

MASTEROPPGAVE

**En kvalitativ studie av en prosess med innføring av
velferdsteknologi
– i hendene på konsulentene**

Siv-Therese Lilleheier

12.05.21

**Masterstudium i organisasjon og ledelse.
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag
Høgskolen i Østfold**



Forord

Etter en arbeidsom og lærerik prosess foreligger nå denne avhandlingen som markerer slutten på fire innholdsrike år ved Høgskolen i Østfold. Jeg har fått mulighet til å fordype meg i noe jeg opplevde nyttig og interessant. Min interesse for temaet springer ut fra min bakgrunn som leder i offentlig helsesektor og jeg brenner for innovasjon i sektoren. Jeg vil rette en stor takk til informantene som stilte opp i intervjuene og delte med seg av sin tid og erfaringer i en travel hverdag. Jeg håper denne avhandlingen kan gi noe tilbake.

Jeg vil takke min veileder Sol Skinnarland som har stått støtt ved min side og tillitsfullt veiledet meg på rett spor ved mine mange turer på løpske stier. Det sies at vi som studenter skal gi et bidrag til forskningen ved «å stå på kjempers skuldre». Jeg føler at jeg har kjempet, mens Sol har stått på mine skuldre med stødig veiledning og meningsfulle innspill. Tusen takk for alle kunnskapsrike diskusjoner.

Jeg vil takke kjæresten min, David, for gode innspill og interessante diskusjoner. Takk for at du var utrettelig når det kom til å lytte til mine varierende forslag til temaer hver helg og alltid var positiv og oppmuntrende.

En spesiell takk retter jeg til mine tre barn som har holdt ut med en til tider stresset mor, med bøker overalt og gjentakende fravær av respons på tiltale. Fire lange år er nå ved veis ende. Mamma lover at dere skal få male rommene i hvilken farge dere vil i sommer.

Eventuelle feil og mangler i oppgaven er ene og alene mitt ansvar.

Halden, 12. mai 2021

Siv-Therese Lilleheier

Sammendrag

Temaet i denne studien er hvordan en prosess med innføring av ny teknologi i offentlig helsetjeneste kan beskrives fra et lederperspektiv. Det velferdsteknologiske hjelpemidlet studien har som utgangspunkt er elektroniske multidosedispensere. Digitalisering av helsetjenestene er ifølge Christie et al. (2018) avgjørende for å løse samhandlingsutfordringene på tvers av tjenester og mellom tjenester og innbyggere. Med et mål om høyere kvalitet og mer effektiv ressursbruk, ble en løsning i form av elektroniske multidosedispensere anbefalt innført i kommunenes helsetilbud i 2015 (Helsedirektoratet, 2015).

Helsedirektoratet (2012) satte opp samfunns mål med tenkt måloppnåelse innen 2020. De forespeilet at velferdsteknologiske løsninger skulle være allment etterspurt og at de anskaffes av mennesker når de skal tilrettelegge for egen alderdom. Helsedirektoratet (2012) så for seg at innen 2020 var alle kommunale helse- og omsorgstjenester godt rustet til å møte fremtidens utfordringer med brukertilpassende tjenester. Effektmålene som ble satt, dreide seg om at man ved ønsket måloppnåelse kunne si at velferdsteknologiske løsninger er utviklet, tilgjengelige og aktivt tatt i bruk (Helsedirektoratet, 2012).

En utfordring med innføring av velferdsteknologi er at opplæring av helsepersonell er mangelfull (Hauge, 2017). Kommunene er oppfordret fra sentrale myndigheter til å jobbe strategisk for å oppnå gode resultater, men kommunene har begrenset kompetanse og liten kunnskap på teknologien som finnes (Helsedirektoratet, 2012). Allikevel anser myndighetene at kommunene skal prioritere innføringen da det har så stor nytteverdi, også kalt gevinster, som blant annet økt kvalitet på tjenestene, spart tid og unngåtte kostnader (Helsedirektoratet, 2015). Noen kommuner har nådd disse målene og prosessen de har benyttet er den avhengige variabelen i denne studien.

Studien har til hensikt å belyse prosessen fra et lederperspektiv og tar utgangspunkt i semistrukturerte intervjuer av seks ledere i to norske kommuner. Oppgavens problemstilling er: **Hvordan beskriver kommunale ledere prosessen med å innføre elektroniske multidosedispensere?**

For å undersøke dette og samtidig få frem i hvilken grad lederne erfarte at de var involvert i prosessen, var dette forskningsspørsmålene:

1. Hvilke delementer består en slik prosess av ifølge lederne?
2. Hva slags betydning har samarbeid med eksterne konsulentfirmaer med innføring av elektroniske multidosedispensere?
3. Hvem er involvert og har ansvar for prosessen med å ta i bruk dispenserne?

Min problemstilling handler om lederes beskrivelser når de forteller om sin involvering i og opplevelse av prosessen. Derfor har jeg tatt et teoretisk utgangspunkt i rasjonelle beslutningsformer, nærmere bestemt begrenset rasjonalitet og utvalgt teori om arbeidsprosesser. Du vil introduseres for begreper som «superbruker» og «endringsagent» som gir perspektiver på individnivå. Jeg fulgte Malteruds (2017) beskrivelser av en tverrgående analyse og systematisk tekstkondensering da jeg behandlet og analyserte datamaterialet.

Studien viser noe overraskende at det ikke var særlig identifiserbare delementer i prosessen med innføring av elektroniske multidosedispensere i studiens to kommuner. Kort oppsummert kan kommuner ha en innføring av ny teknologi *uten* en tydelig prosess. Lederne i studien valgte å legge sin lit til konsulentfirmaer som fikk stor betydning i form av å gi økt kompetanse og opplæring til individer i organisasjonen. Enkeltmennesket internt i organisasjonen, som innehadde visse egenskaper var selve muliggjøreren ved innføringen. Det måtte være en person som kan fungere som en endringsagent og inneha visse egenskaper som bl.a. pedagogisk, kunnskapsrik, teknisk og motiverende for å gjennomføre en vellykket innføring av elektroniske multidosedispensere.

Studiens konklusjon er at hvis kommuner følger konsulentenes råd og fremgangsmåte samt har en dedikert superbruker med avsatt tid til innføringen, trenger de ingen tydelig prosess for å kunne innføre ny teknologi.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Avhandlingens oppbygging.....	1
1.2 Introduksjon av problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.3.1 Velferdsteknologi	3
1.3.2 Medikamentbistand fra helsetjenesten, dosett og multidose	3
1.3.3 Elektronisk multidosedispenser.....	4
1.3.4 Prosess.....	4
1.4 Hva andre har studert innenfor temaet	6
1.5 Aktualisering av tema.....	8
1.5.1 De seneste styringslogikker for helsetjenestene fra 1990-2010-tallet	8
1.5.2 Myndighetenes styringssignaler det siste tiåret.....	9
1.5.3 Fra styringssignaler til endret praksis.....	10
1.5.4 Hvor vi skulle ha vært i fjor	12
1.6 Hvorfor velferdsteknologi er ansett som et viktig innsatsområde	12
2.0 Presentasjon av teori.....	14
2.1 Det strukturelle perspektivet på organisasjoner	14
2.2 Rasjonell beslutningsteori	17
2.2.1 Begrenset rasjonalitet	18
2.2.2 Fra rasjonelle beslutningsmodeller til Søppelbøttemodellen	22
2.3 Arbeidsprosessens nødvendige elementer	24
2.4 Superbrukeres og mellomlederes roller.....	30
3.0 Metodevalg og fremgangsmåte	32
3.1 Kvalitativ metode	33
3.2 Metode: semistrukturert intervju	34
3.3 Fremgangsmåte ved bruk av metode.....	34
3.3.1 Intervjuguide og utvalg	35
3.3.2 Gjennomføring av intervjuene	36
3.3.3 Transkribering	37
3.3.4 Analyse.....	38
3.4 Forskerens rolle	40
3.5 Etske betraktninger.....	41
3.6 Validitet og reliabilitet	43
3.6.1 Validitet.....	43
3.6.2 Reliabilitet	45

4.0 Funn.....	46
4.1 Ledernes beskrivelser av prosessen.....	46
4.1.1 Forankring	47
4.1.2 Ressurser	49
4.1.3 Kartlegging og mål.....	52
4.1.4 Analyse, evaluering og oppfølging	55
4.1.5 Informasjon og informasjonsflyt.....	57
4.2 Ledernes beskrivelser av samarbeidet med pasienter og ansatte i prosessen	58
4.2.1 Ledernes beskrivelser av samarbeid med pasientene	58
4.2.2 Ledernes beskrivelser av samarbeid med ansatte og superbrukeren	60
4.3 Ledernes beskrivelser av sin egen påvirkning på prosessen	67
4.4 Syntetisering av funn.....	70
4.4.1 Sammenfatning av ledernes beskrivelser av prosessens delelementer	71
4.4.2 Konsulentfirmaene fikk tidlig ansvaret for prosessen	73
4.4.3 Superbrukeren har ansvaret for oppfølging.....	75
4.4.4 Funnene bygger opp til tre drøftingsområder	77
5.0 Drøfting	78
5.1 Innføringen lot seg gjennomføre uten identifiserbare delementer i prosessen	78
5.2 Samarbeidet med eksterne konsulentfirmaer betyr mye for innføringen	86
5.3 Ansvaret ble plassert hos eksterne og superbrukeren var muliggjøreren	89
6.0 Oppsummerende konklusjon og diskusjon.....	92
6.1 Konklusjon på problemstilling og forskningsspørsmål.....	92
6.2 Oppsummerende diskusjon av fremgangsmåten i studien	94
7.0 Referanseliste	96
8.0 Vedlegg	101
8.1 Intervjuguide	101
8.2 Tekst i invitasjonsmail	103
8.3 Informasjonsskriv	105
8.4 Godkjenning fra NSD.....	109

Figuroversikt

Figur 2.1: En operasjonalisering av beslutningsmodeller

(Gustafsson, 2012, s. 31)..... s. 23

Figur 4.1: Egenutviklet figur som viser nivå av forankring..... s. 71

Figur 4.2: Egenutviklet figur som viser pilotprosjektets ressurser..... s. 73

Figur 4.3: Egenutviklet figur som viser gevinstplanenes formål..... s. 74

Figur 4.4: Egenutviklet figur som viser superbrukers ansvarsområder..... s. 75

Figur 4.5: Egenutviklet figur som viser de forskjellige involverte

rollenes ansvar..... s. 76

Figur 4.6: Egenutviklet figur som viser ansvarsområdene og oppgavene en

superbrukerrolle innehar..... s. 77

Figur 5.1: En egenredigert figur over beslutningsmåtene i studien lånt av

Gustafsson (2012, s. 52)..... s. 85

1.0 Innledning

Avhandlingens forskningstema er innføring av et velferdsteknologisk hjelpemiddel som erstatning for en tradisjonell tjeneste hvor man tidligere har benyttet mennesker i stedet for maskiner.

Jeg er selv utdannet vernepleier og har tatt videreutdanning i både velferdsteknologi og ledelse. Jeg har jobbet i den offentlige helsesektoren i tjue år, hvorav de siste fire som avdelingsleder. Jeg har erfaring, men er interessert i å lære mer om hvordan vi stadig utfordres av endringer i tjenesten og tilpasser oss endringene. Mitt utgangspunkt er en nysgjerrighet for hvordan ansatte og ledere møter utfordringene med en digitalisering av tjenestene. Vi er inne i en spennende periode hvor det stadig utvikles nye teknologiske hjelpemidler som skal erstatte vår fysiske kontakt med pasientene. I vår grunnutdanning i helsevesenet var det tidligere ikke noe som omhandlet teknologiforståelse, ei heller lærte vi på skolebenken hvordan vi skal forholde oss til store endringsprosesser. I Hans Nielsen Hauges bok «Den digitale helsetjenesten» påstår han at dagens helsepersonell ikke er forberedt:

De helsefaglige utdanningsinstitusjonene har hatt liten oppmerksomhet på fagområder som omhandler e-helse og en digitalisert helsetjeneste. Dette har hatt betydning for kunnskapsnivået hos helsepersonell om en digitalisert helsetjeneste. Det har også medført at dagens helsepersonell ikke er forberedt på den fremtiden som er like foran oss (Hauge, 2017, s. 7).

Så, hvis ledere ikke hadde digitalisering av tjenester på menyen når de utdannet seg, hvordan har gått frem når de allikevel har måtte utføre oppgaver rundt dette?

1.1 Avhandlingens oppbygging

Jeg presenterer videre i innledningskapittelet mer om temaet og hvorfor det er aktuelt å studere. Allerede her gir jeg en beskrivelse av det velferdsteknologiske hjelpemidlet jeg har valgt som utgangspunkt i min studie, elektroniske multidosedispenser. Jeg ønsker å raskt gi leseren en forståelse for hjelpemidlet og dets bakgrunn for innføring slik at det blir enklere å visualisere nettopp dette når tema presenteres. Jeg legger frem min problemstilling og forskningsspørsmålene

før jeg presenterer bakgrunnshistorikk slik at du som leser får en forståelse for valg av teori som jeg presenterer i kapittel 2. Min metode utgjør det tredje kapittelet. I kapittel 4 presenterer jeg funn og disse drøfter jeg opp mot teorien i kapittel 5. Jeg avslutter med en oppsummerende konklusjon og diskusjon i kapittel 6.

1.2 Introduksjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg hadde til hensikt å studere prosessen kommunal sektor la opp til da de innførte elektroniske multidosedispensere. Mitt utgangspunkt var at vellykket innføring vil si at det teknologiske hjelpemidlet er i bruk og har vært i bruk over noe tid, minst seks måneder. Jeg ville belyse studien fra et lederperspektiv for å se nærmere på hvordan de beskriver forløpet og elementene i en slik prosess. Jeg introduserer denne problemstillingen:

Hvordan beskriver kommunale ledere prosessen med å innføre elektroniske multidosedispensere?

For å besvare dette og samtidig få frem i hvilken grad lederne erfarte at de eller andre var involvert i prosessen, var dette forskningsspørsmålene mine:

1. Hvilke delelementer består en slik prosess av ifølge lederne?
2. Hva slags betydning har samarbeid med eksterne konsulentfirmaer med innføring av elektroniske multidosedispensere?
3. Hvem er involvert og har ansvar for prosessen med å ta i bruk dispenserne?

1.3 Begrepsavklaring

Her gir jeg en kort redegjørelse for begrepene som er relevante for problemstillingen. Min problemstilling handler om innføring av velferdsteknologi i form av elektroniske multidosedispensere og jeg presenterer en kort begrepsforståelse av «prosess». I teorikapitlet presenterer jeg mer inngående hvordan en arbeidsprosess kan forløpe seg.

1.3.1 Velferdsteknologi

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) definerer velferdsteknologi slik:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (NOU 2011:11, s. 99).

Velferdsteknologi skal benyttes som et verktøy for at mennesker skal kunne mestre sin egen bosituasjon lenger og for at tiden de benytter på sykehjem før livets slutt, forkortes. Velferdsteknologi skal sørge for bedre kvalitet på tjenestene, øke fleksibiliteten og gi en positiv samfunnsøkonomisk effekt (Helsedirektoratet, 2012, s. 100). Vellykket bruk av velferdsteknologi forutsetter endrede arbeidsrutiner, opplæring og evne til å gi tjenester på en ny måte. Dette innebærer å rekruttere nok brukere som er villige til å benytte teknologien og at tjenesteytere vurderer dette tiltaket før tradisjonelle tjenester gis (Helsedirektoratet, 2015).

Helsedirektoratet (2015) deler velferdsteknologi inn i fire hovedkategorier: trygghetsskapende teknologier, velværeteknologier, utrednings- og behandlingsteknologier og mestringsteknologier. Elektroniske multidosedispensere er å anse som mestringsteknologi da de bidrar til at mennesker mestrer bistand rundt egen helse bedre, samtidig som det er en trygghetsskapende teknologi, da dispenserne sikrer kvaliteten på medikamenthåndteringen (Helsedirektoratet, 2015).

1.3.2 Medikamentbistand fra helsetjenesten, dosett og multidose

Medikamentbistand som gis av helsetjenesten foregår ved at medisiner i tablettform, foreskrevet av lege til pasient, fordeles (doseres) av sykepleiere etter forordning, i en plastkasse med rom for alle ukens dager, i det som kalles «dosett» (Holbø, Das, Bøthun, Formanek & Halvorsen, 2019). Dette er en tjeneste kommuner er pålagt å gi til pasienter som ikke kan ivareta medisineringsen sin selv. For sykepleierne kan det være ressurskrevende å dosere forskjellige preparater til forskjellige tider og på korrekt måte. Rutinen tilsier også at

sykepleiere kontrollerer hverandres dosetter slik at feil kan unngås. Å kontrollere en dosett vil si å telle over antall tabletter og å verifisere disse mot legens forordninger. I de senere årene har man fått noe som heter «Multidose». Dette er en rull av plast hvor hver dose er forseglet og merket med innhold, pasientens navn og tidspunkter. Tablettene blir maskinelt pakket i multidosen på fabrikk av apotekene og krever ikke sykepleierressurser (Holbø et al., 2019). Formålet med multidose er å øke sannsynligheten for at pasienter som bruker flere medikamenter får riktig medikament til rett tid og samtidig sparer man sykepleierressurser (Helsedirektoratet, 2015). Utlevering av multidose til pasienter er en etablert tjeneste fra hjemmesykepleien og stadig flere kommuner benytter seg av denne ordningen. Å få medisineringsbistand i form av multidose kan være utfordrende for eldre, da de ikke klarer å lage en åpning i posen selv eller glemmer å ta medisinen til rett tid, derfor får enkelte bistand også til dette (Holbø et al., 2019).

1.3.3 Elektronisk multidosedispenser

Helsedirektoratet (2015) beskriver elektroniske multidosedispensere som medisineringsstøtte i form av en maskin, hvor helsepersonell setter inn en ferdig pakket multidoserull, og maskinen varsler med lyd og lys etter forhåndsinnstilte tidspunkter når medikamentene skal tas. Den registrerer om pasienten tar medikamentene sine til rett tid og varsler helsepersonellet via mobilnettet om dette ikke skjer. Hovedmålene ved bruk av elektroniske multidosedispensere er blant annet effektivisering, helsemessig gevinst og økonomisk besparelse (Holbø et al., 2019, Helsedirektoratet, 2015). Hvis pasienten blir uavhengig av personbistand med bruk av elektronisk multidosedispenser, vil han føle mestring og økt livskvalitet. En elektronisk multidosedispenser vil gjøre det enklere for eldre å ivareta sin medisinerings selv, da de blir påminnet om å ta medisinen til rett tid av maskinen og maskinen lager en tydelig rivekant i posen slik at den blir enkel å åpne (Holbø et al., 2019).

Videre kaller jeg elektroniske multidosedispensere kun ved forkortelsen «EMD».

1.3.4 Prosess

Med et mål om høyere kvalitet og mer effektiv ressursbruk, ble fokus på en løsning i form av EMD anbefalt innført i kommunens helsetilbud i 2015

(Helsedirektoratet, 2015). Innføringen kalles i dokumenter og litteratur for blant annet implementering, innføringsprosess, arbeidsprosess og lignende. Jeg forholder meg til Wig (2014) sin definisjon på «arbeidsprosess»: «Samvirke av mennesker, metoder, maskiner, utstyr og miljø for å produsere eller skape et resultat (output). Arbeidsprosess defineres som alle aktivitetene mellom konkret tilførsel (input) og resultat (output)» (Wig, 2014, s. 242).

Jeg finner denne definisjonen relevant fordi den samsvarer med hvordan jeg ønsket å se på en prosess fra input - en beslutning om innføring av EMD, til output - EMD er innført. Ved å kartlegge en prosess og analysere denne vil man få flere muligheter til å se hvordan den kan optimaliseres (Bendiksen, 2009). Mitt formål med denne studien var ikke å forsøke å optimalisere prosesser, men å undersøke om prosessen kunne beskrives av ledere etter at den er fullført. I kapittel 2 presenterer jeg mer inngående en arbeidsprosessmodell av Moland (2015) som viser til at det er seks hovedelementer ved prosesser som kan defineres og analyseres. Disse seks elementene er 1. behov og hensikt, 2. klare mål, informasjon, 3. forankring, 4. samarbeid og involvering, 5. ressurser og 6. oppfølging (Moland, 2015). Denne modellen la jeg til grunn da jeg innhentet teori i en tidlig fase av dette forskningsprosjektet.

Jeg presenterer videre flere studier som hadde som formål å sammenligne kommuners innføringer, eller å skape forståelse for utfordringer ansatte og pasienter har med innføring av velferdsteknologi. Andre studier jeg presenterer har sett på hva som hemmer og fremmer implementering. Mitt formål var å få mer kunnskap om *hvordan ledere beskriver* at en slik prosess forløp seg i sine kommuner og undersøke hva de fremhever som viktige elementer som har påvirket innføringen. Mange kommuner har blitt studert underveis i et pilotprosjekt, mens jeg ønsket å studere hvordan de i etterkant av prosjektet opplevde prosessen. Jeg ønsker å bidra til forskningsfeltet med et fokus på ansatte, pasienter og nytteverdi, over på ledelse og offentlige organisasjoners valg av fremgangsmåte når de blir pålagt å utføre oppgaver de ikke har gjort på tilsvarende måte tidligere.

1.4 Hva andre har studert innenfor temaet

I Norge finnes det flere pilotstudier hvor selve implementeringens påvirkning på arbeidsoppgaver og hverdagen for både utførere og tjenestemottakere har vært tema. Et eksempel er Bøthun, Kjønnås & Reitan (2014) som presenterte resultater fra kartlegging av faktorer som gav økt sikkerhet i forhold til medisinerings og forfatterne identifiserte problemområder og mulige løsninger. Sikker medisinerings i hjemmet var hovedmålet og det ble undersøkt hvem som har nytte av EMD. Et annet eksempel på dette gav Svagård, Ausen, Røhne & Østensen (2015) som presenterte en rapport kalt «Riktigere medisinerings og mer selvstendighet?». De har ikke sett på EMD, men derimot forskjellige rondellversjoner for medikamenthåndtering i Bærum Kommune. Et tredje eksempel på en studie som så på samspillet mellom mennesker og teknologi er en studie gjort av Stokke, Hellesø & Sogstad (2019). Hovedfunn i studien var at selv ved en etablert og velfungerende teknologi, var det en rekke personlige og tjenestemessige utfordringer knyttet til bruken i omsorgstjenestene. Det finnes mange som har sett nærmere på selve nytten av EMD, utviklingen og implementeringen og effekter. Det er ikke på dette nivået min studie søkte å skape kunnskap, men på et mer overordnet, organisatorisk nivå.

En studie gjort av Christina Bang-Olsen (2012) omhandler hvordan norske og danske kommuner kan samarbeide med private virksomheter for å implementere velferdsteknologi. Hun intervjuet 16 personer fra fire caser. Informantene var representanter for private firmaer, eksperter og fra det offentlige. Bang-Olsen (2012) påpekte at samarbeidet mellom det offentlige og det private kan være utfordrende fordi partene ikke er vant til å samarbeide. Hun viser til at det offentlige må åpne opp for større risiko og åpne opp for nye kilder til kunnskap og innovasjon. Et viktig funn hun presenterte var behovet for nye samarbeidsmodeller mellom kommuner og private virksomheter. Hun fant at det ikke finnes en god praksis for hvordan samhandlingen skal foregå. Et annet hovedfunn var at den største hindringen for samhandling omhandler et lederskapsfenomen, ifølge Bang-Olsen (2012). I studien kom det frem at samhandlingsaktivitetene mellom de private og det offentlig i høy grad var preget av prøving og feiling, både i Norge og Danmark. For at innovasjonsprosjekter skal komme i gang var man avhengig av personlige relasjoner og nettverk. Det

fremkom også at finansielle virkemidler var viktig for at slike prosjekter som implementering av velferdsteknologi skulle komme i gang (Bang-Olsen, 2012). Involvering, samhandling og ressurser er noe jeg også undersøkte i denne studien.

I en pilotstudie gjort som et samarbeid mellom de fem nordiske landene, så man på blant annet hvordan offentlig sektor organiserer seg når de innfører ny teknologi (Nordic Innovation, 2011). Studien så på hvordan kommuner fant og fikk tilgang til ny kunnskap og hvordan de strukturerte seg. Forfatterne presenterte at offentlig sektor skilte seg fra private virksomheter ved at det offentlige la rammene for hva de private skulle produsere og satt som passive mottakere for innovasjon fra det private. Det offentlige besatt kunnskap om insentiver som påvirket de private virksomhetene (Nordic Innovation, 2011, s. 3). De fant at det var behov for måleinstrumenter for innovasjon i offentlig sektor. Faktorer som hemmet innovasjon i kommunene ble presentert som følger: det offentlig manglet mot til å ta sjanser, dårlig økonomiske ressurser, byråkratisk og regulert styring av prosjekter og mangel på koordinering av de forskjellige avdelingene innovasjonen innbefattet, både blant ledere og ansatte (Nordic Innovation, 2011, s. 12). Studien hadde som formål å sammenligne de fem nordiske landenes progresjon ved innovasjon i offentlig sektor, og funnene som presentertes er fra et overordnet nivå og hadde til hensikt å finne en felles strategi for Norden. Jeg finner denne studien relevant fordi den så på utfordringer ved innovasjon i offentlig sektor.

Når det gjelder hva som fremmer innovasjon, har Søndergård (2017) sett på hvordan 1200 kommuner i Norden kunne forbedre implementeringen av velferdsteknologi og han presenterte en «verktøykasse». Denne består av ni trinn og hvert trinn kan igjen bestå av store prosesser. Trinn 1 handler om visjoner, trinn 2 om strategi. For å sikre felles mål og felles innsats er det viktig med en ikke for detaljert strategi for implementering. Trinn 3 handler om å lage en kommunikasjonsplan. «I alle faser av planlegging, forberedelse og implementering av velferdsteknologi er det svært viktig å identifisere og involvere alle roller som påvirkes av endringen...» (Søndergård, 2017, s. 27). Relevansen mellom denne studien og min egen var at involvering og samarbeid var det jeg ville undersøke med to av mine forskningsspørsmål. I det fjerde trinnet anbefales det å gjøre en behovsanalyse og det i det femte, en markedsanalyse. Trinn 6 presenterer en prosess for evaluering og det fremheves at man starter denne

prosessen med å definere målene for prosessen. Trinn 7 gir gode tips til anskaffelsesprosessen. I det åttende trinnet fremgår det råd om å ha en implementeringsmodell. Her inngår plan med mål, oppgaver, tidslinjer, gevinstrealisering og oppfølging. Samarbeid med leverandører i planlegging og gjennomføring fremheves som svært nyttig. Like viktig er opplæring og etablering av formelle nettverk for de ansatte. Det er viktig å formidle denne strategien til alle involverte. Det siste og niende trinnet handler om oppfølging av gevinster (Søndergård, 2017). Her inngår mange begreper jeg benyttet i denne studien da jeg drøftet datamaterialet i kapittel 5.

En studie gjort av Brattås, Remo & Aarø (2015) så på lederes rolle og utfordringer med implementering av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. Åtte kommuner var inkludert i studien og funnene omhandlet utfordringer med liten kunnskap blant ledere om statlige føringer og flat struktur som gjorde det vanskelig for lederne å sette seg i stand til å implementere eller å gjøre seg kjent med teknologien og dilemmaet tidsklemma og mangel på ressurser. Ledere i studien opplevde jobben sin som «tøff» med press fra alle nivåer (Brattås et al., 2015). Jeg kan understreke at dette samsvarte for lederne som har bidratt i denne studien også, hvor jeg har sett på nettopp ledernes beskrivelser av sin rolle med innføring av velferdsteknologi.

1.5 Aktualisering av tema

Ulike styringslogikker har ført til endret praksis i de offentlige helsetjenestene. Myndighetene har lagt føringene på bakgrunn av utviklingen og med tanke på å gripe an fremtidige utfordringer i helsevesenet. Her forklarer jeg hvordan og hvorfor. Jeg viser til studier som er gjort på lignende tema tidligere.

1.5.1 De seneste styringslogikker for helsetjenestene fra 1990-2010-tallet

En rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet (2013) viser at offentlige helsetjenester har vokst fra 20 000 årsverk til over 120 000 de siste 40-50 årene. Tjenester til mennesker under 67 år har økt betydelig, mens det tidligere var omsorgsoppgaver knyttet til de eldre som preget tjenestene. De som omtales som de eldre blir nå også betydelig eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 31). I en artikkel med tittelen «Innovasjon og samhandling i helsevesenet en

praksisbasert tilnærming», presenterte Christie, Hoholm & Mørk (2018) ulike styringslogikker og teknologi som verktøy for samhandling. Her viste forfatterne til en ny retning fra 90-tallet som ble kalt «managed competition» og planen var at pasienten skulle erfare en sømløs behandlingsskjede som var helhetlig og effektiv. En av utfordringene med å gi en sømløs behandlingsskjede var ifølge Hauge (2017) at de forskjellige helseforetakene opererte med forskjellige plattformer for databehandling på den tiden, og personvern hensyn gjorde det vanskelig å dele opplysninger. Hvert helseforetak kunne selv velge hvilket system de ville benytte og det kunne medføre at pasienten ikke opplevde behandlingsskjeden som så sømløs som formålet var (Hauge, 2017).

I 2012 implementerte Bjarne Håkon Hansen en ny reform, Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Slik ble noe av driftsansvaret flyttet over fra Staten til kommunene (Christie et al., 2018). Samhandlingsreformen var å anse som et oppgjør mot et segregert og fragmentert pasientforløp. Dessverre har økt spesialisering i primærhelsetjenesten ført til kategorisering og isolering av pasienter, mener Christie et al. (2018, s. 39). Med denne logikken som bakgrunn har Regjeringen i løpet av 2010-tallet arbeidet for at samhandling skulle stå i fokus i en ny logikk hvor pasientens fravær av sykdom ikke var i sentrum, men det å leve «et meningsfullt liv», også som frisk. Både for pasienter og helsepersonell var nøkkelordene informasjonsutveksling, koordinering, tilhørighet, motivasjon og mestring for samskaping av velferd (Christie et al., 2018, s. 39).

1.5.2 Myndighetenes styringssignaler det siste tiåret

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) fremla en stortingsmelding hvor de viste til at regjeringen påpekte hvordan IKT kunne utnyttes til samfunnets beste. To hovedmålsettinger med Stortingsmelding 27 (2015-2016) «Digital agenda for Norge- IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet», var en brukerrettet og effektiv forvaltning, og verdiskapning og deltakelse for alle (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 11). Brukeren og deres behov stod i sentrum og verktøyet var digitalisering av arbeidsprosessene i de offentlige tjenestene. Nye organiseringsformer og samarbeid med det private næringslivet gav gjennom teknologiutviklingen nye tjenesteformer. Kommunal-

og moderniseringsdepartementet (2016, s. 52) påpekte at manglende teknologiforståelse hos øverste leder i beslutningsprosessen var en stor barriere, og det måtte arbeides med å gi toppledelsen økt strategisk IKT-kompetanse. Med dette mente myndighetene at lederes kompetanse i fremtiden må økes for at de skal se mulighetene og verdiene digitalisering gir virksomheten. Lederne må erverve kunnskap om hvordan man styrer og gjennomfører digitaliseringsinitiativer og henter ut gevinster av disse og forstå hva som kreves for å lede og styre initiativer riktig, slik at man sikrer at teknologien utnyttes. Myndighetene tok «e-helse» ut fra Helsedirektoratet i 2016 og etablerte et eget direktorat for e-helse. Hovedmålet til direktoratet er å være en pådriver for utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 69). For at digitale hjelpemidler skal være verdiskapende, er en endring og tilpasning av tjenestene nødvendig. Reformen kan ta en annen retning enn statens intensjoner fordi det skjer en signifikant nedenfra-og-opp-bevegelse for å nå målene (Hansen, Almqvist, Ørjasæter & Kistorp, 2017).

1.5.3 Fra styringssignaler til endret praksis

Brukerrelasjoner og samhandling i tjenesten er sentralt i denne nye fremvoksende logikken (Christie et al., 2018, s. 40). Uten økte kostnader og økte årsverk bidrar velferdsteknologi til selvstendiggjøring av pasienten og forbedret koordinering av tjenestene. Studier viser til at kjennetegn til organisasjoner er endring fremfor stabilitet og det påvirker innovasjon og praktisk ledelse, ifølge Christie et al. (2018). Forfatterne påpeker at: «Det innebærer blant annet at ledere bør forstå hva som må til for å stabilisere nye praksiser, og de bør forstå gjensidige avhengigheter og friksjoner på tvers av tjenestene» (Christie et al., 2018, s. 42).

