

# **Innovasjonsreisen – innføring av digitale trygghetsalarmer på veien mot Helsevakt**

## **Følgforskning i Fredrikstad kommune**

**Catharina Bjørkquist**  
**Maria Forss**  
**Harald Holone**  
**Finn Samuelsen**

**Høgskolen i Østfold**  
**Oppdragsrapport 2017:3**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2017:3

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-449-3

ISSN: 1504-5331

## Forord

Høgskolen i Østfold har hatt oppdraget på følge-med-forskning på Fredrikstad kommune sin deltakelse i den nasjonale satsingen på utvikling og utprøving av velferdsteknologi (SAMVEIS). Den foreliggende rapporten er sluttrapporten i følgeevalueringen av pilotering av utvidet alarmmottak og etablering av helsevakt samt digitalt tilsyn/digital dialog.

Høgskolen har tidligere levert to halvårsrapporter til Fredrikstad kommune, henholdsvis desember 2015 og september 2016. Noe av bakgrunnsinformasjonen gitt i den første rapporten, er også tatt med i denne sluttrapporten. Denne andre halvårsrapporten utgjør en del av denne sluttrapporten, men hvor hendelser og data for perioden fram til 31.12.16 er bearbeidet og lagt inn.

Fredrikstad kommunes prosjektgruppe består av: Ulf-Harry Evensen, Anders Tangen, Thomas Andersen, Liv Tonje Myrvold, Jane Johnsen, Morten Magnussen, Ruth Tulle Kofoed Jespersen og Rozhan Nori Jamal.

Det har vært avholdt en rekke møter mellom prosjektgruppen i Fredrikstad kommune og forskergruppen ved HiØ i perioden 2015-2016.

I tillegg har forskergruppen presentert resultater og anbefalinger til koordinerende ledergruppe 06.06.2016 og på en temasamling for velferdsteknologi 12.09.2016.

Vi takker Fredrikstad kommune for å ha gitt oss oppdraget og prosjektmedarbeiderne spesielt for et godt samarbeid. Vi takker alle informantene for at de stilte opp til intervju og på workshop og velvillig delte sine erfaringer med oss.

Catharina Bjørkquist, Mia Forss, Harald Holone og Finn Samuelsen



## Innhold

Forord.....	i
Sammendrag .....	1
Anbefalinger .....	3
Introduksjon .....	5
Disposisjon av sluttrapporten .....	6
Prosjektet – Helsevakt og digitalt tilsyn/dialog .....	7
Tidligere forskning om pårørendes erfaringer .....	9
Teoretiske perspektiver .....	11
Modeller for samarbeid .....	11
Tverrfaglig team.....	13
Endring og organisasjonskultur .....	14
Profesjon – revirtenking og altruisme.....	16
Metode og datainnsamling .....	19
Analyse .....	21
Presentasjon av funn.....	23
Informasjon.....	23
Utfordringer og løsninger .....	24
Kunnskap og kompetanse.....	26
Endring og kultur .....	29
Samarbeid og integrasjon .....	33
Pårørendes erfaringer.....	37
Brukernes erfaringer.....	41
Om deltakerne.....	41
Innflytelse og medvirkning .....	41
Egenmestring og opplevd trygghet.....	41

Bruk av digital trygghetsalarm .....	42
Opplæring og informasjon.....	43
Mulige gevinster .....	43
Diskusjon og anbefalinger.....	45
Informasjon.....	45
Kunnskap og kompetanse.....	46
Endring og kultur .....	47
Samarbeid og integrasjon .....	50
Brukere og pårørende.....	53
Oppsummering av anbefalinger.....	54
Oppsummering.....	57
Referanser.....	59

## Sammendrag

Følgforskningen er basert på et velferdsteknologi- og innovasjonsprosjekt finansiert av Helsedirektoratet. Følgforskningen har studert organisasjonsprosesser i tilknytning til innføringen av digital trygghetsalarm i Fredrikstad kommune for å besvare de oppgitte problemstillingene gjengitt nedenfor. Rapporten presenterer et teorigrunnlag og et kvalitativt datamateriale med fokus på organisatoriske faktorer. Datamaterialet er samlet inn over to perioder, henholdsvis fra slutten av januar til begynnelsen av mars 2016 og oktober 2016. Vi har intervjuet avdelingsledere og arrangert workshop med ansatte hvor de ble intervjuet i grupper og presenterte sine refleksjoner på noen oppgitte problemstillinger.

Våre hovedfunn fra følgforskningen som svar på de ulike problemstillingene er som følger. For organisasjonen er de mest kritiske faktorene for en vellykket innovasjonsreise informasjonsflyt, en felles strategi og felles målsettinger (på tvers av legevakten, hjemmesykepleien, tildelingskontoret og friskliv og mestring) for hvordan oppgavene knyttet til ikke planlagte aktiviteter skal håndteres. Pårørende har ikke inntrykk av at brukerne har fått noe nytt, det er en trygghetsalarm. Nesten alle brukerne som er spurt, er veldig fornøyde med den digitale trygghetsalarmen og mener den er enkel å bruke, men ifølge pårørende kan brukerne bli forvirret av blinkende lys.

Noen av de største utfordringer organisasjonen har i utviklingen av tjenesten, her levering av digital trygghetsalarm og veien mot Helsevakt, er revirtenkning på ulike nivåer, mellom profesjoner og mellom de ulike organisatoriske enhetene. Det er også en utfordring at arbeidet med skiftet fra analog til digitale alarmer ikke ble sett på som eller behandlet som en endring. Videre var informasjonsflyt en utfordring særlig i oppstarten. Man har jobbet med og utbedret informasjonsrutiner og re-informerer. Det har også blitt lagt ekstra trykk på opplæring.

Det er nødvendig med endringskompetanse, ikke bare tilpasning, og samhandlingskompetanse i tillegg til å beherske det rent praktiske i forhold til hvordan alarmene fungerer. Når det gjelder samhandling, er informasjonsutveksling og det å ha

noen faste møteplasser viktig. For å øke sjansen for å få til samhandling er det også behov for forståelse og vilje til mer helhetlig tilnærming til bruker og tjenester denne mottar.

Med utgangspunkt i at utskiftingen til digitale alarmer ikke ble betraktet som en endring, er det heller ikke mange som har jobbet med å endre arbeidsformer. Men legevakten har måttet endre sine arbeidsrutiner og –former i forbindelse med innføringen siden det her er nytt datasystem, nytt fagprogram, m.m. En endring i arbeidsformer krever også endring i organisasjonskulturen og deler av dette endringsarbeidet gjenstår fortsatt. Vi finner få endringer i denne kulturen i den perioden vi har fulgt prosjektet. Det er derimot tydelig motstand mot endring, en skepsis til andre profesjoner, deres kunnskap, vurderinger og løsninger. Workshop har bidratt til at de som deltok har fått utfordret sin forståelse av hva andre enheter gjør og hva de kan. Spørsmålet er hvordan dette spres videre i de respektive organisasjonene. Bruk av internmeldinger bidrar til samhandling og pasientflyt, men oppfølgingen synes til dels å være individavhengig. Det er etablert noen møteplasser mellom enhetene, særlig tildelingskontoret og hjemmesykepleien, men her er det forbedringsmuligheter også ved å trekke inn flere av partene som er involvert i levering av tjenesten.



## Anbefalinger

Nedenfor er våre anbefalinger oppsummert.

**Fire anbefalinger** til Fredrikstad kommune for å utvikle digitale trygghetsalarm som en del av Helsevakt:

### **Åpen dialog med tjenestene**

Man behøver for eksempel å avklare hvilken organisatorisk løsning kommunen velger med hensyn til alarmmottak og tydelig informasjon til de som er berørt (spørsmål 1 og 8)

### **Utøve et aktivt og strategisk lederskap**

Ta aktivt grep for å bygge ned revirer, for eksempel ved å etablere tverrfaglige team og velge en form som vil kunne fremme samarbeid (spørsmål 2)

Endringskompetanse, skifte i verdigrunnlag (spørsmål 4)

Legge grunnlag for innsikt i andres kompetanse og arbeidsoppgaver (spørsmål 7 og 8)

### **Invitere til informasjonsflyt innenfor organisasjonsenheten**

Invitere til informasjonsflyt innenfor organisasjonsenheten når informasjon er delt mellom organisasjoner for å bygge ut nye og alternative tjenesteformer (spørsmål 6)

Gi tilstrekkelig tid og rom til opplæring – både i digitale verktøy og i nye arbeidsmåter (spørsmål 4)

### **Jobbe med samarbeid – både strukturelt og kulturelt**

Etablere møtearenaer hvor det er behov for det og hvor det ikke finnes pr i dag (som legevakt-hjemmesykepleie). Bedre samarbeid – både strukturelt og kulturelt (spørsmål 2, 5, 7 og 8)

Motivere samarbeidet for de ansatte ut fra et brukerperspektiv



## Introduksjon

Med utgangspunkt i oppdraget er formålet med studien å kartlegge, analysere og evaluere organisasjonsutviklingsprosessen og innovasjonsreisen knyttet til to aktiviteter: helsevakt og digital dialog. Det er i praksis snakk om en utskifting av analoge til digitale trygghetsalarmer og starten på utplassering av eLås.

Forskningsspørsmålene Høgskolen skal svare på, slik de er definert i kontrakten, er:

1. Hva var de mest kritiske faktorene for en vellykket innovasjonsreise?
2. Hvilke utfordringer fikk organisasjonen i utviklingen av tjenesten?
3. Hvordan løste organisasjonen utfordringene?
4. Hvilken type kompetanse var det nødvendig å tilegne seg?
5. Hva slags samhandling var nødvendig, og hvordan ble denne organisert?
6. Hvilke endringer i arbeidsform var nødvendig?
7. På hvilken måte endret organisasjonskulturen seg i løpet av prosessen?
8. Hvordan klarte man å sikre samhandling og pasientflyt?

Vår forståelse av forskningsspørsmålene i kontrakten er de i ulike grad er relatert til de ulike perspektivene som brukere, pårørende, ansatte og mellomledere representerer. Spørsmålet om kritiske faktorer for innovasjonsreisen er knyttet til brukere og pårørende og deres erfaringer. Spørsmålene om utfordringer til utvikling av tjenesten og om kompetanse kan kobles til ansattes opplevelser og erfaringer relatert til utvikling av tjenestene i forbindelse med implementering av velferdsteknologiske løsninger. Mens spørsmål om samhandling, arbeidsformer og organisasjonskultur er knyttet til lederskap og (mellom)ledere i relasjon til hvordan man håndterer endringsprosessene. Det siste spørsmålet ser vi som overordnet de foregående spørsmålene, og vil etter planen utgjøre en sammenfattende analyse av materialet.

Kvantitative gevinster ivaretas av kommunen i samarbeid med PA Consulting.

## Disposisjon av sluttrapporten

Vi gir først en kort oversikt over prosjektet og kort om hva man har gjort så langt. Deretter følger en gjennomgang av de teoretiske perspektivene som benyttes i analysen før vi redegjør for metode og datainnsamling. Deretter følger presentasjon av funn, basert de to omgangene med intervjuer av avdelingsledere og de to workshopene, som drøftes og knyttes til anbefalinger for videre arbeid.

## Prosjektet – Helsevakt og digitalt tilsyn/dialog

Helsevakt er planlagt som et døgntilbud for ikke planlagte for helse- og omsorgstjenester. Digital trygghetsalarm er en del av dette tilbudet og den første løsningen som utplasseres hos bruker.

Fredrikstad kommune har hatt ca. 430 analog trygghetsalarmer. Legevakten har vært mottaker av utløste analoge alarmer og koblet inn hjemmesykepleien som har hatt ansvaret for å følge opp bruker og vurdere behov. Det har vært en del utfordringer med bakgrunn i teknikken knyttet til lyd og reduserte mulighetene for dialog med bruker. Flere brukere har røykvarsler koblet til trygghetsalarmen og tjenesten assistert rømning.

Teknologiutviklingen, stengning av det analoge nettet og utvikling ved brukergruppen bidrar til behov for anskaffelse av nye trygghetsalarmer og en samtidig utvikling av tjenesten. Dette bør fortrinnsvis ses i sammenheng.

Fredrikstad kommune har startet utskiftingen til digitale trygghetsalarmer i desember 2015 samtidig med at systemet for mottak endres. De digitale trygghetsalarmene er planlagt som en del av en trygghetspakke hvor ulike elementer som røykvarsler, elektronisk lås, digitalt tilsyn og mobil trygghetsalarm kan inngå. Vaktmester som er underlagt hjemmetjenesten, har administrert trygghetspakkene og har ansvar for utplassering hos bruker.

De digitale trygghetsalarmene medfører en rekke endringer i arbeidsrutiner for både legevakten som mottak av utløste alarmer og hjemmesykepleien som skal løse oppdraget i møtet med bruker. Utskiftingen innebærer også et nytt system for trygghetsalarm med bedre grunnlag for dokumentasjon i fagsystemet til hjemmesykepleien. Ansatte i hjemmesykepleien får utlyst alle oppdrag på LMP når det kommer inn alarmoppdrag. En sykepleier på hjemmesykepleien vurderer oppdraget og avgjør hvem som skal løse det og gir denne beskjed.

I 2015 startet man ut med ambisiøse målsettinger med hensyn til tempo og antallet utplasseringer av digitale trygghetsalarmer, utvidede trygghetspakker, digitale tilsyn og eLåser i løpet av 2015 og 2016. Det har vært en rekke tekniske, organisatoriske og strategiske utfordringer. Oppstarten ble forsinket, men tempo i utplassering har økt i første

halvdel av 2016 etter hvert som en del av de tekniske utfordringene har blitt løst. Noen av de organisatoriske og strategiske utfordringene beskrives nærmere i analysen nedenfor. Det dreier seg blant annet om spørsmål knyttet til planlagt tjenesteutvikling med en helsevakt. Her har det vært uklarheter med hensyn til hvor ansvaret for alarmmottaket skal ligge og hvem som skal løse oppdraget hos bruker og hvordan det skal organiseres.

