



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2019 30 stp

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Handelshøyskolen

Utfordringer med implementering og bruk av trygghets- og mestringsteknologi i hjemmetjenesten

Erfaringer med medisindispensere fra
mellomlederens perspektiv

Challenges with implementation and use of patient
care technology in the home care sector – middle
managers' experiences and perspectives with
automatic medicine dispensers

Maria S. Dyrbek Kamara

Anne Mette Kjølsvold

Mastergrad i økonomi og administrasjon

Forord

Denne studien markerer slutten på det toårige masterprogrammet i økonomi og administrasjon ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet - NMBU. Studien har gitt oss dypere innsikt i mellomlederes opplevelser av implementering og bruk av trygghets- og mestringskapende teknologier. Valg av tema kommer hovedsakelig fra at begge to har foreldre som jobber i helsesektoren. Velferdsteknologi har fanget vår interesse, da markedet er lite forsket på og er fremvoksende.

Gjennom studien har vi fått muligheten til å samarbeide med et konsulentselskap som jobber med innovative løsninger og som ser nytten av å bruke teknologi i helsesektoren. Vi har satt stor pris på dette samarbeidet og responsen vi har fått gjennom hele skriveprosessen.

Først og fremst vil vi rette en stor takk til vår veileder, professor Siw Fosstenløy, som har vært en viktig støttespiller og kommet med nyttige innspill underveis. Vi vil også takke familie og venner som har kommet med oppmuntrende ord og tilbakemeldinger. Dette har gitt oss motivasjon og pågangsmot i skriveperioden.

Vi ønsker å takke alle respondenter som har deltatt i forskningsprosjektet og som har tatt seg tid til å dele sine meninger i en travel arbeidshverdag.

Oslo 15. mai 2019

Maria Kamara

Anne Mette Kjøstvedt

Nøkkelord: Trygghetsteknologi, mestringssteknologi, medisindispensere, velferdsteknologi, Oslo kommune, utfordringer, hjemmetjenesten, mellomledere, spredningsprosjektet.

Sammendrag

Økt satsing på implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren er essensielt for å takle Norges fremtidige utfordringer. Sektoren står overfor utfordringer knyttet til en økende eldrebølge og nye brukergrupper, samtidig som antallet yrkesaktive personer synker (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 4). Økt satsing på velferdsteknologi skal skape trygghet, mestring og selvstendighet for bruker, og bidra til at samfunnet sparer store kostnader ved å f.eks. redusere antall arbeidstimer. Teknologien ble først introdusert til fem bydeler i Oslo i 2014 gjennom prosjektet "velferdsteknologi i sentrum" (VIS). Erfaringene og teknologien fra VIS-prosjektet ble deretter spredd videre til flere bydeler via "spredningsprosjektet". Nye teknologiske løsninger byr på en rekke utfordringer knyttet til organisering av hjemmetjenesten. Det er tilsynelatende gjort lite forskning på hvilke utfordringer mellomledere i hjemmetjenesten opplever og derfor vil dette undersøkes nærmere. Tema for studien er utfordringer som oppstår under implementering og bruk av velferdsteknologi i Oslo kommune. Herunder er oppgaven avgrenset til elektroniske medisindispensere som er en del av trygghet- og mestringsskapende teknologier. Forskningsspørsmålet som stilles er: *Hvilke utfordringer opplever mellomledere ved implementering og bruk av medisindispensere i hjemmetjenesten?*

Studien tar utgangspunkt i forskning innenfor organisasjonsendring og innovasjon. Teoriene som benyttes er i hovedsak Kotters åttetrinnsmodell (2012a), Sundbos (2008) innovasjonsprosess og Kommunesektorens organisasjon (KS) (2018) "veikart for tjenesteinnovasjon". Teoriene knyttes sammen for å undersøke hvor i endringsprosessen det har oppstått utfordringer og hva som er kilden til dette. Det er gjennomført en kvalitativ studie med semistrukturerte dybdeintervjuer, hvor datamaterialet fra intervjuene ble analysert tematisk. Respondentutvalget bestod av 12 mellomledere fra seks ulike bydeler i hjemmetjenesten.

Mangelfull opplæring, liten tid og motstand fra personalet er tre essensielle utfordringer som mellomledere opplever under implementeringen. Videre viser studien tre utfordringer som hindrer optimal bruk av medisindispenserne; de samkjørte ikke med medisinene, var ikke egnet for alle brukere og dispenserens avga mange feilmeldinger. Fem organisatoriske faktorer som også påvirker mellomledernes opplevelse av utfordringene er; mellomledernes forståelse av formål og betydning med velferdsteknologi, mellomlederens rolle, kommunikasjon og involvering i prosessen, synliggjøring av gevinster og kultur for innovasjon i bydelen.

Abstract

Norway is faced with vast challenges in the Health Care sector, and the implementation of welfare technology in this sector is considered to be part of the solution. These challenges are related to a growing population of elderly people and new patient groups, and at the coinciding decrease in share of working-age population (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2016, p. 4).

Increased focus on welfare technology would create safety, empowerment and independence for patients, and save the society of substantial costs. Welfare technology was first introduced in 2014 in five municipalities in Oslo, through the project "velferdsteknologi i sentrum" (VIS) (Welfare Technology in the Center – authors' translation). The experiences and technologies from the VIS-project were further introduced to other municipalities through "spredningsprosjektet" (The Distribution Project – authors' translation). Several challenges, related to organizational structure, arise when new technological solutions are implemented in the home care sector. Little research has been found concerning what challenges middle managers in the home care service experience. This thesis therefore aims to explore this further.

The theme of this study is challenges that arise during the implementation and use of welfare technology in five of Oslo's municipalities. Hereunder, this task is limited to electronic medicine dispensers that are part of patient care technologies. The research question posed is: *What challenges do middle managers experience when implementing and using medicine dispensers in the home care service?* The study is based on research within the organizational change and innovation field. The theories used in this thesis are mainly Kotter's 8-step Change Model (2012a), Sundbo's (2008) Innovation Process and kommunesektorens organisasjon (KS) (2018) Roadmap for Service Innovation. The theories are linked to examine wherein the change process challenges have arisen and the source of these challenges. This is a qualitative study with semi-structured in-depth interviews. Participants included 12 middle managers from six different municipalities in the home care sector. Data from the interviews were analyzed thematically.

Insufficient training, little time and resistance from staff are three essential challenges that middle managers experience during implementation. Furthermore, three other challenges prevented optimal use of medicine dispensers; the medicine dispenser was not suitable for all types of medicines, the medicine dispenser did not suit all types of patients and many errors on

the dispenser were reported. Five other organizational factors also influenced the middle managers' experience of the challenges. These were related to the middle manager's opinion and purpose of welfare technology, middle managers position, communication and involvement, make gains visible and the services innovation culture.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Forskningsspørsmål.....	2
1.3 Oppgavens formål, relevans og bidrag.....	3
1.4 Oppgavens struktur	4
2. Forskningens kontekst	5
2.1 Velferdsteknologi	5
2.3 Velferdsteknologi i sentrum prosjektet	6
2.4 Spredningsprosjektet	7
3. Teorigrunnlag	10
3.1 Endringsledelse	10
3.1.1 Kotters åttetrinnsmodell	12
3.1.2 Kritikk til Kotters åttetrinnsmodell	16
3.2 Innovasjon	17
3.2.1 Innovasjonsbegrepet	17
3.2.2 Innovasjonsprosessen	18
3.2.3 Innovasjon i offentlig sektor	19
3.2.4 Innovasjonskultur	20
3.2.5 Tjenesteinnovasjon.....	20
3.2.6 Veikart for tjenesteinnovasjon	21
3.3 Mellomledelse	22
3.3.1 Mellomlederens rolle og posisjon	22
3.3.2 Mellomledere i endringsprosesser.....	23
3.4 Sammenligning av teoriene	25
4. Metode	27
4.1 Forskningsdesign.....	27

4.1.1 Valg av forskningsmetode.....	28
4.2 Datainnsamling.....	28
4.2.1 Semistrukturerte intervjuer.....	29
4.2.2 Utvalg og rekruttering	30
4.3 Dataanalyse	31
4.4 Forskningskvalitet	35
4.4.1 Reliabilitet	35
4.4.2 Validitet.....	35
4.5 Etske avveininger	36
4.6 Oppsummering av metodiske valg	37
5.0 Empiri og analyse	38
5.1 utfordringer i implementeringsfasen	38
5.1.1 Tidspress.....	39
5.1.2 Mangelfull opplæring	41
5.1.3 Motstand fra ansatte	43
5.2 utfordringer med bruk av medisindispensere	48
5.2.1 Dispenseren samkjører ikke med medisinene	48
5.2.2 Dispenseren er ikke egnet for alle brukere	49
5.2.3 Dispenseren avgir mange feilmeldinger.....	50
5.2.4 Valg av medisindispenser.....	51
5.2.5 Analyse av utfordringer med bruk av medisindispensere	52
5.3 Organisatoriske faktorer som påvirker mellomlederens opplevelse	54
5.3.1 Betydning og formål - velferdsteknologi	55
5.3.2 Mellomlederens rolle.....	57
5.3.3 Involvering og kommunikasjon	58
5.3.4 Synliggjøring av effekter.....	61
5.3.5 Kultur for innovasjon	62

5.4 Oppsummering av empiri og analyse.....	65
6. Resultater og diskusjon.....	67
6.1 Resultater.....	67
6.1.1 Utfordringer med implementering og bruk av medisindispensere.....	67
6.1.2 Organisatoriske faktorer.....	70
6.1.3 Sammenheng mellom utfordringer og organisatoriske faktorer.....	72
6.1.4 Kobling mellom studiens resultat og teori.....	73
6.2 Diskusjon.....	74
6.2.1 Utfordringer som samsvarer med Kotters åttetrinnsmodell.....	75
6.2.2 Utfordringer som ikke samsvarer med Kotters åttetrinnsmodell.....	76
6.2.3 Studiens teoretiske bidrag.....	76
6.3 Svakheter og styrker ved studien.....	77
7. Konklusjon.....	79
7.1 Implikasjoner.....	81
7.2 Videre forskning.....	82
Litteraturliste.....	83
Appendix.....	92
Appendix 1 - Intervjuguide.....	92
Appendix 2 - Forespørsel om deltakelse i studien.....	95
Appendix 3 – Behandling av personopplysninger.....	98
Appendix 4 - Flere sitater fra intervjuene.....	100
Tabell 1 – Tidspress.....	100
Tabell 2 – Opplæring.....	101
Tabell 3 – Motstand fra ansatte.....	102
Tabell 4 – Dispenseren samkjører ikke med medisinene.....	104
Tabell 5 – Dispenseren er ikke egnet for alle brukere.....	105
Tabell 6 – Dispenseren avgir mange feilmeldinger.....	106

Tabell 7 – Valg av medisindispenser.....	107
Tabell 8 – Betydning og formål – velferdsteknologi.....	108
Tabell 9 – Mellomlederens rolle.....	109
Tabell 10 – Involvering og kommunikasjon.....	110
Tabell 11 - Synliggjøring av effekter	116
Tabell 12 - Kultur for innovasjon	117

Liste over figurer

Figur 1: Elektroniske medisindispensere	8
Figur 2: Prosjektorganisering av VIS	11
Figur 3: Kotters åttetrinnsmodell	12
Figur 4: Sundbos innovasjonsprosess	18
Figur 5: KS "veikart for tjenesteinnovasjon"	22
Figur 6: Sammenligning mellom Kotters åttetrinnsmodell, innovasjonsprosessen og "veikart for tjenesteinnovasjon"	25
Figur 7: Studiens utvalg	31
Figur 8: utfordringer mellomlederne har opplevd ved implementering og bruk av medisindispensere	68
Figur 9: Organisatoriske faktorer	70
Figur 10: Sammenheng mellom utfordringer og organisatoriske faktorer.....	72
Figur 11: Kobling mellom resultat og teori.....	74

Liste over tabeller

Tabell 1: Liste over temaer og underkategorier	34
Tabell 2: Oppsummering av metodiske valg.....	37

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Innovasjon og endring er viktige temaer innen organisasjonsfeltet og har i lang tid vært gjenstand for forskning og diskusjon (Schumpeter, 1939; Bower & Christensen, 1995; Kotter, 1995; Strebel, 1996; Tushman & O'Reilly, 1996). Etter at Schumpeter satt innovasjonsbegrepet på kartet gjennom boken *The Theory of Economic Development* (1934), har essensen også blitt benyttet i offentlig sektor (Nærings- og handelsdepartementet, 2008, s. 17). I St.meld. nr. 31 (2000-2001, s. 5) trekkes fornyelse av offentlig sektor frem som avgjørende for å opprettholde velferdssamfunnet. Det kommer også frem at bedre systemer må skapes for at ressursene og forvaltning av pengene i offentlig sektor kan gi større nytte. Teknologibruk er et sentralt virkemiddel for å forbedre utnyttelse av tildelte ressurser i offentlig sektor. Her handler teknologibruk om å forbedre og fornye tjenester på en effektiv måte (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 6-7). Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016, s. 5-16) påpeker at mulighetene til innovasjon må utnyttes bedre. Digitalisering kan være et svar på dette, da det tilrettelegger for økt innovasjon og verdiskaping (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 5-16).

De siste tiårene har de mest omfattende endringene i kommunale omsorgstjenester oppstått i hjemmetjenesten. Det er primært hjemmesykepleien som vokser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 33). En årsak til denne veksten kan være at Norge har en aldrende befolkning hvor levealderen øker samtidig som etterkrigskullene blir eldre (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 4). Kommunene bruker mer ressurser på hjemmesykepleien enn på sykehjem og institusjonsomsorg. For 25 år siden var to tredeler av årsverkene i omsorgstjenesten knyttet til institusjonsomsorg, mens bare en tredel var knyttet til hjemmetjenester. Nå er forholdet endret og antall årsverk er størst i hjemmetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 33). På bakgrunn av de ovennevnte utviklingstrekkene, vil det ikke være nok tilgjengelige helsearbeidere i omsorgstjenesten for å imøtekomme det økende behovet. Teknologi rettet mot helsesektoren (velferdsteknologi) fremheves som et viktig satsingsområde for å lette på presset (NOU 2011: 11 s, 98-99). Den økte satsingen kan også skape trygghet for ansatte og brukere i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Dette ønsker også hjemmetjenesten, da de har valgt å implementere teknologiske innovasjoner som f.eks. medisindispensere. Til tross for de ønskede positive effektene har det oppstått bekymringer om teknologien kan erstatte de "varme hendene" til omsorgsarbeiderne, i form av

at pasienten ikke blir tatt godt nok vare på (Intro International, 2018, s. 68). Basert på nettopp dette, kan forholdet mellom mellomleder og implementering av ny teknologi avgjøre hvorvidt en innovasjon skaper verdi for hjemmetjenesten.

1.2 Forskningsspørsmål

Tema for denne utredningen er mellomledernes oppfatning av velferdsteknologiske løsninger og studien vil utforske bydelene som er en del av spredningsprosjektet¹. Herunder er oppgaven avgrenset til medisindispensere som er en del av trygghets- og mestringsskapende teknologier som hjemmetjenesten har implementert og tatt i bruk de siste årene. Bruk av mestringsskapende teknologier skal gjøre at brukere bedre kan mestre egen helse og sykdom. Slike løsninger er rettet til personer som har behov for rehabilitering og vedlikehold av mobilitet, personer som har kroniske sykdommer/lidelser eller psykiske helseutfordringer. Trygghetsskapende teknologier skal bidra til trygghet ved at bruker får muligheten til å bo hjemme lenger. Slike teknologiske løsninger kan motvirke ensomhet og åpne opp for sosial deltakelse (Knarvik, Rotvold, Bjørvig & Bakkevoll, 2017, s. 7).

Formålet med utredningen er å skaffe mer kunnskap om mellomledere i hjemmetjenesten. Fokuset er rettet mot hvilke utfordringer mellomledere opplever når ny teknologi blir implementert og tatt i bruk. Oppgaven vil drøfte i hvilken grad mellomledere opplever å ha blitt inkludert i implementeringsprosessen og betrakte om respondenter fra samme bydeler har samme erfaringer. På bakgrunn av dette vil følgende forskningsspørsmål bli utforsket:

Hvilke utfordringer opplever mellomledere ved implementering og bruk av medisindispensere i hjemmetjenesten?

I denne konteksten handler *utfordringer* om hvilke hindringer mellomlederne har møtt underveis i endringsprosessen. *Mellomlederen* har en posisjon mellom toppledelsen og ansatte i hjemmetjenesten, hvor deres rolle er å styrke den operative kjernen og være informasjonsformidler både oppover og nedover i hierarkiet². Med *implementering* menes her innføring av medisindispensere, altså fasen hvor teknologien omsettes til arbeidsplassen. *Bruk* handler om hvilke direkte og indirekte erfaringer mellomledere inntar ved anvendelse av

¹ Spredningsprosjektet er et prosjekt som har til hensikt å videreføre erfaringer og spre velferdsteknologi til bydeler i Oslo kommune. Se s. 7 for ytterligere informasjon.

² For mer informasjon om mellomlederens rolle, se side 22.

medisindispenserne³. *Hjemmetjenesten* er hjemmebaserte tjenester som hjelper personer som ikke klarer dagliglivets gjøremål. Oslo kommune består av 15 bydeler hvor det tilbys helsetjenester i form av hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre former for helsehjelp (Oslo kommune, u.å.a). Hjemmetjenesten i bydelene er strukturert forskjellig noe som gjør at stillingsfunksjonen til mellomlederne varierer.

1.3 Oppgavens formål, relevans og bidrag

Endring, innovasjon og helsesektoren er begreper som har blitt knyttet sammen de siste årene. Innenfor endringsteori blir Kotters åttetrinnsmodell ansett som et nyttig verktøy å bruke når man betrakter endringsprosesser. Det er behov for innovasjon i kommunen (NOU 2011: 11, s. 49) og tjenesteinnovasjon⁴ er en forutsetning ved implementering av velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2012, s. 11). Internasjonal litteratur har vist at innføring av velferdsteknologi kan forbedre tjenestene helsesektoren tilbyr. Litteraturen taler også for at velferdsteknologi i hjemmet bidrar til å avlaste behov for helsetjenester. Dette vises i form av reduksjon i antall legevaktbesøk og liggedager (Kistorp, Hansen & Almqvist, 2016, s. 45). Innenfor denne konteksten er det lite litteratur som inkluderer erfaringer fra mellomledere. Dette kan ha en sammenheng med at velferdsteknologi er et relativt nytt begrep og satsingsområde. Det er publisert flere offentlige dokumenter som handler om velferdsteknologi, hvor de vektlegger utfordringer knyttet til ansatte, pårørende og brukere. Fåtalet belyser hvilke opplevelser mellomledere har i implementeringsprosessen (NOU 2011: 11; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). På grunn av dette vil denne studien utforske mellomledernes opplevelser.

Formålet med studien var å undersøke utfordringer knyttet til implementering og bruk av medisindispensere i seks bydeler i Oslo kommune. En viktig grunn til å studere mellomledernes opplevde utfordringer i spredningsprosjektet, er at det foreløpig ikke har blitt gjennomført kvalitativ forskning på dette i Norge. Selv om rapporten til VIS-prosjektet⁵ nevner barrierer som har oppstått ved innføring av velferdsteknologi (VIS-prosjektet, 2017, s.16), er ikke mellomlederne i spredningsprosjektet en del av forskningen. Hovedfokuset i VIS-prosjektet var hvordan velferdsteknologi kan bidra til egenmestring for bruker og opplevelsen til ansatte under

³ Elektronisk medisineringsstøtte som varsler når bruker skal ta medisin.

⁴ Se begrepsforklaring i delkapittel 3.2.5 s. 20

⁵ Velferdsteknologi i sentrum prosjektet er et pilotprosjekt som ble opprettet for å implementere velferdsteknologi i utvalgte bydeler i hjemmetjenesten i Oslo. Se s. 6 for mer informasjon

prosjektinnføringen. Rapporten gir begrenset, men viktig informasjon om hvilken utfordring det var å få med alle mellomledere i prosjektet (VIS-prosjektet, 2017, s. 16). Rapporten forteller ikke om årsakene til dette, eller peker på andre utfordringer som mellomledere har opplevd i forbindelse med innføringen. På bakgrunn av dette vil denne studien gi et nytt bidrag i norsk sammenheng.

1.4 Oppgavens struktur

Denne studien har følgende struktur; kapittel 2 vil starte med en gjennomgang av konteksten for å få en dypere forståelse for hva som ligger bak Spredningsprosjektet. I dette kapitlet presenteres betydningen av velferdsteknologi, Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, Velferdsteknologi i sentrum- og Spredningsprosjektet.

Kapittel 3 tar for seg studiens teoretiske grunnlag, derunder organisasjonsendring, innovasjon og mellomledelse. Her vil følgende rammeverk bli redegjort; Kotters åttetrinnsmodell, Sundbos innovasjonsprosess, “veikart for tjenesteinnovasjon” og mellomledernes rolle. I kapittel 4 vil studiens metodiske valg begrunnes.

Videre vil kapittel 5 gå i dybden på studiens empiri og analyse, hvor empirien blir diskutert opp mot eksisterende- og ny teori. Sitater fra respondentene vil komme fortløpende i teksten for å presisere funnene. I kapittel 6 blir studiens resultater presentert. I tillegg vil denne delen inkludere en diskusjon av resultatene, studiens teoretiske bidrag og svakheter og styrker ved studien. I kapittel 7 avsluttes oppgaven med en konklusjon, implikasjoner og anbefalinger til videre forskning.

2. Forskningens kontekst

I dette kapitlet introduseres konteksten til trygghets- og mestringsskapende løsninger. Herunder velferdsteknologi som satsingsområde, det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, VIS- og spredningsprosjektet som har sitt utspring i velferdsteknologiprogrammet. Avslutningsvis går det inn på hvilke typer medisindispensere hjemmetjenesten har anskaffet.

2.1 Velferdsteknologi

For å kunne løse morgendagens utfordringer i helse- og omsorgssektoren, har innovasjon i offentlig sektor blitt fremhevet som et viktig satsingsområde både nasjonalt og internasjonalt. På bakgrunn av dette har velferdsteknologi fått økt oppmerksomhet. Økt fokus på velferdsteknologi henger tett sammen med samfunnsutfordringer knyttet til; knapphet på menneskelige ressurser i helse- og omsorgssektoren, den stigende økningen i antall eldre og kravene som stilles til offentlige tjenester (NOU 2011: 11, s. 99-100).

Ifølge Hagen-utvalgets utredning *“innovasjon i omsorg”* (NOU 2011: 11, s. 99-100) er velferdsteknologi en samlebetegnelse for teknologi som skal bidra til økt trygghet og bedre tjenester for både brukeren og pårørende. Bruk av teknologiske løsninger skal være med på å styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon og klare seg selv i hverdagen i egen bolig, til tross for tilstanden den enkelte er i. Hensikten med bruk av velferdsteknologi er hvilken støtte teknologien kan gi den enkelte bruker og hvilken livskvalitet den resulterer i (NOU 2011: 11, s. 99-100).

“Velferdsteknologi handler ikke om teknologi - men om mennesker.”

Nils Peter Nissen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

For å kunne møte fremtidens omsorgsutfordringer foreslo regjeringen i sin innovasjonsmelding *“Et nyskapende og bærekraftig Norge”* (St.meld. nr. 7 (2008-2009)) å nedsette et offentlig utvalg til og anskaffe nye innovative løsninger for helse- og omsorgssektoren. Utvalget skulle fremlegge forslag til utforming av fremtidens tjenestetilbud ved å vektlegge brukerinnflytelse, egenmestring, ny teknologi og arkitektur, og nye boformer (NOU 2011: 11, s. 10).

2.2 Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet

Etableringen av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (NVP) ble fremmet i St.meld. nr. 29 (2013) fra stortingsmeldingen “*morgendagens omsorg*”. Forslaget dreide seg om å igangsette et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunens helse- og omsorgssektor. Planen er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon i Norge (KS) og Helsedirektoratet. NVP ble startet opp i 2014 og innen 2020 skal programmet sikre at velferdsteknologi er en del av helse- og omsorgssektorens tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 27).

Målet med velferdsteknologiprogrammet er å skape en tryggere hverdag for brukere, helsepersonell og pårørende. Programmet har tre innsatsområder;

1. Innføre og spre tidligere utprøvd trygghetsteknologi,
2. Utvikle og teste ny trygghets- og mestringsteknologi innenfor følgende områder; medisinsk avstandsoppfølging, barn og unge med nedsatt funksjonalitet, og bygge et sosialt nettverk for eldre,
3. Infrastruktur og arkitektur som skal legge til rette for effektiv implementering og bruk av velferdsteknologi (Direktoratet for e-helse, 2018, s. 7).

Formålet med planen er å gi mennesker muligheten til å mestre eget liv og helse i eget hjem og kunne møte morgendagens utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 27).

2.3 Velferdsteknologi i sentrum prosjektet

På bakgrunn av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, etablerte bydelene St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Sagene, Grünerløkka og Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS) et samarbeidsprosjekt som kalles velferdsteknologi i sentrum (VIS). Prosjektet ble finansiert via statsbudsjettet og Helsedirektoratet, men Helsedirektoratet stod ansvarlig for koordineringen av prosjektet. VIS-prosjektet ble satt i gang tidlig i 2014 og var en del av forskningen på effektene av velferdsteknologi i hjemmetjenesten. Formålet med prosjektet var å dokumentere hvilken nytte implementering av teknologiske løsninger har for både brukeren og tjenesten (VIS-prosjektet, 2017 s. 7).

Som en del av VIS-prosjektet er det prøvd ut ulike velferdsteknologiske løsninger. Følgende teknologier har blitt utprøvd; mobile trygghetsalarmer, elektroniske medisindispensere og

medisinsk avstandsoppfølging (blodsukkerapparat, blodtrykksapparat, termometer og vekt). Teknologiene skal forhindre flere innleggelses på sykehus, forebygge forverring av brukers helse og bidra til at bruker kan bo hjemme lenger (Ørjasæter & Kistorp, 2016, s. 8). Resultatene fra VIS-prosjektet viser at flertallet av brukerne er fornøyde med hvordan tjenesten fungerer (Oslo kommune, 2018, s. 3). Underveis i prosjektet har det vist seg at det er flere barrierer knyttet til de ansatte og de som står ansvarlige for prosjektet. Viktige barrierer som ble oppdaget i prosjektet var;

- Få med alle mellomledere,
- Lære opp ansatte i en tjeneste med turnusordninger,
- Synliggjøre gevinster som spart tid og økt kvalitet,
- Ansatte er utrygge på teknologien,
- og negativitet i personalet påvirker bruker- og ansattgruppen (VIS-prosjektet, s. 4 og s. 16).

Velferdsteknologi er bare en av få ting som skal prioriteres i hjemmetjenesten, og en mellomleder har ansvaret for både ledelsen og den daglige driften (VIS-prosjektet, s. 4).

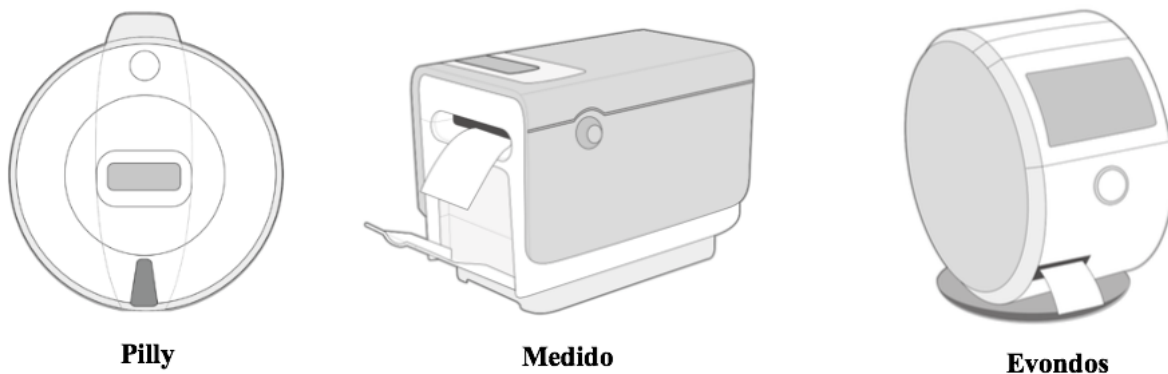
Sluttrapporten fra VIS-prosjektet (2017, s. 16) vektlegger at det er viktig at alle ansatte i hjemmetjenesten får riktig informasjon om velferdsteknologi, en grundig opplæring og at de kontinuerlig oppdateres om teknologiens utvikling. Basert på tidligere forskning har det vist seg at implementering og bruk av velferdsteknologi har vært ressurskrevende og man må gjøre en endring i organisasjonsstrukturen. Dette kommer av at hjemmetjenesten er preget av turnusordninger og stadig nye utskiftninger av personalet. For å kunne lykkes med implementering av teknologi, er det viktig at teknologien blir prioritet og integrert på alle nivåer i organisasjonen (VIS-prosjektet, s. 4).

2.4 Spredningsprosjektet

Erfaringene fra VIS-prosjektet har resultert i positive resultater for brukeren og bydelene har fått bedre kunnskaper om hvordan velferdsteknologi skal implementeres. På bakgrunn av dette ble det bestemt å innføre velferdsteknologiske løsninger i alle bydelene i Oslo. Prosjektet som ble startet kalles spredningsprosjektet og tar utgangspunkt i VIS-prosjektets utprøving av elektroniske medisindispensere. Hovedformålet er at de respektive bydelene fra VIS-prosjektet skal dele sine erfaringer og støtte de resterende bydelene under implementeringen av medisindispensere. Dette vil være en slags fadder/mentorordning hvor de skal sørge for at implementeringen går raskere. Etterhvert som spredningsprosjektet har tatt form, ble det

besluttet å innføre andre typer velferdsteknologiske løsninger som mobile trygghetsalarmer, digitalt tilsyn, toveis videokommunikasjon og e-låser (Oslo kommune, 2018, s. 1-5).

Denne studien vil kun fokusere på elektroniske medisindispensere og per dags dato er det tre ulike typer som blir benyttet i hjemmetjenesten; Pilly, Medido og Evondos. Formålet med de forskjellige medisindispenserne er at pasienter skal kunne bo hjemme og ta medisiner selv. Dette bidrar til økt egenmestring for pasienten og i tillegg frigjør dispensereren tid slik at hjemmehjelpen kan bruke tiden til andre helseoppgaver. Ved bruk av automatisk medisineringsløsninger vil det oppstå gevinster i form av kostnadsbesparelser og økt kvalitet i tjenesten (Evondos, u.å).



Figur 1: Elektroniske medisindispensere

Pilly

Pilly er den minste medisineringsløsningen hvor pillene legges i en “karusell”. Dispensereren fungerer som en automatisk dosett som fylles med inntil 28 medisindoser (Dignio, u.å). En dosett er en liten boks hvor man manuelt legger inn medisiner for hånd. Bruk av dosett er vanlig hos pasienter som stadig endrer medisiner (Svagård, Ausen & Røhne, 2015, s. 10). Dosetten er enkel å ta med seg og gir lyd-signal når medisinen skal tas (Dignio, u.å).