Ledere kan få førstehåndskunnskap om dette, men Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016, s. 87) skriver at intern arbeidskraft med fordel kan kombineres med ekstern kompetanse i form av konsulenttjenester, da disse sitter med egen spisskompetanse ledere kan dra nytte av. Digitalisering av helsetjenestene er ifølge Christie et al. (2018) avgjørende for å løse samhandlingsutfordringene på tvers av tjenester, og mellom tjenester og innbyggere. Tidligere styringslogikker fremmet sentralisering og

profesjonsstyring, mens det kreves bred ansvarliggjøring og involvering for å skape effektiv digitalisering og samhandling. Christie et al. (2018) presenterer verdiskapning som et felles ansvar alle aktørene har, heller enn eget aktivitetsnivå:

Nettverkslogikker som fremmer samarbeid og gjensidig verdiskaping krever at beslutninger, ansvar og handling delegeres nærmest mulig praksis, og at man insentiverer felles verdiskaping. Samtidig må man ivareta transparens og felles ressurser, slik at aktørene kan stilles til ansvar både for tjenestekvalitet og ressursbruk (Christie et al., 2018, s. 43).

Dette kan være gode mål, men Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016, s. 69) påpeker at nåtidens styringsmodeller enda ikke er tilpasset for å gjennomføre koordinerte og helhetlige tiltak som nettopp treffer alle aktørene i sektoren.

Flere reformer har ført til store endringer, spesielt i hjemmetjenesten hvor antallet pasienter under 67 år som nevnt er tredoblet de siste årene etter at kommunene overtok ansvaret som tidligere lå hos spesialisthelsetjenesten. Hjemmetjenestene møter oftere pasienter i et tidlig stadium av sykdomsforløpet enn tidligere. Lederutvikling og nettverksarbeid er Regjeringens satsingsområder for å skape et bærekraftig kommunalt helsevesen som er under fornyelse og forbedring ved å inkludere brukermedvirkning, økt kompetanse for de ansatte, og for å sikre økt kvalitet på tjenestene ved bruk av velferdsteknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Departementet viser til noe av det samme som Christie et al. (2018) når de påpeker at: «Fundamentet skal være god kompetanse, godt lederskap og flerfaglig samarbeid. Tjenestene skal drives effektivt og innovativt tilpasset pasienter og brukeres behov...» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, s. 9).

For å nå målene om samhandling og mestring, er ikke teknologi ene og alene tilstrekkelig, ifølge Christie et al. (2018). Gode informasjonskanaler og møteplasser er nyttige virkemidler. Dette fordrer en praksisendring hvor digitale verktøy systematisk vurderes etter gode prinsipper, for å støtte samarbeid og tilpasning av flere praksiser om det skal skape en realistisk verdi for pasientene (Christie et al., 2018, s. 44).

1.5.4 Hvor vi skulle ha vært i fjor

Helsedirektoratet (2012) satte opp samfunnsmål med tenkt måloppnåelse innen 2020. De forespeilet at velferdsteknologiske løsninger skulle være allment etterspurt og anskaffes av mennesker når de skal tilrettelegge for egen alderdom. Målene er blant annet økt livskvalitet, mestring av eget liv og at brukerne kan føle økt selvstendighet. Helsedirektoratet (2012) så for seg at innen 2020 var alle kommunale helse- og omsorgstjenester godt rustet til å møte fremtidens utfordringer med brukertilpassede tjenester. Effektmålene som ble satt dreide seg om at man ved ønsket måloppnåelse kunne si at velferdsteknologiske løsninger er utviklet, tilgjengelige og er aktivt tatt i bruk slik at mennesker bor trygt hjemme lengst mulig, føler mestring og har bedre helse (Helsedirektoratet, 2012).

Sett i forhold til at bistandsbehovet til yngre brukergrupper har økt, samtidig med at folk lever lengre, er det en knapphet på fremtidig personell ifølge Dugstad, Nilsen, Gullslett, Eide & Eide (2015). En utfordring ved innføring av velferdsteknologi er at opplæring av helsepersonell er mangelfull, ifølge Hauge (2017). Helsedirektoratet (2012) oppfordret kommunene til å jobbe strategisk for å oppnå gode resultater, men viste også til at kommunene kunne ha begrenset kompetanse og manglende kunnskap på teknologien som fantes. Likevel anså Regjeringen at kommunene skulle prioritere innføringen, da det hadde så stor nytteverdi, også kalt gevinster, som blant annet økt kvalitet på tjenestene, spart tid og unngåtte kostnader (Helsedirektoratet, 2015). Noen kommuner har nådd disse målene og gjort en stor innsats og det ønsket jeg med denne studien å få mer innsikt i.

1.6 Hvorfor velferdsteknologi er ansett som et viktig innsatsområde

For å legitimere ønsket om å studere en prosess med innføring av velferdsteknologi, ønsker jeg her å beskrive mer om hvorfor temaet kan være viktig. Én side er læringen organisasjonen får gjennom en prosess, som jeg kommer nærmere inn på i kapittel 6, en annen side er gevinstene ved bruk av velferdsteknologi. Helsedirektoratet (2015) beskriver gevinster som den nytteverdien velferdsteknologi gir. Dette måles kvalitativt i form av intervjuer og spørreundersøkelser blant tjenestemottakerne. Unngåtte kostnader er en reduksjon i utgifter for helsetjenesten i form av færre bistandsyttere da tiltak ikke iverksettes

tradisjonell form, men gis av velferdsteknologi som EMD. Man kan også se en gevinst ved at man unngår sykehusinnleggelser og ekstra innleie av personell. Helsetjenesten sparer tid ved at de kan omdisponere personell og kanskje unngå besøk ved bruk av EMD (Helsedirektoratet, 2012).

Helsedirektoratet (2015) påpeker at det er vanskelig for tjenestene å måle om de sparer tid og penger. Kommunene må se for seg en «sannsynligvis» medført utgift ved at de ikke hadde satt inn EMD hos en pasient og hva de «sannsynligvis» har unngått å bruke av penger i hvert enkelt tilfelle. Direkte sammenhenger her kan være vanskelig å påvise. Kommunene vet for eksempel ikke om en pasient faktisk har unngått å komme på sykehus og i så fall hvor lenge de har unngått en sykehusinnleggelse. Samtidig koster det å investere i ny teknologi og å lære opp ansatte i bruken. Å beregne gevinstrealiseringer økonomisk og i tid kan derfor være vanskelig ifølge Helsedirektoratet (2015).

Helsedirektoratet (2017) beskriver at det er kostbart og ikke spesielt bærekraftig for kommunene å fortsette med den tradisjonelle tankegangen om at økt behov for tjenester hos pasientene fører til en sykehjemsplass. Det fordrer en endring i tankesettet om hva kommunale tjenester bør være i fremtiden for at tjenestemottakere skal bo lengst mulig hjemme i eget hjem og hvor teknologi inngår som en del av dette tankesettet (Helsedirektoratet, 2017, s. 24). Jeg mener at å studere en prosess med innføring vil kunne gi nyttig innsikt i et slikt tankesett hvor noen kommune har klart å innføre EMD, som andre kommuner kan dra nytte av før de selv skal igangsette en lignende prosess.

2.0 Presentasjon av teori

Jeg presenterer her teori om det strukturelle perspektivet på organisasjoner for å gi et innblikk i bakgrunnshistorikk til norske kommuners organisasjonsform da studien omhandler en prosess i kommuner. En innføring i rasjonelle beslutningsformer med fordypning i begrenset rasjonalitet anser jeg som relevant for å forstå hva som kunne forme beslutningene til de involverte. Jeg presenterer videre utvalgt teori om arbeidsprosesser, som er relevant for å kunne knytte beskrivelsene til lederne opp mot teori om prosesser. Her introduseres begreper som «superbruker» og «endringsagent» for å gi perspektiver på individnivå da det var enkeltindivider som var informanter i undersøkelsen og dette kan beskrive rollene som datamaterialet omtaler.

2.1 Det strukturelle perspektivet på organisasjoner

Det strukturelle perspektivet hadde sin opprinnelse på tidlig 1900-tallet særlig på grunn av to industrianalytikere; Frederick W. Taylor, regnes som opphavsmannen til det vi kaller «Scientific management» eller «Taylorismen» og Max Weber, som snakket om «Monokratisk byråkrati». Ifølge begge kan en strukturell organisasjon nå sitt potensiale om den er bygd opp rundt kontroll og hierarki, fastlagte oppgaver og fastsatte mål og regler (Bolman & Deal, 2014, s. 72). Jacobsen & Thorsvik (2016) forklarer i likhet trekk ved organisasjoner som:

Enhver organisasjon kjennetegnes ved organisasjonsstrukturen som definerer hvordan arbeidsoppgaver i organisasjonen skal fordeles, grupperes og koordineres, og hvordan beslutningsmyndighet skal fordeles mellom ledere og medarbeidere i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 70).

Skorstad (2014) viser til studier gjort av blant annet Taylor og Ford som ivret etter å forbedre organisasjoner eller produksjoner i organisasjoner. Taylor eksperimenterte med ansatte for å øke produktiviteten til bedriften ved å detaljstyre og maksimere hva han kunne få av arbeidskraft fra hver ansatt. Det samme gjorde Henry Ford i sin produksjon av biler i samme periode (Skorstad, 2014). Slike studier, og mange med dem, har ført til teorier om organisasjoner og strukturer som igjen har ført til en utvikling. Bolman & Deal (2014, s. 75) mener

at det er behov for formell struktur i en organisasjon for å skape forutsigbarhet og få arbeidet gjort, noe som vil gi positiv arbeidsmoral. Om strukturen er for streng eller man drukner i byråkrati, kan den gi en følelse av kontroll og være til hinder for arbeidstakere i å utføre sitt arbeid (Bolman & Deal, 2014, s. 75). Taylor møtte mye motstand fra sine arbeidere. Arbeiderne fryktet konsekvenser. Ved å arbeide for raskt kunne de ende opp med å produsere mer enn etterspørselen og stå uten jobb, og hvis de jobbet for sakte og kunne de tjene mindre enn tidligere (Skorstad, 2014). Nå er det ikke masseproduksjon helsevesenet bedriver i dag, og ikke behandles arbeidstakere som maskiner, men ved å belyse historien kan vi forstå hva som er bakgrunnen for et tankesett og styresett i strukturelle organisasjoner. Skorstad (2014) beskriver at det var på grunn av dette tidligere hierarkiske styresettet, arbeiderbevegelsen vokste frem. Motstanden fra ansatte og frykten for å miste jobber om de ikke produserte nok, førte til at de trengte en beskyttelsesmekanisme. Arbeiderbevegelsen ble et svar på det. Makten ble på den måten gradvis forskjøvet fra å være utelukkende i ledelsens hånd, til og møtes på en gyllen middelvei, samtidig som fagforeninger bidro til å holde lønningene høye (Skorstad, 2014). Denne maktbalansen er det relevant å ha innsikt i når vi skal forstå valg som foretas i organisasjoner, hvem som er med og hvem som påvirker.

Sentralt for strukturell utforming er ifølge Bolman & Deal (2014, s. 76) todelt: differensiering, hvordan skal arbeidet fordeles? Og integrering, hvordan skal ansvaret koordineres? Hvordan organisasjoner fordeler oppgavene kan være nøkkelen til suksess. De samme forfatterne viser til at det er to metoder for å skape en vellykket organisasjon på ved å samordne dets enkeltindivider: Vertikal eller horisontal samordning. Ved vertikal samordning kan vi se myndighetspersoner som styrer arbeidet til ansatte i form av regler, retningslinjer og planleggings- og kontrollsystemer. Dette er mest vanlig, og har da en sjef eller myndighetsperson som har ansvaret for styringen. Horisontale teknikker baserer seg mer på arbeids- og prosjektgrupper, nettverk og matrisestrukturer, uformelle og formelle møter og er generelt uberørt av ordre, systemer og regler. Ofte er den type teknikker raskere og fungerer enklere (Bolman & Deal, 2014, s. 81). Offentlige organisasjoner består av begge typer samordninger. Balansen avhenger av hvilket problem som skal løses. Har de involverte forutsigbare utfordringer og stabile oppgaver, fungerer en vertikal samordning. Samtidig fungerer horisontal

kommunikasjon godt når man har raske omskiftninger og komplekse oppgaver som skal løses, men det krever mer tid enn en vertikal løsning (Bolman & Deal, 2014, s. 81-84). Hvilke oppgaver som skal løses er avgjørende for valget av teknikk, som også Jacobsen & Thorsvik (2016) viser til: «Det viktigste når man bestemmer hvordan organisasjonsstrukturen skal være, er å veie og vektlegge hensynet til tempo, fleksibilitet, integrering, koordinering og innovasjon» (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 71).

Ramsdal, Skorstad & Strøm (2009) skriver at det er de ytre omstendighetene til en organisasjon som tvinger frem endringer. Organisasjonen presses til å være fleksibel om den skal overleve i fremtiden. Effektivitet fører til gevinster og kravene til en dynamisk organisasjon viser seg på flere måter. Skiftende arbeidsoppgaver krever kvalifiserte ansatte og medvirkning er å anse som en fordel. Ansatte får benytte sitt skjønn og sin intuisjon og multitasker gjerne i moderne, fleksible organisasjoner. Organisasjonsmessig fleksibilitet defineres av forfatterne slik: «Den evnen en organisasjon kan ha til å mestre variasjoner og uforutsette hendelser på en smidig og tilpasningsdyktig måte» (Ramsdal et al., 2009, s. 21). Når arbeidet skal fordeles og avklaringer rundt koordinering skal avgjøres, kan det oppstå spenninger i strukturelt organiserte organisasjoner, ifølge Bolman & Deal (2014, s. 79). Da er det hensiktsmessig å dele folk i grupper og gi gruppen og dens enkeltmedlemmer definerte roller. En svakhet ved denne fordelingen kan være at enkeltindivider oppnår en slags spesialisering og det kan gjøre at lederen blir avhengig av enkeltindividene og kan miste kontrollen. Individene kan få et fortrinn med denne spesialiseringen (Bolman & Deal, 2014, s. 79). En fordel ved bedre kvalifiserte medarbeidere er at medarbeideren kan bli mer myndiggjort og forholdet mellom ham og ledelsen kan bli mer jevnbyrdig (Ramsdal et al., 2009).

Organisasjoner i dag forventes å være smidige med tanke på å tilpasse seg markedet og dagens krav, samtidig som de skal være smidige overfor den enkelte arbeidstaker for å klare å beholde ansatte med sin nøkkelkompetanse og medvirkning. Slik kan fleksibilitet i organisasjoner forstås som så mangt (Ramsdal et al., 2009). Men organisasjoner forutsetter som nevnt struktur. Det ligger noen faste mønstre til grunn som er førende for atferden til dens individer. Ifølge Flaa, Hofoss, Holmer-Hoven, Medhus & Rønning (1995) betyr dette at

handlingsmønster formes og begrenses, noe som kan oppleves rigid. Likevel er fleksibilitet nødvendig siden organisasjoner sjelden arbeider under stabile forhold i sine omgivelser igjen. Uten faste mønster vil organisasjonens individer få fritt spillerom til å foreta beslutninger basert på kun sine egne erfaringer og kompetanse. Det ville skapt stor variasjon og uforutsigbarhet. Derfor er organisasjonen avhengig av å forme sine individer til en viss grad (Flaa et al., 1995, s. 173). Hvordan kan organisasjonen forme sine individer? Hatch (2011, s. 130) snakker om «den rasjonelle modellen» av strategiprosesser. Hun forklarer at dette handler om at utforming og implementering av en strategi holdes atskilt gjennom en hierarkisk arbeidsdeling. Hvis jeg bruker eksemplet til Hatch (2011) på en kommune som organisasjon og bruker roller og begreper derfra, kan en rasjonell modell opptre slik: Kommunedirektøren er øverste leder. Hun utformer strategien. Hun har igjen ledere under seg kalt kommunaldirektører. En kommunaldirektør for skole og oppvekst, en annen for helse og en tredje for kultur osv. Dette ledernivået får oppgaven med å implementere strategien-innføre EMD, for å bruke denne studiens eksempel. Kommunaldirektørene er ledere for flere enhetsledere og/eller avdelingsledere. Dette kaller Hatch (2011) det operative nivået. Her realiserer kommunen sin strategi gjennom daglige aktiviteter. Kritikken mot denne modellen baserer seg på at det er et skille mellom oppgavene i denne modellen (Hatch, 2011, s. 131). Hva vil skje når avdelingslederen som skal innføre EMD ikke forstår hva strategien går ut på eller hensikten med innføringen? Og hva når kommunedirektøren ikke forstår hva slags oppgaver avdelingslederen helst vil ha? Ved at de som utfører oppgavene ikke får delta i strategiutforming eller forstår målene, vil engasjementet svekkes og manglende motivasjon kan føre til at strategien slår feil ifølge Hatch (2011, s. 131). Bolman & Deal (2014) påpeker at det er viktig med formell struktur selv i små grupper om teamet skal fungere. Ifølge forfatterne må ledelsen ta seg tid til å finne ut hvem som passer best til hvilke oppgaver og hvordan de enkelte medlemmenes roller fungerer best sammen for å skape et effektivt team.

2.2 Rasjonell beslutningsteori

For å plassere ledernes beskrivelser av en prosess opp mot relevant teori i denne studien finner jeg det viktig å presentere noen beslutningsmodeller som finnes. Det finnes ytterpunkter og middeelveier av valg som foretas når ledere gjør beslutninger

og jeg viser til noen her. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2016) dominerer perfekt rasjonalitet én ende av skalaen ved strukturelle organisasjoner, hvor man ser rasjonelle handlinger som det samme som fornuftige handlinger. Kort om denne enden av skalaens ytterpunkt er at det finnes klare mål og full informasjon, en tenkt tilstand. Her rangerer lederne data og velger det beste alternativet. Modellen er best kjent som «Economic man». Den representerer ikke realiteten, men et mål man skal og burde strekke seg etter som beslutningstaker (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 310). Dette er beskrivelser av hvordan beslutningsatferd *bør* være. Perfekt rasjonalitet. Beslutningstakerne har kun ett mål og én løsning og denne er synlig (Flaa et al., 1995, s. 168). I et slikt menneskesyn i tradisjonell retning, fokuserer man på de forestillingene om at all atferd er forutsigbar og kontrollerbar. Med det utgangspunktet kan beslutningstakerne garantere fullstendig organisasjonsrasjonalitet (Flaa et al., 1995, s. 168).

2.2.1 Begrenset rasjonalitet

Ifølge Flaa et al. (1995) tenkte man derimot i motsatt ende av skalaen, i Human relations-skolen, at mennesket heller var irrasjonelt. Mennesker lar seg styre av følelser, de er ikke maskiner. Herbert Simon presenterte modellen om «administrative man». I denne modellen tar han utgangspunkt i at beslutningstakerne har begrensede rasjonelle handlinger (Flaa et al., 1995, s. 168). I denne enden av skalaen har ikke beslutningstakeren oversikt over hva det egentlige problemet er eller oversikt over alle alternative handlinger og problemet kan endre seg. Individet har ikke engang all informasjon til å kunne foreta et perfekt valg. Mennesket har ikke gode nok erfaringer eller hukommelse til å sammenligne tidligere valg og heller ikke fullstendig oversikt over konsekvensene av valgene man tar. Beslutningstakeren jakter på løsninger og det er tidkrevende. Tid er noe en beslutningstaker ofte ikke har mye av. En beslutning må foretas raskt og man må føle seg fornøyd med denne. Det kaller Simon «satisfisering». Flaa et al. (1995) skriver at organisasjonsteoretikeren Simon viste til at det er ofte beslutningstakere står overfor motstridende mål og at det er særlig fem punkter som gir beslutningstakeren begrensninger: 1) ufullstendig og utilstrekkelig informasjon 2) kompleksiteten i problemene 3) menneskers evne til å bearbeide informasjon 4) den tiden som er tilgjengelig for beslutningsprosessen 5) beslutningstakeres

motstridende preferanser når det gjelder organisasjonens mål. Bolman & Deal (2014) understøtter dette med noe de kaller «strukturelle dilemmaer:

Å finne et hensiktsmessig system av roller og relasjoner er en uopphørlig kamp overalt. Ledere står sjelden overfor velavgrensede problemer med klare løsninger, men må snarere takle vedvarende strukturelle dilemmaer og vanskelige avveininger uten enkle fasitsvar (Bolman & Deal, 2014, s. 97).

Det kan tolkes som at beslutningstakere kan strekke seg etter det perfekte, men at begrensninger av forskjellig art spiller en stor rolle. Som Moland (2015) påpeker:

Selv om arbeidet for å realisere organisasjonens mål blir forstyrret av andre verdier og interesser, betyr ikke dette at organisasjonen ikke kan handle rasjonelt. Og med alle forbehold om begrenset kunnskap og interesseulikheter er det fortsatt mulig å drive organisasjoner mer eller mindre rasjonelt og gjennomføre løpende forbedringsarbeid (Moland, 2015, s. 20).

Her tenker jeg at Moland (2015) sikter til læring og utvikling. At beslutningstakerne lærer av valg og handlinger, men stadig kan forbedre seg. Strekke seg mot «det perfekte». Hvis lederne har enighet om problemet som skal løses og hva som er målene, vil usikkerheten deres være minimal og konsensus kunne oppnås. Forutsetningene er at all informasjon er kjent for alle deltakerne, mener Hatch (2011, s. 303).

Rent praktisk og konkret er det spesielt tre nivåer som beskriver grensene for rasjonalitet, ifølge Flaa et al. (1995, s. 169): Det er *individet* selv som setter begrensninger for tilnærmelsen til «economic man» - modellen da faktorer som emosjoner, iherdighet, frustrasjonsnivå, selvstendighet og så videre, spiller inn. Individer bærer med seg egne verdier som preger deres syn på organisasjonen, som følelsen av legitimitet, aksept og lojalitet for eksempel. Utdanning og ferdigheter er med å forme individet i tillegg til de mer ubevisste faktorene. *Omgivelsene* påvirker individet som en begrensende faktor siden organisasjonen selv definerer sine ønsker og mål, noe individet må ta i betraktning når det foretar beslutninger. *Organisasjonsstrukturen* preger individets muligheter for beslutninger i form av regler, instruksjoner, konsekvenser og mulighet for å utøve skjønn. Organisasjoner har sine kommunikasjonssystemer som avgjør hvem som

snakker med hvem eller hvem som ikke inkluderes i de enkelte beslutningene. Organisasjonens struktur påvirker dermed individets muligheter til å foreta beslutninger (Flaa et al., 1995, s. 169). Her er en beskrivelse jeg synes forklarer dette godt: «Begrenset rasjonalitet er for problemløsning det fokusering er for synet, nemlig en forutsetning og ikke et beklagelig hinder for at en skal kunne se andre ting samtidig» (Flaa et al., 1995, s. 172).

Beslutningsprosesser kan forløpe seg ulikt, men én måte å presentere en beslutning på i en rasjonell tankegang, kan ifølge Flaa et al. (1995, s. 173) være:

1. Hva er problemet? Når lederne definerer problemet, velger de også hvilke tiltak som skal iverksettes for å løse det.
2. Hvilke løsninger finnes? Lederne ser på alternative tiltak og foretar valg. Her er det essensielt å initiere et samarbeid mellom ulike aktører.
3. Hva er de ulike alternativenes konsekvenser? Dette kan være en tidkrevende prosess. Aktørenes utdannelser, erfaringer og organisasjonsmessige plassering preger denne delen av prosessen.
4. Valg av alternativer ut fra en preferanseskala. Her trekkes veksler på erfaringer og tidligere lignende situasjoner. Læring er essensielt her. Lederne tar en beslutning og formulerer mål. Om de ikke tar en beslutning om å iverksette noen av alternativene de finner, er det i seg selv en beslutning.
5. Iverksetting og evaluering. Når et tiltak er besluttet, skal det settes ut i livet. Ved å evaluere tiltakets effekter, skapes læring. Uten å kontrollere om tiltak hadde forventet effekt, bryter man læringssirkelen. Både i privat og offentlig sektor er det dessverre mange tiltak som ikke evalueres (Flaa et al., 1995, s. 176). En slik inndeling av en beslutningsprosess i fem stadier vil gjøre det mulig å analysere en beslutningsprosess, men er ikke en fasit for hvordan beslutninger foretas (Flaa et al., 1995, s. 173).

De rasjonelle beslutningsmodellene legger vekt på korrekt informasjonsinnsamling og analyse av data og en prosess som fører til at beslutninger er «gode nok». Modellene er «satt på spissen» for å vise ytterpunktene og forekommer ikke i ren form. Flaa et al. (1995, s. 177) skiller mellom to hovedtyper av rasjonelle beslutningsmodeller: konsekvensorienterte og regelorienterte.

Konsekvensorientert beslutningsmodell innebærer som nevnt «economic man» (perfekt rasjonalitet) og «administrative man» (begrenset rasjonalitet). Ved perfekt

rasjonalitet har beslutningstakerne full oversikt over handlingsalternativer og deres konsekvenser. Målene er klare og stabile. Det er ikke noe problem å iverksette eller evaluere tiltak. Her ser man på individene som fullt ut i stand til å finne løsninger på sine problemer, helt optimalt. Ved begrenset rasjonalitet har beslutningstakerne ikke full oversikt og har mange handlingsrom. Prosessen preges av individets tid, energi og forutsetninger. Erfaringer og utdanning hos individene preger hvordan de foretar valg. Iverksettings- og evalueringsfasen problematiseres i svært liten grad (Flaa et al., 1995). Organisasjoner kan nøle med å investere i opplæring da kostnadene ved opplæring kommer umiddelbart. Manglende kunnskaper og ferdigheter hos ansatte kan gå utover organisasjonen på mange vis (Bolman & Deal, 2014). Organisasjoner som vil utvikles har blikket rettet mot omgivelsene og er dynamiske med tanke på å tilpasse seg. Det krever at deltakerne får god opplæring og kursing innenfor sitt fagfelt, de får delta i samarbeidsprosjekter eller hospitere hos andre organisasjoner (Jacobsen, 2018). I denne studien er jeg på søken etter hvem som er involvert i en prosess med innføring av EMD og hvilke kompetansehevende tiltak deltakerne har fått. Jeg undersøker om kommunene hadde kompetansen innad i organisasjonen før innføringen eller om de måtte hente inn ekstern kompetanse.

Den andre modellen kaller Flaa et al. (1995) *den regelorienterte modellen*. Hvis beslutningstakerne benytter denne modellen skal konsekvensene være kalkulte på forhånd av de som lager reglene. Beslutningens konsekvenser har liten betydning. Målene tiltakene skal føre til er innbakt i reglene. Hvis beslutningstakeren følger reglene, vil han aldri kritiseres for konsekvensene av beslutningene (Flaa et al., 1995). NAV er gjerne bygget opp etter den regelorienterte modellen ved at det ligger tydelige kriterier til grunn for hva slags hjelp du får om kriteriene er oppfylt. Kritikken mot denne modellen er at for sterk regelorientering over tid gjør at deltakerne er mer opptatt av å følge reglene enn å løse problemene. Løpende tilpasning slik som endring når omgivelsene endres, blir vanskelig ved utstrakt bruk av rutiner og regler. Å få en *dynamisk effekt* i slike organisasjoner er vanskelig da blikket ofte er vendt innover, fremfor å se utover organisasjonen og på hvordan eksterne krav fra samfunnet krever endringer (Jacobsen, (2018)). Jeg gjør meg noen tanker om at NAV styrer oftere etter en

regelorientert modell enn hva helsevesenet gjør. Samtidig er det vedtak som styrer helsetjenestene og de inneholder rigide former og krav.

2.2.2 Fra rasjonelle beslutningsmodeller til Søppelbøttemodellen

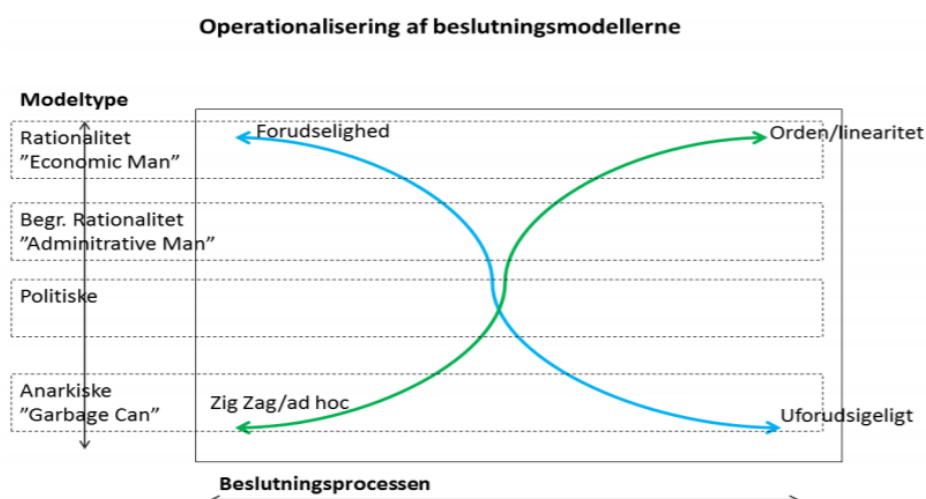
Hatch (2011, s. 305) presenterer fire beslutningsmodeller. Ved den første beslutningsmodellen, *den rasjonelle beslutningsmodellen*, har de involverte enighet om mål og enighet om metoder (Hatch, 2011). Noen ganger kan beslutningsprosesser ta form ved uenighet om målet eller problemene som skal løses, men man forsøker å styre prosessen gjennom for eksempel politiske prosesser, den andre modellen. Der er grupper enige om å ikke vektlegge problemløsningsinformasjon, men alternativer gruppene felles imøtekommer. Dette kalles *koalisjonsmodellen* ifølge Hatch (2011, s. 305). Det var hensiktsmessig å finne ut hvordan kommunene i denne studien har forankret innføringen av EMD og i hvilken grad politikerne, som sitter med makten til å fordele økonomiske ressurser til en slik innføring, var involvert.

En tredje modell som kan benyttes til å belyse beslutningsprosesser på, forklarer prosesser som foregår gjennom *prøving og feiling* (Hatch, 2011). Her er de involverte enige om mål og hvilke problemer som bør løses, men de er uenige om metodene. Årsakene kan være at beslutningstakerne har for lite informasjon og de må gå trinnvis og rolig frem før de finner en fullstendig handlingsplan. For eksempel på grunn av begrenset rasjonalitet må beslutningstakerne noen ganger nøye seg med å finne nok informasjon til å gjøre begrensede valg blant få alternativer, ofte som en forlengelse av den seneste beslutningen innenfor samme område (Hatch, 2011, s. 305). Jeg tenker at dette henger sammen med kunnskap og kompetanse deltakerne har på området fra før og vil kunne prege hvordan lederne går frem når de skal starte opp nye tiltak, som ved innføring av EMD.

En fjerde modell som beskriver beslutningsprosesser, kalles ifølge Hatch (2011) *Søppelbøttemodellen*. Når ingen er enige om målene eller hva som er problemet og ingen er enige om måter å gå frem på, står deltaker igjen med usikkerhet og flertydighet. Modellen passer der omgivelser og teknologi er uklare, og nøkkelaktører går ut og inn av beslutningsprosessen fordi andre aktiviteter krever deres tid og oppmerksomhet. Det er ikke alltid de involverte har et definert problem de vet de skal løse, men i mylderet av deltakere, problemer og muligheter

som rører seg rundt i søppelbøtta, lager beslutningstakerne løsninger på problemer de ikke visste de hadde (Hatch, 2011, s. 306). March (1994) sine beskrivelser av universiteter er som et slags organisert anarki på grunn av at deres beslutningsprosesser fremstår kaotiske. Alt avhenger av mennesker og begivenheter som vilkårlig strømmer rundt i organisasjonen og problemer løses ved at man vilkårlig finner en løsning på grunn av vilkårlige ansatte som akkurat på det tidspunktet kommer vilkårlig inn i organisasjonen. Noen ganger foretar de involverte til og med valg hvor de lanserer løsninger, uten at det eksisterer et problem (March, 1994, s. 201). Jeg spurte i denne studien etter konkret informasjon fra lederne om mål og hensikt med prosessen, fordi jeg tenkte at svaret på det ville kunne forklare flere fremgangsmåter de valgte da de innførte EMD.

