



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hva hemmer og hva fremmer implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien?

What hinders and what enables the implementation of welfare technology in home nursing?

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, helse- og omsorgsvitenskap

14-06-2021

Kandidatnr. 261 og 271

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Velferdsteknologien kan bidra til å løse helse- og omsorgstjenestens utfordringer, men tas likevel ikke alltid i bruk. Teknologien møter ulike former for motstand, både fra helsepersonell og ledelsen sin side.

Problemstilling: Hva hemmer og hva fremmer implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien?

Metode: Oppgaven vår er en litteraturstudie. Vi har tatt for oss åtte kvalitative forskningsartikler. Videre har vi tatt i bruk relevant faglitteratur, samt nasjonale føringer for å drøfte problemstillingen.

Funn: Implementering av velferdsteknologi er en tidskrevende og kompleks prosess. Flere faktorer ligger til grunn for at velferdsteknologien ikke har lyktes hos alle. Faktorer som en kan se er blant annet motstand fra ledelsen og mot selve teknologien, samt utfordringer knytt til juridiske lover og yrkesetiske retningslinjer.

Konklusjon: Det anses som avgjørende at ledelsen tilrettelegger for god opplæring og kompetansehevende tiltak. Det er viktig at alle prosesser blir tett fulgt opp av ledelse og teknologiutviklere. Dette for å skape trygghet innenfor fagfeltet noe som kan bidra til mestringsfølelse og bruk av teknologi. Tett oppfølging vil være nødvendig da teknologien stadig er under utvikling. Dermed vil det være viktig med god kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid mellom involverte aktører.

Nøkkelord: Velferdsteknologi, implementering, helsepersonell, hjemmesykepleie, hemmere og fremmere

Summary

Background: Welfare technology can help solve the issue within health - and social services, but it is not always taken into use. The technology faces resistance, both from medical personnel and upper management.

Case: What hinders and what enables the implementation of welfare technology in home nursing?

Method: Our assignment is a study of literature. We have dissected eight qualitative research articles. Furthermore, we have used relevant academic literature as well as national guidelines to discuss the topic.

Findings: Implementation of welfare technology is a time consuming and complex process. Several factors contribute to the fact that welfare technology hasn't been successful everywhere. The most prominent factors are resistance from upper management and against the technology itself, as well as legal and ethical challenges.

Conclusion: It is considered crucial that upper management makes arrangements for good training and improving competence. It is important that all processes are closely monitored by upper management and tech-developers, in order to create a safe environment within the field which again can contribute to a sense of proficiency and use of technology. Close follow-up will be necessary as the technology is constantly under development. Therefore good communication and interdisciplinary cooperation between involved parties will be key.

Keywords: Welfare technology, implementation, health personnel, home nursing, encouragement, hindering

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Introduksjon av tema	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
2 Formål	2
2.1 Problemstilling	3
2.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen	3
3 Teori	3
3.1 Velferdsteknologi	4
3.2 Hjemmesykepleien som arena for velferdsteknologi	4
3.3 Innovasjon og implementering	5
3.4 Implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien	6
3.5 Velferdsteknologi og lovverk	8
3.5.1 Helse- og omsorgstjenesteloven	8
3.5.2 Helsepersonelloven	8
3.5.3 Yrkesetiske retningslinjer	8
4 Metode	9
4.1 Litteraturstudie som metode	9
4.2 Søkeprosess	9
4.2.1 PICO	10
4.3 Sammendrag av valgte forskningsartikler	11
4.4 Kildekritikk	12
5 Funn	13
5.1 Analyse	13
5.2 Figuroversikt over hemmerer og fremmere	14
5.3 Hemmere	14
5.3.1 Bekymring for endring og implikasjoner for tjenesten	14
5.3.2 Juridisk usikkerhet og redsel for å være på kant med loven	15
5.3.3 Organisatoriske utfordringer og krevende samarbeid	15
5.4 Fremmere	16
5.4.1 Målrettet opplæring skaper tillit	16
5.4.2 Økt kompetanse inspirerer helsepersonell til å bruke teknologien	16
5.4.3 At velferdsteknologi er assosiert med positive formål endrer negative holdninger	17
6 Drøfting	17
6.1 Når helsepersonell skal innarbeide nye rutiner	18
6.2 Opplæring av helsepersonell som en fremmer	19
6.3 Helsepersonell sin bekymring for senking av kvalitet på tjenestene som en hemmer	21
6.4 Hvilke hemmere og fremmere ses på et organisasjonsnivå?	22
7 Konklusjon	23

8 Bibliografi.....	25
Figur 1. Tabell over søkeord.	10
Figur 2. Tabell over valgte forskningsartikler.	12
Figur 3. Figur over funn.....	14
Vedlegg 1: søkeprosess	30

1 Innledning

1.1 Introduksjon av tema

Velferdsteknologi er blitt introdusert som en mulig løsning på fremtidens utfordringer. Disse utfordringene innebærer mangelen på kvalifisert helsepersonell som kreves for å dekke det økte behovet for helse- og omsorgstjenester (Nakrem, 2017, s. 67). Den teknologiske utviklingen vi står ovenfor anses å være en viktig ressurs for å skape en balanse mellom etterspørsel og tilbud (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 25). Velferdsteknologi kan med andre ord være en avlastning for de ansatte i helsevesenet samt at den vil kunne effektivisere tjenestene. Det at stadig flere mottar helsehjelp i sitt eget hjem fremfor på institusjon, kan medføre et større press på kommunehelsetjenesten (Nakrem, 2017, s. 68).

Tall fra 2017 viser at 361 402 personer mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i løpet av dette året (Statistisk sentralbyrå, 2018). Dette utgjør 6,8 prosent av befolkningen. Bruk av velferdsteknologi i kommunene er imidlertid begrenset (Helsedirektoratet, 2012, s. 29). I en undersøkelse som inkluderte halvparten av Norges kommuner, blir det oppgitt at 55 prosent av disse har tatt i bruk velferdsteknologiske løsninger i sin kommune (Helsedirektoratet, 2012, s. 30) Av de kommunene som ikke har tatt i bruk teknologien svarte 40% at de heller ikke hadde planer om å benytte seg av den (Helsedirektoratet, 2012, s. 31). Dagens helse- og omsorgstjenester er for personalkrevende og for lite effektiv til å møte utfordringene vi står ovenfor med aldring av befolkningen (Moser, 2019, s. 34). Dette problemkomplekset danner bakgrunnen for introduksjonen av velferdsteknologi i en helse-, omsorg- og velferdskontekst.

«Det satses på velferdsteknologi» uttaler helsepolitikere og viser til at det bevilges høye summer til implementering av velferdsteknologiske løsninger, både i kommunesektoren og innenfor spesialhelsetjenesten (Moser, 2019, s.26). I Norge ligger forholdene godt til rette for å utvikle bruk av velferdsteknologi (NOU 2011:11, kap. 7). Dette på grunn av høy levestandard og en befolkning som er blant de beste i verden til å ta i bruk ny teknologi. Flere generasjoner er vant til å bruke ulike teknologier som internett, mobiltelefoner og GPS-teknologi. Ifølge en undersøkelse fra EUs statistikkbyrå, Eurostat, er Nordmenn de mest

avanserte internettbrukerne i Europa. Det er spesielt de eldre som utmerker seg (Eurostat 2007, sitert i NOU 2011:11, kap. 7).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom praksis har vi bemerket oss at bruken av velferdsteknologi i kommunene i stor grad varierer. Når tilgangen er så stor og med forhold som ligger til rette, undrer vi oss over hvorfor implementeringen er begrenset i mange kommuner. Gjennom sykepleie studiet har vi opplevd et noe begrenset fokus på velferdsteknologi. Vi har likevel bemerket oss at teknologien har en rekke fordeler basert på blant annet egne erfaringer fra praksis. Den begrensede informasjonen gir oss et ønske om å få mer kunnskap knyttet til faktorer som kan ligge til grunne for at velferdsteknologien ikke alltid benyttes i praksis. Vi mener at problemstillingen er faglig relevant fordi velferdsteknologi kan bidra som et helsefremmende og forebyggende arbeid i helsetjenesten. Dette fordi vi mener velferdsteknologien kan spille en viktig samfunnsrolle i fremtiden og løse befolkningsvekstens utfordringer. Med denne oppgaven ønsker vi å belyse hvordan denne rollen bør håndteres.

2 Formål

Forutsetningen for å lykkes med implementering av velferdsteknologi er å ha virkningsfulle muligheter til kommunal tjenesteinnovasjon (Helsedirektoratet, 2012, sitert i Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 28). Med dette menes at kommunene må ha kompetanse, finansiering, brukervennlig teknologi og god kommunikasjon mellom de involverte.