Følgende enheter i Fredrikstad kommune deltar i prosjektet på ulike måter, tildelingskontoret, hjemmesykepleien, legevakten og friskliv og mestring ved avdeling for Fysio- og ergoterapi.

Ansatte fra disse enhetene er rekruttert som informanter til følgeforskningen vi presenterer resultater fra her.

## Tidligere forskning om pårørendes erfaringer

Forskning knyttet til pårørende er ofte fokusert på hvilke helseutfordringer eller diagnoser til pasient/bruker som man er pårørende til. Hyppige diagnoser det relateres til er slag, demens, psykiske lidelser, rusproblemer, kreft, etc.

Når noen blir syk påvirker det hverdagslivet til de som lever nært på vedkommende (Gough et al., 2011; Strøm et al., 2015). Flere studier viser sammenhengen mellom nærhet i familierelasjon og opplevd belastning (Hanssen & Sommerseth, 2015).

I mange artikler kommer det fram at pårørende erfarer at kontakten med helsetjenesten er vanskelig og oppleves som en tilleggsbelastning. Flere studier framhever at støtte til pårørende må sees på som en del av en samlet eller helhetlig pasientbehandling. Pårørendeinvolvering er vesentlig og samarbeid mellom helsepersonell og pårørende må være planlagt og strukturert (Jonasson et al., 2010). Tydelighet, tilgjengelighet og gjensidighet er essensielt for pårørende i kontakt med helsetjenesten, på et tidlig tidspunkt.

Forskning viser at pårørende kan være utsatt for store belastninger og har behov for informasjon, involvering og støtte. I studien gjort av Hanssen & Sommerseth (2014) kommer det fram at pårørende har behov for å være synlige og respekterte i forhold til helsepersonell. Et annet viktig punkt er at de må bli direkte involvert gjennom å motta informasjon og sett på som en samarbeidspartner.

Stenberg, Ruland & Miaskowski (2010) identifiserte over 200 utfordrende opplevelser og problemer relatert til det å være pårørende til pasient med kreft. Pårørende opplever helseproblemer som søvnproblemer, fatigue, smerte, tap av fysisk styrke, tap av appetitt og vekttap. I artikkelen konkluderer de bla med at mange pårørende har mange vanskelige utfordringer og økt ansvar under og etter at pasienten er under behandling og rehabilitering.

Det viser seg at pårørendes behov i liten grad blir ivaretatt av helsetjenesten, de kan bli sett på som brysomme personer eller som motparter. Det kommer fram at pårørendestøtte er betydningsfullt for pasientens mestring av situasjonen og av egen helse. For helsepersonell

oppleves det imidlertid som krevende å samarbeide med pårørende på en god måte (Saveman, 2010).

I artikkelen «Timing it Right» skrevet av Cameron og Gignac (2008) blir familiens skiftende behov for omsorg i en sykdomsperiode tatt opp. Forfatterne argumenterer for hvor viktig det er med riktig timet intervensjon i forhold til pårørende, dette i den hensikt at pårørende ivaretas på en adekvat måte.



## Teoretiske perspektiver

Det er en generell tendens til stadig mer komplekse helse- og velferdsutfordringer og spesielt gjelder det hjemmeboende eldre med kroniske sykdommer. Denne brukergruppen har ulike og sammensatte behov og selv om det er en noen fellestrekk, er det også stor variasjon i problemstillinger. Dette omtales ofte uregjerlige problemer – problemer som er vanskelige å avgrense og som har flertydige årsaker. Videre er det ikke nødvendigvis noen objektive kriterier for hva som er den beste, eller riktige, løsningen. Siden brukerens problem er vanskelig å avgrense, er det også vanskelig å si når det er løst og løsningen kan være normativ eller politisk (Vabø & Vabo, 2014). Denne kompleksiteten, og det å tilnærme seg utfordringene som uregjerlige problemer, gjør at yrkesutøverne er gjensidig avhengig av hverandre i arbeidet med å levere tjenester, hvilket også gjør det viktig å ha bedre forståelse av tverrfaglig samarbeid (D'Amour et al., 2005). Motsatsen til uregjerlige problemer er tamme problemer som er lette å avgrense, har en entydig årsak og et begrenset antall løsninger. Videre er det klart når problemet er løst (Einstein, 2007).

På bakgrunn av oppdragets problemstillinger har vi et organisasjonsteoretisk perspektiv når vi studerer de prosessene som kommunen og deres ansatte er med på gjennom utplasseringen av digitale trygghetsalarmer som et ledd i arbeidet med økt bruk av velferdsteknologi. Den videre framstillingen gir en oversikt over ulike modeller for samarbeid, team og til slutt profesjoner.

## Modeller for samarbeid

Det blir ofte argumentert med at samarbeid er viktig for å kunne tilby helhetlige og integrerte tjenester. Samarbeid er et begrep med ulikt innhold. Andersson et al. (2011) har gjennomført en litteraturstudie av samarbeid mellom ulike profesjoner eller organisasjoner i helse- og sosialsektoren. De finner at det er mulig å kategorisere samarbeid langs et kontinuum, fra de enkleste til de mest komplekse formene. Samarbeidsformene varierer også med hensyn til grad av formalisering og intensitet. *Informasjonsutveksling*, den enkleste formen, er ofte uformell kontakt mellom ansatte i ulike organisasjoner. Men man

ser også mer formaliserte former med bruke ulike elektroniske meldingssystemer. *Koordinator* er ofte ansatt i en av organisasjonene bruker mottar tjenester fra, men jobber på tvers av disse for å få til et felles og helhetlig opplegg rundt bruker. *Felles møteplasser* hvor ansatte fra ulike organisasjoner deltar, benyttes for å diskutere og samordne tiltak til felles brukere. *Tverrfaglige team* kan være både en arbeidsform og en samarbeidsmodell. For å ha karakter av en samarbeidsmodell, må ansatte jobbe sammen kontinuerlig og over en lengre periode. Ulike profesjonsgrupper bidrar med ulik fagkompetanse og løsninger inn i teamet. *Partnerskap* krever at det er inngått formelle avtaler mellom to eller flere parter. I tillegg etablerer man gjerne formelle kommunikasjons- og informasjonsstrukturer. *Samlokalisering* kan skape positive vilkår for samarbeid gitt at ansatte befinner seg i fysisk nærhet av hverandre. Brukerne vil også ofte få et sted å henvende seg – en dør inn. *Felles budsjett* er den mest komplekse formen og inneholder også for stor del de mindre komplekse formene (Andersson et al., 2011). Det brukes til felles aktiviteter og tiltak som organisasjonene planlegger i samarbeid. Ingen av samarbeidsformene gjelder i alle sammenhenger eller er å anbefale framfor en annen. De er ikke gjensidig utelukkende, men benyttes ofte i kombinasjon.

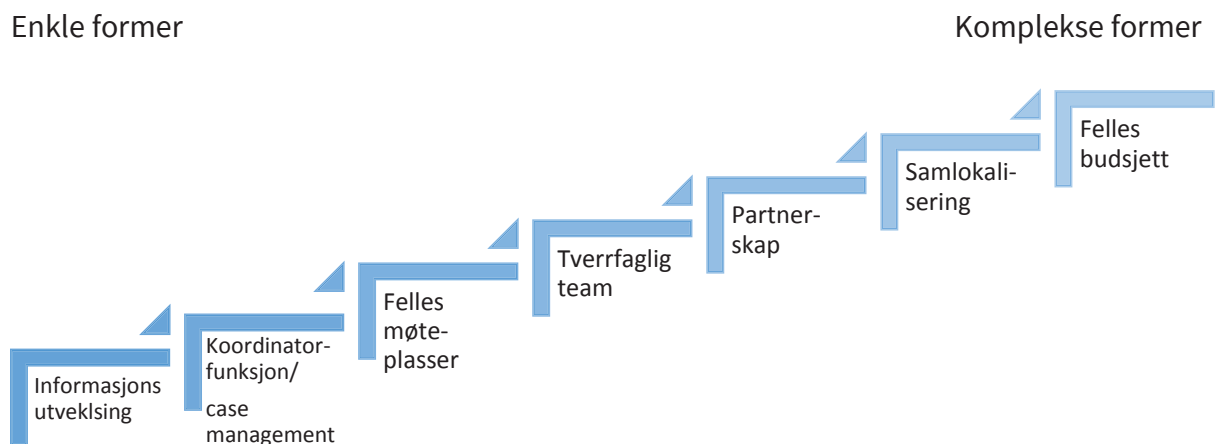


Fig. 1. Former for samarbeid, etter Andersson et al., (2011).

Ulike samarbeidsformer brukes ofte i kombinasjon, som for eksempel koordinator og felles møteplasser. Samarbeidet vil da gjerne ha karakter av nettverksorganisering hvor tjenesteutøvere fra ulike enheter møtes og samordner et helhetlig tilbud til brukerne (Axelsson & Axelsson, 2009).

Et utgangspunkt her er at det er mulig å legge til rette for samarbeid og bygge på faktorer som skal bidra til å gjøre samarbeid mulig. Det forutsetter at det tas noen konkrete og planmessige valg. Samarbeid i et brukersentrert perspektiv skjer ofte i en kontekst som tverrfaglige team (D'Amour et al., 2005).

### Tverrfaglig team

Team er en måte å organisere tverrfaglig samarbeid. Det finnes mange ulike typer team med ulike medlemskap og forskjellige måter å kombinere yrkesutøvernes ferdigheter og kunnskap. Øvretveit (1996) argumenterer for at organiseringen av teamene har betydning for samarbeid innad i teamene. Han beskriver fem dimensjoner ved organisering av team som er vanlige innenfor helse- og sosialtjenestene og som har betydning for samarbeid. Disse er integrasjon, kollektivt ansvar, medlemskap, behandlingsforløp og ledelse. Hver dimensjon er å se på som et kontinuum med ulike mellomløsninger og ikke et enten eller. Tett integrasjon med opplevelse av felleskap og hvor beslutninger fattes i teammøter fremmer samarbeid mens uforpliktende møter vil hemme et samarbeid i teamet. Har man et kollektivt ansvar for helheten, for eksempel i tjenestetilbudet til bruker, fremmer det samarbeidet, mens delansvar på den annen side hemmer samarbeid. Medlemskap er blant annet knyttet til spørsmål om sammensetningen av tema med hensyn hvilke profesjoner og andre ansatte som skal delta. Det vil også variere hvor mye av sin tid ansatte skal bruke i temaet og her vil heltids medlemskap fremme samarbeid mens deltid hemmer. Behandlingsforløp viser til forløpet brukeren har på veien gjennom teamet, fra kartlegging til evaluering. Her fremmer tverrfaglige team – prosesser hvor medlemmene på yte tjenester samtidig – samarbeid til forskjell fra team som jobber flerfaglig og hvor hver tar ansvar for sin del uten å se på helheten. Ledelse av team har to ytterpunkter hvor teamleder på den ene siden har full instruksjonsmyndighet over teammedlemmene og på den andre har liten

eller ingen myndighet over hva teammedlemmene skal gjøre når (Øvretveit 1996). Førstnevnte bidrar til å fremme samarbeid mens sistnevnte svekker det.

### Endring og organisasjonskultur

Norsk helse- og sosialsektor er i stor endring, som i Norden forøvrig. Organisasjonene blir styrt av økonomi, virksomheter åpner for private aktører og tjenestene utføres innenfor bestiller-utfører modeller. Brukerne har stadig mer kunnskap og teknologien muliggjør helt nye konsepter. Dertil kommer demografiske samfunnsmessige endringer som stiller store krav til organisasjonenes evne til omstilling. Samtidig er det profesjoner innenfor sektoren som gjerne hyller sine historiske forbilder og opprettholder yrkesspesifikke koder, og som er motvillige til å gjennomføre store endringer (Berlin, Carlström & Sandberg, 2009).

Endring kan enten forstås ut fra et tilpasningsperspektiv eller et utviklingsperspektiv. De to perspektivene kan beskrives som endepunkter langs et kontinuum og mellom disse endepunktene finnes en rekke ulike løsninger. Tilpasningsperspektivet betyr at ansatte utstyres med verktøy for å løse oppgaver mens utviklingsperspektivet handler om at ansatte stiller spørsmålstegn ved og selv skaper forutsetninger for forandring (Ellström & Hultman, 2004).

Alle endringer er kontekstuel bundet, forandringer påvirker og påvirkes av organisasjoners arbeidskultur. Organisasjonskultur defineres av Bang (2013: 327) som «[...] de sett av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene.» I organisasjonsforskningen tar mange utgangspunkt i Scheins modell som deler organisasjonskultur inn i ulike nivåer: observerbare artefakter, verdier og underliggende grunnleggende antakelser. Det betyr at organisasjonskultur er både synlige og ikke synlige elementer på arbeidsplassen. Hatch (1993) har lagt til et domene til Scheins modell. Dette kaller hun «symboler» som forklarer på hvilken måte de ulike nivåene av kultur er koblet til hverandre.

Når forandringer siden skal skje, eller forventes skje, i komplekse team, er Edmondsons (2016) artikkel «Wicked problem solvers» en hjelp til å beskrive fenomenet. Det finnes,

mener Edmondson (2016), visse felles kjennetegn ved team som klarer å håndtere endring og som går inn i et nytt samarbeid på en god måte. Disse kjennetegnene er (1) å skape en felles akseptert visjon, (2) å fremme psykologisk trygghet, (3) å muliggjøre kunnskapsdeling og (4) å fremme gjennomføring som læring.



SOURCE AMY C. EDMONDSON  
FROM "WICKED-PROBLEM SOLVERS," JUNE 2016

© HBR.ORG

Tabell 1. Kjennetegn ved team som håndterer endring.

Det første punktet handler om at team som opplever en felles visjon, gjennomfører eller presterer bedre. Prosjektledere for team er viktige personer for å beskrive visjonen for teamet. Han/hun er også den som forklarer om teamet i sine endringsprosesser er på rett vei og som oppmuntrer til samarbeid mellom de ulike teamene. Få prosjekter holder samme fastsatte kurs gjennom hele endringsprosessen, likevel skal retningen være klar, forståelig, motiverende og oppnåelig.