Medido

Medido er en automatisk multidosedispenser som leser tidspunkt for medisiner (Dignio, u.å). Multidose vil si at medikamenter blir plassert maskinelt i doseringsposer. Hensikten med systemet er å forbedre kvaliteten i legemiddelhåndteringen for pasienter som benytter seg av flere legemidler samtidig. Dette skal gjøre av medisineringen blir stabil (Hjelle, 2015, s. 10). Maskinen har en enkel brukervennlighet og dersom medisinen ikke blir hentet ut, blir

helsepersonellet varslet. Medido har en innebygd påminnelsesfunksjon som varsler bruker med lydsignal når posen med medisiner kommer ut (Dignio, u.å).

Evondos

I likhet med Medido, er Evondos også en automatisk multidosedispenser, som rommer inntil to ruller med multidose. Evondos er en mer avansert dispenser enn Medido. Dette kommer av at dispenseren alltid må være tilkoblet strømmnett og fordi den har et innebygd SIM-kort som er koblet opp imot GSM-nettet. Dette gjør at hjemmetjenesten blir varslet dersom brukeren ikke tar medisinen sin til rett tid og hvis dispenseren har noen feil. Dispenseren varsler bruker når medisinen skal tas ved hjelp av lyd, lys og forklarende tale. For å gjøre det enkelt for bruker, lager maskinen et lite kutt i posen, og forteller at bruker skal ta medisinen med et glass vann. Evondos er utviklet for å lette hverdagen til langstidsmedisinerte eldre personer eller demente som har en tilknytning til hjemmetjenesten (Evondos, u.å).

Dette kapitlet har tatt for seg hvilken kontekst velferdsteknologi, derav VIS- og spredningsprosjektet, befinner seg i. Neste kapittel vil ta for seg teori som ligger til grunn for å besvare forskningsspørsmålet.

3. Teorigrunnlag

I denne delen av oppgaven betraktes teorier som anses som aktuelle for å forstå mellomlederens rolle knyttet til endring og innovasjon i en organisasjon. I første del av kapitlet blir oppskriften til en vellykket endringsprosess betraktet med utgangspunkt i Kotters åttetrinnsmodell. Deretter redegjøres det for innovasjonsteori med særlig vekt på Sundbo's innovasjonsprosess, innovasjon i offentlig sektor og innovasjonskultur. I tillegg går kapitlet videre inn på tjenesteinnovasjon, derunder "veikart for tjenesteinnovasjon". For å kunne bruke teori som er knyttet til forskningsspørsmålet, går kapitlet videre inn på mellomlederens rolle i organisasjoner og endringsprosesser. Avslutningsvis blir teoriene sammenlignet.

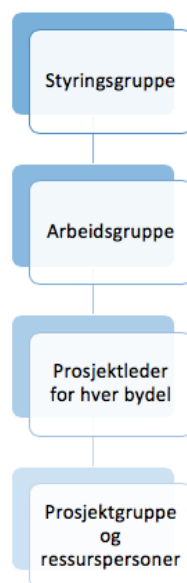
3.1 Endringsledelse

Innledningsvis ble det nevnt at offentlig sektor, særlig hjemmetjenesten har vært utsatt for hyppige endringer og omstillinger den siste tiden. I lys av omveltningene tjenesten har stått overfor, vil oppgaven ta for seg hvordan mellomledere har opplevd endringene knyttet til implementering av medisindispensere i sin bydel. Det er ingen endringsprosesser som er like og det finnes flere teorier om endringsledelse. En av de mest kjente er Kotters åttetrinnsmodell for en vellykket endringsprosess. For å forstå hvordan endringene har foregått og hvordan mellomlederne agerer på disse, anses det som essensielt å benytte seg av Kotters åttetrinnsmodell for organisatoriske endringer.

John P. Kotter blir betraktet som en ledende professor innen lederskap og endring, og har rettet søkelys på utfordringer som kan oppstå når endringer implementeres (Kotter, 2014, s. 205). I løpet av 40 år observerte Kotter flere ledere og organisasjoner som prøvde å endre sine strategier. På bakgrunn av analyser identifiserte han suksessfaktorer hos bedrifter som hadde oppnådd en vellykket endring, og kombinerte de til et rammeverk som kalles Kotters åttetrinnsmodell (Kotter, 2018). Modellen bygger på en artikkel han skrev i Harvard Business Review i 1994 med tittelen "*Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*", og i 1996 gav han ut boken "*Leading Change*" hvor de åtte trinnene ble fremlagt. 16 år senere, i 2012, publiserte han en revidert utgave av den samme boka. Her pekte han på at materialet i boka var mer relevant nå enn tidligere, på grunn av organisasjoners økende endringstakt (By, Hughes & Ford, 2016, s. 11) (Kotter, 2012a, s. vii). Kotter videreutviklet sin modell i artikkelen *Accelerate!* (Kotter, 2012b) og deretter gjennom boken *Accelerate: building strategic agility*

for a faster moving world (Kotter, 2014). Rammeverket er i dag en anerkjent metode å bruke i både privat og offentlig sektor for å oppnå vellykket endring (Ditlev-Simonsen, 2017, s. 63).

Det oppdaterte rammeverket bygger på de samme trinnene som *Leading Change*, men en av hovedforskjellene er at i det første rammeverket fra 1996 poengterer Kotter at trinnene i endringsmodellen må følges kronologisk for at organisasjonen skal oppnå en vellykket endringsprosess (Kotter, 2012a, s. 25). I artikkelen *Accelerate!* (Kotter, 2012b) og boka *Accelerate* (Kotter, 2014) omtales trinnene som akseleratorer (*accelerators*) og Kotter peker på at de bør kjøres samtidig og konstant i stedet for sekvensielt. Trinnene ble utformet for å anvendes på et tradisjonelt hierarki, mens akseleratorene krever en mer fleksibel organisasjonsstruktur (Kotter, 2012b). I spredningsprosjektet har det blitt opprettet lokale prosjektgrupper i hver bydel, hvor utnevnte personer har fått opplæring i velferdsteknologien som innføres. Deretter har disse personene lært kunnskapen videre til andre ansatte i sin bydel. Ifølge VIS-prosjektet (2017, s. 4) sin sluttrapport for trygghet og mestring er en av de viktigste anbefalingene i pilotprosjektet å sikre forankring på alle nivåer. Prosjektet har følgende organisering;

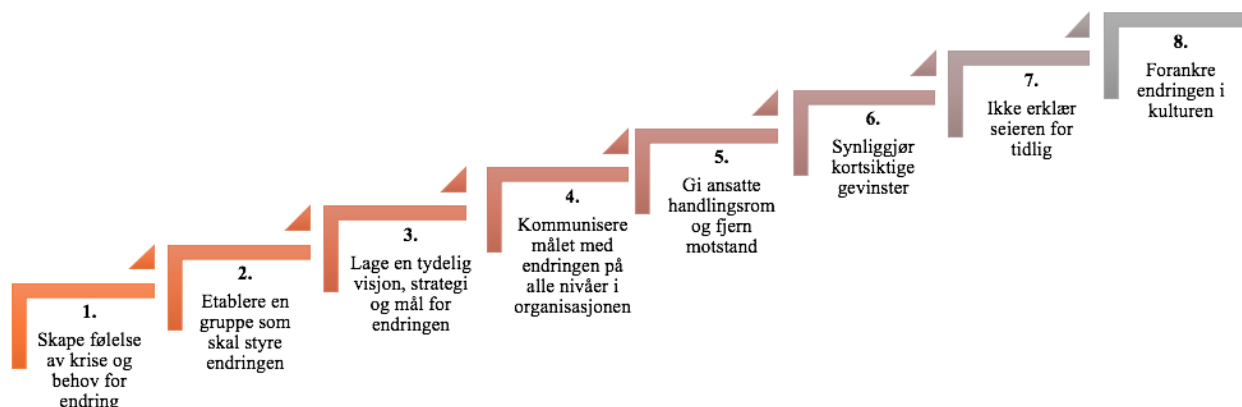


Figur 2: Prosjektorganisering av VIS (VIS-prosjektet, 2017, s. 4)

I likhet med VIS-prosjektet, er hjemmetjenesten i Oslo hierarkisk organisert. Grovt sett ligger den øvre ledelsen på toppen, deretter kommer mellomledelsen og nederst i hierarkiet er de ansatte. På bakgrunn av dette anses Kotters første rammeverk som best egnet til å analysere tjenesten.

3.1.1 Kotters åttetrinnsmodell

Kotters åttetrinnsmodell deles inn i følgende trinn;



Figur 3: Kotters åttetrinnsmodell (Kotter, 2012a, s. 25)

1. Skape følelse av krise og behov for endring

Ifølge Kotter, er det avgjørende å skape en følelse av nødvendighet eller krise for å oppnå forståelse og samarbeid om endringen. Hvis de ansatte ikke opplever endringen som nødvendig, blir det krevende å sette sammen en endringsgruppe med tilstrekkelig makt og troverdighet til å lede endringen. Det blir også utfordrende å overbevise ansatte om at endringen er hensiktsmessig. Videre beskriver Kotter selvtilfredshet som en stopper for vellykket endring, fordi det opprettholder status quo og sørger for at ansatte er fornøyde med dagens situasjon. Med selvtilfredshet menes stolthet eller arroganse. For å skape en følelse av nødvendighet må ledelsen snakke åpent om situasjonen organisasjonen er i (Kotter, 2012a, s. 37-45). Mellomledere med ansvar for én enhet, er nøkkelpersoner når man skal endre én enhet som er en del av en større organisasjon. Det er de som må redusere selvtilfredshet, skape følelsen av nødvendighet og selge visjonen til de ansatte. For å lykkes med dette, er mellomledere avhengig av nok autonomi. Med autonomi menes handlingsrom i jobben. Uten tilstrekkelig autonomi, særlig hvis enheten er preget av stor tilfredshet over tingenes tilstand, vil endringsprosessen mislykkes og tregheter vil oppstå uavhengig av mellomlederens handlinger (Kotter, 2012a, s. 49-50).

2. Etablere en gruppe som skal styre endringen

Vellykket endringsarbeid bygger på et tett samarbeid mellom mellomledere, intern stab og eksterne rådgivere. Det er nødvendig at et team eller en sterk styrende koalisjon blir etablert, for at de kan lede endringen tidlig i prosessen. Sammensetningen av gruppen bør bestå av

ansatte fra forskjellige nivåer i organisasjonen med ulik kompetanse. Gruppemedlemmene bør ha tillit til hverandre og jobbe mot et felles mål. Hvis alle i gruppen er opptatte og enkelte ikke anser gruppemøtene som hensiktsmessige, vil det hindre gruppen fra å bygge tillit til hverandre og oppnå en felles forståelse av organisasjonens problemer. Det er kun når endringsgruppen har tillit til hverandre og deler et felles mål at endringen kan lykkes (Kotter, 2012a, s. 54-67).

3. Lage en tydelig visjon, strategi og mål for endringen

Endringsprosesser kan være kaotiske og forvirrende, og det er derfor viktig å formulere en tydelig visjon om hva man ønsker å oppnå for fremtiden. Hensikten med en god visjon er å tydeliggjøre endringens retning. Det skaper målkongruens ved at flere personer motiveres til å jobbe effektivt mot samme mål. Personer er ofte uenige eller forvirret om hvilken retning organisasjonen skal gå og om endringen er nødvendig. Derfor er det essensielt å tydeliggjøre retning. En visjon kan tilrettelegge for store endringer ved å motivere til handlinger som ikke er opportunistiske. Uten en felles oppfatning av retning kan ansatte ende opp i konflikt. En visjon kan være simpel, da den henger sammen med strategi, plan og budsjett. Uten en tydelig visjon, vil ikke en god strategi eller plan inspirere ansatte til handling (Kotter, 2012a, s. 70-74).

4. Kommunisere målet med endringen på alle nivå i organisasjonen

Tydelig kommunikasjon og god dialog er avgjørende i alle faser av en endringsprosess. En klar visjon alene er ikke tilstrekkelig hvis formålet ikke når ut til de ansatte. Ledere kommuniserer ofte for lite, hvilket resulterer i en fastlåst transformasjon. Flere mellomledere blir overveldet med informasjon, som fører til at de får med seg fragmenter av visjonen, ikke helheten. Feil i de tre første trinnene, fører til problemer på dette trinnet. Hvis man ikke har etablert en følelse av krise, så hører ikke folk etter når visjonen blir kommunisert og hvis visjonen er uklar blir det vanskelig å akseptere den. Kommunikasjon av visjonen kan være ekstra krevende for ledere, da de har en tendens til å tenke i retning av sine nærmeste underordnede og sin overordnede leder, ikke bredere. Grunnen til at man mislykkes på dette området, kommer av motstand mot endring og aksept av informasjonen som omhandler endringen. Ved å bruke fagtermer for å snakke om teknologi, hindrer man enkel kommunikasjon av visjonen. Dette skaper kun forvirring, mistenksomhet og fremmedgjøring (Kotter, 2012a, s. 87-92). Visjonen kan bli kommunisert effektivt ved å bruke flere ulike kommunikasjonsplattformer som allmøter, workshops, egne prosjektsider, intranett og ved en-til-en samtaler. Repetisjon er også viktig for at budskapet skal nå frem. Den mest virkningsfulle måten å kommunisere på er når toppledelsen handler i tråd med visjonen og ansatte observerer dette (Kotter, 2012a, s. 95-97). Videre er det

viktig at endringsgruppen etterspør tilbakemeldinger for at visjonen skal nå frem (Kotter, 2012a, s. 101-102).

5. Gi ansatte handlingsrom og fjern motstand

Trinn fem i endringsprosessen handler om tillit og myndiggjøring av ansatte. Det er viktig at endringsgruppen har tilstrekkelig makt til å handle og lede prosessen mot den nye visjonen og at et stort antall ansatte blir involvert i endringsprosessen. Hvis man gjennomfører de foregående trinnene effektivt, har man gjort mye for å myndiggjøre ansatte. Likevel er det flere barrierer som kan hemme de ansatte i å handle i kraft av visjonen. Hensikten med trinn fem er å fjerne barrierer som oppstår under implementeringen i endringsprosessen. Først og fremst må man sørge for å myndiggjøre ansatte ved å fjerne barrierer i organisasjonsstrukturen. Myndiggjøring fører til at ansatte selv bidrar til å iverksette nødvendige tiltak. Dette kan skje gjennom opplæring, trening og mulighet til å gi tilbakemeldinger. Kotter har kartlagt fire store hindringer som kan oppstå i implementeringsprosessen; organisasjonsstrukturen, manglende ferdigheter, samkjøring av systemer og plagsomme ledere (Kotter, 2012a, s. 105-110).

1) *Organisasjonsstrukturen:* Enkelte ledere kan være motstandere mot strukturelle endringer og derfor vanskelig å påvirke. De overbeviser seg selv om at det de gjør er det rette for organisasjonen. Hvis mellomledelsen ikke opplever en følelse av nødvendighet, ser et dedikert endringsteam, opplever en fornuftig visjon for endringen eller føler at flere tror på visjonen, bidrar dette til at de motstår enkelte strukturelle endringer. En annen faktor som kan myke opp implementeringen er at overordnede tar imot klager fra de ansatte som er rettet mot strukturen i organisasjonen (Kotter, 2012a, s. 108-110).

2) *Gi nødvendig opplæring:* En annen vanlig implementeringsfeil oppstår når man forventer at ansatte skal endre vaner som er bygd opp over tid. Folk lærer seg de tekniske ferdighetene, men ikke den sosiale atferden som kreves for å få de nye ordningene til å fungere. Ansatte får vite hvilken retning de skal gå før de begynner i jobben, men de får ikke nok oppfølging til å takle problemer som oppstår underveis i endringsprosessen. En av grunnene til dette er at man undervurderer tiden og innsatsen som kreves for å hjelpe folk med å lære ny atferd, ferdigheter og holdninger (Kotter, 2012a, s. 112).

3) *Samkjøre systemer med visjonen:* Interne systemer i organisasjonen som HR- og ledelsessystemer må også justeres for å legge til rette for at endringen skal implementeres.

På grunn av begrenset tid, energi og penger, så kan man ikke endre alt. Før de kortsiktige gevinstene blir visualisert i prosessen, har endringsgruppen lite makt til å gjennomføre endringen (Kotter, 2012a, s. 115).

4) *Takle plagsomme ledere/overordnede*: Flere ledere har lært at styring og kontroll er en tilnærming som fungerer og derfor latt være å endre på sin ledelsesstil. Det er viktig å ta tak i slike ledere tidlig for å unngå at de ødelegger hele endringsprosessen. Den beste løsningen på å håndtere ledere som utøver motstand er å ha en ærlig dialog. Mot- og maktesløse ansatte bidrar ikke til at organisasjonen når sine mål. Med riktig struktur, trening, systemer og en godt kommunisert visjon, kan organisasjonen mobilisere en stor mengde mennesker til å bidra med å oppnå den ønskede endringen (Kotter, 2012a, s. 117-119).

6. Synliggjør av kortsiktige gevinster

I trinn seks er det viktig å styrke mestringsfølelse, bekrefte endringskompetanse og endringsvilje i virksomheten. Dette vil gi økt motivasjon, energi og vilje til å stå hele løpet ut. Det er essensielt at de ansatte ser deler av suksessen og gevinsten endringen kan gi. Det er viktig å planlegge synliggjøring av resultater tidlig i prosessen, siden ansatte er avhengig av å se at innsatsen de legger ned har effekt. På den måten får de en forsmak på nytten endringsprosessen kan gi. Ved å synliggjøre kortsiktige resultater, øker man troverdigheten i organisasjonen slik at de ansatte legger inn en innsats over lengre tid. På den måten får man gjennomført visjonen fullstendig (Kotter, 2012a, s. 122-123). En god kortsiktig gevinst har tre kjennetegn; den er synlig, entydig og tydelig relatert til endringsinnsatsen. En langvarig endringsprosess har stor påkjenning på ansatte, og på grunn av dette er det viktig å feire og få pauser fra presset. Hvis ansatte er ansent over lengre tid, vil det gå utover helsen. Raske forbedringer vil også undergrave motstanden til kynikerne. Dette bidrar til å ta “ammunisjon” fra motstandere ved å øke terskelen for å si imot personene som implementerer endringen. Jo, mer kynisk og større motstander man er, desto viktigere er det å synliggjøre kortsiktige gevinster (Kotter, 2012a, s. 126-127).

7. Ikke erklær seieren for tidlig

Store endringsprosesser tar ofte lengre tid i større organisasjoner. Derfor er det viktig å ikke erklære seieren for tidlig, da det kan føre til at ansatte legger endringsviljen bak seg. Som nevnt i trinn seks er de kortsiktige gevinstene essensielle for å drive prosessen videre, men hvis synliggjøring av de kortsiktige gevinstene reduserer følelsen av nødvendighet, vil det sette en

stopper for endringsprosessen. Utholdenhet er essensielt. Suksess i de foregående stadiene er ikke ensbetydende med vedvarende suksess. Hvis endringen påvirker lederens arbeidsoppgaver eller ansvar direkte, kan det sette en stopper for prosessen (Kotter, 2012a, s. 138- 139). For å endre et ledd i organisasjonen, uten at endringen forplanter seg i et annet ledd, kreves det at ledelsen tenker langsiktig og at de kontinuerlig forankrer en felles visjon i kulturen. Med en god overordnet ledelse, vil ledere på lavere nivåer også bli engasjert til hele transformasjonen og dermed gjøre det som er riktig for prosessen (Kotter, 2012a, s. 147-151).

8. Forankre endringen i kulturen

En vellykket endring innebærer å forankre endringen i organisasjonskulturen. Med kultur mener Kotter “normer for atferd og delte verdier blant en gruppe mennesker” (Kotter, 2012a, s. 156). Normer og verdier er essensielle, da de har evnen til å reversere selv de største endringene. Det er flere grunner til at det er viktig å forankre endringen i organisasjonens kultur; kulturen påvirker menneskelig atferd i stor grad, kan være vanskelig å endre på og den er tilnærmet usynlig, hvilket gjør den er krevende å adressere. Kotter mener at kulturen kun kan endres etter at folks handlinger er endret. Kulturendring skjer først når ansatte ser en sammenheng mellom de nye handlingene og prestasjonsforbedringer (Kotter, 2012a, s. 164-165). Ledelsen og endringsgruppens oppgave blir her å påse at endringen blir rutinisert og bearbeidet inn i den nye arbeidshverdagen. Det gjelder å bekrefte riktig atferd, løfte frem historier og situasjoner som signaliserer ny praksis og gi råd og støtte slik at virksomheten tilpasser seg (Kotter, 2012a, s. 156-157). Jo, bedre man forstår kulturen, desto lettere er det å pushe følelsen av nødvendighet, skape en endringsgruppe, tydeliggjøre visjon og fjerne motstand (Kotter, 2012a, s. 165).

3.1.2 Kritikk til Kotters åttetrinnsmodell

Selv om Kotters åttetrinnsmodell er mye brukt innen endringsledelse, er det flere forskere som stiller seg kritisk til rammeverket. For at organisasjonen skal oppnå en vellykket endringsprosess, poengterer Kotter at trinnene i rammeverket må følges kronologisk (Kotter, 2012a, s. 25). Ifølge Appelbaum, Habashy, Malo & Shafiq (2012, s. 775) vil ikke denne sekvensielle prosedyren som modellen bygger på, ha stor betydning for endring. Ettersom endringer er forskjellige, mener kritikerne at alle trinnene i modellen ikke er relevante i alle kontekster. Dette gjør at det ikke finnes en konkret løsning for å oppnå vellykket endring (Appelbaum et al., 2012, s. 775-776). Ifølge Sidorko (2008, s. 315) mangler Kotters

åttetrinnsmodell *evaluering* og *måling* for å kunne måle hvor vellykket endringen er. Et slikt evalueringsbevis er viktig å gi til ansatte for å bevise at det arbeidet de gjør ikke er forgjeves, og for at man skal se hvor langt man har kommet i prosessen (Sidorko, 2008, s. 315). Til tross for kritikken kan modellen øke sannsynligheten for at en endring blir vellykket, men modellen kan ikke anses som en garanti for suksess (Appelbaum et al., 2012, s. 776). På bakgrunn av kritikken vil studien ikke ta høyde for at trinnene følges kronologisk og heller ikke klassifisere endringen i bydelene som mislykket, hvis enkelte av trinnene ikke blir nevnt i intervjuene.

3.2 Innovasjon

Dette delkapittelet vil ta for seg hva innovasjon betyr, hvordan en innovasjonsprosess fungerer med vekt på Sundbos (2008) rammeverk og hva som ligger til grunn for innovasjon i offentlig sektor. Videre vil oppgaven gå i dybden rundt begrepene innovasjonskultur og tjenesteinnovasjon. Til sist redegjøres det for KS' (2018) rammeverk "veikart for tjenesteinnovasjon".

3.2.1 Innovasjonsbegrepet

Joseph Schumpeter regnes som en av de største økonomene i første halvdel av det tjuende århundre og han omtales som en av de mest dominerende innovasjonsteoretikerne (Teigen & Lien, 2013, s. 244). Han er den personen som i størst grad har allmenngjort innovasjonsbegrepet ved at han koblet begrepet fra oppfinnelse av nye produkter. Schumpeter la større vekt på at innovasjon sjelden handler om noe helt nytt, men det omfatter også nye prosesser, organisasjonsmåter og markeder som kombineres med gamle velkjente elementer (Schumpeter, 1934 gjengitt i Teigen, Ringholm & Aarsæther, 2013, s. 16). Hans brede definisjon på innovasjon har satt sitt preg på nyere definisjoner av begrepet og ble for første gang utledet i boken "*The Theory of Economic Development*". Dette viser seg i st.meld. nr. 7 (2008-2009, s. 13) som legger følgende definisjon til grunn:

“En ny vare, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess, anvendelse eller organisasjonsform som er lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjonen for å skape økonomiske verdier.”

Røste & Godø (2005, s. 11) skriver at innovasjon generelt kan bli definert som endring. Endringen må inneha en grad av nyhet. Denne nyheten varierer ved at innovasjoner kan klassifiseres som inkrementelle eller radikale. Inkrementelle endringer kjennetegnes ved

forbedring av eksisterende løsninger ved å utnytte noe man allerede har på et nytt område. På motsatt side representerer en radikal endring en vesentlig endring eller noe som ikke har eksistert tidligere (Andreassen & Olsen, 2015, s. 130). Både VIS-prosjektet og spredningsprosjektet kan karakteriseres som inkrementelle innovasjoner, ettersom det implementeres ny teknologi i en eksisterende tjeneste.

3.2.2 Innovasjonsprosessen

Ifølge Sundbo (2008, s. 31) kan en innovasjonsprosess deles inn i tre faser; idéfasen, utviklingsfasen og implementeringsfasen. Det konseptuelle rammeverket er en naturlig tilnærming til tjenesteinnovasjon (Sundbo, 2008, s. 31).



Figur 4: Sundbos innovasjonsprosess (Sundbo, 2008, s. 31)

Opphavet til alle innovasjoner er en idé og kan komme fra både ledelsen, ansatte og kunder. En idé kan komme av at noe er savnet ved den eksisterende løsningen eller at noe kan gjøres bedre, billigere eller enklere. I tillegg kan tankeprosessen bak en idé være at man skal løse et konkret problem (Sundbo, 2008, s. 34).

Når en idé er akseptert, starter utviklingsprosessen, hvor ideene blir utviklet til et produkt eller en tjeneste. I forkant er det viktig at man har analysert kundens livssituasjon godt før man kan finne den beste måten å løse kundens problem. I utviklingsfasen er det vanlig å opprette en prosjektgruppe som skal utvikle ideen. For at prosjektgruppen skal klare dette må de skaffe seg kunnskaper, løse problemer og vurdere markedsmuligheter for ideen. Grovt sett går utviklingsfasen ut på å få tak i kundens problem, før det utvikles en ny løsning som prosjektgruppen står ansvarlig for (Sundbo, 2008, s. 37-38).

Siste del av innovasjonsprosessen, implementeringsfasen, har stor påvirkning når innovasjonen skal settes ut i praksis og tas i bruk. Implementeringsfasen krever aksept fra ansatte og ledere, uansett om det er en ny prosedyre eller et nytt produkt. For at implementeringen skal lykkes,

må motstanden mot nye endringer overvinnes. På bakgrunn av dette bør ledelsen involvere medarbeidere og mellomledere i den grad at de godtar innovasjonen eller unngår å utøve motstand. I tillegg er det viktig at ansatte og mellomledere er positive til å rette opp eventuelle kvalitetsfeil med tjenesten. Implementeringsfasen kan være med på å påvirke kvaliteten på tjenesten som leveres og måten kundene oppfatter tjenesten. Tjenesten som leveres til kunden må være av god kvalitet for at kunden skal føle at den løser et problem og for at det ikke skal oppstå noen feil i leveringsprosessen. Kunden som mottar tjenesten er derfor viktige aktører i implementeringsfasen (Sundbo, 2008, s. 38-39).

3.2.3 Innovasjon i offentlig sektor

Innovasjon i offentlig sektor ble først satt på politisk dagsorden i Norge da den første norske stortingsmeldingen om innovasjon ble lagt frem i 2008 med navn "*Et nyskapende og bærekraftig Norge*" (st.meld. nr. 7 (2008-2009)). Det var først her stortingets definisjon av innovasjon, som illustrert på s. 17, ble utledet. Når definisjonen sees opp mot innovasjon i offentlig sektor, passer ikke den siste delen inn "lansert i markedet eller tatt i bruk i produksjon for å skape økonomiske verdier". Derfor har Norges forskningsråd (NFR) kommet med en definisjon som er mer relevant for innovasjon i offentlig sektor:

"Innovasjoner er nye eller vesentlig forbedrede varer, tjenester, prosesser, organisasjons – og styringsformer eller konsepter som tas i bruk for å oppnå verdiskaping og/eller samfunnsnytte" (Norges forskningsråd, 2018, s. 5).

Ifølge rapporten fra NFR vil man i større grad legge et samfunnsperspektiv til grunn ved innovasjoner i offentlige sektorer. Statistisk sentralbyrå (SSB) er en offentlig instans som også har definert innovasjon. Ifølge SSB er en virksomhet innovativ hvis den "enten har introdusert nye eller vesentlige endrede prosesser i løpet av de siste tre årene" (Karlsen, 2013, s. 104). De presiserer at innovasjonen skal være ny for organisasjonen og hvis en tjeneste er ny for en enhet, vil den fortsatt klassifiseres som en innovasjon (Karlsen, 2013, s. 104). Ifølge Karlsen (2013, s. 104) vil en kommune kunne kalle det en innovasjon selv om løsningen er kopiert av nabokommunen. Ved å oversette dette til VIS- og spredningsprosjektet, kopierer bydelene i spredningsprosjektet de velferdsteknologiske løsningene som har blitt implementert og tatt i bruk i VIS-bydelene. Til tross for at dette er kopier, vil de i like stor grad telle som innovasjoner.

Det stilles store forventninger til at helsesektoren skal arbeide mer innovativt. Ved å implementere og tilrettelegge for nye og smartere løsninger har sektoren mulighet til å få en positiv utvikling (St.meld. nr. 7, 2008-2009, s. 9). I motsetning til privat sektor, er offentlig sektor politisk styrt. I innovasjonssammenheng betyr dette at nye tjenester og tiltak som skal iverksettes, krever politisk støtte og offentlig finansiering. Den offentlige sektoren befinner seg i et ikke-eksisterende marked, uten konkurranse fra andre tjenesteytende selskaper. Dette betyr at “kunden” som i omsorgstjenesten blir omtalt som brukeren, må benytte seg av tjenesten hjemmesykepleien tilbyr (Karlsen, 2013, s. 114). Som beskrevet tidligere i oppgaven og som Teigen (2013, s. 37) bekrefter, så innoverer kommunene hovedsakelig for å bedre kvalitet på tjenesten, bli mer effektive og forbedre brukertilfredsheten. Dette gjenspeiles i VIS- og spredningsprosjektet hvor de viktigste gevinstene er økt kvalitet, unngåtte kostnader og spart tid (VIS-prosjektet, 2017, s. 14). Tidsbruk i seg selv medfører ofte brukertilfredshet og kvalitet i blant annet omsorgssektoren. Det gjør det mer krevende å samkjøre effektivisering med økt kvalitet og brukertilfredshet sammenlignet med andre sektorer (Teigen, 2013, s. 37).

3.2.4 Innovasjonskultur

I helse- og omsorgssektoren er innovasjonskultur preget av god ledelse. God ledelse betyr mye for kvaliteten på tjenestene. For at de ansatte skal ha engasjement for å delta i innovasjonsprosesser, er det viktig at ledelsen viser interesse og anerkjennelse. Dette betyr at lederne må vise vei ved å gå foran og lede an de ansatte i organisasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013 s. 123). For å kunne skape god innovasjonskultur i offentlig sektor, har ledelsen en avgjørende rolle med å motivere ansatte til å bidra og utforme nye løsninger. Dette gjør at det blir mindre motstand mot nye løsninger og endrede arbeidsrutiner (NOU 2011:11, s. 46).