Under innføringen av velferdsteknologi kan det oppstå flere former for misnøye og motstand (Kleiven, 2017, s. 91-92). Videre vil helsepersonell og ledelsen sine holdninger være avgjørende for i hvilken grad velferdsteknologien blir benyttet videre. Formålet med oppgaven er å belyse hvilke faktorer som kan hemme og fremme implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien, sett fra både helsepersonell og organisasjonen sitt ståsted.

2.1 Problemstilling

Hva hemmer og hva fremmer implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien?

2.2 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Det er først og fremst hjemmetjenesten eller hjemmebaserte tjenester som er velferdsteknologiens arena (Nakrem, 2017, s. 67). Vi har derfor valgt å avgrense oppgaven til velferdsteknologi i kommunale hjemmebaserte tjenester, nærmere bestemt hjemmesykepleien. Videre avgrenser vi oppgaven til faktorer som kan spille inn på implementeringsprosessen og hvilke av disse som kan oppleves som hemmere eller fremmere. Vårt fokusområde er helsepersonell sine erfaringer og holdninger til velferdsteknologi. Vi har derfor tatt utgangspunkt i forskning som baserer seg på helsepersonell sine empiriske opplysninger, som videre kan tolkes som hemmere og fremmere for implementeringen. Det trekkes også frem holdninger hos ledelse og kommune på et organisatorisk plan. Vi har valgt å benytte oss av profesjonsbeskrivelsen «helsepersonell» fordi det er denne profesjonsbeskrivelsen som går igjen i forskningsartiklene. Sykepleier inngår i beskrivelsen av helsepersonell. Vi går ikke nærmere inn på tjenestebrukere sin erfaring og holdning til teknologien. Oppgaven tar for seg velferdsteknologi på generelt grunnlag og går ikke inn på et spesifikt hjelpemiddel. Forskningen vi har valgt å anvende tar for seg ulike typer velferdsteknologiske løsninger.

3 Teori

Valg av teori er basert på tema som er relevant for å styrke vår besvarelse. Teorien er først knyttet til begrepet velferdsteknologi og dens rolle som bidragsyter i helsevesenet. Videre har vi teori som beskriver hjemmesykepleie som tjeneste. Innovasjon og implementeringsteori ble inkludert da vi anser prosessen å være kompleks med mange betydningsfulle faktorer som spiller inn. Her har vi også lagt til modeller hvor målet er å skape forståelse for hvordan spredning av implementering kan foregå. For å gjøre det mer sykepleiefaglig har vi valgt å legge til implementering i hjemmesykepleien hvor vi får frem hvordan implementeringsprosessen utarter seg i helsetjenesten. Aktuelle lover og yrkesetiske retningslinjer er inkludert da vi mener disse kan påvirke helsepersonell og ledelse i implementeringsfasen av velferdsteknologi.

3.1 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet (Moser, 2019, s.26). Velferdsteknologi kan bidra til å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom eller nedsatt funksjonsevne. De velferdsteknologiske løsningene kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (Moser, 2019, s.26). Ved for eksempel bruk av telemedisin kan det gi muligheter for effektivisering, da det gjør det mulig å samarbeide og levere helsetjenester på nye måter (NOU 2011:11, kap. 7). Dette gjennom at helse- og omsorgstjenesten kan utføres i hjemmet som alternativ til institusjon. Velferdsteknologi som begrep ble først tatt i bruk i Danmark i 2007 (Knutshaug & Nakrem, 2017, s.17). Begrepet er i dag også utbredt i Norge og er et viktig begrep innenfor dagens helse- og omsorgstjenester. I Norge brukes velferdsteknologi som et samlebegrep som omfatter begreper som “helse- og omsorgsteknologi”, “m-helse”, “e-helse” og “telemedisin” (Knutshaug & Nakrem, 2017, s.17).

3.2 Hjemmesykepleien som arena for velferdsteknologi

Hjemmesykepleie er en kommunehelsetjeneste som driver med pleie- og omsorgstjenester for personer som bor utenfor helseinstitusjon (Braut, 2020). Kommunehelsetjenesten er en sammensatt organisasjon med mange ulike yrkesgrupper og oppgaver (Fjørtoft, 2016, s. 158). I hjemmesykepleien er det et mangfoldig arbeidsfelt, spesielt når det kommer til pasientene og deres behov (Fjørtoft, 2016, s.22). Hjemmesykepleien skal bidra til at pasientene skal kunne bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Fjørtoft, 2016, s.25). Det er ikke slik at hjemmesykepleien er reservert for en bestemt aldersgruppe eller mennesker med en bestemt sykdom (Fjørtoft, 2016, s.47). Dette vil da si at aldersspekteret for pasientene er stort. Det er likevel størst andel eldre. I 2019 mottok 163 231 hjemmesykepleie i Norge noe som er en økning på 12,7% siden 2015 (SSB, 2019).

Hjemmesykepleien er en offentlig tjeneste (Fjørtoft, 2016, s. 222). Dette vil si at tjenesten kontinuerlig må forholde seg til endringer i behovene og kravene fra samfunnet. Yrkesrollen til hjemmesykepleien er også i endring. Dette på grunn av at kravene og forventningene til hjemmesykepleien har endret seg. Faktorer som påvirker utformingen av yrkesrollen er

blant annet pasientenes behov, juridiske faktorer og organisatoriske rammefaktorer, tilgjengelige ressurser og samarbeidspartnere (Fjørtoft, 2016, s. 222).

Stadig flere kommuner er i ferd med å ta i bruk ulike typer velferdsteknologi (Kleiven, 2017, s. 83). For noen kommuner er dette fortsatt ukjent terreng og mange føler seg uforberedt. Velferdsteknologi er stadig under utvikling og er med å endre helsetjenestene (Fjørtoft, 2016, s. 223). Dette kan innebære nye muligheter samt utfordringer for helsepersonell i hjemmesykepleien i nærmeste fremtid. Endringen kan føre til at helsepersonell får nye ansvarsområder (Kleiven, 2017, s.96).

3.3 Innovasjon og implementering

Innovasjon betyr fornyelse eller forandring (Ørstavik, 2019). Implementering betyr iverksette eller utføre (Nilstun, 2020). Implementering skjer via kontinuerlig forbedring, endringsledelse, erfaring, simulering og mye annet (Helsebiblioteket, 2013). Innovasjon og implementering er noe som foregår i en organisasjon der vi tydelig kan se potensielle spenninger og forhandlinger mellom de involverte (Kleiven, 2017, ss. 85-86). Samtidig er prosessen kompleks og den vil ofte ta lang tid (Tekna, 2020). Hvor lang tid implementering tar, vil avhenge av hva som skal endres (Meld. St. 20 (2012-2013) s.171).

Viktige aktører må ha interesse, kunnskap og opplevelse av forpliktelse knyttet til gjennomføringen av et arbeid (Kleiven, 2017, s. 90). Det er dermed viktig at de aktørene som skal ha ansvar for å gjennomføre planen iverksetter tiltakene. Teknologien utgjør omtrent 20 prosent av endringene som blir implementert. De siste prosentene handler om arbeidsformer og organisering. Det finnes ulike strategier for implementering og spredning av innovasjon (Helsebiblioteket, 2019). Eksempel på dette kan være opplæringsmateriell, opplæringsmøter, praksisbesøk, audit og feedback.

Everett Rogers utviklet en modell for spredning av innovasjon (Clark & Goodwin, 2010, sitert i Helsedirektoratet, 2012, s. 23). Modellen inneholder fem strategifaser; kunnskap, forankring, beslutning, implementering og bekreftelse. I første fase legges det vekt på viktigheten med kunnskap, forståelse og bevissthet. Neste fase omhandler forankring og sier noe om viktigheten med at lederne har god kontroll på tiltakene da de har stor innflytelse på innovasjonen. Videre kommer beslutningsfasen hvor fordeler og ulemper blir synliggjort

samt at diskusjoner kommer frem. Dermed er det viktig med et godt kunnskapsgrunnlag og bevismateriale. Neste trinn i modellen er implementering. Her oppnås forståelse for eventuelle barrierer og utfordringer som hindrer utbredelsen. Dermed er det viktig med evaluering for å synliggjøre hva som kan være til hinder for implementeringen. Siste trinnet i modellen er bekreftelse. Her blir det vurdert videre bruk av innovasjonen (Helsedirektoratet, 2012, s. 23).

