

Kjersti Løhre Garnes  
Torill Foss Lundgren

## “Endring er den nye normalen”

Endringsledelse på avdelingsledernivå i  
implementeringen av Helseplattformen ved  
helse- og velferdssentre i Trondheim kommune

Masteroppgave i Master of Public Administration

Veileder: Berit Irene Vannebo

Mai 2022



Kjersti Løhre Garnes  
Torill Foss Lundgren

## **“Endring er den nye normalen”**

Endringsledelse på avdelingsledernivå i  
implementeringen av Helseplattformen ved helse- og  
velferdssentre i Trondheim kommune

Masteroppgave i Master of Public Administration  
Veileder: Berit Irene Vannebo  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for økonomi  
NTNU Handelshøyskolen



Kunnskap for en bedre verden





## **“Endring er den nye normalen”**

Endringsledelse på avdelingsledernivå i implementeringen av Helseplattformen ved helse- og velferdssentre i Trondheim kommune

## **“Change is the new normal”**

Departmental level change management of the implementation of Helseplattformen at health and welfare centres in Trondheim

## Forord

Da pandemien stengte ned Norge våren 2020 hadde vi to nettopp startet ved studieprogrammet Master of Public Administration (MPA) ved NTNU Handelshøyskolen. Pandemien sørget for store endringer ved studiet, men også på de fleste områder i samfunnet. Allerede før coronaviruset endret samfunnet var vi to opptatt av endringsledelse, men i løpet av den unntakstilstanden landet gjennomgikk ble temaet høyaktuelt, ikke minst relatert til digitalisering. Helsevesenet var en av sektorene som opplevde de største kravene til rask endring, og i Midt-Norge forberedte helsevesenet seg parallelt med pandemihåndtering og kriseledelse til å ta i bruk et helt nytt journalsystem; Helseplattformen. Beslutningene rundt dette ble tatt på toppnivå, og vi studenter begynte raskt å fundere på hvordan det ville bli for mellomlederne på tjenesteytende nivå å skulle lede sin avdeling gjennom dette enorme endringsprosjektet, samtidig som de skulle holde hjulene i gang midt i en pandemi. Dette ble utgangspunktet for denne oppgaven.

Arbeidet med oppgaven har vært krevende, blant annet fordi vi selv ved våre arbeidsplasser har blitt påvirket av pandemien. Vi har begge stått i omstillingsprosesser på jobb gjennom den perioden oppgaven har blitt skrevet, og vi har kjent på at vi har hatt mange baller i luften på en og samme tid. Like fullt har det vært en svært lærerik og givende prosess, som har gitt oss ny innsikt i temaet endringsledelse på mellomledernivå i kommunal sektor. Den største takken går til informantene våre. Uten våre disse ville det ikke blitt noen oppgave, og vi vil derfor rette en stor takk til de ti kloke, vennlige og engasjerte avdelingslederne som delte sin tid og sine tanker med oss studenter - midt i den travle situasjonen de sto i. Vi er imponerte over pågangsmotet og endringsviljen disse viser, og Trondheim kommune er heldig som har disse avdelingslederne i staben sin. Takk også til enhetslederne som så verdien av prosjektet vårt, og lot oss få bruke av avdelingslederens verdifulle tid.

I tillegg vil vi takke vår strukturerte og engasjerte veileder Berit Irene Vannebo for nyttige tilbakemeldinger og oppmuntrende ord gjennom hele prosessen. Hennes kloke råd har vært uvurderlige. Vi presiserer like fullt at innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning. Våre respektive arbeidsgivere og kolleger fortjener takk for tilrettelegging, oppmuntring og støtte. Familiene våre ser nok frem til at vi kommer ut av skrivebobla igjen, for de har vært nødt til å vise tålmodighet underveis. Gode venner som har bistått med språklige tips og oversetting har også vært til god hjelp. Avslutningsvis retter vi en stor takk til NTNU og hele staben ved MPA-programmet, som til tross for at knapt noe gikk som de

hadde planlagt klarte å gi oss lærerike studiesamlinger og verdifull kunnskap som vi tar med oss inn i arbeidslivet vårt. Helt til slutt vil vi takke hverandre for et godt og givende tverrfaglig samarbeid gjennom hele studiet, og spesielt i arbeidet med denne oppgaven.

## Sammendrag

Helseplattformen, Midt-Norges nye felles journalsystem for helseforetak og kommunal sektor, er resultatet av et omfattende arbeid som har pågått både på nasjonalt og regionalt nivå i ti år. Planlagt oppstartsdato for St. Olavs hospital HF, Trondheim kommune og to legesenter var satt til 30. april 2022. I løpet av prosjektperioden for denne masteroppgaven skjedde det store endringer i planene for oppstart av Helseplattformen, noe som viser hvor kompleks og utfordrende digital innovasjon i offentlig sektor kan være.

Et omfattende innovasjonsprosjekt som Helseplattformen innebærer et stort behov for endringsledelse på alle plan. I Trondheim kommune betyr dette endringsledelse fra toppnivå ned til den enkelte avdeling ute på enhetene. Vi ønsket å se på hvordan beslutninger tatt på kommunalt nivå innvirket på arbeidshverdagen til mellomlederne som står nærmest den daglige driften, og gjennomførte et kvalitativt casestudie der vi intervjuet ti avdelingsledere på helse- og velferdssentre i Trondheim kommune.

Vårt mål var å undersøke hvordan disse opplevde sin situasjon som avdelingsledere med ansvar for personal og daglig drift, samtidig som de fikk i oppgave å lede sin avdeling gjennom et stort endringsarbeid. Med bakgrunn i dette utarbeidet vi følgende problemstilling: “Hvordan kan avdelingsleder utøve god endringsledelse i implementeringen av Helseplattformen, en endringsprosess som innebærer digitalisering og standardisering?”

For å analysere de innsamlede dataene benyttet vi Tjoras (2021) stegvis-deduktive induktive metode; SDI-metoden. For å tolke og drøfte funnene våre valgte vi å bruke den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007). Vi finner at endringsledelse på utøvende nivå i stor grad handler om leders kjennskap til egne ansatte, at inngående kunnskap om disse bidrar til at leder gjennom fortolkning av endringen kan tilpasse lederatferden på en slik måte at de ansatte føler seg trygge. Videre finner vi at for å kunne utøve slik endringsledelse så må den enkelte leder tilegne seg god kunnskap om endringen, forstå hvilke hensikter og formål som ligger til grunn og hvilke gevinster endringen medfører for sine ansatte og seg selv som leder og for organisasjonen. Informantene i studien gir klare råd til andre kommuner som skal ta i bruk Helseplattformen på et senere tidspunkt enn Trondheim kommune. Spesielt trekker de frem behovet for en opplæring som er bedre tilpasset hver enkelt ansatt. Dette innebærer at vi kan konkludere med at endringsledelse på nederste nivå handler om at leder tilpasser implementeringen til sine ansatte på bakgrunn av inngående kjennskap til personalgruppen.

## **Abstract**

Helseplattformen, the new common medical records system for the hospital trusts and the municipalities in Midt-Norge, is the result of extensive work on both national and regional level for a decade. The planned launch date for St Olavs hospital, the city and municipality of Trondheim and two general practitioners was set for the 30th April 2022. During the project period of this master's thesis there were major changes in the plans for commencement of Helseplattformen, thus showing how complex and challenging digital innovation in the public sector can be.

An extensive innovation project like Helseplattformen necessitates major change management on every level. In the Trondheim municipality this means change management from the top executive level right down to the individual departments within the entities affected. We wanted to look at how decisions made at the municipal level affected the daily work of middle managers who are the closest to daily operations, and we performed a qualitative case study where we interviewed ten department managers in health and welfare centres in Trondheim.

Our goal was to investigate how they experienced their situation as department managers with responsibilities for staff and daily operations, and simultaneously being tasked with guiding their department through the implementation of major changes. With this in mind we developed the following research question: "How can the department manager exercise good change management in the implementation of Helseplattformen, a process of change that involves digitalisation and standardising?"

In order to analyse the collected data we used Tjoras (2021) incremental-deductive inductive method; SDI-method. To interpret and debate our findings we chose to use the conceptual model for change management (Busch et al., 2007). Our findings show that change management on an executional level largely revolves around the managers familiarity with their staff members, that thorough familiarity with staff contributes to the managers ability to interpret the changes and adjust their management in such a way that the staff feel safe. Furthermore we find that the individual manager has to acquire good knowledge of the changes, understand the objectives and purposes behind the changes and what will be gained for their staff, themselves as managers and the organisation as a whole. The interviewees in the study give clear advice to other municipalities that will be using Helseplattformen at a

later date than Trondheim municipality. In particular they highlight the need for training that is better adapted to the individual employee. Taking this into account the study concludes that change management on ground level is about managers adjusting the implementation of changes to suit their staff based on thorough knowledge of their staff members.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b>	<b>1</b>
1.1 Om Helseplattformen	3
1.2 Beskrivelse av case	3
1.2.1 Helseplattformen - organisasjonsendring og organisasjonsutvikling	4
1.2.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	5
1.3 Bakgrunn for oppgaven	7
1.3.1 Utfordringene knyttet til samhandling i helsevesenet	7
1.3.2 Fremveksten av et behov for modernisering av digitale plattformer	9
1.3.3 Nasjonale målbilder og strategier for samhandling i helsetjenester	11
1.3.4 Utviklingen i Midt-Norge - Helseplattformen trer frem	12
1.4 Hvordan vil Helseplattformen løse utfordringene?	14
1.5 Oppsummering: Vår studie og dens bidrag	14
1.6 Oppbygging av oppgaven	15
<b>2.0 Teori</b>	<b>16</b>
2.1 Om en strategisk offentlig sektor	17
2.1.1 Bruk av styringsverktøy i endringsprosesser	18
2.2 Endringsagenter og deres rolle i endringsprosesser	21
2.3 Ulike perspektiver på endringsledelse	24
2.3.1 Den konseptuelle modellen for endringsledelse	25
2.3.2 Helseplattformen i den konseptuelle modellen for endringsledelse	29
2.4 Mellomlederens rolle i strategi- og endringsarbeid	31
2.5 Oppsummering: Vårt teoretiske rammeverk	34
<b>3.0 Metode</b>	<b>34</b>
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming	35
3.1.1 Metodevalg - kvalitativ eller kvantitativ metode?	36
3.1.2 Kvalitativ metode	37
3.1.3 Induktiv, deduktiv eller abduktiv tilnærming	38
3.1.4 Stegvis-deduktiv induktiv metode	39
3.2 Studiens design	40
3.2.1 Informanter og utvalg	40
3.3 Datainnsamling	43
3.3.1 Kvalitative intervju	44
3.3.2 Gjennomføring av intervjustudien	46
3.3.3 Utforming av spørsmål/intervjuguide	47
3.3.4 Praktisk fremgangsmåte under intervjuene	49
3.4 Koding og kategorisering av intervjudata	50
3.5 Validitet og generaliserbarhet	53
3.6 Ethiske vurderinger	55
3.7 Oppsummering: Vår metodiske tilnærming	57

<b>4.0</b>	<b>Empirisk analyse</b>	<b>57</b>
4.1	Hvilken sammenheng finner vi mellom avdelingslederens alder og/eller ledererfaring og opplevelsen av endringsprosessen?	59
4.2	Hvilken betydning har sammensetningen av personalgruppen for leders tilnærming til endring?	62
4.3	Hvilken betydning har endringsagenter i digitaliserings- og endringsprosesser?	67
4.4	Hvilke forhold i operativ drift vil kunne påvirke endringsprosessen?	70
4.5	Hvilke forhold i implementeringen av Helseplattformen påvirker leders tilnærming til endringsprosessen?	73
4.5.1	Fordeler med implementering av Helseplattformen	73
4.5.2	Barrierer for implementering av Helseplattformen	77
4.6	Oppsummering: Våre empiriske funn	80
<b>5.0</b>	<b>Teoretisk analyse og drøfting</b>	<b>81</b>
5.1	Hvilken sammenheng finner vi mellom avdelingslederens alder og/eller ledererfaring og opplevelsen av endringsprosessen?	85
5.2	Hvilken betydning har sammensetningen av personalgruppen for leders tilnærming til endring?	88
5.3	Hvilken betydning har endringsagenter i digitaliserings- og endringsprosesser?	91
5.4	Hvilke forhold i operativ drift vil kunne påvirke endringsprosessen?	94
5.5	Hvilke forhold i implementeringen av Helseplattformen påvirker leders tilnærming til endringsprosessen?	98
5.6	Oppsummering: Tolkning av våre empiriske funn	100
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>101</b>
	<b>Referanser</b>	<b>105</b>
	<b>Figurer og tabeller</b>	
Figur 2.1	Den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al, 2007)	26
Figur 2.2	Prosessene i den konseptuelle modellen (Busch et al, 2007)	28
Figur 2.3	Trondheim kommunes innføringsprosjekt, organisasjonskart	111
Figur 2.4	Trondheim kommune, organisasjonskart	112
Figur 3.1	Den stegvis-deduktive induktive metoden (Tjora, 2021)	39
Tabell 3.1	Oversikt koding av våre funn	52
Figur 4.1	Tidslinje innføringsprosjekt Helseplattformen	59
Figur 4.2	Oversikt avdelingsleder med lederutdanning fordelt på alder	60
Figur 4.3	Antall ansatte fordelt på størrelse helse- og velferdssenter	63
Figur 5.1	Implementering av Helseplattformen på sykehjemsavdeling visualisert i den konseptuelle modellen	83
	<b>Vedlegg</b>	
Vedlegg 1	Godkjenning fra NSD	113
Vedlegg 2	Informasjonsskriv med samtykkeerklæring	116
Vedlegg 3	Intervjuguide	119



## 1.0 Introduksjon

Helseplattformen, det nye felles journalsystemet for spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor i Midt-Norge, hadde planlagt oppstartsdato 30. april 2022. I første runde skulle Helseplattformen ifølge planen tas i bruk av sykehuset St. Olavs Hospital HF, Trondheim kommune og noen få utvalgte fastlegekontor. Dette er resultatet av et enormt arbeid som har pågått siden Helse Midt-Norge RHF (HMN) i 2012 begynte arbeidet med utskiftning av sitt journalsystem. Samme år kom stortingsmeldingen “Én innbygger - én journal” som satte et nasjonalt søkelys på strategier rundt dokumentasjon av innbyggernes helsedata. Siden Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008- 2009)) så dagens lys i 2009 har man hatt jobbet for mer sømløse og effektive løsninger mellom de ulike sektorene som tilbyr offentlige helsetjenester. I årene etter Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008- 2009)) har myndighetene i økende grad satt søkelys på effektivisering og modernisering ved hjelp av digitale løsninger gjennom et antall stortingsmeldinger og NOU-er. Helseplattformen må regnes som en innovasjon, og vi mener den er et interessant utgangspunkt for å studere endringsledelse i offentlig sektor. Vi presenterer i dette kapitlet noe relevant forskning. Vi har dog funnet lite tidligere forskning på innføringen av Helseplattformen, så i tillegg til å nevne det lille vi har funnet vil vi støtte oss på offentlige styringsdokumenter som stortingsmeldinger og NOU-er for å oppsummere kunnskapsstatus på området før vi gjennomfører dette prosjektet.

De nyutviklede digitale løsningene har som mål å omfatte alle helseaktører i Midt-Norge for å skape bedre samhandling og samstyring. Ved å innføre en en felles plattform som tilgjengeliggjør informasjon om pasienter i sanntid både for brukeren selv og for de aktørene som skal yte helsehjelp kan man kunne øke kvaliteten på behandlingen, gi helsehjelp i samråd med pasienten og organisere helsetjenestene bedre med tanke på tilgjengelige ressurser. Da vi gjennomførte intervjuene i dette prosjektet lå det an til at planen for samtidig implementering i Trondheim kommune, to legesentre og ved St. Olavs Hospital skulle gjennomføres. Den 27. april, tre dager før planlagt oppstart, vedtok derimot styret ved St. Olavs Hospital å utsette innføringen av Helseplattformen ved sykehuset med minst 4 måneder. Trondheim kommune på sin side besluttet å flytte oppstartsdato til 7.mai, altså utsette innføringen med en uke. Dette har medført betydelige utfordringer blant annet for Helseplattformen AS og for Trondheim kommune, noe som har vært omtalt i ulike media.

Denne situasjonen kan sies å vise hvor utfordrende omfattende digitaliserings- og endringsprosesser i offentlig sektor kan være.

Hos myndighetene er det adressert i strategiene at å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten gjennom digitalisering handler om mer enn bare innføring av nye IKT-løsninger. Disse løsningene medfører gjerne at arbeidsprosesser og rutiner også må endres, og man snakker derfor om at digitalisering i like stor grad handler om organisasjonsutvikling som innføring av nye teknologiske systemer. (St.meld 47 (2008-2009), Meld. St. 9 (2012-2013), Meld. St. 27 (2015-2016)) Disse endringene av rutiner og arbeidsprosesser i kjølvannet av digitalisering har vi sett tydelig i vårt arbeid med dette prosjektet. Implementeringen av Helseplattformen medfører store endringer i arbeidssett, noe vi berører i oppgavens teori- og analysekapitler.

Vi ønsker gjennom denne studien å tilegne oss økt kunnskap om hvordan man som leder på utøvende nivå kan jobbe for å ruste egen organisasjon for digitale endringer. Ved å bruke Helseplattformen som case får vi et unikt øyeblikksbilde av en digital innovasjon som er midt i implementeringsfasen, der mellomleder er sentral i utøvelsen av endringsledelse av profesjonsutøvende medarbeidere på nederste nivå i en stor offentlig organisasjon som samtidig skal ivareta vanlig drift. Det økende søkelyset på behovet for effektivisering i form av digitalisering er gjenstand for en rekke studentoppgaver de siste årene, også med fokusområder innen offentlig sektor. I arbeidet med vår oppgave fant vi tre tidligere oppgaver knyttet direkte til planlagt innføring av Helseplattformen, fra henholdsvis 2018, 2020 og 2021. Den tidligste av disse omhandlet Trondheim kommunes modenhet for implementeringen (Walstad, 2018), den neste handlet om hvordan digitaliseringen i Helseplattformen ville påvirke hverdagen til ansatte ved et helse- og omsorgssenter i Trondheim kommune (Eidsheim, Fjellheim og Tørring, 2020), mens den siste omhandlet mellomledere som endringsagenter under en radikal endringsprosess (Krutvik, 2021). Tidsmessig ble disse studiene gjennomført før Helseplattformen startet opplæring og også før beslutningen om utsettelse av oppstart til 30. april 2022 ble gjort. Siden vår studie ligger så tett opp til implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune konkluderte vi med at det ikke foreligger tilsvarende forskning som vår studie.

## 1.1 Om Helseplattformen

Omfanget som ligger i innføringen av Helseplattformen de neste årene er betydelig, da systemene er tenkt innført i hele Midt-Norge. Per mars 2022 er det 38 av 66 kommuner som har vedtatt å benytte seg av de felles systemene. Forpliktelsene er opsjonsbasert slik at flere kan velge å løse ut sine opsjoner etter hvert som man ser erfaringene fra St. Olavs Hospital og Trondheim kommune. For de som har vedtatt innføring er det planlagt oppstart for 8 kommuner sammen med Helse Nord-Trøndelag i november 2022, og deretter 10 kommuner sammen med Helse Møre og Romsdal i april 2023. Helseforetakene vil være ferdig implementert i løpet av 2023, mens kommunene har et løp som går frem til 2025. (Helseplattformen, 2022) Hvordan tidsplanen for disse eventuelt påvirkes av at St. Olavs Hospital utsetter sin oppstart av Helseplattformen er i skrivende stund uklart. I tillegg er det et ønske om at fastleger og andre private også skal ta i bruk systemene slik at man får den sømløsheten som ligger til grunn for målbildet Én innbygger - én journal. Denne oppgavens formål er å kartlegge hvordan avdelingsledere ved helse- og velferdssentre i Trondheim kommune opplever sin rolle som endringsleder i implementeringsprosessen, med håp om at denne kunnskapen vil kunne komme andre aktører til nytte i det videre løp.

## 1.2 Beskrivelse av case

I brosjyren “Offentlig sektor skal fornyes, forenkles og forbedres” fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) legger regjeringen fram sine tanker om hvilke utfordringer man har i offentlig sektor og hva som må til for å effektivisere offentlige tjenester. Gjennom mindre detaljstyring skal det offentlige legge mer ansvar for prioriteringer, mål og resultater på ledere og medarbeidere. Videre står det “Vi skal ikke sette i verk én moderniseringsreform, men sørge for at tusenvis av medarbeidere kan jobbe litt smartere hver dag” (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 3).

I denne oppgaven ønsker vi å se på hvordan denne siste setningen fungerer i praksis når Trondheim kommune skal implementere nye digitale løsninger for sine helsetjenester. Hva betyr det for de mellomlederne på utøvende nivå som skal lede de tusenvis av medarbeiderne i endringene som er planlagt, og pålagt? Hva innebærer det å få mer ansvar for prioriteringer og resultater? Hva med de tusenvis medarbeidere som berøres de kommende årene - hva kan de lære av de som er først ute? Vi har snakket med ti avdelingsledere ved ulike helse- og

velferdssentre i Trondheim kommune, for å finne svar på disse spørsmålene. Det er disse svarene som ligger til grunn for denne oppgaven.

### **1.2.1 Helseplattformen - organisasjonsendring og organisasjonsutvikling**

Etter anskaffelsesrunden av nye systemer ble Helseplattformen etablert som både prosjekt og selskap eid av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, med eierandeler på henholdsvis 60/40, med offisiell oppstart i 2019. De involverte helseforetakene og Trondheim kommune har etablert lokale innføringsprosjekter for organisering av prosjektet i sine virksomheter. For andre kommuner i regionen er det inngått opsjonsavtaler for å tilknytte seg Helseplattformen etter innføringen ved Trondheim kommune. Flere av disse har valgt å løse ut opsjonen og har etablert egne innføringsprosjekter. (Helseplattformen, 2022)

I utviklingen av Helseplattformen har man etablert en faglig beslutningsstruktur som består av 400 fageksperter med ulik bakgrunn fra helsetjenesten som skal komme frem til felles løsninger. Innenfor denne strukturen er det opprettet flere undergrupper basert på tjenesten som skal utvikles. Deltakere fra mer enn 20 kommuner og helseforetak har bidratt til den løsningen som skal implementeres våren 2022. (Helseplattformen, 2022)

Da omfanget av endringene som Helseplattformen medfører er enormt og påvirker 40 000 helsearbeidere i regionen, har man valgt å innføre det i flere faser hvor St.Olavs Hospital HF, Trondheim kommune og to fastlegekontorer etter planen skulle være de første til å ta i bruk de nye systemene våren 2022. Tanken var at man gjennom gradvis innføring kan avdekke svakheter og mangler som deretter korrigeres før de neste helseforetakene og kommunene implementerer. Dette er vanlig prosedyre ved utrulling av store IT-systemer. (Helseplattformen, 2022). Etter at St. Olavs Hospital HF vedtok å utsette implementeringen har det oppstått spørsmål knyttet til tidsplanen for etterfølgende kommuner og helseforetak. Denne tidsplanen vil ikke bli berørt i denne oppgaven, da den ikke innvirker på vår problemstilling, der vi retter søkelyset mot endringsledelse på avdelingsnivå i Trondheim kommune, og avdelingslederens opplevelse av endringsprosessen.

Meld. St. 9 (2012-2013, s. 24) "Èn innbygger - èn journal" fremhever at "Ved innføring av nye IKT-systemer i helse- og omsorgssektoren, er det viktig at alle som skal bruke systemene får tilstrekkelig opplæring.". Når 8500 ansatte i Trondheim kommune skal ta i bruk nye verktøy krever det gode planer for organisering av opplæring, metoder, gevinster og ikke minst forståelse. (Trondheim kommune, 2022) For dette arbeidet har kommunen etablert

rollen superbruker. Disse er faglige ressurser hentet fra de ulike enhetene de jobber ved for å best kunne representere enhetens behov og sikre forståelse for hvordan Helseplattformen vil påvirke hverdagen ved disse enhetene. Superbrukerne skal i innføringsfasen stå for opplæringen lokalt og være en tilgjengelig ressurs på operativt nivå. Disse, og lederne, har vært målgruppe for kommunikasjon fra prosjektet til enhetene. I tillegg er det opprettet nettsider, informasjonskanaler og nyhetsbrev for å kommunisere med de ansatte som vil bli berørt. (Trondheim kommune, 2022) Leders rolle i denne typen prosjekter er essensiell for å sikre faglig deltakelse og forankring. I tillegg vil leders teknologikompetanse og -forståelse være en kritisk faktor for gjennomføring, da mangel på denne kan hindre utviklingen. (Meld. St. 27 (2015- 2016))

### **1.2.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål**

Med bakgrunn i det vi hittil har skissert ønsket vi i vår studie å se nærmere på hvordan avdelingslederne opplever prosessen med implementering av Helseplattformen så langt. Føler de seg rustet til å gjøre de nødvendige prioriteringer, og hvilke virkemidler de har til rådighet for å kunne lede personalgruppa si gjennom denne endringen? Ikke minst ønsket vi å se om det er mulig å identifisere noen faktorer som kan være overførbare til innføringsprosessene i de kommunene som har en senere innføringsdato. Dette har vi forsøkt å konkretisere i følgende problemstilling:

**Hvordan kan avdelingsleder utøve god endringsledelse i implementeringen av Helseplattformen, en endringsprosess som innebærer digitalisering og standardisering?**

For å konkretisere problemstillingen har vi utarbeidet fem forskningsspørsmål:

1. Hvilken sammenheng finner vi mellom avdelingslederens alder og/eller ledererfaring og opplevelsen av endringsprosessen? Vi ønsket å undersøke om alder og ledererfaring ga utslag for hvordan ledere tilnærmer seg endring og om dette vil innvirke på deres opplevelser i denne endringsprosessen.
2. Hvilken betydning har sammensetningen av personalgruppen for leders tilnærming til endring? Vi var nysgjerrige på om det var mulig å identifisere spesifikke faktorer ved personalgruppa som gjorde avdelingsleders opplevelser i endringsprosessen lettere eller mer utfordrende. Vil kunnskap om dette eventuelt være nyttig for avdelingsledere i kommuner som skal gjennom samme implementering etter

Trondheim kommune? Dette beskriver vi nærmere i fjerde kapittel, der vi analyserer empirien.

3. Hvilken betydning har endringsagenter i digitaliserings- og endringsprosesser? Endringsagenter er ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) sentrale personer i en organisasjon som på bakgrunn av analyser utvikler og implementerer strategier for endring. Teori rundt dette beskrives nærmere i kapittel 2.2, der vi ser nærmere på endringsagenters rolle i endringsprosesser. Vi ønsket å undersøke om avdelingslederne var opptatt av dette, hva som kjennetegner disse personene, og hvordan deres rolle innvirker på avdelingslederens opplevelser.
4. Hvilke forhold i operativ drift vil kunne påvirke endringsprosessen? Helseplattformen implementeres samtidig som man skal opprettholde tjenestetilbudet. Vi ønsket å få avdelingslederens opplevelse av hvordan dette påvirker den daglige driften og ikke minst hvordan disse faktorene innvirker på endringsprosessen. Spesielt fordi man har hatt en pandemi som i store deler av implementeringsperioden har pågått parallelt med informasjons- og opplæringsarbeidet knyttet til Helseplattformen. Dermed var det viktig for oss å høre hvordan avdelingslederne opplevde å måtte utføre både kriseledelse og endringsledelse samtidig.
5. Hvilke forhold i implementeringen av Helseplattformen påvirker leders tilnærming til endringsprosessen? Vi ønsket å høre avdelingslederens opplevelse av Helseplattformen som prosjekt med tanke på organisering, informasjon og opplæring spesielt i den fasen de stod i på intervjuetidspunktet.

Vi har ønsket å gå mest mulig i dybden av den problemstillingen og de forskningsspørsmålene vi har stilt. Digitaliserings- og standardiseringsprosesser i det offentlige er svært omfattende områder, og vi har sett oss nødt til å foreta en god del avgrensninger i oppgaven, for å gjøre rom for dypdykk i litteraturen på de områder vi har tatt for oss. Dette innebærer at vi både innledningsvis og underveis har gjort noen vurderinger og fravalg av temaer og teori som det kunne vært interessant å se nærmere på, men som ville bidratt til en mer overfladisk tilnærming til problemstillingen med bakgrunn i oppgavens omfang.

I arbeidet med oppgaven har vi i relevant litteratur om implementering av strategi og organisasjonsutvikling funnet at begrepene innovasjon og endring brukes om hverandre og

har i denne oppgaven valgt å bruke ordene synonymt. Vi har valgt å bruke begrepet Helseplattformen om både prosjektet, organisasjonen og de nye systemene i besvarelsen. Det gjør vi med bakgrunn i opplevelsen av at dette er en allmenn forståelse av bruken, ikke bare hos brukerne, men også gjennom media.

### **1.3 Bakgrunn for oppgaven**

For å trekke de litt lange linjene i offentlig forvaltning, fra ideer og ønsker i regjering frem mot implementering av konkrete verktøy har vi viet neste del av dette kapittelet til å gjøre rede for politisk, strategisk og organisatorisk bakgrunn for implementeringen av et felles journalsystem. Her ser vi på veien fra Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008- 2009)) frem til dagen situasjon med implementering av Helseplattformen. Vi vil sette søkelys på hvilke utfordringer knyttet til digital dokumentasjon, kommunikasjon og samstyring som har preget helsevesenet i Norge de siste tiårene. Vi vil peke på mulige årsaker til disse utfordringene, og vise hvordan de har blitt belyst av det offentlige, og hvilke mulige løsninger som har blitt skissert. Som vi skrev innledningsvis så er det begrenset med forskning som er gjort på dette tidligere og vi har derfor brukt styringsdokumenter som kunnskapsgrunnlag for oppgaven. Videre vil vi med bakgrunn i ulike stortingsmeldinger relevante for utviklingen av Helseplattformen se på nasjonale målbilder for digitalisering av offentlig sektor, og strategier knyttet til disse. Mer konkret vil vi søke å vise hvordan økt digitalisering vil påvirke offentlige helsetjenester. Stortingsmeldingene og underliggende dokumenter peker på utfordringer ved digitalisering av helsevesenet og vi ønsker å vise hvordan Helseplattformen tar mål av seg å imøtekomme disse for å kunne sikre effektiv bruk av offentlige ressurser samt et ønske om brukervennlige offentlige tjenester. Når vi har valgt å gå grundig til verks i presentasjonen av disse styringsdokumentene er det for gi leseren et bilde av ambisjonsnivået som ligger til grunn for etableringen av Helseplattformen og hvordan det er relevant for teorien vi benytter i drøftingskapittelet vårt, kapittel 5.

#### **1.3.1 Utfordringene knyttet til samhandling i helsevesenet**

Da vi startet arbeidet med denne oppgaven var vårt inntrykk at ulike aktører i den offentlige helsekjeden kan gå til anskaffelse av de systemene som dekker den enkelte aktørs behov for å kunne yte helsehjelp. Fastlegene har sine systemer, tannlegene sine, kommunale enheter kan ha ulike systemer basert på sine tjenester og helseforetakene tilsvarende. For innbyggerne

innebærer dette at man som bruker av offentlige helsetjenester opplever at de ulike aktørene ikke har relevant informasjon når man flytter seg mellom to tjenestetilbydere, og man dermed må gi fra seg samme informasjon flere ganger i sitt møte med helsevesenet. Samhandlingen mellom de ulike aktørene i helsetjenesten har vært avhengig at man har hatt systemer som kan sende og motta informasjon fra andre systemer. Journalinformasjonen har i noen tilfeller måttet bli sendt i papirformat mellom behandlingsinstitusjonene. Ved informasjonsutveksling mellom to aktører har man tidvis også vært avhengig av telefonisk kontakt da informasjonen ikke alltid er journalført i sanntid. Ved overføring av pasienter mellom to institusjoner har man i mange tilfeller måttet overføre informasjon manuelt fra et system til et annet, med risiko for feil i innføringen. Forsinkelser i informasjonsutvekslingen har gjort planlegging av samhandling vanskelig da informasjonen kommer på et senere tidspunkt enn pasienten. Disse tankene og erfaringene som vi selv satt med da vi gikk i gang med denne oppgaven ble bekreftet av våre informanter gjennom intervjuene, som i denne uttalelsen fra en av avdelingslederne: ”Det er så tungrodd det systemet som er nå, og det er så vanskelig å nå gjennom med riktig informasjon. Det er vanskelig å nå gjennom til de rette instansene, og det er veldig mye som glipper.”

Ved Riksrevisjonens (2014) “Undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren” viste funnene at man fra departementsnivå ikke har hatt forståelse for kompleksiteten i innføringen av IKT-løsninger for mange ulike aktører. Videre skriver Riksrevisjonen (2014) at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har forstått sitt ansvar for nasjonal standardisering eller behovet for økte ressurser i en implementeringsfase. For å lykkes med strategiene og handlingsplanene mener Riksrevisjonen (2014) det må utvikles en nasjonal samhandlingsarkitektur med felles standarder i tillegg til at man skaper insentiver for at alle aktørene tar i bruk de digitale løsningene. Riksrevisjonen (2014) påpeker i sin rapport at handlingsplanene bak de nasjonale strategiene ikke har vært konkrete nok. Videre hevder Riksrevisjonen (2014) at det ligger en begrensning i de strategiene og planene som kommer ut av Helse - og omsorgsdepartementet da de ikke favner helsetjenesten som utøves i kommunene og fra fastlegene da disse er underlagt andre departement og forvaltningsnivå. Ser vi på Helseplattformen finner vi at prosjektet og systemene er utviklet for å ivareta nettopp de utfordringene som Riksrevisjonen peker på.



### 1.3.2 Fremveksten av et behov for modernisering av digitale plattformer

Unterschuetz et al. (2008) finner i sin forskning at innføring av digitale løsninger i helse- og omsorgstjenester vil bedre arbeidsprosessene, redusere feil og bedre pasientbehandlingen. Et mer sømløst pasientforløp på tvers av sektorer og tjenester var også grunnlaget for Samhandlingsreformen fra 2009 (St.meld 47 (2008-2009)) med målbildet “Rett behandling - på rett sted - til rett tid”. Reformen pekte på at koordinerte tjenester fra mange aktører og virksomheter med ulike målforståelser kunne påvirke tjenestene for brukeren. For eksempel ville spesialisthelsetjenesten ha søkelys på medisinsk helbredelse, mens kommunale tjenester ville ha oppmerksomheten rettet mot funksjonsnivå og mestring. Slike tilnærminger ville få konsekvenser for kommunikasjon og problemstillingene som ble vektlagt i brukerens kontakt med de ulike helsetjenestene og i samhandlingen dem imellom. (St.meld. 47 (2008-2009))

I 2012 ble det fra regjeringens side satt søkelys på behovet for en modernisering av de digitale plattformene og en felles standard for helse- og omsorgssektoren. Med Meld. St. 9 (2012-2013) ble målbildet "Én innbygger - én journal" presentert. Regjeringen så nødvendigheten av å øke fokuset på det potensialet som lå i digitalisering og bruk av teknologi for å nå målene om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. (Meld. St. 9 (2012-2013)) I meldingen (Meld. St. 9 (2012-2013, s. 10)) angir regjeringen målene for det videre arbeidet:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

En forutsetning for å kunne nå disse målene som underbygger hovedmålet Én innbygger – én journal er at det etableres “et integrert og helhetlig journalsystem som vil gi helsepersonell, pasienter og brukere enklere tilgang til relevant informasjon, bidra til bedre samhandling og ressursbesparelser” (Meld. St. 9, (2012-2013 s. 10)). En slik løsning vil bedre kontakten mellom brukerne og helsetjenesten og samtidig bidra til at pasientene kan involveres i beslutninger rundt egne helse- og omsorgstjenester. (Meld. St. 9 (2012-2013))

For å sikre dette arbeidet redegjøres det i meldingen for noen strategiske grep som regjeringen vil gjøre. Et av disse er en sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Bakgrunnen for dette var at man i arbeidet med meldingen hadde identifisert utallige aktører og systemleverandører innenfor helse- og

omsorgssektoren som alle forholdt seg til forskjellige styringslinjer. I tillegg så man et spenn av størrelser hos de ulike aktørene som strakk seg fra store helseforetak til fastlegekontorer, tannleger, kommunale aktører og private spesialister. Dette ga komplekse kommunikasjonslinjer rundt en og samme bruker. Meldingen omtaler dette som "mange-til-mange-kommunikasjon" med potensielle feilkilder på grunn av systemer som ikke snakket sammen og som krevde egne koblinger for kommunikasjon. (Meld. St. 9 (2012-2013))

Digitaliseringsstrategien "Én digital offentlig sektor" fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019) er en oppfølging av Meld. St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge. Strategien ser på digitaliseringsarbeidet på tvers av sektorer, og søker å ivareta et helhetsperspektiv. Målet med digitaliseringen av offentlig sektor er å gi innbyggere, næringsliv og frivillig sektor en enklere hverdag. Strategiens hensikt er å understøtte digital transformasjon både i den enkelte virksomhet og i offentlig sektor i sin helhet. Digital transformasjon innebærer en endring av de grunnleggende måtene virksomhetene løser sine oppgaver på ved hjelp av teknologi, og medfører radikale endringer. Målet er bedre brukeropplevelser og mer effektiv og smartere oppgaveløsning, noe som medfører betydelige forandringer. Dette kan føre til endring av organisasjonen, flytting av ansvar, omskriving av regelverk eller at prosesser må designes på nytt. Alt dette betyr at digital transformasjon like mye handler om kompetanse- og utviklingsutvikling, forvaltningspolitikk, forvaltningsutvikling som teknologi og endringsledelse. Strategien setter søkelys på effektivisering, samtidig som den hyppig gjentar viktigheten av å sette brukeren i sentrum. Blant målene for arbeidet frem mot 2025 finner vi at offentlig sektor skal bygge sine tjenester med utgangspunkt i det som benevnes som et felles digitalt økosystem for samhandling, samt at offentlig sektor skal utnytte potensialet i bruk og deling av data til å opprette brukervennlige tjenester. (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019)

Innovasjon i form av digital transformasjon utfordrer offentlige virksomheter, skriver Borander (2015). Dette fordi det mangler incentiver for å gjennomføre, potensielle effektiviseringsgevinster skaper frykt for kutt og nedbemanning og sektoren har generelt en manglende innovasjonskultur. Videre hevder Borander (2015) at det innen offentlig sektor er en naturlig risikoaversjon knyttet til innovasjonsarbeid som skal bidra til økt effektivisering da det medfører merarbeid for organisasjonen som den ikke nødvendigvis opplever gevinsten av, da denne tilfaller fellesskapet. Politiske systemer og politisk styring som ligger til grunn for innovasjon i offentlig sektor er også knyttet til valgperioder som igjen bidrar til offentlige

organisasjoners naturlige motstand mot å initiere og implementere innovative løsninger basert på politiske beslutninger. (Borander, 2015) Dette støttes av Unterschuetz et al. (2008) som skriver at politiske beslutninger om innovasjon gjøres av et fåtall uten kunnskap om hvordan tjenesten utøves lokalt. Virksomheter som leverer helsetjenester har ofte en hierarkisk oppbygging hvor beslutningsmakten er sentralisert, og vedtak om endringer kommer i et raskere tempo enn organisasjonene er forberedt på og de evner dermed ikke å implementere disse. Som Borander (2015) hevder Unterschuetz et al. (2008) at ledere vil trenere prosessene de ikke kjenner bakgrunnen for eller hensikten med - at å videreføre dagens praksis er å foretrekke når kostnader og nytteverdi ikke er kjent. En slik tilnærming vil være kortsiktig da nye løsninger, ideer og forbedrede prosesser er nødvendig for et bærekraftig helsevesen. Den digitale utviklingen i dagens samfunn bidrar til at brukerne har en forventning om at offentlige tjenester tilpasser seg. Dermed utfordres både virksomhetene og den enkelte helsearbeider med tanke på tilgjengelige ressurser og kompetanse i møtet med brukeren. (Unterschuetz et al., 2008)

### **1.3.3 Nasjonale målbilder og strategier for samhandling i helsetjenester**

Det at nødvendig pasientinformasjon er raskt tilgjengelig vil bidra til at helsepersonell kan danne seg et helhetlig bilde av pasientens helsesituasjon og gi godt grunnlag for behandling. At nødvendig informasjon ligger tilgjengelig i en felles løsning vil også bidra til at brukere, pasienter og pårørende ikke skal være nødt til å gi samme informasjon flere ganger i sitt møte med ulike aktører. Dette innebærer at de systemene som velges må være brukervennlige slik at helsepersonell, på tvers av profesjoner, organisasjoner og nivåer, kan få tilgang til oppdatert kunnskap som igjen gir god beslutnings- og prosesstøtte. Spesielt gjelder dette i akutte behandlingssituasjoner hvor tjenesteyter ikke er kjent med pasientens livshistorie, eller hvor behandlingen ikke er planlagt på forhånd. (Meld. St. 9 (2012-2013)) Dette behovet understrekes også i Helsepersonelloven (1999), § 45:

Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger: Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte.