Den andre delen handler om å skape en psykologisk trygghet for ansatte under endringsprosessen. Nye rutiner og endrede virksomheter åpner ofte ulike typer spørsmål. Edmondson (2016) argumenterer for at det derfor er viktig at alle type spørsmål er tillatt. Ingen skal behøve å føle at spørsmålet er dumt eller irrelevant – da skjer det ingen utvikling. Lederen må formidle tryggheten til de ansatte gjennom selv å være nysgjerrig og utforske sin egen måte å forholde seg til disse og andre spørsmål.

Det tredje punktet handler om fremme kunnskapsdeling. Når team forstår hverandres arbeid, skjer endringene med færre misforståelser og færre konflikter. Prosjektledere bør insistere på at deltakerne treffes over profesjons- og teamgrensene for å øke forståelsen for hverandres arbeid og for å dele kunnskap med hverandre. Det å arrangere møter mellom ansatte tar tid, og det er fristende å la være og arrangere dem. Samtidig viser forskning at flere samarbeidsmøter er en forutsetning for at team skal håndtere forandringer på en effektiv måte. Edmondson (2016) går så langt som å foreslå at ledere må tvinge sine medarbeidere til nye og ulike ansikt-til-ansikt møter for å oppnå den positive effekten. Om ansatte selv får velge, vil de aller helst omgå likesinnede og ansatte som har samme profesjonsbakgrunn som dem selv.

Det fjerde elementet for vellykkede omstillingsprosesser i sammenhenger hvor man står overfor uregjerlige problemer, er å fremme gjennomføring som læring. I komplekse endringsprosesser finnes det ingen kart over hvordan man skal gå fram og i hvilken rekkefølge ting skal skje. Det blir derfor avgjørende å opprettholde en lærende holdning gjennom hele endringsprosessen. Læring som et 'mindset' blir viktig.

### Profesjon – revirtenking og altruisme

Samarbeid vil ofte gå tvers av organisasjoner og profesjoner. I dette prosjektet er flere organisasjoner involvert, men også ulike profesjoner som ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere med flere. Profesjon benyttes her i betydningen av «yrker som forutsetter en eller annen form for formalisert utdanning (eller visse formelle kvalifikasjoner) som grunnlag for praktisk arbeid» (Støkken, 2002:25).

Profesjoner kjemper for å definere grenser mot andre profesjoner og etablere autoritet på sitt område, eller revir basert på yrkestilhørighet (Axelsson & Axelsson, 2009; Hall, 2005). Jurisdiksjon, eller myndighetsområde innebærer kontroll over en bestemt type kunnskap og er knyttet til faglig autonomi og faglig ansvarlighet. Jurisdiksjon fungerer dermed som en forbindelse mellom en profesjon og dens arbeid (Nylehn & Støkken, 2002).

Abbott (1988) trekker fram tre aspekter ved profesjonelle beslutninger. Det første er å kartlegge eller identifisere problemer. Kartleggingen og kategoriseringen av innhentet informasjon styres av yrkesutøverens forståelse av hva som er interessant og relevant. Informasjon kobles sammen og problemet organiseres og forstås i henhold til gjeldende profesjonelle klassifikasjonssystem (Abbott, 1988). Hvis flere aktører deltar i kartleggingen, vil det legge grunnlag for et samarbeid om hva som er interessant informasjon og utveksling av relevante opplysninger.

Det andre aspektet er å trekke slutninger, analysere og vurdere hvilke tiltak som er den beste løsningen. Slutningsarbeidet er «kjernen i profesjonelt arbeid; det er dette slutningsarbeidet som beskytter profesjonene mot inntrengere» (Hernes, 2002:46). En viktig side ved slutningsarbeidet, sett fra profesjonenes synspunkt, er følgelig å bestemme hvor utsatt deres jurisdiksjon er (Abbott, 1988). En viktig del av yrkesopplæringen er å lære et sett regler for slutningsprosessen. Er det for lite slutningsarbeid, vil det kunne føre til økt bruk av rutiner og dermed svekke profesjonens myndighetsområde. For mye og for komplekst slutningsarbeid kan svekke profesjonenes legitimitet fordi den kan framstå som lukket og mystisk.

Til slutt velges tiltak eller behandling. Hvilken løsning som velges, og som anses som den beste måten å tilnærme seg problemet på, avhenger av det gjeldende profesjonelle kunnskapssystemet (Hernes, 2002). Om kartleggingsaspektet kan ses på som en fase hvor man samler inn informasjon om og fra bruker, vil tiltaksfasen innebære å gi anvisninger og informasjon tilbake til bruker. Når resultatene eller effektene er vanskelig å måle, vil det være vanskelig å begrunne valg av et tiltak framfor et annet. Profesjonene vil dermed ha et svakere grep om problemområdet (Abbott, 1988). Videre vil behovet for samarbeid være større om tiltakene henger sammen og om de skal dekke komplekse og sammensatte behov, dvs. om problemet er mer uregjerlig enn tamt.

Arbeidet for å opprettholde grenser beskrives som et virkemiddel for å fremme sin ideologi som rammeverk for å denne profesjonens virkelighetsforståelse. Slik grensedragningen kan forsterke rivalisering mellom profesjoner og kan bidra til å utestenge konkurrerende profesjoner (Hall, 2005). Samtidig kan utydelige grenseoppganger føre til kamp mellom

ulike profesjonelle grupper (Axelsson & Axelsson, 2009). Profesjonenes behov og interesser kommer i forgrunn, mens helheten skyves i bakgrunnen.

Revir kan også baseres på organisasjon og tilhørighet til denne. Det er da særlig hierarkiske strukturer med en streng oppdeling i nivåer og enheter hvor en leder har ansvar for sine underordnede og svarer til sine overordnede (Axelsson & Axelsson, 2009). Dette er den byråkratiske organiseringen vi kjenner fra offentlig sektor, inkludert kommunal virksomhet. Leder kan forventes å forsvare sine ansatte og sin avdeling – som sitt revir. Kampen om tildeling av ressurser og budsjettprosesser er eksempler hvor slik revirhevdning forekommer og hvor leder også kan ha muligheten til å utvide reviret.

Revirtenkning vil kunne hemme samarbeid når man er låst fast i denne tenkning mens altruisme antas i fremme samarbeid. I situasjoner med mer altruistisk atferd, vil helheten og brukernes behov komme i forgrunn mens profesjonenes behov og interesser nedprioriteres. Det å bygge ned mistenksomhet og skape tillitsfulle relasjoner anses å være et viktig bidrag til å svekke revirtenkningen og styrke altruismen (Axelsson & Axelsson, 2009). I dette arbeidet vil det å avklare forventninger og være villig til å ta risiko (Vangen & Huxham, 2009). Samarbeid er ikke nødvendigvis risikofritt og det må være vilje til å sette noe på spill, for eksempel at andre tar æren for det man oppnår. De ulike gruppene på stole nok på hverandre til å starte et samarbeid og for så senere å videreføre eller utvide til mer ambisiøse samarbeid.



## Metode og datainnsamling

Under denne følgeforskningen har vi fulgt utskifting av analoge til digitale trygghetsalarmer i Fredrikstad kommune. Utskiftingen er en del av et større arbeid hvor man også har lagt grunnlaget for at flere velferdsteknologiske løsninger hos hjemmeboende kan samkjøres og håndteres av kommunen.

Følgeforskning slik denne er lagt opp med jevnlige møter og tilbakemelding gir grunnlag for dialog og formidling av erfaringer og resultater underveis. Samtidig foregår studien kontinuerlig og er formativ i sin karakter (Tornes, 2012). Det gir oppdragsgiver mulighet til å bruke foreløpige resultater og våre anbefalinger bygd på disse resultatene som instrument for læring og som innspill til videre utvikling. Erfaringer og innspill fra følgeforskningen vil dermed kunne være bidrag inn i videre strategisk arbeid og beslutninger (Biott & Cook, 2000). Følgeforskningen innebærer følgelig at vi gjør en prosessevaluering hvor vi studerer fenomener når de skjer uavhengig av beslutninger tatt av forskerne (Baklien, 1993), men hvor den videre utviklingen i ulik grad kan være påvirket av våre tilbakemeldinger og diskusjoner som vi har med prosjektgruppen og koordinerende ledergruppe. Tilsvarende er de diskusjoner forskergruppen har med prosjektgruppen viktige innspill til vår forståelse av det som skjer og hvordan prosjektgruppen forholder seg til dette. Følgelig er informasjon fra møter med prosjektgruppen også en del av datagrunnlaget vi benytter i denne rapporten.

Vi har gjennomført syv intervjuer hvor av seks avdelingsledere i henholdsvis tildelingskontoret, friskliv og mestring, hjemmesykepleien og medisinske tjenester i tillegg til en tidligere avdelingsleder som nå jobber i stab. Intervjuene ble med et unntak foretatt på de ansattes arbeidsplass. En av informantene ønsket å komme til Høgskolens lokaler fordi det passet med annen møtevirksomhet.

Videre ble det gjennomført to workshoper med ansatte i de samme tjenestene, tre-fire ansatte fra hver. I alt var det 16 deltakere hver gang, med 6 måneders mellomrom. På den første workshopen ble det gjennomført med fire gruppeintervjuer à 1,5 time hvor deltakerne ble satt sammen etter tjenestested. I den andre delen ble de ansatte satt

sammen i grupper på tvers av tjenestested slik at det var ansatte fra alle tjenestene i hver gruppe. På denne måten ville deltakerne kunne utveksle erfaringer og diskutere løsninger på tvers av oppgaver ståsted de hadde til daglig. Gruppediskusjon var basert på nærmere angitte tema og spørsmål som omhandlet fordeler og utfordringer med ulike velferdsteknologiske løsninger, kompetanse og teknologi, hva de som yrkesutøvere kan bidra med ved innføring av teknologi og samarbeid med andre i mer generelle termer. På den andre workshopen ble det gjennomført tre gruppeintervjuer på 1,5 time samt en plenumssesjon hvor hver gruppe hadde forberedt noen spørsmål om endringsarbeid og samarbeid til diskusjon.

Kommunen har selv stått for utvelging av informanter og deltakere til workshopen. Vi har sikret at det ikke ble overlapp mellom ansatte som ble intervjuet og ansatte som deltok på workshopen. Deltakerne hadde i ulik grad direkte erfaring med den digitale trygghetsalarmen. Det var særlig ansatte i friskliv og mestring og tildelingskontoret som hadde lite eller ingen slik erfaring. Det var i størst mulig grad de samme deltakerne ved begge workshopene for at vi på denne måten kunne avdekke utvikling og endringer i erfaringer, holdninger og oppfatninger. Der hvor ansatte hadde sluttet eller byttet jobb internt, deltok andre som på ulike måter hadde erfaring med de digitale trygghetsalarmene.

For å innhente erfaringer og synspunkter fra brukerne, ble det benyttet spørreskjemaer til brukerne. Det ble samlet inn totalt 46 spørreskjemaer. Hjemmesykepleien rekrutterte brukere blant de som hadde hatt digital trygghetsalarm i perioden. Det var et kriterium at brukerne i størst mulig grad skulle kunne fylle ut skjema selv. Hjemmesykepleien delte ut, hjalp eventuelt til med utfylling og samlet inn ferdig utfylte spørreskjemaer. Utdelingen foregikk i august/september 2016.

Det er gjennomført gruppeintervjuer med pårørende til brukere som har fått digital trygghetsalarm. Hjemmesykepleien rekrutterte deltakere fra henholdsvis syd og vest. Totalt møtte ni pårørende som ble fordelt i to grupper. Intervjuene ble gjennomført i høgskolens lokaler på kveldstid. Tema for intervjuene var informasjon, samarbeid mellom tjenestene, trygghet, sikkerhet og erfaringer med bruken.

## Analyse

Intervjuene, både de individuelle og de i grupper, ble tatt opp med digital opptaker og transkribert. Transkriberingen danner grunnlaget for analysen og sitatene som blir brukt i rapporten. Forskergruppen har diskutert funn og forståelsen av disse gjennom analyseprosessen. Denne framgangsmåten bidrar til å redusere muligheten for feiltolkning av datamateriale blant annet som følge av egen forforståelse (Malterud, 2001).

Det ble gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse av de transkriberte tekstene. Vi har brukt en kombinasjon av teoridrevet innholdsanalyse og konvensjonell innholdsanalyse (Hsieh & Shannon 2005). En slik kombinasjon kan gi et rikere innsikt i dataene fra studien. Konvensjonell innholdsanalyse bidrar til å beskrive et fenomen og koder utvikles ved flere gjennomlesninger av intervjuene. Teoridrevet innholdsanalyse kan benytte en del innledende kategorier til koding med utgangspunkt i teori og tidligere forskning. Vi har blant annet benyttet teori om samarbeid og samordning, organisasjonskultur og endring.

Intervjuguiden var organisert i spørsmål under de samme temaene som vi jobbet fram i arbeidet med konkretisering av de oppgitte problemstillingene i oppdraget. Disse er henholdsvis *utfordringer og løsninger, kunnskap og kompetanse, endring og kultur og samarbeid og integrasjon*.

Prosjektet er tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med prosjektnr. 44220. Informasjonsskriv og samtykkeskjemaer er utarbeidet. Endringsmelding ble sendt da pårørende ble inkludert i studien.



## Presentasjon av funn

Nedenfor følger en gjennomgang av de funne vi har fra den første workshopen og intervjuene med avdelingsledere. Avsnittet er disponert etter de firehovedtemaene, *utfordringer og løsninger, kunnskap og kompetanse, endring og kultur samt samarbeid og integrasjon*. I tillegg har vi valgt å trekke fram *informasjon* som et eget punkt helt først siden dette var et framtrødende tema i materialet. Funn fra gruppeintervjuer med pårørende og resultater fra spørreskjemaer til brukere presenteres for seg. Avsnittet avsluttes med en kort oversikt over mulige gevinster.