Everett Rogers har utarbeidet en teori der han grupperer mennesker i ulike adopterer-kategorier, ut ifra egenskaper de har for endring (Kaminski, 2011). På denne måten skal modellen effektivisere innovasjonen ved å møte behovene til alle de fem ulike adopterer-kategoriene. De fem ulike kategoriene er følgende; “innovators”, “early adopters”, “early majority”, “late majority” og “laggards” (Kaminski, 2011). De første som prøver innovasjonen er innovatørene. De er villige til å ta risiko og utvikle nye ideer (LaMorte, 2019). “Early adopters” er ofte ledere som er positive til endring og nye ideer. “Early majority” er sjeldent ledere, men de adopterer endringer tidligere enn gjennomsnittet. For å appellere til denne gruppen kreves det suksesshistorier og bevis på at implementeringen er effektiv. “Late majority” er en gruppe som ofte er skeptisk til endring. For å nå frem til denne gruppen kreves det informasjon om hvor mange som har testet den ut før dem samt bevis på at innovasjonen fungerer. “Laggards” er den siste og mest utfordrende gruppen å nå inn til. De er ofte konservative og svært skeptisk til endring. Her vil det være viktig å vise til statistikker og overtalelse fra de andre gruppene for at de skal bli motivert til endring (LaMorte, 2019).

3.4 Implementering av velferdsteknologi i hjemmesykepleien

Det krever en innsats utover selve innkjøpet når en skal få velferdsteknologi til å fungere i kommunen (Kleiven, 2017, s.86). Den nye teknologien kan ikke skape en endring alene. Når man skal implementere velferdsteknologi, er det ikke lenger teknologien som er det sentrale. Først og fremst er det viktig å forstå hverdagen til dem som skal bruke utstyret og hvilke prosesser teknologien skal understøtte (Kleiven, 2017, s. 86). Hos helsepersonell foreligger en forventning om at dette er en type avansert digital “høyt teknologi” som utfordrer deres teknologiske kompetanse (Kleiven, 2017, s.94). Videre antas det at den krever en annen datakompetanse enn hva utdannet helsepersonell i hjemmesykepleien vanligvis har. Denne forestillingen gjør at mange kan oppleve å bli engstelig og stresset

allerede før de skal gå i gang med å prøve produktet. En bekymring helsepersonell har, er at teknologien skal senke kvaliteten på omsorgsarbeidet, ved at teknologien brukes i stedet for, og ikke i tillegg til helsepersonell (Kleiven, 2017, s. 92). Endringer i seg selv kan utløse motstand (Kleiven, 2017, s.91). Ofte kan det handle om frykten for det ukjente og ubehaget ved å bryte opp en “normaltilstand” i et arbeid som allerede fungerer.

Det finnes i dag ingen nasjonale strategier eller målsetninger om bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012, s.29). Bruk av velferdsteknologiske løsninger i kommunene består av enkeltstående prosjekter og er dermed begrenset (NOU 2011:11, sitert i Helsedirektoratet, 2012, s.29). Ansvar for implementeringen er opp til hver enkelt kommune (NOU 2011:11, kap. 7). Kommunens Sentralforbund (KS) arbeider målrettet for å legge til rette for at deres medlemskommuner skal ta i bruk velferdsteknologi i sin kommune (Keitsch og Sigurjónsson, 2017, s. 118-119). I 2013 publiserte KS rapporten “Veikart for innovasjon av velferdsteknologi”. Målet var å finne gode eksempler og erfaringer fra prosjekter som viste hvordan andre kommuner har realisert gode velferdsteknologiske løsninger. På denne måten kunne flere kommuner øke kunnskapen om velferdsteknologiske muligheter samtidig som man ville legge til rette for vellykkede prosesser i norske kommuner (Keitsch og Sigurjónsson, 2017, s. 118-119).

Innovasjon har en driftig, dristig og eksperimenterende form (Kleiven, 2017, s.89).

Det kan derfor oppfattes som et lite egnet virkemiddel i en kommune der driften er mer preget av byråkratisk forvaltning og regelstyring. Implementering av velferdsteknologi vil være avhengig av en rekke aktører (Helsedirektoratet, 2012, s. 24). Det kreves ofte et tett samarbeid mellom yrkesgrupper som ikke har arbeidet tett sammen tidligere (Kleiven, 2017, s.85-86). Disse yrkesgruppene kan involvere tjenestebruker, pårørende, helsepersonell, IT-personell, teknologiutviklere og ulike yrkesgrupper innenfor ledelse og administrasjon. Man er avhengig av flere påvirkningsfaktorer som finansiering, endringsevne, innovasjonsevne og politiske prioriteringer når man skal drive innovasjon i kommunen (Helsedirektoratet, 2012, s. 24). Det vil i tillegg være behovet for en «pådriver» eller en “ildsjel” for å legge til rette for velferdsteknologiske løsninger (Helsedirektoratet, 2012, s. 11). En ildsjel i kommunen kan for eksempel være en prosjektleder eller en sykepleier. Uavhengig av profesjonsrolle er denne

personen preget av sterk tro, motivasjon og optimisme knyttet til ideen som skal implementeres (Kleiven, 2017, s. 89).

3.5 Velferdsteknologi og lovverk

Lovgivning og utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer utgjør et viktig rammeverk for bruk av velferdsteknologiske løsninger. Lovgivningen, utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer utgjør et viktig rammeverk for bruk av velferdsteknologiske løsninger (Moser, 2019, s. 39). Det kan oppstå uklarhet rundt lovverket, noe som fører til at teknologien ikke blir tatt i bruk (Moser, 2019, s. 36).

3.5.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1) skal kommunen sørge for at kommunens innbyggere, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Lovens formål er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjonsevne, samt at den enkelte skal få mulighet til å leve og bo selvstendig (2011, § 1-1). I tillegg skal loven bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

3.5.2 Helsepersonelloven

Helsepersonell kan ikke unnlate seg å lære seg bruken av den nye teknologien, da det kan komme i strid med helsepersonelloven om å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Nakrem, 2017, s. 69-70). Helsepersonelloven (1999, § 4) sier følgende

“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Videre sier loven at “Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”.

3.5.3 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten (NSF, 2019). I de yrkesetiske retningslinjene fra NSF (2019) står det følgende:

“sykepleier ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling” og “sykepleieren utviser digital dømmekraft og opptrer bevisst i den digitale verden” samt “sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis”.

4 Metode

Denne delen av oppgaven tar for seg hvilken metode vi har valgt for å svare på problemstillingen vår. Videre går vi grundig gjennom søkeprosessen og gjør rede for hvordan vi har analysert artiklene vi fant gjennom litteratursøket. Til slutt presenteres artiklene vi endte opp med og hvilke faktorer som har påvirket utvelgelsesprosessen.

4.1 Litteraturstudie som metode

En metode er en fremgangsmåte som bidrar til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2019, s. 51). Den valgte metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap.

Vi har valgt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en metode som tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Dette innebærer å finne fag- og forskningslitteratur som inngår i problemstillingen. Vi valgte litteraturstudie fordi vi mener den egner seg best til svare på problemstillingen vår. Vi har også erfaring med denne metoden da vi har skrevet litteraturstudie tidligere. Denne metoden er i tillegg gunstig hvis vi tenker rent tidsmessig. Alle disse faktorene har spilt inn, og har ført oss i retningen om å velge litteraturstudie.

4.2 Søkeprosess

For å finne relevant forskning har vi gjort systematiske søk i søkemotoren EBSCO. Her har vi inkludert søk i databasene Academic Search Elite, CINAHL, ERIC og MEDLINE. Her fant vi seks artikler gjennom fire ulike søk. To artiklene funnet gjennom manuelt søk i Google Scholar (Johannessen et al., 2019; Johannson-Pajala & Gustafsson, 2020). Vi gjør ytterligere rede for søkeprosessen i vedlegg 1.

4.2.1 PICO

Vi har tatt i bruk PICO som hjelpemiddel for å finne relevante ord i henhold til problemstillingen vår. Vi har brukt søkeordene på tvers av hverandre og laget ulike kombinasjoner for å komme frem til artiklene. Tilleggssøk er lagt til for å finne ytterligere artikler.

PICO	Norske søkeord	Engelske søkeord
<u>Population:</u> Helsepersonell i hjemmesykepleien	Helsepersonell Hjemmesykepleie, hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste	nurse, health personnel, health professional, primary healthcare nurses home nursing, home health nursing, home care services, healthcare services
<u>Intervention:</u> Velferdsteknologi	Velferdsteknologi	welfare technology, assistive technology, digital technology, telehealth, telecare, ehealth, self-help device, e-health, telemedicine
<u>Comparison:</u> Fremmer og hemmer	Fremmer Hemmer	health promotion, enablers, precipitators barriers, hinders, inhibitors
<u>Outcome:</u> Implementering	Implementering	implementation, implement, implementation science, implementation strategy, dissemination, defusion, knowledge translation
<u>Tilleggssøk:</u>	Kommunal sykepleie	community health nursing, municipality, municipal
	Kvalitativ	qualitative, qualitative research, qualitative study, qualitative methods
	Erfaring	experience, empirical
	Norge, Sverige, Danmark, Skandinavia	Norway, Sweden, Denmark, Scandinavia

Figur 1. Tabell over søkeord.