Fjellstad, Fjermeros og Melau (2010) skriver om hvordan helseforetak stadig opplever at nye digitale løsninger implementeres uten muligheter til påvirkning fra ledere eller sluttbrukere. Innføring av nye komplekse systemer oppleves som en belastning i form av hektiske

oppstartsperioder uten rom for påvirkning hvor dobbeltarbeid, merarbeid, lite opplæring går utover drift og pasientbehandling. Videre påpeker Fjellstad, Fjermeros og Melau (2010) at det i slike implementeringsprosesser er et enormt søkelys på teknologien og lite på organisasjonsutviklingen som er en forutsetning for å kunne utnytte systemene fullt ut.

Stortingsmeldingen *Én innbygger - én journal* (Meld. St. 9 (2012-2013)) tar til orde for en trinnvis innføring av ordningen, da man for å få nytte av denne typen samhandlingsløsninger er avhengig av at alle involverte parter tar i bruk løsningene samtidig. Å ha ansvar for, og koordinere mangfoldet av aktører og utfordringene som ligger i en slik innføring må ligge hos en dedikert aktør. Dette kan, ifølge meldingen, løses ved å vurdere en helseregion som pilot da dette vil omfatte alle aktørene i sektoren og viser samtidig til Helse Midt-Norge (HMN) som en egnet region da arbeidet med IKT-strategier på tvers av helseforetak, kommuner og fastleger allerede er i gang der. (Meld. St. 9 (2012-2013))

På nasjonalt nivå varslet Solberg-regjeringen i 2016 et taktskifte og et høyere ambisjonsnivå for digitaliseringen av offentlig sektor. Med stortingsmeldingen "Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet" (Meld. St. 27 (2015-2016)) var ambisjonen å fornye, forenkle og forbedre offentlige tjenester, og den skulle muliggjøres gjennom bevisstgjøring om IKT-løsninger og utnyttelse av disse.

### **1.3.4 Utviklingen i Midt-Norge - Helseplattformen trer frem**

I Trøndelag går samarbeidet mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF, og de tiltak og avtaler som er kommet i stand som følge av dette, tilbake til 90-tallet. I NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste* fremheves dette arbeidet som et eksempel på samarbeid på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Slike forpliktende samarbeidsavtaler mellom ulike tjenestenivå beskrives i Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) som et sentralt verktøy for å sikre sammenhengende pasientforløp. Disse må regulere nødvendige systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner. (St.meld. 47 (2008- 2009))

Både Trondheim kommune og Helse Midt-Norge har lagt det digitale målbildet på tvers av forvaltningsnivåene inn i sine strategier for tjenesteyting og handlingsplaner for IKT. Begge virksomhetene fokuserer på at brukeren skal oppleve en helhetlig helsetjeneste. Helse Midt-Norge etablerte sin IKT-strategi parallelt med Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger - én journal* og vedtok i 2012 noen hovedmål for sin IKT- strategi Del I (HMN, 2013, s. 1):

- Standardisering
- Informasjonsdeling gjennom hele pasientforløp
- Journalsystemer i strukturert form og med aktiv beslutningsstøtte til klinisk aktivitet
- Bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk, samt redusert pasienttransport
- Bedre prioriterings- og gjennomføringsevne

Et par år senere uttaler Trondheim kommune (2014, s. 5) i “Arkitekturprinsipper for utforming og utvikling av IT-løsninger” følgende:

Informasjon er en ressurs som skal forvaltes og i størst mulig grad tilgjengeliggjøres for effektiv bruk på tvers av prosesser og tjenesteområder. Dette innebærer at informasjon må lagres digitalt, i strukturert format og tilgjengeliggjøres gjennom tjenestegrensesnitt. De prosessene og tjenesteområdene som anvender informasjonen må ta i bruk tjenestegrensesnittene for å hente, utveksle og oppdatere informasjon.

I forbindelse med vedtak om utskiftning av systemer for journal og pasientadministrasjon gir styret i Helse Midt-Norge følgende tilbakemelding til administrerende direktør: «Styret ber administrerende direktør legge vekt på samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene, samt andre offentlige og private aktører i det videre arbeidet.» (HMN, 2016 - møtereferat). De neste årene arbeides det med å etablere “Et helhetlig endringsprogram innen hele helsetjenesten i Midt- Norge på tvers av nivåene understøttet av ny felles systemløsning.” Dette programmet får navnet Helseplattformen. (HMN, 2016 - møtereferat)

Etter etableringen av Helseplattformen gjør Direktoratet for e-helse i 2016 en vurdering av Helseplattformen som startpunkt for realiseringen av målbildet Én innbygger - én journal. Denne konkluderer med at Helseplattformen er godt rustet som regional utprøvningsarena for strategien, men for at man skal sikre ivaretagelse av de overordnede målsetninger og interesser bør det i arbeidet inkluderes representanter fra det nasjonale prosjektet i styringsgruppen. (E-helse, 2016) Rapporten peker også på to andre initiativ som er iverksatt som ledd i realiseringen av målbildet Én innbygger - én journal, men disse foregår enten i kommunesektoren eller i spesialisthelsetjenesten og favner dermed ikke løsningen som ligger i Helseplattformen som går på tvers av sektorer, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, både geografisk og organisatorisk. En annen faktor rapporten peker på er at Helseplattformen ligger 3-4 år foran de andre tiltakene i prosess og progresjon slik at resultatene herfra vil legge grunnlag for veien videre på nasjonalt nivå. (E-helse, 2016)

## **1.4 Hvordan vil Helseplattformen løse utfordringene?**

I Kommunal- og moderniseringsdepartementets strategi *Én digital offentlig sektor* (2019) rettes oppmerksomheten mot effektivitet og på brukervennlige offentlige digitale tjenester. Det vises her til at kartlegginger har vist at ledere og arbeidstakere i offentlige så vel som private virksomheter mangler kompetanse som er nødvendig for å se og nyttiggjøre seg de mulighetene som teknologien gir. I offentlige virksomheter er det utfordrende å ta det neste steget for å utvikle mer avanserte digitale tjenester. For å øke den digitale kompetansen må man utvikle denne kompetansen hos medarbeidere og ledere, i tillegg til å rekruttere. Videre handler det om å utvikle kultur og arbeidsprosesser som understøtter digitalisering til det beste for næringsliv, frivillige organisasjoner og for innbyggerne. Dersom den digitale transformasjonen skal la seg gjennomføre må kravene til digital kompetanse hos ledere, ansatte og virksomheter endres. For å utvikle nye måter å jobbe på kreves også kompetanse på endring og omstilling, og økt og ny kompetanse behøves for å levere tjenester og oppgaver på bedre måter for brukerne, blant annet knyttet til utviklingen av sammenhengende digitale tjenester. (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019)

De strukturelle utfordringene som både Riksrevisjonens (2014) gjennomgang og Meld. St. 9 (2012-2013) adresserer med tanke på at tjenestene utøves på tvers av sektorer med aktører som står fritt til å velge IKT-løsninger tilpasset eget begrenset behov ligger til grunn for utviklingen av Helseplattformen. Helseplattformen har som mål å være en digital plattform som samler de ulike aktørene og gir grunnlag for sømløs informasjonsflyt uavhengig av hvilken sektor man tilhører. På denne måten vil pasienten oppleve en tjeneste som har brukeren i fokus med tanke på medvirkning, en riktig og effektiv behandling samt at aktørene samhandler på tvers, noe som er i tråd med de nasjonale strategiene.

## **1.5 Oppsummering: Vår studie og dens bidrag**

Vi delte tidligere i dette kapitlet våre egne erfaringer og tanker rundt dagens digitale løsninger i helsevesenet, og fortalte at disse i stor grad samsvarte med det våre informanter fortalte oss i intervjuene. Dette vil vi komme nærmere inn på i kapittel 4, empirisk analyse. Der ser vi på hva informantene fortalte om dagens situasjon, hvilke forhåpninger de har til de nye løsningene og hvordan de bruker dette som motivasjon i utøvelsen av endringsledelse ved implementeringen av Helseplattformen.

Videre har vi vist hvordan ulike stortingsmeldinger og NOU-er gjennom årene har pekt på et økende behov for digitalisering, effektivisering og bedre samhandling og samstyring i helsevesenet. Fra myndighetenes side har det lenge vært et ønske om økt digitalisering og standardisering i offentlig sektor generelt, og i helsevesenet spesielt. Vi har sett på utviklingen på området fra Samhandlingsreformens (St. meld. 47 (2008-2009)) spede begynnelse, gjennom flere stortingsmeldinger og andre offentlige styringsdokumenter og frem til dagens situasjon. Gjennomgangen munnet ut i den lokale utviklingen her i Midt-Norge, og viste hvordan Helseplattformen ble den løsningen regionen samlet seg rundt, som svaret på utfordringene man opplevde både på nasjonalt og regionalt nivå. I denne regionen skal Helseplattformen straks tas i bruk, som landets første tverrsektorielle journalsystem. Som gjennomgangen har vist finnes det lite forskning på innføringen av Helseplattformen i Norge, og vi har derfor støttet oss til offentlige dokumenter og styringsdokumenter for å oversikt over kunnskapsstatus før dette prosjektet ble startet.

## **1.6 Oppbygging av oppgaven**

Vi har nå sett på bakgrunnen for innføringen av Helseplattformen på politisk, strategisk og organisatorisk nivå. Videre vil vi i andre kapittel trekke frem relevant teori samtidig som vi også redegjør for fravalg av teori. Kapittel tre er viet til presentasjon av forskningsmetode, og vi søker å gjøre grundig rede for vår fremgangsmåte i arbeidet med oppgaven. I fjerde kapittel presenterer vi funn fra intervjuene våre, og i foretar en analyse av disse på bakgrunn av forskningsspørsmålene og temaene fra intervjuguiden vår, se vedlegg 3. Hovedtemaene i intervjuguiden vår er avdelingsleders rolle i endringsprosesser, endringsledelse, samhandling, Helseplattformen generelt og som ledelsesverktøy, personalgruppens møte med Helseplattformen, utfordringer med implementeringen, samt tanker om hva andre kommuner og andre avdelingsledere kan lære av våre informanters opplevelse. Dette presiserer vi nærmere i metodekapittelet, der vi ser nærmere på vår fremgangsmåte i dette prosjektet. Her vil vi også legge vekt på å vise hvordan vi har brukt Tjora (2021) sin stegvis-deduktive induktive metode i vårt arbeid med empirien. I femte kapittel presenterer vi på bakgrunn av dette en teoretisk analyse av empirien. Avslutningsvis oppsummerer vi i sjette og siste kapittel av oppgaven. Hvert kapittel inneholder en innledning og en oppsummering, noe vi håper bidrar til ryddighet og gode leseopplevelser.

## 2.0 Teori

I dette kapitlet redegjør vi for relevant teori, og skaper et grunnlag for den teoretiske analysen vi foretar oss i kapittel 5. Vi innleder med å se på strategibegrepet knyttet til offentlig sektor. Hva innebærer offentlig strategi? Dette kobler vi videre mot bruk av styringsverktøy. Innovasjons- og endringsbegrepene ser vi også nærmere på, samt organisering av implementeringsprosesser. Endring og endringskrefter i organisasjoner er omfattende temaer, og vi søker å presentere de områdene som er relevante for den kommende analysen.

Endringsledelse er et hovedtema for vår problemstilling, og tematiseres i dette kapitlet. Deretter vier vi plass til å presentere den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.J og Vanebo, J.O., 2007), som vil være utgangspunkt for våre analyser. Vi har valgt å bruke denne modellen fordi vi mener den kan bidra med struktur og oversikt i vårt case, som er komplekst og mangfoldig både strategisk, organisatorisk og teoretisk. Helseplattformen er et regionalt tilsvar på mangeårige nasjonale strategier og målbilder om bedret samhandling mellom sektorer og offentlige helseleverandører. Som gjennomgangen i første kapittel viste så er kompleksiteten og utfordringene med digitalisering av helsetjenester betydelig og vil kreve både insentiver, vilje og endringskompetanse på mange nivåer. Gjennom å legge teori rundt modellen til grunn kan vi i kapittel 5 analysere vi våre empiriske funn opp mot systemene og prosessene i denne modellen. Avslutningsvis ser vi nærmere på mellomlederens rolle i strategi- og endringsarbeid, og hvordan synet på dette har endret seg de siste årene.

Implementeringen av Helseplattformen representerer et tema og en kompleksitet som berører et betydelig omfang av teori, noe som har vært utfordrende i de valgene vi har gjort knyttet til teori. Fordi Helseplattformen er en politisk initiert endring både fra Stortinget og fra helseregionalt nivå, ble vi ledet inn i tematikk og teori knyttet til endring og innovasjon i offentlig sektor, organisering av forvaltningen, mål- og resultatstyring, politikkutforming og- implementering, strategiutvikling, brukermedvirkning, organisasjonsstrukturer og byråkrati. Ved å spisse problemstillingen som ligger til grunn for besvarelsen har vi kunnet gjøre valg og prioriteringer rundt teori som har gitt oss muligheten til å gå i dybden på hovedtema for besvarelsen, nemlig endringsledelse som følge av digitalisering i offentlig sektor.



## 2.1 Om en strategisk offentlig sektor

Strategibegrepet har ifølge Johnsen (2014) tradisjonelt vært knyttet til privat sektor og konkurranseutsatt virksomhet med blikket rettet mot lønnsomhet og konkurransefortrinn. Offentlig sektor har med sine rammebetingelser og samfunnsoppdrag et annet perspektiv med tanke på måloppnåelse og styring, men like fullt et søkelys på effektiv bruk av ressurser. Med tanke på strategi så kan det i offentlig sektor være vanskelig å skille mellom de enkelte virksomhetene da de er koblet sammen hierarkisk eller på tvers av sektorene, f.eks som i helsesektoren hvor man har organisert primær- og spesialisthelsetjenesten i ulike forvaltningsnivå. (Johnsen, 2014) Som vi så i kapittel 2 ble dette problematisert gjennom flere stortingsmeldinger som pekte på mangelfull og lite effektiv samhandling på tvers av alle helseaktørene noe som resulterte i dårligere kvalitet for brukeren. Stortingsmeldingene la bedret kvalitet, bedre samhandling og bedre styring på et overordnet nivå til grunn for de nasjonale målbildene. Dette gjør det ifølge Johnsen (2014) vanskelig å utarbeide mål, strategier og resultater for den enkelte virksomhet.

Christensen, Egeberg, Lægreid og Aars (2019) skriver om kommunenes autonomi sett opp mot velferdsstatens ambisjoner om offentlig tjenesteyting, og hvordan nasjonale standardiseringsmål legger føringer for kommunenes handlingsrom. Videre viser Christensen et al. (2019) til forskning som finner at i land hvor kommunesektoren har ansvar for velferdsoppgaver og dermed har en vesentlig rolle i realiseringen av nasjonale velferdsmål har kommunene størst handlingsrom. Denne autonomien fremkommer i Kommunelovens (2018) § 2-2: “Prinsipper for nasjonale myndigheters forhold til det kommunale og fylkeskommunale selvstyret:

- Det kommunale og fylkeskommunale selvstyret bør ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.
- Offentlige oppgaver bør fortrinnsvis legges til det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne.
- Innenfor rammene av nasjonal økonomisk politikk bør kommuner og fylkeskommuner ha frie inntekter som gir økonomisk handlingsrom.”

Lovhjemmelen stadfester Trondheim kommunes myndighet til å fatte vedtak om å delta i etableringen av Helseplattformen som angitt i punkt 1.3.4 og å utarbeide egne strategier for måloppnåelse, både av de nasjonale målene angitt i lovverket, men også knyttet til lokale handlingsplaner.

Mulgan (2009, s. 19) definerer offentlig strategi som “en systematisk bruk av offentlige ressurser og myndighet utøvd av offentlige aktører for å nå offentlige mål”. Dette støttes av Jacobsen og Thorsvik (2019) som skriver om hvordan strategi i offentlig sektor handler om forbedring og utvikling av eksisterende tjenester. Til grunn for strategiene ligger et kontinuerlig søkelys på hvordan man gjennom fordeling av ressurser, goder og byrder kan skape et godt fellesskap. (Jacobsen & Thorsvik, 2019) Det er umulig å være strategisk uten noe element av standardisering, generalisering, felles rutiner og uten noen form for prinsippdesign knyttet til for eksempel individuell tilpasning av offentlige tjenester, bedre informasjonstilgang og tilbakemelding. Der hvor strategiske tiltak i det private legger organisatorisk kapasitet til grunn for hvilke endringer som vil gi best utbytte så begynner det offentlige med å sette hvilke mål som skal nås for så å rigge organisering deretter. (Mulgan, 2009) Setter vi dette i sammenheng med i de nasjonale strategiene omtalt i kapittel 1 finner vi at mål om bedre offentlig helsetjenester gjennom samhandling og felles digitalisering ligger til grunn for meldingene. Det kommer klart frem hvilke forventninger om gevinster og effektivisering, men uten å legge premisser for organisatorisk gjennomføring, noe som bekrefter Mulgans (2009) teori.

### **2.1.1 Bruk av styringsverktøy i endringsprosesser**

All offentlig strategi handler om å utnytte statens midler, som er folkets midler, bedre; mer effektivt og med økte gevinster. Måling av dette har de siste årene endret fokus fra effekt og aktiviteter til kortsiktig måloppnåelse og snarlig realisering. (Mulgan, 2009) Mulgan (2009) hevder at man samtidig har fått øynene opp for nytteverdien av de endringene som kommer som følge av offentlige strategier og reformer. Måling i seg selv gir ikke nødvendigvis bedre gevinster. Å tenke strategisk er å ta fremtiden på alvor og motstå kortsiktige tiltak for å tilfredsstille ytre press, mener Mulgan (2009). I Helseplattformen kobles dette til nye muligheter for kommunene i form av nye typer styringsinformasjon som kommer med innføringen. De nye systemene vil kunne bidra til bedre beslutningsgrunnlag for kommunens egen drift på bakgrunn av egendefinerte mål og strategier. Ved å ta i bruk verktøyene i Helseplattformen vil ledere og ansatte på bakgrunn av sammenstilte styringsdata kunne fatte beslutninger om drift og utvikling. (Helseplattformen, 2022) Ressursskapitet i helsevesenet er en av utfordringene som berøres i stortingsmeldingene, man snakker om “færre hender” og at man derfor må jobbe smartere. Helseplattformen mener at kommunene gjennom de nye styringsverktøyene vil kunne jobbe med bemanningsbehov i forkant av ressursmangel basert på informasjon om kommunenes helseutfordringer som man kan fremskrive i de nye

systemene. (Helseplattformen, 2022) Rekrutteringsutfordringer var også tema i intervjuene og vi vil komme tilbake til dette i den empiriske analysen i kapittel 4.

Johnsen (2014) peker på det paradoksale med strategi i offentlig sektor da utøvende enheter opererer på myndighet fra politisk kontroll og et ideal om rettferdighet og hvor inntekter og rammebetingelser er et offentlig anliggende. Videre skriver Johnsen (2014) om usikkerheten rundt de prosessene som ligger til grunn for offentlig tjenesteytelse og hvordan man kan vurdere resultater og måloppnåelse da man kan ha kryssende forventninger fra omgivelsene. Mulgan (2009) beskriver dette som at enhver måldrevet tilnærming har sine svakheter, spesielt sett opp mot forhold som ikke er definert i målsettingen og subjektive opplevelser og hensyn. Politisk styring, og administrativ kontroll gjennom åpenhet og delegert myndighet blir dermed viktig i strategisk tenkning og strategisk styring. (Johnsen, 2014)

For å lykkes med implementering er det ifølge Mulgan (2009) avgjørende med en forståelse for formål og hensikt - for hva som ligger til grunn for en strategi og målsettinger. I et samfunn vil verdier og ønsker for innbyggere ligge til grunn for mål. Gjennom å se på ambisjonene vil man avdekke et gap mellom eksisterende tilbud og ønsket tilbud, og dermed kan man identifisere tiltak for å nå målene. Videre skriver Mulgan (2009) om de utfordringene som kan oppstå i prosessen mellom å utarbeide en strategi til å identifisere tiltak og implementere dem. Ikke minst utfordringen med hva man ønsker å oppnå mot hva som faktisk er oppnåelig. Dette forklarer Mulgan (2009) skyldes at myndigheter enten vil for mye for fort og overvurderer realismen i strategien, eller undervurderer handlingsplanene og planlegger for et langt tidsperspektiv. Dette kan korrigeres med strategiske analyser av hva som er gjennomførbart, hvilke mål som er oppnåelig og avklare avhengighetsforhold og målkonflikter. Når strategiske mål og tiltak er identifisert må de videreutvikles til politiske beslutninger, planer og handlinger. En utfordringer er at man utvikler mange strategier uten at man nødvendigvis ser de i sammenheng med hverandre. Dermed blir styringsverktøy viktig for videre arbeid. Dette kan være lovverk, finansielle rammeverk, insentiver etc. For at strategiske planer, tiltak og intensjoner skal kunne gjennomføres og for at de skal oppleves som hensiktsmessig og meningsfulle nedover i organisasjonen må det være tydelig hva som er realistisk å endre og hvor raskt det lar seg endre. Dette innebærer at myndighetene må gjøre endringer og ha en kultur for endringer i statsforvaltningen som gir rom for omdisponering av ressurser til å bygge opp under nye strategier, programmer og reformer. (Mulgan, 2009)

Mulgans (2009) teori gjenspeiles i vår gjennomgang i kapittel 1 om Meld. St. 9 (2012-2013) som peker spesifikt på at gevinst kan kun oppnås ved en omforent forståelse for og kunnskap om hensikten med endringen og fremhever at det må legges til rette for kompetanseheving og opplæring. (Meld.St. 9 (2012-2013)) Samtidig har myndighetene benyttet økonomiske virkemidler for å stimulere til måloppnåelse i form av øremerket bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF for utvikling av Helseplattformen som regional systemløsning. Over en 4-års periode utgjør dette ca 585 millioner kroner hvor deler av bevilgningen er øremerket deltakende kommuner. (Helse og omsorgsdepartementet, 2018,2019, 2020, 2021) Disse ekstra bevilgningene i tillegg til rapporten fra Direktoratet for E-helse (2016) om at Helseplattformen er rustet for nasjonal pilot kan vi si at det fra styringsnivå ligger en forventning om måloppnåelse.

Johnsen (2014) skriver om at offentlige virksomheter skal være demokratisk styrt, om hvordan den åpenheten og tilgjengeligheten som ligger til grunn for offentlig styrte virksomheter legger et godt grunnlag for strategiarbeid. Videre påpeker Johnsen (2014) at man gjennom å opprette egne enheter for planlegging og gjennomføring skaper en buffer mellom de politiske beslutningene, toppledelsen og det utførende nivået som skal iverksette og drifte strategiske tiltak. Ved å etablere slike suborganisasjoner hevder Johnsen (2014) at man kan unngå eller redusere konflikter mellom de ulike aktørene og interessenter. For å bidra til færre konflikter og økt grad av suksess skriver Mulgan (2009, s. 143) om The 360 Degree Model som i korte trekk viser at man vil lykkes med implementering gjennom å kombinere top-down ledelse, gjennom mål og bevilgning, horisontalt støtte/press, gjennom samarbeid og sammenligning, og bottom-up, som vil bidra med brukermedvirkning individuelt og kollektivt. Videre skriver Mulgan (2009) at det er best å se strategi, politikk og implementering som en helhet, med deltakelse av de samme folkene gjennom hele prosessen gjennom utforming, prosjektering og planlegging av implementering for å sikre tilbakemeldinger (feedback loops) med tanke på datafangst, målbarhet, pilotering og testing og hvordan brukerne mottar endringene. Implementering av strategi handler om dialog og forhandlinger, og læring gjennom testing og korrigeringer. (Mulgan, 2009) Dette støttes av Jacobsen og Thorsvik (2019) som skriver at evnen til læring er en forutsetning for at organisasjonene skal kunne endre seg. At dette er en grunnleggende forutsetning for virksomhetens fleksibilitet for planlagt og tilfeldig endring. (Jacobsen og Thorsvik, 2019) Fra myndighetens side heter det at “offentlige digitaliseringsprosjekter skal planlegges og gjennomføres profesjonelt, og på en måte som reduserer kompleksitet og risiko, slik at

gevinster realiseres” (Meld. St. 27 (2015-2016, s. 12)). Organiseringen av Helseplattformen var tema i datainnsamlingen som ligger til grunn for empirisk analyse i kapittel 4 hvor man fant både fordeler og delvis ulemper med egen prosjektorganisasjon.

## **2.2 Endringsagenter og deres rolle i endringsprosesser**

Jacobsen (2018) skriver at norsk offentlig sektor befinner seg i en kontinuerlig endringsprosess, blant annet i helsesektoren, der det jobbes konstant for å iverksette ny helseteknologi for å håndtere utfordringene knyttet til en stadig eldre befolkning. Den økende endringstakten gjenspeiles også i organisasjonsteori og - forskning. Fra å omhandle hvordan man kunne oppnå stabilitet har organisasjonsteorien beveget seg mer i retning av dynamikk, bevegelse og endring. Samtidig forskes det stadig mer på organisatorisk endring, og man ser en tilnærmet eksplosiv økning i slik forskning fra begynnelsen av 1990-tallet og frem til i dag. Jacobsen (2018, s. 17) definerer endring slik: “En organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst) to ulike tidspunkter.” I dette er det viktig å ta med seg at endring ikke bare kan sees på som forskjell mellom to statiske tilstander, men må innbefatte en form for bevegelse, fra én relativt stabil tilstand frem til en annen relativt stabil tilstand. Dette innebærer at endring må betraktes som en prosess, som en rekke av handlinger og hendelser som bringer organisasjonen fra det ene punktet til det andre. Jacobsen (2018) mener det er fornuftig å gå ut fra at endring består av et sett grunnleggende fellestrekk, og at organisasjonsendring omhandler menneskelig atferd. Mennesker er forskjellige, men de har likevel mange likheter. Likhetene fremstår dog på mange ulike måter i forskjellige kontekster. Generell kunnskap om organisasjonsendring må derfor tolkes til en spesifikk kontekst før den kan anvendes.

Busch et al (2007) skriver at i litteratur om organisasjonsendring har fokuset på problemet “motstand” vært stort, i stedet for å undersøke hvordan oppmerksomhet om nye forhold kan bidra til å trekke den energien som ligger latent i systemet til en punkt der nye former kan oppstå. Målet må være å danne en ny balanse. Dette kan skje gjennom å skape nye kontekster, ved at en ny forståelse av en situasjon dannes. Sagt med andre ord: man deltar i meningsskapende prosesser med det mål for øyet å retolke interne eller eksterne forhold. Dette målet kan man nå gjennom å eksponere systemet for ny informasjon om sine omgivelser og seg selv, og gjennom å tilrettelegge for dobbeltkretslæring. På denne måten

kan systemet begynne å utfordre og endre sine antakelser, paradigmer og driftsformer, og løsrive seg fra kognitive og andre mentale feller som kan være med og opprettholde de eksisterende oppmerksomhetsstrukturene. (Busch et al., 2007)

Birkinshaw, Hamel og Mol (2008) mener det er forsket for lite på ledelsesinnovasjon, men har selv i sin forskning sett grundig på hvordan endringsprosesser knyttet til ledelsesinnovasjon foregår, og omtaler to typer endringsagenter: Interne endringsagenter og eksterne endringsagenter. Interne endringsagenter er ansatt i organisasjonen der endringen skal skje, og forventes å være proaktive når det kommer til å skape interesse rundt og validere den aktuelle ledelsesinnovasjonen. Eksterne endringsagenter er uavhengige konsulenter, akademikere og guruer som er proaktive i å skape interesse for, påvirker utviklingen av og legitimerer nye ledelsespraksiser. Fordi de bidrar med legitimitet og ekspertise i mange ulike faser av prosessen forventes eksterne endringsagenter å spille en stor rolle i ledelsesinnovasjon. (Birkinshaw, Hamel og Mol, 2008) Som nevnt under punkt 3.1.1 ser vi at man ved å etablere Helseplattformen som egen organisasjon ivaretar teoriene om eksterne endringsagenter, mens vi i den empiriske analysen i kapittel 4 vil si noe om relevansen for de interne endringsagentene i vårt case.

For å forstå organisasjonsendring må man se på både eksogene variabler, som er endringskrefter i organisasjonens tekniske og institusjonelle omgivelser, og endogene dynamikker, som er organisasjonens endringsevne og endringskraft. Hvis det er endringskreftene i omgivelsene som dominerer havner fokuset på tilpasning, som også kan beskrives som gjenskaping. Dersom det er de interne endringskreftene som dominerer vil endringsprosessene bli preget av utvikling og reorientering. Den sterkeste indre endringskraften kan man knytte opp til ledelsessystemet, noe vi ser nærmere på i kapittel 5. (Busch et al., 2007)

Det at endringer skjer ved at mennesker opptrer som rasjonelle subjekter som har spesifikke mål og som ønsker at noe bestemt skal hende kalles planlagt og hierarkisk styrt endring, hevder Jacobsen og Thorsvik (2013). Man antar da at organisasjoner er noe som kan endres og styres av ledelsen. I dette perspektivet er årsaken til endring knyttet til tanken om at noen sentrale personer i en organisasjon, kalt endringsagenter, analyserer situasjoner som modnes og endres over tid, forutser ulike former for endringspress, for så å utvikle og implementere endringsstrategier for å takle utfordringer og benytte muligheter. Planlagte og hierarkisk styrt endringsprosesser henger ofte sammen med en idé om hvordan ting kan gjøres på et

bedre sett. Slike ideer dukker ofte opp som et resultat av at man forsøker å finne ut hvorfor organisasjonen fungerer dårligere enn forventet. Slik endring er ofte relatert til strategisk ledelse, der man arbeider for å tilpasse organisasjonen til forandringer i omgivelsene. (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Omgivelsene til en organisasjon kan betraktes på ulike måter, men et mulig skille er *tekniske omgivelser* og *institusjonelle omgivelser*. De tekniske omgivelsene er den delen av omgivelsene som behøves for at organisasjonen skal kunne besørge sin produksjon av varer og tjenester. De institusjonelle omgivelsene kjennetegnes ved at de stiller forventninger og krav som organisasjonen må justere seg etter for å oppnå legitimitet og støtte. Tekniske og institusjonelle omgivelser har ikke noe helt klart skille mellom seg, men det ligger en forskjell i at tekniske omgivelser er knyttet til effektivitet, der institusjonelle omgivelser er knyttet til legitimitet. Alle organisasjoner vil være påvirket både av tekniske og institusjonelle omgivelser, dog i forskjellig grad. (Busch et al., 2007)

I et slikt perspektiv anses organisasjonsendring som en rasjonell beslutningsprosess som gjennomgår fire faser. I første fase oppstår det en endring, eller man forventer at en slik endring skal skje, ofte utenfor organisasjonen, som organisasjonen må forholde seg til. Endring i teknologien, som innføring av IKT, kan være en slik endring. Likeså at organisasjonen blir pålagt nye regler og lover av offentlige myndigheter. I andre fase analyserer organisasjonen de oppståtte eller forventede endringene og setter opp mål for hvordan man best kan forholde seg til disse. I tredje fase analyserer man hvordan organisasjonen skal utformes for å kunne møte de nye utfordringene. Her prøver organisasjonen å finne den kulturen, strukturen, personalpolitikken og lignende som egner seg best til å møte utfordringene, eller som kan gi en tilfredsstillende løsning. I fjerde og siste fase iverksettes endringen ved bruk av ulike strategier. (Jacobsen & Thorsvik, 2013) I vårt case er opprettelsen og organiseringen av Helseplattformen et direkte resultat av disse fasene ved at Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune legger de nasjonale strategiene til grunn for sitt arbeide. Jacobsen og Thorsvik (2013) peker to forhold som spesielt viktige. Det første er at endringsagentene må klare å fremkalle et opplevd behov for endring. I tillegg må endringsagentene håndtere den motstanden som gjerne inntreffer ved endring. Som vi redegjør for i forskningsspørsmål 3 i kapittel 1, blir dette relevant for vårt case på bakgrunn av funn i datainnsamlingen. Flere av våre informanter beskrev enkelte av sine medarbeidere som endringsagenter, og de vektla viktigheten av rollen disse endringsagentene hadde i implementeringsarbeidet på enheten.

## 2.3 Ulike perspektiver på endringsledelse

Christensen, Lægreid og Rørvik (2021) forbinder styring med et lederskaps forsøk på å ta beslutninger og påvirke atferd ved hjelp av et system eller et sett formelle styringsinstrumenter. Lederskapet vil planlegge, beslutte, samordne og kontrollere basert på et sett av formelle mål og rammer som dette lederskapet ønsker å realisere. For offentlige organisasjoner betyr dette også at det administrative og det politiske lederskapet styrer basert på et mandat gitt dem av folket ved valg og på bakgrunn av formelle vedtak, regler, lover og organisasjonsformer. De formelle og instrumentelle aspektene står altså i fokus. (Christensen et al., 2021)

Vi vil i denne besvarelsen støtte oss til den operasjonelle ledelselæren utviklet av Erik Johnsen (1995). Johnsen (1995, s. 11) betrakter ledelse som prosessorientert, og setter søkelyset på lederatferd, som han definerer slik: “Jeg utøver lederatferd når jeg deltar aktivt i et samtidig målsettende, problemløsende og språkskapende samspill med de relevante andre”. Denne forståelsen ligger også til grunn for Busch et al. (2007) sin konseptuelle modell for endringsledelse, som vil få en sentral plass for våre analyser i denne oppgaven. Vi foretar derfor en grundig gjennomgang av denne modellen i dette kapittelet. I tråd med denne teorien må ledelsen søke å nå de *mål* som kan knyttes til interessentenes behov for belønninger. Disse målene deles inn i driftsmål, tilpasningsmål og utviklingsmål. Ivaretagelse av alle disse målene er nødvendig for at ledelsen i en organisasjon skal fungere godt. Når målene er formulert fordrer neste steg god evne til *problemløsning*, som er en viktig del av ledelsesfunksjonen. Ledelsen bør ha en god oversikt over ulike problemløsningsmetoder, for å kunne identifisere hvilke metoder som passer best til bestemte situasjoner. (Busch et al., 2007)

En organisasjons problemer må løses i et *samspill* mellom interessentene, og dette krever at aktørene har en evne til å kommunisere med hverandre. De må utvikle et *felles språk* eller begrepsapparat, som omfatter beslutningsspråk, atferdsspråk og systemspråk. Man ser en økende forståelse for ledelsens kommunikative funksjon - hvordan ledelsen sammen med sine medarbeidere formulerer organisasjonens mål -, viktigheten av felles visjon samt språkets betydning for personalets motivasjon. For å forankre organisasjonens misjon i den sosiale strukturen må ledelsen skape kognitive, symbolske, emosjonelle og logiske forutsetninger for dette. Slik blir ledelse, sagt på en annen måte, et spørsmål om å skape



mening. På denne måten blir språkutvikling av avgjørende betydning i institusjonelt lederskap. (Busch et al., 2007)

Basert på Erik Johnsen's ledelsesteorier fra 1975 hevder Busch et al. (2007) at meningsskaping er et sentralt element i ledelse. Meningsskaping i ledelsessammenheng vil ut fra Johnsen's konseptuelle modell handle om å skape aksept og forståelse for organisasjonens visjon, mål og midler. Innenfor eksisterende forståelsesrammer vil dette omhandle driftsledelse. Først når det blir snakk om tilpasnings- og utviklingsledelse står organisasjonen overfor ukjente utfordringer som fordrer ny innsikt og kunnskap, og det kan bli behov for meningsskapende prosesser. Det er viktig at disse prosessene foregår på flere nivåer og arenaer i organisasjonen. (Busch et al., 2007)

Det er viktig å skille mellom lederens atferd og lederatferd, påpeker Busch et al. (2007). Lederatferd er en vanlig menneskelig atferdsform som alle medarbeiderne tidvis kan utøve. Lederprosessen som en samspillsprosess omfatter seks komponenter: Mål, problemløsning, språkskaping, den enkelte leder, gruppen som subsystem og organisasjonen som totalsystemet. De tre kjernekomponentene i ledelse (mål, problemløsning og språkskaping) kan kobles til den enkelte leder, gruppen som subsystem og til organisasjonen som totalsystem. Slik kan man studere lederatferd på tre nivåer; individ (element), gruppe (delsystem) og organisasjon (totalsystem). (Busch et al., 2007) Med bakgrunn i den spissede problemstillingen presentert innledningsvis i kapittel 1 vil vi i stor grad understøtte teori knyttet til individ og gruppenivå i vår teoretiske analyse i kapittel 5.

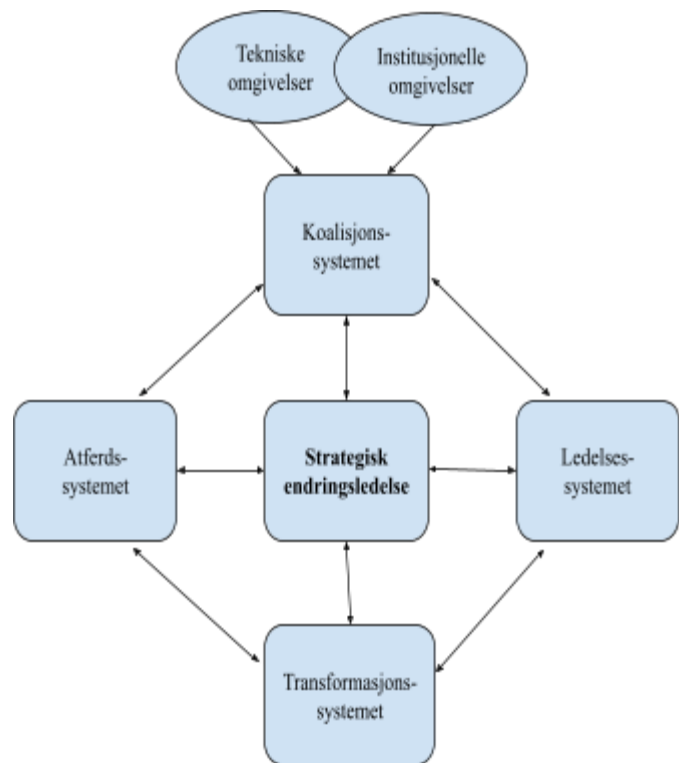
Busch et al. (2007, s. 17) definerer endringsledelse som "ledelsesmessige grep for å sikre organisasjonens eksistensberettigelse gjennom nødvendig tilpasning og ønsket utvikling". Slik settes endringsledelse i et strategisk perspektiv. En fremtidig eksistens for organisasjonen forutsetter at den mestrer å bevare og utvikle positive relasjoner til de ulike interessentgruppene sine. (Busch et al., 2007)

### **2.3.1 Den konseptuelle modellen for endringsledelse**

For å oppnå en ryddig tilnærming til vår problemstilling tar vi utgangspunkt i den konseptuelle modellen for endringsledelse. (Busch et al., 2007) Modellen gir et godt grunnlag for å gi en ryddig fremstilling av et komplekst case. Implementeringen av Helseplattformen og endringsledelsen som må utøves i den forbindelse påvirker mange aktører, fagområder og systemer. Modellen gir oss mulighet til å sette våre empiriske funn inn i kontekst ved hjelp av

de fire systemene, og til å se på hvordan endringer i disse systemene påvirker andre systemer, gjennom å analysere våre empiriske funn opp mot de seks prosessene i modellen. I dette punktet vil vi presentere teorien rundt modellen før vi i neste punkt vil redegjøre for hvordan modellen kan benyttes i analysen av teorien knyttet til implementering av Helseplattformen.

Endringsledelse må utøves i en organisasjon, og den konseptuelle modellen for endringsledelse er utviklet for å bidra til gode analyser for endringsledelse, men legges også til rette for gjennomføring av endringsprosessen. bygger på foretaksmodellen. (Busch, Johnsen og Vanebo, 1993) Organisasjonen blir i denne modellen betraktet som å bestå av fire delsystemer; *Koalisjonssystemet*, *ledelsessystemet*, *atferdssystemet* og *transformasjonssystemet* - fire sentrale systemer innenfor organisasjonsfaget.