3.2.5 Tjenesteinnovasjon

Innovasjon kan deles inn i tre typer; tjenesteinnovasjon, prosessinnovasjon og organisasjonsinnovasjon (Teigen, 2013, s. 35). I denne oppgaven vil kun tjenesteinnovasjon bli redegjort for, da det er den innovasjonstypen som har blitt innført i spredningsprosjektet og er sentral i fornyelsen og bedringen av omsorgstjenestene. Regjeringens ambisjon om fornyelse av offentlig sektor retter seg særlig inn mot pleie- og omsorgssektoren, da sektoren er en viktig hjørnestein for å takle befolkningsutviklingen. Tjenesteinnovasjon er hovedsakelig innovasjon av tjenester med fokus på videreutvikling og verdiskaping. En andel av kommunale

organisasjoner har også innført produktinnovasjoner som er knyttet til tekniske løsninger i omsorgstjenesten (Teigen, 2013, s. 36 og 45). Eksempler på dette er trykksalmer og medisindispensere. En langtidstrend er at kommunene har fått mer ansvar for tjenestene, noe som trolig har ført til at tjenesteinnovasjon har blitt viktigere (Teigen, 2013, s. 36). Tjenesteinnovasjon utfordrer samspillet mellom personen som mottar tjenesten, pårørende, offentlige virksomheter og frivillig sektor. Dette omhandler ofte endring av lederroller og ny organisering av arbeidsprosesser (Norges forskningsråd, 2018, s. 19).

Helsedirektoratet har identifisert flere utfordringer, barrierer og potensiale for tjenesteinnovasjon i kommunen som er knyttet til implementering av velferdsteknologi. I 2014 ble det foretatt intervjuer som avdekket at “nullfeilskulturen” i det offentlige hemmer nytenking. Det er mer fokus på daglig drift enn forbedring. De ansatte synes det er viktig at ting fungerer og de ønsker å forstå behovet før teknologien implementeres (Kistorp et al., 2016, s. 7). I arbeidet med å innføre metodikk for tjenesteinnovasjon, blir tjenesteinnovasjon betraktet som en tverrfaglig tilnærming gjennom forankring, tjenstedesign og gevinstrealisering. I kommunen har tjenesteinnovasjon blitt brukt til å utvikle tjenester som påvirker organisasjonen på flere nivåer. Helsedirektoratet skriver at samspill mellom organisasjonsendring og prosesser kreves for å skape forståelse for brukerbehov (Kistorp et al., 2016, s. 7).

3.2.6 Veikart for tjenesteinnovasjon

Høsten 2015 utarbeidet KS et “veikart for tjenesteinnovasjon” i samarbeid med Helsedirektoratet, gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (NVP) (KS, 2019b) (Kistorp et al., 2016, s. 16). Veikartet er skreddersydd for kommunens arbeid med innovasjon og ble hovedsakelig laget for at kommunen skal kunne møte kravene fra stortingsmeldingen “*morgendagens omsorg*”. Verktøyet skal sørge for at implementeringen av velferdsteknologiske løsninger blir brukervennlige og at tjenestene blir mer effektive ved å benytte tjenstedesign, gevinstrealisering og forankringsarbeid. Implementering av innovative tjenester i helse- og omsorgssektoren kan kreve organisasjonsendringer og ved hjelp av veikartet skal offentlige tjenester være bedre rustet mot fremtidens utfordringer (Kistorp et al., 2016, s. 6).



Figur 5: KS "veikart for tjenesteinnovasjon" (KS, 2018)

“Veikart for tjenesteinnovasjon”, også kalt Samveis, er inndelt i seks innovasjonsfaser hvor det starter med at et behov oppstår til det er satt ut i praksis. *Første fase* handler om å definere utfordringsbildet i kommunen og sikre at organisasjonen får en forståelse for problemet og målet. I tillegg skal denne fasen sikre at man bygger opp et tverrfaglig team som kan sikre kvalitet og fremdrift for innovasjonsarbeidet. *Fase to* skal sørge for at riktig løsning blir valgt ved at man først avdekker reelle behov og årsaker til problemet. Et grundig forarbeid er med på å redusere faren for valg av feil løsninger. I *fase tre* blir ideer omgjort til produkt. For å sikre gode løsninger, er det viktig at både brukere og ansatte blir inkludert underveis i arbeidet. I den *fjerde fasen* blir tiltaket testet ut i en begrenset skala over tid og dette blir gjort for å sikre at alt fungerer som det skal. Dermed kan risikoen for feil og mangler, og uforutsette problemer bli avdekket tidlig. Den *femte fasen* skal sørge for at den nye tjenesten blir godt integrert i driften. For å lykkes med overgangen til drift er god planlegging nøkkelen til en smidig og vellykket implementering. Den *sjette* og siste fasen skal sikre at man oppnår ønskede gevinster for brukere, pårørende og kommunen. For å oppnå gevinstrealisering kreves det god oppfølging og kontinuerlig handling. Faktoren som er med på å drive frem motivasjonen er synlig fremgang (KS, 2018).

3.3 Mellomledelse

Denne delen av oppgaven vil ta for seg teori innenfor feltet mellomledelse. Fokuset vil være rettet mot hvilken rolle og posisjon mellomlederen har og hvordan de håndterer en endringsprosess.

3.3.1 Mellomlederens rolle og posisjon

Ifølge Hope (2015, s. 13) befinner en mellomleder seg mellom toppledelsen og de ansatte i organisasjonen og karakteriseres som en person som innehar en lederfunksjon. Mellomlederen er altså det laveste ledernivået, men inngår ikke som en del av toppledelsen. Mellomlederen innehar et eksplisitt lederansvar for en del av organisasjonen og fungerer som et bindeledd mellom de strategiske og operative delene av organisasjonen (Hope, 2015, s. 17). Oppgaven vil ta utgangspunkt i Ole Hope (2015, s. 22) sin definisjon av en mellomleder;

“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 forretningsprosessene som et hele.”

Rollen gir mellomlederen muligheten til å kommunisere både oppover og nedover i organisasjonen, da de mottar informasjon fra både ansatte og toppledelsen. Dette gjør at mellomlederen har muligheten til å påvirke de forskjellige nivåene i organisasjonen, samt ha et forhold til kortsiktige og langsiktige mål og resultater i organisasjonen. På denne måten kan mellomlederen ha større gjennomslagskraft hos de ansatte enn det toppledelsen har (Hope, 2015, s. 17).

Når det gjelder forskning innenfor mellomlederens rolle, hevder de Brentani (2001, s. 169-187) at mellomledere sitter på en viktig del av ledelsen og har en betydelig rolle i forhold til innovasjonsprosesser. For at ansatte skal kunne utføre den jobben de skal, er det viktig at mellomlederen tilrettelegger for de tilgjengelige ressurser og legger klare retningslinjer for arbeidet. Innovasjonsledelse handler like mye om å forberede organisasjonen på en ny driftssituasjon som å legge til rette for innføring av mer effektive løsninger. Ledelse av innovasjoner er en kompleks prosess. For å unngå misligheter, er det viktig at mellomlederen hele tiden videreformidler verdiene fra strategien og kontinuerlig oppmuntrer til innovasjon og forandring (de Brentani, 2001, s. 169-187).

3.3.2 Mellomledere i endringsprosesser

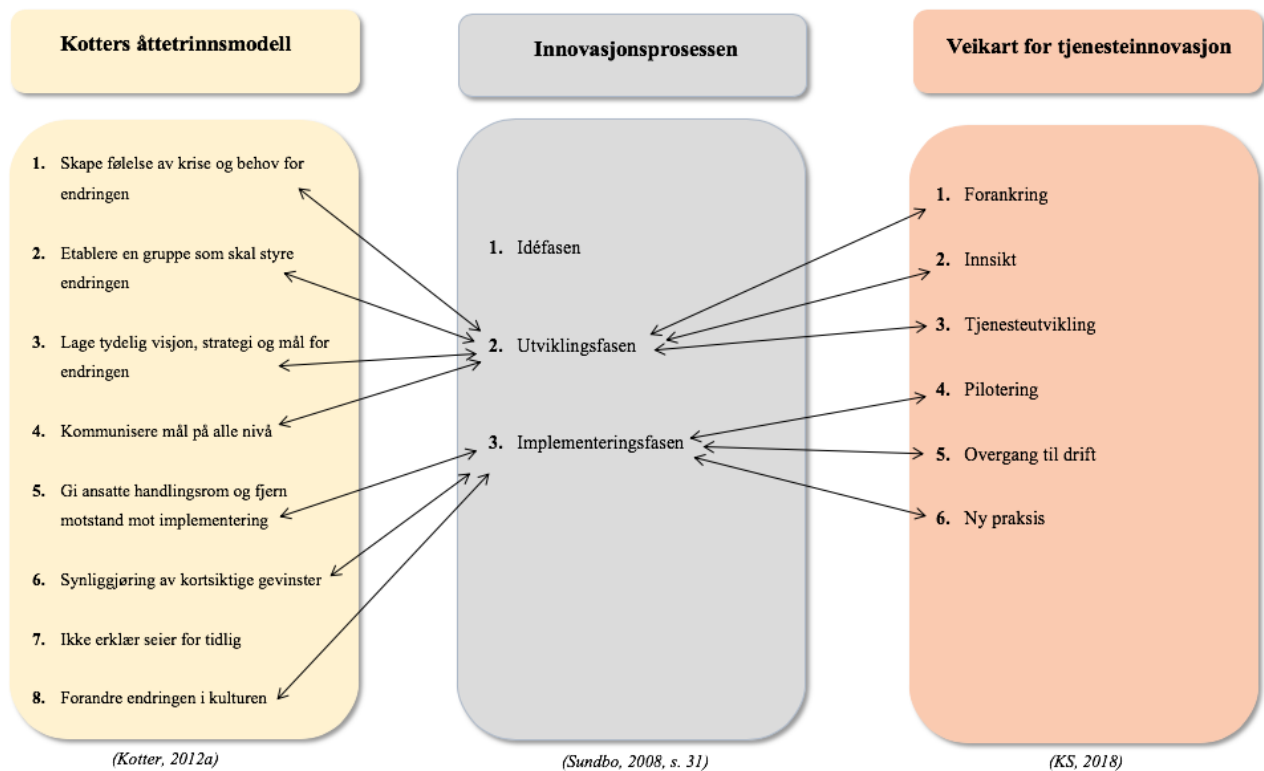
Et av tyngdepunktene i Ole Hope (2015, s. 93) sin forskning er at når det utføres organisatoriske endringer i en organisasjon, får mellomlederne en svært viktig rolle i forbindelse med realisering av virksomhetens strategier og iverksetting av endring. Ved å legge ledelseskapasiteten på et lavere nivå i organisasjonen, vil endringen lettere kunne gjennomføres. For å få iverksatt den tilsiktede endringen effektivt må mellomlederen erkjenne konsekvensene av endringen, vite hvordan man håndterer utfordringer, opprettholde den daglige driften, sørge for at arbeidsprosessen skjer i samsvar med programmets intensjoner og formidle innholdet slik at underordnede lett kan forstå hva endringen innebærer (Hope, 2015, s. 91-109).

For at mellomledere skal kunne håndtere og implementere endringer i organisasjonen er det ulike ledelseskompetanser de bør besitte. En generell beskrivelse av hvilke kompetanser mellomledere bør besitte for å gjennomføre endringer er; kognitiv kompetanse, mellommenneskelig kompetanse, forretningskompetanse og strategisk kompetanse. Kognitiv kompetanse innebærer at mellomlederen har evnen til å formidle informasjon effektivt til ansatte. Mellommenneskelig kompetanse forutsetter å ha evnen til og forstå situasjoner og jobbe sammen med andre. Forretningskompetanse handler om å ha gode oppfølgingssystemer og kjennskap til organisasjonens tekniske utstyr. Strategisk kompetanse legger vekt på at mellomlederen må ha evnen til å identifisere problemer og ha en grad av planleggingsevne (Hope, 2015, s. 116-117). Disse kompetansene gjelder særlig for de mellomlederne som skal være med på å implementere løsningene i praksis (Hope, 2015, s. 118). Mellomledere kan tilegne seg kompetanse gjennom trening, erfaringer og formell utdanning (Hope, 2015, s. 125).

Hope (2015) påpeker også mellomlederen som et "hinder". Grunnen til dette er at mellomlederen har en gylden posisjon til å bestemme hva som blir utfallet av endringen. Dette kan da resultere i sabotasje hvor mellomlederen går inn for å forhindre, forsinke, eller i verste fall blokkere endringen (Hope, 2001, s. 23). På motsatt side vil man aldri kunne lykkes med endringer dersom man ikke får mobilisert og aktivert mellomlederne i prosessen.

3.4 Sammenligning av teoriene

I dette delkapittelet sammenlignes følgende teorier; Kotters åttetrinnsmodell, Sundbos (2008) tre faser i en innovasjonsprosess og “veikart for tjenesteinnovasjon” utviklet av KS (2018). Dette blir gjort for at man senere kan avdekke hvor i endringsprosessen utfordringene har oppstått og tolke hva utfordringene kommer av.



Figur 6: Sammenligning mellom Kotters åttetrinnsmodell, innovasjonsprosessen og "veikart for tjenesteinnovasjon"

Kotters modell går i detalj på faktorer som må være tilstede for at en organisasjon skal oppnå vellykket endring, mens innovasjonsprosessen til Sundbo (2008) tar for seg prosessen hvor et produkt går fra en idé til implementering. “Veikart for tjenesteinnovasjon” er et verktøy som er rettet mot kommunen og gir de en oppskrift på hvordan deres tjenester kan fornyes. Som nevnt tidligere er innovasjon synonymt med endring, dermed blir det hensiktsmessig å sammenligne de to innovasjonsteoriene med Kotters endringsmodell. I tillegg er Kotters teori og rammeverket til Sundbo (2008) rettet mot privat sektor. Denne studien utforsker hvordan teknologi har blitt implementert i offentlig sektor, og dermed blir det hensiktsmessig å

sammenligne disse med et rammeverk som er tilpasset kommunen - “veikart for tjenesteinnovasjon” (KS, 2018).

Den andre fasen i Sundbos (2008, s. 37-38) rammeverk, *utviklingsfasen*, kan kobles til “veikart for tjenesteinnovasjon” fase 1; *forankring*, fase 2; *innsikt* og fase 3; *tjenesteutvikling*. I begge teoriene er kundens problem i fokus. Hvis man ser det i lys av offentlig sektor kan en kunde i Sundbos teori oversettes til kommunen som skal anskaffe den nye teknologien. I utviklingsfasen må organisasjonen grundig kartlegge kundens behov for å så løse dens problem. Til sammenligning handler de tre første fasene i “veikart for tjenesteinnovasjon” om å definere kommunens utfordringsbilde, avdekke behov og årsak til problemer, samt omsette idé til tjeneste. Fase 1 og 2 i “veikart for tjenesteinnovasjon” vil sikre at ansatte har samme forståelse av problem og mål. For å redusere sannsynligheten for å lage løsninger med feil, skal fasene sikre en grundig kartlegging av produktet før anskaffelse. Dette kan igjen knyttes til trinn 1-4 i Kotters modell som handler om å etablere en felles forståelse av mål og behov for endringen, samt kommunisere denne i hele organisasjonen.

Den tredje fasen til Sundbo (2008, s. 38-39), *implementeringsfasen* kan sammenlignes med fase 4; *Pilotering*, fase 5; *Overgang til drift* og fase 6; *Ny praksis* i “veikart for tjenesteinnovasjon”. Likheten mellom teoriene er at begge har fokus på å iverksette tjenesten/produktet, fjerne motstand, integrere innovasjonen i drift og sikre at den blir ny praksis. I fase 6 er det viktig å synliggjøre fremgang for å opprettholde motivasjonen til de ansatte (KS, 2018). Dette kan kobles til Kotter’s trinn 5, 6 og 7 som omhandler å fjerne motstand i implementeringen, synliggjøre kortsiktige gevinster og forankre endringen i kulturen.

4. Metode

I dette kapitlet presenteres fremgangsmåten som har blitt benyttet for å besvare oppgavens forskningsspørsmål og den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for studien. Første del tar for seg oppgavens forskningsdesign, hvor det går dypere inn i hvilket design og hvilken tilnærming som er benyttet som forskningsmetode. Videre vil det redegjøres for valg av forskningsmetode, hvor man vil få et mer teoretisk innblikk i den kvalitative metoden som er brukt. Deretter presenteres metoden som er brukt for å innhente data og hvilket respondentutvalg oppgaven består av. Helt til slutt belyser oppgaven metoden som ble brukt til å analysere datamaterialet, forskningens kvalitet og etiske avveininger.

4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign består av en overordnet plan som inneholder de metodene som er benyttet ved innsamling og analysing av data (Saunders, Lewis & Thornhill, 2016, s. 163). Denne utredningen har en kvalitativ tilnærming, hvor innsamling av data har foregått gjennom dybdeintervjuer, mens datamaterialet har blitt analysert etter temaer⁶. Tidligere forskning fra VIS-prosjektet (2017, s. 4) legger vekt på at det til tider har vært utfordrende å få med mellomlederne, og at dette har vært en barriere i gjennomføringen av prosjektet. På bakgrunn av dette anses kvalitativ tilnærming som mest hensiktsmessig å benytte. Designet bidrar til å utforske om denne barrieren er den samme i spredningsprosjektet og hvorfor det har vært problematisk å få med mellomlederne i endringsprosessen. Tilnærmingen gir muligheten til å være fleksibel med tanke på hvilke funn som kan fremkomme i datainnsamlingen. I tillegg oppnås det bedre forståelse av innholdet i mellomledernes opplevelse (Saunders et al., 2016, s. 169). Tilnærmingen gjør det mulig å betrakte hvordan en faktor kan påvirke en annen, og åpner opp for ny og uventet kunnskap (Maxwell, 2012, s. 29-30).

Videre har oppgaven hovedsakelig en deduktiv tilnærming, noe som innebærer å gå fra teori til data (Saunders et al., 2016, s. 52). I starten av forskningsperioden ble noe eksisterende litteratur benyttet til å lage intervjuguiden. Som et resultat av intervjuene, ble det oppdaget nye og uventede faktorer som var viktige å ha med i analysen. På bakgrunn av dette ble det ytterligere teori inkludert i analysen. Dette designet har også åpnet opp for induktive funn, som innebærer

⁶ Se punkt 4.3 *dataanalyse* for utdypende forklaring

å gå fra data til teori (Saunders et al., 2016, s. 52). Ettersom studien er kvalitativ med en deduktiv tilnærming, er det oppnådd en grad av åpenhet til å besvare forskningsspørsmålet.

4.1.1 Valg av forskningsmetode

Valg av forskningsmetode avhenger av utredningens forskningsspørsmål. På bakgrunn av studiens formål er det mest hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming for forskning. Dette kommer av at forskningsspørsmålet ønsker å få frem mellomledernes opplevelser, tanker og følelser i en gitt situasjon (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 73). I utredningen er det benyttet intervju som datainnsamlingsmetode.

Kvalitativ forskning kjennetegnes ved at følelser og meninger som formidles tar utgangspunkt i tekstlige beskrivelser, ikke tall som i kvantitativ metode. Dette bidrar til at man får ny innsikt og dybdeforståelse i temaet som undersøkes. Kvalitativ metode egner seg godt til studier hvor det stilles store krav til fleksibilitet og åpenhet, og hvor det er lite forskning fra før (Saunders et al., 2016, s. 568).

For å oppnå god innsikt i mellomledernes opplevelse har studien en hermeneutisk tilnærming. Dette gir mulighet til å tolke meningen ved sentrale tema i forbindelse med intervjuet. Samtale og tekst er sentralt i den hermeneutiske tilnærmingen (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 73). Sitater fra respondentene er lagt ved i Appendix for å støtte opp under resultatene fra analysen. Dette ble gjort for å oppnå en gyldig allmenn forståelse av betydningen av datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 73-74). Vi begynte med en uklar og intuitiv forståelse av de transkriberte intervjuene, før vi tolket forskjellige deler av teksten. Basert på tolkningene ble delene satt i relasjon til hverandre og knyttet opp mot en helhetlig tekst. Dette bekrefter oppgavens hermeneutiske tilnærming og åpnet opp for en dypere forståelse av meningen ved datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 237).

4.2 Datainnsamling

Innsamling av data har i denne oppgaven foregått gjennom individuelle dybdeintervjuer ansikt til ansikt. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet var å forstå sider ved mellomledernes dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv, noe som støttes av Kvale og Brinkmann (2018, s. 42). Innenfor kvalitativ forskning er dette en svært utbredt teknikk som gir muligheten til å innhente fyldig og omfattende data gjennom intervju (Saunders et al., 2016, s. 393). I arbeid med oppgaven er primærdata og sekundærdata innhentet gjennom hele

forskningsperioden fra januar til mai 2019. Forberedelsene startet høsten 2018 både gjennom samtaler med konsulentselskaper og innhenting av relevant teori. Primærdata har hovedsakelig blitt innhentet gjennom intervjuer og e-poster, mens sekundærdata ble hentet fra teori og offentlige dokumenter fra internett.

4.2.1 Semistrukturerte intervjuer

Som den overordnede metoden har semistrukturerte intervjuer blitt benyttet for å innhente data til studien. Denne formen bidrar til å skape tillit hos respondenten og gir mulighet til improvisasjon (Saunders et al., 2016, s. 390-396). Ved å stille utdypende spørsmål får man muligheten til å utforske viktige temaer som er knyttet til forskningsspørsmålet og komme med dypere forklaringer av funn. Etersom oppgaven også har en kvalitativ tilnærming, vil semistrukturerte intervjuer gjøre det lettere å trekke sammenhenger mellom dataene som er innhentet. Hvert enkelt intervju varte omtrent én time. Alle intervjuene ble holdt i respondentens kjente omgivelser, slik at man i minst mulig grad forstyrret deres arbeid og for å minimere konteksteffekten (Ask-Henriksen, Stjern & Frydenberg, 2009).

I forkant av intervjuene er det viktig at det utarbeides en god intervjuguide. Intervjuguiden tar delvis utgangspunkt i Kotters åttetrinnsmodell for å sikre at innholdet og omfanget blir spesifisert godt nok. Dette bidrar til at studiens forskningsspørsmål blir reflektert etter beste evne (Saunders et al., 2016, s. 401). I tillegg er det tilføyd spørsmål knyttet til innovasjon, velferdsteknologi og mellomlederens rolle (se *Appendix 1* for fullstendig intervjuguide). Underveis i intervjuene ble ulike oppfølgingsspørsmål stilt og rekkefølgen på spørsmålene varierte etter hvilket tema respondenten snakket om. Denne fremgangsmåten gir en mer fleksibel struktur og bidrar til at man får frem viktige funn som respondenten selv assosierer med temaene som blir fremlagt underveis. En slik fremgangsmåte betegnes som ikke-standardiserte semistrukturerte intervjuer og ifølge Saunders et al., (2016, s. 390-392) øker dette sannsynligheten for at respondenten åpner seg mer og får frem uventede opplevelser.

Gjennomføringen av dybdeintervjuene startet med en introduksjon om hvordan intervjuprosessen ville foregå, hva som var hensikten med studien og hva lydopptakeren skulle brukes til. Ved å gi en slik beskrivelsen i starten av intervjuet får respondenten muligheten til å snakke mer fritt og legge frem sine opplevelser og følelser for en fremmed (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 160). Før intervju spørsmålene ble stilt, skrev respondentene under på en samtykkeerklæring slik at de var innforstått med oppgavens hensikt. Deretter fikk respondenten

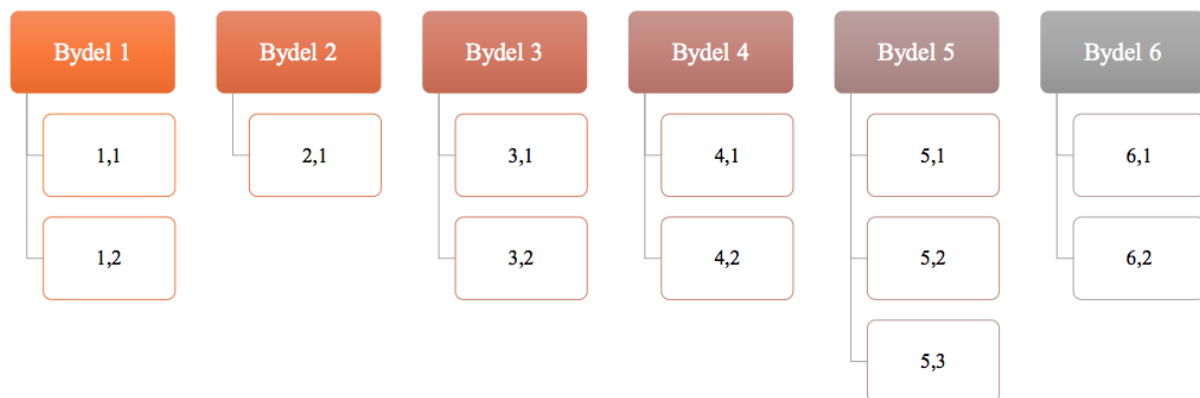
en kort introduksjon av vår bakgrunn, før intervjuet ble innledet med oppvarmingsspørsmål for at respondenten skulle bli komfortabel. Et eksempel på spørsmål som ble innledet var; hva er din bakgrunn - utdanning?

Videre, i studiens hoveddel, ble mer dyptgående temaer tatt opp. Her var det viktig med en grad av fleksibilitet slik at man underveis kunne stille spørsmål som ikke var planlagt i intervjuguiden. Eksempel på et slikt spørsmål som fremkom underveis var; hvordan har ressurspersonen vært til hjelp for deg? På den måten dukket det opp temaer som viste seg å være relevante for forskningsspørsmålet. Andre bemerkelsesverdige hendelser under intervjuene var at noen av spørsmålene krevde ytterligere oppfølgingsspørsmål fra flere av respondentene. Spørsmålene som krevde oppfølgingsspørsmål var; “med tanke på innføring av trygghets- og mestringsskapende teknologier, hva har påvirket organisasjonen mest? Hvordan har bydelen din endret seg?”. Eksempel på hvordan spørsmålene ble fulgt opp; hva har hatt størst innvirkning for deg?”. Underveis i intervjuprosessen ble intervjuene mer konkretisert og det ble naturlig å fjerne spørsmål som var mindre relevante enn andre. Dette kommer av at man blir mer erfaren med å holde flere intervjuer. Avslutningsvis ble det åpnet opp for at respondenten kunne uttale seg fritt, slik at hun/han kunne supplere med ytterligere informasjon.

4.2.2 Utvalg og rekruttering

I denne studien har mellomledere fra ulike bydeler i Oslo kommune blitt intervjuet. Valg av respondenter kommer av at mellomledere er i en posisjon hvor de har innsikt i tjenesten i form av direkte informasjon fra ansatte og den øvre ledelsen. Ved å intervjuere respondenter fra ulike miljøer får man frem forskjellige synspunkter rundt temaet. Til sammen består utvalget av totalt 12 respondenter fra seks ulike bydeler, hvor alle deltakerne har blitt rekruttert fra hjemmetjenesten i Oslo. I forkant av intervjuene ble det sendt ut et informasjonsskriv om studien og alle deltakerne måtte signere en samtykkeerklæring for å kunne delta (se *Appendix 2* for samtykkeerklæring). Andre kriterier for deltakelse var at respondentene måtte være mellomledere i hjemmetjenesten over 18 år og samtykkekompetente. I tillegg måtte kandidatene ha en posisjon i bydelen hvor de både ledet ansatte under seg og at de hadde en overordnet ledelse. Det var ingen krav om norsksferdigheter, men det ble informert om at intervjuprosessen ville foregå på norsk.

Valg av respondenter til studien viste seg i starten å være krevende, da mellomledere er en gruppe som har begrenset med tid. For å få raskere respons, ble deltakerne kontaktet direkte via telefon. Dette gjorde det også lettere å avtale tid og sted for intervjuet. Alderen på deltakerne varierte fra 26 år til 51 år. For å verne om identiteten til respondentene, er alle anonymisert og det nevnes aldri kjønn, nøyaktig alder, eller bydelen respondenten hører til. I tillegg har konsultentselskapet blitt anonymisert. Hensikten med anonymiseringen er å unngå at sitater og særegne karakteristika ved respondenten skal kunne knyttes til bydelen personen hører til og gi respondenten rom til å snakke fritt. Studiens utvalg ble inndelt på følgende måte;



Figur 7: Studiens utvalg

Respondentene er kodet gjennom hele oppgaven slik at første tallet indikerer hvilken bydel han eller hun hører til, mens andre tallet er hvilket nummer respondenten har på bydelsnivå. Formålet med denne inndelingen var for å kunne betrakte om det var noen forskjeller mellom bydelene og innad i bydelen. Kodene bydelene ble inndelt i ble analysert opp mot temaer som fremkom i intervjuet. Videre ble kodene analysert ved bruk av tematisk analyse. Fremgangsmåten blir presentert i delkapittel 4.3 dataanalyse.

4.3 Dataanalyse

I denne utredningen har datamaterialet blitt analysert ved hjelp av analysemetoden *tematisk analyse*. Ifølge Braun and Clarke (2006, s. 4) blir tematisk analyse sett på som en grunnleggende metode for kvalitativ metode, da kvalitative tilnærminger kan være utrolig komplekse, varierte og nyanserte. Tematisk analyse ble vurdert som velegnet for denne studien da metoden representerer en fleksibel og åpen tilnærming til kvalitativ metode. Dette ble gjort for å identifisere, analysere og rapportere bestemte mønstre og temaer i datamaterialet. Fordelen ved

å ta i bruk metoden er at man lettere kan finne oppsummerende nøkkelaspekter ved store datamaterialer og gi en mer fyldig beskrivelse av datamaterialet (Saunders et al., 2016, s. 579).

I forkant av alle intervjuene ble det spurt om godkjenning for å ta i bruk lydopptak. På den måten får man muligheten til å konsentrere seg om intervjuets emne og dynamikk, og være sikre på at all data er nøyaktig registrert i lydfilen. I henhold til forskningsspørsmålet var det fordelaktig at transkriberingen innebar at hvert enkelt ord som ble sagt i lydopptaket var gjengitt direkte i en skriftlig tekst. For at analysen skulle bli så detaljert som mulig ble respondentene transkribert direkte ved å registrere alle “eh”-er og liknende lydord, følelsesmessige uttrykk og tonefall. En slik transkripsjon vil ifølge Kvale & Brinkmann (2018, s. 208) gi best mulig forståelse av respondentens utsagn og historie. Intervjuene ble transkribert kort tid etter at de var gjennomført. Dette var et bevisst valg for å få med viktige detaljer som oppstod under intervjuet mens det fortsatt lå friskt i minnet. For å effektivisere transkriberingen ble halvparten av intervjuene fordelt likt og til sammen utgjorde alle de transkriberte intervjuene 221 sider med tekst.

I denne studien har Braun & Clarke (2006, s. 16-23) sin fremgangsmåte for å gjennomføre en tematisk analyse blitt fulgt. Fremgangsmåten har følgende seks steg; bli kjent med empirien, generere koder, søke/finne tema, vurdering av tema, definere og “døpe” temaene og rapportere resultater.

1. Bli kjent med empirien

Før dataanalysen startet, ble de transkriberte intervjuene lest gjennom. Samtidig ble notater skrevet underveis, for å få dypere kjennskap til datamaterialet.

2. Generere koder

Underveis i gjennomgangen av materialet ble potensielle aspekter for forskningsspørsmålet kodet. Her ble aspekter som var essensielle trukket ut og skrevet ned på Post-it lapper. Gjentakende ord ble også notert. Dette ble gjort for å organisere datamaterialet på en systematisk måte.

3. Søke/finne tema

Kodene ble således sortert i temaer og underkategorier. I tilfeller hvor kodene lignet hverandre, ved at de hadde en samordnet idé, ble de gruppert sammen. Underkategorier er knyttet til

spørsmål fra intervjuguiden som direkte og indirekte gir svar på forskningsspørsmålet, mens temaene baserer seg på et overordnet bilde av underkategorier. Se *tabell 1* for eksempel.