4.3 Sammendrag av valgte forskningsartikler

Forfatter/ år	Artikkelnavn	Studiemål	Metode og deltakere	Omgivelser	Hovedtema
Cuesta et al. (2020)	“Welfare technology, ethics and well-being a qualitative study about the implementation of welfare technology within areas of social services in a Swedish municipality”	Metoder for implementering av velferdsteknologi i sosial- og helsetjenesten	Kvalitativ metode. Intervju og observasjon 106 deltakere. Ulike aktører i kommunen.	Sverige	-Velferdsteknologi i helse -Etikk og rom -Helsevesen og etiske verdier
Frennert & Baudin (2019)	“The concept of welfare technology in Swedish municipal eldercare”	-Hvordan oppfatter de som jobber med og tar beslutninger om velferdsteknologi i kommunal eldreomsorg velferdsteknologi? - Hvilke utfordringer og muligheter identifiserer de ved bruk av velferdsteknologi?	Kvantitativ og kvalitativ metode med fokus på det kvalitative. Intervju. 393 deltakere. Ulike aktører i kommunen.	Sverige	-Konseptet velferdsteknologi -Fordeler og potensialer med velferdsteknologier -Barrierer for bruk av velferdsteknologi Evalueringmetoder
Glomsås et al. (2020)	“User involvement in the implementation of welfare technology in home care services: The experience of health professionals - A qualitative study “	Målet er å lære mer om faktorer som fremmer eller hemmer brukerinvolvering blant helsepersonell når man implementerer velferdsteknologi i hjemmetjenester	Kvalitativ metode. Intervju. 16 deltakere Helsepersonell	Norge	-Kompetanse en kritisk komponent -Informasjons- og informasjonslinjer -Endring av tjenester og nye måter å jobbe på -Brukerinvolvering i valg av velferdsteknologi -bekymringer for endringene og implikasjonene for tjenester og pasienter
Guisse & Wiig (2017)	“Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study”	Utforske helsepersonell oppfattelse av opplæring av telepleie	Kvalitativ metode. Intervju. 26 deltakere. Helsepersonell	Norge	-Målrettet trening skaper tillit og endrer holdninger -Opplæringsbehovet avhenger av evne til å takle telepleie -Tidspunkt for trening -Opplæringen skal legge til rette for praktisk innsikt i pasientenes perspektiv -Treningsinnhold må fokusere på telepleie-prosessen

Johannessen et al. (2019)	“Safe and secure use of telecare for older adults in homecare services”	Utforske hva ledere og helsepersonell opplever som viktig for trygg og sikker bruk av velferdsteknologi for eldre i hjemmetjenesten.	Kvalitativ metode. Intervju. 20 deltakere. Ledere og helsepersonell	Norge	-Nødvendig kunnskap -Tett oppfølging -Ivaretagelse av brukernes behov
Johansson-Pajala & Gustafsson (2020)	«Significant challenges when introducing care robots in Swedish elder care”	Utforske utfordringene ved å innføre velferdsteknologi, spesielt pleieroboter, i eldreomsorgen	Kvalitativ metode. Intervju. 21 deltakere. Ulike aktører	Sverige	-Individuelle og gruppeutfordringer -Systemiske og samfunnsmessige utfordringer -Forutsette utfordringer
Kleiven et al. (2020)	“Health professionals’ experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services - a qualitative study”	Undersøke hvordan helsepersonell opplevde implementeringsprosessen av digital dispenser i hjemmetjenesten	Kvalitativ metode Intervju. 26 deltakere. Helsepersonell	Norge	-Den digitale medisindispenseren som et objekt for profesjonell forhandling -Kommer til å stole på den digitale medisindispenseren
Nilsen et al. (2016)	“Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study”	Utforske motstand mot implementering av velferdsteknologi i kommunale helsetjenester	Kvalitativ metode. (intervju og observasjon). 50 deltakere (forskere, teknologiutviklere og helsepersonell)	Norge	-Organisasjonsmotstand -Kulturell motstand -Teknologisk motstand -Etisk motstand

Figur 2. Tabell over valgte forskningsartikler.

4.4 Kildekritikk

Kildekritikk kan deles inn i to (Dalland & Trygstad, 2019, s. 152-153). Den første handler om å finne frem til litteraturen som belyser temaet vi skal skrive om, noe som gjøres gjennom litteratursøket. Den andre delen handler om å gjøre rede for litteraturen vi endte opp med. Kildekritikk betyr altså å både karakterisere litteraturen som er funnet, og redegjøre for hvilke kriterier vi har brukt under utvelgelsen. Hensikten med dette er at leseren skal få ta del i de refleksjonene vi har gjort oss. For å kvalitetssikre artiklene våre har vi først og fremst tatt for oss to overordnede spørsmål. Det første spørsmålet vi har stilt oss selv er om formålet med artikkelen kommer klart og tydelig fram. Gode artikler kan kjennetegnes ved at formålet med artikkelen presenteres klart og tydelig, gjerne på slutten av introduksjonen (Nortvedt, et al., 2017, s.70). Det neste spørsmålet vi har tatt for oss er om designet som

studien benytter seg av, er velegnet for å svare på problemstillingen. Alle våre artikler har et kvalitativt design og baserer seg på empiri. Kvalitativt design brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt et al., s. 72). Bakgrunn for valg av dette designet er ønsket om å få fram helsepersonell sin erfaring. Dette fordi vi mener helsepersonell har en sentral rolle i implementeringsprosessen da det er de som skal jobbe tett med teknologien. Videre har vi fulgt sjekklister for kritisk vurdering av studier med kvalitativt design (Nortvedt, et al., 2017, s. 90). Denne sjekklisten tar for seg spørsmål om utvalg, datainnsamling og bakgrunnsforhold. Videre stilles det spørsmål om hvordan analysen ble gjennomført, resultater og om resultatene kan knyttes til problemstillingen. De inkluderte artiklene er fagfellevurdert. Fagfellevurdering er en vurderingsprosess som brukes for å kontrollere kvaliteten i forskningen (Nortvedt et al., 2017, s. 197). Noen artikler ble ekskludert fordi det var utfordrende å finne en tydelig presentasjon av formålet. Vi ekskluderte også artikler som ikke hadde oppsummert resultatene på en kort og oversiktlig måte. Videre valgte vi å se bort fra litteraturstudier og artikler med kvantitativt design. Vi endte opp med artikler fra Norge og Sverige.

Sterke sider ved oppgaven vår er at vi interesserer oss for tema og ser nytteverdien med implementering av teknologien. Svake sider ved oppgaven kan være tolking av artikler på engelsk, da det er høyere risiko for å misforstå innholdet. Flere av artiklene våre baserer seg på intervju med deltakerne. I et intervju kan det forekomme feilkilder i selve kommunikasjonsprosessen (Dalland, 2019, s. 60). Dette kan føre til redusert pålitelighet noe vi har tatt med i vurderingen.

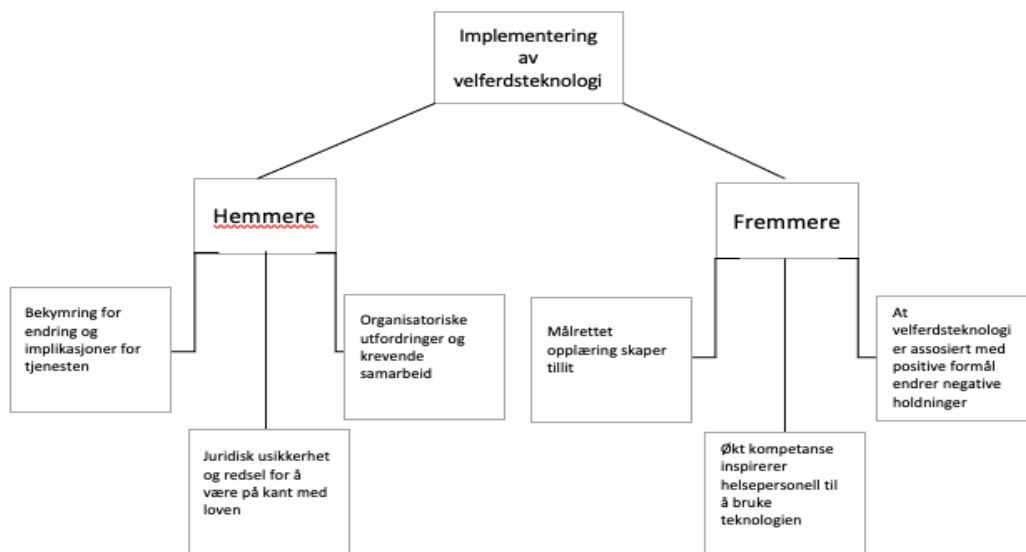
5 Funn

5.1 Analyse

Med samtlige artikler har vi først vurdert artiklene hver for oss, for deretter å diskutere innholdet i fellesskap. Dette for å være sikker på at vi har forstått innholdet og metoden riktig. Vi har vært enig om at artiklene er gode og kan anvendes i oppgaven. Under analysen fant vi ut at flere av artiklene kom frem til like resultater. Dette ga oss en bekreftelse på at funnene er reelle og går igjen hos mange. Dette har resultert i at vi har strukturert funnene i

overordnede tematikker. Tematikkene er “fremmere” og “hemmere” med tre underliggende tema på hver. Denne oppdelingen systematiserer funnene og skaper oversikt. Faktorene som kommer frem blir videre analysert og drøftet opp mot hverandre.