Figur 2.1 Illustrasjonen av en konseptuell modell for endringsledelse, lånt fra Busch et al. (2007, s. 34).

Hvert av de fire systemene har sine klare særtrekk, men modellen viser at de også er koblet sammen med hverandre. Via koalisjonssystemet er organisasjonen også koblet til virksomhetens tekniske og institusjonelle omgivelser. Endringsledelse må innrettes mot alle delsystemene, samt mot prosessene relasjonene mellom omgivelsene og organisasjonen. Modellen kan bidra til forenkling og oversikt, men samtidig kan den synliggjøre den høye kompleksiteten som kan influere på endringsprosesser i en organisasjon. (Busch et al., 2007)

*Koalisjonssystemet* består av en omforent samling av interessenter som via avtaler konstituerer organisasjonen, og som følgelig er et politisk system. Dette systemet utgjør også en kobling mellom organisasjonen og dens tekniske og institusjonelle omgivelser. Kontraktene mellom interessentene og organisasjonen kan både være av formell karakter, gjerne skriftlige, og mer uformelle, bestående av gjensidige forventninger. Organisasjonen

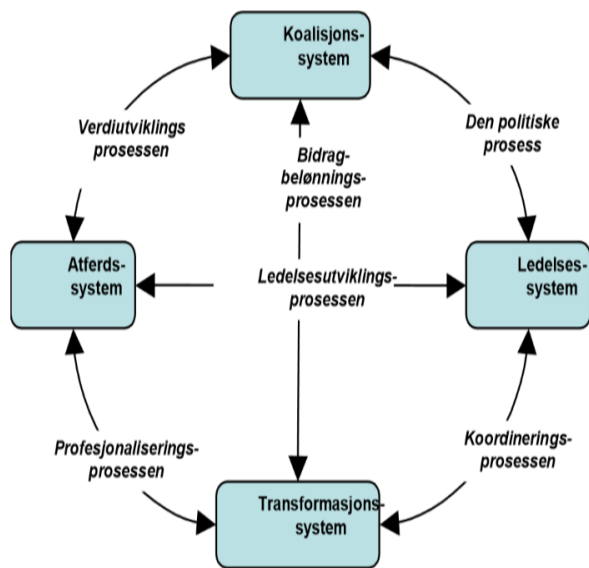
må oppfylle sine kontrakter, og disse legger derfor grunnlaget for hvilke mål det må arbeides etter. Fordi interessentene har ulike mål og organisasjonens ressurser er begrensede skapes politiske prosesser, der interessenter kan forsøke å skaffe seg makt for å sikre egne interesser. Politiske situasjoner kan alltid oppstå, og de kan også være nyttige, gjennom at de setter i gang nødvendige endringsprosesser. (Busch et al., 2007)

*Transformasjonssystemet* står for teknologien, strukturen og kunnskapen som er utviklet for at ressursene som er tildelt av interessentene (bidrag) skal transformeres til varer og tjenester (belønninger) som disse interessentene forlanger for å delta i koalisjonen. I praksis kan dette forstås som at de ansatte skal få de belønninger som er avtalt i arbeidskontraktene, leverandørene skal få betalt for sine leveranser, og kundene skal få de varene og tjenestene de har krav på. I dette systemet finnes de teknologiske løsningene og alle styrings- og organisasjonsstruktur som er anlagt for å styre og koordinere transformasjonsprosessen. (Busch et al., 2007)

*Atferdssystemet* dannes av egenskapene som menneskene, de interne og eksterne interessentene, tar med seg inn i organisasjonen; de kognitive, motivasjonelle og emosjonelle. Gjennom sine personlige egenskaper vil menneskene i stor grad innvirke på de andre delsystemene. I alle forhandlinger er disse egenskapene sentrale. Menneskenes egenskaper er de som produserer belønninger og utøver ledelse. En organisasjon vil derfor aldri fremtre som et helt rasjonelt system, da atferden som utøves til en hvert tid vil være sterkt influert av menneskene som er tilstede. På grunn av dette vil det ikke bare være formelle strukturer som påvirker atferden i en organisasjon. Det vil også dannes en organisasjonskultur, som kan være lite synlig for medlemmene, men ligge som en ramme rundt virksomheten. (Busch et al., 2007)

*Ledelsessystemets* funksjon er å sette mål for de tre andre systemene, og seg selv, og legge til rette for løsning av problemene som er knyttet til måloppfyllelse for systemet som helhet, og for delsystemene. Dette skjer ved hjelp av en interaksjonsprosess bygd på ledelsesinformasjon. Som en konsekvens av dette er ledelse i alle organisasjoner en nødvendig funksjon. (Busch et al., 2007)

Systeminndelingen i den konseptuelle modellen fungerer til å identifisere og kategorisere aktiviteten i en virksomhet, men det er ved å knytte systemene sammen gjennom ulike prosesser som ligger til grunn for strategiske endringsledelse. Endringer i ett system vil innvirke på de andre systemene, og gjennom gjensidig avhengighet vil det oppstå et



Figur 2.2 Illustrasjonen er hentet fra Busch et al. (2007, s. 36), og viser prosessene mellom de fire delsystemene.

Dette medfører en vedvarende spenning som setter press på organisasjonens kulturelle utvikling. (Busch et al., 2007) Prosessen som kobler atferdssystemet til transformasjonssystemet kalles *profesjonaliseringsprosessen*. Krav til hvilke normer og verdier som skal prege transformasjonen utvikles i atferdssystemet. Transformasjonssystemet har samtidig noen særtrekk som innvirker på hvilke verdier og normer som bør ligge til grunn for en optimal produksjon. Sterke spenningsfelt som påvirker utviklingen av organisasjonskulturen kan også finnes her. (Busch et al., 2007) Ledelsessystemet kobles til transformasjonssystemet gjennom *koordineringsprosessen*. For å sikre at kontraktene blir oppfylt og interessentene får produsert belønningene sine vil ledelsessystemet sende styrings- og koordineringssignaler til transformasjonssystemet. Ledelsen vil samtidig motta informasjon fra transformasjonssystemet om funksjonsdyktighet og resultater, som anvendes til nye styringssignaler. (Busch et al., 2007)

Prosessen som kobler ledelsessystemet til koalisjonssystemet kalles *den politiske prosessen*. Koalisjonssystemet tilfører ledelsessystemet den makten som er nødvendig for at den profesjonelle ledelsen skal få organisasjonen til å opptre som en ledet organisme, både under stabile forhold og i situasjoner preget av utvikling eller tilpasning. Ledelsen deltar samtidig aktivt i forhandlinger med interessentene, og kan på den måten innvirke både på maktfordeling, maktbruk og prioritering av interesser i organisasjonen. (Busch et al., 2007)

komplekst mønster av endringsprosesser i organisasjonen. (Busch et al., 2007)

Prosessen som skaper kobling mellom atferdssystemet og koalisjonssystemet kalles *verdiutviklingsprosessen*. Her møtes den reelle kulturen som finnes i organisasjonen, og den ønskede kulturen som dannes i koalisjonen.

*Bidrag-belønningsprosessen* kobler koalisjonssystemet til transformasjonssystemet, gjennom at interessentene gir sine bidrar til transformasjonssystemet og i retur mottar sine belønninger. (Busch et al., 2007)

Den siste prosessen er *ledelsesutviklingsprosessen*, som lager kobling mellom ledelsessystemet og atferdssystemet. Atferdssystemet leverer kognitiv, emosjonell og motivasjonell energi til ledelsessystemet, og ledelsessystemet tilfører en mer målrettet funksjonalitet til atferdssystemet; En utvikling av motivasjonelle, emosjonelle og kognitive egenskaper som er behøvet for å ivareta organisasjonens eksistensgrunnlag. En slik ledelsesutvikling vil over tid kunne tilføre ledelsesfunksjonen en kognitiv, emosjonell og motivasjonell energi som bedrer dens funksjonalitet. (Busch et al., 2007)

Busch et al. (2007) vektlegger at endringsledelse omfatter arbeid med alle disse prosessene og delsystemene, der målet er å skape en organisasjon som er kapabel til å ta vare på og utvikle sitt eksistensgrunnlag. Den konkrete situasjonen vil avgjøre hvor hovedinnsatsen skal settes inn. Videre understreker Busch et al. (2007) at uavhengig av hvilken prosess eller hvilket delsystem som står i sentrum for endringsarbeidet må man ha i mente at alt inngår i en større helhet. Endringsledelse må gjennomføres som en prosess, der man både fokuserer på spesielle problemområder, men samtidig setter problemet inn i en større sammenheng. Endringsledelse fremstår på denne måten som en kompleks prosess, noe det også er behov for når man skal jobbe med komplekse organisasjoner. (Busch et al., 2007)

### **2.3.2 Helseplattformen i den konseptuelle modellen for endringsledelse**

Koalisjonssystemet med fokus på kontrakter og interessenter gjør vårt case interessant med tanke på aktivitet som foregår på ulike forvaltningsnivå i sektoren. Helse Midt-Norge og Trondheim kommune har fra sine eierdepartement ulike samfunnsoppdrag som Helseplattformen må hensynta i sine leveranser. På laveste nivå, avdelingsnivå, påvirkes dette av hvordan leder og ansatte som interessenter forholder seg til de avtaler og forventninger som endringene i Helseplattformen fører med seg. Måten Helseplattformen er utformet på, både med digitale systemer og som organisasjon adresseres i modellen gjennom transformasjonssystemet. I redegjørelsen rundt opprettelsen av Helseplattformen i første kapittel viser vi en kobling til transformasjonssystemet gjennom et nasjonalt mål bilde om at man ved felles digitalisering av offentlige helsetjenester vil bedre tjenestene til brukerne og man kan bruke tilgjengelige ressurser på en mer effektiv måte. Gjennom organiseringen av Helseplattformen og strukturen for innføring av nye teknologiske systemer søker man å

utløse gevinster for de involverte på alle de tre nivåene beskrevet overfor; individ, gruppe og organisasjon. Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 5 hvor vi kobler resultatet fra innsamlet data til teori. Dermed blir teorien knyttet til atferdssystemet om hvordan menneskets natur håndterer endring relevant i vårt case. Som vi refererte til under punkt 1.2 så er myndighetenes målsetning å finne løsninger som bidrar til at hver enkelt ansatt kan jobbe mer effektiv og at ansvar i større grad flyttes ned til den enkelte leder. En slik radikal endring som Helseplattformen er i form av endrede systemer, rutiner og arbeidsprosesser vil påvirke den enkeltes arbeidshverdag. Hvordan de ansatte mottar endringen, både som individ og gruppe, vil ha betydning for hvordan avdelingsleder kan utøve endringsledelse i implementeringsfasen og gir grunnlag for den delen av modellen som er klassifisert som ledelsessystem. I Trondheim kommune har man som følge av Helseplattformen etablert et lokalt innføringsprosjekt i tillegg til prosjektet Helseplattformen, noe som innebærer at man i tillegg til den ordinære organiseringen har to eksterne aktører, se figur 2.3.

Dette gir mange interessenter som til tross for felles mål har ulike forventninger og kulturer med seg i tilnærmingen til endringsprosessen. Helseplattformen er en ytre besluttet endring som gjennom atferdssystemet kan gi utslag i spørsmål om frivillig eller tvungen endringskultur som kan påvirke kontraktene i koalisjonssystemet. Hvordan de ansatte forholder seg til de tekniske endringene og krav om ny kompetanse kommer til uttrykk i modellen gjennom prosessen som kobler atferdssystemet til transformasjonssystemet; profesjonaliseringsprosessen

I Helseplattformen har man innhentet fagkompetanse fra de ulike nivåene og enhetene for gi interessentene mulighet til medvirkning gjennom sin kunnskap om tjenesteproduksjonen. Gjennom koordineringsprosessen vil man kunne formidle og avklare forventningene som organisasjonen har til Helseplattformen og motsatt hva Helseplattformen forventer av den enkelte ansatte, gruppe og virksomhet. På denne måten vil man på de ulike ledernivåene i Trondheim kommune kunne avdekke de ansattes tanker om endringene som Helseplattformen representerer og agere på bakgrunn av dette. I denne prosessen vil man også ta i bruk styringsverktøyene for å fatte beslutninger som vil bidra til å optimalisere effektene av innføringen. Slike vedtak vil kunne kobles til den politiske prosessen i modellen slik at både Helseplattformen og kommunen er dynamisk i forhandlingene med de ulike aktørene som inngår i endringen. Som nasjonal pilot for En innbygger - en journal er det mange interessenter i Helseplattformen. Dermed får man en ekstra dimensjon med tanke på politiske hensyn, maktfordeling og påvirkningskraft.

Gjennom å involvere ansatte med fagkompetanse fra de enhetene og avdelingene som skal ta i bruk de nye systemene i Helseplattformen i utviklingen av produktene blir også bidrag-belønningsprosessen relevant for vårt case. Ved at de ansatte kan påvirke de tekniske løsningene på en slik måte som vil bedre egen arbeidshverdag ved innføring er et godt eksempel på hvordan gjensidigheten i denne prosessen vil virke i Helseplattformen. I et så komplekst case som Helseplattformen er blir ledelsesutviklingsprosessen som nav i modellen viktig. Koblingen mellom de ansattes opplevelser av endringen og ledelsesfunksjonen var et gjennomgående tema i datamaterialet vårt som vi gjennomgår i kapittel 4. I kapittel 5 vil vi med bakgrunn i problemstillingen og de underliggende forskningsspørsmålene bruke de ulike systemene og prosessene i modellen i vår teoretiske analyse.

## **2.4 Mellomlederens rolle i strategi- og endringsarbeid**

Hope (2015, s. 22) definerer mellomlederen slik: “En mellomleder er enhver leder som befinner seg to nivåer under toppsjef og ett nivå over arbeidere/førstelinjemedarbeidere, som binder sammen virksomhetens strategiske og operative nivå, og som har ansvar for minst en del av virksomhetens forretningsprosesser, men ikke forretningsprosessen som et hele.” Trondheim kommune er en organisasjon med mange ledernivåer. Som Trondheim kommunes organisasjonskart, se figur 2.4, viser, er helse- og velferdssentrene i kommunen plassert under kommunedirektør, helse- og velferdsdirektør og kommunalsjef helse- og velferdssentre. Ved hvert helse- og velferdssenter er det en enhetsleder som ligger på ledernivået over avdelingslederene. Avdelingslederene har altså fire ledernivå over seg. Avdelingslederene befinner seg ett nivå over førstelinjemedarbeiderne - de ansatte på avdelingen. Som vi går nærmere inn på i femte kapittel beskriver avdelingslederene sine oppgaver som sammensatte, omfattende og komplekse. De har ikke hele ansvaret for virksomhetens forretningsvirksomhet, men de har en del av ansvaret.

Hope (2015) ønsker å belyse mellomlederens sentrale rolle ved igangsettelse av strategi. Like fullt anerkjenner Hope (2015) at en mellomleder som ikke ønsker endring innehar en unik posisjon til å forsinke, blokkere eller til og med forandre innholdet i endringene. Hope (2015) presenterer to ulike tradisjonelle syn på mellomlederen; det helt negative og det helt positive. I den negative tradisjonen rettes fokus mot at flere og flere beslutninger i organisasjoner tas på toppnivå, og mellomlederen derfor ikke regnes som en viktig faktor i ledelsen av

organisasjonen. Dette synet står i kontrast med nyere forskning, der forskere betrakter mellomlederen som en viktig strategisk ressurs, med stadig større betydning i organisasjoner, spesielt i endringssituasjoner. (Hope, 2015) Informantene våre er avdelingsledere og mellomledere, og har i tråd med det Hope (2015) skriver en unik mulighet til å påvirke implementeringsarbeidet når Helseplattformen skal tas i bruk ved deres avdelinger. Vi ønsket å se på hvordan informantene selv oppfattet sin rolle i denne sammenhengen.

Balogun (2003) beskriver også et skifte i synet på mellomlederen. Mellomlederen har tidligere blitt utsatt for mye kritikk, spesielt for å ha negativ innvirkning på endringsarbeid. Gjennom en overgang til flatere struktur i mange virksomheter ser man at ansvar flyttes nedover i organisasjonene. I tillegg har det oppstått en ny tilnærming, der mellomlederen betraktes som en mulig strategisk ressurs. Balogun (2003) viser til en langtidsstudie av mellomledernes rolle under implementeringen av strategiske endringer i en privatisert virksomhet, som mener å ha identifisert at mellomlederen har fire roller under en endringsprosess: Gjennomgå en personlig endringsprosess, hjelpe andre gjennom deres endringsprosess, implementere nødvendige endringer ved egen avdeling og til sist sørge for at den daglige driften går sin gang gjennom hele endringsprosessen. (Balogun, 2003) Disse fire rollene kan vi finne igjen i informantenes beskrivelser av endringsarbeidet ved implementering av Helseplattformen. Dette ser vi nærmere på i kapittel 5.

En nøkkelrolle for mellomlederen, som ifølge Balogun (2003) ofte blir oversett, er tolkningen av endringens intensjon og hvordan handlinger påvirker endringsprosessens utfall. Disse resultatene utvider oppfatningen av mellomlederens rolle under implementering av endring, gir en forklaring på hvordan man kan møte motstand hos mellomledere og innvirker på hvordan man oppfatter mellomlederens utfordringer knyttet til endringsprosesser. (Balogun, 2003)

Dette har mye til felles med det Hope (2015) omtaler som internalisering. Ved internalisering skal mellomlederen etablere aksept og forståelse for intensjonene i endringen, og for hvilke konsekvenser endringen vil få for mellomlederen selv, de underordnede og de sideordnede i organisasjonen. Hope (2015) omtaler dette som en sensemaking-prosess som krever at mellomlederen er kapabel til å analysere og fortolke sitt interne og eksterne miljø, på en slik måte at hun kan generere en forståelse og lage seg en oppfatning knyttet til de foreslåtte endringene. (Hope, 2015) Det Hope (2015) her beskriver som en sensemaking-prosess kan vi kjenne igjen fra Erik Johnsen's ledelsesteorier, presentert i Johnsen (1995) og Busch et al.



(2007), der meningsskaping vektlegges som et sentralt element i ledelse. Dette beskrives som vi så under punkt 3.3 som å skape forståelse og aksept for organisasjonens visjon, mål og midler. Dette vil innenfor eksisterende forståelsesrammer handle om driftsledelse. Når det derimot blir snakk om tilpasnings- og utviklingsledelse møter organisasjonen ukjente utfordringer som krever ny kunnskap og innsikt, der det kan bli behov for meningsskapende prosesser som må foregå på flere arenaer og nivåer i organisasjonen. (Busch et al., 2007) Hope (2015) understreker at sensemaking, som kan oversettes til meningsdanning, alltid må dreie seg om å *skape mening i en gitt situasjon*. I den i situasjonen avdelingslederne ved helse- og velferdssentre i Trondheim kommune står i når Helseplattformen skal implementeres vil det i tråd med ovennevnte bli behov for at de som mellomledere tar del i de meningsskapende prosessene som må skje.

Hope (2015) mener det å lede endringsprosesser er en svært sammensatt lederoppgave, der mellomlederen spesielt må utføre et stort omfang av oppgaver for å lykkes med implementeringen av endring. For å evne dette behøves en sammensatt kompetanse, som Hope (2015) oppsummerer i kompetansekravene kognitiv kompetanse, mellommenneskelig kompetanse, forretningskompetanse og strategisk kompetanse. Mellomlederen behøver kunnskap om organisasjonen og om jobben, og kunnskap om forretningen og menneskene, spesielt dem som skal realisere endringene. Personelhåndtering er en annen av mellomlederens funksjoner, der mellomlederen arbeider tett sammen med de underordnede for å sikre at det er forståelse aksept og trygghet i gruppa, og engasjement for endringene. Mellomlederen trenger for å lykkes med dette et bredt spekter av mellommenneskelig kompetanse, spesielt relatert til evnen god kommunikasjon. (Hope, 2015) Informantene trekker frem kjennskap til personalgruppa som viktig, noe vi ser på opp mot den konseptuelle modellen i kapittel 5. Vi ser også at dette innvirker direkte på mellomlederens strategiske rolle, blant annet gjennom valg av superbrukere. Dette kommer tydelig frem i punkt 5.3, der vi presenterer våre empiriske funn knyttet til dette.

Som Balogun (2003) er også Hope (2015) opptatt av hvordan mellomlederen sørger for at virksomhetens dag-til-dag-operasjoner gjennomføres uten at virksomhetens endringsprosess går ut over de produktive oppgavene. Mellomlederen må likevel konstant følge med på endringsprogrammet og passe på at endringene ikke mister fremdrift. Mellomlederen må altså, i tillegg til forretningskompetanse, ha organisasjonskompetanse, som innebærer kunnskap om regler og prosedyrer, ledelsessystemer, strukturer og kjennskap til og kunnskap om menneskene i organisasjonen. (Hope, 2015) Informantene i vårt case beskriver sine

arbeidsoppgaver som komplekse og sin rolle som endringsleder som omfattende. Dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 4, der vi presenterer funnene fra intervjuene.

## **2.5 Oppsummering: Vårt teoretiske rammeverk**

Vi har i dette kapitlet presentert teori vi mener gir et godt teoretisk rammeverk for å gjennomføre drøfting og analyse av empirien. Vi har sett på hva offentlig strategi innebærer, og hvordan styringsverktøy blir brukt i slike sammenhenger. Vi har sett på endring og innovasjon som begreper, samt på organisering av implementeringsprosesser. Endring og endringskrefter ble tematisert, og ledet frem til teori om endringsledelse. Spesielt har vi fokusert på den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007), som vi håper vil bidra til oversikt og struktur i analysedelen av oppgaven. Vi har forsøkt å vise hvorfor den teorien som er presentert er relevant for vårt case, med spesielt søkelys på den konseptuelle modellen. Fordi vi i denne besvarelsen fokuserer på avdelingslederens rolle i implementeringen av Helseplattformen gikk vi også inn i teori om mellomlederens rolle i strategi- og endringsarbeid.

Før vi går inn i analyse- og drøftingsdelen av oppgaven vil vi gjøre rede for valg av forskningsmetode og presentere ulike sider av den praktiske gjennomføringen av vårt forskningsprosjekt i kapittel 3.

## **3.0 Metode**

Vi redegjør i dette kapitlet for bakgrunnen for valg av forskningsmetode, og for hvordan vi i praksis har gjennomført dette prosjektet. Vi ser på den vitenskapsteoretiske tilnærmingen, på metodevalg og spesifikt på Tjoras (2021) stegvis-deduktive induktive metode; SDI-metoden. Vi går grundig inn på utvalg av informanter, og på gjennomføring av forskningsprosjektet. Avslutningsvis vier vi plass til etiske betraktninger og utfordringer knyttet til kvalitativ forskning, og spesifikt til vår oppgave.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Ringdal (2018) beskriver vitenskapsteori som empiriske eller erfaringsbaserte studier av sosiale eller fysiske fenomener, og hvordan filosofien eller teorien som utledes reflekterer over den vitenskapelige aktiviteten. Innenfor vitenskapsteorien eksisterer det ulike syn på virkeligheten, og forskjellige kunnskapssyn som vil kunne gi ulike svar på grunnleggende vitenskapelige spørsmål. Man snakker innenfor vitenskapsteori om at man utleder forskningsstrategi på grunnlag av hvordan man ser på virkeligheten; Det som er (ontologi), og hvordan man tar til seg kunnskap om og får innsikt i verden (epistemologi). (Ringdal, 2018)

I forlengelsen av dette presenterer Ringdal (2018) ulike retninger innen vitenskapsteorien som skildrer tilnærming til kunnskap gjennom forskning, der positivismen (også kalt empirismen) og konstruktivismen er de mest brukte. Posivismen legger til grunn at all vitenskap tar utgangspunkt i observasjoner av virkeligheten, og at kunnskap blir til som resultat av bekreftelse eller avkreftelse av utsagn som ble testet ved hjelp av observasjoner. Med andre ord en forklaring eller beskrivelse av et fenomen. En slik tilnærming vil ifølge Ringdal (2018) gjøre det vanskelig å bygge forklaringer og teorier på induksjon, fordi man ikke med sikkerhet kan forutsi noe om fremtiden basert på historiske observasjoner.

Konstruktivismen, eller sosial konstruktivisme, baserer seg derimot på en virkelighetsforståelse gjennom interaksjon og samhandling mellom mennesker. Søkelyset settes da ikke på hvordan verden virkelig er, men på hvordan verden oppfattes og forstås. Konsekvensene av dette blir at det ikke eksisterer empiriske sannheter, men at disse blir kulturavhengige og relative, eller sagt på en annen måte: konstruerte på bakgrunn av sosiale forhold. Sagt med andre ord er kjernen i sosial konstruktivisme at den sosiale virkeligheten er konstruert, og blir gjenskapt gjennom handling og interaksjon mellom mennesker. Dette innebærer at organisasjoner og politiske institusjoner så vel som ideer og begreper er sosiale konstruksjoner, selv om de gjerne fremstår som objektiv virkelighet. Gjennom at det påpekes at forhold i samfunnet som man tar for gitt egentlig er skapt av oss mennesker kan det sosialkonstruktivistiske perspektivet virke frigjørende, fordi dette innebærer at disse forholdene også kan endres og forbedres. (Ringdal, 2018) Tjora (2021) skriver at det fra et forskningsperspektiv er interessant å studere hvordan samme fenomen kan oppfattes ulikt for å få innsikt og forståelse i prosessene som ligger til grunn for den enkeltes virkelighetsoppfatning. Vi har gjennom datainnsamling etterspurt informantenes subjektive

opplevelser av samme fenomen. Deres tilbakemeldinger er gitt med bakgrunn i sosiale forhold som utdanning, kultur, posisjon, makt og andre forhold. Vi har gjennom samtaler med disse ti personene med hver sine ulike erfaringer og ulike ståsted studert hvordan hver og en av dem på sin måte opplever samme fenomen - implementeringen av Helseplattformen. Vi har ikke forsøkt å finne en objektiv sannhet eller virkelighet, men vært interesserte i informantenes opplevelser av virkeligheten. Basert på dette mener vi vårt prosjekt faller innunder sosial konstruktivisme.

### **3.1.1 Metodevalg - kvalitativ eller kvantitativ metode?**

Ringdal (2018) skriver om vitenskapelige tilnærminger i samfunnsvitenskapelig forskning at det går et skille mellom kvantitative og kvalitative forskningsstrategier. De fleste samfunnsforskere mener i dag at problemstillingene bør veie tungt i valg av forskningsstrategi, i kombinasjon med forskerens kompetanse. For de kvantitative forskningsstrategiene har den hypotetisk-deduktive modellen vært den implisitte teorien. De kvalitative strategiene har et tydeligere fokus på redegjørelse av vitenskapsteoretisk perspektiv. Den kvalitative forskningen er gjennom sitt søkelys på menneskets forståelse av verden som følge av samhandling med andre i stor grad knyttet til et sosialkonstruktivt perspektiv. (Ringdal, 2018)

Dalland (2020) betegner metoden som forskerens redskap i møtet med noe man ønsker å undersøke. Den bidrar til å samle inn data, som er den informasjonen man behøver til undersøkelsen. Kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til økt forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner samhandler og handler. Kvantitative metoders fordel er at de genererer data i form av målbare enheter, noe som muliggjør regneoperasjoner. De kvalitative metodene lar seg ikke tallfeste eller måle, men tar sikte på å fange opp opplevelse og mening. (Dalland, 2020) I arbeidet med denne oppgaven har vi undersøkt hvordan avdelingsledere opplever å ha ansvaret for implementeringen av Helseplattformen ved sin enhet. Vi er altså ute etter informasjon om deres personlige opplevelser og refleksjoner. På bakgrunn av dette har vi valgt å benytte en kvalitativ tilnærming i arbeidet vårt.

Om valg av forskningsmetode mener Ringdal (2018) at beskrivelsen av formålet i forskningsspørsmålet kan være retningsgivende. Forskningsspørsmål som begynner med *hva* og *hvordan* peker i retning av kvalitativ metode, men *hvorfor* kan indikere bruk av kvantitativ metode. (Ringdal, 2018) I første kapittel presenterte vi følgende hovedproblemstilling for

oppgaven: “*Hvordan* kan avdelingsleder utøve god endringsledelse i implementeringen av Helseplattformen, en endringsprosess som innebærer digitalisering og standardisering?” Videre presenterte vi fem forskningsspørsmål, som alle starter med *hvilke(n)*. Dette underbygger vår vurdering av at kvalitativ forskningsmetode blir et riktig valg i vårt arbeid.

### **3.1.2 Kvalitativ metode**

Thagaard (2013) legger vekt på at en viktig målsetting med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener, og at fortolkninger derfor har spesielt stor betydning innen kvalitativ forskning. Det knytter seg viktige metodologiske utfordringer til hvordan en forsker fortolker og analyserer de sosiale fenomenene som studeres. Intervjusamtaler gir et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan den enkelte opplever sin situasjon og reflekterer over denne. Intervju og deltagende observasjon er de to hyppigst brukte metodene innen kvalitative fremgangsmåter. Bruk av intervjuundersøkelser egner seg godt for å tilveiebringe informasjon om menneskers selvforståelse, opplevelser og synspunkter. Den som intervjues kan meddele tanker om sin opplevelse av egen livssituasjon, og beskrive hvordan en selv forstår sine erfaringer. Ved bruk av intervju etablerer forskeren en direkte kontakt med den eller de personene som studeres. Denne kontakten som dannes i felten er vesentlig for det materialet forskeren avdekker, og forskerens sensitivitet overfor og nærhet til personer i felten er avgjørende når datainnsamlingen skjer gjennom en åpen samhandling mellom forskeren og personer som intervjues. (Thagaard, 2013)

Tjora (2021) støtter opp under dette når han beskriver at kvalitativ forskning er formet av betydelig sensitivitet overfor konteksten den gjennomføres i. Denne nærheten forskeren ofte oppnår til informantene eller deltakerne bidrar til å gjøre kvalitativ forskning intens og spennende, men den medfører også utfordringer. Forskeren må være innstilt på å justere eget prosjekt, handlinger og kanskje endog ideer når man møter feltet for første gang. Med dette i mente vil det i kvalitative undersøkelser kunne være lurt å legge datagenereringen relativt tidlig i prosjektet. Dette kan gi mulighet for å justere bruk av teori og perspektiver til det man finner interessant gjennom empirisk analyse. (Tjora, 2021) I tråd med dette gjennomførte vi våre dybdeintervjuer ganske tidlig i vårt prosjekt. Dette ga oss mulighet til å la empirien bidra til prosjektets retning.

Thagaard (2013) presenterer ulike begreper for å omtale personer som observeres og intervjues i forbindelse med forskning. Hun henviser til de personer som intervjues som *intervjupersoner*. Begrepet *informant* gir assosiasjoner til et forskningsperspektiv som

vektlegger at forskeren henter informasjon fra dem som skal studeres, og hun bruker derfor begrepet informant for personer som kontaktes fordi de har spesielle kunnskaper om de temaer som studeres. (Thagaard, 2013) Vi har i denne oppgaven valgt å bruke begrepet *informant* om personene vi har intervjuet. Alle de vi har intervjuet er valgt som deltakere fordi de gjennom sin rolle i arbeidslivet har spesifikke erfaringer og spesiell kunnskap om temaer vi studerer, som vi ønsker å hente informasjon om. I gjennomgangen av teori prøver vi likevel å være tro mot den enkelte forfatter, og holde oss til begrepene de bruker i sine respektive bøker.

### 3.1.3 Induktiv, deduktiv eller abduktiv tilnærming

Analyseprosessen preges ifølge Thagaard (2013) ofte av at vår oppmerksomhet veksler mellom å innarbeide teoretiske begreper og å undersøke meningsinnholdet i empirien. I kvalitativ forskning kjennetegnes den analytiske prosessen av både induktive og deduktive tilnærminger. Den *induktive* prosessen innebærer at vi tar utgangspunkt i empirien og dyrker frem en forståelse av temaene vi undersøker, og arbeider fra data til begreper, eller til utvikling av teori. For å utvikle en forståelse av dataenes meningsinnhold vil begrepene som personene i felten selv bruker være nyttige. I den *deduktive* prosessen knytter vi begreper fra andre teoretiske bidrag til den teksten som vi analyserer, og slik knyttes forbindelseslinjer mellom fenomener som prosjektet vårt uttrykker og andre studiers fenomener. Ofte finner man begreper som er relevante for analysen i studier som gir bakgrunn for prosjektet. Den deduktive tilnærmingen er preget av at dataanalysen tar utgangspunkt i teoretiske perspektiver. (Thagaard, 2013) Tjora (2021) beskriver deduktiv forskning som teoridrevet - man kontrollerer fra det "mer teoretiske" til det "mer empiriske".

Thagaard (2013) fastslår at kvalitativ forskning både være eksplorerende og ha opphav i hypoteser, og studier tuftet på kvalitative tilnærminger kan representere en solid kunnskapsbase som kan være basis for utforming av hypoteser for videre forskning. *Abduksjon* befinner seg i en posisjon mellom induksjon og deduksjon. Ved en abduktiv tilnærming vektlegges det dialektiske forholdet mellom teori og data. Ved utvikling av ideer har analyse av data en fremtredende plass. Den teoretiske forankringen til forskeren vil influere på hvordan dataene forstås. Ved abduktiv tilnærming blir teorien utviklet med grunnlag i systematiske og dyptgående analyser. Da teoretisering som ikke har grunnlag i data lett kan inneholde svakheter vil betydningen av en empirisk forankring være essensielt. Oppsummert kjennetegnes forskningsvirksomhet både av deduktive og induktive

tilnærminger. Med utgangspunkt i hvor de har sin teoretiske forankring kan forskningsprosjekter inndeles i utvikling av ny teori (empiribasert teoriutvikling), videreutvikling av etablert teori (utprøving av teoretiske perspektiver), eller et sted mellom empiri og teori - altså abduksjon. (Thagaard, 2013) Slik problemstillingen i denne oppgaven er beskrevet kan det sies at vår teoretiske forankring er knyttet til utprøving av teoretiske perspektiver, og til abduksjon. Tjora (2021) har satt dette inn i en systematisk strukturert tilnærming, i form av den stegvis-deduktive induktive metoden. Denne metoden er utledet av Tjoras (2021) kritiske argumenter knyttet til kvalitativ forskningsmetode.

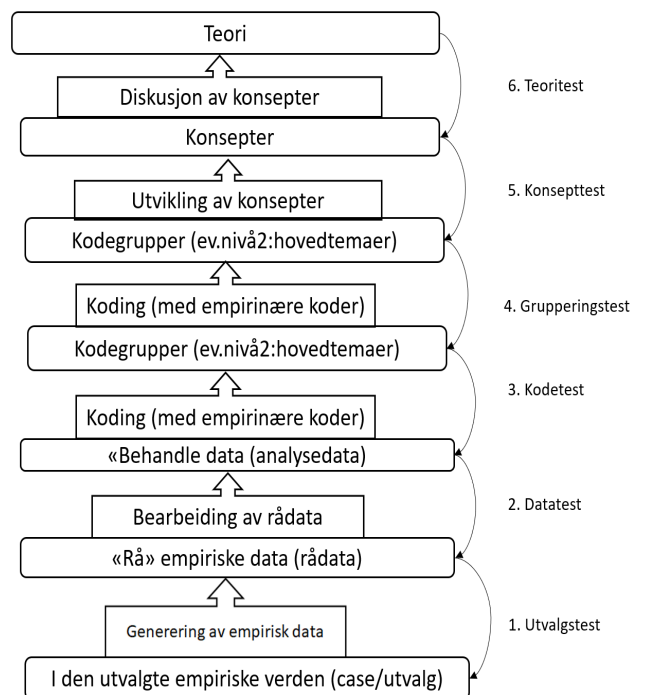
### 3.1.4 Stegvis-deduktiv induktiv metode

Tjora (2021) reflekterer kritisk om bruk av dybdeintervjuer som et generelt standardvalg innen kvalitativ forskning og peker på at valg av metode må begrunnes i hva man faktisk ønsker å undersøke og finne ut av. Gjennom den stegvis-deduktive induktive (SDI) metoden hevder Tjora (2021) at valg i planlegging og gjennomføring av datainnsamling og -håndtering er faglig forankret og medvirker til høy faglig standard. Videre argumenterer Tjora for at en forutsetning for å bruke SDI-modellen er at man med opphav i teorien bruker dataene til å identifisere konsepter, temaer og spørsmål. Ved hjelp av dette kan man arbeide mot generalisering og teoriutvikling. (Tjora, 2021)

SDI-metoden er delt inn i faser fra rådata til teorier eller konsepter, hvor man gjennom den oppadgående prosessen jobber fra data mot teori,

altså induktivt, se figur 3.1. Pilene som peker nedover på høyre side av modellen viser tilbakekoblingene, hvor man sjekker fra teori til empiri - den deduktive delen av prosessen. Disse deduktive tilbakekoblingene hviler på seks tester og lager et utgangspunkt for iterasjoner mellom to tilstøtende faser i modellen. (Tjora, 2021)

Dalland (2020) fremhever viktigheten av å foreta en evaluering av metodevalget etter at undersøkelsene er gjennomført. Dette innebærer selvkritikk. Etter gjennomføring av undersøkelsen(e) må forskeren vurdere hvordan metoden fungerte, og om metoden som



Figur 3.1 Stegvis-induktiv-deduktiv metode (Tjora, 2021, s21)

redskap bidro til å besvare problemstillingen. (Dalland, 2020) For oss innebærer dette at vi etter å ha gjennomført datainnsamlingen i dette prosjektet har måttet evaluere om dybdeintervju som metode var riktig redskap i arbeidet med å finne svar på vår problemstilling. Dette er i tråd med steg 1 i Tjoras SDI-modell. Vår vurdering er at det å gjennomføre dybdeintervju med ti reflekterte informanter bidro sterkt til prosjektets verdi, gjennom at intervjuene ga oss ny innsikt i hvordan informantene opplever sin rolle som endringsleder i implementeringen av Helseplattformen. Vi er bevisste på at intervjuer gir oss et øyeblikksbilde og ikke oversikt over hele prosessen, men der ligger det også en verdi i seg selv: Ved å gjennomføre intervjuene på det tidspunktet fikk vi innhentet et bilde av hvordan situasjonen ble opplevd der og da av våre informanter. Intervju som metode fungerte slik vi vurderer det som et godt redskap for å besvare vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. For å supplere våre data innhentet vi i ettertid svar på noen spørsmål per e-post. Dette ga oss svar på spørsmål som oppstod underveis i bearbeidelsesprosessen av intervjudataene, og ga oss i tillegg anledning til å se om informantenes opplevelse var vesentlig endret mellom intervjutidspunktet og tidspunktet for innhenting av informasjon per e-post.

## **3.2 Studiens design**

Ringdal (2018) betegner et forskningsopplegg eller -design som en grov skisse til hvordan man kan komponere en konkret undersøkelse. Majoriteten av kvalitative undersøkelser er casestudier. Organisasjonsstudier som blant annet kan omhandle lederstil, arbeidsmiljø og organisasjonskultur er eksempler på dette. (Ringdal, 2018) I vårt prosjekt ser vi på innføringen av et helt nytt journalsystem i organisasjonen Trondheim kommune, og videre på mellomlederens rolle i prosessen. Innføringen av Helseplattformen er et stort prosjekt som innebærer endring av arbeidsmåter, rutiner, ledelse og organisasjon. Dette er et eksempel på et slikt studie.

### **3.2.1 Informanter og utvalg**

Som nevnt i introduksjonskapittelets punkt 1.1, så handler innføring av digitale løsninger like mye om organisasjonsutvikling som systemendringer. Dette har Trondheim kommune tatt høyde for ved å etablere et delprosjekt for organisasjonsutvikling kalt innføringsprosjektet.



Dette prosjektet skal sørge for at Trondheim kommune er godt forberedt på å ta i bruk de nye systemene.(Trondheim kommune, 2022)

Dette innføringsprosjektet som skal ivareta implementeringsprosessen av Helseplattformen i kommunen er organisasjonsmessig løsrevet fra den ordinære kommunale lederstrukturen. Man finner altså andre ledelseslinjer her enn i andre kommunale sammenhenger. Dette fremkommer av figurene 2.3 og 2.4 som viser at innføringen av Helseplattformen er organisert som prosjekt under helse- og velferdsdirektøren i kommunen med egen organisasjonsstruktur.

