

Ida Anette Mehren

Kravet til evig omstilling

En kvalitativ studie av helsepersonellets erfaringer med implementering av velferdsteknologi ved offentlige sykehjem i Norge

Masteroppgave i Medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi

Veileder: Roger Andre Søråa

Medveileder: Gunhild Tøndel

Juni 2022

Ida Anette Mehren

Kravet til evig omstilling

En kvalitativ studie av helsepersonellets erfaringer med implementering av velferdsteknologi ved offentlige sykehjem i Norge

Masteroppgave i Medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi
Veileder: Roger Andre Søråa
Medveileder: Gunhild Tøndel
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

I Norge står vi i årene fremover overfor demografiske endringer i form av en aldrende befolkning som lever lengre. Dette har stor påvirkning på hvordan helse- og omsorgssektoren jobber. I takt med økende digitalisering og teknologisk utvikling, har derfor norske politikere presentert velferdsteknologi som en svært sentral del av løsningen på både økonomiske utfordringer og kapasitetsutfordringer. Dette vil være viktig da sykehjemmene vil fylles med eldre sykere beboere, som stiller større krav til pleie og oppfølging fra en allerede presset helsetjeneste. I arbeidet med utviklingen av en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for fremtiden, er dermed forestillingen om hvordan omsorg utøves under endring. Dette har stor påvirkning på helsepersonellet arbeidsdag, da hver implementering av ny velferdsteknologi fungerer som en endringsprosess for de ansattes arbeidspraksiser. Med utgangspunkt i det undersøker jeg i denne studien hvordan ansatte ved offentlige sykehjem i Norge erfarer implementeringen av ny velferdsteknologi.

Oppgaven har som utgangspunkt en case-studie av et sykehjem som i denne oppgaven vil omtales som "Aktiva". Gjennom dybdeintervjuer med fire ansatte og en prosjektleder ved Aktiva vil jeg her undersøke deres erfaringer knyttet til to implementeringer av en digital aktivitetstavle kalt "Touch & Play". Da implementering av velferdsteknologi i stor grad handler om møtet mellom bruker og ny teknologi, benytter jeg dimensjonsmodellen for domestisering som analyseverktøy i denne oppgaven. Videre vil dermed funnene som presenteres gjennom denne studien, vise hvordan ansatte i offentlige sykehjem inngår i et krav til evig omstilling, gjennom konstant forhandling, meningsproduksjon og kunnskapsbygging for å imøtekomme nye arbeidspraksiser.

Abstract

In the following years, Norway will face demographic changes that will have major impact on our healthcare sector. In line with the increasing digitalization and technological development, Norwegian politicians have presented welfare technology as a central part of the solution to both future economic challenges, and capacity challenges. This technology will be specifically important for nursing homes as their residents will become older and therefore more fragile due to complex disease patterns, thus requiring even more care and follow-up from an already pressured healthcare infrastructure. As more sustainable healthcare services are developed for the future, the notion of how care can be provided is changing. This has a major impact on the working life of nursing home staff, where each new welfare technology will result in a changing process for the employees work practices. Based on this, I examine through this thesis how employees at public nursing homes in Norway experience the implementation of new welfare technology.

This report is based on a case study of a nursing home, which will be referred to as “Aktiva”. Experiences of two implementation processes of the digital activity board “Touch & Play” are examined thorough in-depth interviews with four employees and one project manager. Since the implementation of welfare technology is largely about the meeting between the user(s) and new technology, I use the dimensional model of domestication as an analysis tool. Furthermore, the findings presented through this study will show how employees in public nursing homes accommodate and manage new work practices through constant negotiation, production of meaning and building of knowledge.

Forord

Med denne masteroppgaven markerer jeg slutten på mine fem år som student ved NTNU. I årene som student har jeg slik min veileder Roger har påpekt, lært mye om mye. Viktigst av alt har jeg fått mange gode bekjenskaper som vil vare livet ut. Studietiden har gitt meg både mine flotteste og mest frustrerende stunder, og det er derfor jeg med glede og sorg sier farvel til studielivet, for å ta fatt på ett nytt kapittel. Jeg vil derfor benytte muligheten til å ytre en stor takk til all familie, venner og bekjente som har vært med meg på reisen og heiet på meg gjennom fem år. Videre vil jeg rette en spesiell takk til personer som har vært helt sentrale støttespillere gjennom denne våren.

Til mine veiledere Roger Andre Søråa og Gunhild Tøndel. Tusen takk for gode råd og avgjørende veiledning, og ikke minst for at dere har vært min største og mest entusiastiske heilagjeng gjennom dette semesteret. Jeg vil takke for at dere har vært tilgjengelige og alltid møtt med et smil til veiledning, der dere både har motivert og engasjert meg til å se oppgaven min med et positivt blikk, selv når jeg har tvilt. Dette har betydd alt for min gjennomføring, og jeg kunne aldri vært for uten.

Til Silje. Jeg vil rette en spesiell takk til deg som har holdt ut med meg gjennom denne berg-og-dal-banen av et halvår. Takk for at du alltid har vært åpen for både sosial og faglig prat, og at du har heiet på meg hele veien. Ikke minst vil jeg takke deg for 5 fantastiske år som samboere under studietiden.

Til Jens: Takk til deg som har minnet meg på at det er lov å ta pauser og kose seg litt den siste studietiden. Takk for at du har besvart hvert eneste anrop, tatt på deg ”rett-lesebrillene”, og takk for at du alltid er stolt av meg og setter mine prestasjoner høyt.

Til Selma og Hedvig. Tusen takk for at dere har gjort mine to år på MKI til de beste jeg kunne fått. Jeg hadde aldri kommet meg gjennom dette uten dere, og jeg gleder meg til årene fremover.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til informantene som takket ja til å delta i denne studien. Uten deres delte tanker, erfaringer og refleksjoner fra arbeidshverdagen i helsevesenet, ville ikke denne oppgaven blitt det samme. Så tusen takk for at dere tok dere tiden til å prate med meg.

God lesing!

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 OPPGAVENS STRUKTUR.....	2
2. TIDLIGERE FORSKNING PÅ NORSK HELSESEKTOR OG VELFERDSTEKNOLOGI ..	3
2.1 SYKEHJEM I ENDRING.....	3
2.2 HVA ER EGENTLIG VELFERDSTEKNOLOGI?.....	5
2.3 OMSORG MØTER INNOVASJON	7
2.4 PROSJEKTERING SOM IMPLEMENTERINGSSTRATEGI.....	9
2.5 MITT CASE: AKTIVA SYKEHJEM I PROSJEKT TOUCH & PLAY.....	10
3. SOSIOTEKNISK BRUKERPERSPEKTIV OG LÆRINGSPROSESSER.....	13
3.1 ET SOSIOTEKNISK BRUKERPERSPEKTIV BORT FRA DETERMINISME	13
3.2 DOMESTISERING: MØTET MELLOM BRUKER OG NY TEKNOLOGI.....	14
3.3 DIMENSJONSMODELLEN SOM ANALYTISK VERKTØY	15
3.4 FERDIGHETER OG SEKS DIMENSJONER I LÆRINGSPROSESSER	17
4. METODE.....	21
4.1 FORSKNINGSDESIGN.....	21
4.2 VALG AV CASE-STUDIE	22
4.3 REKRUTTERING OG UTVALG	22
4.4 UTFORMING OG GJENNOMFØRING AV DYBDEINTERVJUER.....	23
4.5 BEHANDLING AV DATAMATERIALE, KODING OG ANALYSE	26
4.6 ETISKE HENSYN OG UTFORDRINGER.....	28
4.7 FORSKNINGENS KVALITET OG METODEKRITIKK.....	29
5. EN NY ARBEIDSHVERDAG: SYKEHJEMMET SOM FORHANDLINGSROM.....	33
5.1 PROSJEKT TOUCH & PLAY	33
5.2 UTVIKLING AV BRUKERPRAKSIS OG ANSVARFORDELING	35
5.3 NYE FORHANDLINGER I NYTT MILJØ: ØNSKE OM OVERFØRT SUKSESS	39
5.4 OPPSUMMERING: EN FORHANDLINGSPROSESS	40
6. MENINGSUTVIKLING GJENNOM HOLDNINGER OG BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI.....	43
6.1 ANSATTES HOLDNINGER TIL BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI	43
6.2 ET BEDRE AKTIVITETSTILBUD	45
6.3 EN DIGITAL TIDSTYV.....	46
6.4 ET MENINGSLØST TILTAK	47
6.5 OPPSUMMERING: HVILKE MENINGER TILLEGGES ANSATTE NY VELFERDSTEKNOLOGI?.....	48
7. LÆRING OG KOGNITIVE PROSESSER MED NY VELFERDSTEKNOLOGI	49
7.1 ENKEL OPPLÆRING PÅ 1,2,3.....	49
7.2 KUNNSKAP PÅ PRØVE	51
7.3 SUPERBRUKER I TIDSKLEMMER.....	54
7.4 OPPSUMMERING: ANSATTES LÆRINGSPROSESSER VED IMPLEMENTERING AV NY VELFERDSTEKNOLOGI	55
8. HELHETLIG TILBAKEBLIKK: ANSATTES ERFARINGER MED IMPLEMENTERING AV NY VELFERDSTEKNOLOGI	57
8.1 ILLUSJONEN OM SUKSESS I EN UTOPISK KONTEKST	58
8.2 UENDELIGE MULIGHETER KOMMER IKKE UTEN BEGRENSNINGER	59
8.3 KONKLUSJON: KRAVET TIL EVIG OMSTILLING.....	62
8.4 STUDIENS BEGRENSNINGER OG VIDERE FORSKNING.....	62
REFERANSELISTE	65
VEDLEGG.....	71

VEDLEGG 1. NSD GODKJENNING.....	72
VEDLEGG 2. SAMTYKKESKJEMA.....	73
VEDLEGG 3. INTERVJUGUIDE	76

1. Innledning

I dagens Norge diskuteres det rundt hva som kreves for at helse- og omsorgssektoren skal kunne imøtekomme utfordringer i årene fremover. Som følge av dette er det i arbeidet med utviklingen av en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for fremtiden, endringer i forestillingen om hvordan omsorg utøves, da utfordringene ikke lar seg løse med bruk av menneskelige ressurser alene. Med utgangspunkt i forestillingen om "eldrebølgen", der en kraftig økning i andelen eldre vil kreve mer ressurser fra en allerede presset helsetjeneste, ble velferdsteknologi presentert som løsning allerede i 2011, gjennom NOU *Innovasjon i omsorg*. Hagen-utvalget la med det føringer for satsningen som etterhvert gjorde offentlige sykehjem til arena for pilotering av velferdsteknologi, der dette har stor innvirkning på arbeidspraksisene til dagens helsepersonell (NOU 11:2011).

Som et resultat av over 10 år med rådende teknologioptimisme, og en ideologisk dreining mot personsentrert omsorg, har vi i dag et spekter av velferdsteknologiske løsninger som er nærmest uendelig (Tøndel, 2018; Kamp, Obsterfelder og Andersson, 2019; Jacobsen, 2022). Tatt i betraktning at dette spekteret gjenspeiler tilsvarende krav til omstilling av etablerte arbeidspraksiser og ny kunnskap, kan det settes spørsmålstegn ved hvorvidt kravene overfor helse- og omsorgstjenestene i dag er blitt for store. I en tid der velferdsstaten allerede er sårbar for manglende helseressurser, øker dermed behovet for bedre innsikt og forståelse knyttet til utfordringene og mulighetene som oppstår ved implementering av ny velferdsteknologi. På bakgrunn av dette vil den overordnede problemstillingen som undersøkes i denne oppgaven være;

"Hvordan erfarer ansatte ved offentlige sykehjem i Norge implementeringen av ny velferdsteknologi"?

For å utforske problemstillingen har jeg utformet ytterligere tre underproblemstillinger, der disse vil bidra til å belyse ulike dimensjoner som utspiller seg blant de ansatte gjennom slike implementeringsprosesser;

"Hvordan forhandler ansatte om bruk av ny velferdsteknologi under implementeringsfasen" (Kapittel 5)

"Hvilken mening tillegger ansatte ny velferdsteknologi?" (Kapittel 6)

"Hva kjennetegner ansattes læringsprosess ved implementering av ny velferdsteknologi?" (Kapittel 7)

Studien tar utgangspunkt i en case-studie av et sykehjem som i denne oppgaven vil omtales som "Aktiva" for å diskutere hvordan helsepersonell opplever implementeringen av ny velferdsteknologi, der den digitale aktivitetstavlen ved navn Touch & Play benyttes som forskningsobjekt.

1.1 Oppgavens struktur

For å besvare problemstillingene har jeg delt oppgaven inn i 8 hovedkapitler. Kapittel 2 vil gi en ytterligere presentasjon oppgavens bakgrunn, tidligere forskning og Aktiva sykehjem i prosjekt Touch & Play som case. Deretter vil jeg i kapittel 3 gjøre rede for oppgavens teoretiske rammeverk, representert av et sosioteknisk brukerperspektiv og læringsprosesser. Kapittel 4 er oppgavens metodiske del, der jeg presenterer oppgavens forskningsdesign, valg av case, rekruttering og utvalg, intervjuguide og utforming og gjennomføring av dybdeintervju, databehandling og analyse, etiske hensyn og utfordringer, og til slutt forskningens kvalitet og metodekritikk. Kapittel 5, 6, 7 og 8 er den analytiske kjernen i oppgaven og utgjør en sammenstilling av analyse og diskusjon der ulike funn drøftes opp mot relevant teori og forskning. Gjennom kapittel 5, 6 og 7 har jeg dermed som formål å besvare de tilhørende underproblemstillingene. Følgelig vil analysekapitlene være navngitt for å gjenspeile problemstillingen som undersøkes, herunder kapittel 5; *En ny arbeidshverdag: Sykehjemmet som forhandlingsrom*, kapittel 6; *Meningsutvikling gjennom holdninger og bruk av velferdsteknologi*, kapittel 7; *Læring og kognitive prosesser med ny velferdsteknologi*. Avslutningsvis vil kapittel 8; *Ansattes erfaringer fra implementering av ny velferdsteknologi*, illustrere hvordan funnene har gjensidig påvirkning på hverandre der jeg i lys av dette formulerer oppgavens konklusjon. Til slutt trekker jeg frem oppgavens begrensninger og tanker for videre forskning.

2. Tidligere forskning på norsk helsesektor og velferdsteknologi

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan norsk helsesektor har tatt i bruk velferdsteknologi, og hvordan sykehjemmene har vært forsket på. Da tidligere forskning på helsepersonellens erfaringer med implementering av ny velferdsteknologi hovedsakelig har foregått i hjemmetjenesten, vil jeg begynne kapitlet med å presentere sykehjemmet som kontekst for min studie. Herunder følger en presentasjon av sykehjemmet i endring og videre de ansattes roller innenfor denne institusjonen. Det vil også presenteres en prognose for fremtidens sykehjemsbeboere, for å danne et bedre bilde av målgruppen for velferdsteknologi som innføres i årene fremover. Deretter vil jeg gi en ytterligere presentasjon av velferdsteknologi som fenomen og dens utbygging i samfunnet. Dette vil bidra til en økt forståelse av de teknologiske løsningene som implementeres i helsetjenesten. Videre beveger jeg meg over på tidligere forskning. Som følge av at forskning på aktiviseringsteknologier i sykehjem, slik som Touch & Play er et relativt nytt forskningsfelt, vil jeg derfor ta utgangspunkt forskning på implementering av velferdsteknologi i hele kommunehelsetjenesten. Jeg anser likevel denne forskningen som relevant for min oppgave, da funnene illustrerer både drivere, barrierer, muligheter og utfordringer under implementeringsprosesser. I lys av dette vil jeg til slutt presentere studiens case, Aktiva sykehjem i prosjekt Touch & Play, og casens påfølgende relevans.

2.1 Sykehjem i endring

De kommunale sykehjemmene i Norge er offentlig finansiert, og en del av det som kalles kommunehelsetjenesten sammen med hjemmesykepleien, og er primært rettet mot eldreomsorg (Braut, 2018). Nygaard (2002) er blant forskere som tidlig rettet et kritisk blikk mot sykehjemmet. I skifte fra pleiehjem til sykehjem forteller Nygaard (2002) at institusjonens funksjon ikke lenger skulle være et utelukkende forpleiningstilbud, men også tilby aktivitetstiltak for og opprettholde eller bedre beboernes funksjonsnivå. I forlengelsen av dette hevder han at ambisjonsnivået for sykehjemmet legges for høyt, sammenlignet med minimumskravet for bemanning og drift (Nygaard, 2002).

Siden den gang har politikerne økt sitt fokus på bruk av velferdsteknologi og nye arbeidsmetoder. Hensikten er knyttet til effektivisering av arbeid for å spare økonomiske ressurser, men også for å øke kvaliteten i arbeidet ved å legge til rette for sosiale og kulturelle aktiviteter. Delvis skyldes dette at dagens og morgendagens omsorg skal rette oppmerksomhet mot tilpassede tjenester, der den enkelte bruker står i sentrum (St. Meld. 15 (2017-2018); St.

Meld. 29 (2012-2013)). Den økte satsningen på aktivitet i sykehjemmet er festet til forskning som har avdekket hvordan overgangen til å bli sykehjemsbeboer medførte raskere funksjonstap enn nødvendig, noe som trolig skyldtes en mer passiv livsstil (Hawkins *et al.*, 2017). Som helsepersonell på sykehjem stilles man i forlengelse av dette overfor krav til å skape et bedre aktivitets- og samhandlingstilbud overfor sine beboere. Dette da tapet av funksjonsevne både har fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser for beboeren, som videre kan resultere i økt omsorgsbehov og økonomisk belastning (St. Meld 15 (2017-2018); Telenius *et al.*, 2017). Med kritikken til Nygaard (2002) tett til minne, kan vi i dag se hvordan kravene til helsepersonellet på sykehjemmet stadig har økt, uten at bemanningskravet for drift av sykehjem har endret seg siden kritikken ble presentert i 2002 (Forskrift for sykehjem m.v., 2021). Et viktig poeng er altså at Nygaard (2002) allerede for 20 år siden bemerket at bemanningskravet var på et slikt nivå, at ansatte ved sykehjem ikke kunne forventes å ha kapasitet til å utføre dets funksjon som medisinsk institusjon, samtidig som de ivaretok krav til personsentrert omsorg og aktivisering.

Med utgangspunkt i det som skissers ovenfor kommer det frem tendenser i både nasjonal og internasjonal forskning om hvordan ansatte ved sykehjem blir offer for utbrenthet og økt sykefravær som følge av misnøye på jobb, arbeid med uoppnåelige krav, tidspress og manglende oppfølging (Hu, Chau og Sheng, 2009; Ingstad, 2010; White, Aiken og McHugh, 2019; Gautun, 2020; Aerschot *et al.*, 2021). I forlengelsen av dette finner vi også avdekkede tendenser til at nyutdannet helsepersonell ikke ønsker å arbeide innenfor eldreomsorg, men heller søker til andre sektorer i helsetjenesten. Denne trenden må snus, dersom vi skal evne å ivareta fremtidens sykehjemsbeboere, som vil være sterkt preget av den pågående eldrebølgen (Kloster, Høie og Skår, 2007; Gautun, 2020; Bævre 2021).

Økt levealder, parallelt med satsningen på tilrettelagte hjemmebaserte tjenester, har resultert i at dagens sykehjemsbeboere både er eldre og har mer komplekse sykdomsbilder enn tidligere (Telenius *et al.*, 2019). Dermed er kanskje den største bekymringene tilknyttet eldrebølgen den kraftige økningen i andelen eldre over 80 år, da andelen personer med demenssykdom vil øke i takt med denne samfunnsgruppen (Gjøra *et al.*, 2020; Helsedirektoratet, 2021). Sykdommen er kompleks og medfører tap av både kognitive og motoriske funksjoner, samt endringer i følelser og personlighet. I alt vil en person som får demenssykdom, oftest få sterkt redusert evne til å fungere i hverdagslivet på sikt. Følgelig er det særlig personer med demens som i dag, og

i fremtiden, vil få tilbud om sykehjemsplass, da det i skrivende stund ikke finnes noen kur (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; FHI, 2021).

Til tross for at majoriteten blant sykehjemsbeboerne vil lide av samme diagnose og gjerne befinne seg innenfor samme aldersgruppe (80+), er dette likevel en svært heterogen sammensetning av mennesker. Som heterogen gruppe har derfor sykehjemsbeboere tilsvarende ulike behov og interesser som skal dekkes i arbeidet med miljø og personsentrert omsorg (Telenius *et al.*, 2017). Det er i forlengelsen av dette at utviklingen av velferdsteknologier slik som Touch & Play blomstrer. Men hva er egentlig velferdsteknologi?

2.2 Hva er egentlig velferdsteknologi?

Teknologiene vi ofte omtaler som ”velferdsteknologi” i Norge har mange navn. Eksempelvis Telecare, telehealth, telerehabilitation, telenursing, telemedicine, e-health, m-health, Active Assisted Living (AAL), omsorgsteknologi, tekniske hjelpemidler, smarthusteknologi og mestringsteknologi (Nakrem og Sigurjónsson, 2018; Moser, 2021). I det norske samfunnet benyttes oftest begrepet velferdsteknologi, slik det ble definert av Hagen-utvalget gjennom NOU (2011:11) *Innovasjon i omsorg*:

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

(NOU, 2011: 11, s. 99)

Siden først introdusert av Hagen-utvalget, har Norge satset stort på utprøving og utvikling av velferdsteknologi. Til tross for å være et relativt nytt begrep i norsk kontekst, har dette resultert i at velferdsteknologi har fått bred forankring i samfunnet. Formålet med satsningen har vært å ruste helse- og omsorgssektoren for fremtidens demografiske utfordringer. Slik det fremkommer gjennom definisjonen ovenfor er velferdsteknologi altså teknologiske løsninger ment å assistere eller gi støtte til personer med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende, med mål om å bedre ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten (NOU, 2011:11). I forlengelsen av dette skisserte Hagen-utvalget fire overordnede kategorier for velferdsteknologi basert på ulike

funksjoner; *Trygghets- og sikkerhetsteknologi, Kompensasjons- og velværeteknologi, Teknologi for sosial kontakt, og Teknologi for behandling og pleie*. Forskere som Corneliussen og Dyb (2017) og Isaksen og Stokke (2017) har lagt den politiske definisjonen under lupen, der de presenterer dens vage avgrensning av hva som egentlig kan betegnes som velferdsteknologi som utfordrende videre forskning på den muligheter og begrensinger. I forlengelsen av dette har derfor Moser (2021) presentert formål, funksjon og kontekst som avgjørende faktorer for at teknologiske løsninger skal kunne beskrives som velferdsteknologi. Herunder skisserer hun ytterligere tre kjennetegn; *Inngår i en helse-, omsorgs- og velferdstjenestekontekst, muliggjør helse-, omsorg- og velferdstjenester på avstand, og til slutt målgruppen*. Ved sistnevnte kjennetegn viser Moser (2021) hvordan velferdsteknologi primært har forholdt seg til tjenestemottakerne, herunder pasienter eller pårørende. Videre trekker hun frem at målgruppen vel så gjerne kan være tjenesteytere, der demensomsorgen benyttes som eksempel på tilfeller der helsepersonell gjerne utgjør primærmålgruppen (Moser, 2021).