5.2 Oversikt over hemmerer og fremmere



Figur 3. Modell av funn.

5.3 Hemmere

5.3.1 Bekymring for endring og implikasjoner for tjenesten

Helsepersonell uttrykte motstand mot endring i etablerte rutiner og velferdsteknologien skapte frykt (Nilsen et al., 2016; Frennert & Baudin, 2019). Helsepersonell sin frykt hang sammen med at de så på teknologien som avansert og uhåndterlig (Nilsen et al., 2016). I denne forbindelsen ble forutsigbarheten, profesjonaliteten og kompetansen deres utfordret da de ikke hadde tilstrekkelig teknologisk kompetanse. Noen uttrykte også usikkerhet i forhold til moderne teknologi da de ønsket å utøve tradisjonell omsorg gjennom menneske-til-menneske-interaksjon (Guise & Wiik, 2015). Helsepersonell har rapportert om bekymring for at implementeringen av velferdsteknologi skal føre til nedsatt kvalitet på omsorgstjenestene (Nilsen et al., 2016; Glomsås et al., 2020; Kleiven et al., 2020).

Helsepersonell oppga at de var bekymret for feil som kunne oppstå. For eksempel ville ikke velferdsteknologien fungere dersom batteriet på et hjelpemiddel var tomt eller dersom noen hadde endret på innstillingene (Kleiven et al., 2020). Videre var de engstelig for at feilen skulle føre til skade på tjenestebrukeren. For eksempel feilmedisinering dersom en medisindispenser var feil innstilt (Kleiven et al., 2020). En annen årsak til motstand hos helsepersonell at de allerede følte seg belastet av omsorgsarbeidet (Frennert & Baudin, 2019). De var redd for at teknologien skulle være tidkrevende og føre til en ytterligere belastning.

5.3.2 Juridisk usikkerhet og redsel for å være på kant med loven

Det viste seg å være vanskelig å forstå hva slags velferdsteknologi som var lovlig å bruke i ulike omsorgssituasjoner (Frennert & Baudin, 2019; Johansson-Pajala & Gustafsson, 2020; Nilsen et al., 2016). Mange utdaterte lover var uegnet for å vurdere bruken av velferdsteknologi i moderne eldreomsorg. Bekymringen for pasientens personvern og verdighet var til stede hos noen (Nilsen et al., 2016). Det kom frem at helsepersonell ikke visste hvordan de skulle bruke hjelpemidlene, noe som kunne komme i konflikt med det etiske prinsippet om å ikke skade (Cuesta et al., 2020). Det ble stilt spørsmål om det var hensiktsmessig og riktig å erstatte menneskelig pleie med velferdsteknologiske løsninger. Mange mente at velferdsteknologi aldri kan erstatte fysisk kontakt og menneskelig interaksjoner mellom helsepersonell og bruker (Johansson-Pajala & Gustafsson, 2020; Frennert & Baudin, 2019; Kleiven et al., 2020; Cuesta et al., 2020). Dette kunne blant annet påvirke helsepersonell sin evne til å foreta nødvendige observasjoner, for eksempel dersom fysiske besøk ble erstattet med overvåking (Nilsen et al., 2016).

5.3.3 Organisatoriske utfordringer og krevende samarbeid

Implementering av velferdsteknologi ble oppfattet som en tidkrevende og kompleks prosess (Johansson-Pajala & Gustafsson, 2020). Her blir det lagt vekt på at implementeringen krever tett samarbeid mellom alle involverte aktører. Samarbeidet mellom helsepersonell, ledelse og teknologi-utviklere bydde på utfordringer i forhold til fagspråk og avklaring av roller og ansvar (Nilsen et al., 2016; Johansson-Pajala & Gustafsson, 2020; Johannesen et al., 2020).

Det kunne oppstå gnisninger om hvem som hadde ansvar dersom en teknologisk løsning ikke fungerte slik den skulle. Fra helsepersonellens side anså de feilene som utviklerne sitt problem, ikke et delt ansvar (Nilsen et al., 2016). I tillegg ble det etterspurt tilstrekkelig informasjon og mer interesse fra ledelsen (Nilsen et al., 2016 & Glomsås et al., 2020). Helsepersonell kunne beskrive hvordan manglende støtte kunne føre til tap av motivasjon (Nilsen et al., 2016).

Ledelsen utmerket økonomi som en hemmer da de teknologiske løsningene ble sett på som dyre. De fant det vanskelig å se fordelene sammenlignet med de høye kostnadene (Frennert & Baudin, 2019).

5.4 Fremmere

5.4.1 Målrettet opplæring skaper tillit

Riktig opplæring og trening ble ansett som en viktig og avgjørende faktor for helsepersonell som skal møte nye måter å jobbe på (Guise & Wiig, 2017; Johannessen et al., 2019; Glomsås et al., 2020; Nilsen et al., 2016). Helsepersonell mente at tilstrekkelig opplæring kunne bidra til økt tillit og endring i personalets negative holdninger. Det kommer fram at helsepersonell ønsket at opplæring skulle være en del av implementeringsprosessen. Videre ble det presisert at opplæringen bør være skreddersydd individuelt med lav terskel for å stille spørsmål og uttrykke usikkerhet. Øvelse og trening på rutiner ble ansett som viktig for å være forberedt og holde kunnskapen ved like (Guise & Wiig, 2017; Johannessen et al.; 2019, Glomsås et al., 2020; Nilsen et al., 2016). Når det gjaldt opplæringsform, var det enighet om at praktisk læringsform gjennom virtuelle besøk var å foretrekke. Deltakerne uttrykte også positivitet rundt å bruke simuleringer som treningsmetode for å skape kunnskap og bevissthet om hvordan virtuelle besøk ville vært i praksis (Guise & Wiig, 2017).

5.4.2 Økt kompetanse inspirerer helsepersonell til å bruke teknologien

Overgangen til økt bruk av velferdsteknologi skaper et nytt krav om ytterligere kompetanse og opplæring (Johannson-Pajala & Gustafsson). Helsepersonell med kompetanse kan betyr at man er forberedt på endringen, ser muligheter og bruker teknologien som planlagt (Glomsås et al., 2020). Videre uttrykte helsepersonell at økt kompetanse innen fagfeltet, bidro til at flere ble inspirerte til å bruke teknologien. De ble mer positiv, ivrig og aktivt

involverte. Det var noe variasjon i helsepersonell sin holdning til å forbedre sin kompetanse (Glomsås et al., 2020). De fleste ønsket å tilegne seg mer kompetanse på eget initiativ. Noen uttrykte et ønsket om å se mer involvering og ansvar fra sine kollegaer. Fåtallet var skeptisk til kompetansebygging og ønsket ikke å bruke teknologien eller lære mer om den.

Helsepersonell opplevde også manglende interesse for kompetansehevende tiltak fra ledelsen (Nilsen et al., 2020).

5.4.3 At velferdsteknologi er assosiert med positive formål endrer negative holdninger

Det kommer frem at ikke alle var negative til bruk av velferdsteknologi. Velferdsteknologi ble assosiert med positive formål av flere, som for eksempel støtte for omsorgsmottakere og helsepersonell, samt effektivisering og forbedring av tjenestene (Glomsås et al., 2020; Guise & Wiig, 2015; Frennert & Baudin, 2019; Nilsen et al., 2016; Kleiven et al., 2020). En annen fordel er at velferdsteknologi kan redusere risikoen for menneskelige feil (Frennert & Baudin, 2019; Nilsen et al., 2016; Kleiven, et al., 2020). For eksempel gjennom digitale påminnelser da disse nesten alltid er tryggere enn menneskets minne (Frennert & Baudin, 2019). Det blir nevnt av flere at teknologien vil øke brukernes følelse av sikkerhet og styrke deres evne til å være selvstendig i hjemmet (Frennert & Baudin, 2019; Kleiven et al., 2020; Cuesta et al., 2020). Viktigheten med å kunne se fordelene ved å bruke velferdsteknologi, ble fastslått (Johansson-Pajala & Gustafsson, 2020). De positive sidene kan påvirke deres holdning og ønske om videre arbeid med teknologien (Glomsås et al., 2020; Kleiven, et al., 2020).