Ved kvalitativ forskning arbeider man ifølge Tjora (2021) gjerne i dybden med relativt få strategisk utvalgte enheter, mens man ønsker å utvikle kunnskap som er relevant for enheter som ikke er direkte representert, gjennom generalisering. Avgrensningen må derfor begrunnes godt, og kan gjøres ved hjelp av to strategier: Enten ved å bruke én eller flere caser, eller ved å invitere deltakere til en undersøkelse basert på spesielle kriterier, noe som kalles kriterieutvalg. Om man velger casestudie eller kriterieutvalg må avgjøres ut fra problemstillingen. Casestudier brukes for å generere kunnskap om selve caset, gjerne i tillegg til deltakerne i studien. Valg av case kan gjøres med utgangspunkt i ulike strategier, men ofte velges caset mer pragmatisk basert på tilgjengelighet og/eller på forskerens kjennskap til den. Case valgt ut fra bekvemmelighet er dog ikke nødvendigvis optimale for størst mulig generaliserbarhet. (Tjora, 2021) Vi har valgt vårt case fordi implementeringen foregår i den perioden vi gjennomfører vårt prosjekt, og den derfor gir oss en mulighet til å følge endringsledelsen i prosjektet mens den faktisk utøves.

Hvordan man velger ut intervjupersoner henger sammen med hva man ønsker å finne ut av. Hvis intervjupersonene for eksempel velges gjennom loddtrekning gir det et *tilfeldig* utvalg. Dersom du velger personer du tenker har bestemte erfaringer eller kunnskaper gjør du et *strategisk* valg. (Dalland, 2020) Ved rekruttering til deltakelse i kvalitative intervjustudier velger man informanter som vil kunne uttale seg reflektert om temaet man undersøker. (Tjora, 2021) Med bakgrunn i vår problemstilling har vi definert en virksomhet, Trondheim kommune, mens utvalget er gjort på bakgrunn av noen etablerte kriterier, noe som ga oss et strategisk utvalg. Trondheim kommune har 23 helse- og velferdssentre. (Trondheim kommune, 2022) Av disse er 6 representert i vår studie. Vi valgte å intervju avdelingsledere på henholdsvis små og store sykehjem. Tanken var at vi kunne sammenligne opplevelsen av endringsledelse i store og små arbeidsmiljø. En avdelingsleder på et stort sykehjem er en del

av et lederteam, og har flere andre avdelingsledere å samarbeide med om implementeringsprosessen. En avdelingsleder på et mindre sykehjem er kanskje eneste avdelingsleder på sitt sykehjem, og må arbeide mer selvstendig i denne prosessen. Vi lurte på bakgrunn av dette på om størrelsen på sykehjemmet (og dermed størrelsen på lederteamet) innvirket på avdelingslederens opplevelser. De sykehjemmene vi definerte som små hadde maksimum 30 plasser, mens de vi definerte som store hadde mer enn 60 plasser, fordelt på minimum fire avdelinger. De sykehjemmene vi undersøkt er noe ulikt organisert. Blant annet er enkelte sammenslått organisatorisk, slik at to sykehjem deler samme enhetsleder, men er lokalisert fysisk på to ulike steder. Det er derfor litt utfordrende å definere en markant grense for hva vi regner som små sykehjem, men disse hadde én eller maksimalt to avdelinger. De sykehjemmene vi definerte som store hadde fire avdelinger eller mer.

Når det gjelder antall informanter mener Tjora (2021) at det viktigste er å ha nok data i form av erfaringer og meninger til at man kan gjennomføre en SDI-analyse. Utvalget må være relevant for temaet som undersøkes, og må kunne begrunnes analytisk. Tjora (2021) skriver at en empirisk basert mastergradsoppgave basert på dybdeintervjuer typisk vil ha ti til femten intervjuer. Vi endte opp med å gjennomføre ti dybdeintervjuer med avdelingsledere fordelt på tre store og tre små helse- og velferdssenter i Trondheim kommune. Årsakene til at vi valgte ut nettopp avdelingsledere ligger i at avdelingslederen er den lederen som står nærmest det operative nivået. Avdelingslederen har ansvaret for at daglig operativ drift går sin gang og at pasienter og brukere mottar de tjenestene de har krav på. Samtidig har de personalansvar, og har ansvar for personalets arbeidssituasjon. I tillegg til dette har de i implementeringen av Helseplattformen selv fått rollen som superbruker, og de har ansvaret for at implementeringen går som den skal på deres avdeling. Samlet sett gjør dette at vi ønsker å se på hvordan avdelingslederne opplever det ekstra ansvaret og de ekstra arbeidsoppgavene, men også påvirkningsmulighetene, i denne endringsprosessen.

Dalland (2020) peker på at det for mange studenter er mest aktuelt å velge fagfolk som intervjupersoner, noe som innebærer praktiske fordeler. Du kan ta direkte kontakt med personene du ønsker å intervju. Hvis de sier seg villige til å la seg intervju bør du spørre dem om det er noen overordnede som bør kontaktes. Dersom du skal snakke med en person om generelle faglige spørsmål eller om yrkesutøvelse kan antagelig personen avgjøre dette selv. Hvis du derimot ønsker svar på spørsmål om intervjupersonene arbeidssted, bør du be om godkjenning fra den som leder virksomheten. (Dalland, 2020) I vårt arbeid med å rekruttere informanter valgte vi å først kontakte enhetslederne ved de aktuelle helse- og

velferdssentrene, som er avdelingsledernes nærmeste overordnede. Basert på kriteriet om store og små arbeidsmiljø kontaktet vi åtte enhetsledere - fire av dem ledere på små enheter og fire ledere på store enheter, ut fra et ønske om å få en jevn fordeling mellom de to gruppene. Dette gjennomførte vi ved å ringe til disse og kort presentere prosjektet vårt muntlig. Deretter ba vi om lov til å kontakte avdelingslederne ved de helse- og velferdssentrene disse var var enhetsledere for. I denne ringerunden snakket vi med åtte enhetsledere, hvorav seks ga sitt samtykke. Én av enhetslederne uttrykte at avdelingsledernes tid var svært knapp, og ba om å få tilsendt skriftlig informasjon. Dette fikk hun, men vi fikk ikke noe svar på denne henvendelsen. Den siste av de åtte avdelingslederne uttrykte støtte til prosjektet vårt, men ba om at vi ikke tok kontakt med avdelingslederne på hennes sykehjem. Dette med henvisning til svært stort tidspress. Dette ga oss ti informanter fra seks forskjellige helse- og velferdssentre, tre større og tre mindre. I forkant av intervjuene sendte vi noe informasjon om prosjektet slik at de var klar over kontekst for møtet, se vedlegg 2. Ved to av de større sentrene fikk vi muligheten til å intervjuere flere avdelingsledere noe som ga oss et unikt innblikk i sammensetningen av lederteamet deres. Sengetallet de ulike avdelingslederne hadde ved sin avdeling varierte fra 24 til 32. Dessverre har vi ikke fullstendige funn for alle avdelingene når det gjelder kvantitativ informasjon som antall pasienter, men da vi kjenner til det totale sengetallet ved de ulike helse- og velferdssentrene som mangler har vi grunnlag for at de også faller inn under dette spennet. Svakheter ved dataene vil vi komme tilbake til når vi diskuterer våre funn og deres validitet, samt i analysen i kapittel 4.

### **3.3 Datainnsamling**

Ringdal (2018) redegjør for hvordan datainnsamling kan skje gjennom primær- eller sekundærdata, og for de fordeler og ulemper som kan knyttes til begge metoder. Når man innhenter primærdata kan forskeren selv tilpasse dataene til de forskningsspørsmålene man har utformet. Ulempen med dette er at prosessen er tid- og ressurskrevende. Sekundærdata er på den andre siden allerede samlet inn og gjort tilgjengelig for analyse. Dette sparer tid i et forskningsprosjekt. Ulempen med bruk av sekundærdata er at denne typen data er historiske, noe som kan innebære at de ikke nødvendigvis er relevante eller representative sett opp mot det man ønsker å undersøke. (Ringdal, 2018) Vi har i dette prosjektet valgt å innhente primærdata i form av kvalitative intervjuer. Dette valget grunner i prosjektets formål som omhandler et pågående fenomen, implementeringen av Helseplattformen, og at prosjektets

kvalitet og relevans er avhengig av at vi har så fersk datafangst som mulig. Som vi nevnte innledningsvis i dette kapittelet gjennomførte vi til tross for dette intervjuene forholdsvis tidlig i prosessen, fordi dette ifølge Tjora (2021) vil kunne bidra til at empirien kan påvirke teorivalg og retning for prosjektet. Likevel må vi innse at intervjuene kun gir oss et slags øyeblikksbilde. Våre informanter delte sine tanker og erfaringer som de hadde på det tidspunktet de ble intervjuet. Fordi implementeringen av Helseplattformen er en pågående prosess er det sannsynlig at de har gjort seg nye erfaringer og tanker i etterkant av intervjuene. For å fange opp noe av dette sendte vi ut et par oppfølgingsspørsmål på e-post til deltakerne et par måneder etter intervjuene. Dette ga oss noe oppdatert empiri, men vi har et bevisst forhold til at vi ikke får fanget opp alle nye erfaringer og refleksjoner. Åtte av ti informanter sendte oss svar på oppfølgingsspørsmålene. Dette kommer vi tilbake til i oppgavens fjerde kapittel, der vi analyserer empirien vår.

### **3.3.1 Kvalitative intervju**

Formålet med intervju er i henhold til Thagaard (2013) å innhente fyldig og omfattende informasjon om hvordan en annen person opplever sin livssituasjon, og videre hvilke synspunkter og perspektiver de har på de temaene som adresseres i intervjuet. En intervjusituasjon kan gi et godt grunnlag for å få innblikk i tanker, følelser og erfaringer hos den som blir intervjuet. Begivenheter og erfaringer som de reflekterer rundt gjenspeiler hendelser i deres liv og vil derfor være farget av den forståelsen personen har av opplevelsene sine. I det perspektivet som representerer et konstruktivistisk ståsted betraktes intervjudata som et resultat av en sosial interaksjon mellom den som blir intervjuet og forskeren. Begge partene bidrar i intervjusituasjonen til den kunnskapen og de perspektivene som kommer frem. (Thagaard, 2013)

Når man skal intervju noen må man ifølge Dalland (2020) kunne gå i samtale med alle typer mennesker i alle aldre og i ulike livssituasjoner. Når man går inn i samtaler får man behov for å ta i bruk alle sine faglige og menneskelige ressurser. Det medfører også at man må ta vare på det som sies, og forsikre seg mot misforståelser. Den profesjonelle samtalen innebærer også at man må forstå hva det som blir sagt betyr for det mennesket du prater med. Veien fra en profesjonell samtale til et intervju er kort. Samspillet mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet er selve grunnlaget for et godt intervju. En ny dimensjon oppstår i tillegg i et intervju: Den som intervjuer og den som blir intervjuet produserer i fellesskap kunnskap. (Dalland, 2020)

Tjora (2021) fastslår at ulike former for intervju er den mest utbredte metoden for datagenerering innenfor kvalitativ forskning. Spesielt *dybdeintervjuer* eller *semistrukturerte intervjuer* er mye brukt. *Fokusgrupper* er en annen metode som er blitt mer populær innen flere samfunnsvitenskaper. Der man ønsker å studere erfaringer, holdninger og meninger er dybdeintervju, som er tuftet på et fenomenologisk perspektiv, godt egnet. I hovedsak vil målet med dybdeintervjuer være å frembringe en situasjon for en relativt fri samtale som omhandler noen spesifikke temaer som forskeren har avgjort på forhånd. Man benytter åpne spørsmål for at informantene skal kunne gå i dybden der de ønsker å utdype eller har mye å fortelle. Man ønsker å bidra til at informantene kan reflektere over egne meninger og erfaringer knyttet til forskningens tema. I situasjoner hvor man ønsker å utforske nyanser i menneskers opplevelser og erfaringer kan ofte dybdeintervjuer være hensiktsmessige. Her er det svært viktig å huske at man i slike intervjuer utelukkende kan undersøke forhold som omhandler informantenes subjektivitet, eller informanten som subjekt. Det er dette man ønsker å undersøke i samfunnsforskning, organisasjonsstudier, evalueringer og lignende. I studier av organisasjonsendringer kan man ønske å undersøke hvilke endringer de ansatte har vært berørt av, hvordan personene har opplevd bestemte endringer, hvordan de har taklet utfordringer som har oppstått, hvordan en slik håndtering eventuelt har dempet negative konsekvenser, om erfaringene henger sammen med spesielle forhold til egen posisjon eller arbeid, om det er koblet til selve arbeidet eller til andre betingelser på arbeidsplassen, og lignende. Man er ute etter hvordan de knytter spesielle følelser til opplevelsene av og erfaringene med omorganiseringen. Ved et sosialkonstruktivistisk perspektiv er man spesielt ute etter å undersøke hvordan informantene skaper forståelse av eller mening i sin virkelighet, basert på opplevelsene og erfaringene de har, for eksempel knyttet til en slik omorganisering. I en studie av erfaringer knyttet til en omorganisering er alle slike forhold interessante, og alle forholdene må anses som subjektive. (Tjora, 2021) I vårt prosjekt var det nettopp informantenes subjektive opplevelser knyttet til organisasjonsendring vi ønsket å undersøke. Vi fant derfor at intervju ville være den metoden som bidro til å gi oss det empiriske kunnskapsgrunnlaget vi hadde behov for. Fokusgrupper kunne ha vært et alternativ eller et supplement, men ble av flere grunner valgt bort. Blant annet ville det være praktisk utfordrende, fordi intervjuene ble gjennomført i en tid med mye covidsmitte i byen, og man på sykehjemmene av beredskapshensyn forsøkte å unngå å samle personalet, og kanskje spesielt ledere, i samme rom mer enn nødvendig. Vi ønsket også å legge til rette for en intervjusituasjon der informantene kunne snakke mest mulig fritt, uten å være redde for hva kollegaene tenkte.

Tjora (2021) påpeker at dybdeintervjuer er en tidkrevende form for intervju, og at forskeren må vurdere om temaet som skal undersøkes krever så omfattende intervjuer med informantene. Både informantenes tid og tiden til de som gjennomfører og transkriberer intervjuene må tas med i vurderingene. Kortere intervjuer kan vurderes hvis temaet for intervjuet er sterkt avgrenset og man vurderer at tillit kan etableres ganske raskt i intervjusituasjonen, forutsatt at temaene som skal diskuteres ikke er veldig vanskelige eller sensitive. Tjora (2021) omtaler dette som *fokuserte intervjuer*. (Tjora, 2021) Vi vurderte i tidlige faser av vårt prosjekt å bruke fokuserte intervjuer som vår kilde til datainnsamling. Vi var i tvil om hvor mye tid vi kunne be våre informanter om å gi til prosjektet. De har travle jobber i utgangspunktet, og nå utfører de i tillegg endringsledelse i det omfattende arbeidet med implementering av Helseplattformen - selve kjernen i vårt prosjekt. Kunne vi da be dem sette av nok tid til et dybdeintervju? Temaet fremsto ikke som sensitivt eller vanskelig, og vi hadde tro på at tillit kunne etableres relativt raskt. Når vi likevel landet på å gjennomføre dybdeintervjuer handlet det om at det var viktig for oss å gi informantene nok tid til å formidle alle tanker, erfaringer og refleksjoner de hadde gjort seg rundt endringsarbeidet og endringsledelsen. Vi ønsket også å ha mulighet til å stille åpne spørsmål, for å fange opp tanker og refleksjoner som vi kanskje ikke hadde tenkt på å etterspørre i vår intervjuguide (vedlegg 3). Dalland (2020) fremhever at det er den som ber om intervjuet som må vise fleksibilitet. Når man antyder en tidsramme for intervjuet bør man heller be om litt for mye tid enn litt for lite. Dette fordi en samtale der informanten venter på at intervjuet skal ta slutt ikke er en god situasjon. (Dalland, 2020) Da vi inngikk avtaler om intervjutidspunkt var det ingen av informantene som hadde mindre enn en time til rådighet, og vi opplevde at de alle hadde mye å formidle, var opptatt av temaene og tok seg tid til oss i situasjonen.

### **3.3.2 Gjennomføring av intervjustudien**

I en tidlig fase av planleggingen av arbeidet med denne masteroppgaven utarbeidet vi en ganske detaljert fremdriftsplan med milepæler og delmål knyttet til gjennomføringen av prosjektet. Vi forsto at dette ville bli et tidkrevende arbeid, blant annet knyttet til å få tak i nok informanter, slik at vi oppnådde et godt datagrunnlag. Koronapandemien førte også med seg noen ekstra utfordringer, siden det var et stigende smittetrykk i Trondheim de ukene vi gjennomførte intervjuene. Vi tok forholdsregler for å unngå å føre smitte med oss inn på sykehjemmene. Rent praktisk tok vi begge hurtigtester hver morgen de dagene vi skulle gjennomføre intervjuer, vi brukte munnbind på vei inn og ut av sykehjemmene og vi brukte hånddesinfeksjon. Vi plasserte oss slik i rommet at vi kunne sitte med god avstand til

informantene og derfor kunne gjennomføre intervjuene uten munnbind. Dette opplevde vi som viktig av hensyn til kommunikasjonen i intervjusituasjonen, samt for kvaliteten på lydopptakene. Våre informanter har over lang tid vært vant til å ta slike forholdsregler i sin arbeidshverdag, og vi møtte utelukkende velvilje og hjelpsomhet knyttet til disse ekstra utfordringene. Dette ble også en påminnelse for oss studenter om at endringsledelse som er tema for oppgaven er nært knyttet til kriseledelse, og at våre informanter har vært nødt til å drive med begge disse ledelsesformene parallelt og vekselvis gjennom de siste årene.

### **3.3.3 Utforming av spørsmål/intervjuguide**

Thagaard (2013) skriver at vår kulturelle bakgrunn gir oss erfaringer om intervju, men peker på behovet for mer eksplisitt kompetanse for å utforme et forskningsintervju. Hvilke prinsipper som legges til grunn og hvordan man presenterer gode spørsmål må øves på. Vi må også trene på å utvikle en god relasjon til den som skal intervjues, og på å lytte oppmerksomt til det den som intervjues forteller. (Thagaard, 2013)

Et forskningsintervju kan struktureres på ulike måter. Den ene ytterligheten er kjennetegnet av lite struktur, og kan sammenlignes med en samtale mellom forsker og den som intervjues, der hovedtemaene er bestemt på forhånd. En slik uformell tilnærming tilsier at den som intervjues kan ta opp temaer i løpet av intervjuet, og at forskeren ut fra dette kan tilpasse spørsmålene sine. En lite strukturert tilnærming kan bidra til at forskeren kan følge opp intervjupersonens fortelling og utforske temaer som vedkommende tar opp, men som forskeren ikke hadde tenkt på selv i forberedelsene til intervjuet. I den andre enden av skalaen finner vi et ganske strukturert opplegg, der spørsmålene er utformet på forhånd og rekkefølgen av disse ligger ganske fast. Fordelen med dette er at man lettere kan sammenligne svarene fra flere intervjuer, fordi alle intervjupersonene har svar på spørsmål om de samme temaene. En slik metode benyttes derfor når sammenligninger mellom personer er viktig. (Thagaard, 2013)

En tredje fremgangsmåte, karakterisert ved en delvis strukturert tilnærming, er imidlertid den mest brukte. Dette innebærer at forskeren i forkant av intervjuet har bestemt hvilke temaer hun vil spørre om, men at rekkefølgen av disse bestemmes underveis i intervjuet. På denne måten kan forskeren følge fortellingen til intervjupersonen, men samtidig sørge for at alle planlagte temaer knyttet til problemstillingen ivaretas i løpet av intervjusamtalen. Flexibilitet er viktig for å kunne knytte spørsmålene til intervjupersonens forutsetninger, og intervjueren må også la intervjupersonen ta opp temaer som ikke var planlagt på forhånd. Slik blir det

kvalitative forskningsintervjuet en samtale mellom forskeren og intervjupersonen, styrt av temaene som forskeren behøver informasjon om. (Thagaard, 2013)

Den delvis strukturerte tilnærmingen er også den vi benyttet i dette prosjektet. Vi hadde en noen bestemte temaer vi ønsket informasjon om og som vi passet på å berøre i alle intervjuer, men vi lot i stor grad rekkefølgen være opp til våre informanter. Basert på vår intervjuguide (vedlegg 3) innledet vi våre intervjuer med noen bakgrunnsspørsmål. Her spurte vi informantene om hvilken fagbakgrunn/utdannelse de hadde, alderen deres og om hvor lenge de hadde jobbet som avdelingsleder. I tillegg ba vi dem fortelle oss litt om arbeidsoppgavene sine. Videre gikk vi over på lederens forståelse av egen rolle. Her ba vi informantene om å fortelle oss hvilke av arbeidsoppgavene deres som var spesifikt knyttet til lederrollen, og også hva som var viktig for dem i jobben som leder. Vi spurte dem også hvilke områder de opplevde som utfordrende, og hvilken erfaring de hadde med endringsprosesser på avdelingen. Deretter flyttet vi fokuset over på Helseplattformen, og etterspurte informantenes forståelse av denne, og deres opplevelse av informasjon og opplæring i implementeringsprosessen så langt. Hva de opplevde som positivt og hva de opplevde som utfordrende var viktig å få tak på. Vi ville også finne ut hvilke utfordringer de tenkte at Helseplattformen vil kunne bidra til å løse. Hvilke forventninger informantene hadde til Helseplattformen som ledelsesverktøy ble deretter tematisert. Hvilken type verktøy tenkte informantene at Helseplattformen er, og hvordan vil de kunne bruke det i sitt arbeid som leder? Informantenes tanker om personalgruppens møte med Helseplattformen var også interessante for oss. Vi ba informantene beskrive personalgruppa si med tanke på størrelse, turnover, fagbakgrunn og demografi, og spurte også spesifikt om den digitale kompetansen i personalgruppa. Hvordan personalgruppa tidligere har forholdt seg til endring ble også etterspurt, og hva avdelingslederne tenkte om sin personalgruppes evne til endring generelt, og knyttet til implementeringen av Helseplattformen spesielt. Vi etterspurte også informantenes forståelse av hvordan personalgruppa deres opplevde informasjon og opplæring knyttet til Helseplattformen. Vi ba videre også informantene om å sette ord på hvilke utfordringer implementeringen av Helseplattformen hadde medført for dem som ledere, og hvilke utfordringer de eventuelt så for seg i tida fremover knyttet til implementeringsperioden, eventuelle endrede arbeidsrutiner og ansvarsforhold. Informantene ble også spurt om de mente de hadde den endringskompetansen som de behøver for å implementere Helseplattformen på sin avdeling på en god måte. Avslutningsvis gikk vi gjennom noen oppsummerende spørsmål, der vi ba informantene sammenligne



implementeringen av Helseplattformen med andre endringsprosesser. Informantene ble her oppfordret til å gi råd til andre i samme situasjon som kommer etter dem, når Helseplattformen skal implementeres i andre kommuner. Hva andre kommuner kan lære av Trondheim kommune ble også etterspurt. Vi avsluttet intervjuene med et åpent spørsmål om det var noe informantene ønsket å fortelle som vi ikke hadde spurt om.

### **3.3.4 Praktisk fremgangsmåte under intervjuene**

Tjora (2021) mener at man som hovedregel må bruke en form for lydopptak både i fokusgrupper, fokuserte intervjuer og i dybdeintervjuer. Lydopptak sikrer at man i intervjusituasjonen kan konsentrere seg om deltakeren som snakker og fokusere på god kommunikasjon og flyt i intervjuet, samt at man sikrer at man får med seg alt som sies. Forskeren kan også be informanten utdype eller konkretisere ved behov for dette. I forkant av et lydopptak må alltid informantene spørres eksplisitt om tillatelse til dette, samt informere om hvordan lydopptaket vil bli oppbevart, hvordan det vil bli brukt og tidspunkt for sletting. Dersom dybdeintervjuer skal kunne brukes i detaljert analyse i tråd med SDI må lydopptaker konsekvent brukes. En utfordring kan være at støyende omgivelser i noen tilfeller kan utgjøre en fare for lyd kvaliteten. (Tjora, 2021) Vi brukte diktafon under alle våre intervjuer. Vi lot våre informanter bestemme tid og sted for intervjuet, men la opp til at vi kunne komme til deres arbeidsplasser, og oppfordret dem til å finne et møterom. De fleste av våre informanter hadde tilgang til møterom som ga gode betingelser for lydopptak. Ved ett av intervjuene satt vi i en lobby der det tidvis ble noe støy, men dette gikk ikke nevneverdig ut over lyd kvaliteten. Alle våre informanter ble i forkant av intervjuet informert skriftlig om at vi ville benytte diktafon i intervjuet, samt hvordan lydopptaket ville bli oppbevart og når det ville bli slettet (vedlegg 2). Informantene signerte på at de hadde mottatt informasjon om dette og at de samtykket. I tillegg informerte vi ved oppstart av intervjuet da at vi la frem diktafonene. Vi valgte å bruke to diktafoner, i tilfelle noe skulle være galt med en av dem, for å sikre at informasjon i et slikt tilfelle ikke gikk tapt. Vi fant stor trygghet i å bruke lydopptak, og opplevde det som avgjørende at vi kunne fokusere på intervjusamtalen. Under analysen har det også vært helt essensielt å ha transkriberte intervjuer å analysere.

Å være to intervjuere er Tjoras (2021) klare anbefaling, spesielt dersom man ikke har omfattende erfaring med å gjennomføre intervjuer. Den ene kan da konsentrere seg om intervjuguiden og stille spørsmål, og å holde orden på hvilke spørsmål som allerede er dekket. I tilfeller der intervjuet tar for seg sensitive temaer kan det være lettere med

én-til-én-intervjuer. (Tjora, 2021) Da vi er to studenter som skriver denne oppgaven sammen var det naturlig for oss å gjennomføre alle intervjuene sammen. Vi vurderte ikke tema for oppgaven til å være så sensitivt at det ville være en ulempe med to intervjuere tilstede. I gjennomføringen fordelte vi oppgavene under intervjuene mellom oss, noe som fungerte bra. Dette berøres nærmere i kapittel 4.

I etterkant av intervjuene anbefaler Tjora (2021) at materialet transkriberes fullstendig. Det kan være en utfordring at man på dette tidspunktet ikke vet hvilket detaljeringsnivå som er hensiktsmessig. Man vil derfor kunne være tjent med å transkribere noe mer detaljert enn man tenker er nødvendig. (Tjora, 2021) Dalland (2020) peker på at transkriberingsarbeidet er møysommelig, men at det gir en mulighet til å gjenoppleve intervjuet. Å skrive ut et intervju handler om å ta vare på mest mulig av det som opprinnelig hendte i intervjusamtalen. Når vi transkriberer må teksten deles i hovedsetninger og leddsetninger, og vi må bestemme tegnsettingen. Fordi det muntlige språket er annerledes enn det skriftlige må vi innimellom sloss litt med skrivereglene. (Dalland, 2020) I vårt transkriberingsarbeid valgte vi å transkribere så detaljert som det lot seg gjøre for å ivareta mest mulig av informasjonen fra intervjuet. I noen tilfeller valgte vi dog å ikke transkribere intervjuers bekreftende lyder (“mhm”, “akkurat”, “ok”, og lignende), der disse lydene ble uttalt samtidig som informantene pratet. Dette for at de ikke skulle ødelegge den flyten som ble riktig for å gjengi informantens fortelling. Der intervjuers bekreftelser/utsagn blir uttalt når informanten tar pause, er de transkribert for å oppnå et detaljert gjengivelsesnivå, og for å vise flyten i samtalen.

### **3.4 Koding og kategorisering av intervjudata**

Som tidligere nevnt har vi brukt Tjora (2021) sin stegvis-deduktive induktive metode (SDI) i vårt forskningsprosjekt. Om analyse av innsamlet data skriver Tjora (2021) om ulike strategier for koding og om risikoen som ligger i valgene man kan gjøre i forbindelse med dataanalyse. Ved bruk av SDI-modellen opererer man med et nivå av koder og en fast rendyrket strategi. Målet med kodingen er tredelt og består av å trekke ut det essensielle i de innsamlede dataene, redusere omfanget av analysematerialet og legge til rette for at detaljer i empirien kommer frem og kan analyseres. (Tjora, 2021). Dette kaller Tjora (2021, s. 197) “en induktiv empirinær koding” som bidrar til at forskerens tankesett og forventninger i mindre grad påvirker tolkningen av dataene. Bruken av denne kode-tilnærmingen i SDI-metoden

kjennetegnes ved at den skal gjenspeile det innsamlede datamaterialet og gjerne gjenbruke begreper som finnes der. Dette innebærer at man koder spesifikke deltakerutsagn og dermed tar med seg ord eller setninger i materialet som skiller seg ut. (Tjora, 2021)

Prosessen for dette kodearbeidet vil da være å starte med et analysedatadokument og opprette koder på bakgrunn av utsagn, ord, setninger eller deler av dialogen basert på dette første dokumentet. I fortsettelsen arbeider man seg gjennom de andre dokumentene på bakgrunn av de kodene som ble opprettet i gjennomgangen av det første og ved behov lager man nye underveis. Til slutt sitter man da med en liste med koder som er generert induktivt på bakgrunn av empirien. Tjora (2021) kaller dette empirinære koder og skriver videre at siden disse er inngående basert på innsamlet data kan omfanget være stort. (Tjora, 2021) I vårt case vil grunnlagsdokumentene for koding være de transkriberte intervjuene, og vi har kodet dem i den rekkefølgen de ble gjennomført. Ved gjennomgang av dataene fra intervjuene fant vi at vi hadde behov for mer utfyllende svar på noen av spørsmålene våre og tok derfor kontakt via e-post med respondentene. Vi fikk svar fra åtte av ti informanter. Tilbakemeldingene fra disse bidro med svar på noen spørsmål vi ikke hadde tenkt på å stille i intervjuene, men også noen spørsmål som hadde oppstått i ettertid. Blant annet spurte vi om hvordan informantene hadde opplevd opplæringen i Helseplattformen i tida som var gått etter intervjuene. Denne informasjonsinnhenting er i tråd med bruken av tilbakekoblinger i SDI-metoden (Tjora, 2021). I fortsettelsen skriver Tjora (2021) om viktigheten av å ta seg tid til å kode datamaterialet godt og riktig. Risikoen ved at man får et stort antall koder er at man lett kan hengi seg til kvantitativ tilnærming og lete etter variabler som kan sorteres. En slik tilnærming strider mot SDI-metoden, hevder Tjora (2021). Empirinære koder skal bidra til å trekke ut data for videre analyse uten at man må gå tilbake til rådataene som ligger i de transkriberte dokumentene. For å avdekke om man har gode empirinære koder har man i SDI-metoden kodetesten som ligger i steg 3 som innebærer at man for hver kode som lages stiller to spørsmål (Tjora, 2021, s. 203):

1. Kunne man laget koden før kodingen?
  - a. Hvis ja: unødig koding - lag en annen kode
  - b. Hvis nei: potensielt god empirinær koding - gå videre med spørsmål 2!
2. Hva forteller bare koden?
  - a. Tematiserer datasegmentet (fra intervju: hva ble det snakket om): unødvendig sorteringskode - lag annen kode!
  - b. Gjenspeiler konkret innhold (fra intervju: hva ble sagt): god koding!

Dersom kodelisten viser at svarene er 1b-2b, altså at kodene ikke kunne vært laget før analysen, er det en indikasjon på god SDI-koding. (Tjora, 2021) Tjora (2021) skriver videre at siden kodene er utviklet på bakgrunn av innsamlet data kan de bli tallrike, og flere hundre er ikke uvanlig. Videre i databehandlingen vil man gruppere de empiriske kodene systematisk på bakgrunn av en tematisk tilnærming slik at man får en struktur for videre analyse. En slik struktur vil være retningsgivende for forskningsprosjektets videre analyse og man vil dermed kunne utelate koder som ikke faller inn under temaene som man ønsker å diskutere. Tjora (2021) skriver at i en masteroppgave vil det være naturlig å ha flere kodegrupperinger for å etablere en eller flere kontekst(er) som legger grunnlag for analyse og teoretisk diskusjon. I vår studie ga behandlingen av rådata oss 375 empiriske koder som bestod av intervjudata som sammenfalt innholdsmessig. Disse ble sortert tematisk i 19 kodegrupper under 6 hovedtema for videre analyse. For å få en god oversikt har vi valgt å strukturere disse i en tabell. I kapittel 4, hvor vi foretar en empirisk analyse, har vi valgt å koble de overordnede hovedtema og kodegruppene til de fem forskningsspørsmålene i et forsøk på å diskutere våre funn.

Hovedtema/kontekst	Kodegrupper	Koder
<b>Avdelingslederrollen</b>		<b>98</b>
	Avdelingslederrollen er omfattende	19
	Bemanningsplanlegging	34
	Nærledelse, veiledning og trygghet	39
	Prioriteringer i drift ved innføring HP	6
<b>Endringsledelse</b>		<b>83</b>
	Endring er en del av felles arbeidshverdag	29
	Leder er positiv til endring	13
	Pandemi har gjort oss løsningsorienterte	8
	Viderefremidling av informasjon HP	15
	Viktig å identifisere endringsagenter	18
<b>Personalgruppa</b>		<b>28</b>
	Mangfoldig personalgruppe	17
	Ulik digital kompetanse	11
<b>Fordeler implementering Helseplattformen</b>		<b>52</b>
	Prosjektorganisering har muliggjort driftfokus	6
	Forståelse for gevinster i Helseplattformen	46
<b>Barrierer implementering Helseplattformen</b>		<b>63</b>
	Dårlig koordinering prosjekt- og driftsorganisasjon	7
	Har ikke helt innsikt i hva som kommer	13
	Implementering av andre prosjekter samtidig	5
	Pandemi har vært utfordrende mtp opplæring	8
	Informasjon og opplæring må være relevant	30
<b>Restgruppe</b>		<b>51</b>
	Ikke aktuelt	51
<b>Totalt</b>		<b>375</b>

Tabell 3.1 - Oversikt koding av våre funn i henhold til SDI-metoden

### 3.5 Validitet og generaliserbarhet

Tjora (2021) diskuterer kriterier for kvalitet innenfor kvalitativ forskning, og benytter i hovedsak de tre godt innarbeidede kriteriene *pålitelighet* (reliabilitet), *gyldighet* (validitet) og *generaliserbarhet* som kvalitetsindikatorer. Vi benytter her Tjoras (2021) begreper, med bakgrunn i at vi benytter hans SDI-metode i vårt forskningsprosjekt.

Pålitelighet omhandler ifølge Tjora (2021) intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet. En slik pålitelighet underbygges av SDI-modellen, gjennom tydelige krav til datagenerering, kriterier for måten analysen utvikles fra empiri gjennom koding og kodegruppering, og for hvordan teorier blir gjort relevante på et mer abduktivt stadium senere i forskningsarbeidet. Et av målene for SDI-modellen er ifølge Tjora (2021) å kvalitetssikre empirisk forankring og systematikk, for å gjøre det eksplisitt hvordan forskningen formes empirisk (gjennom de første stegene), analytisk (midtstegene) og teoretisk (de siste stegene) gjennom forskningsprosjektets forløp. Hvordan prosjektets informanter er valgt ut, og hvilke relasjoner de har til forskeren, har også relevans for pålitelighet. Dersom det eksisterer tette forbindelser mellom informanter og forsker blir det avgjørende å beskrive relasjonene og på hvilken måte de har bidratt til forskningen. (Tjora, 2021) Vi har i vårt prosjekt benyttet SDI-modellen, og mener denne har bidratt til kvalitetssikring av prosjektets empiriske forankring og systematikk. I arbeidet med vårt forskningsprosjekt har vi hatt et bevisst forhold til de nevnte punktene, for å forsøke å sikre vårt prosjekts pålitelighet.

*Gjennomsiktighet* eller *transparens* omtales som grunnlag for pålitelighet. Dette gjøres med bakgrunn i redegjørelsen for hvorfor en undersøkelse er gjennomført og på hvilken måte, grunnen til at undersøkelsen er gjennomført i en bestemt kontekst, hvilke valg forskeren har foretatt på ulike tidspunkt, hvordan informantene ble rekruttert, hvordan analysen av empirimaterialet er gjort, hvilke problemer som har oppstått, hvilke teorier som er brukt og hvordan disse teoriene har bidratt til utvikling av funn og andre lignende spørsmål. Pålitelighet og gyldighet reflekterer hvor godt slike valg tas, mens transparens handler om hvor godt disse valgene formidles i rapporteringen fra forskningen. Målet er å gi leseren et innblikk i forskningen som er så godt at de kan ta stilling til kvaliteten på denne. (Tjora, 2021) Vi har i denne oppgaven hatt som mål å formidle en høy grad av gjennomsiktighet, gjennom grundige beskrivelse av de punktene som Tjora (2021) peker på.

Tjora (2021) knytter gyldighet (validitet) til spørsmålet om hvorvidt de svarene man finner i sin forskning faktisk er svar på de spørsmål man forsøker å stille. Videre mener Tjora (2021) at begrepet kommunikativ gyldighet er godt etablert innen vanlig forskningspraksis, da slik gyldighet blir testet i dialog med forskersamfunnet, blant annet på konferanser og ved publisering i vitenskapelige tidsskrifter. I praksis innebærer dette at man forholder seg bevisst til aktuelle perspektiver og teorier, og til tidligere forskning som er gjennomført innenfor samme tema, eller med de samme teoriene og metodene som man selv bruker. Man sammenstiller sine funn med funn fra annen beslektet forskning, og med det man selv eventuelt har kommet frem til tidligere. Dette kravet kan sies å gjøre forskningen konservativ, men bakgrunnen for at forskningen er og blir konservativ er målet om å opprettholde høy kvalitet. Kunnskapen må derfor utvikles i små skritt. Gyldigheten kan styrkes gjennom at forskeren tydeliggjør hvordan forskningen praktiseres ut fra spørsmålene som blir stilt, og hvordan disse spørsmålene blir formet basert på etablert kunnskap om disse i relevant forskning, og temaene hun ønsker å utforske og. Gjennom å gjøre rede for valgene vi tar knyttet til datagenereringsmetoder og teoretiske innspill til analysen blir leseren invitert til kritisk å ta stilling til relevansen og presisjonen ved forskningen. At forskningen foregår innenfor rammen av faglighet og er forankret i annen forskning er den viktigste kilden til høy gyldighet. Videre må metodologisk treffsikkerhet med basis i problemstillinger og forskningsspørsmål alltid vektlegges tungt. (Tjora, 2021) I vårt case med lite relevant forskning fra tidligere har vi forsøkt validere våre funn ved å koble de til styringsdokumentene som ligger til grunn for opprettelsen av Helseplattformen og dermed vise at oppgaven har relevans i form av ny kunnskap om endringsledelse.

Dalland (2020) skriver at når man i en oppgave har tatt for seg en avgrenset problemstilling, benyttet et case og kanskje foretatt en undersøkelse med et lite utvalg intervjupersoner, bør man ved hjelp av sitt teoretiske utgangspunkt vurdere om noen av funnene også kan gjelde for andre i samme situasjon. Dersom man mener at dette kan være tilfelle kan man generalisere sine funn. Slik vil kunnskapen kunne gjelde ikke bare for enkelttilfelle, men kunne ha betydning for andre i samme eller lignende situasjoner. (Dalland, 2020) Tjora (2021) beskriver at en eller annen form for generalisering er et implisitt eller eksplisitt mål innenfor det meste av samfunnsforskning. Innenfor et kvalitativt forskningsdesign har man behov for å tenke generalisering på en annen måte enn man gjør innenfor kvantitativ forskning, der man har benyttet en statistisk form for generalisering. Over lang tid har diskusjonen om nødvendigheten av generalisering i kvalitativ forskning pågått, sammen med

diskusjonen om hvordan dette i så fall skal gjøres. Tjora (2021) mener diskusjonen er uheldig, og argumenterer for at generaliserbarhet som begrep er godt etablert som kvalitetsindikator for forskning. Når man arbeider innenfor en SDI-modell er spørsmålet om generaliserbarhet sentralt, og Tjora (2021) skisser er to former for generalisering i kvalitativ forskning; *moderat generalisering* og *konseptuell generalisering*. Ved moderat generalisering kan generalisering tenkes i en mer strukturell forstand, og det vil være opp til forskeren å beskrive i hvilke situasjoner resultatene vil kunne være gyldige. Ved konseptuell generalisering utvikler man gjennom kvalitativ forskning konsepter, typologier eller teorier som vil ha relevans for andre caser eller tilfeller enn det som er studert. SDI-metoden rettes inn mot konseptuell generalisering, og Tjora (2021, s. 268) presiserer at “målet med kvalitativ forskning er å utvikle innsikt knyttet til et fenomen, og hvor denne innsikten kan presenteres og testes ved en form for konsept- eller teoriutvikling”. Med bakgrunn i dette kan vi til tross for at vi i under punkt 3.2.1 anga at vi ikke har endelig grunnlag for kvantitative data si at våre kvalitative funn er valide da disse vil ha relevans utover vårt case ved at de er overførbare til andre digitale endringsprosesser i sektoren. I vårt case er fenomenet vi er ute etter avdelingslederens subjektive opplevelse av denne svært omfattende endringsprosessen som implementeringen av Helseplattformen i Trondheim kommune er. Hvilke opplevelser og erfaringer har informantene tilegnet seg så langt, kan vi identifisere noen fellesnevner, og finner vi faktorer som kan være nyttige for avdelingsledere i kommuner som skal implementere Helseplattformen etter Trondheim?