## Informasjon

Mange ansatte mener de har fått lite informasjon om prosjektet og innføring av velferdsteknologi generelt. Det gjelder framdrift i utskiftingen fra analoge til digitale trygghetsalarmer og med hensyn til hvordan og hvem som skal besvare og håndtere utløste alarmer. Men det gjelder også spørsmål knyttet til hvilke velferdsteknologiske løsninger som finnes, og hvilke som på kort sikt er planlagt innført i kommunen i tillegg til trygghetsalarm, som for eksempel eLås. Selv om få mener de får tilstrekkelig informasjon, er det ikke alle som søker informasjon eller lar seg informere.

De ansatte, uavhengig av hvor de jobber, gir uttrykk for at manglende informasjon, opplevd eller reell, skaper usikkerhet når man vet noe skal endres, men man vet ikke nødvendigvis hva som skal endres, hvilke konsekvenser det har for eget arbeid og absolutt ikke når det skal skje. Dette synes å bidra til frustrasjon fordi ansatte ikke har vært forberedt. Ansatte ved tildelingskontoret har også behov for å informere videre og de mener at det på dette tidspunktet var uklart hva de kan kunne gi videre av informasjon. Dette til tross for at en av prosjektmedlemmene gir oppdateringer på avdelingsmøter.

Lite eller manglende informasjon er ikke det nødvendigvis noe problem for avdelingslederne. De jobber ut fra at informasjon kommer når det er behov for å gjøre noe. Et unntak her er legevakten som deler de samme erfaringene og opplevelsene som de ansatte samme sted.

De i prosjektgruppen som har ansvar for og jobber med informasjon til ansatte i hjemmesykepleien og legevakten, var ikke fornøyde med den første runden med informasjon rett i forkant av utskifting av de første alarmene. Da var det for kort tid mellom når alarmene kom, når de skulle driftsettes og prosessen ble for lite strukturert. Dette ble forbedret da de neste alarmene ble skiftet og satt i drift. Det har likevel vært en utfordring at man må avvente datoer for når man kan møte hjemmesykepleien og dette kan ta for lang tid å få på plass i forhold til øvrig framdrift.

### Utfordringer og løsninger

Utfordringene for en vellykket implementering av digitale trygghetsalarmer har variert i prosjektet. En utfordring har vært å motivere til denne omstillingen. Under de første utskiftingene i desember 2015 oppdaget man flere nye og ventede utfordringer. Først og fremst gjelde det tekniske integrasjoner, men disse primært tekniske problemene, gjorde at noen medarbeidere ble skeptiske og til dels frustrerte. Stemningen blant ansatte ved legevakten var i desember 2015 ikke spesielt positiv. Stemningen var noe bedre ved legevakten under den andre runden med datainnsamling høsten 2016, hvilket man ga uttrykk for ved at man

[...] ikke vil sløse bort energi på sånt man ikke kan endre.

Likevel gjenstår et vesentlig problem: IT. Det handler om som program stenger, printere som ikke fungerer, og programvare som er vanskelig å bruke. Mest frustrert var man over på hvilken måte man ikke fikk hjelp fra IT-avdelingen. I stedet ble man oppfattet som vanskelig.

De store forventningene til hva trygghetsalarmen skulle medføre, var byttet ut med oppgitthet over program som krasjet og som krevde mye tid å lære seg å ta i bruk. Flere ansatte ved legevakten fortalte at arbeidsprosesser som tidligere hadde tatt tre minutter,

nå tok sju minutter – hvilket skapte en viss misnøye. I løpet av første halvdel 2016 har dette blitt forbedret i samarbeid med leverandør og brukergrensesnittet er endret slik at arbeidsprosessen er kortere – antall klikk og tiden man bruker er redusert. Samtidig har mer trening i bruk av systemet også bidratt til at den enkelte ansatte bruker mindre tid for å besvare utløste alarmer.

Innføringen av de første digitale trygghetsalarmene ble lagt til en av de mest hektiske periodene for legevakten – desember. I tillegg ble det gjennomført oppdateringer til Windows 10 samme dag som de første trygghetsalarmene ble tatt i bruk. Trygghetsalarmen fikk mye av skylden for de tingene som de ansatte trodde hadde en sammenheng. Det ble mye nytt på en og samme tid, ny innlogging, informasjon var på nye steder, osv. Disse dagene opplevdes av noen ansatte som kaotiske.

Det oppstår også en utfordring knyttet til diskusjonen om hvem som skal svare på utløste alarmer. Det er spørsmål om ressurser og plassering eller fordeling av disse. Det er ulike interesser og noen av dem er i konflikt med hverandre. Det å plassere alarmen hos hjemmesykepleien, skulle redusere svarkjeden med en person og slik sett gi en kortere omsorgskjede. Ansatte fra legevakten stiller spørsmålstegn ved om et større antall brukere som benytter trygghetsalarmen ikke egentlig har behov for akutt hjelp. Men samtidig argumenterer de for at legevakten har nødvendig kompetanse for å besvare trygghetsalarmene, jf. presentasjonen under *kunnskap og kompetanse*.

Det har vært noen utfordringer i det å koble den digitale trygghetsalarmen opp til andre varslinger noen brukere har fått tildelt. Det gjelder blant annet i kombinasjon med brannvarsling hvor man har valgt å beholde den analoge ved siden av den nye digitale alarmen inntil videre. Brannvarsling er en mindre tjeneste nå enn tidligere og tjenestetilbudet har strengt tatt blitt dårligere på dette området da man ikke gir nye tildelinger av tjenesten varslinger med brann pr oktober 2016. For brukere som har epilepsialarm fra NAV, oppstår det også problemer, men det var ikke løst på det andre intervjuetidspunktet. Dette jobbes det med på ulike måter for å få løst.

## Kunnskap og kompetanse

Vi fant også eksempler på manglende kunnskap eller uriktig oppfatninger om hvordan forhold rundt trygghetsalarmen fungerer. Det er kanskje særlig tildelingskriterier for trygghetsalarm, oppfølging av et slikt vedtak og eventuelle endringer som får betydning for holdninger til både brukere og ansatte ved andre etater og virksomheter. Det er særlig spørsmål om bruker kan bli fratatt en trygghetsalarm, hvordan det eventuelt kan skje og hvem som har ansvaret for oppfølging med hensyn til om bruker fortsatt skal ha trygghetsalarm og om vedkommende har behov for flere eller andre tiltak. Slik kunnskap vil også kunne ha betydning for viljen til å bidra til endring og etablering av ny praksis.

For de som deltok på workshopene, ble det en anledning til å stille spørsmål om hva andre gjør og skal gjøre samt diskutere hvordan oppgaver løses. Her ble ulike oppfatninger og forståelse av "de andre" avdekket samtidig som disse oppfatningene ble modifisert og delvis korrigert, i alle fall på kort sikt for de som deltok.

Avdeling Fysio- og ergoterapi, friskliv og mestring, er foreløpig ikke involvert i den digitale trygghetsalarmen. De har flere brukere som har alarm, eller som søker om å få tildelt alarm for eksempel når vedkommende skal fra rehabilitering og hjem. Disse medarbeiderne ønsker å vite noe om hvordan den digitale trygghetsalarmen påvirker andre hjelpemidler og velferdsteknologi som bruker måtte ha.

En av informantene framhever betydningen av det å vite noe om de andre tjenestene og hva de gjør. Som eksempel trekkes det fram at legevakten ikke har tilstrekkelig kunnskap om hjemmesykepleien. Det gjelder også andre veien.

Ansatte ved *legevakten* argumenterer for at de har rett kompetanse til å være mottak for utløste trygghetsalarmer. Legevakten har døgnbemanning, ansatte er sykepleiere som er vant til å gi råd pr telefon og vurdere henvendelsene samt trygge de som er hjemme. Samtidig understreker alle informantene fra legevakten at det ikke er mulig å være ansvarlig for å være alarmmottak når antallet trygghetsalarmer øker – om det ikke også tilføres mer ressurser.



Samtidig gjenstår spørsmålet om trygghetsalarm er begynnelsen på noe nytt. Hvis det er slik at digitale alarmer er begynnelsen på en mer omfattende helsefremmende tjeneste («helsevakt»), blir spørsmålet straks mer interessant. På legevakten legger de vekt på at de er gode på å håndtere det de møter på avdelingen. Men at alarmen gjelder noen som er hjemme og ikke i utgangspunktet en prioritet når det man står i hektiske situasjoner. Om det skal skje et skifte fra legevakt til helsevakt mener en det nok vil kreve en viss oppvarming.

Spørsmålet om legevakten skal være alarmmottak, er også knyttet til hva man ønsker legevakten skal være og hvordan den skal utvikles. Man har i det senere fått flere ansvarsområder og må samhandle mer med andre deler av de kommunale helsetjenestene. Det er ikke nødvendigvis prinsipiell motvilje mot at alarmmottaket skal ligge hos legevakten. Hvis de skal, vil de også være med på å utvikle tjenesten. Men i løpet av perioden følgeforskningen pågår, slipper man ikke oppfatningen om at legevakten er feil instans for mottak av utløste trygghetsalarmer.

Legevakten har fått opplæring i det nye systemet for mottak av trygghetsalarmer. Opplæringen har skjedd hos dem av en av prosjektmedarbeiderne, en-til-en. En sier det slik:

De som er utrygge skal ha opplæring og de som føler seg trygge på systemet, kan lære andre.

Likevel opplever de ansatte at det har vært satt av for liten tid til opplæringen. Prosedyrer er på plass, men man har hatt behov for tid til å trene og ta dem i bruk. Dette argumenterer ansatte ved legevakten for at det vanskelig å få tid og rom til i innføringsfasen. Det var en spesielt travel periode på legevakten og man hadde en del tekniske problemer på grunn av at flere systemendringer ble satt i gang samtidig. Men det viser seg at noen av problemene er de samme også i oktober. Ansatte ved legevakten sier blant annet

Vi gjør ikke alltid riktig når vi besvarer alarmene.

Man snakker også om at det er mer feil og problemer med de digitale alarmene og disse feilene må meldes videre.

Ansatte i *hjemmesykepleien*, her virksomhet Syd som i mars 2016 var de eneste som hadde direkte erfaring med digitale trygghetsalarmer, mener det har vært for liten tid til opplæring på jobben. De som har vært med vaktmesteren og installert alarmene, har fått informasjon og opplæring.

Det [opplæring] skulle vi gjerne hatt, nå er det i stedet mange som spør.

Det at noen har fått opplæring, synes ikke tilstrekkelig for at de føler trygge og helt klarer å ta ansvar for å lære opp kollegaer. De etterlyser også tid til å snakke sammen, for eksempel gjennom internundervisning og ha tid til opplæring av andre innenfor arbeidstiden. Det er spørsmål knyttet til hvordan alarmen fungerer, hvor og hvordan utløste alarmer går med hensyn til mottak og respons, osv., som de ønsker å vite mer om.

Det har vært nødvendig med avklaringer i forhold til hvem som skal ta oppdrag knyttet til alarmen når de lyses ut på LMP'en. Vaktsykepleier og andre sykepleiere i hjemmesykepleien får telefon fra legevakten og fordeler deretter oppdrag på ansatte som er ute hos brukerne.

Det som var viktigst for oss var å gå ut med den opplysningen at de ikke bare skulle ta oppdraget. At det ble kjent for de andre. Opplever at det er det nå. I starten tok de den når de var i nærheten.

Ansatte fra *hjemmesykepleien* Vest som deltok på den første workshopen, hadde ikke fått informasjon om når de digitale trygghetsalarmene skulle installeres hos deres brukere, eller opplæring. Men de håpet å få mer informasjon ved å delta på denne workshopen.

Det at det er få som har fått opplæring, noe som kan forklares med antall trygghetsalarmer som er skiftet ut, men det kan også forstås i lys av problematikken rundt informasjon som er redegjort for ovenfor. Gitt de endringer som prosjektgruppen har foretatt her, vil

erfaringene og behovet kunne være annerledes når vi gjennomfører intervjuer i forbindelse med den andre workshopen høsten 2016.

Under arbeidet med informasjon har medlemmer av *prosjektgruppen* i det senere arbeidet lagt vekt på å vise hva andre bidrar med og hva de har ansvar for. Sitatet nedenfor illustrerer dette.

... har vi lagt inn et punkt, hva de andre gjør, fra tildeling til hjemmesykepleien, vaktmester, hva gjør legevakt, viser eSens og oppfølging så vi får hva alle er med på underveis.

Videre har de jobbet med å få på plass mer materiale og sikre at gjennomgangen blir bedre før neste runde med trygghetsalarmer settes i drift. Dette vil også ha betydning for den videre framdriften. Med de erfaringene som er gjort pr mars 2016, trekker en av prosjektgruppens medlemmer fram at det kunne vært ønskelig å ha hatt mer workshoper med ansatte – og ikke bare lederne. På denne måten ville de som faktisk skal bruke utstyret kunne få prøvd det ut, testet og gitt tilbakemeldinger til prosjektgruppen og eventuelt leverandør(er). Dette vil være en løsning som svarer på behov som ansatte i hjemmesykepleien beskriver ovenfor.

I det generelle arbeidet med fag og opplæring, legger en avdelingsleder vekt på betydningen av å finne tid til å møtes på avdelingen, særlig for å øke ansattes kompetanse, både med hensyn til eget fag og fagutvikling. Det kan være arbeidslunsjer eller avsatt tid som ikke brukes til rapportering, men som heller benyttes til opplæring og faglige spørsmål.