4. Vurdering av tema

Temaene ble deretter evaluert om de passet til det opprinnelige datamaterialet og om de hadde en hensikt i henhold til forskningsspørsmålet. Denne prosessen innebar å se om mønstrene og temaene i helhet hadde en essensiell mening.

5. Definere og “døpe” temaene

Etter at temaene var nøye kartlagt ut ifra datamaterialet, ble det valgt passende temanavn. Navnene på temaene ble gitt på bakgrunn av teori. F.eks ble et av temaene kalt “mellomlederens rolle”. Dette gjenspeiler Hopes (2015) teori som omhandler mellomledernes rolle og posisjon. For å få en tilstrekkelig klarhet i temaene, ble det skrevet en kort forklaring med underkategorier.

6. Rapportere resultater

I analysearbeidet ble sitater fra respondentene som var relevant for forskningsspørsmålet, trukket ut i et eget Excel-dokument. Temaene og underkategoriene ble sortert vertikalt, mens koden til respondenten var horisontalt i dokumentet. Underveis ble det oppdaget gjennomgående synspunkter fra flere av respondentene som var viktig å ha med som underkategorier i temaene, men det var også flere motstridende sitater som ble inkludert for å sikre et bredt utvalg av data. Excel-dokumentet har vært med på å gi oss en helhetlig oversikt over datamaterialet og det har vært veldig nyttig å bruke i utarbeidelsen av studiens resultater. Underveis i analysearbeidet ble det oppdaget noen klare fellestrekk mellom ulike temaer og underkategorier. Disse har blitt plassert sammen for å trekke konklusjoner på tvers av temaer.

Hvordan råmaterialet ble kategorisert tematisk i Excel:

Temaer	Underkategorier
Forklaringsfaktorer	<ul style="list-style-type: none"> - Stilling - Alder - Kurs/erfaring - Antall år i bydelen - Antall år i helsesektoren
Velferdsteknologi	<ul style="list-style-type: none"> - Betydning - Endring i bydelen - Formål - Stillingsendring - Kommunikasjon/involvering
Utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Utfordringer med implementering - Utfordringer med medisindispenserne - Håndtering av utfordringer - Motivasjon til å drive frem endringen - Endring av holdninger/følelser til velferdsteknologi
Effekter og oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> - Positive effekter etter innføringen - Synliggjøring av gevinster - Oppfølging av medisindispensere
Kultur for innovasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Kultur for innovasjon - Tid til implementering av teknologiske midler - Ansattes håndtering av endringen - Kulturendring etter implementeringen
Mellomledernes rolle	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan mellomlederens arbeid har bidratt til endringen - Hvordan kommunikasjonen har vært med ledelsen og ansatte

Tabell 1: Liste over temaer og underkategorier

Etter inndelingen i Excel-dokumentet som vist i *tabell 1*, ble gjennomgående synspunkter fra respondentene sammenlignet. De mest bemerkelsesverdige funnene ble plassert i et nytt Excel-dokument og analysert i oppgaven.

4.4 Forskningskvalitet

For at den kvalitative forskningen skal være objektiv og troverdig, er det vesentlig at observasjonene i studien er reliable og valide (Kirk & Miller, 1986, s. 13). På bakgrunn av dette er det stilt flere krav til informasjonen som er tatt i bruk for å styrke reliabiliteten og validiteten.

4.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet referer til hvor nøyaktig eller pålitelig undersøkelsen man har foretatt er. Det vil si i hvilken grad ulike observatører kan utføre samme studie og få samme resultat. Altså hvor uavhengig studien er av kontekst (Silverman, 2014, s. 83). Silverman (2014, s. 83-84) viser til Moisander & Valtonen's (2006) to metoder for å sikre reliabilitet i kvalitative studier; transparens i forhold til teori og forskningsmetode. Forskningsprosessen i denne studien gjøres mer transparent og derav mer reliabel ved at forskningsstrategien og metodene som er brukt til analysene beskrives i detalj. Dette styrker også oppgavens troverdighet. Oppgaven tilstreber å være så objektiv som mulig ved å ta hensyn til "teoretiske gjennomskiktigheter" (Silverman, 2014, s. 84). Studien har grunn i et ledelses- og organisasjonsteoretisk ståsted og denne synsvinkelen kan bidra til særegne tolkninger. I tillegg uttrykkes oppgavens teoretiske ståsted eksplisitt slik at oppgavens pålitelighet blir forsterket. Dette støttes av Moisander & Valtonen (2006) som viser seg i Silverman (2014, s. 84). Oppgaven er skrevet av to personer. Det har gitt oss mulighet til å kode hver for oss og diskutere kvaliteten på datamaterialet, hvilket igjen gjør undersøkelsen mer pålitelig.

4.4.2 Validitet

Validitet handler om hvor troverdig og gyldig funnene er og avhenger av hvor godt man klarer å måle det man ønsker å få svar på i forskningsspørsmålet (Silverman, 2014, s. 90). Underveis i analysen er det brukt flere kilder for å støtte opp under påstander. Dette vil ifølge Yin (2014, s. 45-49) sikre god validitet. Valg av kilder til utredningen har blitt vurdert i henhold til ABS-rating for å styrke oppgavens troverdighet. Flere av kildene har en rating mellom 3 og 4 som indikerer at forskningsartikkelen er publisert i et anerkjent tidsskrift (Chartered Association of Business Schools, 2015). Antall siteringer kan indikere hvor innflytelsesrik en teori eller et rammeverk er innenfor et felt. Det er likevel viktig å merke seg at antall siteringer ikke er synonymt med høy kvalitet. I oppgaven er det blant annet tatt utgangspunkt i Kotters åttetrinnsmodell som ble utledet i boka *Leading Change*. To av de mest siterte publikasjonene som referer til endring/transformasjon og ledelse i perioden 1. januar 1978 og 31. desember

2014 var bøkene; *Leading Change* (Kotter, 1996) med 6 638 siteringer, og *Leading Change: Why transformation efforts fail* (Kotter, 1995) med 4 340 siteringer (By et al., 2016, s. 10).

I denne studien har antall respondenter per bydel variert. I de fleste av bydelene er det to respondenter, med unntak av bydel 2 og 5. I bydel 2 ble kun én respondent intervjuet, mens i bydel 5 var det tre. Dette kan skape en skjevhet i resultatene, men helhetlig har det vist seg at bydelene har relativt like opplevelser og derfor anses kvaliteten på datamaterialet som troverdig. Ved at den tematiske analysen har blitt utledet i detalj, har studien blitt mer troverdig. For å styrke studiens validitet, er sitater fra intervjuene lagt ved i tabeller (Silverman, 2014, s. 101). Tabellene er kategorisert etter hver del i analysekapittelet for å fjerne leserens tvil om hvor troverdig funnene er. Ved å legge deler av datamaterialet i tabeller vil leseren i større grad få mulighet til å se grunnlaget for analysen (Silverman, 2014, s. 101). Underveis i oppgaven er begrepsforklaringer lagt ved som fotnoter for at leseren skal se hvilken betydning som er lagt til grunn i begrepene.

4.5 Etiske avveininger

Etiske avveininger ser på intervju som en moralsk undersøkelse hvor formålet er å studere hvordan man bør handle. Dette innebærer at forskningen utføres på en moralsk og ansvarlig måte. Ettersom det menneskelige samspillet i intervjuundersøkelsen er med på å påvirke respondenten, er det knyttet en rekke moralske spørsmål til intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 95).

I forkant av datainnsamlingen ble forskningsprosjektet og intervjuguiden meldt inn til godkjenning fra Norges Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). I denne studien fikk respondenten i god tid før intervjuet tilsendt tilstrekkelig grad av informasjon om formålet med studiet, samt hva resultatet skal brukes til og hvem som vil få tilgang til resultatene (se *Appendix 2*). Konsulentselskapet gav nødvendig informasjon for å komme i kontakt med aktuelle kandidater. Det har vært en fordel å samarbeide med konsulentselskapet, ettersom oppgavens tema er aktuelt for selskapet. Det ble bestemt at konsulentselskapet skulle være anonymisert for å skape objektivitet i oppgaven. Dette gjorde at det kunne trekkes konklusjoner uten at konsulentselskapet ble satt i dårlig lys. I samsvar med personvernloven, ble bydelene og respondentene anonymisert for at de skulle få muligheten til å være mer åpne.

Respondentene i denne utredningen har deltatt frivillig uten noen form for belønning. Høflighet og ærlighet ble tilstrebet og underveis i skriveprosessen ble de generelle forskningsetiske retningslinjene fulgt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). For at respondenten skulle føle seg komfortabel i omgivelsene, ble intervjuene avholdt på respondentenes arbeidsplass. Studien har forsøkt å fremstille sitatene på en nøytral måte. Unødvendige ord og ufullstendige setninger som var misvisende, ble fjernet for å forstå innholdet og helheten. Eksempler på slike ord og setninger var “eh”, “liksom” og “på en måte”.

4.6 Oppsummering av metodiske valg

Nedenfor er det utarbeidet en kort oppsummering av alle metodiske valg som har blitt gjort i denne delen av oppgaven.

Design	Kvalitativ tilnærming
Tilnærming	Fortrinnsvis deduktiv tilnærming. Noe akademisk teori ble innhentet i starten som et utgangspunkt for intervjuguiden, men ytterligere teori har blitt lagt til i etterkant.
Valg av metode	Kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming
Datainnsamling	Ikke-standardiserte semistrukturerte dybdeintervjuer
Dataanalyse	Tematisk analyse
Transkribering	Direkte sitering

Tabell 2: Oppsummering av metodiske valg

5.0 Empiri og analyse

I dette kapittelet vil grunnlaget for de empiriske dataene bli presentert og analysert for å finne svar på følgende forskningsspørsmål: *Hvilke utfordringer opplever mellomledere ved implementering og bruk av medisindispensere i hjemmetjenesten?* Utvalgte sitater fra respondentene vil komme underveis for å belyse temaene. Resterende sitater ligger som tabeller (se *Appendix 4*). Enkelte av funnene ble belyst da respondentene svarte på andre spørsmål. Det kom eksempelvis frem da respondentene nevnte utfordringer med dispenserne på spørsmål om hvilken betydning velferdsteknologi hadde for dem.

I dette kapittelet vil *implementering* og *bruk* diskuteres hver for seg. Først redegjøres det for utfordringer som har oppstått i implementeringsfasen. Deretter vil utfordringer som er knyttet til bruken av medisindispensere bli presentert. Til slutt vil organisatoriske faktorer som kan ha påvirket mellomledernes opplevelse av utfordringene presenteres. Kapitlet er delt inn i følgende temaer:

- *5.1 Utfordringer i implementeringsfasen*
- *5.2 Utfordringer med bruk av medisindispensere*
- *5.3 Organisatoriske faktorer som påvirker mellomledernes opplevelse*

Temaene i delkapittel 5.1 og 5.3 har følgende struktur: *empiri* og *analyse*. I delkapittel 5.2 vil empiri innenfor hvert tema bli presentert, før det samlet sett analyseres. Dette kommer av at utfordringene med medisindispenserne som fremkommer i delkapittel 5.2, kan sees i sammenheng. For å øke validiteten i studiet og aktualisere funnene, blir teori trukket inn i analysen.

5.1 Utfordringer i implementeringsfasen

Denne delen gir innsikt i funn knyttet til utfordringer mellomlederne opplevde i implementeringsprosessen. Med implementering menes her innføring av medisindispensere, med andre ord fasen hvor teknologien omsettes til arbeidsplassen. For å oppnå god effekt av endringsarbeidet er denne prosessen essensiell. Delkapittelet er viktig for å forstå følgende del av forskningsspørsmålet; hvordan opplever mellomledere *implementering* av medisindispensere i hjemmetjenesten. Beskrivelsen av utfordringer som oppstod i implementeringsprosessen er organisert etter følgende temaer:

- 5.1.1 Tidspress⁷
- 5.1.2 Mangelfull opplæring⁸
- 5.1.3 Motstand fra ansatte⁹

5.1.1 Tidspress

Empiri

Et av spørsmålene som ble stilt direkte til deltakerne handlet om hvor god tid de følte de hadde til å jobbe med spredningsprosjektet. Her fortalte majoriteten av deltakerne at de ikke opplevde å ha tilstrekkelig med tid til å jobbe med implementering av velferdsteknologi. Flere så på tid som en utfordrende faktor.

“Vi har ikke hatt mye god tid.” (Respondent 3,1)

“Ja, det er for lite tid.” (Respondent 4,1)

Ifølge fem deltakere var flere pågående prosjekter en av årsakene til at tiden ikke strakk til. Noen opplevde tidspress som svært krevende.

“Vi holder på med flere prosjekter og velferdsteknologi er bare en av dem. Vi må anstrenge oss for å få oversikt over hva som foregår i våres tjeneste. Det blir enda flere oppgaver, og det blir mindre tid til mine ansatte” (Respondent 1,1)

“Jeg trenger litt bedre tid og mindre gruppe. Det er nesten umenneskelig å jobbe sånn, så man blir utslitt” (Respondent 1,1)

“[...] jeg føler ikke at jeg har noe særlig god tid til å følge opp eller være noe særlig delaktig i hele greia som jeg egentlig hadde håpet på at jeg kunne, men jeg ser jo at det går dårlig når man har travle dager. Man har liksom ikke tid til å prioritere det. Det er det som er synd. Det er andre ting som går foran.” (Respondent 5,1)

⁷ Se Appendix 4, tabell 1: *Tidspress* for flere sitater

⁸ Se Appendix 4, tabell 2: *Opplæring* for flere sitater

⁹ Se Appendix 4, tabell 3: *Motstand fra ansatte* for flere sitater

Flere av mellomlederne ønsket å jobbe mer med implementering av velferdsteknologi, men knapp tid, få ressurser og flere pågående prosjekter opplevdes som en barriere. Et annet aspekt som respondent 5,1 nevnte var verdien av å få en ekstra ansatt som kunne jobbe med implementering av velferdsteknologi. Videre nevnte respondenten at det er enklere hvis man har noen som tar ansvar for velferdsteknologi i bydelen.

Likevel er ikke liten tid entydig hos alle respondentene, da tre stykker opplevde å få tilstrekkelig med tid til å innføre den nye teknologien. De tre respondentene som opplevde tilstrekkelig med tid, jobbet i hver sin bydel.

“[...] vi har hatt veldig god tid.” (Respondent 1,2)

“Det er jo tid nok, men det handler om hvordan man prioriterer. Også skal man jo samarbeide med andre som skal prioritere tiden, så det krasjer noen ganger. Det er jo egentlig tid nok, men det er snakk om å prioritere.” (Respondent 4,2)

“Ja, jeg føler vi har tatt det litt gradvis, så god nok tid.” (Respondent 5,2)

Enkelte av mellomlederne har også nevnt at tilgang på ressurser og penger er faktorer som påvirker hvor fleksible de kan være ved prioritering av tid.

Analyse

Som nevnt innledningsvis i oppgaven er omsorgssektoren en sektor preget av hyppige omstillinger med fokus på effektivitet og bedre ressursutnyttelse. Behovet for flere omsorgsarbeidere øker i takt med alderen på befolkningen. Kommunen og derav bydelene vil kunne hente ut effekter av velferdsteknologi hvis innføringen fører til minst mulig ekstraarbeid for ansatte (Direktoratet for e-helse, 2018, s. 8). I sluttrapporten “trygghets og mestring” var en de viktigste anbefalingene å få mellomledere til å gi ansatte tid til å arbeide med velferdsteknologi (VIS-prosjektet, 2017, s. 17). Det kom også frem at det var en barriere å få med mellomlederne i VIS-prosjektet, da de har flere oppgaver som skal prioriteres (VIS-prosjektet, 2017, s. 16). Som et viktig læringspunkt for videre arbeid med velferdsteknologi, anbefalte rapporten at mellomledere i hjemmetjenesten må være med i hele implementeringsprosessen for å sikre forankring i tjenesten (VIS-prosjektet, 2017, s. 17).

Knarvik et al. (2017, s. 21) mener også at mellomlederne er en av de viktigste endringsagentene og at en organisasjon er avhengig av at de har tilstrekkelig med tid for å sitte i førersetet i en endringsprosess. Ifølge Teigen (2013, s. 37) vil tidsbruk ofte føre til fornøyde brukere og kvalitet i en omsorgstjeneste. Derfor er det utfordrende å samkjøre effektivisering med økt kvalitet. For å bygge en innovasjonsdrevet kultur må det settes av tid, slik at ansatte som jobber turnus inkluderes i innovasjonsarbeidet (Innomed, u.å). I likhet med VIS-prosjektet, opplever også majoriteten av mellomlederne i spredningsprosjektet at de ikke har hatt tilstrekkelig tid til å jobbe med innføringen av velferdsteknologi. En av årsakene til dette er at de har for mange prosjekter og oppgaver samtidig. For mange prosjekter hindrer mellomlederne fra å delta i hele implementeringsprosessen. Dette samsvarer med funnene fra VIS-prosjektet. Liten tid kan ha ført til at mellomlederne ikke sitter i førersetet som endringsagent i sin bydel, hvilket igjen forhindrer at implementering skjer optimalt. Ved å gi mellomlederne mer tid, vil det også bli lettere å forberede arbeidsplassen på nye innovasjoner.

5.1.2 Mangelfull opplæring

Empiri

Under intervjuene var det flere respondenter som pekte på at opplæringen var mangelfull. Noe som ble fremhevet som negativt var at tiden mellom opplæring og iverksettelse av medisindispenser var for lang. Enkelte deltakere nevnte også at utilstrekkelig opplæring førte til at ansatte ikke forstod hvordan medisindispenser skulle håndteres. Dette gjorde ansatte utrygge.

“De har fått opplæring for to måneder siden og når det kommer, så tror jeg det blir glemt.

Man trenger ikke en opplæring, men en liten oppfriskning.” (Respondent 1,1)

“Jeg tror det mangler god opplæring sånn at man føler seg trygg. Selv om de fikk opplæring,

føler de seg ikke trygge.” (Respondent 1,1)

“Det mangler opplæring. De faste ansatte kan det, eller si 60%, men av ekstravaktene så er

det kanskje 10% som klarer å skifte en sånn rull.” (Respondent 4,1)

Videre poengterte respondent 4,1 at alle ansatte bør være like gode på velferdsteknologi i stedet for at denne kunnskapen kun tilfaller ressurspersonen. Respondenten sier følgende;

“At alle kan skifte den rullen når det er tomt hver 14. dag. Og at alle kan gå inn og rette opp feilmeldinger som kommer opp i vakttelefonene hele tiden. At det ikke er én person som driver med dette her men at det er over hele linja.” (Respondent 4,1)

Enkelte respondenter ser det som utfordrende å lære opp alle ansatte til enhver tid. Dette kommer av at bydelene har mange ekstravakter og de ansatte jobber på ulike tidspunkt.

“[...] det er vanskelig å få lært opp alle, fordi du har 50 ekstravakter som bare jobber helger. Hvordan skal du nå ut til dem. Det er logistikken i det som er utrolig utfordrende.”
(Respondent 4,1)

“Det skal mye til å få gitt kunnskap til alle, for en del er jo bare ekstravakter som jobber kveld og helg som det er vanskelig å få gitt den opplæringen til da.” (Respondent 1,2)

En av respondentene trekker også frem utilstrekkelig opplæring som en av årsakene til at ansatte gjør feil når de bruker medisindispenserene.

“[...] også er det mye feil fra ansatte også da. Noe som vi ser ofte er at den blir enten lagt inn feil eller i helgen når det er ofte mye ekstravakter, da blir det ofte ikke løst, for jeg tror det er veldig få som egentlig vet hvordan de skal løse problemene som dukker opp. Og det handler igjen om dårlig opplæring.” (Respondent 5,1)

Det er kun en av respondentene som har nevnt at opplæringen har vært god uten at dette har blitt utdypet nærmere.

Analyse

Kotter (2012a, s. 108-110) har kartlagt flere barrierer som kan oppstå i en implementeringsprosess. En av disse er manglende ferdigheter som skyldes mangelfull opplæring. Ansatte får vite hvordan de skal jobbe mot organisasjonens mål, men de får ikke nødvendig oppfølging til å håndtere problemer som oppstår underveis i endringsprosessen. Organisasjonen undervurderer ofte tiden og innsatsen som kreves for at ansatte skal tilegne seg nye ferdigheter og holdninger (Kotter, 2012a, s. 112). Ifølge NOU (2011: 11, s. 109) er manglende kompetanse en av de største barrierene for å ta i bruk teknologi. Ved å oversette dette til våre funn er det tydelig at majoriteten har opplevd at mål og retning ble tydelig

kommunisert, men at oppfølging og opplæring til å håndtere feil på dispenserne har vært begrenset. Dette har gjort de ansatte utrygge og flere av respondentene ser på opplæringen som utilstrekkelig, noe som ifølge Kotter (2012a, s. 112) vil bidra til at ansatte ikke kan takle problemer som oppstår underveis. Utilstrekkelig opplæring kan derfor ha hindret implementeringen og bidratt til at ansatte ikke har iverksatt nødvendige tiltak for at medisindispensere skal integreres. Dette støtter også Kotter (2012a, s. 105-110).

Hjemmetjenesten er preget av turnusordninger og hyppig utskiftning av ansatte. Dette har gjort det vanskelig å lære opp alle ansatte i tjenesten, noe som gjenspeiles i VIS-prosjektet (2017, s. 4). I tillegg var et viktig læringspunkt fra VIS-prosjektet (2017, s. 17) at mellomledere må sette av tid til opplæring av ansatte. Når tiden ikke strekker til, som vist under punkt 5.1.1 *tidspress*, hindrer det mellomlederen fra å gi optimal opplæring. Tidligere forskning antyder også at mangelfull opplæring vil gjøre implementeringen vanskeligere (Nilsen, Dugstad, Eide, Gullstett & Eide, 2016, s. 2). Tjenesteinnovasjon er essensielt for å tilrettelegge for økt bruk av velferdsteknologi i bydelene. For å kunne integrere teknologien i tjenesten påpeker Knarvik et al. (2017, s. 21) at det handler om å legge til rette for opplæring, skape forståelse og gi ansatte tid til å bli kjent med det nye verktøyet. For at mellomledere skal betrakte teknologien som et hjelpemiddel i stedet for en byrde, må opplæring og kompetanseheving gjøres på riktig måte og parallelt med implementering av velferdsteknologi (NOU 2011:11, s. 123). Basert på utvalget av respondentene som nevnte opplæring under intervjuet, opplevde majoriteten opplæringen som mangelfull, med unntak av én respondent. Dette kan ha ført til at personalet har oppfattet medisindispenserne som en byrde og implementeringen har gått tregere enn nødvendig.

5.1.3 Motstand fra ansatte

Empiri

Under intervjuene fikk mellomlederne spørsmål om hvordan de opplevde ansattes håndtering av endringen bydelen hadde vært utsatt for. De fleste av deltakerne beskrev det som til tider utfordrende å få med resten av de ansatte. Enkelte trakk frem skeptisisme og motstand fra personalet i bydelen. Noen respondenter la særlig vekt på at ansatte opplever velferdsteknologi som en ekstraoppgave eller byrde.

“De var ganske skeptiske til det der. Det er sånn fremtiden og det kommer til å bli flere og flere velferdsteknologiske midler. Det var en periode det var vanskelig å få med ansatte på laget. Vi tenker at vi har samme mål og vi tenker på brukerne og ikke oss selv.”

(Respondent 1,1)

“Noen har vært frustrerte og irriterte på at nå skal vi gjøre enda en ting.”

(Respondent 6,1)

Respondent 6,1 opplever frustrasjonen og irritasjonen fra ansatte som positiv.

“[...] så det tenker jeg at er positivt, fordi da får man jo opp engasjementet.”

(Respondent 6,1)

“Min jobb er da å få dette her frem at det ikke er en ekstra oppgave. Folk hater jo ekstra oppgaver.”

(Respondent 3,1)

Det var også flere av respondentene som verken opplevde ansatte som motstandere eller pådrivere for endringen. En kilde til frustrasjon var feil på medisindispenserene.

“[...] vi har til enhver tid oversikt på alle grupperommene hvor det står at hvor vi har plassert ut velferdsteknologi, og hvor det funker. De ansatte synes jo det er kjempefint at det fungerer hos de brukerne. Men jeg tror de irriterer seg mer over alle stedene det ikke fungerer.”

(Respondent 4,1)

“Noen er veldig positive til det, men så er det noen som synes det bare er stress, fordi det ikke funker sånn som de vil at det skal funke.” (Respondent 4,2)

“Det har vært litt forskjellig da. Alt i fra de som spør og graver, de som er veldig opptatt av det, til de som bare holder seg unna.” (Respondent 1,2)

I hjemmetjenesten har ansatte dratt ut til brukere i flere år. Brukerne er ofte eldre og noen av respondentene nevner at brukerne er ensomme. Hjemmetjenesten blir betraktet som et lys i

hverdagen for brukerne og representerer “varme hender”. Mellomlederne fremhevet bekymring for at brukerne ikke skulle få besøk og dette var også en frykt uttalt av øvrige ansatte.

“Det er utfordrende for mine ansatte, fordi i hjemmesykepleien går vi jo til brukere i 5- 10 år. Vi blir jo glad i folk og vi kjenner de jo på så mange måter. Og ensomhet er et stort problem i Oslo ” (Respondent 3,2)

“[...] nå kommer ikke vi på to besøk om dagen. Da føler jo ikke brukeren at den trenger hjelp og våre ansatte føler ikke at vi behandler brukeren bra. ” (Respondent 3,2)

“Det var jo en del motstand. Kanskje ikke lederne så mye, men hos personalet var det jo en del motstand. [...] med Medido er jo folk redde for at kanskje vi ikke skal gå inn og kanskje at de ikke får besøk. At de skal gjøre alt ting selv da.” (Respondent 2,1)

Respondenten etterligner de ansattes reaksjon ved å si følgende;

“[...] skal vi ikke gå inn til brukerne skal vi bare liksom, en maskin skal hjelpe de, roboten tar over.” (Respondent 2,1)

Alderen på personer med helse- og sosialfaglig utdanning som er i jobb, strekker seg fra 15-66 år (Statistisk sentralbyrå, 2019). Aldersforskjell blant de ansatte er noe halvparten av mellomlederne i hjemmetjenesten også påpeker. De legger særlig vekt på at det er en større utfordring å få med eldre ansatte sammenlignet med yngre. I samtalene trekker de frem at de eldre har vist mer motstand i implementeringen, mens yngre ansatte er mer entusiastiske.

“[...] jo eldre du er, jo mer motstand møter du og en del prøver å snike seg unna og vil ikke sette seg inn i det. Men det må de jo etterhvert.” (Respondent 1,2)

“Vi ser at de som er mest entusiastiske er de som er nyutdannet i 20-årene.” (Respondent 3,2)

“[...] vi som er vant med teknologi fra før, litt yngre folk, er jo ofte veldig åpne for det og ser nytteverdien veldig raskt da.” (Respondent 6,2)

Blant respondentene var det ti som nevnte at ansatte enten har vært utfordrende, frustrerte eller skeptiske å få med på endringen. Seks av disse trekker også frem positive opplevelser ved ansattes håndtering. De trekker frem at ansatte viser engasjement og at de har vært positive til omorganisering. Det var tydelig at mellomlederne påvirkes av hvordan ansatte uttrykker sin tilfredshet og misnøye i implementeringen. Ansatte som er engasjerte og positive oppleves som en motivasjonsfaktor, mens frustrerte ansatte virker demotiverende for den enkelte mellomleder.

“Jeg må jo si at jeg synes det var kjempe gøy etter det personalmøtet vi hadde for en måned siden. Da jeg så engasjementet virkelige her, stort engasjement for det her.” (Respondent 3,1)

“De som er veldig positive er jo ikke så veldig utfordrende å jobbe med. Der går jo ting av seg selv. Det er jo mer de som litt innbitt ikke ser nytteverdien.” (Respondent 6,2)

“[...] vi prøver ihvertfall å plassere ut så mye som mulig, også er det veldig mye som kommer tilbake. Det er det vi opplever og det er litt frustrerende for de ansatte også synes jeg det er litt kjipt når de prøver så hardt, også får de ikke noe igjen for det.”
(Respondent 4,1)

Analyse

Ifølge Kotter (2012a, s. 37-45) kan motstand i iverksettelsesfasen fjernes ved å myndiggjøre ansatte. Kotter (2012a, s. 105-110) beskriver videre at dette kan gjøres gjennom bl.a. opplæring. Ved å analysere dette i lys av ovennevnte funn, har alle respondentene som mente at opplæringen ikke var god nok, også trukket frem at de har opplevd motstand eller skeptisisme fra ansatte under innføringen av medisindispensere. Implementering av medisindispensere har påvirket de rutinemessige arbeidsoppgavene til de ansatte, ved at dispenserens skal erstatte noen besøk de har til brukeren. Dersom endringen påvirker lederens arbeidsoppgaver direkte, kan dette bidra til å sette en stopper for endringsprosessen (Kotter, 2012a, s. 138-139). Ved å tolke påstanden i lys av de ansatte, kan endringer i de faste arbeidsoppgavene være en av årsakene til at de ansatte uttrykker motstand under innføringen av medisindispensere. En annen bemerkelse mellomlederne trakk frem var at eldre ansatte viste mer motstand sammenlignet med yngre. Ulik motstand kan komme av at yngre ansatte har blitt eksponert for teknologi tidligere sammenlignet med eldre ansatte (Morris, Venkatesh & Ackerman, 2005, s. 80). Dette kan ha gjort yngre mer mottakelige for ny teknologi som implementeres.

Nilsen et al. (2016, s. 2) fremhever i sin artikkel at motstand mot endring blir betraktet som et forsøk på å opprettholde status quo og at en vanlig form for motstand oppstår når etablerte rutiner blir forandret. Videre blir det påpekt at motstand er å forvente når ny teknologi implementeres og blant helsepersonell blir teknologi sett på som en trussel i seg selv. Dette utfordrer deres følelse av å inneha kompetanse og forutsigbarhet som igjen påvirker motivasjonen negativt. En annen kilde til motstand fra helsepersonell kommer fra manglende kjennskap til teknologien (Nilsen et al., 2016, s. 8). Motstand mot ny teknologi blir sett på som et hinder for nytenkning (Nilsen et al., 2016, s. 2). De samme forskerne fant at etisk motstand oppstod selv hos helsepersonell som var positiv til teknologi og innovasjon. Med etisk motstand menes motstand som kommer av frykt for trussel mot pasientsikkerhet og kvalitet på omsorgen (Nilsen et al., 2016, s. 6). Forskerne fant i likhet med denne studien at deltakerne så på teknologien som en trussel mot kvaliteten på helsetjenesten. Når ansatte reduserer antall besøk til brukeren er de bekymret for at brukeren ikke får samme ansikt-til-ansikt kommunikasjon som tidligere og at de “varme hendene” forsvinner.