Dette viser at når vi har valgt å benytte oss av SDI-metoden har vi også tatt et valg om å forsøke å gjennomføre dette forskningsprosjektet på en sann måte at funnene kan bidra til utvikling av innsikt knyttet til det fenomenet vi studerer i form av en konseptuell generalisering, der innsikten vil kunne testes gjennom en form for utvikling av konsepter eller teorier.

### **3.6 Etiske vurderinger**

Thagaard (2013) presiserer at all vitenskapelig virksomhet krever at forskeren forholder seg til de etiske prinsippene som gjelder internt i forskningsmiljøer, samt i relasjon til sine omgivelser. Innenfor kvalitative metoder har etiske dilemmaer en fremtredende plass. Ved studier som innebærer direkte kontakt mellom forskeren og de personene forskeren studerer

er det etablert særlige etiske retningslinjer, der forskerens forhold til deltakerne er definert. De valgene som forskeren foretar gjennom forskningsprosessen kan få konsekvenser for de personene som deltar i forskningsprosjektet. Derfor er det viktig å løfte frem de etiske aspektene som kan knyttes til de ulike fasene av forskningsprosessen. (Thagaard, 2013)

En slags etisk sans bør ligge implisitt i all forskning, uavhengig av de formelle juridiske kravene, mener Tjora (2021). Konfidensialitet, respekt, tillit og gjensidighet vil prege kontakten forskeren har med deltakerne i prosjektet, og med eventuelle kontaktpersoner for aktuelle caser. Vår adferd i kontakten med folk vil påvirke kommunikasjonen der og da, uavhengig av om vi skriver akademiske tekster “om” dem eller ikke. På denne måten oppstår det naturlig en forventning om at man gir noe tilbake til de som bidrar, uten at dette må være fastslått i formelle retningslinjer for å være gyldige. Tillit er en implisitt side ved relasjoner og kommunikasjon i et samfunn der gjensidig respekt mellom aktører er forventet. Når den kvalitative forskningen gjerne gjøres ved hjelp av direkte kontakt med prosjektets informanter er normal høflighet et godt utgangspunkt for en etisk god forskning. Like fullt stilles det høyere krav til samfunnsforskningen enn dem som oppstår i de fleste sosiale situasjoner. Dette kommer blant annet av at man bryter inn på andre menneskers arenaer, og fordi forskningsresultater skal offentliggjøres. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2021) har formulert generelle krav til etikk i samfunnsforskning, der det blant annet stilles krav til riktig håndtering av personopplysninger, informert samtykke og retten til å trekke seg fra forskningsprosjekter. For vårt prosjekt søkte vi og fikk godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD) for vår datainnsamling (vedlegg 1). Dette med bakgrunn i at vi ønsket å benytte diktafon i møtet med informantene. Informantene ble i tillegg forelagt informasjon om samtykke til anonymisert bruk av data, lagring av data og om retten de hadde til når som helst be om at deres informasjon ble fjernet fra dataene våre (vedlegg 2).

De ulike metodene for datagenerering medfører ulike etiske utfordringer, presiserer Tjora (2021). Når det gjelder å gjennomføre intervjuer er forskningsetikken hovedsakelig knyttet til kravet om at en informant ikke skal komme til skade. Ved samfunnsforskning må forskeren reflektere over om informantene kan utsettes for mulig skade eller ubehag, blant annet som følge av at følsomme temaer løftes frem uten at intervjueren kan bidra til at informantene kan bearbeide dette på en terapeutisk måte. (Tjora, 2021) Vi vurderte på forhånd temaene for intervjuene som lite følsomme, og vår opplevelse er at denne oppfatningen ble delt av våre informanter. Informantene ble likevel informert om at de hadde mulighet til å trekke seg eller



avslutte intervjuet dersom de ønsket dette. Ingen av informantene valgte å benytte seg av dette underveis i intervjuene, og ingen har trukket seg fra prosjektet i etterkant. Spesielt ved følsomme tema er anonymisering svært viktig, påpeker Tjora (2021). Selv om temaene i vårt prosjekt ikke vurderes som særlig følsomme har vi vært nøye med å anonymisere informantene. Vi har brukt flere sitater fra intervjuene gjennom denne oppgaven, men har vært nøye med å unngå identifiserende detaljer.

Thagaard (2013) fremhever at det er viktig å ha i mente ved bruk av kvalitative metoder, at forskeren i noen grad “utvikler” data gjennom den forståelsen hun eller han har av fenomenet som studeres. Samarbeidet med deltakerne i felten og forskerens begrepsforståelse er viktig for hvordan inntrykkene som forskeren får, blir til data. (Thagaard, 2013) Dette ser vi nærmere på i neste kapittel, der vi analyserer empirien.

### **3.7 Oppsummering: Vår metodiske tilnærming**

I dette metodekapittelet har vi redegjort for valg av forskningsmetode og studiens design, og for hvordan vi i praksis har gått frem for å gjennomføre dette prosjektet. Vi har gjort rede for vår vitenskapsteoretiske tilnærming og metodevalg, og vi har vist hvordan vi har brukt Tjoras (2021) stegvis-deduktive induktive metode; SDI-metoden. Gjennomføring av forskningsprosjektet og utvalg av informanter har blitt grundig redegjort for. Avslutningsvis har vi synliggjort etiske betraktninger og utfordringer som er knyttet til kvalitativ forskning generelt, og spesifikt til vår oppgave. Dette vil være grunnlaget når vi i neste kapittel går over til å presentere funn fra våre intervjuer, og vier oss til empirisk analyse.

## **4.0 Empirisk analyse**

I dette kapittelet vil vi presentere funn i data innsamlet gjennom intervju som er relevant for å kunne svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene presentert i første kapittel. Dette presenteres i en struktur hvor vi analyserer dataene for å svare på forskningsspørsmålene. Vi har valgt å drøfte de empiriske funnene på bakgrunn av hvert av forskningsspørsmålene slik at vi kan bruke denne analysen i det videre arbeidet med å svare på problemstillingen for

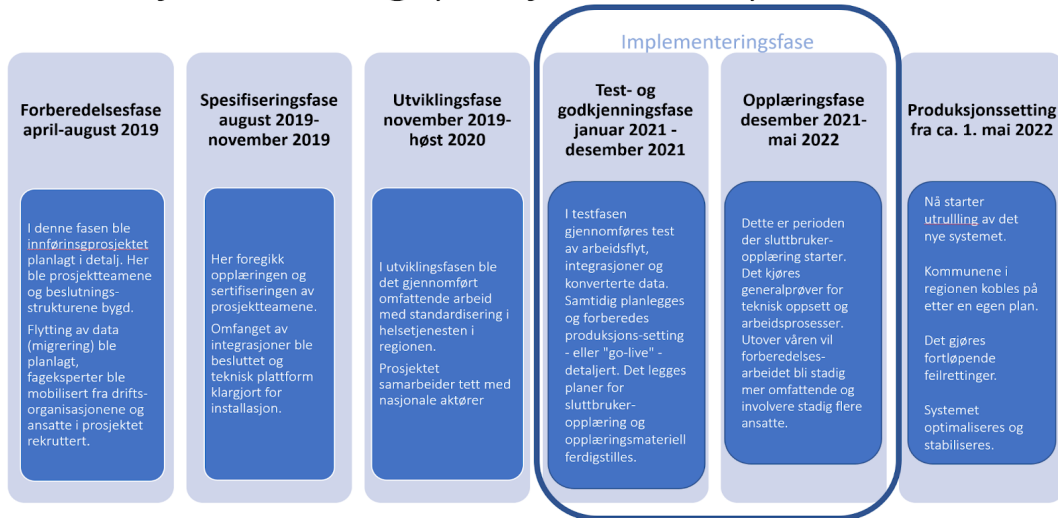
oppgaven. Ved å bruke de ulike temaene i intervjuguiden til å underbygge drøftingen vil vi forsøke å sette dette i relasjon til kodingen presentert i kapittel 3 og videre vise relevansen for teoretisk tilnærming med den konseptuelle modellen som ligger til grunn for drøfting og teoretisk analyse i kapittel 5. Hovedtemaene vi tok opp i intervjuene våre var avdelingslederen sin rolle i endringsprosesser, endringsledelse, samhandling, generelt om Helseplattformen og om Helseplattformen som ledelsesverktøy, personalgruppen sitt møte med Helseplattformen og utfordringer knyttet til implementeringen. Avslutningsvis ba vi informantene dele sine tanker om hva andre kommuner og avdelingslederne i disse kommunene kan lære av erfaringene våre informanter har gjort seg. Dette er tema som gjenspeiles i formuleringen av forskningsspørsmålene og bidrar til at drøfting på bakgrunn forskningsspørsmålene vil være en naturlig tilnærming i dette kapitlet.

Vi ser at vår tilnærming til datainnsamling med åpne spørsmål har en svakhet når det gjelder sammenligning av kvantitative parametre som antall ansatte, antall sengeplasser, alder og ledererfaring i år. Dette har ført til at vi ikke har fullstendige funn for alle disse indikatorene, men det vil ikke påvirke våre kvalitative data i noen grad. Når det gjelder bruk av sitater i dette kapitlet så er samtlige utsagn fra informantene våre. Som angitt i kapittel 3.2.1 om utvalg så består disse av ti avdelingsledere fordelt på seks Helse- og velferdssenter, alle beliggende i Trondheim kommune. Dette betyr at vi har informanter som jobber ved samme Helse- og velferdssenter og sitter sammen i lederteam. Når vi har valgt å ikke angi fra hvem (i form av rolleangivelse), eller fra hvilket helse- og velferdssenter sitatet kommer fra så har det to årsaker: Den ene handler om at våre informanter representerer samme nivå i organisasjonen, mens den andre handler om mulighet for gjenkjennbarhet. Vi finner heller ikke avvik i utsagnene fra avdelingsledere ved mindre enheter sett opp mot utsagn fra avdelingsledere ved større enheter og derfor valgt å ikke angi dette i siteringen. Når det gjelder kjønnsfordelingen mellom våre informanter var kun én av dem mann, mens resten var kvinner. Dette gjør at vi for å unngå muligheten for gjenkjennbarhet ikke identifiserer kjønn i tilknytning til sitater vi bruker til oppgaven. Der vi bruker personlige pronomen skriver vi konsekvent “hun”, av samme årsak.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 8. desember 2021 til 6. januar 2022. Tidslinjen til innføringsprosjektet Helseplattformen, se figur 4.1, viser at prosjektet da befant seg i avslutningsfasen av test- og godkjenning, og i oppstartsfasen av opplæringen. I test- og godkjenningsfasen skulle sluttbrukerne ha fått noe innblikk i systemene gjennom fagdager og

kurs. Oppfølgingsspørsmålene ble sendt ut i mars 2022, altså i underkant av to måneder før planlagt utrullingsdato for Helseplattformen.

## Tidslinje innføringsprosjekt Helseplattformen



Figur 4.1: Innføringsprosjektets tidslinje med implementeringsfasen, med vår prosjektgjennomføring fremhevet

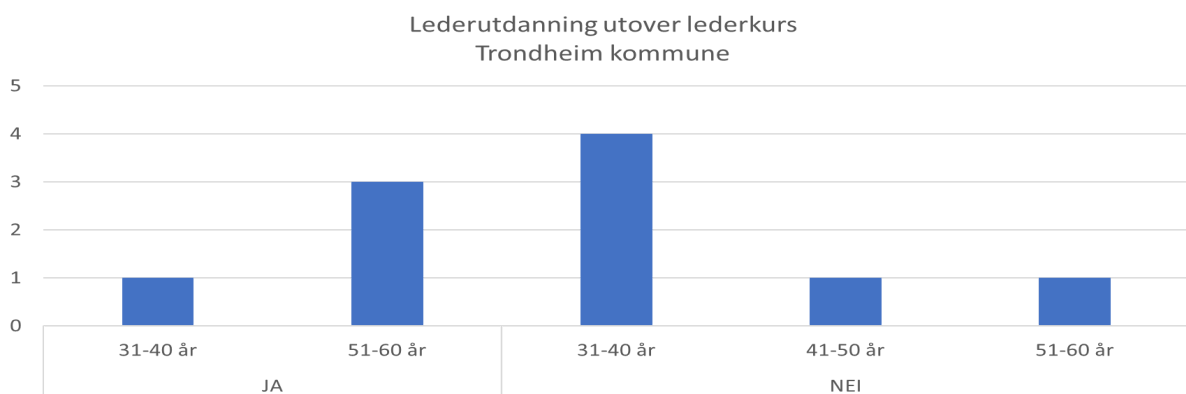
Ved gjennomføringen av intervjuene fordelte vi oppgavene mellom oss i form av at den ene drev intervjuet og dialogen, mens den andre hadde en mer passiv rolle som observert og sørget for at punktene i intervjuguiden ble ivaretatt. Det at den av oss som hadde hoveddialogen har en bakgrunn og rolle i dag som er gjenkjennbar for informantene opplevde vi som en fordel. Dette bidro til at man tidlig fikk etablert god kontakt som igjen ga god flyt i dialogen uten at informanten måtte utdype begreper og redegjøre for basisinnholdet i egen rolle og tjenesteleveransen. Gjennom felles språk og forståelse kunne vi raskt dykke ned i den tematikken vi ønsket å belyse. Denne kunnskapen gjorde også at åpne, strukturerte spørsmål fungerte godt.

### 4.1 Hvilken sammenheng finner vi mellom avdelingslederens alder og/eller ledererfaring og opplevelsen av endringsprosessen?

I intervjuguiden er spørsmålene rundt opplevelsen av egen ledererfaring knyttet til arbeidsoppgaver, viktige fokusområder for lederrollen og hvilke utfordringer man møter som leder. Vi ønsket her å se om informantenes ledererfaring og alder innvirket på hvordan de tilnærmet seg endring, og videre på hvordan de opplevde endringsprosessen. Bakgrunnen for ønsket om å se om det fantes en sammenheng mellom ledererfaring og alder handler om å

avdekke hvorvidt Trondheim kommune og andre kommuner burde være mer bevisst en slik korrelasjon i rekruttering av fremtidige ledere, samtidig avdekke om det er behov for kompetansetiltak hos dagens ledere. Våre informanter hadde ulik alder og ulik ledererfaring. Noen var ganske ferske i jobben som avdelingsleder, mens andre hadde årelang ledererfaring. Fem av våre informanter var i trettiårene, en i førtiårene og fire i femtiårene. Av informantene hadde halvparten mellom null og fem års erfaring i lederjobben, én hadde mellom seks og ti års ledererfaring, én mellom 16 og 20 års erfaring, mens én informant hadde mellom 20 og 21 års erfaring. Den siste informanten vet vi ikke hvor lang ledererfaring har. Informantene stilte altså med veldig ulik mengde ledererfaring i bagasjen da de gikk inn i denne endringsprosessen. Et slikt mangfold blant informantene betyr at vi har grunnlag for andre konklusjoner/funn knyttet til dette forskningsspørsmålet enn vi opprinnelig hadde sett for oss.

Videre fant vi at fire av ti hadde eller var i ferd med å tilegne seg ytterligere lederkompetanse gjennom studier. Dette var lederutdanning som kommer i tillegg til den som Trondheim kommune tilbyr sine ledere. Om lederutdanningen som tilbys i kommunen sa informantene at denne i stor grad var en generell ledelsesutdanning som ikke adresserte endringsledelse. Som figur 4.2 viser gjaldt dette hovedsakelig de avdelingslederne med lang arbeidserfaring, men ikke nødvendigvis like lang ledererfaring.



Figur 4.2 Oversikt avdelingsleder med lederutdanning fordelt på alder

Flere av de vi intervjuet hadde startet som avdelingsleder ved enheten like før eller under pandemien.

Mange av informantene ga uttrykk for at de mente de var godt rustet for denne og andre endringsprosesser uten noe å måtte tilegne seg mer kompetanse. Om erfaring fra tidligere endringsprosesser var det bare tre av ti som hadde erfaring fra endringsprosesser som de

mente var tilsvarende eller større enn innføringen av Helseplattformen. Dette var da snakk om store organisatoriske endringer i form av sammenslåing og omorganisering av flere helse- og velferdssenter.

I de innledende kapitlene skrev vi om at et mål med digitalisering er at den enkelte medarbeider skal kunne jobbe litt smartere hver dag og at man gjennom digitalisering vil måtte endre arbeidsmetoder og prosesser. Blant annet viste vi til strategien Èn digital offentlig sektor fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet i kapittel 2.4 som hevder at nye måter å jobbe på krever endringskompetanse. Vi ønsket å se om vi kunne finne sammenhenger mellom faktorer som alder og ledererfaring og hvordan avdelingsleder opplevde implementeringsprosessen. De fleste informantene ga uttrykk for at egne holdninger er vel så viktig som ledelseskompetanse både i ordinær drift og i endringsprosesser. Dette kom til uttrykk i dette utsagnet fra en av informantene der hun uttrykte: “Satser litt på at de personlige egenskapene jeg har skal være nok. Fordi at jeg vet at jeg kan brette opp ermene eller kan ha den der motiverende rollen inn mot personalgruppa”.

I intervjuene var den pågående pandemien et naturlig tema. Spesielt med tanke på endringsledelse sett opp mot kriseledelse og grenseovergangene mellom disse. En av deltakerne uttrykte det slik: “Hell og uhell for Helseplattformen at vi fikk en pandemi to år før, for at er det noe vi under tvang har måttet bli god på, så er det jo å forholde oss til nye ting kjapt.” Dette utsagnet er representativt for de fleste informantene våre. De mente den vedvarende situasjonen med stadige endringer i regelverk, forskrifter, rutiner, og ikke minst en uforutsigbar bemanningssituasjon, hadde endret både leders og personalgruppas tilnærming til endringer, selv om endringene var utløst av en krise. En av informantene sa det sånn:

Man må jo hele tiden være løsningsorientert og det er jo, altså, det endrer seg nesten fra dag til dag, så man må jo bare ta det litt på strak arm tenker jeg, og det har man jo blitt vant til og egentlig blitt god på.

Endring som en del av hverdagen var en gjenganger i intervjuene. At samfunnet er i stadig endring hvor man får nye rammebetingelser enten i form av lovverk, teknologi, kompetanse og krav om tjenesteytelse. Informantene mente at det var viktig for en selv som leder å forstå bakgrunnen for endringene og kunne fremsnakke disse positivt på en slik måte at både inkrementelle og radikale endringer ble sett på som en gevinst for de ansatte og brukerne. En av avdelingslederne uttrykte det slik:

Jeg er positiv til det meste her i verden, så jeg har ikke noen sånne vegringer mot nye ting. Jeg tenker at vi er et samfunn i utvikling hver dag. Så hvis vi på en måte stopper utviklingen og den prosessen, så taper vi.

I våre funn er det ikke grunnlag for å si at alder og erfaring er avgjørende for opplevelsen av endringsprosessen. Forøvrig finner vi at leders holdning og tilnærming til endring kan være en avgjørende faktor. Bakgrunnen for å hevde dette er at vi ikke kan se at avdelingsledere med ulik alder og/eller ledererfaring beskriver sine opplevelser i endringsprosessen annerledes enn sine kolleger med annen alder og med mer eller mindre ledererfaring enn dem selv. Det at informantene beskriver endring som en naturlig del av samfunnet og av arbeidssituasjonen sin kan se ut til å innvirke på deres opplevelse av implementeringsprosessen. En slik holdning til endring kan tenkes å medvirke til en mindre grad av motstand hos avdelingslederne.

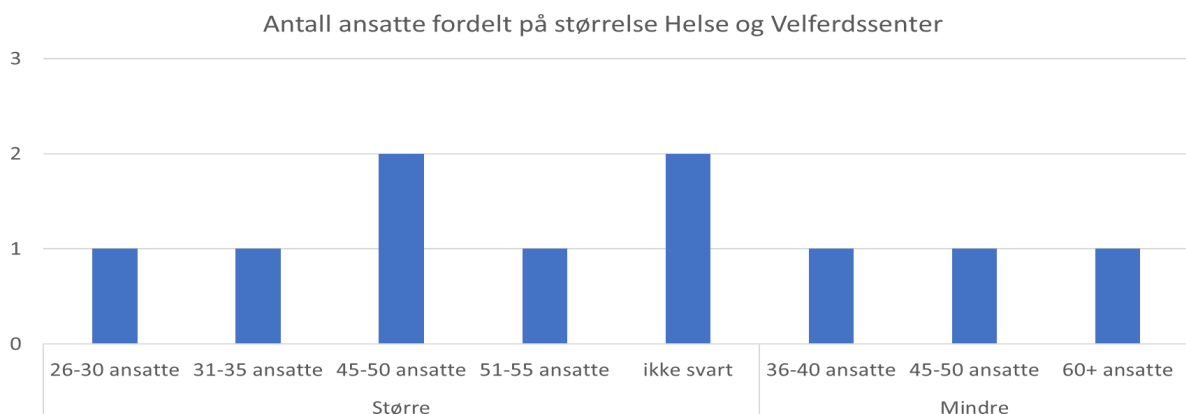
I tillegg til avdelingsleders alder og ledererfaring var vi nysgjerrige på hvilke faktorer i personalgruppen som kunne innvirke på hvordan leder forholdt seg til endringsledelse i implementeringsprosessen. Vår opplevelse innledningsvis var at ansatte ved sykehjemsavdelinger bestod av en mangfoldig gruppe med tanke på alder, kjønn, fagbakgrunn/-kompetanse og kulturell bakgrunn. I en endring som handler om bruk av digitale verktøy og standardisering av bl.a. språk ønsket vi å høre om denne antakelsen medførte riktighet og i så fall hvordan leder så på denne diversiteten i sin tilnærming og planlegging av endringsprosessen, noe som ble tematisert i vårt andre forskningsspørsmål.

## **4.2 Hvilken betydning har sammensetningen av personalgruppen for leders tilnærming til endring?**

I intervjuguiden adresserte vi sammensetningen av personalgruppen med spørsmål om alder, kjønn, etnisitet og språk. Vi undret på om disse faktorene innvirket på hvor endringsvillige de ansatte var, og på evnen til å lære nye måter å utføre oppgaver på, og ikke minst ny teknologi. Dersom disse faktorene viste seg å være av vesentlig betydning vil personalets nærmeste leder bli nødt til å tilpasse sin måte å utøve endringsledelse den personalgruppa de leder. Ikke minst var vi interessert i størrelsen på personalgruppen for å få et bilde av omfanget og kompleksiteten i bemanningsplanleggingen og personaloppfølgingen. Som angitt avslutningsvis i punkt 5.1 så ville vi undersøke hvordan leder opplevde mangfoldet i

personalgruppen knyttet til de ansattes digitale kompetanse og endringsvillighet og i hvilken grad dette ville ha betydning for endringsprosessen.

Med bakgrunn i ulik organisering av personaloppfølging og bemanningsplanlegging fant vi en relativ stor spredning i antall ansatte den enkelte avdelingsleder hadde ansvar for. Vi fant at det var ulik praksis for turnusoppsett, bl.a. kunne én avdelingsleder ha ansvaret for å planlegge turnus for hele sykehjemmet, mens andre hadde planlegging av en etasje og ansatte på nattevakt. I turnusplanlegging er man i stor grad avhengig av å ha ansatte i delvis små stillingsprosjenter for å kunne dekke opp for behovet på kveld og i helg. Dette medfører at man har mange ansatte som man har personalansvar for. I tilbakemeldingene fra deltakerne opplevde vi at noen talte med helgestillingene i tallene de oppga og andre ikke, dermed er det vanskelig å konkludere noe ut i fra antall ansatte. Ved spørsmål om antall årsverk fikk vi så uklare svar at de har vi valgt å ikke la inngå i datagrunnlaget vårt. I figur 4.3 ser vi på oppgitte tall for antall ansatte fordelt pr. avdelingsleder fordelt på størrelse på sykehjem.



Figur 4.3 Oversikt antall ansatte pr. informant fordelt på større eller mindre helse og velferdssenter

Som figuren viser så er det store variasjoner i personalgruppens størrelse og selv om det kan se ut som de minste enhetene har ansvar for noen flere ansatte enn avdelingslederne ved de større sentrene kan vi ikke konkludere med at dette er reelt. For den enkelte avdelingsleder vil antall ansatte hun har ansvar for kunne innvirke på arbeidsmengden i implementeringen. Å ha ansvar for over 60 ansatte vil naturlig nok utgjøre en større arbeidsbelastning på avdelingslederen enn en personalgruppe på under 30 ansatte. Ikke minst med tanke på planlegging av endringsprosessen avdelingen står overfor, jo flere ansatte jo mer tilpasning og tilrettelegging for å kunne sørge for at alle får den opplæring og kurs som må til for å

kunne ta i bruk nye verktøy. Dette kommer vi nærmere tilbake til under punkt 5.4 når vi ser på hvordan innføringen påvirker daglig drift.

Alle informantene svarte at de det hadde et stort mangfold i personalgruppen. Som en av de sa: *“Det er blanda drops”*. Med tanke på kjønnsfordeling anga deltakerne at de hadde noen menn ved avdelingen, men at de utgjorde mindretallet. Disse hadde i hovedsak bakgrunn som helsefagarbeidere, mens noen få hadde menn i såkalte rekrutteringsstillinger. Slike stillinger er kommunens tiltak for å stimulere til økt andel sykepleiere ved sykehjem. Man jobber da i en 15-20% stilling under studiet og en større stillingsprosent i ferier, mens man mottar tilskudd i form av kronebeløp underveis, og får fast stilling etter endt studietid. Dette med sykepleierkompetanse var tema i de fleste intervjuene og vil bli adressert under punkt 5.4. Det å ha en god kjønnsfordeling var noe som ble fremhevet som positivt for samspillet i personalgruppen. Den faglige sammensetningen besto av ufaglærte assistenter, helsefagarbeidere, vernepleiere og sykepleiere.

Samtlige deltakere svarte at mangfoldet i personalgruppen også var representert ved å være flerkulturelt. Dette innebærer et kulturelt og et språklig aspekt som er positivt og til dels utfordrende og som leder må hensynta i utøvelsen av lederrollen og i endringsprosessen. Slike hensyn kunne ifølge informantene være at noen av ansatte kom fra en kultur hvor det å spørre om hjelp ble sett på som en svakhet, eller at å tilkjenne at man ikke hadde forstått informasjonen var skambelagt. Ikke minst var dette viktig i opplæringsfasen for Helseplattformen hvor man hadde opplevd at språklige barrierer på fagdager og kurs. Den ene avdelingslederen satte ord på det slik:

Du skal lære deg mye nytt, og så skal du på en måte forstå den som står der og prater til deg og sier det, sant? Og så kan det hende at de tror de har skjønt det og så sier de “ja da”, og så har de ikke skjønt det allikevel. Og så skal du fange opp det at de ikke har skjønt det. Så jeg tenker jo at..det må jeg jo si..ja..det ser jeg jo som utfordrende da.

Informantene pekte på løsninger i Helseplattformen som ville forenkle noen av de språklige utfordringene, og det kommer vi tilbake til i punkt 5.5. Under dette forskningsspørsmålet er dette relevant for personalgruppens mangfold. Avdelingslederne opplevde at journalføringen til tider var preget av dårlig språk og at dette medførte at lederne selv brukte tid på å ettergå dokumentasjonen. Samtidig mente en av avdelingslederne at føring av journal var god norsktraining og at standardisering ville forringe denne effekten og medføre at leder ikke fikk



avdekket hvem som trengte ekstra oppfølging. Andre refererte til at det ofte var de samme ansatte som måtte dokumentere da andre medarbeidere vegret seg av både språkmessige og tekniske årsaker. Dette kunne føre til at informasjon gikk tapt i overleveringen mellom den som hadde hatt kontakt med pasienten og den som journalførte. For å bidra til en god prosess for alle mente informantene at det var viktig for en selv som leder å bli godt nok kjent med de ansatte slik at man identifiserte behovene for ekstra oppfølging og kunne adressere de på riktig måte.

Aldersspennet i personalgruppene varierte fra 18 år til 60+ år. I et tilfelle hadde de en ansatt som hadde passert 72 år og dermed var jevn gammel med noen av brukerne ved avdelingen. Informantene beskrev i intervjuene at de hadde unge lærlinger i avdelingen samt at de i helgestillingene ofte benyttet seg av helsefagsstudenter, noe som medførte en jevnlig turnover. Alder ble også satt i sammenheng med de ansattes digitale kompetanse. Selv om avdelingslederne fremhevet at de hadde noen “voksne” som håndterte digitale verktøy veldig bra var det tydelig at de fleste mente de yngre ville ta omstillingen best. En av informantene uttalte: “De tar det ganske intuitivt. De har vokst opp i en digital verden, og de finner ut av mye på egen hånd også.”

Flere av informantene ga uttrykk for at den digitale kompetansen til dels også handlet om den enkelte ansattes tilnærming til digitale verktøy og vilje til å sette seg inn i disse. Om dette ble det sagt at mens noen ansatte vegret seg for å åpne og lese egen jobb-e-post var andre aktive og oppsøkte tilgjengelig informasjon. På bakgrunn av dette snakket informantene om “*to leire*”. Flere av informantene beskrev at de kunne dele inn personalgruppa i to grupper: En gruppe som besto av ansatte som var trygge og dyktige i håndteringen av digitale verktøy, og en annen gruppe som opplevde større utfordringer knyttet til dette og som gjerne kviet seg for å bruke slike verktøy. Dermed var det viktig for avdelingsleder å etablere trygghet rundt de endringene som kommer med Helseplattformen ved å anerkjenne at noen vil trenge mer tid og oppfølging. Som en av informantene sa:

Men vi er jo innstilt på, vi har snakket mye om det, at vi er bare så gode som det svakeste leddet, og at alle må med. Så vi må bare ha en forventning om at det vil være noen som trenger to timer, og så er det “Smokk, alt klart!”, og så er det noen som kanskje må sitte i flere dager for å på en måte komme inn i det.

Å anerkjenne at personalgruppa har ulik digital kompetanse og i fortsettelsen skape en forståelse av at denne endringen er noe avdelingen skulle gjøre i fellesskap mente

informantene kunne legge grunnlag for en felles innsats hvor man kan spille på hverandres styrker, noe en av informantene uttrykte slik: “Vi må bare ha litt is i magen og være raus med hverandre og støtte opp og veilede og..ja...så tror jeg det skal gå greit altså.” En annen informant ga uttrykk for en optimisme knyttet til intern veiledning og opplæring:

Disse unge folkene som er kjempedyktige på pc fra før - at de blir fort trygge, sånn at de videre kan hjelpe de som er utrygge, sant? Og da får du jo støtte uansett da, du som er usikker, tenker jeg. Det er det vi er nødt til å spille på.

Med bakgrunn i ulik sammensetning i personalgruppen, den ulike digitale kompetansen og ikke minst for å nå alle ansatte var videreformidling av informasjon om Helseplattformen et stort fokus hos informantene i intervjuene. Noen ga tilbakemelding om at de samlet relevant informasjon i et nyhetsbrev som ble distribuert. Andre opplevde at de ansatte selv tok initiativ til å tilegne seg informasjon. De fleste oppga at de brukte tilgjengelige møtearenaer for å informere og ikke minst få en tilbakemelding om hvorvidt informasjonen var forstått.

Om personalgruppas holdninger til endringer generelt ga de fleste informantene uttrykk for de hadde ansatte som var positive, men at enkelte syntes det var i overkant mange og stadige endringer. Noen av intervjudeltakerne knyttet dette til ansatte med lang fartstid i arbeidslivet og alder, og inkluderte delvis seg selv til å være tidvis kritisk til behovet for alle endringene. En av dem sa det på denne måten: “Altså, det er jo nye ting som introduseres hele tida, og vi synes jo noen ganger at kanskje det ene slår det andre i hjel”. Det ble også referert til utsagn fra enkelte i personalgruppen, som dette: “Åh, vi har vært med på så mange endringer, og nå kommer det enda en!” Samtidig ga informantene uttrykk for de så at det ligger et forbedringspotensiale i tjenesteutførelsen og i samspillet med andre instanser. Dermed ble det viktig for dem som ledere å jobbe med å skape god fellesskapsfølelse - at dette er noe man gjør sammen.

Samtlige avdelingsledere vi intervjuet snakket om nærledelse og viktigheten av å skape trygge rammer for sine ansatte. Det å være tilgjengelig, å bygge tillit og å se den enkelte ansatte var momenter som de la vekt på i sin rolle som avdelingsleder. Med bakgrunn i datainnsamlingen finner vi at mangfold i form av alder, kjønn, språk og kultur blant de ansatte påvirker hvordan leder tilnærmer seg endring. Våre funn viser at betydningen av leders kunnskap om og kjennskap til egen personalgruppe er avgjørende for hvordan endringsledelsen kan utøves. Dette med bakgrunn i at endringsledelsen må tilpasses dem endringen gjelder. Informantene viser oss at de opplever det å kjenne sin personalgruppe som

avgjørende for å kunne lede gruppa støtt gjennom en endringsprosess. Endringsledelsen må tilpasses den enkelte ansattes forutsetninger. Noen behøver mye tid, støtte og veiledning fra lederen sin, mens andre ansatte kan forventes å være mer selvstendige i prosessen. Vi har også sett at flere av informantene setter sin lit til at de ansatte som håndterer digitale verktøy godt kan støtte de av kollegene som ikke er fullt så stødige når det kommer til det digitale. I Helseplattformen er denne typen medarbeidere trukket frem som egen gruppe med benevnelsen “Superbrukere”. Dette er ansatte, valgt av sine ledere, fra enheter og avdelinger som skal ta i bruk Helseplattformen som har fått en utvidet rolle hvor prosjektet kjører egne prosesser med tanke på at de skal være brukernær støtte både i opplærings-, implementerings- og driftsfasen. Superbrukernes rolle som endringsagenter i implementeringsarbeidet tematiseres i neste forskningsspørsmål.

### **4.3 Hvilken betydning har endringsagenter i digitaliserings- og endringsprosesser?**

Vi så i kapittel 2 at endringsagenter har flere oppgaver i en endringsprosess, der Jacobsen og Thorsvik (2013) peker på viktigheten av å fremkalle et behov for endring, samt å håndtere motstanden som ofte kan oppstå ved endring. Vi så også at Birkinshaw, Hamel og Mol (2008) omtaler to typer endringsagenter: interne og eksterne, der de interne endringsagentene er ansatt i den organisasjonen som skal gjennomgå en endringsprosess, og forventes å gjøre en innsats for å skape interesse for endringen. I Helseplattformen har man introdusert rollen superbruker. Denne rollen skal både før, under og etter implementeringen av Helseplattformen være en aktiv pådriver for endringene, ha medansvar for opplæring og være brukerstøtte. Det er utarbeidet egne opplegg for opplæring av denne gruppen. Tidlig i opplæringsfasen var rollens ansvar beskrevet slik:

Sammen med lederne på enheten har du som superbruker en viktig rolle for å forberede kolleger og ansatte på Helseplattformen. Hovedansvaret for å komme i gang ligger hos leder, men du kan være en pådriver og medspiller. Noe av det viktigste du kan gjøre **nå** er å bidra sammen med lederne, til at alle på enheten har kunnskap om hva Helseplattformen er og hva som ligger foran oss. (Trondheim kommune, nettside med tips til superbrukere, 2021)

Bakgrunnen for å etablere en slik rolle begrunner prosjektet med at det er viktig at brukerstøtten er nær sluttbrukeren. At med så mange brukere av Helseplattformen så ville en sentralisert brukerstøtte være en umulighet med tanke på tidsperspektivet for hjelp. Videre skal rollen arbeide aktivt med å fremme Helseplattformen. (Helseplattformen, 2022)

I intervjuene ble rollen som superbruker beskrevet i svarene rundt spørsmålene om digital kompetanse, endringsvillighet i personalgruppen og forståelsen av gevinstene med Helseplattformen. Som det kommer frem i ansvarsbeskrivelsen fra Trondheim kommune så er også avdelingsleder oppgitt å ha rollen som superbruker i tillegg til representanter i personalgruppen. Dette innebærer at både leder og superbrukere har hatt tidligere tilgang til informasjon, opplæring og systemene enn sluttbrukerne. Flere av informantene sa at de som avdelingsleder var “tvunget inn” i rollen som superbruker, men at de ikke følte de hadde samme ansvaret som de faktiske superbrukerne med tanke på opplæring og brukerstøtte. For lederne var det viktig å være i forkant med kunnskap om systemene som kom for å kunne tilpasse bemanningsplanleggingen og hensynta behov i personalgruppen. Ikke minst med bakgrunn i at man samtidig som man skulle tilegne seg kunnskap om Helseplattformen også skulle drive beredskap og kriseledelse gjennom pandemien. Som følge av dette opplevde samtlige avdelingsledere vi intervjuet at valg av superbrukere var enormt viktig. Dette kom til uttrykk i at de hadde valgt superbrukere på bakgrunn av egen kunnskap om personalgruppen til å vite hvem som kunne ha egenskaper som passet i en rolle som skal veilede, motivere og engasjere. En av avdelingslederne forklarte det slik:

Sånn at noen av dem er tatt ut til superbrukere nettopp fordi vi vet at de har en sånn smittende effekt på mange andre. Og så har jeg superbrukere i høye stillinger, da, og som jeg vet er godt inkludert i gruppen og folk ikke er noe redd for å spørre.

Andre beskrev at de så etter superbrukere med supplerende egenskaper og ønsket å bruke rollen til å la de ansatte vokse med ansvaret. Den ene informanten uttrykte:

Den ene er valgt fordi den er veldig god på data. Og er god til å forklare og den biten der. Og så er det ei som er valgt fordi hun er veldig positiv og er veldig på og tålmodig. Og så har jeg ei som er valgt som er ung og kan dette med datagreiene, men som og trenger å få ansvar.

Noen av informantene fortalte også at superbrukerne selv hadde hatt et ønske om å påta seg rollen, og dermed var godt motiverte for oppgaven. En av avdelingslederne beskrev at det var

lettere å rekruttere ansatte som ville ta ansvar for endringsprosessen på sin avdeling gjennom å være superbruker, enn det var å rekruttere ansatte til å ta ansvar for andre ekstraoppgaver på avdelingen. Det å identifisere ansatte som hadde posisjoner i personalgruppen, formelle eller uformelle, som i kraft av sine egenskaper kunne være gode støttespillere var noe avdelingslederne hadde vært bevisst på i valget av superbrukere. I en eller annen form fortalte informantene at disse ressurspersonene var valgt med omhu og håndplukket i kraft av sine egenskaper for å kunne fremsnakke endringene og veilede og trygge sine kollegaer i opplæring. Dette var ansatte som også i daglig drift opplevdes å ta ansvar, som var positive og engasjerte medarbeidere og som jobbet for å skape en fellesskapsfølelse rundt *“dette får vi til, dette gjør vi sammen”*.

I begrunnelsen for dette forskningsspørsmålet i kapittel 1 viste vi at vi ønsket å se om avdelingslederne har et bevisst forhold til endringsagenter og i så fall hvordan de definerte disse i egen avdeling og hvordan de kom til nytte i endringene rundt Helseplattformen. Som vi har redegjort for finner vi at informantene i stor grad har hatt oppmerksomheten rettet mot å identifisere endringsagenter i egen personalgruppe. De har begrunnet hvilke egenskaper de har sett etter og hvordan de i rollen som superbrukere for Helseplattformen bidrar til å motivere til endring. Informantene beskrev at de vektla ulike egenskaper og faktorer i valget av endringsagenter - det være seg personlige egenskaper, praktiske kunnskaper eller behov for utfordringer - men alle informantene hadde et bevisst forhold til hvem de oppfordret til å ta på seg oppdraget som superbrukere. Det kan se ut som om avdelingslederne har et bevisst forhold til at gode endringsagentene i form av dyktige superbrukere kan bidra til å gjøre implementeringsarbeidet og endringsprosessen på avdelingen til en mer positiv opplevelse for alle aktører, ikke minst for avdelingslederen i hennes arbeid med endringsprosessen. At endringsarbeidet fungerer godt vil også kunne ha betydning for hvordan daglig drift på avdelingen fungerer under implementeringsperioden. Innføring av nye systemer og rutiner krever opplæring av de ansatte, dette skal gjennomføres samtidig som man skal opprettholde tjenestetilbudet til pasientene i henhold til lov-og regelverk. I en turnusbasert hverdag med minimumskrav om tilgjengelig fagkompetanse vil det være mange hensyn å ta i planleggingen både i opplæringsperioden, men også i de første ukene etter oppstart med innkjøring av de nye verktøyene. Hvordan dette vil kunne påvirke endringsprosessen ønsket vi å undersøke nærmere i vårt neste forskningsspørsmål.

