Jeg valgte individuelle intervju for innsamling av data.

For å besvare problemstillingen min valgte jeg å benytte meg av et semistrukturert intervju. Dette blir beskrevet som et eget punkt under forskningsprosess litt senere.

For at en kvalitativ studie skal være bra må jeg kunne vise til både validitet, reliabilitet og refleksivitet. Validitet, som også betyr gyldig, skiller mellom intern og ekstern. Intern validitet sier noe om at jeg har undersøkt det jeg har sagt jeg skal og at konklusjonen virker rett. Ekstern validitet sier noe om funnene mine kan overføres til flere (Ellingsen & Dragset, 2008, s. 32-33). Underveis må jeg stoppe opp og spørre meg selv om jeg er på rett spor i forhold til hva jeg skal undersøke, reflekterer funnene mine det jeg ønsker å vite noe om? Jeg må også falsifisere mine egne funn. Dette innebærer at jeg har et kritisk syn og prøver å motbevise meg selv. Kan noe tolkes på en annen måte? Kan jeg ha påvirket svaret i større eller mindre grad? (Kvaale, 2015, s. 276 og 279)

En studie viser reliabilitet, eller pålitelighet, når alle trinnene er synlig og det er mulig for andre å følge prosessen og hvilke valg som har blitt tatt underveis. På denne måten blir det synlig om for eksempel resultatene har blitt påvirket av hvordan jeg har gått frem. En del av dette er å gjøre rede for mitt eget ståsted og hvordan det kan påvirke studien (Ellingsen &

Dragset, 2008, s. 33). Studien fremstår som troverdig når reliabiliteten av funnene er høy, samtidig vil variasjonen og kreativiteten kunne bli mindre hvis fokuset blir for sterkt. Det anbefales derfor at forskeren blant annet får følge opp egne fornemmelser underveis (Kvaale, 2015, s. 276).

Det siste punktet, refleksivitet, handler om å være tydelig og reflektere over de forskjellige trinnene i prosessen. Jeg, som person, er den del av den sosiale verden og kan påvirke prosessen med min forforståelse (Ellingsen & Dragset, 2008, s. 33).

Jeg hadde til å begynne med et ønske å se på eldre sin opplevelse av medisineringsstøtte i sammenheng med brukermedvirkning. Siden velferdsteknologi er et nasjonalt satsningsområde, var jeg interessert i hva de syntes og hvor involvert de hadde vært i prosessen rundt anskaffelse. Men siden kun en av deltakerne husket innføringsprosessen la jeg dette teoretiske perspektivet til side.

5.2 Forskning i eget felt

Denne studien kan absolutt ses på som forskning i eget felt. I 2009 var jeg ferdig utdannet sykepleier og jeg har siden den gang stort sett jobbet innenfor eldreomsorg. Jeg har vært innom sykehjem, korttidsavdeling, bosenter og hjemmesykepleie. Jeg har jobbet et par perioder på overordnet nivå der et av fokusområdene var digitalisering innenfor omsorg. Det siste året har jeg jobbet som driftskoordinator i et hjemmetjenestedistrikt i en middels stor kommune. Med dette som bakgrunn har jeg sett den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra flere sider. Jeg ser at det allerede er utfordringer med å drifte på samme måte som vi gjorde for 10år siden, og når vi ser på tallene om morgendagens eldre ser vi at utfordringene blir større. Jeg ser behovet for å tenke på en annen måte og digitalisering er en del av dette. Samtidig er det jo pasienten som er mitt hovedfokus.

Basert på det jeg har hørt på diverse kurs og når jeg har snakket med fagpersoner som jobber direkte med for eksempel velferdsteknologi, så vises det til at de fleste eldre er positive til å ta dette i bruk. De som er mest skeptiske skal visst være helsepersonell, pårørende og kanskje også samfunnet rundt. De eldre er tilpasningsdyktige. Med denne forforståelsen gikk jeg inn i oppgaven. Jeg har prøvd så godt jeg kan å legge dette til side og være åpen for både bekreftelse og avkreftelse av min forforståelse ettersom jeg har transkribert, analysert og

diskutert funnene mine. Spesielt når jeg kom til punkter som kanskje ikke var helt i tråd med det jeg trodde fra før.

5.3 Søk etter tidligere forskning

På leting etter tidligere forskning gjorde jeg søk i forskjellige databaser, Cinahl, Embase, PubMed og Cochrane. I de forskjellige databasene søkte jeg først på synonymer for velferdsteknologi, eldre, hjemmeboende og hjemmesykepleie. Deretter kombinerte jeg disse søkene og gjorde begrensninger på 65år + og 2017 -2021.

I søk etter velferdsteknologi ble disse ordene brukt: Welfare technology, innovation, health science, assistive technology, care technology, telecare, medication support, omsorgsteknologi, helseteknologi, velferdsteknologi og medisindispenser. I de første søkene ble også digital health, technology enabled care, telehealth, telemedicine, e-health og digitalization tatt med, men de relevante treffene mine inneholdt ikke disse ordene. I søk etter eldre personer ble disse ordene brukt: Aged, geriatrics, older, elderly, ageing, old, gammel, eldre og geriatri. Ord for hjemmeboende: Home residents, living at home, hjemmeboende og bor hjemme. Og ord for hjemmesykepleie: Home care, home nursing, hjemmesykepleie og hjemmetjeneste. Jeg opplevde å få ganske mange treff på nursing home når home nursing var med. I de første rundene med søk fant jeg mest internasjonale artikler som kunne være reelle, samtidig var de litt på siden av det jeg ønsket å finne ut av. Det gav min studie relevans. Nærmere dato for innlevering foretok jeg nye søk i de samme databasene og brukte de samme søkeordene. Da fant jeg et par nye artikler. I tillegg gjorde jeg søk i databasen Idunn med ordene medisineringsstøtte, medisindispenser og velferdsteknologi.. Her fant jeg også skandinavisk forskning. Jeg brukte også referanselisten til en av artiklene som var veldig relevant og fant ytterligere forskning som ikke hadde dukket opp i søkene mine.

5.4 Forskningsprosessen

5.4.1 Godkjenning

Jeg utarbeidet sammen med veileder en søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata) som ble sendt inn sommeren 2021. Siden jeg ikke skulle ha tilgang til noen journaler, men kun de opplysningene som deltakerne selv valgte å dele trengte jeg ikke godkjenning fra REK (Regional etisk komite). Et annet kriterium var at de måtte kunne gi et informert samtykke. Det innebærer at det skal være en «frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring fra deltakeren der vedkommende ved en egenerklæring eller tydelig bekreftelse gir sitt samtykke til behandling av helseopplysninger» (Helseforskningsloven, 2021, §13). Det skal også være mulig å trekke samtykket tilbake ifølge §16. Deltakerne i min studie fikk utdelt et informasjonsskriv, her var det også beskrevet nærmere at det var frivillig å delta og hva dataene ville bli brukt til. Det kom også tydelig frem at en eventuell deltakelse ikke ville få noen konsekvenser for hjelpen de allerede mottok fra hjemmesykepleien, informasjon om hvem de var ville heller aldri komme frem til meg med mindre de selv tok kontakt. Det kom ikke eksplisitt frem i informasjonsbrevet til pasienten at hjemmesykepleien ikke ville få informasjon om de deltok eller ikke, men det var lagt ved et samtykkeskjema med ferdig frankert konvolutt som de kunne sende inn selv. Kontaktpersonen i hjemmesykepleien som bisto med utlevering av informasjonsskrivene fikk også med et informasjonsskriv, der sto det beskrevet at helsepersonell som jobber rundt pasientene ikke skulle vite om deltakelse (se vedlegg nr. 1). I tillegg fikk jeg samtykke fra deltakerne bekreftet muntlig før intervju og informerte på nytt at de hadde mulighet til å trekke seg. Jeg anser derfor at jeg har overholdt kravet om informert samtykke.

I september 2021 fikk jeg godkjent studien av NSD (se vedlegg nr. 2) og kunne sette i gang rekrutteringsprosessen.

5.4.2 Utvalg

Jeg har benyttet meg av et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg innebærer at det på forhånd angis hvilke deltakere jeg ønsker å intervju. Kriteriene skal komme tydelig frem og det skal gis en begrunnelse for de valgene som er tatt. Valgene vil påvirke studien og styrker og svakheter må derfor komme klart frem (Forskningsetiske komiteer, 2010, s. 14). Kriteriene mine for rekruttering har vært eldre (definert som over 67år), hjemmeboende, mottaker av hjemmesykepleie og bruker av elektronisk medisineringsstøtte.

Årsaken til at jeg ønsket å bruke strategisk utvalg er at jeg har vært på utkikk etter en veldig spesifikk gruppe personer. Brukergruppen av elektronisk medisineringsstøtte er ikke så veldig stor, i alle fall ikke i området jeg rekrutterte fra. Dersom jeg hadde henvendt meg til større byer der implementeringen har kommet lengre ville jeg også hatt et større utvalg å rekruttere fra. Dette valgte jeg bort pga. lang reisevei. Hvis jeg ikke hadde fått noen deltakere i mitt rekrutteringsområde var planen å henvende meg til andre kommuner i en større omkrets. Styrken med et slikt utvalg er at jeg fikk tak i akkurat de jeg ønsket å snakke med. Hadde jeg henvendt meg bredt til innbyggere i samme område er det ikke sikkert at jeg hadde nådd frem til dem jeg hadde ønsket. Samtidig vet jeg jo ikke om brukergruppen er mer variert enn de jeg har snakket med. Kanskje er det kun de som er positive til velferdsteknologi som har ønsket å snakke med meg. Kanskje er det også de med best fysisk og kognitiv funksjon som har overskudd og lyst til å delta i en slik studie. Det er nok ikke noe jeg noen gang får svar på uten at det gjøres nye undersøkelser.

Jeg endte opp med 3 deltakere i min studie, 2 menn og 1 kvinne. Alle var i alderen 85 til 92 år og hadde hatt hjemmesykepleie i mer enn 2år. En av dem bodde sammen med ektefelle, mens de andre bodde alene. Av de to som bodde alene var en enke /enkemann og en hadde ektefelle på sykehjem. Jeg har valgt å ikke knytte opplysningene mer sammen enn dette pga. muligheten for å kjenne deltakerne igjen. Navnene; Hans, Ingrid og Harald, som videre er knyttet til de forskjellige sitatene, er fiktive. Ellers vil ordet deltaker bli brukt om dem.

Deltakerne i studien bodde alle i egen bolig, og de forskjellige hadde plassert medisindispenser på soverommet, midt på stuebordet og i stueseksjonen rett bak godstolen.

5.4.3 Rekruttering

For å rekruttere deltakerne valgte jeg å alliere meg med hjemmesykepleien. Jeg tok kontakt med enhetsleder i to kommuner, en mellomstor og en liten, og spurte om jeg kunne få ta kontakt direkte med avdelingsleder for å få hjelp med rekruttering. Denne kontakten ble gjort muntlig og per e-post og jeg fikk lov til å fortsette. Videre sendte jeg et formelt brev til avdelingsleder ved distriktene i de to kommunene, til sammen 7 avdelingsledere. Brevet inneholdt informasjon om studien, at den var godkjent av NSD og hva hjelp til rekruttering ville si for dem (se vedlegg nr. 3). To av distriktene fikk jeg ganske snart svar fra, et tredje distrikt tok det litt lengre tid med. Svarene fra de siste fire distriktene viste at de ikke hadde

noen aktuelle kandidater. Jeg satt nå igjen med tre distrikter innenfor samme mellomstore kommune og fikk hjelp fra personalet i hjemmesykepleien til å dele ut konvolutter med informasjon til aktuelle pasienter. Aktuelle pasienter ble avgjort etter fastsatte kriterier for utvalg. Konvoluttene inneholdt informasjon om studien (se vedlegg nr. 4), samtykkeskjema og ferdig frankert svarkonvolutt. Denne informasjonen nådde ut til totalt seksten pasienter og tre av dem sendte inn samtykkeskjema. Jeg hadde helst ønsket meg 4-5 deltakere, men var på forhånd klar over at jeg prøvde å rekruttere fra en vanskelig gruppe. Jeg var innom tanken å for eksempel henge opp informasjonsskriv på aktivitetssentre, men kom frem til at jeg allerede hadde nådd ut til de aktuelle brukerne innenfor den kommunen direkte via hjemmesykepleien. Etter hvert som det ble klart at jeg ikke kom til å få flere deltakere uten å gjøre flere tiltak tok jeg kontakt med leder i en ny, litt større kommune som lå litt lengre unna. Henvendelsen ble videresendt, men jeg oppnådde aldri videre kontakt selv om jeg purret på tilbakemelding. Jeg valgte derfor å jobbe videre med det utvalget jeg hadde.

Underveis i prosessen tok jeg fortløpende kontakt med dem som sendte meg samtykkeskjema og fikk avtalt intervju innenfor relativt kort tid. Intervjuene foregikk i deres hjem og ble transkribert fortløpende. Samtykke-skjemaene ble oppbevart i et låsbart skap der kun jeg hadde tilgang til dem.

5.4.4 Intervju

For å kunne besvare problemstillingen min på best mulig måte valgte jeg intervju og en semistrukturert intervjuguide. Denne intervjuguiden (se vedlegg nr. 5) inneholdt åpne spørsmål om det jeg ønsket svar på, allerede her hadde jeg arbeidet med at det ikke var min forforståelse som skulle være styrende for svarene deltakerne kom med. Samtidig var jeg åpen for at de selv kunne komme inn på tema og spurte da videre om dette. Jeg stilte også oppfølgingsspørsmål, spesielt når svarene var veldig korte. For eksempel «du sa nettopp ..., kan du fortelle mer om dette?»

Det at intervjuene ble gjort ansikt til ansikt i deltakernes eget hjem kan ha betydning. Både at de kanskje følte seg på hjemmebane og dermed tryggere. Siden flere eldre har utfordringer med å komme seg ut tror jeg også det kan være en medvirkende årsak til at de stilte opp til intervju. Daværende smittevernregler gav også rom for at jeg ikke måtte bruke munnbind og det ble lettere å kommunisere. Intervjuene tok i gjennomsnitt 1t. Ektefellen til den ene

personen var også til stede under hele intervjuet og kom med kommentarer der det var naturlig. De fleste av disse kommentarene er tatt med i transkripsjonen, men ikke videre med i analysen.

Jeg startet med en liten gjennomgang av det som var beskrevet i informasjonsskrivet og åpnet for spørsmål. Jeg presiserte blant annet at jeg ikke var ute etter personopplysninger og at dersom det skulle komme noen likevel, så ville jeg ikke ta dem med videre i analyser.

Underveis i intervjuet prøvde jeg også å ha fokus på eget kroppsspråk blant annet ved å ha fokus på den som snakket, ikke se på klokken osv. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 126).