### Endring og kultur

De fire aktørene, tildelingskontoret, legevakt, hjemmesykepleien og friskliv og mestring ved avdeling for fysio- og ergoterapi, fungerer i dag i hvert sitt 'økosystem' og jobber for brukerens beste ut fra egne perspektiver. Aktørene virker i egne systemer med egne rutiner og noen ganger med et eget teknisk språk. Det finnes kløfter mellom aktørene, hvordan man oppfører seg (normer) og hvilke vurderinger man gjør. Kløftene kommer til syne når

revirtenkningen mellom enhetene får lov til å fortsette. Det forklares av en informant på denne måten:

Jeg opplever at medlemmene i den [arbeids]gruppa har lyst til å få til ting og vilje til å få til samarbeid og komme med noen gode spenstige ideer. Men så er det å få dem derfra og videre som jeg kanskje opplever er litt vanskelig. [...] Men nå ble det sånn at hjemmesykepleien fikk den oppgaven til seg og de blir kanskje fanget av hjemmesykepleien og deres oppgaver. Og det blir ikke så veldig revolusjon. Jeg har på følelsen av at ikke alle argumentene kommer på bordet. [...] Føles mer som en kjøpslåing blant ledere og hvem som vinner i løpet av et kvarter.

Normene og vurderingen former atferd og utvikles på en subtil måte og over lang tid. På den første workshopen og i plenumsdiskusjonene, kom det fram at deltakerne ikke kjente hverandres arbeid. Flere medarbeidere uttrykte også at de ikke kjente til prosjektets visjon eller hensikt og at de ikke hadde hørt om noen kick-off event. I følgende sitat kan man se at informanten dels etterlyser et klart visjonært lederskap og dels et langsiktig forandringsarbeid som tar tid.

Disse kløftene blir også klare i og med de ulike dataprogrammene man bruker og ikke [bruker]

Det må tas noen avgjørelser og så må det stakes ut en retning og så må man vite hva er det vi skal gå mot her. Og så tror jeg man må begynne å jobbe med holdningene i forhold til den biten med legevakt som ... [...]. Det å få legevakten til å se seg selv som en del av en kommunal tjeneste, som en del av en helhet, og som del av et pasientforløp, i forhold til å unngå sykehusinnleggelser og unngå innleggelser i institusjon, ... Det er en ting man må jobbe med over tid. Det er ingen som kan fortelle dem det på et møte og så har de godtatt at det er sånn det skal være.

Det er flere eksempler på at ansatte ved de ulike stedene har en klar oppfatning om hvordan de selv fungerer og om hvordan andre avdelinger burde fungere. I hvilken grad og på hvilken måte de ulike avdelingene opplever hverandres kunnskap og hvilke holdninger de har til

hverandre, påvirker også prosjektets gjennomføring. En gir uttrykk for at det forekommer sterke skiller mellom de ulike enhetene og avdelingene på denne måten:

«Det er ikke andre tjenester som kan gi de tjenestene vi gjør»-type mentalitet og argumentasjon. Det er ikke bare hjemmesykepleien, men overalt og det er ingen helhet.

Eller som en annen informant uttrykker det:

Og for å få disse forandringene til å fungere så må ansatte bli med på en reise.

Under første runde med datainnsamling ble det en del diskusjon om organisering av framtidig alarmmottak. Det har vært lansert ulike løsninger, blant annet ambulerende team og organisatorisk plasseringen av dette. Det er legevakten eller hjemmesykepleien som har vært oppgitt som alternativer. Sitatet nedenfor viser hvordan lokalisering kan ha betydning for hvilke problemer man mener skal løses og at løsning avhenger av hvem som definerer problemet.

Hvis det blir lagt til hjemmesykepleien, så blir det bare en avlastning for hjemme-sykepleien. Det fanger ikke opp noe nytt.

Det er flere som argumenterer for at innføringen av LMP i hjemmesykepleien fungerer som døråpner for andre typer teknologier. I følge avdelingsledere oppgir ikke ansatte at de ser på dette som en måte å kontrollere dem, men det gir oversikt, klar arbeidsdeling, informasjon, transparens, osv. Opplæringen som har blitt gitt, og måten man har jobbet med den, gjør at ansatte er trygge og mer åpne for at de kan lære og bli trygge på andre teknologiske løsninger også. De som kan, hjelper de som ikke kan. Avdelingsledere og medarbeidere peker også på at dette er kunnskap som kan overføres til andre endringsprosesser.

Avdelingsledere ved Avdeling for fysio- og ergoterapi ser et behov for å koble innføringen av velferdsteknologi til arbeid med hverdagsrehabilitering. På tidspunktet for intervjuene (høsten 2016) hadde kommunen foreløpig ikke satt i gang arbeidet med hverdagsrehabilitering. En av dem sier:

Jeg tror det er en god innfallsvinkel og å kunne knytte det [hverdagsmestring] opp mot velferdsteknologi og teknologiske løsninger som gjør at de kan klare seg uten den tjenesten som skal komme å hjelpe.

På spørsmål om utskiftingen av analoge trygghetsalarmer med digitale kan oppleves som endring når flere av brukerne har fått den nye alarmen, svarer en av avdelingslederne slik:

Nei – endringen er kanskje hvis man utvider litt mer brukergruppen, målgruppene rundt det og setter sammen litt andre pakker. At det ikke bare er den trygghetsalarmen men at det blir trygghetspakker med ulike tiltak så vil det jo bli en endring.

Samtidig understreker hun at det jo strengt tatt er en endring fordi kommunen har fått et annet alarmsystem enn de hadde tidligere, men at man i større grad kanskje vil oppfatte det som en endring når en større gruppe brukere får tilgang til trygghetsalarm og eventuelt en trygghetspakke. Avdeling for fysio- og ergoterapi ønsker å bli involvert der man ser at det er gjentatte fall. Det vil endre noe på tilnærmingen i arbeidet med brukere og jobbe med å sett inn noen fallforebyggende tiltak eller bør en trene litt på bestemte funksjoner.

En tid etter de første trygghetsalarmene er byttet og flere har kommet i drift beskrives måten hjemmesykepleien mottar melding om en utløst alarm som en vesentlig endring slik:

Største endringen er at utlysningen av oppdraget kommer opp på LMP'en. Så ringer de også alltid, til vakttelefonen på hvert team også samtidig som det blir lyst ut.

Endringen ligger dermed til en viss grad i arbeidsmåtene eller nærmere bestemt i hvordan beskjed blir gitt, men man oppfatter det i liten grad som en vestlig endring av tjenesten eller innholdet i den.

### Samarbeid og integrasjon

Da vi foretok de første intervjuene i januar og workshopen i mars, var det ingen møtepunkter eller etablerte samarbeidsformer mellom legevakten og hjemmesykepleien. Legevakten etterlyser dog et samarbeid med hjemmesykepleien. Begrunnelsen er at man vet blant annet ikke hva de tenker, hvordan de jobber og hva de har ansvar for.

Ordningen med samarbeidsmøter mellom fag- og samhandlingssykepleier i hjemmesykepleien og andre enheter er ganske nye og det er uklart hvordan dette fungerer i forhold til videre informasjonsdeling nedover i organisasjonen. Pasientflyten blir utfordret fordi det synes som om informasjonene stopper opp når den er delt, at den ikke tilflyter de som er mer i direkte kontakt med bruker. Fysio- og ergoterapiavdelingen sier de har behov for ikke bare å treffe ledere eller fag- og samhandlingssykepleier. En informant presiserer at de:

... ønsker de som er nærmest brukerne for det er jo dem som kjenner brukerne.

Slike samarbeidsmøter vil kunne bidra til forventningsavklaring slik at de som er nærmest bruker, ikke lover tiltak og tjenester på vegne av andre uten at de har dekning for det. Fysio- og ergoterapi har faste møter med tildelingskontoret i forhold til rehabilitering og korttidsplasser, men ingen møteplasser hvor de koordinerer tjenestene. Ansatte snakker om at det er lang vei mellom de to enhetene selv om begge befinner på Helsehuset. Følgende utsagn illustrerer dette.

Det er to dører mellom tildelingskontoret og rehabiliteringsavdelingen, men fremdeles er veien lang. Vi har nesten ingen kontakt med tildelingskontoret som tildeler tjenester.

I tillegg jobber enkelte ansatte ved fysio- og ergoterapi med å følge pasientflyten til egen avdeling og man bruker internmeldingssystemet aktivt. Slik oppdager ansatte at det kan være behov for fysio- og ergoterapitjenester og tar kontakt med tildelingskontoret eller koordinerende enhet. Avdelingens samarbeid med hjemmesykepleien er sært varierende, men de har møter ved behov. Det har ikke vært mulig å etablere samarbeidsmøter med én av de fire virksomhetene til tross for at fysio- og ergoterapi mener de har gjort flere forsøk uten å lykkes. De har faste samarbeidsmøter med noen virksomheter i hjemmesykepleien hver 14.dag eller månedlig, i tillegg til bruk av internmeldinger for oppfølging og endring av tiltak. Det er noen fra både hjemmesykepleien og fysio- og ergoterapi som mener de ikke har klart å opprettholde kontakten med hverandre etter at sistnevnte er samlet på Helsehuset og ikke spredt i de ulike sonene som tidligere. Sitatet nedenfor dekker flere ansattes og avdelingslederens oppfatning om utviklingen.

Men vi var nok tetter før enn det vi er i dag. Vi har ikke den dialogen i forhold til fall. Vi skulle nok vært flinkere der.

Det er ikke etablert noen samarbeidsarenaer i løpet av den tiden følgeforskningen har pågått. Når vi høsten 2016 spør hvordan det har gått med samarbeidet mellom hjemmesykepleien og legevakten, sier man på legevakten at de fortsatt mener det er viktig, men at det er andre ting som er viktigere og at de ikke har tid til samarbeid.

Vi har så mye å styre med, vi rekker ikke det vi skal [...]. Masse vi skal ha tatt fatt i så da her vi ikke har tid til noe mer. Det er litt mangel på tid.

Hjemmesykepleien viser til prosjektet på spørsmål om det er noen samarbeid eller møteplasser for å diskutere feilbruk av alarmer eller endringer i bruken med legevakten. Det at ansatte deltar i prosjektgruppen og i ulike arbeidsgrupper anses å være en form for møteplass.



Jeg vet at NN [en av prosjektmedarbeiderne] har vært litt bindeledd mellom legevakten og oss i hvert fall. Hvor mye de tar opp enkelte pasienter er jeg usikker på.

Denne prosjektmedarbeideren har også vært viktig for å gi tilbakemeldinger til legevakten fra hjemmesykepleien når sistnevnte har følt seg urettmessig dårlig behandlet av legevakten. Utsagnet nedenfor illustrerer dette.

Det har i vært sånn at når vi har opplevd noe, la oss si at noen har vært litt ufine på legevakta, de er frustrerte over et eller annet og det har blitt tatt videre [på hjemmesykepleien]. Da er det hun som har tatt det videre med dem.

Men hjemmesykepleien opplever ellers at ikke det er så mye de for gjort med det at legevakten tar sin frustrasjon på dem.

Prosjektgruppen blir også tillagt et stort ansvar for å lage tydelige rutiner for hva som skal gjøres når og hvem som skal gjøre det.

At vi har det og at det er synlig i kvalitetssystemet for det er det ikke nå foreløpig. Nå er det på en måte utarbeidelse og så er det stadig rettelser så vi får bare sendt på mailen det nyeste.

De endringene gjøres tilgjengelig for de ansatte og de viktigste blir gjennomgått spesielt hvis det er noe som er viktig å vite om.

Ansatte mener informasjon om bruker ikke blir lest eller fulgt opp. Legevakten mener de ikke er flinke til å bruke Gericia fordi det ikke er deres fagprogram. Det endret seg ikke i tiden fra de første intervjuene i 2016 til andre runde i oktober. Informasjon som det rapporteres om i møter og som legges inn i journal, blir ikke lest eller tatt med videre fra møtet. Også for de som ikke deltar i møter, er informasjonsflyten en utfordring og det er ikke klart hvem som har hvilken informasjon om bruker. En av avdelingslederne i hjemmesykepleien påpeker at

det er mange overflyttingsrapporter og at det til en viss grad flyter av informasjon. Til tross for at det er store mengder informasjon, er det noe av den som kommer for sent. Det gjelder for eksempel når brukere skal hjem etter opphold på korttidssenteret.

Legevakten forteller at de har et godt samarbeid med vaktmester som er lett å få tak i. Vaktmester har også vært sentral i møter med tildelingskontoret. Det samme gjelder en medarbeider fra legevakten i prosjektgruppen i forhold til arbeidet med å finne hvilke av brukerne som har trygghetsalarm som også skal dybdekartlegges<sup>1</sup>.

Tildelingskontoret framhever at de har god dialog med mange samarbeidspartnere og at de tar kontakt med dem som de mener bør inn for gi et tilbud til bruker. Det er også flere faste møtepunkter med hjemmesykepleien, korttidssenteret og Sykehuset. De sier at

Vi er avhengig av samarbeidspartnere og tilbakemeldinger fra dem for å fatte et vedtak. Vi kan ikke sitte der etter et vurderingsbesøk og finne ut av absolutt alt hva pasienten skal ha. Det må være en dialog.

Flere av deltakerne viser også til at internundervisning er viktig for å få bedre kunnskap om hva andre enheter gjør og hva de står for. Slike fagdager brukes i noen tilfeller både som arena for å lære om hva andre gjør, informasjon om videre planer og arbeid samt om utvikling framover. Følgende utsagn illustrerer dette.

Så halvparten av personalet har fått høre om dette nå. Og det var veldig fint at personalet fikk høre hvordan tanken er da.

Beskrivelsen ovenfor viser at det er ulike former for samarbeid, noe avhengig av hvem som er involvert og hvilke kontakter som har vært etablert over tid.

---

<sup>1</sup> Det er etablert en gruppe som skal foreta dybdekartlegging av et utvalg av brukerne som har trygghetsalarm. Kartleggingsmetodikken bygger på at den som er først i kontakt med bruker, skal få den informasjonen som er nødvendig for at man kan dele den, uavhengig av fag. Kartleggingen skal foregå i et tverrfaglig team.

## Pårørendes erfaringer

Ved innføring og bruk av trygghetsalarmen opplevde pårørende stor grad av trygghet for sine foreldre. Det kom til uttrykk på følgende måte:

Jeg synes det er betryggende at hun har alarmen.

Jo, jeg er i en slik situasjon at jeg bor sammen med bruker av alarmen – jeg føler at det er en ekstra trygghet å ha alarmen, i forhold til om de skal falle om eller falle – da kan man trykke på den.