Slik det ble nevnt innledningsvis gjennom forskere som Tøndel (2018) og Jacobsen (2022), har velferdsteknologien som fenomenet ført med seg en sterk teknologioptimisme. Som resultat har vi i takt med teknologisk utvikling i over 10 år, opparbeidet et bredt spekter av velferdsteknologiske tjenester som skal tilbys i kommunehelsetjenesten, der alle teknologiene er ment å fylle ulike behov (Jacobsen, 2022). Til tross for at utviklingen av velferdsteknologi hovedsakelig har fulgt de teknologiske muligheten som eksisterer, har retningen for utviklingen blitt sterkt påvirket av politiske vedtak (Tøndel og Søråa, 2021). Ser vi tilbake til Hagenutvalget (NOU, 2011:11) la de frem en strategisk utbyggingsplan for hvilke teknologier det skulle satses på gjennom tre faser. I dag befinner vi oss i et overgangsstadium mellom fase to og fase tre, der den representerer satsningen på teknologi som stimulerer, aktiviserer og strukturer hverdagen (NOU, 2011: 11). Gjennom reformer som *Lev hele livet* (St. Meld. 15 (2017-2018)), har denne siste satsningsfasen blitt ytterligere preget av et større fokus på økt livskvalitet gjennom personsentrert og aktiv omsorg. Hensikten er å sørge for Eldres deltakelse i fysiske aktivitet og annen kulturell deltagelse for å opprettholde fysiske funksjoner, der dette vil bidra til å forebygge eller utsetter ytterligere behov for helsehjelp.

Til tross for at det overordnede målet for satsningen har vært rettet mot Eldres egne hjem og hjemmetjenesten, er det i dag blitt et økt fokus på velferdsteknologi i sykehjemmene (St. Meld 15 (2017-2018)). Satsningen har i alt medført at 340 kommuner har tatt del i ulike prosjekter for å teste velferdsteknologiske løsninger og er dermed blitt en stadig større del av

sykehjemmet tilbud til beboerne (KS, 2018; Direktoratet for e-helse, 2021; Helsedirektoratet, 2022). Men hva skjer egentlig når omsorg møter innovasjon?

2.3 Omsorg møter innovasjon

Gjennom tidligere studier gjort på bruk av teknologi i helsetjenesten kommer det frem en overordnet utfordring som kan festes i et grunnleggende historisk perspektiv. Herunder er hvordan innovasjon og omsorg tradisjonelt sett har vært begreper tilhørende to ulike verdener (Pols og Moser, 2009). Når Hagen-utvalget sammenstilte begrepene og presenterte velferdsteknologi som løsningen på de fremtidige utfordringene i helse- og omsorgssektoren, var det derfor ikke en fjern forestilling at flere ville ha skeptiske holdninger knyttet til resultatene og konsekvensene dette ville gi (NOU, 2011:11). Omsorg forbindes gjerne med varme, personlig kontakt, nærvær, det kjente og forutsigbare. Som motsetning er innovasjon forbundet med det kreative, nyskapende og kanskje til og med risikofylte. Dermed vil motsetningen bli desto større, når det gjennom velferdsteknologi er snakk om teknologiske innovasjoner (Nakrem og Sigurjónsson, 2018). Skepsisen som ble utviklet er dermed et resultat av en frykt for at kald teknologi skal erstatte varme hender, og at kvaliteten i omsorgsarbeidet vil svekkes dersom man benytter teknologien *istedenfor* og ikke *i tillegg til* helsepersonell (Pols og Moser, 2009; Nakrem & Sigurjónsson, 2018).

Denne skepsisen er kategorisert av Nilsen *et al.* (2016) som teknologisk motstand gjennom en norsk case-studie. Forfatterne av studien trekker frem hvordan motstanden gjerne er konsekvenser av en opplevd trussel mot stabilitet og forutsigbarhet, trussel mot ens rolle og identitet, eller trussel mot de grunnleggende verdiene og frykten for å miste moralsk og profesjonell integritet (Nilsen *et al.*, 2016). Den teknologiske motstanden viste seg å ha dårlig innflytelse på de ansattes motivasjon for å bruke velferdsteknologi i arbeidet, der den mest sentrale frykten i dette tilfellet tilknyttet det å ikke skulle mestre bruk. Nilsen *et al.* (2016) viser i midlertid til at denne typen frykt kan avta etterhvert som helsepersonell får mer erfaring og økt forståelse av teknologiens muligheter. I forlengelsen av dette forteller Nakrem og Sigurjónsson (2018) at helsepersonellens bakenforliggende holdninger til teknologi, og til bruken av teknologi, er avgjørende for hvordan de tilnærmer seg en innovasjonsprosess, slik som implementering av ny velferdsteknologi. Herunder poengterer også Nakrem og Sigurjónsson (2018) at holdninger ikke er statiske, og dermed kan endres både til det positive og negative.

I en kvalitativ studie gjennomført av Hilland, Rørvik og Hansen (2020), undersøkte de hvordan seks toppledere i kommune- og spesialhelsetjenesten erfarte ulike drivere og barrierer for implementering og spredning av velferdsteknologi. For den kommunale helsetjenesten ble endringskultur pekt ut blant de viktigste faktorene for en vellykket implementering. Herunder forklarer Hilland, Rørvik og Hansen (2020) at endringskultur kunne fungere både som driver og som barriere, alt ettersom den var til stede eller ikke. Fraværet av endringskultur, ble sett i sammenheng med følt risiko tilknyttet innovasjonsprosessen, og en indre menneskelig motstand mot endring (Hilland, Rørvik og Hansen, 2020). I møte med ny velferdsteknologi kan det derfor være en utfordring og oppnå det Clark og Goodwin (2010) kaller for momentum dersom endringskulturen blant ansatte er lav. Nakrem og Kiran (2019) har i forkant av dette gjort studier som viser hvordan helsepersonellet selv, i flere tilfeller er positivt innstilt til utprøving av ny velferdsteknologi, så sant de opplever den nyttig og brukervennlig.

Endringskultur blant helsepersonell er likevel ikke kun et resultat av følt risiko eller indre motstand mot endring. Det kan også være et resultat av at helsepersonell på sykehjem, ved implementering av velferdsteknologi, befinner seg i et krysspess mellom ønsket om å dekke pasients behov og lite tilgjengelige ressurser. I forlengelsen av dette har Kari Wærness (1999) utviklet begrepet ”omsorgsrasjonalitet”. Gjennom dette begrepet forsøker hun å sammenfatte kompleksiteten som finner sted i omsorgsarbeid, som ellers er vanskelig og forstå uten direkte erfaring fra slike yrker;

Omsorgsrasjonalitet innebærer at en søker å styrke den omsorgstrengendes selvhjelpenhet så langt det er mulig, på samme tid som en vet at uansett hva en gjør, må en være forberedt på at den omsorgstrengendes hjelpebehov kan bli større.

Kari Wærness (1999, s. 56)

Gjennom denne definisjonen søker Wærness (1999) å gi en kontekstuell og beskrivende forståelse for de oppgavene helsepersonellet utfører som ikke kan kontraktfestes. Herunder de moralske og omsorgsrasjonelle vurderingene som til en hver tid finner sted i arbeidet, der disse drives av ansattes forståelse av omsorg. For helsepersonellet handler det altså om at de gjennom sitt yrket, til en hver tid søker å yte den beste omsorgen for sine brukere (Wærness, 1999).

I forlengelsen av omsorgsrasjonalitet beskriver Vabø (2007) i sin studie av hjemmetjenesten, hvordan helsepersonell som ”førstelinje” har makten til å motsette seg vedtak og bestemmelser

fra administrasjonen, dersom de ikke opplever at tiltakene er til det beste for pasienten. Denne praksisen blir av Vabø (2007) beskrevet som ”den tause motstand”. Dermed tildeles helsepersonellet stor makt til å aktivt sørge for at eksempelvis velferdsteknologi tas i bruk, eller om det kun blir en strategisk plan hos administrasjonen. Her har også Stokke, Hellesø og Sogstad (2019) i nyere tid vist gjennom sin casestudie av implementeringen av trygghetsalarm i hjemmetjenesten, hvordan bakgrunnen for bruk og ikke-bruk også kan knyttes til manglende retningslinjer for hva som betegner ”rett bruk”. Studien viste hvordan aktørene hadde svært ulike tolkninger av teknologiens formål. Dermed satt helsepersonellet igjen med en opplevelse av at teknologien aldri oppnådde en optimal eller hensiktsmessig bruk. På den måten illustrerer Stokke, Hellesø og Sogstad (2019) gjennom denne studien, viktigheten av god informasjon og kommunikasjon mellom aktørene under implementeringen av ny velferdsteknologi, da dette er sentralt for å etablere felles forståelser av teknologiens formål (Stokke, Hellesø og Sogstad, 2019). Her har også forskere som Grut *et al.* (2013) tidligere presentert tilpasset verbal instruksjon og kommunikasjon som sentrale for at ansatte skal kunne utvikle mer nyanserte oppfatninger av velferdsteknologien.

Som suksessfaktorer for å oppnå endringer i primærhelsetjenesten kan vi her se til Clark og Goodwin (2010) som forteller at velferdsteknologi i møte med helsetjenesten må legge til rette for tjenesteinnovasjon. I forlengelsen av dette har også Lau *et al.* (2015) gjennom sin litteraturstudie, beskrevet de individuelle fagpersonenes yrkesrolle, underliggende omsorgsfilosofi og kompetanse som bakenforliggende aspekter med mulig påvirkning på implementeringsprosessen. Deretter trekker forfatterne frem bevis på nytte, brukervennlighet og tilpasningsevne til lokale forhold som avgjørende forutsetninger for at implementeringen skal kunne føre til faktisk endring i tjenesten (Lau *et al.*, 2015). Slik også Clark og Goodwin (2010) beretter, er de største gevinstene ved bruk av velferdsteknologi, ikke den teknologiske innovasjonen i seg selv, men hvorvidt den evner å tjene sitt formål i kontekstene den skal integreres i.

2.4 Prosjektering som implementeringsstrategi

Til tross for at utviklingen av velferdsteknologi har kommet langt der svært mange prosjekter iverksettes for å teste de ulike løsningene, har det vist seg mer utfordrende enn antatt å overføre prosjektene til fullskala implementeringer (Andreassen, Kjekshus og Tjora, 2015; Rønningen, 2021). I 2019 gjennomførte Rostad og Stokke (2021) en nasjonal tverrsnittstudie av 422 norske kommuner (i dag redusert til 356), på bakgrunn av at tidligere forskning illustrerte

utfordringene med å integrere velferdsteknologi i komplekse og varierende settinger slik som sykehjem. Et av funnene de presenterte her var at majoriteten av implementeringene foregikk gjennom piloter, eller prosjekter, uten langsiktige mål om integrering (Rostad og Stokke, 2021). Til tross for at sykehjemmene lærer mye om bruk av velferdsteknologien under prosjektperioden, og kan bistå i testing, ytres derfor en bekymring knyttet til manglende kontinuitet i bruk etter endt prosjekt (Frennert, 2020). Herunder kan vi se til Rønningen (2021) som trekker frem hvordan tilgjengelig teknologi, ikke kan betraktes som synonymt med integrert teknologi.

I tidligere forskning på implementering gjennom prosjektering av velferdsteknologi har blant annet forskere som Moser og Thygesen (2014) og Andreassen, Kjekshus og Tjora (2015) beskrevet noen utfordringer som medfølger denne strategien. Herunder har Moser og Thygesen (2014) gjennom sin studie av kols-kofferten, beskrevet hvordan prosjekter gjerne følger en logikk som fordrer evaluering og dokumentering av effekt, innenfor en gitt kontekst. Her hevder de at også læring, forhandling og tilpasning av velferdsteknologien finner sted innenfor denne konteksten. Andreassen, Kjekshus og Tjora (2015) forteller gjennom sin casestudie av Norske IKT servicen i helse, hvordan prosjektene ”overlever” ved at de blir tatt ut av konteksten som rommer de daglige rutinene. Separering av rutinepraksis og innovasjonsprosjektene kan dermed betraktes som en håndteringsstrategi. Resultatet av denne strategien er gjerne forsinket spredning av teknologien, der dette resulterer i flere prosjekter (Andreassen, Kjekshus og Tjora, 2015). I alt omtaler både Moser og Thygesen (2014) og Andreassen, Kjekshus og Tjora (2015) utfordringene med overgangen fra prosjekt til fullskala implementeringer ”prosjektfellen”.

2.5 Mitt case: Aktiva sykehjem i prosjekt Touch & Play

Aktiva er et sykehjem bestående av totalt seks avdelinger som tilbyr både kort- og langtids opphold, i tillegg til egne spesialiseringsavdelinger for personer med demens. De har også et tilhørende bofellesskap, men dette ligger adskilt fra sykehjemmets hovedbygg. Som sykehjem har Aktiva en bredt skolert arbeidsstab med både sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og assistenter. Dette i tillegg til en mengde rullerende personalet i form av vikariater, studenter og praktikanter, og selvfølgelig ansatte i administrasjon og drift. I samtale med en avdelingsleder (22.03.2022) ble det estimert at det arbeidet 300 personer ved sykehjemmet, der dette også inkluderer personell uten fast stilling.

Fra høsten 2016 til høsten 2017 inngikk Aktiva sykehjem i et FoU initiert forskningsprosjekt, med formål om å undersøke hvilke effekter bruk av den digitale aktivitetstavlen Touch & Play

hadde for deres demente beboere. Aktivitetstavlen er utviklet i Danmark, og utviklerne Applikator (u.å.b), hevder Touch & Play er av interesse for ansatte ved sykehjem, da den stimulerer til aktivitet og har påvist positiv effekt for livskvalitet blant sykehjemsbeboere. Dermed forklarer utviklerne at Touch & Play kan inngå som en del i miljøbehandling og aktivisering av beboere, og på den måten bli et nyttig verktøy for helsepersonellet (Applikator, u.å.a). Med Touch & Play som nytt hjelpemiddel var målsettingen hos Aktiva å skape meningsfulle aktiviteter, der dette skulle bidra positivt på trivsel og funksjonsnivå hos beboerne. Videre var også et mål å gi inspirasjon til ansatte i arbeidet med å skape tilrettelagte samhandlinger rundt beboere, både en-til-en, og i større og mindre grupper.

Da vi etterhvert har kommet langt i utbyggingen av velferdsteknologi er denne casen interessant da Aktiva har kommet til å betjene en rekke ulike velferdsteknologiske løsninger. Gjennom skriftlig korrespondanse med nåværende virksomhetsleder (21.02.2022 og 09.05.2022), kommer det frem at bruk av velferdsteknologi er noe sykehjemmet satser stort på. Herunder har de implementert et sykesignalanlegg bestående av aktiv alarm, vandrealarm, sengealarm, døralarm, digitalt natt-tilsyn med kamera og lokaliseringsverktøyet GPS. Videre finnes også Paro-selen en terapistol, og nå også Touch & Play. Virksomhetslederen forteller også i forlengelsen av dette at Aktiva sykehjem i nærmeste fremtid, skal inngå i et nytt prosjekt med implementering av digitale dørlåser. I dag har sykehjemmet to aktivitetstavler (se bilde 1 og 2), der den første fulgte med forskningsprosjektet og den andre ble kjøpt på eget initiativ halvveis inn i prosjektperioden.



Bilde 1: Aktivitetstavle 1, fellesareal i Bofellesskapet



Bilde 2: Aktivitetstavle 2, peisestua i hovedbygget

Til tross for at det eksisterer en rekke forskning på implementering av velferdsteknologi, er også denne forskningen preget av samtidskonteksten den skrives i. Følgelig er majoriteten av

tidligere forskning gjort på de teknologiene som har eksistert lengst, herunder trygghetsalarmer og annen sikkerhetsteknologi, og etterhvert også roboter og IKT-løsninger for avstandsoppfølging (Krick *et al.*, 2019; Moser, 2020; Zander *et al.*, 2021). Til tross for at Touch & Play kan betraktes som en form for kommunikasjonsteknologi, da den også muliggjør bedring i mellommenneskelig kommunikasjon gjennom Skype, beskriver utviklerne (Applikator, u.å.a) at aktivitetstavlens hovedformål er rettet mot aktivisering og opprettholdelse av både fysiske og psykiske funksjoner gjennom motorisk og kognitiv trening.

Videre er majoriteten av dagens forskning preget av satsningen på boliggingjøringen av helsetjenestene (Daatland, 2014), og dermed har forskningen på implementeringsprosesser hovedsakelig vært rettet mot hjemmetjenesten. Herunder har implementeringene foregått hos mobile tjenesteytere eller i tjenestemottakernes egne hjem, der dette danner andre rammer og utgangspunkt for implementering enn de som finnes i sykehjemmene. Touch & Play som teknologisk løsning er sammenlignet med de ovenfor nevnte teknologiene relativt ny på markedet (Applikator, u.å.a), og dermed også ny i sykehjemmet. Følgelig kan det argumenteres for at kunnskapen rundt implementering av aktiviseringsteknologier slik som Touch & Play er begrenset. En del av det som gjør Touch & Play til en spennende case er dermed hvordan den skiller seg betraktelig fra annen velferdsteknologi som i dag er blitt mer eller mindre vanlig på de fleste sykehjem. Slik det kommer frem av Obsterfelder, Engseth og Wynn (2007) skaper hver implementeringsprosess ulike samspill mellom de tekniske og sosiale faktorene implementeringen finner sted i. Herunder er studier av implementeringsprosessen for aktiviseringsteknologi slik som Touch & Play svært interessante, da dette vil kunne frembringe ny kunnskap, ikke bare om ansattes erfaringer generelt, men ny kunnskap knyttet til implementering av aktiviseringsteknologi som en ny type teknologi. For best mulig utgangspunkt til å avdekke de ansattes erfaringer, benytter jeg derfor et sosioteknisk brukerperspektiv og læringsprosesser som teoretisk rammeverk for denne oppgaven.

3. Sosioteknisk brukerperspektiv og læringsprosesser

I dette kapittelet redegjør jeg for oppgavens teoretiske rammeverk hentet fra STS- og læringsteori. Fra STS-perspektivet rette jeg meg mot det sosiotekniske perspektivet og videre dimensjonsmodellen av domestisering. Bruk av domestiseringsteori vil bidra til å trekke frem brukerperspektivet på teknologi ved hjelp av analytiske verktøy som illustrerer hvordan bruker og teknologi inngår i sosiotekniske nettverk som utfolder seg gjennom flere dimensjoner. Deretter vil læringsteorien fokuseres rundt ferdigheter og seks dimensjoner i læringsprosesser slik presenteres av Pedersen (2014) og Kvello (2014). Perspektivene hentet fra læringsteori vil jeg benytte som supplement til domestiseringsteorien. Dette da perspektivene bidrar til økt forståelse av hva ferdigheter og læring er, samt hvilke forutsetninger som kreves for å skape bærekraftige læringsprosesser som er sentralt i møtet mellom bruker og teknologi.

3.1 Et sosioteknisk brukerperspektiv bort fra determinisme

I sin bok *digitalisering* beskriver Ask og Søråa (2021) hvordan termen *sosioteknisk* fungerer som paraplybegrep og dekker et sett av tilnærminger benyttet i studier av forholdet mellom teknologi og samfunn. Sandberg (2001) forteller at det sosiotekniske perspektivet fikk feste gjennom boken *The Social Construction of Reality* (1966) skrevet av Berger og Luckmann. Her ble perspektivet utviklet som en motsats til det som kalles for teknologideterminismen. Gjennom det deterministiske perspektivet betraktes teknologien som enten årsaken til, eller løsningen på, våre problemer. Det deterministiske perspektivet dyrker altså en teknologireduksjonistisk tilnærming, der teknologien betraktes som en autonom uavhengig agent, der komplekse fenomener reduseres til enkle spørsmål om design og kvalitet (Smith, 1994). Herunder har blant annet forskere som Pinch og Bijker (1987) benyttet metaforen ”black box” for å illustrere hvordan teknologien ble betraktet som en aktør adskilt fra det sosiale samfunnets påvirkning.

Det er i forlengelsen av dette Ask og Søråa (2021) beskriver hvordan det sosiotekniske perspektivet er nyttig for å tenke kritisk rundt digitaliseringsprosesser. Dette da det sosiotekniske perspektiv betrakter teknologi som mer enn et sett funksjoner, satt til å utføre en jobb eller en tjeneste, adskilt fra sosial påvirkning (Skjølvold, 2015). Det sentrale i dette perspektivet er altså hvordan det betrakter digitaliseringen som en gjensidig endringsprosess mellom teknologi og bruker, der dette åpner forestillingen om at ingenting er gitt, og at resultatet av en hver prosess kunne vært annerledes (Ask, 2011). Ask og Søråa (2021) argumenterer for at det ved studier av digitalisering er lønnsomt å undersøke både design og

brukere, men i denne oppgaven har jeg avgrenset problemstillingen til å kun omhandle brukerne.

Gjennom et brukerperspektiv vil jeg i denne studien tilnærme meg teknologien fra brukernes ståsted. Herunder beskriver Ask og Søråa (2021) at hensikten med ett brukerperspektiv er å gå bort fra forestillingen om brukerne som passive mottakere. Slik Lie og Sørensen (1996) beskriver er brukere av teknologi heller aktive deltagere ved utforming og tilpasning av teknologien. I forlengelsen av dette forteller Ask og Søråa (2021) hvordan brukerperspektivet støtter det sosiotechniske perspektivets kritiske blikk ved å studere den faktiske bruken av ny teknologi. Med utgangspunkt i dette vil jeg benytte domestiseringsteori, da dette er et godt utgangspunkt for å tilnærme seg digitalisering gjennom et brukerperspektiv, da domestiseringsteori fungerer som både perspektiv og analytisk verktøy i studier av teknologibruk (Ask og Søråa, 2021).

3.2 Domestisering: Møtet mellom bruker og ny teknologi

Innenfor feltet teknologi- og vitenskapsstudier (STS) har domestiseringsbegrepet blitt utviklet for å kunne forstå ”temming” av nye teknologier i hverdagslivet, der metaforen tar utgangspunkt i ”temming” av ville dyr (Skjølsvold, 2015). I forlengelse av det sosiotechniske perspektivet, omhandler hovedsakelig domestisering forhandlingsprosessen mellom bruker og teknologi, der teknologien må tilpasses for å dekke brukerens behov, og brukeren må tilpasse egne praksiser og rutiner for å integrere teknologien i sin hverdag (Ask og Søråa, 2021). Til tross for at domestisering kan betraktes som en toveisprosess, hevder likevel Berker (2011) at brukernes domestisering foregår innenfor teknologiens forutsetninger. Altså vil ikke forhandlingene skje uten begrensninger, da forståelse og praksis hos brukeren ikke kan oppstå fullstendig løsrevet fra teknologiens konkrete materielle kontekst. De materielle begrensningene vil altså skape rammene for det mulighetsrommet teknologien befinner seg i, der brukerne kan utvikle bruksmønstre og meningskonstruksjoner innenfor det gitte ”området” (Berker, 2011).

Til tross for teknologiens materielle kontekst forteller Ask og Søråa (2021) likevel hvordan bruk av teknologi tilsynelatende er både mangfoldig og variert. Særlig tydeliggjøres dette i betraktningen av enkeltmenneskers oppfatning av hva som kjennetegner ”rett bruk”. Herunder har også Levold og Spilker (2007) undersøkt hvordan brukermønstre og normering av bruk danner moralske praksiser. De moralske praksisene forteller noe om når, hvor og hvordan

teknologi brukes, der brukerne gjennom evaluering av hva de opplever som rett og galt, justerer egne brukerpraksiser (Levold og Spilker, 2007). Her kan det videre strekkes linjer tilbake til Pinch og Bijker (1987) som i sin bok *The Social Construction of Facts and Artefacts*, beskriver hvordan teknologier er fortolkningsmessig fleksible. Gjennom dette konseptet beskriver Pinch og Bijker (1987) hvordan fortolkning gjøres forskjellig av ulike sosiale grupper. Dermed kan samme teknologi betraktes som løsning hos en gruppe, og samtidig som problem hos en avhengig av hvilken betydning gruppen gir teknologien. Herunder trekker de også frem ikke-brukere som en sosial gruppe det er interessant å studere når det gjelder fortolkning av ny teknologi (Pinch og Bijker, 1987). Ask og Sjøraa (2021) beskriver i forlengelsen av dette hvordan årsaken til ikke-bruk, ikke kan avgrenses til mangel på tilgang eller ferdigheter. Dette da ikke-bruk også kan være uttrykk for motstand, begrunnet skeptisis eller politiske valg. Herunder skisserer Ask og Sjøraa (2021) fire ulike kategorier av ikke-brukere; *motstandere*, *ekskluderte*, *avvisere* og *utviste*. Levold og Spilker (2007) beskriver også hvordan moralske praksiser kan resultere i hvorvidt noen velger å bruke en teknologi eller ikke. Innenfor et brukerperspektiv slik som domestisering, vil det derfor være hensiktsmessig å inkludere ikke-brukere da disse også kan bidra til viktig innsikt i teknologiens design og fortolkninger (Ask og Sjøraa, 2021).