For å bidra til en visualisering av Hatch (2011) sine modeller, benytter jeg en modell av Gustafsson (2012, s. 31) da han presenterte de samme modellene som jeg har benyttet som teoretisk ramme i denne studien. Gustafsson (2012) har gjort en studie ved DANIOLOG hvor han så på hvordan LEAN ble implementert og han hadde et særlig fokus på hvordan beslutningsprosesser i den forbindelse ble gjennomført. Gjennom sin analyse laget han en modell som skulle være et utgangspunkt for en målestokk for hvilke nivåer beslutningene ved implementeringen av LEAN lå på:



Figur 2.1: En operasjonisering av beslutningsmodeller (Gustafsson, 2012, s. 31)

Han benyttet teorier fra rasjonelle beslutningsmodeller, til politiske- og anarkiske modeller som sees til venstre i modellen. Den grønne linjen viser LEAN-tiltakets ønskede forløp og den blå linjen viser hvordan beslutninger kan foregå i en organisasjon underveis i implementeringen. Gustafsson (2012) undersøkte hvordan beslutningsprosesser påvirket LEAN-implementering i Forsvaret og han konkluderte med at selve beslutningsprosessen kan være årsak til at tiltaket ikke nådde sin intensjon for DANILOG. I drøftingskapittelet presenterer jeg en egenredigert figur over beslutningsmåtene (figur 5.1 s. 85) med bakgrunn fra min studie. Jeg tenker at å plassere beslutninger som er foretatt ved innføring av EMD i denne modellen vil gjøre det enklere for leseren å visualisere det landskapet beslutningene kan ha foregått i. Som jeg beskrev tidligere i dette kapittelet beveger beslutningstakere seg imellom flere beslutningsmodeller når de foretar beslutninger de foretar for å løse utfordringer. Den samme dynamikken sees i Gustafssons (2012) modell ved at det er piler i hver ende av linjene.

2.3 Arbeidsprosessens nødvendige elementer

Frem til nå i teorikapitlet har jeg berørt flere aspekter jeg mener det er relevant å ha innsikt i for å besvare min problemstilling. Disse er blant annet forankring, mål, involvering, beslutningsformer og ressurser som tid og kompetanse. Videre vil jeg belyse en prosess. Innføring av EMD vil bety en endring i tjenestene i forhold til hvordan tjenestene har blitt gitt tidligere. Endring innebærer en form for bevegelse, ifølge Jacobsen (2018). Organisasjoner har én stabil tilstand og beveger seg mot en annen relativt stabil tilstand. Flere handlinger og hendelser bringer organisasjonen fra den ene tilstanden, mot den andre. En endring kan betraktes som en *prosess*. Tid blir dermed et sentralt element når vi ser på endring som en prosess, mener Jacobsen (2018). En prosess inkluderer et tidsperspektiv, men den må også sees i hvilken kontekst den foregår. En situasjon eller sammenheng er ikke lik for ulike organisasjoner, de har forskjellige kontekster som påvirker prosessen (Jacobsen, 2018, s. 21).

Moland (2015) beskriver at en modell for endring inneholder seks elementer som kan beskrive hvorvidt valgte arbeidsprosesser var nyttige eller ikke. Skinnarland & Moland (2017) har benyttet modellen for å beskrive et forskningsprosjekt om samhandling og produksjonsflyt i en logistikkorganisasjon. Modellens seks

elementer består av behov og hensikt (1), klare mål og informasjon (2), forankring (3), samarbeid og medvirkning (4), ressurser (5) og til slutt oppfølging (6). Denne modellen la jeg til grunn når jeg laget intervjuguiden, som et slags kart for prosessen jeg ville undersøke i kommunene.

1. For å definere hensikten med et prosjekt, definere gode mål og sikre oppslutning rundt tiltak, er formulering av *behovet og hensikten* med prosjektet viktig, ifølge Moland (2015). Hvis prosjekter skal lykkes, bør målene være forståelige og målbare og deltakerne bør ha fått god informasjon om hensikten for å forstå hvilken vei prosjektet fører. Formulering av hensikt er det som beskriver de mulige gevinstrealiseringene. Hvis hensikten er god, vil det øke sjansene for at et prosjekt videreføres selv om ikke målene nås (Moland, 2015, s. 21, 36). Jeg ønsker å undersøke hva lederne beskriver er hensikten med prosessen med innføring av EMD. Hensikten kan være, som Helsedirektoratet (2015) viser til, at implementering av EMD i pasienters hjem vil redusere antall besøk fra hjemmesykepleien. Dette gir hjemmesykepleien anledning til å omdisponere tiden og oppgavene sine og øker kvaliteten på medikamenthåndteringen og gir pasientene muligheten til et mer aktivt liv tilpasset deres ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2017).

2. De tiltak som skal prøves ut i et prosjekt gjenspeiles i *målene*. Målene må være klare og tydelig slik at det blir det enklere å gi god *informasjon* om dem, beskriver (Moland, 2015). Målene kan være både langsiktige og kortsiktige, men bør være konkrete og overordnede for å forhindre at prosjekter drar ut i tid unødvendig (Moland, 2015). Målene kan være både effektmål (gevinstrealisering), resultatmål (hva hvert enkelt tiltak skal føre til) og tiltaksmål (hva er hvert enkelt tiltak) (Skinnarland & Moland, 2017).

I denne studien er det to måter å se på mål på. Den ene er mål for selve prosessen med innføring av EMD. Jeg oppfatter at det er mål på dette nivået Moland (2015) beskriver. Han beskriver at organisasjonen bør ha mål for en prosess som det er viktig at deltakerne i prosjektet forstår og kan måle. Den andre måten å forstå mål på, er mer overordnet, som for eksempel Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019) presenterer i sin overordnede strategi: «Én digital offentlig sektor» som er en oppfølging av Meld. St. 27 «Digital agenda for Norge». Her presenterer departementet hensikten med mål på et overordnet nivå

som skal gjøre det mulig å gjennomføre digital transformasjon, ved at virksomheter endrer de grunnleggende måtene å løse oppgaver på ved hjelp av teknologi. En slik endring kommer ikke av teknologien i seg selv, men ved at kommunene tenker endringsledelse, kompetanseledelse og organisasjonsutvikling blant annet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Strategien snakker om mål om smartere oppgaveløsning i offentlig sektor, brukerinvolvering og effektivisering. Her dreier det seg om mål for prosessen, men også mål for deltakerne i prosessen og oppgavene prosessen fører til.

3. God *forankring* kan sees i prosjektplaner som det er oppslutning om både i toppledelsen og hos ansatte som skal utføre prosjekter, ifølge Moland (2015). Forankring er en ramme som sikrer positiv opposisjon og forebygger negativ opposisjon. Forankring i en prosjektplan som involverer de ansatte kan gi mulighet for deltakelse og god informasjon, slik at de ansatte kan se hvordan hverdagen kan bli endret gjennom nye arbeidsoppgaver et prosjekt kan føre til. Moland (2015) beskriver at involvering av ansatte når prosjekter igangsettes er avgjørende for om prosjekter lykkes, hvis prosjektet kan ha stor innvirkning på ansattes arbeidstid og arbeidsinnhold. Tillitsvalgte er gjerne lokale pådrivere på sitt arbeidssted og kan være en god ressurs om de inkluderes tidlig i prosjektfasen. Hvis en forankring er dårlig, kan det strande et prosjekt (Moland, 2015, s. 22). Dårlig forankring vil kunne påvirke de fem andre elementene (Skinnarland & Moland, 2017). For å lykkes med innføringen av EMD må målsettingene og endringsprosessen forankres i hele organisasjonen, både politisk og administrativt, hos ledelsen og IKT - ansvarlige, samt hos den enkelte ansatte. Ifølge Helsedirektoratet (2017) kan man oppnå god forankring ved å gi god opplæring, sørge for at ansatte føler eierskap, får nok informasjon og det bør settes av tilstrekkelige ressurser.

Der pasienter og pårørende inkluderes i innføringsprosessen kan lederne klare å danne seg et helhetlig bilde av både tjenestemottakernes behov og tjenesteyternes behov (Helsedirektoratet, 2015). Slik kan lederne finne et utgangspunkt, noe som gir en stor mulighet til å utforme gode mål og gevinster de ønsker oppnådd ved en endring av tjenestetilbudet. En fremdriftsplan eller gevinstrealiseringsplan kan inneholde hvilke tiltak som er aktuelle for å nå de fastsatte målene og samt deltakernes grad av involvering og ansvar. Gevinstrealiseringsplanen kan være et

godt utgangspunkt for å forankre arbeidet hos ansvarlige ledere og hele linjen, samt gjøre det mulig med kontinuerlig oppfølging (Helsedirektoratet, 2015, s. 10).

4. For å oppnå godt *samarbeid og involvering* er det grunnleggende at aktørene har oppslutning om målene, beskriver Moland (2015). Dette kan sees på som gode krefter for å skape oppslutning om tiltak og forløpet for å nå målene. Prosjekter som gis en høy grad av lokal styring og nok virkemidler skaper en grobunn for godt samarbeid (Skinnarland & Moland, 2017). Hvem som involveres og hvor tidlig, kan påvirke engasjementet og grad av involvering. Stadige forbedringstiltak, enten de kommer fra myndighetene eller organisasjonens toppledelse, baserer seg på et perspektiv på organisasjoner hvor bestemmelser kommer ovenfra og ned. Ved å se på viktigheten av samarbeid og involvering i prosjekter, brytes det litt med det perspektivet. Det kan være strategisk ledelse å se nytten av samarbeid med alle ledd i organisasjonen og kunne bidra til å gjøre den mer rasjonell (Moland, 2015). For vellykket prosjektutvikling kan et samarbeid med lokale aktører være gunstig om de inkluderes i målutforming og tiltak (Skinnarland & Moland, 2017).

Det finnes argumenter både for og imot store organisasjoners evne til å få alle deltakerne til å trekke i samme retning. Jacobsen (2018) mener at på den ene siden kan mange hierarkiske lag og forskjellige rutiner, bety mange perspektiver og subkulturer. Det kan få organisasjonen til å fremstå som et meget tungt lokomotiv som det tar tid å få i gang. På den andre siden har store organisasjoner mange ressurser, som kan gjøre det lettere å få til en endring slik at størrelsen blir en fordel (Jacobsen, 2018). Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019, s. 9) skriver at samordning og samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer kan være avgjørende for at kommunene skal kunne ta ut gevinster ved innføring av ny teknologi. Involvering av brukerne styrker mulighet for gevinstrealisering ved innføringsprosjekter.

5. Moland (2015) påpeker betydningen av nok *ressurser* i endringsprosjekter. Rett *kompetanse, nok tid og økonomiske ressurser* er elementer som er med å avgjøre om en utviklingsprosess går bra eller dårlig. Når ledelsen ønsker å iverksette endringsprosesser, er det behov for å tilrettelegge for at deltakerne har nok kompetanse til å utføre tiltak. Ikke bare faglig kompetanse til å utføre selve tiltaket, men også endringskompetanse er viktig for å klare å gjennomføre flere

ledd en endringsprosess kan inneholde, ifølge Moland (2015). I tillegg til god kompetanse bør organisasjonen finne såkalte ildsjeler til å lede prosjektet. Dette er en menneskelig ressurs som har en interesse for tiltaket i spesielt innovasjonsprosjekter og en egen stå-på-vilje. Ildsjelene bør gis nok tid og støtte til å utføre endringsprosessen (Moland, 2015). Forankring og involvering kan ta tid og det kan være gunstig med en god tidsplan (Skinnarland & Moland, 2017). Det er viktig med gode, økonomiske ressurser da en del tiltak krever penger eller avlønning av prosjektstillinger. Det kan være belastende for ordinær drift om man ikke har satt av nok økonomiske ressurser og tiltak kommer parallelt med de ordinære tiltakene (Moland, 2015).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019, s. 21) viser til utfordringer ved at det mangler en metodikk for samarbeid på tvers av sektorer, og det er en særlig mangel på metode for å organisere og styre prosjekter i offentlige virksomheter. Det er behov for økt kompetanse hos ansatte til å se sammenhenger mellom jus og teknologi og regelverk og rammer for blant annet lagring av data. Det er behov for en arena for erfaringsutveksling i offentlig sektor. Det er derfor ikke bare ressurser til opplæring i det elektroniske hjelpemidlet sektoren mangler, ifølge departementet, men også ressurser for å forstå og å nyttiggjøre seg mulighetene på et mer overordnet plan. Myndighetene viser til at de vet at kommunene ikke har gode nok metoder for samarbeid og organisering av prosjekter (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019).

6. Et element er god nok oppfølging fra toppledelsen, påpeker Moland (2015) som sitt siste trinn. *Oppfølging* handler om forankring. Som regel først på toppledernivå og eventuelt hos politikere, deretter gjennom involvering og inspirasjon av ledere på lavere nivåer (Moland, 2015). Topplederes engasjement kan virke strukturerende og inspirerende på deltakerne og det igjen kan øke mulighetene for videreføring av prosjektet. Hvis ledelsen ikke gir nok støtte og oppfølging kan prosjekter trekke ut i tid og falle sammen (Moland, 2015).

Kartlegging og evaluering er nyttige verktøy som inkluderer vurderinger og erfaringer fra *både* ledere og ansatte. Det kan være en styrke for prosjektet om lederne lytter til de ansatte. Det å fange opp tidlig om ansatte har oppslutning om, forståelse for og nok informasjon om tiltaket gir god læring og mulighet for

justeringer underveis (Moland, 2015). Spredning av informasjon og læring for organisasjonen springer ut av god oppfølging (Skinnarland & Moland, 2017).

Gevinstrealisering er utfordrende og krever kontinuerlig oppfølging gjennom hele prosessen. Når digital transformasjon inneholder innovasjonsmetoder man ikke helt kjenner i starten, og det jaktes gevinster underveis, blir gevinstrealisering vanskelig. Det er derfor også behov for å styrke kompetansen rundt gevinstrealisering knyttet til digital transformasjon og innovasjon (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019, s. 40).

De seks prosesselementene til Moland (2015) er dynamiske og påvirker hverandre. En endringsprosess kan først ha god forankring og tydelige mål definert ut ifra hensikt og behov, mens lederne fortløpende gir nødvendig informasjon gjennom samarbeid og involvering. Ressurser forutsetter god forankring og god oppfølging sikrer måloppnåelse. Prosesselementene i modellen baserer seg på funn fra forskning på mange forskjellige sektorer og bransjer og elementene, om de følges, kan bidra til en vellykket prosess eller til å kunne beskrive hva som kan være årsakene til at tiltak ikke når målene. Elementene trenger ikke nødvendigvis forekomme lineært (Skinnarland & Moland, 2017).

Noen ganger kan vellykkede endringer føre til færre endringer, nettopp fordi organisasjonen tenker at de ikke trenger flere siden de har hatt en endring. Behovet for endring kan avta. På samme måte kan en organisasjon øke endringsviljen hvis tidligere endringer har blitt mislykket fordi organisasjonen kan anse at den fortsatt har et behov for endring (Jacobsen, 2018, s. 97).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) beskriver fem prinsipper for å redusere risiko og sikre gevinster i digitaliseringsprosjekter. Man må starte med å definere behov, finne mål og ønskede effekter samt involvere brukerne i hele prosessen. Derneest bør målene være ambisiøse og det oppfordres til en helhetlig tankegang. I det tredje trinnet oppfordres det til godt samarbeid med eksterne. Trinn fire beskriver digitaliseringsprosjekter som en virksomhets- og forvaltningsutvikling. Dette påvirker arbeidsprosesser og organisering, noe som fordrer forståelse og forankring hos ledelsen. Riktig kompetanse er avgjørende. Det siste trinnet viser at man bør ta hensyn til brukernes tilbakemeldinger og

foreta nødvendige justeringer. Gevinster bør komme både underveis i prosjektet og i etterkant (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016).

Vanligvis skal teknologi velges etter behovet til brukerne, men i de første pilotprosjektene fra 2013 fikk kommunene tilgang til hjelpemidler og måtte i etterkant gå ut å finne brukere dette egnet seg for. Helsedirektoratet (2015) skriver at det er viktig at kommunene forut for innføring av EMD vurderer tjenestemottakernes behov, forutsetninger og motivasjon slik at de kan finne brukere som er godt egnet til å mestre teknologien. Pårørende, fastlege og øvrige hjelpeinstanser bør involveres for å samarbeide om innføringen av EMD. Hvis kommunene unngår dette, kan de ende opp med å gi hjelpemidlet til en pasient som ikke er motivert eller eigner seg og vil kunne ønske å returnere maskinen (Helsedirektoratet, 2015).

2.4 Superbrukeres og mellomlederes roller

Superbrukere er gjerne sykepleiere som har fått ekstra opplæring og ansvar for innføringen av EMD for å videre gi sine kollegaer, pasienter og pårørende opplæring i bruken av maskinen. Sykepleiere har ofte mange arbeidsoppgaver fra før og det finnes erfaringer på at de har måttet bruke av sin private tid for å følge opp prosjektet ved innføring av EMD, skriver Bøthun et al. (2014, s. 19).

Sykepleiere har ofte ekstra oppgaver inne på avdelingen og det er ikke alltid enkelt å reise ut på kort varsel. Mange varsler og feilmeldinger kan komme til alle døgnets tider og da er det viktig å ha gitt mange ansatte opplæring og tilstrekkelig tid, spesielt ved oppstarten av en innføring (Bøthun et al., 2014, s. 19).

Evalueringer av prosjektkommuner viser at det tar ca. 2 uker å gi nok opplæring av bruken av EMD og få brukeren til å føle seg trygg, ifølge Helsedirektoratet (2017, s. 9).

Lederutvikling er en stor satsning og Helsedirektoratet (2017) skriver at myndighetene inviterte kommunene til å melde på sine ledere til et kompetanseløft. Nasjonalt velferdsteknologiprogram va et samarbeid med KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, som hadde som formål å hjelpe kommunene med å ta i bruk velferdsteknologi og 31 kommuner deltok i dette endringsprogrammet fra 2013. Hovedmålet var at velferdsteknologi skulle være en integrert del av tjenestene innen 2020. Kommuner som deltok har fått hjelp og

midler til kompetanseheving, opplæring, utprøving og implementering av EMD, men finansiering foregikk gjennom den generelle kommuneøkonomien og deres finansieringssystemer. Opplæring og kompetanseheving for ansatte, brukere og pårørende ble gitt både i forkant, men også parallelt med innføringen av ny teknologi. Fra 2015 kom Helsedirektoratet med en praktisk opplæringspakke til ansatte som heter «Velferdsteknologiens ABC» (Helsedirektoratet, 2017). Et perspektiv myndighetene presenterer er: «Regjeringen er opptatt av å styrke kommunenes innovasjonsevne og bidra til at nye løsninger utvikles, testes, dokumenteres og tas i bruk. Helse- og omsorgssektoren har de siste årene gått foran i kommunenes innovasjonsarbeid» (Helsedirektoratet, 2017, s. 49).

En lederutfordring, samt en utfordring for superbrukere i kommunal sektor, kan være organisatorisk fragmentering. Gode samarbeidsrutiner og god faglig forståelse kan skape av en struktur som legger til rette for felles faglig forståelse. Teknologi kan bidra til bedre kvalitet på tjenestene, men det fordrer et godt samarbeid mellom sektorene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 17). Ifølge Kommunal- og moderniseringsdirektoratet (2019, s. 48) handler økt kompetanse om mer enn bare på det enkelte teknologiske hjelpemidlets nivå, det handler også om å øke den digitale kompetanse til ansatte gjennom å utvikle arbeidsprosesser og en kultur som understøtter utvikling for hele organisasjonen. Det krever kompetanse på endring og omstilling så vel som digitale ferdigheter hos den enkelte (Kommunal- og moderniseringsdirektoratet, 2019, s. 48).

Mellomledere eller superbrukere kan sees på som *endringsagenter*, ifølge Jacobsen (2018, s. 47). Endringsagenten er selve drivkraften, en handlende aktør i endringsprosessen. En endringsagent kan ikke nødvendigvis forutse suksess ved en endringsprosess. Akkurat som en endringsagent kan påvirke prosessen i positiv retning hvis hun forstår endringens innhold og omfang, konteksten og selve prosessen, kan hun påvirke i negativ forstand om hun ikke klarer å skape en oppfatning og tilslutning til formålet. Endringsledelse dreier seg derfor om en viss styring av prosesser (Jacobsen, 2018, s. 141). Det vil være relevant å se nærmere på superbrukerens rolle i prosessen med innføring av EMD slik at jeg bedre kan få en forståelse av hvordan lederne involverte deltakerne og hvem som fikk ansvaret.

3.0 Metodevalg og fremgangsmåte

Frem til nå i avhandlingen har jeg presentert tema, gitt informasjon om bakgrunnen for valg av tema, avklart relevante begreper, presentert problemstilling og forskningsspørsmålene og teorien som er grunnlaget for intervjuguiden og analysen av mine funn. Her vil jeg beskrive metoden jeg har benyttet for å gjennomføre denne studien.

Av natur er jeg mest opptatt av å kvantifisere, men for å få nødvendig innsikt til denne studien hentes inspirasjon fra det fenomenologiske perspektivet da jeg var opptatt av hvordan respondentene opplevde fenomener i sin livsverden (Malterud, 2017). Jeg var ikke opptatt av å beskrive store fenomener, men inntok en mer pragmatisk holdning hvor jeg fokuserte på individers handlinger og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 70). Intersubjektivitet kan også kalles transparens og betyr at hele forskningsprosessen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring eller etterprøving (Malterud, 2017, s. 36). Mitt bidrag til intersubjektivitet var å sørge for at avhandlingen jeg presenterte var så transparent som mulig ved å begrunne fremgangsmåten og relevansen for problemstillingen, datainnsamlingen, analysen og drøftingen (Malterud, 2017, s. 38).

Min overordnede målsetning var å undersøke hvordan kommunale ledere beskriver prosessen som har ført til at de har innført et velferdsteknologisk hjelpemiddel. Jeg ønsket å få et innblikk i hvordan ledere opplevde og forholdt seg til en endring av rutiner. I denne studien så jeg på hva som påvirker gjennomføringen med å ta i bruk EMD og i hvilken grad ledere opplevde at de ble involvert, fikk informasjon, samarbeidet og fikk påvirke. Denne studien så på ansvarsfordeling kommunene la opp til for å ivareta oppgaver rundt innføring av velferdsteknologi som hvilken fremgangsmåte ved forankring, mål og hensikt prosessen hadde ved innføringen. Det fremkom hvilke ressurser lederne mente måtte være til stede i en slik innføringsprosess.

Ledernes beskrivelser og det velferdsteknologiske hjelpemidlet var uavhengige variabler. Jeg kunne valgt å se på prosessen fra pasientenes perspektiv eller de ansattes erfaringer med innføringen, eller jeg kunne valgt å se på digitalt tilsyn som verktøy eller GPS-sporing av pasienter. Den avhengige variabelen i min studie var *prosessen*. Jeg gikk inn med et så åpent sinn jeg klarte, for å studere

hvordan en prosess har forløpt seg i offentlig sektor. I denne studien valgte jeg altså å fokusere på ledernes beskrivelser av prosessen.

For å finne dette har jeg valgt å benytte meg av en kvalitativ metode; semistrukturerte intervjuer. Jeg så at jeg kunne benyttet meg av kvantitativ metode i form av spørreundersøkelse. Jeg kunne målt i hvilken grad lederne opplevde sin involvering. Jeg kunne ved avkryssing fått svar på hvilken kompetanse som var involvert. Undersøkelsen hadde gitt respondentene mulighet til å svare ja eller nei på om de hadde vært med i utforming av mål. En kvantitativ metode ville gjort det vanskeligere for meg å bli kjent med respondentenes faktiske opplevelser og erfaringer med prosessen. Forskningssituasjonen min ble ikke like standardisert ved å velge en kvalitativ metode, da intervju er designet for å være så åpent som mulig (Flick, 2015, s. 11, Kvale & Brinkmann, 2010, s. 49). Jeg ønsket ikke å samle data for å lage statistikk, jeg ønsket data som kunne gi meg mulighet til å tolke og fordype meg ved å samle ledernes beskrivelser av en prosess og finne essensen i hva de ønsket å åpent fortelle meg. I studiene jeg presenterte innledningsvis om pasientenes opplevelser og ansattes erfaringer med EMD fant jeg lite om ledernes perspektiver. En slik innføringsprosess kan være sammensatt og kompleks. Kvalitativ metode benyttes for å beskrive, analysere og fortolke fenomener og den er en styrke når den ser på menneskers erfaringer og samhandling, ifølge Malterud (2017, s. 32). Jeg ønsket å være åpen for mangfoldet av erfaringer på et felt der kunnskapsgrunnlaget fortsatt var tynt og problemstillingen fortsatt var ny på dagsordenen.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning søker å gå i dybden hos individer for å forstå og tolke hvordan deres perspektiv på noe er. Men det er ikke bare å se på individers perspektiver, jeg må også se på systemet de er en del av, som for eksempel en kommune som arbeidsgiver (Patton, 2015, s. 8). Individene i studien var styrt av sin arbeidsgiver, kommunen, som igjen var styrt av myndighetene. Kvalitativ metode er å systematisk samle datamateriale om perspektiver på noe som skjer innad i et system, en organisasjon, og hvordan det som skjer har innvirkning på de involverte. Resultatene kan sees som innsikt i systemets historie (Patton, 2015, s. 13). Patton (2015) beskriver: «The modern world is highly goal oriented. But

things seldom go as planned. Much of what was intended never occurs, and things that are never intended, and never imagined, do occur» (Patton, 2015, s. 13).

Patton (2015) sier at den moderne verden er målorientert. Han mener ting sjelden går som planlagt og at noe av det som var planlagt ikke skjer, men at uforutsette hendelser oppstår. For å skape rom for å få innsikt i uplanlagte hendelser vurderte jeg det som hensiktsmessig å velge kvalitativ metode. Teorien jeg presenterte er å anse som et «rammeverk» jeg benyttet meg av som struktur for å forstå feltet jeg ville undersøke og for å støtte meg i beskrivelser av datamaterialet (Merriam & Tisdell, 2016, s. 88).

3.2 Metode: semistrukturert intervju

Ved å velge metoden semistrukturerte intervjuer gav det meg muligheten til å undersøke åpent, men delvis styrt hva informantene ville fortelle meg om gitte temaer. Jeg trengte ikke holde meg til spørsmålsrekkefølgen og kunne endre spørsmålene hvis behovet oppstod (Merriam & Tisdell, 2016, s. 110).

Forskningsintervju bygger på de daglige samtaler i livet, men fungerer som en profesjonell samtale hvor målet er å se verden fra intervjupersonenes side og produsere kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 48). Med semistrukturerte intervjuer kunne jeg forberede en del spørsmål i en intervjuguide på forhånd (Flick, 2015, s. 140). Direkte sitater og beskrivelser er en kilde som kan kalles «rådata» og er et rammeverk for informantene til å systematisere sine erfaringer (Patton, 2015, s. 26). Hvis intervjuene varer for lenge kan det gjøre begge parter slitne og ufokuserte (Kvale & Brinkmann, 2010). Dette tok jeg med i betraktning og hadde som mål å holde intervjuene under én time. Snittet ble på 45 minutter per intervju.

3.3 Fremgangsmåte ved bruk av metode

Jeg startet med å gå frem på en noe deduktiv måte i det jeg søkte teori om organisasjonsstrukturer, prosessendringer og innføring av EMD. Jeg vurderte det som hensiktsmessig for å vite hva det var relevant at jeg spurte informantene om. Utover det, var prosessen min hovedsakelig induktiv. Jeg forsøkte ikke å deduktivt teste hypoteser teorien presenterer. Jeg hadde til hensikt å se verden fra ledernes perspektiv og intervjuet derfor flere ledere, fra flere nivåer, og flere

kommuner. Min egen tid som ressurs var med å sette begrensninger på hvor mange jeg kunne intervju.

3.3.1 Intervjuguide og utvalg

Da jeg hadde satt meg inn i relevant teori som rammeverk for min studie, sammenfattet jeg relevante spørsmål i en intervjuguide (se vedlegg i kap. 8.1). Denne ble så sendt til Norsk Senter for Dataforskning, NSD, for godkjenning på sensommeren 2020 og godkjent 9.9.20 (se vedlegg kap. 8.4).

Utvalget mitt bestod utelukkende av ledere da det var deres perspektiver jeg ønsket å studere. Malterud (2017, s. 58) beskriver at utvalget skal bestå av de som best mulig kan belyse problemstillingen. Høy informasjonsstyrke kan gi et rikt datamateriale med fire til syv deltakere, men metning i kvalitativ metode kan uansett være vanskelig å oppnå da det er mange faktorer som spiller inn før man med sikkerhet kan fastslå at flere deltakere ikke skaper ny informasjon (Malterud, 2017, s. 64-65). Alder og kjønn fant jeg ikke relevant særlig grad i mine utvalgskriterier, men jeg anså det som viktig at det var flere ledere fra flere nivåer innenfor hver kommune, for å belyse mer enn kun ett ledernivå og for å få variert informasjon fra flere ledernivåer. Jeg tenkte at å se det kun fra avdelingsledernivå for eksempel, ikke ville være dekkende for ledernes perspektiver generelt.

Malterud (2017, s. 63) påpeker at antallet informanter bestemmes av graden av informasjonsstyrken i utvalget. Et strategisk utvalg med informanter som besitter mye kunnskap om problemstillingen og et relevant teorigrunnlag gjorde at jeg trengte færre informanter. Det var kombinert med dette viktig at jeg fokuserte på å skape rom for gode samtaleutvekslinger og hadde en langsgående analysestrategi (Malterud, 2017, s. 63). Jeg søkte på forskjellige kommuners hjemmeside om jeg kunne finne informasjon om deres helsetjeneste benyttet EMD. Jeg fant mailadresser til kommunenes øverste leder, ofte kalt rådmann og mailadresser til øverste ledere for helsesektoren. Jeg sendte ut en invitasjonsmail til disse hvor jeg la ved informasjonsskriv og samtykkeskjema (se vedlegg i kapittel 8.2 og 8.3). Her står det at jeg søker et utvalg innenfor en kommune fra det øverste ledernivået og til avdelingsledernivå.

Jeg sendte ut 219 epost til ulike kommuner spredt over landet. Innen én uke hadde jeg fått 15 positive svar. Jeg valgte ut to kommuner hvor jeg kunne få mulighet til

å intervju tre ledernivåer. Begge kommunene var små og lokalisert på Østlandet. I hver kommune hadde informantene rollene som kommunalsjef helse (øverste leder), enhetsledere helse (nivået under kommunalsjef, noen steder kalt etatsleder) og en avdelingsleder. Vi utvekslet epost om passende tidspunkter og deltakerne signerte og mailet meg samtykkeskjemaet tilbake.

Utvalget bestod av seks kvinner i alderen 20-67 år. Det var gledelig å raskt få så mange positive svar på deltakelse. Det var tydelig at folk som har hatt en vellykket innføring av EMD ville dele sine erfaringer. Da jeg hadde nok informanter i forhold til hva jeg hadde av tid som ressurs og anså som tilstrekkelig i første omgang for å besvare problemstillingen, sendte jeg ut takkemail til alle som svarte at de ønsket å delta og skrev at jeg kanskje kom tilbake til dem ved behov.

Én kommune ble representert ved en superbruker som hadde gått over til å lede prosjekter med velferdsteknologi som koordinator og jeg valgte å kalle denne informanten avdelingsleder, da hun var leder for innføringen på avdelingsnivå. Denne kommunen hadde ikke tilgjengelig en avdelingsleder for en slik studie og kommunalsjefen anså henne som den mest relevante informanten på det samme nivået som en avdelingsleder ville vært. Jeg må innrømme at jeg på forhånd ikke hadde tenkt på hvordan kommuner ofte strukturerer seg rundt såkalte «superbrukere» som får en type lederrolle ved slike prosjekter. Det skulle vise seg at denne rollen ble en vesentlig del av denne studien. Noen het etatsleder på samme nivå som andre het kommunalsjef, noen enhetsleder på samme nivå som andre heter avdelingsledere. Ledertitler var ikke et enkelt landskap å orientere seg i, erfarte jeg.