6 Drøfting

Tidligere har det blitt introdusert at stadig flere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet (Nakrem, 2017, s. 67). Konsekvensen av dette vil blant annet være større belastning på helsepersonell i hjemmesykepleien. Velferdsteknologi har blitt presentert som en mulig løsning for å lette på dette presset (Knutshaug & Nakrem, 2017, s. 25). Flere helsepersonell er positive til teknologien og mener den kan forenkle hverdagen deres (Frennert & Baudin, 2019). Når det er sagt, gjelder ikke dette alle. Noen helsepersonell er redd for at velferdsteknologi skal føre til redusert kvalitet på omsorgstjenesten, for eksempel gjennom manglende kompetanse og feil bruk av hjelpemidlene. Fordelene med

bruk av velferdsteknologi kan i seg selv være en drivkraft for vellykket implementering. Det er lett å bli blendet av teknologiens muligheter og mange forstår ikke årsakene til hvorfor den ikke blir implementert (NOU 2011:11, kap. 7). De mange utfordringene med implementering i helsetjenesten bør derfor belyses på lik linje med teknologiens mange muligheter.

6.1 Når helsepersonell skal innarbeide nye rutiner

Implementering av velferdsteknologi handler om å skape en endring i hverdagens allerede etablerte arbeidspraksis (Kleiven, 2017, s. 85). Hjemmesykepleien er en offentlig tjeneste noe som kan bety at tjenesten og helsepersonell må tilpasse seg endringer og tilfredsstillende kravet som samfunnet stiller (Fjørtoft, 2016, s. 222). Motstanden mot endring har vist seg å være betydelig, noe som videre kan oppleves som en hemmer for implementeringen (Nilsen et al., 2016; Frennert & Baudin, 2019). Det er svært individuelt hvor mottakelig helsepersonell er for endring. Dette får vi bekreftet gjennom Rogers modell for adoptere (Kaminski, 2011). Særlig to av gruppene, "late majority" og "leggards" er skeptisk til endringer og vil dermed være en utfordrende gruppe å få med på laget (LaMorte, 2019). Det kan være nyttig å vise til tidligere praksis hvor velferdsteknologien har fungert. KS sin rapport har som mål å fremme erfaringer med velferdsteknologi fra andre kommuner (Keitsch og Sigurjónsson, 2017, s. 118-119). Rapporten kan være til hjelp da den øker forståelse og kunnskap samt å se muligheter med teknologien. Et problem som ble formulert var at det var vanskelig å finne bevis på fordeler ved bruk av velferdsteknologi (Frennert & Baudin, 2019). Flere uttrykte at evaluering av prosjekter ikke ble gjort. Dette kan gjøre det vanskelig å overbevise helsepersonell om at velferdsteknologi kan fungere til sitt formål. Mangel på evaluering kommer i konflikt med strategien til Rogers hvor det anses som viktig at tiltakene evalueres slik at de kan være til nytte for andre (Helsedirektoratet, 2012, s. 23).

Den nye overgangen har ført til at helsepersonell glemmer viktige oppgaver (Johannessen et al., 2019). Dette ble beskrevet som en sårbarhet, noe som videre ga falsk trygghet.

Velferdsteknologi ble beskrevet som et sårbart system da det innebærer at flere rutiner må følges opp for at selve hjelpemiddelet skal fungere. Helsepersonell sin bekymring er også knyttet til redselen for at hjelpemidlene skal svikte eller ikke fungere (Glomsås et al., 2020). Helsepersonell følte at velferdsteknologien ikke var til å stole på, noe som var en konstant

kilde til bekymring. Alarmer kunne gå når de ikke skulle og man kunne oppleve at alarmer ikke varslet videre når det var behov for det. Konsekvensen av dette kan være redusert motivasjon til å benytte seg av teknologien. På en annen siden mener noen at teknologien er mer pålitelig og tryggere enn mennesket (Frennert & Baudin, 2019). Det blir usikkert om mennesket eller teknologien trekker det lengste strået og hvilken løsning som best er i samsvar med kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp.

Når hjemmesykepleien tilbyr velferdsteknologi som en del av sine tjenester, kan de få et moralsk og juridisk ansvar for flere pasienter som de ellers ikke ville hatt ansvar for (Kiran & Nakrem, 2017, s.105). Det tyder på at implementeringen av velferdsteknologi i noen tilfeller kan føre til økt belastning og mer arbeid for helsepersonell. Et eksempel på nettopp dette kan være trygghetsalarm som går hos tjenestebruker og hjemmesykepleien får ansvaret for å rykke ut. Helsepersonell har også som rutine å sjekke trygghetsalarmer etter tordenvær og dersom brukeren har vært bortreist (Johannessen et al., 2019). I tillegg er det utformet nye rutiner som går ut på å skru av og på fallalarmer og påse at trygghetsalarmer settes på lading etter bruk. Dette blir motstridende når vi vet at en av fordelene med velferdsteknologi skal være å effektivisere tjenestene. For at helsepersonell skal kunne følge opp bruken av velferdsteknologi på en god måte, må man tidlig avklare hvilken rolle og ansvar den enkelte ansatte skal ha (Johannessen et al., 2019). Bruk av velferdsteknologi kan i mange sammenhenger virke mot sin hensikt, noe vi ser på som en viktig hemmer å belyse. Resultatet blir økt tidspress og mulige forsinkelser. Dette er også basert på egne erfaringer som vi selv har gjort oss som helsepersonell i hjemmesykepleien.

6.2 Opplæring av helsepersonell som en fremmer

Å få riktig opplæring anses som viktig for helsepersonell når de blir introdusert for en arbeidshverdag (Guisse & Wiig, 2017). Opplæring skal bidra til å skape tillit blant personalet når de skal i gang med denne prosessen. I tillegg stilles det krav til kompetanse når helsepersonell skal i gang med å installere, bruke og vedlikeholde velferdsteknologiske løsninger (Nakrem, 2017, s. 80). Dette forutsetter at de har fått tilstrekkelig opplæring og har en velfungerende organisering rundt teknologien. Vi vet at det for mange er et ukjent arbeidsfelt som er preget av lite erfaring fra tidligere (Kleiven, s. 83). I denne sammenhengen uttrykker flere bekymring for at de ikke skal klare å håndtere den nye teknologien (Nilsen, et

al., 2016). Helsepersonell kan ha en forventning om at velferdsteknologi er avansert og at deres kompetanse innenfor feltet blir derfor utfordret (Kleiven, 2017, s.94). Denne innstillingen kan føre til at flere kjenner på negative holdninger allerede før de skal i gang med utprøvelsen. De yrkesetiske retningslinjene poengterer at sykepleier skal holde seg oppdatert på utvikling av praksis samt å opptre bevisst i den digitale verden (NSF, 2019). Ikke alle helsepersonell tilfredsstiller kravene som retningslinjene tilsier. Mulig årsak kan være utfordringer med å øke kompetansenivået på egenhånd. Helsepersonell uttrykker selv at de hadde manglende kompetanse og at det var få muligheter for anskaffelse av ny kunnskap (Glomsås et al., 2020). Årsaken kan også være knyttet til usikkerhet rundt hvem som er ansvarlig for kompetanseøkning. Helsepersonell forklarte videre at lederne deres i liten grad ga dem kompetansehevende tiltak. Fra ledelsens perspektiv var helsepersonell selv ansvarlig når det gjaldt å innarbeide nye kunnskaper (Glomsås et al., 2020).

Helsepersonell har ulike evner når det kommer til å ta i bruk tekniske verktøy (Guise og Wiig, 2017). Det kan derfor stilles krav til at opplæringen er tilpasset hver enkelt for å få best utbytte av den. Mange legger vekt på at opplæringen bør baseres på praktiske opplæringsformer som simulering og virtuelle besøk (Guise & Wiig, 2017). Dette for å skape kunnskap og bevissthet om hvordan virtuelle besøk ville vært i praksis. Behovet for opplæring vil imidlertid variere og kan for eksempel være knyttet til alder og erfaringen som helsepersonellet besitter. Eldre ansatte kan ha et større opplæringsbehov enn sine yngre kollegaer. Årsaken til dette kan være manglende erfaring med teknologi i hverdagen og i sitt tidligere arbeidsliv. Noen er også mer tilbøyelig enn andre når det gjelder å ta i bruk ny teknologi (LaMorte, 2019). Det kan derfor være til hjelp å tilby ekstra personalopplæring for de som trenger det samt å vise tidligere praksis hvor implementeringen har fungert. Det kommer frem at helsepersonell selv har tillit til sin egen evne når det gjelder å mestre den nye teknologien. Med riktig trening og støtte mente de at ting kan falle på plass litt etter litt (Guise & Wiig, 2017). Dette tyder på at ikke alle har negative holdninger til velferdsteknologi og at det er håp for vellykket arbeid. Tilstrekkelig opplæring og kompetanse kan dermed bli sett på som en fremmer for implementeringen av velferdsteknologi.