5.4.5 Opptak og transkribering

For å få med meg alt som ble sagt i intervjuene valgte jeg å benytte meg av lydopptak. For å sikre et bra opptak gjorde jeg testopptak, både for å sjekke hvor høyt jeg måtte snakke og hvor langt unna opptakeren jeg kunne sitte. I tillegg valgte jeg å ta med en ekstra opptaker til intervjuene i tilfelle den ene skulle svikte. På denne måten kunne jeg konsentrere meg om å lytte og ikke bare være referent under intervjuene.

Med bakgrunn i personvernsreglementet brukte jeg diktafon-appen til opptak. Appen krypterer opptakene fortløpende og de må lyttes til via innlogging i nettskjema. På denne måten kommer ikke opptakene på avveie dersom jeg skulle glemme telefonen et sted. Allerede i informasjonsskrivet sto det skrevet at jeg ønsket å benytte lydopptak og at jeg ikke var ute etter opplysninger som gjør at de kan gjenkjennes, jeg gjentok også denne informasjonen og fikk samtykke før den ble skrudd på like før intervjuet. Jeg valgte å være på den sikre siden i forhold til opptak siden jeg ikke kan styre hva deltakerne velger å fortelle, de kunne for eksempel selv ha kommet inn på sensitive personopplysninger selv om ikke det var hensikten med intervjuet. Lydopptakene er slettet før innlevering av masteroppgaven og samtykkeskjemaene er makulert. Det materialet som er lagret kan derfor ikke spores tilbake til deltakerne.

Å transkribere vil si å skrive ned ordrett det som ble sagt. Jeg startet med å lytte gjennom opptakene og noterte fortløpende. Deler av opptakene måtte jeg høre gjennom flere ganger for å få med meg det som ble sagt. Til slutt hørte jeg gjennom hele opptaket på nytt for å sjekke at jeg hadde fått med meg alt. I mine transkripsjoner tok jeg med dersom de la ekstra trykk på

noe og når det ble pauser. Jeg tok derimot ikke med alle små lyder og sukk. I tillegg ble den gjort på bokmål fremfor dialekt for at deltakerne ikke lett skal kunne kjennes igjen.

Transkripsjonen ble utført samme dag eller dagen etter at hvert intervju ble gjennomført. Jeg fjernet fortløpende navn, sted og annet som gjorde deltakerne gjenkjennbare etter hvert som jeg utførte transkriberingen for å beskytte konfidensialiteten. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2015, s. 204-214). Siden jeg valgte å utføre transkripsjonene mine selv vil det alltid være en mulighet for at en annen person hadde transkribert noe annerledes, for eksempel tatt med flere små ordlyder og lagt trykk på noe annet.

Etter å ha lyttet gjennom det første opptaket oppdaget jeg at jeg ikke var flink nok til å tåle stillhet, dersom jeg hadde ventet litt til ville kanskje deltakeren ha fylt stillheten istedenfor at jeg gikk videre til neste spørsmål. Denne lærdommen tok jeg med meg videre, jeg oppdaget likevel på siste intervju at jeg på nytt hadde avbrutt. Dette fordi deltakeren snakket langsomt og hadde nok en lang latenstid.

I intervjuet der også ektefelle var med har jeg unnlatt deler fra transkripsjonen. Det gjelder et par tilfeller der personen blant annet kommer inn på egen helse og hva værmeldingen viser. Det er også utelatt når personen kommer inn på min bakgrunn som intervjuer og hvor slekten min kommer fra. Dette anså jeg som ikke relevant for min studie og ble derfor ikke tatt med i transkripsjonen. Navn på personer og stedsnavn ble ikke tatt med siden det kunne vært med på å identifisere deltakerne. Utenom dette ble alt transkribert.

Siden jeg ikke var ute etter særlige personopplysninger ble transkripsjonene klassifisert som intern / gul (UiT, 2019). Kun en av deltakerne valgte å få tilsendt transkripsjonen i etterkant av intervjuet.

5.5 Analyse og prosess

I analysen av intervjuene har jeg benyttet meg av Kirsti Malterud sin systematiske tekstkondensering. Denne prosessen foregår i fire trinn. Det første trinnet kalles «Helhetsinntrykk – fra vilniss til foreløpige temaer» (Malterud, 2003, s. 99-100). Her forklarer hun at jeg må ha med meg problemstillingen, men legge fra meg både forforståelse og teoretisk perspektiv. Arbeidet skal ses på som en overordnet helhet og det er for tidlig å systematisere. Når alt materialet er lest gjennom bør jeg tenke over hvilke foreløpige temaer jeg ser konturene av i oppgaven, gjerne 4-8stk. Her må jeg være åpen for nye inntrykk og

ideer. Dersom jeg er for tett knyttet til intervjuguiden i mine temaer har jeg nok ikke klart å legge forforståelsen helt til side. Hvert av de foreløpige temaene gis så midlertidige navn.

I min første gjennomgang av intervjuene var jeg nok for knyttet til intervjuguiden istedenfor hva jeg egentlig ønsket å finne svar på, nemlig hvordan de eldre erfarer bruk av elektroniske medisindispensere og hvordan det påvirker deres hverdag (Malterud, 2003, s. 100). Dermed var mine tema mer knyttet opp til stadier som for eksempel før innføring av teknologi, oppstartsfasen og etter innføring. Dette tok jeg med meg inn i neste trinn og jeg ble sittende litt fast i forhold til hvordan jeg skulle gå videre. Jeg endte derfor med å gå tilbake til de meningsbærende enhetene i analysen for å komme videre. Den videre prosessen som er beskrevet er etter at jeg gjorde endringer i analysen.

I neste trinn beskriver Malterud (2003, s. 100-105) de meningsbærende enhetene.

«Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering». I dette trinnet skal materialet som skal studeres nærmere organiseres. Jeg må starte med å se på de foreløpige temaene fra forrige trinn og hvordan de kan hjelpe meg med å belyse problemstillingen min. Her kan det være bra å være flere slik at vi kan få øye på flere detaljer. Når dette er ferdig sitter jeg igjen med 3-5 temaer som er grunnlag for kodegrupper. Nå starter arbeidet med å finne de meningsbærende enhetene i arbeidet mitt og det er kun tekst som er relevant for å kunne besvare problemstillingen som blir med videre. Etter hvert som jeg trekker ut meningsbærende enheter sorteres de fortløpende inn i kodegruppene. Kodegrupper kan også justeres og utvikles videre. Malterud sier også at jeg må se på om kodene er fenomener av samme klasse. Utelukker de hverandre? Dersom jeg kommer over noe som ikke passer inn må jeg spørre meg selv hvorfor. Kan det være at det ikke er relevant for problemstillingen? Har jeg for snevre kodegrupper? Dersom jeg lager nye koder underveis må jeg ta en ny gjennomgang for å se om noe annet av teksten kan ha samme kode. Alle slike veivalg bør jeg dokumentere i en prosjektlogg slik at det er synlig hvilke valg som er gjort. Dette arbeidet, når deler av teksten hentes ut av sin sammenheng og settes sammen med annen tekst, kalles en systematisk dekontekstualisering. Jeg må samtidig ha mulighet til å gå tilbake til den opprinnelige transkripsjonen slik at jeg har en helhet når funnene skal vurderes. Det beste resultatet fås hvis ikke hvis jeg på forhånd har bestemt meg hva som definerer en kode. Hun avslutter dette trinnet med: «Kodene med kodegrupper er ennå ikke resultater, bare virkemidler og organiseringsprinsipper. Det gjenstår fortsatt flere ledd i analyseprosessen som krever tolkning, abstraksjon og sammenfatning dersom vi sikter mot robust kunnskap med

overførbarhet til andre situasjoner enn der vi opprinnelig henter våre data» (Malterud, 2003, s. 105).

I denne fasen tok jeg utgangspunkt i de foreløpige temaene mine og så nøyere på dem om de egentlig hadde noen relevans i forhold til min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Jeg jobbet nå videre med kodegruppene *Innvirkning på hverdagen, endring, sikkerhet og forhold til teknologi*. Jeg lagde meg en tabell i Word og gikk gjennom transkripsjonene mine på nytt mens jeg trakk ut meningsbærende enheter fra teksten og la dem inn i tabellen. For å gjøre det lettere å spore tilbake til de enkelte deltakerne gav jeg hver enkelt deltaker en egen farge. Når jeg senere skriver frem resultatene vil deltakerne ha fiktive navn slik at det er lettere å skille mellom hvem som har kommet med de forskjellige sitatene. Tabellen med de meningsbærende enhetene utgjør ca. 5 sider totalt og jeg viser her et par eksempler: «Det er jo ikke så spesielt med den akkurat. Men den står nå der og varskuer når jeg skal ta medisiner». «Når du ikke husker lengre, så må du jo ha hjelp».

Trinn tre beskrives av Malterud (2003, s. 105-108) som «Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold». Nå skal informasjonen som ble sortert i trinn to abstraheres ved å indentifisere de meningsbærende enhetene og kode dem. Så skal innholdet hentes ut ved å kondensere det som er kodet. Et kondensat, dvs. et kunstig sitat, sammenfatter de meningsbærende enhetene i hver subgruppe. En subgruppe er undergrupper som passer inn under kodegruppene. Hvis en kodegruppe har få meningsbærende enheter må en vurdere om det hører hjemme under en annen gruppe eller om det kanskje ikke er en meningsbærende enhet likevel. Dersom en gruppe er veldig stor, vil det lette analysearbeidet å dele dem opp i mindre grupper – subgrupper. Jeg kan fortsatt på dette trinnet justere kodegruppene etter hvert som subgruppene kanskje gir nye innfallsvinkler. Kondensatene jeg nå sitter til slutt med utgjør grunnlaget for det siste trinnet i en systematisk tekstkondensering.

Når jeg var ferdig med å hente ut de meningsbærende enhetene og knytte dem opp mot kodegruppene gikk jeg gjennom innholdet i tabellen for å se etter likheter og forskjeller som grunnlag for inndeling i subgrupper. *Innvirkning på hverdagen* ble delt inn i *maskinens funksjon, opplæring, rutiner og fornøydhet*. Jeg startet så arbeidet med å kode de meningsbærende enhetene. I denne prosessen endte oppdaget jeg nye sammenhenger og noen av subgruppene ble endret på. Ved å se på hele bildet så jeg at mange av kodene handlet om det samme, men at de opprinnelig var satt i forskjellige subgrupper, dette ble også rettet opp i på dette tidspunktet.

Mine nye kodegrupper er *Jeg får den hjelpen jeg trenger, men hadde kanskje klart meg uten, Får utdelt medisin når det er vanskelig å huske på, Jeg stoler på at dispenseren varsler, Tettere oppfølging i starten siden det tar tid å lære noe nytt og Helsehjelp tilpasset hver enkelt.*

Når jeg nå følte meg fornøyd med kodegruppe, subgruppe og at kodene var der de skulle startet jeg med å skrive ut kondensat. Nedenfor viser jeg noen eksempler på hvordan jeg har jobbet med dette:

Kodegruppe	Subgruppe	Meningsbærende enhet	Kode	Kondensat
Jeg får god hjelp, men føler jeg fortsatt klarer å følge med	Får den hjelpen jeg trenger	Hvis det gjelder sikkerhet, så er det jo mye bedre å få det på den måten enn at jeg skal få en sykesøster springende hit for medisiner.	Får den hjelpen jeg trenger	Medisindispenseren er en sikkerhet og er bedre enn at noen skal komme innom meg. Jeg kunne ha glemt medisinen om jeg ikke hadde hatt den. Jeg får den hjelpen jeg trenger og gir beskjed om jeg trenger noe annet. De er suverene og hjelper meg også dersom jeg skal ut å reise. Jeg er også veldig fornøyd med hvordan dispenseren virker, hittil har det gått veldig bra.
		Det er en sikkerhet for at en tar medisinen, ikke glemmer den.		
		Det er mye mulig. Det skal jeg ikke se bort ifra. For det kan skje hvis jeg ikke hadde hatt den der (om å glemme medisinen)		
		Man får medisinen hver dag, den svikter ikke		
		Jeg varskuer jo hvis jeg ikke er i stand til. At jeg ikke klarer. Da må jeg jo ha hjelp, og da hjelper de meg.		
		Jeg har liksom noe å holde på med (selvhjulpen). Og den dagen jeg synes det blir tungt, så ringer jeg jo til sentralen. At nå må jeg ha hjelp, husvask og sånt.		
		De er suverene de pleierne.	Fornøyd med hjemmesykepleien	
		Og når jeg har vært på besøk der, så fikk jeg med meg det der. De greiene som er inni den.	På reise	
		Overhode ikke (vanskelig) Den virker veldig bra, og det var veldig bra at jeg fikk den Jeg måtte si til dem at «det der, det var veldig bra at jeg fikk det» Den var noe av det mest effektive dem kunne ha Så det skal de ha, at de fant noe jeg likte Hittil så har det gått veldig bra synes jeg. Man vet jo ikke hvordan det blir senere, når man blir eldre. Ja, jeg skal jo ikke si at jeg er noen ungdom lengre, men...	Fornøyd med dispenser	

Tabell 1 - Eksempel systematisk tekstkondensering

Kodegruppe	Subgruppe	Meningsbærende enhet	Kode	Kondensat
Jeg stoler på at dispenseren varsler	Det er en trygghet når ting fungerer som det skal	Det er en sikkerhet for at en tar medisinen, ikke glemmer den.	Sikkerhet	Medisindispenseren har for det meste fungert som den skal og når det har vært feil har pleierne vært raske med å fikse det. Tidligere har jeg fått medisin i både dosett og multidose som jeg tok fra selv. Medisindispenseren er en sikkerhet for å ikke glemme. I tillegg er det viktig at jeg føler
		Nei, jeg har ikke hørt noe om det. At de har tatt den med seg eller. Det har ikke skjedd	Har fungert som den skal	
		Mye bedre enn det har vært, enn sånn det var når jeg fikk medisin i de der, ja (viser med hendene)	Tidligere medisindosering	
		Det har vært en gang, at dem måtte ordne på den. Men det gikk fort. De kunne med det der.	Feil ordnet seg	

Tabell 2 - Eksempel systematisk tekstkondensering

Kodegruppe	Subgruppe
Jeg får god hjelp, men føler jeg fortsatt klarer å følge med	Hadde egentlig gått fint Får den hjelpen jeg trenger
Får utdelt medisin når det er vanskelig å huske på	Er til hjelp når det blir vanskelig å huske på å ta medisin til rett tid Medisindispenseren gir ut enkeltdoser som tas
Jeg stoler på at dispenseren varsler	Det er en trygghet når ting fungerer som det skal Medisindispenseren gir beskjed når det er på tide å ta medisinen Medisin kan både glemmes og mistes
Tettere oppfølging i starten siden det tar tid å lære noe nytt	Det tar tid å lære noe nytt I oppstartsfasen
Helsehjelp tilpasset hver enkelt	Hjemmesykepleien både hjelper og kommer med anbefalinger Sosial når det passer meg

Tabell 3 - Oversikt over kodegruppe og subgruppe

Analysen er lagt ved som vedlegg nr. 6.