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført på Teams med lydopptaker ved siden av. Det ble ikke gjort videoopptak. Informantene samtykket til lydopptak i det nevnte vedlegget for samtykke. Intervjuene tok fra 30 minutter til 50 minutter. Jeg innledet intervjuene med å forklare deltakerne litt om studien min og hva slags formål den hadde. For å ufarliggjøre intervjusituasjonen, slik at de skulle føle seg mer avslappet, innledet jeg med litt småprat rundt Covid 19-pandemien og hvordan vi alle var blitt raskt vant til digitale møteplattformer. Jeg så opprinnelig

frem til å intervju lederen ansikt til ansikt og å besøke de forskjellige kommunene, men det var ikke aktuelt slik situasjonen i Norge var under en pågående pandemi. Høsten 2020 var alle informantene vant til å benytte Teams, så det fremstod ikke som noe som skulle gjøre situasjonen utfordrende. Underveis gjorde jeg meg noen notater. Noen intervjuer tok lengre tid enn andre, men da fikk jeg også fulgt intervjuguiden mer nøye. Under to av intervjuene var informantene mer pratesalig og jeg måtte selv holde styr på hva de faktisk snakket seg igjennom, da de gav meg svar på mange av spørsmålene uten at jeg hadde stilt dem. Jeg erfarte i etterkant at det var vanskeligere å transkribere intervjuene hvor informantene snakket mer fritt, enn når de tillot meg å følge intervjuguiden. Jeg fikk data ut av begge deler. Informantene fremsto som villige til å fortelle, samtidig som noen uttrykket beklagelse for at de følte de ikke kanskje var godt nok forberedt, trygget jeg dem på at det heller var ønskelig. Jeg forklarte at alle erfaringer og synspunkter var like relevante, uavhengig av hvor mye erfaring de tenkte de hadde innenfor temaet. Det at informantene ikke hadde noe å svare på alle spørsmålene anså jeg som viktig i seg selv.

3.3.3 Transkribering

Ved å transkribere intervjuene, strukturerte jeg innsamlet data slik at den egner seg bedre for analysering (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 188). Jeg valgte å transkribere intervjuene selv for å få en god gjennomgang og repetisjon av hva vi hadde snakket om. På grunn av dialekt og anonymisering, var transkriberingen utfordrende noen ganger, men ikke mer enn at jeg følte jeg mestret det. Forskjeller mellom talespråk og skriftspråk kan gjøre det utfordrende å transkribere da det er mange vurderinger og beslutninger som må tas underveis (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 188). Ved at virkeligheten blir presentert muntlig, deretter nedskrevet, presenteres en ny bestemt virkelighet (Malterud, 2017, s. 75). Dette hadde jeg stor respekt for og var bevisst på gjennom transkriberingen. Jeg så det som en stor fordel å transkribere selv, selv om det innebar betydelig merarbeid, for jeg følte i etterkant at jeg kom nærmere informantene og fikk god innsikt i datamaterialet. Én times intervju vil kunne utgjøre 20-25 maskinskrevne sider, avhengig av hvordan man velger å forme eller kode teksten (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 189). Jeg fikk et snitt på ti sider per intervju. Jeg valgte å transkribere så snart jeg hadde mulighet etter at intervjuene var gjennomført.

Å vite hva som skjer med teksten etter hvert som den fortelles og bearbeides, er en viktig forutsetning for å kunne bedømme pålitelighet og gyldighet av materialet under analysen. Det er en av mange gode grunner til at forskeren selv bør stå for transkripsjon... (Malterud, 2017, s. 75).

Malteruds utsagn inspirerte og motiverte meg til å gjøre dette arbeidet selv. De to første intervjuene skrev jeg ned alt jeg hørte på lydopptakene, også om informanten sa «eh», men det unnlot jeg i transkribering av de neste intervjuene. Jeg konkluderte raskt med at det ikke var viktig for analysen. Derimot skrev jeg ned om informanten måtte tenke lenge før hun kunne svare da jeg antok at det i seg selv kunne komme til å ha relevans. Det var ikke selve samtalene lingvistisk jeg ønsket å studere, men innholdet i samtalene og da kan altfor rigide prosedyrer under transkribering svekke relevansen (Malterud, 2017, s. 79).

Transkriberingsfasen var en sammenfatning av funnene for å bearbeide materialet som tilrettelegging for analyse (Malterud, 2017, s. 69). At materialet er sammenfattet til tekst på en forståelig måte er en forutsetning for kvalitativ analyse (Malterud, 2017, s. 77). I skriftlig form kalte jeg informantene tall fra 1 til 6 for å bevare anonymiteten og personvern hensyn i det lagrede materialet jeg produserte.

3.3.4 Analyse

Da jeg analyserte, organiserte jeg systematisk datamaterialet fra transkriberingen gjennom grupperinger av funnene. Dette var ikke en lineær prosess, men materialet måtte arbeides med dynamisk inntil kategoriene fremstod så tydelig som mulig (Malterud, 2017, s. 55). «Tolkningsprosessen i analysen innebærer at vi bruker systematiske prosedyrer for å lese menneskelig mening inn i de fenomenene som omgir oss. Forskerens vei gjennom dette terrenget er ikke sporløs» (Malterud, 2017, s. 75). Analyseprosessen min var dynamisk og førte til at jeg justerte problemstillingen min noe. I samtalene med informantene ble spørsmålene noen ganger tilpasset da jeg fikk delvis innsikt i temaer jeg ikke hadde forutsett, men som jeg da ønsket å vite mer om. Malterud (2017, s. 82) viser til at fleksibilitet er nødvendig og kan være nyttig i kvalitative studier. Jeg erfarte som førstegangsintervjuer at det var så spennende og lærerikt å gjennomføre intervjuer at det noen ganger var utfordrende å passe på at vi ikke

snakket om ting som ikke var relevant for problemstillingen, samtidig som jeg skulle være åpen og lydhør for hva informantene hadde lyst til å fortelle meg. Denne iveren satt fortsatt i meg når jeg begynte analysearbeidet.

Jeg skrev ned hvert eneste utsagn fra informantene fra transkriberingen i Word over til et dokument i Excel. Derneft skrev jeg koder bak hvert utsagn. Hva handlet dette om? Ved at jeg selv transkriberte fikk jeg tidlig tilgang til materialet, kunne gjøre meg nye erfaringer rundt samtalene og fikk gode tanker til analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 80). Jeg fikk 67 koder ved første gjennomgang. Jeg så at dette var for uhåndterlig og brukte mye tid på å sette kodene sammen til mer overordnede koder. Da endte jeg opp med ti hovedtemaer. Det gav 27 sider med sammenfatninger og eksempler på utsagn. Fremdeles så jeg at jeg ikke hadde konkretisert nok. Jeg kunne lese de 27 sidene og ikke erfare at jeg fant noe spesielt nyttig og forstod ikke hvorfor. Jeg gjorde en ny gjennomgang hvor jeg fjernet momenter av gjentakelse. Jeg følte at jeg satt litt fast på dette steget i prosessen. Heldigvis finnes det mye litteratur på emnet som bekrefter at dette er en vanlig følelse og jeg mistet ikke motet.

En kvalitativ studie skal produsere ny kunnskap, ikke være reproduserende. Jeg måtte finne noe som bidro til å utvide kunnskapsgrunnlaget på feltet (Malterud, 2017, s. 84). Jeg valgte å bruke noen uker på å lese meg opp på mer teori og forskning for ikke å ende opp med noe som andre nylig hadde presentert. Da jeg hadde mine egne funn i bakhodet da jeg leste mer teori, ble det enklere å ta fatt på syntetisering av datamaterialet. Jeg la til side all data som ikke var relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det var litt smertefullt, men nødvendig. Forløsningen kom når jeg fant boka til Malterud (2017) og fikk en forståelse av at data fremkommet av intervjuer også må analyseres etter en metode, slik man gjør ved kvantitativt innsamlet data.

I en tverrgående analyse sammenfattes og presenteres informasjon fra flere deltakere hvor man ser på likhetstrekk, forskjeller, følelser, holdninger og erfaringer og fortolker dette (Malterud, 2017, s. 93). Jeg fulgte Malteruds (2017, s. 97) beskrivelser av en tverrgående analyse og systematisk tekstkondensering da jeg først lagde en oversikt over datamaterialet tematisk, før jeg kodet. Derneft grupperte jeg teksten for sammenligning av funn, noe som ofte kalles meningsbærende enheter. Jeg lagde en sammenfatning av nye temaer med

fortolkninger og rekonstrualiseringer som jeg syntetiserte. En systematisk tekstkondensering betyr at jeg startet arbeidet med analysen ved å ha et begrenset antall foreløpige temaer som ble videreutviklet til kodegrupper. Kodegruppene samles så til temaer igjen, en form for *lumping*, hvor resultatene er mer raffinerte enn de første temaene jeg fant. Denne analysemetoden er induktiv og iterativ. Iterativ betyr å organisere tekst slik at jeg kan sammenligne og forstå innholdet (Malterud, 2017, s. 94-96). Det var befriende å lære at jeg var på god vei i analysen og fant resten av veien ved å benytte metoden systematisk tekstkondensering. Jeg så nå at jeg satt igjen med tre hovedtemaer. Jeg fant noe jeg ikke forventet å finne. Ved bruk av systematisk tekstkondensering mestret jeg bedre å legge til side mine forutantakelser og åpnet meg mer for hva det faktisk var informantene fortalte meg. Resultatet er presentert i kapittel 4.

3.4 Forskerens rolle

Jeg er selv en kommunal avdelingsleder som har som oppgave å innføre velferdsteknologi og ønsket i denne studien å se på en arbeidsprosess med ledernes briller. Min forforståelse fra egen yrkesbakgrunn formet mitt utgangspunkt for hva som var utfordrende og bidro til å forme problemstillingen og spørsmålene i intervjuene. Jeg forsøkte å ta av meg mine egne briller så godt jeg kunne for å undersøke åpent informantenes opplevelser og meninger. Samtidig måtte jeg erkjenne at jeg som forsker var et vesentlig verktøy. Mine evner, erfaringer, bakgrunn og perspektiv betød noe og har vært med å forme studiens resultater på godt og på vondt (Patton, 2015, s. 33). Mine erfaringer var en slags fortolkningsramme som gjorde det enklere for meg å se hva jeg stod ovenfor. Det fantes ingen oppskrift på hvordan jeg skulle undersøke min problemstilling fiks ferdig på PC'en. Jeg kunne derfor enklere navigere veien frem ved bruk av mine erfaringer, som et slags kart (Bolman & Deal, 2014, s. 34). Jeg merket i løpet av prosessen med å gjennomføre studien at jeg leste teori og andres forskningsarbeider på en annen måte enn tidligere. Jeg vektla for eksempel mer hvilken metode de hadde brukt, da jeg skulle undersøke hvilke resultater de hadde kommet frem til.

Malterud (2017, s. 41) beskriver at det er ikke spørsmål om *hvorvidt* jeg som forsker påvirker avhandlingsprosessen, men *hvordan*. Forskerens person påvirker

prosessen og resultatene uansett hvilken metode som benyttes. Forskere bør innta en litt naiv rolle og være kritisk til egne forutsetninger og hypoteser i intervjusammenheng (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 50). Både for den som intervjuer og den som blir intervjuet, kan selve intervjuet være en læreprosess. Intervjueren må bruke mellommenneskelig egenskaper underveis i intervjuet for å skape et godt samspill og forhindre at forsvarsmekanismer og ubehag hos informantene utløses. Ikke bare kunne jeg påvirke informantene i form av at jeg selv var leder og forstod deres rolle, men de kunne påvirke meg hvis jeg lot meg involvere i følelsesmessig stor grad, slik at jeg ikke klarte å holde de profesjonelle forskningsbrillene på. Jeg måtte som forsker vite hva jeg skulle legge til side for å gjengi informantenes beskrivelser på en mest lojal måte slik at beskrivelsene ble gjengitt slik de var ment. Samtidig måtte jeg beskrive min bakgrunn i denne avhandlingen for at leseren kan få et ærlig innblikk i hvorfor jeg tolket og konkluderte som jeg gjorde (Malterud, 2017, s. 42-43). Dette kaller Kvale & Brinkmann (2010, s. 51) *kvalifisert naivitet* da forskeren står i spenningsfeltet mellom kravet om forhåndskunnskap og sensitivitet som motsetning til en forutsetningsløs inngangsvinkel til intervjuene.

3.5 Etiske betraktninger

Gjennom hele avhandlingsprosjektet var det etiske problemstillinger jeg måtte ta hensyn til. Fra jeg valgte temaer, forløpet med intervjuene, transkribering og koding og helt til og med drøftingsdelen var gjennomført og jeg satt med konklusjonen i hånden (Kvale & Brinkmann, 2010). Deltakerne i studien skulle vite at de var nettopp det, deltakere i en studie. Informert samtykke og frivillig deltakelse er grunnprinsipper ved sosial forskning (Flick, 2015). Informantene som valgte å delta fikk en introduksjon til studiens tema, hvilket formål som var tiltenkt, hvilke metoder som skulle benyttes og hvordan og hvor lenge jeg kunne lagre datamaterialet. De fikk vite at deres anonymitet ble ivaretatt og at jeg behandlet datamaterialet konfidensielt og respektfullt (Flick, 2015, s. 36). Det var viktig å være klar over at informantene kunne bli påvirket av informasjonen de fikk i forkant av intervjuene. Samtidig var det viktig at informasjonen jeg gav ble gitt i så utstrakt grad som mulig og var adekvat (Flick, 2015, s. 33). Samtidig var jeg klar over at jeg for eksempel kanskje aldri hadde kommet frem til å gjennomføre en slik studie om det ikke var for min egen yrkesbakgrunn og

interesse. Malterud (2017, s. 19) beskriver viktigheten av å søke å oppdage noe annet enn det jeg på forhånd vet eller tar for gitt. Hun beskriver *refleksivitet* som *en aktiv holdning* hvor forskeren må oppsøke posisjoner som gjør at man kan oppdage noe nytt og da må man være åpen for at gamle konklusjoner må forkastes. Merriam & Tisdell (2016, s. 249) beskriver refleksivitet som hvordan forskeren påvirker studien og hvordan hun blir påvirket av prosessen.

Kunnskapen jeg produserte som forsker da jeg analyserte og drøftet informantenes utsagn burde være så sikker og verifisert som mulig. Jeg måtte hele tiden reflektere over konsekvensene den offentlige publikasjonen kunne ha både for informantene og deres organisasjoner (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 80).

Deltakelse i denne studien innebar ikke at informantene måtte dele spesielt personlige opplysninger om seg selv. Det kunne likevel være utfordrende og følsomt å dele informasjon om arbeidsgiveren, sin leder, sine ansatte og kollegaer, tjenestemottakere og ikke minst om sin egen yrkesutøvelse.

Da jeg transkriberte, utelot jeg navn og opplysninger om hvilken kommune de representerte. Det var opplysninger som ikke var relevante for studien. På denne måten fulgte jeg konfidensialitetsprinsippet både i intervjusituasjonen ovenfor intervjupersonen, i selve rapporten og under lagringstiden (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 90). Noen informanter delte ting de ikke ble spurt om og da gjorde jeg en avveining når jeg transkriberte om det de sa var viktig for formålet. Jeg transkriberte ikke ned utsagn de gav om navngitte personer som ikke var relevant for formålet med innhenting av datamaterialet. Det kunne for eksempel være slik at de navnga en leder som ikke hadde fått til å implementere EMD. Da noterte jeg ikke navn, men holdt fokus på rollen og at poenget informanten ville ha frem. Poenget kunne være at den som hadde ansvar, ikke hadde interesse for velferdsteknologi, noe som kunne virke hemmende for vellykket innføring. Navnet var ikke relevant, men utsagnet om rollen anså jeg som en relevant opplysning jeg trengte å ha med.

Informantene jobbet tett sammen i det daglige og hadde sammen blitt enige om å delta på vegne av sin kommune. Risikoen for at en deltaker vil føle noen form for skade under hele forløpet og ved å få sine erfaringer nedskrevet og publisert bør være lavest mulig (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 91). Derfor var det viktig at de ikke erfarte at noe de hadde sagt til meg ble gjenfortalt til en kollega. Det som kan

ha bidratt til å avgjøre at de ønsket å delta, kan ha vært det at jeg ønsket å se på en prosess som handlet om noe de har fått til. For informantene kan intervjuet fungere som en positiv prosess ved at noen er interessert i akkurat hvordan de har opplevd en prosess og deres meninger. Muligheten for at de selv ble mer interessert i prosessen og inspirert var til stede når vi snakket sammen. Samtidig var det et asymmetrisk maktforhold da samtalens temaer var definerte av meg som intervjuer og jeg hadde monopol på å fortolke informantenes utsagn (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 52).

Det var noen ganger informantene beskrev sin oppfattelse av pasientenes rolle i prosessen og det fant jeg utfordrende når jeg skulle formulere kapittelet om funn. Pasientene selv har ikke fått bidra i studien, så jeg måtte være varsom med å vise til for mye som omhandlet dem, selv om det var umulig å ikke nevne pasientene da det er deres tjenestetilbud studien handler om.

3.6 Validitet og reliabilitet

Denne undersøkelsen hadde til hensikt å samle inn empiri innenfor et felt som er ganske nytt. Jacobsen (2005, s. 19) forklarer at en slik undersøkelse bør tilfredsstillende to krav: empirien må være troverdig og pålitelig (reliabel) og gyldig og relevant (valid). Min undersøkelse er valid om jeg målte det jeg faktisk sa jeg skulle måle og at begrunnelsen var holdbar og metoden etterprøvable. I helsevesenet i Norge er innføringen av velferdsteknologiske hjelpemidler knappe ti år gammelt og det er behov for mer kunnskap om dette, derfor anså jeg undersøkelsen som relevant. For at det jeg presenterte i avhandlingen skal være reliabelt, måtte det være til å stole på (Jacobsen, 2005, s. 20).

3.6.1 Validitet

Malterud (2017, s. 67) skriver at den interne validiteten i en kvalitativ studie styrkes ved godt teoretisk forarbeid og trinnvis analyse. Samtidig valideres metoden ved at jeg gjør klart for leseren hvilke muligheter og begrensninger min forskning har. Jeg gikk inn i studien med et faglig blikk, erfaring fra området og leste meg opp på relevant teori. Validiteten i analysen styrkes ved at jeg selv transkriberte materialet og kunne utelukke eventuelle mangler ved for eksempel dårlig lyd på opptaket, da forskeren selv gjennomførte intervjuet og kan erindre

situasjonen og hva som ble sagt (Malterud, 2017, s. 80). Dette er et godt råd fra Malterud (2017) erfarte jeg. At analysen var trinnvis, kan jeg bekrefte, men også at jeg gikk trinnene både frem og tilbake og gjentok dem underveis i analysen.

Det kan skape utfordringer med kritisk refleksjon i analysen om datamaterialet fremstår svakt eller dødt. Hvis det er mange ord som sier lite. Analysearbeidet kan bli overfladisk om man har for omfangsrike data. Dette kaller Malterud (2017, s. 80) sviktende validitet. Jeg følte på et tidspunkt i analysen at jeg satt på mye data som sa lite. Men det var fordi jeg selv ikke hadde gjennomført analysen godt nok. Det krevde flere runder med å gjennomgå materialet før jeg fant de overordnede temaene hvor jeg så helhetlig hva informantene faktisk fortalte meg. Validitet handler om at jeg kan trekke gyldige slutninger ut fra resultatene og beskrive i hvilken kontekst de er gyldige. Dette vises i kapittel 5 og 6 hvor jeg drøfter datamaterialet og viser til generaliserbarhet.

Objektivitet i forskning handler om at kunnskap er pålitelig og etterprøvd og ikke påvirket av forskerens personlige holdninger og fordommer. Refleksiv objektivitet handler om at jeg som forsker forsøkte å drøfte egen påvirkning på studiens forløp og resultater. Objektivitet er ikke målet i seg selv, men at jeg tilstreber det og beskriver mine valg, som jeg gjør i dette kapitlet (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 247). Det har tidvis vært utfordrende å holde et objektivt blikk og å ta av skylappene, men det har hele tiden vært et overordnet mål for meg å ta et steg tilbake, utenfor min forforståelse. Da jeg benyttet meg av det Malterud (2017, s. 106) kaller *kondensat*, et kunstig sitat, fikk jeg en uforventet ny innsikt i datamaterialet. Kondensatet krevde at jeg skrev ned hva informantene hadde sagt i «jeg-form». Et eksempel på dette er et sitat fra en informant: «De andre var ikke så interesserte, og jeg måtte dra det alene». Jeg skrev da ned «Jeg følte jeg hadde et stort ansvar alene fordi de andre ikke var så interesserte». Da fikk jeg en bedre forståelse for hva informanten faktisk forsøkte å fortelle meg. Før jeg hadde satt meg inn i informantenes fortellinger uten denne opplevelsen av å gjøre utsagnene til «mine», hadde jeg følelsen av at det jeg presenterte bare hadde en ekkoeffekt. *Ekkoeffekt* handler om at intervjuere bare etterspør og finner det som hun har forforståelse for (Malterud, 2017, s. 49). Da jeg beskrev utsagnene i jeg-form, satte jeg meg inn i informantenes opplevelser og jeg fant det enklere å ta av meg skylappene mine. Det var da jeg fant noe jeg ikke forventet å finne. Validiteten

ble styrket av en slik metode fordi jeg bearbeidet datamaterialet på flere måter for å i minst mulig grad legge begrensninger på resultatet.

Jeg har intervjuet informanter som til en viss grad likner meg selv i min yrkesrolle, det er klart at jeg hadde fått et større datagrunnlag med flere kommuner og flere informanter. Jeg kunne intervjuet andre utvalg, som pasienter eller ansatte og jeg kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål. Utvalgsbias var en kalkulert risiko, men jeg har hele tiden vært oppmerksom på at jeg har valgt nettopp de informantene jeg har valgt og har tilstrebet til det ytterste å ikke la min forforståelse påvirke resultatet og å sørge for metning.

3.6.2 Reliabilitet

Forskningsresultatenes troverdighet og konsistens handler om reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 250). Hvor troverdige var informantene og ville de svart det samme om det var en annen som intervjuet dem? Er funnene overførbare? Reliabilitet handler ifølge Merriam & Tisdell (2016, s. 251) om hvorvidt studien ville fått det samme resultatet om den ble forsøkt gjentatt av og med andre og en utfordring vil være spesielt når man benytter seg av metoden jeg har brukt da mennesker er forskjellige og vil som regel presentere like forskjellige oppfatninger om et gitt tema. Studien skal allikevel la seg etterprøve siden jeg har en transparent fremstilling av metode, utvalg, analysering og ved konkludering. Informantene fikk informasjon om studiens formål før de takket ja til å delta. Samtykke ble innhentet og jeg har vært bevisst på å ivareta informantenes anonymitet gjennom hele forløpet, både under lagring av data og ved presentasjon av data. Da jeg transkriberte utelot jeg unødvendige utsagn eller spørsmål om andre deltakere i studien som informantene hadde. Jeg avslørte ikke hva noens ledere uttalte, eller hva en annen kommune sa om et tema til de andre informantene. Jeg forsøkte å ikke påvirke deltakerne og jeg har forsøkt å presentere funnene så troverdig som mulig. Dataene kan benyttes til å tolke mer enn hva jeg presenterer, men reliabilitet i min studie handler om at resultatene jeg presenterte er konsistente med funnene jeg presenterte (Merriam & Tisdell, 2016, s. 251).

4.0 Funn

Jeg presenterer her datamaterialet som har fremkommet fra intervjuene med seks ledere på tre nivåer i to kommuner. Kapittelet er delt opp i tre hoveddeler og med et siste som en syntese av funn. Jeg presenterer først ledernes beskrivelser av selve prosessen med innføring av EMD, dernest hvordan de har opplevd samarbeidet med konsulentfirmaer, ansatte og pasienter i løpet av prosessen. Så presenterer jeg ledernes refleksjoner over egen rolle i prosessen. Til slutt i kapitlet har jeg syntetisert datamaterialet og gjør bruk av egnelagde figurer for å tydeliggjøre funnene. For å gjøre lesingen mer lettfattelig er informantenes utsagn presentert med innrykk på egen linje gjennomgående. Jeg har velger å bare presentere funnene her, mens drøftingen mot teori tar form i neste kapittel. Jeg hadde en antakelse om at det kunne ha en relevans hvilket ledernivå som stod for hvilket utsagn. Det viste seg at ledernes beskrivelser ofte var sammenfattende og det hadde mindre relevans enn antatt. Allikevel mener jeg det var det viktig å få frem ledernivåene, for å synliggjøre områdene de faktisk hadde opplevd prosessen forskjellig, noe som jeg tar opp igjen i drøftingskapittelet.

4.1 Ledernes beskrivelser av prosessen

Ved å spørre informantene om mål, deltakelse, inkludering og hvordan innføringen ble kommunisert utover i organisasjonen, fikk jeg svar som handlet om forankring og mangel på forankring. Jeg spurte informantene om hvilke ressurser som var avsatt til innføringen av EMD.

Et av temaene i intervjuene handlet om hvem som deltok i utforming av mål og hvordan lederne valgte ut de forskjellige deltakerne til de forskjellige oppgavene innføring av EMD skapte. Jeg undersøkte om lederne hadde kartlagt behov og fremgangsmåte før innføringen og om de hadde god innsikt rundt målene for prosessen. Underveis i intervjuene etterspurte jeg konkret hvordan lederne hadde vært med og analysert og evaluert underveis eller etter innføringen. Et gjennomgående tema i intervjuene var informasjon og hvordan lederne opplevde at informasjonsflyten hadde foregått.

4.1.1 Forankring

Informantene fortalte om forankring på to nivåer. Både på øverste ledernivå og forankringen gjort av politikere og myndighetene. Øverste ledernivået hadde vært med i team på tvers av kommunegrensene for å samarbeide om innføringen, fortalte kommunalsjefene. Ledere på alle nivåer var opptatt av å fortelle at velferdsteknologi var «i vinden» og at det ikke var noe de kunne velge. Dette hadde myndighetene bestemt at skulle i gang og det skulle erstatte hele eller deler av tjenesten. Dette ble skriftliggjort i kommunenes overordnede strategier.

Det her hadde myndighetene bestemt at innen 2020 at velferdsteknologi skulle være implementert i alle landets kommuner. Vær så god. Ikke sant - enhetsleder

Vi har en strategi for helse- og omsorgstjenestene våre som sier at velferdsteknologi skal alltid vurderes før kompenserende tjenester tilbys og for eksempel utdeling av medisiner er en kompenserende tjeneste - kommunalsjef

Samtidig kom det frem at lederne opplevde at de som jobber med kartlegginger og vedtaksutforming i kommunene hadde sittet litt på gjerdet i forhold til velferdsteknologi. Kommunalsjefer og enhetsledere sa det fremstod som at enkelte ledd i virksomheten ikke hadde samme forståelse for at dette var forankret og at de ikke jobbet med samme mål i tankene. Det fremkom også i intervjuene at ikke alle hadde tatt med IKT-avdelingen eller andre relevante avdelinger som en aktuell samarbeidspartner i prosessen. Én kommunalsjef fortalte om erfaringer som gjorde at de måtte endre hvordan de tenkte rundt inkludering av andre fremover:

I hvert fall når de startet her, så synes jeg de hadde all verdens grunn til å skulle lykkes med tanke på kompetansen, samlet sett. Og at det også var forankret langt opp. Men her var det nok heller litt topptungt ass. Enn at man faktisk hadde fått med seg gjengen som skulle stå i dette i det daglige også, så det er der vi prøver å reparere litt nå det siste året - kommunalsjef

Da jeg fikk lite utdypende svar som omhandlet forankring etterspurte jeg om flere avdelinger slik ,som spesielt ergoterapitjenesten eller om vernepleiere som jobbet

med mestrings- og boevnen til brukere, var involvert, men det kunne kun ett par av informantene bekrefte. Det var bare hjemmetjenesten som hadde EMD i bruk, selv om enkelte pasienter hadde fått ha med seg maskina om de i en periode ble innlagt på sykehjem. Andre profesjoner ble trukket frem som tidligere forsøkt inkludert, men hvor det ikke hadde medført progresjon som utsagnene under viser:

Jeg føler liksom at ergoterapeutene, uten at jeg skal si at jeg vet, er fortsatt mer på det de har gjennom NAV og litt sånn da - avdelingsleder

Før meg var det ergoterapeut som ikke hadde interessen for det - avdelingsleder

Samtidig ble det benyttet ergoterapeuter i den ene kommunen, som de første ansvarlige for innføringen, mens det var hjemmesykepleien som skulle tilby EMD og der arbeidet det ingen ergoterapeuter. Informanter fra begge kommunene fortalte at de hadde en flat struktur. Dette medførte at de hadde mye ansvar innenfor sitt område og ikke samarbeidet mye på tvers eller fikk bistand eksternt fra andre avdelinger, forklarte i hovedsak kommunalsjefene:

Det var en jobb som måtte gjøres i tillegg til den andre jobben og vi har en fryktelig flat struktur. Slik at vi har mange arbeidsoppgaver - kommunalsjef

Jeg sitter i en helt flat struktur og det er veldig lite støttepersonell, om enn noen ting, rundt omkring da - kommunalsjef

Forankringen ble foretatt først av myndighetene, dernest var kommunalsjefene involvert og eksterne firmaer bistod i å utforme planverk. Lenger ned i ledernivåene kunne ikke avdelingslederne bekrefte at de hadde vært med i forankringen av prosessen. Forankring på politisk nivå handlet om at politikerne hadde forventninger om å få rapporter på hva avdelingene hadde spart av ressurser og det presenterer jeg mer om i kapittelet under. Jeg fikk ikke tydelige tilbakemeldinger på at lederne selv utviste eierskap og ansvar for prosessen.

4.1.2 Ressurser

Da jeg ønsket å få informasjon om hvilke ressurser de hadde avsatt til prosjektet, spurte jeg om informantene kunne fortelle om de økonomiske ressursene og tid som ressurs. Her erfarte jeg at spørsmålet om de hadde benyttet ekstern bistand ble aktuelt.

Økonomiske ressurser

Begge kommunene hadde vært deltakere i pilotprosjekter og gjennom dette hadde de fått midler av Fylkesmannen til å opprette stillinger med egne ressurspersoner som kunne drifte prosessen med innføringen av EMD. Én kommune hadde fått 100% stilling som velferdsteknologikordinator, mens en annen fikk midler til 20% stilling, sett ut ifra størrelsen til kommunene. Lederne sa de ikke hadde penger i budsjettet til selve innkjøpet av EMD og det opplevde de som utfordrende.

Vi hadde ikke penger til de dyre dispenserne da. Dette kom utenfor budsjettider og alt mulig, ikke sant. Så det ble på en måte: Go! Vi har ikke penger i budsjettet, men kjør på - kommunalsjef

Enkelte av lederne hadde også fått etterutdanning innenfor velferdsteknologi dekket økonomisk. Selv om alle informantene fra begge kommunene fortalte at de hadde fått tildelt midler, var det varierende oppfatning av hvorvidt dette hadde styrket budsjettet og hvilke poster i budsjettet de hadde fått midler til. Selv om de fikk midler til stillinger, fremkom det at de ikke hadde fått nok penger i forhold til tiden dette tok for de med stilling til det. De måtte bruke penger på innkjøp av dispensere, som de i utgangspunktet ikke hadde budsjett til i tillegg. At de ikke hadde avsatt midler i budsjettet kan tyde på at de ikke hadde planlagt i god tid i forveien før oppstart av prosjektet. Informantene beskrev forankring på politisk nivå, men siden de ikke fikk midler, kan det tyde på at politikerne tenkte at prosjektet utelukkende ville medføre innsparinger.

Eksterne ressurser

Gjennom pilotprosjektene hadde kommunene fått bistand av konsulentfirmaer til å utforme gevinstplaner. For ordens skyld presenterer jeg her en definisjon på gevinster ved bruk av Helsedirektoratets (2015) definisjon:

Gevinster er nyttevirkninger, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter (Helsedirektoratet, 2015, s.9).