#### 4.4 Hvilke forhold i operativ drift vil kunne påvirke endringsprosessen?

I intervjuene var dette tema under spørsmålene om avdelingsleders arbeidsoppgaver, om personalgruppen og samhandling med andre. Alle sykehjemsavdelingene må gjennom hele implementeringsperioden levere de samme tjenestene som ellers. Pasientene må ha den omsorgen og behandlingene de behøver og har krav på, uavhengig av at personalet skal ta i bruk et nytt journalsystem. Dette gjør at avdelingslederen må sørge for at endringsarbeidet foregår parallelt med daglig drift på avdelingen, uten at pasientene og andre blir skadelidende.

I Trondheim kommune er det inngått en avtale mellom kommunen som arbeidsgiver og medlemsorganisasjonene som regulerer avdelingslederens tilstedeværelse ved turnusbaserte enheter. (Trondheim kommune, Avtale om arbeidstidsordning for avdelingsledere ved turnusbasert enheter, 2017) Hovedpremisset i avtalen er at man ved hjelp av lovverket om fleksibel arbeidstid legger til rette for at avdelingsleder i minst 20% stilling skal brukes til å “treffe medarbeidere på tider av døgnet der fleksibel arbeidstid begrenser adgangen til å arbeide (kveld, natt eller helg)” (Trondheim kommune, Avtale om arbeidstidsordning for avdelingsledere ved turnusbasert enheter, 2017, s. 1). Dette skal bidra til å “balansere hensynet til ledelse gjennom døgnet mot hensynet til lov- og avtaleverk” (Trondheim kommune, Avtale om arbeidstidsordning for avdelingsledere ved turnusbasert enheter, 2017, s. 1). Avtalen presiserer at ordningen ikke innebærer at avdelingsleder skal inngå i grunnbemanningen med sin tilstedeværelse. Selv om alle våre informanter er underlagt denne ordningen opplevde vi at de praktiserte den noe ulikt. En deltaker kommenterte at det ofte ble mer enn de 20% som var satt opp i egen turnus. En annen fortalte hun ofte brukte fritiden til å gjøre unna lederoppgaver slik at hun kunne bruke 20%-tiden til å være i avdelingen og være tilgjengelig og sammen med sine ansatte. En tredje sa at det var vanskelig å ikke utføre pleieoppgaver som fagperson når man likevel var til stede og det var en presset bemanningssituasjon. Bemanningsplanlegging, oppfølging og rekruttering var en gjenganger i intervjuene når vi snakket om avdelingslederrollen og personalgruppen. Spesielt ga avdelingslederne uttrykk for det var utfordrende å rekruttere sykepleiekompetanse, til tross for gode rekrutteringstiltak fra kommunen. En av informantene sa det så tydelig som dette: “Og store problemer med rekruttering. Og da...det er store problemer. Vi rekrutterer ikke, for det er ikke noen som søker.” Informanten formidler her frustrasjon knyttet til at sykepleiere ikke søker seg til arbeid ved helse- og velferdssenteret hun arbeider på, en frustrasjon flere av

informantene ga uttrykk for. Dette var en direkte årsak til at de selv trådte til i pleie, slik dette sitatet fra en av informantene viser:

Når du mangler sykepleiere, så er det veldig lett å steppe inn, og så skjuler man kanskje et behov, som ikke vil bli så godt synlig, for det ordna jo seg. Du tok jo de vaktene, eller du var jo sykepleier den dagen og... Og da blir jo mine oppgaver satt til side da, fordi vi trenger den sykepleierkompetansen da.

Slike kompetanseutfordringer i operativ drift ville kunne påvirke implementeringen av Helseplattformen. Ikke minst fordi det er besluttet at superbrukerne skal tas ut av ordinær turnus i en overgangsperiode for kunne konsentrere seg om opplæring og brukerstøtte. Ganske mange av superbrukerne ble beskrevet av våre informanter å være sykepleiere. Når disse skal tas ut av ordinær turnus vil det forsterke de utfordringene som våre informanter beskriver i avsnittet over, og avdelingsledernes ansvar for å sørge for at operativ drift ikke blir skadelidende settes under enda større press.

Bemanningsplanen, eller kalenderplan, for 2022 ble lagt og vedtatt i medio desember 2021, og avdelingslederne ta uttrykk for at det hadde vært en krevende jobb å legge en turnus som skulle ivareta opplæring med fagdager, vikarer for superbrukere og ressursbelegg på utrullingsdato. Spesielt fordi det oppleves usikkerhet rundt hva behovene rundt opplæring var, noen hadde fått avlyst de planlagte fagdage høsten 2021 og måtte hensynta dette også i sin planlegging. En annen utfordring for planlegging av bemanning var jo at også de "små" stillingsprosentene, gjerne helgestillinger, skulle delta på opplæring. Opplæringsdagene var gjerne på ukedager da stillingsinnehaverne stort sett gikk på skole eller studerte. Sist men ikke minst var det fremdeles stor usikkerhet knyttet til pandemien og i hvilken grad den ville spille inn på de planene som var lagt for våren 2022 frem mot oppstart Helseplattformen.

På spørsmål om hvordan de ville beskrive arbeidsoppgavene sine så ga de fleste uttrykk for at det var et omfattende spørsmål. En av informantene beskrev sine oppgaver slik:

Det er å følge opp ansatte, personalansvar, faglig ansvar inn i avdelingene, vaktbok, økonomi, sykefraværsoppfølging. Alt fra det å følge opp at rommene er i orden til at vaktboka er grei, til at pårørende er fornøyd. Skulle til å si det meste.

Flere av informantene ga tilbakemelding om at de trodde tiden frem mot oppstart, og delvis i tiden etter også, ville kreve mye av dem som ledere. Selv om superbrukerne var ressurspersoner opp mot nye systemer så det avdelingsleders ansvar å følge opp de ansatte,

driften med økonomiske rammebetingelser og å sørge for at de leverte den tjenesten brukerne hadde krav på. En av dem satte ord på dette slik:

Det er en prosess som kommer til å kreve mye av meg som leder, å være på fleksibiten selv, men så vet jeg jo også at det er satt av mye tid til det. At det er dette som blir jobben min, og superbrukerne med meg, i den fasen når vi går live.

Fra kommunens side hadde de fått beskjed om at Helseplattformen skal prioriteres og at det som kan skal utsettes til høsten. Dette kunne være gjennomgang av rutiner, kvalitetsarbeid, kompetanseheving og erfaringsoverføring i personalgruppen knyttet til fagutøvelsen. Det å finne en god balanse i prioriteringene var noe de fleste informantene adresserte - en av dem slik: "Det er jo derfor de sier at nå skal vi konsentrere oss om Helseplattformen, og ikke noe annet. Vi skal sette alt annet til side, for dette vil bli stort, og det vil bli større for noen."

Informantene var opptatt av at brukerne skulle få det de hadde krav på og gjerne litt ekstra. Flere var en del av Livsglede for eldre som innebar at de måtte sertifiseres og tilrettelegge for tiltak som en del av dette. I tillegg oppga flere at dialogen med de pårørende en viktig del av arbeidsoppgavene. I forbindelse med Helseplattformen hadde flere av sykehjemmene informert samarbeidspartnere i Livsglede og pårørende som at man våren 2022 ville ha begrenset tilbud slik at de ansatte kunne konsentrere seg om innføring i tillegg til lovpålagt tjenesteleveranse. En av informantene beskrev det på denne måten:

Så det er på en måte vi...vår rolle å ta dem litt ned, og så..men gi dem tid da, og gi dem muligheter for å ...å bli god på det som skal endres da. Mhm...det tror jeg er den største jobben vår i mai, eller frem mot mai da, og etterpå, er akkurat det. Det å gi dem tid og rom, rett og slett. Altså folk MÅ jo bare få den tida de trenger.

Som vi redegjorde for i kapittel 1 valgte vi å understøtte problemstillingen vår med dette forskningsspørsmålet med bakgrunn i at den radikale endringen som Helseplattformen representerer gjennomføres samtidig som man skal ha ordinær drift. Vi ønsket å avdekke avdelingsleders tanker om å skulle opprettholde operativ drift samtidig med innføringen. I datagrunnlaget og analyse over finner vi at avdelingsleder mener at tiden frem mot og delvis etter innføring av Helseplattformen vil være krevende som leder. At man må finne en balanse i prioriteringene av driftsoppgaver, identifisere hva som kan utsettes og hva som må gjennomføres for å kunne yte en god nok tjeneste i en overgangsperiode. Spesielt er det utfordringer knyttet til bemanning og nødvendig kompetanse da det oppleves vanskelig å



rekruttere sykepleiere og leder selv stiller sin kompetanse til rådighet, noe som vil påvirke utøvelsen av lederrollen på andre områder. Avdelingslederne gir uttrykk for at dette er en vedvarende utfordring, men som kan gi ytterligere utslag for drift og ledelse når man må ta ansatte ut av pleie for å følge opplæring og kurs. Disse utfordringene ble også tematisert knyttet til vårt femte forskningsspørsmål, som omhandlet ulike forhold i implementeringen av Helseplattformen som påvirker avdelingslederens tilnærming til endringsprosessen.

## **4.5 Hvilke forhold i implementeringen av Helseplattformen påvirker leders tilnærming til endringsprosessen?**

Vår hensikt med dette forskningsspørsmålet var å se nærmere på avdelingsledernes opplevelse av Helseplattformen som prosjekt med søkelys på organisering, informasjon og opplæring - spesielt knyttet til den fasen informantene sto midt i på det tidspunktet vi intervjuet dem. I intervjuguiden faller spørsmålene knyttet til opplæring, informasjon, organisering både fra Helseplattformen og videre til de ansatte inn under besvarelsen av dette forskningsspørsmålet. Da vi sendte ut oppfølgingsspørsmål tre-fire måneder etter intervju var opplevelsen av organiseringen av Helseplattformen et av de temaene vi ba om utfyllende svar på. Ved koding av datagrunnlaget delte vi inn informantenes tilbakemeldinger knyttet til dette forskningsspørsmålet i to hovedkategorier; Fordeler med implementering Helseplattformen og Barrierer i forbindelse implementering Helseplattformen. Ved å identifisere fordeler og barrierer for innføringen vil det være enklere for både prosjektet, kommunen og den enkelte leder å se hvor mulighetsrommet ligger i fordelene og hvor man må sette inn ekstra tiltak for det som oppleves som utfordrende. Analysen i dette delkapittelet vil derfor være todelt før vi oppsummerer samlet til slutt.

### **4.5.1 Fordeler med implementering av Helseplattformen**

På spørsmål om organisering av Helseplattformen svarte de fleste at det opplevdes positivt at det var en fristilt prosjektorganisasjon som ivaretok planleggingen, prosjektering og opplæringen. Kommunikasjonslinjene opplevdes tydelige, planarbeidet med dedikerte fagfolk var positivt, og ikke minst var planer for undervisning og opplæring gode. Dette medførte at man som avdelingsleder i kommunen kunne fokusere på ordinær drift og tjenesteytelse samtidig som en som leder fikk nødvendig informasjon og kursing uten å måtte tilpasse

driften nevneverdig i de tidlige fasene. Dermed kunne man ha blikket rettet mot fag og kvalitet i begge organisasjonene. En av informantene pekte på dette som en klar fordel:

Fordelen med en egen organisasjon slik jeg ser det har vært at mye av planarbeidet har vært gjort andre steder i og utenfor organisasjonen, slik at ledelse på de enkelte enhetene har kunnet hatt primært fokus på daglig drift samt korona-håndtering og fortsatt en del Helseplattformen.

Et annet aspekt var også at en slik organisering ville ivareta tilsvarende implementering i de kommunene som kom etter Trondheim og dermed bidra til standardisering på tvers. Det var viktig for informantene at man i tok lærdom av de erfaringene Trondheim kommune har gjort seg så langt i implementeringen og etter utrulling slik at etterfølgende kommuner fikk et “ferdig” produkt. En av avdelingslederne satte ord på dette slik: “Jeg tenker jo at de får en gavepakke de som ikke har startet ennå. For de får jo lære ... Da får de jo og et system som allerede er oppe og går, da.”

Det å ha samme system på tvers av kommunegrenser var også kommentert i intervjuene. Som det fremgår i andre kapittel hvor man i flere utredninger viser til at det er hundrevis av ulike journalsystemer i norsk helsevesen så var dette et problem avdelingslederne også opplevde i praksis. Overføring av pasienter fra en kommune hvor man ikke benyttet samme journalsystem ble betegnet som å begynne på nytt. Dokumentasjon ved pasienters bevegelse mellom ulike helseinstanser var et tilbakevendende tema. Spesielt var dette nevnt i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten hvor man ofte brukte mye tid i telefonen for å innhente opplysninger om brukere som bodde på sykehjemmet, men som var eller hadde vært innlagt sykehuset og omvendt. Epikriser kom gjerne etter pasienten slik at man ikke hadde oppdatert medikamentoversikt eller behandlingsplaner. Derfor er tilgang til felles journal en av de store fordelene avdelingslederne mente å få med innføring av Helseplattformen.

Løsningen med å dokumentere i sanntid ble fremhevet som et betydelig effektiviseringstiltak. Dette ble angitt å gjelde både i informasjonsutvekslingen med andre samhandlingspartnere, men også internt i form av tidsbruk på dokumentasjon. Dagens journalsystem, Gerica, ble av samtlige informanter omtalt som et tungrodd og uoversiktlig system som det var vanskelig å manøvrere i. Det ble beskrevet som et system hvor man måtte klikke innom flere sider og faner og i enkelte tilfeller dokumentere dobbelt. En av informantene beskrev dette som arbeidsomt: “For i dag så er det så tungvint. Du må innom så mange forskjellige, og du må gjerne dobbeltføre en del ting. Det håper jeg vi slipper. For vi bruker veldig mye tid på

dokumentasjon.” Ved at brukergrensesnittet i Helseplattformen er utformet med tanke på at man raskt skal kunne få tilgang til tilpasset og relevant informasjon som er samlet på en side ble sett på som en betydelig gevinst. Dette var også en av de fordelene som ble fremhevet i arbeidet med å motivere personalgruppen for endring som kommer med innføringen av Helseplattformen. At de systemmessige gevinstene ville bidra til en bedre arbeidshverdag og en bedre kvalitet på journalføringen. Som en av avdelingslederne sa:

De (personalgruppen, red.anm.) mener at det blir en veldig stor gevinst da. De også snakker om dette med kvalitet da. Det blir lettere og det blir mer oversiktlig, og ja...for de synes jo at GERICA er veldig rotete, de også da. Blir greit å få alt på en plass. Og slippe alle de papirjournalene da.

Etter hvert som avdelingen hadde deltatt på fagdager, kurs og opplæring som ga ytterligere innsikt i nye løsninger så både leder og personalgruppen store fordeler med de nye verktøyene, noe som fremkommer i dette utsagnet fra en av informantene:

Så det også ser vi på som en stor gevinst. Og så er vi jo..etter hvert som vi har fått et lite innblikk også nå da, så ser vi at det er mange smarte muligheter som ligger i Helseplattformen, som vi gleder oss veldig til å ta i bruk.

En av løsningene i Helseplattformen er håndholdte enheter som muliggjør journalføring i sanntid. Dette mente informantene vil heve kvaliteten på dokumentasjonen som følge av at de ansatte kunne dokumentere fortløpende i kontakten med pasientene fremfor å skrive rapport på slutten av vekten. Ved å forenkle måten å dokumentere på mente avdelingslederne det ble enklere for alle å journalføre egen pasientkontakt, i motsetning til i dag hvor man opplevde at det var noen få som skrev rapportene på vegne av alle på vekten. Bakgrunnen for at det var blitt slik var at det i dag var plassert en til to datamaskiner på et eget rom og at de med datavegring kunne “*snike seg unna*”. Å standardisere felles språk og ord på tvers av organisasjonene, samt ha avkryssing fremfor fritekst i journal ville også bidra vesentlig til å bedre kvaliteten. Dette ble begrunnet med at å dokumentere blir enklere; Det blir mindre rom for personlig sysning i journalføringen, og enklere med tanke på at man hadde et språklig mangfold i personalgruppen. En av informantene uttrykte sin optimisme knyttet til dette slik:

Vi har mange ansatte som er litt oppe i årene og ikke er så veldig glad i dette med pc-arbeid, redd for å klikke litt her og der. Så da tenker jeg at det å få et bildet hvor du

faktisk får trukket veldig mye informasjon ut av bare det, og det er jo mye avhaking og det er andre måter å dokumentere på...det tror jeg vil lette hverdagen deres veldig

En annen gevinst som avdelingslederne så var muligheten for å bruke mindre tid på dokumentasjon. At de standardiserte løsningene ville bidra til at de ansatte fikk frigjort tid som kunne brukes med pasientene og deres livskvalitet, kommer frem i dette utsagnet fra en av avdelingslederne "Håper jo at vi kjøper oss litt mer tid da i hverdagen slik at vi har mer tid til Livsglede og gjøre litt mer av det lille ekstra inn i avdelingen og med brukerne." Å få bedre tekniske løsninger som ville frigjøre tid og bedre kvaliteten var gevinster som avdelingslederne mente de ansatte hadde forståelse for og som bidro til god motivasjon frem mot innføringsdato. En av informantene sa det slik:

Ja, de mener at det blir en veldig stor gevinst da. De også snakker om dette med kvalitet da. Det blir lettere og det blir mer oversiktlig, og ja...for de synes jo at Gericca er veldig rotete, de også da. Blir greit å få alt på en plass.

Selv om vi har redegjort for noen utfordringer i de andre forskningsspørsmålene mente avdelingslederne at forståelsen av fordelene med Helseplattformen som de ansatte hadde bidro til at det var det lettere å skape en positiv stemning rundt endringsprosessen i personalgruppen. Dette er i tråd med intensjonene beskrevet i kapittel 1 som fokuserer på at gevinst oppnås ved at målene er tydelige og kjente for brukerne, og ble også beskrevet slik av en av informantene: "Hvis de klarer å se nytteverdien før de egentlig får se verktøyet så...så det tror jeg er lurt."

På spørsmål om de så fordeler med Helseplattformen som ledelsesverktøy så var tilbakemeldingene noe sprikende. Noen så muligheter for å få bedre oversikt over beboerne, over kvaliteten på dokumentasjonen, å kunne ha sjekklister og tilgang til statistikker. De hadde også tanker om at det ville bli enklere å drive opplæring og veiledning med de nye systemene. Informantene som så for seg denne typen fordeler hadde også brukt Gericca til noe tilsvarende oppfølging og så forbedrede muligheter i Helseplattformen. Andre hadde ikke satt seg godt nok inn i de verktøyene til å gjøre seg opp en formening om i hvilken grad verktøyene ville kunne bidra i lederrollen, men ønsket å kunne benytte verktøyene mer faglig. En av informantene uttrykte et tydelig ønske om dette: "Jeg håper og tror at Helseplattformen blir et verktøy som faktisk gagnar oss alle sammen, som er mye mer lettanvendelig enn det vi har i dag. Et godt dokumentasjonssystem. Et sikkert dokumentasjonssystem."

De ulike tilbakemeldingene om bruken av nye verktøy som styringssystemer skyldes trolig i hovedsak pandemien med beredskaps- og kriseledelse, samt behov for å gå inn i pleie som fagperson. Flere av avdelingene hadde hatt smitteutbrudd både hos pasienter og ansatte som krevde en enorm oppfølging, mens andre hadde vært skånet og hadde hatt mulighet til å se på hva systemene kunne tilby. Samtidig er det vår opplevelse at ulik faglig interesse også er avgjørende for i hvor stor grad informantene har gjort seg opp noen tanker om hva man kan få av styringsinformasjon med nye systemer. Vi finner ikke at informantenes oppfatning av fordeler med innføring av Helseplattformen har sammenheng størrelse på enheten, tidligere endringserfaring eller holdning til endring. Vår opplevelse er at de fordelene informantene gir uttrykk for at de ser med Helseplattformen har grunnlag i en erkjennelse om at dagens løsninger er utfordrende og at de nye løsningene representerer en forbedring av disse.

#### **4.5.2 Barrierer for implementering av Helseplattformen**

I Helseplattformen har man har frikjøpt superbrukerne i innføringsperioden. Likevel var det flere informanter som synes det var utfordrende å skulle gjennomføre opplæring og brukerstøtte i egen regi innenfor det de opplevde som allerede pressede rammer med uforutsigbarheten knyttet til pandemien parallelt med prosessen. I tillegg beskrev flere at det var andre endringer som skjedde samtidig. Dette kunne være innføring av nye tilgangssystemer, pasientvarslingssystemer, studentprosjekter, omorganisering og ombygging. En av informantene uttrykte tydelig at dette ble opplevd som belastende: “Vi har prøvd å tatt tak i ting nå, men nå raser jo alt i hodet på oss egentlig, samtidig. Pluss at Helseplattformen kommer. Sånn at jeg er veldig spent på det.”

Samtidig som informantene ga uttrykk for at de var positive til organiseringen av Helseplattformen, kom det også frem at de opplevde mangelfull forståelse fra både Helseplattformen og kommunen for hva avdelingenes aktiviteter bestod i. Dette kom til uttrykk i forvirring rundt ledelseslinjer; var den i kommunen eller i prosjektet? Hvilke instruksjoner skulle man følge? Man opplevde noe mangelfull koordinering i dialogen med ulike enheter i kommunen. Ved kursing kunne man sitte i timesvis og få informasjon og opplæring som ikke var relevant for sykehjemsavdelinger, men for andre helseaktører i kommunen. Dette var en gjenganger fra informantene at de opplevde enorme mengder med informasjon som ikke var relevant, men som man selv måtte vurdere. Dette kunne være informasjon i fagdager, på currents-gruppen eller på e-post. I tillegg beskrev avdelingslederne at mye av informasjonen ble gitt flere ganger, at det var unødig mye informasjon som ble spredt uten at

det var “noe nytt”. Dette opplevde deltakerne at var unyttig bruk av tid i form at av de måtte vurdere hva som skulle videreformidles og ikke. I en travel hverdag med pandemi og beredskap fortalte flere av informantene at de endte opp med å lagre unna all informasjon for å ta det igjen senere. Det var en forståelse av at prosjektet hadde valgt å ha en slik strøm av informasjon for å holde “trøkket oppe”, men som opplevdes negativt. En av informantene uttrykte det slik:

Fordi de har ikke hatt noe nytt å komme med, så blir det litt som at jeg kunne brukt tiden til noe bedre, egentlig. Og heller ta det når det nærmer seg litt mer, for dette har vart i så veldig lang tid.

Det må være “matnyttig” og “strukturert” var ord som gikk igjen i intervjuene om informasjonen som kom fra Helseplattformen. Flere ga uttrykk for at de hadde deltatt på møter, kurs og opplæring som favnet enheter med andre funksjoner enn sykehjem og dermed inkluderte informasjon og opplæring som ikke var relevant for deres arbeidshverdag og virket bortkastet og demotiverende. En avdelingsleder sa det slik:

Det har kommet tilbakemeldinger på det de ikke sitter igjen med så mye etter kurset for at det er for mye informasjon. Vi er mange som har følt på at info kommer for sent mht både opplæring og implementering, og at det er vanskelig å manøvrere seg for oss lederne mht opplæringsdager, kursportalen etc.

Informantene var tydelig i tilbakemeldingen om at opplæringen og kursingen i vesentlig større grad måtte tilpasses sluttbrukeren. På spørsmål om hva de hadde erfart som kunne være relevant i ved oppstart i andre kommuner var strukturering og organisering av opplæringen en gjenganger. Med den informasjonsmengden som Helseplattformen innebærer var det viktig for avdelingslederne at det i større grad måtte være rettet mot de ulike rollene eller avdelingene. En konkret oppfordring fra en av informantene var: “Spiss det mer mot på en måte hver gruppe som skal ha det her. Mot ledelse, mot sykepleiere, mot helsefag, mot merkantil, mot alle...at de får sin opplæringspakke da”

Selv om alle informantene var positive til Helseplattformen og mente personalgruppen også så gevinstene ved de nye systemene ga de aller fleste av de uttrykk for å ikke vite helt hva som kom av løsninger og rutiner i nye verktøy. De innrømmet at hverken de selv eller de ansatte hadde god nok innsikt i de praktiske delene til å kunne uttale seg om dem, og de hadde i større grad ønsket seg tilgang til et testsystem hvor de kunne taste selv og prøve seg

frem. Likevel opplevde de det de hadde sett som en betydelig forbedring og var positiv med bakgrunn i dette, noe som vises i dette utsagnet fra en av informantene:

Og det er jo litt artig for vi alle sammen er jo like uvitende. Sånn at jeg er veldig spent på det. Veldig forberedt på det, tror jeg, men samtidig så aner jeg...jeg aner egentlig ikke hva vi går til, og det gjør ingen av oss, så derfor er vi veldig positive her til...og det kan bare bli bedre.

I arbeidet med dataanalysen av koder knyttet til dette forskningsspørsmålet finner vi at informantene gir uttrykk for at organisering av Helseplattformen som prosjekt, både regionalt og kommunalt, var et grep som bidro til at de kunne fokusere på drift i de vanlige ledelseslinjene. Et så stort endringsprosjekt som implementeringen av Helseplattformen innebærer store mengder informasjon og omfattende oppgaver knyttet til endringsledelse og endringsarbeid. Ved å skille dette ut i et eget prosjekt oppleves det mer oversiktlig for avdelingslederne, og bidrar til at de hverken mister oversikt over endringsprosjektet eller over operativ drift. Videre finner vi at informantene opplever at arbeidet som er gjort med å skape forståelse for gevinstene ved innføring har vært vellykket og at dette bidrar til å lette endringsprosessen lokalt, fordi det er lettere å arbeide med noe når man forstår hensikten.

Samtidig finner vi at selv om de mener å ha god forståelse for fordelene, ikke opplever å ha tilstrekkelig innsikt i hva nye systemer innebærer i praksis. Hverken i opplæringsperioden eller etter implementering. Vi finner også grunnlag for å si at Helseplattformen har et forbedringspotensiale i planlegging av opplæring og målgruppe for denne. Våre informantere klare oppfordring er å spisse opplæringen mer inn mot den enkelte enhet og den enkelte ansatte. Hva behøver den enkelte å kunne? Informantene peker på at det blir gitt opplæring som er alt for bred, og at informasjonsmengden da blir unødvendig stor og uoversiktlig. Gjennom en mer spisset opplæring vil den enkelte lettere kunne tilegne seg den kunnskapen man trenger for å kunne utøve et godt tjenestetilbud. Ved implementering i andre kommuner bør man altså i større grad tilpasse informasjon og opplæring til den enkelte funksjonsenhet, det vil si at man har målrettet opplæring av ansatte ved sykehjem tilpasset grupper med ansatte med ulik utdanning, ulike roller og ulike oppgaver. På denne måten kan man bidra til at de ansatte får en bedre forståelse av sin rolle, hvor i prosessen man har en funksjon og ikke minst hvordan innføring av nye systemer vil gi en gevinst for den enkelte ansatte. Det vil også være lettere for de ansatte å lære de oppgavene de er nødt til å kunne, hvis de ikke samtidig kurses i oppgaver og prosedyrer de i sin arbeidshverdag ikke har behov for å utføre.

## 4.6 Oppsummering: Våre empiriske funn

I dette kapitlet har vi ved å analysere de ulike hovedgrupperingene i databehandlingen forsøkt å knytte de ulike temaene for å besvare forskningsspørsmålene som ble presentert i kapittel 1 for å underbygge problemstillingen:

Hvordan kan avdelingsleder utøve god endringsledelse i implementeringen av Helseplattformen, en endringsprosess som innebærer digitalisering og standardisering?

Innledningsvis i kapitlet viste vi at svarene fra unge avdelingsledere med liten ledererfaring skilte seg ikke tydelig fra opplevelsene som eldre kolleger med lang ledererfaring fortalte om. Derimot så vi at avdelingslederens holdninger til endring så ut til å innvirke på opplevelsen av endringsprosesser. En holdning til at endring er en naturlig del av arbeidslivet kan se ut til å påvirke informantenes opplevelse av implementeringsprosessen av Helseplattformen på positiv måte. Et fellestrekk hos informantene var at de var svært opptatte av å skape trygge rammer for sine ansatte underveis i endringsprosessen. De beskrev alle sine personalgrupper som mangfoldig, og la vekt på viktigheten av å la hver og en bruke den nødvendige tiden til å bli trygg på den nye journalløsningen. Avdelingslederne satte sin lit til at de som ble fort trygge på det nye systemet skulle bidra til å lære opp de som behøver mer hjelp. I dette arbeidet ble superbrukerne, også sett på som endringsagenter, trukket frem som en viktig faktor. Superbrukerne var nøye valgt ut av avdelingslederne på bakgrunn av sine personlige egenskaper, sine datakunnskaper og også, i noen tilfeller, behovet for å få økt ansvar. Dyktige superbrukere ble pekt på som en viktig suksessfaktor for å få gjennomført en god endringsprosess på avdelingene til våre informanter.

Å finne en balanse mellom operativ drift og endringsprosessen ble beskrevet som en utfordring av våre informanter, sammen med en vedvarende utfordring knyttet til rekruttering av fagkompetanse. At alle ansatte skal få opplæring og ha tid til å øve seg på prosessene i Helseplattformen, i tillegg til at superbrukerne skal tas ut av ordinær bemanning en periode etter produksjonssetting, ga avdelingslederne ekstra utfordringer underveis i implementeringsprosessen. Endringsprosessen krever mye, samtidig som pasientene ikke skal bli skadelidende. Selve opplæringsprosessen ble av flere beskrevet som lite spisset inn mot de enkelte ansatte og de enkelte avdelingene. Flere informanter hadde mottatt tilbakemeldinger fra sine ansatte om at informasjonen på kursene de deltok på var lite rettet inn mot det de



hadde behov for å lære. En konsekvens av dette var en klar anbefaling til kommuner som skal følge etter om å rette opplæringen tydeligere inn mot den enkelte avdeling, den enkelte ansatte og deres rolle/stilling. En helsefagarbeider på en sykehjemsavdeling må få opplæring i de oppgaver denne skal utføre i Helseplattformen - og minst mulig forstyrrende informasjon om andre oppgaver som han eller hun ikke skal utføre.

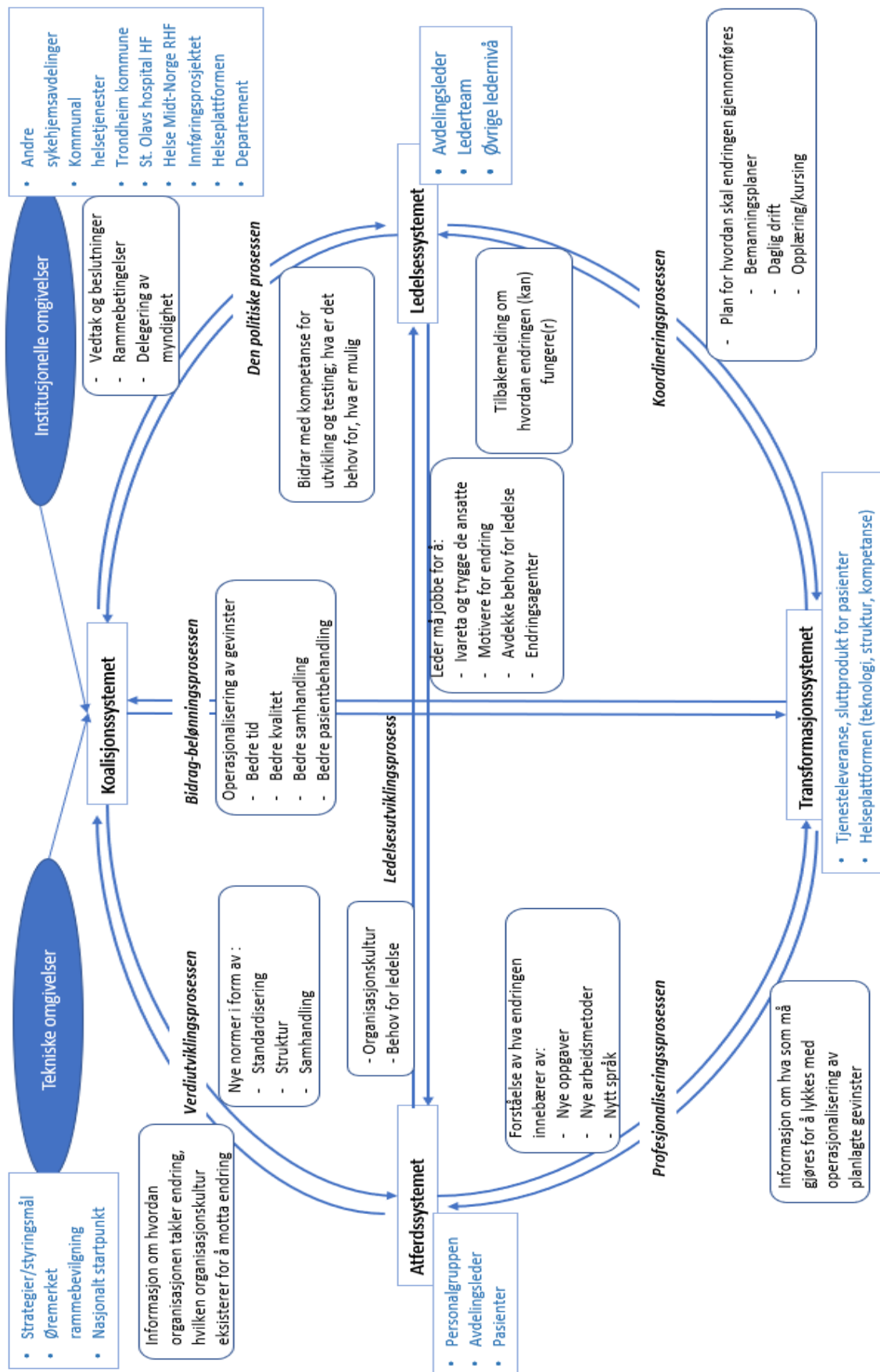
Vi har i dette kapittelet koblet de empiriske dataene til de nasjonale og regionale strategiene for å se om målbildene om en mer sømløs helsetjeneste stemmer med avdelingsleders opplevelse ved implementering av Helseplattformen. De erfaringene våre informanter, Trondheim kommune og region Helse Midt-Norge gjør seg med innføringen av Helseplattformen som nasjonalt startpunkt for gjennomføring av målbildet Én innbygger - én journal vil kunne legge grunnlag for standardisering av hele helsetjenesten i Norge. Som vi viste i kapittel 1 så legger myndighetene til grunn at hver enkelt medarbeider skal jobbe litt smartere, dermed vil de opplevelsene våre informanter nå gjør seg kunne svare ut om dette målet nås for sine ansatte. I fortsettelsen vil vi knytte de empiriske funnene til teori om endringsledelse ved hjelp av den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al, 2007) som vi mener er en god modell med tanke på kompleksiteten i Helseplattformen. De radikale endringene ved innføringen av Helseplattformen i form av digitale verktøy og endring av arbeidsprosesser har mange interessenter, og representerer en transformasjon som vil utfordre organisasjonskulturen. Videre vil både endringene og organisasjonen påvirkes av politiske beslutninger på flere nivåer i forvaltningen. Ikke minst skaper innføringen en forventning om gevinster fra alle berørte, det være pasienter, ansatte, eiere, ledere, politikere. Dette er forhold som den konseptuelle modellen for endringsledelse forsøker å sette i system og som vi vil bruke til å drøfte våre empiriske funn i kapittel 5.

## **5.0 Teoretisk analyse og drøfting**

I første kapittel presenterte vi vår problemstilling med fem underliggende forskningsspørsmål som skulle bidra til å konkretisere denne. I forrige kapittel analyserte vi disse forskningsspørsmålene med bakgrunn i innsamlet data og grupperingene gjort gjennom arbeidet med Tjora (2021) sin stegvis-deduktive induktive metode (SDI-metoden), som vi beskrev i kapittel 2.

Ved å bruke den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007) vil vi i dette kapitlet se på hvordan hovedtemaene i empirien er koblet til forskningsspørsmålene gjennom teori og hvordan vi med analyse og drøfting kan tolke funnene fra kapittel 4 for til slutt å kunne svare på problemstillingen i det siste og avsluttende kapitlet. Vi minner innledningsvis om hovedtrekk ved den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007). Endringsledelse utøves som vi var inne på i en organisasjon, og til grunn for den konseptuelle modellen for endringsledelse ligger foretaksmodellen. (Busch et al., 1993) I vårt case er organisasjonen vi studerer Trondheim kommune. Dette er en stor og kompleks organisasjon. I dette arbeidet har vi med grunnlag i problemstillingen vår valgt å i hovedsak se på de sykehjemsavdelingene våre informanter leder. Disse avdelingene kan betraktes som små organisasjoner i den store organisasjonen Trondheim kommune. Under punkt 2.3.2 redegjorde vi for hvorfor vi mener den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007) egner seg for implementeringen av Helseplattformen på sykehjem i Trondheim kommune, som er caset vårt. I dette kapitlet vil vi forsøke å tydeliggjøre hvordan de ulike systemene og prosessene i modellen bidrar til en forenklet oversikt når vi skal tolke dataene med tanke på å studere utøvelse av endringsledelse på avdelingsledernivå.

I den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007) betraktes organisasjonen å bestå av fire delsystemer; *koalisjonssystemet*, *atferdssystemet*, *transformasjonssystemet* og *ledelsessystemet*. Hvert av disse fire systemene har klare særtrekk, men som modellen (se figur 2.1) viser er systemene nært koblet sammen med hverandre. Utøvelsen av endringsledelse må rettes inn mot alle delsystemene, i tillegg til mot relasjonene mellom organisasjonen og dens omgivelser, samt mot prosessene mellom de ulike systemene (Figur 2.2.). Modellen bidrar til å synliggjøre kompleksiteten som kan påvirke endringsprosesser som gjennomføres i en organisasjon, samtidig som den muliggjør forenkling. (Busch et al., 2007) Med visshet om at alle organisasjonens systemer påvirkes ved en endringsprosess, spesielt en så omfattende prosess som implementeringen av Helseplattformen er, har vi med bakgrunn i vår problemstilling og våre forskningsspørsmål forsøkt å lage en figur (figur 5.1) som gir en forenklet oversikt over endringsprosessen fra sykehjemsavdelingsnivået ved hjelp av den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007). I den videre drøftingen vil vi ta utgangspunkt i denne figuren og utdype under hvert forskningsspørsmål koblingen mellom teori og empiri.



Figur 5.1 Implementering av Helseplattformen på sykehjemsavdeling visualisert i den konseptuelle modellen

Målet med en endringsprosess er å skape en organisasjon som er i stand til å ivareta og utvikle sitt eksistensgrunnlag, og den aktuelle situasjonen vil være avgjørende for hvor man setter inn hovedinnsatsen. (Busch et al., 2007) Figuren over (figur 5.1) gir et forenklet bilde på hvordan de ulike systemene i organisasjonen blir påvirket av endringsarbeidet som i skrivende stund pågår blant annet ved sykehjem i Trondheim kommune i forbindelse med implementeringen av Helseplattformen.

Prosessene mellom de ulike delsystemene er svært viktige knyttet til endringsledelse. Dersom endringer oppstår i et av systemene vil dette innvirke på de andre systemene. Gjennom en gjensidig avhengighet vil et komplekst mønster av endringsprosesser i organisasjonen oppstå. (Busch et al., 2007) Ved å identifisere relevante systemer og prosesser for våre funn slik de er koblet til forskningsspørsmålene i fjerde kapittel vil vi kunne tolke empirien med bakgrunn i teori. Dette gir oss grunnlag for en analyse som vil vise hvordan eksempelvis styringsinformasjon, lederatferd, organisasjonskultur, strukturelle og organisatoriske endringer legger premisser for tilnærming til endringsledelse både på virksomhets-, gruppe- og individuelt nivå. Med bakgrunn i vår problemstilling vil vi hovedsakelig fokusere på avdelingsleders individuelle oppfatning og opplevelse av endringsledelse i innføringen av Helseplattformen ved hennes avdeling.

Når et av systemene blir påvirket av en endring vil det gjennom prosessene påvirke (minst) ett annet system. Dette viser hvordan endringer i en kompleks organisasjon forplanter seg fra et område til et annet, også i den endringsprosessen som vi undersøker. Til grunn for forskningsspørsmålene og analysen ligger vår problemstilling:

Hvordan kan avdelingsleder utøve god endringsledelse i implementeringen av Helseplattformen, en endringsprosess som innebærer digitalisering og standardisering?

Som vår problemstilling viser er endringsledelse på avdelingsledernivå det sentrale i denne oppgaven, noe som vil være synlig i den teoretiske analysen. Forskningsspørsmålene analyseres i samme rekkefølge som i foregående kapittel. Aller først ser vi på avdelingslederens alder og ledererfaring, og om hvordan disse faktorene eventuelt påvirker informantenes opplevelse av implementeringsprosessen.

## **5.1 Hvilken sammenheng finner vi mellom avdelingslederens alder og/eller ledererfaring og opplevelsen av endringsprosessen?**

Til grunn for dette forskningsspørsmålet lå et ønske om å undersøke om alder og ledererfaring hadde innvirkning på hvordan ledere tilnærmet seg endring, og om dette påvirket deres opplevelser i endringsprosessen. Som vist i punkt 4.1 kunne vi ikke finne noen indikasjon i våre empiriske funn på at avdelingslederens alder eller ledererfaring påvirket opplevelsen av endringsprosessen. Derimot kan det se ut som om deres holdninger til endring kan innvirke på hvordan de opplever å lede en så omfattende endringsprosess som implementeringen av Helseplattformen.

Å lede endringsprosesser er en veldig sammensatt lederoppgave, der spesielt mellomlederen må ta ansvar for et bredt spekter av oppgaver for å kunne implementere endring. Spesielt er det kognitiv og mellommenneskelig kompetanse som tas i bruk ved endringsprosesser. (Hope, 2015). I den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007) har ledelsessystemet flere funksjoner i en organisasjon. Vi har sett i kapittel 2 at de sterkeste endringskreftene i en organisasjon er knyttet til ledelsessystemet. Dette systemet skal sette mål for de tre andre systemene, i tillegg for seg selv. Det skal tilrettelegge for løsning på problemer som er knyttet til oppfyllelse av mål for delsystemene og for systemet som helhet. Dette foregår ved hjelp av en interaksjonsprosess som er bygget på ledelsesinformasjon, og ledelse er som en konsekvens av dette en helt nødvendig funksjon i alle organisasjoner. Fokuset ligger her ikke på den enkelte leder, men på ledelsesfunksjonen. Lederatferd betraktes som en selvstendig menneskelig atferdsform som eksisterer løsrevet fra lederen som person. Mange av organisasjonsmedlemmene utøver nå og da lederatferd, og summen av denne atferden utgjør den samlede ledelsesprosessen i organisasjonen. Basert på dette blir det lederens ansvar å påse at lederprosessen i organisasjonen fungerer tilfredsstillende. En god leder mestrer å ivareta ledelsen av ledelsesprosessen. (Busch et al., 2007) I vårt case vil dette bety at avdelingslederens oppgave blir å sørge for at ledelsesutviklingsprosessen på avdelingen fungerer tilfredsstillende, i samarbeid med andre på avdelingen som innimellom utøver formell og uformell lederatferd. Som figur 5.1 viser så er det et samspill mellom leder og, i vårt case, personalgruppen som legger grunnlaget for hvordan leder best kan utøve endringsledelse. Fra punkt 4.1 fant vi at avdelingslederne selv mente at positiv holdning til endringer var avgjørende for egen tilnærming endringsledelse. Videre så informantene at de fikk drahjelp ved at Helseplattformen hadde identifisert et behov for formelle endringsagenter

i form av superbrukere som skal bistå leder i prosessen. Dette kommer vi nærmere tilbake til under punkt 5.3 hvor vi vil vise at superbrukere, endringsagenter og andre kan være medvirkende til ledelsesutviklingsprosessen.

I ledelsessystemet vil det bli igangsatt problemløsningsprosesser som medfører et press mot endringer, enten inkrementelle endringer eller mer radikale endringer. Dette vil føre med seg og frigjøre energi i de andre systemene. På denne måten oppstår det selvforsterkende endringsprosesser, gjennom at hvert av delsystemene utsettes for endringskrefter fra tekniske og institusjonelle omgivelser, men også fordi interne krefter vil være innrettet mot utvikling av samtlige system. Dette skaper et spenningsforhold som medfører at de fleste organisasjonsendringer preges av både tilpasning og utvikling. (Busch et al., 2007)

Hope (2015) vektlegger, som vi viste i kapittel 2, internaliseringsprosessen som svært viktig for mellomlederen i endringsprosesser. At mellomlederen forstår hva som skal skje og hvordan det vil påvirke både mellomlederen selv og hennes medarbeidere er nøkkelen i alt endringsarbeid, mener Hope (2015). *Internalisering* er en funksjon der mellomlederens oppgave er å etablere en forståelse og en aksept for intensjonene i endringen, og også for konsekvensene endringen har for mellomlederen selv, hennes sideordnede og også hennes underordnede. Denne sensemaking-prosessen krever at mellomlederen makter å fortolke og analysere sitt interne og eksterne miljø, på en slik måte at hun klarer å generere en forståelse og forme seg en mening relatert til de foreslåtte endringene. (Hope, 2015) Dette bekreftes i empirien gjennom informantenes opplevelse av den planlagte endringen hvor de erkjenner at de har en rolle som oversettere av informasjon, tilretteleggere og tilpasning av de endringene som kommer for sine ansatte. De har også en sentral oppgave som består i å motivere ansatte til å gjennomføre endringene. Avdelingslederne identifiserte konkrete virkemidler som informasjonsskriv, bruk av personalmøter og bevisste valg av superbrukere som ledelsesverktøy i endringsprosessen. Informantene ga uttrykk for at slike tiltak var nyttig for å sikre at personalgruppen fikk målrettet og relevant informasjon, at det bidro til felles forståelse av formålet og en følelse at dette var en endring man gjorde sammen i felleskap. Ved å etablere superbrukerrollen mente avdelingslederne at man skapte trygghet både for sin egen rolle og for personalgruppen forøvrig. Dette er noe vi adresserer ytterligere under punkt 5.2 og punkt 5.3.

Kritisk tenkning med vekt på analytiske evner trekkes frem som en nøkkelkompetanse for internaliseringsfunksjonen, sammen med logisk tenkning og evnen til å se sammenhengene i

en kompleks og uoversiktlig kontekst. Dette benevnes som kognitiv kompetanse. I tillegg er det behov for det som betegnes som strategisk kompetanse; å kunne fortolke og forstå endringer i de eksterne omgivelsene, og evne å identifisere og evaluere hvordan de ulike delene av organisasjonen fungerer sammen. (Hope, 2015) Fordi personer med ulike erfaringsbakgrunn ofte vil tolke de samme hendelsene på forskjellig måte vil ledelsesprosessen foregå blant mennesker med ulike forståelsesrammer og virkelighetsoppfatninger. Hvis man ønsker å skape ny mening eller en ny forståelse av virkeligheten, må ledelsens handlingskapasitet muliggjøre en rekonstruksjon av deltakernes kognitive struktur. For å skape et grunnlag for god kommunikasjon kan det altså være nødvendig at ledelsen bidrar til en *refortolkning* av tidligere hendelser. I denne sammenhengen er *språkskaping* av stor betydning, noe som også innebærer å utvikle en felles forståelse av organisasjonen, omgivelsene til denne og de ledelsesutfordringer man står overfor. Slik dreier språkskaping seg om å utvikle felles forståelsesrammer hos organisasjonens ulike aktører, og dette vil være avgjørende for evnen til problemløsning. Driftsledelse foregår i stor grad innenfor de eksisterende forståelsesrammene. Når det derimot blir snakk om tilpasnings- og utviklingsledelse kan behovet for meningsskapende prosesser oppstå, fordi organisasjonen møter nye og ukjente utfordringer som krever nye kunnskaper og ny innsikt. (Busch et al., 2007)

Dette kjenner vi igjen fra kapittel 4.1 der vi så at informantene mente det var viktig for dem selv som ledere å forstå bakgrunnen for endringene, slik at de kunne snakke positivt om dem slik at både inkrementelle og radikale endringer ble betraktet som en gevinst for personalet og brukerne. En av avdelingslederne sa det slik: ”Jeg må jo sørge for at jeg selv kan det programmet veldig godt slik at jeg kan være en trygghet for dem...og det er jo intensjonen også, tenker jeg”. Dette er i henhold til Hopes (2015) teori om refortolkning og språkskaping hvor avdelingsleder forsøker å tolke og formidle informasjonen som kommer utenfra avdelingen til sine ansatte. På denne måten etableres en forståelse av endringen satt i den ansattes kontekst som igjen bidrar til trygghet rundt endringsprosessen som kan hjelpe personalgruppa til å møte de nye utfordringene i fellesskap med leder, og hverandre. Kanskje kan man tenke seg at lang ledererfaring kunne bidratt til å gjøre avdelingslederen tryggere i denne oppgaven, men i vårt datamateriale finner vi altså ikke grunnlag for å hevde dette.

Når ledelsessystemet i en organisasjon påvirkes vil dette påvirke de andre systemene gjennom den politiske prosessen som påvirker koalisjonssystemet, koordineringsprosessen som påvirker transformasjonssystemet, og ledelsesutviklingsprosessen som påvirker samtlige

systemer. Dette innebærer at den minste endring vil gi utslag, og overført til vårt case vil et eksempel på slike endringer i ledelsessystemet være ny leder. I informantgruppen hadde vi flere avdelingsledere med kort fartstid ved aktuell avdeling som beskrev at de hadde måttet etablere seg og sin rolle med tanke på personalgruppen (atferdssystemet), rammebetingelser og styringsinformasjon (koalisjonssystemet) og til den endringen som Helseplattformen innebærer (transformasjonssystemet). Slik vil endringer i alle disse systemene kunne inntreffe på avdelingene som gjennomgår implementeringsprosessen.

I tillegg til avdelingslederens alder og ledererfaring ville vi også se på hvilken betydning ulike trekk ved personalgruppa har for hvordan avdelingslederne tilnærmer seg endring. Som figur 5.1 viser så vil endringsledelse knyttet til personalgruppen knytte ledelsessystemet og atferdssystem sammen gjennom ledelsesutviklingsprosessen. Atferdssystemet legger til grunn de menneskelige egenskapene i en organisasjon, dermed vil håndtering av personalgruppen påvirke hvilken kultur for endring avdelingen har (kobles til koalisjonssystemet), hvordan de ansatte utøver nye oppgaver (kobles til transformasjonssystemet) og ikke minst hva de ansatte forventer av en leder (kobles til ledelsessystemet) Dette ser vi nærmere på i neste delkapittel, der vi tar for oss vårt andre forskningsspørsmål.

## **5.2 Hvilken betydning har sammensetningen av personalgruppen for leders tilnærming til endring?**

Vi ønsket å finne ut om det lot seg gjøre å identifisere spesifikke kjennetegn ved personalgruppen som gjorde avdelingsleder sine opplevelser i endringsprosessen lettere eller mer utfordrende. Ved å avdekke hvilke forhold hos de ansatte som er avgjørende for endring kan våre funn være nyttig for avdelingsledere i kommuner som skal implementere Helseplattformen på et senere tidspunkt enn Trondheim kommune. Gjennom den empiriske analysen i punkt 4.2 kom vi frem til at våre funn viser at avdelingslederens kunnskap om og kjennskap til egen personalgruppe, oppleves som avgjørende for hvordan endringsledelsen kan utøves. Dette med bakgrunn i at lederatferden må tilpasses dem som påvirkes av endringen. Å kjenne sine ansatte ble av informantene ansett som essensielt for å kunne bidra til en god endringsprosess for alle, blant annet gjennom å kunne identifisere de ulike behovene for oppfølging. Det er altså ikke spesielle trekk ved personalgruppen som er det avgjørende, men at avdelingslederen kjenner sin personalgruppe godt, og kan tilpasse



endringsledelsen til den enkelte medarbeider. Et eksempel på dette er følgende utsagn fra en av avdelingslederne om personalgruppen og innføring av nye digitale løsninger: “Det må differensieres. For det er så stor forskjell på dem.”

Personalhåndtering beskrives av Hope (2015) som en funksjon der mellomlederen jobber tett med de underordnede for å etablere og sikre forståelse, trygghet, aksept og engasjement for endringene. At mellomlederen behersker et bredt spekter av mellommenneskelig kompetanse, og da spesielt evnen til god kommunikasjon, vil bety at hun oppfattes som å være godt kvalifisert for rollen. I tillegg til eksplisitte kompetanser som gode muntlige og skriftlige fremstillingsevner, sjarm, veiledningskompetanse, evne til å overbevise med mer, er det også essensielt med evne til å vise empati, sosial innsikt, kunnskap om menneskelig atferd og selvinnsikt. Forretningskompetanse, som inngående kjennskap til organisasjonen, er essensielt for at mellomlederen på effektivt vis skal kunne håndtere personalet. Her under kommer kjennskap til regler, strukturer og ledelsessystemer, men også kunnskap om menneskene i organisasjonen. Når det gjelder håndtering av personale er det likevel mellommenneskelig kompetanse som er det viktigste, selv om man er tjent med et godt innslag av forretningskompetanse og kognitiv kompetanse på toppen. (Hope, 2015) Våre informanter snakket alle om nærledelse og om viktigheten av å legge til rette for trygge rammer for de ansatte. Informantene beskrev personalgruppene sine som mangfoldige og sammensatte, og de var opptatt av å se den enkeltes behov i endringsprosessen. Flere beskrev viktigheten av å få med alle, og la vekt på at man ikke er bedre enn det svakeste leddet. I andre kapittel så vi at Balogun (2003) har beskrevet fire roller som mellomleder har ved en i en endringsprosess, der en av rollene er å hjelpe andre gjennom deres endringsarbeid. Avdelingslederen må bidra til at alle i personalgruppen hennes kommer seg gjennom endringsprosessen på en god måte.

Under punkt 5.1 skrev vi at ledelsessystemet i den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007) skal sette mål for de tre andre systemene, i tillegg for seg selv, samt tilrettelegge for løsning på problemer som er knyttet til oppfyllelse av mål for delsystemene og for systemet som helhet. At avdelingslederen jobber tett sammen med personalgruppa si, kjenner den godt og bidrar til individuell tilpasning gjennom endringsprosessen må sies å være i tråd med intensjonen om måloppfyllelse.

Atferdssystemet dannes som vi har sett av de egenskapene som interne og eksterne interessenter tar med seg inn til organisasjonen, som kognitive, motivasjonelle og

emosjonelle egenskaper. En organisasjon vil aldri fremstå som et helt rasjonelt system, fordi atferden som utøves vil være sterk påvirket av menneskene som er tilstede. Dette er bakgrunnen for at det vil dannes en organisasjonskultur, kanskje lite synlig for organisasjonens medlemmer, men like fullt en ramme rundt virksomheten. (Busch et al., 2007) Dette vil medvirke til at avdelingene som våre informanter leder vil kunne ha ulik organisasjonskultur, selv om de alle er en del av den store organisasjonen Trondheim kommune. Menneskene som jobber ved de ulike sykehjemmene vil bringe sine egenskaper inn i avdelingen, det være seg lederen eller andre medarbeidere. Dette vil påvirke kulturen og bidra til forskjeller mellom avdelingene som kanskje ikke er så synlige for hverken avdelingslederen eller andre medarbeidere, men som vil kunne påvirke implementeringsprosessen og føre til at styrker og svakheter varierer fra sykehjem til sykehjem.

Vi så under drøfting av forrige forskningsspørsmål at atferdssystemet påvirkes av ledelsessystemet gjennom ledelsesutviklingsprosessen, som bringer energi i retning endring inn i atferdssystemet. (Busch et al., 2007) I punkt 5.1 skrev vi om leders verktøy i form av informasjon og møtevirksomhet for skape trygghet rundt endring. I figur 5.1 har vi angitt koblingen mellom ledelsessystemet og atferdssystemet som leders egenskaper til å skape endring, og fra empirien finner vi følgende utsagn som viser hvordan ledelsessystemet samspiller med atferdssystemet:

De er veldig positive til helseplattformen nettopp fordi vi snakker om det i alle møtefora vi har, forteller litt fremdriften i det og hva man kan forvente når det nærmer seg og slike ting og hvilke forventninger de har til det. Så vi har snakket en del om det, så faktisk så jo de som har vært mest skeptisk i utgangspunktet, de er jo positiv nå, de gleder seg jo til et lettere system.

Når atferdssystemet påvirkes til endring vil det innebære å endre måten man jobber på, eller sagt på en annen måte; endring av arbeidssett. Å endre arbeidssett er ifølge Hope (2015) selve endringen. Denne mellomlederfunksjonen er knyttet til alle aktiviteter som må gjennomføres for både fysisk og praktisk implementere endring i avdelingene. Dette vil omhandle utvikling av nye arbeidssett og fordeling av oppgaver og ansvar. Det må også defineres hvordan oppfølging og måling skal skje under og etter endringen, rapporteringslinjer må defineres og man må utdanne, trene og veilede personalgruppa. Mellomlederen må passe på at arbeids- og ansvarsbelastningen blir riktig fordelt i tiden etter endringen. (Hope, 2015) Dette er oppgaver

avdelingslederne må ivareta på sin avdeling, og som handler om de konkrete oppgavene knyttet til daglig drift og tjenesteproduksjon. Helseplattformen (2022) hevder teknologien gir muligheter for at mange som jobber i helsetjenesten vil kunne jobbe på nye måter. Et eksempel på dette er at man i de tekniske systemene har lagt inn løsninger som bevisstgjør personalet med tanke på hvilken informasjon som legges inn. (Helseplattformen, 2022) Dette vil kunne gi bedre kvalitet på pasientbehandlingen gjennom bedre dokumentasjon. Innledningsvis i oppgaven så vi at Kommunal- og Moderniseringsdepartementet (2016) har uttalt at man med mål om å effektivisere offentlige tjenester ønsker at tusenvis av medarbeidere hver dag skal jobbe litt smartere, ved hjelp mindre detaljstyring. Her må avdelingslederen ivareta et omfattende ansvar, slik at alle oppgaver blir ivaretatt på forsvarlig vis, samtidig som personalgruppa føler seg ivaretatt og trygt ledet gjennom endringsfasen. For å bistå lederen i endringsprosessen har Helseplattformen etablert en rolle som skal støtte opp rundt leder. Dette er ansatte som allerede inngår i den eksisterende personalgruppa og som får rollen som endringsagentene - i vårt case kalles de superbrukerne. Hvilken betydning disse har i endringsprosesser slik den vi ser på i vårt case ser vi nærmere på under neste delkapittel, der vi tar for oss vårt tredje forskningsspørsmål.

### **5.3 Hvilken betydning har endringsagenter i digitaliserings- og endringsprosesser?**

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) er endringsagenter sentrale personer i en organisasjon, som med grunnlag i analyser utvikler og implementerer strategier for endring. Dette ble beskrevet nærmere i kapittel 2.2, der vi så på endringsagenters rolle i endringsprosesser. Vi var nysgjerrige på om avdelingslederne var opptatt av dette, hva som kjennetegner personer som oppfattes som endringsagenter og hvordan rollen deres innvirker på avdelingsleders opplevelser. Selv om endringen er initiert utenfor avdelingen så gjør avdelingslederne, som er endringsagenter i kraft av sin rolle, og de andre superbrukerne analyser av sin organisasjon og legger strategier for hvordan endringsprosessen skal foregå på i sin enhet.

Som vi var inne på under punkt 5.1 kan ledelsesfunksjonen utøves av mange ulike medlemmer i en organisasjon, og det er den samlede atferden som bidrar til et målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill som utgjør ledelsesatferden i organisasjonen. (Busch et al., 2007) Den mangfoldige personalgruppa beskrevet av

informantene vil sannsynligvis også inneholde personer som vil ha roller som gjør at deres kolleger respekterer dem og ser opp til dem og man kan på bakgrunn av dette snakke om formell og uformell ledelse. I den konseptuelle modellen vil personalgruppen med alle sine medlemmer inngå i atferdssystemet og påvirke endringsledelsen gjennom ledelsesutviklingsprosessen ved den etablerte organisasjonskulturen, samt identifisere behov for ledelse i den aktuelle prosessen. I det vårt case vil Superbrukerne fungere som oversettere og tolker mellom personalgruppen og avdelingslederen.

Vi så i foregående kapittel at avdelingslederne oppga ulike grunner til at de hadde valgt akkurat de superbrukerne de gjorde, som personlige egenskaper, digital kompetanse, motivasjon for oppgaven og behov for økt ansvar. Superbrukerne på sykehjemsavdelingene vil, i kraft av sin posisjon som endringsagenter, bidra til denne ledelsesatferden gjennom disse funksjonene. Knyttet til implementeringen av Helseplattformen vil mål formuleres, utfordringer løses og et språk knyttet til dette utvikles og formuleres. Som angitt i figur 5.1 så representerer dette det som den konseptuelle modellen betegner som endring av normer. For våre avdelingsledere betyr det at avdelingen får standardiserte løsninger i form av nye systemer, endret samhandling og ny struktur. Organisasjonen svarer med sin forståelse og kultur for endring. Dette samspillet går mellom Koalisjonssystemet og Atferdssystemet gjennom verdiutviklingsprosessen og har som mål å skape en felles plattform og et felles språk for endringen. Endring i normer skyldes i vårt case endring i digitale løsninger, i den konseptuelle modellen ligger disse i Transformasjonssystemet. Dette systemet samspiller gjennom profesjonaliseringsprosessen med Atferdssystemet, hvor vi finner personalgruppen, ved å informere om hva som må være på plass for at endringene skal ha effekt, med andre ord for at man skal oppnå hensikten og målet med endringen. I vårt tilfelle betyr det at de ansatte må tilegne seg kompetanse og forståelse for å kunne utnytte de tekniske løsningene på en slik måte at målene nås. Superbrukernes rolle som endringsagenter vil bidra til å etablere nye rutiner for de nye oppgavene slik at sluttproduktet som er god tjenesteleveranse for pasientene blir optimalt.

Fra teorikapittelet finner vi at transformasjonssystemet står for teknologien, strukturen og kunnskapen som har blitt utviklet for å bidra til at ressursene tildelt av interessentene (bidrag) skal kunne omskapes til varer og tjenester (belønninger) som interessentene krever for å delta i koalisjonen. Dette kan i praksis forstås som at de ansatte skal motta de belønningene som er avtalt i deres arbeidskontrakter, leverandørene skal få betalt for leveransene sine og kundene skal motta de varer og tjenester som de har krav på. De teknologiske løsningene og all

styrings- og organisasjonsstruktur som er laget for å koordinere og styre transformasjonsprosessen finner vi innenfor transformasjonssystemet. (Busch et al., 2007) Implementeringen av Helseplattformen innebærer en utskiftning av de teknologiske løsningene som sykehjemsavdelingene bruker til dokumentasjon, kommunikasjon og samhandling. Vi har sett at våre informanter har en ulik tilnærming til hvorvidt det nye systemets muligheter som ledelsesverktøy, men noen hadde tro på at Helseplattformen kommer med nye muligheter også på det området. Også arbeidssett og måten å jobbe på ble av våre informanter forventet endret gjennom implementeringen, blant annet gjennom muligheten for sanntidsdokumentasjon på bærbare enheter underveis i vakta, som noen av informantene beskrev at de håpet vil frigjøre mer tid til pasientkontakt, fremfor at mye tid på slutten av vakta må gå med til dokumentasjon på pc som i dag.

I kapittel 4 så vi at avdelingslederne anga at de selv og personalgruppen så store fordeler med innføring av Helseplattformen. De opplevde at det til tross for at man ikke kunne de nye systemene godt nok, var store gevinster med de nye løsningene sammenlignet med dagens verktøy. En viktig del av rollen som endringsagent er å formidle at noe må gjøres med dagens situasjon. Jacobsen og Thorsvik (2013) omtalte som vi så i kapittel 4 dette som viktigheten av å tydeliggjøre et behov for endring. I vår empiri ser vi at informantene beskriver superbrukernes rolle som svært viktig. Valg av disse har vært bevisst med tanke på hvilken rolle de har i personalgruppen. Samtidig sier avdelingslederne at de er usikre på om superbrukerne har fått den opplæringen og oppfølgingen de trenger for å kunne bistå med det praktiske i innføringen. Dette går igjen i den delen av empirien hvor de gir uttrykk for at informasjonsmengden har vært enorm, og til tider irrelevant for egen avdeling. Videre gir noen av informantene uttrykk for at man har kjent på at prosjektet har gitt superbrukerne et ansvar de ikke er rustet for, som i dette utsagnet fra en av informantene:

Superbrukere har fått samme opplæring som alle andre og det er fåtallet som føler at de fortjener tittelen superbruker. Burde nok vært satt av mer tid til opplæring av såkalte superbrukere slik at flere har følt seg forberedt til å kle den rollen.

Dette har Helseplattformen tatt på alvor og i perioden fra januar 2022 til planlagt innføring 30.april er det satt inn støtte til superbrukerne i form av veiledere, ukentlige møter med innføringsprosjektet og såkalt klasseromsundervisning. (Helseplattformen, 2022)

Vi har så langt sett på hvordan ulike trekk ved avdelingslederne, personalgruppa og endringsagentene innvirker på informantenes opplevelse av implementeringsprosessen ved

sykehjemmene i Trondheim kommune. En annen faktor som potensielt har betydning for den endringsprosessen som innføring av Helseplattformen representerer er hvordan operativ drift på avdelingene påvirkes. I den konseptuelle modellen vil forhold knyttet til den daglige driften av avdelingene være samfunnsoppdraget om pasientbehandling, rammebetingelser og styringsinformasjon fra koalisjonssystemet til ledelsessystemet via den politiske prosessen. Videre vil pasientbehandling som tjenesteleveranse være knyttet til ledelsessystemet fra transformasjonssystemet via koordineringsprosessen og ledelsesutviklingsprosessen vil knytte avdelingslederen i ledelsessystemet til de ansatte som yter tjenestene i atferdssystemet. Helseplattformen innebærer endringer i alle disse prosessene og hvordan dette arter seg tar vi for oss i neste forskningsspørsmål.

#### **5.4 Hvilke forhold i operativ drift vil kunne påvirke endringsprosessen?**

Samtidig som Helseplattformen implementeres må tjenestetilbudet opprettholdes. Hope (2015) minner om at virksomheter ikke lever av å gjennomføre endringer, men derimot av å holde hjulene kontinuerlig i gang. Her er det ikke noe unntak for helse- og velferdssentre i Trondheim kommune. Tjenestene må leveres kontinuerlig gjennom hele perioden mens Helseplattformen implementeres. Vi ønsket å undersøke hvordan avdelingsledere opplever at endringsprosessen påvirker den daglige driften, og hvordan den daglige driften påvirker endringsprosessen. Spesielt fordi det parallelt med informasjons- og opplæringsarbeidet knyttet til Helseplattformen har pågått en pandemi som i stor grad har påvirket helsevesenet, også i Trondheim kommune. Vi ønsket derfor å høre hvordan avdelingslederne opplevde å være nødt til å utføre både kriseledelse og endringsledelse samtidig.

Endring krever i seg selv maksimal oppmerksomhet, mener Hope (2015). Daglig drift handler om hvordan mellomlederen sikrer opprettholdelse av virksomhetens dag-til-dag-operasjoner, uten at endringsprogrammet i organisasjonen går ut over dens produktive oppgaver. Samtidig må mellomlederen kontinuerlig passe på at endringene ikke mister fremdrift eller stopper opp. (Hope, 2015) Vi så i forrige kapittel at datagrunnlaget vårt viste at informantene var forberedt på at tiden frem mot innføring av Helseplattformen, og også delvis ei stund etter, vil være krevende for dem som avdelingsledere. Dette begrunnet de nettopp med utfordringer knyttet til å finne en balanse i prioriteringene mellom driftsoppgaver og endringsprosess. Det å identifisere hvilke oppgaver som kan utsettes og hvilke det er nødvendig å gjennomføre for

å opprettholde god nok kvalitet på tjenesten vil stå sentralt. Utfordringene med å rekruttere ansatte med fagkompetanse, spesielt sykepleiere, ble pekt på som sentralt. Det at avdelingslederne ofte trår til selv når det er behov for sykepleierkompetanse vil kunne innvirke på prioriteringene og på totalbelastningene som informantene kan oppleve. Videre finner vi at avdelingslederen bruker tiden sin på å bidra til å løse sykepleieroppgaver for å fylle et behov som skyldes mangel på fagkompetanse vil kunne påvirke utøvelsen av lederoppgavene knyttet til endringsprosessen. Denne konsekvensen av mangel på fagfolk beskrives av mange av informantene å være en vedvarende utfordring, men en utfordring som i større grad enn vanlig merkes når ansatte må tas ut av pleie og drift for å bli motta opplæring i bruk av Helseplattformen. I en situasjon der avdelingslederen kunne hatt behov for ekstra fleksibilitet i sin lederrolle for å kunne vie nok oppmerksomhet til endringsprosessen blir altså realiteten at de i større grad enn før vil risikere å mangle sykepleiere på jobb, og selv måtte vie sin oppmerksomhet til fagoppgaver.

Hope (2015) peker på at mellomlederen har en unik posisjon i virksomheten, gjennom å være nær nok forretningen der den faktisk utøves på daglig basis, men langt nok unna til å kunne få oversikt over et større bilde. Som vi var inne på i kapittel 4 beskrev alle våre informanter omfattende oppgaver knyttet til bemanningsplanlegging og prioriteringer i driften ved innføring av Helseplattformen. Mange beskrev det som krevende å sørge for at alle ansatte fikk tid til nok opplæring, når dette kom i tillegg til normal drift på avdelingen. Flere av informantene pekte på at pandemien hadde medført et stort sykefravær, som gjorde prosessen med opplæring av ansatte i forbindelse med implementeringen av Helseplattformen ekstra krevende. De fleste avdelingslederne fortalte om utfordringer knyttet til å få tak i nok fagkompetanse, spesielt sykepleiere, og de fortalte om et ekstra høyt sykefravær i forbindelse med koronapandemien, som la ytterligere press på en allerede presset drift.

Å balansere hensynet til driften på den ene side, og til fremdriften i endringene på den andre siden på en sånn måte at akseptabel drift gjennomføres samtidig som det blir god fremdrift i endringene - det blir mellomleders oppgave. Man vet at ulike mellomledere vil vekte drift og endring ulikt, og dermed gjøre ulike prioriteringer. Dersom toppledelsen evner å sette sammen en bredt sammensatt ledergruppe av mellomledere som utfyller hverandres kompetanse og hjelper hverandre gjennom å utfylle hverandres svakheter og dele hverandres styrker kan man få en overordnet god balanse i prioriteringene. (Hope, 2015) Våre informanter er fordelt mellom små og store sykehjem. På de større enhetene er avdelingslederne satt sammen i lederteam, der man kan se for seg at en slik balanse kan være

innen rekkevidde. Noen av våre informanter pekte på at ledergruppa deres fungerte godt sammen, selv om de var ulike som personer. En av avdelingslederne på et av de store helse- og velferdssentrene vi var innom sa det slik: “Vi er et veldig bra lederteam her da... samarbeider veldig godt. Og vi er veldig ulik, men vi utfyller hverandre veldig bra da”. Ved de små sykehjemmene er det gjerne bare én eller to avdelingsledere, og det er færre personer å dele styrker og svakheter med. Topplederen på helse- og velferdssenteret må anses å være enhetslederen, og dennes muligheter til å sette sammen en bredt sammensatt ledergruppe av mellomledere vil naturlig nok være mye mer begrenset på små sykehjem med få avdelingsledere enn på store sykehjem med flere avdelingsledere. Samtidig ga også avdelingsledere på de mindre avdelingene uttrykk for at de hadde godt fungerende lederteam, men hvor man i større grad brukte enhetsleder som en sparringspartner der hvor de større enhetene kunne bruke hverandre.

Som vi så under punkt 5.2 beskrev alle avdelingslederne vi intervjuet at de hadde et stort mangfold i sine personalgrupper. Dette innebærer at det vil være stor variasjon i de personlige egenskapene menneskene som arbeider på avdelingene, som er blant de interne interessentene, bringer med seg inn i organisasjonen, og som påvirker denne gjennom atferdssystemet. Atferdssystemet dannes som vi har sett i andre kapitler av kognitive, emosjonelle og motivasjonelle egenskapene som menneskene - de eksterne og interne interessentene - bringer med seg inn i organisasjonen. Menneskene vil gjennom sine personlige egenskaper i omfattende grad innvirke på de andre delsystemene. Disse egenskapene er sentrale i alle forhandlinger. Det er menneskenes egenskaper som produserer belønninger og som utøver ledelse. Dette betyr at en organisasjon aldri vil fremstå som et helt rasjonelt system, fordi den atferden som til enhver tid utøves vil være sterkt påvirket av menneskene som er tilstede. Av denne grunn er det ikke bare formelle strukturer som innvirker på atferden i en organisasjon, men det vil også bli dannet en organisasjonskultur. Denne kan være vanskelig å se for medlemmene, men like fullt ligge som en ramme rundt virksomheten. (Busch et al., 2007)

Som et resultat av dette vil også organisasjonskulturen variere fra avdeling til avdeling, påvirket av alle aktører i personalgruppa, men også av avdelingslederen. Informantene beskriver en kompleks og omfattende arbeidshverdag som i denne endringsprosessen best mulig skal tilpasses merbelastningen som innføringen av Helseplattformen innebærer. Slike tilpasninger faller inn under transformasjonssystemet i endringsmodellen (Busch et al., 2007) hvor man på bakgrunn av styringsinformasjon fra toppledelsen må planlegge endringen og



transformasjonen på operativt nivå med tilgjengelige ressurser for å kunne tilegne seg kunnskap om nye systemer. Videre vil man få nye organisasjon- og styringsstrukturer som også vil være en del av dette systemet. I den konseptuelle modellen, se figur 5.1, er transformasjonssystemet koblet til ledelsessystemet gjennom koordineringsprosessen hvor styrings- og koordineringssignaler sendes i en sløyfe mellom disse to. Slike signaler vil være styringsdata i form av bestillinger og krav fra ledelse som møter svar og tilbakemelding fra operativt nivå om oppfyllelse av mål og kontrakter som igjen fører til at interessentene får belønning. (Busch et al., 2007) Avdelingslederne i vårt case ga uttrykk for at med organiseringen av Helseplattformen så hadde man fått flere ledelseslinjer som ga parallelle koordineringsprosesser og som påvirket deres arbeidshverdag i dialogen med driftsorganisasjonen og endringer i denne, i tillegg til endringsprosessen med Helseplattformen. En av avdelingslederne satte ord på denne utfordringen slik:

Oppleves at de jobber på forskjellige plan, lite koordinert opp mot de spesifikke avdelingene. Både og. Når nye ledelseslinjer opprettes ved siden av de vanlige, kan det fort oppstå misforståelser. Det har vært noe forvirring rundt hvor vi skal ta instruksjoner fra...Mye av dette har det vært behov for å kontrollere inn mot de vanlige linjene før det igjen blir iverksatt i enhet. Samtidig føler jeg litt på dette med at disse "jobber på siden av" Trondheim kommune som egen organisasjon. (om innføringsprosjektet i Trondheim kommune, red.anm)

Oppsummert kan vi si at operativ drift med pandemi, sykefravær, beredskap og kriseledelse har medført en ekstra belastning som har påvirket implementeringen av Helseplattformen på en slik måte at det har opplevdes tidvis utfordrende for våre informanter. Det samme kan sies om spørsmålet vi ønsket å undersøke med tanke på om Helseplattformen hadde påvirket daglig drift. Her gir avdelingslederne uttrykk for at uklare ledelseslinjer, planlegging av fag og kursdager samt usikkerhet rundt hva som kommer av nye systemer har bidratt til en mer belastende arbeidshverdag både for seg selv og sine ansatte. Samtidig tilkjenner de at den erfaringen de har gjort seg gjennom to år med stadige skifter i styringsinformasjon og ustabilitet i personal- og pasientgruppen har gjort de bedre rustet for å ta endringer spontant.

Til nå har vi i dette kapittelet sett på ulike kjennetegn ved avdelingsleder, personalgruppe og endringsagenter og hvordan disse faktorene påvirker informantenes tilnærming til endringsledelse. Vi har også drøftet hvordan operativ drift på sykehjemsavdelingene parallelt med endringsprosessen innvirker på situasjonen for avdelingslederne. Videre vil vi nå se på

mer konkrete forhold knyttet til implementeringen av Helseplattformen, og på hvordan fordeler og utfordringer ved implementeringen innvirker på informantenes opplevelse av endringsprosessen.

## **5.5 Hvilke forhold i implementeringen av Helseplattformen påvirker leders tilnærming til endringsprosessen?**

Vi var nysgjerrige på hvordan avdelingslederne opplevde Helseplattformen som prosjekt, med tanke på informasjon, opplæring og organisering, spesielt i den fasen de sto i på intervjutidspunktet. Vi vil her koble dette forskningsspørsmålet og våre empiriske funn til den konseptuelle modellen gjennom koalisjonssystemet og transformasjonssystemet. Samspillet mellom disse to systemene, se figur 5.1, skjer i bidrag-belønningsprosessen og gir uttrykk for hvordan de ulike aktørenes krav og forventninger til endringen som skal gjennomføres. I vårt case vil koalisjonssystemet representere departement, helseforetak, kommuner, interessegrupper som alle har en forventning at de strategiene og målsetningene som vi har vist i kapittel 1 innfris som følge av endringen, som ligger i transformasjonssystemet. Dersom målene nås vil man oppnå gevinster gjennom bidrag-belønningsprosessen på nasjonal, regional og lokalt nivå og i mindre skala på avdelingsnivå, gruppenivå og individnivå gjennom en forbedring av tjenestene som sykehjemsavdelingen tilbyr. For pasientene innebærer det en bedre tjeneste på tvers av helsetjenesteaktører i offentlig sektor og for de ansatte en forenklet og mer effektiv hverdag. På gruppenivå vil personalgruppen ha et felles språk, felles rutiner og bedre samhandling. For avdelingen ved avdelingsleder så vil denne ha bedre oversikt og et styringsverktøy for drift.

Vi har tidligere sett at koalisjonssystemet består av en omforent samling av interessenter som gjennom avtaler konstituerer organisasjonen, og som på den måten er et politisk system. Også koblingen mellom organisasjonen og de tekniske og institusjonelle omgivelsene rundt denne er en del av koalisjonssystemet. Kontraktene mellom organisasjonen og dens interessenter kan være av ulik karakter - formelle og skriftlige, eller mer uformelle kontrakter bestående av gjensidige forventninger. Disse kontraktene må innfris av organisasjonen, og de legger derfor grunnlaget for hvilke mål man må arbeide etter. Organisasjonens interessenter har forskjellige mål og organisasjonens ressurser er begrensede. Dette er bakgrunnen for at det skapes politiske prosesser, der det utøves en kamp mellom interessentene om ressurser for å sikre

sine interesser. Politiske situasjoner kan alltid inntreffe, noe som kan være nyttig, da slike situasjoner kan iverksette nødvendige endringsprosesser. (Busch et al., 2007)

I forbindelse med implementeringen av Helseplattformen vil det som vi tidligere har vært inne på finnes mange interessenter, spesielt fordi prosjektet får oppmerksomhet også på nasjonalt nivå. Både Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF har eierinteresser i Helseplattformen AS, og har betydelige økonomiske interesser i at prosjektet blir vellykket, i tillegg til de interesser som er knyttet opp mot det politiske. Som beskrevet under punkt 3.1.1 så mener Mulgan (2009) implementering i henhold til The 360 Degree modellen vil øke sjansen for å lykkes. Hvordan man organiserer seg for å ta imot endringer og hvem som har eierskap til hensikten og formålene med endringene skriver Mulgan er avgjørende. The 360 Degree model legger vekt på at man har en tilnærming til endring som ivaretar både topp-bunn, horisontal og bunn-topp påvirkning. (Mulgan, 2009) Ser man på hvordan Helseplattformen er organisert så kan man si at topp-bunn er representert ved styret i Helseplattformen hvor eierinteressene er representert, sammen med brukerorganisasjoner og myndighetene. Ved å etablere en suborganisasjon på tvers av aktørene gjennom Helseplattformen AS som har ansvaret for gjennomføringen og hvor man henter inn og benytter kompetanse fra operativt nivå ivaretar man også den horisontale og bunn-topp involveringen som Mulgan (2009) mener er avgjørende.

Når det gjelder hvilke av organisasjonens interessenter som påvirkes av implementeringen av Helseplattformen har vi valgt å se dette på avdelingsnivå, for å fokusere på de endringene våre informanter må forholde seg til - og selv kan påvirke. Helseplattformen er i seg selv en interessant, som avdelingen gjennom sin arbeidsgiver Trondheim kommune er pålagt å innfri kravene fra. Trondheim kommune er som arbeidsgiver og ansvarlig for tjenestetilbudet en stor interessant. I tillegg må man anse pasienter, pårørende og ansatte som interessenter. Disse har ulike former for kontrakter med enheten. Pasientene har skriftlige vedtak på tjenester som avdelingen må levere. Pårørende kan sies å ha mer uformelle kontrakter i form av forventninger. Ansatte har skriftlige arbeidskontrakter og en forhåndsavtalt turnus som enheten må forholde seg til. Dette er den typen avtaler som organisasjonen må innfri, og som kan bli utfordret av at ressursene i organisasjonen er begrensede. Implementeringen av Helseplattformen krever omfattende opplæring av ansatte, delvis utenfor enheten, i form av klasseromskurs. Dette kan ta ressurser fra andre interessenter, som for eksempel pasientene.

Busch et al (2007) skriver at man i koalisjonssystemet finner områder som kan skape konflikter, men også harmoni. Flere understreket at de var positive til Helseplattformen, men ikke til gjennomføringen av prosjektet i kommunen og opplæringen ute på enhetene. Informantene hadde forventninger til prosjektorganisasjonen om at denne hadde forståelse for avdelings aktivitet og endringsbehov, men som ikke ble oppfylt. Avdelingene selv hadde forsøkt å justere forventningene fra pasienter og pårørende ved å informere om at man i innfasingsperioden ville ha redusert kapasitet til å levere tjenester utover det som er lovpålagt. At de politiske målene og gevinstene som ligger til grunn for Helseplattformen kom til uttrykk i organisering og gjennomføring og tydelige og skapte en felles forståelse av Helseplattformen. Ikke bare for avdelingsleder, men også informasjonen som var rettet mot den enkelte ansatte. Som vi har sett tidligere er det mange interessenter i Helseplattformen, som er det første journalsystemet som forener primær- og sekundærhelsetjenesten. Dette bringer med seg en ekstra dimensjon knyttet til påvirkningskraft, politiske systemer og påvirkningskraft da man opplevde involvering fra departementsnivå knyttet til en beslutning som i utgangspunktet var fattet på regionalt og kommunalt nivå. Slike mekanismer kan kobles til den politiske prosessen, som knytter ledelsessystemet til koalisjonssystemet. Ledelsen deltar aktivt i forhandlinger med de mange interessentene, og kan på den måten innvirke på maktfordeling og prioritering av ressurser i organisasjonen, samtidig som koalisjonssystemet får tilført den makten den profesjonelle ledelsen behøver for å klare å få organisasjonen til å fungere. (Busch et al., 2007)

Vi har nå sett på hvilke forhold i implementeringen av Helseplattformen som påvirker leders tilnærming til endringsledelse, og drøftet ulike faktorer knyttet til dette.

## **5.6 Oppsummering: Tolkning av våre empiriske funn**

I dette kapitlet har vi analysert våre funn fra empirien opp mot relevant teori. Med bakgrunn i vår analyse så vi på våre empiriske funn opp mot delsystemene i den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007). I denne analysen av forskningsspørsmålene våre som omhandlet lederens alder og ledererfaring, personalgruppen, endringsagenter, operativ drift og avdelingsleders opplevelse av innføringen av Helseplattformen har vi gjennom en teoretisk drøfting sett at de sterkeste endringskreftene i en organisasjon er knyttet til ledelsessystemet, men at alle systemene blir påvirket under endringsprosesser. (Busch et al.,

2007) Vår analyse av hvordan alle de ulike delsystemene blir påvirket på sykehjemsavdelingene under implementeringen av Helseplattformen har for oss bekreftet det teorien sier: Delsystemene i modellen (Busch et al., 2007) har sine særtrekk, men de henger tett sammen og påvirker hverandre gjennom prosessene som binder systemene sammen. Dette har vist oss hvordan endringsprosesser påvirker hele organisasjonen, og med det hvor kompleks en avdelingsleders rolle under endringsprosesser er. Hope (2015) oppsummerer ulike kompetansekrav relatert til mellomlederens funksjoner ved endring til å omhandle kognitiv kompetanse, mellommenneskelig kompetanse, forretningskompetanse og strategisk kompetanse. Dette omfattende behovet for kompetanse stemmer med våre empiriske funn, der informantene våre beskriver omfattende, varierte og krevende oppgaver knyttet til endringsledelse på sine avdelinger under implementeringen av Helseplattformen.

I neste kapittel, som også er oppgavens siste, vil vi oppsummere de funnene vi har gjort gjennom oppgaven, trekke frem de viktigste av disse og gjøre et forsøk på å konkludere rundt oppgavens problemstilling.

## **6.0 Konklusjon**

Vi har nå kommet til oppgavens avsluttende kapittel. Her vil vi trekke frem de mest sentrale av våre funn, samt reflektere litt rundt hva vi ikke har funnet ut og hva som kan være interessant som videre forskningsområder. Å identifisere tiltak gjennom digitalisering og standardisering for å stadig fornye, forenkle og forbedre offentlig sektor er et ledd i utvikle en bærekraftig ressursforvaltning i staten Norge. Dette ble presist oppsummert av en av våre informanter i det vi forlot møtet med henne: “Endring er den nye normalen”. Utgangspunktet for dette prosjektet var vår interesse for endringsledelse på avdelingsnivå, som resulterte i følgende problemstilling:

Hvordan kan avdelingsleder utøve god endringsledelse i implementeringen av Helseplattformen, en endringsprosess som innebærer digitalisering og standardisering?

Denne problemstillingen ble underbygget av fem forskningsspørsmål presentert i første kapittel. Disse spørsmålene ble brukt for å strukturere gjennomgangen av våre funn i kapittel

4 der vi foretok en empirisk analyse, og for drøftingen vi foretok i kapittel 5. I dette avsluttende kapittelet vil vi trekke ut de viktigste funnene fra vår empiriske og teoretiske analyse av forskningsspørsmålene, for ved hjelp av disse å besvare oppgavens problemstilling. Dette vil vi gjøre ved hjelp av en samlet oppsummering. Vi vil også si noe om hva vi ikke har funnet svar på gjennom vårt arbeid, og hva vi tenker vil være interessante områder for videre forskning.

I vår teoretiske analyse tok vi utgangspunkt i den konseptuelle modellen for endringsledelse (Busch et al., 2007). Med bakgrunn i denne fremstilte vi i en figur (figur 5.1) endringssituasjonen i vårt case slik den kan arte seg på en sykehjemsavdeling. Analysen viste ved hjelp av figuren hvordan alle delsystemene på en sykehjemsavdeling henger sammen, og hvordan endringer i et av delsystemene innvirker på de andre delsystemene gjennom prosessene som binder delsystemene til hverandre.

I oppstarten av prosjektet tenkte vi at vi kanskje ville se en sammenheng mellom informantenes alder og ledererfaring, og avdelingsleders opplevelse av endringsprosessen, men dette kunne ikke bekreftes av våre funn. Det som derimot kom tydelig frem var at informantenes holdning til at endring er normalt og nødvendig, spesielt knyttet til Helseplattformen, innvirket til å gjøre opplevelsene relatert til implementeringsprosessen lettere for informantene å håndtere. Om spesifikke trekk ved personalgruppa kunne gjøre avdelingslederens opplevelse av endringsprosessen mer eller mindre utfordrende var noe vi ønsket å undersøke. Informantene trakk frem ulik digital kompetanse som en faktor som kunne påvirke implementeringen. Mange fortalte også om en personalgruppe som var mangfoldig med tanke på språklig og kulturell bakgrunn, samt ulikhet i hvor godt personalet mestret norsk språk muntlig og skriftlig. Avdelingslederne vektla dette som en faktor de måtte hensynta i endringsprosessen, men vi opplevde i liten grad at dette ble problematisert. Tvert imot mente noen av informantene at Helseplattformens løsninger kunne gjøre utfordringene knyttet til dokumentasjon mindre, gjennom mindre bruk av fritekst.

Viktigere enn de ulike faktorene ved personalgruppa mente informantene det var at man som nærmeste leder kjente personalgruppa så godt, slik at de kunne tilpasse endringsledelsen til den enkelte, og til hva akkurat deres ansatte hadde behov for, både som enkeltmennesker og som gruppe. Antallet den enkelte informant hadde personalansvar for varierte noe. For de avdelingslederne vi snakket med lå antallet de hadde personalansvar for på mellom 26 og 65 ansatte, vi opplevde at det var noe uklart om disse tallene inneholdt helgestillinger som ofte

er mange i små stillingsprosenter. Samtidig finner vi ikke at noen av dem uttalte at de hadde for mange ansatte under seg. Dette kan tyde på at dette ikke har avgjørende betydning for mulighetene for å bli godt nok kjent med personalgruppa si. Vi problematiserte dog ikke dette i intervjuene, og må være forsiktige med å konkludere bastant. Vi tenker også, uten å ha tall på dette, at det er en grense for hvor mange personer man har kapasitet til å kjenne godt nok til å utøve god endringsledelse, og at våre informanter sannsynligvis, basert på at de ikke problematiserte dette, befinner seg på riktig side av denne grensa. Samarbeidet med superbrukerne var noe veldig mange av informantene la vekt på, og som de trakk frem som avgjørende for et godt resultat. I tillegg la informantene vekt på viktigheten av at de selv måtte tilegne seg god kunnskap om det nye journalsystemet, slik at de kunne formidle trygghet rundt dette til sine ansatte.

Når det gjelder digitalisering og standardisering som styringsverktøy fant vi i liten grad at informantene hadde et bevisst forhold til dette. Noen uttrykte et ønske om bruksmuligheter i Helseplattformen på dette området, og noen mente å ha sett muligheter i systemet. Noen av informantene ga uttrykk for at dette var noe de ikke hadde tenkt så mye på, og at de mente de kjente systemet for dårlig til å vite noe om hvilke muligheter som kunne tenkes å ligge i systemet. Hvordan avdelingsledere på sikt tar i bruk Helseplattformen som styringsverktøy vil kunne være et interessant tema for videre forskning.

Basert på det vi nå har oppsummert vil vi konkludere med at det viktigste en avdelingsleder kan gjøre for å kunne utøve god endringsledelse i implementeringen av Helseplattformen er å kjenne sin personalgruppe godt, kjenne det nye systemet godt selv, ha et bevisst forhold til endringsprosessens potensielle gevinster og til å formidle disse til personalgruppa, samt velge sine superbrukere med omhu og legge til rette for et godt samarbeid med disse. Informantene som har bidratt til dette prosjektet har gitt tydelige råd til kommuner som følger etter Trondheim og skal ta i bruk Helseplattformen i tida som kommer. Det tydeligste rådet disse kommer med er rettet mot opplæringen i programmet. Denne må spisses mye mer inn mot den enkelte ansatte og mot hvilke oppgaver hun eller han har behov for å kunne utføre i arbeidshverdagen sin, ut fra stilling og arbeidssted. Videre pekes det på at det blir sendt ut store mengder informasjon om prosjektet, og at det kan være vanskelig å skille mellom hva som er relevant og ikke. Færre og tydeligere kanaler for informasjon var et ønske fra flere av våre informanter. I tillegg peker avdelingslederne på at det viktig å informere sine ansatte godt, formidle potensielle gevinster med det nye systemet og å selv være en positiv pådriver for endringsprosessen. Samtidig må endringsledelsen hele veien tilpasses den enkelte

personalgruppe og den enkelte medarbeider. Noen av informantene pekte på at avdelingsledere i de etterfølgende kommunene er heldige som kan implementere et system som er tatt i bruk og testet av Trondheim kommune på forhånd, og at de vil få en lettere jobb med implementering og endringsledelse i sine respektive personalgrupper. Dette vil kunne være et interessant område for videre forskning i årene som kommer.

I innledningskapittelet skrev vi litt om forutsetningene for å lykkes med Én innbygger - én journal og hvilke virkemidler som er tilgjengelig. For Helse Midt-Norge og kommuner i regionen er det lagt betydelige midler fra departementsnivå i øremerket bevilgning som skal legge til rette for utviklingen og implementeringen av Helseplattformen. Forøvrig er det vanskelig å se at tilsvarende stimulering gjelder fastlegeordningen, noe som også reflekteres i antall legekantor som følger planlagt utrullingsdato 30. mai 2022. På tidspunktet denne oppgaven skrives er det snakk om to legekantor. Hvilken betydning har det med tanke på at det i styringsdokumentene står at det er en forutsetning at ordningen implementeres av alle aktører?

Våre informanter og flere tusen ansatte i Trondheim kommune står i denne stund foran ei spennende tid. Vil avdelingslederens ønsker og håp knyttet til gevinster ved digitalisering og standardisering bli innfridd gjennom implementeringen av Helseplattformen? Blir det slik de så for seg på intervju tidspunktet? Dette håper vi studenter som kommer etter oss har lyst til å undersøke i årene som kommer. Flere av informantene formidlet håp og ønsker for fremtiden knyttet til videre utvikling. Avdelingslederne håper at den digitale utviklingen og forbedringen av tjenestene som Helseplattformen er forventet å bringe med seg kan bidra til både et bedre tilbud til pasientene og en mer effektiv arbeidssituasjon for de ansatte i helsevesenet. For at fordelene med Helseplattformen skal komme til sin rett er man avhengig av at flest mulig aktører som formidler helsetjenester tar i bruk journalsystemet, noe flere av informantene påpekte. Det vil være interessant om noen i fremtiden vil forske på hvordan dette utvikler seg, og om de ønskede gevinstene oppleves å bli realiserte. Avslutningsvis trekker vi frem et ønske for fremtiden, uttalt av en av avdelingslederne som bidro til å gjøre dette prosjektet interessant for oss å jobbe med, og som ønsker at Helseplattformen brer om seg i årene som kommer:

Og håpet mitt er jo egentlig at det hadde vært hele Norge, og at vi hadde hatt det samme. Men det hadde egentlig vært det beste da, at vi hadde det samme verktøyet. Det tror jeg hadde letta veldig mye for helsevesenet.



Dessverre kan det se ut som det er en lang vei å gå før dette ønsket blir oppfylt. Etter oppstart av Helseplattformen i Trondheim kommune 7. mai 2022 har medieoppslagene vært tallrike med tanke på konsekvensene som følge av innføringen i kommunen og utsettelsen ved St. Olav. Dette handler om merkostnader, bruk og drifting av flere systemer, informasjonsflyt, sikkerhet med tanke på innsyn og ikke minst utfordringer knyttet til behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Slik det ser ut i dag så er det et stykke før vi når målet om Én innbygger - én journal. Om det vi er vitne til er en utsettelse av måloppnåelsen eller noe mer omfattende - det er et godt utgangspunkt for forskning i tiden som kommer.

## Referanser

- Balogun, J. (2003). *From blaming the middle to harnessing its potential. Creating change intermediaries*, British Journal of Management, 14(1): 69-83
- Birkinshaw, J. , G. Hamel og M. Mol. (2008). *Management Innovation*. Academy of Management Review 33(4): 825-845
- Borander, A. (2015). *Utfordringer ved innovasjon i en tjenesteytende bedrift i offentlig sektor*, [Masteroppgave] Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.J og Vanebo, J.O. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, T., Johnsen, E. og Vanebo, J.O. (1993). *Foretakets ledelse og økonomi - Fra nåtid til nytid*. Oslo: TANO
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. og Aars, J. (2019). *Forvaltning og politikk*. 4 utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, Olav. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.) Gyldendal
- De nasjonale forskningsetiske kommiteene (NESH) (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Direktoratet for e-helse (2019). *Nasjonal e-helsestrategi 2017 - 2022, E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren* . <https://www.ehelse.no/strategi>
- Direktoratet for e-helse (2016). *Vurdering av Helseplattformen i Midt-Norge som startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen mot realisering av målbildet i «Én innbygger –én journal»*  
<https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal#Tidslinje%20med%20sentrale%20dokumenter> Hentet 03.02.2022
- Eidsaune, H., Fjellheim L. og Tørring E. M. (2020). *Hvordan påvirker digitalisering arbeidshverdagen til medarbeiderne på Tiller HVS?* [Bacheloroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Fjellstad, Fjermeros og Melau (2010). *Hvilke suksessfaktorer for implementering av IT-systemer i helsevesenet finnes, og blir disse brukt?* [Masteroppgave] Aalborg Universitet

Helse Midt-Norge RHF (2013). *IKT-strategi Helse Midt-Norge, Del II, Handlingsplan 2013-2018*  
<https://helse-midt.no/Documents/Strategi/IKT-strategi%20-%20handlingsplan%202013-2018.pdf>

Helse Midt-Norge RHF (2016). Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge, 22.juni 2016  
<https://docplayer.me/40100402-Helse-midt-norge-rhf.html> Hentet 03.02.2022

Helse Midt-Norge RHF (2016). Styremøte Sak 16/16 - vedlegg til orienteringssak  
<https://docplayer.me/44336311-Helse-midt-norge-rhf-styret.html> Hentet 03.02.2022

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Stortingsmelding 9, 2012-2013 En innbygger - en journal*  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/?ch=1#kap1-1>

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste*  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/?ch=9>

Helse og omsorgsdepartementet (2019). *Oppdragsdokument 2019, Helse Midt-Norge,*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2019-hmn-rhf.pdf> hentet 25.02.22

Helse og omsorgsdepartementet (2020). *Oppdragsdokument 2020, Helse Midt-Norge,*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2020-helse-midt-norge-rhf.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (2021). *Oppdragsdokument 2021, Helse Midt-Norge.*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2021-hmn.pdf>

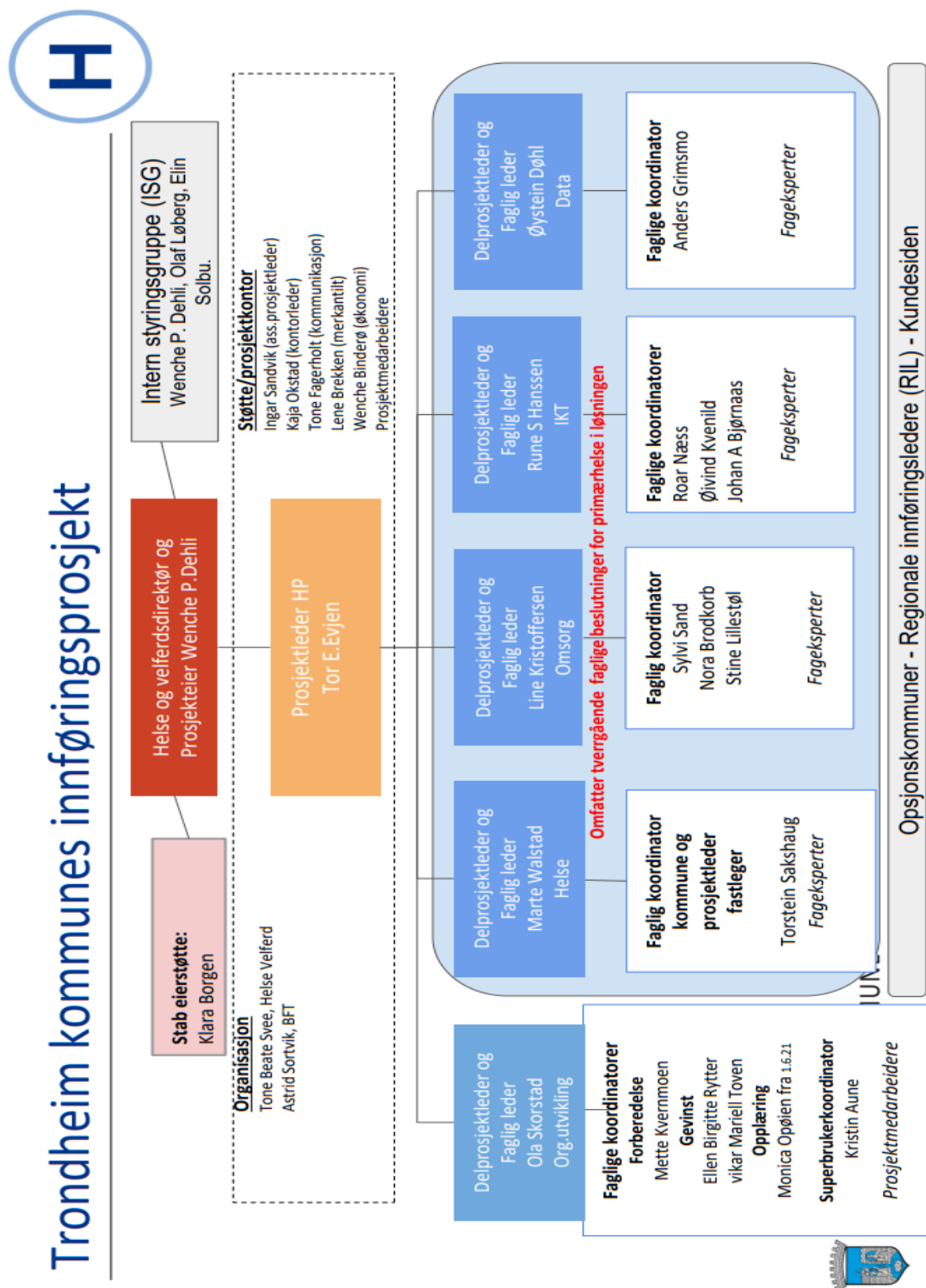
- Helse og omsorgsdepartementet (2022). *Oppdragsdokument 2022, Helse Midt-Norge*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2022-hmn-endelig-10jan.pdf> Hentet 25.02.2022
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Stortingsmelding 47, 2008-2009 Samhandlingsreformen - rett behandling- på rett sted - til rett tid*  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> Hentet 02.02.2022
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)
- Helseplattformen (2022). *Håndbok til superbrukere*  
<https://drive.google.com/file/d/1NvoWYyRdW0Bc5ZyoakhybFkjuXq1wPrN/view>  
Hentet 14.04.2022
- Helseplattformen (2022). *Når kommer helseplattformen*.  
<https://helseplattformen.no/nar-kommer-helseplattformen> Hentet 13.03.2022
- Helseplattformen (2022). *Om oss*. <https://helseplattformen.no/om-oss/prosjektet#bakgrunn>  
Hentet 03.02.2022
- Helseplattformen (2022). *Spørsmål og svar*. Publisert 03.10.2019 / Sist oppdatert 02.02.2022  
<https://helseplattformen.no/sporsmal-og-svar#vil-personell-tvinges-til-a-jobbe-pa-en-bestemt-mate>
- Helseplattformen (2022). *Styringsverktøy for kommunene*  
<https://helseplattformen.no/nyheter/styringsverktoy-for-kommunene>. Hentet 24.04.2022
- Helseplattformen (2021). *Tidslinje for innføring*.  
<https://helseplattformen.no/tidslinje-innforing> Hentet 25.01.2022
- Hope, Ole. (2015). *Mellomlederen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jacobsen, Dag Ingvar (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4 utgave. Bergen: Fagbokforlaget

- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5 utgave, 1. opplag. Bergen: Fagbokforlaget
- Johnsen, Erik (1995). *Ledelse av ledelsesprosessen*. Norsk utgave ved Jan Ole Vanebo og Tor Busch. Tano AS
- Johnsen, Åge (red.) (2014). *En strategisk offentlig sektor*. Bergen: Fagbokforlaget
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016). *Stortingsmelding 27 (2015-2016) En digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019). *Én digital offentlig sektor Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025*  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016). *Offentlig sektor fornyes, forenkles og forbedres*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/offentlig-sektor-fornyese-forenkles-og-forbedres/id2482722/?ch=1> Publikasjonskode: H-2364 B
- Kommuneloven (2018). Lov om kommuner og fylkeskommuner. (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>
- Krutvik, M. (2021). *Mellomledere som endringsagenter - tar de oppgaven?* [Masteroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Mulgan, Geoff (2009). *The Art of Public Strategy: Mobilizing Power and Knowledge For the Common Good*. Oxford, New York: Oxford University Press
- Riksrevisjonen (2014). *Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*, dokument 3:6 (2013-2014).  
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2013-2014/riksrevisjonensundersokelseomelektroniskmeldingsutveksling.pdf>
- Ringdal, Kristen. (2018). *Enhet og mangfold* (4.utg.). Fagbokforlaget
- Thagaard, Tove. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Fagbokforlaget
- Tjora, Aksel. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4. utg.). Gyldendal

- Trondheim kommune (2014). *Arkitekturprinsipper for Trondheim kommune v.1.0*  
<https://docplayer.me/49970932-Arkitekturprinsipper-for-trondheim-kommune-versjon-1-0.html> Hentet 03.02.2022
- Trondheim kommune (2022). *Helseplattformen*  
<https://www.trondheim.kommune.no/helseplattformen/> Hentet 03.02.2022
- Trondheim kommune (2022). Helse- og velferdssenter.  
<https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/rehabilitering-og-sykehjem/sykehjemhelse--og-velferdssenter/> Hentet 26. mars 2022
- Trondheim kommune (2017). *Avtale om arbeidstidsordning for avdelingsledere ved turnusbasert enheter.*  
<https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/09-finans/okonomitjenesten/avtale-om-arbeidstid-for-avdelingsledere-3.pdf>
- Trondheim kommune (2021). *Superbrukere*  
<https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/helseplattformen-innforing/superbrukere> Hentet 14.04.22
- Trondheim kommune (2021). *Tips til deg som superbruker*  
<https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/helseplattformen-innforing/superbrukere> Hentet 14.04.2022
- Trondheim kommune (2021). *Helseplattformen - felles pasientjournal i Midt-Norge*  
<https://www.trondheim.kommune.no/contentassets/904f122272944fca9cf772e987bb92c6/kfu/presentasjon-av-helseplattformen.pdf> hentet 20.05.22
- Unterschuetz, C., Hughes, P., Nienhauser, D., Weberg D. og Jackson L. (2008). *Caring for innovation and caring for the innovator.* Nursing Administration Quarterly 32(2), 133-141.
- Walstad, M. (2018). *Er Trondheim kommune «moden» for Helseplattformen? Hvilke forhold har betydning for og i hvilken grad er Trondheim kommune rede til å ta imot Helseplattformen?* [Masteroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

## Figurer og tabeller

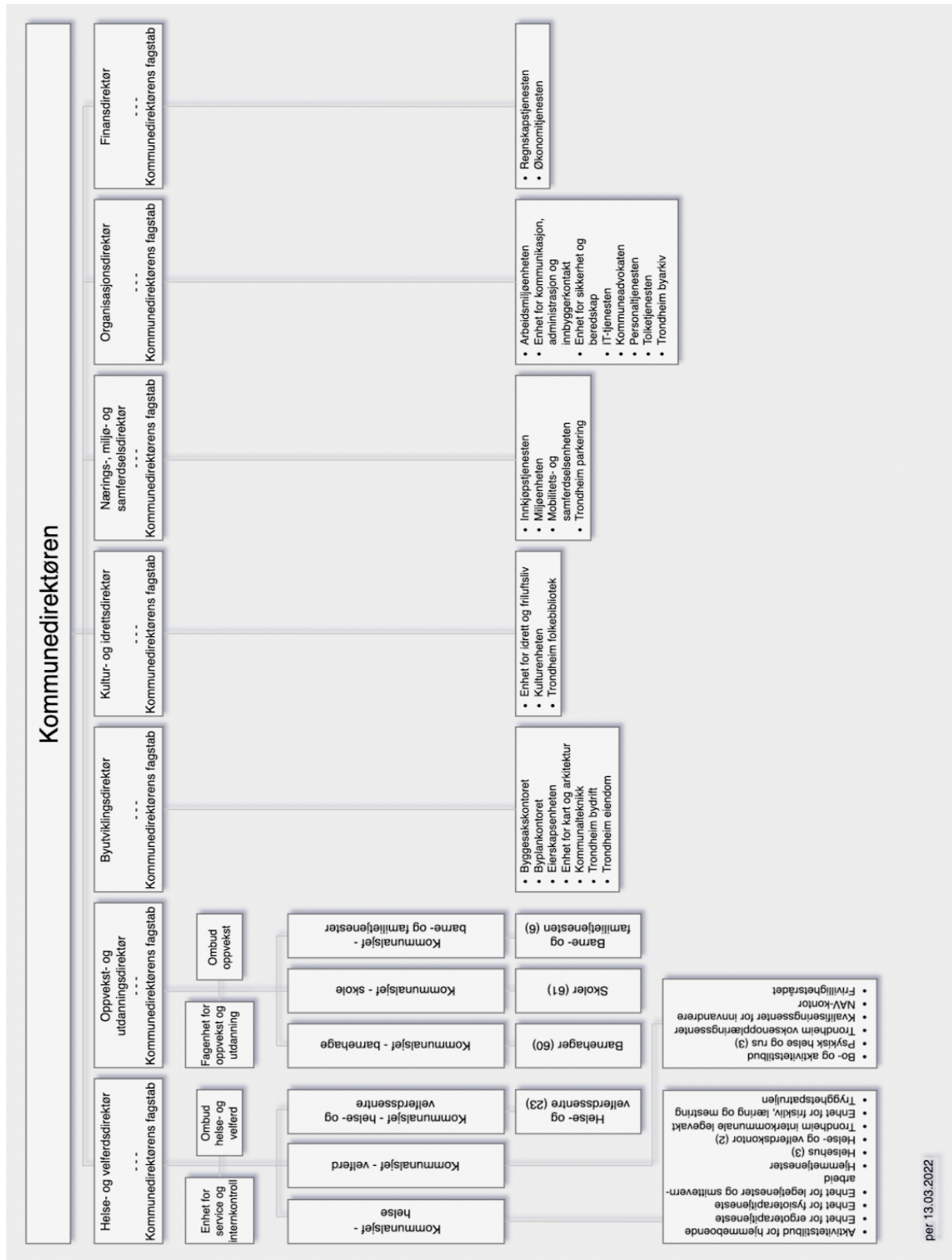
Figur 2.3 Organisasjonskart innføringsprosjektet Trondheim kommune



Figur 2.3 Trondheim kommunes innføringsprosjekt pr. 18.mai 2021



Figur 2.4 Organisasjonskart Trondheim kommune



Figur 2.4 Organisasjonskart Trondheim kommune per 13.03.2022



# Vedlegg

## Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD

[Meldeskjema](#) / [Lederrollen i en ny digital hverdag: Avdelingsleders opplevelser i innføringsarbeidet med Helseplattformen ved helse- og v...](#) / Vurdering

### Vurdering

☰ 12.11.2021 ▾

🖨️ Skriv ut

**Referansenummer**

314691

**Prosjekttittel**

Lederrollen i en ny digital hverdag: Avdelingsleders opplevelser i innføringsarbeidet med Helseplattformen ved helse- og velferdssentre i Trondheim kommune

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for økonomi (ØK) / NTNU Handelshøyskolen

**Prosjektperiode**

01.11.2021 - 30.06.2022

[Meldeskjema](#) 

**Dato**

12.11.2021

**Type**

Med vilkår

**Kommentar**

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

**HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?**

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

**HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?**

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

**VILKÅR**

Vår vurdering forutsetter:

At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet

At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)

At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.

At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser

At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)

Om deler av utvalget vil kunne gjenkjennes direkte eller indirekte i publisering må du innhente eksplisitte samtykker. Vi anbefaler at utvalget gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

#### KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til

Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig

Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes

At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn

Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring

At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke

At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)

At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet

Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)

Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022

#### 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle 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.

#### NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering 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

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

### **Lederrollen i en ny digital hverdag: Avdelingsleders opplevelser i innføringsarbeidet med Helseplattformen ved helse- og velferdssentre i Trondheim kommune**

#### **FORESPØRSEL OM Å DELTA I UNDERSØKELSE**

Vi er to studenter ved MPA-studiet (Master of Public Administration) ved NTNU, som skal levere vår masteroppgave i april 2022. Til daglig jobber vi som rådgiver ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU og som avdelingsleder i botiltaket ved Kong Carl Johans Arbeidsstiftelse. Vi er begge i befattning med Helseplattformen, og i gang med opplæring i disse dager. Vi er interesserte i å finne ut hvordan denne prosessen oppleves for andre.

Midt-Norge er gjennom Helseplattformen regional utprøvingsarena for det nasjonale målbildet "En innbygger - én journal". Dette arbeidet er et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Alle kommuner i Midt-Norge har mulighet til å ta i bruk Helseplattformen, og Trondheim kommune er først ute. Dette er bakgrunnen for vår masteravhandling.

Til grunn for vår oppgave vil vi bruke forskning som tidligere er gjort på dette med digitalisering av og gjennomføring av store endringsprosesser i kommunal sektor. I tillegg vil tilgjengelig informasjon fra Helseplattformens hjemmeside og innføringsprosjektet ved Trondheim kommune være viktige kilder i arbeidet.

Vi ønsker å snakke med avdelingsledere ved sykehjem i Trondheim kommune for å undersøke hvordan dette store innføringsprosjektet oppleves for den enkelte mellomleder. Som leder har du ansvaret for innføringen av Helseplattformen på din avdeling, i tillegg til det ansvaret du ellers har for daglig drift av enheten. Vi vil også undersøke hvordan avdelingslederens opplevelser av egen rolle påvirkes av slike endringer. Sykehjemmet du arbeider på er et av dem vi har valgt å undersøke, og vi har derfor et stort ønske om å få gjennomføre et intervju med deg.

Vi har utarbeidet en intervjuguide til bruk under de planlagte intervjuene, som omhandler avdelingsleders egne tanker om og forventninger til Helseplattformen, hvordan avdelingsleder oppfatter at personalgruppa tar imot Helseplattformen og hvilke utfordringer dere eventuelt har i den prosessen dere står midt oppe i nå, med informasjon og opplæring.

Som forskere ønsker vi å kunne benytte båndopptaker for å ta opp lyd fra intervjuet, for at vi som intervjuer skal kunne ha fokus på samtalen med deg. Dersom du som informant ikke ønsker at vi gjør opptak respekterer vi det, og tar notater i møtet med deg. I forbindelse med transkribering (omgjøring av lydopptak til tekst) av intervjuet vil din deltakelse bli anonymisert, lydopptaket vil bli slettet og opplysningene behandles dermed anonymt i den videre behandlingen. I henhold til vilkårene som ligger til grunn for godkjenning av prosjektets innsamling av data fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) har du som deltaker rett til innsyn i dine data, dvs. utskriften av intervjuet med deg. I forlengelsen av dette har du rett til å klage til Datatilsynet dersom du mener at vi håndterer innsamlede data feilaktig med tanke på identifiserbar informasjon.

Alt datamateriale vil bli oppbevart på NTNUs sikrede område med tilgangsstyring, og det vil kun være tilgjengelig for oss to studenter og vår veileder. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det er frivillig å delta, og du som informant kan trekke deg så lenge studien pågår uten å måtte oppgi noen nærmere begrunnelse. Undersøkelsen vår vil være meldt til og godkjent av NSD før vi starter datainnsamlingen. Prosjektet avsluttes i juni 2022, og det anonymiserte datamaterialet vil bli tilgjengeliggjort for eventuell videre forskning.

Ta gjerne kontakt med oss hvis du lurer på noe. Du kan også kontakte vår veileder ved NTNU, Berit Irene Vannebo: [beritiv@ntnu.no](mailto:beritiv@ntnu.no).

Hvis du kan tenke deg å være med på intervjuet svarer du enkelt og greit på e-posten fra oss, så avtaler vi tid for intervju. Vi vil da ta med oss denne samtykkeerklæringen i papirform, slik at du kan signere den før vi starter intervjuet.

Med vennlig hilsen

Torill Foss Lundgren  
Tlf. 906 53 907  
[torill.f.lundgren@ntnu.no](mailto:torill.f.lundgren@ntnu.no)

Kjersti Løhre Garnes  
Tlf. 906 59 218  
[kjerstlg@stud.ntnu.no](mailto:kjerstlg@stud.ntnu.no)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

“Lederrollen i en ny digital hverdag:  
Avdelingsleders opplevelser i innføringsarbeidet med Helseplattformen  
ved helse- og velferdssentre i Trondheim kommune”

Navn:.....

Signatur:.....

Telefonnummer:.....

E-post-adresse:.....

## Vedlegg 3 Intervjuguide

# **| Lederrollen i en ny digital hverdag: Avdelingsleders opplevelser i innføringsarbeidet med Helseplattformen ved helse- og velferdssentre i Trondheim kommune**

## **INTERVJUGUIDE**

### **Bakgrunn:**

- Hvilken fagbakgrunn/utdannelse har du?
- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du jobbet som avdelingsleder?
- Kan du si noe kort om dine arbeidsoppgaver?

### **Leders forståelse av egen rolle:**

- Hvilke arbeidsoppgaver er spesifikt knyttet til lederrollen din?
- Hva er viktig for deg i jobben din som leder?
- Hvilke områder er mest utfordrende for deg som leder?
  - Samarbeid/kommunikasjon med andre enheter (internt/eksternt)
  - Personalgruppen
  - Samhandling med ledernivåene over?
- Hvilke store endringsprosesser har du som leder tidligere stått i/vært del av i denne avdelingen?



### **Leders forståelse av Helseplattformen:**

- Kan du fortelle litt om din forståelse av Helseplattformen?
- Har du fått informasjon, hvilken og hvordan?
  - Har du oppsøkt informasjon selv, eller har du fått den?
- Har du fått opplæring, hvilken og hvordan?
- Kan du beskrive opplæringen du har fått?
- Hvordan opplever du denne opplæringen?
- Hva har vært positivt eller utfordrende i opplæringsprosessen?

Hvilke utfordringer tenker du at HP kan hjelpe deg å løse på din avdeling/i tjenesten/sektoren/kommunen?

- Samarbeid/kommunikasjon med andre enheter (internt/eksternt)
- Personalgruppen
- Samhandling med ledernivåene over?

### **Forventninger til HP som ledelsesverktøy:**

- Hva er dine forventninger til HP?
- Hvilket type verktøy tenker du dette er?
- Hvordan kan du bruke dette verktøyet i din ledelsesutførelse?
- Hvordan vil HP innvirke på dine prioriteringer på ditt arbeid som leder?
- Hva tenker du er utfordrende med HP som ledelsesverktøy?



## **Personalgruppens møte med Helseplattformen:**

- Kan du beskrive personalgruppa di?
  - Størrelse - antall personer og antall årsverk?
  - Hvordan er turnover ved din avdeling?
  - Sammensetning av fagbakgrunn?
  - Sammensetning demografi; alder, kjønn og språk
  
- Hvordan opplever du den digitale kompetansen i personalgruppa di?
  - Er den digitale kompetansen en utfordring mtp innføringen av HP?
  - Hvilke utfordringer vil du ha med tanke på digital kompetanse ved innføringen ved HP
  
- Hvordan håndterer personalgruppa endring?
  - Hvordan er tidligere endringer mottatt?
  - Hvordan har personalgruppen håndtert tidligere endringsprosesser?
  - Hva forventer du kan være utfordrende med innføringen av Helseplattformen?
  
- Har personalgruppen din fått informasjon og opplæring om HP?
  - Hvordan opplever du at de ansatte forstår formål og gevinst med Helseplattformen?
  - Hvilke tilbakemeldinger får du fra de ansatte om Helseplattformen?
  - Hvilke holdninger til Helseplattformen opplever du i personalgruppen din?

### **Utfordringer med implementering av HP:**

- *Utfordringer* for deg som leder ifm implementeringen:
  - Hvordan tenker du at innføringen av HP vil endre din rolle som leder, og din lederpraksis?
  - Utfordringer knyttet til praksis og operativ drift.
- Hva tenker du om å opprettholde vanlig drift/tjenesteproduksjon samtidig som Helseplattformen innføres på avdelingen din?
- Hvordan vil innføringen påvirke rutiner og ansvarsforhold i personalgruppa?
- Hvilken endringskompetanse tenker du at du trenger for å implementere Helseplattformen på en god måte?
  - som leder
  - i personalgruppen

### **Oppsummerende spørsmål:**

- Vi har snakket om innføringen av HP som en endringsprosess. Hva tenker du om denne prosessen sammenlignet med andre prosesser du har stått i?
- Du står nå midt i en endringsprosess. Hvilke råd vil du gi til de som kommer etter?
- Hva skulle du ønsket du hadde visst/fått informasjon om på et tidligere tidspunkt?
- Hva kan kommuner lære av Trondheim i sitt arbeid med å ta i bruk Helseplattformen?
- Er det noe du ønsker å fortelle, som vi ikke har spurt om?