Ved å trekke sammenhenger på tvers av empirien, kommer det frem at majoriteten av mellomlederne som synes det var utfordrende å få med ansatte, følte heller ikke at de hadde blitt involvert i underveis i implementeringen. Som nevnt i Kotters åttetrinnsmodell vil involvering bidra til å fjerne motstand (Kotter, 2012a, s. 105-110). I empirien kommer det frem at mellomlederne påvirkes av ansattes håndtering av endringen. Når ansatte er engasjerte føler mellomlederen glede, og der de ansatte er skeptiske opplever mellomlederen frustrasjon. Som Hope (2015, s. 17) påpeker, sitter mellomlederen i en posisjon hvor han/hun både gir og får informasjon til ansatte. Denne posisjonen gjør at lederen kan ha stor gjennomslagskraft hos de ansatte (Hope, 2015, s. 17). Hvis lederen ikke forstår innholdet i endringen eller har gjort det til sitt eget, vil personen heller ikke kunne kommunisere meningen med endringen med resten av de ansatte på en troverdig måte (Hope, 2015, s. 108). Flere av mellomlederne manglet tilstrekkelig opplæring, som kan ha ført til at de ikke har forstått hvordan dispenserne har fungert, hvilket igjen påvirker kommunikasjonen videre til ansatte. Dette kan være en kilde til de ansattes skeptisisme og frustrasjon. Negative erfaringer smitter over på andre ansatte. Dette gjenspeiles også i VIS-prosjektet (2017, s. 16).

5.2 utfordringer med bruk av medisindispensere

Denne delen tar for seg utfordringer som mellomlederne har opplevd ved bruk av medisindispensere. Delkapittelet vil ta for seg følgende del av forskningsspørsmålet; hvordan opplever mellomledere *bruk* av medisindispensere i hjemmetjenesten. I løpet av en periode på 1-3 år har ulike bydeler i hjemmetjenesten i Oslo anskaffet flere typer elektroniske medisindispensere. Typene varierer fra Medido, Evondos og Pilly hvor hver dispenser tilbyr ulike teknologiske funksjonaliteter. Medisindispenserne skal sørge for at medisiner blir gitt til rett tid og bidra til å redusere besøk fra hjemmetjenesten hver gang en bruker må medisineres. For å følge opp medisineringen, blir hjemmetjenesten varslet hvis brukeren ikke har tatt medisinen sin (Oslo kommune, u.å.b). Til informasjon sees det bort ifra opplevelsen mellomledere har hatt med dispenseren Pilly, da den kun ble nevnt av to respondenter under intervjuet. Dette gjorde at vi ikke hadde belegg for å trekke konklusjoner vedrørende Pilly.

Under intervjuene fortalte flere respondenter om utfordringer de hadde opplevd i forbindelse med bruk av de elektroniske medisindispenserne. Generelt gikk utfordringene ut på;

- 5.2.1 *Dispenseren samkjører ikke med medisinerne*¹⁰
- 5.2.2 *Dispenseren er ikke egnet for alle brukere*¹¹
- 5.2.3 *Dispenseren avgir mange feilmeldinger*¹²
- 5.2.4 *Valg av medisindispenser*¹³
- 5.2.5 *Analyse av utfordringer med bruk av medisindispensere*

5.2.1 Dispenseren samkjører ikke med medisinerne

Empiri

Mellomlederne fikk spørsmål om de hadde opplevd utfordringer med medisindispenserne som bydelene hadde implementert. utfordringen som flesteparten nevnte var at medisindispenseren ikke samkjører med medisinerne. Dette viste seg i form av at det enten kom flere medisiner på en gang, medisinerne ramlet ut, de hang seg fast i dispenseren eller at dispenseren ikke klarte å håndtere alle typer medisiner.

¹⁰ Se Appendix 4, tabell 4: *Dispenseren samkjører ikke med medisinerne* for flere sitater

¹¹ Se Appendix 4, tabell 5: *Dispenseren er ikke egnet for alle brukere* for flere sitater

¹² Se Appendix 4, tabell 6: *Dispenseren avgir mange feilmeldinger* for flere sitater

¹³ Se Appendix 4, tabell 7: *Valg av medisindispenser* for flere sitater

“Det kommer flere poser på en gang eller at pasienten tar ut posen, men tar ikke medisinen.”

(Respondent 1,1)

“Når det ikke fungerer gang på gang på gang, den bare spyr ut medisiner uten at du egentlig skjønner hvorfor, så blir det lettere å bare ha det på gamle måten og gi de den posen.”

(Respondent 4,2)

“Utfordringen med dispenserne er jo at den ikke takler alle medisiner og en del medisiner som blir knust.” (Respondent 6,1)

Når dispenserene ikke takler alle typer medisiner er dette frustrerende for mellomlederne. Enkelte forteller at feilene gjør at de ikke ser nytten av dispenserene og heller velger å gå ut til brukerne på egenhånd. Andre pekte også på at multidoserullen, som kom ferdig pakket fra apoteket, hadde en teipbit som den ansatte måtte fjerne for å plassere den i dispenserene. Når teipbiten ble fjernet, etterlot den seg et klister som gjorde at multidosen hang seg fast i dispenserene.

5.2.2 Dispenseren er ikke egnet for alle brukere

Empiri

Den andre utfordringen med medisindispenserene, som de fleste av deltakerne nevnte, gikk ut på at dispenserene ikke var egnet for alle typer brukere. I hjemmetjenesten er det mange eldre med ulik grad av kognitiv evne. Dette kan være personer som enten er demente, schizofrene, har redusert hukommelse eller relativt friske brukere. Noen av respondentene nevnte viktigheten av å velge riktig pasientgruppe som avgjørende for at dispenserene kunne utplasseres. Enkelte hadde også plassert dispenserene til brukere og erfart at ikke alle var egnet til å ha en elektronisk dispenser hjemme. Medisindispenseren Medido varsler brukeren når han/hun skal ta medisin ved å gi en svak pipelyd. Denne lyden blir høyere frem til medisinen er tatt. Dette virket forstyrrende og skremmende for noen brukere, hvilket resulterte i at de ikke ønsket å benytte seg av dispenserene. I tillegg forstod ikke brukere med nedsatt kognitiv kapasitet at pipelyden betød at de skulle ta medisin. Dette bidro til mer jobb for både ansatte og mellomledere i hjemmetjenesten.

“Det er viktig at vi finner riktig pasientgruppe som skal ha det. Der har vi prøvd og feila litt der med at enkelte funker det ikke så bra med. Har du schizofrene tanker, så er kanskje ikke en maskin som snakker til deg det lureste.” (Respondent 1,2)

“Jeg tror vi fikk plassert ut 80-90 stykker i fjor, men at 60 % av de ikke ble i drift. De kom tilbake fordi brukeren ikke ville ha de. Det var for komplisert og det hørtes ut som flyalarm, de ble redd, noen klarte å dra ut posene for kjapt. Så det er veldig mange brukerfeil. Jeg tror de ansatte er veldig positive til det og de har lyst til å lære de nye tingene, og det er mange som styrer med det. Men systemet er for dårlig. Det er det som er greia” (Respondent 4,1)

5.2.3 Dispenseren avgir mange feilmeldinger

Empiri

Etter at bydelene hadde implementert og tatt i bruk medisindispenserne, fikk flere opp feilmeldinger på dispenserne. Hver mellomleder får beskjed på sin mobil når det er oppstår en feil. Det har vist seg at feilmeldingene har blitt håndtert ulikt. Noen ringer til brukeren for å ta en vurdering på om feilen må rettes umiddelbart, mens andre tar kontakt med ansatte slik at de kan dra til brukeren for å se på feilen og eventuelt rette opp i denne. Når feilen ikke kan løses hjemme hos bruker, tar ansatte eller mellomleder med dispenserens tilbake til kontoret. På spørsmål om hvilke utfordringer deltakerne har hatt med medisindispenserne, svarer enkelte at feilmeldingene omhandler at multidosen henger seg fast og at mange feilmeldinger oppleves som merarbeid.

“Vi får masse feilmeldinger, så det har blitt ganske mye jobb. Det var en periode det var feilmelding på absolutt alle vi hadde ute og da ble det jo litt ekstra. Så må man hente de inn igjen, og så må man finne hva feilen er eller man må kontakte hjelpetelefonen til Medido. Det er litt på og av hvor godt det faktisk funker.” (Respondent 5,2)

“Det som er veldig dumt det er spesielt Medidoen da. Det er den det er mest feilmeldinger på. Den skal være kvalitetssikret med at pasienten skal få rett medisin til rett tid og så skal man spare penger. Det vil da si at vi ser at brukeren klarer eller mestrer godt å ta disse medisinene selv og så avslutter vi besøket og så får ikke brukeren medisinene sine likevel, fordi det er noe feil med Medidoen, så må vi rykke ut og da kan de risikere at medisinene blir gitt til feil tid.” (Respondent 5,3)

Videre i intervjuet ga flere av respondentene uttrykk for at feilmeldingene har vært frustrerende å håndtere. Feilmeldingene bidro til ekstraarbeid og var tidkrevende for mellomlederne. Dette har gjort at enkeltes holdning har endret seg underveis.

“Mye frustrasjon. Jeg tror jeg har følt meg kanskje litt alene opp i alt, fordi man må stå litt i stormen da fra de ansatte når de blir irriterte på at ting ikke fungerer og så er det ikke alltid de som kan løse problemene har tid og da blir man stående litt alene. Det syns jeg kan være litt utfordrende. Så da har jeg nok endret litt holdning til hele greia, men det må jeg bare endre på. For det hjelper jo ikke hvis mellomlederen er misfornøyd, så hjelper jo ikke det for resten av folket heller, så da man må jo være positiv” (Respondent 5,1)

“[...] det er vanskelig å ha troa selv når det svikter i de maskinene helt tiden. Når ikke teknologien er på plass og når det blir så mange feilmeldinger.”
(Respondent 4,1)

“Brukerne er ikke fornøyde, og vi er ikke fornøyde. Hadde det bare fungert sånn som det skal, så hadde det vært greit, men det gjør ikke det. Det er for dårlig kvalitetssikret.”
(Respondent 5,3)

5.2.4 Valg av medisindispenser

Empiri

Hvilken type medisindispenser deltakerne har erfaring med varierer. Noen har tatt i bruk flere typer, mens andre har kun benyttet seg av én. Basert på samtalene med respondentene kom det tydelig frem at det var en forskjell i måten deltakerne opplevde bruken av Medido og Evondos. Blant respondentene som nevnte mange feilmeldinger som en utfordring, var kun én av disse relatert til Evondos. Resterende var knyttet til frustrasjon over feilmeldinger som dukket opp på Medidoen. Ulempene som ble nevnt med Evondos var at den tar mer plass og er tyngre. Det motsatte gjaldt for Medido. Fordelen med denne er at den er mindre enn Evondos.

En av feilmeldingene som oppstod på Medido gikk ut på tekniske feil med maskinen. Feilen gjør at brukeren kan dra i multidoseposene før maskinene har klipt multidoserullen. Dette er ikke mulig på Evondosen. Flere oppfatter Evondos som mer driftssikker og med mindre feilmeldinger. Enkelte har hørt disse positive faktorene av andre.

“Det vi får høre det er jo at Evondos snakker. Den sier; «nå må du ta medisinen din». Den er litt mer brukervennlig og mye færre feilmeldinger på den. Vi bruker Medido her hos oss. Masse feilmeldinger på at posene kiler seg fast og de ikke kommer ut og den bråker jo. Det er jo et gammelt dataprogram. Sånn at folk blir litt stressa av den.” (Respondent 3,2)

“Det var jo det som var med den Medidoen, at det var veldig mye som gikk feil der, det var lettere for pasientene å dra i medisinen sånn at det kom flere doser eller at det ikke kom på riktig tidspunkt, eller skrudde av strømmen. Jeg vet ikke helt hva de gjorde, men den Evondosen har vært mer driftssikker.” (Respondent 1,2)

“Så ser vi jo også at Evondos er jo litt sikrere på den måten for det systemet fungerer bedre, vi har mindre problemer med den enn Medidoene.” (Respondent 5,2)

5.2.5 Analyse av utfordringer med bruk av medisindispensere

En god tilnærming til tjenesteinnovasjon er rammeverket til Sundbo (2008, s. 31), som deler innovasjonsprosessen inn i tre faser; idéfasen, utviklingsfasen og implementeringsfasen. I den siste fasen, *implementeringsfasen*, er aksept fra ansatte og ledere essensielt for at nye arbeidsformer skal bli til praksis. Ved nye innovasjoner er det viktig at ansatte forstår og aksepterer produktet. I tillegg er det viktig at produktet som leveres er av god nok kvalitet til at kunden skal føle at det løser et problem. Hvis kundene ikke forstår eller aksepterer den nye innovasjonen, vil det føre til kvalitetsproblemer. For å avdekke feil med produktet, samt skape aksept og forståelse, er involvering i implementeringsprosessen essensiell (Sundbo, 2008, s. 38-39). Rammeverket for tjenesteinnovasjon er tilsiktet privat sektor, mens “veikart for tjenesteinnovasjon” er skreddersydd for offentlig sektor, nærmere bestemt kommunen. Ved å knytte rammeverkene sammen blir det mulig å tolke hvilke barrierer som har oppstått i forankringen og hva som er årsaken til barrierene.

Som tidligere beskrevet er “veikart for tjenesteinnovasjon” (KS, 2018) et verktøy som skal hjelpe norske kommuner med å fornye sine tjenester. Fase fire og fem går ut på å avdekke feil og mangler ved produktet, og sikre at kommunen og brukeren oppnår ønsket gevinst. Disse to fasene kan kobles til Sundbos (2008) tredje innovasjonsfase; implementeringsfasen. De har til felles at produktet som leveres, må være av høy kvalitet for å sikre god drift, aksept og forståelse.

I lys av de nevnte rammeverkene ble tre utfordringer nevnt av nesten alle respondentene. Utfordringene gikk ut på at dispensereren ikke var egnet til alle typer medisiner, ikke var tilpasset alle brukere og avga feilmeldinger som var vanskelig å håndtere. Disse feilene førte til frustrasjon og enkelte stilte spørsmål rundt hvorvidt dispensereren var til hjelp. Feilene kan knyttes til implementeringsfasen til Sundbo (2008) og derav fase fire og fem i “veikart for tjenesteinnovasjon”. Respondentene trakk frem at medisiner blir knust, de ramler ut av dispensereren og det kommer flere medisiner ut samtidig. Dette er utfordringer knyttet til at medisindispenseren ikke egner seg til alle medisiner. Grunnen til at medisindispenseren ikke er egnet for alle typer brukere, mener mellomlederne skyldes nedsatt kognitiv kapasitet hos enkelte og høye varslinger. Sistnevnte virker forstyrrende for bruker. Mange feilmeldinger skaper merarbeid for mellomlederne og øker risikoen for at bruker ikke får riktig medisin til rett tid. Feilene gjør også at enkelte respondenter ikke opplever at dispensereren bidrar til å løse et problem, hvilket er essensielt i implementeringsfasen for å skape forståelse og aksept (Sundbo, 2008, s. 38-39). Når mellomlederen ikke forstår hensikten og tekniske feil med dispensereren, kan det hindre at nye arbeidsformer blir til praksis (Sundbo, 2008, s. 38-39). Risiko for feilmedisinering gjenspeiles i nyere forskning som viser at medisindispensere i hjemmetjenesten øker faren for feildosering. Dagens løsninger er for dårlig tilrettelagt for bruk i hjemmet (SINTEF, 2019). Dette var noe respondentene i denne studie også var redde for, da det utgjør en trussel for kvaliteten på tjenesten. Til tross for frustrasjonen er mellomlederne mer optimistiske til å bruke medisindispenseren Evondos. Denne oppfattes som mer driftssikker og avgir mindre feilmeldinger enn Medido.

Videre kan dette kobles til Kotters siste trinn, *forankre endringen i kulturen* og den siste fasen i “veikart for tjenesteinnovasjon”, *ny praksis*. Ved å tolke dette i lys av de to sistnevnte teoriene, vil feil som fører til frustrasjon, gjøre endringen mindre vellykket i form av at medisindispenserne ikke blir forankret i kulturen. Ifølge Kotter (2012a, s. 156-157) er det bl.a endringsgruppens ansvar å påse at en endring blir bearbeidet i arbeidshverdagen. Ressurspersonene har fått ekstra opplæring i velferdsteknologisk utstyr for å sikre god opplæring til brukere og ansatte, mens prosjektlederne har ansvar for å lede prosjektet for velferdsteknologi i hver bydel (VIS-prosjektet, 2017, s. 6). På bakgrunn av dette kan ressurspersonene og prosjektlederne tolkes som det Kotter omtaler som “endringsgruppen”. Basert på tilbakemeldinger i intervjuene har feil ved dispensereren ført til fortvilelse hos mellomlederne, hvilket kan ha hindret forankringen i kulturen. Dette vil igjen påvirke endringsgruppens evne til å fjerne motstand og følelsen av nødvendighet hos mellomlederne

(Kotter, 2012a, s.165). Som Kotter har illustrert i trinn en, vil det bli utfordrende å overbevise ansatte (herav mellomledere) om at endringen er hensiktsmessig hvis de ikke opplever den som nødvendig (Kotter, 2012a, s. 37-45). Dette støttes også av (Sundbo, 2008, s. 38-39).

Kurtmollaiev, Lervik-Olsen & Andreassen (2018, s. 24-26) påpeker at kundenes (herav mellomlederens) oppfatning og omfang av endringen er viktig. Dette kommer av at kunden ser effekten av innovasjonen som en integrert del av sin opplevelse. Kundenes opplevelse avhenger av om de føler at arbeidsoppgavene gjøres på en bedre eller dårligere måte enn tidligere (Kurtmollaiev et al., 2018, s. 24-26). I sitatet til respondent 5,1 på s. 53 kommer det tydelig frem at respondentens holdning har blitt endret på grunn av feil med dispenserne. Ifølge Kurtmollaiev et al. (2018, s. 26) vil innovasjon skape endring i organisasjonen, og dette kan igjen utløse sterke emosjonelle reaksjoner. På bakgrunn av dette anses det som essensielt å evaluere hvilken effekt en endring vil ha på den totale opplevelsen i kartleggingsfasen, før produktet blir satt ut i drift. Dette støttes også av Kurtmollaiev et al., (2018, s. 27) og Sundbo (2008, s. 37-38).

5.3 Organisatoriske faktorer som påvirker mellomlederens opplevelse

I dette delkapittelet vil organisatoriske faktorer presenteres. Med organisatoriske faktorer menes andre elementer som påvirker arbeidshverdagen til mellomlederne enten negativt eller positivt. Studien vil undersøke hvordan faktorene har hatt påvirkning på mellomlederens opplevelse ved innføring av medisindispenser og hvilken betydning de har hatt for utfordringene som har oppstått. I denne delen av oppgaven har følgende struktur;

- *5.3.1 Betydningen og formål - velferdsteknologi¹⁴*
- *5.3.2 Mellomlederens rolle¹⁵*
- *5.3.3 Involvering og kommunikasjon¹⁶*
- *5.3.4 Synliggjøring av effekter¹⁷*
- *5.3.5 Kultur for innovasjon¹⁸*

¹⁴ Se Appendix 4, tabell 8: *Betydning og formål – velferdsteknologi* for flere sitater

¹⁵ Se Appendix 4, tabell 9: *Mellomlederens rolle* for flere sitater

¹⁶ Se Appendix 4, tabell 10: *Involvering og kommunikasjon* for flere sitater

¹⁷ Se Appendix 4, tabell 11: *Synliggjøring av effekter* for flere sitater

¹⁸ Se Appendix 4, tabell 12: *Kultur for innovasjon* for flere sitater

5.3.1 Betydning og formål - velferdsteknologi

Empiri

Den første delen av funnene er knyttet til hvilken betydning velferdsteknologi har for respondentene og deres tanker om formålet med implementering av teknologien. På spørsmål om hvilken betydning velferdsteknologi hadde for mellomlederne, var det ti av respondentene som hadde et brukerrettet perspektiv. De nevnte enten at velferdsteknologi kan skape trygghet, mestring, gjøre brukeren mer selvstendig eller bidra til at brukeren kan bo hjemme lenger. Fem av respondentene pekte også på at spart tid eller økonomisk gevinst var av betydning. På bakgrunn av dette er det tydelig at brukeren har en stor betydning for mellomlederne når det kommer til velferdsteknologi.

“Det betyr å gjøre brukere mer selvstendig og kanskje at de får ordne mest mulig selv, særlig de som ikke vil ha hjemmesykepleie i utgangspunktet og som har det bra uten at hjemmesykepleien kommer. Da er det jo bra at de kan få litt hjelp av velferdsteknologi, f.eks. medisindispensere eller trygghetsalarmer.”

(Respondent 1,1)

“[...] jeg tenker det betyr teknologi som skal være til hjelp og kanskje gjøre at man klarer å mestre litt mer på egenhånd enn man ville gjort uten. Eller bo hjemme lenger eventuelt.”

(Respondent 5,2)

To av respondentene nevnte også at velferdsteknologi var enten tungt eller stressende å håndtere.

“[...] det er jo en ting som kan gjøre hverdagen lettere for brukerne våre og for de ansatte faktisk, så det er en vinn vinn situasjon. Men det er en ting som også er tungt å få inn da.”

(Respondent 3,1)

“Det betyr mye stress for vår side, men noe som skal fungere godt for de eldre.”

(Respondent 5,3)

Under intervjuet utdypet respondent 3,1 at de har brukt tid på å få velferdsteknologi implementert. De er en i prosess hvor medisindispenserne blir plassert ut til brukere og skal integreres som en naturlig del av hverdagen. Deltakeren ønsket også å få bort ordet

velferdsteknologi, da ansatte assosierer ordet med enda en ny arbeidsoppgave. Ifølge respondent 3,1 bør ikke velferdsteknologi betraktes som en ekstraoppgave, men som en integrert del av hverdagen. Da respondent 5,3 fikk oppfølgingsspørsmål om hvordan han/hun synes det er stressende, trakk respondenten frem at teknologien ikke fungerer som ønsket på grunn av mye feilmeldinger. Dette har ført til unødvendig tidsbruk som har krevd mye energi.

Fem av respondentene fremhevet velferdsteknologi som økonomisk styrt eller tidsbesparende. Respondent 2,1 opplever spart tid som positivt, ettersom antall brukere i tjenesten øker. Respondenten sier følgende:

“[...] jeg ser masse muligheter med å spare tid, fordi jeg ser at vi får flere og flere brukere og flere blir jo eldre og sykere og vi må hjelpe flere” (Respondent 2,1)

“[...] for det jeg har opplevd med velferdsteknologi det er jo litt sånn, økonomisk styrt da, veldig.” (Respondent 3,2)

“Vi er ikke tall, ikke sant, vi jobber med mennesker.” (Respondent 3,2)

Ifølge respondent 3,2 blir den økonomiske gevinsten beregnet ut i fra hvor mange brukere som har behov for hjelp til medisiner, antall dispensere de kan sette ut og hvor mye timelønn som spares per ansatt. Basert på utsagnet over oppleves ikke dette som noe positivt for respondenten, da mennesker er viktigere enn tall.

Da deltakerne fikk spørsmål om hva de tror er formålet med velferdsteknologi, hadde også her 11 av 12 et brukerrettet perspektiv. Fokuset var rettet mot enten; trygghet, mestring, selvstendighet eller brukers mulighet til å bo hjemme lenger. Økonomisk vinning og spart tid ble også trukket frem. Generelt samsvarte deres betydning av velferdsteknologi med det de anser som formålet med innføringen. Til forskjell nevnte fem av respondentene at hensikten med innføringen var å gi bruker medisin til rett tid.

Analyse

For den enkelte mellomleder ble betydningen av velferdsteknologi beskrevet som brukerrettet. Dette nevner også Helsedirektoratet (2018) som skriver at velferdsteknologi kan bidra til å øke tryggheten og forbedre tjenesten for brukerne. Under intervjuet nevnte majoriteten av

respondentene økt mestring, selvstendighet, spart tid og økonomisk vinning som faktorer tilknyttet deres betydning av velferdsteknologi. Dette samsvarer med beskrivelsen som uttrykkes hos Helse- og omsorgsdepartementet (2013, s. 27-28). Departementet peker på at velferdsteknologiprogrammet kan gi mennesker mulighet til å bo hjemme lenger og oppleve mestring av eget liv og helse. Teknologien kan aldri erstatte omsorg og fysisk nærhet fra mennesker, men teknologi kan bidra til bedre utnyttelse av ressurser og dermed frigjøre eksisterende ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 27-28). Likevel opplever én av respondentene mye fokus på tall fremfor mennesker (respondent 3,2). Dette er dog ikke en gjengsholdning hos de øvrige respondentene.

Ifølge rapporten til Knarvik et al. (2017, s. 21) vil tjenesteinnovasjon være essensielt for tilrettelegging av økt bruk av velferdsteknologi. Herunder stilles det krav til ledernes evne til å betrakte teknologien som en strategisk og praktisk utvikling av tjenesten. Forståelse og god forankring på ledernivå blir trukket frem som sentralt for å skape engasjement både av Knarvik et al. (2017, s. 21) og Kotter (2012a, s. 37-45). Hvis man ikke forstår behovet med implementeringen eller får riktig opplæring, kan dette være en av årsakene til at enkelte av respondentene opplever velferdsteknologi som “tungt å få inn” og stressende.

5.3.2 Mellomlederens rolle

Empiri

I intervjuene kom det tydelig frem at mellomlederne opplever å ha påvirkning på ansatte i bydelen. Åtte stykker mente at deres holdning til velferdsteknologi smitter over på resten av personalet. Flere av respondentene trakk også frem at de må selge inn velferdsteknologi til ansatte og sørge for at de blir motivert til å jobbe med det. Enkelte nevnte også at de må ha kunnskap og forståelse om velferdsteknologi for å kunne svare ansatte på spørsmål samt endre måten de jobber på.

“Hvis ikke du tror på det selv, så får du ikke gruppa med på det. Så du er nødt til å være positiv til det og kunne forklare fordelene med det.”

(Respondent 1,2)

“Det er jo en ting å jobbe med hele tiden. Både for at jeg skal holde meg oppdatert, for at jeg skal kan svare, og for at det skal holde litt engasjementet oppe, fordi jeg tror at det er bra for

noen brukere. Jeg vil at de på laget skal kunne noe om det og jeg vil at de snakke riktig om det, og ikke si noe negativt om det før man har prøvd det.” (Respondent 4,2)

Analyse

Mellomlederens posisjon er mellom toppledelsen og de ansatte i organisasjonen. Rollen gjør at mellomlederen kan kommunisere oppover og nedover i organisasjonen, samt ha stor gjennomslagskraft hos ansatte (Hope, 2015, s. 13). For at ansatte skal være forberedt på endringen som kommer, må mellomlederen forberede organisasjonen på en ny driftssituasjon og legge til rette for implementering av mer effektive løsninger (de Brentani, 2001, s. 169-187). For å iverksette endring må mellomlederen vite hvordan utfordringer skal håndteres og sørge for at arbeidsprosesser skjer i tråd med prosjektets intensjon (Hope, 2015, s. 91-109). Han/hun må også ha evnen til å formidle informasjon på en enkel måte til de ansatte og ha kompetanse om teknologien som implementeres (Hope, 2015, s. 116-117).

I norske kommuner sitter mellomledelsen i linjeorganisasjonen. Mellomlederens rolle i hjemmetjenesten er å styrke den operative kjernen, og være informasjonsformidler både oppover og nedover i hierarkiet. Dette kommer også tydelig frem i funnene, hvor de fleste trekker frem hvilken betydning de har for ansatte i bydelen. De fleste respondentene forteller om hvordan de har evnen til å påvirke ansatte til å bli engasjerte. Mellomlederen må derfor være positiv for å opprettholde motivasjonen til de ansatte, slik at endringen skjer i tråd med spredningsprosjektets intensjon. Dette var også flere av respondentene bevisste på.

5.3.3 Involvering og kommunikasjon

Empiri

Samtlige åtte respondenter gav uttrykk for at strategien og formålet med implementering av medisindispensere var tydelig kommunisert. Mange fikk informasjon om strategi og mål gjennom ledermøter. Enkelte nevnte også at bydelsdirektøren hadde vært innom for å informere om implementeringen. Det var kun to mellomledere som snakket eksplisitt om at strategien og målet ikke ble tydelig kommunisert. En av disse (respondent 5,2) opplevde prosjektet som en “svevende greie” og følte det kom litt brått på. Etterhvert som respondenten fikk bedre opplæring fikk han/hun også bedre forståelse av prosjektet.

“Jeg synes jo vi fikk en god innføring i det. Jeg tror kanskje det har skortet litt på de andre ansatte på avdelingen min, fordi jeg tror de har skjønt formålet, men de er under den oppfatningen at det er unødvendig.”
(Respondent 5,1)

“Nei, første gangen vi hørte om det så var det på en måte en sånn svevende greie, at dere skulle ha inn det her og, ja da visste vi jo ingenting om det heller, men når man får litt opplæring så skjønner man jo hva det er.” (Respondent 5,2)

Videre ble det stilt spørsmål om mellomlederen hadde en følelse av å bli involvert i implementeringsprosessen. Her svarte de fleste, 7 stk., at de hadde blitt involvert.

“Jeg snakket om det på daglig møte. Det implementeres fra toppledelse, også hører du jo hvordan det er i andre bydeler i Oslo kommune.” (Respondent 1,1)

“Ja, det var absolutt nok møter og nok informasjon, så alt var helt fint og klart. Men det går liksom på litt oppfølging for å lære seg det.” (Respondent 4,2)

Fire av mellomlederne hadde ikke følelsen av å bli involvert i implementeringsprosessen. Enkelte pekte på at kommunikasjonen har gått en vei, ovenfra og ned, og tre respondenter hadde ikke mulighet til å gi tilbakemeldinger i prosessen.

“Dette er jo ting som kommer ifra oven og så blir det bestemt at det skal være sånn og så blir det bestemt hvordan det skal være. [...] de som sitter og styrer med det ser den økonomiske gevinsten og det er det jo her og, men de ser ikke at disse brukerne har ikke bare det.”
(Respondent 3,2)

“Nei, det går en vei. Det går aldri den andre veien. Enveiskommunikasjon kalles det.”
(Respondent 5,3)

Analyse

Ifølge NOU (2011: 11, s. 123) er det viktig at teknologiske løsninger forankres hos både ledelsen og personalet. For å sikre god forankring er det essensielt at ansatte forstår formålet med å innføre en ny teknologi (Accenture, 2010 gjengitt i Helsedirektoratet, 2012, s. 37).

Forståelse bidrar til å skape engasjement (Knarvik et al., 2017, s, 21) og Kotter (2012a, s. 95-97) anser det som essensielt å kommunisere formålet tydelig for å sikre en vellykket endringsprosess. Både Sundbo (2008, s. 38-39) og Hope (2015, s. 85-86) skriver om forståelse og involvering som sentrale deler av endringsarbeidet. Følelsen av å bli involvert i implementeringsfasen er en viktig faktor som kan styrke ansattes følelse av eierskap til en endringsprosess. For å oppnå vellykket implementering er deltakelse og engasjement nøkkelfaktorer (Edwards & Wilson, 2004 gjengitt i Olaisen, Revang & Rosendahl, 2018). Dette støttes også av (Paulsen, Vekve, Isaksen & Skarli, 2017).

Majoriteten av respondentene oppfattet strategi og mål med endringen som tydelig kommunisert. På bydelsnivå mente alle respondenter fra bydel 1 og 6 at strategien og målet med innføringen av medisindispenserne hadde blitt tydelig kommunisert. De overnevnte respondentene følte også at de hadde blitt involvert i implementeringsfasen. Der hvor respondentene ikke ble involvert i prosessen, var tid og innsats til ressurspersonen sentrale faktorer. Ifølge disse mellomlederne har ressurspersonen enten for dårlig tid eller burde ytt mer.