Det kommer imidlertid fram at bruker vegrer seg for å bruke alarmen og er redd for å at de skal komme til å bry andre ved å utløse alarmen, en sa det slik:

Det er en betryggelse, men jeg vet ikke – min gamle mor er redd for å bruke den – hun har falt to ganger og har ringt oss på mobilen. Hun tror at hun må være så veldig alvorlig syk for å trykke på den.

Eller:

Ja, den samme erfaring har jeg – min mor er redd for å ringe. Hun fikk beskjed om at hun kun kunne ringe i nødsfall – så hun følte at det hun ikke kunne ringte om ikke var viktig nok.

Da trygghetsalarm ble plassert i hjemmene til brukerne var pårørende ofte pådrivere til at trygghetsalarmen bli satt inn. En mente:

Vi hadde møte med hjemmesykepleien og vi søkte og så forklarte at det var også for vår trygghet også som pårørende – da visste vi at han kunne få tak i noen.

Andre pårørende beskrev at digital akuttalarmen bare ble plassert eller byttet ut med digital alarm i hjemmet til deres pårørende.

Pårørende nevner også noen eksempler hvor brukere har fått utløst den digitale alarmen uten at de har vært klar over det. Det kan skape forvirring slik sitatet nedenfor gir uttrykk for.

Det var jo at hun – den ene gangen lente seg inntil bordet og så trykket hun på – og så var det jo legevakta som svarte med en gang – de ropte Kari, men hun forstod ikke – så hun gikk ut i gangen og tittet ut i gangen – (legevakta) var jo på med en gang da det skjedde noe.

En utfordring at bruker har alarmen på seg. En av de pårørende sier:

Den er jo i nærheten på en Eva-stol som hun bruker. Har ikke lyst til å ha den på seg synes den gnager at den er litt i veien. Mobil og alarmen er på stolen.

Mens en annen pårørende forteller om en bruker har som er veldig fornøyd med å ha sin alarm på armen.

Informasjon om buk av akuttalarmen fikk de ofte gjennom hjemmesykepleien eller av bruker. En beskrev det på følgende måte:

Bare gjennom hjemmesykepleien som informerte litt muntlig om at den kom ned på den sentralen og da ringte de opp igjen og hvis de ikke fikk svar så rykket de ut for å se etter brukeren – mer utover det kan jeg ikke huske at jeg har fått.

Mens andre pårørende hadde kognitivt godt fungerende brukere som mottok informasjon og også oppsøkte opplysninger om alarmen hvis de lurte på noe.

Hos pårørende med kognitiv svikt ble det imidlertid påpekt at det kunne være vanskelig at bruker huske informasjonen som ble gitt. De sa:

Jeg tror nok at han far synes det var litt mangelfullt – for selv om jeg har sagt det- så er jo det borte - den muntlige beskjeden. Så om det hadde

stått noen klistrelapper på med forklaring hva det er - så kan brukeren selv lese på apparatet - så kan de lese selv.

Jeg har en mor som er 93 år hun lurer bare på hvorfor det blinker grønt.

Mamma har også spurt om; kan de høre meg nå? Så jeg vet ikke om han kanskje har tenkt om det er noen som kan sitte å lytte. Det vet jeg ikke.

Det ble etterlyst skriftlig enkel informasjon om bruk av akuttalarmen som var installert. En informasjon som både pårørende og buker kunne ha nytte av.

Pårørende var opptatt av at deres foreldre fikk en rask hjelp når de utløste alarmen. De hadde erfaring med at legevakten responderte raskt, men det kunne ta tid før hjemmesykepleien kom til hjemmet:

Legevakta er flinke de svarer med en gang.

Vi har hatt et tilfelle for to år siden – det tok litt tid, men jeg vet ikke sikkert.

Flere av det pårørende hadde forslag om at det et team som kunne rykke ut i hjemmesykepleien når alarmen gikk.

De pårørende la vekt på at hjemmesykepleien var meget viktig for bruker til den daglige hjelpen. Men det kom også fram at den omsorgen ble begrenset til at bruker får nødvendig stell, medisiner og mat. En sa det på følgende måte:

Det er lagt opp til at de får medisinsk hjelp – det gis piller og den type ting og hjelp til å ordne mat.

Eller:

De kommer inn (hjemmesykepleien) og gir tabletter i full fart og drypper et øye og ut av døra. De er så vant til at enten jeg eller søsteren min er innom der.

Pårørende beskriver seg som limet i omsorgen av sine foreldre. De ser forandringer hos bruker og de følger opp. De sa:

Det går jo fordi vi er i nærheten og følger opp. Skal jeg være borte noen dager må jeg alliere meg med noen andre. Jeg har ikke så mange å spille på – så jeg må planlegge ting over tid – slik at det går rundt. Det å bo hjemme krever ganske mye – det er som du sier – det spørres hvor lenge det går.

Jeg lurer på hva som skjer med de som er rotete og som ikke har noen pårørende? Vi hadde det at det var innskrenking på dusjing som det kom et skjema om – som pårørende klager vi på det vedtaket, minimum å dusje hver uke. Hvem er det som taler deres sak?

Trygghetsalarmen er et viktig hjelpemiddel for opplevelse av trygghet, men flere av pårørende påpeker viktigheten den daglige oppfølgingen av sine eldre foreldre. En sa:

Jeg er enig at eldre skal bo hjemme, men ikke for enhver pris. Det er ikke trygghetsalarmen som holder min mor hjemme, men det er gode naboer og pårørende som i det hele tatt kan være der – i og med at hun må ha hjelp til absolutt alt. Så er trygghetsalarmen en del av det som er viktig - men er kanskje enda mer viktig for oss enn for henne. For vi får i hvert fall rolige kvelder.

Eller

Sikkerhet og trygghet det er ja, men å bo hjemme lengre er du inne på det at alarmen skal erstatte noe – menneskelig kontakt, omsorg, pleie det er jo det som må til for at de skal bo hjemme lengre. Hjelp til fysiske ting og det kan ikke alarmen fylle, funksjonen er at hjelp kan tilkalles.

Disse utsagnene viser til at flere av informantene mener det ikke er trygghetsalarmen alene som gjør at brukerne kan bo hjemme lenger, men det krever en kombinasjon av ulike tiltak.

## Brukernes erfaringer

### Om deltakerne

Totalt har det vært med 46 deltakere i undersøkelsen. Av disse er 5 menn. Gjennomsnittsalderen er drøyt 85 år; den yngste deltakeren er 61, og den eldste er 103 år gammel. Snaut halvparten av deltakerne rapporterer sin egen helse som nokså god, tilsvarende mange mener de har enten god eller dårlig helse, mens bare fire mener de har god helse.

Nesten alle deltakerne bor alene (4 bor sammen med pårørende). Alle de spurte har fått den nye digitale trygghetsalarmen.

### Innflytelse og medvirkning

Brukerne rapporterer ikke stor innflytelse i planleggingsfasen. Kun 15% sier at de har hatt direkte innflytelse, og hele 67% at de ikke har hatt innflytelse. Allikevel sier over 60% at de har fått tilpasset alarmen til sine behov. Det er videre stor variasjon i hva brukerne sier om hvorvidt de har fått sagt hva de synes om den digitale trygghetsalarmen, og av brukernes kommentarer fremkommer det at flere opplever at de ikke har blitt spurt, eller at de ikke husker en slik samtale. Oppsummert fremstår innføringen av alarm som gjennomført uten reell medvirkning fra brukerne, og at involveringen i stor grad har bestått i informasjon om at det kommer en ny type alarm.

### Egenmestring og opplevd trygghet

Brukerne opplever jevnt over sin egen situasjon som trygg, både dag, kveld natt og helg. Omtrent 90% av brukerne svarer at de føler seg trygge, og hovedforklaringene går på at de har venner og/eller familie rundt seg, at de bor i leilighet med flere naboer, og at de ofte får besøk, også av hjemmesykepleien. Flere nevner at de alltid har vært trygge som personer, og ikke er nervøse eller engstelige av natur. Trygghetsalarmen spiller også en rolle for mange brukeres trygghetsopplevelse, men her er det ikke mulig å skille på analog og digital alarm i brukernes svar.

Ca. 70% av brukerne rapporterer at de benytter trygghetsalarmen dersom de er engstelige, ca. 10% at de kontakter familie eller andre pårørende, og 5% at de kontakter hjemmesykepleien, og ofte flere av disse samtidig. Det er f.eks. flere brukere som sier at de også kontakter hjemmesykepleien i tillegg til bruk av trygghetsalarm.

Til tross for at brukerne rapporterer at de føler seg trygge generelt, er det klart at trygghetsalarmen bidrar til å styrke denne opplevelsen. Hele 82% sier at trygghetsalarmen gjør at de føler seg tryggere. Heller ikke her er det mulig å skille mellom analog og digital trygghetsalarm.

#### Bruk av digital trygghetsalarm

Den digitale trygghetsalarmen er godt mottatt blant brukerne. 85% sier at de er fornøyde med den digitale trygghetsalarmen, og 91% rapporterer at den er enkel å bruke. På spørsmål om det savnes ekstra hjelpemidler til alarmen sier 41% at de ikke savner dette, mens 54% ikke vet om de savner slikt utstyr. Det er mulig at det er noe tidlig å få gode svar på dette spørsmålet. Ved gjennomgang av brukernes kommentarer er det mange som sier at de ikke enda har hatt behov for å benytte alarmen, så dette spørsmålet bør nok undersøkes med jevnlig oppfølging av brukergruppen.

Kun 4% rapporterer at det har oppstått uventede situasjoner med alarmen etter at de fikk den, og 89% sier at de ikke har opplevd at alarmen ikke har fungert, kun 2% har opplevd dette. Det er en del usikkerhet knyttet til også disse spørsmålene, blant annet forklart ved at mange brukerne ikke har hatt behov for å utløse noen alarm enda.

35% av brukerne har hatt besøk av vaktmester for tilpasning av utstyr etter at den nye alarmen ble installert, mens 61% rapporterer at de ikke har hatt slikt besøk. Resten er usikre.

Når brukerne blir spurt om den gamle alarmen var bedre enn den nye er 48% uenige i påstanden, mens resten er enten nøytrale, vet ikke eller synes den gamle alarmen var bedre (4%). Sett i lys av hva brukerne sier om opplevd trygget, samt om behovet for å utløse alarm



etter at den nye kom på plass er det vanskelig å konkludere med den informasjonen vi har tilgjengelig i dag.

Ingen av brukerne er uenige i at legevakten er hjelpsomme. Hele 70% er helt enige i påstanden, mens resten er enten usikre eller nøytrale i spørsmålet. 61% sier dessuten at det er lett å kommunisere med legevakten, men her er det 6% som er uenige.

Når det gjelder hjemmesykepleien sier halvparten av brukerne at de opplever at de raskt blir tatt kontakt med etter utløst alarm. Nesten 9% er uenige i dette, resten er nøytrale (13%) eller vet ikke (19%). Igjen er det viktig å være oppmerksom på at mange av brukerne ikke har opplevd behov for å utløse alarm, og det er dessuten vanskelig å skille på brukernes opplevelser med analog og digital alarm. Tre av brukerne sier at de har opplevd å ikke få hjelp fra hjemmesykepleien etter utøst alarm.

#### Opplæring og informasjon

Brukerne har opplevd informasjon om og opplæring i bruk av ny digital alarm som nokså god. Nesten 60% av brukeren mener informasjon og opplæring av vært bra, 6% mener dette har fungert svært godt. Allikevel er det ca. 35% som mener at dette kunne vært bedre, eller at det har fungert dårlig.

Sett i sammenheng med noe svak brukerinvolvering før innføring av nytt alarmsystem, at brukerne i stor grad ikke har hatt behov for å utløse alarm etter at ny alarm ble installert, samt at de ikke ser de store forskjellene på ny og gammel alarm er det grunn til å anbefale at dette spørsmålet følges opp over tid, slik at brukernes reelle erfaringer fra bruk kan fanges opp.

#### Mulige gevinster

Eksempler på kvalitative gevinster er relatert til effekter for brukere, pårørende og tjenesten/ansatte. Mulige gevinster kan være brukertilfredshet og utfordringer, medvirkning, faktorer knyttet til opplevelse av tjenesten, trygghet, egenmestring.

Endringene i system for mottak av alarmer vil, med innføring av eSens og kobling til hjemmesykepleiens fagsystem og brukernes journal, gi mer og bedre dokumentasjon. En slik dokumentasjon vil gi bedre oversikt over årsak til at bruker har utløst alarm. Det vil også være et grunnlag for mer systematisk oppfølging av brukerne, for eksempel med hensyn til å fange opp hvem som ikke lenger bør ha alarm, men som har behov for et styrket tjenestetilbud.

Ansatte ved tildelingskontoret argumenterer for at tildeling av trygghetsalarm er en måte å prøve om bruker kan være hjemme, for eksempel i stedet for å ha en korttidsplass. Slik sett vil en alarm kunne frigjort plasser til andre brukere. Videre brukes tildeling av trygghetsalarm som alternativ til mer enn et tilsyn daglig fra hjemmesykepleien. Det er da snakk om brukere som vil ha mer hjelp, men som man vurderer heller kan varsle ved behov. Hvis man skal utvide antall trygghetsalarmer, og endre kriteriene for tildeling slik at flere får en alarm, peker informantene på at det vil kreve et mottaksapparat slik at organisasjon kan håndtere de arbeidsoppgavene som teknologien generer. En større økning i antall trygghetsalarmer og andre teknologi løsninger som krever oppfølging i varierende grad, fordrer et annet fokus på mottaksapparatet.

Flere avdelingsledere trekker fram betydningen av trygghetsalarmen for ansatte. Det er da særlig det at den bidrar til økt opplevelse av trygghet for ansatte ved at man kan ha forbedret kommunikasjon med brukerne enn det som har vært mulig med den analoge alarmen.

eLås trekkes fram som viktig for bidra til mindre heft i arbeidsdagen. Ansatte i hjemmetjenesten vil nå raskere fram til bruker når de ikke må tilbake å hente nøkler. Tiden kan i stedet brukes på primæroppgaver ute hos bruker heller enn kjøring der hvor det er store avstander. Det er ikke foretatt noen analyser av hvor mye tid som kan omdisponeres.