Gevinstplanene var ferdige kartleggingsskjemaer kommunene fikk av konsulentfirmaene hvor det skulle være mulig å synliggjøre gevinster. Det var tydelige forventninger på de lavere ledernivåene om å synliggjøre gode effekter, på grunn av en beslutning gjort på høyere ledernivåer hvor forankringen hadde foregått. Én avdelingsleder fortalte at de nå i det siste hadde klart å få en direkte linje inn til politikerne for å melde om progresjonen ved å vise gevinstplanene, som utsagnet under viser:

Jeg har brukt det da jeg har snakket til politikere, helse- og omsorgsutvalget og eldrerådet og sånn. Da har jeg brukt tallene for å vise hva vi faktisk sparer på det - avdelingsleder

Gevinstplanene hadde som formål å vise hva en pasient kostet under tjenesten tildeling av medikamentbistand, forklarte en informant. Og planene skulle synliggjøre *hvor lite* det kostet når denne tjenesten ble gitt ved hjelp av en dispenser. Det var utfordrende å synliggjøre bruken av pengene på en tydelig måte i gevinstplanene, forklarte én av avdelingslederne:

Bare det å måle gevinster, føre det inn i skjema, du havner i ulike problemstillinger hvor det er umulig å få korrekt bruk av tid og penger - avdelingsleder

Det var vanskelig å vise i gevinstplanene hva de hadde unngått av utgifter på tjenesten medikamenthåndtering til nye pasienter som hadde kommet til i prosessen. Enkelte tjenester hadde krevd personale tidligere, men nå var en maskin tilstrekkelig. Det kom frem at informantene følte et visst press på å synliggjøre hva de hadde spart av penger, mens de i realiteten hadde brukt mer penger enn budsjettet tilsa.

Men så er det jo igjen at man må ta hensyn til alarmer, montering. Altså, det er ikke sånn at man ikke har noe ressursbruk på det - enhetsleder

Men gevinstrealiseringen er nok ikke så stor som politikerne hadde tenkt seg. Gjør kartlegginger, gjør gevinstutredninger og ser effekten av dette her, som igjen går i en regnelse på hva har vi unngått av å øke ressurser da. Men det ble igjen tilbake ikke tolka så veldig bra for de så jo hva vi hadde spart, ikke egentlig hva vi hadde unngått å øke - enhetsleder

Vanligvis kunne lederne vise til et overforbruk på å leie inn personell ved tildeling av tjenester til nye pasienter i løpet av året, forklarte kommunalsjefene, men nå så ikke politikerne hva de hadde sluppet av ekstra utgifter fordi skjemaene de skulle benytte ikke var adekvate nok.

Tid som ressurs

Alle informantene var opptatt av å snakke om at innføringen av EMD var tidkrevende og møysommelig arbeid. Skjemaene synliggjorde ikke hva det kostet at personalet brukte av tid på opplæring og utplassering av EMD, så to av informantene. Dette bekreftet at politikerne hadde tenkt at innføringen ikke skulle medføre utgifter, men heller ha en positiv effekt på budsjett. Det fremkom ikke hvorfor politikerne hadde tenkt at innføringen ikke medførte kostnader rundt tiden brukt til å innføre og at innsparingen ville komme på et mye senere tidspunkt. Kanskje fremstod gevinstplanene så tydelige på økonomisk vinning i utgangspunktet, at konsulentfirmaene fikk de ansvarlige til å ha tillit til skjemaene uten å stille spørsmål ved dette. Det måtte avsettes tid i turnus, på arbeidslister, tid til opplæring, workshops og tid til alle skjemaene som skulle fylles ut.

Det her ble bare noe som vi skulle gjøre 'i tillegg til' - enhetsleder

Både avdelingslederne som hadde rolle som koordinatore og superbrukere og deres øvrige ledere igjen, så alle sammen at det var brukt mer tid enn det som var avsatt til koordinatorrollene. Lederne hadde sett det nødvendig å øke stillingsstørrelsen til koordinator, fremkom det fra informantene i den ene kommunen:

Det er brukt mer tid enn avsatt stillingsressursen var i starten. Altså nå er den høyere - kommunalsjef

Da informantene snakket om tid, snakket de om tid de skal spare, tid som er brukt til opplæring av ansatte, tid til å skape rom til å jobbe på en annen måte, tid til mennesker i forskjellige roller, eller ikke frigjort tid. Flere utsagn beskrev dette:

Dette har vi ikke tid til. Så glemmer man å se helheten av hva vi faktisk har spart av tid ved å ha de - avdelingsleder

Det her tar tid og du må bare innse at det her er bare ikke et knips så kjøper vi maskin og det her funker - enhetsleder

Tidsaspektet ble beskrevet av informantene på måter som gjorde at det ikke var enkelt å synliggjøre at det var spesielt tidsbesparende. Deres erfaringer var at mye tid var brukt på dette prosjektet de siste årene og de opplevde at det var merarbeid heller enn frigjort tid.

4.1.3 Kartlegging og mål

Da jeg spurte om mål, beskrev informantene de overordnede målene fra myndighetene. Jeg hadde innledningsvis i intervjuene sagt at jeg ikke skulle fokusere på effekter eller konsekvenser av bruk av EMD i min studie. Jeg søkte etter beskrivelser av mål for selve prosessen. Jeg fant det vanskelig å skille mellom hva informantene snakket om når de fortalte om behov, kartlegginger, gevinster og mål. Dette fremstod som det samme for meg. Derfor velger jeg å presentere behov og gevinster under dette avsnittet om mål og kartlegginger. To informanter svarte slik på spørsmålene om de kunne beskrive noen mål for prosessen:

Ah, det husker jeg ikke - avdelingsleder

Du, vet du det, vi hadde egentlig ikke så mye mål - enhetsleder

Jeg hadde en antakelse om at mål kunne handle om for eksempel: «om to år kaller vi det ikke prosjekt, men EMD er å regne som en vanlig tjeneste», «vi har et mål om å ha dobbelt så mange dispensere i bruk neste år fordi alle ansatte da er opplært og trygge på produktet» osv. Det kunne ikke informantene beskrive.

Det fremkom mer om kartlegginger. Det ble sagt av informanter fra begge kommunene at de hadde fått kursing av konsulentfirmaet i forhold til kartlegging og bruk av dispenserne. Kartlegginger som ble gjort, ble gjennomført i hovedsak ved hjelp av allerede utarbeidede skjemaer de hadde mottatt av konsulentene i form av å være en del av et pilotprosjekt. Dette kalte informantene «gevinstrealiseringsskjemaer» eller «gevinstplaner» og de snakket om dette som sine mål og behov samlet sett.

Selv om det allikevel ikke fremstod enkelt å presentere en plan for *prosessen*, viste deg seg altså at å forklare *behovet* for elektroniske multidosedispensere derimot var uproblematisk for de fleste informantene. Kommunalsjefene sa i intervjuene at det ble kartlagt på overordnet nivå hvilke behov regionen hadde opp mot hva som var fremtiden, mens én avdelingsleder derimot sa:

Ja, hvor mange tenker vi at vi skal ha i løpet av 2021 og 2022? Hehe... ja, skal vi si... nei, vi bare sånn: (informanten putter pekefingeren i munnen og peker den deretter rett opp i lufta) - avdelingsleder

En annen avdelingsleder uttalte:

Det har jeg liksom merket litt i andre prosjekter når det gjelder velferdsteknologi óg, at man kartlegger gjerne ikke behovet først, men man ser hvor mange man kan få og så sitter man der og har mulighet til... da blir det gjerne til at man gir det til pasienter hvor det kanskje ikke har særlig nytte for seg da - avdelingsleder

Her så jeg et skille mellom behov kommunalsjef viser til på overordnet nivå for regionen og hvordan lavere ledernivåer ikke erfarte det samme behovet, men måtte planlegge en innføring etter behov beskrevet av myndighetene. Lederne ramset opp mange definerte behov EMD skulle dekke, eller gevinster. Det lignet beskrivelsene de gav om mål: trygghet for pasientene, rett medisin til rett tid, trygghet for pårørende, tidsbesparende for tjenesten, reduksjon av kjørekostnader, muligheten til å jobbe på en annen måte, forskyve besøk til et senere tidspunkt på dagen hvor trykket ikke var så høyt, bremse veksten i antall årsverk, generelt omdisponere ressurser, økt mestringsfølelse, selvstendighet og frihetsfølelse og å kunne bo hjemme lenger. Det ble snakket om at velferdsteknologi skulle være

førstevalget og å få bedre tid til å bruke hender der det var størst behov for dem.

Flere utsagn omhandlet dette:

Jeg jobber mot at medisindispensere skal bli førstevalget og integrert på lik linje med andre tjenester - avdelingsleder

Det var jo en greie i seg selv, ikke sant, at det skulle styrke kvaliteten på medikamentgivningen. Både med at de skulle få riktig dose til riktig tid og en trygghet for pasienten - enhetsleder

Bruker man det rett og slett for å få mer mestringsfølelse og selvstendighet og selvfølgelig for å omdisponere ressurser til noe annet - kommunalsjef

Det ble nevnt av alle informantene at mål om å spare penger stod øverst på lista, men at dette var vanskelig å måle og vanskelig å kommunisere oppover til øverste ledere og politikere hvor mye man faktisk hadde spart av både tid og penger. I et eksempel hadde tjenesten latt pasienten ha med dispensereren ved et opphold på sykehjemmet, fordi pasienten følte seg tryggere med den. I tillegg gav det ressursbesparelse for tjenesten:

Selv om jeg veit at det er ressurs- og tidsbesparende å ha en dispenser på sykehjemmet fordi vedkommende kanskje ikke ringer på klokka hele tida eller er ute og maser i hermetegn på ansatte om medisiner, så veit jeg at det er tidsbesparende, men det er vanskelig å få frem i et sånt gevinstskjema fordi det passer ikke inn der - avdelingsleder

Og noe av hensikten her er jo at dette blir jo at folk føler mer frihet og ikke har alle mulige folk rennende inn døra si til alle mulige tider - kommunalsjef

Flere forklarte at de visste hvilke gevinster de ønsket realisert ved innføring av EMD, men ingen kunne fortelle om mål for selve prosessen ved innføring av EMD. Dette kan tyde på at de utelukkende hadde lagt seg i hendene på pilotprosjektet ledet av konsulentfirmaer og ikke tenkte at de skulle tilpasse prosessen til sin organisasjon eller de enkelte avdelinger som skulle nyttiggjøre seg av produktet.

Det var først da jeg intervjuet de øvre ledernivåer at jeg fikk beskrivelser av møter hvor mål ble diskutert. På overordnet nivå sa de at de har god kontroll på hva som

var hovedmålene eller det de kalte gevinstene, men som nevnt var det ingen som beskrev prosesser rundt målutforming.

I regionalsamarbeidet så var det jo helsedirektoratet sin veileder som var jo klart at dette her var egentlig ikke så mye vi trengte å gevinstkartlegge for det var effekt av det - enhetsleder

På andre ledernivåer forklarte informantene at de kunne gjengi målene eller gevinstene, men sa også at det ikke hadde vært mye valgbare mål. Dette var bestemt, dette skulle i gang.

De skal ut og sånn er det. Og da har de tatt dem ut da - avdelingsleder

En DigiF-avgjørelse med en administrasjon som satte et kutt som tilsa at vi bare måtte i gang - enhetsleder

Alle informantene var klar over de overordnede målene i form av gevinster både for kommunene og pasientene, men avdelingslederne hadde kun bidratt på pasientnivå når det gjaldt å benytte sin fagkompetanse til å kartlegge behov og formulere mål. Øvre ledere hadde igangsatt en prosess og hatt møter som omhandlet mål, som andre ledernivåer skulle utføre. Det var ingen som kunne beskrive mål for prosessen.

4.1.4 Analyse, evaluering og oppfølging

Da jeg etterspurte erfaringer fra evalueringer av prosessen virket det noen ganger som om informantene igjen sammenlignet det med det de kalte gevinstplaner. De omtalte planene både da jeg spurte om kartlegging, mål, analyse og evaluering. Det var ikke enkelt å få konkrete svar og derfor kom det frem mer informasjon da jeg på slutten av intervjuet spurte om det var noe de kunne tenke seg å ha gjort annerledes om de skulle gjort det samme om igjen.

Spesielt sa informantene at det ikke forelå noen konkrete planer for analysering og evaluering og mye foregikk muntlig og kun når behovet oppstod. Bare én av de seks informantene hadde noe å fortelle om analyse. Hun fortalte at det ble foretatt ROS-analyse og interessentanalyse i forkant. En ROS-analyse er en forkortelse for «Risiko og sårbarhetsanalyse». Analysen var ment brukt for å identifisere trusler slik at man kunne sette inn egnede tiltak, både forebyggende og for

nødvendig beredskap (KS, 2019). Analysen hadde hun fått av konsulentfirmaet. Det fremstod som om begge kommuner hadde forholdt seg til konsulentfirmaenes tidsplaner, tjenestebeskrivelser, rutiner og gevinstplaner som inneholdt evalueringskriterier.

Det har jo vært inne et konsulentfirma der som har hjulpet til i prosessen med å lage både tjenestebeskrivelser, tidsplaner, rutiner og disse tingene her da - kommunalsjef

Samtlige av informantene gav uttrykk for at de hadde fulgt planer fått av konsulentene for jevnlig evalueringer. Skjemaene ble omtalt som omfattende og ikke alltid hensiktsmessige. Det hadde blitt for mye å fylle ut og de ønsket å redusere antallet ganger man evaluerte per år. Ansatte evaluerte hver eneste dispenser de hadde plassert ut fortløpende og muntlig til superbruker eller leder.

Det er jo muntlig og så er det evaluering av hver dispenser som vi setter ut - enhetsleder

En plan for evaluering av innføringsprosessen var det ikke noen som hadde erfaringer med. Superbrukere, som jeg presenterer mer om i kapittel 4.2.2, sammenfattet de ansattes muntlige tilbakemeldinger og evaluerte overordnet i skjemaer. Lederne skulle holde oversikten over det økonomiske aspektet ved bruk av skjemaer.

Jeg tror den jevne medarbeider og den jevne avdelingsleder ramler av lasset lenge før man har kommet i veis ende av det Excel-skjemaet altså - kommunalsjef

Det blir litt for vagt for folk så vi strever litt med å klare å virkelig dokumentere hva vi har oppnådd med dette. Og særlig med tanke på at disse er så vanskelig å plassere ut da - kommunalsjef

Dette samsvarte med at avdelingslederne kritiserte gevinstplanene det var forventet at de fylte ut som eneste måte å rapportere til politikerne på. De fant skjemaene så kompliserte at de planla å lage sine egne.

Så derfor kommer vi til å lage et eget skjema med forventet gevinster i forhold til de ulike dispenserne vi nå skal implementere-avdelingsleder

I lang tid hadde begge kommuner utelukkende forholdt seg til konsulentfirmaenes planer. Stor grad av frustrasjon over lite funksjonelle planer hadde nå ført enkelte ledere til en motivasjon for å lage egne skjemaer.

4.1.5 Informasjon og informasjonsflyt

Da det gjaldt informasjon mellom ledernivåene, var det forskjellige responser fra informantene i intervjuene. Kommunalsjefene følte de hadde nok informasjon og selv var engasjerte, så de, mens avdelingslederne meldte at de følte mer informasjon kunne blitt gitt fra lederne over dem direkte til de ansatte og overordnet til hele kommunen. Som en avdelingsleder uttalte:

Selv om de er positive til det, skulle jeg ønske mer informasjon kom fra dem til de ansatte da - avdelingsleder

Det ble ikke vist til et større samarbeid på tvers av enhetene/avdelingene internt i kommunene. Ingen fortalte om informasjonsflyt mellom IKT og helse, eller mellom de forskjellige helseenhetene og ledernivåene innad. De uttrykte at de savnet et bedre samarbeid og noen av informantene mente det kunne skyldes mangel på informasjon og måtte etterspørre informasjon selv, som utsagnet under viser:

I forhold til her da, så har jeg liksom ofte følt at jeg må ha etterspurt informasjon da, så jeg føler ikke at den flyten har vært så god - avdelingsleder

Én avdelingsleder fortalte at hun selv hadde lite informasjon på grunn av at hun bare hadde jobbet i kommunen i under to år og var også usikker på hva ansatte hadde av informasjon eller hvordan informasjonsflyten opplevdes for de ansatte:

Jeg tror nok de fleste blir hørt om de ønsker... jeg veit ikke helt.. det er bare det at .. de går ikke til meg ofte - avdelingsleder

Informantene beskrev informasjonen de hadde forsøkt å gi ut til pasienter og ansatte og det presenterer jeg i neste kapittel.

4.2 Ledernes beskrivelser av samarbeidet med pasienter og ansatte i prosessen

I intervjuene var det ingen direkte spørsmål om samarbeid med ansatte og pasienter. Men hele prosessen inkluderer dem og informantene snakket mye om pasientene og ansatte da de ofte tok opp temaet om samarbeid. Det var tydelig at informantene var opptatt av at formålet med prosessen ikke bare var innsparinger, men å skape en bedre hverdag for både ansatte og pasienter. Jeg har ikke intervjuet ansatte og pasienter, så det er viktig å merke seg at det kun er ledernes erfaringer med samarbeidet som presenteres her.

4.2.1 Ledernes beskrivelser av samarbeid med pasientene

Informantene snakket i intervjuene om viktigheten av forankring hos pasienter og pårørende og generelt for de ansatte som skulle jobbe med dette. Det er viktig å merke seg at pasientene ikke hadde deltatt i forankringen før oppstart, men at informantene mente at forankring på pasientnivå handler om å informere dem om endret tjenestetilbud og å påvirke dem til å ønske å benytte EMD.

Informantenes utsagn var at de måtte jobbe mye for at pasientene skulle se nytten av å ha en EMD. I den ene kommunen hadde de hatt informasjonsmøter og samhandlet med pensjonistforeninger og sanitetsforeninger for at budskapet om EMD skulle nå frem til innbyggere som snart kunne komme til å være i behov av tjenester. Informantene sa at de syntes de hadde hatt for lite informasjonsmøter fordi de erfarte at pasientene ikke viste til at de hadde ervervet informasjonen når de søkte om tjenester. Tjenesten pasienten søkte på kunne bli gitt i form av velferdsteknologi, noe som kunne komme som en overraskelse hvis man som fremtidig pasient ikke hadde deltatt på akkurat de informasjonsmøtene som ble holdt.

Det var mye jobbing med det. For at brukerne skulle være interesserte, se nytten og gleden ved å ha dem - enhetsleder

Skuffelsen blir jo i forventningene til brukeren da i forventningen til at han skal få personell som kommer fire ganger om dagen da og så plutselig får du en robot liksom da, når hjemmesykepleien kommer - enhetsleder

Informantene beskrev flere måter de hadde forsøkt å dele informasjon på, som utsagnene under viser:

Vi laget en artikkel på hjemmesiden, delt på Facebook, en artikkel i lokalavisa - avdelingsleder

Vi hadde infoskriv og møter og som sagt ganske god porsjon overtalelse for at de skulle være villige til å prøve - enhetsleder

Jeg samarbeidet med saniteten og holdt informasjon om velferdsteknologi generelt og viste frem dispensere og forklarte om de - avdelingsleder

Deltakelsen på møtene hadde vært frivillig og det var pasienten selv som måtte ta initiativ til å delta. I intervjuene ble det fortalt at det hadde vært en utfordring å finne nok antall pasienter som var interessert i å benytte EMD. I den ene kommunen hadde de erfaringer med at pasientene var langt mer positive enn de ansatte, ble det sagt i intervju med den ene avdelingslederen:

Det er brukeren som har vært mest positiv både i forhold til ansatte og pårørende da for de vil jo gjerne prøve det her - avdelingsleder

I oppstartsfasen i prosjektet var kommunene opptatt av at pasienten selv skulle ønske å bruke dispenseren, ikke at helsetjenesten skulle bestemme dette, sa informantene. Gjennom prosjektet hadde de som nevnt fått tildelt noe midler og gått til innkjøp av dispensere, før de hadde kartlagt behov og antall. Ifølge informantene virket ikke så mange pasienter interesserte:

Det har vært vanskelig å få folk til å komme på arrangement - avdelingsleder

Folk vet nok ikke at det finnes og at det er et tilbud - avdelingsleder

En kommunalsjef fortalte om en overordnet strategi kommunen hadde, men hun sa hun visste at pasienter ikke leser overordnede dokumenter til vanlig og gikk derfor glipp av strategien kommunen hadde lagt. De som møtte opp på informasjonsmøter var pasienter som nok hadde klart å tilegne seg informasjonen på annet vis, for eksempel via kommunens hjemmesider, forklarte én informant. Én leder sa også at reklame på TV og det at pasientene kunne få se EMD før de

bestemte seg, ville gitt større muligheter for at de i fremtiden vil velge å motta tjenesten. Det var konsulentfirmaene som burde stå for det, sa hun:

Og så tror jeg det at hvis det hadde vært informasjon på TV, om firmaene hadde betalt litt TV-tid og reklamert for det her, tror jeg det hadde vært vel anvendte penger - enhetsleder

For å skape tilvenning til EMD, måtte pasientene gis god nok tid.

Ikke kom for sent inn med multidosedispensere. Dette er en tilvenningssak for pasientene - enhetsleder

Det er verdt å merke seg at informantene igjen snakket om mål for pasientene, ikke mål for informasjon om innføringsprosessen. Informantene var opptatt av å beskrive utfordringene med å ufarliggjøre det velferdsteknologiske hjelpemidlet og å forklare hensikten med det, for å få pasientene til selv å ønske å benytte EMD og få gode erfaringer med det. Alle fremhevet viktigheten av å invitere pasientene til et samarbeid tidlig i oppstartsfasen. Det fremkom ikke at noen av kommunene hadde hatt en plan for involvering av og informasjon til tjenestemottakerne. Det hadde vært opp til koordinatorene og superbrukerne hvordan man gav informasjon og i hvilken grad man inkluderte pasientene. Det fremstod ikke tydelig i hvilken grad informantene mente at involvering av tjenestemottakere var prioritert, men de så i ettertid at det skulle vært gjort tidligere og mer omfattende, da de reflekterte over det i intervjuene.

4.2.2 Ledernes beskrivelser av samarbeid med ansatte og superbrukeren

Alle informantene snakket om at det fordret pedagogikk og klokskap i hvordan de kommuniserte endringsprosessen utover til alle medarbeiderne og at det hadde vært personavhengig om de hadde lyktes eller ikke.

En toppledelse i en kommune kan godt ha mange målsettinger som handler om ressurseffektivitet og den type ting, men det må være en klokskap og en pedagogikk i hvordan det presenteres for medarbeiderne nedover i linja - kommunalsjef

Noen ledere kunne si at ansatte hadde vært deltakende i prosessen rett *etter* forankringen. Én informant sa at etter at beslutningen om innføring av EMD var

forankret, involverte de sykepleiere og hjelpepleiere for å bistå i å definere veien videre i prosessen med innføringen og ansvaret ble delegert utover i helsetjenestene.

Innspill til hvordan velge brukere, finne riktige brukere - avdelingsleder

Det var teamlederne som ble gode på å kartlegge om det her passer og ble satt ut og ansatte lært opp - enhetsleder

Informantene beskrev i varierende grad hvordan de hadde gitt ansatte informasjon om forankringen, i hovedsak dreide det seg om å forklare innføringen av, og å gi opplæring i bruken av EMD. Alle ansatte i begge kommuner hadde fått tilbud om, men deltatt valgfritt på, en opplæringspakke gjennom «Velferdsteknologiens ABC». Ansatte som arbeidet på arbeidsssteder der det var overordnet bestemt at det skulle innføres EMD, hadde fått opplæring i den direkte bruken av maskinene av konsulentfirmaer som solgte dispenserne. Opplæring og holdningsendringer beskrev informantene som tidkrevende og møysommelig arbeid og det handlet mye om ressurser og holdninger, som flere utsagn beskriver:

Det har tatt tid å komme dit vi er i dag, det har tatt tid å lære alle ansatte opp i å bruke systemet - avdelingsleder

Og så opplevdes det nok litt som plunder og heft ute, for det er klart at implementering av medisindispensere også fordrer mye opplæring, mye logistikk og mye administrasjon - kommunalsjef

Det på en måte gjør jo at man måtte jobbe mer med holdninger og holdninger innad i en personalgruppe er jo krevende å endre - kommunalsjef

Begge kommunene hadde opprettet en rolle de kalte «superbruker». Denne hadde fått mye opplæring av konsulentene og hadde ansvaret for å lære opp sine kollegaer på sitt arbeidsssted. Noen benyttet superbrukeren på tvers av avdelinger og avdelingsledere selv kunne være superbrukere. Det fremsto som en utfordring å finne det de kalte «gode folk» til å ta på seg rollen som superbruker. Personlig egnethet var en viktig faktor, nevnte informantene flere ganger. Superbrukerne hadde også hatt ansvaret for å gi ut informasjon til innbyggerne. Det hadde de gjort gjennom informasjonsmøter hos for eksempel sanitetsforeningen og

pensjonistforeningen, som nevnt. Superbrukerne hadde hatt et overordnet ansvar for å kommunisere tilbudet ut til pasienter og pårørende og å motivere den enkelte medarbeider.

Vår erfaring er at du må ha en motivator ute på den enkelte avdeling som holder dette varmt og som hele tiden på en måte setter det på agendaen - kommunalsjef

Vi har jo erfart at dette er fryktelig personavhengig også, selv om systematikken ligger til rette for at det ikke skal være det - kommunalsjef

Det ble sagt i intervjuene at det var utfordrende å være superbruker i den grad personalet ikke var like engasjerte og superbrukerne kunne føle de måtte dra dette alene. Det var superbrukeren som skulle jobbe med ansattes holdninger. Det kom frem at de hadde vært avhengige av mennesker som hadde teknisk teft og som var pedagogiske i sin presentasjon overfor kollegaene for å få dette i gang.

Vi har hatt noen superbrukere som vi ser er mer tekniske enn andre kanskje. Det går mye på egnethet. Det ble ikke noe dreis før ho ble ansatt og dro prosjektet. For det må være noen som har den jobben, for hvis du bare skal drive med venstrehånda når du driver med veldig mye annet, så blir det ikke noe orden - enhetsleder

Avdelingslederne følte det som et stort ansvar. De merket, som ledernivåene over dem påpekte, at om de ikke hele tiden var en pådriver og holdt prosjektet varmt, så stoppet det opp. Selv om de hadde forsøkt å få ansatte til å ta ansvar, vise oppslutning til innføringen, skjøv ansatte ansvaret tilbake. Dette ble sett på som en utfordring, fordi avdelingslederne selv ikke var så nær pasientene som de øvrige ansatte og hadde vært avhengig av et tett samarbeid for å holde oversikten. Flere utsagn, som vist under, understøttet dette:

Vi har vært veldig opptatt av at det er tjenestene selv som må dra dette arbeidet - kommunalsjef

De hører jo på meg og det er ikke det, men jeg ønsker de skal ta mer ansvar i det. Jeg er ikke hos brukerne lenger og da har jeg ikke den oversikten - avdelingsleder

Jeg er allikevel avhengig av de andre som er ute og observerer og gjennomfører kartleggingsbesøk - avdelingsleder

Begge kommuner hadde gitt videreutdanning for å øke kompetansen til de ansatte, men lederne måtte finne rett person til å være pådriver for innføringen. Det var ikke slik at alle fikk til dette bare i kraft av å være ledere, ble det sagt. Det måtte også avsettes tid og i det rommet fikk de mulighet for å utøve ledelse. Hvis rollen ikke inkluderte tid til arbeidet eller de hadde rett person, så falt prosjektet sammen.

Ho er veldig interessert og en pådriver. Og det er virkelig rett person. Men det er klart, ho har óg stillinga til å drive det så. Ho er kjempeflink» - enhetsleder

Så uten den ildsjelen hadde det ikke blitt sånn. Og det så vi jo for eksempel da vi skiftet prosjektleder i regionen her, så datt jo alt sammen - kommunalsjef

Personene som ledet prosjektet ble beskrevet av informantene som pådrivere, ildsjeler, motivatorer, kunnskapsrike, pedagogiske, positive, tekniske og de måtte ha tid og rom for å utøve sitt arbeid. Samtidig var det ikke enkelt å finne personer som innehadde alle de egenskapene og det kunne bli sårbart og prosjektet kunne stagnere om de for eksempel byttet jobb. Rollen ble ansett som så viktig at om personen skulle blitt sykemeldt over lang tid, hadde andre måtte tre inn i rollen for at prosjektet ikke skulle stoppe opp. I tillegg til nevnte egenskaper fortalte kommunalsjefene at personene måtte ha en grunnleggende forståelse for innføringen og organisasjonen i seg selv:

Det handler jo litt om kunnskaper om hva en tjeneste er og hva det går på og hvor krevende ting er - kommunalsjef

Det er jo en fordel, tror jeg, at en kjenner bunnen av en tjeneste eller hverdagen av en tjeneste, så tror jeg alltid det er viktig da du skal sitte og styre altså - kommunalsjef

Kommunene var i tillegg avhengige av at prosjektlederne samarbeidet på tvers av kommunene og ikke var redde for å endre rutinene om behovet oppstod. De hadde også sett behovet for å opprette egne stillinger med avsatt tid til arbeidet.

I starten tenkte vi at vi skulle følge opp ett par uker før vi ikke reiste dit på en stund. Men nå er vi litt raskere og ser åssen det går. Da endra vi på rutinene våre - avdelingsleder

Vi har gjort en endring av ledelse, så de som var teamledere før, da var det fire teamledere, nå er det tre avdelingsledere. Så det var jo den ene teamlederen, han ble jo da koordinator for velferdsteknologi - enhetsleder

Alle lederne var involvert i prosjektet på en eller annen måte og de hadde valgt en struktur hvor superbrukere var satt til den meste av jobben med innføringen. Superbrukere hadde fått delegert myndighet til å velge ut hvilke pasienter det kunne være aktuelt å gi tjenesten til og alle ansatte hadde fått opplæring og de var med i forløpet når beslutninger skulle tas om veien videre for prosjektet med innføring av EMD på pasientnivå, sa informanter fra de øvrige ledernivåene i den ene kommunen:

De har jo sittet og planlagt sammen med avdelingslederne og meg i forhold til hva trengs og så har det jo blitt en forlenget arm at superbrukerne og avdelingslederne har et samarbeid da - enhetsleder

De har ganske stor myndighet - kommunalsjef

Så det satt da folk i rådgiverfunksjoner og ledere helt opp til rådmannen og var med og definerte hvorfor og hvor skal vi - kommunalsjef

Det fremstod på det øverste ledernivået at de vurderte at de hadde gitt en stor grad av myndighet til at avdelingsledere og at deres personell kunne ta beslutninger slik de anså som best. Da jeg snakket med avdelingslederne, beskrev de det slik at ansatte kunne komme med sine meninger på pasientnivå, ikke at de kunne beslutte om dette skulle gjennomføres eller ikke. Avdelingsledernivået sa ikke at andre enn øverste ledere hadde deltatt i forankringen. Avdelingslederne fant det også utfordrende å motivere ansatte og superbrukere, og ledere følte de måtte «dra prosjektet». Det var et gap mellom hva øverste og laveste ledernivå fortalte om i hvilken grad ansatte hadde blitt involvert. Samtidig ble det fortalt av noen informanter at de hadde gitt høy grad av myndighet, mens andre fortalte at det var bestemt. Da kom også begrepet «motstand» til bruk:

Jeg ønsker i hvert fall at de skal ha den myndigheten til å hvert fall hvis de ser det er aktuelt med det, at dem gir beskjed om det. At de har myndighet til å... ikke bestemme at det blir gjort, men at dem kommer og sier ifra - avdelingsleder

Det har på en måte vært; dette kommer, dette må vi forholde oss til. En overordna bestemmelse - avdelingsleder

Det var en antakelse om at det ville være kanskje særlig pårørende og brukere som ville yte mest motstand mot å innføre det her, men det avdekket vi ganske fort at lå i det enkelte helsepersonell - kommunalsjef

Det ble ikke i stor grad snakket om motstand, men om misnøye og manglende oppslutning fra ansatte i starten av prosjektet. For å undersøke informantenes erfaringer rundt samarbeid og involvering, stilte jeg spørsmål som omhandlet hvorvidt de hadde involvert tillitsvalgte. Én av informantene var selv en tillitsvalgt, og fortalte at hun ikke hadde brukt den rollen i dette arbeidet. De øvrige informantene virket forundret over spørsmålet og kunne ikke si at de i nevneverdig grad hadde involvert de tillitsvalgte. Ingen informanter kunne utdype i hvilken grad tillitsvalgte var involvert, foruten at det var plasstillitsvalgte på de ulike avdelingene. Flere informanter hadde ikke tenkt noe særlig over involvering av disse, som utsagnet under viser:

Jeg har ikke engang tenkt på det. For å være ærlig» - kommunalsjef

Følgende utsagn gjengir et annet syn på samarbeidet med tillitsvalgtorganet:

Så er det heldigvis et veldig godt samarbeid mellom tillitsvalgt, verneombudstjeneste og den enkelte leder på alle nivåer. Så de er jo godt involvert vil jeg si - kommunalsjef

Informantene savnet samarbeid internt i kommunene. Allikevel var det et samarbeid mellom koordinatorene eksternt, på tvers av kommunegrensene.