Majoriteten av de som følte seg involvert (5 av 7) mente også at mål og strategi hadde blitt tydelig kommunisert. Basert på dette funnet og tidligere forskning, kan det tyde på at det er en sammenheng mellom følelse av involvering og opplevelse av tydelig kommunisert mål. Dette er ikke et entydig funn da to av de som følte seg involvert ikke opplevde at formålet var tydelig. Det er likevel grunn til å tro at involvering og kommunikasjon har en sammenheng.

Toppledelsen har sjelden tid og kapasitet til å involvere og følge opp alle ansatte. Derfor vil ansattes forståelse av strategi og mål dannes horisontalt i organisasjonen (mellom endringsmottakerne) heller enn vertikalt (mellom toppledelsen og endringsmottakeren) (Hope, 2015, s. 85-86). Mellomlederen er sentral for å sikre vellykket endring og forankring. Det er derfor viktig at toppledelsen setter av tid for at mellomlederne skal forstå intensjonen med endringen. På den måten kan de handle i tråd med målet med endringen (Hope, 2015, s. 85-86). Ved å involvere mellomledere i innføringsprosessen, kan man sikre god implementering (Hope, 2015, s. 88). Ved å tilrettelegge for informasjonsutveksling mellom topp- og mellomledelsen og involvere ansatte i iverksettelsesprosessen, oppnår man forståelse om strategi og mål (Hope, 2015, s. 88). På bakgrunn av fremlagt empiri og tidligere forskning har studien belegg for å hevde at økt involvering har en sammenheng med hvordan mellomlederne har opplevd kommunikasjon av mål og strategi.

De syv deltakerne som opplevde å ha blitt involvert hadde også jobbet relativt lenge i helsesektoren. Fem av syv hadde en fartstid på over 12 år i helsesektoren. Under intervjuene fortalte mellomlederne at de var eller hadde vært i en rekke omstillingsprosesser. På bakgrunn av dette kan det tenkes at deltakerne som har jobbet lenger i helsesektoren har vært eksponert for flere endringsprosesser enn deltakerne med kortere arbeidserfaring. Dette kan igjen ha ført til at de med lenger erfaring opplever større grad av involvering i spredningsprosjektet sammenlignet med andre prosjekter, da de har bedre sammenligningsgrunnlag.

5.3.4 Synliggjøring av effekter

Empiri

I intervjuene fikk mellomlederne spørsmål om de hadde sett noen positive effekter etter at medisindispenser ble satt ut. Åtte av deltakerne hadde opplevd positive effekter. Svarene som ble gitt var knyttet til måten ansatte og brukere hadde håndtert prosessen. Seks av respondentene trakk frem enten økt mestring og medisin til rett tid som positive effekter. Andre effekter som fremkom var kutt i antall besøk og spart tid. I tillegg la mellomlederen merke til at ansatte synes det var spennende å jobbe med velferdsteknologi.

“Ja, det blir jo mestringsfølelse for brukerne da. Mer frihet til å gjøre det du vil, ikke være så avhengig av at vi kommer. Medisin til rett tid. Det har vært veldig positivt.”

(Respondent 5,3)

“For meg blir det at de sparer tid. Det vil ha innvirkning på stressnivået.” (Respondent 2,1)

“Det jeg har sett er at personalet synes det er gøy. Den effekten i sånn i forhold til bruker har ikke jeg sett.” (Respondent 3,1)

På spørsmål om positive effekter var det også flere, nærmere bestemt fem stykker, som trakk frem negative effekter under implementeringsfasen. Noen snakket om at innføringen ikke hadde vært tidsbesparende eller at de ikke hadde sett noen gevinster.

Analyse

Som nevnt i teoridelen, trekker Kotters åttetrinnsmodell frem synliggjøring av gevinster som essensielt for å motivere ansatte til å drive frem endringen. Videre mener Kotter at det er viktig

å planlegge synliggjøringen av resultatene tidlig i prosessen, slik at ansatte kan se at innsatsen de legger ned gir resultater (Kotter, 2012a, s. 122-123). Følgende dokumenter fra Helsedirektoratet “*Velferdsteknologi*” og “*Helsedirektoratets innspill til stortidsmelding om helsenæringen*” påpeker også betydningen av å synliggjøre positive effekter (Helsedirektoratet, 2012, s. 23; Helsedirektoratet, 2018, s. 33). Førstnevnte skriver at synliggjøring kan sikre forståelse og god implementering.

Ved å oversette dette til studiens empiri, kom det frem at syv av åtte respondenter som hadde sett positive effekter med medisindispenserne, også ønsket å drive frem endringen. Mellomledernes motivasjon til å fortsette med endringsarbeidet kan komme av at de har sett positive effekter med medisindispenserne. Det er dog viktig å merke seg at de positive effektene mellomlederne trakk frem, kom etter at dispenserne var satt i drift. Effektene som ble synliggjort anses ikke som planlagte. Grunnen til dette er at effektene som respondentene pekte på var ikke tydelig relatert til endringsinnsatsen. I tillegg anses ikke effektene som synlige nok, da mellomlederne ble bevisste på hvilke effekter som faktisk hadde blitt synliggjort underveis i intervjuet. Ifølge Kotter (2012a, s. 126-127) må en gevinst være synlig for at den skal kjennetegnes som en gevinst. I VIS-prosjektet (2017, s. 16) var det utfordrende å synliggjøre gevinster som spart tid, reduserte kostnader og økt kvalitet. Spart tid og reduserte kostnader har blitt synliggjort i denne studien, da respondentene trakk frem økt mestring, kutt i antall besøk og spart tid som opplevde gevinster.

5.3.5 Kultur for innovasjon

Empiri

Under intervjuene ble det diskutert hvorvidt mellomlederne opplever at bydelen har en kultur for å innovere, noe åtte respondenter svarte bekreftende til. Det viser seg at alle respondentene i bydel 1, 3 og 4 opplever at bydelen de jobber i har kultur for innovasjon. I bydel 5 opplever to av tre respondenter at bydelen deres har kultur for innovasjon, mens i bydel 6 er det motstridende meninger. Et annet element som ble nevnt var at bydel 1 vurderer å få en innovasjonsavdeling hvor ansatte kan komme med ønsker og tilbakemeldinger. En annen deltaker fra samme bydel opplever at avdelingen har blitt mer endringsvillig sammenlignet med tidligere.

“Jeg opplevde at da jeg begynte her var det en veldig satt organisasjon, hvor egentlig ikke så mye skjedde og at ting gikk på gamlemåten. Jeg føler at vi er litt på vei bort fra det nå. Jeg

synes ihvertfall det er litt mer spennende å jobbe her nå og at vi er mer endringsvillige.”

(Respondent 1,2)

En av respondentene pekte også på den hierarkiske distansen mellom mellomlederens posisjon og den øvre ledelsen. Respondenten mente at toppledelsen hadde fokus på innovasjon og at øvrige ansatte prøvde å holde seg oppdatert. Dette oppleves som utfordrende, da de har flere prosjekter samtidig.

“Ja, toppledelsen er veldig opptatt av innovasjon og nyskapning, og implementering av velferdsteknologi.” (Respondent 4,1)

“[...] jeg vil jo kanskje si at det er mye fokus der oppe også sitter vi fotsoldater her nede. Vi prøver å få det til i hverdagen, men det er det som er utfordringen. Vi har jo også fokus på det, men vi drukner på en måte litt av alle de andre tingene som gjør at vi ikke klarer å drive frem sånne prosjekter.” (Respondent 4,1)

“Det viktigste er jo drift for oss, så da prioriterer vi ikke kurs og velferdsteknologi.”
(Respondent 4,1)

Respondentene som ikke opplever at bydelen har en kultur for å innovere, trekker frem ansatte og ledere som faktorer. De legger vekt på at ansatte ikke er nysgjerrige, engasjerte eller nytenkende. To av deltakerne trakk også frem ledelsen som en barriere. De opplever at ledelsen ikke har tid til annet enn daglig drift eller gir god nok informasjon til avdelingen.

Videre ble det diskutert om kulturen i bydelen har endret seg etter innføring av medisindispensere. Her kom det frem at halvparten av respondentene så på kulturen i bydelen som uendret etter implementering av velferdsteknologi. Noen svarte kort på spørsmålet og trakk frem at de ansatte er positive, mens andre trakk fram at det ikke er rom for kulturendring. Ifølge respondent 4,2 følte innføring av mange dispensere på kort tid ut som merarbeid. I starten resulterte dette i negative ansatte, men i ettertid opplever respondenten ansatte som nysgjerrige. Det var også en respondent (6,1) som nevnte at de ansatte og ledelsen har forstått at de må ta i bruk velferdsteknologi på grunn av økt levealder i befolkningen. Samme respondent snakker også om at aksepten er tilstede.

“Nei, det har jeg ikke merket noe. Men det er ikke noe dårlig kultur her i det hele tatt. Jeg kan ikke si at jeg har merket noen stor endring i kulturen på grunn av det her. Det er altfor lite jobbet med det.” (Respondent 3,1).

“Nei, men det er ikke rom. Jeg tror det er mer det. Det er det daglige tidspresset. Jeg tror det er mest der det ligger. Også har vi fremdeles motstand. Det er vanskelig å si, også er det bare sånn at man må komme inn i tralten.” (Respondent 3,2)

Analyse

Ifølge KS (2019a) har mestringsorientert ledelse stor betydning for å bygge en kultur for innovasjon og for å tenke nytt. Med mestringsorientert ledelse menes å ha en atferd som omfavner indre motivasjon og læring. Ved å gjøre noe nytt rokker man ved maktbalansen og holdningene i en organisasjon. Det blir dermed viktig å involvere ansatte og sørge for at de er i stand til å jobbe innovativt. Ifølge KS (2019a), Sundbo (2008, s. 38-39) og Kotter (2012a, s. 37-45) er det enklere å lykkes med en endring hvis alle ansatte forstår formålet og nødvendigheten av endringen. En organisasjon blir mer innovativ hvis ledere oppmuntrer til medvirkning (NOU, 2011: 11, s. 46). Dette støttes også av Thune (2015) gjengitt i Helsedirektoratet (2018, s. 20). Medarbeiderinvolvering kan igjen bidra til å redusere motstand mot nye produkter (NOU 2011:11, s. 46). Når avstanden mellom beslutningstakere og ansatte er stor, blir det vanskeligere å involvere ansatte i innovasjonsarbeidet. Dette vil igjen påvirke innovasjonsevnen i organisasjonen (Amundsen et al., 2011 gjengitt i Beckmann, Bratland & Prebensen, 2018).

Ved å knytte teorien til empirien kommer det frem at majoriteten av de som ble intervjuet, opplever kulturen i bydelen som innovativ. Syv av de ovennevnte ønsket å drive frem endringen i bydelen. I tillegg følte seks av åtte at de ble involvert i implementeringsprosessen. Det samme antallet hadde sett positive effekter når medisindispenser ble innført. Eksponering for positive effekter underveis kan ha bidratt til motivasjon til å drive frem endringen (Kotter, 2012a, s. 122-123). Indre motivasjon bidrar til å bygge en kultur for innovasjon (KS, 2019a). På bakgrunn av dette kan mellomledernes motivasjon være en av grunnene til at de anser kulturen i bydelen som innovativ.

I studien kom det også frem at fire respondenter følte at deres bydel ikke hadde kultur for innovasjon. En av respondentene opplevde dårlig kommunikasjon med ledelsen, hvor

kommunikasjonen kun gikk ovenfra og ned. En annen hadde ikke hatt noe kommunikasjon med ledelsen. En likhet mellom disse er at de heller ikke har hatt mulighet til å gi tilbakemeldinger i endringsprosessen. Ved å knytte dette sammen med teori fra Amundsen et al. (2011, gjengitt i Beckmann et al., 2018) kommer det frem at en av årsakene til dette kan skyldes at avstanden mellom ledelsen og mellomlederen er stor. I følge NOU (2011: 11, s. 46) vil medvirkning fordre innovasjon. Når de ansatte ikke får mulighet til å gi tilbakemeldinger kan det påvirke i hvilken grad de føler seg involvert som igjen kan virke negativt på innovasjonskulturen.

Halvparten av deltakerne opplevde ingen kulturendring etter implementering av medisindispensere. Lite rom for kulturendring ble trukket frem som en av årsakene. Det ble også nevnt at det var for tidlig å snakke om kulturendring. Kotters siste trinn handler om å forankre endringen i kulturen. Uten denne forankringen anses ikke endringen som vellykket (Kotter, 2012a, s. 156). Det er viktig å bearbeide endringen i nye arbeidsvaner. Det er først når ansatte ser en sammenheng mellom de nye handlingene og prestasjonsforbedringer, at kulturendringen finner sted (Kotter, 2012a, s. 164-165). Det er tidligere trukket sammenheng mellom Kotters siste trinn og den femte fasen i “veikart for tjenesteinnovasjon”. Den femte fasen skal sørge for at den nye tjenesten blir godt integrert i driften (KS, 2018). På bakgrunn av at flere av respondentene ikke ser en endring i kulturen, anses trinnene som uoppfylte.

5.4 Oppsummering av empiri og analyse

Utfordringer i implementeringsfasen

Ved hjelp av empiri og analyse ble følgende tre utfordringene kartlagt i implementeringsfasen; 1) tidspress, 2) mangelfull opplæring og 3) motstand fra ansatte. Flere pågående prosjekter medførte at mellomledere opplevde utilstrekkelig med *tid* til å jobbe med spredningsprosjektet. Tidspress gjør det utfordrende å samkjøre kvalitet på tjenesten med effektivisering (Teigen, 2013, s. 37). *Mangelfull opplæring* førte til at mellomlederne og ansatte manglet tilstrekkelig kunnskap til å håndtere medisindispenserne. Mangel på kompetanse er ifølge NOU (2011: 11, s. 109) en av de største barrierene for å ta i bruk teknologi. Dette har igjen gjort ansatte utrygge ved bruk av medisindispenserne. Kotter (2012a, s. 108-110) identifiserer også at manglende ferdigheter kommer av utilstrekkelig opplæring. Den siste utfordringen i implementeringsfasen, *motstand fra ansatte*, skyldes utilstrekkelig tid, mangelfull opplæring og skepsis mot teknologien. Dette gjenspeiles i at ansatte frykter redusert kvalitet på tjenesten ved at omsorgen til bruker forsvinner. Ifølge Kotter (2012a, s. 105-110) kan motstand fra ansatte fjernes ved å gi tilstrekkelig opplæring.

Utfordringer med bruk av medisindispensere

Ved bruk av medisindispensere har tre utfordringer blitt identifisert; 1) dispensereren samkjører ikke med medisinene, 2) dispensereren er ikke egnet for alle brukere og 3) dispensereren avgir mange feilmeldinger. De nevnte utfordringene har virket tidkrevende og ført til merarbeid. Dette har ført til frustrasjon blant mellomlederne og hindrer de fra å forstå nytten ved dispenserne. Ifølge Sundbo (2008, s. 38-39) er forståelse og aksept essensielt for en vellykket implementering. Dette har også hindret dispenserne fra å bli integrert som en del av kulturen (Kotter, 2012a, s. 156-157).

Organisatoriske faktorer som påvirker mellomlederens opplevelse

Siste del av kapittelet presenterte organisatoriske faktorer som har virket inn på mellomledernes opplevelse ved innføringen av medisindispenserne. Faktorene har vært følgende; 1) betydning og formål - velferdsteknologi, 2) mellomledernes rolle, 3) involvering og kommunikasjon, 4) synliggjøring av effekter og 5) kultur for innovasjon. Mellomledernes betydning av *velferdsteknologi* var rettet mot trygghet og mestring for bruker, spart tid og økonomisk vinning. Betydningene samsvarer med (Helsedirektoratet, 2018). Videre viste studien at *mellomlederne* har evnen til å påvirke motivasjonen til ansatte i hjemmetjenesten. Denne evnen belyses også av Hope (2015, s. 13). I analysen kom det også frem at grad av *involvering* henger sammen med hvordan mellomlederne oppfatter *kommunikasjon* av målet med endringen. De fleste som følte seg involvert i endringsprosessen opplevde også mål og strategi som tydelig kommunisert. Studien har kommet frem til at *synliggjøring av gevinster* påvirker motivasjonen mellomlederne har til å drive frem endringen. Studien peker også på viktigheten med å gjøre ansatte i stand til å jobbe innovativt og forankre medisindispensere i *kulturen*. Majoriteten av mellomlederne så ingen endring i kulturen, men opplevde likevel kulturen i bydelen som innovativ. De ovennevnte faktorene har enten virket positiv eller negativ inn på utfordringene som har oppstått.

6. Resultater og diskusjon

I første del av kapittelet presenteres studiens funn som er relevant for å besvare forskningsspørsmålet. Videre vil det diskuteres rundt studiens teoretiske bidrag på bakgrunn av resultatene som er fremlagt. Avslutningsvis redegjøres det for svakheter og styrker ved oppgaven.

6.1 Resultater

Denne utredningen har hatt fokus på hvilke utfordringer mellomledere har erfart ved innføring av medisindispensere. Hovedspørsmålet som stilles i oppgaven er; *hvilke utfordringer mellomlederne opplever ved implementering og bruk av medisindispensere i hjemmetjenesten.*

I delkapittel 6.1.1 vil følgende funn presenteres;

- *Tidspress*
- *Mangelfull opplæring*
- *Motstand fra ansatte*
- *Utfordringer med dispensereren*

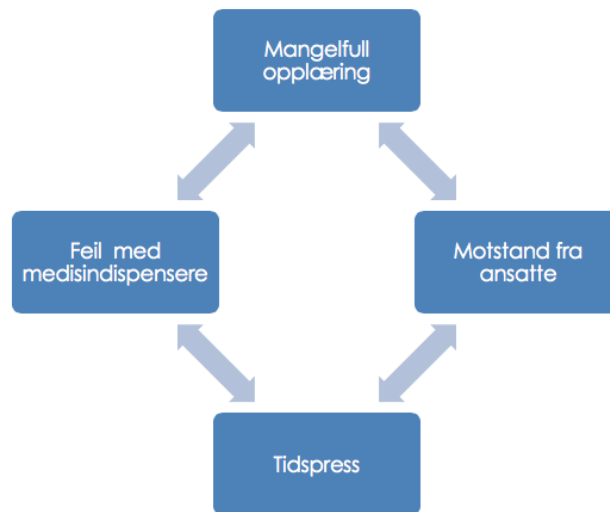
Videre, i delkapittel 6.1.2, avdekker studien et mer komplekst bilde av utfordringene. Funnene indikerte at utfordringene også blir påvirket av andre organisatoriske faktorer;

- *Kultur*
- *Mellomlederens rolle*
- *Involvering og kommunikasjon*
- *Betydning og formål med velferdsteknologi*
- *Synliggjøring av effekter*

6.1.1 Utfordringer med implementering og bruk av medisindispensere

I denne studien er det identifiserte forhold som har hatt direkte og indirekte betydning for prosjektgjennomføringen. Inspirert av Leavitts diamant modell (Smith, Norton & Ellis, 1992, s. 18-19) er det utarbeidet en figur (se *figur 8*) som kartlegger ulike utfordringer ved *implementering og bruk* av medisindispensere. Leavitts diamant modell viser hvordan flere faktorer i en organisasjon henger sammen. Hvis en av faktorene endres, vil det påvirke de andre tre (Smith et al., 1992, s. 18-19). Modellen samsvarer med hensikten som ligger til grunn for prosjektarbeidet med velferdsteknologi; at teknologien skal virke i tjenesten sammen med

menneskelige ressurser. På bakgrunn av dette er det utarbeidet en figur som viser hvordan utfordringene er gjensidig avhengig av hverandre. Følgende utfordringer ble avdekket;



Figur 8: Utfordringer mellomlederne har opplevd ved implementering og bruk av medisindispensere

Tidspress

Det er tydelig at flere pågående prosjekter er en faktor som påvirker hvor god tid mellomlederne føler de har i implementeringsprosessen. Dette ble beskrevet av mange som anstrengende, da mindre tid gjorde at de ikke fikk jobbet med velferdsteknologi i den grad de ønsket. Når det dukker opp feil på medisindispenserne må ansatte dra til brukeren en ekstra gang. Mellomlederne opplever dette som merarbeid og tidkrevende. Når den antatte nytten ikke gjenspeiler forventningene, forsvinner hensikten med teknologien og den enkelte mellomlederen ser ikke behovet med innføringen. Resultatene samsvarer med funnene i sluttrapporten for trygghet og mestring som beskriver at det er utfordrende å få med mellomledere, da de har flere ting som skal prioriteres (VIS-prosjektet, 2017, s. 16). Kotter (2012a, s. 49-50) poengterer også viktigheten av å skape en følelse av behov for endringen for å sikre vellykket implementering.

Mangelfull opplæring

Basert på datamaterialet kan det se ut som mange av mellomlederne opplevde opplæringen som mangelfull. Lang tid fra opplæring til iverksettelse av medisindispensere har ført til at ansatte ikke forstår hvordan dispenserene skal håndteres, hvilket igjen har gjort dem utrygge. I tillegg har skiftordning og flere ekstravakter gjort det krevende å lære opp alle i personalet. Mellomlederne som følte at opplæringen var utilstrekkelig, merket også at personalet var skeptiske og utøvde motstand mot dispenserene. I likhet med VIS-prosjektet (2017, s. 4) har det

også vært utfordrende å få med alle ansatte til enhver tid, da tjenesten er preget av turnusordninger og utskiftninger. Mangelfull opplæring hindrer mellomlederne fra å handle i kraft av formålet med endringen og har derfor vært en barriere i implementeringen (Kotter, 2012a, s. 105-112).

Motstand fra ansatte

Ifølge mellomlederne har personalet ulik motivasjon til å jobbe med velferdsteknologi, og derav medisindispensere. Dette kommer av at flere ansatte er skeptiske til å bruke medisindispensere, samt endre arbeidspraksis. Det er flere faktorer som kan ha påvirket holdningen til ansatte negativt; mangelfull opplæring, feil på medisindispenserne og risiko for redusert omsorg til bruker. Uten god opplæring forstår ikke ansatte nytten ved medisindispenserne eller feil som oppstår etter at de er plassert ut hos bruker. Dette fører til frustrasjon og frykt for redusert kvalitet på tjenesten, og betegnes som etisk motstand, noe som ikke er uvanlig hos helsepersonell (Nilsen et al., 2016, s. 6). Når arbeidsvaner endres, er det en kilde til motstand (Kotter, 2012a, s. 138-139). Mellomlederne har beskrevet det som utfordrende å jobbe med negative holdninger i ansattgruppen. Her møter mellomlederne mer motstand fra eldre sammenlignet med yngre ansatte. Blant unge var det større engasjement, de var mer åpne og så større nytte av den nye teknologien. Dette kan skyldes at yngre har blitt mer eksponert for teknologi sammenlignet med eldre ansatte (Morris et al., 2005, s. 80).

Utfordringer med dispensere

Utfordringer i implementeringsfasen forplanter seg videre når ansatte og mellomleder skal bruke medisindispenserne. Erfaringene fra spredningsprosjektet viser at det har dukket opp flere utfordringer med medisindispenserne etter at de ble utplassert hos brukere. Utfordringene var knyttet til tekniske feil hvor dispenserene ikke håndterte medisinene som ønsket, negativ brukeropplevelse hvor høye varsler hindrer alle brukere fra å håndtere dispenserene og mange feilmeldinger. Feilene har resultert i frustrasjon, merarbeid og virker demotiverende for mellomlederne. Dette har igjen hindret mellomlederne og ansatte fra å se nytten av å bruke teknologien. Dette støttes også av Sundbo (2008, s. 38-39) og Kotter (2012a, s. 37-45). Når personalet må hente inn dispensere og rette opp i feil fører det til økt tidspress, misfornøyde brukere og motstand fra ansatte. Likevel oppfattes Evondos som mer driftssikker og mindre feilmeldinger, sammenlignet med Medidoen. Generelt er mellomlederne mer optimistiske til å bruke Evondos.

6.1.2 Organisatoriske faktorer

Videre har studien kartlagt ulike organisatoriske faktorer som enten har påvirket utfordringene negativt eller positivt. Med organisatoriske faktorer menes elementer i organisasjonen som har påvirket mellomlederen. Figuren illustrerer hvordan faktorene kan ses i sammenheng. Følgende faktorer ble kartlagt;



Figur 9: Organisatoriske faktorer

Betydning og mål med velferdsteknologi

De mest fremtredende funnene i studien har vist seg å være hvilken betydning velferdsteknologi har for mellomlederne, og deres samlede forståelse av målet med innføringen. Studien har vist at mellomledernes betydning av velferdsteknologi samsvarer med beskrivelsen til Helse- og omsorgsdepartementet (2013, s. 27-28). Økt mestring, selvstendighet, spart tid og økonomisk gevinst er uttrykk som går igjen hos både offentlig institusjoner og studiens respondenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 27-28; Helsedirektoratet, 2018). Dette samsvarer også med det mellomlederne oppfatter som hensikten med endringen. På bakgrunn av dette er det etablert en felles forståelse av mål for endringen og denne er godt kommunisert til hele tjenesten. Dette kan kobles til Kotters trinn 3, *lage tydelig visjon, strategi og mål for endringen* og trinn 4, *kommunisere mål på alle nivå*, som igjen viser seg i fase 1, *forankring* og 2, *innsikt* i “veikart for tjenesteinnovasjon”.

Mellomledernes rolle

Det ser ut til at mellomlederens rolle har hatt betydning for innføringen av medisindispensere. I hjemmetjenesten er mellomledernes oppgave å styrke den operative kjernen, samt gi informasjon til den øvrige ledelsen og personalet. Det er tydelig at deres posisjon og holdning påvirker de ansattes motivasjon i implementeringen. Derfor må de inneha tilstrekkelig kunnskap om teknologien som innføres for at de enkelt kan formidle informasjon om hensikten med endringen og teknologien til personalet (Hope, 2015, s. 116-117). Mangelfull opplæring svekker evnen mellomlederen har til å inneha tilstrekkelig kunnskap om teknologien, hvilket igjen påvirker kvaliteten på kommunikasjonen videre til de ansatte.

Involvering og kommunikasjon

Studien tyder på at følelse av involvering er knyttet til hvordan mellomlederne opplever kommunikasjon av strategi og mål. Basert på datamaterialet kom det frem at majoriteten av mellomlederne synes at strategi og mål ble tydelig kommunisert. I tillegg antyder studien at respondentene som følte at de hadde blitt involvert underveis i implementeringen, i større grad opplevde at strategi og mål var klart formidlet. Det ble også nevnt at bedre opplæring bidro til økt forståelse rundt prosjektet. Forståelse skaper engasjement (Knarvik et al., 2017, s. 21) og en rekke studier poengterer at tydelig kommunikasjon og involvering er nøkkelfaktorer for å oppnå vellykket implementering (Sundbo 2008; Kotter, 2012a; Knarvik 2017; Hope, 2015). Ved å involvere ansatte i innovasjonsprosessen blir de bidragsyttere i endringen (Paulsen et al., 2017).

Flertallet av respondentene som opplevde at målet med endringen var tydelig kommunisert, ønsket også å drive frem endringen. Det er derfor sannsynlig at tydelig kommunikasjon av mål og involvering underveis i implementeringsfasen, er faktorer som påvirker mellomledernes motivasjon til å fortsette med endringsarbeidet. Et annet funn som forsterker denne sammenhengen, er at de mellomlederne som opplevde skeptiske ansatte, var også de som følte at de ikke hadde blitt involvert i prosjektet. Funnet samsvarer med Kotter & Schlesinger (2008) som mener at involvering av ansatte og god kommunikasjon kan redusere motstand i organisasjonen.

Synliggjøring av effekter

Tilrettelegging for synliggjøring av positive resultater er sentralt for å motivere ansatte til å stå løpet ut (Kotter, 2012a, s. 122-123). Dette er også nødvendig for å sikre vellykket

implementering (Helsedirektoratet, 2012, s. 23). I studien kom det frem at en av faktorene som påvirket mellomledernes motivasjon til å drive frem endringen, var synliggjøring av positive effekter. Syv av de åtte deltakerne som opplevde positive effekter etter innføring av medisindispensere, ønsket også å drive frem endringen. Økt mestring og mulighet til å gi medisin til rett tid, var effekter de hadde sett som også påvirket bruker. Effekter som var tilknyttet ansatte og tjenesten var; kutt i antall besøk, spart tid og engasjerte ansatte. De nevnte effektene viser seg å motivere mellomlederne i endringsprosessen.

Kultur for innovasjon

Studien viser at de fleste mellomlederne anser kulturen i sin bydel som innovativ og at dette har en sammenheng med deres motivasjon til å drive frem endringen. Det var et fåtall fra studien som ikke anså kulturen i bydelen som innovativ. Dette kan ha en sammenheng med at disse respondentene ikke har hatt mulighet til å gi tilbakemelding i endringsprosessen. Liten grad av involvering kan virke negativt på innovasjonskulturen. Flere av respondentene merket ingen endring i kulturen etter implementering av velferdsteknologi. Ved å koble dette til Kotters siste trinn, *forankre endringen i kulturen*, og veikart for tjenesteinnovasjon fase fem, *overgang til drift*, kan man konkludere med at medisindispenserne ikke har blitt godt nok integrert i driften.

6.1.3 Sammenheng mellom utfordringer og organisatoriske faktorer

Basert på studiens resultater er det utviklet en figur som illustrerer hvordan utfordringer henger sammen med de organisatoriske faktorene;

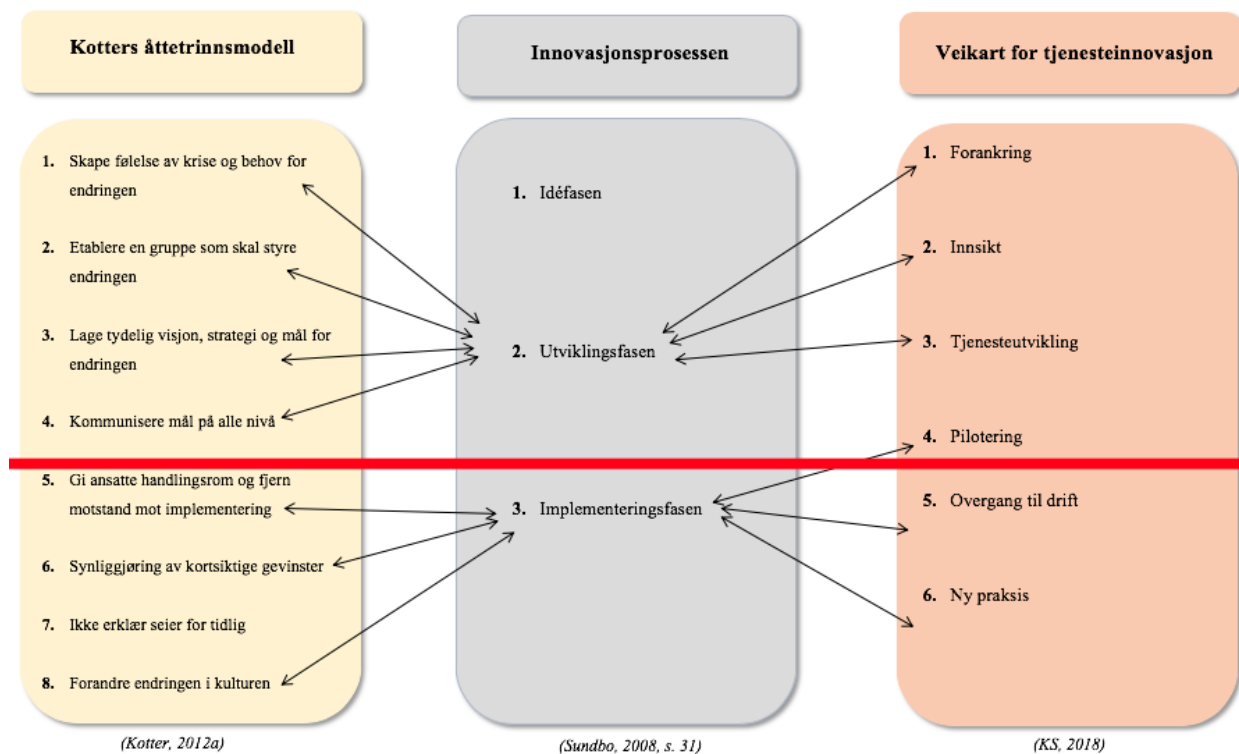


Figur 10: Sammenheng mellom utfordringer og organisatoriske faktorer

Figuren illustrerer hvordan utfordringene gjensidig påvirker hverandre i utførelsen av arbeidet. De organisatoriske effektene virker inn på utfordringene ved at de påvirker enten positivt eller negativt. Eks: synliggjøring av positive effekter kan bidra til å redusere motstand fra ansatte. Samtidig kan liten grad av involvering og uklar kommunikasjon bidra til at mellomledere ikke opplever opplæringen som tilstrekkelig. Resultater fra studien viser at utfordringene for mellomlederen først og fremst ligger i organiseringen heller enn i teknologien. Det utelukkes ikke at feil ved teknologien påvirker mellomledernes opplevelse, men studien viser at de organisatoriske faktorene samlet sett har større betydning for hvordan de opplever utfordringene. Dette kommer av at de organisatoriske faktorene påvirker hvordan mellomlederne forstår teknologien. Det har vist seg at det ikke var noen klare likheter på bydelsnivå.