## Diskusjon og anbefalinger

I det følgende avsnittet drøfter vi funnene fra workshop og intervjuer opp mot faglige vurderinger og teoretiske tilnærminger presentert tidligere i rapporten. På bakgrunn av denne diskusjonen, gir vi også noen anbefalinger. Disse er oppsummert punktvis til slutt i avsnittet og er tidligere presentert i møte med prosjektgruppen og koordinerende ledergruppe. Målet er å bidra til en bedre forståelse av de utfordringer og forbedringsmuligheter for det videre arbeidet med innføring av velferdsteknologi generelt og utviklingen av Helsevakt spesielt. Forhold som ovenfor er presentert under overskriften *utfordringer og løsninger*, diskuteres ikke for seg her, men de viktigste momentene er koblet til et av temaene *informasjon, kunnskap og kompetanse, endring og kultur* eller *samarbeid og integrasjon*.

### Informasjon

Det som særlig kommer fram knyttet til arbeidet i overgangen fra analog til digital alarm, er at manglende informasjon skaper usikkerhet blant ansatte. Informasjon, åpenhet og involvering kan bidra til å redusere slik usikkerhet (Bendal, 2015). Her dreier det seg om informasjon om hvilke løsninger som velges og hvorfor, tidsrammer for iverksetting (eller endring) og om strategier og utviklingstrekk. Samtidig vet man at det ikke alltid er mulig å informere alle om de samme tingene på samme tid. Det er mange ansatte i delstillinger og det vil alltid være andre oppgaver som har større prioritet. Følgelig må det gjøres vurdering av hvem som skal ha hvilken informasjon til hvilken tid. Et potensielt tiltak for å bruke informasjon mer strategisk vil for eksempel kunne være å involvere tillitsvalgte informasjonsarbeidet og bruke møter med ansatte mer målrettet også for dette arbeidet. Tydeligere bruk av informasjon kan fungere som virkemiddel i å få med seg folk.

En forberedelse for ansatte og motivering gjennom bedre informasjon ville også kunne lagt grunnlag for bedre forståelse av og for de endringer som skal gjennomføres og de prosessene ansatte skal være en del av. Ansatte har behov for å kjenne de er med i det som skjer. Informasjon og involvering kan også legge et bedre grunnlag for å drive

endringsarbeid generelt (Jimmieson, Terry & Callan, 2004). Dette gjelder også hvilken organisatorisk løsning kommunen velger med hensyn til alarmmottak og tydelig informasjon til de som er berørt. En uavklart situasjon kan skape usikkerhet og gir rom for spekulasjoner.

For flere, men særlig legevakten og tildelingskontoret, er det å ha en ansatt som også deltar i prosjektgruppen som jobber med innføring av digital trygghetsalarm, en sentral kilde til informasjon om utviklingen i prosjektet. Tilsvarende fungerer det også som en måte å avgi informasjon om situasjon på egen arbeidsplass og skaffe seg informasjon og kunnskap om andre. Men gitt prosjektorganiseringens midlertidig karakter, vil dette ikke være en samarbeidsarena framover. De etatene og virksomhetene som er involvert i satsingen på velferdsteknologi, har mange ansatte som deltar i ulike prosjekter, også disse midlertidig, om enn av ulik varighet. Det er dermed behov for møte- og samhandlingsarenaer som er en del av basisorganisasjonen(e) og har en mer langsiktig karakter.

### Kunnskap og kompetanse

Informasjon og samarbeid kan bidra til økt kunnskap om hverandre og hverandres oppgaver. Slik sett kan grundig opplæring i og informasjon om velferdsteknologiske løsninger generelt og digital trygghetsalarm spesielt, ikke bare redusere usikkerhet hos ansatte slik som diskutert ovenfor.

Intervjumaterialet gir grunnlag for å stille spørsmål om det er et generelt kunnskapsunderskudd når det gjelder kjennskap til hvilke oppgaver andre har ansvar for å løse og hvilken kompetanse de faktisk har. Slik manglende kunnskap kan være en utfordring når oppgaver skal løses på tvers og når ulike enheter forholder seg til de samme brukerne, gjerne samtidig eller de overtar ansvar for bruker som beveger seg i systemet.

Datamaterialet viser at alle som skal ha med den digitale trygghetsalarmen å gjøre, har fått opplæring, noen også en-til-en, uavhengig av om de jobber på legevakten eller i hjemmesykepleien. Til tross for det, mener de at de har behov for mer trening. Da er det nærliggende å argumentere for at opplæring som gis innimellom ordinære driftsoppgaver i

en ellers travel hverdag, ikke er tilstrekkelig. Det kan derimot synes som det er nødvendig med tydelig avsatt tid til opplæring, trening og repetisjoner. Selv om man vet at nye teknologiske løsninger skal i drift, kan det synes som det er behov for mer tid og rom for at de ansatte blir trygge på nye oppgaver og nye måter å løse dem på. Dette kan sikres ved et blir lagt til rette for tilstrekkelig utprøving og læring.

Slik det var høsten 2016, synes det ikke som alarmene har førsteprioritet hos legevakten. De har hatt en lengre periode med gradvis opptrapping av antall alarmer, og følgelig mer trening og kontinuitet med hensyn til å besvare utløste alarmer. Likevel viser datamaterialet at det gjøres feil. Det er også utløste alarmer som besvares sent eller som ansatte går glipp av fordi det er andre mer, og slik de ser det, mer akutte hendelser å håndtere. Man framstiller det her også som det er mer feil ved de digitale trygghetsalarmene, uten å ta hensyn til at man nå har et system hvor feil meldes og synliggjøres i større grad. Tidligere, med de analoge alarmene, kunne det være feil og driftsproblemer som ikke ble oppdaget om det ikke ble testet.

Materialet viser at legevakten har kompetanse men viser liten interesse for å være mottak for utløste alarmer. Som beskrevet ovenfor, er det en del motstand hos legevakten mot alarmene og de systemene de må bruke. Samtidig er samtlige også veldig klare på at de har kompetansen til å vurdere henvendelser over telefon.

### Endring og kultur

Endringsprosesser er langsomme og ofte komplekse prosesser som forutsetter både motivasjon og visjon hos de som skal forandre seg. Organisasjoners kultur er summen av flere forhold (Bang, 2013; Hatch, 2002), som rutiner, profesjonell identitet, vurderinger og artefakter som alarmprogram.

I følgeforskningen ser vi at ulike enheter og avdelinger som på ulike måte er involvert i arbeidet med den digitale trygghetsalarmen, oppfatter ulike ting som viktig. Selv om helheten ikke er «feil», så er den ikke klar. I stedet fører ulike tolkninger til perplekse og emosjonelt ladede uenigheter og problemer med å se brukerens beste ut fra et helhetlig

perspektiv. Brukere som har behov for trygghetsalarm, og senere eventuelle trygghetspakker, kan karakteriseres som brukere med komplekse – eller uregjerlige – problemer (Vabø & Vabo, 2014).

Ledernes roller blir å muliggjøre at hvert team ser de store bildene og har forståelse for hverandres perspektiver og effektivitet. I dette prosjektet jobber flere for å skape en felles akseptert visjon. Det har vært arrangert flere møter med ansatte og det har vært en felles kick-off hvor det var invitert representanter fra ulike enheter og virksomheter. Prosjektledere vet at en felles visjon hjelper prosjektet med å nå målsettinger og at iverksettingen endrer rutinene på en vellykket måte. Samtidig viser datamaterialet at ansatte var usikre og at visjonen ikke var helt klar for alle. Gjennom å skape grupper av team på tvers, team som skal jobbe sammen om pleie- og omsorgsoppgaver, åpner man opp for økt forståelse for hverandre (Øvretveit, 1996). Utveksling og rotasjon i personalet kan være en løsning som på en enkel måte øker forståelsen for hverandres arbeid.

Det å muliggjøre kunnskapsdeling, bidrar til å forstå hverandre (Edmondson, 2016). Dette kan synes selvsagt, men det kan likevel være vanskelig å gjennomføre i praksis. Datamaterialet viser at det ansatte i de ulike enhetene og avdelingene ikke nødvendigvis forstår hvordan de andre jobber og det kan lett oppstå misforståelser. Denne typen misforståelser kan kun løses gjennom å lære seg mer om hverandres arbeid og slike prosesser tar tid. Her kan ulike typer sammensetninger av (tverrfaglige) team være en effektiv måte å forbedre tjenesten (Øvretveit, 1996). Det kan også forstås innenfor rammen av at man fremmer løsninger og vurderinger basert på egen profesjonelle tilhørighet som de riktige og slik sett er med på å bygge opp motsetninger og legge grunnlag for misforståelser (Abbot, 1998; Hernes, 2002).

For ledere (her både på avdelingsnivå og overordnet nivå) gjelder det å starte i egne profesjonelle vurderinger og akseptere dem. Profesjonelle vurderinger ligger dypt og å overse dem kan være kontraproduktivt. I stedet kan det være verdt å løfte fram hva hver og en er gode på og bygge ned mistenksomhet som grunnlag for revirtenking (Axelsson & Axelsson, 2009). Det å finne hverandres svakheter er ingen kunst.

Psykologisk trygghet betyr å skape et trygt miljø for medarbeiderne i en endringsprosess (Edmondson, 2016). Da de første 50 trygghetsalarmene ble installert i desember 2015, oppsto det en rekke problemer. Avdelingsledernes oppgave ble da å lytte og føre sammen de ulike oppfatningene heller enn å skape ytterligere eller dypere motsetninger mellom de ulike enhetene.

Lederskap av og for endring handler å prate og guide sitt team gjennom endringsprosessen. I følge Edmondson (2016) er motivasjon et viktig aspekt i denne prosessen. Vårt datamateriale kan tyde på at det er ansatte som har vanskeligheter med motiveringen. Ansatte fra alle enhetene var sterkt engasjert sitt eget arbeid og fremmer god kvalitet i sitt arbeid. Avdelingslederne jobbet på ulike måter for å muliggjøre et større handlingsrom for sine medarbeidere.

Til slutt handler lederens rolle om å utstyre medarbeiderne med psykologisk trygghet gjennom endringsprosessen. Det lykkes man til dels godt med i Fredrikstad. Ansatte i hjemmesykepleien opplever liten forskjell med den digitale alarmen. Derimot var det en viss utrygghet slik Edmondson (2016) beskriver det, hos legevakten. Selv om det var satt inn ekstra ressurser for å sikre implementeringen av det nye systemet, oppfattet ansatte at de hadde flere spørsmål de ikke fikk svar på. Et kommunikativt lederskap skulle her handle om å tillate usikkerheten i komme til uttrykk og møte den i åpne fora – noe som har vist seg effektivt for endringsprosesser. Innovasjon og alternative løsninger kan utebli når medarbeidere føler seg utrygge. Samtidig er opplæringen veldig «hands-on». Det betyr at man mer praktisk lærer seg å bruke en programvare. Man lærer seg ikke å stille spørsmål, kombinere eller selv komme med innovative innspill. Undervisning gis per enhet, det innebærer også at muligheten for sosial kollektiv læring uteblir.

Lederskap i endringsprosesser handler ofte om å møte på uventede situasjoner (Edmondson, 2016) og slike finnes det flere av i prosjektet. Men lederskap handler også om å forutse utfordringer og delvis være forberedt på dem. Slik sett har vi flere eksempler på at det er mange parter som er involvert og at de ikke samordner aktiviteter, som for eksempel oppgradering til Windows 10 på legevakten i desember – en tid som i seg selv byr på flere utfordringer enn normalt, samtidig som nytt alarmsystem introduseres.

Deltakerne på begge workshopene fikk løst litt opp i hva «de andres» oppgaver og kompetanse er. Det er en gjennomgående utfordring når det skal foregå noe på tvers – som koordinering av tiltak til felles brukere eller brukere som beveger seg gjennom systemet – uavhengig av teknologi. Men det kan være at samarbeide om brukere med teknologi krever at kunnskap om andres oppgaver og kompetanse er tydeligere og mer avklart. Datamaterialet viser at det finns en klar etterspørsel og vilje til å få bedre kunnskap om hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder samtidig som man også er rask til å beskytte sine egne profesjongrensener og dermed bygge opp under en sterk revirtenking (Axelsson & Axelsson, 2009; Hernes, 2002). Oppgaveavklaring lar seg jobbe med, hvem gjør hva for hvem og når. Dette vil kreve koordinerende, støttende og muliggjørende lederskap. Samtidig kan det være vanskelig å jobbe gitt at revirtenkning gjenfinnes hos ansatte fra samtlige enheter og den synes ganske sterk.

Videre er det gjennomgående en kontinuitet framfor endring i måter å jobbe på. Det gjelder også for legevakten som kanskje har vært med på de største endringene relativt sett med hensyn til at de digitale alarmene på besvares på en annen måte og med andre rutiner enn tidligere. Det kan synes som om de som er minst involvert i arbeidet med den digitale trykghetsalermen, Fysio- og ergoterapi viser vilje til endring og nytenkning gjennom å koble eksisterende praksis til nye måter å jobbe på – henholdsvis hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Noen av bakgrunn for disse holdningene kan være at endringene ikke nødvendigvis er så store siden fysio- og ergoterapeuter allerede jobber med tekniske hjelpemidler hos bruker. Men det kan også være at det er lettere å være innstilt på endring når man faktisk ikke skal gjennomføre det – i alle fall ikke i nærmeste framtid.

### Samarbeid og integrasjon

Informasjonsutveksling er den minst komplekse formen for samarbeid (Andersson et al., 2011). Vi finner flere eksempler på denne formen, særlig i det ordinære arbeidet med levering av tjenester og informasjonsutveksling i tilknytning til pasientflyt. Men her er det ikke noe konkret samarbeid og man vet ikke om informasjon kommer videre eller blir forstått. Våre data viser derimot flere eksempler på at informasjonsflyten stopper opp, og



manglende informasjonsdeling eller –innhenting hindrer samarbeid og oppfølging av brukere i hjemmet, for eksempel etter rehabilitering.