Det fjerde og siste trinnet til Malterud (2003, s. 108-111) kalles syntese – fra kondensering til beskrivelse, begreper og resultater. Det som tidligere har blitt dekontekstualisert skal nå rekontekstualiseres. Det skal settes sammen igjen. Arbeidet som nå skrives frem må både være tro mot deltakerne og jeg må ta ansvar for min rolle som fortolker og sørge for at leseren får innsikt og tillitt til det ferdige resultatet. Funnene skal sammenfattes som fortolkede synteser som igjen kan gi beskrivelser som er delbare med andre. Når kunnskapen skal syntetiseres brukes kondensatene fra trinn tre til å skrive en analytisk tekst. Dette gjelder for hver kodegruppe og subgruppe og det skal helst illustreres med treffende sitat. Resultatet av analysen skal så formidles til leseren. Gjenfortellingen må være tydelig på at det formidles

fellestrekk fra flere historier og ikke er flere enkelthistorier. Etter hvert som jeg kommer et stykke på vei må jeg vurdere om det treffende sitatet – gullsitatet fortsatt er representativt for den analytiske teksten. Når alle de analytiske tekstene fra hver kodegruppe er samlet, lages det en beskrivende overskrift for hver gruppe. Innenfor hver kodegruppe er subgruppene presentert som avsnitt. Til slutt må både de analytiske tekstene og navnene jeg nettopp har laget ses opp mot det empiriske materialet – arbeidet skal valideres. På dette tidspunktet bør jeg systematisk lete etter noe som kan motsi det jeg har kommet frem til. Arbeidet skal også ses opp mot teori og tidligere forskning. Relevansen blir svak dersom dette allerede er publisert av andre.

I rekontekstualiseringen tok jeg utgangspunkt i kondensatene for å skrive en utfyllende tekst, jeg hadde her fokus på at det ikke var den enkeltes historie som skulle beskrives, men en analyse av alle intervjuene samlet. Likevel kom enkeltelementer frem der jeg så at det var nødvendig for å belyse ulike sider som var relevant for problemstillingen.

Teksten ble illustrert med gullsitater for å berike teksten og beskrive personene som ble intervjuene. Til slutt gikk jeg gjennom teksten min og så det opp mot transkripsjonene av deltakernes intervju for å se at de hadde sagt ikke motsa analysen min. Jeg oppdaget på dette tidspunktet at deltakerne hadde ikke bidratt likt på alle områdene i analysen. En var for eksempel mer fremtredende i første kodegruppe osv. Jeg så også at en av deltakerne var overrepresentert i sitatene jeg viser til, jeg gikk derfor gjennom dem på nytt. På dette tidspunktet byttet jeg ut et par av sitatene og la til et ekstra slik at alle deltakerne skulle bli hørt.

5.6 Metodiske overveielser

For at studien skal være troverdig må den vise validitet, reliabilitet og refleksivitet (Ellingsen & Dragset, 2008, s. 32-33).

Jeg har så langt som det er mulig fått undersøkt det som var målet med studien. Jeg har gått litt frem og tilbake mellom teori, analyse, diskusjon og metode. På denne måten har jeg sikret sammenheng og sett det som en helhet, dette bidrar til validering. Siden det er deltakernes utsagn jeg bruker aktivt viser det til intern validitet. Jeg kunne ha utført en responsvalidering og fått dem til å lese gjennom intervjuet for å se om de kjente seg igjen i det som ble sagt. Det har jeg ikke gjort. Deltakerne kunne få tilsendt transkripsjonene dersom de ønsket, og en av

dem fikk det. Transkripsjonene er ordrette nedtegnelser av intervjuene og jeg har deres ord på hvordan de erfarer elektronisk medisindispenser. Det vil være utfordrende å generalisere funnene ut ifra tre deltakere. Samtidig er funnene med på å synliggjøre eldre sin opplevelse, og med bakgrunn i mine år som sykepleier vil jeg si det er viktige stemmer som kommer frem. De er med på å gi en større forståelse av hvordan teknologi påvirker deres hverdag. Denne forståelsen kan igjen være nyttig i utbredelse av velferdsteknologi og hensyn som bør tas i denne sammenhengen. I følge Ellingsen og Dragset (2008, s. 32-33) viser dermed studien både en intern og ekstern validitet.

Underveis har jeg synliggjort de ulike trinnene i forskningsprosessen i alt fra rekruttering til gjennomføring av analysen og jeg gjennomførte transkripsjonene selv. Jeg kan selvfølgelig ha påvirket deltakerne i deres svar ved å være for tydelig i min forforståelse slik at svarene deres kan ha blitt farget av hva de trodde jeg ønsket å høre. Det prøvde jeg å motvirke ved å være åpen og møte dem på deres hjemmebane. Jeg møtte dem der for å legge til rette for at de skulle føle seg trygge og svare ærlig. Spørsmålene mine handlet også både om det positive og det som var mer utfordrende. Mitt inntrykk er at de ikke prøvde å pynte på svarene. Min forforståelse er beskrevet og gjorde at jeg gikk inn i studien positiv til elektronisk medisineringsstøtte. Jeg har prøvd å være nøytral, både i intervju og i analysen. Jeg har lagt vekt på å være fokusert med problemstillingen og forskningsspørsmålene i bakhodet. På bakgrunn av dette er det ting som er utelatt, for eksempel personvern, positivitet og skepsis fra fagpersonale osv. Jeg har også reflektert over de valgene jeg har gjort, for eksempel hvorfor jeg sto fast i analysen, at jeg kunne hatt mer tålmodighet under intervjuene og latt dem bryte stillheten osv. Jeg tror analysen min muligens ville ha blitt rikere dersom jeg hadde klart å rekruttere flere deltakere til studien. Ønsket var å få tak i 4-5 deltakere. Samtidig var deltakerne såpass forskjellige at jeg fikk med ulike perspektiver og synspunkter. Jeg vil heller aldri få vite om det kun er pasienter med positiv innstilling og overskudd som var interessert i så snakke med meg. For å finne ut av det bør det gjøres nye intervjuer og gå bredere ut mot flere kommuner. Sett i denne sammenhengen vil jeg si at studien min viser reliabilitet og refleksivitet (Ellingsen & Dragset, 2008, s. 33).

6 Presentasjon av funn

Jeg har valgt å presentere funnene mine med utgangspunkt i de ulike kodegruppene. De er brukt videre som overskrifter. På dette punktet er ikke resultatene tolket, det gjøres i diskusjonen som kommer senere. Sitatene er knyttet opp imot de fiktive navnene Harald, Hans og Ingrid.

6.1 Jeg får god hjelp, men føler jeg fortsatt klarer å følge med

Deltakerne i studien hadde forskjellige utgangspunkter, men alle hadde hatt medisindispenseren en god stund. En av dem husket ikke hvorfor han hadde fått dispenseren, den hadde liksom vært der så lenge. Neste var klar over at det var glemte tabletter som var årsaken, men siste mente han egentlig ikke hadde trengt den, han var jo enda såpass oppegående og vant til å klare seg selv.

Hans: Jeg hadde jo ikke trengt den hvis jeg hadde skjerpet meg, så hadde det jo gått greit uten. Men det er jo fint at den er der da.

De hadde også delte meninger om hvordan det hadde vært dersom de hadde hatt hjemmesykepleie istedenfor medisindispenser. En av dem gav uttrykk for at det var uansett, hjemmesykepleien fikk nå bare gjøre det de mente var best. De andre to var først litt usikre før de kom frem til at det hadde vel gått bra da også. Ingen av dem trakk frem behovet for ytterligere hjelpemidler. Selv når jeg spurte nærmere mente de at de hadde det de trengte. Men de var villige til å prøve ut nye hjelpemidler dersom de skulle få behov for det senere.

Alle deltakerne så på medisindispenseren, uavhengig av hvilken type de hadde, som en sikkerhet. Dersom de ikke hadde hatt den kunne de både glemte og mistet medisiner.

Harald: Hvis det gjelder sikkerhet, så er det jo mye bedre å få det på den måten enn at jeg skal få en sykesøster springende hit for medisiner.

De ønsket å klare seg i stor grad selv, men alle var også klare på at dersom de trengte mer hjelp fra det offentlige, så var det bare å gi beskjed. To av dem hadde kun hjelp til å fylle på dispenseren hver 14.dag og mente det var nok. Hjemmesykepleien var de fornøyde med og gav uttrykk for at pleierne var suverene som stilte opp, også når det gjaldt endringer osv. i forbindelse med reise. Når det kom til tilfredshet med selve medisindispenseren, hadde de litt

forskjellige meninger igjen. En syntes nå det var greit at den var der, neste mente at det var noe av det mest effektive hjemmesykepleien hadde skaffet og at den overhodet ikke var vanskelig. Sistemann gav mer nøkternt uttrykk for at:

Ingrid: Hittil har det gått veldig bra synes jeg. Man vet jo ikke hvordan det blir senere, når man blir eldre. Ja, jeg skal jo ikke si at jeg er noen ungdom lengre, men.

6.2 Får utdelt medisin når det er vanskelig å huske på

Den ene deltakeren gjentok flere ganger under intervjuet at korttidshukommelsen sviktet, hadde lange pauser og måtte noen ganger få gjentatt spørsmålet. Deltakeren mente at det aldri var gitt noen forklaring for oppstart, men etter å ha blitt korrigert av ektefelle som var til stede kom personen frem til at det var jo opplagt at det var for å huske på å ta medisinen. Ikke alle var enig i at sviktende hukommelse var årsaken.

Hans: Jeg var ikke så nøye, jeg tok nå bare. Men så oppdaget dem at det ble kluss i vekslinga, og da kom de med den maskinen.

Videre kom det frem at det nesten er umulig å glemme medisin nå som dispensereren er på plass. Dette pga. stadig økende lydnivå på varslingen som til slutt høres over hele huset dersom de ikke henter medisinen. En av dem var også veldig reflektert om at når du ikke husker lengre, så må du jo ha hjelp.

Når en har innsett at en trenger hjelp og medisindispenseren er på plass gir den ut en og en dose til rett tid. Dette skjer ved at den varsler og de trykker på en grønn knapp før medisindosen kommer ut. Hvordan den virket var de alle enige om.

Ingrid: Jeg skulle trykke her, en grønn knapp. Og så kommer det ut her (peker). Men altså, det er jo noe inni den der.

Etter at medisinen var kommet ut hadde de litt forskjellige rutiner. To av dem tok medisinen med en gang, men nummer tre hadde lagt seg for vane å ta medisinen med til spisebordet og ta den sammen med måltidene. Dette hadde deltakeren gjort opptil flere ganger daglig i et par år, så vanen var godt innarbeidet. Så godt at medisinen også ble tatt når ektefelle var bortreist

og ikke kunne fungere som en ekstra påminnelse. Ektefelle hadde bevisst latt være å blande seg med medisineringsen.

6.3 Jeg stoler på at dispenserens varsler

Det er trygt når ting fungerer som det skal. Ingen kunne huske at det noen gang hadde vært så feil at den måtte hentes for reparasjon. To av dem kunne huske at det hadde vært litt «småkluss» til å begynne med, men at det ordnet seg fort. De mente at de også måtte ha forståelse for at dette var nytt for pleierne og at ikke alt kunne gå på skinner med en gang. De gav også uttrykk for at dette var en bedre løsning enn slik de hadde hatt det før og en sikkerhet for å ikke glemme medisinen. En av dem hadde kun hatt dosett tidligere, mens de to andre hadde også være innom å skulle administrere multidosen selv før den ble lagt inn i medisindispenseren.

Begge dispensertypene varsler med lyd og lys. Medido har kun vanlig lydsignal mens Evondos også har en forhåndsinnstilt stemme. Selve lydsignalet hadde ingen av dem noe særlig forhold, det var liksom blitt en del av hverdagen. Men den kunne av og til gi beskjed tidligere på morgenen enn det en selv var klar for og at den da fungerte som en vekkeklokke. En av dem beskrev det slik:

Harald: Det er jo selvfølgelig slik at hvis man ikke er våken, så våkner man av den.

Den begynner med en nokså alminnelig tale, så stiger intensiteten. Så da snakker hun høyere.

En av dem hadde også reflektert over plasseringen, han hadde den nå stående plassert på soverommet. Dette var mye mer praktisk enn tidligere da han måtte starte dagen med å gå ned en trapp. Nå kunne han ta medisinen og gjøre seg klar for dagen før han møtte på folk. Han mente at han da slapp å for eksempel møte på en nabo som tilfeldigvis kom på besøk før han var skikkelig kledd. De to andre hadde medisindispenseren plassert i stua.

Ingen av dem mente at det var et alternativ å glemme medisinen nå som de hadde Evondos / Medido. Det virket som om de ikke hadde tenkt helt tanken før jeg spurte om de fortsatt kunne glemme å ta medisinen til tross for hjelp til å huske. En av dem var ganske klar på at han var så godt vant at han ikke ville glemme det, mens de to andre mente at det ikke ville være noe stort problem så lenge de tok den i løpet av dagen. En av dem hadde mistet medisin

tidligere når hun administrerte den selv, men så ikke for seg at hun gjorde det nå. Dispenserne gir også beskjed til hjemmesykepleien dersom en dose ikke er hentet ut og en av dem hadde opplevd dette i en flytteprosess da han ikke var på samme sted når signalet om å ta medisiner gikk. Men hjemmesykepleien fikk ordnet opp i dette før det var gått veldig lang tid. Mitt inntrykk er at deltakerne fremstår som reflekterte over egen situasjon;

Hans: Jeg føler ikke at jeg er kommet dit at jeg er usikker på noe. Men man har nå ingen garanti for hvor lenge man er slik. Det kan bli forandringer over natten.

6.4 Tettere oppfølging i starten siden det tar tid å lære noe nytt

Det tar som regel lengre tid å lære noe nytt ettersom du blir gammel. Det går ikke lengre like fort som når en var yngre. Dette var to av deltakerne bevisste på.

Hans: Så du vet liksom, et gammelt hode, det klarer ikke å absorbere alt som kommer. Det blir for strevsomt.

Dette utsagnet kommer fra en mann som var klar på at han hadde satt seg inn i ting dersom det hadde vært nødvendig, men han så ikke lengre hensikten siden han kunne få hjelp, han trengte ikke lengre å måtte ta ansvar for alt selv. Det kom også frem at det stadig kommer noe nytt som de må prøve å henge med på, og det er ikke alt de gjør en innsats for å lære seg. Innsatsen for å lære seg det kommer an på om det er noe de kommer til å bruke eller ikke. Og å lære seg det, kan ta tid:

Hans: Du må kunne plages, for det gjør du jo med alt det nye som kommer, før du kommer innpå.

Til daglig var det ingen av dem som benyttet seg av veldig avanserte hjelpemidler. En av dem hadde benyttet PC frem til et par år siden, da ble det vanskelig med synet. En annen brukte fortsatt PC, hovedsakelig for å kunne betale regningene sine med. Mens i det daglige var det kun enkel telefon og TV som gjaldt. Også trygghetsalarm da, for et par av dem.