6.1.4 Kobling mellom studiens resultat og teori

Avslutningsvis er det utarbeidet en figur som viser koblingen mellom resultatene og teorien som ligger til grunn for studien. Den røde linjen illustrerer hvilket område i endringsprosessen endringen har stoppet opp. Feil på medisindispenserne og liten tid har redusert følelsen av behov for endringen (trinn 1 i Kotter, 2012a). Videre har dette skapt motstand fra ansatte i hjemmetjenesten, hvilket igjen svekker endringsgruppens evne til å lede endringen (trinn 2 i Kotter, 2012a). De nevnte utfordringene kan knyttes til utviklingsfasen til Sundbo (2008) og fase 1-3 i KS' (2018) "veikart for tjenesteinnovasjon". Videre har mangelfull opplæringen forsterket motstand mot medisindispensere som gjenspeiler seg i trinn 5 (Kotter, 2012a). Sistnevnte trinn er tilknyttet implementeringsfasen til Sundbo (2008) og fase 4 og 5 i KS' (2018) "veikart for tjenesteinnovasjon". På bakgrunn av dette har ikke medisindispenserne blitt forankret i kulturen (trinn 8 i Kotter, 2012a), godt integrert i driften eller implementert som ny praksis (fase 5 og 6 i KS, 2018). I tillegg har utfordringene gjort at Sundbos (2018) implementeringsfase ikke har blitt gjennomført. Sett i sammenheng viser figuren at organisatoriske og tekniske utfordringer har hindret optimal forankring av medisindispensere.



Figur 11: Kobling mellom resultat og teori

6.2 Diskusjon

I denne oppgaven har følgende forskningsspørsmål blitt undersøkt: *Hvilke utfordringer opplever mellomledere ved implementering og bruk av medisindispensere i hjemmetjenesten?* I teorikapittelet ble følgende rammeverk presentert; Kotter (2012a), Sundbo (2008) og KS (2018). Det første rammeverket handler om organisasjonsendring, mens de to siste er knyttet til innovasjonsprosesser. Innovasjon er synonymt med endring (Røste & Godø, 2005, s. 11) og på bakgrunn av dette blir Kotters (2012a) endringsmodell sammenstilt med Sundbos (2008) innovasjonsprosess og KS' (2018) "veikart for tjenesteinnovasjon" (se figur 6). Førstnevnte modell har blitt benyttet for å avdekke utfordringer som har oppstått i studien. Videre vil diskusjonen ta utgangspunkt i Kotters (2012a) endringsmodell.

Dette delkapittelet har følgende struktur; først vil studien diskutere hvilke utfordringer som samsvarer med Kotters (2012a) endringsmodell. Deretter redegjøres det for hvilke utfordringer som ikke samsvarer med Kotters (2012a) endringsmodell. Tilslutt fremlegges studiens teoretiske bidrag.

6.2.1 utfordringer som samsvarer med Kotters åttetrinnsmodell

Flere av utfordringene som ble identifisert i studien ble også kartlagt av Kotters (2012a) åttetrinnsmodell, og deler av studiens funn samsvarer med Kotters (2012a) trinn 1-5 og trinn 8. I likhet med Kotters trinn 1, *skape følelsen av krise og behov for endringen*, og trinn 2, *etablere en gruppe som skal styre endringen*, tydet studien på at følelsen av behov for endringen er avgjørende for å kunne fortsette med implementering av medisindispensere. Feil på dispenserne har redusert følelsen av nødvendighet, hvilket har gjort det utfordrende å overbevise mellomlederne om at endringen er hensiktsmessig. Redusert følelse av nødvendighet har svekket endringsgruppens (her ressurspersoner og prosjektledere) mulighet til å lede endringen (Kotter, 2012a, s. 37-45).

Resultatene fra studien støtter også opp under Kotters (2012a) trinn 3, *lage tydelig visjon, strategi og mål for endringen*, og trinn 4, *kommunisere målet med endringen på alle nivå i organisasjonen*. Tydelig kommunisert mål har motivert mellomlederne til å drive frem endringen. På bakgrunn av dette understøtter studiens resultater Kotters (2012a, 95-97) teori som påpeker at tydelig kommunikasjon i organisasjonen er en driver i endringsarbeid. Et annet funn innenfor kommunikasjon, som også samsvarer med Kotter (2012a, s. 101-102), er mangel på mulighet til å gi tilbakemelding. Dette har resultert i at kommunikasjonen oppleves som dårlig.

Fra Kotters (2012a) trinn 5, *gi ansatte handlingsrom og fjern motstand*, trekkes manglende opplæring frem som en av barrierene som oppstår under implementering i endringsprosesser (Kotter, 2012a, s. 105-110). I denne studien var også utilstrekkelig opplæring en av utfordringene som oppstod da medisindispensere ble implementert. Dette hindret vellykket implementering som også er i tråd med Kotters (2012a, s. 105-110) modell.

Oppsummert konkluderes det med at utfordringene og suksessene som har oppstått i studien kan knyttes til Kotters (2012a) trinn 1-5. Suksessene som er knyttet til god kommunikasjon og tydelige mål, har sørget for å drive endringen fremover. Likevel har utfordringene som har oppstått i de første trinnene hindret medisindispenserne fra å bli en del av hjemmetjenestens daglige drift. Dette gjenspeiles i Kotters trinn 8, ved at endringen (her medisindispenserne) ikke har blitt forankret i kulturen (Kotter, 2012a, s. 156-165).

6.2.2 utfordringer som ikke samsvarer med Kotters åttetrinnsmodell

Til nå har fire av resultatene fra studien som samsvarer med Kotters (2012a) endringsmodell blitt presentert. I denne delen vil studien diskutere to av funnene som ikke samsvarer med Kotters (2012a) modell. Funnene kan bidra til å videreutvikle modellen ytterligere og gjøre den bedre tilpasset endringer som kan oppstå i offentlig sektor.

Som tidligere nevnt identifiserte denne studien, i likhet med Kotter (2012a, s. 37-45), at en endringsprosess kan forenkles når mellomledere anser endringen som nødvendig. Ifølge Kotter (2012a, s. 37-45) vil selvtilfredshet opprettholde status quo og sørge for at ansatte er fornøyde med dagens situasjon. Til motsetning var det ingen tegn på at selvtilfredshet i hjemmetjenesten har hindret vellykket endring. En av årsakene til opprettholdelse av status quo i hjemmetjenesten kom av frykt for redusert kvalitet og omsorg til bruker, heller enn selvtilfredshet.

Kotter (2012a, s. 112) inkluderer opplæring i sitt rammeverk, men tar ikke høyde for tiden fra en ansatt får opplæring til en ny teknologi eller endring blir iverksatt. Basert på denne studien var lang tid mellom opplæring og implementering en utfordring, som resulterte i at ansatte ikke forstod hvordan medisindispenseren skulle håndteres. Resultatet fra studien tydet på at kort tid fra opplæring til iverksettelse var essensielt for å oppnå forståelse og vellykket endring. På bakgrunn av dette bør tid fra opplæring til iverksettelse inkluderes i trinn 5 i Kotters (2012a) modell.

6.2.3 Studiens teoretiske bidrag

I denne studien er det identifisert to temaer som bidrar til teori innenfor organisasjonsendring og innovasjon; tidspress og mellomledernes opplevelse med velferdsteknologi. Studien skiller seg ut ved at den knytter sammen teoretiske modeller som er rettet mot både privat- og offentlig sektor for å belyse forskningsspørsmålet. Det er viktig å merke seg at Kotter's (2012a) åttetrinnsmodell ikke er rettet mot organisasjoner som endres på grunn av teknologiimplementering. Rammeverket har heller ikke blitt benyttet til å utforske endringer som har oppstått i forbindelse med spredningsprosjektet. Det er derfor essensielt at videre forskning tester om våre funn er gjeldende i andre kontekster. Velferdsteknologi er et nytt og lite utforsket område i norsk sammenheng. I den forbindelse gir studien et lite og nytt bidrag til forskning innenfor innovasjon- og organisasjonsendringsfeltet knyttet til offentlig sektor.

En av utfordringene som ble identifisert var *tidspress*. Følelsen av å ha for lite tid når noe nytt skal implementeres, virket frustrerende for mellomlederne. Det er lite forskning innenfor organisasjonsendringsfeltet som inkluderer opplevelse av tid. Liten tid skaper tregheter i endringsprosesser, og tilstrekkelig tid kan bidra til å øke forståelse og behov for en endring. Vårt bidrag til nyere forskning er derfor å inkludere faktoren *tid* i forskning som omfavner organisasjonsendringer. Tid bør også inkluderes i forskning som omhandler endringer i omsorgssektoren. I tillegg burde Kotters (2012a) rammeverk utvides ved å legge inn tid som en faktor i trinn 1, for å skape forståelse og oppnå vellykket endring.

Det er lite forskning som legger vekt på hvilke utfordringer mellomledere opplever når velferdsteknologi (særlig medisindispensere) implementeres. Det meste av forskning innenfor velferdsteknologi er knyttet til ansatte, pårørende og brukere (NOU 2011: 11; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; SINTEF, 2015; VIS-prosjektet, 2017; Isaksen, Paulsen, Skarlig, Stokke & Melby, 2017; Paulsen et al., 2017). Denne studien belyser også det komplekse forholdet mellom mellomleder, ansatt, bruker og teknologi. I tillegg tar studien for seg andre organisatoriske faktorer som spiller inn på hvordan mellomledere opplever endringer på arbeidsplassen. Dette har ikke blitt forsket på tidligere. På bakgrunn av dette belyser studien et nytt aspekt som bør hensyntas når velferdsteknologi skal implementeres.

6.3 Svakheter og styrker ved studien

To kriterier blir benyttet til å fastslå at forskning er av god kvalitet; troverdighet og pålitelighet. En svakhet ved denne studien oppstod ved rekruttering av deltakere til intervju. Det kan være at vi utilsiktet har ekskludert mellomledere fra å delta, som ikke er komfortable med å bli intervjuet. I tillegg kan Hawthorne effekten påvirke respondentene ved at de har en tendens til å oppføre seg annerledes når de vet at de blir observert. En annen svakhet ved studien er at respondentutvalget ikke bestod av alle mellomlederne som er en del av spredningsprosjektet. Dette har begrenset datamaterialet. Hvis alle bydelene hadde blitt inkludert kan det være at resultatene hadde blitt annerledes. Videre var det ikke alle deltakerne som svarte på alle spørsmålene underveis. Dette kom av at noen snakket lengre på enkelte spørsmål. Respondenten ble ikke avbrutt for å sikre god flyt og for at han/hun skulle føle seg komfortabel.

Velferdsteknologi er et felt som stadig er i utvikling. For å få et mer nøyaktig bilde av virkeligheten, burde flere respondenter blitt intervjuet. Andre metoder for datainnsamling kunne vært benyttet for å få ytterligere variasjon i datagrunnlaget.

I denne studien ses det på som en styrke at to studenter med ulik hovedprofil (økonomistyring, og strategisk ledelse og organisasjon) har samarbeidet. Dette mener vi bidrar til objektivitet og nøytralitet når datamaterialet har blitt tolket. Gjennom diskusjon har vi blitt enige om datamaterialets relevans og mening. Videre har datamaterialet blitt kodet sammen for å få stabilitet. Det kan være en ulempe å komme utenfra, da man ikke har full innsikt i hjemmetjenestens kultur. Samtidig kan dette også være en fordel, da man ikke er preget av kulturen. På den måten kan man avdekke funn som bydelene ikke selv var klar over.

7. Konklusjon

Formålet med denne studien har vært todelt. Primært har studien forsøkt å gi et bidrag til teori om innovasjon og endringsprosesser i helsesektoren. Sekundært har målet vært å gi et praktisk bidrag til konsulentselskapet som det har blitt samarbeidet med, slik at selskapet kan forbedre tilretteleggingen av liknende prosjekter i fremtiden. Dette kan også bidra til å sikre bedre implementering av medisindispensere i andre hjemmetjenester i Norge. Studien har forsøkt å skape forståelse for hvilke utfordringer mellomledere opplever ved innføring og bruk av velferdsteknologi.

Studien har identifisert fire utfordringer knyttet til *implementering* og *bruk* av medisindispensere i seks bydeler i Oslo. Utfordringene knyttet til implementering var følgende; motstand fra ansatte, mangelfull opplæring og tidspress. Sammen har barrierene gjort implementeringen mindre effektiv. Utfordringene som oppstod da medisindispenserne ble brukt var; dispenserens samkjører ikke med alle medisiner, dispenserens egner seg ikke for alle brukere og dispenserens avgir gjentatte feilmeldinger. Frustrasjon over feil med dispenserens har også påvirket implementeringsprosessen. Ovennevnte utfordringer ble koblet opp mot trinn 1-5 i Kotter's (2012a) *endringsmodell*. Sistnevnte modell kan sees i sammenheng med Sundbo's (2008) *innovasjonsprosess* og KS' (2018) "*veikart for tjenesteinnovasjon*". Videre viser studien at mellomledernes opplevelse av utfordringene avhenger av fem organisatoriske faktorer; 1) hvilken betydning og formål velferdsteknologi har for mellomlederen, 2) mellomlederens rolle, 3) hvordan kommunikasjonen og involveringen har vært i prosessen, 4) i hvilken grad positive eller negative effekter har vært synlig og 5) om mellomlederen anser kulturen i bydelen som innovativ. Ved å se resultatene opp mot rammeverkene, konkluderer studien med at utfordringene har hindret medisindispenserne fra å bli en del av hjemmetjenestens daglige drift og kultur.

Som et nytt bidrag til litteratur innenfor organisasjonsendring, fant studien at tilstrekkelig med tid er en viktig faktor man må ta hensyn til når teknologi skal implementeres. Et annet funn som skiller seg ut, var tiden mellom opplæring og iverksettelse av ny teknologi. Studien anser dette som essensielt for å skape forståelse og dermed sikre god forankring i organisasjonen. Ovennevnte funn har ikke blitt belyst av annen forskning som omhandler velferdsteknologi. Tidligere forskning på området er stort sett rettet mot brukere, pårørende og ansatte. Dette gjenspeiler seg også i dokumenter fra offentlige institusjoner som helse- og

omsorgsdepartementet (2015) og regjeringen (NOU 2011: 11). Denne studien omhandler mellomledelsen, og gir derfor et bidrag til litteratur innenfor organisasjonsendring og innovasjon i offentlig sektor. Flere av barrierene som ble avdekket i VIS-prosjektet har også vist seg å være gjeldende i spredningsprosjektet. Dette gjelder følgende punkter; utilstrekkelig tid, mangelfull opplæring, negative erfaringer smitter over på andre ansatte, utrygge ansatte pga. teknologi, lite synliggjøring av gevinster. På grunn av dette har videreføring av erfaringer fra VIS-prosjektet til spredningsprosjektet sviktet til en viss grad. Til tross for dette har studien vist at mellomlederne fortsatt er motiverte til å drive frem endringen. Videre støtter studien forskning som indikerer at involvering, god kommunikasjon, tydelig mål og synliggjøring av positive effekter kan virke som drivere for å skape en innovativ kultur og redusere motstand.

Teoretisk bidrar studien til å identifisere utfordringer i en endringsprosess ved å knytte disse opp mot organisatoriske faktorer i en organisasjon. Mellomlederens opplevelse ser ut til å ha en viktig rolle når velferdsteknologi skal implementeres. Studien har vist at skeptiske ansatte, feil på teknologi, tidspress og utilstrekkelig opplæring er barrierer som må bekjempes for at implementering av ny teknologi skal bli effektiv. Ved å identifisere fire utfordringer som er tilknyttet implementering og bruk av medisindispensere, anses studiens forskningsspørsmål som besvart.

For å oppnå vellykket implementering av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten, er man i større grad avhengig av hvordan teknologien forankres i tjenesten og at organisasjonen tilpasses de velferdsteknologiske verktøyene. Hjemmetjenesten representerer "varme hender", omsorg og nærhet fremfor ufølsom teknologi. Derfor anses det som mer krevende å samkjøre teknologieffektivisering med økt kvalitet på tjenesten, da dette kan øke risikoen for at bruker ikke får riktig medisin til rett tid. Basert på våre resultater avhenger en suksessfull innføring av velferdsteknologi i større grad om organisering og kartlegging, og mindre om teknologi i seg selv.

7.1 Implikasjoner

Den kvalitative delen av studiet gir flere forslag til områder som er nyttige å ta hensyn til ved implementering av medisindispensere. Forslagene er rettet mot hvordan man kan forbedre tilrettelegging av teknologiimplementering. Samtidig vil økt tilrettelegging bidra til å redusere mellomledernes utfordringer. Gitt studiens resultater bør konsulentselskapet, og andre som har ansvar for integrering av medisindispensere, ta tak i følgende områder;

1) *Opplæring*; I planleggingsfasen bør man gi opplæring kort tid før iverksettelse, samt følge opp opplæringen kontinuerlig gjennom prosessen. Dette kan sikre forståelse av medisindispenseren som igjen reduserer motstand fra ansatte og forenkler forankringen i bydelen. Det er viktig at mellomlederne innehar nødvendig kunnskap om medisindispenserne. Dette forenkler informasjonsflyten og bidrar til at mellomlederen kan formidle kunnskapen videre internt.

2) *Synliggjøring av resultater*; Det er viktig å legge til rette for synliggjøring av positive resultater både underveis og etter implementering. Dette vil motivere mellomlederne og sikre at ansatte ønsker å fortsette med endringsarbeidet.

3) *Tidlig kartlegge potensielle avvik ved medisindispensere*; Videre kreves det bedre kartlegging av feil på medisindispenserne før de settes ut i drift. En mer detaljert kartlegging kan redusere mengden feil som oppstår etter implementering. Dette vil igjen føre til mindre frustrasjon og motiverte ansatte. Samtidig vil bedre kartlegging redusere tiden hjemmetjenesten bruker på å rette opp i feil.

De ovennevnte anbefalingene kan øke sannsynligheten for en vellykket implementering. Anbefalingene grunner hovedsakelig i forskning som støttes av Kotter (2012a), Sundbo (2008) og KS (2018).

7.2 Videre forskning

I denne studien er det undersøkt hvilke utfordringer mellomlederen opplever med implementering og bruk av trygghets- og mestringsteknologi. Et forslag til videre forskning er å holde oppfølgingsintervjuer, hvor samme tema undersøkes på nytt om 1-2 år. Dette kommer av at spredningsprosjektet fremdeles er under utvikling og hjemmetjenesten er preget av hyppige omstillinger. I tillegg kan det være relevant å foreta samme studie på personalet i hjemmetjenesten, for å avdekke om motstanden mellomlederne opplever også viser seg i personalgruppen. Videre kan det være relevant å foreta lignende forskning i andre kommuner i Norge, eller i andre etater innenfor helse- og omsorgssektoren. Det vil også være relevant å se på kvantitative faktorer ved å kartlegge økonomiske gevinster med bruk av velferdsteknologi. En kvantitativ studie innenfor dette feltet kan sees opp mot risiko for hacking og pasientsikkerhet. I dette tilfelle kan det være aktuelt å inkludere hvor mye ressurser som kreves for at pasienten skal bo i eget hjem.

Litteraturliste

Andreassen, T. W. & Olsen, L. L. (2015). *Service og innovasjon* (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Appelbaum, S. H., Habashy, S., Malo, J-L. & Shafiq, H. (2012). Back in the future: revisiting Kotter's 1996 change model. *Journal of Management Development*, 31(8), 764-782.
<https://doi.org/10.1108/02621711211253231>

Ask-Henriksen, H., Stjern, S. T. & Frydenberg, S. (2009). Hvilke faktorer vektlegges ved valg av kapitalstruktur? *Magma*, 12(8). Hentet fra <https://www.magma.no/hvilke-faktorer-vektlegges-ved-valg-av-kapitalstruktur>

Beckmann, A., Bratland, T. & Prebensen N. K. (2018). Medarbeiderdrevet innovasjon i en digital verden. *Magma*, 21(7), 60-69. Hentet fra <https://www.magma.no/medarbeiderdrevet-innovasjon-i-en-digital-verden>

Bower, J. L. & Christensen, C. M. (1995). Disrupting Technologies: Catching the Wave. *Harvard Business Review*, 73(1), jan-feb, 43-53. Hentet fra <https://hbr.org/1995/01/disruptive-technologies-catching-the-wave>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

By, R. T., Hughes, M. & Ford, J. (2016). Change Leadership: Oxymoron and Myths. *Journal of Change Management*, 16(1), 8-17. <https://doi.org/10.1080/14697017.2016.1137425>

Chartered Association of Business Schools. (2015). The purpose of the Academic Journal Guide. Hentet 3. mai 2019 fra <https://charteredabs.org/academic-journal-guide-2018/>

de Brentani, U. (2001). Innovative versus incremental new business services: Different keys for achieving success. *Journal of Product Innovation Management*, 18(3), 169-187.
<https://doi.org/10.1111/1540-5885.1830169>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31. mai). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 3. mai 2019 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Dignio (u.å). Vi knytter pasienter og helsepersonell tettere sammen. Hentet 18. april fra <https://dignio.com/>

Direktoratet for e-helse (2018). *Erfaringer og videre arbeid med velferdsteknologiske knutepunkt* (IE-1032). Hentet fra <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/33/Publikasjon%20IE-1032%20Erfaringer%20og%20videre%20arbeid%20med%20velferdsteknologisk%20knotepunkt.pdf>

Ditlev-Simonsen, C. D. (2017). Dulting – endringer i bærekraftig retning med god endringsledelse. *Magma*, (7), 61–69. Hentet fra <https://www.magma.no/dulting-endringer-i-baerekraftig-retning-med-god-endringsledelse>

Evondos (u.å). Evondos® E300 elektronisk medisindispenser letter hverdagen til langtidsmedisinerte. Hentet 18. april fra <https://evondos.no/tjeneste/medisindispenser>

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2012-2030* (IS-1990). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). *Helsedirektoratets innspill til stortingsmelding om helsenæringen*. Hentet fra <https://nettsteder.regjeringen.no/helsenaeringen/files/2018/07/Innspill-fra-Helsedirektoratet-juni-2018.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)).

Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 18. desember). Standardisering av velferdsteknologi med Continua. Hentet 6. mai 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/standardisering-av-velferdsteknologi-med-continua/id2356200/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020*. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf

Hjelle, K. (2015). *Multidose – Status og veien videre* (IS-2422). Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1240/Multidose%20E2%80%93%20Status%20og%20veien%20videre%20IS-2422.pdf>

Hope, O. (2015). *Mellomlederen* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

InnoMed. (u.å.). Hvordan bygge en innovasjonskultur? Hentet 23. april 2019 fra

<https://innomed.no/veiviser/hvordan-kan-en-leder-skape-en-forbedringsog-innovasjonskultur>

Innst. S. nr. 307 (2000 - 2001). *Innstilling fra kommunalkomiteen om kommune, fylke, stat- en bedre oppgavefordeling*. (St.meld. nr. 31 2000-2001). Hentet fra 22. januar 2019 fra

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2000-2001/inns-200001-307.pdf>

Intro International A.S. (2018). Effekter av avstandsoppfølging. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/2018%20Sluttrapport%20-%201.0%20-%20Effekter%20av%20avstandsoppf%C3%B8lging.pdf>

Isaksen, J., Paulsen, K. B., Skarlig, J., Stokke, R. & Melby, L. (2017). Hvilken nytte har hjemmeboende med hjelpebehov av velferdsteknologi. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(02), 117-127. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-09>

Karlsen, J. (2013). Innovasjon i offentlig sektor. I B. Abelsen, A. Isaksen & S. Jakobsen (Red.), *Innovasjon - organisasjon, region, politikk* (1.utg., s. 101-123). Oslo: Cappelen Damm AS.

Kirk, J. & Miller, L. M. (1986). *Reliability and Validity in Qualitative Research*, (1). USA: Sage Publications inc.

Kistorp, K. M., Hansen, L. A. & Almqvist, F. (2016). *Veikart for tjenesteinnovasjon*. Oslo: Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Veikart%20for%20tjenesteinnovasjon_rapport_pdf.pdf

Knarvik, U., Rotvold, G.-H., Bjørvig, S. & Bakkevoll, P. A. (2017). *Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi* (NSE rapport 12-2017). Hentet fra <https://ehealthresearch.no/prosjektrapporter/kunnskapsoppsummering-velferdsteknologi>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Offentlig sektor fornyes, forenkles og forbedres*, 500(04), 1-40. Hentet 21.01.2019 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/bf7aa31fab114ec7803d9d214199b26e/no/pdfs/offentlig_sektor_forny.pdf

Kotter, J. P. (1995). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, 73(2), March-April: 59-67.

Kotter, J. P. & Schlesinger, L. A. (2008). Choosing Strategies for Change. *Harvard Business Review*, 57(2), 106-114. Hentet fra <https://hbr.org/2008/07/choosing-strategies-for-change>

Kotter, J. P. (2012a). *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business Review Press

Kotter, J. P. (2012b). Accelerate! *Harvard Business Review*, 90(11), 45-58. Hentet fra <https://hbr.org/2012/11/accelerate>

Kotter, J. P. (2014). *Accelerate: building strategic agility for a faster moving world*. Boston, MA: Harvard Business Review Press

Kotter. (2018). *8-step process*. Hentet 4. februar 2019 fra <https://www.kotterinc.com/8-steps-process-for-leading-change/>

KS. (2018). Veikart for tjenesteinnovasjon. Hentet 16. april 2019 fra <https://www.ks.no/veikart>

KS. (2019a, 17. januar). Om innovasjonsledelse. Hentet 17.april 2019 fra <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/om-innovasjonsledelse/>

KS. (2019b, 17. Januar). Om veikartet. Hentet 1. mai 2019 fra <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/om-veikartet/>

Kurtmollaiev, S., Lervik-Olsen, L. & Andreassen, T. W. (2018). Innovasjon: Det du gjør, er ikke det de ser. *Magma*, 21(7), 21-28 hentet fra <https://www.magma.no/innovasjon-det-du-gjor-er-ikke-det-de-ser>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. (3.utg.). Los Angeles: Sage publications.

Morris, M. G., Venkatesh, V. & Ackerman, P. L. (2005). Gender and Age Differences in Employee Decisions About New Technology: An Extension to the Theory of Planned Behavior, *IEE Transactions on Engineering Management*, 52(1), 69-84. <https://doi.org/10.1109/TEM.2004.839967>

Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Gullslett, M. K., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services - a longitudinal case study. *BMC health services research*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>

Norges forskningsråd. (2018). *Innovasjon i offentlig sektor: forskningsrådets strategi 2018-2023*. Oslo: Forskningsrådet

NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Nærings- og handelsdepartementet. (2008). *Et nyskapende og bærekraftig Norge* (Meld. St.7 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f690da32d4da4a0782c49b16e12e0552/no/pdfs/stm200820090007000dddpdfs.pdf>

Olaisen, J., Revang, Ø. & Rosendahl, T. (2018). Verdiskapende kommunikasjon i endringsprosesser. *Magma*, 21(4), 49-58. Hentet fra <https://www.magma.no/verdiskapende-kommunikasjon-i-endringsprosesser>

Oslo kommune. (u.å.a). Hjemmetjenester. Hentet 13. mai 2019 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/#gref>

Oslo kommune. (u.å.b). Velferdsteknologi. Hentet 16.april 2019 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/fag-og-kompetanse-helse-og-omsorg/velferdsteknologi/#gref>

Oslo kommune. (2018). Orientering om velferdsteknologiprojektet VIS og spredningsprosjektet for velferdsteknologi, BU-sak 94/18, bydel Gamle Oslo. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13282564-1527598666/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gamle%20Oslo/Politikk%20Bydel%20Gamle%20Oslo/Politiske%20saker%20Gamle%20Oslo/2018/2018-06-21%20Orientering%20om%20Velferdsteknologiprojektet%20vis%20og%20spredningsprosjektet%20for%20velferdsteknologi/Orientering%20om%20Velferdsteknologiprojektet%20vis%20og%20spredningsprosjektet%20for%20velferdsteknologi.pdf>

Paulsen, K. B., Vekve, I-A., Isaksen, J. & Skarli, J. Å. (2017). *Trygg hjemme - Ansattes erfaringer med deltakelse i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet*, 3(02), 136-144.

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-02-11>

Røste, R. & Godø, H. (2005). *Notat om innovasjon i offentlig sektor - til utvikling av kompetansegrunnlaget for VIOS* (Arbeidsnotat 3/2005). Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning / Senter for innovasjonsforskning. 1-40. ISSN: 1504-0887. Hentet fra:

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/282887/NIFUSTEPArbeidsnotat2005-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students*. (7. utg.). Essex: Pearson Education Limited.

Schumpeter, J. A. (1939). *Business Cycles: A Theoretical, Historical and Statistical Analysis of the Capitalist Process*. New York and London: McGraw-Hill.

Sidorko, P. E. (2008). *Transforming library and higher education support services: can change models help?* *Library Management*, 29(4/5), 307-318.

<https://doi.org/10.1108/01435120810869093>

Silverman, D. (2014). *Interpreting Qualitative Data*. London: Sage Publications Ltd.

SINTEF. (2015). *Riktigere medisiner og mer selvstendighet? Erfaringer med automatiske medisindispenser i Bærum kommune* (SINTEF A26618). Hentet fra

https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a26618-rapport_riktigere-medisiner-og-mer-selvstendighet.pdf

SINTEF. (2019, 14. Mars). *Dagens medisineringsystem gir fare for feildosering*. Hentet fra

<https://www.sintef.no/siste-nytt/-dagens-medisineringsystem-gir-fare-for-feildosering/>

Smith, C., Norton, B. & Ellis, D. (1992). *Leavitt's diamond and the flatter library: a case study in organizational change*. *Library Management*, 13(5), 18-22.