Altså én person alene hadde ikke klart det. Men i hvert fall at det var en prosjektleder og så at det ble personer som fikk den funksjonen fra hver enkelt kommune som da kunne dra dette her sammen da. Så sånn sett så var det en struktur langt over kommunegrensa som gjorde overhodet mulig å få gjennomført det - kommunalsjef

De ansatte var en av de viktigste menneskelige ressursene da det var de som var ansvarlige for bruken av maskinene, fortalte informantene gjentatte ganger i intervjuene. I intervjuene reflekterte lederne over at de burde ha inkludert de ansatte i større grad før prosjektets oppstart, ved å gi dem nok informasjon og mulighet til å komme med innspill. Dette kunne være et tegn på at de visste hvordan og på hvilket nivå de skulle benytte fagkompetansen til ansatte. Det kan også være et uttrykk for at de ikke var sikre på hvilken endringskompetanse ansatte hadde, slik at øverste ledernivå ikke så det som naturlig å involvere dem på et tidligere tidspunkt. Hvis de skulle gjennom lignende innføringsprosesser i fremtiden, hadde enkelte informanter et ønske om å involvere ansatte gjennom arbeidsgrupper eller team både i forkant og under hele innføringer. I intervjuene viste informantene til en selvkritisk holdning rundt involvering av ansatte:

For hvis folk opplever at det er for stor avstand mellom teori og praksis og et den enkelte medarbeider ikke forstår nytten av det, så kan det være så fint og fjongt det bare vil uten at vi kommer i mål - kommunalsjef

For medarbeiderne ute i hjemmebaserte tjenester i en travel hverdag, så ble det kanskje nesten litt provoserende at det var det kronetallet som kom frem - kommunalsjef

Alle informantene har som nevnt tidligere snakket om at de trodde grunnen til at de hadde klart å gjennomføre innføringen, var at de hadde personer i roller som gav det lille ekstra, uten å ha blitt tidlig involvert. Som hadde vært gode på å motivere, som hadde brent for å få dette i gang, vært mer tekniske enn andre og at det handlet mye om egnethet. De mente at det kunne vært nyttig for ansatte å ha arbeidsgrupper hvor de kunne få informasjon, utveksle tanker og erfaringer og det ville gitt mulighet for økt oppslutning om innføringen.

Da det gjaldt hvilken kompetanse som ble benyttet inn i prosjektet kunne de vise til: sykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og ufaglærte. Noen hadde videreutdanning i ledelse og i velferdsteknologi. IKT hadde vært noe involvert, men i varierende grad i kommunene.

4.3 Ledernes beskrivelser av sin egen påvirkning på prosessen

På direkte spørsmål om lederne kunne beskrive en pådriver for innføring sa både avdelingsledere og enhetsledere at det var ledere høyere opp, eller de selv, som var en medvirkende årsak til vellykket innføring. De hadde en stor interesse for fagfeltet. Kriteriene for en vellykket innføring som inngangsport til denne studien, er som jeg nevnte innledningsvis at kommunene hadde innført og hatt EMD i bruk i over seks måneder. Flere ledere mente årsaken til vellykket innføring hadde mye med sine egne interesser for feltet å gjøre:

Jeg opplever nå i hvert fall at det er avhengig av meg, for det er også opp til meg å løfte det hele tiden - avdelingsleder

Jeg satt jo i det regionale, så jeg var en ganske pådriver for mitt fagområde. Det er jo igjen å komme inn på mitt engasjement kontra kanskje en annen enhetsleder da - enhetsleder

Lederne roste hverandres innsats, både de over seg og de under seg, samtidig som de så sin egen gode innsats. Dette ble underbygget flere ganger, hvor jeg fikk eksempler fra kommunalsjefer om at avdelingslederen var rene kinderegget, og enhetsledere som fremhevet innsatsen til sin leder igjen (beskrevet som etatsleder) som flere av utsagnene under viser:

Hun jobber jo på et strategisk nivå og er egentlig en pådriver og motivator for tjenestene - kommunalsjef

Etatsleder har óg vært en pådriver i det her. Ho har stått på og det hadde nok ikke skjedd noe uten ho - enhetsleder

Så tror jeg nok kanskje også det at jeg som kommunalsjef er sykepleier har ganske stor innvirkning fordi jeg personlig er veldig engasjert i velferd- og mestringsteknologi og etterspør. Ikke bare kroner og ører, men jeg spør når jeg snakker med de ansatte: hvor mange har vi klart å plassere ut og har du noen gode historier og. At vi er på, det gjør noe med engasjementet - kommunalsjef

Det var ikke tydelig at det var noen spesielle ledernivåer som hadde tatt mer ansvar enn andre. Jeg tolket det som at det er personene selv, litt uavhengig av

ledernivå, som blir omtalt da de snakket om at de var pådrivere, ikke nødvendigvis tok ansvar for selve innføringen.

Ingen av informantene hadde mye å si om innføringen hadde påvirket måten de foretok beslutninger på. De viste alle til at dette var det myndighetene som hadde bestemt at de skulle igangsette som nevnt, og det følte de gjorde noe med handlingsrommet deres. På direkte forespørsel om hvem de involverte i prosessen ved forankring, mål og hvordan informasjonsflyten hadde foregått, reflekterte lederne over at de kunne gjort andre valg i prosessen for eksempel rundt involvering og informasjon til ansatte. Én enhetsleder kalte økonomisk innsparing en *prosess* når hun reflekterte over innføringsprosessen de hadde vært igjennom:

Jeg ville jo på en måte hatt en litt annen prosess. Enn at dette her kuttet kommer - enhetsleder

Dette kunne være et uttrykk for at prosjektet hadde hatt et så stort økonomisk fokus at hele innføringen ble tenkt på som en økonomisk prosess. Ingen kunne si direkte om dette prosjektet hadde påvirket måten de foretok beslutninger på. De hadde hatt utfordringer med å få prosjektet i gang og hadde brukt 2-5 år på det. Begge kommunene hadde flat struktur og lederne følte seg skviset mellom tidsklemma og hvilke oppgaver som styrte arbeidshverdagen, viste beskrivelser. Alle lederne uttrykte at de var vant til å ta beslutninger raskt og at de alltid jobbet med mange oppgaver på én gang, slik at det kunne være vanskelig skille ut beslutninger som ble tatt spesielt rundt dette prosjektet. De uttrykte også at dette hadde vært nytt og utfordrende for dem og det kom stadig problemstillinger de måtte forholde seg til som de ikke har vært borte i tidligere. Spesielt på avdelingsledernivåene. De måtte prøve og feile og da de hadde opplevd at prosjektet hadde gått tregt, hadde de foretatt noen valg for å komme videre, ble det sagt:

Noen ganger så har vi tenkt at vi bare prøver, kanskje det faktisk fungerer. Og det har jo ofte fungert -avdelingsleder

Vi følger ikke rutinene våre så slavisk som vi gjorde da. Ser det litt an i stedet - avdelingsleder

Eller så er dette nybrottsarbeid, så du klarer ikke forutse alt man kommer opp i eller bort i problemstillinger som ligger der, synes jeg - kommunalsjef

Disse daglige utfordringene lederne stod i kunne, være en medvirkende faktor til at de i stor grad hadde lagt seg i hendene til konsulentfirmaene og deres planer for det meste i prosessen. Lederne var opptatt av at de som skulle utføre tjenesten hadde eierskap og følte ansvar, lederne ble de som skulle etterspørre og sørge for at ansatte utførte de nye oppgavene i tråd med overordnede strategier. Samtidig viste jeg til datamateriale tidligere hvor lederne ikke hadde erfart at ansatte tok eierskap. Det var et gap mellom ønsket situasjon og opplevd situasjon. I den ene kommunen hadde de hatt utskiftning av avdelingsleder og derfor kunne det være en årsak til at det tok lenger tid før avdelingslederen følte eierskap til prosjektet og tok ansvar for beslutningene, ble det sagt i ett intervju. Det var en del av spørsmålene den ene avdelingslederen ikke kunne besvare og hun uttrykte selv at hun skulle begynne å etterspørre mer informasjon om forløp og progresjon i fremtiden. I den andre kommunen hadde kommunalsjefen gitt høy grad av myndighet helt ned til superbrukernivået. Hun hadde delegert til den med fagkunnskap og interesse, fremfor å tenke ledernivå. Som hun sa:

Jeg har veldig tro på at folk som har kompetanse på området, ja da har hun også beslutningsmyndighet. Jeg har avklart med rådmannen altså. Jeg vet ikke om han skjønner hva jeg har drevet med, men han sa ja - kommunalsjef

Her er det delegert. Hun er gitt et fritt handlingsrom så langt det er mulig. For hvis en skulle gått inn og detaljstyrt uten å... da måtte en brukt fryktelig mye tid. Hun har tatt et handlingsrom og fått et handlingsrom. Tror jeg da. Nå går hun inn i resten av det prosjektet med kvalifiseringer og anbud med kommunalsjefsmyndighet ho - kommunalsjef

Det som kom frem handlet mye om den menneskelige ressursen og det at dette var nybrottsarbeid, som jeg allerede har presentert i tidligere avsnitt. For informantene ble det beskrevet som at de måtte utvide horisonten og tenke annerledes og det hadde vært personavhengig om de hadde fått det til. Å innføre noe nytt fordret

ledelse og oppfølging og endring av arbeidsmåter var én av hovedutfordringene de stod i.

Det handler jo om at vi ser at vi må jobbe annerledes og at vi ikke har kapasitet da - avdelingsleder

Ledernes hovedoppgaver, sa de, var å skape nok rom for superbrukere og ansatte til å drive arbeidet med innføringen av EMD og sørge for god opplæring og informasjon. Samtidig fortalte de at det var dette de hadde hatt utfordringer med da de i ettertid skulle beskrive dette for meg. Ikke alle ansatte hadde god nok informasjon og motivasjon og det arbeidet kunne oppleves som utfordrende. Noen hadde gitt høy grad av myndighet til å ta beslutninger, mens andre ikke hadde gjort det. Lederne var vant til nye oppgaver og å omstille seg raskt, men erkjente at de måtte ha interesse og motivasjon selv for følge opp at prosjektet ble styrt i riktig retning. Deres største utfordringer virket det som, handlet om å motivere ansatte og pasienter, gi de nok informasjon, samt å planlegge for bruken av EMD i fremtidige budsjett. Det var ikke tydelig i intervjuene hvem informantene mente hadde ansvaret for selve innføringen av EMD. Ansvaret var noe pulverisert og lederne som interesserte seg for teknologi, følte ansvar, mens andre tenkte at deres oppgave var å muliggjøre innføringen ved å gi ansatte ansvar. Enkelte forklarte at i ettertid ville de som nevnt gjort en del ting annerledes om de skulle fått lignende oppgaver igjen.

4.4 Syntetisering av funn

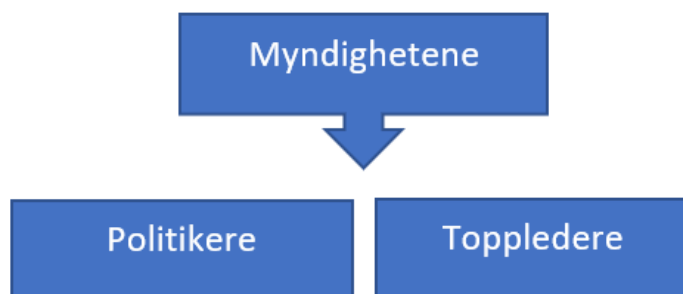
Jeg hadde til hensikt å studere *lederes beskrivelser* av en *prosess med innføring* av elektroniske multidosedispensere. Jeg brukte ord som «forankring», «mål», «kartlegging», «informasjon», «samarbeid» osv. i mine spørsmål til informantene. Jeg baserte intervjuguiden på tilegnet teori om strukturelle organisasjoner, historisk bakgrunn for innføring av teknologi i helsesektoren og teori om arbeidsprosesser når jeg utformet spørsmålene. Jeg ønsket å vite hvordan en prosess forløp seg i en norsk kommune, hvordan ledere opplevde den og hva de ville trekke frem som viktige faktorer som påvirket prosessen og hva de hadde lært underveis, av både gode og dårlige erfaringer. Jeg ønsket å finne ut hvem *de* mente har ansvaret for en slik innføringsprosess og i hvilken grad eksterne konsulenter eller andre hadde en rolle i samarbeidet om innføringen.

Jeg opplevde at informantene snakket om andre begreper enn jeg først antok at de ville beskrive. Informantene henviste villig til overordnede mål fra myndighetene, men lite om mål for selve innføringsprosessen lokalt i kommunen, som et eksempel på det.

4.4.1 Sammenfatning av ledernes beskrivelser av prosessens delementer

Av datamaterialet kan vi se at innføringen var en avgjørelse på myndighetsnivå, ikke på grunn av behov oppstått spesifikt i organisasjonen. Det var ikke valgfritt, kommunene skulle innføre og det innen få år. Denne ufrivillige inngangsporten kan ha medført at de ikke hadde grunnlag for å tenke at de skulle forankre dette spesielt. Det var kommunalsjefene som var deltakere i team under forankring og målutforming. Hensikten, viste det seg, var avgjort på høyt nivå. Det var ikke slik at kommunene hadde pasienter i kø, eller avdelinger som enkelt så at de kunne dra nytte av EMD. Forankringen lå hos myndighetene, dernest hos politikerne i kommunen og øverste ledere (kalt toppledere) som hadde deltatt i regionale samarbeid. De ansatte hadde ikke deltatt i forankringen.

Jeg synliggjør forankring i en oversikt:



Figur 4.1: Egenutviklet figur som viser nivå av forankring

Begge kommunene hadde samarbeidet med andre kommuner om innføringen og fått tildelt økonomiske ressurser ut ifra størrelse på kommunen som datamaterialet viser er avgjørende faktorer for innføringsprosessen. Kommunene hadde ingen egne mål for prosessen. De hadde ingen konkret plan for informasjon og involvering. Modellen over viser hvilket nivå innføringen ble forankret på. Det er gjennomgående i datamaterialet at lederne ikke så dette som en fordel, men heller en ulempe at ikke ansatte hadde vært involvert tidligere.

Det var krav om at de skulle kunne forutse fremtidige kostnader og behov og vise til et lavere forbruk. Kommunene ikke hadde penger til dispenserne, men kjøpte dem allikevel som en konsekvens av at de hadde fått midler til å opprette prosjektstillinger gjennom pilotprosjektet.

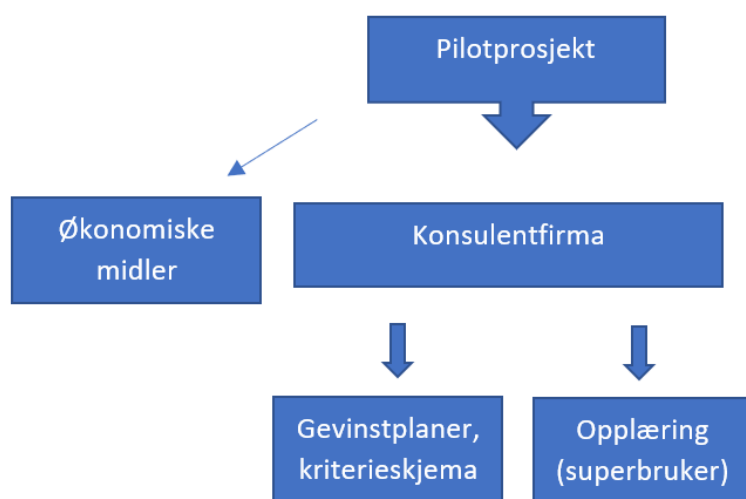
Datamaterialet viste at lederne selv hadde vært en avgjørende faktor for en vellykket innføring ved at de var engasjert og etterspurte informasjon om hvordan det gikk. Andre påpekte at deres ledere burde deltatt mer, at mer informasjon burde kommet fra ledere høyere opp i de kommunale nivåene ut til de ansatte. Informantene visste ikke hvordan prosessen ble evaluert, foruten evalueringer på pasientnivå. Dette hadde superbrukere og ansatte ansvaret for. Hvis en leder ikke var engasjert eller så nytten av dette, hadde prosessen stagnert over ett år. Lederne var vant til å ha mange arbeidsoppgaver og å måtte beslutte ting raskt. Noen hadde tatt etterutdanninger i velferdsteknologi. Lederne var selv pådriverne og anså det som en medvirkende årsak til at kommunene har klart å innføre EMD. Tiltak som kompetanseheving kan ha vært med og styrket kvaliteten på gjennomføringen av prosjektet.

Motivasjon ble en vesentlig faktor lederne hadde hatt fokus på. Da spesielt motivasjon av ansatte og pasienter. Datamaterialet viser at det ved oppstarten var vanskelig å motivere de ansatte og noen steder opplevde informantene pasientene som mer positive og andre steder opplevde de pasientene mer motvillige. En løsning på dette ble presentert som en anbefaling om å nedsette arbeidsgrupper for ansatte hvor de kunne sparre og drøfte erfaringer og få utløp for frustrasjon og få mer innsikt i prosessen. Det hadde vært utfordrende å få de ansatte til å se hvordan innføringen kunne avhjelpe dem i en stresset hverdag da de fikk merarbeid i oppstarten av innføringen. Innføringen ble beskrevet som holdningsendrende arbeid og det ble uttalt at misnøyen som hadde blitt uttrykt av enkelte ansatte hadde avtatt med tiden. Lederne reflekterte over at mer informasjon og involvering av ansatte kunne ført til økt oppslutning. Selv om informantene brukte uttrykket «motstand» gikk vi ikke nærmere inn på hva de la uttrykket, da uttrykket ble brukt bare én gang. Det var ingen som fortalte om spesielle former for motstand hos ansatte, annet enn at lederne opplevde at ansatte ikke så nytten av innføringen. Den opplevde motstanden og manglende oppslutningen avtok med tiden.

Ett av hovedfunnene i denne studien er at det ikke fremkom tydelige elementer om prosessen. Kommunene hadde klart å gjennomføre en innføring av EMD allikevel. Hvordan kan det ha seg? Her viser funn at konsulentfirmaene og superbrukerrollen har vært avgjørende faktorer og var ansvarlige for innføringen. Bruk av konsulentfirma og superbrukerrolle fremstod som viktig for kommunene for innføringen, ikke prosessen i seg selv.

4.4.2 Konsulentfirmaene fikk tidlig ansvaret for prosessen

Deltakelse i pilotprosjekt var avgjørende for innføringen da innføring av EMD ble en arbeidsoppgave som kom i tillegg til andre oppgaver for de lederne i kommunene. Det var ikke et utstrakt samarbeid internt i kommunene, noe informantene savnet. Forskjellige avdelinger innen helse og IT hadde ikke et pågående samarbeid, heller ikke med vedtaksavdelingen. Gjennom pilotprosjekt fikk kommunene drahjelp til innføring med øremerkede midler og opplæring gitt av eksterne firmaer. Innkjøp av EMD ble foretatt. Derneft skulle lederne og ansatte identifisere behovet hos pasientene. Det forelå ikke en plan for forankring som involverte flere avdelinger på tvers som for eksempel IT-avdelingen og kartleggingsteamet. De som tildelte tjenester og de som skulle ha ansvar for support av teknologien, var ikke i stor grad involvert i forankring og mål. Kommunene gikk rett fra pilotprosjekt via konsulentfirma:



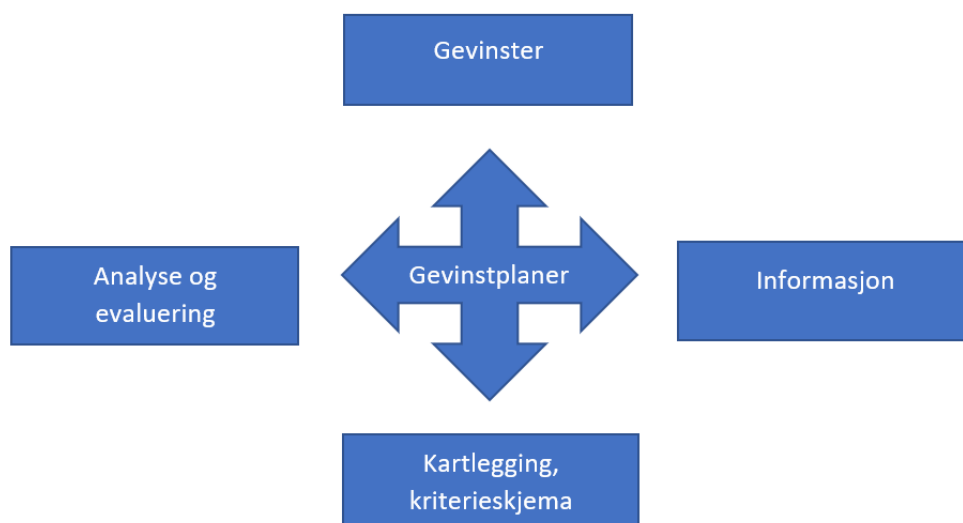
Figur 4.2: Egenutviklet figur som viser pilotprosjektets ressurser

Ved bruk av gevinstplaner skulle kommunene fylle inn og synliggjøre effekter, kartlegge behov, evaluere og synliggjøre ressursbruk og innsparinger. Slik gav de

politikerne informasjon om effektene av innføringen. Det viste seg at beskrivelsene gikk på effekter og gevinster, ikke mål. Superbrukeren var direktelinjen mellom ledelsen, konsulentene og mottakerne av tiltaket.

Ingen av lederne hadde fått mer tid eller fikk omdisponert andre oppgaver på grunn av innføringen, men prosessens forløp krevde tid i tillegg til de vanlige arbeidsoppgavene. Lederne beskrev det som en belastning at kommunene hadde en flat struktur som de mente gav dem mange arbeidsoppgaver innenfor sine roller og ansvarsområder. Det var ingen fordel at innføringsprosjektet kom i tillegg til alt annet de skulle utføre. Det var først da kommunene fikk personer i frikjøpte stillinger som hadde avsatt tid til å gjennomføre prosessen det var det mulig å erfare progresjon.

Da jeg ønsket informasjon om forskjellige ledd i prosessen, henviste informantene til gevinstplanene. Planene favnet så mye at jeg vier en egen figur som beskriver dette:



Figur 4.3: Egenutviklet figur som viser gevinstplanenes formål

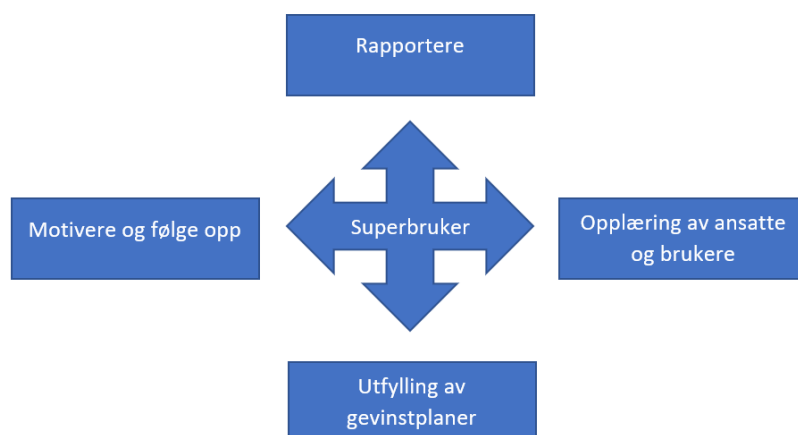
Fra konsulentene hadde lederne fått ferdige brosjyrer som dannet grunnlaget for hvordan de kunne dele informasjon og skape gode holdninger gjennom nok innsikt i mål. Mye tid ble brukt på å informere innbyggerne gjennom forskjellige kanaler. Datamaterialet viser at lederne mente de kunne gjort en større innsats med å informere pasientene, slik at det ikke kom som en overraskelse at tjenesten de ble innvilget kom i form av robot og ikke mennesker. Skjemaer for

kartlegginger og evalueringer var også ferdig designet. Ved utfylling av disse, kunne gevinstene komme synlig frem. Dette var allikevel ikke slik kommunene opplevde at planene fungerte.

Datamaterialet viser at gevinstplanene var utfordrende å bruke da kommunene ikke erfarte at planene inneholdt det de trengte for å synliggjøre innsparingene. De vurderte derfor å lage sine egne planer og skjemaer. Datamaterialet kan tolkes dithen at kommunene utelukkende hadde lyttet til konsulentfirmaene, selv om det var økonomisk belastende, siden de ikke hadde laget sin egen prosessplan før innføringen startet. Det kan tyde på at organisasjon ikke tok eierskap til prosessen, men overlot styringen i hendene på firmaer og enkeltpersoner. Midlene de fikk fra Fylkesmannen gjennom pilotprosjektet gikk til å opprette stillinger. Disse stillingene fikk nøkkelkompetanse i form av opplæring i bruken av dispenserne og ansvaret for gevinstplanene. Det synes som at stillingene inneholdt høy grad av ansvar for innføringens fremdrift.

4.4.3 Superbrukeren har ansvaret for oppfølging

Kommunene fikk opprettet hver sin stilling med ressurspersoner. Opplæring av disse ble som nevnt gitt av konsulentfirma. Sykepleiere og hjelpepleiere ble kun inkludert i utforming av mål for hver enkelt pasient. Superbrukere fikk rollen som ansvarlig for å lære opp ansatte og fylle ut kriterieskjemaer og gevinstplaner og gi ut informasjon til tjenestemottakerne. I én kommune var avdelingsleder superbruker, i en annen kunne det være en sykepleier eller ufaglært. Superbrukers oppgaver slik datamaterialet viser, synliggjør jeg i figuren under:

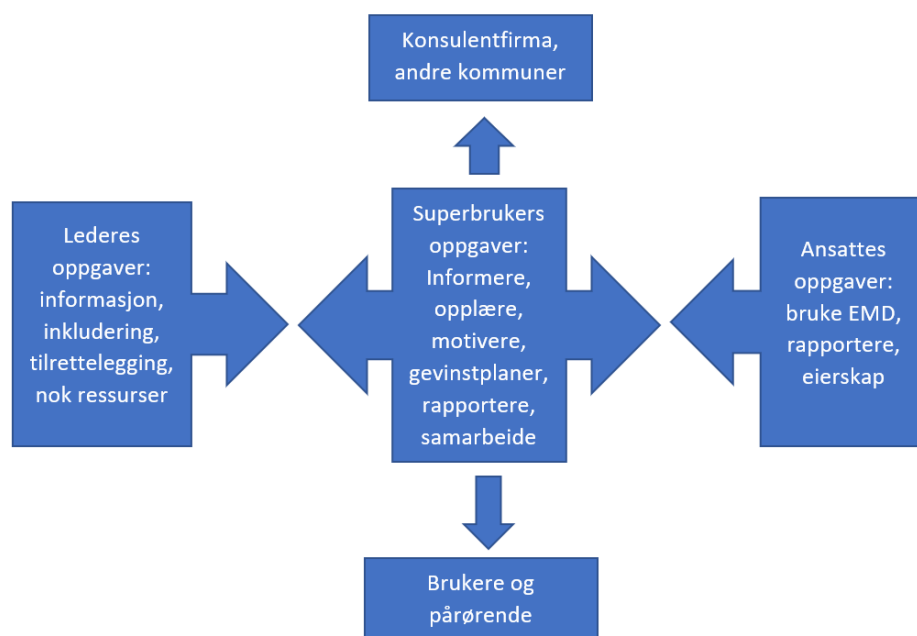


Figur 4.4: Egenutviklet figur som viser superbrukers ansvarsområder

Det er nesten slående hvor like disse to figurene over superbrukers ansvarsområder og gevinstplanenes formål er. Det gjør at det fremgår at disse står som betydningsfulle i prosessen med innføringen.

Rollen som superbruker ble beskrevet som en dedikert person med en interesse for temaet. Denne måtte være en pådriver, teknisk interessert, pedagogisk fremgangsmåte, ildsjel og ha avsatt tid til det. Dette var ifølge alle informantene, medvirkende til at de hadde klart å gjennomføre innføringen. Viktigheten av godt samarbeid ble understreket, også på tvers av kommunegrensene, og pilotprosjekt gjorde dette mulig. Datamaterialet viser at det å lede prosjektet kunne oppleves som ensomt og med mye ansvar på få personer, spesielt for superbrukerne eller ildsjelen. Ledernes oppgaver var å gi superbrukere tid og rom til å drive arbeidet. I den ene kommunen hadde de gitt høy grad av myndighet til superbruker, på kommunalsjefsnivå, med ansvaret for innføringen. Det ble sagt at de ønsket at avdelingene skulle «dra dette selv». Det viser hvor lederne mente at ansvaret skulle ligge. Eierskapet ble forsøkt plassert så nær utøvende utfører som mulig.

Superbrukerrollen fremstod som krevende og kompleks, viser datamaterialet. Følgende figur viser rollenes ansvar og samspillet mellom alle involverte parter:



Figur 4.5: Egenutviklet figur som viser de forskjellige involverte rollenes ansvar

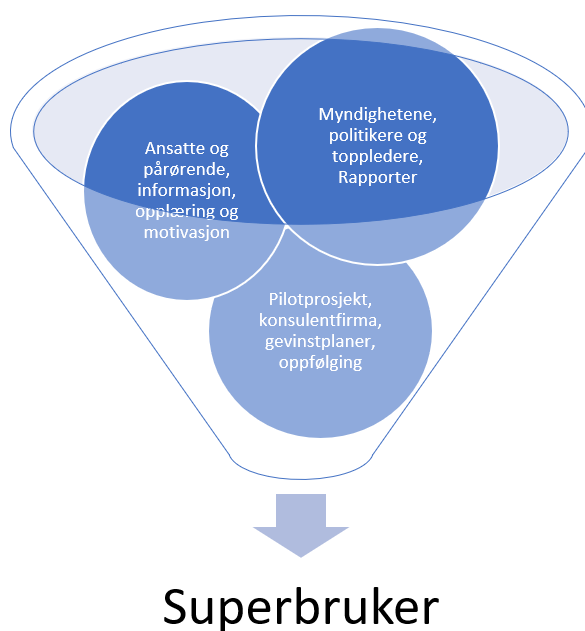
Kommunene hadde foretatt en beslutning om innføring av EMD på øverste ledernivå. Konsulentfirmaer hadde fått ansvaret for prosessen. Ansatte hadde

medvirket på avdelingsnivå, men superbrukeren var nøkkelen til faktisk gjennomføring. Som modellen over viser, var superbrukeren limet mellom ansatte, pasienter, lederne og konsulentfirmaer og den som hadde et utøvende ansvar for alt rundt innføringen av dispenserne. Det lå ikke et økonomisk ansvar til superbrukeren, men informantenes erfaringer var at det var et visst press på å levere gode nok rapporter som skulle vise til innsparinger.

4.4.4 Funnene bygger opp til tre drøftingsområder

Hovedfunnene kan kategoriseres under følgende tre områder: Innføringen lot seg gjennomføre uten en tydelig prosess, samarbeidet med konsulentfirmaer betydde mye for innføringen og superbrukeren var muliggjøreren.

Jeg forventet å finne en stegvis prosess med mange ledd som fortalte hvordan innføringen hadde foregått. Jeg fant i stedet at kommunene hadde lykket med innføringen, men uten at de kunne beskrive hvilke elementer prosessen hadde bestått av. Jeg vil i neste kapittel drøfte flere mulige årsaker til at kommunene ikke har utdypende beskrivelser av prosessen og hva som kan være medvirkende årsaker til dette, med tilknytning til teorien jeg presenterte i kapittel 2. På bakgrunn av de figurene jeg har laget for å presentere sammenfatningen av funnene, presenterer jeg her en overordnet figur:



Figur 4.6: Egenutviklet figur som viser ansvarsområdene og oppgavene en superbrukerrolle innehar

5.0 Drøfting

I forrige kapittel presenterte jeg min empiri uten å kople den til teori. I dette kapitlet er det kopling av empiri til teorien som står sentralt. Det er tre hovedtemaer jeg drøfter; prosessen, konsulenters rolle og enkeltindividet som et verktøy for innføring av EMD.