Før jeg beveger meg over på selve domestiseringsanalysen vil jeg kort kommentere på domestiseringsteoriens svakheter slik de presenteres av Ask og Sjøraa (2021). Herunder forteller de at domestiseringsteori kan kritiseres for hvordan den tilsynelatende baserer seg særlig på kvalitative case-studier og at funnene derfor er vanskelig å generalisere. Haddon (2011) har tidligere uttrykt en respons på denne typen kritikk, der han argumenterer for at domestiseringsprosesser, til tross for å være mangfoldige og ulike, likevel følger gjenkjennelige mønstre. Dermed blir det likevel mulig å identifisere mer generelle trekk og trender, ved at man kombinerer case-studier, eller metoder.

3.3 Dimensjonsmodellen som analytisk verktøy

Opprinnelig ble domestiseringsanalysen, slik den ble introdusert av Silverstone *et al.* (1992), inndelt i de fire fasene appropriering, objektivisering, inkorporasjon og konversjon, men da jeg har valgt å se på implementeringen av velferdsteknologi mer som en syklus, vil jeg ikke fokusere på denne mer lineære modellen. Der Silverstone *et al.* (1992) hovedsakelig fokuserte på produksjon av forståelser/meninger og identiteter hos teknologier i husholdningen, har den etterhvert utviklede dimensjonsmodellen flyttet fokuset over til flere former for teknologi, brukt

på flere ulike arenaer (Sørensen 2004; Haddon, 2007; Ask og Søråa, 2016). Ask og Søråa (2021) forklarer hvordan domestiseringsanalyser brukes for å kartlegge faktorene som har bidratt til å forme bruken og fortolkningen av en gitt teknologi. Ved å gjennomføre en domestiseringsanalyse vil jeg dermed få innsikt i brukernes egne oppfatninger og praksiser, og videre de tilpasninger som gjøres når en ny teknologi introduseres og anvendes i en gitt sammenheng. På bakgrunn av det har jeg valgt å legge dimensjonsmodellen til grunn for domestiseringsanalysen i denne oppgaven, da dette analyseverktøyet vil danne et godt utgangspunkt for meg til å kunne avdekke hvordan implementering av ny velferdsteknologi erfarer av ansatte ved sykehjem. Dimensjonsmodellen, slik det kommer frem av Sørensen (2006) beveger seg bort fra å analysere domestisering som en prosess gjennom ulike faser, og fokuserer heller på domestisering gjennom følgende tre dimensjoner; *praktisk bruksmønster*, *symbolsk betydning* og *kognitiv utvikling*. Det er disse dimensjonene som benyttes gjennom denne oppgaven.

- *Praktisk bruksmønster*: Omhandler de brukermønstre og rutiner som brukerne utvikler når en ny teknologi tas i bruk og blir integrert som en del av hverdagen. Denne dimensjonen gjør seg også gjeldende for de regler og rutiner som opparbeides innad i institusjoner for å integrere nye teknologier i sine tjenester. Altså undersøkes her hvilke aktører som bruker den, når og hvor den brukes, hvor lenge/mye/ofte (Ask og Søråa, 2021, s. 65). I denne dimensjonen vil det også være sentralt å ta i betraktning plasseringen av teknologien. Sørensen (2006) beskriver valget av plassering som et strategisk valg under domestiseringen, der det avhenger av i hvilken grad brukeren ønsker å oppmuntre eller avgrense bruk av teknologien, men også hvordan valget kan ha feste i bestemte formål.
- *Symbolsk betydning*: Omhandler hvordan brukere av en teknologi konstruerer og etterhvert tillegger teknologien mening og identitet. Denne dimensjonen viser også de rollene/betydningene teknologien tilsynelatende får hos brukeren, som parallelt utvikler sin egen identitet og selvrepresentasjon knyttet til egen bruk av teknologien. I denne dimensjonen stilles det altså spørsmål rundt hvilke verdier teknologien knyttes til, hvor viktig teknologien er, og hvilke normer som knyttes til bruken (Ask og Søråa, 2021, s. 65).
- *Kognitiv utvikling*: Omhandler brukernes læringsprosesser knyttet til det å forstå teknologien. Kognitiv utvikling vil altså legge fokus på hvordan bruk av ny teknologi stiller krav til brukerne når det gjelder læring, samt det å skulle tilegne seg ny kunnskap og kompetanse om den aktuelle teknologien. I denne dimensjonen undersøkes altså hvilke

kunnskaper som kreves fra teknologien, og hva brukerne gjør for å kunne tilegne seg den nødvendige kunnskapen (Ask og Søråa, 2021, s. 65).

Ask og Søråa (2021) forklarer at dimensjonene ikke kan studeres som gjensidig utelukkende, men tvert i mot hvordan de henger sammen og flyter over i hverandre. Følgelig argumenterer de videre for at en god domestiseringsanalyse evner å identifisere de ulike dimensjonene i et empirisk materiale, men også hvordan de henger sammen. Som en viktig faktor ved å studere domestisering som en syklus, beskriver også Ask og Søråa (2021) hvordan domestisering til tross for å ha et mulig slutt punkt, gjerne må gjentas, justeres eller revurderes. Dette kalles gjerne for re-domestisering, men det er også en mulighet for at endringen i noen tilfeller fører til det som kalles for av-domestisering. I slike tilfeller vil man altså ta beslutningen om å ikke lenger benytte teknologien, gjerne fordi teknologi er ødelagt, at den erstattes av en annen, den går av ”moten”, eller ikke lenger passer i hverdagen (Ask og Søråa, 2021).

3.4 Ferdigheter og seks dimensjoner i læringsprosesser

Ferdigheter eller begrepet *skill* som benyttes på engelsk, har mange og overlappende definisjoner, men kan forstås som det å være dyktig til noe, eller som en oppøvet dyktighet (Pedersen, 2014). Begrepet benyttes altså først og fremst i sammenheng med relativt vanskelige oppgaver som skal utføres, der oppgavene skal ha et formål rettet mot et bestemt resultat. Pedersen (2014) forklarer likevel at hva som betegner en lett og vanskelig oppgave er relativt, og følgelig vanskelig å skille. Dermed retter han fokuset mot at ferdigheter er evnen man har til å produsere noe formålsbestemt, som et resultat av en læringsprosess. Herunder beskriver Kvello (2014) intensitet, feedback, selvregulering, progresjon, motivasjon og selvoppfatning som seks sentrale dimensjoner for gode læringsprosesser. Intensitet i læringsprosesser kan sees i lys av det kjente ordtaket, “øvelse gjør mester”. Altså handler det om hvordan ferdigheter gjerne krever vedlikeholdelse, der repetisjon blir en forutsetning for å tilegne seg nye ferdigheter. Denne mengdetreningen omfatter både hvor ofte og hvor lenge en person øver eller trener på samme ferdighet (Kvello, 2014).

Feedback handler om at vi mennesker gjennom læringsprosesser er avhengige av å justere, finpusse eller endre strategi, der dette krever tilbakemeldinger for å vite hvilken retning prosessen går i. Kvello (2014) skisserer her tre hovedgrupper av feedback; *Den man gir seg selv, den du får av andre*, og *instrumentell feedback*. Videre forklarer Kvello (2014) at feedback også kan tilegnes gjennom sosial sammenligning. Dette er direkte sammenligner mellom to

personer som utfører samme ferdighet, eller inngår i samme læringsprosess. Dersom denne formen for feedback vektlegges i en læringsprosess kan det bidra til å redusere betydningen av egen standard, eller den opplevde verdien av å løse en oppgave eller tilegnelse av kunnskap. Kvello (2014) forklarer også at det kan bidra til å ytterligere redusere egen indre motivasjon i læringsprosessen. Til tross for at sosial sammenligning har en del negative effekter i et læringsmiljø, vil det også kunne medfølge noen positive. Dette kan for eksempel være at personer som inngår i en læringsprosess kan se opp til andre som utfører ferdigheten bedre enn seg selv, og bli inspirert eller motivert til forbedring og videreutvikling. Kvello (2014) trekker frem hvordan vi mennesker generelt er avhengig av at feedbacken vi mottar under læringsprosesser er overveiende positiv og fremmer progresjonsfølelse, for å opprettholde motivasjonen for læring.

Selvregulering er videre nært knyttet til feedback (Kvello, 2014). Dette da selvregulering betegner kontrollen en person har over eget forhold til standardene en selv ønsker å oppnå. Nyttan av feedback forutsetter altså evnen til å regulere seg i forhold til tilbakemeldingen som gis. På den måten kan selvregulering beskrives som justering av egne indre tanker, følelser og atferd på en måte som gjenspeiler egne standarder, mål og verdier. Kort fortalt skisserer Kvello (2014) hvordan selvregulering yter følgende to funksjoner. Det er viktig for tilegnelsen av kompetanse som del av egen selvutvikling, og det er viktig ved bruk av kompetansen. I alt handler selvregulering om mestringsopplevelser, og videre opplevelsen av å ha kontroll over egen læring (Kvello, 2014). Når det gjelder progresjon, beskriver denne dimensjonen hvordan ferdigheter må oppleves overkommelige. Dermed krever dette at utfordringene i læringsprosessen avpasses de kapasitets- og prioriteringsmulighetene personen i prosessen har mulighet til gi innenfor den gitte konteksten (Kvello, 2014). Dersom dette ikke overholdes kan læringsprosessen oppleves overveldende, der dette ofte medfører stress og redusert motivasjon. Progresjon viser altså til viktigheten av at læringsprosessen må foregå i et tempo som oppleves både motiverende og realistisk (Kvello, 2014).

Motivasjon har innvirkning på alle de fire ovennevnte dimensjonene (Kvello, 2014). Hovedsakelig handler motivasjon om driv og vilje, der det videre kan argumenteres for sterke sammenhenger mellom forventninger og utførelse. Kvello (2014) forteller at motivasjon kan være spesifikk eller generell. Spesifikk motivasjon knyttes til hvor motiverte personer er for læring av enkelte ferdigheter, og generell motivasjon handler om tilnærmingen personer vanligvis har i møte med nye læringsprosesser, uavhengig av ferdigheten som skal læres.

Selvoppfatning som siste dimensjon, fungerer som en form for beskrivelse av hvordan man oppfatter seg selv på sentrale områder under en læringsprosess. Altså betegner selvoppfatning en hver tanke, følelse, tro eller viten en person har om seg selv (Kvello, 2014). Videre poengterer Kvello (2014) at de seks dimensjonene ikke kan betraktes som gjensidig utelukkende, men påvirker både hverandre og den fullstendige læringsprosessen.

4. Metode

For å undersøke hvordan ansatte opplever implementeringen av velferdsteknologi ved offentlige sykehjem, har jeg valgt en kvalitativ metodisk tilnærming. Gjennom kapitlet går jeg dermed gjennom forskningsdesign, valg av case, utvalg, databehandling og analyse, etiske utfordringer, og til slutt forskningens kvalitet og metodekritikk.

4.1 Forskningsdesign

I valg av forskningsdesign er det sentralt at jeg som forsker tar i betraktning den tidligere kunnskapen som finnes om tematikken (Tjora, 2020). Som skissert i kapittel 2.5 *Mitt case: Aktiva sykehjem i prosjekt Touch & Play*, kan det argumenteres for at kunnskapen om implementering av velferdsteknologi ved offentlige sykehjem i Norge er svært begrenset. Jeg har derfor valgt en kvalitativ tilnærming da slike metoder er godt egnet for å oppnå dypere forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2009). Jeg tar dermed utgangspunkt i et eksplorerende forskningsdesign, da Fangen (2019) beskriver dette som hensiktsmessig i studier utført på tematikker det finnes lite eller ingen eksisterende forskning på. Oppgaven er åpent innstilt, noe som er fordelaktig for meg i rollen som forsker, da jeg får muligheten til å fritt utforme forskningsspørsmålet innenfor de rammene som avdekkes gjennom datamaterialet. Herunder får jeg også mulighet til å oppnå bedre innsikt og forståelse av tematikken jeg studerer (Fangen, 2019).

Tjora (2020) forteller at det ved valg av metode for selve datainnsamlingen, finnes en rekke ulike kvalitative tilnærminger, f.eks. observasjonsstudier eller ulike former for intervju. Til tross for at observasjonsstudier kunne bidratt til spennende datamaterialet for denne problemstillingen, måtte dette utelukkes da det under tidsperioden for datainnsamling ikke var mulig med fysisk tilstedeværelse, grunnet den pågående Covid-19 pandemien. Dette ble avklart med sykehjemmets virksomhetsleder per mail (28.12.2020), da mine informanter omgås særlig utsatte og sårbare mennesker i sin arbeidshverdag. Dermed ble det en forutsetning at datainnsamlingen kunne foregå digitalt, og derfor ble intervjuer det mest naturlige valget. På bakgrunn av at oppgaven tar utgangspunkt i en eksplorerende tilnærming, anså jeg det mest hensiktsmessig å benytte dybdeintervjuer. Dette da Tjora (2020) argumenterer for at dybdeintervju som metode er svært egnet i studier av organisasjonsendringer, og at slike data kan bidra til innsikt i hvordan informantene skaper mening og forståelse av sin virkelighet, gjennom beskrivelser av erfaringer og opplevelser de har under slike endringer.

4.2 Valg av case-studie

Da jeg gjennom denne oppgaven undersøker hvordan ansatte ved offentlige sykehjem i Norge erfarer implementeringen av ny velferdsteknologi, anså jeg det videre hensiktsmessig å gjøre dette gjennom et case-studie for og ytterligere kunne avgrense oppgaven. Slik det ble skissert i kapittel 2.5 er min case Aktiva sykehjem i prosjekt Touch & Play. Når en forsker skal velge case skisserer Flyvberg (2010) at dette kan gjøres på bakgrunn av åtte ulike strategier; *Tilfeldig utvelgelse*, *tilfeldig stikkprøve*, *stratifisert stikkprøve*, *informasjonsorientert utvelgelse*, *ekstrem/avvikende case*, *maksimal variasjon*, *kritisk case*, eller *pragmatisk case*. Valget av prosjektet Touch & Play var i mitt tilfelle ikke en strategisk utvelgelse, men heller ett case som fanget min interesse. Jeg kan likevel argumentere for at implementeringen av Touch & Play ved Aktiva sykehjem, utgjør en pragmatisk casestudie. Dette da Touch & Play som teknologi skiller seg merkbart fra andre velferdsteknologiske løsninger det er forsket på tidligere (Krik, *et al.*, 2019; Moser, 2020; Zander *et al.*, 2021). Følgelig vil funnene i denne oppgaven kunne benyttes som en prototypisk generalisering, og videre som referansepunkt i fremtidige studier av velferdsteknologi for aktivisering av eldre beboere på sykehjem.

4.3 Rekruttering og utvalg

Tjora (2020) forteller hvordan rekruttering ved kvalitative studier gjerne kan oppleves vanskelig, og at forskeren i de fleste tilfeller kan sitte igjen med følelsen av at det finnes flere erfaringer som ikke blir undersøkt. Herunder beskriver Tjora (2020) at det er viktig at utvalget består av informanter som kan bidra med gode refleksjoner rundt den aktuelle tematikken. Med utgangspunkt i problemstillingen og valg av case var det derfor viktig for meg at informantene ble, eller er berørt av implementeringen av Touch & Play. For å oppnå dette tok jeg i første omgang kontakt med sykehjemmets virksomhetsleder, både for å informere om prosjektet og få bekreftelse at det fantes informanter som ønsket å delta. Dermed er utvalget for denne oppgaven konstruert med utgangspunkt i et tilgjengelighetsutvalg slik det defineres av Tjora (2020).

Med positiv respons på deltagelse fra virksomhetsleder, var neste steg selve rekruttering. På bakgrunn av taushetsplikt overfor egne ansatte, måtte dette foregå via virksomhetsleder, der vi ble enige om at hun skulle informere ansatte om prosjektet og sende ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til de hun mente var aktuelle. I forbindelse med dette gav jeg også et kriterium, der jeg ønsket at minst en av informantene hadde jobbet på Aktiva også under pilotprosjektet dersom det var mulig. Ut over det var jeg glad for alle som ville stille, ettersom både brukere

og ikke-brukere er interessante informasjonskilder i en domestiseringsanalyse. Hvordan prosjektet ble formidlet til informantene har dermed vært utenfor min kontroll, da jeg ikke fikk tilgang til kontaklinformasjon før de hadde meldt seg til å delta. 01.12.2022 mottok jeg videre mail fra virksomhetsleder med en liste på totalt seks ansatte som hadde meldt seg. Det endte likevel med at kun fem av disse tok del i prosjektet, da en trakk seg i forkant av intervjuene. Følgelig ble mitt utvalg for oppgaven bestående av fire ansatte ved Aktiva sykehjem og en ekstern prosjektleder fra kommunen slik det skisseres i Tabell 1: *Utvalg*. Kontakten med de fem har gjennom hele forskningsperioden hovedsakelig foregått via mail og telefon.

Stilling	Kjønn, alder	Beskrivelse (erfaring, arbeidsoppgaver, deltagelse i prosjekt)
Helsefagarbeider 100 % Fast ansatt	Kvinne, 20-årene	Arbeidet på sykehjemmet i 12 år og jobber i dag på bofellesskapet Arbeidsoppgaver som helsefagarbeider er knyttet til ivaretagelse av helhetlig omsorg, ernæring, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid. Deltok i forskningsprosjektet på bofellesskapet.
Sykepleier 75 % Fast ansatt	Kvinne, 40-årene	Arbeidet på sykehjemmet i 15 år og jobber i dag på hovedbygget. Arbeidsoppgaver er knyttet til observasjon og klinisk kompetanse som skal kartlegge brukerens pleiebehov, og videre prioritere og iverksette sykepleietiltak og medisinsk behandling. Deltok i forskningsprosjektet på bofellesskapet.
Avdelings-leder 100 % Fast ansatt	Kvinne, 40-årene	Arbeidet på sykehjemmet i ca. 20 år. Jobber nå som avdelingsleder, men i hovedsak har hennes karriere vært som sykepleier. Arbeidsoppgaver er hovedsakelig knyttet til planlegging og oppfølging av alt fra lønn, turnusløp og ansettelse av nytt helsepersonell, sørge for ukentlig internundervisning enten selv, eller ved å hyre inn eksterne ressurser, avtale opplæring, kursing, samt bidra med sykepleieroppgaver ved behov. Deltok i forskningsprosjektet, men da i rollen som sykepleier.
Aktivitets-koordinator 100% Ansatt på prosjekt	Kvinne, 30-årene	Arbeidet i prosjektstilling for Aktiva i ca. 1 år. Stillingen er en følge av <i>Lev hele Livet</i> reformen. Arbeidsoppgavene er sentrert rundt å etablere rutiner for aktivisering. Var ikke med på implementeringen av Touch & Play men har benyttet denne en del i sitt arbeid med aktivisering.
Prosjektleder 100 % Ansatt på prosjekt	Kvinne, 30-årene	Er ansatt i kommunen, men av hensyn til anonymiseringen går jeg ikke inn på hvilken rolle hun fyller. Har bakgrunn som ergoterapeut og, men gikk 100% inn i nåværende stilling for noen år siden. Jobbet som prosjektleder under implementeringen av Touch & Play i rollen som mellomledd mellom forskningsinstituttet og sykehjemmet.

Tabell 1: *Utvalg*

4.4 Utforming og gjennomføring av dybdeintervjuer

Mitt formål med bruk av dybdeintervjuer var at informantene skulle bidra med refleksjoner knyttet til egne erfaringer gjennom en relativt fri samtale, festet til noen forhåndsbestemte tematikker. I forberedelsene av dybdeintervjuene tok jeg dermed utgangspunkt i Tjoras (2020)

mal for utforming og bruk av intervjuguide. Følgelig ble intervjuguiden (se vedlegg 3) delt inn i tre hoveddeler; *Oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avslutning*.

Tjora (2020) beskriver at forskeren gjennom bruk av oppvarmingsspørsmålene kan gi informantene en ”myk” start på intervjuet. Videre er dette sentralt for å etablere tillit i forholdet mellom informant og intervjuer, samt etablere intervjusettingen som en trygg situasjon (Tjora, 2020). Med utgangspunkt i dette utformet jeg enkle og konkrete spørsmål til denne delen, der svarene ikke krevde refleksjon fra informantenes side. Herunder fokuserte spørsmålene på informantenes yrker og arbeidshverdag. Det ble ikke rettet fokus på typiske demografiske spørsmål som bosted og livssituasjon, da denne typen informasjon ikke er relevant for oppgavens problemstilling. Gjennom spørsmålene i oppvarmingsdelen ønsket jeg altså å danne et godt utgangspunkt for refleksjoner i neste del av intervjuet.

Refleksjonsspørsmålene utgjør selve kjernen i intervjuet. Her forteller Tjora (2020) at spørsmålene som stilles skal legge til rette for at informantene gis mulighet til å gå i dybden på ulike deler av fenomenet det forskes på. Spørsmålene var dermed fokusert rundt informantenes fortellinger og erfaringer med velferdsteknologi, Touch & Play, refleksjoner rundt implementeringen dersom de deltok på denne, og opplæring. Det ble også inkludert to kategorier som omhandlet utvidelsen av pilotprosjektet og koronapandemien. Helt til slutt stilte jeg spørsmål som gikk mer inn på informantenes tanker om faktorer for suksess og videre implementering av velferdsteknologi.

Avslutningsdelen var, utformet med hensikt om å trekke sammen trådene for intervjuet. Likevel var dette også en del der informantene fikk mulighet til å ta opp igjen tråden fra tidligere tematikker dersom de følte noe var usagt. Helt til slutt ble et siste spørsmål rettet mot informantens alder. Bakgrunnen for å ta dette til slutt og ikke som del av oppvarmingsspørsmålene er rett å slett at dette kan fremstå brått i samtale mellom to fremmede. Videre var det også en del av avslutningen, slik også Tjora (2020) presenterer, at jeg som intervjuer gav informantene informasjon om oppgaven videre, takket for deltagelse, og understreket min tilgjengelighet dersom de hadde ytterligere spørsmål.

Ved gjennomføring av kvalitative intervjuer forteller Gripsrud *et al.* (2016) at det er hensiktsmessig å gjennomføre prøveintervjuer. Dette er ment å gi meg som forsker mulighet til å forbedre eller justere intervjuguiden før jeg påbegynner faktisk datainnsamling. Hensikten

med prøveintervjuer er altså å påse at spørsmålene i intervjuguiden vil føre til tilfredsstillende resultater. I forkant av denne studien har jeg ikke hatt anledning til å gjennomføre prøveintervjuer da jeg benytter casestudie for å besvare oppgavens problemstilling. I arbeidet med forbedring av intervjuguide har derfor samtaler med medstudenter og veiledere vært viktig. Herunder har vi diskutert hvorvidt spørsmålene er sannsynlige til å dekke fenomenet det forskes på, for å unngå betydelige mangler i det genererte datamaterialet. I tillegg har jeg gjennom samtale med andre bekjente utenfor academia, diskutert spørsmålenes formuleringer for å sikre at de er tydelige og ikke vil føre til feiltolkning.