6.3 Helsepersonell sin bekymring for senking av kvalitet på tjenestene som en hemmer

En av bekymringene helsepersonell har knyttet til velferdsteknologi er at den skal senke kvaliteten på omsorgsarbeidet (Nilsen et al., 2016; Glomsås et al., 2020). Den kraftige satsingen på velferdsteknologi, fører med seg bekymringen om nedprioriteringer av en form for omsorg til fordel for en annen (Kiran & Nakrem, 2017, s.108). Dette kan påvirke villigheten til å ta i bruk teknologien.

Presset for effektivisering kan en ofte se kommer fra det politiske beslutningsnivået, noe som kan føre til at helsepersonell velger løsninger som kan gå på tvers av verdier, som mellommenneskelig kontakt og faglig forsvarlighet (Nakrem, 2017, s.78). Det er lovpålagt å yte forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Videre forteller loven at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes. Dette ser vi et eksempel på i studien til Nilsen (2016) hvor fysiske nattbesøk ble erstattet med overvåkningsteknologi. Noen så på overvåkningsteknologien som en trussel da de mente det ikke var mulig å opprettholde en høy, faglig standard. Her mente de at teknologien kom i veien for den profesjonelle vurdering av situasjonen da de ikke fikk foretatt seg viktige observasjoner. Redselen for å komme i konflikt med lovverket viste seg, noe som kan være en hemmer for å ta i bruk teknologien videre. Ut ifra et annet perspektiv kom det frem at fysiske nattbesøk kan representere et langt mer alvorlig brudd på lovverket. Dette kom frem i samme studie (Nilsen et al., 2016). Overvåkingen kan derfor bli sett på som en bedre løsning, hvor man i tillegg unngår å forstyrre vedkommende.

Uklarhet rundt lovverket kan være en årsak til at teknologien ikke blir tatt mer i bruk (Moser, 2019, s. 36). Flere opplever problemer med å forstå hva slags velferdsteknologi som er lovlig å bruke og om det dømmes rett i de ulike situasjonene (Frennert & Baudin, 2019).

Helsepersonell befinner seg i en dobbeltrolle (Kleiven, 2017, s. 91). Dette fordi de er pasientens hjelper og forsvarer, samtidig som de skal være lojale problemløser for organisasjonen. Disse forventninger kan føre dilemmaet om å ivareta pasientens behov eller å forholde seg til ledelsens avgjørelser (Kleiven, 2017, s. 91). Dette fører til at helsepersonell sine profesjonsetiske verdier blir utfordret. Det positive i dette spenningsforholdet er at

helsepersonell har stor makt, nettopp fordi de utgjør frontlinjen av organisasjonen. På denne måten kan de aktivt påvirke om implementeringen av velferdsteknologi skal bli en suksess i praksis, eller forbli en strategiplan hos ledelsen (Kleiven, 2017, s. 91).

6.4 Hvilke hemmere og fremmere ses på et organisasjonsnivå?

Kommunen har et ansvar og skal sørge for at kommunens innbyggere tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

Velferdsteknologien har blitt trukket frem som en løsning på eldrebølgens utfordringer og en allerede presset helsetjeneste. Kommunen bør derfor se på det som sitt ansvar å støtte implementeringen av teknologi (Kiran & Nakrem, 2017, s.106). Kravet fra helsepolitikere om at det skal satses på velferdsteknologi, kan bidra til ytterligere press. Å drive innovasjon i en kommune kan by på utfordringer (Kleiven, 2017, s. 89). Dette fordi innovasjonskulturen har en eksperimenterende og dristig form. Kommunen på en annen side har en byråkratisk kultur og er preget av regelstyring (Kleiven, 2017, s. 89). En annen utfordringer som kan bli sett på som en hemmer for implementeringen, kan basere seg på økonomiske årsaker (Glomsås et al., 2020). Noen kommuner mente at velferdsteknologien var dyr og forsto ikke fordelene sammenlignet med de høye kostnadene (Frennert & Baudin, 2019). Med det kan det tenkes at flere kommuner velger å motstå implementering da de ikke ser på det som nødvendig og et dyrere alternativ.

Det er til syvende og sist opp til hver enkelt kommune om de velger å ta i bruk velferdsteknologien som tilbys (NOU 2011:11, kap. 7). Dersom en kommune har bestemt seg for å ta i bruk teknologien vil det være avgjørende hvordan implementering foregår. Dette fordi 80 prosent av endringene omhandler arbeidsformer og organisering. Rogers modell for spredning av innovasjon kan være en god modell å gå etter. Ifølge Rogers er det viktig at barrierer som oppstår underveis, tas tak i og kommer til syne (Helsedirektoratet, 2012, s. 23). Dette fordi disse barrierene videre kan være til hinder for implementeringen. At innovasjonen tar til siste trinnet i modellen vil være av stor verdi. Her diskuteres det om teknologien skal brukes videre eller ikke (Helsedirektoratet, 2012, s. 23)

Ledelsen har stor innflytelse på hvordan implementeringen utarter seg. Som en del av forankringen må ledelsen erkjenner sin rolle som “innovatør” og være i stand til å iverksette en innovasjonsprosess (Kleiven, 2017, s. 90). I studien til Nilsen et al. (2016) kommer det frem at ledelsen i liten grad viste interesse for implementeringsprosessen. I tillegg ble det rapportert om at de var nølende med å gi informasjon og inkluderte ikke viktige samarbeidspartnere (Nilsen et al., 2016). I denne studien kom det frem at ledelsen ikke involverte IT-avdeling for forbedring av IT-systemene. Liten grad av involvering fra ledelsen med viktige samarbeidspartnere, kan påvirke implementeringsprosessen i en negativ retning. Det kan tenkes at disse yrkesgruppene ikke har jobbet så tett sammen tidligere, noe som kan by på utfordringer (Kleiven, 2017, s. 85). Ulikheter i fagspråk og ordforråd gjorde det vanskelig å samarbeide (Nilsen et al., 2016). Det oppsto også uenigheter om hvem som hadde ansvar dersom en teknologisk løsning ikke fungerte slik den skulle. Helsepersonell var klar på at dette var utvikler sitt problem, ikke et delt ansvar (Nilsen et al., 2016). Samarbeid med grupper som forventes å engasjere seg kan være en effektiv måte å sikre vellykket implementering (Glomsås et al., 2020). Ledere poengterer også at de er avhengige av entusiaster blant de ansatte for å kunne motivere andre i personalgruppen og lederne selv (Kleiven et al., 2020). Slike “pådrivere” kan fungere som en fremmer når man skal stimulere kommunen til å ta i bruk velferdsteknologi.

7 Konklusjon

I bacheloroppgaven har vi sett på hvilke faktorer som kan påvirke bruken av velferdsteknologi når den skal implementeres i hjemmesykepleien. Her har vi fokusert på faktorer som på den ene siden fungerer som hemmere og på den andre siden som fremmere. For å få frem helsepersonell sine opplevelser har vi basert funnene på empiriske opplysninger. Helsepersonell sin erfaring med velferdsteknologi har dannet grunnlaget for analyse og drøfting.

Hemmere for implementeringen har i stor grad tatt for seg helsepersonell sin frykt og bekymring for både endring og nedsatt kvalitet av tjenesten. En videre hemmer er helsepersonellens tillit til teknologien da den blir sett på som et sårbart system som lett kan svikte. Helsepersonell er bekymret for å komme i konflikt med lovverket der profesjonsrollen

kan bli utfordret. På organisasjonsnivå belyses det om motstand fra ledelsen. Motstanden handler om mangel på interesse, informasjon og involvering. En annen hemmer på organisasjonsnivå kan være økonomi. Dette kan danne grunnlaget for implementeringen av velferdsteknologien i hver enkelt kommune.

På tross av faktorer som kan utspille seg som hemmere finnes det også faktorer som kan fremme implementeringen av velferdsteknologi. Først og fremst blir det ansett som avgjørende at helsepersonell får nødvendig opplæring for at de skal føle seg komfortable når de jobber med velferdsteknologien. Videre trekkes det frem kompetanse som en forutsetning for vellykket implementering. Sist men ikke minst kan fordelene med velferdsteknologien påvirke holdninger og ønske om å jobbe aktivt videre med den.

Gjennom oppgaven har vi funnet ut at det er gunstig med en tydelig plan hvor ledelsen viser ansvar i implementeringsprosessen. Vår konklusjon er at det er viktig at ledelsen tar tak i hemmere som viser seg underveis, for så finne løsninger på disse. Ledelsen er også avhengig av at helsepersonellet er motivert for endring for å lykkes. Dette da det til syvende og sist er helsepersonell som skal utøve teknologien.