5.1 Innføringen lot seg gjennomføre uten identifiserbare delementer i prosessen

Forankring

Jeg hadde en antakelse om at kommunene hadde en oversikt over prosessens delementer, nesten stegvis. Datamaterialet viser at kommunene ikke fulgte en tydelig prosess. Moland (2015) påpeker at sjansene for at et prosjekt videreføres øker om hensikten oppleves som god av de som er involvert. Det kan styrke prosesser om de ansvarlige sørger for inkludering av alle involverte på et tidlig tidspunkt slik at hensikten og forankringen er tydelig for alle. Moland (2015) viser til at dårlig forankring kan påvirke den senere prosessen. Helsedirektoratet (2017) understreker det samme som Moland (2015), når de påpeker at for å lykkes med innføring av EMD må endringsprosessen forankres i hele organisasjonen. Datamaterialet viser at ledere og ansatte i liten grad var inkludert i forankring da kommunene gikk inn for en satsing på ny teknologi. For å oppnå god forankring bør ledelsen sørge for at ansatte kan få mulighet til å føle eierskap, at de får nok informasjon og det bør settes av tilstrekkelige ressurser (Helsedirektoratet, 2017).

Det fremkom i datamaterialet at hensikten ikke var formidlet godt nok til de ansatte før innføringen. Det kan skape problemer når ansatte ikke tydelig forstår hvilke arbeidsoppgaver som skal prioriteres og de kan begynne å forme rollene sine etter egne behov, beskriver Bolman & Deal (2014, s. 99). Hvis ansatte ikke var innforstått med hensikten med innføring av EMD, kan en fremgangsmåte være å beholde fokuset på sine vanlige arbeidsoppgaver og prioriteringer. Ramsdal et al. (2009) beskriver dagens organisasjoner som fleksible ved at ansatte i større grad får benytte sitt skjønn og er blitt gode på å multitasking. Å innføre EMD kunne gi kommunene muligheter til å gi mer fleksible tjenester og endrede arbeidsoppgaver for ansatte ved at de kunne velge mellom alternative måter å

utføre tjenestene på enn tidligere. Et forsøk på å være fleksibel kan bli et mislykket prosjekt da strukturelle og kulturelle mekanismer kan motvirke hverandre (Skorstad, 2014). Et eksempel på det kan være hvis nye regler og rutiner innad i kommunene ikke samsvarer med forventningene til, eller er oppfattet av de ansatte, vil det kunne skape friksjon i samarbeidet. Bolman & Deal (2014, s. 423) beskriver at hvis folk ikke vet hva som ventes av dem, kan de preges av forvirring og uklarhet fordi forandringer kan undergrave de eksisterende strukturelle ordningene. Det strukturelle perspektivet på organisasjoner beskriver bakgrunnen for hvordan kommunene er bygd opp. Styringslogikker kan skape opplevd markedsmessige relasjoner internt i organisasjonen. Myndighetenes bestilling bestemmer hva det laveste ledernivået i en organisasjon skal utføre, skriver Skorstad (2014). Et lignende eksempel gir Bolman & Deal (2014, s. 225) ved at det er de folkevalgte og offentlige myndigheter som skal sette målene i offentlige etater. Datamaterialet i denne studien viser at administrasjonen og politikerne ble inkludert i forankring, men ikke den enkelte ansatte. Det kan være nærliggende å tro at årsakene til at de ikke tenkte at de trengte å forankre prosessen, kunne være fordi det allikevel var bestemt av andre enn organisasjonen selv. Det er allikevel ikke slik at involvering i seg selv ville vært en garanti for suksess, det er i tillegg viktig å tilpasse de eksisterende rollene og relasjonene, ifølge Bolman & Deal (2014, s. 423). Det viser empirien at kommunene til en viss grad har forsøkt underveis i prosjektene ved å opprette roller, opprette eksterne kommunikasjonskanaler og sette av tid til de som skal ha ansvaret for opplæring og innføring.

Informasjon og evaluering

Samtidig er organisasjonsstrukturen, dens omgivelser og kommunikasjonssystemer tydelig med på å sette begrensninger for beslutningstakernes muligheter for å utøve skjønn (Flaa et al., 1995). For å utøve skjønn må beslutningstakerne ha nok informasjon å basere sitt skjønn på. Datamaterialet viser at informasjonsflyten kunne hatt et større fokus. En organisasjons struktur kan sette begrensninger for individet ved at kommunikasjonssystemet legger opp til hvem man samhandler med og ikke, og lager regler individene må følge som bestemmer i hvor stor grad de får delta i beslutninger (Flaa et al., 1995). Den enkelte ansatte, utførerne, ble ikke inkludert

før oppstart av prosjekt og det kunne være med å sette en begrensning for i hvilken grad de kunne komme med innspill. Samtidig viser funnene i denne studien at det ble foretatt beslutninger underveis i prosjektet som viste at lederne hadde tiltro til enkeltindivider og ikke virket engstelige for å miste styringen av den grunn. Det viser seg i studiens datamateriale at det ikke var laget en plan for evaluering av disse enkeltindividenes prestasjoner, noe Flaa et al. (1995) påpeker at er avgjørende for videre læring for organisasjonen. Jeg drøfter mer om læringsutbytte når jeg videre ser på konsulentenes påvirkning på organisasjonen lenger ned i kapittelet.

En artikkel av Christie et al. (2018, s. 44) viser at for å nå målene om samhandling og mestring, er ikke innføring og bruken av EMD ene og alene tilstrekkelig. Det bør være gode informasjonskanaler og møteplasser. Det å være med i et pilotprosjekt hadde gitt kommunene et nettverk utover internt samarbeid og studien viser at samarbeidet mellom kommunene ble fremhevet som viktig. Internt i kommunene hadde det ikke vært et utstrakt samarbeid, noe som ble sett på som en utfordring fordi alle avdelinger ikke forstod hensikten med innføringen. Kommunene i studien var organisert både med vertikal og horisontal samordning. De valgte en fordeling av arbeidsoppgaver etter hva som var mest hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle. Selv om organisasjonene var hierarkisk oppbygget, kunne de strukturert seg ved hjelp av team eller arbeidsgrupper rundt en slik prosess ved innføring av EMD som superbrukerne kunne ledet. Det fremgår allikevel at kommunene ikke hadde satt sammen noen arbeidsgrupper på lavere nivå og informantene anså det som en svakhet i prosjektet. Dette kom til uttrykk ved at de savnet informasjon og en felles forståelse for hensikten med innføring av EMD og opprettelse av arbeidsgrupper kunne vært et verktøy for å fremme dette. Bolman & Deal (2014, s. 320) oppsummerer at teambygging handler om å skape en felles kultur ved å samle et fellesskap av mennesker som «finner sin sjel». Det handler i hovedsak om å sette de rette menneskene i den rette strukturen. Ledere kan finne dette utfordrende med knappe ressurser, stort gjennomtrekk av folk og med ansvar for budsjetter i forhold til økonomiske krav. Å bygge kultur gjennom team som arbeidet på tvers internt i kommunene med mulighet til å komme med innspill før oppstart kunne gitt de involverte påvirkningsmulighet slik at eierskapsfølelse og samarbeidet kunne blitt styrket.

Lederne i prosessen hadde tilstrebet å gi informasjon og å få informasjon, men de uttrykte at det ikke var gjort godt nok. Kommunene hadde endt opp med én nøkkelperson med mye ansvar. Bolman & Deal (2014, s. 78) beskriver at vellykkede organisasjoner samordner enkeltindividers og gruppers innsats ved å gjøre bruk av forskjellige metoder. At ledere står i et klassisk dilemma mellom arbeidsfordeling og samordning av arbeidsinnsats er helt vanlig (Bolman & Deal, 2014, s. 98). I motsetning til Moland (2015) som påpeker at det er mulig å identifisere delementer i en prosess og at disse bør følges for en vellykket gjennomføring av en endring, påstår Jacobsen (2018, s. 140) at det er praktisk umulig å lage en plan for endringsprosessen. Han viser til at sosiale systemer er så komplekse at det vil være mange elementer man ikke kan forutse. I denne studiens tilfelle handlet samordning av arbeidsinnsats og fordeling av oppgaver om innføringen av ett spesifikt teknologisk hjelpemiddel. Hvis flere tiltak var pågående på samme tid og ikke var timet i forhold til hverandre, kan de involverte oppleve en overdreven endring, ifølge Jacobsen (2018). Det kan skape motstand og apati og føre til at endringsprosessen stopper opp. For deltakerne kan det være vanskelig å se hvordan flere tiltak henger sammen og hvordan de eventuelt påvirker hverandre (Jacobsen, 2018, s. 123). En god prosjektplan med tydelig forankring og målutforming hvor de involverte identifiserte delementene kan således medvirke til en raskere og bedre opplevd prosess.

Mål

Datamaterialet viser at det ikke forelå mål for innføringsprosessen. Det viser at informantene i stedet utelukkende kunne beskrive mål som myndighetene hadde satt, både overordnet, men også for hver pasient. Moland (2015) understreker at prosjekter kan dra ut i tid om ikke målene for prosessen er tydelige og forstått av utførerne. Dette bekreftes i datamaterialet ved at kommunene hadde brukt opptil flere år på prosjektet og det hadde tidvis stått helt stille. Endringer skjer noen ganger av begrenset rasjonalitet eller lovpålegg, mens en beslutning om endring i prinsipp skal komme organisasjonen og dens formål til gode (Moland, 2015, s. 35). Det er det som er opprinnelsen til prosjektene i denne studien gjennom myndighetens bestilling om innføring. Datamaterialet viser at deltakerne hadde forstått at innføringen på sikt ville komme deres organisasjon til gode gjennom ressursbesparelser og økt omfang på tjenesteytingen i fremtiden blant annet. Men,

som Moland (2015) hevder, betyr ikke det at organisasjonen ikke kunne handle rasjonelt. Lederne stod i et klassisk dilemma mellom valg av prioriteringer av oppgaver og samordning, og påpekte i studien at de personene som hadde en spesiell interesse for akkurat denne oppgaven hadde en bedre fremdrift enn de som ikke hadde denne interessen. Selv uten at de involverte ansatte i forankring og mål, fant kommunene nøkkelpersoner i ansattgruppen til å drive prosjektene.

Opplæring/medvirkning

Hvordan forsøkte så kommunene i studien å gi økt kompetanse og medvirkning for sine ansatte? Jacobsen (2018, s. 166) beskriver «utdanningsstrategi» som å sette organisasjonens mennesker i fokus ved å øke kompetansen både på tiltaket, men også på samhandling. Datamaterialet viser at kommunene hadde satset på å øke kompetansen til ansatte gjennom videreutdanninger. «Velferdsteknologiens ABC», lederkurs og superbrukers videreutdanning ble trukket frem som eksempler på kompetansehevende tiltak. Videreutdanningene handlet om å øke kompetansen generelt på velferdsteknologi, men det var ingen indikasjoner på hvordan de hadde økt kompetansen til ledere når det gjaldt å drive endringsprosesser. Moland (2015, s. 41) hevder organisasjoner ofte ikke har tilstrekkelig endringskompetanse. Han påstår at endringskompetanse er like viktig som faglig kompetanse til å utføre selve tiltaket. Et råd han gir er å involvere ansatte i forankring og lage en tidsplan. Hvis et tiltak kommer i tillegg til ordinær drift, kan det føles belastende. Han understreker at en beslutning om endring i prinsipp skal komme organisasjonen og dens formål til gode (Moland, 2015, s. 35).

Datamaterialet viser at ansatte hadde fått et pakkeutdanningsforløp og gjennom dette og pilotprosjekt knyttet de et nettverk på tvers av kommunegrensene, som datamaterialet viser at opplevdes nyttig og som de ønsket å videreføre. Effektene av et slikt samarbeid kan være vanskelig å måle, da alle nyttiggjorde seg det i forskjellig grad. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019) viser til at de vet at kommunene ikke har gode nok metoder for samarbeid og organisering av prosjekter. Det er utfordringer ved at det mangler en metodikk for samarbeid på tvers av sektorer og det er en særlig mangel på metode for å organisere og styre prosjekter i offentlige virksomheter. Det er behov for en arena for erfaringsutveksling i offentlig sektor (Kommunal- og

moderniseringsdepartementet, 2019, s. 21). Det var ikke i stor grad samarbeid innad i hver enkelt kommune. Det kan heller ikke forventes om man ikke gir høy grad av medvirkning til de involverte, mener Hatch (2011). Beslutningstakere må sørge for at avgjørelsen er rasjonell ved at alle involverte forstår målsetningen og hva som er problemet, slik at det er oppslutning om metodene for å nå målene (Hatch, 2011). Datamaterialet viser at beslutningstakerne ikke hadde nok informasjon og erfaring fra tidligere og strevde med å finne nok informasjon slik at de kunne foreta begrensede valg blant få alternativer. Dette kjenner vi igjen fra modellen om begrenset rasjonalitet (Hatch, 2011, s. 305). En utfordring kan være at man har satt topplederne til å utforme strategien, mens mellomledernivået og de videre ut i organisasjon fikk i oppgave å innføre den. En slik rasjonell og hierarkisk inndeling får kritikk av Hatch (2011, s. 130) ved at et slik skille mellom oppgaver kan skape kommunikasjonsproblemer. Selv om det kan virke sårbart at de gav høy grad av myndighet og ansvar til enkeltpersoner, viser datamaterialet at det er nettopp dette som fremheves som suksesskriterium for en vellykket innføring av EMD. Kvalifikasjonene til enkelte ansatte er, ifølge Ramsdal et al. (2009, s. 49), så spesielle at det er viktig å beholde de ansatte fordi de ikke enkelt lar seg bytte ut med tilsvarende personer. Å legge til rette for samarbeid med alle ledd i organisasjonen er strategisk ledelse og bidrar til å gjøre den mer rasjonell, mener Moland (2015).

Beslutninger

Datamaterialet viser at lederne, jeg kaller dem beslutningstakerne i dette avsnittet, ikke hadde erfaringer med innføring av EMD. Som et begrenset rasjonelt individ hadde ikke beslutningstakerne oversikt over det reelle problemet. Denne studien fant at innføringen av EMD ble igangsatt av myndighetene, ikke ved at kommunene hadde et problem å løse, kun signaler fra myndighetene om at de kommer til å få en eldrebølge og ikke får ansatte i fremtiden. Ifølge myndighetene *måtte* kommunene ha velferdsteknologi implementert for å være forberedt. Beslutningstakerne hadde ikke all informasjonen de trengte for å foreta fullstendig rasjonelle beslutninger, viser datamaterialet. Flaa et al. (1995) beskriver at beslutningstakere ofte ikke har mye tid når de foretar beslutninger, og at en jakt på løsninger på utfordringer som oppstår underveis, er tidkrevende. Modellen om *prøving og feiling* er gjenkjennelig gjennom flere utsagn. Informantene beskrev at

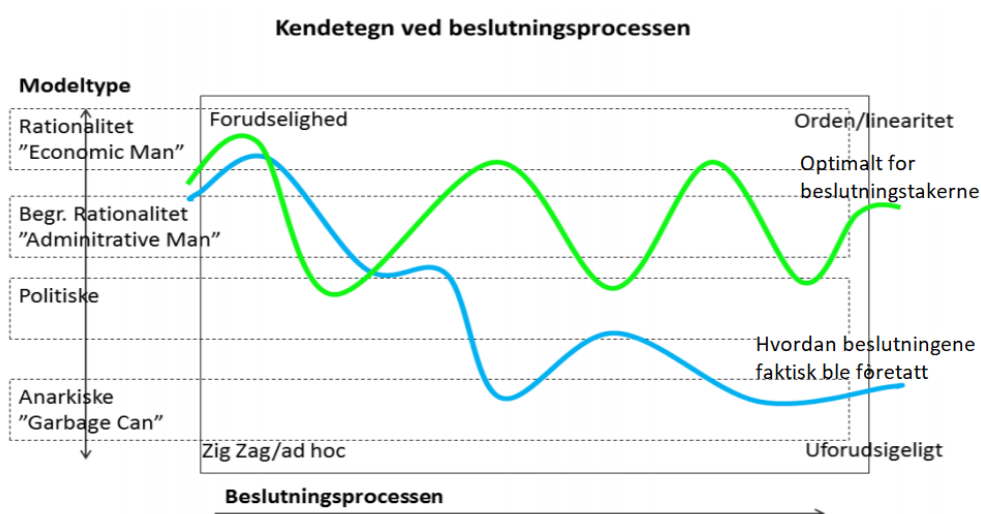
de nærmest «hoppet i det» og tenkte at det ville nok gå bra. Det viste seg å gi dem positive erfaringer. Flere slike positive erfaringer vil kunne føre til at beslutningstakerne lærer at det lønner seg å «hoppe i det», ifølge Hatch (2011). Beslutningstakerne så seg fornøyd da de bare måtte foreta et valg og tok en beslutning. Uten enkle fasitsvar må ledere finne et hensiktsmessig system av relasjoner og roller i en kamp mellom strukturelle dilemmaer og vanskelige avveininger, beskriver Bolman & Deal (2014, s. 97). Hatch (2011) snakker om politiske beslutningsprosessers rolle i form av forventninger og krav til levering, noe beslutningstakerne viser at de er innforstått med i denne studien, da de var opptatte av hvordan de kunne presentere resultater på best mulig måte for politikerne. Hatch (2011, s. 302) påpeker at vilkår som fremmer den rasjonelle modellen, er at de involverte er enige om mål og verdier. Hvis beslutningstakerne i denne studien ikke var innforstått med målene, ville det kunne føre til at de foretok beslutninger ved at de vurderte forskjellige alternativer ut ifra seg selv og de omgivelsene akkurat hver og én stod i på tidspunktet, fremfor at de hadde konsensus om hvilken vei de skulle. Datamaterialet viser forskjellige måter beslutninger ble foretatt på. For å nevne noen eksempler fremstod det som noe tilfeldig og individuelt om beslutningstakerne gav høy grad av myndighet til superbruker eller ikke eller hvem de involverte og gav informasjon til.

Det kan fremstå som om begge kommunene hadde klart å innføre EMD med hjelp av beslutningstakere som agerte ut ifra den nevnte søppelbøttemodellen.

Søppelbøttemodellen kjennetegnes ved at en beslutningsprosess er preget av usikre mål og ingen konsensus om hva som er den beste fremgangsmåten. Aktører går inn og ut av prosessen og problemet man skal løse er ikke tydelig definert. Når arbeidstakere er usikre på metodene, beveger de seg imellom alle disse beslutningsmodellene, og det er helt vanlig at de forekommer i organisasjoner samtidig (Hatch, 2011, s. 307). Datamaterialet viser at kommunene ikke hadde ikke et definert problem som skulle løses. Kommunene var fremoverlente og hev seg på bølgen, ble med i pilotprosjekt og kjøpte løsninger på problemer de ikke erfarte at de hadde, men var blitt forespeilet at de ville få. Underveis var kommunene prisgitt enkeltindivider som tok beslutninger, ved at de for eksempel brukte penger de ikke hadde, gav myndighet til ansatte fordi de mente det var nødvendig og valgte å være med eller ikke være med i prosjektet om de hadde

interessen for det. Gustafsson (2012) viser i sin modell (figur 2.1 s. 23) at denne formen for beslutningstaking tilhører det anarkisk inspirerte feltet. Det som taler for at innføringen tidvis var preget av en anarkisk beslutningsprosess er at aktørene ikke hadde gjort dette før. Innføring av en ny teknologi var en unik arbeidsoppgave i denne sektoren. Datamaterialet viser at lederne ikke hadde store erfaringer på området de kunne dra nytte av. Dette kunne være medvirkende til at det er uklart hvordan prosessen forløp seg, hvem som skulle være deltakere og ingen tydelige mål for prosessen. March (1994, s. 201) beskriver at mennesker og begivenheter strømmer vilkårlig rundt i organisasjonen og problemer løses ved at man finner en løsning på grunn av vilkårlige ansatte som akkurat på det tidspunktet kommer inn i organisasjonen og tar og får ansvar. Noen ganger foretar beslutningstakere til og med valg hvor de lanserer løsninger, uten at de har et problem (March, 1994, s. 201). Det er synlig i denne studien ved at kommunene starter en innføringsprosess før de har et problem å løse.

For å låne noe som gav meg stor inspirasjon, presenterer jeg her en egenredigert figur av Gustafsson (2012, s. 52) sin modell med utgangspunkt i figur 2.1 hvor hans resultater er slående like beskrivelsene til lederne i denne studien. Her er tekstene på enden av linjene redigert av undertegnede, hvor jeg ser den grønne linja som et bilde på hva som kunne være «optimalt for beslutningstakerne» og den blå linja «hvordan beslutninger faktisk ble foretatt» ut ifra erfaringene informantene beskrev:



Figur 5.1: En egenredigert figur over beslutningsmåtene i studien lånt av Gustafsson (2012, s. 52)

Studien til Gustafsson viser at beslutningstakerne hadde manøvrert seg gjennom terrenget uten en tydelig prosess, men med et vellykket resultat. Det samme viser min studie ved at innføringen av EMD har vært avhengig av individene og deres beslutninger i disse prosjektene, ikke en planlagt prosess. Ledernes valg av fremgangsmåte og beslutninger har banet vei. Empirien viser at kommunene har hatt en vellykket innføring siden EMD hadde vært i bruk over tid, men datamaterialet viser ikke at de benyttet en definert og tydelig prosess.

1. Sentrale funn rundt forskningsspørsmål 1: Hvilke delementer består en slik innføringsprosess av ifølge lederne?
 - Ingen tydelige delementer

5.2 Samarbeidet med eksterne konsulentfirmaer betyr mye for innføringen

Det å være med i pilotprosjekt gav kommunene ifølge datamaterialet to hovedressurser: økonomiske midler og bistand fra konsulentfirma. Jacobsen (2018, s. 158) beskriver at bruken av konsulentfirmaer har økt i takt med at organisasjoner oftere er i endring. Konsulentene er ofte tett koblet til den formelle ledelsen, ikke hele organisasjonen, men de mest sentrale beslutningstakerne (Jacobsen, 2018, s. 159). Sånn sett leser jeg at det er en fordel at kommunene i studien har nyttiggjort seg støtten fra eksterne firmaer med sine konsulenter i prosjektene ved innføring av EMD.

Innføring av velferdsteknologi er en ny måte for kommunene å jobbe på og prosjektene er ofte organisert utenfor den tradisjonelle kommunale linjeorganisasjonen, ifølge Novak & Thelle (2018, s. 6). Å bryte med silotankegangen er det som kan gjøre det utfordrende for de involverte når det gjelder å finne sin rolle og beslutningsmyndighet. Konsulentfirmaenes oppgave er å gi et metodisk rammeverktøy til kommunene. Det fremstår som en ny oppgave for kommunalt ansatte å fokusere på gevinstrealisering, mener Novak & Thelle (2018, s. 64). Av konsulentfirmaer fikk kommunene i denne studien gevinstplaner og opplæring. Samtidig var ikke planene godt nok tilpasset, så først etter å ha benyttet slike over en lang periode anså lederne det som nyttig å konstruere egne gevinstplaner. Moland (2015) anbefaler en plan for selve prosessen og også en tidsplan. Det fremgår ikke i datamaterialet at dette forelå i prosjektene, da det var

opp til lederne og de forskjellige avdelingene selv å styre. Helsedirektoratet (2015) viser som nevnt i kapittel 2.3 at gevinstrealiseringsplaner er anbefalt av myndighetene og er et godt utgangspunkt for å forankre arbeidet hos ansvarlige ledere og hele linjen og planene gjør det mulig å kunne ha kontinuerlig oppfølging med fremdriften i (Helsedirektoratet, 2015, s. 10). Av datamaterialet er det klart at det ikke forelå noen konkret plan de involverte kunne benytte til evaluering i forkant, men at de underveis skulle synliggjøre gevinstene i gevinstplaner. Det kan være en mulig årsak til at lederne fant det utfordrende å fylle ut planene fått av konsulentfirmaene. Konsulenter kan mer om området gevinstrealisering enn representantene fra kommunene, påpeker Novak & Thelle (2018, s. 64). Det viser seg i denne studien at lederne hadde latt seg styre av konsulentfirmaers tanker om prosessen med innføring. Innføring av EMD var ukjent terreng for prosjektdeltakerne å manøvrere i og konsulentene hadde kompetanse på dette området. Som nevnt satt lederne i et klassisk dilemma mellom valg av prioriteringer av oppgaver og samordning og det kan ha medvirket til at de valgte å la firmaene med sin kompetanse få styre innføringen. I studien til Novak & Thelle (2018, s. 70) har forskerne en klar oppfatning av at konsulentene har bidratt til læring i den kommunale organisasjonen.

I casestudien jeg presenterte fra Bang-Olsen (2012) i kapittel 1, ble det vist til at samhandlingsaktivitetene mellom de private og det offentlig i høy grad er preget av prøving og feiling, både i Norge og Danmark. For at innovasjonsprosjekter skal komme i gang er kommunene avhengig av personlige relasjoner og nettverk, samt finansielle virkemidler. Søndergård (2017) anbefaler i sin verktøykasse for innføring av velferdsteknologi at kommunene bør ha en implementeringsmodell. Her inngår en plan med mål, oppgaver, tidslinjer, gevinstrealisering og oppfølging. Samarbeid med leverandører i planlegging og gjennomføring fremheves som svært nyttig. Like viktig er opplæring og etablering av formelle nettverk for spesielt ansatte. Opplæring er noe kommunene hadde satset på i tillegg til formelle nettverk mellom kommuner, kommer det frem i min studie. En implementeringsmodell som Søndergård (2017) viser til, kan være en plan for en innføringsprosess som kan være lagt i selve pilotprosjektet som ble styrt av konsulentene.

Datamaterialet viser at det var pilotprosjektet som var selve modellen og utgangspunktet for innføringen, og tiltroen til konsulentene var høy. Kommunene hadde ikke særlige forutsetninger for å gjøre det på sine egne måter da de ikke hadde erfaringer fra tidligere med slik innføring. Sånn sett kan det tolkes dithen at kommunene kanskje hadde få valgmuligheter og ble prisgitt fremgangsmåten firmaene forespeilet. En utfordring med å lene seg for mye på konsulentfirmaene, viste seg å være gevinstplanene deltakerne fikk utdelt. De var ikke optimalt tilpasset behovet eller resultater lederne ønsket å synliggjøre.

Ingen av kommunene i studien viser til et utstrakt samarbeid med pårørende, fastlege og øvrige hjelpeinstanser. Disse bør involveres for å samarbeide om innføringen av EMD, ifølge Helsedirektoratet (2015). Kommunene hadde forsøkt å nå ut med informasjon, men lyktes i varierende grad. Dette hadde ført til at de kunne ende opp med å gi hjelpemidlet til en pasient som ikke var motivert eller egnet seg og derfor leverte maskinen tilbake, noe som ikke er heldig ifølge Helsedirektoratet (2015). Datamaterialet viste flere forslag til mulige kanaler og måter å nå ut til befolkningen i større grad på. En Fafo-rapport av Hilsen & Skinnarland (2015, s. 31) viser til en undersøkelse gjort med hensikt å lage en modell for brukermedvirkning i NAV, der brukerrepresentanter opplever NAV som organisasjon som passive i forhold til å fremme brukermedvirkning. Brukerne ble stående alene når de skulle fremme sine saker og det viste seg at et dilemma for brukermedvirkningen var å bevare konfidensialitetsprinsippet. Datamaterialet viser at kommunene heller ikke har hatt et utstrakt samarbeid med tillitsvalgte som kunne gitt medvirkning ved innføring av EMD. I likhet med informantene i rapporten om brukermedvirkning i NAV, viser ikke datamaterialet i denne studien at det er noen formelle hinder for å inkludere mottakere av EMD (Hilsen & Skinnarland, 2015, s. 34). Slik kan kommunene ha gått glipp av mulighetene for informasjonsutveksling og erfaringsdeling.

Sentrale funn rundt forskningsspørsmål 2: Hva slags betydning har samarbeid med eksterne konsulentfirmaer ved innføring av elektroniske multidosedispensere?

- I denne studien har man gitt høy grad av tillit til eksterne konsulenter

- Konsulentene har gitt ressurser i form av opplæring, informasjon og gevinstplaner som har vært dekkende for en innføring av EMD

5.3 Ansvarer ble plassert hos eksterne og superbrukeren var muliggjøreren

Datamaterialet i denne studien taler for at det var personavhengig at innføring med EMD ble vellykket. Det var individet som fikk hovedoppgaven med å innføre teknologien. Superbrukeren kunne være alt fra sykepleier til ufaglært, både få avsatt tid til oppgaven eller få rollen i tillegg til vanlige arbeidsoppgaver, viser datamaterialet. Denne studien viser at superbrukeren hadde en samhandlende rolle hvor personen skulle samarbeide med konsulenter og andre kommuner eksternt og internt i kommunen, med ansatte, brukere, pårørende og relevante avdelinger. Allerede her ble det lagt en presedens hvor toppledelsen gav ballen til andre ledernivåer og superbrukeren, via konsulenter. Bolman & Deal (2014) mener at en svakhet ved denne måten å fordele ansvar på, er at toppledelsen kan miste oversikten og bli avhengig av enkeltindivider som har ervervet en nøkkelkompetanse. En styrke er at forholdet mellom toppleder og avdelingsleder blir mer jevnbyrdig når kompetanseheving gir mer myndiggjorte medarbeidere. Presset fordelte seg ulikt mellom superbrukerrollen og lederne ved at lederne hadde et stort fokus på å få et budsjett i balanse, mens superbrukerne kunne konsentrere seg om selve innføringen, viste datamaterialet. Samtidig var det superbrukeren som skulle rapportere gjennom bruk av gevinstplaner, noe som var en stor utfordring. Kommunene opplyste at de gjennom erfaringene de hadde gjort seg ønsket å utvikle egne gevinstplaner og det betyr læring og utvikling for individene i prosessen.

Kombinert med at personen som var superbruker burde inneha visse egenskaper, var i tillegg variabelen *tid* ytterst relevant. Helsedirektoratet (2017, s. 9) påpeker at studier viser at det tar ett par uker å gi tilstrekkelig opplæring i bruk av EMD og kompetanseheving må skje både i forkant og parallelt med innføringen av ny teknologi. Datamaterialet viser flere eksempler på at dette opplevdes som tidkrevende arbeid og det var en styrke at kommunene i denne studien hadde avsatt tid til ressurspersonene til å drive dette arbeidet. Erfaringene til kommunene var at prosjektene stagnerte når man ikke hadde avsatt tid, ressurser eller hadde

rett person til å drive arbeidet. Dette var en viktig innsikt som kom frem i intervjuene. Det som viste seg, var at mest tid blir brukt til å informere, lære opp og motivere ansatte og brukere, samt til utfylling av gevinstrealiseringsskjemaer. Datamaterialet viser også at mer tid kunne med fordel blitt avsatt til alle involverte i prosjektet.

Endringsagent

Det vesentlige funnet i denne studien er viktigheten av å ha en superbruker ved innføring av EMD. Superbrukeren må være teknisk interessert og dedikert. Det lederne kalte *ildsjel*, tolker jeg som det samme som den drivkraften ved en organisasjon Jacobsen (2018) kaller *endringsagent*. «Sagt svært enkelt må en god endringsagent ha evne til å skape oppslutning om og muligens også begeistring for endringsinitiativet, og han eller hun må ha en evne til å håndtere motstand» (Jacobsen, 2018, s. 141). Dette underbygges av Kommunal- og moderniseringsdirektoratet (2019, s. 48) som skriver at å utvikle en kultur og gode arbeidsprosesser krever kompetanse på endring og omstilling samt digitale ferdigheter. Jacobsen (2018, s. 141) mener *endringsledelse* handler om styring av prosesser. Det er en avveining for ledere å sørge for en legitim prosess ved bred deltakelse, klar retning og kontroll for å komme frem til flere løsninger (Aberbach & Christensen, 2013). Nå var det ikke en tydelig prosess de skulle styre i disse prosjektene. Det kan være årsak til at de tenkte superbrukeren i seg selv var muliggjøreren.