I forkant av hvert intervju var det viktig at informantene hadde lest og signert informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 2). Gjennom skjemaene skulle informantene kunne gjøre seg kjent med både forskningens formål og tematikk. Dette var også viktig for at informantene skulle bevisstgjøres egne rettigheter i tilknytning til deltagelse i studien. Herunder hvordan deres bidrag skulle innhentes og anvendes, hvor lenge informasjonen ville bli lagret, hvordan de ville presenteres i dataene, og hvem som ville ha tilgang til opplysningene og informasjonen de delte. Som tidligere nevnt var det ikke mulig å gjennomføre fysiske intervjuer i forbindelse med dette studie. Intervjuene ble derfor avholdt over den digitale plattformen Zoom. I planleggingen av dato og tidspunkt for intervjuene var det viktig å presisere at jeg var fleksibel, og at det var viktigere for meg å ta hensyn til informantenes timeplan. Innenfor en gitt tidsramme sto altså informantene fritt til å velge tidspunkt for sitt intervju, der dette gjorde det lettere for de å delta. Jeg anså denne friheten som ekstra viktig for dette utvalget, da helsepersonell er en yrkesgruppe som ofte har svært travle dager, der lengden på et dybdeintervju allerede kan by på utfordringer for deltagelse.

I arbeidet med å skape en komfortabel og trygg atmosfære for informantene, så vel som å forsikre at ingen informasjon ble oversett, ble det gjort opptak under alle intervjuene. Her benyttet jeg Zooms egen opptaksfunksjon, som både tok opp lyd og bilde fra intervjuet, samt en diktafon som tok et ytterligere opptak av lyden. Bakgrunnen for å benytte Zoom og ikke kun diktafonen, er at det i enkelte tilfeller kan være dårlig lydoverføring fra en høyttaler, og jeg ville sørge for at ingen informasjon gikk tapt på grunn av dårlig lyd kvalitet. Videre ble det også presisert overfor informanten før intervjuet, men også gjennom intervjuet ved behov, at ingen svar er ”feil”. Bakgrunnen for dette er at det i en intervju setting ikke er til å unngå at informanter gjerne ønsker å svare ”riktig” på de spørsmålene som stilles. Tjora (2020) forklarer at dette

gjærne har å gjøre med informantens ønske om å fremstå i ett godt lys over for den som intervjuer.

I alt varte intervjuene fra 30-55 minutter avhengig av hvor utfyllende informantene var i sine besvarelser. Det korteste intervjuet skyldes delvis at dette ble avholdt i informantens lunsj pause, og følgelig hadde en tidsramme på 30 minutter. Dette intervjuet ble en ekstra utfordring for meg, særlig i arbeidet med å etablere en god relasjon og trygg setting for informanten, samtidig som jeg sikret dybdeinformasjonen jeg var ute etter. Intervjuet ble også preget av lokasjonen vedkommende befant seg på. Til forskjell fra de andre informantene som hovedsakelig befant seg på lukkede kontorer eller i egne hjem, var denne informanten i et rom på sykehjemmet hvor det hørtes alarmer og andre varslinger gjennom døren. Da jeg ble informert av vedkommende om lokasjon og tidspress i forkant av intervjuet, tok jeg videre valget om å sende oppvarmingsspørsmålene skiftelig per mail, før intervjuet. Deretter foretok jeg en vurdering med utgangspunkt i datagrunnlaget jeg hadde generert fra tre tidligere intervjuer, om det var noen av spørsmålene jeg kunne ”sløyfe” for å redusere stress under selvet intervjuet. Oppvarmingsdelen i dette intervjuet ble dermed en kort uformell samtale om en travel dag på jobb, før jeg gikk i gang med refleksjonsdelen. Herunder ble spørsmål 1, 4 og 8 i kategorien implementering, og spørsmål 3 under faktorer suksess og veien videre, samt spørsmålet knyttet til koronasituasjonen ikke inkludert i dette intervjuet.

4.5 Behandling av datamateriale, koding og analyse

Opptaksfilene fra de fem intervjuene ble oppbevart og lagret i krypterte mapper på min personlige datamaskin. Alle intervjuene ble transkribert løpende for at jeg som forsker skulle få bedre oversikt over det genererte datamaterialet, samt ha mulighet til å revidere intervjuguiden underveis ved behov. Jeg skrev også intervjusammendrag etter hver fullført transkribering, slik at det i etterarbeidet med analyse skulle være lettere for meg å skille ut essensen i hvert intervju. Etter transkriberingen ble intervjuene samlet og plassert i en egen fil på min lokale PC, og det var denne filen som til slutt utgjorde oppgavens fullstendige datamateriale. Selve transkriberingen er gjort ordrett for å kunne ivareta innholdet på best mulig måte, men i materialet som presenteres i oppgaven har jeg sensurert eventuelle dialekter og skrevet om de muntlige sitatene til skiftelig form. Herunder har jeg fjernet muntlige fyllord som ”ehh”, ”liksom”, ”da”, osv. Bakgrunnen for denne renskrivningen er at hensikten med analysen er å representere informantenes opplevelser, der det muntlige språket vil kunne fungere som støy og gjøre analysearbeidet mindre oversiktlig (Thagaard, 2009). I forlengelsen av dette

beskriver Tjora (2020) at målet med en kvalitativ analyse er å øke kunnskapen om fenomenet for den som leser forskningen, uten at leseren selv behøver å gå gjennom de genererte dataene. Herunder forteller Tjora (2020) at kvalitative analyser krever både intenst tankearbeid, sensitivitet for innholdet i empirien, samt evne til å arbeide systematisk.

I arbeidet med koding og analyse av datamaterialet har jeg benyttet kategorisk koding slik det presenteres av Thagaard (2009). Som analytisk tilnærming gir kategorisk koding gode forutsetninger for å fremstille materialet der enkeltpersoner eller grupper er i fokus, og videre kombinere dette med beskrivelse av gitte tematikker. Thagaard (2009) forteller at forskningens teoretiske perspektiv vil prege analysen da forskeren arbeider frem og tilbake mellom empiri og teori. Herunder vil utvalget i studien utgjøre det Thagaard (2009) beskriver som gruppen. Og videre er dimensjonene av domestisering de gitte tematikkene jeg benytter for å beskrive gruppens erfaringer.

Videre beskriver Thagaard (2009) at det er viktig å identifisere de analytiske enhetene allerede i første fase av analysen, der dette kan være alt fra setninger til avsnitt. Utvelgelsen av hva som blir analytiske enheter, innebærer tolkning da det baseres på hva jeg som forsker anser som viktige aspekter ved datamaterialet. Tjora (2020) beskriver denne formen for koding som empirinær koding, da kodene utformes som *innfødte begreper*. Denne måten å kode på ligger dermed tett opp til deltakernes utsagn, og har i denne studien bidratt til å ivareta det helt spesifikke i datamaterialet. Det er videre vanlig at forskerens tolkninger endres underveis i arbeidet, og dette har også vært tilfelle for meg gjennom denne studien. Dermed er de originale kodekategoriene endret etterhvert som jeg har oppdaget nye mønstre og sammenhenger. Når jeg likevel etablerte de originale kategoriske inndelingene var formålet å utvikle overordnede koder som dekket hele datamaterialet. Deretter ble disse videre sortert inn under modellens dimensjoner. Eksempel på analyseprosessen presenteres under i Tabell 2: *Analyseeksempel*.

Informant	Koding	Intervju	Analyse
Aktivitets-koordinator	<p>Sammenligner med det som har blitt brukt på huset</p> <p>De som bor her har veldig mye kognitiv svikt</p> <p>Det er en mulighet til å få hjelp via en teknikk som er rettet mot målgruppen</p>	<p>Intervjuer: Jeg er jo veldig nysgjerrig på dere i helsevesenet jeg da som for tiden får inn mye ny teknologi som kalles velferdsteknologi. Så jeg lurte på om du som aktivitetskoordinator kunne fortalt litt hva du legger i det?</p> <p>A: Ja, hva legger jeg i det?</p> <p>Jeg sammenligner med det som har blitt brukt her på huset. For her har i fått de herre Paro selen og en sånn terapi-stol.</p> <p>Blant de som er her da så er det veldig mye demens og kognitiv svikt.</p> <p>Så det er en hjelp.. en mulighet til å få hjelp via en teknikk som er rettet mot målgruppen. Så her er det for å roe ned, eller for å få frem vise følelser.</p>	<p>Opplevs som umiddelbart vanskelig å svare på</p> <p>Forståelsen av velferdsteknologi festes til praktiske eksempler av hva som benyttes på huset. (hun trekker frem typiske teknologier som inngår i hennes stillingsbeskrivelse) Symbolisk dimensjon</p> <p>Beboerne på sykehjemmet har i hovedsak demens og kognitiv svikt Målgruppen som skal nyte av ansattes bruk av velferdsteknologi har i hovedsak demens og kognitiv svikt</p> <p>Velferdsteknologi anses som hjelpemidler tilpasset beboernes behov. (Behovene er å roe ned eller fremkalle følelser) Symbolisk dimensjon</p>

Tabell 2: *Analyseeksempel*

4.6 Etske hensyn og utfordringer

I lys av de generelle kravene til etikk som finnes innenfor samfunnsforskning, er det essensielt å foreta vurderinger av metodens etiske utfordringer. Den nasjonale forskningskomité for samfunnsvitenskap og humaniora (NSD) har her formulert kravet knyttet til deltakeres informerte og frie samtykke ved forskningsprosjekter som krever deres aktive deltagelse. I tillegg til kravet om informert og fritt samtykke, har også deltakerne til en hver tid rett til å avbryte sin deltakelse, uten at dette skal føre til negative følger for informant (Tjora, 2020). I arbeidet med å tilfredsstille kravene utformet jeg derfor et samtykkeskjema i tråd med NSD sine retningslinjer. Som tidligere nevnt ble både samtykkeskjemaet og informasjonsskrivet sendt ut via mail til alle informantene i forkant av hvert intervju.

Forskningsetikken for kvalitative dybdeintervjuer er slik det presenteres av Tjora (2020) først og fremst knyttet til kravet om at informantene, under ingen omstendighet, skal kunne komme til skade. Hovedsakelig handler dette om at jeg som forsker må reflektere rundt hvorvidt tematikken for intervjuet vil kunne komme til å skade eller skape ubehag overfor informantene. Dette kan være tilfelle dersom det forskes på særlige sensitive tematikker. Det ble vurdert i forbindelse med dette forskningsprosjektet at tematikken ikke er av sensitiv karakter. Dermed var det ikke et behov at jeg som forsker tok spesielle hensyn til eventuelle ubehagelige situasjoner hverken før, under eller etter intervjuene. Herunder beskriver Tjora (2020) anonymisering som en sentral del av etikken ved behandlingen og fremstilling av datamaterialet. Ved enkelte tilfeller, ved bruk av identitetsindikatorer som ”tag”, kan det likevel være umulig å garantere full anonymitet (Tjora, 2020). I denne studien benytter jeg stillingsbeskrivelser slik det ble skissert i Tabell 1: *Utvalg*. Dermed er det en mulighet for at andre ansatte ved Aktiva kan identifisere personene i utvalget. Jeg har likevel valgt å beholde denne informasjonen da den ikke er av sensitiv karakter, i tillegg til at total anonymisering vil fjerne relevant informasjon fra analysen.

4.7 Forskningens kvalitet og metodekritikk

Ved en hver form for forskning er det viktig å overveie kvaliteten av de genererte dataene og gjennomføringen av forskningen. Tjora (2020) trekker frem *pålitelighet*, *gyldighet* og *generaliserbarhet* som sentrale faktorer i en slik kvalitetsvurdering innenfor kvalitative metoder. Med utgangspunkt i dette vil jeg ta for meg de ulike kriteriene og beskrive hvordan jeg har arbeidet med å sikre kvaliteten i denne studien.

Pålitelighet handler om intern logikk eller sammenheng i forskningsprosjektet (Tjora, 2020). For å styrke påliteligheten har jeg gjennom hele oppgaven gjort rede for hvordan datamaterialet er generert og utviklet, for å vise leserne at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Videre omfatter pålitelighet forskerens posisjon og engasjement i forhold til tematikken som studeres. Idealet er her slik det kommer frem av Tjora (2020) at forskeren er nøytral/objektiv, men også klar over at fullstendig nøytralitet ikke er mulig innenfor den fortolkende tradisjonen i kvalitative studier. Jeg har derfor jobbet med å reflektere rundt motivasjonen for studien, med mål om å skape bevissthet rundt egen posisjon. Herunder er min motivasjon for oppgaven festet i egen erfaring fra helsevesenet, gjennom arbeid på bofelleskap for demente. Helsetjenesten består altså av yrkesgrupper som står meg nær, og pasientgruppen

har jeg selv erfart på godt og vondt. Jeg har likevel ingen erfaring eller kjennskap til arbeid med velferdsteknologi i denne sammenhengen. Slik også Tjora (2020) forteller, behøver ikke mine erfaringer å være en ulempe. Jeg vil heller argumentere for at mine forkunnskaper og det jeg deler med informantene, heller gjør det enklere for meg å forstå deres refleksjoner innenfor sykehjemmet som kontekst. Mine subjektive holdninger og meninger vil derfor ikke ha betydelig innvirkning på forskningen eller problemstillingen som sådan. Generering av datamaterialet for studien er altså ikke påvirket av meg som forsker i betydelig grad, men imidlertid argumenterer jeg for at min forforståelse har spilt en rolle for hvordan jeg har behandlet og forholdt meg til datamaterialet. Til slutt er også påliteligheten i studien styrket gjennom min bruk av en semistrukturert intervjuguide, slik at informantene så langt det lot seg gjøre ble stilt samme spørsmål. For å øke transparens er denne også lagt ved (se vedlegg 3), slik at den kan benyttes eller videreutvikles av fremtidige forskere. I tillegg har også bruken av lydopptak bidratt til å styrke studiens pålitelighet. Herunder har lydopptakene gjort det mulig for meg å benytte direkte sitater i oppgavens analysedel. Tjora (2020) forteller at dette bidrar til å synliggjøre informantenes ”stemmer” overfor leseren, slik at leserne selv kan tolke informantenes utsagn.

Gyldighet er en kvalitetsfaktor som går på logisk sammenheng mellom forskningsprosjektets utforming og de funn som forekommer, og i hvilken grad disse besvarer spørsmålene som ble stilt. Tjora (2020) viser at innenfor den fortolkende tradisjonen eksisterer det ulike former for gyldighet, og at forskningens kvalitative natur kan gjøre dette kvalitetskriteriet til en komplisert affære. Det vil i denne oppgaven være naturlig å etterstrebe en kommunikativ gyldighet da dette er en akademisk oppgave som ikke er gjort på bestilling av eksterne aktører (Tjora, 2020). Følgelig har jeg i arbeidet med å øke gyldigheten jobbet med å sette oppgaven inn i en relevant samfunnskontekst, gjennom tidligere forskning på tematikken. Det må trekkes frem at denne formen for gyldighet har fått kritikk for hvordan den bidrar til å gjøre forskningen konservativ, men Tjora (2020) argumenterer likevel for at dette bidrar til å opprettholde høy kvalitet i forskningen som gjøres, da kunnskap tross alt utvikles i små steg. Til slutt trekker Tjora (2020) frem metodologisk treffsikkerhet som den viktigste kilden til høy grad av gyldighet. Herunder er det sentralt at metoden som benyttes tar utgangspunkt i problemstillingen som undersøkes, slik at jeg som forsker evner å fremskaffe best mulig datagrunnlag og videre resultater for prosjektet. Slik jeg gjorde rede for i kapittel 4.1 *Forskningsdesign*, er valget av kvalitative dybdeintervjuer den beste innfallsvinkelen for å undersøke problemstillingen i denne studien, og kan dermed argumentere for høy grad av gyldighet.

Generaliserbarhet utgjør i de aller fleste tilfeller innenfor samfunnsforskning, et eksplisitt eller implisitt mål hos forskeren. Herunder presenterer Tjora (2020) tre former for generalisering, avhengig av hvilke situasjoner resultatene gjør seg gyldig; *Naturalistisk*, *moderat* og *konseptuell*. Da jeg tar utgangspunkt i case-studie vil ikke funnene i studien være overførbare til andre populasjoner som sådan. Det vil likevel kunne argumenteres for at hensikten med forskningsprosjektet har vært å være åpen om detaljene i forskningsprosessen, der dette er forutsetningen for det Tjora (2020) beskriver som naturalistisk generalisering. Altså blir det opp til hver enkelt leser å vurdere hvorvidt resultatene i denne studien gjør seg gyldige for egen eller annen forskning. Videre er det i henhold til grad av generaliserbarhet viktig å poengtere hvorvidt utvalget for oppgaven bidrar til å styrke eller svekke denne (Tjora, 2020). Dersom jeg sammenligner utvalget for studien med det totale antallet ansatte ved Aktiva (300 personer), er det et relativt lite utvalg. Det kan likevel argumenteres for at god spredning blant yrkesgrupper bidrar til en tilfredsstillende dekningsgrad. Videre består utvalget utelukkende av kvinnelige informanter, noe som svekker potensielle perspektiver fra mannlige helsepersonell. Særlig da det forskes på implementeringen av velferdsteknologi, der menn i større grad enn kvinner har hatt tradisjon for å etterfølge teknologitunge tjenester. Til tross for mangelen på mannlige informanter, kan det argumenteres for at grad av generaliserbarhet ikke svekkes betydelig, da kvinnelig helsepersonell utgjør hele 83% av andelen sysselsatte i helse- og sosialtjenester (SSB, 2022). Til slutt vil jeg trekke frem at aldersspredningen blant informantene ikke dekker de eldste ansatte i alderen 50-67, og kun består av såkalte ”brukere” av Touch & Play. Dermed er heller ikke funnene i denne studien representativ for denne aldersgruppen eller de erfaringene som følger i rollen som ikke-bruker under en implementeringsfase. I alt kan det altså bemerkes noen potensielle faktorer som kunne bidratt til å styrke generaliserbarheten, men som heller ikke bidrar til å svekke denne betraktelig.

5. En ny arbeidshverdag: Sykehjemmet som forhandlingsrom

I dette første analysekapittelet undersøker jeg hvordan den digitale aktivitetstavlen Touch & Play blir implementert på Aktiva sykehjem. Med utgangspunkt i den praktiske dimensjonen for domestisering, slik den skisseres av Ask og Søråa (2021) vil jeg se nærmere på hvordan forhandlingene om bruk av ny velferdsteknologi fungerer i praksis under implementeringsfasen. De påfølgende kapitlene benyttes dermed til å illustrere de to implementeringsprosessene. Først undersøker introduksjonen av prosjekt Touch & Play som utgjør videre kontekst for ansattes utvikling av brukerpraksiser og ansvar knyttet til Aktivitetstavle 1 i bofellesskapet. Til slutt vil jeg ta for meg implementeringen av Aktivitetstavle 2 i hovedbyggets peisestue der denne implementeringen forekommer utenfor prosjektets rammer.

5.1 Prosjekt Touch & Play

Implementeringen av Aktivitetstavle 1, er slik det ble skissert i kapittel 2.5 *Mitt case: Aktiva sykehjem i prosjekt Touch & Play*, et forsknings-initiert prosjekt. Prosjektet hadde som formål å undersøke hvorvidt bruken av Touch & Play førte til økt aktivitet og gode opplevelser for beboerne. Får å få en oversikt over hvordan implementeringen har foregått var det sentralt at jeg henvendte meg til Prosjektlederen, da hun ledet prosjektet fra start til slutt. I første omgang fortalte hun at det i forkant av prosjektet var viktig å skaffe deltagere som ønsket å delta. Dermed ble det sendt ut informasjon gjennom et samtykkeskjema slik at de ansatte som ønsket å delta fikk mulighet. Gjennom mailkorrespondanse med Prosjektlederen 18.02.2022, etter fullført datainnsamling fikk jeg tilsendt samtykkeskjemaet for å få bedre oversikt over informasjonen de ansatte ble gitt i forkant;

Touch & Play er et nytt verktøy for å skape økt aktivitet og gode opplevelser hos beboere på sykehjem. Touch & Play er en stor interaktiv berøringsskjerm hvor beboerne kan spille spill, gjøre treningsøvelser, høre sang og musikk, se film, ha konkurranser, lese aviser, se TV og lignende. Man kan både ta på og kaste gjenstander på skjermen (...) 10 beboere blir spesielt fulgt opp og er med i forskningsprosjektet. Hva aktiviteten skal bestå av velger beboerne selv, eventuelt sammen med pårørende og ansatte. Beboere vil få hjelp av ansatte – eller om ønskelig pårørende - til å bruke skjermen (...) All deltakelse i prosjektet er frivillig.

Utdraget fra samtykkeskjemaet viser her at Touch & Play har vært en frivillig endringsprosess. Det har vært vanskelig for informantene å si noe om hvor mange ansatte som endte med å delta,

men etter nærmere samtale med Avdelingslederen under ett besøk på sykehjemmet 22.02.2022, estimerte hun at det gjaldt ca. 15 av totalt 300 ansatte. I et domestiseringsperspektiv vil det i møte med ny teknologi kreves fra den menneskelige aktøren at det foretas et valg om å være en bruker eller ikke-bruker. Herunder forteller både Pinch og Bijker (1987) og Ask og Søråa (2021) at ikke-brukere er viktig å anerkjenne da de kan bidra til viktig innsikt i fortolkningen av teknologien. I prosjekt Touch & Play utgjør gruppen av ikke-brukere hele 285 av 300 ansatte. Her forteller Ask og Søråa (2021) at ikke-bruk kan være et uttrykk for motstand eller begrunnet skepsis.

Da denne oppgavens utvalg kun består av brukere, er det videre vanskelig å kunne si for sikkert hva som ligger bak valget om å være en ikke-bruker. Med utgangspunkt i at informasjonen om deltagelse i prosjektet kun ble sendt til de ansatte per mail, vil jeg likevel bemerke at dette valget ikke nødvendigvis er festet i det som tidligere forskning beskriver som teknologisk motstand eller manglende endringskultur (Nilsen, *et al.*, 2016; Hiland, Rørvik og Hansen, 2020). I dette tilfellet vil det like gjerne kunne være et resultat av at informasjonen om prosjektet ikke nådde frem i tide. I forlengelsen av dette forklarer også Prosjektlederen at: ”Når man jobber på gulvet skulle jeg til å si, med joggeskoa på, så er ikke jobbmailen der du sitter å leser lange dokumenter med informasjon stort sett”. Dermed kan det altså virke som at det fra prosjektets og administrasjonens side ikke er gjort tilstrekkelig arbeid for å sikre det Clark og Goodwin (2010) beskriver som momentum, da det er valgt en informasjonskanal de ansatte ikke er aktive på.

Blant de 15 ansatte som gikk inn i rollen som brukere tilhørte majoriteten bofellesskapet. Dette var også avdelingen der de fleste beboerne i prosjektet holdt til. Slik det ble beskrevet i kapittel 2.5 *Mitt case: Aktiva sykehjem i prosjekt Touch & Play*, ligger bofellesskapet adskilt fra sykehjemmets hovedbygg. Videre forteller Prosjektlederen at; ”Jeg husker jo de deltagerne som var med, de var jo alle fysisk kjempespreke egentlig. Det er jo derfor de bor på et sånn type bofellesskap”. I et prosjekt som hadde til formål å undersøke hvorvidt bruken av Touch & Play kunne føre til økt aktivitet, var altså dette et veldig egnet utvalg å forske på. Slik det også ble beskrevet av Moser og Thygesen (2014) illustrerer dette hvordan implementeringen av Touch & Play plasseres i en gitt kontekst med nøye utvalgte deltagere som passer prosjektets formål. Dermed er heller ikke utvalget for prosjektet representativt for sykehjemsbeboere som sådan, tatt i betraktning beskrivelsen av dagens og fremtidens sykehjemsbeboere slik det kom frem av Telenius *et al.* (2019), Gjøsra *et al.* (2020) og Helsedirektoratet (2021).

Videre fikk både pårørende og deltagerne blant de ansatte mulighet til å delta på en demovisning av Touch & Play. Hensikten var at de ansatte skulle få mulighet til å se aktivitetstavlens grensesnitt i bruk. I forlengelsen av dette forteller Prosjektlederen at de som ikke hadde mulighet til å delta, mistet denne informasjonen, men at de alltid hadde mulighet til å kontakte henne dersom de hadde spørsmål. Herunder mister altså enkelte av de ansatte som deltagere i prosjektet sentral informasjon om bruk av Touch & Play. Dette kan by på videre utfordringer da informasjon er helt sentral for å etablere en felles forståelse blant de ansatte, knyttet til teknologiens formål og dermed også bruk (Stokke, Hellesø og Sogstad, 2019).