Samarbeid er mer enn informasjonsdeling og etablering og bruk av samarbeidsarenaer eller møteplasser representerer en mer kompleks form (Andersson et al., 2011). På den ene siden finner vi at det er etablert flere slike møteplasser. Mange av disse fungerer godt. På den annen side viser det seg vanskelig å få dette på plass med andre aktører, uten at det får konsekvenser for de som ikke møter. Det er med andre ord tillatt og tilsynelatende akseptert på ulike nivåer i organisasjonen å ikke benytte møteplasser som en modell for samarbeid.

Videre er det ikke på tidspunktet for vår datainnsamlingen i mars 2016 etablert noen samarbeidsmøter mellom de to aktørene, legevakten og hjemmesykepleien, som er helt sentrale for å løse oppgaver knyttet til levering av tjenesten digital trygghetsalarm slik den fungerer nå. Datagrunnlaget viser at det både er et behov for og et ønske om etablering av en formell samarbeidsarena mellom disse.

Det er ansatt som har særlig ansvar for samhandling i hjemmesykepleien og også ansatte som tar slikt ansvar i de enhetene vi har studert. Likevel viser det seg at det er en utfordring å dele informasjon om brukere mellom enheter og ta den i bruk internt i en enhet – som her fungerer som en silo – etter at den er (ut)delt. Det er med andre ord opprettet noen kanaler mellom det som vanligvis blir betraktet som siloer – de ulike organisasjonsenhetene, men det er fortsatt en del hindringer for informasjonsflyt internt i de ulike avdelingene i hjemmesykepleien. Våre funn tilsier at dette ikke er et isolert problem, men at det gjelder flere steder – også andre steder enn hjemmesykepleien. Det som går igjen, er spørsmål som hvem hører om/leser informasjon om bruker, hvem forstår den og hvem bestemmer hva som skal gjøres i forhold til bruker innenfor den eller de tjenestene vedkommende har fått tildelt. Slik sett er forhold rundt pasientflyten og sikring av at bruker kan bo lengst mulig hjemme, en utfordring uavhengig av om bruker har velferdsteknologiske løsninger eller ikke.

Om man skal kunne samarbeide på tvers av profesjoner og organisasjoner, må yrkesutøverne kunne se ut over sine egne interesser og behov. Det må også være vilje til å avgi deler av eget revir (Axelsson & Axelsson, 2009). Dette skal ikke nødvendigvis skje på alle områder og i alle tilfeller, men man må avklare i hvilke situasjoner og under hvilke betingelser slik grenseoverskriding skal skje. Det å bygge relasjoner basert på gjensidig tillit og respekt bidrar til bygge ned barrierer og fremme samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Vårt materiale viser flere eksempler hvor tilliten ikke er gjensidig. Det kommer til uttrykk der ansatte i en tjeneste melder videre hvilke tiltak en annen tjeneste skal gi. Når vurderinger er gjort av førstnevnte, kan det oppfattes som om man ikke har tillit til at den som skal yte tjenesten kan gjøre vurderingen, eller også at man griper inn i andres ansvarsområde og krenker dette.

Tilsvarende er det behov for at leder som er involvert, også må kunne se ut over egen organisasjon og avgi noe myndighet for å få til et tverrsektorielt samarbeid. Felles strategi og samarbeide om felles løsninger bidrar til å fremme samarbeid (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Ødegård, 2009). Det krever at etatslederne og den ene virksomheten involverer seg og samles om overordnede visjoner og strategier. Her kan økonomiske insentiver være virkemidler for å fremme samarbeid (Andersson et al., 2011). Slike virkemidler kan være felles budsjett for det det skal samarbeides om – for eksempel et ambulerende team om det blir løsningen på hvordan respons på utløste alarmer skal håndteres. Det kan også etableres fellesskap i styringsgrupper.

Når man skal legge til rette for samarbeid, er det behov for å avklare hva det skal samarbeides om. Så langt er det særlig tre forhold som peker seg ut i forhold til utskifting til digitale trygghetsalarmer: tildeling av trygghetsalarm, ta imot og svare på utløste alarmer og til slutt yte en tjeneste hos bruker i henhold til det behovet som har ført til utløst alarm. Dette siste kan gjøres på ulike måter, fra å se på hendelsen som enkeltstående og akutt til å kartlegge hvorfor det har skjedd og sette inn endrede tiltak, for eksempel av forebyggende karakter. Til nå synes det som disse prosessene og delene av helheten ikke blir behandlet i sammenheng, men hvor både ansvar og løsninger som velges i stor grad er avhengig av hvordan man tidligere har håndtert de samme oppgavene. Et unntak her er det teamet og

de prosedyrene som er etablert for dybdekartlegging av utvalgte brukere. Det er, slik vi ser det, ikke foretatt noen overordnede grep for å ivareta helheten, eller utvikle tjenesten.

Som tidligere nevnt, kan samlokalisering betraktes som den mest komplekse samarbeidsformen (Andersson et al., 2011). Gjennom etableringen av Helsehuset og flyttingen av en rekke virksomheter hit, skulle det være grunnlag for et samarbeid mellom dem. Vårt datagrunnlag viser klart at det ikke er tilstrekkelig å være samlet under ett tak, men det må også benyttes andre virkemidler for å fremme samarbeid.

### Brukere og pårørende

Den digitale trygghetsalarmen er tatt godt imot av brukerne, selv om mange savner mer involvering i forkant av innføring. De store forskjellene mellom digital og analog trygghetsalarm er vanskelig å se basert på spørreundersøkelsen, men dette kan som nevnt skyldes brukernes manglende erfaring med bruk av den nye alarmen. Det er også interessant at brukerne i så stor grad opplever stor trygghet i hverdagen, på grunn av faktorer som familie, venner, naboer og hjemmesykepleien. At brukerne har en trygghetsalarm bidrar positivt til den totale trygghetsopplevelsen, men det er vanskelig å trekke noen konklusjon om skiftet til digital trygghetsalarm har noen særlig effekt i positiv eller negativ retning.

Dataene som framkom etter intervju med pårørende underbygger pårørendes sentrale rolle i et helhetlig tjenestetilbud til bruker (Jonasson et al., 2010). Trygghetsalarmen er ikke bare en trygghet for bruker, men også for pårørende. Det er få av de intervjuede pårørende som problematiserer overgangen fra analog til digital trygghetsalarm. Det gjennomgående var at skriftlig informasjon var en mangelvare. Det gjør det vanskeligere for pårørende å følge opp bruker hjemme.

Samtidig formidlet pårørende også en viss usikkerhet hos brukerne. Det var særlig knyttet til om det var noen som hørte dem hele tiden og om de faktisk ble hørt når de utløste alarmen. Flere var også usikre på om de faktisk kunne utløse alarmen – om det var et nødsfall eller ikke, om det er alvorlig nok.

## Oppsummering av anbefalinger

Samlet sett vil anbefalingene betraktes som et svar på spørsmål 3 i oppdraget fra Fredrikstad kommune. For en oversikt over disse, se nedenfor og Introduksjon.

- Åpen dialog med tjenestene, eventuelt inkludere tillitsvalgte, for å sikre informasjon (spørsmål 1 og 8)
  - Man behøver for eksempel avklare hvilken organisatorisk løsning kommunen velger med hensyn til alarmmottak og tydelig informasjon til de som er berørt.
- Utøve et aktivt og strategisk lederskap (spørsmål 2, 4, 7 og 8)
  - Ta aktivt grep for å bygge ned revirer, for eksempel ved å etablere tverrfaglige team og velge en form som vil kunne fremme samarbeid
  - Endringskompetanse, skifte i verdigrunnlag
  - Legge grunnlag for innsikt i andres kompetanse og arbeidsoppgaver
- Invitere til informasjonsflyt innenfor den enkelte organisasjonsenheten når informasjon er delt mellom organisasjoner for å bygge ut nye og alternative tjenesteformer (spørsmål 4 og 6)
  - Gi tilstrekkelig tid og rom til opplæring – både i digitale verktøy og i nye arbeidsmåter
- Bedre samarbeid – både strukturelt og kulturelt (spørsmål 2, 5, 7 og 8)
  - Etablere møtearenaer hvor det er behov for det og hvor det ikke finnes pr i dag (som legevakt-hjemmesykepleie)
  - Motivere samarbeidet for de ansatte ut fra et brukerperspektiv

Forskningsspørsmålene Høgskolen skal svare på, slik de er definert i kontrakten, er:

1. Hva var de mest kritiske faktorene for en vellykket innovasjonsreise?

2. Hvilke utfordringer fikk organisasjonen i utviklingen av tjenesten?
3. Hvordan løste organisasjonen utfordringene?
4. Hvilken type kompetanse var det nødvendig å tilegne seg?
5. Hva slags samhandling var nødvendig, og hvordan ble denne organisert?
6. Hvilke endringer i arbeidsform var nødvendig?
7. På hvilken måte endret organisasjonskulturen seg i løpet av prosessen?
8. Hvordan klarte man å sikre samhandling og pasientflyt?



## Oppsummering

Formålet med studien er å kartlegge, analysere og evaluere organisasjonsutviklingsprosessen og innovasjonsreisen knyttet til overgangen til digital trygghetsalarm. Vi har her gitt en analyse av de erfaringene som har framkommet i arbeidet med å innføre digitale trygghetsalarmer.

Velferdsteknologi kan være et virkemiddel for og en igangsetter for innovasjon, her særlig organisatorisk med tanke på å motivere for nye måter å jobbe på og en utvikling av eksisterende tjenester. Det krever at man har en forståelse av at innføring av teknologiske løsninger innebærer en endring. Videre må man sette av tid til innovasjonsarbeid på ulike nivåer i kommunen, både hos ledere og tjenesteytere. Innovasjonsarbeidet kan ikke isoleres til den enkelte enhet. Det må derimot forstås å finne sted både innenfor og mellom de enhetene som er involvert. I dette prosjektet gjelder det primært legevakten, hjemmesykepleien og tildelingskontoret. Det å i sterkere grad, og mer direkte ha trukket inn avdeling for Fysio- og ergoterapi i prosjektet ville kunne være en måte å bringe inn andre perspektiver på utskiftingen til digitale alarmer og det endringsarbeidet som man står overfor. Følgeevalueringen har vist at det er silotenkning og at sterke profesjonelle og organisatoriske revirer kan være til hindrer for samarbeid og utvikling av tjenestene.

I det videre arbeidet med innovasjon i helse- og velferdstjenesten vil det være en generell utfordring å mobilisere medarbeiderne med hensyn til nytenking generelt og nye måter å jobbe på spesielt.

Prosjektet har avdekket at enhetene har noen interne utfordringer som det bør jobbes med for å løse slik at man har et bedre grunnlag for å innføre mer velferdsteknologi.

Figuren nedenfor sammenfatter våre visuelt anbefalinger og illustrere anbefalingenes iboende relasjon til hverandre.





## Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11.
- Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I E. Willumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Baklien, B. (1993). Evalueringsforskningens historie og utvikling i Norge. *Politica*, 25(1), 56-62.
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur; en begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(4), 326-336.
- Bendal, S. (2015). 10 tips til endring i organisasjoner. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 7(2), 19-23.
- Berlin, J., Carlström, E., & Sandberg, H. (2009). *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Biott, C., & Cook, T. (2000). Local Evaluation in a National Early Years Excellence Centres Pilot Programme: Integrating Performance Management and Participatory Evaluation. *Evaluation*, 6(4), 399-413.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. M. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305-314.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 116-131.
- Edmondson, A. C. (2016). Wicked-problem solvers. *Harvard Business Review*, (June), 52-59.
- Einstein, S. (2007). Substance Use(r) Treatment and Health Disparities: Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities. *Substance Use & Misuse*, 42(4), 671-686.
- Ellström, P.-E., & Hultman, G. (2004). *Lärande och förändring i organisationer: om pedagogik i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

- Gough, R., Renblad, K., Söderberg, E., & Wikström, E. (2011). *Anhörigstöd - ett helt annat sätt att tänka*. 2011:1 Kalmar: Regionförbundet i Kalmar län.
- Hanssen, H., & Sommerseth, R. (2015). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(2), 62-75.
- Hatch, M.J. (1993). The Dynamics of Organizational Culture. *The Academy of Management Review*, 18(4), 657-693.
- Hatch, M.J. (2002). Doing time in organization theory. *Organization Studies*, 23(6), 869-875.
- Hernes, H. (2002). Perspektiver på profesjoner. I B. Nylehn & A. M. Støkken (red.), *De profesjonelle: relasjoner, identitet og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jimmieson, N. L., Terry, D. J., & Callan, V. J. (2004). A Longitudinal Study of Employee Adaptation to Organizational Change: The Role of Change-Related Information and Change-Related Self-Efficacy. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 11-27.
- Jonasson, L.-L., Liss, P.-E., Westerlind, B., & Berterö, C. (2010). Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kin's perspective: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 20-26.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, 358(9279), 397-400.
- Nylehn, B., & Støkken, A. M. (2002). *De profesjonelle: relasjoner, identitet og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132-147.
- Saveman, B.-I. (2010). Family Nursing Research for Practice: The Swedish Perspective. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 26-44.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1013-1025.

- Strøm, A., Andersen, K. L., Korneliussen, K., & Fagermoen, M. S. (2015). Being "on the alert" and "a forced volunteer": a qualitative study of the invisible care provided by the next of kin of patients with chronic heart failure. *J Multidiscip Healthc*, 8, 271-277.
- Støkken, A. M. (2002). Profesjoner: kontinuitet og endring. I B. Nylehn & A. M. Støkken (red.), *De profesjonelle* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tornes, K. (2012). *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika forlag.
- Vabø, M. & Vabo, S.I. (red) (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vangen, S., & Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I E. Willumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I E. Willumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øvretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10(2), 163-171.