En av deltakerne nevnte at de bare hadde to maskiner til utprøving. I ettertid kan det både tolkes slik at de hadde typene Medido og Evondos som kunne prøves slik at de fikk en som passet til deres behov og preferanser. Det kan også tolkes som at distriktet han tilhørte bare hadde to brukere av elektronisk medisindispensere. Uansett mente han at de nok fikk flere

etter hvert som det ble prøvd ut. I oppstartsfasen hadde alle deltakerne tettere oppfølging av hjemmesykepleien for å se at de mestret å bruke den elektroniske medisindispenseren. Dette var det ikke alle som husket like godt. En husket ikke oppstarten i det hele tatt, neste husket det etter å ha blitt korrigert av ektefellen hvordan det hadde foregått. Sistemann kunne fortelle ganske greit om oppstartsfasen. Samtidig gav han ikke uttrykk for at det var noe spesielt, det var liksom bare slik det var. Alle trakk, på forskjellige tidspunkt, frem at det også var nytt for pleierne i starten. Og når en av dem på et tidspunkt flyttet, kom det flere pleiere fra det nye distriktet på opplæring. Opplæringen ble gitt av noen som var kjent med medisindispenseren.

Harald: Så da vi byttet distrikt, og da var de jo en hel flokk som kom. Tre stykker som kom. Den ene skulle lære opp de andre. Så det var litt sånn, til å begynne med. Før det kom ordentlig i gang.

6.5 Helsehjelp tilpasset hver enkelt

Medisindispenserne fylles som hovedregel hver 14.dag og det er hjemmesykepleien som utfører denne jobben. For to av deltakerne var dette den eneste hjelpen de fikk fra hjemmesykepleien, og de gav ikke uttrykk for at de på nåværende tidspunkt ønsket noe mere. Nummer tre hadde derimot tilsyn og annen type hjelp flere ganger i uken, men ikke til fastsatte tidspunkt flere ganger daglig. Den ene var ganske klar på at denne løsningen med medisindispenser var klart å foretrekke fremfor «fremmende» i huset flere ganger daglig. Når de først har gitt fra seg medisinansvaret til hjemmesykepleien er det også viktig at de kan noe om medisin. Dette ble vel først og fremst trukket frem som et eksempel på hva de måtte kunne hvis de skulle komme innom med medisinen istedenfor medisindispenseren. Ingen av dem hadde selv etterspurt denne løsningen, men hadde fått den anbefalt fra noen som jobbet i hjemmesykepleien.

Hans: De spurte, og jeg har jo ikke imot det ene eller det andre. Det tar jeg som det kommer.

To av deltakerne mine bodde alene, og hadde nok gjort det en stund. Nummer tre bodde fortsatt sammen med ektefellen. Selv om de var mye alene trakk de frem gleden med det sosiale. Både det å dra på besøk til familie og venner, men også å kunne benytte seg av

nærmeste aktivitetssenter. Her traff de andre på samme alder og hadde noen å snakke med. Der ble det også arrangert aktiviteter som for eksempel dans, som den ene benyttet seg av. Til tross for at de var glade i selskap gikk det også bra å være alene.

Ingrid: Det har gått bra å være alene, men jeg er jo glad når det kommer folk på besøk.

Selv om de har blitt eldre er det viktig å føle at en er med, at en er verdt noe. Dette trakk en av deltakerne spesielt frem. At han hadde et behov for at den han snakket med ikke snakket over hodet på ham, men med ham. Dette var med på å få ham til å føle seg trygg. En av deltakerne trakk også frem mot slutten av intervjuet at han egentlig kjente på en redsel for å være ute blant folk, og at han følte seg mest trygg hjemme. Samtidig var han bevisst på at han likevel oppsøkte livet utenfor huset, for å utfordre seg selv. Og når han først var kommet dit, for eksempel på dagsenteret, så hadde han det veldig hyggelig.

For å oppsummere analysen så gir deltakerne mine uttrykk for at de får den hjelpen som de trenger. To av dem var klar på at de hadde utfordringer med å huske, mens siste var ikke helt enig i at det stemte for hans del. Alle stolte på medisindispenseren og at den virket som den skulle. Det virker som om den var en del av hverdagen som de også måtte ta hensyn til. Det kan være utfordrende å skulle lære seg noe nytt og det tar tid.

7 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på resultatene mine opp mot valgt teori og det jeg har funnet av tidligere forskning. Diskusjonen deles inn i del-kapittel etter hvilken teori som diskuteres. Ønsket med denne studien er å vite mer om: *hvordan opplever hjemmeboende eldre å bruke en velferdsteknologisk løsning for medisindosering*. Og for å hjelpe meg å besvare denne problemstillingen benyttet jeg meg av disse forskningsspørsmålene:

- Hvordan virker en elektronisk medisindispenser inn på deres hverdag?
- Hva oppleves som utfordrende med å bruke en elektronisk medisindispenser?
- Hva oppleves som positivt med å bruke en elektronisk medisindispenser?

7.1 Kan en elektronisk medisindispenser bidra til mestring i hverdagen?

Mestring er, som tidligere beskrevet i oppgaven, en måte å handtere forandringer som skjer (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 126). Spesielt forandringer som ikke oppleves som noe positivt. Det hjelper både med å tåle det som skjer og samtidig opprettholde et godt selvbilde. En sterk opplevelse av sammenheng (OAS) trekkes fram som en hjelp til å mestre (Tveiten, 2020, s. 22).

Alle tre deltakerne i min studie gav uttrykk for at de ønsket å klare seg selv i størst mulig grad. De hadde varierende grad av funksjonssvikt, men trengte hovedsakelig hjelp til å huske på medisinen. Gjennom et langt liv har de bygd seg opp erfaringer eller livshistorier som hjelper dem å sette ting i perspektiv, nemlig en opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 1987/2012, s. 130). De er vant til å mestre egen hverdag, og har sikkert en forventning til seg selv om at de fortsatt skal det. Deres evne til mestring er viktig for å opprettholde et godt selvbilde. De har allerede gått inn i rollen som pensjonist for noen år siden, og to av dem hadde fått kjenne på hvordan det er å bo alene etter mange år sammen med en annen. En kan også si at denne endringen er et tap av egen rolle som ressurs for andre (Hansen & Daatland, 2016, s. 13). Dette er stressfaktorer som krever mestring i tillegg til at de på nåværende tidspunkt trenger hjelp for å huske å ta medisinen sin. Kanskje har også selvbildet endret seg i løpet av denne tiden etter hvert som den fysiske funksjonen har blitt svekket. En funksjonssvikt kan også ses på som et angrep som må mestres. Flere av forskningsartiklene jeg fant sier også noe om mestring. Deltakerne i Peek et al. (2017, s. 6)

sin studie refererte til at de når de ikke fikk til å bruke teknologien på en skikkelig måte satt de igjen med en følelse av frustrasjon og stress. Altså de fikk ikke en følelse av mestring. Det samme gjaldt for Woolham et al. (2021, s. 175), ca. ¼ av de som hadde fått utlevert velferdsteknologiske hjelpemidler ba om å få slippe dem. Det kan også være at deltakerne ser på sitt eget hjelpebehov som manglende mestring og at de derfor helst ville vært foruten. Men siden jeg ikke kom inn på dette under intervjuene har jeg ikke noe grunnlag som støtter eller motsier dette spørsmålet. På direkte spørsmål om de følte at de mestret å bruke medisindispenseren, så svarte alle ja.

Ønsket om å klare seg selv kan ses på som deres mestringsstrategi. Velferdsteknologien skal, ifølge «Innovasjon i omsorg» utfordre til å ta ansvar for blant annet sitt eget liv. Den skal videre bidra til at en skal klare seg selv og være uavhengig selv om en er rammet av sykdom og har nedsatt funksjonsevne (NOU 2011: 11, s. 99). En kan da stille spørsmålet, bidrar den elektroniske medisindispenseren til at de klarer seg selv i økt grad og at de klarer å være mest mulig uavhengig? I utgangspunktet ja. To av dem hadde ikke annen oppfølging fra hjemmesykepleien enn annenhver uke, og hadde heller ikke noe ønske om hyppigere oppfølging. Målet om å utsette behovet for mer hjelp fra det offentlige er da nådd og det er oppnådd gevinst. Både gevinst i form av sparte ressurser for den kommunale helsetjenesten, men også gevinsten av rett medisin til rett tid for deltakeren sin del (Melting & Frantzen, 12/2015, s. 9). Jeg kan også svare nei på spørsmålet om medisindispenseren bidrar til å ta et større ansvar for eget liv. Ja, de tar medisinen sin selv, men den er låst inn. De får kun tilgang til en og en dose, med mulighet for noen små justeringer. Snakker vi da om ansvar for eget liv når «hjemmesykepleien får gjøre det de tenker er best» slik en av deltakerne sa? Eller har de inntatt en rolle som tilsier at noen andre har overtatt ansvaret? Her må en nok mer bort fra problemfokustert mestring og over på emosjonsfokustert mestring (Hansen & Daatland, 2016, s. 13). Utfordringen med å huske på å ta medisinen er allerede der og tiltakene er satt i gang. Når hjemmesykepleien får gjøre det de mener er best, så kan det også tolkes som et uttrykk på at deltakeren har senket forventningene til seg selv og satt seg nye mål.

At deltakerne følte de fikk den hjelpen de trengte kan tyde på at de føler seg trygge. En av deltakerne, sa også: «Jeg varskuer jo hvis jeg ikke er i stand til. At jeg ikke klarer. Da må jeg jo ha hjelp, og da hjelper de meg». Dette tolker jeg som at han følte seg trygg på at han vil få hjelp den dagen han får behov for det. Min erfaring som sykepleier forteller meg at dersom de hadde følt seg utrygge, så hadde de ønsket mer hjelp og oppfølging fra hjemmesykepleien. En kan derfor si at de har mestret sine egne reaksjoner og følelser i utfordringen det er å trenge

hjelp. De har en emosjonsfokusert mestring (Hansen & Daatland, 2016, s. 13). Denne følelsen av trygghet støttes av forskning. Og når de føler seg trygge hjelper det dem med å kunne leve selvstendig, eller med liten hjelp fra det offentlige, i sitt eget hjem (Glomås et al., 2021, s. 8). Det ytre miljøet oppleves som forståelig og at det henger sammen (Antonovsky, 1987/2012, s. 39-40), det hjelper dem i deres OAS.

Når Hans gav uttrykk for at det ble kluss i vekslinga og at hjemmesykepleien derfor kom med dispensereren, så kan det ses på to ulike måter. Nummer en er at han faktisk ikke så nødvendigheten av å være så nøye, jeg fikk inntrykk under intervjuet at det var slik han selv så på saken. Tolkning nummer to er at han ikke lengre mestret å ta medisinen slik han gjorde før, men at han kanskje ikke innså det selv eller var villig til å innrømme det ovenfor meg. Stokke (2018, s. 7) tar opp hvordan en person kan se på det å ta imot et hjelpemiddel som en indikator på redusert helse, og at de derfor ikke ønsker å ta imot. Dette kan stemme med Hans, at han trenger tid for å akseptere at medisindispenseren er til hjelp. Peek et al. (2017, s. 6) støtter også oppom ved å vise til at noen velferdsteknologiske hjelpemidler kan få en til å virke gammel eller skrøpelig, og det er ikke noe de ønsker å assosiere seg med.

Så hvordan kan en da hjelpe den eldre med å oppleve mestring og en opplevelse av sammenheng? Spesielt etter hvert som kognisjonen svekkes og hukommelsen blir dårligere? Her tenker jeg at dispensereren er et viktig element. Den er lett i utformingen og har få knapper som de trenger å forholde seg til. I tillegg varsler både Evondos og Medido med lyd samtidig som knappen de skal trykke på lyser. At knappen lyser hjelper også for svaksynte. Glomås et al. (2021, s. 6) sine resultater viser til at deltakerne i noen situasjoner hadde en begrenset forståelse av bruk som førte til at de ikke gjorde alt rett. De samme resultatene fant ikke jeg. Samtidig er dispensereren laget for å være enkel og sikker i bruk. Den legger til rette for at en skal kunne mestre å bruke den. Den samme studien viser til at de opplevde en følelse av mestring når teknologien hjalp dem med å huske på å ta medisinen (s.7). Når den hver dag, til samme tid, varsler at det er på tide å ta medisinen er det lettere å se en sammenheng. En kan si at dette er stimuli som er strukturert, forutsigbar og forståelig (Antonovsky, 1987/2012, s. 41). Og når den er enkel i bruk vil også en person med redusert kognitiv funksjon ha nok ressurser til å kunne mestre kravene som dispensereren stiller, nemlig at du må reagere på lyden og trykke på knappen. Du må også ha ressurser til å forstå at du skal ta medisinen som kommer ut av dispensereren. I tillegg hadde alle mine deltakere en forståelse av at det er viktig å ta medisinen, de fyller dermed det siste punktet som handler om OAS, nemlig at det er verdt å engasjere seg når dispensereren varsler. De har en opplevelse av sammenheng.

Dispenseren gir ut plastposer med medisin, det vil si at den gir ut akkurat den medisinen en skal ha til rett tidspunkt. Deltakerne fikk medisin på tidspunkt som var tilpasset dem og deres behov. De hadde videre sine individuelle rutiner på å ta medisinen. Hans og Ingrid hadde opparbeidet seg en rutine med å ta medisinen med en gang dispenseren varslet og de hadde trykket på knappen. Harald hadde derimot en vane med å ta med seg medisinen fra plasseringen på soverommet og ut til kjøkkenbordet, og han tok medisinen til måltid. «Jeg går ned, så tar jeg med meg posen til spisebordet. Så tar jeg den sammen med frokosten». At dispenseren gir ut enkeltdoser gir grunnlag for mestring, de slipper å være usikre på om de har husket alt eller om de har glemt noe. Evondos har også en funksjon som lar hjemmesykepleien programmere inn en stemme som varsler dersom de må ta noe utenom, for eksempel Marevan (Oy, s. 22). Måten dispenseren er laget og programmert på hjelper eldre med dårligere innlæringsevne. De slipper blant annet å forholde seg til mange forskjellige funksjoner. De føler seg også trygge på at medisinen kommer når den skal. Dette fører til at de i tillegg til emosjonsfokusert mestring har en problemfokusert mestring, de mestrer å fysisk bruke den (Hansen & Daatland, 2016, s. 13). Arain et al. (2021, s. 6 og 14) sine resultater viser at gruppen som brukte medisindispenser hadde bedre etterlevelse og tok medisiner til rett tid sammenlignet med kontrollgruppen. De konkluderte med at den kan være en effektiv hjelp over lengre tid for å huske på å ta medisiner sine, men at det burde undersøkes videre om hvilken innvirkning det har for helsen og om det kan redusere behovet for oppfølging fra helsevesenet. Studien er interessant, men samtidig er det en mulig feilkilde at kontrollgruppen selv skulle rapportere i et eget skjema om de hadde glemt å ta medisinen sin. Noen brukere av multidose synes at det er vanskelig å håndtere multidoseposene og at det er lett å miste medisinen (Holbø et al., 2019, s. 24). Ingen av deltakerne i min studie nevnte at dette var et problem. Det kan også komme av at både Evondos og Medido lager et lite snitt i posen når den kommer ut slik at det er lettere å åpne posen kontrollert. Utformingen på medisindispenseren bidrar til at den er håndterbar og den enkelte vil dermed ha nok ressurser til å bruke den (Antonovsky, 1987/2012, s. 40).