Utover informasjonsskrivet og utflukten på demovisning fikk ikke altså de ansatte mer informasjon, da hoveddeltagerne i prosjektet var beboere og pårørende. Tilsammen utgjør denne informasjonen utgangspunktet for det Kvello (2014) omtaler som spesifikk motivasjon. Herunder blir dette det som skaper grunnlaget for de ansattes forventninger til gjennomføring av prosjektet og selvregulering knyttet til bruk av Touch & Play, som vil ha innvirkning på den videre læringsprosessen som helhet. Videre var det sentralt at en ansatt meldte seg som ”superbruker” i forkant av prosjektet. Herunder ble denne rollen besatt av en kvinnelig sykepleier. Enkelt forklart er ”superbruker” en person som trer inn i en større ansvarsrolle overfor den nye teknologien. ”Superbrukeren” blir dermed den blant de ansatte som lærer seg alt om Touch & Play, med hensikt om å kunne fungere som ”support” etter implementeringen. Det kommer frem blant informantene at bakgrunnen for å opprette minst én person i denne rollen er at det ved sykehjem ofte er slik at majoriteten av personalet er rullerende, som et resultat av små prosentstillinger, vikariater og lærlinger.

5.2 Utvikling av brukerpraksis og ansvarsfordeling

Kort oppsummert er altså prosjekt Touch & Play en frivillig endringsprosess, der de videre forhandlingene og endringene som finner sted hovedsakelig omhandler 15 ansatte og 10 beboere ved sykehjemmets bofellesskap. Det neste steget i prosjektet var selve implementeringen av aktivitetstavlen, der dette startet med spørsmålet om plassering. Sørensen (2006) beskriver hvordan valg av plassering er et strategisk valg under domestiseringen. I dette tilfellet er formålet med Touch & Play å undersøke hvorvidt bruk fører til økt aktivitet og glede hos beboerne i prosjektet. Dermed ble det et naturlig valg å gjøre aktivitetstavlen tilgjengelig for utvalget. Da majoriteten av deltagerne tilhørte bofellesskapet, ble derfor Aktivitetstavle 1 plassert i deres fellesareal. Som teknologisk innretning er Touch & Play designet med en skjermstørrelse på hele 90 tommer (Applikator, u.å.a). Ved å plassere Aktivitetstavle 1 i

fellesarealet ble den tilgjengelig for alle deltagerne til en hver tid. På denne måten bidro plasseringen ku til å oppmuntre deltagernes bruk, ettersom den ble svært synlig i rommet som utgjør byggets felles kjøkken og stue.

Til tross for at Touch & Play ble plassert på bofellesskapet var det likevel mulig for avdelingene på hovedbygget å låne den dersom de ønsket. Dette krevde dog en forhåndsavtale om lån, og var videre noe de ansatte opplevde som en svært tungvinn affære slik Helsefagarbeideren beskriver det her;

Det som er med Aktiva er at vi har sånn, vi kaller det hus, der de fleste husene er knyttet sammen, men så har vi det bofellesskapet. Så da måtte vi liksom igjennom, eller ut, også inn i et nytt hus. Så da måtte vi trille den over en asfaltert sti, og å trille den store skjermen på asfalt og ut dører og inn dører. Det går, men det er litt tungvint. - Helsefagarbeideren

Blant de tre ansatte som var med på prosjektet, herunder Helsefagarbeideren, Avdelingslederen og Sykepleieren, er alle enige om at denne forflytningen av Touch & Play opplevdes svært tungvinn. Da det i et domestiseringsperspektiv vil kreve at de ansatte må tilpasse sine praksiser og rutiner for å integrere teknologien i sin hverdag (Ask og Søraa, 2021), viste dette seg vanskelig for alle som ikke holdt til på bofellesskapet. Dermed resulterte valg av plassering til at all bruk av Touch & Play under prosjektperioden, hovedsakelig fant sted i bofellesskapet, adskilt fra resten av sykehjemmet. På denne måten bidrar også plasseringen av Touch & Play til å tydeliggjøre skille mellom brukere og ikke-brukere, da de nå befinner seg i separate lokaler. Herunder forsvinner også muligheten til sosial sammenligning slik det beskrives av Kvello (2014). Til tross for at sosial sammenligning kan ha negative konsekvenser, vil det i tilfellet med Touch & Play også kunne skape inspirasjon eller motivasjon for læring og bruk, ved at ikke-brukerne kan se til andre ansatte som engasjerer seg i aktivitetstavlen.

Når det videre kommer til selve bruken av Touch & Play, formidler Prosjektlederen at det var svært variert hvor ofte hver enkelt ansatt benyttet aktivitetstavlen. Innenfor prosjektets rammer over ett år, forteller Prosjektlederen at noen ansatte brukte den så lite som to ganger, mens andre brukte den veldig mye. Med dette som utgangspunkt fremstår det for meg som at det ikke var noen direkte plikt knyttet til bruk, selv for deltagerne i prosjektet. Det ble altså ikke utviklet noen faste rutiner, men bruken etablerte seg heller basert på logikken om at den som vil bruke den, kan bruke den, når det passer. Denne praksisen tegner et videre bilde av

læringsdimensjonen for intensitet slik den beskrives av Kvello (2014). Dette kan gi et frampek på at læringsprosessen blant de ansatte som går parallelt med implementeringen, ikke vektlegger mengdetrening hos hver enkelt ansatt, men at fokuset heller er rettet mot den totale bruken av Touch & Play. I tråd med informasjonen som ble gitt gjennom informasjonsskrivet, ble de ansatte videre tildelt rollen som ”veiledere” under beboernes bruk av Touch & Play. Hvilke aktiviteter som ble gjennomført var i så måte opp til beboerne selv, men Sykepleieren forklarer også at;

Siden vi var med i prosjektet ble det fokusert på å bruke hele tavlen. Vi prøvde i hvert fall å ha litt av alle deler. Litt aktivitet, også var det noen av de spillene som krevde hoderegning. Så vi gjorde vel litt av alt tror jeg, når vi først satte i gang. - Sykepleieren

Til tross for at formålet var at beboerne selv skulle velge aktivitet, kommer det frem at prosjektet også spiller en rolle for hvordan aktivitetstavlen skulle brukes. Da det var et ønske fra prosjektets side å ta i bruk alle fasilitetene ved Touch & Play, kan dette gi indikasjoner på at bruken av aktivitetstavlen også er vilkårlig og ikke blir underlagt noen form for rutine.

I forlengelsen av de ansattes rolle som ”veiledere” skulle de også fungere som ”logg-førere”. Her forklarer Prosjektlederen at datamaterialet for forskningsprosjektet var delvis basert på de ansattes loggføring av aktivitetsøkter de hadde med beboerne. Herunder skulle de notere ned dato, tidspunkt, lengde på økten, hvorvidt aktiviseringen var underholdningsbasert eller inneholdt fysisk aktivitet, antallet deltagere i økten, og videre hvor godt eller dårlig deltagerne likte aktiviteten. Her forteller også Prosjektlederen at hun ofte måtte inn å mase for at de ansatte skulle huske å loggføre, og at dette kanskje skapte mer forpliktelse rundt bruk. I et domestiseringsperspektiv kan det argumenteres for at praksisene rundt aktivisering av beboerne, blir mer resultatorientert under prosjektperioden, da de ansatte må inngå i kontinuerlige refleksjoner av eget arbeid. Slik også Moser og Thygesen (2014) beskrev i sin studie av kols-kofferten, følger gjerne prosjekterte implementeringer en logikk som fordrer evaluering og dokumentering av effekter i en gitt kontekst. Det er videre interessant hvordan loggføringen også skiller mellom underholdningsbasert aktivitet og fysisk aktivitet, da dette kan bidra til å forme de ansattes fortolkninger av hva som er rett og gal bruk av Touch & Play, avhengig av hvilken aktivitetstype som gir best resultat.

Da Touch & Play er en internetbasert teknologi (Applikator, u.å.a) ble det også lagt opp til at de ansatte skulle komme med innspill til hvilke innhold beboerne ønsket, eller hadde interesse av. Dette kunne også være beboernes egne personlige bilder eller videoer. Herunder ble de ansatte tildelt en ytterligere rolle som ”mellomledd” mellom beboer og Prosjektleder. I denne rollen skulle de formidle ønsker om nytt innhold til Prosjektlederen, som hadde ansvar for å tilføre dette gjennom Touch & Plays baksystem. Rollen som ”mellomledd” beskrives blant de ansatte som svært positiv, da de her opplever å ha mulighet til medvirkning under implementeringen;

*De som var med fikk lov til å være med å bestemme hva som skulle legges inn, og hva vi hadde behov for. Hva som var best for en dement avdeling. Jeg hadde ikke hovedansvaret for Touch & Play, men fikk opplæring i å bruke det som allerede var lagt inn, men fikk ikke ordentlig opplæring i å legge til flere ting.
- Helsefagarbeideren*

Slik det kommer frem av Helsefagarbeideren fikk altså de ansatte i rollen som ”mellomledd” mulighet til å tilpasse Touch & Play til beboerne på bofellesskapet, og dermed blir også aktiviseringen i større grad personsentrert sammenlignet med tidligere. Videre forklarer Helsefagarbeideren at hun fikk opplæring i å bruk innholdet som fulgte med Touch & Play, men ut over muligheten for å melde i fra, var selve oppdateringen av innholdet avhengig av Prosjektlederen. Her illustreres igjen et eksempel på hvordan implementeringen fjernes fra den reelle konteksten Touch & Play ville fungere i (Andreassen, Kjekshus og Tjora , 2015) . Dette da deler av bruken av Touch & Play knyttes til Prosjektlederen som ekstern aktør, noe som kan medføre utfordringer etter prosjektet, da hun ikke vil være til stede å fylle denne rollen. I forlengelsen av dette forteller Prosjektlederen at hun lærte bort denne ferdigheten til den kvinnelige sykepleieren i rollen som ”superbruker”, med hensikt om at hun skulle videreføre kunnskapen i etterkant av prosjektet. Ved overføring av sine kunnskaper til ”superbrukeren” kan dette leses som et sentralt grep for å sikre et mer langsiktig mål om integrering (Rostad og Stokke, 2021).

Når det gjelder bruken av Aktivitetstavle 1 i dag, fikk jeg gjennom intervjuet med Helsefagarbeideren, som stadig arbeider på bofellesskapet, vite at: ”Den har ikke blitt brukt på noen måneder, fordi den ikke har internet. Da må vi spørre lederen vår om å få fikset den, og det har vi ikke gjort enda”. Sett i lys av domestiseringsperspektivet kan det altså se ut til at Aktivitetstavle 1 har blitt gjenstand for det Ask og Søråa (2021) betegner som av-domestisering.

Herunder betyr det at brukerne av Aktivitetstavle 1 også er gått over i rollen som utviste ikke-brukere. Tatt i betraktning at den har stått ubrukt i flere måneder, kan dette gi et frampek på hvilke verdier de ansatte har tillagt bruken av Touch & Play i etterkant av prosjektperioden. Med utgangspunkt i at Helsefagarbeideren også beskriver hvordan de er avhengig av hjelp fra lederen sin for videre bruk av Touch & Play, gir dette indikasjoner på at de ansatte ikke har den kunnskapen som behøves for å håndtere problemet selv.

5.3 Nye forhandlinger i nytt miljø: Ønske om overført suksess

Halvveis inn i det pågående forskningsprosjektet ble det vedtatt at Aktiva skulle gå til innkjøp av en Aktivitetstavle 2. Bakgrunnen for innkjøpet blir beskrevet av Avdelingslederen, der hun i sitt intervju forteller; ”Det var jo et veldig godt tilskudd. Vi fikk jo en skjerm etter prosjektet som står på bofellesskapet, også hadde vi så god erfaring med den at vi kjøpte en til”. Gjennom denne beskrivelsen belyser altså Avdelingslederen at det er en opplevd suksess knyttet til implementering og bruk av Aktivitetstavle 1 som ligger til grunn for at Aktiva kjøper Aktivitetstavle 2. Suksess blir også konklusjonen i forskningsprosjektet etterhvert som dette ferdigstilles, der det konkluderes med at bruk av Touch & Play fører til økt aktivitet og glede blant beboere på sykehjem.

Med utgangspunkt i suksess, hadde Aktiva som mål å gjøre Touch & Play lettere tilgjengelig for beboere og ansatte på hovedbygget, slik at også de kunne få glede av denne velferdsteknologien. Forhandlingene som finner sted knyttet til plassering av Aktivitetstavle 2 går dermed ut på hvor Touch & Play kan plasseres for å være mest tilgjengelig for ansatte og beboere i hovedbygget. Valget falt på rommet de kaller for peisestua, der dette fungerer som hovedbyggets fellesareal og knytter alle avdelingene sammen. Rommet i seg selv blir benyttet til fellesarrangementer, og som turområde for beboere som går inne. Ut over det er ikke peisestua et oppholdsrom på samme måte som fellesarealet i bofellesskapet. På den måten blir heller ikke Touch & Play umiddelbart tilgjengelig for brukerne her, da det krever at beboerne kommer seg ut fra avdelingen, eller at ansatte går og henter aktivitetstavlen. Med forestillingen om at det ville være lettere å frakte Touch & Play når de ansatte slapp å trille den utendørs, ble aktivitetstavlen likevel plassert i peisestua, da den skulle være enkel å bringe inn på avdelingene ved ønske om bruk.

Til tross for denne forestillingen har ikke dette blitt realiteten. Herunder forteller Avdelingslederen; ”Når vi skal bruke den må vi ta med pasienten til peisestua. Ellers er det jo

hjul på den så vi kan jo også trille den med, men det er litt med det at den er ganske stor". På samme måte som for Aktivitetstavle 1 oppleves altså forflytning av Touch & Play som en tungvinn affære. For å kunne ta i bruk Touch & Play, utvikler heller de ansatte en praksis knyttet til forflytning av beboerne. I forhandlingene mellom personalet og Touch & Play bidrar altså aktivitetstavlens fysiske fremtoning til å endre de ansattes praksiser knyttet til aktivisering. Dermed vil aktivisering med Touch & Play foregå i peisestua, heller enn på de enkelte avdelingene slik rutinen var før. Når det gjelder videre bruk av Touch & Play forteller Avdelingslederen følgende; "I dag brukes den mest til musikk, og den står der mer enn at det blir ordentlig aktivitet". Sammenlignet med aktiviseringen som foregikk på bofellesskapet under prosjektperioden, er altså bruken av Aktivitetstavle 2 mer passiv, der den heller resulterer i det de ansatte betrakter som "ordentlig aktivitet". Med utgangspunkt i dette gir Avdelingslederen ett inntrykk av at de ansatte i dag ikke nødvendigvis opplever bruken av Touch & Play som like suksessfull som tidligere. Dermed kan forsøket på en overføring av suksess illustrere et eksempel på det Ask (2011) presenterer når hun åpner forestillingen om at resultatet av en domestisering aldri er gitt.

Utenfor prosjektets rammer er det viktig å ta i betraktning at bruken av Touch & Play er fritt frem for alle ansatte. Det er likevel ikke gitt noen tegn til at det er fler ansatte enn de 15 deltagerne i prosjektet som bruker aktivitetstavlen i dag. Merk her at dette er 15, minus eventuelle ansatte som har sluttet siden Touch & Play ble implementert i 2016. Som en forlengelse av brukerpraksisene etablert rundt Aktivitetstavle 1, forteller Avdelingslederen at; "Det er vel kanskje sånn at enten bruker man den, eller ikke tror jeg". Her gir Avdelingslederen en pekepinn på at det ikke er gjort noen videre formell opplæring blant de ansatte rundt Aktivitetstavle 2, og heller ikke stilt noen videre krav til bruk. Brukerpraksisene knyttet til valgfrihet, er altså overført fra prosjektperioden. Tatt i betraktning at de ansatte på hovedbygget var adskilt fra implementeringen av Aktivitetstavle 1, kan det argumenteres for at det uten videre informasjon og overtalelse fra ledernivå, er vanskelig å etablere forståelse og motivasjon blant ikke-deltagerne knyttet til bruk av Touch & Play, da det ser ut til at dette skal foregå på eget initiativ.

5.4 Oppsummering: En forhandlingsprosess

I dette første analysekapittelet har jeg undersøkt hvordan de ansatte ved Aktiva forhandler om bruk av Touch & Play gjennom to implementeringsprosesser. Et sentralt funn i dette kapittelet er hvordan de ulike kontekstene rundt implementeringene, bidrar til å påvirke de ansattes

mulighet for forhandling. Aktivitetstavle 1 som ble implementert gjennom et forskningsprosjekt, fratok ansatte nærmest alle forhandlingsmuligheter, da prosjektet fulgte med klare formål for bruk og resultater. Herunder ble de ansatte tildelt rollen som ”veileder”, ”mellomledd” og ”logg-fører”. For Aktivitetstavle 2 står de ansatte frie i sine forhandlinger, men møter likevel på utfordringer knyttet til de nye omgivelsene Touch & Play skal implementeres i. Herunder hovedbygget som lokale og manglende ansatte i rollen som brukere. I alt er brukerpraksisene som utvikles gjennom begge implementeringene, kjennetegnet av å være uforpliktende og vilkårlige, da det ikke er gitt noen tegn til rutinemessig bruk.

6. Meningsutvikling gjennom holdninger og bruk av velferdsteknologi

Når jeg nå har presentert hvordan de ansatte har forhandlet om bruk av Touch & Play, vil jeg gjennom oppgavens andre analysekapittel undersøke hvilke meninger de ansatte tillegger Touch & Play gjennom holdninger og bruk. For å undersøke dette tar jeg utgangspunkt i den symbolske dimensjonen for domestisering (Ask og Søråa, 2021). Dette er et nyttig verktøy for å kunne identifisere teknologiens betydning/rolle og videre hvilke meninger og identiteter som konstrueres hos brukerne i forbindelse med deres bruk av teknologien. For å utvikle best mulig svar på dette vil jeg gjennom første kapittel presentere de ansattes generelle holdninger til bruk av velferdsteknologi før de påfølgende tre kapitlene viser ulike betydninger/roller de ansatte ved Aktiva har konstruert rundt Touch & Play.

6.1 Ansattes holdninger til bruk av velferdsteknologi

Gjennom spørsmålet; ”Hva forbinder du som helsepersonell med velferdsteknologi?” ønsket jeg å dykke ned i informantenes egne tanker og erfaringer med begrepet. Hensikten var dermed å kunne avdekke de ansattes generelle holdninger til bruk av velferdsteknologi. Bakgrunnen for å undersøke dette er festet i Levold og Spilker (2007) sin beskrivelse av hvordan domestisering utspiller seg gjennom individers praktiske bruksmønstre og fortolkning, der dette utgjør det de kaller moralske praksiser. Altså vil dette vise hvilke tanker de ansatte har, knyttet til når, hvor og hvordan Touch & Play skal benyttes, og videre deres evalueringer av hvorvidt dette er rett eller galt. I lys av det som formidles blant informantene har jeg følgelig skilt ut to sentrale holdninger og syn på bruk av velferdsteknologi i sykehjem.

Den første holdningen bygger på en forståelse av at velferdsteknologiens formål er rettet mot beboerne. I tilfellet for de ansatte ved Aktiva skal velferdsteknologien bidra til bedret livskvalitet for beboerne, der Aktivitetskoordinatoren forteller;

Blant beboerne som er her, er det mange med demens og veldig mye kognitiv svikt. Så det er vel en hjelp. At man kan gjøre noe for å berolige, roe ned, få ned stress å skape et velbehag. Det er muligheten til å få hjelp via en teknikk rettet mot målgruppen. - Aktivitetskoordinatoren

Her knytter Aktivitetskoordinatoren den moralske praksisen rundt bruken av velferdsteknologi til at bruken skal ha formål, funksjon og nytteverdi overfor beboerne. Da dette er en gjennomgående oppfatning blant alle informantene, kan det tyde på at denne holdningen utgjør et helt essensielt aspekt for helsepersonellens ønsker om å ta i bruk velferdsteknologiske

løsninger. Dette kan også gjenkjennes fra tidligere forskning, som presenterer pasientens behov som sentrale i helsepersonellens vurderinger knyttet til bruken av velferdsteknologi i sin tjeneste (Wærness 1999; Vadø, 2007; Nakrem og Kiran, 2019). Det er videre et sentralt poeng hvordan Aktivitetskoordinatoren knytter velferdsteknologiens funksjon til beboernes diagnose. Altså blir velferdsteknologiens funksjon og formål veid opp mot hvilket behov den kan dekke hos beboerne, som i dette tilfelle er personer med demens og kognitiv svikt. Det er altså ikke beboere generelt, men de helt spesifikke beboerne Aktiva har til en hver tid som skal tjene på de ansattes bruk av velferdsteknologi. Her er det viktig å ta i betraktning at beboere på sykehjem er i sin siste fase av livet, følgelig er dette en rullerende gruppe som gjennomgår utskiftning hver gang noen dør (Telenius, *et al.*, 2017).

Den andre holdningen som illustreres kjennetegnes ved at bruk av velferdsteknologi også skal resultere i et bedre tjenestetilbud og kvalitet i de ansattes arbeid. Til tross for at bruken av velferdsteknologi hovedsakelig knyttes til hvorvidt teknologien evner å dekke et behov hos beboerne, er det en felles forståelse blant informantene at velferdsteknologi skal være til nytte for ansatte. En slik nytte illustreres av Helsefagarbeideren gjennom følgende eksempel knyttet til digital overvåkning;

Hvis brukerne ringer på alarm, så kan personalet se på kamera og se om det er et nødstilfelle. Også ser de, nei, alt er i orden, også kan de prate med brukeren uten at de trenger å forlate en annen. Det, i tillegg til at man slipper å gå inn i rommet å forstyrre om man ikke må. - Helsefagarbeideren

Slik Helsefagarbeideren viser her, knyttes den generelle bruken av velferdsteknologi til hvorvidt teknologien bidrar til økt kvalitet i de ansattes tjenestetilbud ved å gjøre det lettere for de ansatte å gjøre en bedre jobb. Det er stadig beboerne som står i sentrum, men velferdsteknologi oppleves altså å være et godt tillegg i en ellers travel hverdag. Herunder knytter de ansatte overveielsen rundt bruk av velferdsteknologi til den mer ressursbesparende verdien teknologien er ment å ha for helsepersonellet.

Med utgangspunkt i deres rolle som helsepersonell kan det i lys av den symbolske dimensjonen (Ask og Sjøraa, 2021) argumenteres for at de ansatte knytter betydningen av velferdsteknologi til egen identitet, da det handler om å sette beboernes behov først, og videre yte best mulig tjenester der bruken av velferdsteknologi også knyttes til kvalitet i tjenestetilbud. Det er altså disse to aspektene som danner grunnlaget for hvordan de ansatte konstruerer mening og

identitet rundt bruken av Touch & Play, samt hvilke rolle/betydning bruken tildeles. Herunder vil de påfølgende tre kapitlene skissere tre ulike betydninger de ansatte har konstruert rundt aktivitetstavnene, der den første er Touch & Play som et bedre aktivitetstilbud.

6.2 Et bedre aktivitetstilbud

Helsepersonellet var i tiden før Touch & Play også opptatt av å drive aktivisering av beboerne, men opplevde i enkelte tilfeller at mulighetene for brukertilpasset aktivisering var begrenset. Da Touch & Play er en teknologisk løsning tilkoblet internett (Applikator, u.å.a), blir dette en sentral faktor når de ansatte overveier hvorvidt bruken av aktivitetstavnene oppleves lønnsom eller ikke. Her forteller blant annet Helsefagarbeideren at hun er glad de nå slipper å følge slavisk det som går på TV-kanalene, men heller kan søke i NRK-TV og YouTube, og videre etter musikk og bilder som er mer tilrettelagt for beboerne. I forlengelsen av dette forteller Sykepleieren om verdien bruken av Touch & Play også har overfor de ansatte;

Jeg tenker at den var et bidrag. Demensomsorgen handler jo mye om vår deltagelse i miljø-aktivitetene vi holder på med, og det tok jo mye av oss. Så det ble et stort bidrag, eller en stor hjelp, med at vi hadde litt å lene oss på.

- Sykepleieren

Miljø slik Sykepleieren beskriver, brukes i denne konteksten synonymt med aktivisering, og er slik det beskrives av Helse- og Omsorgsdepartementet (2020) det beste behandlingsalternativet for demens i dag. Verdien for bruken av Touch & Play knyttes dermed spesielt til de ansattes mulighet for tilpasning av aktiviseringsinnholdet de benytter med beboerne. Her kan det kastes ett blikk tilbake på praksisene de ansatte utviklet i tilknytning til sin rolle som ”mellomledd” under prosjektet, der de i større grad skulle identifisere hvilke behov og ønsker beboerne hadde. I lys av domestiseringsperspektivet kan det altså tenkes at de ansattes fortolkning av Touch & Play er nært tilknyttet deres bruk.

Til tross for at Aktivitetskoordinatoren ikke var med i prosjektet, deler også hun verdien om personsentrert tjenestetilbud med de andre ansatte. Herunder illustrer hun et eksempel på hvordan Touch & Play kan benyttes for å dekke ulike behov hos beboere på ulike avdelinger;

Jeg kan bruke den ulikt avhengig av hvilken avdeling jeg er på. Noen avdelinger vil ha mer sånn, ja hva var det de ville se? GT-Sarah ville de se på, for de ville ha noe å le av. Så her plukker beboerne opp det som blir sagt, mens på andre

avdelinger er det mer i forhold til dette med minner. Hva har de sett på før og hva er de oppvokst med, for å dekke et litt annet behov. - Aktivitetskoordinatoren

Med utgangspunkt i den varierte bruken av Touch & Play som fant sted under prosjektperioden fikk de ansatte oppleve hvordan aktivitetstavlen bidro til å utvide deres aktivitetstilbud overfor beboerne, og i forlengelsen av det bidro til mer varierte arbeidshverdager. Sett i lys av de moralske praksisene for bruk av velferdsteknologi som ble skissert i forrige kapittel, blir Touch & Play tildelt en rolle som knytter aktivitetstavlene til de positive effektene bruken har for beboerne og de ansatte. Herunder er den største betydningen rundt bruken knyttet til muligheten for økt brukertilpasset aktivisering og avlastning av helsepersonell. Slik det også er vist gjennom tidligere forskning, er beviset på nytte avgjørende for suksess ved implementering av ny velferdsteknologi (Lau *et al.*, 2015).

6.3 En digital tidstyv

Etter å ha arbeidet på Aktiva i drøyt ett år, forteller Aktivitetskoordinatoren hvordan hun opplever at de ansatte kanskje har glemt at Touch & Play eksisterer i dag. Herunder beskriver hun hvordan egen rolle som rundt Touch & Play, har vært å påminne de ansatte om at den finnes, og videre vise hva man kan gjøre med den og hvordan de ansatte kan bruke den som aktivitet. Da Aktivitetstavle 1 ikke virker er denne ute av bildet, så vi snakker altså om Aktivitetstavle 2 plassert i peisestua på hovedbygget. Slik det ble beskrevet i kapittel 5.3 *Nye forhandlinger i nytt miljø: Ønske om overført suksess*, er ikke Aktivitetstavle 2 i umiddelbar tilgang for verken de ansatte eller beboerne. Til tross for at alle informantene gir uttrykk for at Touch & Play tilbyr gode muligheter for et bedret tjenestetilbud, viser de likevel tendenser til at bruken av aktivitetstavlen tar mye tid;

Litt av utfordringen er vel tid, for det kreves liksom litt mer enn fem minutter for å gå på den skjermen, når du skal sette i gang og rigge pasienten til og gjøre aktiviteten. Også skal man samle flere, også må man ha tid til å få alle med. Så det føler jeg kanskje er den største utfordringen. - Avdelingsleder

I forlengelsen av dette utsagnet forklarer også Avdelingslederen at personalet på Aktiva, uavhengig om de er assistenter, hjelpepleiere eller sykepleiere, har veldig mange oppgaver som skal gjennomføres og som må ivaretas i løpet av en dag: ”De skal ta i mot rapporter, servere mat, stelle, dusje, følge på toalettet, gå med søpla, rydde kjøkkenet, kanskje følge på toalettet igjen, og når det først er en stille stund, så skal de dra i gang en aktivitet”. Utfordringene knyttet

til tid blir et resultat av at Touch & Play, til tross for å være et avlastende verktøy, stadig er avhengig av de ansattes tilstedeværelse, planlegging og håndtering av aktiviseringen for å fungere. I lys av kritikken presentert av Nygaard (2002), tegner altså de ansattes beskrivelse et bilde av deres mangel på resurser tilknyttet bruk av Touch & Play.

Herunder kommer det også frem at forestillingen om Touch & Play som tidstyv også festes til dens digitale natur, slik Avdelingslederen beskriver; ”Den er jo bra, men noen ganger får man ikke opp, eller det er jo teknologi og apper og ingen internettforbindelse. Også kommer det noe tull, også kommer man ikke inn på det man skal. Litt sånne ting”. Lignende opplevelser kommer også frem hos Sykepleieren som forteller at; ”Det er alltid et eller annet med disse tinga, sånn teknologi (...) Det var liksom ikke noe eget menneske til å spørre heller, hvis det var noe”. Slik det kommer frem av Avdelingslederen og Sykepleieren, har de ansatte gjennom bruk av Touch & Play erfart at den krever mer tid enn hva de har til rådighet i en ellers travel hverdag. I forlengelsen av mangel på tid, og videre tekniske utfordringer, vil jeg dermed argumentere for at Touch & Play ikke nødvendigvis er glemt, slik Aktivitetskoordinatoren påpekte, men heller et resultat av prioritering mellom ulike arbeidsoppgaver. Med utgangspunkt i at de ansatte overveier sin bruk av velferdsteknologi på bakgrunn av moralske praksiser (Levold og Spilker, 2007) knyttet til hvordan de selv skal oppleve avlastning og at bruken skal resultere i et bedre tjenestetilbud, kan det argumenteres for at Touch & Play ikke lenger oppnår dette kravet.

6.4 Et meningsløst tiltak

I forlengelsen av de ansattes egne fortolkninger av Touch & Play, har også Prosjektlederen illustrert noen eksempler gjennom sitt intervju. Herunder ønsker jeg å trekke frem et av disse, der hun forteller om et møte med en annen ansatt ved sykehjemmet under prosjektperioden;

*Jeg tok med meg en fra en annen avdeling for å delta på en fellessesjon, og da var kommentaren: ”Jeg skjønner ikke hvorfor de skal være med på det her, de får jo ikke noe ut av dette likevel”. Da tenker jeg at vedkommende ikke har satt seg inn i dette, eller forstått hvordan man bruker det og hvorfor vi prøver dette.
- Prosjektlederen*

Tatt i betraktning at ansatte kun fikk informasjon om Touch & Play gjennom et samtykkeskjema, dersom de valgte å ikke delta i prosjektet, opplever jeg ikke denne responsen som særlig overraskende. Dette da det tilsynelatende kreves praktisk erfaring med teknologien, samt tilpasset verbal instruksjon og informasjon, for at de ansatte skal utvikle en mer nyansert

oppfatning av Touch & Plays verdi (Grut *et al.*, 2013). Da dette var en forestilling som eksisterte blant en av ikke-brukerne parallelt med brukernes forestilling om Touch & Play som et bedre aktivitetstilbud, blir dermed aktivitetstavlen gjenstand for det Pinch og Bijker (1987) betegner som fortolkningsmessig fleksibilitet. På denne måten illustreres også hvordan brukerne og ikke-brukerne kan betraktes som to separate ”sosiale grupper”, der det som fremstår nyttig og avlastende for noen, virker meningsløst og unødvendig hos andre. Videre utgjør også dette et godt eksempel på at ansatte gjennom rollen som ”aktive brukere” vil kunne endre sin oppfatning av teknologien, da holdninger kan endres over tid, både til det positive og det negative (Lie og Sørensen, 1996; Nakrem og Sigurjónsson, 2018). Som eksempel på dette er også dagens bruk av Aktivitetstavle 2 blitt grobunn for holdningsendringer blant de ansatte. Tilknyttet praksisen om å frakte beboerne ut i peisestua for aktivisering, kommer det frem en utvist tvil knyttet til hvilken verdi de ansatte opplever at Touch & Play har i dag; ”Det er jo personer med demens, så å skulle ta de med ut fra avdelingen skaper veldig forvirring. Først være ute i peisestua og så tilbake til avdelingen. Det kan skape uro”. Avdelingslederen som er stemmen bak dette utsagnet, illustrerer her hvordan dagens beboere ved sykehjemmets hovedbygg utfordrer de ansattes etablerte brukerpraksiser og videre deres fortolkning av Touch & Play. I lys av den symbolske dimensjonen for domestisering, illustrerer dette igjen et eksempel på hvordan de ansattes fortolkning er tett knyttet til deres bruk. Da det mest avgjørende for bruk av velferdsteknologiske løsninger generelt ble knyttet til hvordan beboerne skulle nytte av dette, utløser denne erfaringen det Wærness (1999) beskriver som omsorgsrasjonalitet blant helsepersonellet. Til tross for at ingen av informantene gir direkte uttrykk for hvorvidt bruken av Touch & Play betraktes som viktig i deres arbeid med aktivisering og miljø, er det her nærliggende å tro at den ikke har en avgjørende rolle for dette arbeidet, da den kan gå på bekostning av formålet bruken er ment å tjene. Nemlig å skape ro, velbehag og redusere stress hos beboerne.

6.5 Oppsummering: Hvilke meninger tillegger ansatte ny velferdsteknologi?

Gjennom dette analysekapittelet har jeg undersøkt hvilke meninger ansatte tillegger ny velferdsteknologi. Herunder har det vist seg at de ansattes generelle holdninger til bruk av velferdsteknologi fungerer som moralske praksiser, og dermed sentrale evalueringsaspekter for de ansattes videre konstruerte betydning knyttet til bruken av Touch & Play. Deretter ble det avdekket hvordan de ansattes fortolkninger endres i takt med eksisterende brukerpraksiser og beboerne som skal nytte av denne bruken. Da beboerne ved sykehjem er rullerende, vil derfor også den opplevde nytteverdien av Touch & Play variere.

7. Læring og kognitive prosesser med ny velferdsteknologi

I dette tredje analysekapittelet undersøker jeg hva som kjennetegner de ansattes læringsprosess under implementering av ny velferdsteknologi. Dermed vil jeg gjennom dette kapittelet ta utgangspunkt i den kognitive dimisjonen av domestisering slik den skisseres av Ask og Søråa (2021). Herunder vil jeg se på hvilke kunnskapskrav som kreves fra teknologiens side, og hvilke læringsprosesser som er utviklet for at de ansatte skal tilegne seg den nødvendige kompetansen. I den første delen av kapitelet vil jeg undersøkte hva som kjennetegnet de ansattes læringsprosesser rundt Aktivitetstavle 1 under prosjektperioden. Dermed ser undersøger jeg videre hvordan den opparbeidede kunnskapen ble satt på prøve etter prosjektslutt, og hva som kjennetegner de ansattes læringsprosesser i dag. Til sutt vil jeg kort presentere et kapittel om ”superbrukerens” rolle i overgangen mellom prosjekt og hverdag illustrere hvordan ansatte underlegges prioriteringer i sin arbeidshverdag.

7.1 Enkel opplæring på 1,2,3..

Ettersom hovedansvaret for opplæring av ansatte tilknyttet bruken av Touch & Play lå hos Prosjektlederen, er det sentralt å først vende blikket mot henne for å få innsikt i hvordan opplæringen ble organisert. Fra Prosjektlederen fikk vi i kapittel 5.1: *Prosjekt Touch & Play*, vite at informasjonen som ble gitt til de ansatte i forkant kom gjennom et samtykkeskjema vedrørende deltagelse i forskningsprosjektet. I forlengelsen av dette forklarer hun at selve opplæringen og bruken av Touch & Play startet nærmest umiddelbart etter signert samtykkeskjema. Herunder forklarer hun opplæringen slik;

Opplæringen var jo bare sånn, 1. Skru på skjerm, også kommer du jo rett inn i hovedmenyen der du, 2. Velger type aktivitet. Også var det på en måte opplæringen. Vi lagde også dette skriftlig, så det hang på en plansje ved siden av. Ellers var det ikke noe en-til-en opplæring. - Prosjektlederen

Slik organiseringen av den formelle opplæringen av ansatte illustreres av Prosjektlederen her fremstår denne som svært overfladisk og lite personsentrert da det kun ble gjennomført fellesopplæring. Kvello (2014) beskriver gjennom de seks dimensjonene for læringsprosesser hvordan tilegnelse av nye ferdigheter må oppleves overkommelige. Dersom dette ikke overholdes kan læringsprosessen oppleves overveldende, der dette gjerne medfører stress og redusert motivasjon. Altså må læringsprosessen foregå i et tempo som oppleves både motiverende og realistisk for personen som skal tilegne seg en ny ferdighet (Kvello, 2014).

Optimalt ville dermed den formelle opplæringen rundt Touch & Play vært mer individfokuset, og avpasset til hver enkelt ansattes kapasitets- og prioriteringsmuligheter. I forlengelsen av dette forteller sykepleieren hvordan enkelte grupper blant de ansatte som følge av minimal opplæring, ikke føler seg trygge i sin bruk av Touch & Play;

Ikke alle er så komfortabel med å bruke tavla som andre. Så det er også noen som ikke brukte den ikke i det hele tatt. Du må jo kanskje gjøre opplæring av litt mere voksne, 50-60åringer, på en annen måte enn de som tar ting veldig fort. Du skal jo gjøre det flere ganger for å bli trygg på det. Så du lar kanskje heller være da, og bruker det ikke så mye. - Sykepleieren

Da det ikke er noen 50-60 åringer i denne oppgavens utvalg, kan jeg ikke bekrefte hvorvidt denne påstanden er representativ for denne gruppen eller ikke. Det som likevel fremstår som interessant er hvordan Sykepleieren beskriver at ansatte lar være å bruke Touch & Play dersom de ikke føler seg trygge på bruken. Til tross for at hun retter påstanden mot en spesifikk aldersgruppe, kan mangelen på intensitet i læringsprosesser gjøre seg gjeldende for flere. Dette da intensitet slik det beskrives av Kvello (2014) er en dimensjon i læringsprosesser, som ved fravær kan skape utfordringer både for tilegnelse og vedlikeholdelse av nye ferdigheter. I forlengelsen av denne uttalelsen kan vi se til forskere som Hilland, Rørvik og Hansen (2020) og Nilsen *et al.*, (2016) der de har forsket på endringskultur og teknologisk motstand hos helsepersonell. Slik det kommer frem av Sykepleieren har den raske opplæringen blitt til en form for teknologisk motstand basert på frykten for å ikke mestre bruken av Touch & Play. Det kommer ikke tydelig frem hva som har vært bakgrunnen for den korte opplæringen, men tidligere forskning har pekt på at dette gjerne skyldes ressursmangler, og at fokuset under prosjektering gjerne er rettet mot dokumentering og evaluering av den enkelte teknologien (Moser og Thygesen, 2014).

Det kan videre stilles spørsmål ved hvorfor de ansatte selv ikke har tatt ansvar for å få den opplæringen de behøver for å føle seg trygge i bruken av Touch & Play. I lys av domestiseringsperspektivet forklarer Ask og Søråa (2021) at brukerne av teknologi, gjennom forhandlinger med andre mennesker og teknologien selv, vil skape sine egne praksiser som krever ulike former for kunnskap. Slik det ble skissert gjennom kapittel 5.2 *Utvikling av brukerpraksis og ansvarsfordeling*, var de ansattes muligheter for forhandling om bruk begrenset av deres tildelte roller som ”veiledere”, ”mellomledd” og ”logg-førere”. Med utgangspunkt i dette kan det dermed argumenteres for at de ansatte, under prosjektet

opparbeidet seg nødvendig kunnskap for å fylle sine tildelte roller. Herunder ble deres kunnskaper å skru på og finne aktivitet, gi beskjed til Prosjektlederen om de ønsket nytt innhold, og loggføring av øktene de gjennomførte. Som følge av de ansattes opplevde suksess ved implementeringen av Aktivitetstavle 1, der også dette var konklusjonen i forskningsprosjektet, er det nærliggende å tro at de ansatte var gjenstand for overveiende positiv feedback knyttet til sin bruk av Touch & Play. Da feedback er utgangspunktet for selvregulering under læringsprosesser (Kvillo, 2014), har trolig ikke de ansatte heller opplevd et behov for å tilegne seg ytterligere kompetanse. Dette da de føler på mestring og at deres bruk av Touch & Play har nytteverdi overfor både dem selv og beboerne. Altså opprettholder de ansatte sin spesifikke motivasjon innenfor denne konteksten, men når prosjektet tar slutt blir realiteten en annen der kunnskapen settes på prøve.

7.2 Kunnskap på prøve

Til tross for at de ansatte kommer ut av prosjektet med opplevd suksess opplever de i møte med hverdagen at opplæringen ikke er tilstrekkelig for optimal bruk. Særlig knytter de ansatte dette opp mot hvordan de ikke fikk muligheten til å opparbeide seg ferdigheten for tilføring av nytt innhold på Touch & Play. Herunder opplever de at dette begrenser deres muligheter til å gjennomføre tilpassede aktiviteter slik de hadde sett for seg. I forlengelsen av dette uttrykker Sykepleieren i sitt intervju;

Hadde den virket optimalt som vi trodde, med at vi kunne styre det vi la inn, så hadde det nok blitt mer målrettet. For vi kjenner godt de som bor her og vet deres preferanser og historier. (...) Det var jo snakk om at beboerne kunne ha private bilder som kunne komme opp i stort, og det ble ikke noe av. Så ja, den var ikke så brukervennlig. Når jeg vet det jeg vet i dag, hvis jeg skulle pratet med de igjen, ville jeg ønske at vi kunne få styre hva som ble lagt inn, og det som ble vist på skjermen. - Sykepleieren

Slik det beskrives av Sykepleieren her, bekrefter hun deres bruk under prosjektet hindret de i å forstå det fullstendige kunnskapskravet som lå til grunn for videre optimal bruk av Touch & Play. I lys av den kognitive dimensjonen for domestisering (Ask og Søraa, 2021), opplever altså de ansatte ved Aktiva at kunnskapskravet for bruk av Touch & Play er endret etter prosjektperioden. Som følge av mangelen på kunnskap sitter altså Sykepleieren igjen med en følelse av at Touch & Play ikke holder mål eller oppfyller hennes forventninger, i tillegg til å være lite brukervennlig. Da det under prosjektet ikke ble gitt noen eksplisitt kunnskap knyttet til videreutvikling av Touch & Play som aktiviseringsstilbud, gir dette indikasjoner på at

prosjektet ikke har tatt videre hensyn til at beboerne som skal aktiviseres vil byttes ut, der de ansatte må ta hensyn til andre behov og interesser. Dette kan sees i lys av tidligere forskning som har avdekket hvordan ansatte ved sykehjem under prosjektering av ny velferdsteknologi lærer mye, men at læring utenfor hverdagens kontekst reduserer videre mulighet for kontinuitet i bruk etter endt prosjekt, da læringen ikke nødvendigvis er i tråd med langsiktig mål om integrering (Moser og Thygesen, 2014; Frennert, 2020; Rostad og Stokke 2021).

Gjennom intervjuene med informantene kommer det frem at den formelle opplæringen heller ikke er gjenopptatt etter prosjektslutt. Med ønske om å opprettholde bruken av Touch & Play har de ansatte som var deltagere i prosjektet utviklet egenopplæring i form av en prøve/feile strategi i forsøket på å dele kunnskaper. Egenopplæringen er her myntet på muntlige erfaringsoverføringer mellom ansatte som går sammen på vakt. På den ene siden er det fint at personalet deler erfaringer med hverandre for å utvikle sin kompetanse og kunnskap om bruk av Touch & Play, men slik Aktivitetskoordinator beskriver her, har dette også sine utfordringer;

*Det kan for eksempel være to ansatte, der en kan si at de hadde en kjempefin aktivitet som beboeren fikk stor glede av. Også prøver den andre dette en annen gang, også er ikke dagsformen til beboeren der, og man får ikke samme resultat.
- Aktivitetskoordinator*

I lys av aktivitetskoordinatorens utsagn, kan det videre trekkes en tråd til Kvello (2014) sine seks dimensjoner i læringsprosesser, og hvordan dagens opplæring er basert på basert på feedback. Herunder er det feedback som mottas fra andre og feedback personalet gir til seg selv, som er sentrale for deres videre selvregulering og opplevelse av mestring. I tillegg gir denne formen for læring grobunn for det Kvello (2014) betegner som sosial sammenligning. I dette tilfellet bidrar ikke sosial sammenligning til noe positivt dersom ansatte selv aldri opplever suksess, hvilket er fullstendig avhengig av beboernes dagsform. Dersom ansatte stilles ovenfor opplevelsen av gjentatte fiaskoer vil også deres tilhørende mestringsfølelse reduseres, der dette bidrar til å ytterligere svekke den indre motivasjonen for videre opplæring og bruk av Touch & Play.

Da de ansatte etter endt prosjekt i stor grad er overlatt til seg selv når det gjelder opplæring, der det heller ikke stilles noen krav til bruk fra administrasjonens side, har dette resultert i et dalende engasjement slik det beskrives av Sykepleieren;

Engasjementet var jo egentlig ganske høyt til å begynne med, men etterhvert siden det var vanskelig å legge inn ting og ingen egentlig fikk opplæring så har det jo endt med at ingen kan den. Så det er synd. Jeg er egentlig litt usikker på hvordan bruken er nå. Men ja, det hele resulterer jo bare i at vi generelt bruker den mindre. - Sykepleieren

I lys av den kognitive dimensjonen for domestisering (Ask og Søraa, 2021), er de ansattes praksiser for kunnskapsutvikling ikke tilstrekkelige for at de skal oppleve progresjon og mestring i læringsprosessen. Dermed faller også motivasjonen som følge av manglende positiv feedback noe vi mennesker er avhengig av for å bli videre inspirert til å fortsette læringsprosesser (Kvelling, 2014). Det hele resulterer i, slik sykepleieren beskriver det, at bruken av Touch & Play er redusert, der de ansatte ikke lenger vet hvem som har kunnskaper om aktivitetstavlen eller ikke.

Avdelingslederen som i dag fyller en administrativ rolle ved Aktiva har i tilknytning til tanken om mangel på opplæring rundt Touch & Play, forklart at noe av grunnen også skyldes hvordan Touch & Play ”glemmes” litt bort;

Jeg kunne kanskje vært flinkere til å vise, lære opp, eller sette personalet inn i den. Det kan nok hende. At man kunne brukt den enda mer tror jeg. Men den blir kanskje litt glemt. Man skal liksom ha opplæring i smittevernet, dokumentasjonssystemet, alle pasientene, praktisk stell. Ja, så glemmer man litt den kanskje. - Avdelingsleder

Slik Avdelingslederen beskriver her, ligger altså noe av grunnen til at opplæringen av Touch & Play ikke er kommet noe videre siden prosjektet, at de ansatte står overfor en rekke andre opplæringsprosesser som nyansatte på sykehjem. Slik det også beskrives her, gir dette en videre indikator på at bruken av Touch & Play ikke nødvendigvis betraktes som særlig viktig, da den til sammenligning med andre opplæringer blir glemt. På denne måten ser vi hvordan tilgjengelig teknologi ikke kan betraktes som synonymt med integrert teknologi slik Rønningen (2021) beskriver. Dette da de ansatte på bakgrunn av travle arbeidshverdager ikke evner å gjøre Touch & Play til en sømløs del av arbeidshverdagen. I lys av de ansattes beskrivelser av Touch & Play slik det ble skissert i kapittel 6.3 *En digital tidstyv*, kan det også her stilles spørsmål ved hvorvidt Touch & Play faktisk blir glemt, eller om den forsvinner i et hav av andre arbeidsoppgaver. Det er videre interessant å se hvor det ble av den kvinnelige sykepleieren som gikk inn i rollen som ”superbrukeren” med formål om å fungere som ”support” etter endt prosjekt.