Etter hvert som vi har innarbeidet kunnskaper, kan vi bedre forstå hvorfor teknologien ikke benyttes i alle situasjoner. Vi ser at implementering er en kompleks prosess med mange involverte samt ulike faktorer som må være på plass. Forskning og faglitteratur har gitt oss innblikk i velferdsteknologiens positive formål. Vi har troen på at teknologien kan være et hjelpemiddel og bidra som en ressurs for helsetjenesten. Oppgaven har ført til at vi er motiverte for implementering. Med dette ønsker vi å påvirke implementeringen i positiv retning ved å bidra som «pådrivere» i rollen som sykepleier. Vår ambisjon er å videre styrke helsepersonell sin kompetanse og engasjement i møte med velferdsteknologien.

8 Bibliografi

Braut, G. S. (2020, 24. august). *Hjemmesykepleie*. I Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>

Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 197-208). Gyldendal Akademisk.

Cuesta, M., Millberg, L. G., Karlsson, S., Arvidsson, S. (2020). Welfare technology, ethics and well-being a qualitative study about the implementation of welfare technology within areas of social services in a Swedish municipality. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15:sup1, 1835138.

<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1835138>

Dalland, O. (2019). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (s. 50-62). Gyldendal Akademisk

Dalland, O. & Hilde Trygstad. (2019). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (s. 148-165). Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2015, 20. august). *Modell for kvalitetsforbedring*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Frennert, S. & Baudin, K. (2019). The concept of welfare technology in Swedish municipal eldercare. *Disability and Rehabilitation*, 43, 1220-1227. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/09638288.2019.1661035>

Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M. & Halvorsen, K. (2020). User involvement in the implementation of welfare technology in home care services: The experience of

health professionals - A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 29, 4007-4019.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.15424>

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019) *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Fagbokforlaget.

Guise, V & Wiig, S. (2017). Perceptions of telecare training needs in home healthcare services: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 17. 164.

<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2098-2>

Helsebiblioteket. (2013, 21. mars). *Implementering*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/implementering>

Helsebiblioteket. (2019, 22. februar). *Kunnskap til handling*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/kunnskap-til-handling>

Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. (2019). *Om nasjonalt velferdsteknologi-program*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>

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%20hel-se-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/> /attachment/inline/cf340308-0cb8-4a88-a6d7-

[4754ef126db9:6f3a196c2d353a9ef04c772f7cc0a2cb9d955087/Implementering%20a](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030/Implementering%20av%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20hel-se-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf/)

[v%20velferdsteknologi%20i%20de%20kommunale%20helse-og%20omsorgstjenestene%202013-2030.pdf](#)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

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

Johansson-Pajala, R.-M. & Gustafsson, C.(2020). Significant challenges when introducing care robots in Swedish elder care. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1748-3115. <https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1773549>.

Kaminski, J. (2011). Diffusion of Innovation Theory. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 6(2).

https://cjni.net/journal/?p=1444&fbclid=IwAR1GFIV4dC3_eVjuHJc8nPUkrJvNtD6WThoSvgBQ3xm9WssGdHxvU0qBuAQ

Keitsch, M. & Sigurjónsson, J. B. (2017). Refleksjoner og veien videre. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 114-122). Cappelen Damm AS.

Kiran, A. H. & Nakrem, S. (2017). Etske perspektiver ved bruk av velferdsteknologi. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 100-112). Cappelen Damm AS.

Kleiven, H. H. (2017). Når hjemmetjenesten skal ta i bruk velferdsteknologi. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 83-98). Cappelen Damm AS.

Kleiven, H. H., Ljunggren, B. & Solbjør, M. (2020). Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services - a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 20, (320). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05191-9>

Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi - hva, hvorfor og hvordan? I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 15-33). Cappelen Damm AS.

Krick, R., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H. & Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC Health Services Research*, 19, 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>

LaMorte, W. W. (2019). Diffusion of innovation theory. *Boston University school of public health*. <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories/behavioralchangetheories4.html>

Meld. St. 20 (2012-2013). *På rett vei*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/53bb6e5685704455b06fdd289212d108/no/pdfs/stm201220130020000dddpdfs.pdf>

Moser, I. (Red.). (2019). *Velferdsteknologi* (1. utg). Cappelen Damm Akademisk.

Nakrem, S. (2017). Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I S. Nakrem & J. B. Sigurjónsson (Red.), *Velferdsteknologi i praksis* (s. 67-82). Cappelen Damm AS.

SK 152 – Kandidatnummer. 261 og 271. Innleveringsdato 14.06.21

Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K. & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, 657.

<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>

Nilstun, C. (2020, 18. juli.) *Implementere*. I Store norske leksikon.

<https://snl.no/implementere>

Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. NSF.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinart, L. M., (2017). *Jobb kunnskapsbasert*. (2.utg.) Cappelen Damm AS

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Statistisk sentralbyrå. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017*. SSB.

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2017>

Statistisk sentralbyrå. (2020). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstjenester*. SSB.

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>

Tekna. (2020, 31. januar). *Det krever opplæring og er en omfattende prosess*. Tekna.

<https://www.tekna.no/kurs/innhold/-det-krever-opplaring-og-er-en-omfattende-prosess/>

Ørstavik, F. (2019, 23. september). *Innovasjon*. I store norske leksikon

<https://snl.no/innovasjon>

Vedlegg 1: søkeprosess

Søk nr.	Søkeord	Hvor mange artikler	Forskningsartikkel funnet/brukt
Alle søkeord	<p>-Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland OR Scandinavia</p> <p>-Experience OR empirical</p> <p>-Qualitative OR qualitative research OR qualitative study OR qualitative methods</p> <p>-Community health nursing OR municipality OR municipal</p> <p>-Implementation OR implement OR implementation science OR implementation strategy* OR dissemination OR defusion OR knowledge translation</p> <p>-Health promotion OR enablers OR precipitators OR barriers OR hinders OR inhibitors</p> <p>-Welfare technology OR assistive technology OR digital technology OR telehealth OR telecare OR ehealth OR self-help device* OR e-health OR telemedicine</p> <p>-Home nursing OR home health nursing OR home care services OR healthcare services</p> <p>-Nurse* OR health personnel OR health professional* OR primary healthcare nurse*</p>	2 stk.	
Søk 1	<p>Nurse* OR health personnel OR health professional* OR primary healthcare nurse*</p> <p>-Home nursing OR home health nursing OR home care services OR healthcare services</p> <p>-Welfare technology OR assistive technology OR digital technology OR telehealth OR telecare OR ehealth OR self-help device* OR e-health OR telemedicine</p> <p>-Health promotion OR enablers OR precipitators OR barriers OR hinders OR inhibitors</p> <p>-Implementation OR implement OR implementation science OR implementation strategy* OR dissemination OR defusion OR knowledge translation</p>	95 stk.	Glomsås et al. (2020)
Søk 2	<p>-Welfare technology OR assistive technology OR digital technology OR telehealth OR telecare OR ehealth OR self-help device* OR e-health OR telemedicine</p> <p>-Community health nursing OR municipality OR municipal</p> <p>-Implementation OR implement OR implementation science OR implementation strategy* OR dissemination OR defusion OR knowledge translation</p> <p>-Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland OR Scandinavia</p>	108 stk.	Nilsen et al. (2016) & Cuesta et al. (2020) & Kleiven et al.(2020)
Søk 3	<p>Welfare technology OR assistive technology OR digital technology OR telehealth OR telecare OR ehealth OR self-help device* OR e-health OR telemedicine</p>	45 stk.	Guise & Wiig (2017)

	<p>-Home nursing OR home health nursing OR home care services OR healthcare services</p> <p>-Nurse* OR health personnel OR health professional* OR primary healthcare nurse*</p> <p>-Implementation OR implement OR implementation science OR implementation strategy* OR dissemination OR defusion OR knowledge translation</p> <p>-Experience OR empirical</p>		
Søk 4	<p>Community health nursing OR municipality OR municipal</p> <p>-Implementation OR implement OR implementation science OR implementation strategy* OR dissemination OR defusion OR knowledge translation</p> <p>-Health promotion OR enablers OR precipitators OR barriers OR hinders OR inhibitors</p> <p>-Welfare technology OR assistive technology OR digital technology OR telehealth OR telecare OR ehealth OR self-help device* OR e-health OR telemedicine</p> <p>-Norway OR Sweden OR Denmark OR Finland OR Scandinavia</p>	13 stk.	Frennert & Baudin (2019)
Manuelt søk i google scholar:	-Welfare technology implementation		Johansson-Pajala & Gustafsson (2020)
	-Velferdsteknologi hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste		Johannessen et al. (2019)



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Sissel Hjelle Øygaard		

Deltaker

Kandidatnr.:	261
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7947
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei