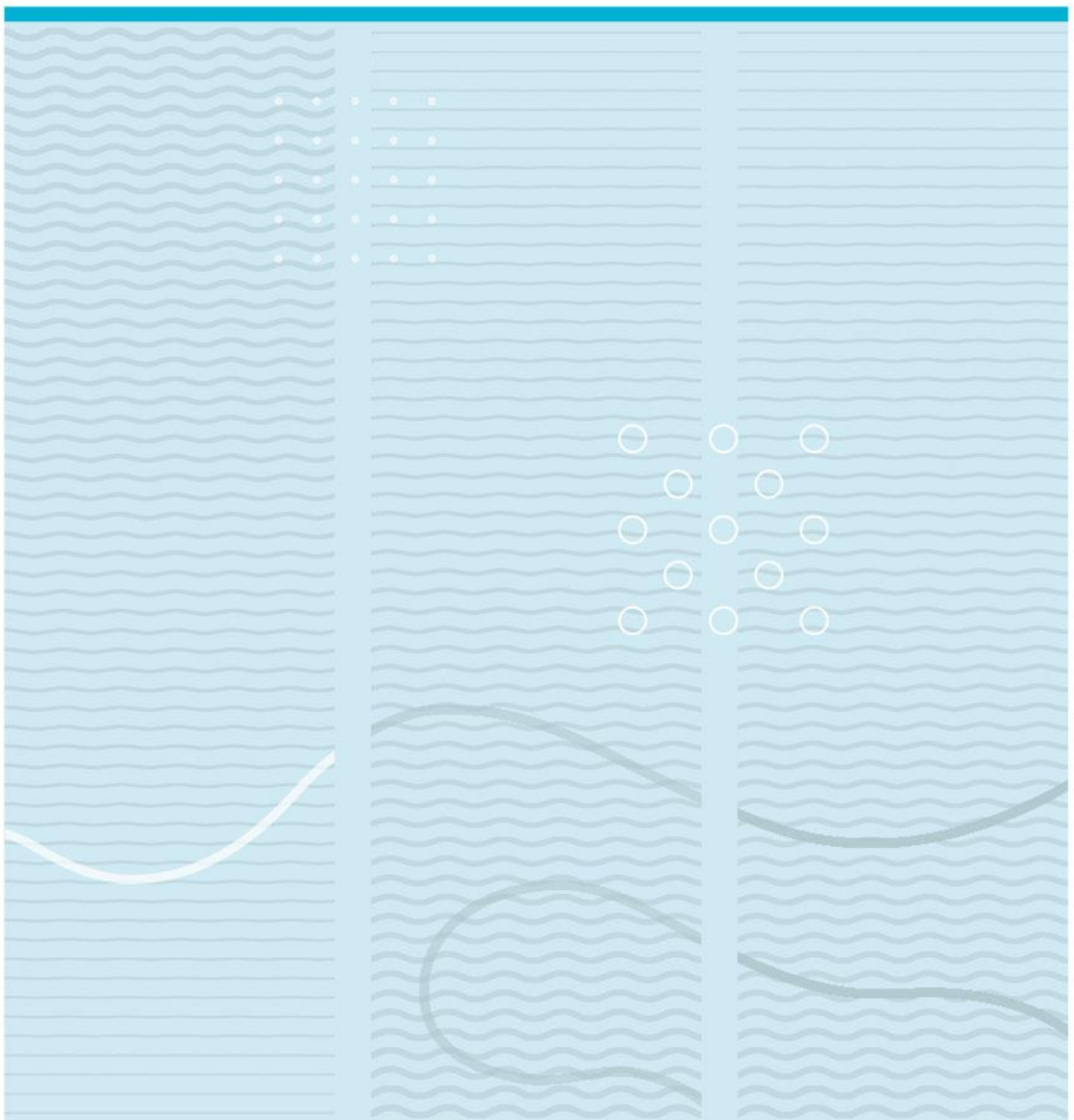


Anette Haugan Ruvang

## Teknologi i omsorg

til det beste for demenspasienten?



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet: Handelshøyskolen  
Institutt: Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Anette Haugan Ruvang

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

## Sammendrag

**Formålet** med min masteravhandling er å undersøke hvordan lokaliseringsteknologi er innført, tatt i bruk og forstått. Jeg ønsker å undersøke om bruk av GPS - teknologi på pasienter med demens har nytteverdi for deres livskvalitet, og om gevinsten er større enn de etiske utfordringene. Videre vil jeg utforske om verdibasert ledelse har betydning for etiske vurderinger når GPS tas i bruk hos pasienter med demens.

**Bakgrunnen** for denne avhandlingen er at en av de største globale utfordringene vi står ovenfor er demens sykdom. Endringer i lovverket 2013 gav kommunale helse- og omsorgstjenester mulighet til å legge til rette for bruk av lokaliseringsteknologi til det beste for pasienter, pårørende og andre omsorgspersoner. Norge var en av de første landene som utviklet en egen demensplan med hensikt å skape et mer demensvennlig samfunn, og bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenester. Som følge av dette kom prosjektet «Trygge Spor», et veldokumentert innovasjonsprosjekt i offentlig sektor som handlet om å utvikle en helse- og omsorgstjeneste knyttet til bruk av lokaliseringsteknologi for personer med demens, samt å utvikle GPS- løsninger med tilhørende støttesystemer. Denne masteravhandlingen er inspirert av dette prosjektet.

**Metoden** brukt i denne masteravhandlingen er kvalitative intervjuer. Jeg har kombinert fokusgruppeintervjuer og individuelt intervju, og respondenter har vært helsepersonell i kommunalt sykehjem.

**Resultatet** av denne avhandlingen ble at de aller fleste respondentene mente at GPS var et godt hjelpemiddel for pasienter med demens. Utfordringene ligger i all hovedsak i forhold til administreringsverktøy, infrastruktur og tekniske svakheter ved GPS – enhetene. Men fordelene veier allikevel opp for ulempene ved å være det minst inngripende tiltaket. Verdibasert ledelse kan ha en betydning for etiske vurderinger ved at det inngår i den helhetlige organisatoriske konteksten som består av oppgaver, teknologi og mennesker. Dersom man leder med prinsipper som ydmykhet, ærlighet og integritet, kan dette ha betydning for å skape et positivt etisk klima

**Nøkkelord:** demens, sykehjem, lokaliseringsteknologi, GPS, velferdsteknologi, innovasjon, tjenesteinnovasjon, verdibasert ledelse, etikk, dementia, nursinghome, innovation

## Abstract

**The purpose** of my master theses is to investigate how localization technology is introduced, put in to use, and understood. I want to investigate whether the use of GPS technology in patients with dementia is of benefit to their quality of life, and whether the benefits outweigh the ethical challenges. Furthermore, I will explore whether value-based leadership is important for ethical assessments when GPS is used in patients with dementia.

**The background** for this thesis is that one of the biggest global challenges we face is dementia. Changes in legislation I 2013 gave municipal health care services the opportunity to facilitate the use of location technology for the benefit of patients, relatives and other caregivers. Norway was one of the first countries to develop its own dementia plan with the aim of creating a more dementia-friendly society, and contributing to innovation in health and care services. As a result, the project “Safe Tracks (*Trygge spor*)” came about, a well-documented innovation project in the public sector, which was about developing a health and care service, related to the use of location technology for people with dementia, as well as developing GPS solutions with associated support systems. This master thesis was inspired by this project.

**The method** used in this master thesis is qualitative interviews. I have combined focus group interviews with individual interviews, and respondents have been health care providers in a municipal nursing home.

**The result** of this thesis was that the vast majority of respondent thought that GPS was a good aid for patients with dementia. The challenges lie mainly in relation to management tools, infrastructure, and technical weaknesses of the GPS units. But the advantages still outweigh the disadvantages of being the least intrusive measure. Value-based leadership can have an impact on ethical assessment in that it is a part of the holistic organizational context that consist of tasks, technology, and people. If you lead with principles such as humility, honesty, and integrity, can it be important in creating a positive ethical climate.

**Keywords:** demens, sykehjem, lokaliseringsteknologi, GPS, velferdsteknologi, innovasjon, tjenesteinnovasjon, verdibasert ledelse, etikk, dementia, nursinghome, inovasjon

## Forord

Arbeidet med denne masteravhandlingen har vært en lærerik, men utfordrende prosess med nye innsikter underveis, og tidvis frustrasjon. Det har vært både krevende og givende, og ferdigstillingen av denne oppgaven markerer slutten på masterstudiet i innovasjon og ledelse ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Det er flere som har bidratt til at jeg har kommet i mål med denne oppgaven, og det er blant annet min arbeidsgiver som har vist meg forståelse, støtte og engasjement, og ikke minst tid til å jobbe med å ferdigstille denne oppgaven. Jeg vil rette en takk til respondentene som tok seg tid til å snakke med meg, til tross for at arbeidsdagen på et sykehjem er travel og hektisk.

Jeg vil også si takk til mine medstudenter som har gitt meg 2 år med fine opplevelser og minner, og selv om studieåret 2020-2021 har vært noe spesielt, setter jeg stor pris på all støtte og oppmuntring underveis.

Til slutt ønsker jeg å takke min veileder førsteamanuensis Are Branstad for at du gav meg frihet til å jobbe med denne oppgaven i mitt eget tempo når det var akkurat det jeg trengte.

Takk!

Tønsberg, mai 2021

Anette Haugan Ruvang

## Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	4
<b>Forord</b> .....	5
<b>1. Innledning</b> .....	8
1.1 Bakgrunn .....	8
<b>2. Problemstilling</b> .....	9
<b>3. Begrepsavklaring</b> .....	9
3.1 Demens .....	9
3.2 Sykehjem .....	11
3.3 Velferdsteknologi .....	11
3.4 GPS (Global Positioning System) .....	15
<b>4. Teoretisk rammeverk</b> .....	17
4.1 Teknologi i omsorg .....	17
4.2 Innovasjon i omsorg .....	18
4.3 Tjenesteinnovasjon .....	19
4.4 Implementering av teknologi i kommunale helsetjenester .....	20
4.5 Verdibasert ledelse .....	21
4.6 Innovasjons- og endringsledelse .....	23
4.6.1 Leavitt's diamant .....	23
4.7 Drivere for innovasjonsarbeid .....	25
4.8 Etske forutsetninger .....	27
4.8.1 Etsk begrunnet motstand .....	30
<b>5. Metode</b> .....	32
5.1 Forskningsdesign .....	32
5.2 Vitenskapsteoretisk ståsted .....	33
5.3 Datainnsamlingsmetoder .....	34
5.4 Utvalg .....	35
5.5 Forskningsetiske forhold .....	36
5.5.1 Informert samtykke .....	37
5.5.2 Konfidensialitet .....	37
5.5.3 Krav til riktig gjengivelse av informasjon .....	38
5.5.4 Forskerens rolle .....	39
5.6 Transkribering .....	40
5.7 Analyse .....	41
5.8 Metoderefleksjon .....	43

5.8.1 Pålitelighet (Reliabilitet) .....	45
5.8.2 Gyldighet (validitet) .....	45
5.8.3 Overførbarhet (generaliserbarhet) .....	46
<b>6 Funn fra undersøkelsen</b> .....	<b>47</b>
6.1 Kjennskap hos respondenter .....	47
6.2 Oppgaver .....	47
6.3 Teknologi .....	50
6.4 Mennesker .....	51
6.4.1 Frihet .....	52
6.4.2 Selvstendighet .....	52
6.4.2 Trygghet .....	52
6.5 Struktur .....	53
<b>7 Diskusjon</b> .....	<b>55</b>
7.1 Oppgaver .....	56
7.2 Teknologi .....	58
7.3 Mennesker .....	61
7.4 Struktur .....	63
<b>8 Konklusjon</b> .....	<b>66</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>67</b>

## VEDLEGG

Vedlegg 1: Tilbakemelding på søknad til NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide fokusgruppe

Vedlegg 4: Intervjuguide personlig intervju

## FIGURLISTE:

Fig. 1: Illustrasjon av geofence – Safemate.....16

Fig. 2: Flytskjema – vurdering av innvilgelse av lokaliseringsteknologi i form av GPS .....49

## 1. Innledning

Formålet med min avhandling er å undersøke hvordan lokaliseringsteknologi er innført, tatt i bruk og forstått. Jeg ønsker å undersøke om bruk av GPS (Global Positioning System) teknologi på pasienter med demens har nytteverdi for deres livskvalitet, og om gevinsten er større enn de etiske utfordringene. GPS er en praktisk innovasjon, men som likevel utfordrer det etiske perspektivet av menneskeverd. Bruk av lokaliseringsteknologi på pasienter med demens er et veldig konkret tema, men det er intervjuobjektens refleksjoner rundt bruken av dette som jeg er ute etter å undersøke. Det kommer ikke til å bli lagt vekt på brukeropplevelser, men jeg ønsker å forstå hvordan teknologi kan skape trygghet, og hvordan bruk av teknologi inn mot pasienter oppleves for helsepersonell og pårørende. Jeg ønsker å se på temaet gjennom et ledelses perspektiv, og se om verdibasert ledelse kan bidra til å ivareta medarbeidere, pasienter og pårørendes trygghet når teknologi blir en del av omsorgstjenesten.

**Nøkkelord:** demens, sykehjem, lokaliseringsteknologi, GPS, velferdsteknologi, innovasjon, tjenesteinnovasjon, verdibasert ledelse, etikk, dementia, nursinghome, innovation

### 1.1 Bakgrunn

En av de største globale utfordringene verden står ovenfor er demens. I Demensplan 2025 er det skissert 4 hoved satsningsområder; medbestemmelse og deltakelse, forebygging og folkehelse, gode og sammenhengende tjenester og planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling. Videre står det at demensplanen skal bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenester. Det anslås at minst 100.000 nordmenn har en demenssykdom i dag og Norge har vært en av de første landene til å lage en egen demensplan. Det er ventet at tallet vil øke kraftig de neste årene, og derfor er det viktig å ha en plan som ivaretar de rammede, og som sørger for at de får tilgang på tilpassede hjelpemidler og tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I nyhetsbildet hender det at vi leser om eldre som er forsvunnet fra sykehjemmet eller savnet fra sitt hjem. Selv om de aller fleste blir funnet i live, er det noen som blir funnet omkommet, og noen få blir aldri funnet. Over en toårsperiode registrerte Røde Kors 127 savnede demente personer. Mange av disse kunne vært unngått dersom flere eldre demente ble utstyrt med GPS - enhet (Øderud, 2019), fordi lokaliseringsteknologi kan gi trygghet til at personer med kognitiv svikt og orienteringsvansker kan bevege seg utendørs på egen hånd. Prosjektet Trygge Spor er et veldokumentert innovasjonsprosjekt i offentlig sektor, finansiert av Regionale forskningsform (RFF). Det omhandler å utvikle en helse- og



omsorgstjeneste knyttet til bruk av lokaliseringsteknologi for personer med demens, samt å utvikle GPS- løsninger med tilhørende støttesystemer (Grut, Øderud & Bøthun, 2017; Aussen, Svagård, Øderud, Holbø & Bøthun, 2013). Denne masteravhandlingen er inspirert av dette prosjektet.

Bruk av lokaliseringsteknologi i en tjenesteytende virksomhet slik som sykehjem, er en innovasjon i den grad at det er teknologi ment for et annet formål, som nå brukes i større grad på mennesker. Altså, teknologien har fått et nytt eller annet bruksområde (Aasen & Amundsen, 2019). Av varslingsteknologi finnes det ulike typer sensoralarmer og overvåkningssystemer, men jeg vil i all hovedsak sette søkelys på bruk av GPS lokalisering i denne avhandlingen. Det er en praktisk innovasjon, men som også utfordrer det etiske perspektivet av menneskeverd. Jeg ønsker gjennom dette prosjektet å belyse erfaringer rundt bruk av GPS på pasienter med demens fra helsepersonells side, samt å se på om verdibasert ledelse kan bidra til økt trygghet i prosessen med å innføre teknologi som hjelpemiddel i helse- og omsorgstjenester. Jeg ønsker å sette søkelys på nytteverdien av teknologi i omsorg for pasienter og pårørende, men også for virksomheten som tjenesteyter. Samtidig er det interessant å se på om det foreligger forskning på om bruk av denne type teknologi oppleves som inngripende for bevegelsesfrihet i personers liv, og om det er aspekter som utfordrer de etiske forpliktelsene man har som leder.

## 2. Problemstilling

Hvordan bidrar verdibasert ledelse til god etisk håndtering av GPS – teknologi?

- Teknologi i omsorg; til det beste for demenspasienten?

## 3. Begrepsavklaring

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for sentrale begreper som jeg referer til gjennom denne avhandlingen, slik at leseren kan få en bedre forståelse av hvordan helse- og omsorgstjenester er organisert og hva de inneholder.

### 3.1 Demens

Nordmenn har en stadig økende gjennomsnittsalder, og dermed er det sannsynlig at antall mennesker med demens også kommer til å øke betydelig, fordi forekomsten er større ved høyere alder. To – tre prosent av befolkningen er også yngre med demens, men stort sett utvikles det fra rundt 75 år og oppover. I Demensplan 2020 var det estimert at omtrent 77 000 personer i Norge hadde demens, og i Demensplan 2025 er det estimert over 100 000 personer (Engedal & Haugen, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Rundt 65% av disse bor i

eget hjem, mens de øvrige bor i boformer tilrettelagt for personer med demens, eller på sykehjem. Av de som flytter inn på sykehjem har om lag 80% diagnosen demens, og av de igjen er det flest kvinner. Dette henger trolig sammen med at kvinner har noe høyere levealder enn menn. På verdensbasis regnes det at det er omtrent 35 millioner personer med demens, og den største økningen er i Sør-Amerika og Asia. Dermed er demens en av de største globale utfordringene verden står ovenfor (Engedal & Haugen, 2016).

Demens er et samlebegrep for flere kroniske sykdommer som rammer hjernen. Det er forårsaket av ulike organiske sykdommer, og kjennetegnes av kognitiv svikt og endringer i personlighet, hukommelse og språk. De aller fleste som rammes av demens endrer sosial adferd, og har gradvis økende problemer med å utføre dagligdagse gjøremål som de har mestret tidligere. Demens er en irreversibel og progredierende tilstand som påvirker livssituasjonen til den som er rammet og de pårørende, og gradvis er man helt avhengig av hjelp. Det er flere ulike typer demens, og hvilken hjernedel som rammes påvirker også hvilke symptomer som den enkelte utvikler. Språksvikt, svekket kommunikasjon og orienteringsevne, motorisk uro, aggressivitet, angst, depresjon, hallusinasjoner eller apati, er noen typiske symptomer (Engedal & Haugen, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

De vanligste sykdommene som fører til demens er Alzheimers sykdom, lewy-legeme sykdom og hjerneslag. For at man skal kunne bruke begrepet demens, må alltid redusert hukommelsen være til stede i tillegg til andre kriterier som nevnt ovenfor. I startfasen av demens er som regel evnen til å orientere seg geografisk fortsatt noe til stede, og i denne fasen kan flere ha utbytte av lokaliseringsteknologi. Ved mild grad av demens er det ofte orienteringsevnen som svikter først; både i form av å holde rede på tid, dag og år, familiemedlemmer og egen livssituasjon, men også det å ferdes ute på egenhånd (Engedal og Haugen, 2016). Demens rammer ikke bare pasienten, men også familie og menneskene rundt merker endringene som følger av sykdommen. Å være pårørende til syke pasienter generelt kan by på ulike omsorgsbyrder, men å være pårørende eller partner med til personer med demens er særlig spesielt. Situasjonen preges av usikkerhet og håpløshet og ektefeller som strever for å bevare relasjonen etter at sykdommen rammer. Ønske om deltakelse, følelsesmessig involvering og godt samarbeid med personalet på sykehjemmet blir derfor ofte det som er viktig for pårørende som befinner seg i denne situasjonen (Tønnessen & Lind Kassah, 2017; Reinaas & Molvik, 2013).

### 3.2 Sykehjem

Vi har en rekke ulike institusjonstyper, og de defineres alt etter funksjon. Det kan være innen forsvar, utdanning, rehabilitering -og behandling, boenheter for psykisk utviklingshemmede, hjem for rusavhengige, flyktningmottak, fengsler, sykehus og sykehjem. De fleste institusjoner er offentlige, noen er private, og mange er kommunalt eid. Helsevesenet er flere organisasjoner oppbygget på forskjellige måter. Problemstillingen i denne avhandlingen referere til helseinstitusjoner i primærhelsetjenesten slik som kommunale sykehjem. Innad i sykehjem finnes det også mange ulike avdelinger som kort- og langtidsavdelinger, samt skjermede avdelinger for personer med demens og alderspsykiatri, i tillegg til andre differensierte avdelinger. En institusjon i denne betydningen som ordet blir brukt til her kan sammenlignes som et samfunn utenfor samfunnet der deler av befolkningen oppholder seg i korte eller lengre perioder i sitt liv, og det innebefatter stort sett både beboere og personal (Garsjø, 2008). Et sykehjem er primært rettet mot eldreomsorg, og har tilknyttet lege og personal med helsefaglig bakgrunn. Det er basert på frivillig innleggelse, og med vedtak med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven (Braut, 2018). Et sykehjem er en medisinsk institusjon og defineres slik:

*«Sykehjem er en helseinstitusjon som gir pasienter heldøgns opphold, behandling og pleie som ikke behøver å skje i sykehus, men som likevel krever mer helsefaglig innsats enn det som er praktisk mulig eller forsvarlig å yte i pasientens eget hjem. Sykehjem er en del av kommunehelsetjenesten» (Braut, 2018).*

### 3.3 Velferdsteknologi

«Velferdsteknologi handler ikke om teknologi, men om mennesker» er overskriften på forsiden på Helsedirektoratets «Fagrapport om implementering av i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030». Fagrapporten ble utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og bakgrunnen er forslaget i Hagen – utvalgets utredning NOU (2011:11) «Innovasjon i omsorg», om en Teknoplan 2015. Hensikten var å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger som hjelpemiddel i kommunale helse- og omsorgstjenestene, med det formål å legge til rette for at mennesker bedre kan meste sitt eget liv og helse (Helsedirektoratet, 2012). Men hva er velferdsteknologi? Teknologi er innovasjoner som vi alle bruker i hverdagen. Men når vi legger til ordet velferd, får det en helt annen betydning. Hvis man ser bredt på det, er velferdsteknologi noe alle mennesker kan bruke for å få det bedre. Nakrem & Sigurjónsson (2017) bemerker at dersom man ser på teknologi som et middel, eller en ressurs, og at velferd er å ha det bra, kan det være enklere å se for seg

hvordan alle kan bruke teknologiske innovasjoner for å få hverdagen til å fungere bedre. Helsedirektoratet (2012), definerer begrepet etter NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» sin beskrivelse, som ble lagt frem i juni 2011:

*«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.»*

Men begrepet velferdsteknologi ble først innført i Danmark som et forebyggende fokus på brukeres aktiviteter i hverdagen, fremfor mennesker i rollen som pasient. Det er teknologi og intelligente systemer som er rettet mot personer med kroniske sykdommer og handikap, personer med rehabiliteringsbehov, og ressurssterke eldre og andre innbyggere som kan ha utbytte av teknologi til dagligdagse gjøremål (Ausen, Svagård, Bøthun, Øderud, Lillefjære & Aas, 2012; Bøthun & Ausen, 2015). Begrepet knyttes til helse- og omsorgstjenestens utvikling av velferdsstatsmodellen, og er i dag svært utbredt også i Norge da velferd er et godt forankret begrep gjennom den nordiske velferdsmodellen i den nordiske landene (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). I velferdssamfunnet er velferdsstaten og den nordiske modellen bare én del, men de viktigste faktorene er at alle de nordiske landene er sterke liberale demokratier med næringsfrihet, åpen markedsøkonomi og en avhengighet til internasjonal handel. De nordiske landene har derfor hatt mulighet til å implementere velferdsstater fordi valget av denne type markedsøkonomi har ført til økonomisk rikdom. Velferdsstatens hovedmål med de offentlige ordningene er å ta vare på innbyggernes helse og livskvalitet, og særlig blant de svakeste i samfunnet (Fasting, Doksheim & Vatnøy, 2011). Store deler av verden har i senere tid tatt i bruk begrepet offentlig velferdsordning, men allikevel har den nordiske modellen distinkte kjennetegn som skiller dem fra andre modeller. Det er blant annet at de nordiske landene har innført flere universelle ordninger som har ført til at staten har erstattet familiens tradisjonelle rolle i større grad enn i for eksempel det sentrale Europa. Universelle ordninger betyr ytelser som tilbys alle, og ikke bare de fattige. I tillegg har de nordiske landene, og kanskje Norge spesielt, et høyt skattenivå og en omfattende offentlig sektor, som fører til mindre privat finansiert velferd, og mer velferdsfinansiering gjennom skatter og avgifter. Dette betyr at i motsetning til mange andre land, tar staten en stor del av

finansieringsansvaret, men også driften av helse- og omsorgsinstitusjoner og universelle velferdsordninger (Fasting et al., 2011).

Selv om velferdsteknologi er det begrepet som er mest utbredt og som vi kjenner, har teknologien mange ulike formål og bruksområder. Begrepet deles derfor ned i ulike hovedkategorier alt etter hva teknologien gjør, hvor den benyttes og hvem målgruppen er. Det presiseres at velferdsteknologi ikke omfatter medisiner eller produkter brukt til produksjon av medisiner, heller ikke aktiviteter i behandlingsøyemed på sykehus. I Helsedirektoratets (2012) fagrapport om Velferdsteknologi, benyttes disse fire kategoriene:

- ❖ Kompensasjons- og velværeteknologi
- ❖ Teknologi for sosial kontakt
- ❖ Teknologi for behandling og pleie
- ❖ Trygghets- og sikkerhetsteknologi

Jeg vil kort gjøre rede for hva slags teknologi og bruksområde som innebærer hver av disse kategoriene slik at lesere får et innblikk i velferdsteknologiens allsidighet innenfor helse- og omsorgstjenester, men jeg vill i all hovedsak ha hovedfokus på trygghets- og sikkerhetsteknologi gjennom denne masterbesvarelsen.

### **Kompensasjons- og velværeteknologi**

Denne type teknologi består som hel eller delvis kompensasjon for tap av funksjoner hos en person som følge av alder eller sykdom, og kan bidra til bedre livskvalitet. Det kan også kalles for mestringsteknologi. Eksempler kan være teknologi som hjelper personer med kognitiv svikt til å huske slik som individuelt tilpassende smarttelefoner eller elektroniske kalendere, og det kan for eksempel være talestøttende teknologi for blinde, svaksynte og hørselshemmede. I tillegg innebærer denne kategorien velværeteknologi som bidrar til å gjøre hverdagen mer komfortabel og som mange allerede kjenner til, slik som; Smarthusteknologi, «Ring hytta varm», og liknende informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) (Nakrem & Sigurdsson, 2017; Helsedirektoratet, 2012; KS, 2016; Fredskild & Dalkjær, 2017)

### **Teknologi for sosial kontakt**

Teknologi for sosial kontakt omfatter ulike løsninger som kan bistå mennesker i å komme med kontakt med andre og dermed øke det sosiale nettverket til brukeren. Hensikten med slik teknologi er å forhindre sosiale barrierer og ensomhet for personer rammet av sykdom eller funksjonstap. Eksempler er medier og sosiale Apper for kommunikasjon, eksempelvis

Facetime (Nakrem & Sigurjónsson, 2017; Helsedirektoratet, 2012; KS, 2016; Fredskild & Dalkjær, 2017)

### **Teknologi for behandling og pleie**

Denne type teknologi har til hensikt å bidra til at mennesker bedre kan mestre sin egen helse, ved å ta i bruk hjelpemidler som ikke krever interaksjon med helsepersonell. Eksempler på dette kan være roboter som forenkler dagligdagse aktiviteter, medisindispensere eller automatisk måling av blodtrykk og blodsukker (Nakrem & Sigurjónsson, 2017; Helsedirektoratet, 2012; KS, 2016; Fredskild & Dalkjær, 2017).

### **Trygghets- og sikkerhetsteknologi**

Dette er teknologi som inngår i løsninger hvor målet er at mennesker skal oppleve trygghet. Det har til hensikt å skape trygge rammer, og gi brukeren en følelse av trygghet for at man kan få hjelp når man trenger det, uavhengig av alder, geografisk bosted eller sosialt nettverk. (Nakrem & Sigurjónsson, 2017; Helsedirektoratet, 2012). Løsningene kan bidra til at flere kan bli boende hjemme lengre, og det kan bidra til å redusere opplevelse av utrygghet ved for eksempel å være alene hjemme eller å gå ut på vinteren. Denne følelsen kan ha en negativ effekt på flere områder i livet og skape begrensninger i opplevd bevegelsesfrihet. Dermed øker risiko for dårligere helse, ensomhet og sosial isolasjon (KS, 2016). Den mest utprøvde type av trygghets- og sikkerhetsteknologi er trygghetsalarmen. Det er en alarmknapp som brukere kan bruke til å tilkalle assistanse i hjemmet, slik som helsepersonell i hjemmesykepleien. De tradisjonelle trygghetsalarmene har noen svakheter ved at personen som bruker den må ha en viss grad av kognitiv forståelse, brukere må til enhver til bære alarmen på kroppen, og den virker bare innendørs (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Andre typer trygghetsskapende teknologi er dørsensor som varsler nattjenesten via trygghetsalarm dersom for eksempel brukere med demens går ut om natten, det kan være digitalt natt tilsyn, sengealarm, falldetektorer, kjøleskapsensor, bevegelsessensor, komfyrvakt, brann- og innbruddsalarmer og lokaliseringsteknologi; GPS (Nakrem & Sigurjónsson, 2017; KS, 2016; Fredskild & Dalkjær, 2017).

En type trygghetsskapende velferdsteknologi som jeg skal studere nærmere i denne avhandlingen er bruk av lokaliseringsteknologi i form av GPS.

### 3.4 GPS (Global Positioning System)

Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2013 ut med en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (§4-6a.) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Frem til da hadde det pågått en diskusjon vedrørende overvåking gjennom teknologi versus personvern. Særlig gjaldt kritikken fra Datatilsynet det å bruke lokaliseringsteknologi på personer med demens som var vurdert til å være ikke samtykkekompetent. Men i mai 2013 åpnet Helse- og omsorgsdepartementet opp for å bruke GPS på pasienter allikevel fordi de mente at GPS – teknologi kunne bidra til å øke den enkeltes livskvalitet og mulighet for utfoldelse, og at det ikke var et brudd på personvernet (Helsebiblioteket.no, 2013). Tilføyingen i lovverket gikk på at helse -og omsorgstjenesten kan fatte vedtak på at tekniske innretninger slik som varslings og lokalisering, kan brukes som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Lovforslaget kom på plass blant annet for å gi spreke personer med demens flere trygge muligheter til å ferdes ute. Men det skal fremkomme i vedtaket at det er det minst inngripende tiltaket, og at det er sannsynlig at personen det gjelder ville ha samtykket dersom mulig, gjennom å innhente opplysninger fra pårørende. I tillegg må det kartlegges hvorvidt dette er i vedkommende interesse, og at det er nødvendig for å begrense eller hindre skade. Denne type teknologi skal, med vekt på menneskerettigheter, fungere om en påminnelse om at det skal introduseres på måter som viser støtte og respekt for sårbare menneskers rettigheter (Bennett, McDonald, Beattie, Carney, Freckelton, White & Willmott, 2017). Dersom personen det gjelder motsetter seg tiltaket, skal det i all hovedsak ikke gjennomføres (Pasient- og brukerrettighetsloven §4-6.a, 2013), men det kan fattes vedtak om nødvendig helsehjelp etter kapittel 4 i Lov om pasient- og brukerrettigheter dersom pasienten ikke vil ha med seg GPS-en. Gjennom innovasjonsprosjektet Trygge spor, finansiert henholdsvis av Regionale Forskningsfond og Norges Forskningsråd og utarbeidet av SINTEF, viser erfaringer at det er nødvendig med god kunnskap om bruk av GPS slik at det ikke blir en falsk trygghet. Hovedargumentet for endringen i lovverket var at lokaliseringsteknologi anerkjennes som et hjelpemiddel for personer med demens (Holthe, Øderud & Landmark, 2015).

Global Positioning System (GPS) er en type satellittbasert lokaliseringsteknologi eller sporingsteknologi. Pasient- og brukerrettighetsloven, § 4-6 a (2013) bruker begrepet lokaliseringsteknologi, så derfor velger jeg å bruke det videre selv om begrepene ofte brukes om hverandre, og også under samlebegrepet velferdsteknologi. GPS er en teknisk innretning som beregner, og gir oss opplysninger, om hvor en person befinner seg geografisk, og det gir

oss dermed muligheten til å lokalisere personer utendørs. Siden GPS er satellittbasert fungerer det som regel dårlig innendørs på grunn av signalforstyrrelser inne i bygninger. Man er også avhengig av at GPS enheten befinner seg i et område med mobilnett, noe som kan være sårbart fordi det kan skape forsinkelser før GPS varsler registreres på mobiltelefonen ved overbelastning eller brudd på nettverket (Fosse & Øderud, 2014; KS, 2016). Typiske løsninger kan bæres på kroppen, festes på rullator eller rullestol, eller legges i håndvesken eller jakkelommen.

GPS-en fungerer slik at man setter opp digitale gjerder, «Geofence», som fører til at varsler sendes dersom personen beveger seg utenfor angitt område. Pårørende, eller personalet på sykehjemsavdelingen har en app på telefon eller nettbrett som til enhver tid viser lokasjonen til personen, og hvor eventuelle varsler synes (Bjønnes, 2020; KS 2016; Fosse & Øderud, 2014).



Figur 1. Illustrasjon av geofence

GPS systemer har en rekke funksjoner som tilbys for sporing av pasienter, i tillegg til etablering av geofence. De er utstyrt med en alarmknapp som gjør at GPS-enheten sender en SMS til et predefinert telefonnummer dersom den trykkes inn av brukeren. SMS 'en inneholder informasjon om posisjon, og at det er en nødsituasjon. Videre har enheten en lytte-funksjon slik at man som pårørende eller helsepersonell kan ringe opp brukeren av GPS-en, og lytte til hva som foregår på stedet, eller hva personen sier uten at vedkommende aktivt behøver å svare på anropet. Man kan også opprette en toveis taleforbindelse fordi enheten har en innebygd høyttaler i tillegg til mikrofon, og brukeren kan ringe ut på vanlig måte, men ofte bare til et predefinert nummer. Dersom GPS posisjonering ikke er mulig har enheten en backup i form av GPS triangulering. Det vil si at nærliggende basestasjoner bidrar til å måle



signalstyrke for å utregne posisjon. Den som administrerer GPS-en har også tilgang til sporing via web-grensesnitt, hvor man på nettsiden kan se posisjon, alarmer og historikk, samt at man definere geofence soner og sjekke eventuelle feil ved GPS-en (Fosse & Øderud, 2014).

Aktuelle tekniske feil og hendelser kan være lavt batteri, dårlig satellitt- og nettverksdekning, og feil ved selve enheten (KS, 2016). I oppstartsfasen hvor man vurderer en pasient for bruk av GPS, er det et tjenesteforløp som skal følges, og gjennom Tygge Spor prosjektet ble det utarbeidet et prosessdiagram basert på erfaringer. Kommunesektoren tar i bruk flytskjemaer basert på dette. Prosessen begynner med en forespørsel eller bekymringsmelding grunnet begynnende demens og mulighet for å kunne fortsette å bevege seg fritt utendørs. Det kan være pårørende, lege eller helsepersonell som melder, og faste rutiner må etableres på bakgrunn av dette. Videre følger en kartleggingsfase for å forstå totalsituasjonen, og vurdere om pasienten er egnet for GPS ut ifra definerte kriterier. Vurdering av trafikksikkerhet er en del av dette. Denne kartleggingen skal resultere i individuell tiltaksplan for pasienten, som skal legges den elektroniske journalen. Til slutt må pasient, pårørende og helsepersonell få nødvendig opplæring og forankring (Ausen et al., 2013).

## 4. Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for teori som belyser sentrale temaer i denne avhandlingen slik at jeg senere kan knytte det opp mot mine empiriske funn fra intervjuene.

### 4.1 Teknologi i omsorg

Teknologi er ofte noe vi forbinder med noe kaldt og mekanisk, og er sammen med innovasjon et begrep som tradisjonelt ikke hører sammen med omsorg. Omsorg forbinder vi med varme, personlig kontakt og nærvær. Men selv om disse begrepene kommer fra de henholdsvis ulike vitenskapene naturvitenskap og humanisme, og vitner om et motsetningsforhold, blir teknologi mer og mer integrert som en del av helsesektorens hverdag (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Helsevesenet har en sentral plass i den norske velferdsstaten, og vi har et lovbestemt prinsipp om at uavhengig av geografi og sosial tilhørighet har alle krav på lik rett til omsorg og behandling (Vevatne, 2020), og helse -og omsorgstjenester har, som Sandelowski (1999) beskriver det, vært ubønhørlig knyttet sammen med teknologi siden sent på attenhundretallets utdanning av sykepleie som profesjon. Teknologi som fysisk objekt, enten de på den tiden så på det som teknologi eller ikke, var en del av sykepleiepraksis i form av ulike instrumenter, utstyr og maskiner; slik som blodtrykksapparater, stetoskop, termometer, infusjonspumper og sykesenger. Med andre ord; utstyr som ble brukt for å

behandle pasienter. Sykepleiere var uunnværlige for den vitenskapelig og teknologiske endringen av vestlig helsevesen og medisin, og på tidlig nittenhundretall, ble ny teknologi tatt i bruk. Oksygen terapi, laboratoriediagnoser, antiseptisk lære og anestesi ble innført, med helsepersonell fungerende som primær administrator og vedlikeholder. Mot slutten av 1930 – tallet var det meste av sykepleierfaglig praksis flyttet inn på sykehus, og igjen var linken mellom omsorg, pleie og teknologi tett knyttet. Dette viser at helsepersonell kan vise omsorg gjennom sin kunnskap og bruk av de teknologiske redskapene vedkommende bruker i sin pleie av pasienten ((Nakrem & Sigurjónsson, 2017; Sandelowski, 1999). Teknologi til bruk hos eldre pasienter har som oftest vært begrenset til svært enkle og brukervennlige hjelpemidler. Men kjennskap til internett og økt bruk av digitale teknologiske innretninger, slik som smart telefoner, blir også mer utbredt hos den eldre generasjonen, så derfor kan det fremover bli et økende behov for mer sofistikerte hjelpemidler (Bennett et al., 2017).

#### 4.2 Innovasjon i omsorg

Innovasjon blir også sett på som motsetning til omsorg. Omsorg er det kjente og forutsigbare, og innovasjon sees på som kreativt, nyskapende og kanskje mer risikabelt (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Innovasjoner handler om å skape noe nytt, eller utvikle forbedringer av allerede eksisterende ressurser som har en positiv verdi for menneske og samfunn, og innovasjoner er dermed ikke en fysisk ting, men et resultat (Gjelsvik, 2007; KS, 2016). På folkemunne blir ofte innovasjon og oppfinnelse brukt som begreper om hverandre, men det er to vidt forskjellige fenomener. Innovasjon betyr å lage noe nytt, og man kan si at oppfinnelse er en del av den aller første fasen i en innovasjonsprosess. Men man kan først kalle det en innovasjon når oppfinnelsen er tatt i bruk, eller blitt implementert. I slike prosesser vet man ikke alltid hva resultatet blir, og derfor kreves det omfattende utviklingsarbeid for å sørge for at innovasjonen kan introduseres på en lønnsom måte (Gjelsvik, 2007). Å bruke GPS på pasienter er et godt eksempel på Schumpeters (1934, referert til i Gjelsvik, 2007) definisjon av innovasjoner som nye kombinasjoner av eksisterende oppfinnelser. Altså at et produkt får nye bruksområder som kan gjennomføres i praksis, og i økonomisk forstand handler det om å skape noe nytt som kan gi økonomisk verdiskapning. For samfunnets beste er det viktig å kunne tilby nyttige ressurser til alle samfunnsgrupper inkludert de som trenger mer tilrettelagte ressurser enn andre (Ebbing & Cichosz, 2017).

GPS er opprinnelig et satellittnavigasjonssystem som gir brukere i luften, på land, sjø og i rommet tilgang til nøyaktig navigasjon- og tids referanser over hele verden. Og før GPS ble tatt i bruk som hjelpemiddel i helsesektoren, har det vært kjent som teknologi for navigasjon

av båter, fly, biler, trafikkovervåkning og styring av gods- og persontransport. I dag er over 90% av brukerne sivile, men brukssegmentet ble opprinnelig utviklet som et militært system (Forsell & Kjerstad, 2020). Det at bruksområde til GPS har utviklet seg og blitt innført som velferdsteknologi, gjør også at den kan betegnes som en inkrementell innovasjon fordi den bygger på noe som allerede finnes (Gjelsvik, 2007; KS, 2016). Innovasjoner er igjen differensiert i en rekke ulike innovasjonstyper hvor produkt- og tjenesteinnovasjon er en av disse.

#### 4.3 Tjenesteinnovasjon

Innføring av velferdsteknologi i kommunal helsesektor fører til at helsepersonell må arbeide annerledes enn de er vant med, og det presser frem et behov for store endringsprosesser i kultur, kompetanse og måten man utøver tjenesten på; altså tjenesteinnovasjon (KS, 2016). Tjenesteinnovasjon er et multidimensjonalt fenomen. I likhet med da Schumpeter (1934) introduserte sin vide definisjon av begrepet innovasjon, har litteraturen ofte fokusert på teknologiske innovasjoner som er noe snevert i seg selv, men å anvende det opp mot tjenesteinnovasjon blir desto mer forutinntatt. Det er også en utilstrekkelig bruk av begrepet fordi tjenester innebærer som oftest en involvering av mennesker, og innehar immaterielle karakteristikk. Sammenligner man tjenester med fremstilling av varer, er tjenester mindre standardisert og fokuserer mindre på produkter, i tillegg til å være mindre sentralisert (Den Hertog, Van der Aa og De Jong, 2010). Tjeneste er utførelse fremfor objekter, og dermed kan en tjeneste ikke sees, føles, smakes eller bli tatt på slik som en vare (Zeithaml, Parasuraman og Barry, 1985). Den Hertog et al., (2010) definerer tjenesteinnovasjon som nye løsninger eller opplevelser som innehar en eller flere dimensjoner. Det kan være nye konsepter, nytt verdisystem eller nytt teknologisk eller organisatorisk leveransesystem. Carlborg, Kindström og Kowalkowski (2014) refererer til Barcet (2010) og Gallouj og Savona (2009) som sier at tjenesteinnovasjon er å introdusere noe nytt inn i vårt levesett eller organisasjon, og det handler om timing og plassering av det vi kan kalle for individuelle og kollektive prosesser som relateres til forbrukerne. Tjenesteinnovasjon er et multidimensjonalt fenomen, og i forhold til GPS som velferdsteknologi er den fysiske enheten kun et middel for å oppnå noe, men ikke løsningen på selve problemet. Det handler egentlig ikke om teknologien, men om mennesker, og når teknologien er implementert er det ikke lengre den som er det sentrale. Denne tankeretningen kalles teknologisk determinisme fordi det kan oppfattes som om at den teknologiske enheten i seg selv er en rask løsning på presset i helsesektoren, men det er ikke teknologien som skaper endring i samfunnet. Det er et samspill i sosiale, kulturelle og

politiske aspekter som bidrar til en positiv utvikling i samfunnet, og det er mennesker som tilegner egenskaper til teknologien, ikke motsatt. Det er vi som kan forstå hvordan teknologi kan være bidragsyter til omsorg (Nakrem & Sigurjónsson, 2017).

#### 4.4 Implementering av teknologi i kommunale helsetjenester

Det har vist seg å være utfordrende å drive teknologisk innovasjon i kommunale helsetjenester. Ofte dreier det seg om å innføre endring i etablerte arbeidsrutiner og praksis, og endring tar tid. Yrkesgruppene som vanligvis samhandler innenfor en helseinstitusjon er de med helsefaglig bakgrunn i ulike prosesjoner; leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter og en rekke andre teknikere og laboranter i spesialisthelsetjenesten. Når man da skal forsøke å innlemme teknologi som hjelpemiddel, må man samarbeide med yrkesgrupper man vanligvis ikke arbeider mye med, og ulike kulturer må da møtes og skape endring sammen (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). I kommunal helsesektor som kan være preget av regelstyring og byråkratisk forvaltning, kan det ha vært en fare for at dristige teknologiske innovasjoner har blitt sett på som lite egnet som virkemiddel (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Det er et paradoks at de i samfunnet som har størst behov og som kan ha best utbytte av teknologi som hjelpemiddel, ofte er de siste som får tilgang på det. Dette kan da gjelde eldre med demens som har behov for lokaliseringsteknologi, men økonomiske sammenhenger kan føre til at behovet ikke dekkes (Ebbing & Cichosz, 2017). En slik kultur kan være et hinder for innovasjon, og det er grunner til at de fleste utprøvinger av velferdsteknologi i kommunal sektor ofte avgrenses til prosjekter. Det er stadig økende krav om kostnadseffektivitet, samtidig med økt fokus på pasientsikkerhet, og dermed trenger man i realiteten mer ressurser enn det man har tilgang til. Man ønsker bærekraftige ideer og prosesser som kan bidra til å fremme folkehelsen, men siden det er liv og helse det er snakk om, er det mindre rom for eksperimentering. I tillegg må helsepersonell alltid gjøre individuelle vurderinger som innebærer hensyn til risiko og etiske problemstillinger. Det må også foreligge et minimumsnivå av IKT infrastruktur for å kunne eksperimentere med teknologi, noe som kan være en utfordring i mange offentlige bygg, og som kan igjen være et hinder for utprøving av velferdsteknologi (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Det er heller ikke en forutsetning at helsepersonell har en bakgrunn som gjør at de lett forstår hvordan teknologien skal administreres, og det kreves derfor en omstilling og endring i systemet som inkluderer teknologi slik at det omfatter det eksisterende helsevesen og bruker gjennom helhetlige kvalitetssystemer (Nakrem & Sigurjónsson, 2017).

#### 4.5 Verdibasert ledelse

«Ledelse er å skape resultater ved hjelp av andre». Det er en vanlig definisjon på av begrepet ledelse, men det sier lite om hva ledelse er; kun hva det skal føre til. Definisjonen antyder at det ikke har noen betydning hvordan det ledes eller hva lederen gjør, så lenge det fører til resultater. Etter hvert har ordet ledelse gradvis funnet sin form, og det ligger mer bak det enn makt, styring og autoritet. I dag handler ledelse om å skape engasjement og støtte blant medarbeidere som i utgangspunktet kunne ville noe annet. Begrepet har vokst frem etter behovet for å mobilisere folk, og det handler i stor grad om frivillighet og autonomi (Arnulf, 2012).

Våre verdier er styrende for holdninger, adferd og prioriteringer, og har også en stor betydning for kulturen innad i organisasjoner. I tillegg til ressurser og prosesser er verdier styrende for hvilken i hvilken strategisk retning man jobber mot, og hva som til sist blir gjennomført. Det er lederens standard, normer og verdisystem, og det går utenom etiske og samfunnsrelaterte spørsmål (Gjelsvik, 2007). Verdier er hva vi oppfatter som rett og galt, eller moralsk og umoralsk. Det er bevisste eller ubevisste tanker, standarder eller referanser, og kan sees på som et underliggende mentalt operativsystem (Kirkhaug, 2018). Verdier gir uttrykk for hvordan vi normalt bør handle, og er i utgangspunktet et positivt ladet begrep. Men i ledelsessammenheng har verdier både innhold og intensitet fordi, innholdet er grunnlaget for det som oppleves som viktig, mens intensitet er hvor viktig en verdi er for den enkelte.

Verdibasert ledelse er et faglig perspektiv med søkelys på organisasjonskultur. Som organisatorisk lederverktøy skiller verdibasert ledelse mellom de kjerneverdiene som er dypt i oss, og de mer perifere verdiene som er enklere å endre. Men når det gjelder å skulle innføre nye måter å arbeide på, som å innføre teknologi som hjelpemiddel i kommunale sykehjem, er det viktig å fokusere på lederens og medarbeidernes verdier som kollektiv størrelse, og hvordan de gir seg utslag i organisasjonskulturen. Organisasjonskultur kan ofte forstås som «måten vi gjør ting på her hos oss», men en litt mer forskningsbasert definisjon er «de sett av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatning som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene» (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Slik man kan forstå denne definisjonen er at leder eller medarbeider kan bruke organisasjonen eller sitt eget verdisett i sine handlingsmønstre og når de tar bevisste eller ubevisste valg, men sentralt i verdibasert ledelse er grunnleggende verdier, og lederens klare visjon og mål for å nå dem. For å kunne nå organisasjonens mål må man som leder ta i bruk det alt som kan bidra til dette; kompetanse, arbeidsmetoder eller teknologi (Kirkhaug, 2018). Samtidig så avviker

verdibasert ledelse fra en typisk ovenfra- og- ned tilnærming som ofte befinner seg i et hierarkisk system, så hvordan kan man nå måloppnåelse i kommunale helse -og omsorgstjenester som ofte preges av byråkrati forvaltning. I verdibasert ledelse er sosial utveksling sentralt i konseptet. Det er med på å forklare balanse forholdet mellom leder og medarbeider, hvilke følelser som medvirker, og således om det eksisterer en opplevelse av et gjensidig gi-og-ta forhold. Når denne type ledelsesstil har verdibaserte prinsipper, kan ikke strategiene leveres som ordre eller pålegges som mål og regler slik som det er i tradisjonell transaksjonsledelse (Gjelsvik, 2007; Kirkhaug, 2018). Verdiene har en ideologisk valuta, og et humanistisk og etisk menneskesyn som ligger til grunn for lederens påvirkningskraft.

Jacobsen & Thorsvik (2010) refererer til en av de mest sentrale teoretikerne innenfor institusjonell teori og ledelse, Philip Selznick (1957) som sier at ledelse først og fremst er å skape et felles verdigrunnlag i organisasjonen. Organisasjonen og menneskene i den må være mer enn bare et verktøy eller instrument å nå mål, spare penger og være kostnadseffektive, ellers blir den veldig sårbar ovenfor endringer. Slik Selznick ser det er ekte ledelse derfor å bygge legitimitet rundt organisasjonen og innholdet i den, og å kunne påvirke den sosiale fortolkningen av hva organisasjonen står for gjennom å legge verdier til grunn for at organisasjonen har en meningsfull funksjon. I moderne litteratur er dette kjernen i verdibasert ledelse, og en institusjonell leder er dyktig på å formulere, fremme og beskytte verdier knyttet til legitimitet og tillit. En variant av verdibasert ledelse er transformasjonsledelse (Askeland, 2013). Det innebærer å spille på medarbeidernes følelse, men ikke gjennom manipulasjon. Det er en prosess hvor lederen spiller på de irrasjonelle aspektene i mennesker ved å aktivisere og formulere følelser hos mennesker, i kontrast til å appellere til intellekt og fornuft (Jacobsen & Thorsvik, 2010). I faglitteratur om lederskap er det to typiske leder stiler som ofte omtales. Det er transaksjonell og transformativ ledelse. Disse stilene knyttes også til «hard» og «myk» logikk. Det er to former for ledelse som appellerer til ulike mennesketyper, og som henter frem ulike drivkrefter i oss. Den transaksjonelle stilen betegnes som mer maktbasert hvor lederen tar beslutninger for andre, og forteller andre hva de skal gjøre, og når det er gjort forventes det kompensasjon for det. Det er aktiv bruk av belønning for å oppnå en viss adferd. Det er også avviksledelse som betyr at lederen kun griper inn aktivt dersom ikke alt går som planlagt. Dette er i kontrast til transformasjonsledelser som er mer menneskeorientert, og hvor leder fokuserer på å inspirere og få medarbeiderne til å ønske seg mot endring og muligheter til forbedring (Jacobsen, 2018). Ledelsesteorier har beveget sitt fokus fra det tradisjonelle perspektiv ved å se lederen som en som står «over» sine

medarbeidere, til å være i interaksjon med medarbeiderne, og det krever at lederen viser en viss emosjonell dyktighet. Det handler om en genuin interesse for sine medarbeidere, mindre om kontroll, og mer om innflytelse (Vevatne, 2020). Den viktigste egenskapen til en leder for å kunne skape en effektiv organisasjon er evnen til å utvikle en visjon og inspirere. Man skaper entusiasme, tillit og lojalitet, og fremstår som en karismatisk leder. Men for at ikke verdibasert transformasjon ledelse skal bli en fallgrube hvor lederen ikke klarer å skille mellom personlige behov og profesjonell strategi, er det hensiktsmessig å innlemme visse strategiske elementer fra transaksjonsledelse. Det har vært diskutert innenfor teorier om management kontra ledelse vedrørende grad av overlapping i disse prosessene, da enkelte hevder at de er kvalitativt forskjellige eller gjensidig ekskluderende (Askeland, 2013). Verken den ene eller andre lederstilen er bedre enn den andre, men må tilpasses den enkelte kontekst. De kan utfylle og overlappes hverandre, fordi det anerkjenner at endring varierer fra situasjon til situasjon, og leder må være bevisst på dette når man går inn i en endringsprosess (Jacobsen, 2018, s. 10).

Verdibasert ledelse har på grunn av den sosiale utvekslingen flere fellestrekk med relasjonsledelse. Det handler om å være integrert i et sosialt felleskap i psykisk balanse, og som leder handler det om å ta vare på andre for å bli ivaretatt selv. Det handler i likhet med perspektiver fra transformasjonsledelse og verdibasert ledelse, om å gjøre andre gode gjennom å lede gjennom dialog og kommunikasjon i et samspill som setter den psykiske styrken på prøve (Spurkeland, 2013).

#### 4.6 Innovasjons- og endringsledelse

Elementene fra avsnittet over er redegjort for i ledelsesteorien til Harold Leavitt (1965), og bidrar til å forklare hvordan ekstraordinære resultater kan komme ut av positive og dyadiske relasjoner mellom leder og medarbeider (Kirkehaug, 2018; Arnulf, 2012).

##### 4.6.1 Leavitt's diamant

Nyere organisasjonsteorier betrakter organisasjoner som systemer, og det innebærer at organisasjoner splittes opp i mindre enheter, men at disse henger sammen og skaper en helhet. Systemteori ser på organisasjoner som *«et åpent, komplekst system, et system som ligger i samspill med flere ulike miljøer «som forsøker å oppnå mål og utføre oppgaver på mange plan og på forskjellige kompleksnivåer, og som forandrer og utvikler seg etter hvert som samspillet med skiftende miljø fremtvinger nye indre tilpasninger»* (Schein, 1982, referert til i Garsjø, 2008). Harold Leavitt (1965) illustrerer at produksjonskjernen i enhver organisasjon består av fire elementer; oppgaver, mennesker og teknologi. I denne kjernen inngår

strukturen, altså rammen eller konteksten i organisasjonen. Medarbeidere på sykehjem, *mennesker*, er ansatt for å utføre visse oppgaver, og noen av disse oppgavene kan løses ved hjelp av teknologi som de ansatte anvender. GPS og annen velferdsteknologi er eksempler på dette. Denne produksjonskjernen inngår i sykehjemmet som kontekst, eller struktur, og det gir et bilde av hva som er forventet av de ulike, hvilke oppgaver som skal utføres og hvilke verdier og holdninger man bør inneha for å arbeide som helsepersonell eller i andre administrative områder innenfor samme kontekst. Endringer i mennesker, oppgaver og teknologi kan studeres innenfor et innovasjonsperspektiv ved at medarbeidere løser oppgaver på nye eller andre måter, eller ved at man tar i bruk teknologi på en ny måte for å utføre oppgaver (Jacobsen, 2018).

Innad i et sykehjem eksisterer det flere ulike roller og funksjoner blant de som arbeider der. Leavitt (2005) er opptatt av å belyse at hierarkiske rollefordelinger fortsatt eksisterer, selv om en humanistisk tilnærming har overtatt for den mer tradisjonelle systemorienterte organisasjonsformen. De han betegner som «humaniserene» setter mennesket først, og ser på organisasjonen som et verktøy, mens systemerene setter organisasjonen først og menneskene som en av mange ressurser i organisasjonens tjeneste. Organisasjoner som klarer å imøtekomme begge disse motsetningene har større sannsynlighet for å være velfungerende over tid (Leavitt, 2005). Ordet hierarki har ofte blitt sett på som et negativt ladet ord, men i praksis så eksisterer det innad i helsesektoren en tydelig linje, eller rangordning. Fra assistent, helsefagarbeider, sykepleier, mellomleder, virksomhetsleder, kommunalsjef til rådmann. Det forventes at linjen følges og det ville vært vanskelig å drifte en kommunal virksomhet med helt flat struktur. Det betyr at aktørene har definerte, fastlagte oppgaver som er kjent for alle. Vi både avskyr og støtter hierarkiet på mange måter. Det kan på en side virke urettferdig og ulogisk, det kan skape sosiale ulikhet, og det kan skape en oppfatning om at ikke alle aktører har samme verdi (Vevatne, 2020). Men det gir oss mulighet til å strebe etter å utvikle oss, det skaper trygghet og sikkerhet, og vår plass i hierarkiet definerer oss. Det gir oss muligheten til å ikke bare fortelle hvem vi er, men hva vi er; jeg er sykepleier; jeg er leder. Ansatte i helsevesenet er vanligvis høyt utdannede og har bevis på at de er profesjonelle gjennom autorisasjon. Dermed tilhører de en bestemt gruppe, med definerte oppgaver, og de skal være klar over sin profesjons avgrensede plikter i fellesskapet (Leavitt, 2005; Vevatne, 2020). Og uansett på hvilket trinn i hierarkiet man sitter som leder, utviser man en viss form for autoritet og innflytelse, til tross for om man skulle ønske å kun være en humanistisk leder, fordi rollen tilsier det. Oppgavene til de ulike aktørene i hierarkiet utfyller hverandre og former og endrer



organisasjonen og rollene. Men dagens samfunn krever at man som leder er utrustet med flere ferdigheter enn før. Man skal være kreative, overbevisende og inspirerende visjonærer; man skal være en leder uten å være sjef (Leavitt, 2005). Det er det som skiller transaksjonsledelse fra transformativ ledelse. Man skal se den enkelte medarbeider, utvise personlig omtanke gjennom direkte kontakt, være delegerende og støttende, og tilføre medarbeidere energi og ressurser (Jacobsen, 2005). Derfor ser vi at når sykehjemmet, som struktur i Leavitts (1965) sin illustrasjon, endrer sin måte å utføre oppgaver på ved å innføre er teknologiske hjelpemidler som GPS på pasienter med demens, fører det igjen til endringer i strukturen som helhet. Det krever at menneskelige ferdigheter tilpasses for å kunne bruke, håndtere og forstå teknologien. De fire elementene, også kalt Leavitt's diamant, er i høy grad gjensidig avhengige slik at endringer i ett av dem vanligvis vil resultere i endringer i et annet.

I tillegg er det viktig at virksomheten har felles oppfatninger av grunnleggende verdier, og at forholdet mellom leder og medarbeider preges av tillit og gjensidig forpliktelse (Kirkhaug, 2018). Maksimal frihet basert på dette skaper samarbeid og selvstendighet, og utgjør et ideal i transformasjons – og verdibasert ledelse fordi lederens mål er å få folk til å tenke selv og gjøre hverandre gode, også når lederen ikke er til stede. Det minner om en «human relations» tankegang med ideer om at uformelle ledersystemer baseres på at sosiale mekanismer oppstår mellom mennesker og gir arbeidet motivasjon og trygghet, og bygger på selvadministrerte eller medarbeiderdrevne arbeidsformer. Arnulf (2012, s. 76) siterer den kinesiske filosofen Lao-Tse (Lao Zi): «*De beste lederne er de som får folk til å tenke at de gjorde det selv*». I neste kapittel går jeg nærmere inn på drivere for innovasjonsarbeid, og hvilken rolle samspillet mellom leder og medarbeider har på innføring av teknologi i helsesektoren.

#### 4.7 Drivere for innovasjonsarbeid

Den norske samarbeidsmodellen er en arbeidslivstradisjon som preges av en felles interesse mellom leder og medarbeider, og preges av samarbeid og gjensidig balanse der medvirkning og medbestemmelse står sentralt (Levin, 2012). Denne tradisjonen kan knyttes tilbake til den nordiske velferdsmodellen (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Dette samspillet danner grunnlaget for innovasjonsprosesser som drives av medarbeidere som oftest sitter på kompetanse direkte knyttet til sin rolle i virksomheten. Lederen sitt ansvar er å sørge for åpenhet og god informasjonsflyt om beslutninger, samt å sørge for at den strukturelle konteksten tilrettelegger for tilgjengelige ressurser. Medarbeideres kompetanse skal støttes gjennom gode rutiner og systematikk, og verdiene som skapes kan både ha økonomiske resultater, men også sosiale og samfunnsmessige ved at medarbeiderne trives og sykefraværet

går ned (Aasen & Amundsen, 2015). Kesting & Ulhøi (2010) beskriver to nøkkelgrupper som er involvert i medarbeiderdrevet innovasjoner (MDI); ledelsen og medarbeidere. Ledelsen har den formelle autoritet over organisasjonens strategi, men innehar som regel ikke nok kunnskap på detaljnivå om tjenester som utføres i den daglige driften. Ledelsen må derfor delegere myndighet til medarbeidere. Medarbeidere er menneskelig kapital, fordi de innehar erfaring, kunnskap, ferdigheter og personlighetstrekk som gjør at de er den største ressursen i virksomheter som våger å satse på innføring av ny teknologi for å endre måten man utfører oppgaver på (Kesting & Ulhøi, 2010).

Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, etablert i 2014 av regjeringen, skal bidra til at teknologi blir en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene (KS, 2016). Stokkeland & Kaarbø, (2014) sier; *«inntil videre består og domineres organisasjoner av mennesker. Uten kompetent mannskap mister skuta fart, og i verste fall går den på grunn»*. Dersom kommunehelsesektoren ikke velger å holde tritt med samfunnets økende krav om utvikling, vil man bli hengende etter. Selv om den økonomiske situasjonen i mange kommunale sykehjem er forvilt, og det ikke er rom for store velferdsteknologiske investeringer, er i hvert fall GPS på pasienter i økende grad tatt i bruk, og det driftes og håndteres av medarbeidere i deres daglige arbeid. Det å ønske seg helsevesenet som teknologisk innovatør og vellykket implementering er betydelig lettere enn å gjennomføre det i praksis. Det krever derfor en innsats utover selve innkjøpet av teknologien, og en bevisstgjøring på at GPS teknologi er et hjelpemiddel, men ikke løsningen på et problem. Teknologien i seg selv kan ikke skape endring alene, det er et gjensidig forhold mellom det tekniske og det menneskelige (Nakrem & Sigurdsson, 2017).

Det snakkes ofte om forankring i ledelsen, og det har blitt et vanlig ord i utviklingsarbeid. Det må finnes viktige aktører med kunnskap, forpliktelse og interesse som er knyttet til aktivitetene som skal gjennomføres. Disse aktørene kan være politikere, administrativ ledelse eller andre fagfolk. Forankring betyr at de som sitter med det overordnede ansvaret, og som er avhengig av, i dette tilfellet innfri regjeringens krav om å innlemme velferdsteknologi, har et eierforhold til det. De erkjenner sin rolle som iverksetter, er med på å utvikle og er enige i strategien, og de har den formelle myndighet til å innføre tiltak (Nakrem & Sigurdsson, 2017; KS, 2016). Videre drives gjerne selve innføringen av teknologi i kommunal sektor frem av ildsjeler blant medarbeidere, med utgangspunkt i forankring i administrativ ledelse. En ildsjel beskrives som en person med tro, motivasjon og optimisme, og som brenner ekstra mye for det aktuelle. Men det er allikevel en form for «top-down» prosess ved at ledelsen

legger føringer for å imøtekomme regjeringens krav om innføring av velferdsteknologi. Samtidig er det ledelsen som skaper rammene for medarbeiderdreven involvering og inviterer til aktiv deltakelse (Aasen & Amundsen, 2015). Det forankres ved at ledelsen aksepterer teknologi som en del av virksomhetens strategiplan og en kostbar investering, og at det videre arbeidet drives fremover av resurspersoner blant medarbeiderne (Gjelsvik, 2007).

#### 4.8 Etiske forutsetninger

En stor risikofaktor knyttet til demens er vandring, og etter hvert som sykdommen utvikler seg kan det bli vanskeligere å finne veien hjem. Etter den opprinnelige skepsisen fra Datatilsynet med hensyn til personvern da lovendringen kom i 2013, har i ettertid fordelene med bruk av velferdsteknologi blitt vektlagt i økende grad. Det handler om trygghet og selvstendighet for brukerne, men også at teknologi gir mer effektive omsorgstjenester. Men det er en rekke forutsetninger knyttet til bruk av teknologi inn mot personer med demens, og det har også sine begrensninger. Et viktig premiss er at det skal være i pasientens beste og at pårørende opplever det som en nødvendighet for å hindre at vedkommende for eksempel går seg bort og skader seg (Thygesen & Moser, 2014). En viktig årsak til kritikk og skepsis ved bruk av denne type teknologi er om det blir brukt som erstatning for menneskelig omsorg, hjelp og nærhet. Det er en fin balanse mellom kommunale interesser for å frigjøre ressurser, og redusere kostander, samtidig som verdighet og sårbarhet respekteres og ivaretas (Hofman, 2012). Tanken er at teknologi skal fungere som en støtte til den rammede og andre berørte, og at det skal gi muligheter til å klare seg mer på egenhånd med hjelpemidler som tidligere ikke var tilgjengelig (Sintef, 2013). Alle former for velferdsteknologi er utviklet med gode hensikter (Hofman, 2010). Men siden det er sårbare mennesker som er i brukergruppen av GPS som lokaliseringsteknologi, er det naturlig at etiske dilemmaer vil dukke opp. Både for pårørende, men også for helsepersonell som er nær pasienten, og til nærmeste leder med personalansvar for de ansatte som jobber direkte med pasientene.

Det kan oppstå etiske dilemmaer og moralske utfordringer fordi velferdsteknologi utfordrer den tradisjonelle måten å yte omsorgstjenester på, og det benyttes inn mot grupper som sannsynligvis ikke har hatt et omfattende bruk av teknologi tidligere (Hofman, 2013). Men hva regnes som et etisk dilemma? Eines & Lervik (2014) henviser til uttrykket «etikken starter der jussen stopper». Det kan oppleves enklere å forholde seg til lover og forskrifter, enn å gjøre gode vurderinger og bruke skjønn. Det beskriver en situasjon hvor det ikke er opplagt hva som er den beste handlingen ovenfor andre personer, når det ikke sier seg selv hva som er rett og galt, eller når løsningen på problemet ikke er selvinnløsende. Det som gjør

at et dilemma er av etisk karakter er at det oppleves som komplekse problemer som berører mellommenneskelige relasjoner til de involverte, og det er knyttet til tvil og usikkerhet. Man står ovenfor en situasjon der man må velge mellom to eller flere handlingsalternativer, og ingen av de virker som den riktige (Nordby, 2012).

Allmenmoral er uskrevne normer og verdier vi alle kjenner igjen fra våre egne liv. Etikk er refleksjon over moralen. Et typisk allmenmoralsk eksempel er at de svakeste i samfunnet har rett på vern og omsorg, og fra gamle dager; at kvinner og barn skal reddes først i en krisesituasjon. Allmenmoral blir formell når det skrives ned i juridiske lover eller retningslinjer. Helsepersonell har egne moralske plikter; slik som taushetsplikten. Idet man autoriseres som sykepleier er man også underlagt yrkesetiske retningslinjer for akseptabel yrkesutøvelse for sykepleiere. Her finner man igjen normer og verdier fra allmenmoralen, slik som respekt, ansvar og autonomi, og som også gjenspeiles i FNs menneskerettighetserklæring (Slettebø, 2013; NSF, 2011). Selv om det kanskje ikke nødvendigvis er så bevist, vil også ledelse alltid være forbundet med etikk. Som leder har man ansvar for at virksomheten holder en god etisk standard, og etisk lederskap innebærer at man viser vei og går foran som et godt eksempel. Det følger ofte stor innflytelse med det å være leder, og hvordan man velger å handle kan få konsekvenser (Vevatne, 2020).

Menneskerettighetene har dype historiske røtter, og grunnlaget baseres på verdier om menneskets verd, altså at menneske skal respekteres uansett egenskaper og omstendigheter. Lingås (2008) trekker frem Habermas' (1983) diskursetikk og krav om symmetri, og at det er et paradoks at vi som mennesker med samvittighet, er bevisst at vi gjør noe galt i det vi gjør det, som for eksempel dersom vi ikke følger etiske og moralske retningslinjer for respekt og likeverd. Samtidig må det gjøres en vurdering og tilstrebe en symmetri gjennom refleksjon, og fokus på hva som er fornuftig. Lingås (2008) bruker et eksempel for å belyse utfordringer i helsevesenet med å leve opp til diskursetikkens krav; ved at en nyutdannet kvinnelig helsefagarbeider likestilles med den erfarne, mannlige overlegen vil dette føre til at han mister legitimitet, men det vil heller ikke hjelpe henne mot å overkjøres av han som autoritet. Dette vil med andre ord ikke motvirke undertrykking i situasjonen, så derfor kan man ikke etterleve prinsipper fullt og helt, men tilstrebe en symmetri gjennom diskusjon, vurdering og ledelse. Denne tenkningen kan relateres til vurdering av bruk av lokaliseringsteknologi på personer med demens opp mot de etiske perspektivene av menneskeverd, fordi ofte omhandler det beslutninger tatt på vegne av andre, men med den andres beste i tankene.

## **Konfidensialitet, rett til privatliv**

Hofmann (2013) bruker uttrykket; «Big Brother sees and helps you» når det kommer til bruk av lokaliseringsteknologi fordi GPS - enhetene gir direkte informasjon om en persons gjøremål og aktiviteter. Det kan da oppfattes som krenkende og dermed utfordre etiske perspektiver på personvern, selv om det på den andre siden bidrar til å gi personer med demens økt frihet til å kunne bevege seg mer fritt. I tillegg er et argument at bruk av lokaliseringsteknologi kan redusere bruken av tvang, slik som lukkede dører (Hofman, 2013; Sintef, 2013). Tvang er helsehjelp som gis mot pasienter vilje, og ved bruk av tvang må det være fare for liv og helse, samt at pasienten er vurdert ikke samtykkekompetent. Skal det lages et tvangsvedtak må annen tillitsvekkende tiltak være forsøkt først (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §4A). Selv om personer med demens ikke alltid har evnen til å ta rasjonelle valg, skal retten til privatliv fortsatt tas hensyn til, og man skal møtes med respekt når det gjelder vurderinger og ønsker (Helsedirektoratet, 2012).

## **Integritet**

En forutsetning for å ha en positiv opplevelse av egen livssituasjon, er å få bestemme over sitt eget liv. Blant de mest sentrale etiske prinsippene er den enkeltes integritet, og respekt for dette er et overordnet prinsipp om ukrenkelig menneskeverd (Helsedirektoratet, 2012). Også de med kognitiv svikt har rett til å leve et meningsfylt og innholdsrikt liv, og selv om sykdommen påvirker livet til de pårørende og de nærmeste omgivelsene rundt, må man ivareta en respekt for hvordan personen har levd sitt liv før, og hvordan de ønsker å fortsette sine sosiale og fysiske aktiviteter. Pårørende strever ofte for å balansere hverdagen, hensynet til personens rett til frihet og selvbestemmelse, og frykten for at noe skal skje dersom personen med demens vandrer ute på egenhånd (Grut, Øderud & Bøthun, 2017).

Lokaliseringsteknologi kan bidra til å hjelpe, men da må det foreligge en nøye vurdering om hva personen selv ønsker og hva som er det beste for vedkommende, og ikke nødvendigvis det beste for pårørende, helsepersonellet eller omgivelsene rundt.

## **Autonomi**

Autonomi handler om å akseptere at en person har kompetanse til å ta egne valg, og det gjelder det grunnleggende prinsipp om rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv og egen helse. Rett til medvirkning og medbestemmelse er med på å ivareta den enkeltes autonomi (Eines & Lervik, 2012). Det å overvåke en person med lokaliseringsteknologi er en

form for inngripen i menneskers mulighet til å bevege seg fritt uten andres kontroll, og å leve et selvstendig liv med full bevegelsesfrihet (Grut et al., 2017), og det er et sentralt etisk forhold som man bør reflektere over når man som helsepersonell vurderer å ta i bruk GPS på en pasient med orienteringsvansker.

### **Interessekonflikter**

Når man vurderer å ta i bruk GPS på en pasient med demens, bør man også ha en etisk refleksjon rundt hvem som vil ha utbytte av teknologien. Er det for pasientens beste, er det for å redusere arbeidsmengende helsepersonell, eller er det for å lette byrden fra pårørende. Eller er det industri og samfunn som har mest å tjene (Hofman, 2013). Dermed er det ikke bare et helsefaglig spørsmål, men også et moralsk spørsmål om hvordan utbyttet av lokaliseringsteknologi skal vurderes.

Sett fra en annen side så kan bruk av velferdsteknologi gi makt til helsepersonell fordi den frigjør tid til å bruke på pasienten eller andre oppgaver, men det kan også redusere den profesjonelles autonomi ved at profesjonsutøvere ser at sin oppgave med å gi omsorg reduseres til å betjene og vedlike holde teknologi. Dermed kan velferdsteknologi endre en viss identitet og dynamikk ved profesjonen, men igjen så har teknologi til alle tider gjort nettopp dette (Hofmann, 2010). Det som kan være en faktor som spiller inn på yrkesetiske utfordringer, er rolle- og lojalitetskonflikter mellom mål og midler i helsesektoren.

Teknologisering i helse- og omsorgstjenester kan åpne for bruk av midler som kan oppleves som tildekning av viktige verdimesige sider av det å jobbe i et omsorgsykke (Lingås, 2008).

#### **4.8.1 Etisk begrunnet motstand**

Velferdsteknologi gjør sitt fremskritt innenfor helsesektoren, men det har vært og er fortsatt tidkrevende å innføre teknologi i helse- og omsorgstjenester. I kommunehelsesektoren spesielt tar det lang tid for at velferdsteknologi skal bli en del av tjenestene. Det krever at ressurser settes inn bredt og helhetlig, det må forankres en åpenhet for tjenesteinnovasjon og det må en endring til i forhold til fokus i opplæring fra å bare se på brukervennligheten i teknologien.

Hva som ligger bak denne motstanden mot velferdsteknologi kan være etisk begrunnet av mulige konsekvenser om hvordan dette vil påvirke sårbare personer involvert, fordi det skiller seg fra annen medisinsk teknologi (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Trender innenfor helseteknologi begynner å bevege seg fra en puristisk forståelse av at teknologi er et verdinøytralt verktøy til eksterne formål, mot et er mer verdibærende hjelpemiddel i samfunnets utfordringer (Hofman, 2010). Men de etiske konsekvensene som

kommunesektoren potensielt bekymrer seg for, handler ikke kun om teknologien i seg selv, men det faktum at uten nok forståelse av riktig bruk, kan kommunehelsetjenesten plutselig få et nytt juridisk og moralsk ansvar. Norge har et sterkt personvern og helselovgivning, som kan være til hinder for nesten all informasjons - og kommunikasjonsteknologi (IKT) som innehar innhenting og lagring av data og personopplysninger (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). En oppfatning som bidrar til motstand mot teknologi kan også være at man da velger bort den varme omsorgen og nedprioriterer den tradisjonelle formen for pleie. Hofmann (2010) mener at kontrasten mellom kald og varm omsorg ligger i skillet mellom instrumentell rasjonalitet og omsorgsrasjonalitet. Kommunehelsetjenester kan være i behov av tjenesteinnovasjoner som fokuserer på opplæring, forståelse og gode etiske vurderinger som da klarer å skille mellom teknologi som noe som har som mål å effektivisere tjenestene og gjøre de kostnadseffektive, til at velferd og omsorgen til de sårbare personene har en verdi i seg selv. Helsetjenestene endrer seg over tid, og verdiene som den enkelte kommune, virksomhet, leder og medarbeider innehar vil også endre seg i takt med at pasienter og pårørende blir mer opplyste og har andre behov enn tidligere. Velferdsteknologi i et etisk perspektiv kan da oppfattes som et dilemma ved at det både har positive og negative forhold å vurdere. Samtidig som teknologi skal bidra til å gi den enkelte en større grad av frihet, krever den samme teknologi en detaljert registrering av hvor vedkommende befinner seg (Reinaas & Molvik, 2013). Bruk av GPS på pasienter med demens kan gi økt bevegelsesfrihet, samtidig som det medfører en fare for overvåkning som utfordrer balansene mellom tilstrekkelig og for mye tilgang på data om personen (Nakrem & Sigurjónsson, 2017). Derfor er det viktig at man som leder knytter instrumentelle verdier til sekundær etikk, blant annet ved å være bevisst på å bruke verdibaserte virkemidler for å fremme brukermedvirkning og ha pasientens beste i fokus (Lingås, 2008). Leder har et særlig moralsk ansvar for å handle ut ifra arbeidsplassens og egne verdier, og en leder som reflekterer over at etiske valg tas på bakgrunn av dette, vil være i bedre stand til å utøve gode handlinger (Vevatne, 2020).

## 5. Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere valg av forskningsdesign, valg av vitenskapsteoretisk ståsted og datainnsamlingsmetode. Jeg vil også gjennomgå en metoderefleksjon for å utdype styrker og svakheter med strategi for denne avhandlingen, samt min egen rolle som forsker.

### 5.1 Forskningsdesign

Siden formålet med min avhandling er å undersøke hvordan lokaliseringsteknologi er innført, tatt i bruk og forstått gjennom helsepersonellet sine opplevelser og erfaringer, velger jeg fenomenologisk studie som forskningsdesign. Jeg ønsker å avdekke deres tanker, følelser og betraktninger gjennom felles refleksjon, hvor respondentene får anledning til å sette ord på deres erfaringer (Busch, 2013). I fenomenologiske studier utvikler mennesker sine kunnskaper gjennom den konteksten de befinner seg i, og i dette tilfellet er det de opplevelsene og erfaringene de gjør seg innad i en sykehjemsavdeling med personer med demens. Jeg ønsker også å undersøke om de har reflekter over leders rolle inn mot velferdsteknologi siden det i all hovedsak er helsepersonellet som håndterer teknologien i det daglige og som er tettest på pasienter og pårørende. Fremgangsmåten vil være deduktiv da jeg først har lest og studert teori knyttet til fenomenet, og har derfor allerede noen forventninger om hvordan bruk av lokaliseringsteknologi oppfattes og håndteres i den verden som helsepersonell befinner seg i. Deduktiv tilnærming forsøker så gjennom innsamlet empiri å avdekke sammenhenger, eller ulikheter, med det man har av teoretiske antakelser (Jacobsen, 2015). Utfordringen med å velge en fenomenologisk tilnærming er at man skal forsøke å ikke ta med seg antakelser om hvordan virkeligheten skal se ut, i fare for at fordommer kan komme i veien. Derimot så vil det være nesten umulig i praksis da vår daglige interaksjon med omverden gir oss en forståelse av hvordan virkeligheten ser ut, og vi vil ubevisst ha med oss følelser og begreper når empiri samles inn. Samtidig så er fenomenologien rakte motsetning til den positivistiske tilnærming hvor vitenskapelig og intellektuell refleksjon unnlater å hensynta livserfaring, praktisk erfaring og opplevelser knyttet til den livsverden man befinner seg i. Siden jeg har valgt å studere en praktisk teknologi kombinert med etiske refleksjoner og opplevelser, velger jeg å argumentere for at en fenomenologisk tilnærming er passende for temaet i denne avhandlingen. Sammen med hermeneutikken som bidrar med en ontologisk vending mot å redegjøre for grunnleggende forutsetninger for forståelse, håper jeg å få frem menneskene bak den praktiske håndteringen av teknologi (Thornquist, 2012). Videre følger en mer en mer utfyllende beskrivelse av vitenskapsteoretisk ståsted.



## 5.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er hermeneutisk fenomenologisk perspektiv fordi det handler om å se en situasjon ut ifra de kunnskapene vi allerede sitter med, og det gir oss mulighet til å beskrive fenomenet når vi undersøker det nærmere. Edmund Husserl blir sett på grunnleggeren for fenomenologien som filosofi rundt år 1900, og ble siden videreutviklet som eksistensfilosofi (Kvale & Brinkmann, 2015). Mens Paul Ricoeur (1939) utviklet en egen fortolkningsteori som forener fenomenologi til den filosofiske hermeneutikk, og betrakter dette forholdet som et gjensidighetsforhold. Hans tenkning fremholder fenomenologien som en bevissthet mot noe som gir mening, og hermeneutikken belyser at dette noe må fortolkes fordi det ikke er gitt (Thornquist, 2012). Filosofien fenomenologi har blitt kritisert og misforstått som følelsesorientert, men Husserl anså retningen som en kunnskapsteoretisk måte å forstå fenomener ut ifra den virkeligheten som den oppleves av aktøren (Kvale & Brinkmann, 2015). Max Van Manen (2017) beskriver at det er viktig å skille på hva fenomenologi *ikke* er, og at det er lett å blande retningen inn i psykologi eller selvutvikling, eller at det handler om å kartlegge erfaring. Men det handler om å forstå mennesker handlinger ut ifra deres egne subjektive erfaringer, og de det i lys av den konteksten det fenomenet oppleves i (Johannessen, Tufta & Christoffersen, 2016). Den hermeneutiske tradisjonen handler om meningsfortolkning, særlig innenfor tekster, men det inkluderer også hvordan meningsfulle uttrykk, ytringer og holdninger fremstår i forhold til menneskelige handlinger, og hjelper oss å forstå hvordan vi forstår verden (Kvale & Brinkmann, 2015; Thornquist, 2012). Fenomenologien blir hermeneutisk når metoden går fra å være rent beskrivende til fortolkende. Den tyske filosofen Martin Heidegger argumenterer for at mennesket alltid eksisterer i sin egen opplevelse av verden, og at all beskrivelse allerede er tolkning, og at menneskelig bevissthet er tolkende. Heideggers student Hans-Georg Gadamer fortsatte utviklingen av hermeneutisk fenomenologisk vitenskapssyn ved utforske språk og samtale, betydningen av forforståelse, og tradisjoner i menneskelig forståelse. Meninger og holdninger blir ikke gitt til oss direkte, så vi må derfor ta en hermeneutisk omvei gjennom symbolikk i kulturen (Thornquist, 2012). Filosofen Paul Ricoeur kombinerer også fenomenologi og hermeneutikk og vektlegger hvordan menneskers meninger blir påvirket av myter, religion, kultur og språk. Han mener at det finnes en samhandling mellom narrativitet og tidsmessighet, og at dette kan relateres til spørsmål om det å være, selvet og selvidentitet (van Manen, 2011), og den generelle undrende tanken om hva som skjer i oss og med oss når vi forstår (Thornquist, 2012).

Jeg ønsker å ha fenomenologisk hermeneutisk perspektiv som mitt vitenskapsteoretiske ståsted fordi min problemstilling i utgangspunktet kan virke veldig konkret siden det omhandler teknologi. Men det er teknologi *i omsorg*, derav innebefatter det mennesker, følelser og opplevelser. Det omhandler mennesker i dets mest sårbare fase i sitt liv, og det utfordrer oss som helsepersonell, og som leder, å skulle ta valg og gjøre vurderinger basert på noe som kanskje balanserer på grensen av etiske perspektiver på menneskeverd. Mitt ledelses perspektiv er verdibasert, og dermed faller det også innunder den fenomenologiske tradisjonen for å studere verden slik folk oppfatter den (Johannessen, et al., 2016). Jeg skal ikke påstå at det vil være mulig å kalle metoden for innhenting av data for dybdeintervju, da det er få intervjuer som kvalifiserer for denne betegnelsen, spesielt da avhandlingen gjennomføres som en del av et studentforløp (Grenness, 2020). Jeg holder meg til betegnelsen kvalitative intervjuer. I denne avhandlingen handler det om å utforske og beskrive mennesker erfaringer og refleksjoner rundt bruk av lokaliseringsteknologi på mennesker med demens, og på hvilken måte verdibasert ledelse påvirker de involvertes sosiale og kulturelle verden.

### 5.3 Datainnsamlingsmetoder

I denne undersøkelsen valgte jeg å bruke fokusgruppeintervjuer. I samfunnsvitenskap har individuelle intervjuer stort sett hvert den dominerende form for å innhente data, men med denne problemstillingen er det interessant å få i gang en refleksjon rundt tema, og da er det hensiktsmessig å være en liten gruppe på 3-4 personer. Gruppen kan da reflektere over fordeler og ulemper med å bruke lokaliseringsteknologi på pasienter med demens i sykehjemmet. Problemstillingen i denne undersøkelsen er også såpass avgrenset at det er enklere for en fokusgruppe å holde seg til tema og diskutere saken uten å la seg avspore slik det lett kan gjøres i mer åpne og vide temaer (Jacobsen, 2018). Deltagerne i fokusgruppene er ansatte på sykehjem som har erfaring med bruk av GPS. I hver gruppe var det en variasjon av helsefagarbeidere og sykepleiere. Noen med videreutdanninger innenfor aldring og demens, og aldring og psykiatri. Fordelen med fokusgrupper kontra individuelle intervjuer er at imens en annen deltaker snakker, kan det sette i gang tankeprosessen hos en annen. Gjennom denne fortolkningsutviklingen hjelper deltakerne hverandre å forstå og reflektere rundt temaet, og se til fra ulike perspektiver. Man kan kanskje stå i fare for å miste noe av dybden en kunne ha avdekket gjennom individuelle intervjuer fordi en får i større frem hva gruppen som helhet mener i større grad en individuelle synspunkter, men samtidig bidrar gruppeprosessen til at det utvikles en felles forståelse for tema som diskuteres. Sett i lys av problemstilling er en etisk refleksjon absolutt en fordel og kan være en styrke. Ulempen med fokusgruppeintervjuer

kan være dynamikken i gruppen. For noen mennesker er det naturlig å ta ordet og være verbal med sine meninger og tanker, hvorav andre kanskje trekker seg litt mer tilbake og velger å være mindre frempå med egne perspektiver. Dette kan påvirke resultatene, og kan derfor være en utfordring for meg som intervjuer (Jacobsen, 2018).

#### 5.4 Utvalg

På grunn av denne avhandlingens omfang og valg av kvalitativ metode, måtte jeg sette en grense for antall respondenter som kan inkluderes i intervju og i fokusgruppene fordi datainnsamlingsmetoder er omfattende, og det kan blir utfordrende å analysere for mye data på en fornuftig måte (Jacobsen, 2015). Samtidig så må utvalget være av en viss størrelse for at undersøkelsen skal være pålitelig (Everett & Furseth, 2019). Den teoretiske populasjonen jeg ønsket å inkludere var helsepersonell på sykehjem, fordi problemstillingen omhandler pasienter med demens med langtidsvedtak på sykehjem, samt de som jobber direkte inn mot denne pasientgruppen. Utvelgelsen av respondenter har vært av en strategisk art, ved at jeg valgte en målgruppe som jeg ønsket at skulle delta av hensiktsmessige årsaker. Det har vært relativt oversiktlig å ha en viss forkunnskap på om respondentene vil kunne identifisere seg med tema i oppgaven da jeg har rekruttert på egen arbeidsplass. Dette har jeg valgt å gjøre grunnet tilgang, relevans og en oppfatning av at denne populasjonen vil kunne gi meg mye og god informasjon da de innehar en kompetanse og direkte erfaring og kjennskap til fenomenet som jeg undersøker.

#### **Utvalgsriterier**

Først ønsker jeg å belyse hvilke grupper jeg har ekskludert fra denne avhandlingen. I forarbeidet og planleggingsfasen av denne oppgaven var tanken først å inkludere pårørende og pasienter for å undersøke brukeropplevelser rundt lokaliseringsteknologi. Men da valget falt på å se på fenomenet fra et leders perspektiv, samt de etiske forutsetningene det innebærer å inkludere data som utfordrer personvern, ble det mer hensiktsmessig å utelukke denne gruppen. Dog kunne det vært interessant å se saken fra dette perspektivet også, men det er i all hovedsak hvordan etiske vurderinger drøftes og utfordringer ivaretas ved innføring og gjennomføring av velferdsteknologi som er i fokus i denne omgang. Dersom jeg hadde inkludert pårørende og brukere i tillegg til helsepersonell, ville jeg risikert at omfang og data ville bli for stort for å kunne analysere på en hensiktsmessig måte. Jeg har også utelukket ufaglærte ansatte og timelønnede vikarer på grunn av kontinuitet i arbeidet med demensomsorg, faglig bakgrunn og direkte kjennskap til og håndtering av GPS-enheter. En svakhet ved at jeg har utelatt disse gruppene kan være at jeg mister perspektivet til de som

kun har en oppfatning av hva teknologi i omsorg er, uten å ha noen erfaringer å basere det på. Jeg mener uansett at jeg har en viss bredde og variasjon i mine respondenter ved at de representerer ulike roller innenfor utdanning, alder og erfaring, og utvalget er dermed formål styrt (Jacobsen, 2015).

Mine inkluderingskriterier ble:

- ❖ Fast ansatt i kommunalt sykehjem innenfor demensomsorg
- ❖ Utdanning innenfor helse; helsefagarbeider, vernepleier, sykepleier og fagsykepleier
- ❖ Ønske om å delta

Jeg har ikke hverken inkludert eller ekskludert på bakgrunn av kjønn, alder eller ansiennitet, men på grunn av overvekt av kvinnelige ansatte i sykehjemmet ble kvinner overrepresentert i utvalget. For å sikre anonymitet til respondentene vil jeg derfor benytte kjønnsnøytrale pronomen i resultatdelen. Alle respondentene går i to-delt turnus i stillingsstørrelser varierende fra 60-100%. Etersom jeg har valgt fokusgrupper i tillegg til ett individuelt intervju av fagsykepleier, er utvalgsproblematikken hvem som skal sitte i de ulike gruppene. Jeg har da brukt de samme inkluderingskriteriene innad i gruppene, men har tre grupper fra tre ulike avdelinger. Avdelingene har svært ulike pasientgrupper innenfor ulike omsorgsnivåer, men fellesnevner er at det alle innehar pasienter med demensdiagnoser i ulik grad og sykdomsprogrediering; altså hvor lang de har kommet i sykdomsforløpet. Alle de inkluderte avdelingene har eller har hatt pasienter som har brukt lokaliseringsteknologi som hjelpemiddel. Gruppene besto av inntil 4 respondenter som innehar et minstemål av felles opplevelser (Jacobsen, 2015). Jeg vil definere respondentene i hver gruppe gruppen som middels homogene da de har et felles erfaringsgrunnlag, og mange av de samme opplevelsene, samt at respondentene har ulike trekk og kriterier i yrkesrolle, alder, kjønn og stillingsstørrelse, men at gruppene opp mot hverandre er middels heterogene på grunn av avdelingens størrelse, pasientgruppe og omsorgsnivå.

## 5.5 Forskningsetiske forhold

Når man gjennomfører samfunnsvitenskapelige undersøkelser finnes det flere grunnleggende etiske krav som man som forsker må reflektere over, og håndtere. EUs General Data Protection Regulations (GDPR) innebærer at også studenter har meldeplikt i forhold til personvern av personer som inngår i prosjekter uavhengig om sensitive personopplysninger er inkludert i prosjektet eller ikke. Det er lovpålagt meldeplikt, og selv om intervjuobjekters opplysninger er anonymisert, er det opp til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) å avgjøre

om opplysningene ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner direkte eller indirekte (Grenness, 2020).

Det mest alvorlige dilemmaet man kan befinne seg i som forsker oppstår dersom man står i fare for at forskningen på et eller annet vis, kan skade andre mennesker. Det er sjelden at man står i denne type etisk dilemma i en mastergradavhandling, men det er viktig å være bevisst på at man ikke forsøker å skjule undersøkelsens hensikt for å forhindre uønskede effekt av intervjusituasjonen. Alt folk for eksempel oppfører seg annerledes når de vet at de blir observert (Jacobsen, 2015). I norsk forskningsetikk er det i all hovedsak tre grunnleggende etiske krav som må ivaretas i forholdet mellom forsker og deltaker i prosjektet. Det første er informert samtykke.

#### 5.5.1 Informert samtykke

Det handler om at man sikrer seg at deltakerne deltar frivillig i prosjektet, og at de er klar over at de har rett til å trekke seg når som helst ved at de får tilstrekkelig informasjon om prosjektets hensikt til å ta dette valget. De aller fleste respondenter har evnen til å vurdere fordeler og ulempene selv, men i visse tilfeller der man velger å intervju sårbar grupper som barn, psykisk utviklingshemmende eller eldre med kognitiv svikt, må man basere seg på at andre tar disse valgene for dem (Jacobsen, 2015; Kvale et al., 2009). For å sikre at jeg ikke kompromitterer noen, og at jeg beveger meg på utrygg grunn, velger jeg derfor å ikke inkludere pasienter og pårørende som en del av mitt prosjekt. Med begrenset forsker erfaring ønsker jeg å være trygg på av respondentene i mitt prosjekt er i stand til å ta disse vurderingene selv. Respondentene har derfor fått en muntlig gjennomgang av hensikten med prosjektet, samt et informasjonsskriv med vedlagt samtykke skjema.

#### 5.5.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet eller anonymitet innebærer at forskeren sørger for at data som kan identifisere respondentene ikke avsløres ved å respektere krav til privatliv, og gjør en vurdering av hvor følsom informasjonen som samles inn er. Hva som er privat eller følsomt for den enkelte kan variere fra person til person, men jo lengre inn i den private konteksten man beveger seg, jo større er sannsynligheten for at etiske dilemmaer kan oppstå (Jacobsen, 2015; Kvale et al., 2009). Mitt prosjekt omhandler en mer offentlig sammenheng som er jobberelatert, men det oppstår følelser her også ettersom respondentenes jobb er med og i samhandling med mennesker. Dersom det er mulig for en utenforstående å identifisere en person basert på det som kommer frem i undersøkelsen, har det oppstått et brudd på privatlivets fred, og jo færre respondenter man inkluderer i prosjektet, jo større er faren for at

dette kan skje (Jacobseb, 2015). I mitt tilfelle ble ble etiske dilemmaer knyttet til konfidensialitet at jeg hadde relativt få respondenter som arbeider på samme arbeidsplass. Samtidig ved å bruke fokusgruppeintervjuer så delte respondentene erfaringer, tanker og følelser med hverandre der og da, og oppgavens problemstilling tilsier at det ikke er stor fare for alvorlige brudd på at sensitiv informasjon bryter med etiske prinsipper. Ingen personopplysninger ved respondentene er relevante for oppgaven, og med variasjon i utvalg fordelt på tre ulike avdelinger mener jeg at krav om konfidensialitet er ivarettatt. Fokuset fra den enkeltes synspunkter skyves til relasjonen mellom respondentene og utveksling av synspunkter mellom individer (Jacobsen, 2015).

Kvalitativt intervju av fagsykepleier krever en helt annen tilnærming til diskresjon da det vil være relativt enkelt for de som arbeider på samme arbeidsplass å forstå hvem denne personen er. Derfor er intervjuguiden lagt opp til å stille kun praktiske spørsmål rundt bruk av lokaliseringsteknologi, og ingen spørsmål knyttet til egen tolkning av følelsesmessige forhold rundt bruk og håndtering av teknologien. Det gjengis heller ikke direkte sitater fra respondenten. Derfor kan heller ikke dette intervjuet regnes som fenomenologisk hermeneutisk i samme grad som fokusgruppeintervjuene, men heller som et tilskudd til å forstå hvordan lokaliseringsteknologi kan benyttes som hjelpemiddel i offentlig helsesektor i en praktisk og konkret sammenheng.

### 5.5.3 Krav til riktig gjengivelse av informasjon

Respondentene har krav på at det de sier gjengis korrekt, og i riktig sammenheng. Det innebærer også at man ikke skal forfalske data og resultater, og at det som blir sagt ikke gir mening fordi det gjengis i en annen kontekst enn det som var ment. Det kreves refleksjon fra forskeren side for å veie opp nytteverdien av informasjonen mot risiko for å skade tilliten til respondenten. Åpenhet og tilgjengelighet er den beste garantien for å sikre at resultatene er så tro som mulig mot det som respondentene mente å formidle. Når resultater skal offentliggjøres ved prosjektets slutt, bør funnene være så nøyaktige som mulig og i høyeste grad respektere kravene om at data er gjengitt riktig, og ikke forvrent (Jacobsen, 2015; Kvale et al., 2009). Mine etiske dilemmaer knyttet til dette punktet er at i fokusgrupper, motsetning til individuelle intervjuer, er at det er flere personer meninger og synspunkter som skal gjengis korrekt i rett sammenheng samtidig, og at når diskusjonen pågår, hopper respondentene frem og tilbake i egne tanker, erfaringsutveksling og refleksjoner. Det er noe mer utfordrende å holde tråden i kontekst og hvem som sier hva, enn det er når man er i en en-til-en situasjon. Allikevel, som i argumentasjonen for krav om konfidensialitet mener jeg at dette ble ivarettatt

ved at transkriberingen foregikk direkte etter intervjuene, og at respondentene var omforent om mange prinsipper noe som gjøre det mindre betydningsfullt om nøyaktig hvem som sa hva så lenge det er innenfor en sammenheng som gir mening, og som var korrekt i forhold til tema som ble diskutert.

#### 5.5.4 Forskerens rolle

Det er både fordeler og ulemper ved å forske på egen arbeidsplass. I en mastergradsavhandling slik som dette er det tilgangen på informasjon, kjennskap til virksomhetens kultur, språk og struktur, samt tilknytning og engasjement til fenomenet som det forskes på, som gjør at det er fristende å ta dette valget (Jacobsen, 2015; Busch, 2013). Oppgavens omfang, tidsbegrensning og arbeidskapasitet i tillegg til egen jobb og familie, er også kriterier som jeg personlig tok med i beregningen da valget falt på egen arbeidsplass. Det som kan kjennetegnes som en utfordring er å opprettholde nødvendig avstand til det man skal undersøke dersom man selv har meninger og erfaring på området, og man kan da få utfordringer med å holde seg upartisk. I mitt tilfelle sitter jeg i en administrativ stilling, og har derfor en naturlig avstand til det praktiske som foregår på avdelingene. Derfor undersøker jeg deler av virksomheten som jeg ikke er fullt integrert i selv, og dermed er det min nysgjerrighet for det jeg ikke vet så mye om fra før, som er motivasjonen for å undersøke nettopp dette. Jeg ønsker å lære mer om hvordan medarbeiderne aktivt jobber inn mot pasienter med demens, og hvordan de benytter seg av tilgjengelige hjelpemidler. Jeg vil vite hva slags vurderinger de tar, hvordan de håndterer teknologien underveis, og hvordan de selv reflektere over de etiske forholdene rundt, og jeg vil som leder vite hva medarbeideren ser på som ledelsens rolle inn mot teknologi i omsorg. Jeg har reflektert over min egen posisjon ved å undersøke på egen arbeidsplass, men også i forhold til leder - ansatt rollen. Deltar respondentene fordi jeg er en del av ledelsen og det er vanskelig å si nei, eller er det et oppriktig ønske å delta og bidra til mer informasjon og refleksjon rundt temaet? Jeg vil aldri få et konkret svar på dette, men jeg velger å tro at det er det sistnevnte. Noe av det som særpreger verdibasert ledelse er ikke bare å utvise dømmekraft, men også å introdusere og overføre verdier som bærere av psykologisk energi. Lederskap har med personlige forutsetninger å gjøre, og dersom omgjengelighet og åpenhet er en naturlig del av samhandlingen med medarbeiderne i det daglige, er det mer sannsynlig at man møter større gjensidig åpenhet og tillitt. En viss grad av emosjonell intelligens er også en fordel ved at kam innehar en kapasitet til å se seg selv som leder utenifra i en sosial kontekst og tilpasse sin adferd deretter (Kirkhaug, 2018). Det blir en svært så subjektiv oppfatning av min egen rolle som leder, men jeg har en viss formening om min relasjon til medarbeiderne baserer seg på gjensidig åpen og ærlighet, og jeg vil påstå at det i



all hovedsak finnes gode relasjoner som gjør meg trygg på at de etiske perspektivene ved forsker rollen er ivaretatt, selv om jeg formelt sett har en annen rolle i det daglige.

## 5.6 Transkribering

Etter ethvert kvalitativt intervju sitter man igjen med mye rådata som må håndteres og renskrives. Lydopptak er nok den mest komplette formen for registrering, men det kan også bli svært omfattende, spesielt når man har valgt fokusgrupper som datainnsamlingsmetode. Derfor valgte jeg å gå for notater under gjennomføringen av fokusgruppe intervjuene. Risikoen ved dette er at det skriftlige kan bli uforståelig etterpå, og at man kan miste tolkningen av respondentens følelser og tonefall. Dersom man gjennomfører kun individuelle intervjuer, vil det også i større grad være viktig å kunne se respondenten inn i øynene mens man lytter, og ikke hele tiden stirre ned på arket. For å vise interesse tar man notater i tillegg (Jacobsen, 2015, s. 200-201). I disse fokusgruppene opplevde jeg at ved at jeg introduserte et spørsmål, diskuterte de temaet med hverandre innad i gruppen og utvekslet tanker og erfaringer seg imellom. Dette gjorde det mulig for meg å notere uavbrutt, samt at jeg kunne observere samspillet, engasjementet og tonen i gruppen, og få det raskt ned på papir der og da. Jeg følte at jeg var mer nær det som utspilte seg, og at respondentene var friere uten lydopptaker. For at jeg ikke skulle miste noen inntrykk eller viktige observasjoner, renskrev jeg hele intervjuet straks etter jeg forlot gruppen. Målet var å fange opp diskusjonen på en måte som gjøre den så tro den versjonen respondentene gav meg som mulig, og dette kunne jeg kun gjøre ved å renskrive med en gang. Derfor hadde jeg planlagt dette etterarbeidet tidsmessig, for å ikke bli forstyrret eller distraheret etter intervjuet. Vet at jeg gjennomførte intervjuer på egen arbeidsplass, hadde jeg anledning til å trekke meg tilbake og gjennomføre denne delen umiddelbart, istedenfor å måtte forflytte meg hjem eller til et annet lokale, og forhåpentligvis gav det meg en mulighet til at det skriftlige arbeidet ikke gav et annet bilde av samtalene enn det som faktisk ble sagt (Malterud, 2003). For å bevare validiteten i meningsinnholdet bør transkriberings prosessen planlegges nøye på forhånd, og metoden man bruker for å oversette det muntlige til skriftlig, avhenger også noe av det tematiske problemstillingen som diskuteres (Grenness, 2020).

Det individuelle intervjuet av fagsykepleier ble derimot tatt opp på lydopptak. Her var vi i en en-til-en situasjon, og samspillet mellom intervjuer og respondent blir mer nært og personlig og krever en oppmerksomhet og interesse rettet mot den som besvarer spørsmålene. Her tok jeg også notater underveis, men la mer vekt på å notere tonefall, stemningsleie, engasjement og markering av viktige poeng. Når man i etterkant skal transkribere et individuelt intervju,



blir alt som tas opp på lyd i løpet av samtalen, overført til skriftlig form, altså asynkron skriftlig fremstilling av informasjon. Det gjør at vi kan få med oss alt som skjer i samtalen uten å holde samme tempo som respondenten, og i etterkant trenger vi ikke å hoppe frem og tilbake i lydfilen (Jacobsen, 2015). Her, i likhet med fokusgruppeintervjuene, forsøkte jeg å transkribere så raskt som mulig etter intervjuet. Dog mer tidkrevende og mye mer detaljert. Utfordringen var oppstykket tekst på grunn av språklig særpreg som ikke virker like naturlig i skriftlig form som det høres ut når det sies muntlig (Malterud, 2003); altså det jeg vil beskrive som «fyllord». «Liksom», «holdt jeg på å si» og «på en måte». Jeg transkriberte alt ordrett, men uthevet med fet skrift viktige poeng og der hvor respondenten vektla noe særegent, noterte det jeg oppfattet som sarkasme eller fleip, og kroppsspråklige uttrykk som samtykkende nikk. Etter en slik transkriberingsprosess sitter man igjen med et indirekte bilde av virkeligheten, og rådata som er klar for neste steg i prosessen i analysedelen (Malterud, 2003).

## 5.7 Analyse

Når transkriberingsprosessen var gjort satt jeg igjen med en mengde rådata. Formålet med den videre analysen er å redusere denne mengden ned til mindre tekster og avsnitt, for så å skape en helhet som gir mening og forstå disse elementene i lys av problemstilling og kontekst. Analysen kan knyttes tilbake til hermeneutisk metode da vekslingen mellom mindre tekster, ord og setninger, og det helhetlige bilde, danner en hermeneutisk spiral. Gjennom dette kan man tilpasse innholdet i analysen underveis ettersom man avdekker ny kunnskap ved å bevege seg frem og tilbake gjennom spiralen. Rent praktisk dreier det seg da om å dokumente gjennom transkriberingsprosessen, utforske materialet etter fremtredende elementer, systematisere og kategorisere kvalitative data inn i temaer, hendelser eller andre kriterier, og til slutt binde det hele sammen gjennom forbindelser og sammenhenger i de ulike kategoriene (Jacobsen, 2015). Det finnes ulike tilnærminger til analyse, og jeg har valgt innholdsanalyse. Det basere seg på at det respondentene sier under kvalitative intervjuer eller fokusgruppe intervjuer, kan kategoriseres og reduseres til mer overordnede temaer basert på spørsmålene i intervjuguiden. Innholdsanalyse er hensiktsmessig å bruke da respondentens subjektive opplevelser og forståelse av GPS som hjelpemiddel skal beskrives og sammenlignes, i motsetning til prosessanalyse som er tettere knyttet til narrative analyser over årsaksmekanismer hvor hendelser fører frem til et spesifikt utfall (Jacobsen, 2015). Jeg velger også å knytte hermeneutisk fenomenologisk metode til innholdsanalysen av rådata basert på tolkningsteori inspirert av Paul Ricoeur (Lindseth & Norberg, 2004). Dette for å kunne

separere den praktiske beskrivelsen av GPS som teknisk innretning fra opplevelser, erfaring og etisk refleksjon rundt sårbarheten til pasienter med demens, og hvordan vurderinger knyttet til bruk av lokaliseringsteknologi kan være et bidrag til omsorg i helsesektoren. Derfor kunne jeg heller ikke velge en ren hermeneutisk metode, som unnlater å fange meninger i teksten som avslører essensielle trekk i informantenes livsverden, og heller ikke ren fenomenologisk metode hvor teksten er totalt fri for tolkning. Ved å velge hermeneutisk fenomenologisk metode, har jeg større frihet til å videreformidle fra levde erfaringer. Målet med dette er at leseren sitter igjen med en respekt for respondentenes erfaringer og tanker, og ikke at det de formidler er rette eller feil (Lindseth & Norberg, 2004). Leserens er dermed fri til å vurdere hva som er de viktige elementene og den essensielle karakteristikken i meningsinnholdet.

Stegene i analyseprosessen er systematisk hermeneutisk fenomenologisk tekstkondensering inspirert av Paul Ricoeur (Lindseth & Norberg, 2004), og består av 3 steg. Denne form for analyse er mest basert på narrative beskrivelser, men jeg velger allikevel å benytte meg av elementer fra denne da den systematiske strukturen er tilnærmet den hermeneutiske sirkel som beskrevet av Lindseth & Nordberg (2004) og Jacobsen (2015). Lindseth & Norberg (2004) vektlegger etiske dilemmaer og perspektiver som helsepersonell må ta hensyn til daglig, og hensikten, i likhet med min avhandling, er ikke å definere hva som er etisk rett og galt, men å forstå hvordan det oppleves å stå i disse vurderingene.

### **Trinn 1: Naiv lesing og utforskning**

Det første trinnet består av å lese gjennom teksten flere ganger for å kunne være åpen for å forstå innholdet i sin helhet. Lindseth & Norberg (2004) kaller dette for naiv lesning, og Jacobsen (2015) kaller det for å usystematisk utforske innhold som skiller seg ut. Intuitivt var det flere temaer, ord og begreper som jeg bet meg merke i, selv om de på dette tidspunktet i analysen bare var steg i organiseringen i materialet. Men det er den først formodning som legger grunnlaget for den mer strukturerte analysen (Lindseth & Norberg, 2004).

### **Trinn 2: Kategorisering og strukturert analyse**

I dette trinnet i analysen ble det materialet som skulle studeres nærmere organisert ved å redusere teksten inn ulike kategorier. Her kan man trekke ut setninger, ord eller temaer som danner meningsbærende enheter. Det falt seg naturlig å dele inn i kategorier etter strukturen i intervjuguiden i første omgang. Det ble veldig generelle kategorier basert på fordeler og ulemper, derfor måtte jeg videre ned i underkategorier av respondentenes subjektive

opplevelser og forståelse av fenomenet (Jacobsen, 2015; Lindseth & Norberg, 2004). Jeg oppdaget at flere av kategoriene overlappet hverandre og inneholdt mange sammenhenger, og at noen spørsmål fra intervjuguiden viste seg å ikke være relevant nok til å inkludere. Videre har jeg tatt inspirasjon fra modellen til Harold Leavitt (1965), og inndelt funn fra intervjuguiden inn i kategoriene; oppgaver, teknologi og mennesker som alle inngår i den strukturelle kjernen i sykehjemmet.

### **Trinn 3: Tolket helhet og sammenbinding**

I metoden beskrevet av Lindseth & Norberg (2004) kalles dette steget for en omfattet forståelse eller tolket helhet. Jacobsen (2015) bruker begrepet å sammenbinde for å finne sammenhenger i data. Det handler om å gå fra abstrakte temaer til kondenserte beskrivelser, og at man omformulerte deler av teksten til mer forståelige sammenhenger (Lindseth & Norberg, 2004). Jacobsen (2015) sier at man i dette steget skal forsøke å koble data i kategoriene sammen for å se om det finnes kausale sammenhenger. Dersom man oppdager store ulikheter i respondentens opplevelser, er da interessante spørsmål på dette tidspunkt; *hva kan være årsaken til disse variasjonene?* Dette kommer jeg nærmere tilbake til i resultatdelen, men det er viste seg å være forskjeller mellom fokusgruppene opplevelser av de samme utfordringene.

Gjennom analyseprosessen opplevde jeg at det ble viktig å holde en rød tråd gjennom problemstillingen og forskningsspørsmålene. Gjennom en mer strukturert oversikt over underkategorier, og gjennom å gå frem og tilbake i materialet kunne jeg se at temaer som berørte respondentene ble mer fremtredende, og at noen av mine forskningsspørsmål ble mindre viktige i det store bildet. Valget står da mellom å akseptere funnene slik de er, eller å gå inn med flere intervjuer med omformulerte spørsmål. At mine forhåndsantakelser om hva respondentene reflekterer over i det daglige ikke sammenfalt helt med det bildet av virkeligheten som de satt med, kan også tolkes om et funn. Derfor velger jeg å stå for resultatene i denne avhandlingen, men at det kan være en refleksjon for fremtidig forskning.

#### **5.8 Metoderefleksjon**

Kvalitative tilnærminger gir oss muligheten til relativ åpen tilgang på informasjon, men den narrative analysen har, som enhver form for kvalitativ analyse, sine begrensinger. Det hevdes at ikke alle forhold ved den menneskelige tilværelse passer inn i sammenhengende narratives, fordi mennesker er fragmenterte og aldri en helhet (Jacobsen, 2015; Kvale et al., 2009). Men

det betyr at man må forholde seg kritisk til kvaliteten på den informasjonen man har samlet inn, og er funnene gyldige, pålitelige og generaliserbare (Jacobsen, 2015; Busch, 2013).

Jeg opplevde det som utfordrende å skulle kombinere en praktisk innovasjon som lokaliseringsteknologi, primært GPS - teknologi, med prinsipper for verdibasert ledelse og dets rolle inn i etiske vurderinger hos pasienter med demens. Hvordan jeg skulle knytte disse ytterpunktene sammen, og formulere mine spørsmål slik at respondentene forsto hva jeg var interessert i å få mer kunnskap om. Jeg må bekjenne at jeg gikk inn i første fokusgruppeintervju med en forhåndsoppfatning at jeg ikke ville klare å formidle hensikten med problemstillingen gjennom mine spørsmål, og i et av mine intervjuer stemte det til en viss grad. Ved neste intervju gikk jeg inn med litt mer forskererfaring, og opplevde at jeg ved å endre formulering klarte å få frem budskapet, og resultatet ble gode diskusjoner og perspektiver som jeg selv ikke hadde reflektert over selv i forkant, og som gav meg verdifull innsikt som igjen hjalp meg å se min egen problemstilling gi mer mening.

Det kom også tydelig frem hvilke deler av intervjuet som vekket mest engasjement hos respondentene, og ofte gikk diskusjonene tilbake til hva som ikke fungerte rent teknisk med selve GPS-enheten, eller infrastrukturen i virksomheten som påvirker påliteligheten til teknologien. Selv om jeg fokuserte på å la respondentene styre samtalen så mye som mulig selv, forsøkte jeg å omformulere og stille oppfølgingsspørsmål som ledet tilbake til mer refleksjon av etiske forhold og vurderinger rundt innføring og oppfølging av pasienter med kognitiv svikt og bruk av teknologi i omsorg. Men det resulterte likevel i at flere av forskningsspørsmålene ble grundig besvart, og spørsmål relatert til faktorer som ikke påvirker medarbeidernes daglige håndtering og erfaring av GPS ble mindre omfangsrikt. Jeg valgte allikevel å beholde spørsmålene slik jeg hadde tenkt i utgangspunktet fordi jeg har gjort en vurdering om at selv om mer utdypende formulering av intervjuguide kunne vært gjennomført, veier verdien av funnene opp for svakhetene og bør inkluderes som en del av mine resultater.

Min uerfarenhet som forsker og intervjuer har trolig påvirket resultatene, i og med at jeg valgte å ikke presse respondentene til å utdype historier og beskrivelser hvis jeg følte at de ikke hadde mer å si om temaet. Jeg gikk flere runder tilbake til spørsmål dersom jeg følte at det ble misoppfattet, men jeg kunne ha omformulert spørsmålene enda mer, og forsøkt ulike innfallsvinkler for å få mer ut av respondentene. Jeg stilte naturligvis oppfølgingsspørsmål og søkte bekræftelser på at jeg hadde oppfattet respondentene på rett måte, men jeg var usikker på grensen for hvor pågående man kan være er, og var hele tiden bevisst på å sikre personvern og

at ikke diskusjonene skulle gå for mye inn på enkeltpasienter og sensitive områder som jeg allikevel ikke kunne inkludere i avhandlingen. Det kan ha påvirket kvaliteten på resultatene.

#### 5.8.1 Pålitelighet (Reliabilitet)

Pålitelighet er knyttet til i hvilken grad vi kan stole på de data som er samlet inn (Busch, 2013), og om forskningsresultatene konsistens og troverdighet (Kvale et al., 2009). Som forsker bør man stille seg selv spørsmålet om det er noe med undersøkelsesopplegget som kan ha vært med på å påvirke resultatet, men i kvalitativ tilnærming er pålitelighet vanskelig å måle. Som tidligere nevnt kan en svakhet ved mitt prosjekt være intervjuereffekten som kan gi resultatene en viss slagside (Jacobsen, 2015). Det kan kanskje være mye å forvente at medarbeiderne skal kunne skille min rolle som leder helt fra min nå nye rolle som forsker i denne settingen, og hvor bevisst eller ubevisst de har vært på dette under intervjuene er vanskelig å gi noe konkret svar på, men det er verdt å ta med i betraktningen. Samtidig så opplever jeg at resultatene i mitt prosjekt ikke skiller seg stort fra tidligere forskning og litteratur på samme tema. Det var få overaskende funn, og i all hovedsak kommer min undersøkelse frem til det samme som andre forskere som jeg har gjort meg kjent med gjennom forarbeidet til denne avhandlingen. Men der hvor spørsmålene var mer rettet mot leder, er nok sannsynligheten større for at medarbeiderne kan ha moderert sine svar, ved bevisstheten om at jeg også er leder, uten at jeg kan påstå dette med sikkerhet. På den andre siden kan min rolle. Det er vanskelig å bedømme hva som er «sant» og «ikke sant», men det som kan styrke påliteligheten i resultatene er at jeg har en åpen og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten gjennom hele prosessen, samtidig som jeg gir leseren en innsikt i at jeg har reflektert over disse aspektene (Jacobsen, 2015).

#### 5.8.2 Gyldighet (validitet)

Gyldighet er knyttet til i hvor stor grad data som er samlet inn er gyldig for problemstillingen og forskningsspørsmålene (Busch, 2013), og om metoden jeg har valgt å bruke er egnet for fenomenet som skal undersøkes. Validere er å kontrollere, og ved at jeg som forsker holder et kritisk syn på mine fortolkninger gjennom hele forskningsprosessen, kan jeg øke graden av gyldighet på resultatet (Kvale et al., 2009). Men kan man ta for gitt at det respondenter sier under intervjuer faktisk kan representere virkeligheten? Gyldighet henger sammen med om man har fått tak i de rette kildene, og om de gir fra seg rett informasjon. Selv om temaet i denne avhandlingen er mindre sensitivt, og utgir mindre risiko for at uriktig bilde av virkeligheten presenteres, kan mennesker oppgi informasjon ut ifra hvordan de ønsker å fremstå for intervjueren, og ikke slik ting egentlig er. Men for å styrke gyldigheten i

undersøkelser og beskrivelse av fenomenet, innhenter man informasjon fra flere kilder (Jacobsen, 2015). I fokusgrupper er det allerede flere kilder, og ved å ha flere grupper øker man også gyldigheten av informasjon. Det betyr ikke at alle må være enige, men man oppnår en sum av informasjon som gir den riktige beskrivelsen av fenomenet fordi forskjellige individer tolker ting ulik (Jacobsen, 2015). Derimot kan det også svekke gyldigheten at det var nettopp fokusgruppeintervjuer som primært ble brukt som metode, fordi det kan være følsomt for dominansforhold i en gruppe. Noen prater mye og noen prater lite, og det er ikke alltid man får frem verdifulle betraktninger dersom noen undertrykker andres synspunkter. Jeg sier ikke at det nødvendigvis er tilfelle i denne sammenhengen, men det er viktig å være bevisst på som en utfordring (Jacobsen, 2015).

### 5.8.3 Overførbarhet (generaliserbarhet)

Overførbarhet er knyttet til om våre resultater kan overføres til andre populasjoner eller situasjoner (Busch, 2013). For at det overhodet skal være mulig å påstå at noe er generaliserbart, må det foreligge en viss størrelse på undersøkelsesopplegget og antall variabler og respondenter. Jeg tør ikke påstå at en mastergradavhandling i studentsammenheng er generaliserbart nok til å overføre til andre populasjoner, men jeg tenker at i denne sammenhengen er det også mindre viktig. Særlig når det gjelder kvalitative metoder vil det være vanskelig å nå ut til nok respondenter og oppnå en størrelse på prosjektet som gjør det mulig å generalisere. Samtidig så kan man argumentere for at den teoretiske generaliseringen opp mot tidligere forskning og andre prosjekter avdekker visse likhetstrekk som kan gjøre det sannsynlig at andre i tilsvarende kontekst, slik som sykehjem for personer med kognitiv svikt, har flere av de samme erfaringene og betraktningene (Jacobsen, 2015). Man kan danne seg en forventning om at det som kommer frem i intervjuene kan være lignende for andre personer, på bakgrunn av forforståelse og egen erfaring rundt fenomenet. Om min studie kan tilføre noe nytt til dette forskningsfeltet er usikkert da det allerede er forsket mye på fenomenet, men jeg håper at siden jeg fokuserer på bruk av lokaliseringsteknologi i et etisk og verdibasert ledelsesperspektiv, håper jeg at vinklingen skiller seg litt ut. Det er opp til hver enkelt leser om de finner dette informerende, og om de kan relatere seg til betraktningene presentert i denne avhandlingen.

## 6 Funn fra undersøkelsen

I dette kapitlet vil jeg presentere mine empiriske funn fra intervjuene. Jeg presenterer svarene fra fokusgruppeintervjuene og fagsykepleier faglige innspill, men personlige refleksjoner og tanker innlemmes i helheten for å ivareta vedkommende sin anonymitet. Inspirasjon fra modellen til Harold Leavitt (1965) har vært styrende for inndelingen og jeg har derfor organisert spørsmålene fra intervjuguiden i følgende kategorier; oppgaver, teknologi og mennesker og struktur.

### 6.1 Kjennskap hos respondenter

Fokusgruppene besto av ansatte ved et kommunalt sykehjem. I tillegg ble en fagsykepleier intervjuet. Innledningsvis i intervjuene ble respondentene spurt om i hvilken grad de har kjennskap til bruk av GPS hos pasienter med demens. Alle respondentene hadde kjennskap til bruk av GPS på pasienter med demens i varierende grad. Noen avdelinger har pasienter som aktivt bruker GPS på det tidspunkt da intervjuene ble gjennomført, andre har hatt det tidligere og vurderer nye. Fagsykepleier har god kjennskap til GPS og velferdsteknologi fra flere kommuner og sykehjem, og sitter også som representant i kommunens Velferdsteknologi forum.

### 6.2 Oppgaver

Teknologien anvendes som et hjelpemiddel for å løse oppgaver som helsepersonell, altså menneskene, er satt til å gjøre. I forbindelse med innføring av GPS på pasienter med demens, er det flere praktiske oppgaver som må til, før pasienten faktisk utstyres med selve GPS – enheten. Fagsykepleiers perspektiv var i all hovedsak på det lovmessige, og forberedelsene i forkant, og bidro med mange faglige innspill. Funnene som følger, er et sammendrag av intervjuobjektens beskrivelse av hva de gjør i forkant av å innvilge GPS på pasienter med demens.

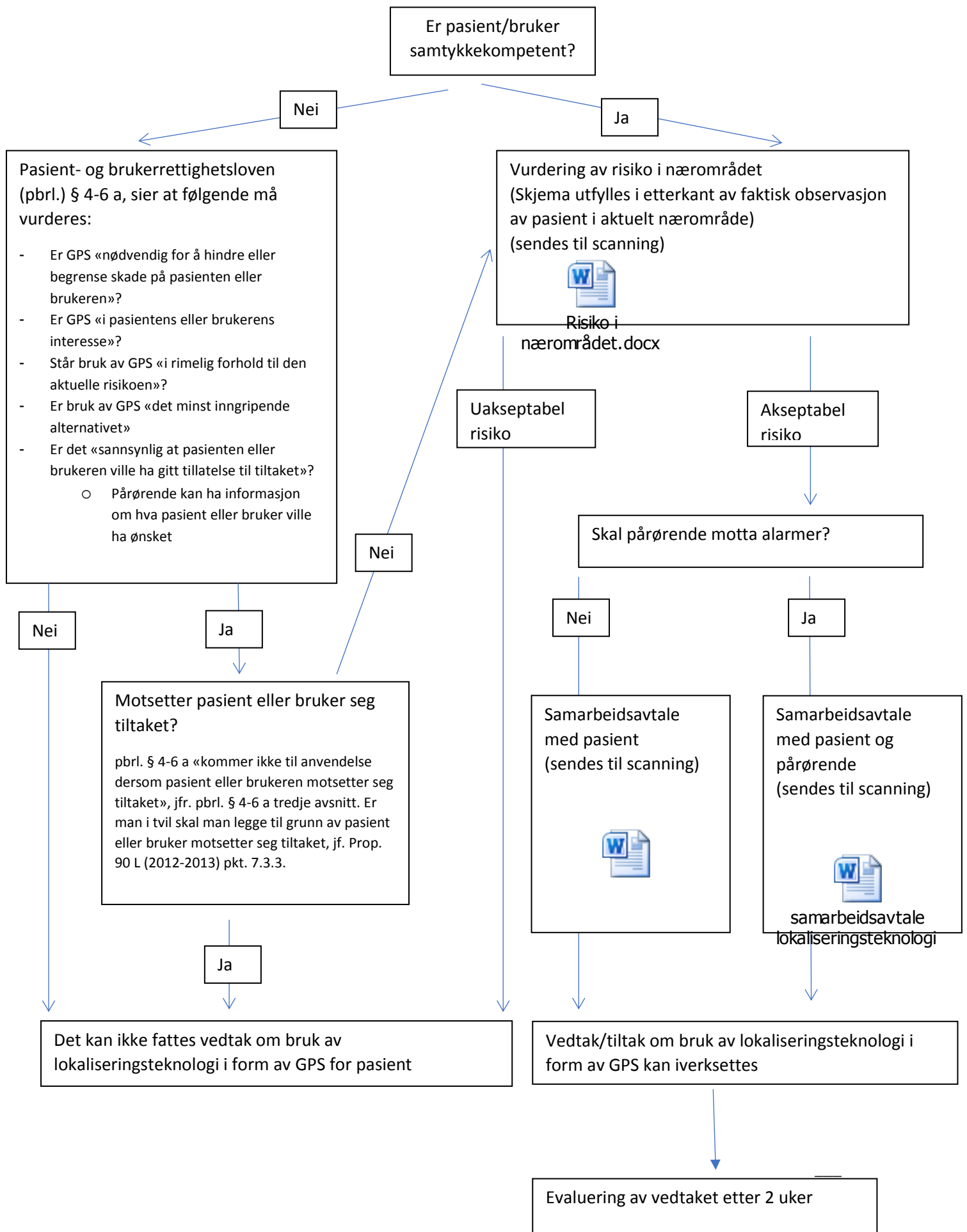
#### **Forberedelser, kartlegging og lovverk**

I oppstartsfasen av tjenesteforløpet fasen kartlegging, planlegging, utvikling og opplæring svært viktig, og det krever en forståelse av bruk av lovverk, og GPS-enheten i seg selv. I tillegg kreves det en bevisstgjøring rundt hvem dette er vil være til fordel for, er det til pasientens beste, og er pasienten på et sted i sykdomsforløpet hvor trygghet og trafikksikkerhet er ivaretatt. Pårørende skal også alltid involveres tidlig i prosessen. Det er utarbeidet et flytskjema, godkjent av kommuneadvokat, som brukes i oppstartsfasen for å kartlegge om lokaliseringsteknologi skal innvilges. Dette er basert på prosessdiagrammet fra

Trygge Spor prosjektet (Ausen, et al., 2013). Det første som tas stilling til er om pasienten er vurdert samtykkekompetent. Dersom svaret er ja skal det tas en risikovurdering av nærområdet, og pasienten skal observeres i trafikken. Dersom svaret er nei, sier Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-6 a, at det skal tas en vurdering om GPS nødvendig for å hindre eller begrense skade på pasienten, om det er det minst inngripende tiltaket og om det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Dersom svaret er nei på disse spørsmålene kan det ikke fattes vedtak om GPS, men dersom svaret er ja er neste vurdering om pasienten motsetter seg tiltaket. Dersom pasienten ikke motsetter seg tiltaket, kan man gå videre med risikovurderingen. Dersom pasienten er vurdert trafikksikker og kan ha et positivt utbytte av GPS, skal pårørende signere et samtykkeskjema som skannes i pasientens journal, og vedtak fattes. Flytskjemaet ble utarbeidet for å sikre brukermedvirkning for pasient og pårørende, samt å sikre at lovverk blir fulgt. Innovasjonsprosjektet Trygge spor viser erfaringer at det er nødvendig med god kunnskap om bruk av GPS slik at det ikke blir en falsk trygghet og at lokaliseringsteknologi anerkjennes som et hjelpemiddel for personer med demens (Holthe et al., 2015). Ansatte på avdelingene viser en høy grad av bevissthet rundt etiske utfordringer knyttet til bruk av lokaliseringsteknologi, og at de har fagsykepleier med kunnskap tilgjengelig som ressursperson på huset er særlig betydningsfullt. De opplever da støtte, veiledning og bistand i evalueringsfasen, men også til oppfølging underveis med tekniske utfordringer knyttet til selve teknologien. Under følger flytskjema som personal og fagsykepleier bruker i sin vurdering:



# Vurdering av innvilgelse av lokaliseringsteknologi i form av GPS



Figur 2. Flytskjema

### 6.3 Teknologi

På spørsmål om respondentene hadde noen bekymringer vedrørende bruk av GPS på pasienter med demens, var det teknologien i seg selv som gikk igjen som tema.

#### **Opplevelse av bekymringer ved GPS - teknologi**

Det varierte stort i hvilken grad responderte følte seg trygge nok til å håndtere GPS teknologien i det daglige. Medarbeidere på avdelingen har ikke tilgang til dataprogrammet hvor innstillinger justeres og feilmeldinger sjekkes, og dette kan også bidra til at de ikke har en helhetlig forståelse av hvordan programmet som helhet fungerer. De forholder seg til app på avdelingens mobil og selv GPS – enheten. Flere av respondentene har erfart at GPS ‘en ikke alltid har vist seg å være pålitelig. Den har vist at en pasient har krysset geofence grensen når pasienten i realiteten ligger i sin egen seng. Den har også slått seg av, eller varslet for sent slik at pasienten allerede har kommet seg et godt stykke unna, og vært vanskeligere å innhente. De aller fleste var kjent med laderutiner og skru enheten av og på, men å feilsøke eller sikre at den plukker opp satellittsignaler riktig, var det noen som ikke var fortrolig med. Dette medførte at flere ikke stolte på GPS ‘en, og det ble en falsk trygghet. Denne bekymringen var ulik på avdelingene grunnet ulik lokalisasjon på sykehjemmet, og pasientenes begrensninger i mulighet for utferd. På en avdeling hadde pasientene kun anledning til å gå turer i en inngjerdet sansehage, og dermed var personalet mindre bekymret. De kunne lokalisere pasienten greit, og gjerde var en ekstra trygghet i at de visste at pasienten ikke kom seg ut i trafikken. På en annen avdeling var det mer åpent ut av sykehjemmets område, og pasientene hadde anledning til å vandre rundt i nærområdet. De beskrev at geofence hadde en relativ stor radius, og når den ble krysset tok det tid før personalet fikk lokalisert og innhentet pasienten igjen. Det var ikke alltid tid til å forlate avdelingen umiddelbart, og på grunn av manglende transport midler måtte de ofte gå veldig fort eller løpe for å finne pasienten. Avstanden var såpass stor og pasienten såpass sliten at det måtte bestilles taxi, eller pårørende måtte varsles for å bistå med å få pasienten trygt tilbake til sykehjemmet. Infrastrukturen på sykehjemmet skapte også bekymringer. Fordi bygningsmassen er av mur fungerte GPS ‘en dårlig innendørs, og det ble ofte rapportert om feil posisjon. Deler av sykehjemmet hadde også dårlig telefondekning, og eldre smart telefoner som ikke alltid var like kompatible med appen. «*Det blir mye dobbeltkontroller*». En

annen svakhet som respondenten viste til, var at pasient gruppen ikke alltid evner å bruke de ulike funksjonene som GPS – enheten innehar. I tillegg var flere av pasientene eldre mennesker med dårlig hørsel, og dermed hørte de ikke når personalet forøkte å bruke talefunksjon for å fortelle pasientene at de måtte snu. Jeg opplevde at respondentene på noen av avdelingene satt med en opplevelse av utrygghet når det gjaldt selve håndteringen av enhetene. De utrykte at de var engstelige for å gjøre noe feil, glemme å sette den på, eller gjøre noen annet som bidro til at pasienten kunne gå seg bort eller skade seg på deres vakt. Samtidig så var det stor enighet om at GPS teknologi var et positivt hjelpemiddel, for konsekvensene ville vært større dersom de ikke hadde den. *«Vi har i hvert fall en større mulighet til å finne dem igjen uten bistand fra politi og større leteaksjoner, og de får bevare friheten sin til å gå ut uten av vi fotfølger dem».*

### **Hvordan håndtere bekymringer ved GPS - teknologi**

Videre fikk respondentene oppfølgingsspørsmål om hva de gjør i praksis med bekymringene de sitter med i forhold til bruk av GPS teknologi. Usikkerheten rundt teknologi var størst blant de eldste respondentene som ikke var like komfortable med smart telefoner og apper som de yngre. *«Jeg er ikke no god på sånt jeg...».* På spørsmålet om hva de gjør når det opplever problemer med GPS 'en sa de fleste at *«vi skriver avvik, og så sier vi ifra til fagsykepleier».* Men fagsykepleier er ikke tilgjengelig hele døgnet, så noen av de yngre sa at de hadde løst noen problemer selv ved å ringe til kundeservice hos leverandøren. De yngre respondentene har vokst opp i en verden med teknologi som en del av alt vi gjør i hverdagen, og følte seg trygge på at dersom noe ikke fungerer som det skal, er det bare å prøve seg frem. Noen av respondentene sa at de også melder fra til leder når de opplever tekniske problemer, eller dersom de opplever bekymringer rundt pasientens endrede sykdomsbilde som kan påvirke om de bør vurderes på nytt for bruk av GPS. Leders rolle og etiske utfordringer som beskrives i avsnittet under kategorien struktur. Videre vil jeg nå se på respondentens syn på fordeler med bruk av lokaliseringsteknologi, og menneskene involvert i den helhetlige strukturen.

## **6.4 Mennesker**

### **Opplevde fordeler med bruk av lokaliseringsteknologi, GPS**

Innledningsvis i denne kategorien ble informantene stilt spørsmål om hvilke fordeler de tenker at GPS kan ha. Når respondentene i fokusgruppene diskuterte seg imellom hva de ser på som fordeler med bruk av GPS på pasienter med demens, var det flere ord som gikk igjen. Jeg har kategorisert de i følgende meningsbærende enheter; frihet, selvstendighet og trygghet.

#### 6.4.1 Frihet

For medarbeiderne på sykehjemmet var frihet for pasienten et tema som de stadig gikk tilbake til. Søkelyset er på at pasienter skal få ha en viss følelse av opprettholdelse av tidligere liv, og at de får beholde aktiviteter som de har hatt glede av. Med GPS teknologi får pasienter en mulighet til å vandre ute på egen hånd uten å ha personal ved sin side hele tiden.

Respondentene diskuterte hvordan de selv ville ha følt det dersom de personlighetsmessig til vanlig trives med egentid, og befant seg i en situasjon hvor de alltid ble fotfulgt av et menneske de ikke kjenner så godt. Selv om pasientene kanskje ikke alltid kan uttrykke sine følelser like godt som tidligere, mente respondentene at det kan føles mer inngripende og umyndiggjørende å «bli passet på», særlig i de tilfeller hvor pasientens demenssykdom foreløpig ikke er så fremtredende.

#### 6.4.2 Selvstendighet

*«Vi ønsker ikke å begrense livet deres selv om man har en demensdiagnose».*

Flere avdelinger på sykehjem er såkalt skjermede avdelinger, noe som innebærer at dører ut av avdeling kan låses for å ivareta pasienters trygghet. Pasienter er dermed avhengig av at personal kan følge de ut på tur, eller at de innvilges GPS på bakgrunn av tidligere nevnte kartlegging. Med GPS mente respondentene at de i større grad møter pasienter utferdstrang på en bedre måte, og at pasientene får være i fred. Dette bidrar igjen til å redusere pasienters uro og vandring på avdeling fordi de ikke holdes tilbake, og dette har en positiv effekt på flere områder fordi uro blant pasienter ofte smitter over på de andre pasientene. Ved å holde stimuli nede får også de andre pasientene mer ro og en bedre hverdag. En respondent uttrykte; *«det er omsorg i å la pasienter få bruke GPS».* De fleste av pasientene med GPS var fysisk sterke, og har levd et aktivt liv. Å få gå tur er en fritidsaktivitet som det var viktig for pårørende at de fikk opprettholde, og GPS muliggjør at de kan få ha glede av dette, til tross for sykdommen. Personalet på avdelingene har også begrenset med tid og ressurser til å ta med pasienter ut når de måtte ønske det, og uten GPS hadde muligheten til opplevd selvstendighet blitt redusert.

#### 6.4.2 Trygghet

Når respondenten snakket om trygghet involverte det trygghet for pårørende og personal, i tillegg til hos pasienten selv. Hos pårørende som har opplevd at sin kjære har gått seg bort tidligere, gir GPS en trygghet i at de enkelt kan finne ut hvor pasienten befinner seg og hjelpe vedkommende tilbake til sykehjemmet igjen. Respondentene som har hatt direkte kontakt med pårørende gjennom kartlegging og evaluering beskriver at det pårørende er mest opptatt av er at mor eller far skal få gå ute på egenhånd så lenge de har glede av det, og at de er utelukkende positive til å bruke GPS som hjelpemiddel. De er klar over at det finnes en viss

risiko ved å ferdes ute alene, men at det å få beholde sine ressurser og interesser er det viktigste, samt at det er en trygghet i å vite at de alltid kan finne de igjen. En av respondenten uttrykker at det er *«et lite inngripende tiltak som skaper trygghet for pasienter og pårørende»*. Pårørende har mulighet til å velge om de ønsker å følge GPS 'en på sin egen telefon også, eller om de er komfortable med at personalet håndterer den daglige oppfølgingen av pasienten. Uansett blir pasientens trygghet ivaretatt ved at noen har mulighet til å innhente dem igjen dersom de går for langt eller går seg bort, og kan dermed forhindre skade, utmattelse eller redsel.

### **GPS – teknologi reduserer bruk av tvang**

Respondentene reflekterer over hendelser med pasienter som har forsvunnet fra sykehjemmet og kommet seg såpass langt av gårde at store leteaksjoner har måttet til for å finne dem igjen. Flere i fokusgruppene var selv involvert eller husker hendelsene, og har dermed fått føle på sin egen og pårørendes redselen ved at en sårbar person ikke er gjort rede for. Denne følelsen sitter igjen hos flere i gruppen, og de beskriver at det er noe de er veldig redde for å oppleve igjen. Man sitter med en skyldfølelse over at man ikke har passet godt nok på, selv om det ikke er noen skyld at det skjedde. Med GPS har også personalet en økt følelse av trygghet ved at de vet at pasientene kan lokaliseres. I tillegg til dette beskriver respondentene at det blir mindre bruk av tvang og tilbakeholdelse når pasienter har GPS. Det brukes som et hjelpemiddel for å kunne fange opp pasienter med sterk utferdstrang som klatrer over gjerder og vandrer av gårde, og med GPS har personalet bedre oversikt og kan innhente pasienter med mer tålmodighet og mindre bruk av tvang fordi faremomentet om forsvinning er redusert. En interessant betraktning fra noen av respondentene var derimot at det brukes mer tvang og tilbakeholdelse på vinteren da GPS ikke er like mye brukt. De beskriver at de fleste av deres pasienter ikke har et ønske om å gå ut dersom det er snø, glatt og kaldt, og at de heller ikke nødvendigvis har rett bekledning tilgjengelig på særlig kalde dager. GPS blir ikke brukt like aktivt da, men for noen pasienter vil fortsatt utferdstrangen være til stede og det øker graden av uro ved at det ikke vurderes trygt å ferdes ute.

## **6.5 Struktur**

### **Leders rolle i håndtering av GPS - teknologi**

Respondentene snakket svært lite om leders rolle inn mot bruk av lokaliseringsteknologi før jeg tok det opp i et av spørsmålene fra intervjuguiden. Ved tidligere stilte spørsmål om fordeler, ulemper og praktisk bruk, gikk praten lett og spontant, og det krevde lite oppfølgingsspørsmål. Når jeg stilte de spørsmål om hvilken rolle leder har inn i dette arbeidet,

og hva de mener en god leder bør gjøre når personalet opplever etiske utfordringer rundt bruk av GPS, opplevde jeg et skifte i fokus. Det kunne virke som at dette ikke var noe de egentlig hadde tenkt over i særlig stor grad, og derfor måtte tenke seg om og diskutere sammen i gruppen. Det ble flere interessante refleksjoner som kom ut av dette. Det første punktet var at leder har det overordnede ansvaret for pasienter og personal sin sikkerhet; et svar som var forholdsvis forventet. Men i den ene gruppen gikk samtalene inn på hvordan sykehjem i dag er annerledes oppbygget enn før. De opplevde at hierarkiet er mindre fremtredende i dag, og at personalet har mer «ansvar under frihet». De beskrev at sykehjemmet nå har høyere fagkompetanse fordi det arbeides aktivt med å ansette helsepersonell med formell utdanning. Det er høy dekning av sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere, og mange med tilleggsutdanning og spesialisering. Leders rolle inn mot velferdsteknologi mente respondentene at var å legge til rette for at ansatte har det støtteapparatet de trenger, i dette tilfellet ansettelse av fagsykepleier, at det blir gitt ressurser til anskaffelse av nødvendig teknisk utstyr, og at personalet blir gitt tid til opplæring og undervisning for å kunne ta i bruk teknologien. I tillegg opplevde de at personell på sykehjemmet i dag har mer frihet og tillitt fra ledelsen til å kunne ta egne beslutninger og avgjørelser, ved at de følger prosedyrer og retningslinjer som er gitt, men også fordi det er de som er pasienten nærmest og som har den faglige kompetansen til å ta disse vurderingene. Sykehjems ansatte i dag har mer erfaring og kunnskap, og det samme har pårørende som er mer opplyste og sitter på kunnskap om sin kjære sin sykdom og hvordan kommunen fungerer. Leders oppgave var i respondentenes øyne å legge til rette for selvgående ansatte.

### **Leders rolle i etisk håndtering av GPS - teknologi**

Når respondentene ble spurt om hva en god leder bør gjøre når personalet står ovenfor etiske utfordringer, svarte de at; *«det er innarbeidet en kultur for refleksjon på sykehjemmet. Vi bruker etisk refleksjon aktivt i hverdagen når situasjoner oppstår, men det er fint når leder setter av tid til refleksjon i system»*. Det ble trukket frem at nærhet til leder var veldig viktig. Det at leder kjenner sine ansatte godt, og at det er god kommunikasjonsflyt mellom leder og ansatte. En leder som gjør gode ansettelse og som jobber aktivt inn mot arbeidsmiljø, som tar de ansatte på alvor, som er handlekraftig og tar fatt i utfordringer, og som klarer å ta beslutninger, var viktige lederegenskaper som respondentene mente var viktig også i forhold til etikk. En leder som gir ansatte trygghet ved å inneha disse nevnte kvalitetene, kan føre til at personalet blir trygge på hverandre, stoler på hverandre og kjenner hverandre godt.

Respondentene mente at en godt arbeidsmiljø fører til at de gjør bedre vurderinger inn mot pasientene og at samarbeide mellom sykehjemmet og pårørende også ble til det bedre. I tidsrommet hvor intervjuene fant sted, var en av avdelingene i gang med å vurdere en pasient for GPS, og de beskrev at de var trygge på hvor de skulle gå for å få råd og veiledning, og de visste hvor retningslinjer og prosedyrer fantes. De hadde også hatt jevnlig refleksjoner rundt om den aktuelle den aktuelle pasienten ville kunne nyttiggjøre seg av GPS, og om vedkommende ville få bedre livskvalitet ved å kunne bevege seg friere. De hadde noen betenkeligheter rundt infrastruktur og hvorvidt pasienten ville «fikle» med GPS 'en, men utover dette mente de at strukturen på sykehjemmet lå til rette for at de kunne ta en god beslutning. De ønsket ingen øvrig oppfølging til å håndtere etiske dilemmaer i prosessen enn de de allerede hadde tilgang på, og som nevnt i dette avsnittet.

Videre vil jeg diskutere mine empiriske funn opp mot teori, litteratur og tidligere forskning.

## 7 Diskusjon

I dette kapittelet diskuterer jeg mine empiriske funn opp mot teori, litteratur og tidligere forskning. Jeg fortsetter å følge inndeling inspirert av Harold Leavitt (1965), fordi modellen illustrere at alt henger sammen i et sykehjem. Når man bruker GPS på pasienter med demens holder det ikke å fokusere på teknologien alene, men på oppgavene, menneskene og strukturen rundt. I forhold til min problemstilling om hvordan bidrar verdibasert ledelse til god etisk håndtering av GPS – teknologi, er alle disse faktorene sterkt knyttet sammen. Ut ifra mine funn skal jeg ikke påstå at det er mulig å generalisere, men sammen med litteraturen ønsker jeg å kunne konkludere med om teknologi i omsorg er en forutsetning eller motsetning.

Studien har flere begrensninger. For det første at mitt mål med denne avhandlingen var å finne ut om verdibasert ledelse har en betydning for etiske vurderinger ved bruk av GPS – teknologi. Det var utfordrende å få en klarhet i dette gjennom prosessen. Mulig grunnet formulering i intervjuguide, eller fordi respondentene ikke fant dette like betydningsfullt, eller at det rett og slett var noe de ikke hadde reflekter mye over. For den andre, avhandlingens omfang og tidsperspektiv. Jeg kan ha gått glipp av verdifull kunnskap dersom jeg hadde kunnet gått enda flere runder i den hermeneutiske sirkel og endret intervjuguide eller problemformulering. Men jeg fikk et innblikk i hva som var viktig for respondentene ved bruk av lokaliseringsteknologi på pasienter med demens, og siden pasienten beste alltid skal være i

sentrum ved bruk av enhver form for velferdsteknologi, så får det bli en del av resultatet. Velferdsteknologi handler ikke om teknologi, men om mennesker.

### 7.1 Oppgaver

I dette avsnittet diskuteres hvordan og hvorfor det er så viktig med gode forberedelser i forkant av innvilgelse av GPS på pasienter med demens. Funn fra intervjuene var praktisk relatert, og selv om det ikke nødvendigvis svarer på problemstillingen i form av hvorvidt verdibasert ledelse er av betydning, var det viktig for respondenten å få frem de praktiske oppgavene knyttet til bruk av GPS. At respondentene innehar denne viktige kunnskapen, er et argument for at de reflekter over etiske valg, og at de ikke impulsivt utruker pasienter med GPS for å lette sin egen arbeidsbyrd. Til tross for at respondenten selv ikke trakk frem ledelse under dette punktet, kan den strukturelle organiseringen av sykehjemmet være bidragsyter til at de er så opptatt av gode forberedelser.

#### **Betydningen av forberedelser, kartlegging og lovverk for god etisk håndtering av GPS**

Bruk av lokaliseringsteknologi krever en nyansert tilnærming til utfordringer knyttet til pasient, pårørende og helsepersonell som administrerer teknologien. Pasienten har rett på medbestemmelse og bevare sin selvstendighet ved å ferdes ute på egenhånd, og pårørende og helsepersonell ønsker å respektere dette. Ved å bruke lokaliseringsteknologi skaper menneskene rundt pasienten rammer rundt potensielt risikofylte situasjoner, men uten å hindre bevegelsesfriheten. GPS fungerer som et hjelpemiddel som kan skape gode nok trygge rammer, men ikke absolutte (Grut et al., 2017). GPS må tilpasses den enkelte bruker i tjenesteforløpet og helsepersonell, pårørende og pasient bør samarbeide om etablering av rutiner og tildeling av roller. Som fagsykepleier i intervjuet presiserte, er forberedelsene noe av det aller viktigste i tjenesteforløpet til å tilpasse GPS til pasienter. Kartlegging av samtykkekompetanse, trafiksikkerhet, pasienten funksjonsnivå og pasienten verdier som utgangspunkt for å lage rutiner. I tillegg må teknologien konfigureres riktig i administrasjonsverktøyet (Bøthun & Ausen, 2015). Bruk av lokaliseringsteknologi i en tjenesteytende virksomhet slik som sykehjem, er en innovasjon i den grad at det er teknologi ment for et annet formål, som nå brukes i større grad på mennesker (Aasen & Amundsen, 2019).

#### **Brukermedvirkning og medbestemmelse**

Å ta i bruk lokaliseringsteknologi på pasienter med demens handler om å tenke nytt og annerledes, og det krever endring i kultur, kompetanse og på hvilken måte man yter tjenester



på. Her skal pasient og pårørende involveres under hele prosessen, og ikke bare i kartlegging og evaluering. Det er kontinuerlig medvirkning, fordi som leder og medarbeider lett å anta at vi vet hva pasientens behov og ønsker er. Det er lett å overse at tjenestene som gis ikke tilfredsstillende de behovene som pasienten har, eller at vi ikke reflekterer over at nye løsninger kan dekke behov som vi ikke vet at pasienten har (KS, 2016). Tjenesteinnovasjoner handler om å forbedre eller utvikle tjenesten slik at det gir positiv verdi for mennesker, organisasjonen og samfunnet for å kunne møte nye eller endrede behov (KS, 2016; Gjelsvik, 2007).

### **Betydning av opplæring og kunnskap hos helsepersonell og pårørende**

For at organisasjonen skal kunne innlemme teknologi i sin strategi, og yte gode tjenester må det arbeides helhetlig på tvers av alle fagområder. GPS er ikke en isolert løsning, men må sees i sammenheng med eksisterende løsninger med pasienten i sentrum. Som leder bidrar man med avgjørende beslutninger, og med tydeliggjøring av formål og grunnleggende verdier som kan prege organisasjonen utvikling. Et sykehjem som institusjon er et naturlig produkt av sosiale behov. Den er tilpasningsdyktig, og består av et levende sosialt miljø av mennesker som leder må ivareta (Askeland, 2013). For at medarbeiderne skal kunne utføre de oppgaver som de er satt til å gjøre, må det legges til rette for at de tilegner seg kunnskap om hvordan lokaliseringsteknologi blir innført, tatt i bruk og forstått. Lokaliseringsteknologi skal ikke erstatte menneskelig interaksjon, men styrke sosial inkludering (Ebbing & Cichosz, 2017), og dette bør ligge til grunn for opplæring av helsepersonell i oppstartsfasen. Mulige etiske problemstillinger må diskuteres og vurderes i hvert tilfelle, og leder har et særlig moralsk ansvar for å handle ut ifra arbeidsplassens og egne verdier (Vevatne, 2020). Det kom frem i funn fra intervjuene at pårørendes involvering var svært viktig, og at de hadde en sentral rolle i oppstartsfasen. Fagsykepleier hadde god og tydelig kompetanse rundt de formelle kravene som må ligge til grunn, og kvalitetssikring av den daglige håndteringen av GPS – enheten. Erfaringer fra Trygge spor – prosjektet tilsier at opplæring av medarbeidere og pårørende er en viktig del av forarbeidet, og at ledelsen må sørge for tilgang på gode rutiner. Leder har et overordnet ansvar for at hver enkelt aktør er bevisst sitt ansvar i tjenesten, og ikke bare den som treffer pasienten oftest (Bøthun & Ausen, 2015). Forståelse av oppgaven og refleksjon rundt etiske vurderinger er høyst nødvendig fordi teknologi i omsorgstjenester forandre den fysiske og sosiale konteksten, i tillegg til menneskelige verdier. Spørsmål rundt identitet, integritet og samtykke kan være utfordrende når teknologi endrer måten vi yter våre tjenester på og vi overlater en del av kontroll og sikkerhet fra mennesker til teknologi. Det kom frem lite bekymringer rundt dette perspektivet hos respondentene, men forskning tilsier at det kan

foreligge en risiko for at teknologi fremmes på bekostning av den fenomenologiske oppfatning av vår rolle som pasient, pårørende og medarbeider. Teknologi som stimulerer sosial aktivitet, slik som egenskaper til GPS, får tilskrevet både sosial og moralsk status og etiske refleksjoner rundt hvordan vi utfører våre oppgaver, bør inneholde noen av disse perspektivene for å ivareta menneskeverd (Hofmann, 2012). Poenget til Hofman (2012) er at tradisjonelle forskjeller mellom verdier og vitenskap, mellom maskiner og mennesker, kan endres ved bruk av velferdsteknologi, siden tilknytning mellom teknologi og mennesker er så nær i vår verden i dag.

Funn fra intervjuene samsvarer med litteraturen jeg har gjennomgått når det kommer til hvor viktig forberedelser og etiske overveininger er. Hvilken betydning verdibasert ledelse har for respondentene i oppstartsfasen kom ikke tydelig frem. Mine spørsmål fra intervjuguiden kan ha vært en svakhet, men jeg tror også at det er vanligvis noe de ikke reflekterer så mye over når det kommer til noe praktisk slik som GPS. De reflekterer over etikken i form av medbestemmelse, selvstendighet og trygghet, men hvordan sykehjemmet strukturelle organisering henger sammen med ledelse, og at det er de kulturelle verdiene som kan være bidragsyter til gode, eller mindre gode, vurderinger, ble lite vektlagt i denne kategorien.

## 7.2 Teknologi

I dette avsnittet tar jeg for meg Harold Leavitt's (1965) kategori teknologi; både fordi det er en del av den helhetlige strukturen, men også fordi selve GPS – teknologien og hvordan dens fordeler og ulemper var styrende for store deler av respondentenes svar. De kom ofte tilbake til dette fordi det at det var usikkerhet rundt brukervennlighet og sikkerhet, og det gjorde noe med flere av dem. Grut et al., (2017) påpeker at dersom helsepersonell er usikre på GPS – teknologien, kan dette spre seg til pårørende og pasienter. Men en trygg ansatt som sitter med kunnskap og riktig opplæring, gir trygghet til pårørende og pasienter.

### **Bekymringer ved tekniske utfordringer kan påvirke etiske perspektiver**

Respondentenes bekymringer vedrørende bruk av GPS på pasienter med demens, gjaldt i all hovedsak teknologien i seg selv, og i hvilken grad GPS – enheten var til å stole på. Jeg har tidligere i denne avhandlingen belyst flere tekniske utfordringer, og respondentene reflekterte over hvordan slike hendelser påvirker dem. Fordelene med lokaliseringsteknologi er mange, men brukervennlighet og tekniske feilmeldinger er en gjenganger også i litteraturen. For noen kan det oppleves belastende å føle seg ansvarlig dersom noe skulle skje på deres vakt. Men det er ikke bare systemfeil som kan ha en negativ effekt på i hvilket omfang GPS blir brukt,

men problemer relatert til at medarbeiderne ikke var trygge nok på hvordan de ulike funksjonene fungerer, eller hvordan man retter opp i feilmeldinger (Lazar et al., 2016). Som nevnt var det flere som ikke så på dette som noen store utfordringer, fordi de tilegnet seg raskt kunnskap om enheten og dens funksjoner. Har man fått grundig opplæring og man har blitt kjent med hvordan og hvorfor GPS på pasienter brukes på riktig måte, har man også bedre forståelse for at fordelene kan for noen pasienter være større enn de tekniske ulempene. Mestring kan økes og følelsen av risiko kan reduseres ved informasjon og opplæring i hvordan teknologi fungerer når man tar det i bruk i praktiske oppgaver. Dersom man ikke stoler på at GPS' en faktisk virker og klarer å lokalisere pasienten, reduseres også bruksverdien, og motivasjonen for å bruke den (Grut et al., 2017). Effektstudien fra Trygge spor – prosjektet viser til de samme funnene. Der erfarte de også at GPS kan gi en falsk trygghet fordi teknologien ikke virker slik den skal, den blir brukt feil, alarmer kommer ikke frem, eller fordi organisering av tjenesten ikke er optimal (Ausen et al., 2013).

### **Barrierer mot bruk av teknologi blant eldre**

Ebbing & Cichosz (2017) trekker også frem brukervennligheten som en mulig barriere for at teknologi blir tatt i bruk blant eldre. Funksjoner og administrasjonsverktøy designet for den generelle befolkningen, kan være mindre egnet for eldre pasienter, men også for pårørende og seniorer blant helsepersonell. Eldre kan være mindre villig til å eksperimentere og bryte ut av tradisjonelle tankesett fordi de kan være engstelige for å stole på systemet, og det kan for noen være vanskeligere å tilegne seg kunnskap og lære seg å bruke den fordi de ikke er like vant med teknologi ellers i livet. Eldre med kognitiv svikt har oftere vansker med å lære seg nye ting. Endring i måten vi yter våre tjenester på kan derfor være enklere å overføre hos den yngre generasjonen. Men samtidig så er GPS som lokaliseringsteknologi utarbeide nettopp med tanke på den eldre pasient med orienteringsvansker, og derfor bør det være så brukervennlig som mulig (Ebbing & Cichosz, 2017). Teknologi som er enkel å forstå kan gi verdifulle fordeler. Men avansert teknologi kan bidra til å redusere folk sin autonomi fordi det øker behovet for å være avhengige av andre. Dette er en særlig utfordring for hjemmeboende pasienter (Hofmann, 2012). Når det skal investeres i GPS på sykehjem bør man sørge for å gå til anskaffelse fra leverandører som tilnærmer som et enkelt design, og som krever lite inngående opplæring i selve håndteringen. GPS – enhetene som brukes på norske sykehjem lar seg lett integrere i eksisterende rutiner, og skal være så lite påtrengende som mulig ved at de enkelt kan festes i beltet, rundt halsen eller på håndvesken (Ebbing & Cichosz, 2017).

## **Økt behov for mer innovasjon til produkter for pasienter med demens**

De fleste studier viser at mange pasienter har god nytte av GPS. Men alle påpeker i likhet med respondentene i fokusgruppene, at man må være bevisst at organisasjoner og teknologi har sine svakheter, og dersom disse ikke håndteres riktig kan en GPS – løsning erstatte sikkerhet med en falsk trygghet. Det kan føre til potensielle farlige situasjoner for pasienter dersom sikkerhetsnettet svikter. Erfaringer fra Trygge spor – prosjektet viser til at man ikke alltid opplever den nødvendige tekniske kvaliteten som et GPS-system stiller krav til. Mobilnett med dårlig dekning kan føre til forsinkelser og feil sonevarsling, manglende rutiner for ladning, og hyppige batteribytter kan føre til at enheten slår seg av. Når batterier tas ut mister enheten kontakt med satellittene, og det må opprettes kontakt på nytt. Dette kan ikke gjøres innendørs, og ved manglende opplæring og kunnskap blant personalet eller pårørende, kan dette føre til feil GPS-posisjonering. Det er heller ikke like enkelt å se om enheten er slått på eller av, og det krever rutiner for ekstra sjekker på dette punktet (Ausen et al., 2013). Disse erfaringene samsvarer med bekymringene fra respondentene. Til tross for dette velger de å veie de etiske dilemmaene opp mot fordeler ved pasientens bevegelsesfrihet, og administrerer og håndterer teknologien hver dag. De beskriver at det krever mye dobbeltkontrollering, sjekk av app og system, og stiller høye krav til dokumentering, men for at GPS skal være et godt hjelpemiddel må pårørende og helsepersonell ta hensyn til pasientens prioritering mellom trygghet og bevegelsesfrihet. Dermed velger respondentene å akseptere en viss risiko knyttet til at pasienten beveger seg ute på egenhånd, fordi det gir dem en god hverdag (Grut, 2017). Forskning viser at det er behov for mer innovasjon i forhold til produkter for pasienter med demens. Det er viktig at teknologien er så selvforklarende som mulig, for selv om GPS – enhetene som brukes i helse- og omsorgssektoren har få knapper, har pasienter og personell ulike utfordringer med å forstå hvordan den fungerer, og kan derfor ha problemer med å nyttiggjøre seg av den. Mange har også deltidsstillinger, og mangler kontinuitet for å opparbeide seg erfaring. Dette kan føre til at det potensielt kan være en stor gruppe med i utgangspunktet lav teknologi forståelse som skal lære seg å bruke GPS – teknologi, og derfor stilles det krav til brukervennlighet, opplæring, rutiner og infrastruktur (Ausen et al., 2013).

## **Forankring i ledelse og motiverende lederskap**

Det beskrives i litteraturen at leders forankring er avgjørende for at teknologi i omsorgstjenester skal bli vellykket, og motivasjon er et viktig stikkord. Det må jobbes kontinuerlig for å holde engasjementet oppe slik at medarbeidere er motiverte for endring i hvordan de utfører sine oppgaver (KS, 2016).

Funn fra intervjuene støttes av litteratur og tidligere forskning ved at bekymringer rundt bruk av GPS på pasienter med demens handler mye om svakheter i GPS- systemet. Alt i alt er ofte pasienten egne prioriteringer om å få bevare sin selvstendighet og livsglede utslagsgivende for vurdering om at lokaliseringsteknologi har flere fordeler enn ulemper, men usikkerheten gjør noe med menneskene rundt. At det kan være varierende kunnskapsnivå blant respondentene som øker følelsen av usikkerhet blant noen, gjenspeiles også i litteraturen, og har med ulike kombinasjoner av alder, infrastruktur, opplæring og generelle IT-kunnskaper å gjøre. I dette avsnittet opplevde jeg også at leders rolle var så overordnet at det ikke ble nevnt spontant blant respondentene. De opplever at dette er deres oppgave, og så lenge ledelse legger til rette for støttefunksjoner og skaffer til veie det utstyr de måtte trenge, beskrev de seg selv som relativt selvgående når det kom til å vurdere, håndtere og forstå GPS som hjelpemiddel.

### 7.3 Mennesker

Når respondentene ble spurt om hvilke fordeler de mente at lokaliseringsteknologi kunne ha for pasienter med demens, var de klare på at frihet, selvstendighet og trygghet var det mest fremtredende. Det var viktig for respondentene at pasienter skal få ha en viss følelse av opprettholdelse av tidligere liv, og at de får beholde aktiviteter som de har hatt glede av. De ønsket ikke å begrense pasienter som fortsatt har et godt funksjonsnivå. Det viktigste med GPS som hjelpemiddel var at pasienten fikk ferdes fritt uten å holdes tilbake eller fotfølges, og at GPS brukes som et hjelpemiddel for å forhindre at de går seg bort å skader seg. Respondentene reflekterte over at det finnes en viss risiko ved at pasienter med orientingsvansker ferdes ute alene, men at var en trygghet i å vite at de alltid kan finne de igjen. En av respondenten uttrykker at det er *«et lite inngripende tiltak som skaper trygghet for pasienter og pårørende»*.

### **Ivaretagelse av en selvstendig og trygg hverdag**

Helse – og omsorgstjenester skal dekke hele livsløpet og ikke bare eldreomsorg. Lokaliseringsteknologi kan for mange bidra til selvstendighet og mestring, økt trygghet, aktivitet og sosial deltakelse (KS, 2016). For at teknologien skal være til nytte må brukermedvirkning være sentralt fordi den må tilpasses til den enkelte. Hos pasienter med nedsatt kognitiv svikt er på rørende en viktig samarbeidsaktør for å kunne fortelle om det livet pasienten pleide å ha. De fleste av pasientene med GPS beskrevet av respondentene var fysisk sterke, og har levd et aktivt liv. Å få gå tur er en fritidsaktivitet som det var viktig for pårørende at de fikk opprettholde, og GPS muliggjør at de kan få ha glede av dette, til tross for sykdommen.

Ifølge Bennett et al., (2017), kan bruk av GPS på pasienter med demens ha en positiv trippel effekt. Det kan gjøre at personer med demens kan bo hjemme lengre før de må flytte å sykehjem, det reduserer pårørendebyrden, og styrker livskvaliteten til pasientene. Teknologi som hjelpemiddel kan spille en viktig rolle for både selvstendighet og omsorg slik at pasienter med demens kan leve et bedre liv. Det er omsorg i å la pasienter få bruke GPS, sa en av respondentene. Og det stemmer i flere tilfeller med det litteraturen beskriver. Så fremt støtteapparatet rundt pasienten har de beste intensjoner, kunnskap og opplæring (Bennet et al., 2017). Min inspirasjon for denne avhandlingen var Trygge spor – prosjektet fra Sintef (2013). Effektstudien av prosjektet viser at GPS gir økt trygghet for pasienter og pårørende i helse- og omsorgssektoren, fordi de kan forebygge uheldige situasjoner, og lokalisere pasienten dersom det oppstår en situasjon. Det oppleves trygt å vite at man kan bistå om nødvendig. Dette samsvarer med respondentenes refleksjoner over fordeler med GPS, både ovenfor pasienten, men også pårørende. Pårørende opplever en ro og trygghet til å meste sitt eget liv ved at de er trygge på at personalet kan finne igjen sin kjære dersom vedkommende går seg bort. Selv om svakheter med GPS – enhetene og dets flere tekniske utfordringer blir mye diskutert, kan GPS – løsningene som brukes på sykehjem benyttes selv om pasienten ikke forstår hvordan alarmknappen fungerer. Pasienten kan lokaliseres og følges tilbake på en verdig måte.

### **Teknologi i omsorg – ikke en erstatning for menneskelig omsorg**

Respondentene tok opp temaet over frihet og fravær av tvang, som absolutt berører etiske perspektiver av menneskeverd. Hos pasienter som ikke er utrustet med, eller som ikke kvalifiserer for GPS etter grundig kartlegging, forsøker personal ofte å veilede eller holde pasienten innendørs i frykt for at de faller, går seg bort, eller skader seg på et vis. Pasienter med GPS gis større frihet til å gå ut etter eget ønske, og det oppleves trygt for pårørende og personal (Ausen et al., 2013). Respondentene beskrev at det ofte blir mye uro som kan føre til utagering og aggresjon, dersom pasienter med utferdstrang holdes tilbake på avdeling, og dette skjer oftere på vinterstid. Det er ikke alltid tilstrekkelig ressurser til at personalet kan forlate avdeling og ta med seg pasienter ut på tur, men GPS muliggjør dette og det blir mindre belastende for alle involvert. Allikevel skal ikke lokaliseringsteknologi brukes som erstatning for tilsyn og omsorg, og det er et viktig tema i etisk refleksjon når GPS vurderes. Kunnskap om dette skal være første kriteriet. Hagen-utvalgets NOU «Innovasjon i omsorg» sier at teknologi kan gi mennesker nye muligheter til å klare seg på egenhånd, men at teknologi aldri skal erstatte menneskelig omsorg. All velferdsteknologi er ment som en fordel for pasienter og brukere, og skal fungere som en støtte til pårørende og helsepersonell (SINTEF, 2012).

## **Teknologi versus personvern – et etisk dilemma**

Det kommer frem at GPS gir bedre muligheter for å opprettholde et aktivt liv, mestre hverdagen og forlenge pasientens selvstendighet, til tross for demenssykdommen. Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2013 ut med en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (§4-6a.) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Frem til da hadde det pågått en diskusjon som gjelder overvåking gjennom teknologi versus personvern. Det å overvåke en person med lokaliseringsteknologi er en form for inngripen i menneskers mulighet til å bevege seg fritt uten andres kontroll, og å leve et selvstendig liv med full bevegelsesfrihet (Grut et al., 2017), men erfaringer fra GPS – prosjekter viser at det er få som føler seg overvåket. Det oppleves heller trygt at noen kan finne dem dersom de går seg bort (Ausen et al., 2013). Men det er verdt å merke seg at det finnes etiske utfordringer med lokaliseringsteknologi fordi det kan oppfattes som krenkende og problematisk at pårørende og helsepersonell har tilgang til en persons aktiviteter til enhver tid. Med dette i tankene kommer både respondentene og litteraturen tilbake til samme konklusjon; det kan være mer etisk uforsvarlig å risikere ulykker, tvang og redusert livskvalitet, enn å bruke teknologi til sporing. Erfaringer fra tidligere prosjekter belyst i litteraturen viser at personer som er utrustet med GPS ikke opplever dette som kontroll og inngripen i deres liv, men som økt frihet og trygghet (SINTEF, 2012).

### **7.4 Struktur**

I denne siste delen av diskusjonen skal jeg se nærmere på leders rolle, og verdibasert tilnærming til etiske vurderinger rundt bruk av lokaliseringsteknologi. Jeg har gått igjennom produksjonskjernen i organisasjoner; oppgaver, teknologi og mennesker, og det siste grunnelementet som danner en helhet er den organisatoriske konteksten, altså strukturen. De gir et bilde av hvem som har ansvar for hva, hvem som forventes å utføre de ulike oppgavene innad i organisasjonen, og forventninger til hvordan man bør opptre (Jacobsen, 2018). Som jeg har nevnt ved flere anledninger var dette kanskje det mest utfordrende å belyse gjennom funn fra intervjuene. Derfor må jeg støtte meg på litteraturen, men ta med meg respondentenes perspektiver.

### **Endring i tradisjonell ledelse og hierarki**

Respondentene refleksjon over endring i den hierarkiske oppbygningen av et sykehjem i dag kontra tidligere, kan gjenspeile at samfunnet er i endring. Både når det gjelder økonomiske

ressurser og demografiske endringer. Helse- og omsorgstjenesten står ovenfor en rekke utfordringer i fremtiden. Utvikling innen helsefaglig oppfølging og medisinsk behandling går raskere og fører til at flere lever lengre med sykdom. Folk blir diagnostisert med demenssykdommer tidligere, og det er nye, yngre brukergrupper som krever at vi tenker annerledes. Innenfor kommunesektoren vil derfor vurderinger av etiske aspekter ved teknologi bli viktig i tiden som kommer, og det medfører behov for nye ressurser, nye krav og mestringsstrategier, Kommunene vil ikke være rustet til å innføre alle velferdsteknologiske løsninger, og må derfor ta et valg om å velge det beste og mest egnede, også sett fra et etisk perspektiv (Ausen et al., 2013; Hofmann, 2010). For å ta i bruk nye tjenester og oppnå positive effekter og verdier, stilles det krav til at organisasjoner endrer sin måte å arbeide på ved å ta i bruk nye løsninger. Både leder og medarbeider har et ansvar for å gjennomføre en «endringsreise». Medarbeidere skal kunne tilegne seg ny kunnskap og utvikle nye holdninger slik at man aktivt kan bidra til å endre praksis. Leders rolle er å drive organisasjonen og medarbeiderne gjennom denne prosessen (KS, 2016).

### **Tillitt og verdibasert ledelse i innovasjonsarbeid**

Ledelse handler om å skape engasjement og støtte blant medarbeidere som i utgangspunktet kunne ville noe annet. Begrepet har vokst frem etter behovet for å mobilisere folk, og det handler i stor grad om frivillighet og autonomi (Arnulf, 2012). Respondentene trakk frem at nærhet til leder var viktig for deres trygghet og selvstendighet i arbeidet. At leder la til rette for frihet til å bruke sin kunnskap og ta egne vurderinger og beslutninger, og at det ble gitt rom til etisk refleksjon og en åpenhet og sosial tilhørighet. I verdibasert ledelse er sosial utveksling sentralt i konseptet og det er med på å forklare balanseforholdet mellom leder og medarbeider. Leders verdier kan ha prinsipielle motiverende egenskaper som kobler medarbeidere sammen i et større felleskap, og det kan føre til at de opplever stolthet og yter ekstra. Verdibasert ledelse knyttes ofte opp mot omsorgsbegrepet, og dersom leder klarer å formidle et fokus på samhold og koordinering, kan dette ha betydning for medarbeiders motivasjon for å endre den tradisjonelle måten å utøve helsetjenester på (Kirkhaug, 2018). Respondentene ønsker å være selvgående, og de ønsker å være drivere for arbeidet med lokaliseringsteknologi, men med viten om at de har støtte til opplæring og råd, samt en overordnet beslutningsmyndighet som sitter med det formelle ansvaret. De følte allerede at de hadde rom til etisk refleksjon, og ønsket ingen øvrig oppfølging til å håndtere etiske dilemmaer fordi de var trygge på at de fikk hjelp og bistand dersom behovet skulle melde seg.



## **Verdier og etisk lederskap i håndtering av GPS - teknologi**

Men innad i en organisasjon vil det ikke være mulig å etablere en helt lik felles etisk teori og moral, da hver enkelt vil kunne hevde ulike verdistandpunkt og med samme prinsipielle rett. Organisasjoner kan sees på som selvstyrende systemer, og kjennetegnes nødvendigvis ikke at de menneskene som inngår i det, men det knytter seg sammen gjennom kommunikasjon og formidling. Det felles språket som definerer organisasjonen og avgrenser seg fra omgivelsene slik at det danner organisasjonens kultur basert på mål og verdier (Askeland, 2013). Den adferden som leder viser er ikke nødvendigvis en refleksjon av personlighetstrekk ved vedkommende, men et resultat av erfaringer, opplæring, oppgaven som skal løses og andre betingelser. Men ledere som leder med prinsippet for respekt, vil sannsynligvis løse sine oppgaver annerledes enn en leder som baser sin lederadferd på kynisme. Som leder har man ansvar for at virksomheten holder en god etisk standard, og etisk lederskap innebærer at man viser vei og går foran som et godt eksempel. Det følger ofte stor innflytelse med det å være leder, og hvordan man velger å handle kan få konsekvenser (Vevatne, 2020). Verdier utgjør betingelser for adferd og brukes til å løse ulike oppgaver som er viktige for å ivareta motivasjon, veiledning og koordinering av tjenester som medarbeideren er satt til å utføre (Kirkhaug, 2018). I den etiske debatten rundt lokaliseringsteknologi må medarbeiders arbeidssituasjon, og organisering av tjenesten inngå, og systematisk refleksjon kan være til stor nytte. Etske dilemmaer kan la seg løse dersom det forutsetninger for åpenhet, kreativitet og motivasjon ligger til grunn, og ikke minst dersom man gjør det i felleskap (Ausen et al., 2013; SINTEF, 2012).

Så har verdibasert ledelse en betydning for etiske vurderinger når GPS tas i bruk hos pasienter med demens? Jeg vil konkludere med at man kan forstå verdibasert ledelse som et konsept som gjør antyder at ledere støtter seg til verdier mer en andre verktøy i sin lederrolle. Det er en positiv oppfatning om at leder utnytter de verdiene som konkret påvirker muligheter for utvikling, samhold og motivasjon. Sammen med personlighetstrekk som ydmykhet, ærlighet og integritet, altså samsvar mellom ord og handling, kan dette ha betydning for å skape et positivt etisk klima (Kirkhaug, 2018).

## 8 Konklusjon

Formålet med denne avhandling var å undersøke hvordan lokaliseringsteknologi er innført, tatt i bruk og forstått. Jeg ønsket å undersøke om bruk av GPS- teknologi på pasienter med demens har nytteverdi for deres livskvalitet, og om gevinsten er større enn de etiske utfordringene. I arbeidet med denne avhandlingen ser jeg at min problemstilling har vært todelt. Det har handlet både om hvorvidt verdibasert ledelse har betydning for etiske vurderinger når GPS tas i bruk hos pasienter med demens, og det har handlet om teknologi i omsorg er en forutsetning eller motsetning, og om det er til det beste for pasienten. Alle elementer ved et sykehjem har en betydning for hvordan pasientene til syvende og sist opplever livsglede. Oppgaver, teknologi og mennesker inngår i den helhetlige organisatoriske konteksten, og jeg vil, uten å generalisere, påstå at verdibasert ledelse har en betydning for etiske vurderinger. Selv om respondentene ikke nødvendigvis gav meg alle svarene under intervjuene, har denne prosessen vist meg at det de kan ta for gitt av strukturelle betingelser, kan komme fra en innarbeidet kultur og verdier som ligger i «sykehjemmets vegger». «Det er slik vi gjør det her hos oss». Det kan være ubevisste antakelser og det felles språket som definerer organisasjonen.

De aller fleste respondentene mente at GPS var et godt hjelpemiddel for pasienter med demens. Utfordringene ligger i all hovedsak i forhold til administreringsverktøy, infrastruktur og tekniske svakheter ved GPS – enhetene. Men fordelene veier allikevel opp for ulempene. Det er dokumentert økt trygghet og sikkerhet, økt livskvalitet, mestring og selvstendighet, og frihet og fravær av tvang for pasientene. Med å innføre lokaliseringsteknologi i større grad i helse- og omsorgstjenester forventes det en reduksjon av alvorlige leteaksjoner og utrykninger, og helsetjenester kan møte pasienter behov på en bedre måte. Alt dette forutsetter grundige forberedelser og brukerkartlegging, gode opplæringsrutiner og gode etiske vurderinger (KS, 2016).

“Bruken av varslings- og lokaliseringsteknologi ofte er det minst inngripende tiltaket som gir personen økt frihet, mobilitet og selvstendighet, og tiltaket oppleves som fravær av tvang.”

– Trygge spor (Ausen et al., 2013).

## Litteraturliste

- Arnulf, J.K. (2012). *Hva er ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Askeland, H. (2012). *Rapport: Verdibasert ledelse – historiske linjer og aktuelle perspektiver*. Oslo: Diakonhjemmet.
- Ausen, D., Svagård, I., Bøthun, S., Øderud, T., Lillefjære, I. & Aas, J.H. (2012). *Nye varslingsystemer i morgendagens sykehjem*. SINTEF-rapport A23282. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/varslingsystemer-i-morgendagens-sykehjem\\_innomed.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/varslingsystemer-i-morgendagens-sykehjem_innomed.pdf)
- Ausen, D., Svagård, I., Øderud, T., Holbø, K. & Bøthun, S. (2013). *Trygge spor. GPS – løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor*. Sintef. Hentet fra <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1268612/>
- Braut, G. S. (2018). *Sykehjem* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet fra <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Bøthun, S. & Ausen, D. (2015). *Trygge spor. Hvordan ta i bruk GPS for personer med demens. En tjenestemodell for norske kommuner*. Sintef. Hentet fra <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1294404/>
- Eines, T. F. & Lervik, I.L. (2014). *Våke. Et refleksjonshefte om velferdsteknologi, juss og etikk for helsepersonell*. Kristiansund: Det Midtnorske velferdsteknologiprojekt
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2016). *Hva er demens?* I Tretteteig, S.(red). (2016). *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Fasting, M., Doksheim, M. & Vatnøy, E. (2011). *Den norske velferden*. Oslo: Civita.
- Fosse, G.A. & Øderud, T. (2014). PROSJEKTRAPPORT. *Varslings- og lokaliseringsteknologi. Behovskartlegging og erfaringsinnhenting*. Kristiansand: SINTEF
- Forssell, B. & Kjerstad, N. (2020). *GPS i Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/GPS>

- Fredskild, T.U. & Dalkjær, D. (2017). *Velfærdsteknologi i sundhetsvæsnen*. (2.utg.). Danmark: Gads Forlag.
- Grut, L., Øderud, T. & Bøthun, S. (2017). GPS som hjelpemiddel for personer med orienteringsvansker. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(2). Universitetsforlaget.
- Garsjø, O. (2008). *Institusjonssosiologi. Perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Department of Nursing, Umeå University; *Nurse Education Today* (2004), 24, 105-112.
- Helsebiblioteket.no. (2013). *GPS-overvåking av mennesker med demens blir tillatt*. Hentet fra <https://psyknyheter.wordpress.com/2013/09/23/gps-overvakning-av-demente-blir-tillatt/>
- Helsedirektoratet. (2012). *Fagrapport om implementering av i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2012). Rapport: *Velfærdsteknologi. En fagrapport om implementering av velfærdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenester 2013-2030*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)*. (Prop.90 L (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20122013/id719104/?ch=1>
- Helse -og omsorgsdepartementet. (2020). Demensplan 2025. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Hofman, B. (2010). *Etiske utfordringer med velfærdsteknologi*. Notat fra Kunnskapssenteret 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/10287.cms>
- Hofman, B. (2013). Ethical challenges with welfare technology. A review of the literature. *Sci Eng Ethics*, 19(2), 389-406. DOI: 10.1007/s11948-011-9348-1.

- Holthe, T. (2011). *Teknologi som støtte til personer med demens og deres pårørende*. Teknologi og deltakelse. Hentet fra [www.netf.no/content/download/35856/126809/file/Holthe.pptx](http://www.netf.no/content/download/35856/126809/file/Holthe.pptx)
- Holthe, T. (2011). *Velferdsteknologi – også aktuelt for personer med demens!* Ergoterapeuten. 54(6), 42-5.
- Holthe, T., Øderud, T. og Landmark, B.T. (2015). GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg – hva må til? *Ergoterapeuten* (1), 42-49. Hentet fra <https://www.ergoterapeuten.no/fag-og-vitenskap/fagartikler>
- Jacobsen, D.I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. (3.utg). Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjørke AS
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3.utg). Oslo: Cappelen Damm
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2010). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, B., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (5.utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Kesting, P., & Ulhøi, J. P. (2010). Employee- driven innovation: extending the license to foster innovation. *Management Decision*, 48(1), ss. 65-84.
- Kirkehaug, R. (2018). *Verdibasert ledelse*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- KS. (2016). *Velferdsteknologiens ABC*. Oslo: Kommunesektorens Organisasjon
- KS. (2016). *Velferdsteknologiens ABC. Fra brukerbehov til ny løsning*. Oslo: Kommunesektorens Organisasjon
- KS. (2016). *Velferdsteknologiens ABC. Lovverk og etikk*. Oslo: Kommunesektorens Organisasjon
- KS. (2016). *Velferdsteknologiens ABC. Utprøving og vurdering av bruk*. Oslo: Kommunesektorens Organisasjon

- KS. (2016). *Velferdsteknologiens ABC. Overgang til drift* Oslo: Kommunesektorens Organisasjon
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leavitt, H.J. (1965). *Applied Organizational Change in Industry: Structural, Technological, and Humanistic Approach*. In James G. March (ed) *Handbook of organizations*, 1147-1170.
- Leavitt, H.J. (2005). Hierarchies, authority, and leadership. *Leader to leader*, 2005(37), 55-61. DOI:10.1002/ltl.141
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Nordic College of Caring Sciences. *Scand J Caring Sci*; 2004; 18, 145-153
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Nakrem, S. & Sigurjónsson, J.B. (2017) (Red). *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2013). Lov om pasient- og brukerrettigheter, §4-6.a. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_4#%C2%A74-6a](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#%C2%A74-6a)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2018). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_5#%C2%A74a-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#%C2%A74a-5)
- Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Reinaas, R. & Molvik, I. (2013). *GPS og demens. Hvordan varslings- og lokaliseringshjelpemidler påvirker selvstendighet, frihet og verdighet for personer med demens og deres pårørende*. I SINTEF. Oslo. SINTEF, teknologi og samfunn. Hentet fra: <http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=SINTEF+A24005>

- Sandelowski, M. (1999). Troubling distinctions: a semiotics of the nursing/technology relationship. *Nursing Inquiry*, 6(3), 198–207.  
<https://ezproxy1.usn.no:3528/10.1046/j.1440-1800.1999.00030.x>
- SINTEF, (2012). Velferdsteknologi – etiske utfordringer. Velferdsteknologi. Strategisk satsning i SINTEF. Hentet fra  
[https://www.sintef.no/globalassets/upload/velferdsteknologi/velferdsteknologi\\_etiske-sporsmal.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/velferdsteknologi/velferdsteknologi_etiske-sporsmal.pdf)
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Spurkeland, J. (2013). *Relasjonsledelse*. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Stokkeland, H. & Kaarbø, A. (2014). *31 nøkler til godt kommunalt lederskap*. Oslo: Kommuneforlaget
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Thygesen, H. & Mosen, I. (2014). GPS-sporing i demensomsorgen. *Tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie*, 6(2), 10-15. Hentet fra  
[https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2019-11/geriatrisk\\_0214.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/geriatrisk_0214.pdf)
- Tønnessen, S. & Lind Kassah, B.L. (Red). (2017). *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester. Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Van Manen, M. (2011). *Phenomenologyonline. A resource for phenomenological inquiry*. Hentet 27.12.20 fra [www.phenomenologyonline.com](http://www.phenomenologyonline.com)
- Van Manen, M. (2017). But Is It Phenomenology? *SagePub: Qualitative Health Research* (2017), 27(6), 775–779. DOI: DOI: 10.1177/1049732317699570  
[journals.sagepub.com/home/qhr](http://journals.sagepub.com/home/qhr)
- Vevatne, K. (2020). *Ledelse for sykepleiere. Likeverd i relasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

## Vedlegg 1. Tilbakemelding på søknad til NSD

27.05.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### **Prosjekttittel**

Teknologi i omsorg

### **Referansenummer**

949699

### **Registrert**

31.03.2021 av Anette Haugan - 179866@student.usn.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Sørøst-Norge / Handelshøyskolen / Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap

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

Are Brandstad, Are.Brandstad@usn.no, tlf: 93247785

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Anette Haugan, aruvang@outlook.com, tlf: 41516337

### **Prosjektperiode**

01.12.2020 - 10.06.2021

### **Status**

16.04.2021 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

---

#### **16.04.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som



er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.04.2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 10.06.2021. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**  
NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

b248b8f7f

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Teknologi i omsorg»

#### «Verdibasert ledelse og etiske hensyn ved bruk av lokaliseringsteknologi hos pasienter med demens»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å reflektere rundt bruk av GPS hos pasienter med demens. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en mastergradavhandling i faget Master i innovasjon og Ledelse. Formål med undersøkelsen er å reflektere rundt etiske hensyn ved bruk av lokaliseringsteknologi hos pasienter med demens.

Problemstilling:

*«Hvilken betydning har verdibasert ledelse for etiske vurderinger når GPS tas i bruk hos pasienter med demens?»*

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

Universitetet i Sørøst Norge, fakultet Handelshøyskolen. Studieprogram; Master i Innovasjon og Ledelse

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

Helsepersonell på sykehjem med erfaring/kjennskap til pasienter med demens, og bruk av lokaliseringsteknologi.

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

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju. Det vil ta deg ca. 30 minutter. Intervjuet er basert på 4 spørsmål som drøftes og reflekteres over i gruppen. Intervjuet ledes av prosjektforfatter, og samtalen tas opp på lydopptak.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

Samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun student ved behandlingsansvarlig institusjon som har tilgang til opplysningene som kommer frem under intervjuet.
- Av personopplysninger er det kun underskrift på dette samtykkedokumentet som lagres inntil prosjektet er ferdigstilt. Ingen andre personopplysninger innhentes.
- Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i det ferdige prosjektet.

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

Opplysningene makuleres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021

### **Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

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

Med vennlig hilsen

Anette Haugan Ruvang  
Prosjektansvarlig student

-----  
-----

### **Samtykkeerklæring**

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

- å delta i fokusgruppeintervju
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til juni 2021

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide fokusgruppe

# Intervjuguide - fokusgrupper

### Innledende spørsmål:

1. I hvilken grad har du/dere kjennskap til bruk av GPS hos pasienter med demens?

### Hovedspørsmål:

2. Hvilke fordeler tenker dere at bruk av GPS har?

### Oppfølgingsspørsmål:

- Hvordan involveres pasient og pårørende i beslutning om å starte?
- Hvordan vil dere beskrive pasient og pårørendes mulighet for medbestemmelse underveis, og hvordan utfører dere dette i praksis?
- På hvilke måte blir relasjon til pårørende og pasienter viktig når avgjørelser tas om det er riktig eller ikke å ta i bruk GPS?

### Hovedspørsmål:

3. Hvilke bekymringer har dere vedrørende bruk av GPS?

### Oppfølgingsspørsmål:

- Hvordan håndterer dere dette?

- Hvordan viser det seg i praksis?
- På hvilken måte berører dette dere som ansatte?
- Eksempler å dele?

**Hovedspørsmål:**

4. Hva er viktig for dere fra leder når dere opplever etiske utfordringer rundt GPS?
5. På hvilken måte har leder en rolle når det kommer til innføring av GPS hos pasient?

**Oppfølgingsspørsmål:**

- Hva trenger du av støtte og veiledning, oppfølging ved å håndtere etiske dilemmaer?

## Vedlegg 4: Intervjuguide personlig intervju

### Intervjuguide – individuell intervju

6. I hvilken grad har du kjennskap til bruk av GPS hos pasienter med demens?
7. Hvilke fordeler tenker du at bruk av GPS har?
  - På hvilke måte blir relasjon til pårørende og pasienter viktig når avgjørelser tas om det er riktig eller ikke å ta i bruk GPS?
8. Hvilke bekymringer har du vedrørende bruk av GPS?
9. Hvilke refleksjoner/vurderinger gjør du deg når du blir forespurt om å vurdere en pasient for GPS?
10. Hvem rådfører du deg med, og på hvilken måte dokumenterer du dine vurderinger?
11. I din mening, i hvilken grad føler du at bruke av GPS er implementert og tilkjennegjort på sykehjemmet?
12. I din mening:
  - Hvem har det overordnede ansvaret for innføring av GPS hos pasientene?
  - Hvem har ansvaret for den daglige administreringen av GPS?
  - Hvem har ansvar for oppfølging av pasient og pårørende i prosessen fra oppstart til avslutning?
13. Hva tenker du at en god leder vil gjøre når man har etiske utfordringer rundt GPS?



- Hva trenger du av støtte og veiledning, oppfølging ved å håndtere etiske dilemmaer?