7.3 Superbruker i tidsklemme

Slik det ble skissert i kapittel 5.2 *Utvikling av brukerpraksis og ansvarsfordeling*, forklarte Prosjektlederen at hun gav ekstra opplæring til en kvinnelig sykepleier i rollen som ”superbruker”, med hensikt om at hun skulle videreføre den nødvendige kunnskapen for optimal bruk også etter prosjektet. Det kommer blant de ansatte at de er klar over at en ansatt fikk ekstra opplæring, men det er videre uklart hvorvidt hun faktisk jobber på sykehjemmet fremdeles da det ikke virker som de ansatte er helt klar over hvem dette faktisk var. Da det i kapittelet ovenfor kommer tydelig frem at denne kunnskapsoverføringen ikke har funnet sted, er det videre interessant å se på hva som er årsaken til dette. Gjennom intervjuet med prosjektlederen kommer hun med en bemerkning til hvordan dette i etterkant kan betraktes som en utopisk forestilling, tatt i betraktning alt arbeidet en sykepleier er ment å utføre ved et sykehjem;

Ofte har jo sykepleierne veldig mange sykepleierfaglige oppgaver som kun sykepleier kan, og skal gjøre. Så da er det ofte lite tid til andre ting. Så at liksom sykepleierne særlig skulle sette av tid til å gjøre en aktivitet med en eller flere av gangen, det var jo litt utopi egentlig. Også var det vel en sykepleier egentlig som var superbruker, så det var vel sikkert litt dumt. - Prosjektleder

Som digital teknologi, krever Touch & Play, at de ansatte evner å tilpasse aktivitetene til et digitalt format. Altså må helsepersonellet tilegne seg kunnskaper og erfaringer om planlegging av digitale aktiviteter, og videre hvilket innhold som er passende for gjennomføringen av disse. I tillegg forutsetter selve gjennomføringen at de ansatte har kunnskap om Touch & Plays brukergrensesnitt. Dette tilsier kunnskaper om hvordan aktivitetstavlen slås på, innlogging, håndtering av eventuelle tekniske problemer og ikke minst at de evner å navigere seg frem til ønsket innhold. For optimal bruk og mulighet for personsentrert aktivisering skal de ansatte også kunne tilføre nytt innhold på Touch & Play. Herunder personlige bilder og innhold fra de enkelte beboerne, slik at dette kan brukes for å skape samtaler. Sammenlignet med den formelle opplæringen de ansatte mottok under implementeringen er altså kunnskapene de opparbeider seg svært overfladiske.

Tatt i betraktning at det var 285 ikke-brukere og at også de 14 andre deltagerne (her ekskludert ”superbrukeren”) ikke mottok tilstrekkelig opplæring, kan det argumenteres for at den kvinnelige sykepleieren ble satt opp i mot en nærmest umulig oppgave. Herunder må det videre bemerkes at personalet på sykehjem inngår i konstant utskiftning, dermed blir det også en

utopisk forestilling å tenke at opplæringen noen gang skal bli tilstrekkelig da det er en kontinuerlig strøm av nye ansatte. Altså kan det argumenteres for at læringsprosessen etter prosjektslutt preges av mangelen på ressurser, da kun en person er satt til å løse denne oppgaven. Da superbrukeren ikke er en del av studiens utvalg, er det ikke mulig for meg å fastslå med sikkerhet hva som har ført til hennes fravær, men i lys av Slik Prosjektlederens utsagn, er det nærliggende å tenke at en rekke andre sykepleierfaglige oppgaver har stått i veien. I lys av tidligere forskning kan den fraværende ”superbrukeren” illustrere et videre eksempel på omsorgsrasjonalitet (Wærness, 1999) og det Vabø (2007) betegner som ”den tause motstand”. Dette er dog ikke et resultat av å faktisk være i mot selve bruken av Touch & Play, men heller et resultat av å være underlagt tidspress og evalueringer av hvilke oppgaver som er vittigst, der videreopplæring av Touch & Play faller igjennom.

7.4 Oppsummering: Ansattes læringsprosesser ved implementering av ny velferdsteknologi

Gjennom dette analysekapittelet har jeg sett nærmere på hva som kjennetegner ansattes læringsprosess under implementering av ny velferdsteknologi. Herunder har det avdekket hvordan læringsprosessen under prosjekteringen av Aktivitetstavle 1 kjennetegnes av å være avgrenset til den konteksten prosjektet er satt i. Dermed blir også opplæringen kun sentrert rundt den nødvendige kunnskapen de ansatte behøver for å kunne fylle sine tildelte roller. Videre ble det avdekket at dagens opplæring rundt Touch & Play kjennetegnes av å ikke være tilstrekkelig for at ansatte skal oppleve progresjon og mestring, der dette videre svekker deres motivasjon for bruk. Det da læringsprosessen i stor grad preges av mangelen på ressurser, som fører til at aktivitetsteknologier slik som Touch & Play ”glemmes” eller nedprioriteres overfor andre helsefaglige oppgaver og opplæringer.

8. Helhetlig tilbakeblikk: Ansattes erfaringer med implementering av ny velferdsteknologi

Så langt har jeg i denne oppgaven studert implementeringen av Touch & Play ved Aktiva sykehjem gjennom de tre dimensjonene av domestisering; *praktisk*, *symbolsk* og *kognitiv* (Ask og Søråa, 2021). Ved å undersøke hver av dimensjonene separat, har jeg kunnet benytte funnene så langt til å besvare oppgavens tre underproblemstillinger. Herunder har jeg i kapittel 5 sett på hvordan de ansatte forhandler om bruk av ny velferdsteknologi. Her kom det frem hvordan de ulike kontekstene rundt implementeringene, bidro til å påvirke de ansattes mulighet for forhandling, der de i forskningsprosjektet ble tildelt rollen som ”veileder”, ”mellomledd” og ”logg-fører”, der brukerpraksisene var uforpliktende og vilkårlige. Det ble også kjent hvordan de ansattes måtte inngå i nye forhandlinger i deres forsøk på å overføre suksessen fra bofellesskapet til hovedbygget.

I kapittel 6 undersøkte jeg hvilke meninger ansatte tillegger ny velferdsteknologi, der det kom frem hvordan de ansattes generelle holdninger til bruk av velferdsteknologi fungerte som sentrale evalueringaspekter for deres meningskonstruksjon rundt Touch & Play. Det ble også et sentralt poeng at disse meningene ble endret i takt med eksisterende brukerpraksiser og beboerne som befinner seg på sykehjemmet til en hver tid. Til slutt har jeg i kapittel 7 skissert hva som kjennetegner de ansattes læringsprosesser under implementeringsfasen. Der det kom frem at læringsprosessene var avgrenset til de ansattes roller under prosjektet. Herunder utgjør læringsprosessene rundt Touch & Play i dag, egenopplæring gjennom prøve/feile strategi som minker motivasjon grunnet nedprioritering eller ”glemming” av Touch & Play som aktiviseringsteknologi.

Ask og Søråa (2021) forteller hvordan en god domestiseringsanalyse evner å identifisere de ulike dimensjonene av domestisering, og videre illustrere hvordan disse har gjensidig påvirkning på hverandre. Dermed vil jeg gjennom dette kapittelet betrakte domestiseringen av Touch & Play med et helhetlig tilbakeblikk, og følgelig utarbeide et svar på oppgavens overordnede forskningsspørsmål som undersøker hvordan ansatte ved offentlige sykehjem i Norge erfarer implementeringen av ny velferdsteknologi. Herunder presenteres også oppgavens konklusjon om kravet til evig omstilling, og tanker om videre forskning.

8.1 Illusjonen om suksess i en utopisk kontekst

Slik det kom frem i analysekapittel 5. *En ny arbeidshverdag: Sykehjemmet som forhandlingsrom*, har Aktiva Sykehjem gjennomgått to implementeringer tilknyttet de digitale aktivitetstavlene Touch & Play. Herunder ble Aktivitetstavle 1 implementert gjennom et forsknings-initiert prosjekt, og Aktivitetstavle 2 kom som et resultat av en opplevd suksess under forskningsprosjektet.

Den opplevde suksessen rundt Aktivitetstavle 1, kan betraktes som et sammensatt resultat av både de ansattes kunnskaper, praksiser og fortolkninger av bruk. I tråd med informasjonen de ansatte fikk om Touch & Play gjennom informasjonsskriv og demovisning i forkant av prosjektet, ble deres forhandlinger om bruk begrenset til tre roller. Herunder skulle de ansatte fungere som ”veiledere”, ”mellomledd” og ”logg-førere”. Disse brukerrollene la igjen føringer for hvilke kunnskaper og ferdigheter de ansatte hadde behov for å tilegne seg. Til sammen erfarte de ansatte at deres brukerpraksiser og kunnskap var tilstrekkelig for optimal bruk av Touch & Play under prosjektperioden, der dette gav en positiv påvirkning på betydningen de knyttet til Aktivitetstavle 1. I forlengelsen av dette blir den avgjørende faktoren for opplevd suksess at de ansatte erfarer bruken av Touch & Play under prosjektperioden som tilfredsstillende ovenfor deres moralske praksiser (Levold og Spilker, 2007), slik de ble skissert i kapittel 6.1 *Ansattes holdninger til bruk av velferdsteknologi*. De moralske praksisene ble definert ut i fra hvordan de ansattes bruk av velferdsteknologi skulle ha en funksjon og nytteverdi overfor beboerne som eksisterte på sykehjemmet til en hver tid, samt bidra avlastende i personalets arbeidshverdag. Herunder gav de ansatte uttrykk for at Touch & Play både bidro til å skape økt aktivitet og gode stunder for beboerne som deltok i prosjektet, og fungerte som avlastning for personalet under deres arbeid med miljø og aktivisering.

Det skulle likevel vise seg at den opplevde suksessen bygget på positive erfaringer, ikke var overførbar til den reelle arbeidshverdagen, idet Aktiva sykehjem gikk til innkjøp av Aktivitetstavle 2. Med utgangspunkt i de skisserte funnene gjennom oppgaven, kan det argumenteres for at den konstruerte konteksten rundt implementeringen av Aktivitetstavle 1 var tilrettelagt for suksess. Dette da implementeringen foregikk i bofellesskapet som adskilt lokale med ti fysisk spreke beboere og Prosjektlederen som ekstra tilgjengelig ressurs. Slik også Rostad og Stokke (2021) beskriver, er sykehjemmet gjenstand for en variasjon av komplekse settinger. Dermed resulterer dette i utfordringer for overføring av nye rutinepraksiser, dersom disse holdes adskilt fra den reelle arbeidshverdagen (Andreassen, Kjekshus og Tjora, 2015).

Konteksten for implementeringen av Aktivitetstavle 1 har altså vært essensiell for at Touch & Play ”overlevde” implementeringen. På denne måten har også ”prosjektfeilen” slik Moser og Thygesen (2014), og Andreassen, Kjekshus og Tjora (2015) illustrerer, resultert i overlappende implementeringer mellom de to aktivitetstavlene, da Aktiva ønsket å overføre suksessen til hovedbygget. I overgangen tilbake til hverdagen blir de ansatte nødt til å gjenta domestiseringen, ved å justere og revurdere egne brukermønstre og kompetanse i arbeidet med å integrere Touch & Play i aktivisering av eldre. I et domestiseringsperspektiv ser vi her et eksempel på det Søraa og Ask (2021) betegner som re-domestisering, da domestiseringen av Touch & Play representerer en syklus fremfor en prosess med et naturlig sluttpunkt. Herunder kan det argumenteres for at implementeringen av Aktivitetstavle 1 skapte en illusjon om suksess plassert i en utopisk kontekst, og ikke har lagt til rette for tjenesteinnovasjon. Dermed reduserer også de største gevinstene som er ment og fremkomme gjennom bruk av velferdsteknologi, nettopp hvordan teknologien evner å tjene sitt formål i kontekstene den skal integreres i (Clark og Goodwin, 2010).

8.2 Uendelige muligheter kommer ikke uten begrensninger

I kapittel 6.2 *Et bedre aktivitetstilbud*, ble bruken av Touch & Play som tittelen tilsier, tilknyttet positive verdier og betydninger tilknyttet en opplevd nytteverdi overfor beboerne, samt som avlastende for de ansatte. Denne meningskonstruksjonen springer hovedsakelig ut av de ansattes opplevde fordeler ved Touch & Play som internettbasert teknologi. Erfaringen kom som følge av deres rolle som ”mellomledd” under prosjektperioden, der de erfarte hvordan mulighetene for søk etter mer tilrettelagt innhold gjorde arbeidet med personsentrert omsorg lettere og mer verdifullt. Det var også denne forestillingen de ansatte fikk servert gjennom informasjonsskrivet de fikk i forkant av prosjektet, og dermed det som dannet utgangspunktet for deres motivasjon til å delta. Med ønsket om at Touch & Play skulle bidra til et bedre tjenestetilbud som ville gi beboerne mer aktive dager, gikk 15 ansatte inn i prosjektet med en positiv innstilling for endring av arbeidspraksiser til fordel for beboerne.

Tidligere forskning har vist hvordan ansatte på sykehjem lærer mye om bruk av velferdsteknologi under prosjektperioden, men at det likevel er utfordringer knyttet til manglende kontinuerlig bruk i etterkant (Frennert, 2020). Slik det ble skissert i kapittel 7.2 *Kunnskap på prøve*, har også dette vært tilfelle for de ansatte ved Aktiva sykehjem. Det blir

tydelig at det ikke eksisterer noen formell opplæring eller oppfølging i bruken av Touch & Play etter prosjektperioden, der også utskiftninger i personalet har resultert i at svært få ansatte har kjennskap til, eller mestrer å bruke aktivitetstavlen.

I kapittel 5.3 *Nye forhandlinger i nytt miljø: Ønske om overført suksess*, viste de ansattes erfaringer med implementeringen av Aktivitetstavle 2, at det var utfordrende å gå inn i denne prosessen med utgangspunkt i de samme brukerpraksisene utviklet under prosjektperioden. Dette skyldtes hovedsakelig at beboerne som bor på hovedbygget beskrives som tiltaksløse sammenlignet med de fysisk spreke beboerne på bofellesskapet. Sett i lys av funnene til Rostad og Stokke (2021) kan det her argumenteres for at prosjektet Touch & Play ikke har tatt langsiktige mål og videre integrering i betraktning, med hensyn til at aktivisering av beboere ikke alltid forekommer i en kontekst der alle er fysisk spreke. I tråd med de ansattes rolle som ”logg-førere” under prosjektperioden utviklet de praksiser for evaluering av hver økt de hadde med beboerne. Slik det ble skissert i kapittel 5.2 *Utvikling av brukerpraksis og ansvarsfordeling*, omfattet denne loggføringen blant annet å skulle skille mellom økter som var basert på fysisk aktivitet, og økter som var underholdningsbasert. I kapittel 5.3 *Nye forhandlinger i nytt miljø: Ønske om overført suksess*, forteller de ansatte at de opplever at Touch an Play i dag, brukes mer som en passiv innretning til å spille musikk og viser bilder. Med utgangspunkt i dette opplever ikke de ansatte i dag at deres bruk av Touch & Play resulterer i ”ordentlig aktivitet”, da beboernes sykdomsbilder gjør dette mer utfordrende.

Som følge av dette har de ansatte igjen møtt på et behov for å justere og revurdere egen bruk av Touch & Play, for at aktivitetstavlen skal passe med den nye brukergruppen. De nye beboerne har på den måten skapt utfordringer for de ansattes opplevelse av mestring knyttet til bruken av Touch & Play da deres brukerroller som ”veiledere” og ”mellomledd” ikke strekker til. Mestringsfølelse er i følge Kvello (2014) tilknyttet læringsdimensjonen for selvregulering som er sentral for tilegnelse av kompetanse og videre bruk av kompetansen. Mangel på mestringsfølelse preger de ansattes motivasjon for bruk av Touch & Play, da vi som mennesker er avhengige av å føle på positive tilbakemeldinger for å fremme videre progresjon i læringsprosessen (Kvello 2014). Herunder ser vi også at de ansattes holdninger overfor Touch & Play ikke bare påvirkes av deres praksiser, men også av deres kunnskapsnivå, da de knytter manglende kunnskap til en følelse av at Touch & Play ikke fungerer som den skal slik det ble skissert i kapittel 6.3 *En digital tidstyv* og kapittel 6.4 *Et meningsløst tiltak*.

Til tross for at de ansatte forteller i sine intervjuer at de opplevde implementeringen som positiv og at de hadde gode muligheter til medvirkning, opplever de altså at ferdighetene og kunnskapene de opparbeidet seg, ikke var tilstrekkelige til å kunne videreføre driften og bruken av Touch & Play. Delvis skylder dette at kun ”superbrukeren” ble opplært til å tilføre innhold og med det ble satt til å løse en umulig oppgave parallelt med sin stilling som sykepleier. På den andre siden skyldes dette et svært rullerende personale og manglende systematisk erfaringsoverføring. Da god læring krever intensitet, feedback og progresjon for å skulle bidra til mestringfølelse og motivasjon, er dagens egenopplæring ikke tilstrekkelig for å kunne trygge personalet i bruken av Touch & Play.

Til forskjell fra prosjektperioden som har et start- og sluttunkt, blir Touch & Play gjenstand for en ny domestisering når prosjektet avsluttes. Dette da de ansatte blir nødt til å inngå i nye forhandlinger med Touch & Play, og konstruere nye brukerroller og praksiser for å kunne integrere teknologien i den reelle hverdagen. Herunder oppstår utfordringene da de ansattes konstruerte brukerroller, utviklede ferdigheter og ressurser ikke strekker til for optimal bruk når prosjektet tar slutt. Dermed illustrer også implementeringene av Touch & Play hvordan domestisering av teknologi utspiller seg som en gjensidig endringsprosess hos både bruker og teknologi, der suksess avhenger fullstendig av styringen i samspillet som oppstår mellom tekniske og sosiale faktorer under implementeringsfasen (Obsterfelder, Engseth og Wynn, 2007; Ask og Sjøraa, 2021).

Touch & Play som ble implementert med et formål knyttet til økt aktivisering for beboerne, blir altså sterkt begrenset da de ansattes kunnskaper kommer til kort. Dette kommer blant annet frem gjennom deres opplevelse av å ikke ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter som kreves for optimal bruk av Touch & Play overfor de nye beboerne. I tillegg til uforpliktende og vilkårlige brukerpraksiser, og allerede travle arbeidsdager, blir bruken av Touch & Play ”glemt” til fordel for andre arbeidsoppgaver. Dermed illustrer også dette Rønningen (2021) sin uttalelse om hvordan tilgjengelig teknologi ikke kan forstås som synonymt med integrert teknologi. I tilfellet for Touch & Play betyr også nye beboere at de ansatte må inngå i nye forhandlinger med teknologien. Dette da de ansatte parallelt må foreta kontinuerlige tilpasninger til de beboerne som bor på sykehjemmet til en hver tid, for å oppnå det de i anser som optimal bruk for hver enkelt beboer. Dermed illustrerer også dette hvordan Touch & Play er gjenstand for en

kontinuerlig re-domestisering (Ask og Søråa, 2021), der de ansatte i forlengelsen av dette stilles overfor et krav til evig omstilling.

8.3 Konklusjon: Kravet til evig omstilling

I dagens Norge diskuteres det rundt hva som kreves for at helse- og omsorgssektoren skal kunne imøtekomme utfordringer i årene fremover. Som følge av dette er det i arbeidet med utviklingen av en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for fremtiden, endringer i forestillingen om hvordan omsorg utøves, da utfordringene ikke lar seg løse med bruk av menneskelige ressurser alene. I tråd med den politiske satsningen på velferdsteknologi, har det derfor gjennom de siste 10 årene vært en enorm utvikling av ulike teknologiske løsninger som utfordrer stiller krav til omstilling av arbeidspraksiser. Med utgangspunkt i dette har formålet med denne masteroppgaven vært å besvare problemstillingen: *”Hvordan erfarer ansatte ved offentlige sykehjem i Norge implementeringen av ny velferdsteknologi?”*

Slik jeg nå har illustrert ved hjelp av domestiseringsanalyse og de seks dimensjonene for læringsprosesser, er det flere faktorer som spiller inn på hvordan ansatte ved norske sykehjem erfarer implementeringen av ny velferdsteknologi. Gjennom de ansatte ved Aktiva sine erfaringer med implementeringen av Touch & Play, viser studien hvordan forståelsen av sykehjemmet som kompleks og sammensatt setting er avgjørende for at velferdsteknologien skal bli en integrert del av de ansattes arbeidspraksiser. Herunder har de ansattes erfaringer skissert hvordan valgene som forekommer i forbindelse med implementeringsfasen av ny velferdsteknologi, er avgjørende for deres videre utvikling av brukerpraksiser, meningskonstruksjon, og videre læringsprosesser. Ved å skille implementeringen av Touch & Play fra den reelle konteksten på sykehjemmet erfarte de ansatte stor suksess. Dette gav likevel problemer da de etter endt prosjekt måtte inngå i nye forhandlinger, der de stadig møtte på nye krav til omstilling i forsøket på å tilpasse seg den til enhver tid gjeldende konteksten de befinner seg i.

8.4 Studiens begrensninger og videre forskning

Funnene presentert gjennom denne oppgaven kan argumenteres for å ha en generell relevans for både den kommunehelsetjenesten, spesialhelsetjenesten, myndigheter og forskningsfeltet på velferdsteknologi som helhet. Utover helsesektoren kan også funnene være relevante for hvordan implementering utføres generelt for andre arbeidssteder som håndterer knappe ressurser. Til slutt vil den overordne konteksten oppgaven plasseres i være relevant for både

politikere og teknologiutviklere, i deres videre arbeid rundt hvilke typer velferdsteknologi det bør satses på i sykehjemmet årene fremover.

Som de fleste studier, vil det likevel også være begrensninger også for denne. Gjennom oppgaven har jeg lagt mitt fokus på de ansattes opplevelse ved de to implementeringene av Touch & Play som velferdsteknologi for aktivisering av eldre beboere på sykehjem. Som første begrensning vil jeg derfor trekke frem oppgavens utvalg som en potensiell svakhet. Dette da det kun er 4 ansatte ved Aktiva som har deltatt i studien. Til tross for at de er enige om mye, er det med utgangspunkt i at ansatte ved sykehjem en svært heterogen yrkesgruppe, nærliggende å tro at spekteret av erfaringer er langt større enn hva som fremkommer igjennom denne oppgaven. Et forslag til videre forskning vil derfor være å gjennomføre studier med større utvalg tilknyttet implementering av aktiviseringsteknologier slik som Touch & Play. Herunder vil jeg også oppfordre til at studiene skal inkludere alderen 50-67, ikke-brukere og mannlig helsepersonell for å inkludere hele spekteret av ansatte.

En annen begrensning er studiens metodiske omfang, da det kun benyttes kvalitative dybdeintervjuer som datagrunnlag. Da det i min studie har kommet frem tendenser som viser at aktiviseringsteknologier ikke nødvendigvis ligger høyest på prioriteringslisten i travle hverdager ved norske sykehjem, ville observasjonsstudier av de ansattes arbeidshverdager gi et bedre innblikk både i aktivisering generelt og hvordan disse praksisene overføres til velferdsteknologiske løsninger.