Alle deltakerne i min studie gav uttrykk for at det var en sikkerhet at dispenseren gav dem rett medisin til rett tid. Det gir dem en mening å bruke den, slik Antonovsky (2012, s. 41) viser til. At det ikke skjer flere feil enn det de oppga som oppstarts-problemer kan skyldes at de mestrer å bruke den, og at kartleggingen fra hjemmesykepleien har fungert. Dispenseren varsler dermed ikke videre til hjemmesykepleien om at de har glemt å ta medisinen. Deltakerne hadde hatt dispenser en stund og var sannsynligvis blant de første i kommunen

som fikk et slikt velferdsteknologisk hjelpemiddel. I oppstartsfasen var dette også nytt for hjemmesykepleien og nye pleiere som skulle læres opp til å foreta påfyllingen. Nå som prosessen rundt implementering av velferdsteknologi er kommet lengre er de fleste utfordringene rundt oppstart løst. Nakrem og Sigurjónsson (2017, s. 76 og 80) poengterer at velferdsteknologi kan bidra til økt deltakelse og medvirkning i tråd med nasjonale føringer. De viser også til at ansatte erfarer at kartlegging av den enkelte bruker er nødvendig for å lykkes. Dette er i tråd med forskning, Peek et al. (2017, s. 16) konkluderer med at hvis det ikke er tatt hensyn til behov, så er det større risiko for at det ikke fungerer optimalt. Woolham et al. (2021, s. 172 og 180) viser til kun 16% av de som mottok et velferdsteknologisk hjelpemiddel ble skikkelig kartlagt i forkant, de konkluderer blant annet med kartlegging er viktig for at det skal få et bra utfall.

Kommunen jeg har tatt utgangspunkt i har etter oppstartsfasen utarbeidet et kartleggingsskjema til hjelp for å finne ut av hvem som kan ha nytte av en slik medisindispenser. Dette sparer hjemmesykepleien for en del jobb med opplæring og oppfølging, det fører også til at den enkelte pasient kan slippe manglende mestringsfølelse ved å skulle ta i bruk et hjelpemiddel de ikke har ressurser til å mestre. Deltakerne har også mestret overgangen fra gammel måte å ta medisinene til å bruke den elektroniske medisindispenseren, de har lært noe nytt til tross for at de som eldre personer har en redusert kognitiv funksjon (Nordhus, 2012, s. 27-28). Deres OAS er sterk nok til at de har funnet motivasjon og klart å holde ut helt til de har mestret det (Antonovsky, 1987/2012, s. 150). De har også en forståelse av hva varslingen betyr og hva som skjer når de trykker på knappen. De to deltakerne som brukte Evondos, husket også nesten ordrett hva dispenseren sa. På direkte spørsmål svarte to av dem at de kanskje kunne glemme likevel selv om de hadde dispenseren, samtidig holdt de fast på at de ikke hadde gjort det hittil.

At det tar tid å lære noe nytt kan også ses på som at det tar tid før de mestrer bruk. Og at det stadig er noe nytt kan være både positivt og negativt. Det kan være positivt fordi stadige endringer holder deg på tå hev, og du blir vant til prosessen med noe nytt og hva som skal til for å mestre. Samtidig må de stadig lære enda noe nytt når de er i en allerede sårbar fase. Her vil den enkle utformingen av dispenseren være med på å forenkle prosessen med innlæring og gi grunnlag for mestring. Når en skal lære bort noe er det viktig å ta utgangspunkt i personen som skal lære og deres ståsted. Det bør ikke være unødvendige forstyrrelser, den som gir opplæring må snakke forståelig og det bør legges til rette for aktiv deltakelse (Tveiten, 2020, s. 94, 95 og 166). Opplæring i bruk av elektronisk medisindispenser gjøres som regel ved at

hjemmesykepleie først går gjennom funksjonene med den eldre. Videre møter de opp til tidspunktene som medisinene skal tas i en periode for å sikre seg at de mestrer oppgaven og gir veiledning ved behov.

Deltakerne, som husket oppstartsfasen, var klar på at hjemmesykepleien var oftere innom til å begynne med. Dette er med på å gi dem et bedre grunnlag for mestring, hjemmesykepleien er en ressurs (Antonovsky, 1987/2012, s. 40). Kun en av dem hadde i dag hyppigere besøk av hjemmesykepleien enn hver 14.dag. Forskningsartikler forteller om at selv om reduserte besøk er en av målsetningene, så må en også huske på hvordan det påvirker den eldre pasienten. Flere som var intervjuet sa i disse artiklene at de hadde foretrukket at en fysisk person kom innom (Glomås et al., 2021, s. 8; Sánchez et al., 2019, s. 848). Her viser min studie litt andre resultater. En av de mente at medisindispenseren var å foretrekke fremfor at «fremmede» skulle komme innom flere ganger per dag, mens en av dem gav uttrykk for at «da må de jo kunne noe med medisinen også ...» Og mens noen får en følelse av å være fri og uavhengig ved å klare seg selv vil andre være mer urolig for hvordan teknologiske hjelpemidler virker, og ikke minst føle på at de mangler sosial kontakt (Frennert & Östlund, 2018, s. 28). Slik vil det nok alltid være. De er individuelle individer og har forskjellige utgangspunkt og preferanser.

Sist i analysen kommer det sosiale. Deres omgangskrets er også deres støtteapparat og er medvirkende til en sterk OAS. Støtteapparatet er en ressurs som hjelper med å håndtere de kravene som oppstår av det som skjer (Antonovsky, 1987/2012, s. 40). De vil også være til hjelp med motivasjon til å mestre. De bidrar til en sterk OAS. Å ha noen som ikke snakker «over hodet» på deg trakk en av deltakerne spesielt frem. At det er viktig for å føle seg trygg og at en er verdt noe. Når en har et slikt nettverk rundt seg, enten det er venner og familie eller hjemmesykepleien, så gir det en trygghet som igjen er grunnlag for mestring. Til slutt i intervjuene når vi kom inn på det sosiale, så var det viktig for dem å ha noen å snakke med, og det virket som de hadde et slikt nettverk rundt seg i større eller mindre grad. Men ingen av dem tok opp medisindispenseren i denne sammenhengen. Kanskje fordi de ikke tenkte det var relevant. Slik jeg tolker deres svar er ikke et slikt velferdsteknologisk hjelpemiddel en hemmer for det sosiale livet deres.

Jeg stilte meg også spørsmålet om medisindispenseren gir grunnlag for mestring blant pasienter med svak OAS. Men Antonovsky (2012, s. 148) gir ganske klart uttrykk for at en person med svak OAS ikke har et særlig ønske om å mestre noe og vil med stor sannsynlighet

gi opp tidlig. Med bakgrunn i dette tenker jeg at personer med en svak OAS vil kunne oppdages allerede i kartleggingen av medisindispenser, evt. helt i starten ved utprøving, og at de nok ikke er de fremste kandidatene for implementering av slike hjelpemidler. En rimelig antakelse er derfor å tolke at alle deltakerne i denne studien har en sterk OAS.

7.2 Hvordan virker en elektronisk medisindispenser som aktør inn på den eldre sin hverdag?

Aktør-nettverksteori (ANT) handler, kort fortalt, om å vektlegge hva som skjer mellom aktører og hvordan det henger sammen i nettverk. Nye aktører kan endre forholdet mellom de eksisterende aktørene og dermed nettverkene, teknologien vil fortsette sin utvikling (Skjølsvold, 2015, s. 74-75). Domestisering supplerer dette perspektivet med fokus på hvordan teknologi får mening når den blir en del av hverdagslivet (Aune, 1996, s. 93-94).

Alle tre deltakere hadde allerede en eksisterende relasjon med hjemmesykepleien før de fikk elektronisk medisindispenser. Så når de fikk den ble den innlemmet i nettverket som allerede var til stede. Harald og Ingrid husket ikke denne prosessen så godt, mens Hans hadde ikke helt interesse for medisindispenseren. Han gav uttrykk for at han egentlig ikke trengte den. Det kan tolkes slik at han godtok medisindispenseren siden den ble anbefalt av en aktør som han stolte på og hadde en relasjon til, nemlig hjemmesykepleien. Det kan også tolkes dit at hjemmesykepleien så at han kunne ha god nytte av et slikt nettverk, noe de har sett har fungert hos andre aktører. At Harald og Ingrid ikke husker innføringsprosessen så godt kan skyldes at medisindispenseren er så godt innarbeidet i deres hverdagsliv at de ikke lengre tenker på at den er der (Sørensen, 2004, s. 1). Det kan også være at de ikke husker det fordi det er lenge siden og det følger redusert kognitiv funksjon med alderen (Wyller, 2015, s. 58).

Årsaken til at den enkelte pasient får tilbud om elektronisk medisineringsstøtte kan være flere. Men felles for dem er utfordringer knyttet til å ta rett medisin til rett tid. Eller at hjemmesykepleien/ pårørende ser at tidspunktet for dette nærmer seg. De bruker gjerne også mange medisiner som det kan være vanskelig å holde oversikt over. I tillegg har veldig mange av pasientene som hjemmesykepleien yter tjenester til varierende grad av kognitiv svikt (Gjøra et al., 2020, s. 10). Og når rutiner rundt medisinerings svikter kommer som oftest hjemmesykepleien inn i bildet på dette tidspunktet dersom de ikke er det allerede. I ANT

understrekes det at vi må se på hva som skjer i samhandlingen mellom aktørene. For eksempel dersom medisindispenseren ikke hadde vært til stede, så ville deltakerne fortsatt ha hatt utfordringer med å ta medisiner til rett tid. Eller så måtte hjemmesykepleien eller pårørende kommet innom mer regelmessig for å påse at de husket å ta medisinen. Ambugo et al. (2022, s. 8) viser i sin studie til at den eldre personen får best støtte når hjelpen de får er hensiktsmessig. Det samme viser Woolham et al. (2021, s. 177) til. At dersom det ikke gjøres en kartlegging av hvem som er aktuelle kandidater, altså om det er hensiktsmessig å ta i bruk teknologien, så vil resultatet bli deretter. Stokke (2018, s. 8-9) sier at i tillegg til behov for kartlegging er det en illusjon at en type teknologi passer alle uten videre. Deltakerne hadde allerede hatt dispensereren i bruk en stund, alt ifra rundt 6 måneder til 2 år. Og de hadde hver sin måte å samhandle med dispensereren på. Alt ifra hvordan den var plassert til hvordan de forholdt seg til den. De hadde vært gjennom en kartleggingsprosess der resultatet viste at en elektronisk medisindispenser ville være hensiktsmessig. Tilbake til ANT kan en se på hvordan dispensereren som aktør virker inn. Hverken pasient eller hjemmesykepleien kan la være å forholde seg til den, den er blitt en del av handlingen i måten dispensereren er skriptet. Jeg kommer tilbake til skript litt senere. Når Hans forteller at han egentlig ikke hadde trengt dispensereren, tenker han da på at det er inngripen i egen hverdag som han kunne tenke seg å være foruten? Kan det være at andre blander seg opp i hvordan han tar medisinene sine? Er dispensereren for synlig i hjemmet slik at den må forklares til besøkende? Kan det være at han ikke ønsker å innse at han nå trenger hjelp til å huske? Årsakene kan være mange. Om en ser på dispensereren som det mest effektive de noen ganger kunne ha hatt eller ikke, så virker den inn på hverdagen deres.

At deltakerne trenger hjelp til å huske på å ta medisinene sine kan skyldes redusert korttidshukommelse. De er nødt til å stole på de andre aktørene i nettverket gjør det de skal, nemlig den elektroniske medisindispenseren og hjemmesykepleien. Når deltakerne selv trekker frem at det nesten er umulig å glemme medisinen nå som de har medisindispenseren, så tolker jeg det slik at de stoler på den. Alle aktørene; pasient, dispenser og hjemmesykepleie må forholde seg til hverandre og gjøre sin del, nettverket er robust fordi alle trekker i samme retning. Hvis ikke både pasient og hjemmesykepleie hadde forholdt seg til hvordan dispensereren fungerer og er stilt inn, altså til hvordan den er skriptet, så hadde ikke lengre nettverket vært stabilt. Dispensereren har en funksjon og har fått en mening i deres hverdagsliv (Lie & Sørensen, 1996, s. 17). Deltakerne har en relasjon til dispensereren og må forholde seg

til den opptil flere ganger daglig. De hadde alle litt forskjellige rutiner /brukermønster i hverdagen noe som er naturlig siden de er ulike aktører i separate nettverk.

Medisindispenseren har et spesifikt mål, at brukeren skal få ut den medisinen de skal til rett tid. Den har også en veldig enkel utforming slik at det skal være vanskelig å misforstå. En kan derfor si at den er utformet med et sterkt skript fra designerens side (Nakrem & Sigurjónsson, 2017, s. 46; Stokke, 2017, s. 3). Med et sterkt skript vil det være utfordrende å tilpasse den til noe annet enn det som opprinnelig var tenkt. Det vil derfor være vanskelig å si noe om at teknologien i seg selv kan føre til en ny praksis slik Pols (2017, s. 3) beskriver. Men den blir tilpasset deres behov i forhold til hvilke tidspunkt de får medisiner og de kan til en viss grad velge hvordan de blir varslet. Stokke (2017, s. 9) sin studie om trykghetsalarmer trekker frem at alarmer er skriptet for å være enkel i bruk, selv om pasienten har liten teknisk innsikt. Det samme gjelder for medisindispenseren. Daglig påvirker den dem. Dersom de ikke allerede er våken vekker den dem om morgenen. En av deltakerne sa: «Det eneste «aberet» er at hvis jeg har vært oppe og er trett, har lagt meg og sovnet. Og så bli vekt av den, men det kan den jo ikke ta hensyn til. Man må opp». Dette stemmer overens med deltakerne til Isaksen et al. (2017, s. 121). Her mente også noen at teknologien bandt dem til hjemmet siden de ikke kunne ta den med seg ut. Samtidig kan en si at dersom de har behov for å bli minnet på å ta medisinen, så hadde kanskje alternativet vært at hjemmesykepleien kom hjem til dem. Og da hadde de likevel vært bundet til hjemmet. I utgangspunktet bør brukeren være hjemme når det varsles at det er på tide å ta medisinen, og hvis de da har mange doser i løpet av en dag til fastsatte tidspunkt er det lett å skjønne at en kan føle seg bundet. Ingen av deltakerne i min studie nevnte at de følte seg bundet hjemme, dispenserne har også mulighet til å ta ut ekstra doser hvis personen har tenkt seg ut.

Spesielt en av deltakerne var veldig klar på at dagens løsning med medisindispenser var bedre enn den som var før. Alle tre var blitt vant til teknologien og var enige i at den stort sett hadde fungert som den skulle. De hadde tilpasset seg den og medisindispenseren var blitt en del av hverdagen. Selve dispensereren hadde de plassert på ulike plasser i forhold til hva som passet dem. Dette kaller Aune (1996, s. 93-94) for objektivisering. En av deltakerne hadde den plassert midt på stuebordet, mens de andre to hadde den litt mere gjemt. Dvs. i seksjonen bak godstolen i stua og på soverommet. Siden jeg ikke spurte noe om dette vil jeg ikke få svar på om plasseringen var slik fordi det var praktisk eller fordi to av dem ønsket å gjemme den litt bort. I følge Peek et al. (2017, s. 7) var det flere som ikke likte teknologi som ble for synlig i hjemmet.

Ingen av deltakerne nevnte skepsis til teknologien. Dette kan ses på flere måter; de hadde alle tillitt til hjemmesykepleien og det de hadde fått anbefalt. Som Ingrid sa: «de må jo kunne noe med det». Samtidig hadde de alle hatt den en stund og de opplevde at problemene de hadde erfart i starten nå var over og at de fikk ut medisinen når de skulle ha den. Aune (1996, s. 93) skriver om hvordan domestisering handler om hvordan teknologi passer inn i det daglige og at hverdagslivet etter hvert tilpasser seg teknologien. Et par av deltakerne måtte flere ganger få bekreftet at det fortsatt var medisindispenseren jeg ønsket å vite noe om under intervjuene. Mitt inntrykk er at den var ikke så viktig for dem, den var bare der. Medisindispenseren var tilpasset deres behov og de hadde tilpasset seg den. Slik Stokke (2018, s. 9) trekker frem er nettverket et samarbeid mellom aktørene. Deltakerne forholdt seg til hjemmesykepleien og medisindispenseren var et hjelpemiddel for å kunne ta medisin til rett tid. Dette er i tråd med Pols og Willems (2011, s. 493), at istedenfor å gjøre seg uavhengig av hjelp, så er det et nyttig verktøy å bruke i hverdagen.

Førland et al. (2021, s. 27) viser i sin artikkel til at tiltak gjerne ikke settes i gang tidlig nok. At når hjemmesykepleien først kommer i kontakt med den eldre personen og ser at det er aktuelt å sette i gang tiltak, så kan hjelpebehovet allerede være kommet for langt. Holthe et al. (2017, s. 239) trekker også frem at velferdsteknologi må komme inn på et tidlig tidspunkt, gjerne før hjemmesykepleien har rukket å gå i gang med en omfattende tjeneste. Dette begrunnes ikke bare i at hjelpebehovet har kommet langt, men at den eldre personen også venner seg til en annen type oppfølging. Personen har jo også redusert arbeidshukommelse og vil bruke tid på å tilpasse seg teknologien (Wyller, 2015, s. 58). Deltakerne i min studie var klar på at det tar tid å lære seg noe nytt og at det må gjøres en innsats. At innlæringsprosessen tar lengre tid for eldre innebærer også at det tar lengre tid å implementere en ny aktør i det eksisterende nettverket.

Medisindispenseren skal innlemmes i hverdagen (Aune, 1996, s. 93-94) og den tar utgangspunkt i deres erfaring. Selv om den er enkel i utforming må de på dette tidspunktet lære seg hvordan den fungerer og klare å benytte seg av den også når opplæringsperioden er ferdig. Her tror jeg to av deltakerne hadde en fordel, en av dem brukte fortsatt PC til enkle ting og en hadde brukt det inntil ganske nylig. Det er ikke samme type teknologi, men de har klart å lære seg det i voksen alder. Jeg vil tro at dette gir dem en god forutsetning til å ta i bruk et nytt elektronisk hjelpemiddel

En av deltakerne nevnte at hjemmesykepleien bare hadde to typer dispensere, men at de «får vel flere etter hvert når de har prøvd og ser hvordan de virker».

Hjemmesykepleien var også involvert i tilegnelsen av den elektroniske medisindispenseren. De var med på å gjøre den tilgjengelig for bruk. Både gjennom at de anbefalte den, men også at det var de som bidro i kartleggingen og anskaffelsen (Aune, 1996, s. 93-94).

Når hjemmesykepleien er innom på tilsyn, spesielt når det er så sjeldent som hver 14. dag, er det viktig at hjemmesykepleien har mer enn 5min til rådighet. I tillegg til å fylle medisindispenseren med en ny multidose-rull er på dette tilsynet de har muligheten til å observere den eldre personen / geriatriske pasienten. Det innebærer også å lytte til hvordan de har det og om de har merket noen endringer i sin egen helse. Jeg tenker at dette bør være en noe av det som skal til for å kunne stole på at nettverket er stabilt nok til at forverring i helse vil bli fanget opp, og at den eldre personen blir ivaretatt på best mulig måte.

Deltakernes bo-situasjon har noe å si for deres nettverk. To av dem bodde alene, mens en av dem bodde sammen med ektefelle. Ektefellen var en del av nettverket og kunne noen ganger hjelpe deltakeren med å gjøre oppmerksom på at medisindispenseren varslert. Men ektefelle hadde ganske bevisst latt være å blande seg og ta over administrering av medisindispenseren på vegne av deltakeren. En kan si at personen ikke var en aktiv aktør i nettverket. Det er også viktig å oppfordre den eldre til å være sosial om de allerede har en omgangskrets eller om for eksempel dagsenter, turgrupper osv. kan være aktuelle for dem. Dette med bakgrunn i at de ikke skal ende opp alene og isolert, kun med velferdsteknologisk kontakt (Sánchez et al., 2017, s. 696).

7.3 Ethiske betraktninger

Ved innføring av en elektronisk medisindispenser utsetter en også tiden det tar før den enkelte trenger mer oppfølging av hjemmesykepleien. De klarer gjerne fortsatt å lage seg mat og stelle seg. Samtidig er mange av pasientene til hjemmesykepleien geriatriske (Wyller, 2015, s. 20). De har flere diagnoser og medisiner, og symptomene på sykdom er både vage og atypiske. Hvordan skal dette kunne følges opp når de kanskje bare har tilsyn hver 14.dag? I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) § 2-1a har de rett til både nødvendige helsetjenester og et verdig tjenestetilbud. Plutselig funksjonssvikt vil de sannsynligvis varsle om selv, det er merkbart for den eldre personen selv, kanskje har de hatt flere fall osv. Men dersom de ikke har skadet seg og klarer å komme seg opp igjen, enten alene eller ved hjelp av pårørende, er det ikke sikkert de tenker på å gi beskjed eller vet at det kan være et tegn på sykdom. Når det kommer til delirium tror jeg at hjemmesykepleien, og spesielt hvis det er en

fagperson som kommer, ville ha fanget dette opp på et mye tidligere tidspunkt enn det pasienten klarer å varsle om selv (Nygaard, 2012, s. 193). Min faglige mening som sykepleier er at observasjon på små og store endringer i helsetilstanden vil være vanskeligere å følge opp når de klarer seg hjemme alene med velferdsteknologi. Samtidig vil rett medisin til rett tid være gunstig for helsen. Flere medisiner skal tas med spesifikke mellomrom for best mulig effekt, og det klaffer ikke alltid med når hjemmesykepleien har mulighet til å komme innom. det er heller ikke sikker at den eldre pasienten husker på å ta medisin til rett tid selv om det er satt fram i merket beger. Et sikkerhetsmoment i dette er at de elektroniske medisindispenserene har innebygde varsler som gir beskjed dersom medisinen er glemt eller om det er noen annen feil med dispenseren.

8 Avslutning

8.1 Oppsummering

Den elektroniske medisindispenseren virker inn på hverdagen ved at den daglig varsler om medisiner og den eldre personen er nødt til å forholde seg til denne varslingen, de kan ikke la være å reagere. Den strukturerer dagen deres, og siden den er enkelt utformet med et sterkt skript gir den også grunnlag for mestring. Medisindispenseren er for det meste i bakgrunnen som en integrert del av hverdagen.

Deltakerne viste ikke til at noe var spesielt utfordrende, når jeg spurte spesifikt om noe var vanskelig svarte de alle nei. Samtidig kan følelsen av å egentlig ikke trenge den være utfordrende, det kan tyde på at denne deltakeren ikke var godt nok involvert i anskaffelsen. Det kan også være utfordrende når den vekker dem på morgenen og de egentlig har lyst til å sove litt lengre. Men dette var ting de hadde lært seg å leve med og som de ikke la stor vekt på selv.

Medisindispenseren var for det meste i bakgrunnen som en integrert del av hverdagen. Og selv om de alle hadde individuelle rutiner var de opptatt av å klare seg selv og følte seg trygget med den hjelpen de mottok fra hjemmesykepleien. De mestret alle å bruke den og gav uttrykk for at det var sikkert. En av deltakerne synes også det var fint å slippe å ha «fremmede» inn i huset hver gang han trengte medisin.

Funnene i denne studien viser at en elektronisk medisindispenser kan hjelpe den eldre pasienten med å være selvhjulpen i hverdagen. Måten den er utformet på legger også til rette for at de skal klare å mestre den, selv med redusert kognitiv funksjon. Samtidig er det viktig å involvere pasienten selv, dette presiseres også av tidligere forskning. Det er også viktig å ta hensyn til at det tar tid å lære noe nytt slik at de vil klare å benytte seg av det hjelpemiddelet som det er.

8.2 Veien videre

De nasjonale føringene og utviklingen i samfunnet generelt indikerer at velferdsteknologiske hjelpemidler er kommet for å bli, og at utbredelsen bare vil fortsette. Under et av intervjuene kom det frem en interessant påstand. Det vises flere steder til at «morgendagens eldre» vil ha en høyere evne til mestring fordi de skal være bedre rustet til endring (Meld. St. 25 (2005-2006), s. 43). En av deltakerne i min studie mener derimot at de vil få det mer utfordrende sammenlignet med dagens eldre. Rett og slett fordi de er vant til å få det som de vil.

Eldre og velferdsteknologi er et viktig forskningsområde som det bør ses mere på. Mitt inntrykk er at eldre ofte er utelatt fra studier, og kanskje spesielt hvis de er kommet langt i sin kognitive svikt. Og selv om ikke kognitiv svikt er tatt med i min studie, utover det som følger aldringsprosessen, så anser jeg min studie som et bidrag inn i denne forskningen. Eldre er absolutt en viktig gruppe å forske på. Det kunne for eksempel være interessant å følge flere eldre gjennom anskaffelse og videre inn i daglig bruk med implementering av teknologiske hjelpemidler. Det kunne også være interessant å sammenligne resultater fra flere kommuner i ulike fylker for å se om det viser noen andre resultater.

Referanseliste

- Ambugo, E. A., Dar, I., Bikova, M. S., Førland, O. & Tjerbo, T. (2022). A qualitative study on promoting reablement among older people living at home in Norway: opportunities and constraints. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07543-z>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1987)
- Arain, M. A., Ahmad, A., Chiu, V. & Kembel, L. (2021). Medication adherence support of an in-home electronic medication dispensing system for individuals living with chronic conditions: a pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01979-w>
- Aune, M. (1996). The Computer in Everyday Life: Patterns of Domestication of a New Technology. I M. Lie & K. H. Sørensen (Red.), *Making technology our own. Domestication Technology into Everyday Life* (s. 91-120). Universitetsforlaget.
- Bennet, B. (2019). Technology, ageing and human rights: Challenges for an ageing world. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66(September-October), 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101449>
- Dignio. *Medido multidosedispenser - Brukerinformasjon*. Hentet mars fra <https://responscenteret.no/responskolen/brukere/manualer-videoer/manualer/Brukerinformasjon%20-%20Medido%20multidosedispenser.pdf>
- Ellingsen, S. & Dragset, S. (2008). Kvalitativ tilnærning i sykepleieforskning - En introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 3(10), 23-38.
- Forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Frennert, S. & Östlund, B. (2018). Narrative Review: Welfare Technologies in Eldercare. *Nordic Journal of Science and Technology*, 6(1), 21-34.
<https://doi.org/10.5324/njsts.v6i1.2518>
- Førland, O., Skutle, Ø., Alsvåg, H. & Hjelle, K. M. (2021). Ambisjoner og realiteter i kommunens prioriteringer av helse- og omsorgstjenester - en casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 19-34.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus - Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (14/20). Oslo Metropolitan University. <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Aldring og helse - Nasjonal kompetansetjeneste.
- Glomås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M. & Halvorsen, K. (2021). 'They just came with the medication dispenser' - a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC Health Services Research*, 21:245, 1-11.
- Hansen, T. & Daatland, S. O. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* (IS-2475). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf/_/attachment/inline/8eb8c451-2e98-4e41-859c-

- 9008c05a8ded:fddecbd64bb4227305494f4314cea8aa97e894ac/Aldring,%20mestrings betingelser%20og%20livskvalitet.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 11.oktober). *Omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi - Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030* (IS-1990). 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. (2015a, 1.januar 2018). § 1-3 Definisjoner. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Helsedirektoratet. (2015b, 26.04.2019). *Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene*. Hentet 10.03.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene>
- Helsedirektoratet. (2021, 23.juni). *Bruk av velferdsteknologi*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020--arsrapport-2020/statistikk/bruk-av-velferdsteknologi>
- Helseforskningsloven. (2021). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata.
- helsetjeneste, F. o. l. s. i. k. (2021). *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste* (FOR-2021-09.17.2821). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779>
- Holbø, K., Das, A., Bøthun, S., Fomanek, M. N. & Halvorsen, T. (2019). Multidosetjeneste for hjemmeboende - brukeres erfaringer og behov for nye løsninger. *Nordisk Velfærdsforskning*, 4(1), 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. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-09>
- 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. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>
- Johannessen, T. B., Holm, A. L. & Storm, M. (2019). Trygg og sikker bruk av velferdsteknologi i hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5, 71-83. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-07>
- Kleiven, H. H. (2017). Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi. I J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis - Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 83-99). Cappelen Damm Akademisk.
- Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi - hva, hvorfor og hvordan? I J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis - Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 15-33). Cappelen Damm Akademisk.
- Kreftforeningen. (2014, 14.mai 2014). *Mestring*. <https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/mestring/>

- KS. (2018, 15.09.2021). *Velferdsteknologiprogrammet*. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/nasjonalt-velferdsteknologiprogram/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Bd. 3.utgave). Gyldendal akademisk.
- Kvaale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lie, M. & Sørensen, K. H. (1996). Making Technology Our Own? Domestication Technology into Everyday Life. I M. Lie & K. H. Sørensen (Red.), *Making technology our own. Domestication Technology into Everyday Life* (s. 1-30). Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 15 (2017-2018). (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Meld. St. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Melting, J. B. (1/2017). Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger - Nasjonalt velferdsteknologiprogram. <https://www.ks.no/globalassets/1.0-andre-gevinstrealiseringsrapport-med-anbefalinger.pdf>
- Melting, J. B. & Frantzen, L. (12/2015). Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger - Nasjonalt velferdsteknologiprogram. . 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
- Nakrem, S. & Sigurjónsson, J. B. (Red.). (2017). *Velferdsteknologi i praksis - Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Cappelen Damm Akademisk.
- Nordhus, I. H. (2012). Psykologisk aldring. I H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri - En innføring* (3.utgave. utg., s. 25-31). Fagbokforlaget.
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. D. s.-. Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Nygaard, H. A. (2012). Instabilitet og fall. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (3. utg., s. 189-205). Fagbokforlaget.
- Nylenna, M. (2020). *Helsetjenesten i Norge - Et overblikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- omsorgstjenesteloven, H.-o. (2021). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2021-06-18-118). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunale%20helse>
- Oy, E. *Evondos-tjenesten. Håndbok for sluttbruker*. Hentet mars fra <https://responscenteret.no/responskolen/brukere/manualer-videoer/manualer/Brukerinformasjon%20-%20Evondos%20E300%20medisindispenser.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet>

- Peek, S. T. M., Luijkx, K. G., Vrijhoef, H. J. M., Nieboer, M. E., Aarts, S., van der Voort, C. S., Rijnaard, M. D. & Wouters, E. J. M. (2017). Origins and consequences of technology acquirement by independent-living seniors: towards an integrative model. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0582-5>
- Pols, J. (2017). Good relations with technology: Empirical ethics and aesthetics in care. *Nursing Philosophy*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/nup.12154>
- Pols, J. & Willems, D. (2011). Innovation and evaluation: taming and unleashing telecare technology. *Sociology of health & illness*, 33(3), 484-498. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01293.x>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Sánchez, V. G., Anker-Hansen, C., Taylor, I. & Eilertsen, G. (2019). Older People`s Attitudes And Perspectives Of Welfare Technology In Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 841-853. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S219458>
- Sánchez, V. G., Taylor, I. & Bing-Jonsson, P. C. (2017). ETHICS OF SMART HOUSE WELFARE TECHNOLOGY FOR OLDER ADULTS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 33(6), 691-699. <https://doi.org/10.1017/S0266462317000964>
- Skjølvold, T. M. (2015). *Vitenskap, teknologi og samfunn - En introduksjon til STS*. Cappelen Damm Akademisk.
- Society. (2011). *Domestication*. Hentet 8.mars 2022 fra <https://www.nationalgeographic.org/encyclopedia/domestication/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 3.juni). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 16.juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 1.januar). *Befolkning*. <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>
- Stokke, R. (2017). "Maybe we should talk about it anyway": a qualitative study of understanding expectations and use of an established technology innovation in caring practices. *BMC Health Services Research*, 17(657), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2587-3>
- Stokke, R. (2018). Older People Negotiating Independence and Safety in Everyday Life Using Technology: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), 1-12. <https://doi.org/10.2196/10054>
- Suzuki, R. & Hasegawa, T. (2018). Evaluation of a one-dose package medication support system for community-based elderly patients and eldercare facilities. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(9), e202-e212. <https://doi.org/10.2146/ajhp170176>
- Sørensen, K. H. (2004). *Domestication: The social enactment of technology* (STS-working paper 08/04, Issue. Senter for teknologi og samfunn. Institutt for tverrfaglige kulturstudier. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

- UiT, N. A. U. (2019, 5.april). *RETNINGSLINJE for klassifisering av informasjon*.
<https://uit.no/Content/714606/cache=1610450302000/Retningslinjer+for+klassifisering+5-4-19.pdf>
- Woolham, J., Steils, N., Fisk, M., Porteus, J. & Forsyth, K. (2021). Outcomes for older telecare recipients: The importance of assessments. *Journal of Social Work, 21*(2), 162-187. <https://doi.org/10.1177/1468017319883499>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri - En medisinsk lærebok* (2.utgave. utg.). Gyldendal akademisk.
- Zander, V., Johansson-Pajala, R. M. & Gustafsson, C. (2020). Methods to evaluate perspectives of safety, independence, activity, and participation in older persons using welfare technology. A systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 15*(4), 373-393. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1574919>

Vedlegg nr. 1 - Informasjonsskriv til rekrutteringsperson

15.09.2021

Hei

Jeg holder på med et mastergradsprosjekt som handler om eldre sin opplevelse og erfaringer rundt velferdsteknologi, nærmere bestemt elektroniske medisindispensere.

I den forbindelse trenger jeg hjelp til å dele ut informasjon til pasienter som kan være aktuelle deltakere. Jeg kan ikke rekruttere dem direkte selv siden jeg da vil ha muligheten til å påvirke deres svar.

Aktuelle personer vil være:

- Over 67 år
- Hjemmeboende / bor i omsorgsbolig
- Brukere av en elektronisk medisindispenser (det må være personen selv som bruker dispensereren, ikke pårørende)
- Være i stand til å gi et informert samtykke.

Konvolutten inneholder både informasjon om prosjektet, samtykkeskjema og en ferdig frankert svarkonvolutt. Det er da meningen at pasienten selv skal kunne sende meg informasjon om hvordan jeg kan komme i kontakt med dem. Dette er fordi helsepersonell som jobber rundt dem ikke skal vite om de deltar i studien eller ikke.

Dersom dere ønsker mer informasjon, ta gjerne kontakt.

Tlf: 45 25 38 91 eller bbe070@uit.no

På forhånd takk

Mvh

Belinda Bendixen
Mastergradstudent UiT

Vedlegg nr. 2 – Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)

Vurdering

Referansenummer

471417

Prosjekttittel

Eldre og velferdsteknologi

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunnar Ellingsen, gunnar.ellingsen@uit.no, tlf: +4777644772

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Belinda Bendixen, bbe070@uit.no, tlf: +4745253891

Prosjektperiode

01.08.2021 - 30.06.2022

Vurdering (1)

08.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 08.09.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 30.06.2022.

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 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert

og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 viderebehandles 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

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. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). 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). Nettskjema og TSD er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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 hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema->

for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson hos NSD: Markus Celiussen
Lykke til med prosjektet!

Vedlegg nr. 3 - Informasjonsskriv til avdelingsledere

Til avdelingsleder for hjemmetjenesten i ...

Jeg holder for tiden på med et mastergradsprosjekt som handler om eldre og velferdsteknologi, målet er å undersøke eldre sine erfaringer med elektroniske medisindispensere, som for eksempel Evondos og Medido. Prosjektet er godkjent av NSD og vil ikke inneholde noen helseopplysninger. De eneste opplysningene jeg trenger er de pasientene selv velger å fortelle meg.

Årsaken til at jeg tar kontakt er at jeg trenger hjelp til å rekruttere pasienter til studien. Jeg kan ikke ta kontakt med pasienten direkte siden jeg da vil ha mulighet til å påvirke deres svar. I den forbindelse lurer jeg på om jeg kan benytte meg av ansatte hos dere til å levere ut informasjonsskriv til aktuelle pasienter? Informasjonen vil også inneholde et samtykkeskjema og kontaktinformasjon slik at jeg kan få tak i dem. Siden studien skal være mest mulig anonym vil ikke helsepersonell være involvert i å innhente svar fra pasientene.

Aktuelle pasienter vil være:

- Over 67år
- Bor hjemme / i omsorgsbolig
- Bruker elektronisk medisindispenser
- Kan gi et informert samtykke

Dersom dette er noe jeg kan få hjelp til ønsker jeg å få tilsendt kontaktinformasjon til ansatte som kan bistå i å levere ut informasjon.

Kontaktinformasjon kan sendes til bbe070@uit.no eller oppgis per telefon. Ring gjerne på 45253891 dersom du har noen spørsmål. På forhånd takk

Mvh

Belinda Bendixen

Mastergradsstudent UiT

Vedlegg nr. 4 - Informasjonsskriv til deltakere

Vil du delta i forskningsprosjektet ”eldre og velferdsteknologi”?

Jeg heter Belinda Bendixen og er sykepleier og mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø.

Jeg tar kontakt fordi jeg i mitt mastergradsprosjekt skal gjennomføre en studie hvor målet er å få mer kunnskap om hvordan eldre opplever å bruke velferdsteknologi. I dette skrivet kommer informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet skal inkludere 4-5 personer over 67år som bruker elektronisk medisindispenser og bor hjemme. Jeg ønsker å finne ut av hvordan det oppleves å bruke en slik dispenser. Kanskje kan prosjektet gi innspill til opplæring og hvilke hensyn som må tas i innføring av velferdsteknologi.

Hvis du ønsker å delta, fyll ut samtykkeerklæringen og informasjon om hvordan jeg kan komme i kontakt med deg. Dette sendes i vedlagt svarkonvolutt så snart som mulig. Håper du har lyst til å delta.

Dersom du vil vite mer, les videre.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT - Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Denne forespørselen sendes til innbyggere i (navn på kommune) og omkringliggende kommuner som er over 67år og bruker elektronisk medisindispenser. Jeg har spurt hjemmesykepleieren om de kan være behjelpelig med å dele ut informasjon til de som er aktuelle. Det er kun de som velger å takke ja som jeg får vite om, og de eneste opplysningene jeg får om deg er det du selv velger å fortelle meg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse går ut på å bli intervjuet hjemme hos deg og det er snakk om ett intervju. Her kommer jeg til å spørre deg om dine opplevelser og erfaringer rundt bruk av dispenser. Opplysningene tas opp på lydopptak og skrives ordrett ned etterpå uten opplysninger som gjør at du kan kjennes igjen. Dersom det skulle komme frem taushetsbelagte opplysninger vil disse bli tatt bort når intervjuet skrives ned.

Lengden på intervjuet kan variere, men det bør settes av 1-2 timer.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til denne mastergradsoppgaven. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Lydopptaket vil bli lagret kryptert, noe som innebærer at jeg må logge meg inn for å kunne høre opptaket. Når lydopptaket er skrevet ned ordrett vil det bli slettet.

Den skriftlige versjonen av lydopptaket vil lagres uten navn og kontaktopplysninger. Navnet ditt vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Opplysninger som gjør at du kan kjennes igjen vil tatt bort/endret.

Lydopptakene og koden som knytter deg til det skriftlige materialet er det kun jeg, Belinda, som har tilgang til.

Det skriftlige arbeidet som er gjort på bakgrunn av lydopptaket vil også min veileder ha tilgang til.

Hvis oppgaven publiseres vil det være uten opplysninger som gjør at du kan kjennes igjen

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

I den ferdige oppgaven vil det ikke være noen opplysninger som gjør at du kan kjennes igjen. Når den er ferdig vil også kontaktinformasjonen som knytter deg til prosjektet bli slettet, etter planen vil dette være sommeren 2022.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til 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 UiT Norges arktiske universitet 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:

UiT Norges arktiske universitet ved Gunnar Ellingsen: 776 44 772 (veileder), Belinda Bendixen: 45 25 38 91 (masterstudent)

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold: 776 46 322

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Gunnar Ellingsen

776 44 772

Masterstudent

Belinda Bendixen

45 25 38 91

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «eldre og velferdsteknologi», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju
- At mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Navn

Adresse

Telefonnummer

Vedlegg nr. 5 - Intervjuguide

Fortell litt om meg selv. Er sykepleier og holder på med mastergrad i aldring og geriatrisk helsearbeid. Dette er en del av mastergrads oppgave som handler om eldre sin opplevelse av velferdsteknologi.

Start: Spør etter samtykke til å ta opptak av samtalen før opptak settes på.

Presisere at jeg ikke skal ha taushetsbelagt informasjon og at det evt. vil bli slettet

Bakgrunn:

- Hvor gammel er du?
- Kan du fortelle hva Evondos/Medido er og hvordan den virker? Hvordan bruker du den?
- Har du hatt Evondos lenge?
- Hvordan løste du medisinerer før du fikk Evondos?
- Hva var bakgrunnen til at du fikk Evondos? Hvem anbefalte det? Hvem installerte det?
- Fikk du noen opplæring? Hvilken? Kan du gi noen eksempler?
- Får du noen annen oppfølging av medisiner enn at dispenseren fylles på?

Opplevelser og erfaringer:

- Hvordan opplever du at det fungerer? Kan du gi noen eksempler?
 - Hender det at du hadde glemt av medisinen hvis det ikke var for dispenseren?
- Hadde du noen formening om hva det var og hvordan det fungerte før du fikk en slik maskin? Kan du fortelle?
- Hvordan virker Evondos inn på din hverdag? Lyder? Bra? Dårlig? Regelmessig?
- Er den blitt lettere å bruke etter hvert? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Synes du at du mestrer det?
- Har den virket positivt inn på livet ditt? Evt eksempler
- Er det noe som er vanskelig eller utfordrende? Evt eksempler. Hva skjer om du glemmer å ta medisinen?
- Opplever du feil med maskinen noen ganger?
- Hvordan tror du det hadde vært dersom det kom en fysisk person med medisin til deg?
- Hadde du brukt dagen annerledes dersom du ikke hadde hatt Evondos? Evt hvordan?

Syn på teknologi:

- Bruker du annen type teknologi til daglig – eks bruker du internett, smarttelefon osv?
- Hvordan synes du det fungerer?
- Hva tenker du når du hører ordet velferdsteknologi?
- Kunne du tenkt deg flere velferdsteknologiske hjelpemidler?

Tanker om fremtiden:

- Hva tenker du om at det blir flere eldre i Norge? Tror du Evondos kan være til hjelp?
- Vil du anbefale Evondos til andre? Kan du fortelle hvorfor/hvorfor ikke?
- Er det viktig for deg å være selvhjulpen?

Er det noe annet du ønsker å fortelle som jeg ikke har spurt om? Er det noe du vil føye til det du allerede har sagt?

Etter at opptak er skrudd av:

- Hvordan synes du dette gikk?
- Minne om at de kan få tilsendt transkripsjonen dersom de ønsker det.
- Kan jeg få se hvilken type medisindispenser du har? Evt ta bilde av den?

Vedlegg nr. 6 – Analyse av transkripsjoner

Kodegruppe	Subgruppe	Meningsbærende enhet	Kode	Kondensat
Jeg får god hjelp, men føler jeg fortsatt klarer å følge med	Vant til å klare meg selv	<p>Jeg er nå enda såpass oppegående at jeg klarer å følge med</p> <p>Jeg er jo vant til en god del av livet å ha vært nødt til å klare det meste selv, så du blir jo mer på tå hev.</p> <p>Jeg hadde jo ikke trengt den hvis jeg hadde skjerpet meg, så hadde det jo gått greit uten. Men det er jo fint at den er der da.</p> <p>Hadde nå ikke trengt den akkurat</p> <p>Jeg har ikke hatt problemer. For du skjønner jeg har klart meg selv hittil og vært lenge alene. Så jeg har jo operert båten selv.</p>	Trenger ikke	Jeg trenger den egentlig ikke, jeg har vært vant til å klare meg selv og det er jo bare å skjerpe seg. Jeg har de hjelpemidlene jeg trenger for å klare meg, men det hadde sikkert gått bra om jeg hadde hatt noen til å hjelpe meg å huske.
		<p>Jeg har gjort det som skulle gjøres, så jeg hadde ikke brydd meg med det. For meg er det ikke noe problem, verken det ene eller det andre.</p> <p>Jaja, det hadde jo sikkert gått bra om jeg hadde hatt noen sammen med meg som husker på.</p>	Hadde gått fint	
		<p>Jeg har de hjelpemidlene jeg trenger for å klare meg</p>	Har det jeg trenger	

		Ingen smarttelefon. Jeg klarer meg med en Doro. Jeg kan sende meldinger, og jeg kan ta imot telefoner og jeg kan ringe.		
Får den hjelpen jeg trenger		Hvis det gjelder sikkerhet, så er det jo mye bedre å få det på den måten enn at jeg skal få en sykesøster springende hit for medisiner.	Får den hjelpen jeg trenger	Medisindispenseren er en sikkerhet og er bedre enn at noen skal komme innom meg. Jeg kunne ha glemt medisinen om jeg ikke hadde hatt den. Jeg får den hjelpen jeg trenger og gir beskjed hvis jeg trenger noe annet. De er suverene og hjelper meg også dersom jeg skal ut å reise. Jeg er også veldig fornøyd med hvordan dispenseren virker, hittil har det gått veldig bra.
		Det er en sikkerhet for at en tar medisinen, ikke glemmer den		
		Det er mye mulig. Det skal jeg ikke se bort ifra. For det kan skje hvis jeg ikke hadde hatt den der (om å glemme medisin)		
		Man får medisinen hver dag, den svikter ikke		
		Jeg varskuer jo hvis jeg ikke er i stand til. At jeg ikke klarer. Da må jeg jo ha hjelp, og da hjelper de meg.		
		Jeg har liksom noe å holde på med (selvhjulpen). Og den dagen jeg synes det blir tungt, så ringer jeg jo til sentralen. At nå må jeg ha hjelp, husvask og sånt.		
	De er suverene de pleierne	Fornøyd med hjemmesykepleien		
	Og når jeg har vært på besøk der, så fikk jeg med meg det der. De greiene som er inni den.	På reise		
	Overhode ikke (vanskelig)	Fornøyd med dispenser		

		<p>Den virker veldig bra, og det var veldig bra at jeg fikk den</p> <p>Jeg måtte si til dem at «det der, det var veldig bra at jeg fikk det»</p> <p>Den var det mest effektive dem kunne ha</p> <p>Så det skal de ha. At de fant noe jeg likte</p> <p>Hittil så har det gått veldig bra synes jeg. Man vet jo ikke hvordan det blir senere, når man blir eldre. Ja, jeg skal jo ikke si at jeg er noen ungdom lengre, men...</p>		
Får utdelt medisin når det er vanskelig å huske på	Er til hjelp når det blir vanskelig å huske på å ta rett medisin til rett tid	<p>Det vet jeg ikke, det har de ikke forklart meg (korrigering fra kona: Jo, det vet du. Det skulle være lettere for det å ta, å huske på det)</p> <p>Svarer: jaja, det kan man jo si. Det er vel opplagt</p> <p>Husker ikke, kan ikke, korttidshukommelsen, den er...</p>	Dårlig korttidshukommelse	Jeg husker ikke helt hvorfor jeg fikk dispensereren, men det kan ha vært fordi det ble kluss med medisinen. Den er til god hjelp når jeg trenger påminnelse om å ta medisinen.
		<p>Jeg var ikke så nøye, jeg tok nå bare. Men så oppdaget dem at det ble kluss i vekslinga, og da kom de med den maskinen</p>	Kluss i vekslinga	
		<p>Å huske å det. Jaja. Det kan man jo si. Det er vel opplagt Nei, det er neste umulig (å glemme), for den begynner svakt, og med visse mellomrom, som kommer den sterkere og sterkere. Så da høres det over hele huset.</p>	Hjelp til å huske på	

		Når du ikke husker lengre, så må du jo ha hjelp	Trenger hjelp	
Medisindispenseren gir ut enkeltdoser som tas		Får dem jo ut i en sånn pose. Plastpose som jeg river av og så kommer det ut Om morgenen så får jeg en dose med, den første dosen er med blodtrykksmedisin og kolesterol. Og så får jeg to tabletter med insulin.	Får ut èn dose	Jeg får ut enkeltdoser til rett tid. Jeg trykker på en knapp når dispensereren piper og posen med medisin kommer ut. Det er fint at knappen lyser og at lyden stiger når det også står dårlig til med hørselen.
		Den kommer ut når den skal. Klokken 8 om morgenen kommer en dose, så 12 og så kl 5 på ettermiddagen. Som regel klokken 8 sånn om morgenen, og om kveldene og er det	Til rett tid	Medisinen tar meg med meg til frokostbordet og tar den der.
		Jeg tar den jo bare ut og tømmer den posen og tar det i meg. Jeg går ned, så tar jeg med meg posen til spisebordet. Så tar jeg den sammen med frokosten	Ta medisinen	
		I begynnelsen. Viste meg hvordan jeg skulle gjøre det. Jeg skulle trykke her – en grønn knapp. Og så kommer det ut her... Men altså, det er jo noe inni den der Bare å trykke på en knapp når den piper, så kommer medisinen ut. Så skjærer den av en slik pose. Nei, det kan jeg ikke huske at jeg fikk. (Blir korrigert av kona: Jo, du fikk opplæring i at du	Trykke på en knapp	

		skulle trykke på den, og det lyste grønt og så snakke		
		Den viktigste (lang pause) det som skjer omkring meg må jeg få gjennom øynene. For hørselen er dessverre også dårlig. Og jeg kan sitte og høre på radioen, og vet ikke hva de snakker om.	Dårlig syn og hørsel	
Jeg stoler på at dispenseren varsler	Det er en trygghet når ting fungerer som det skal	Det er en sikkerhet for at en tar medisinen, ikke glemmer den.	Sikkerhet	Medisindispenseren har for det meste fungert som den skal og når det har vært feil har pleierne vært raske med å fikse det. Tidligere har jeg fått medisin i både dosett og multidose som jeg tok fra selv. Medisindispenseren er en sikkerhet for å ikke glemme. I tillegg er det viktig at jeg føler
		Nei, jeg kan ikke, jeg kan ikke huske det. Jeg tror den fungerte	Har fungert som den skal	
		Nei, jeg har ikke hørt noe om det. At de har tatt den med seg eller. Det har ikke skjedd		
		Ja, det er ikke noe feil. Kan ikke huske det		
		Ja, det måtte vel være i, sånn som du får nå (ser på kona) (om hvordan medisin løstes før)	Tidligere medisindosering	
		Mye bedre enn det har vært, enn sånn det var når jeg fikk medisin i de der, ja (viser med hendene)		
		Ja, jeg fikk sånne ruller med medisin, men jeg liker det veldig godt som jeg har det nå		
		Nei, jeg fikk jo bare hele posen med		
		Det har vært en gang, at dem måtte ordne på den. Men det gikk fort. De kunne med det der.	Feil ordnet seg	

		<p>Det har jo vært litte granne kluss med den til å begynne med, men nå er det mer stabilt. Kom ikke med de posene som den skal. Det kan jo være pga det dem har lagt inn. Det er jo nytt for pleierne også.</p>		
	<p>Medisindispenseren gir beskjed når det er på tide å ta medisinen</p>	<p>Den piper, så den er jo grei nok den</p> <p>Og hvis jeg ikke står opp når det begynner å pipe, så piper det lenge. Og da må jeg stå opp.</p> <p>Den virker slik at det er lys på den, det er et lite lys som viser at den fungerer. Og så begynner den å blinke. Så går den en stund, så åpnes den. «Vent, medisinen kommer. Ta medisinen med vann»</p> <p>Jeg hører jo at det første begynnelsen, den beskjeden blir gjentatt, så når jeg har hørt den og ikke får noen reaksjon. Det er bare at jeg kommer og trykker på knappen</p> <p>Hvis jeg ikke har stått opp til medisinen kommer. Så er det lyd ut av den. Så da må jeg stå opp.</p> <p>Og hvis jeg ikke står opp når det begynner å pipe, så piper det lenge i... Nå er det tid for å ta medisin</p> <p>Det er jo ikke så spesielt med den akkurat. Men den står nå der og varskuer når jeg skal ta medisin.</p>	<p>Varsling</p>	<p>Medisindispenseren varsler med både lydvarsel og stemme som ber deg tar medisin. Dersom jeg ikke allerede har stått opp varsler den med stadig høyere lyd, nok til å vekke meg. Lyden stopper ikke før jeg trykker på knappen. Det kan være litt slitsomt hvis jeg er veldig trett.</p> <p>Nå står den på soverommet, så den står jo ikke i veien. Der jeg bodde før måtte jeg ned en trapp for å ta medisinen, og da kunne det jo komme folk inn før jeg var ordentlig kledd.</p>

	<p>Det eneste «abret» er at hvis jeg har vært oppe og er trett, har lagt meg og sovnet. Og så bli vekt av den, men det kan den jo ikke ta hensyn til. Man må opp.</p> <p>Det er jo selvfølgelig slik at hvis man ikke er våken, så våkner man av den. Den begynner med en nokså alminnelig tale, så stiger intensiteten. Så da snakker hun høyere</p>	Vekker deg	
	<p>Der jeg bodde før måtte jeg ned en trapp. Så da kunne jeg springe ned, om det var i pyjamasen, og så kanskje så kom det en nabo inn samtidig.</p> <p>Den sto jo på soverommet, og jeg måtte ned en trapp før. Så var jeg nødt til å gå ned, kunne ikke ligge lengre.</p> <p>Den står ikke i veien heller. Det spørres hvor man plasserer en sånn.</p>	Plassering	
Medisin kan både glemmes og mistes	<p>Det kan jo at jeg glemmer å ta medisin med en gang, Men så lenge jeg tar den før det blir kveld. Men det kommer jo en om morgenen og en om kvelden.</p> <p>Om jeg glemmer den, så kan jeg jo bare ta den når jeg kommer hjem.</p> <p>Hvis jeg glemmer det, så kan jeg jo bare ringe å si at de må dra hjem til meg for å hente medisinen. Men det har ikke skjedd hittil i alle fall.</p>	Glemme medisin	<p>Det kan være at jeg glemmer å ta medisin med en gang, men det er sjeldent siden jeg er vant med den. Hvis jeg glemmer kan jeg også få noen til å hente den til meg. Før var det lett å miste medisinen på gulvet.</p> <p>Jeg er ikke så veldig usikker akkurat nå, men en har ikke noen garanti for hvor lenge det varer. Jeg husker også en gang at jeg ikke var på samme sted som</p>

		Neida, nå er jeg så vant med det at nå glemmer jeg det ikke		medisindispenseren, og da tok det for lang tid før jeg fikk medisinen min. Men det ordnet seg.
		Før jeg fikk den der, da kunne jeg jo miste på gulvet eller noe slikt. Istedenfor at jeg skulle ta medisinen selv ut av de der. Man kan jo miste dem og sånn på...	Kan miste	
		Jeg føler ikke at jeg er kommet dit at jeg er usikker på noe. Men man har nå ingen garanti for hvor lenge man er slik. Det kan bli forandring over natten. Jeg kunne jo ha glemt den selvfølgelig, men hittil så har det jo gått greit.	Kan endres raskt	
		Det var hvertfall slik at vi var en plass og den var en plass. De skulle komme med den. Og så ble det for sent, for lang tid. Jeg ringte jo og sa ifra. Og når de kom, da var det gått for lang tid. Og så ordnet de nå med det.	Fikk ikke medisin	
Tettere oppfølging i starten siden det tar tid å lære noe nytt	Det tar tid å lære noe nytt	Så du vet liksom, et gammelt hode, det klarer ikke å absorbere alt som kommer. Det blir for strevsomt. Orker ikke, det er ikke det at jeg ikke hadde klart å finne fram. Men jeg orker rett og slett ikke, det er nok for meg. Jeg er så gammel at det blir, det er jo ting som ikke du bruker heller. Hadde det vært nødvendig, så hadde en jo satt seg inn i det. Jeg har jo hjelpere som hjelper meg.	Tar tid å lære	Det tar lengre tid for et gammelt hode å lære, og så må du tåle å plages mens du lærer. Det kommer jo stadig noe nytt. Til daglig har jeg en enkel telefon, TV og trygghetsalarm.

		Du må kunne plages, for det gjør du jo med alt det nye som kommer, før du kommer innpå		
		Det kommer jo stadig noe nytt, hele veien.	Stadig noe nytt	
		Jeg har telefon, men det er en sånn her (doro) Internett har jeg heller ikke Jada. Den (trygghetsalarm) har jeg fått beskjed om å ha på meg om dagene, men ikke om natten har de sagt.	Enkle hjelpemidler	
		Det er vel først og fremst TVen. Også har jeg en sånn mobiltelefon Vi har felles trygghetsalarm, men vi er ikke flinke til å ha på oss, så det er jo litt dumt		
	I oppstartsfasen	De har ikke så mange maskiner, de hadde vel bare to, men de får vel flere etter hvert når de har prøvd og ser hvordan den virker.	Prøves ut	Til å begynne med hadde de bare et par maskiner til utprøving. Og når jeg startet opp med medisindispenseren var de oftere innom meg og det gikk bra helt fra starten. Når vi flyttet kom det flere nye pleiere på opplæring.
		I begynnelsen av de oftere innom, men nå er det jo lengre mellom hver gang Det var bra helt fra begynnelsen... Og hun sa nå ingenting hun som var her, så det går jeg ut ifra at hun også syntes at det var Så da byttet vi distrikt, og da var de jo en hel flokk som kom. Tre stykker som kom. Den ene skulle lære opp de andre. Så det var litt	Oftere innom for opplæring	

		sånn, til å begynne med. Før det kom ordentlig i gang.		
Helsehjelp tilpasset hver enkelt	Hjemmesykepleien både hjelper og kommer med anbefalinger	Hvis det er fritt, så har dem fra hjemmetjenesten kommet med og fylt på den	Hva hjemmesykepleien gjør	Hjemmesykepleien hjelper meg med å fylle medisin på dispensereren hver 14.dag. Da er det viktig at de kan noe med medisinen. Det var også de som anbefalte at jeg kunne prøve en slik medisindispenser.
		De er jo her og legger ut. Den kommer jo på sånne remser med, plastremser. Så har jeg for en 14 dager		
		Nei, det er ikke noe		
		Da må de jo kunne noe med medisin også...	Må kunne noe	
		Var det ikke besøk av den dame som snakket om forskjellige ting?	Anbefaling fra hjemmesykepleien	
		De spurte, og jeg har jo ikke imot det ene eller det andre. Det tar jeg som det kommer.		
		Det var noen fra hjemmetjenesten		
Sosial når det passer meg		Jeg blir i mye bedre humør og sånn når jeg er sammen med dem (kaketreff med venninner)	Glad i besøk	Jeg er glad i besøk, men det går også bra å være alene. Det er viktig å ha noen å snakke med slik at en føler at en er verdt noe, også når en er redd for å være ute blant folk.
		Det har gått bra å være alene, men jeg er jo glad når det kommer folk på besøk.		
		Jeg har vært denne tiden så mye alene, at hvis jeg ikke får noen å snakke med, som føler seg trygg. Det er det som, føler at en er med. At en er verd noe.	Trygghet	
		Jeg kan vel si at jeg har en slags redsel for å gå ut i, på livet ute		