Tenk deg å sette dagens superbruker i jobb for Taylor eller Ford. Én ansatt har all makt og spesialisering. Den eneste likheten er at en beslutning fortsatt er forankret på toppen. Fagbevegelsen finnes på alle avdelinger, men man tenkte ikke aktivt over involveringen av disse, viser funnene. Krav om økt arbeidsinnsats, urimelige arbeidsvilkår eller behandling kan skape «arbeidermotstand», ifølge Ramsdal et al. (2009, s. 38). Uttrykket «motstand» sees i datamaterialet ved enkeltutsagn om at de ansatte hadde ytt noe motstand og lederne viste til at de ikke har inkludert de ansatte hele veien. Manglende oppslutning kunne være en medvirkende årsak til at prosjektet trakk ut i tid. Datamaterialet beskriver at siden ikke alle ansatte hadde vært med i prosessen under forankring og målutforming, skapte det «plunder og heft» når ansatte ikke forstod hensikten med prosessen eller opplevde innføringen som merarbeid. Ramsdal et al. (2009, s. 38) viser til at det er viktig at ledere aktivt

jobber for å snu misnøye til konstruktivt samarbeid preget av kreativitet og involvering. Jacobsen (2018, s. 123) beskriver at en medvirkende årsak til opplevd misnøye eller manglende oppslutning kan være at organisasjoner har flere endringsprosesser på gang samtidig, noe som kan gi ansatte en følelse av overdreven endring og derfor utvise kynisme.

Motivatoren skulle være superbrukeren med sin kreative involvering som Ramsdal et al. (2009) beskriver: «Kreativ involvering... handler om å mestre problemer eller utfordringer ut fra eget initiativ og ut fra egen erfaring og eget skjønn» (Ramsdal et al., 2009, s. 43). Jacobsen (2018) understøtter denne beskrivelsen når han beskriver at ansattes kynisme kan bearbeides til positiv motstand hvis man har en inkluderende lederskikkelse, som selv er positiv til tiltaket, slik at ansatte forstår at organisasjonens beste er deres beste. Kreativ involvering kan altså sikre økt oppslutning. Superbrukeren kan ikke stå på et samlebånd og utføre de samme oppgavene hver dag og forvente forandringer. Hun må benytte sitt skjønn og sin erfaring når hun trår varsomt frem i ukjent terreng med innføring av EMD og samtidig motivere sine kollegaer til å prøve noe nytt. Superbrukeren ble sittende med mye ansvar og måtte teste ut tiltak og bare satse på at det gikk bra, viser denne studien. Jacobsen (2018, s. 202) beskriver hvordan denne endringsagenten bør gå frem ved at den som leder et prosjekt har en grunnleggende antakelse om at individene i organisasjonen har felles interesser og mål. I denne grunnantakelsen tenker man at mennesker vil endre seg og at det som er godt for organisasjonen også er godt for dem. Å få oppslutning om prosjektet vil i så tilfelle ikke være en stor utfordring, ifølge Jacobsen (2018). Ramsdal et al. (2009, s. 52) påpeker på sin side at det er like viktig at folk faktisk har tilstrekkelig kompetanse til å utføre jobben, ikke bare en positiv innstilling.

Sentrale funn rundt forskningsspørsmål 3: Hvem er involvert og har ansvar for prosessen med å ta i bruk dispenserne?

- Ansvar for innføringen og opplæringen ble i første omgang plassert hos konsulentfirma
- Superbrukeren fikk videre ansvaret for å gjennomføre innføringen og gi videre opplæring

6.0 Oppsummerende konklusjon og diskusjon

Kommunene som var deltakende i studien hadde fått drahjelp gjennom pilotprosjekt, men valgte å videreføre den prosessen de da hadde, over i drift. De fortsatte å lene seg på konsulenter, fremfor å planlegge en egen innføringsprosess. Kommunene var overlatt til seg selv å bestemme hvordan slike innføringsprosesser skulle forløpe seg. Det som var den avgjørende faktoren med innføring av ny teknologi i helsevesenet, viser seg i denne studien at var ressurspersoner som innehadde egenskaper som «pedagogiske», «ildsjel», «tekniske».

6.1 Konklusjon på problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens problemstilling er:

Hvordan beskriver kommunale ledere prosessen med å innføre elektroniske multidosedispensere?

Ledernes beskrivelser dreier seg om elementer som har hatt stor påvirkning på innføringen, ikke spesielt delelementer fra en prosess. Det var ingen definert prosess med mål og forankring, plan for informasjonsflyt eller evalueringer som var det vesentlige da de skulle innføre elektroniske multidosedispensere. Lederne var mer opptatt av gjennomføringsevnen de hadde ved hjelp av konsulenter og enkeltindivider i organisasjonen. Da denne undersøkelsen ble gjort, hadde kommunene benyttet EMD i over seks måneder og teknologien var en del av en vanlig drift.

Konklusjonen på studiens tre forskningsspørsmål er som følger:

1. Hvilke delelementer består en slik prosess av ifølge lederne?

Proessen med innføring av EMD hadde ingen tydelige delelementer i disse to kommunenes eksempler. Studien viser at myndighetens bestemmelser og mål ble fulgt opp av politikere og administrasjonen, mens lederne og deres ansatte som skulle være utførere ikke hadde like stor påvirkningskraft på valg om innføring av EMD. Erfaringene var at de ved neste innføringsprosess ville inkludere ansatte tidligere og opprette team for å sørge for erfaringsutvekslinger. Det at kommunene ikke hadde et definert problem som skulle løses gjennom prosessen

kan ha medvirket til at hensikten ikke ble oppfattet tidlig i prosessens forløp av alle involverte. En styrke ved prosessen var at kommunene hadde hatt et samarbeid på tvers av kommunegrensene, viser empirien. Kommunene hadde økt kompetansen til de involverte gjennom et utdanningsforløp og det beskriver empirien som en styrke. Det var erfaringer med prøving og feiling da lederne måtte foreta beslutninger underveis i prosessen, der de ikke hadde nok informasjon og erfaringer. Kvalifikasjonene til enkeltindivider var så spesielle og gode at de oppveide for en definert og tydelig prosess.

2. Hva slags betydning har samarbeid med eksterne konsulentfirmaer med innføring av elektroniske multidosedispensere?

Konsulentfirmaene ble gitt høy grad av tillit og ansvar. De bidro med ressurser i form av opplæring, informasjon og gevinstplaner som har vært dekkende for en innføring av EMD. Kommunene benyttet konsulentenes spisskompetanse da de skulle innføre ny teknologi og manøvrere seg i det som da var ukjent terreng. En ulempe som empirien viser, var at konsulentfirmaene gav kommunene gevinstplaner som ikke var godt nok tilpasset behovet til kommunene og derfor vanskelig å nyttiggjøre seg av. Studien viser at konsulentene har bidratt til læring og økt kompetanse innad i kommunene da de delte sine erfaringer og kunnskap.

3. Hvem er involvert og har ansvar for prosessen med å ta i bruk dispenserne?

Mange ansatte ble involvert gjennom at de fikk opplæring for å kunne benytte hjelpemidlet, men var ikke involvert i stor grad i innføringsprosessen. Det var superbrukeren som var hovedverktøyet og den ansvarlige med å innføre dispenserne. En styrke for innføringen var at kommunene hadde avsatt tid til individer til å utføre arbeidet viser teorien som presenteres i denne studien. Superbrukeren hadde en samhandlende rolle med mye ansvar og mange egenskaper. Det ble vist til at denne personen var nøkkelen til suksess og prosjektene stagnerte om ikke de hadde rett person i rollen. Datamaterialet viser at å delegere dette ansvaret med myndighet til enkeltpersonen, superbrukeren, var avgjørende for en suksessfull innføring. Kompetanse innen endringsledelse fremkom det ikke at kommunene hadde fokusert på. At kommunene ikke hadde et utstrakt samarbeid med brukerråd eller inkluderte pasientene i større grad før

innføringen, svekket mulighetene for verdifulle erfaringer og informasjonskanaler. Datamaterialet viser at kommunene med tiden fikk økt oppslutning blant ansatte for innføringen.

Denne studien viser oppsummert at kommuner kan ha en vellykket innføring av ny velferdsteknologi uten en tydelig prosess. Det kan være godt nok for en vellykket innføring at det legges høy grad av tillit til konsulentfirmaer og enkeltmennesket i organisasjonen som innehar visse egenskaper. Samtidig er pilotprosjekter ment til å være en kort periode og det kan være nyttig, men ikke avgjørende, med en tydelig prosess for mulig videreføring av prosjektet også over i driftsfase. Kommuner kan klare å innføre EMD med hjelp av en person som kan fungere som en endringsagent.

6.2 Oppsummerende diskusjon av fremgangsmåten i studien

Det kunne vært mulig å identifisere prosessen bedre ved å etterspørre enda mer detaljer eller intervju flere ledere. Det kunne være ledere som var med tidlig i prosjektet med innføringene som kunne beskrevet prosessen bedre, men som jeg ikke hadde tilgang til fordi de hadde sluttet i rollen. Jeg ser i ettertid at det kunne vært mer hensiktsmessig og definert «prosess» for informantene før intervjuene slik at de mer konkret kunne skille prosessen ved pilotprosjektet og sin egen prosess med innføring etter prosjektets slutt, slik at jeg kunne sikret lik forståelse for begrepet.

Det hadde også vært både relevant og interessant og gjennomført intervjuer med ansatte og de som hadde rollen som superbrukere for å belyse deres erfaringer med innføringen. De kunne belyst om det faktisk var tilfelle at de opplevde motstand eller misnøye mot innføringen eller om de bare manglet informasjon, innsikt og medvirkning i prosessen. Det kunne også vært nyttig og hatt en ny runde med intervjuer av de samme informantene fra studien og fått mer utdypende beskrivelser av funnene og slik fått mulighet til å validere resultatene bedre.

Semistrukturert intervjuer er ikke ytre validitets fremste egenskap og det vil kunne sette begrensninger ved generaliseringen. Disse kommunene har benyttet EMD i noe tid, men jeg vet ikke hvordan det går nå seks måneder etter intervjuene, om de fortsatt benytter teknologien eller har foretatt andre valg basert på erfaringene de har gjort seg. Likevel kunne empirien sett relativt lik ut om det ikke var EMD,

men et annet teknologisk hjelpemiddel denne studien tok som utgangspunkt. Det er ikke slik at selve dispenserne i seg selv var en avhengig variabel i denne studien. Det er mulig at jeg kunne kommet frem til samme funn om jeg hadde studert innføring av for eksempel digitalt tilsyn. Slik kan studien være nyttig i forhold til andre kommuner som ønsker å innføre ny teknologi, litt uavhengig av hvilken teknologi det er snakk om. Det faktum at den sosiale kapitalen, som i denne studien er ildsjelen, superbrukeren, koordinatoren eller den dedikerte lederen, spiller en så stor rolle, kan være av verdi for andre å være oppmerksom på når de skal igangsette lignende innføringsprosesser.

Av forskningsøkonomiske hensyn er det dessverre ikke mulig for meg å gjennomføre flere datainnsamlinger, men studien bidrar til en bedre innsikt i forløpet ved en innføringsprosess, samt forståelse for valg og suksesskriterier kommuner kan identifisere. Slike prosjekter er fortsatt et relativt nytt terreng i det offentlige og all kunnskap rundt dette er viktig og nyttig. Kommunene i studien har oppfylt Helsedirektoratets (2012) mål om å aktivt ha tatt i bruk ny velferdsteknologi innen 2020. Studien til Bang-Olsen (2012) oppfordret kommunene til å åpne opp for økt samarbeid med private for å få tilgang til nye kilder til kunnskap og innovasjon. Dette har kommunene i studien gjort og de har fulgt Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016, s. 87) råd om at intern arbeidskraft med fordel kan kombineres med ekstern kompetanse i form av konsulenttjenester, da disse sitter med egen spisskompetanse ledere kan dra nytte av.

Konsulentene har bidratt til læring i den kommunale organisasjonen. Et godt bidrag til mer forskning for å supplere denne studien, kan være at man ser på hvilken innvirkning denne læringen har for kommunene som organisasjoner.

7.0 Referanseliste

- Aberbach, J. D. & Christensen, T. (2013). Why reforms so often disappoint. *American Review of Public Administration Vol 44 (1)* 3-16. Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0275074013504128>
- Bang-Olsen, C. (2012). *Hvordan øke implementering og utvikling av velferdsteknologi gjennom samhandling mellom kommuner og private virksomheter?* (Masteroppgave). Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås.
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brattås Remo, L. H. & Aarø, S. (2015). *Velferdsteknologi; nytt og nyttig eller bare til heft? Hva er leders rolle og utfordringer ved implementering av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten?* (Masteroppgave). Handelshøjskolen i København og Institut for Uddannelse og Pedagogik, Aarhus Universitet, Danmark.
- Bøthun, S., Kjønnsås, M. S. & Reitan, J. (2014). Sikker medisiner i hjemmet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. [Forprosjekt \(unit.no\)](http://forprosjekt.unit.no)
- Christie, W., Hoholm, T. & Mørk, B. E. (2018). Innovasjon og samhandling i helsevesenet en praksisbasert tilnærming. *Praktisk økonomi & finans* 01/2018 Volum 34, artikkel 4 av 7. https://www.idunn.no/pof/2018/01/innovasjon_og_samhandling_i_helsevesenet
- Dugstad, J., Nilsen, E. R., Gullslett, M. K., Eide, T. & Eide, H. (2015). Implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester Opplæringsbehov og utforming av nye tjenester-en sluttrapport. *Skriftserien* (Nr. 13). <https://openarchive.usn.no/usnxmlui/handle/11250/285837>
- Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T. & Rønning, R. (1995). *Innføring i organisasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjenestenærhet og helhet* (Meld. St. 26, (2014-2015)). Hentet fra [Meld. St. 26 \(2014-2015\) \(regjeringen.no\)](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra [omsorg_2020.pdf \(regjeringen.no\)](#)
- Hilsen, A. I. & Skinnarland, S. (2015). *Et bedre NAV for brukerne Modell for brukermedvirkning i NAV*. Fafo-rapport 2015:33. Hentet fra [20438.pdf \(fafo.no\)](#)
- Holbø, K., Das, A., Bøthun, S., Formanek, M. N. & Halvorsen, T. (2019). Multidosetjeneste for hjemmeboende-brukernes erfaringer og behov for nye løsninger. *Nordisk välfärdsforskning*, 4(01), s. 20-31. Hentet fra https://www.idunn.no/nordisk_valfardsforskning/2019/01/multidosetjeneste_for_hjemmeboende_brukernes_erfaringer_o?fbclid=IwAR3iHVvvCq_TCLTpT14kgCITtpqC9YkYpEXAeOEsdZ3jOad3rDqc_iq8nhk
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (1. utg. 2. oppl.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. (3. utg. 1. oppl.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Digital agenda for Norge- IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* (Meld. St. 27, (2015–2016)). Hentet fra [Meld. St. 27 \(2015–2016\) \(regjeringen.no\)](#)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *Én digital offentlig sektor Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025*. Hentet fra [Én digital offentlig sektor - Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025 \(regjeringen.no\)](#)

- KS. (2019, 18. januar). ROS-analyse. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/alle-verktoy/ros-analyse/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg. 2. oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- March, J. G. (1994). *A primer on decision making: How decisions happen*. New York: The Free Press.
- Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research A guide to design and implementation*. (4. utg.). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Moland, L. E. (2015). *Større stillinger og bedre drift*. Fafo-rapport 2015:25. Hentet fra [20430.pdf \(fafo.no\)](#)
- Nordic Innovation, (2011). *Measuring Public Innovation in the Nordic Countries: Copenhagen Manual*. (Prosjektnr. 08207). The Danish Centre for Studies in Research and Research Policy (CFA). <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:707193/FULLTEXT01.pdf>
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra [NOU 2011: 11 - regjeringen.no](#)
- Novak, M. & Thelle, D. (2018). *Klienten og konsulenten som komplekse aktører En kvalitativ casestudie av konsulenter i endringsarbeid i kommunal sektor*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods. Intergrating theory and practice*. 4th edition. California: SAGE publications INC.
- Ramsdal, H., Skorstad, E. J. & Strøm, Ø. (2009). *Fleksible organisasjoner: alternative strategier og arbeidsmiljømessige konsekvenser*. Høgskolen i Østfold rapport 2009:1. Hentet fra <https://hiob.brage.unit.no/hiob-xmloi/bitstream/handle/11250/148608/hefte1-09.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Skinnarland, S. & Moland, L. E. (2017). *Samhandling og produksjonsflyt i Forsvarets logistikkorganisasjon*. Fafo-rapport 2017:29. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2017/20637.pdf>
- Skorstad, E. J. (2014). *Organisasjonsformer Kontinuitet eller forandring?* (2. utg. 5. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Stokke, R., Hellesø, R. & Sogstad, M. (2019). Hvorfor er det så vanskelig å integrere velferdsteknologi i omsorgstjenesten?- trygghetsalarmen som case. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, årgang 5 (nr. 3-2019), s. 7-20. Universitetsforlaget.
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2019/03/hvorfor_er_det_saa_vanskelig_aa_integrere_velferdsteknologi_i
- Svagård, I. S., Ausen, D., Røhne, M. & Østensen, E. (2015). *Riktigere medisiner og mer selvstendighet? Erfaringer med automatisk medisindispenser i Bærum kommune*. SINTEF rapport A26618. Hentet fra https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2378824/Rapport_Riktigere%2bmedisinerin g%2bog%2bmer%2bselfstendighet.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Søndergård, D., (2017). *Velferdsteknologi verktøykasse*. Stockholm: Nordiska ministerrådet, Nordens Velfærdssenter. Hentet fra <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1082489/FULLTEXT01.pdf>
- Wig, B. B. (2014). *LEAN - Ledelse for lærende organisasjoner*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag Arbeidsliv.

8.0 Vedlegg

Her vedlegges intervjuguidene jeg benyttet under intervjuene, samt mail- og informasjonsskrivet jeg sendte ut til kommunene. Print screen av godkjenning fra NSD ligger ved til slutt.

8.1 Intervjuguide

Avdelingsleder

Organisering

- Hvilke ressurser ble avsatt på ditt nivå? Tid, økonomi? (menneskelige ressurser spør jeg om senere)
- Følte du at implementeringen kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver, eller var det en naturlig del av din arbeidshverdag?
- Følte du at det å ta beslutninger/foreta valg og avgjørelser ofte var din oppgave?
- Måtte du omdisponere helsepersonell til andre oppgaver eller var dette en naturlig del av arbeidshverdagen deres?

Involvering

- Hvordan presenterte dere implementeringen av elektroniske multidosedispensere for de ansatte?
- Fra dere besluttet å innføre EMD, frem til den ble plassert ut i brukernes hjem: Hvordan valgte man ut ansvarlige til det forskjellige oppgavene implementeringen skapte?
- Hadde dere med tillitsvalgte i noen deler av prosessen?
- Hvordan gav dere sluttbrukerne informasjon?
- Hvordan gikk informasjonsflyten mellom deg og de ansatte?

Måloppnåelse

- Hadde dere fastsatt klare mål på forhånd?
- Analyserte og eller evaluerte dere underveis og eller etter?
- Har elektroniske multidosedispensere erstattet hele eller deler av tjenesten?
- Hva slags gevinster vil du si dere har ervervet etter implementeringen? Sparer tid, ressurser fordeles bedre, økonomiske, mer fornøyde og selvhjulpne brukere, bedre helse, færre avvik?
- Vil du si at tjenesten «bistand til medikamenthåndtering» har fått høyere kvalitet og ført til mer effektiv ressursbruk av personell?
- Ble de behov dere forsøkte dekket med EMD dekket?
- Var det noe som kom overraskende på som dere ikke hadde tenkt på og som måtte besluttet raskt? Som påvirket sluttresultatet i stor grad?

- Hvis du skulle gjort det samme om igjen-er det noe du ville gjort annerledes? (flere du ville involvert? Færre?)
- Hvilken faktor var den viktigste for suksess / mislykkende i innføringen?

Enhetsleder

Organisering

- Hvordan forankret dere implementeringen av elektroniske multidosedispensere i ledergruppa?
- Hvilke ressurser ble avsatt på ditt ledernivå? Tid, økonomi? (menneskelige ressurser spør jeg om senere)
- Følte du at implementeringen kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver, eller var det en naturlig del av din arbeidshverdag?
- Følte du at det å ta beslutninger/foreta valg og avgjørelser ofte var din oppgave?

Involvering

- Fra dere besluttet å innføre EMD, frem til den ble plassert ut i brukernes hjem: Hvordan valgte man ut ansvarlige til det forskjellige oppgavene implementeringen skapte?
- Hadde dere med tillitsvalgte i noen deler av prosessen?
- Hvordan gav dere sluttbrukerne informasjon?
- Hvordan gikk informasjonsflyten mellom lederleddene?

Måloppnåelse

- Hadde dere fastsatt klare mål på forhånd?
- Analyserte og eller evaluerte dere underveis og eller etter?
- Har elektroniske multidosedispensere erstattet hele eller deler av tjenesten?
- Hva slags gevinster vil du si dere har ervervet etter implementeringen? Sparer tid, ressurser fordeles bedre, økonomiske, mer fornøyde og selvhjulpne brukere, bedre helse, færre avvik?
- Vil du si at tjenesten «bistand til medikamenthåndtering» har fått høyere kvalitet og ført til mer effektiv ressursbruk av personell?
- Ble de behov dere forsøkte dekket med EMD dekket?
- Var det noe som kom overraskende på som dere ikke hadde tenkt på og som måtte besluttet raskt? Som påvirket sluttresultatet i stor grad?
- Hvis du skulle gjort det samme om igjen-er det noe du ville gjort annerledes? (flere du ville involvert? Færre?)
- Hvilken faktor var den viktigste for suksess / mislykkende i innføringen?

Kommunedirektør Helse

Organisering

- Hvordan er strukturen i deres kommune? Vertikal/horisontal? Blir det satt ned arbeidsgrupper? Med hvilket mandat og myndighet?
- Hvordan forankret dere implementeringen av elektroniske multidosedispensere?
- Hvilke ressurser ble avsatt? Tid, økonomi? (menneskelige ressurser spør jeg om senere)
- Innhentet dere erfaringer fra andre kommuner som har implementert EMD?
- Hvilken myndighet hadde deltakerne til å ta beslutninger?

Involvering

- Fra dere besluttet å innføre EMD, frem til den ble plassert ut i brukernes hjem, hvilke personer/stillinger medvirket på veien? Hadde dere én hovedansvarlig? Hvordan valgte man ut deltakere?
- Kjøpte dere ekstern bistand i forbindelse med innføringen av EMD eller hadde man kompetansen i organisasjonen allerede? (i så fall hvorfor, hvilken kompetanse)
- Hvordan gav dere de involverte og sluttbrukerne informasjon?
- Hvordan gikk informasjonsflyten fra den ene fasen/gruppen til den andre?

Måloppnåelse

- Hadde dere fastsatt klare mål på forhånd?
- Analyserte og eller evaluerte dere underveis og eller etter?
- Har elektroniske multidosedispensere erstattet hele eller deler av tjenesten?
- Hva slags gevinster vil du si dere har ervervet etter implementeringen? Sparer tid, ressurser fordeles bedre, økonomiske, mer fornøyde og selvhjulpne brukere, bedre helse, færre avvik?
- Vil du si at tjenesten «bistand til medikamenthåndtering» har fått høyere kvalitet og ført til mer effektiv ressursbruk av personell?
- Ble de behov dere forsøkte dekket med EMD dekket?
- Var det noe som kom overraskende på som dere ikke hadde tenkt på og som måtte besluttes raskt? Som påvirket sluttresultatet i stor grad?
- Hvis du skulle gjort det samme om igjen-er det noe du ville gjort annerledes? (flere du ville involvert? Færre?)
- Hvilken faktor var den viktigste for suksess / mislykkende i innføringen?

8.2 Tekst i invitasjonsmail

Epost-tittel: Deltagelse i forskningsoppgave om elektroniske multidosedispensere

Benytter dere elektroniske multidosedispensere? Nå behøver jeg ditt bidrag i en forskningsoppgave.

Bakgrunn for henvendelsen

Jeg er en masterstudent i faget Organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold og gjennomfører en forskningsoppgave som omhandler implementering av elektroniske multidosedispensere i norske kommuner.

Hvorfor er dette viktig for deg?

Innføring og bruk av elektronisk multidose er relativt nytt og det er gjort få studer/undersøkelser av slike prosjekter. Denne studien vil være nyttig for å bidra til å kunne dekke et kunnskapshull som kan gi utvidede erfaringer i liknende prosjekter.

Når masteroppgaven er ferdig vil du som deltaker i undersøkelse kunne motta den, for å kunne benytte den i kommunens videre arbeid om ønskelig.

Hvem er aktuelle deltagere?

Jeg søker ledere på 3 nivåer (kommunalsjef, avdelingsleder og virksomhetsleder) i kommuner som har innført bruk av elektroniske multidosedispensere, der lederne har vært delaktige i implementeringen.

Hvis dette ikke er relevant for deg, håper jeg du kan videresende henvendelsen til en leder på hvilket som helst nivå i din kommune som har hatt ansvaret for dette.

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene vil gjennomføres via videokonferanse som f.eks. Microsoft Teams eller telefon.

- De vil ta ca. 45-60 minutter:
- Intervjuene vil tas opp. Jeg vil benytte båndopptaker.
- I oppgaven vil alt anonymiseres, både gjenkjennbare opplysninger dere kan komme med og kommunenavn.
- All innsamlet data vil slettes ved prosjektets slutt

Intervjuet vil gjennomføres når det passer deg.

Ser frem til en hyggelig prat om din erfaring med implementering av elektronisk multidosedispensere.

8.3 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet?

«Hvordan organiseres arbeidsprosessen og ansvarsfordelingen ved implementering av elektroniske multidosedispensere?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse arbeidsprosesser skapt gjennom beslutningen om å innføre elektroniske multidosedispensere i en kommune. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Mange ledere i helsesektoren har fått nye oppgaver de siste årene som omhandler nye velferdsteknologiske hjelpemidler. Man erfarer at det varierer hvordan man planlegger og jobber rundt hvert enkelt hjelpemiddel. Dette prosjektet er en del av en masteravhandling hvor jeg vil se nærmere på hvilke arbeidsprosesser og ansvarsfordeling man finner at kommunal sektor legger opp til for å ivareta oppgaver rundt implementering av velferdsteknologi, nærmere bestemt

Elektroniske multidosedispensere.

Studien har som utgangspunkt å se på arbeidsprosessene i én kommune som har benyttet de elektroniske dispenserne i minst seks måneder. Jeg ønsker å benytte meg av metoden «semistrukturert intervju». Dette er et én til én intervju, men kan foregå på Teams eller lignende. Intervjuet har en rekke spørsmål som omhandler:

- veien til implementering, nærmere bestemt mål og forankring.
- hvordan de valgte hvem som skulle være involvert og i hvilken grad de deltok i beslutninger
- hvordan informasjonsflyten foregikk
- hvilke ressurser de avsatte

Problemstillingen, som er tittelen på prosjektet, sier noe om hva jeg vil sette søkelys på og ha svar på, I utgangspunktet søkes svar på disse forskningsspørsmålene:

1. Hvilke faser kan man identifisere i arbeidsprosessene ved implementering av velferdsteknologiske hjelpemidler?
2. Hvilken kompetanse og myndighet til å ta beslutninger har deltakerne i prosessen ved innføring av ny teknologi?
3. Hvordan planlegger man for å ha god informasjonsflyt og nok ressurser ved innføring av velferdsteknologi i en kommune?

Studien søker ikke informasjon om effekter eller gevinster, da et er vanskelig å måle kun kort tid etter implementeringen.

Oppgaven har et omfang på ca. 100 sider og utgjør min avsluttende masteravhandling i studiet «Organisasjon og ledelse» ved Høgskolen i Østfold.

Intervjuene vil gjennomføres høsten 2020.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å belyse problemstillingen fra ledernivå og ønsker derfor å gjennomføre intervjuer med øverste leder for helsesektoren i kommunen og dernest leder i nivået under og til slutt avdelingsleder som har ansvaret for avdelingen der elektronisk multidosedispenser er i bruk.

Jeg henvender meg til mange kommuner, men søker den som har benyttet teknologien i over seks måneder og den første kommunen som er villig til å stille opp med 3 personer fra de nevnte lederområdene er jeg takknemlig for at ønsker å delta i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker det, kan jeg komme til deg eller vi kan gjennomføre intervjuet over Teams eller en lignende kanal hvor du føler deg komfortabel. Vi kan også utføre det gjennom en telefonsamtale. Jeg har en rekke spørsmål jeg ønsker besvart, men planlegger et semistrukturert intervju, noe som innebærer at det er rom for at andre spørsmål dukker opp underveis i intervjuet ut ifra hva vi samtaler om.

Intervjuet vil ta maks én time. Alle data vil bli anonymisert, og du skal ikke navngi kollegaer eller pasienter under intervjuet. Lydopptak vil benyttes, og alle opptak slettes når oppgaven er ferdig. Jeg vil også ta stikkordsmessige notater underveis i intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern-hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Førsteamanuensis og prosjektansvarlig Sol Skinnarland og masterstudent Siv Lilleheier, begge ved Høyskolen i Østfold, vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Dataene vil bli lagret på en sikker måte i tråd med retningslinjer fra Høyskolen i Østfold og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).
- Alle data vil bli samlet inn, bearbeidet og lagret i OneDrive.
- Alle opplysninger vil bli anonymisert i masteroppgaven, og navnet på kommunen vil ikke bli publisert. Dersom jeg skulle være i tvil om enkelte utsagn kan identifisere deg eller noen av dine kollegaer, vil jeg kontakte deg og be om gjennomlesing for å avgjøre om sitatet kan benyttes eller ikke. Det skal ikke være mulig for utenforstående å identifisere hvem som har blitt intervjuet eller hvilke pasienter eller avdelinger som eventuelt har blitt omtalt i intervjuene.

Alle opplysninger slettes ved avslutning av masterprosjektet og endt sensur.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i august 2021. Lydopptak og rådata vil bli slettet.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD-Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høgskolen i Østfold ved førsteamanuensis Sol Skinnarland, telefon 951 82 115, e-post sol.skinnarland@hiof.no.
- Masterstudent Siv Lilleheier, telefon 452 94 598, e-post siv-thel@hiof.no
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen, telefon 69 60 80 09/928 65 818, e-post martin.g.jakobsen@hiof.no

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

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

Med vennlig hilsen

Sol Skinnarland
(Forsker/veileder)

Siv Lilleheier
(Masterstudent)

Vennligst fyll ut samtykkeerklæringen på neste side:

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan organiseres arbeidsprosessen og ansvarsfordelingen ved implementering av elektroniske multidosedispensere?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i semistrukturert én til én intervju hvor det benyttes lydopptak

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.4 Godkjenning fra NSD

FOI x Whi x Mei x ban x Lov x Lov x Mic x 265 x APi x FOI x NO Mei x NO Mei x +

← → ↻ meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f3cdc74-88d8-4988-a772-407f92ef1bc2 ☆ S Oppdater

NSD sin vurdering

Skriv ut

Prosjekttittel
Hvordan organiseres arbeidsprosessen og ansvarsfordelingen fra beslutning til implementering av elektroniske multidosedispensere i en kommune?

Referansenummer
332743

Registrert
01.09.2020 av Siv-Therese Lilleheier - siv.lunde@hiof.no

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskolen i Østfold / Avdeling for økonomi, samfunnsfag og språk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)
Sol Skinnarland, sol.skinnarland@hiof.no, tlf: 95182115

Type prosjekt
Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student
Siv Lilleheier, sivililleheier@gmail.com, tlf: 45294598

Prosjektperiode
01.10.2020 - 31.08.2021

Status
09.09.2020 - Vurdert

Chat med oss på hverdager fra 12-14

FOI x Whi x Mei x ban x Lov x Lov x Mic x 265 x APi x FOI x NO Mei x NO Mei x +

← → ↻ meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f3cdc74-88d8-4988-a772-407f92ef1bc2 ☆ S Oppdater

Status

09.09.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

09.09.2020 - Vurdert
Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 09.09.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG
Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET
Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG
Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp t

Chat med oss på hverdager fra 12-14

FOI x Wh x Me x bari x Lov x Lov x Mic x 265 x AP x FOI x ND Me x ND Me x + Oppdater

meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f3cdc74-88d8-4988-a772-407f92ef1bc2

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Chat med oss på hverdager fra 12-14

FOI x Wh x Me x bari x Lov x Lov x Mic x 265 x AP x FOI x ND Me x ND Me x + Oppdater

meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f3cdc74-88d8-4988-a772-407f92ef1bc2

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

OneDrive og Teams er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art. 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (last 1)

bc0071164

Chat med oss på hverdager fra 12-14