Forskning på aktiviseringsteknologier er et relativt nytt felt. Da det norske samfunnet i dag er på vei over i fase tre av Hagen-utvalgets utbyggingsplan for implementering og integrering av velferdsteknologi (NOU, 2011:11), vil jeg med utgangspunkt i min studie gi en generell oppfordring til andre forskere til å gjøre videre studier av denne typen teknologi. Til tross for at det allerede eksisterer en rekke forskning på implementering av velferdsteknologi, er det et videre sentralt spørsmål hvilken plassering velferdsteknologi for aktivisering blir tildelt i nettverket av ulike teknologiske løsninger og andre menneskelige aktører som befinner seg i sykehjemmet. Dette er et interessant spørsmål, da det ikke lenger er et spørsmål om hvorvidt vi skal satse på velferdsteknologi eller ikke, men heller et spørsmål om hvilke teknologiske løsninger det bør satse på.

I lys av de ansattes erfaringer med aktivisering av sykehjemsbeboere slik det er blitt illustrert i denne oppgaven, vil jeg til slutt oppfordre at videre forskning knytter sine felt studier også til de sykeste blant beboerne på sykehjem. Dette vil kunne bidra til å danne et mer nyansert bilde av det som i politikken betegnes som ”aktive eldre”, og videre bidra med ny innsikt om bruk av velferdsteknologi generelt, i møte med fremtidens sykehjemsbeboere.

Referanseliste

- Aerschot, L. V., Puthenparambil, J. M., Olakivi, A. og Kröger, T. (2021) Psychophysical burden and lack of support: Reasons for care workers' intentions to leave their work in the Nordic countries, *International Journal of Social Welfare*, s. 1-14. doi: <https://doi.org/10.1111/ijsw.12520>
- Andreassen, H. K., Kjekshus, L. E. og Tjora, A. (2015) Survival of the Project: A case study of ICT innovasjon in health care, *Social Science & Medicine*, s. 62-69. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.016>
- Applikator (u.å.a) *Hvad er Touch & Play*. Tilgjengelig fra: <https://applikator.dk/touchandplay/> (Hentet: 06.05.2022).
- Applikator (u.å.b) *Touch & Play – et registrert hjelpemiddel i hjelpemiddelbasen*. Tilgjengelig fra: <https://applikator.dk/wp-content/uploads/2017/01/touch-play-haeft.pdf> (Hentet: 06.05.2022)
- Ask, K. (2011) Spiller du riktig? Tid, moral materialitet i domestiseringen av online dataspill, *norsk medietidsskrift*, 18(2), s. 140-157. doi: <https://doi.org/10.18261/ISSN0805-9535-2011-02-04>
- Ask, K. og Sjøraa, R. A. (2021) *Digitalisering – Samfunnsendring, brukerperspektiv og kritisk tenkning*. 1.Utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ask, K og Sørensen, K. H. (2016) Domesticating technology for shared success: collective enactments, i Ask, K. (red.) *Ludic Work: The Assemblages, Domestications and Co productions of Play*. Doktorgradsavhandling. Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/2418295> (Hentet: 06.05.2022).
- Berger, P. L. og Luckmann, T. (1966) *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Anchor Books.
- Berker, T. (2011) Domesticating Spaces, *Spaces and Culture*, 14(3), s. 259-268. doi: <https://doi.org/10.1177/1206331211412259>
- Braut, G. S. (2018) *Sykehjem*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykehjem> (Hentet: 05.05.2022).
- Bævre, K. (2021) *Forventet levealder*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/> (Hentet: 06.05.2022).
- Corneliussen, H., G. og Dyb, K. (2017) Om teknologien som ikke fikk være teknologi - diskurser om velferdsteknologi, i Andersen, J. R., Bjørhusdal, E., Nesse, J. G. og Årethun, T. (red.) *Immateriell kapital – Fjordantologien 2017*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 165-181.
- Clark, M. og Goodwin, N. (2010) *Sustaining innovation in telehealth and telecare*. WSDAN briefing paper. London: King's Fund. Tilgjengelig fra <https://www.semanticscholar.org/paper/Sustaining-innovation-in-telehealth-and-telecare%3A-Clark-Goodwin/024f3f833e2063b2833e6e9669a7270677b9f0f6> (Hentet: 03.06.2022)
- Daatland, S. O. (2014) *Boliggjøring av eldreomsorgen?* NOVA rapport 16/14. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda/xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6439/Boliggj%C3%B8ring-av-eldreomsorgen-R16-14-red.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (Hentet 22.05.2022)
- Direktoratet for e-helse. (2021) *Dette er velferdsteknologi*. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/velferdsteknologi> (Hentet: 23.05.2022).
- Fangen, K. (2019) *Deltagende observasjon*. 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- FHI. (2021) *Demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> (Hentet: 05.05.2022)

- Flyvberg, B. (2010) Fem misforståelser om casestudiet, i Brinkmann, S. og Tangaard, L. (red.) *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 463-487.
- Forskrift for sykehjem m.v. 2021 *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932#KAPITTEL_4 (Hentet: 22.05.2022)
- Frennert, S. (2020) Approaches to welfare technology in municipal eldercare, *Journal of Technology in Human Services*, 38(3), s. 226-246.
doi: <https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1747043>
- Gautun, H. (2020) *En utvikling som må snus: Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. NOVA rapport 14/20. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf (Hentet 16.05.2022)
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., Johannessen, A., Kvello-Alme, M., Krokstad, S., Livingstone, G., Matthews, F. E., Myrstad, C., Skjellegring, H., Tingstad, P., Aahus, E., Aam, S. og Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study, *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), s. 1213-1226. doi:10.3233/JAD-201275
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M. og Selbæk, G. (2020) *Forekomst av demens i Norge*. Rapport Aldring og helse 2020. ISBN: 978-82-8061-579-4 (PDF). Tilgjengelig fra: <https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4-2020-web.pdf> (Hentet: 05.05.2022)
- Gripsrud, G., Olsson, U. H. og Silkoset, R. (2016) *Metode og dataanalyse*. 3.utg. Oslo: Cappelen Damm.
- Grut, L., Reitan, J., Hem, K. G., Ausen, D., Bøthun, S. og Svagård, I. (2013) *Veikart for innovasjon av velferdsteknologi – Erfaringer fra seks velferdsteknologiprojekter i norske kommuner*. (SINTEF-rapport A24461) Trondheim: SINTEF. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/2379640>
- Haddon, L. (2011) Domestication analysis, objects of study, and the centrality of technologies in everyday life, *Canadian Journal of Communication*, 36(2), s. 311-323. doi: [10.22230/cjc.2011v36n2a2322](https://doi.org/10.22230/cjc.2011v36n2a2322)
- Hawkins, R. J., Prashar, A., Lusambili, A., Ellard, D. R. og Godfrey, M. (2017) 'If they don't use it, they lose it': how organizational structures and practices shape residents' physical movement in care home settings, *Aging & Society*, 38(9), s. 1817-1842. doi: <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000290>
- Helsedirektoratet (2022) *Om nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi> (Hentet: 23.05.2022)
- Helsedirektoratet (2021) *Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/behovet-for-rett-kompetanse-pa-rett-sted-til-rett-tid/en-populasjon-i-endring-og-behov-for-kompetanse> (Hentet: 23.05.2022)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Demensplan 2025*, Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demnsplan-2025.pdf> (Hentet: 22.0.2022)
- Hilland, G. H., Rørvik, M. og Hansen, N. V. (2020) *Drivere og barrierer for implementering og spredning av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren*. (SINTEF-rapport

- 2020.00804) Trondheim: SINTEF. Tilgjengelig fra:
<https://hdl.handle.net/11250/2683986>
- Hu, P. J., H., Chau, P. Y. K. og Sheng, O. R. L. (2009) Adoption of Telemedicine Technology by Health Care Organizations: An Exploratory Study, *Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce*, 13(3), s. 197-221. doi:
https://doi.org/10.1207/S15327744JOCE1203_01
- Ingstad, K. (2010) Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter, *Vård i Norden*, 30(2), s. 14-17. doi: [10.1177/010740831003000204](https://doi.org/10.1177/010740831003000204)
- Isaksen, J. og Stokke, R. (2017) Utfordringer med velferdsteknologibegrepet, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2), s. 91-94. doi: 10.18261/ISSN.2387-5984-2017-02-06
- Jacobsen, F. F. (2022) Ti år med mer innovasjon i omsorgstjenestene?, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 8(1), s. 1-4. doi: <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.3>
- Kamp, A., Obsterfelder, A. og Andersson, K. (2019) Welfare Technologies in Care Work, *Nordic journal of working life studies*, 9(5), s. 1-12. doi:
<https://tidsskrift.dk/njwls/index>
- Kloster, T., Høie, M. og Skår, R. (2007) Nursing students' preferences: a Norwegian study, *Journal of Advanced Nursing*, 59(2), s. 155-162. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04276.x>
- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rithgang, H. og 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*, 6(2), s. 119-136. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-09>
- KS (2018) *Velferdsteknologiprogrammet*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/nasjonalt-velferdsteknologiprogram/> (Hentet: 06.05.2022)
- Kvello, Ø. (2014) Sentrale dimensjoner i læringsprosesser, i Sigmundsson, H. (red.) *Læring og ferdighetsutvikling*, 2. Utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 81-118.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Everitt, H., Kennedy, A., Qureshi, N., Rogers, A., Peacock, R. og Murray, W. (2016) Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, 40(11), s. 1-39. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>
- Levold, N. og Spilker, H. S. (2007) *Kommunikasjonssamfunnet. Moral, praksis og digital teknologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lie, M. og Sørensen, K. H. (1996) *Making technology our own? Domesticating technology into everyday life*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moser, I. (2021) *Velferdsteknologi – En ressursbok*. 2. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Moser, I. og Thygesen, H. (2014) Prosjekteriets dilemma: Mellom avgrenset prosjekt og muligheter for læring i teleomsorg og velferdsinnovasjon, *Tidsskrift for Forskning i Sykdom Og Samfund*, 11(21), s. 57-75. doi: <https://doi.org/10.7146/tfss.v0i21.19821>
- Nakrem, S. og Kiran, A. H. (2019) *Hvordan lykkes med velferdsteknologi?* Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/fag/2019/11/hvordan-lykkes-med-velferdsteknologi> (Hentet: 23.05.2022).
- Nakrem, S. og Sigurjónsson, J. B. (2018) *Velferdsteknologi i praksis – perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nilsen, E., Dustad, J., Eide, H., Knudsen, M. G., og Eide, T. (2016) Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study, *BMC Health Services Research*, 16(657), s. 1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>

- NOU 2011: 11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementets servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Nygaard, H. A. (2002) Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana?, *Tidsskriftet den norske legeforening*, 122(8), s. 823-825. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2002/03/kronikk/sykehjemmet-som-medisinsk-institusjon-et-fatamorgana> (Hentet: 05.05.2022)
- Obstfelder, A., Engeseth, K. H., og Wynn, R. (2007) Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implementation science*, 25(2). doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-25>
- Pedersen, A. V (2014) Hva er ferdighet?, i i Sigmundsson, H. (red.) *Læring og ferdighetsutvikling*, 2.Utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 19-38.
- Pinch, T. og Bijker, W. E. (1987) The Social Construction of Facts and Artifacts: Of How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other, i Bijker, W. E., Huges, T. P. og Pinch, T. (red.) *The Social Construction of Technological systems: New directions in the sociology and history of Technology*. Cambridge, Mass: MIT Press, s. 17-50.
- Pols, J. og Moser, M. (2009) Cold technologies versus warm care? On effective and social relations with and through care technologies, *European Journal of Disability Research*, 3(2), s. 159-178. doi: <https://doi.org/10.1016/j.alter.2009.01.003>
- Rostad, H. M. og Stokke, R. (2021) Integrating Welfare Technology in Long-term Care Services: Nationwide Cross-sectional Survey Study, *Journal of Medical Internet Research*, 23(8), doi: [10.2196/22316](https://doi.org/10.2196/22316)
- Rønningen, R. (2021) Digitalisering, i Rønningen, R. (red.) *Innovasjon i offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 112-127.
- Sandberg, J. (2001) The Construction of Social Constructionism, i Sjöstrand, S. E., Sandberg, J. and Tyrstrup, M. (red.) *Invisible Management: The Social Construction of Leadership*. London: Thomson Learning, s. 28-48.
- Silverstone, R., Hirsch, E. og Strathern, M. (1992) *Consuming technologies: media and information in domestic spaces*. London og New York: Routledge.
- Skjølvold, T. M. (2015) *Vitenskap, teknologi og samfunn: En introduksjon til STS*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Smith, M. R. (1994) Technological Determinism in American Culture, i Smith, M. R. og Marx, L. (red.) *Does Technology Drive history? The Dilemma of Technological Determinism*. London og Cambridge: MIT Press, s. 1-36.
- SSB. (2022) *Helse- og sosialpersonell*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell> (Hentet: 22.05.2022)
- St. Meld. 15 (2017-2018) (2018) *Lev hele livet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. Meld. 29 (2012-2013) (2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stokke, R., Hellesø, R. og Sogstad, M. (2019) Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten? – trygghetsalarmen som case, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(3), s. 7-20. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-02>
- Sørensen, K. H. (2004) Cultural politics of technology: Combining critical and constructive interventions?, *Science, Technology, & Human values*, 29(2), s. 184-190. doi: [10.1177/0162243903261944](https://doi.org/10.1177/0162243903261944)
- Sørensen, K. H. (2006) Domestication: the enactment of technology, i Berker, T. (red.) *Domestication of media and technology*. London: Open University Press, s.40-61.
- Telenius, E. W., Langhammer, B., Helbostad, J. L. og Granbo, R. (2017) *Fysisk aktivitet og trening på sykehjem*. (HiOa- rapport nr.8) Oslo: HiOA. Tilgjengelig fra:

- [https://www.aldringoghelse.no/ah/archive/documents/FA_på sykehjem Skriftserien.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah/archive/documents/FA_p%C3%A5_sykehjem_Skriftserien.pdf) (Hentet: 13.05.2022)
- Telenius, E. W., Langhammer, B., Helbostad, J. L. og Granbo, R. (2019) *Slik kan beboere på sykehjem bli mer aktive*. Tilgjengelig fra: 10.4220/Sykepleiens.2019.75017 (Hentet: 13.05.2022).
- Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse: En innføring I kvalitative metoder. 3.Utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2020) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3.utg. Oslo; Gyldendal Akademisk.
- Tøndel, G. (2018) Omsorgens materialitet: trygghet, teknologi og alderdom, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), s. 287-297. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-11>
- Tøndel, G. og Sjøraa, R. A. (2021) Velferdsteknologi: Fra store forventninger til kommunale realiteter, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), s. 1-7. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-10>
- Vadø, M. (2007) *Organisering for velferd: Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Dr. art. Avhandling. Universitetet i Oslo. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Tilgjengelig fra: <http://docplayer.me/2708338/Organisering-for-velferd.html> (hentet: 26.05.2022).
- White, E. M., Aiken, L. H. og McHugh, M. D. (2019) Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 67(10), s. 2065-2071. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
- Wærness, K. (1999) Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet. Refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs, i Thorsen, K. og Wærness, K. (red.), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. 1. utg, Oslo: Ad Notam Gyldendal, s. 46-60.
- Zander, V., Gustafsson, C., Stridsberg, S, L. og Borg, J. (2021) Implementation of welfare technology: a systematic review of barriers and facilitators, *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, s. 116. DOI: [10.1080/17483107.2021.1938707](https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1938707)

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD godkjenning

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 1. NSD godkjenning

Vurdering

Referansenummer

474445

Prosjekttittel

MA 2022 velferdsteknologi Touch Ida

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Det humanistiske fakultet / Institutt for tverrfaglige kulturstudier

Prosjektansvarlig

Roger Andre Søråa

Student

Ida Anette Mehren

Prosjektperiode

03.01.2022 - 06.06.2022

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.11.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 06.06.2022

Vedlegg 2. Samtykkeskjema

Vil du delta i masterprosjektet "Touch and Play – implementering av velferdsteknologi ved offentlige institusjoner"

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et masterprosjekt ved NTNU der formålet er å se nærmere på implementeringen av velferdsteknologi ved offentlige institusjoner. Målet er å undersøke velferdsteknologiens implementeringsprosess, med hensyn til hvorvidt de ansatte ved institusjonen opplever en slik endring med henhold til muligheter, utfordringer og påvirkninger på arbeidshverdag, samt hvordan teknologien gjennom årene integreres ved institusjonen. I dette skrivet vil du få informasjon om målene for prosjektet og hva en deltakelse som informant vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet foregår i sammenheng med et masterprosjekt som avsluttende del av masterprogrammet Medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi ved NTNU. Oppgavens omfang går mellom 19 000 – 29 000 ord, tilsvarende omlag 60 til 100 sider. Formålet med prosjektet vil være å besvare hvordan implementeringen av velferdsteknologi ved offentlige institusjoner bør foregå for å kunne imøtekomme de ansattes interesser, og videre hva som kreves for at teknologien får en naturlig plass i sykehjemmet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forsker Roger Andre Søraa, ved Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet er hovedansvarlig for forskningsprosjektet. Oppgaven skrives som del av det avsluttende masteremnet MV3091 "*Masteroppgave i medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi*".

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I arbeidet med prosjektet er det ønskelig å komme i kontakt med ansatte ved en institusjon som benytter en form for velferdsteknologi, i aldersgruppen 18+. Det vil være et utvalg av informanter på 8-14 personer. Utsendelsen av forespørsler vil foregå via administrasjonen hos din tilhørende institusjon, og hovedsakelig foregå via mail.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i forskningsprosjektet samtykker du til å stille på et intervju som inneholder spørsmål om ditt forhold til velferdsteknologien "Touch and Play", samt generelle

spørsmål om implementeringen og hvordan denne inngår i din arbeidshverdag. Intervjuet vil foregå fysisk, der nærmere lokasjon for intervju vil bli avtalt over mail. Det vil ta deg ca. 30-40 min å delta på intervjuet. Det blir tatt opptak under intervjuet, der dette vil transkriberes og lagres elektronisk i etterkant.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern: Hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg vil kun benyttes til de formålene beskrevet for deg i dette skrivet. Alle opplysninger vil behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Personene som vil ha tilgang til datamateriale er studenten involvert i prosjektet, Ida Anette Mehren. Samtidig vil hovedveileder, Roger Andre Søraa, og biveileder Gunhild Tøndel ved NTNU, ha tilgang til datamaterialet.
- Datamaterialet vil kun inneholde målgruppens alder, arbeidsplass og stilling og ingen ytterligere personvernopplysninger om respondentene. Det genererte datamaterialet vil transkriberes og kodes i et eget dokument og kun relevant informasjon vil bringes inn i oppgaven. Alt datamateriale vil slettes etter prosjektets slutt.
- Undertegnede vil stå ansvarlig for all databehandling og håndtering av personvern. Deltakerne må dog være klar over at de vil kunne gjenkjennes indirekte i publikasjonen, da arbeidsplass og stilling er blant opplysningene som inngår i prosjektet. Det vil dog kunne være mulig å opprette en fiktiv institusjon dersom dette skulle være ønskelig for en av informantene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 06.06.2022. Etter prosjektslutt vil alle personopplysninger slettes.

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Å få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan du finne ut mer?

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

- Hovedeileder: Dr. Roger Andre Søraa, roger.soraa@ntnu.no
- Masterstudent: Ida Anette Mehren, Idaame@ntnu.no
- Personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen, thomas.helgesen@ntnu.no
- NSD - Norsk senter for forskningsdata AS: personverntjenester@nsd.no
eller telefon 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig:

Roger Andre Søraa

Masterstuden:

Ida Anette Mehren

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Touch and Play – implementering av velferdsteknologi ved offentlige institusjoner*", og har fått anledning til å stille spørsmål vedrørende prosjektet. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

06.06.2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide Masteroppgave Vår 2022

Oppvarming / Personalia:

1. Hvor lenge har du jobbet i yrket?
2. Hvor lenge har du jobbet på sykehjemmet?
3. Stilling
4. Stillingsprosent
5. Avdeling
6. Har du jobbet ved andre institusjoner tidligere?

Forhold til velferdsteknologi i helsesektoren

Du som jobber i helsevesenet der det stadig implementeres mye ny form for teknologi omtalt som velferdsteknologi. Kunne du ha forklart meg litt videre hva

1. Du forbinder med Velferdsteknologi?
2. Bruker dere noe velferdsteknologi på Aktiva?

Touch and Play som velferdsteknologi

1. Hvordan vil du beskrive Touch and Play som en velferdsteknologi?
2. Kan du fortelle litt om ditt forhold til Touch and Play i arbeidshverdagen?

Hvordan brukes den

1. Kan du fortelle litt om hvordan Touch and Play typisk tas i bruk en vanlig arbeidshverdag hos dere?
2. På hvilken måte krever Touch and Play ditt eller andre ansattes engasjement?
3. Hvordan opplever du bruken av de ulike funksjonene i Touch and Play?
 - a. Brukes noen mer eller mindre enn andre
 - b. Hva er eventuelt årsaken til dette
4. Kan du fortelle litt om hvordan erfaringsutvekslingene dere har knyttet til bruk av Touch & Play?
5. Hvordan ville du endret Touch & Play for at den skulle fungere enda bedre for deres bruk?
6. På hvilke måter gir Touch & Play rom for selvstendig bruk blant brukerne ved sykehjemmet?

Implementeringen

1. Jobbet du på bofellesskapet under oppstarten av prosjektet Touch and Play?
2. Hvordan aktiviserte dere beboerne før Touch & Play ble implementert?
3. Hvilke behov hos dere ansatte skulle en teknologi slik som Touch and Play fylle?
 - a. Var dette noe de følte de manglet?
4. På hvilken måte har du opplevd at dere som ansatte hadde mulighet for medvirkning under implementeringen?
5. Jeg har jo ikke fått muligheten til å besøke dere enda, så jeg lurte på om du kunne si noe om plasseringen av aktivitetstavlene?
 - a. Hvorfor står de der de står?
6. Kan du fortelle litt om hvordan opplæringen rundt bruken av teknologien ble organisert?
7. Hvordan foregår opplæringen for nyansatte i dag?

8. Er det noe som har endret seg i bruken av Touch & Play gjennom årene?
 - a. Dersom ja: Kan du fortelle litt om hvordan bruken har endret seg?
9. Hvordan opplever du at arbeidshverdagen din endret seg etter implementeringen av Touch and play?
10. Hvilke muligheter / utfordringer har den nye Touch and Play teknologien gitt dere som ansatte?

Utvidelse av prosjektet

1. Midtveis under prosjektet, ble det gjort en beslutning om å gå til innkjøp av en aktivitetstavle nr.2. Kan du si litt om hva som var årsaken til dette?
 - a. Dersom de ikke vet: Kan du si noe om hvorfor du tror den ble kjøpt?
2. Videre har dere, slik jeg har forstått, anskaffet iPader som også benytter Touch and Play teknologien. Kan du si noe om hvorfor dere har valgt å utvide tjenesten med nettopp iPader?
3. Har dere merket noen forskjell i bruken av aktivitetstavlen og iPaden?
 - a. Interessant uansett om dette gjelder personalet og beboeres bruk

Korona på sykehjem

Slik situasjonen er nå, og har vært de siste to årene, med pandemi, nedstengninger, avstand osv, ønsker jeg å spørre deg hvordan dette har påvirket bruken av Touch and Play?

Faktorer for suksess og veien videre

1. Kan du fortelle litt rundt hvordan dere har målt gevinsten knyttet til deres bruk av Touch & Play?
2. Har den gitt de resultatene de forestilte seg?
3. På hvilken måte har du opplevd at Touch & Play har medført uforventede gevinster eller utfordringer?
4. Hvilke faktorer vil du trekke frem som sentrale for at dere som ansatte skal kunne evaluere en velferdsteknologi slik som T&P som suksess?
5. Dersom du med den erfaring du har i dag, (igjen) kunne ta del i implementeringen av Touch and Play, hva ville du gjort annerledes?
6. Med Touch and Play som utgangspunkt, hvordan ser dere på videre implementering av ny velferdsteknologi?
7. Hva mener du er de største mulighetene og utfordringene knyttet til nyskaping og innovasjon i offentlig helsesektor?

Avsluttende

1. Er det noe mer du har tenker på i forhold til denne tematikken som jeg ikke har spurt om?
2. Helt til slutt må jeg også huske å spørre om alderen din

Tusen takk for at du deltok...