<http://doi.org/10.1108/01435129210020352>

Statistisk sentralbyrå. (2019, 1. mars). Helse- og sosialpersonell. Hentet 15.april.2019 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>

Strebrel, P. (1996). Why do Employees Resist Change? *Harvard Business Review*, 74(3), May-June: 86-92.

Sundbo, J. (2008). Innovation and involvement in services. I L. Fuglsang (Red.), *Innovation and the creative process: Towards innovation with care*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Svagård, I.S., Ausen, D. & Røhne, M. (2015). *Riktigere medisiner og mer selvstendighet? Erfaringer med automatisk medisindispenser i Bærum kommune* (SINTEF A26618). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a26618-rapport_riktigere-medisiner-og-mer-selvstendighet.pdf

Teigen, H. (2013). Kommunane som innovatører. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner* (1.utg., s. 31-52). Oslo: Cappelen Damm AS

Teigen, H. Ringholm, T. & Aarsæther, N. (2013). Innovatør frå alders tid. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner* (1.utg., s. 15-30). Oslo: Cappelen Damm AS

Teigen, H. & Lien, G. (2013). Kommunen som næringsutviklar. I T. Ringholm, H. Teigen & N. Aarsæther (Red.), *Innovative kommuner* (1.utg., s. 240-255). Oslo: Cappelen Damm AS

Tushman, M. L. & O'Reilly, C. A. (1996). The ambidextrous organization: Managing evolutionary and revolutionary change. *California Management Review*, 38(4), 8–30.

VIS-prosjektet. (2017). *Sluttrapport Trygghet og Mestring*. Hentet fra https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13284052/Innhold/Helse%20og%20omsorg/Fag%20og%20kompetanse%20%20helse%20og%20omsorg/Sluttrapport_Trygghet%20og%20mestring.pdf

Yin, R. K. (2014). Case Study Research. Design and Methods. Sage publications.

Ørjasæter, N-O. & Kistorp, M, K. (2016). *Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. En kartlegging av effekten. Delleveranse 2 av 2.* Oslo: Intro International. Hentet fra

[https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

[1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

[%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

[%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

[28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%2](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

[0bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

[%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

[.pdf](https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13121419-1461224414/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politikk%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/Politiske%20saker%20i%20Bydel%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka/2016/2016-04-28%20Informasjonssaker%20til%20m%C3%B8te%20i%20Gr%C3%BCnerl%C3%B8kka%200bydelsutvalg%2028.04.2016/Rapport%20-%20VIS-%20prosjektet%20-%20innf%C3%B8ring%20av%20velferdsteknologi%20i%20sentrumsbydelene%20i%20Oslo.pdf)

Appendix

Appendix 1 - Intervjuguide

Introduksjon

- Informasjon om studien - samtykke til deltakelse.
- Informerer om bruk og oppbevaring av data (anonymitet), og bruk av lydopptaker.

Oppvarmingsspørsmål

1. Hva er din bakgrunn - utdanning?
2. Hvor lenge har du jobbet i din bydel?
 - a. Hvor lenge har du jobbet i helsesektoren?
3. Kan du fortelle om din stilling i hjemmesykepleien - hva går jobben din ut på?

Innledende spørsmål

4. Hva betyr velferdsteknologi for deg?
5. Hva legger du i trygghets- og mestringsteknologi?
6. Før prosjektet startet, hvilke erfaringer hadde du med velferdsteknologi og liknende prosjekter?
 - a. Har du hatt kurs/utdanning som kan kobles til velferdsteknologi?
7. Hvor lenge har du jobbet med prosjektet?

Innføring av velferdsteknologi

8. Kan du beskrive endringen som har skjedd i din bydel?
 - a. Hvilke konsekvenser har endringen og prosjektet hatt for deg og din stilling?
 - b. Når begynte dere å implementere og ta i bruk medisindispensere og trygghetsalarmer.
 - c. Kan du fortelle om hvordan medisindispensere og trygghetsalarmer ble innført?
9. Hva tror du er formålet med innføringen av medisindispensere og trygghetsalarmer?
 - a. Har strategien og planen vært tydelig? Hvordan ble den kommunisert?
 - b. På hvilken måte ble du involvert i prosessen, med å ta i bruk trygghetsalarmer og medisindispensere?
 - c. Hvilken type medisindispenser har dere?
10. Har din stilling eller arbeidsoppgaver blitt endret som følge av prosjektet?

a. Har du hatt mulighet til å påvirke disse? *Hvis ja, på hvilken måte?*

11. Hvilket inntrykk hadde du som leder og den øvrige ledelsen av innføringen av medisindispensere og trygghetsalarmer?
12. Har størrelsen på innføringen av velferdsteknologi vært i samsvar med dine forventninger?
13. Hvordan fikk du høre om endringen/prosjektet?

Utfordringer

14. Kan du fortelle om hvilke eventuelle utfordringer du har opplevd i forbindelse med implementering av velferdsteknologi?
 - a. Hvordan har du håndtert disse utfordringene?
 - b. Har det vært utfordringer knyttet til medisindispensere og trygghetsalarmer?
15. Har du personlig ønsket å drive frem denne endringen? Hvis ja; hva er din motivasjon?
16. Har dine holdninger/følelser til velferdsteknologi endret seg underveis? hvordan?

Effekter og oppfølging

17. Opplevde du noen tidlige positive effekter etter innføringen?
 - a. Hva var den første gevinsten du opplevde i starten av prosjektet?
 - b. Hvordan ble dette synliggjort?
18. Hvordan ble bruken av medisindispensere og trygghetsalarmer fulgt opp etter implementering?

Kultur

19. Hvordan har du opplevd at de andre ansatte har håndtert endringen?
 - a. Hvordan har dette vært for deg?
20. Opplever du at kulturen har blitt endret etter implementeringen?

Innovasjon og velferdsteknologi

21. Opplever du at dere har en kultur for innovasjon i din bydel?
22. Hvor god tid føler du at du har hatt til å jobbe med prosjektet? Føler du at det har vært tilstrekkelig?
23. Hvor stort fokus har dere generelt på bruk av innovative løsninger i deres bydel?
24. Med tanke på innføring av trygghets- og mestringsskapende teknologier, hva har påvirket organisasjonen mest? Hvordan har bydelen din endret seg?

Mellomlederens rolle

25. Hvordan føler du at ditt arbeid har bidratt til endringene?
26. Hvordan har kommunikasjonen vært mellom deg og toppledelsen og de andre ansatte gjennom prosjektet?
 - a. Har dette hatt noen påvirkning på ditt arbeid
27. Hvordan fungerer bruken av trygghetsalarmer og medisindispensere i dag? *Er det noe som kunne vært annerledes? noe som kunne vært bedre?*

Avsluttende spørsmål

28. Hvilke mål har du for videre arbeid med spredningsprosjektet?
29. Er det noen du anbefaler at vi kan snakke med for å belyse tematikken?
30. Har dere noen dokumenter som kan være nyttige for å belyse tematikken?
31. Er det noe du vil tilføye som vi ikke har snakket om? noe du synes er viktig å få frem?

Vi takker for deltakelsen i intervjuet.

Appendix 2 - Forespørsel om deltakelse i studien

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Mellomledelsens opplevelse av velferdsteknologi»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å avdekke hvordan mellomledere i hjemmetjenesten opplever implementering og bruk av velferdsteknologi, med vekt på trygghets- og mestringsteknologi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målet med oppgaven og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål med studien

Denne studien er en masteroppgave gjennomført ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), og den gjennomføres i samarbeid med et konsultantselskap. Formålet med studien er å avdekke hvilke opplevelser og erfaringer mellomlederne har med velferdsteknologi hvor trygghets- og mestringsteknologiske løsninger (trygghetsalarm og medisindispensere) blir vektlagt.

Forskningsspørsmålet vi utforsker handler om hvordan mellomledere i ulike bydeler i Oslo opplever utfordringer som følge av endringer foretatt i sin bydel. Temaet for studien har vi kommet frem til i dialog med veileder ved NMBU, Siw Fosstenløy, og et konsultantselskap, men vi har stått fritt til å velge vårt eget forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålet er som følger;

«Hvordan opplever mellomledere implementering og bruk av trygghets- og mestringsteknologi i hjemmetjenesten?»

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har forespurt deg om å delta i denne studien, fordi du er mellomleder i hjemmetjenesten hvor din bydel deltar i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Vi forespør også andre mellomledere i tilsvarende situasjon om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datainnsamlingen vil foregå med individuelle intervjuer som vil vare i ca. 1 time og foretas i mars. Samtalene vil bli tatt opp på bånd med digital lydopptaker, hvis dette godkjennes av deg som respondent. Opptakene vil bli skrevet ned som notater og bli analysert av oss. Det vil ikke være andre

enn oss som får høre opptakene eller lese de nedskrevne samtaler. Datamaterialet vil bli anonymisert og lydfilene vil bli slettet når studien er avsluttet. Oppgaven skal etter planen avsluttes 15.05.2019. På grunn av at en muntlig høring er holdes 13.06.2019, så vil materialet bli slettet etter høringen.

Spørsmålene i intervjuet vil handle om hvordan du som mellomleder opplever endringene som hjemmetjenesten i din bydel har stått overfor, som er knyttet til bruk og implementering av trygghets- og mestringsteknologiske løsninger. Spørsmålene dreier seg også om hvilke utfordringer dette har medført. Det vil være de to forskerne/studentene Maria Kamara og Anne Mette Kjøstvedt som gjennomfører intervjuene sammen. Begge er studenter ved økonomi og administrasjon på NMBU.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Innsamlet data vil kun bli benyttet av oss, og de transkriberte intervjuene vil ikke være tilgjengelig for andre, men veileder vil få tilgang til funnene som publiseres i oppgaven hvor navnet ditt er anonymisert. Vi sikrer at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene ved at navnet og kontaktopplysningene dine erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Ved publikasjon, så vil sitater fra intervjuet, din stilling, utdanning og erfaring kunne fremkomme. Hvilken bydel funnene tilhører vil bli anonymisert i oppgaven. Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke, dersom du vil delta i vår studie.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Siw Fosstenløkken (veileder) ved tlf: 67 23 11 77 og e-post: siw.fosstenlokken@nmbu.no
- Anne Mette Kjøstvedt ved tlf: 99 15 61 00 og e-post: anne.mette.kjostvedt94@gmail.com
- Maria Kamara ved tlf: 41 55 12 86 og e-post: maria_sallay@hotmail.com
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Mette Kjøstvedt

Dato

Maria Kamara

Dato

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*mellomledelsens opplevelse av velferdsteknologi*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at forskerne, Anne Mette Kjøstvedt og Maria Kamara, kan gi opplysninger om meg til sin veileder.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 13.06.2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendix 3 – Behandling av personopplysninger

19.4.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Mellomlederes opplevelse av implementering og bruk av trygghets- og mestringsteknologi i hjemmetjenesten

Referansenummer

317165

Registrert

01.03.2019 av Maria Sallay Dyrbek Kamara - maria.sallay.dyrbek.kamara@nmbu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet / Handelshøyskolen

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Siw Fosstenløkken, siw.fosstenlokken@nmbu.no

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Maria Sallay Dyrbek Kamara og Anne Mette Kjølsvædt, maria_sallay@hotmail.com og anne.mette.kjolsvaedt94@gmail.com

Prosjektperiode

07.01.2019 - 13.06.2019

Status

10.04.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

10.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.04.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 13.06.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Appendix 4 - Flere sitater fra intervjuene

Tabell 1 – Tidspress

SITAT	RESPONDENT
Opplevde for liten tid	
<i>“Vi holder på med flere prosjekter og velferdsteknologi er bare en av dem. Vi må anstrenge oss for å få oversikt over hva som foregår i våres tjeneste. De blir enda flere oppgaver, og det blir mindre tid til mine ansatte.”</i>	1,1
<i>“Jeg trenger litt bedre tid og mindre gruppe. Det er nesten umenneskelig å jobbe sånn. Så man blir utslitt.”</i>	1,1
<i>“Man trenger mer tid for å ha grundigere kartlegging for å kunne beslutte om de kan bruke Medido.”</i>	1,1
<i>“Jeg husker ikke helt tiden, men det er ofte at vi får jo ofte ikke nok tid. Den følelsen sitter vi ofte med at vi har jo ikke tid til det vi skal ikke sant. Det er litt rett over prosjekter og det også blir det forskjellige ting som kommer, men vi har jo ofte ikke tid til det føles det som.”</i>	2,1
<i>“For meg så har det rett og slett vært for mye oppgaver siden jeg er ny, så jeg føler at jeg ikke har fått brukt nok tid på det.”</i>	3,1
<i>“Nei, men jeg skjønner ikke heller hvordan jeg skal kunne ta ut mer ressurser fra det vi egentlig skal gjøre for å kunne holde på med dette her. Ikke sant, fordi vi alltid er helt ned på scratch med bemanning.”</i>	3,2
<i>“Det er tidkrevende i forhold til at vi må jo også motivere brukerne våre.”</i>	3,2
<i>“Jeg har ikke noe tid til å dra ut til brukeren å fikse alle feilmeldingene.”</i>	4,1
<i>“Det er ikke nok tid til å implementere teknologien, men det tar også tid å få de ansatte til å forstå at det er ikke bare et prosjekt, men det er noe vi må gjøre for å overleve på sikt.”</i>	4,1
<i>“Jeg føler jo ikke at jeg har hatt så veldig god tid til noen ting, jeg har vært med på noen kurs ikke sant her og kurs der som jeg sa, men sånn i aktivt i tjenesten, så har ikke jeg noe mer tid til å holde på med det enn noen andre egentlig.”</i>	5,1

<i>“Ikke god tid i det hele tatt, eller det er ikke satt av noe tid til at man kan jobbe med det. Det er, det må bare skvises inn under, inn, inn i det andre arbeidet du gjør.”</i>	5,3
--	-----

<i>“Langtidsplanleggingen blir det lite rom til som leder.”</i>	6,1
---	-----

Tabell 2 – Opplæring

SITAT	RESPONDENT
<i>“[...] det var lite opplæring og man følte seg ikke trygg.”</i>	1,1
<i>“[...] det gikk en tid fra de fikk opplæring til det ble implementert, og selyfølgelig da glemmer folk. Skulle vi gjort det på nytt så ville jeg hatt opplæringen litt nærmere utplasseringen av Evondosene, sånn at det var ferskt i minnet. Opplæringen fikk de i fjor høst, vinter, også begynte vi ikke å sette ut før nå de siste ukene. Så en del husker jo ingenting.”</i>	1,2
<i>“Det er jo av og til opplæring til de ansatte også kan være litt vanskelig å få de til å kjenne produktet. De blir jo litt som en selger de også og de kan absolutt ikke være negative til det.”</i>	2,1
<i>“Ja, det var opplæring og det er jo bra. Men det er bare det at, det var ikke hos så mange, så man glemte litt hva det var og hvordan man gjorde det.”</i>	4,2
<i>“Det er mange som spør om vi ikke kan få mer opplæring, også har vi opplæring, også spør de igjen om en uke om de ikke kan ha opplæring på det igjen. Også er det ikke så lett å nå ut til alle når de jobber turnus. Så man må liksom ha det over en periode, fast, kanskje innslag på det i lunsjen eller som faglunsi.”</i>	4,2
<i>“Jeg tror det handler litt om dårlig opplæring kanskje og dårlig engasjement kanskje, folk synes det er enklere å gjøre det på den gamle måten kanskje og bare forholde seg til det. Så handler det litt om innstilling og blant de ansatte tror jeg.”</i>	5,1
<i>“Det handler jo bare om å få denne opplæringen som vi har lovet, så tror jeg det skal bli, da blir det jo akkurat sånn vi ønsker, da har jeg mer lyst til å få flere Evondos ut fordi i utgangspunktet er det jo en kjempe idé.”</i>	5,1

Tabell 3 – Motstand fra ansatte

SITATER	RESPONDENT
Hvordan mellomlederen opplevde ansattes håndtering av endringen	
<p><i>“De var ganske skeptiske til det der.”</i> (Respondenten snakker om de ansatte når medisindispensere ble innført)</p>	1,1
<p><i>“Det er suksess og mine ansatte har jeg med på laget. De blir litt tryggere og de er ikke så skeptiske, de vet at fremtiden er sånn.”</i></p>	1,1
<p><i>“Føles litt bortkasta å bruke masse tid og ressurser på en maskin som kanskje ikke var til hjelp for brukere eller for oss.”</i></p>	1,2
<p><i>“Jeg synes jo det er kjempespennende, men det er jo det å få med de ansatte på det fordi det er jo litt motstand mot nye ting, også er det jo det at du trenger å lære noe nytt og ja. Jeg vet ikke om det har så mye med alder å gjøre, men litt kanskje.”</i> (Det = velferdsteknologi)</p>	1,2
<p><i>“[...] at de blir litt redde kanskje for det.”</i> (Ikke alle ansatte er gode teknologisk)</p>	2,1
<p><i>“De er redd for at vi ikke skal gå inn og kanskje at de ikke får besøk uten, at de skal gjøre alt ting selv da.”</i></p>	2,1
<p><i>“Okay skal de liksom ikke få hjelp til det heller nå lenger liksom.”</i> (Respondenten etterligner ansattes reaksjon)</p>	2,1
<p><i>“Folk hater jo ekstra oppgaver.”</i></p>	3,1
<p><i>“Åja, medisindispenser, ja men da får den ikke besøk da.”</i> (den = brukeren)</p>	3,1
<p><i>“Det er mer motstand hele tida, «men det funker ikke fordi sånn, det funker ikke fordi sånn og vi er helt sikre på at sånn er det sånn er det» (etterligner ansatte). Den dere åpenheten for å bare prøve. Kan vi ikke bare prøve likevel da og ser hvordan det går.”</i></p>	3,2
<p><i>“Jeg føler at hvis man snakker om det så er de positive til det. Også finnes det alltid noen gamle som synes alt er kjipt og de har ikke lyst til å være med på det. Nå har vi en ganske ung gruppe, og de synes det er veldig kult å prøve ut nye ting.”</i></p>	4,1

<i>Etterligner de ansatte: "Okay, det er bare en ekstra byrde."</i>	4,1
<i>"De sykepleierne, de har så mye å gjøre og det er ikke så lett å motivere de til et helt nytt prosjekt heller."</i>	4,1
<i>"Noen er veldig positive til det, men så er det noen som synes det bare er stress, fordi det ikke funker sånn som de vil at det skal funke. Så er det mange som spør om vi ikke kan få mer opplæring."</i>	4,2
<i>"[...] Også er det ikke så lett å nå ut til alle når de jobber turnus."</i>	
<i>"Jeg tror det har blitt at folk hauser opp hverandre til å mislike det, og så blir man jo bare dratt med i sluket av alle som ikke synes det er bra. Så det blir en dårlig holdning rundt det, fordi folk drar med seg folk."</i>	5,1
<i>"Det har gått stort sett fint. Det er fortsatt noen som er litt redde for å si ifra at det her kan jeg ikke godt nok, og det tar kanskje litt lengre tid hos de som er i en ganske god voksen alder, men ellers så går det bra."</i>	5,2
<i>"Spør du en gammel travet, så er ikke dem dessverre ikke så interessert. Men spør du en ung en, så tror jeg nok det, unge det blir feil å si, men en som kanskje følger litt mer med og ser at teknologien er på vei inn og sånn er det bare, så tror jeg nok man er mer positiv, fordi at man kanskje er mer opptatt av det i hverdagen selv også da, av digitalisering."</i>	5,3
<i>"Er man ikke så opptatt av det, så ser man kanskje på det som en mer byrde enn man ser som en positiv, positiv effekt da."</i>	5,3
<i>"All-over så tror jeg det er en positiv gruppe til at medisindispenseren har kommet for å bli."</i>	6,1
<i>"Noen er litt redde for at de skal miste oppgavene sine på grunn av en medisindispenser f.eks. da trenger de ikke personaloppfølging og ser mest på de negative sidene med det. Å få en personaloppfølging gir jo en helt annen kartlegging mulighet og oppfølging av den enkelte enn en dispenser gjør. Så det handler jo litt om at man ser hva er det dispenseren gir som ikke det avtalte besøket gir."</i>	6,2
<i>"Jeg tenker at mange er veldig åpne for det, noen er ikke glad i endring."</i>	6,2

Hvordan ansattes håndtering av endringen har påvirket mellomlederen	
<i>“Jeg husker en helsefagarbeider, en som var litt sånn usynlig i personalgruppen, men personen brant for dette og synes det her var kjempegøy også, personen var flinkere enn mange andre, så personen synes det var kjempegøy, så personen var jo med i ressursgruppen.”</i>	2,1
<i>“Motivasjonsfaktor, eller ikke faktor, men sånn, man blir jo en sånn motivasjon, en motivator.”</i>	5,3
<i>“Hvis du på din dag og kveldsvakt da fikk mye alarmer så.. «dette går ikke». At det er de holdningene som blir rundt når man har bestemt seg for at noe ikke virker. Det er en utfordring å jobbe med.”</i>	6,2

Tabell 4 – Dispenseren samkjører ikke med medisinene

SITAT	RESPONDENT
Dispenseren samkjører ikke med medisinene	
<i>“[...] den multidoserullen. Den kom jo pakket fra apoteket og da sitter det en liten teipbit på den lengst frem og den teipbiten den, når man fjerner den, da blir det litt sånn klister igjen og den henger seg ofte fast i selve maskinen, og det var litt sånn der okay har de ikke sjekket ut det før.”</i>	2,1
<i>“[...] jeg tror det har gått mye på Medido, så er det ofte at de setter seg fast disse multidosene, fysisk liksom setter seg fast i maskinen, så vi må reise og lirke den ut.”</i>	5,1
<i>“[...] hvis det er en stor rull i Medido, så må vi jo dra flere ganger eller en gang i uka og dele den opp da og ta en uke av gangen.”</i>	5,1
<i>“Det er noen av de største medisinene som kan ha litt problemer med å komme ut av Medidoen, eller hvis man har veldig mange store. Men vi har ikke møtt på det problemet ennå og vi har en del pasienter som har masse medisiner, sånn at det skal jo litt til da før det blir et problem.”</i>	5,2
<i>“[...] vi har erfart at i Medido så går ikke alle medisiner, hvis du har veldig mye i morgendosen din eller i kveldsdosen din, så klarer den ikke å ta den igjennom, den blir for tjuk, eller det blir for mye medisiner i den.”</i>	5,3

“[...] medisinene sitter fast i dispensereren. De kutter for langt inn eller for langt ut sånn at medisinene ramler ut når dem kommer ut. Har du da en gammel dame, så kan ikke hun sette seg på knær og komme under kommoden for å finne de 10 tablettene som er ramlet ut, ja sitter fast, ikke kommet ut i det hele tatt av en eller annen merkelig grunn.”

5,3

Tabell 5 – Dispensereren er ikke egnet for alle brukere

SITAT	RESPONDENT
Passer ikke til alle brukere	
<i>“[...] alle brukere kan ikke ha Medido, eller dispenser, det går ikke, men mange kan ha det som ikke har det.”</i>	2,1
<i>“[...] det var noen som vi bommet helt på, hvor vi tok ut Medido, det fungerte ikke, da tar vi de tilbake. Hvis det ikke er noen hensikt og hvis det tar lengre tid og skaper mer problemer. Det var jo noen den begynte å pipe og brukere blir forstyrret og naboen begynte å ringe. Det piper jo litt høyt.”</i>	2,1
<i>“[...]det er ikke så vanskelig å stappe i den multidoserullen i dispensereren, men det var jo av og til at det var litt sånn brukerfeil, at det pep eller at noen hadde satt den feil og ikke teipet riktig og. Det var litt mye styr. Skulle ikke det her hjelpe oss, vi får jo mer jobb i stedet.”</i>	2,1
<i>“Nei, den passer ikke for alle. Det er jo fordi, den snakker jo som jeg har skjønt.”</i>	3,1
<i>“[...] det jo noen brukergrupper som ikke kommer til å kunne klare å håndtere det uansett ikke sant, f.eks. demente. Før da må du inn i så tidlige fase.”</i>	3,2
<i>“[...] du gjør jo også folk stedfaste med en dispenser. Da må det jo være folk som på stort sett er hjemme. Som ikke er så mye ute på vift, på konserter på kvelder.”</i>	3,2
<i>“Det er jo flaut når vi på en måte deler ut sånne typer ting hos brukeren, også tar det én dag også piper det hos brukerne, så tror de det er en flyalarm fra andre verdenskrig. De blir jo livredde.”</i>	4,1
<i>“Mange av de brukerne vi går til er såpass dårlige at de ikke kan administrere en sånn maskin egentlig heller.”</i>	4,2

“[...] ikke de med betydelig kognitiv svikt da vil vi måtte gå inn uansett. For selv om den da piper og lager lyd, så er det jo ikke alle som går og tar den på en måte.”

5,1

“[...] nå er det jo utviklet med litt forskjellige hensyn da. For den Evondosen er beregnet bla kognitivt svekket pasienter som kanskje trenger litt mer hjelp, den er jo den svære som snakker og sier “nå må du ta medisinene dine, husk og ta de med et glass vann”, mens den andre den bare piper ikke sant og da er det vanskeligere hvis du ikke skjønner hva det er og faktisk kunne skjønne at det kommer når den piper, så skal du trykke og så er det medisinene som kommer ut, så det er lettere på den andre. Sånt sett så er det jo beregnet på litt forskjellig type pasienter da.”

5,2

Tabell 6 – Dispenseren avgir mange feilmeldinger

SITAT	RESPONDENT
5.3 Mange feilmeldinger	
“[...]med Medidoene har det vært en del med husker jeg fra (sier navn på bydelen) også, kanskje ikke her som jeg har fått med meg, men der så var det noen som vi fikk feil alarm på, altså feil koder som det pep fra når det ikke var noen feil allikevel.”	2,1
“Masse feilmeldinger på at posene kiler seg fast og de kommer ikke ut og den bråker jo. Det er jo et gammelt dataprogram sånn «iiheeh». Sånn at folk blir litt stressa av den.”	3,2
“[...] den Evondos, der er det mye feilmeldinger som ikke vi forstår en gang på en måte som vi har måttet tatt videre opp med de som driver med de.”	5,1
“Vi har veldig mye annet å gjøre også enn å drive bare med disse feilmeldingene som kommer opp på Dignio spesielt Medido, så det er jo en heltidsjobb og holde på med dette.”	5,3
“Den henger seg jo fast noen ganger og da får vi jo feilmelding, så da må vi jo ut og hjelpe til å få rullen på plass.”	6,1

Tabell 7 – Valg av medisindispenser

SITAT	RESPONDENT
Sammenligning av dispensere	
<p><i>“Nå de siste ukene har det grodd raskere enn jeg trodde. Siden det gikk så treigt med Medido, siden vi slet med å få det ut og sånn, så har Evondos bare gått kjempe fort. Jeg merker en annen energi på gruppa. Det er veldig gøy å se at de får det til da. Det er jo kjempeviktig at du faktisk får en suksess, fordi jeg tror det blir lettere med neste teknologiske nyvinning som kommer.”</i></p>	1,2
<p><i>“Den tar jo litt mer plass (referer til Evondosen) da, det er jo det. Den er jo mer synlig. Det er noen som ikke vil ha den inn i det hele tatt i huset liksom. Og den, man kan jo ikke, eller man kan jo ta med seg den, men hvis man skal reise bort og så sånn da er det litt tyngre og bære med seg den Evondosen. Medidoen er jo veldig liten.”</i></p>	2,1
<p><i>“[...] de sier at den er litt mer sånn, det skjer litt mindre feil med den har jeg hørt da, jeg vet ikke men.”</i></p>	2,1
<p><i>“[...] den Evondos har jo mer fasiliteter, den kan jo snakke også. Det er jo litt morsommere og hvis man skal si noe eller hvis det er litt mer ting man kan gjøre på den da.”</i></p>	2,1
<p><i>“Det er mye mindre feilmeldinger på Evondosen har jeg fått høre, så det. Det er jo en bra ting.”</i></p>	3,1
<p><i>“[...] det er en ekstraoppgave på toppen av alt ikke sant, dette med alle disse varslene, skal man gå inn og slette, men jeg hører at den Evondosen fungerer bedre enn den Medido.”</i></p>	3,2
<p><i>“[...] jeg vet at veldig mange andre grupper bruker mye Evondos fordi den er så driftssikkert. For det er veldig lite feilmeldinger med den. Den er litt mer sikker i forhold til tilgang.”</i></p>	4,1

Tabell 8 – Betydning og formål – velferdsteknologi

SITATER	RESPONDENT
Betydningen av velferdsteknologi	
<i>“[...] det jeg ser på velferdsteknologi som er jo et hjelpemiddel for at våre brukere skal kunne leve lengre i sine hjem og være mer selvstendige.”</i>	1,2
<i>“[...] dette handler også om mestring ikke sant. Hvordan skal vi legge til rette for at brukeren skal være selvhjulpen i sitt liv.”</i>	3,2
<i>“[...] for at brukere kan klare mer av hverdagen sin selv.”</i>	4,1
<i>“Velferdsteknologi for meg betyr at det er teknisk assistanse som kan benyttes for at bruker skal få oppleve trygghet, mestring av egen hverdag og større frihet.”</i>	6,1
<i>“[...] det gjør jo at vi får satt i systemet tekniske hjelpemidler for å gi brukeren et bedre liv i eget hjem og på en måte mestre sykdommen og alderdommen.”</i>	6,1
<i>“Det er jo fokus på å kunne bo hjemme, hvis man ønsker det, så lenge som mulig og at man har gode tjenester i hjemmet.”</i>	6,2
Spart tid	
<i>“Jeg ser jo på det som besparende, men ikke at vi skal kutte i antall hoder hos oss, for det blir det jo ikke. I hvert fall ikke foreløpig.”</i>	1,2
<i>“[...] når det fungerer bra, så gjør det jo at vi ikke trenger å dra til flere av brukerne fordi de får medisinene ved hjelp av dispenserne. Så det gjør jo at vi slipper å dra dit ofte.”</i>	5,1
Økonomisk styrt	
<i>“For den økonomiske gevinsten blir beregnet ut ifra hvor mange som trenger hjelp til å få medisiner og hvor mange dispensere kan vi sette ut og hvor mye timelønn sparer vi da på ansatte.”</i>	3,2
<i>“Det er litt sånn økonomisk bakgrunn også, kan du si. Hvis vi plasserer ut en sånn maskin så slipper vi kanskje å dra ut to eller tre ganger.”</i>	4,1

Tabell 9 – Mellomlederens rolle

SITAT	RESPONDENT
Mellomlederne opplever å ha påvirkning på ansatte	
<i>“Hvis jeg ikke har interesse for velferdsteknologi, så kan ikke jeg heller forvente at mine ansatte gjør noe særlig.”</i>	1,1
<i>“Nei, bare å stå på. Vi er ledere, så vi kan ikke gi oss.”</i>	1,1
<i>“Hvis ikke du tror på det selv, så får du ikke gruppa med på det. Så du er nødt til å være positiv til det og kunne forklare fordelene med det.”</i>	1,2
<i>“Hvis jeg hadde enten vist aktiv motstand eller bare vært en av de passive som ikke gidder å si noe, men som egentlig er imot det men som ikke orker å forholde seg til det, så hadde det ikke gått”.</i>	1,2
<i>“Du må kunne selge det (velferdsteknologi, medisindispensere og trygghetsalarmer) inn da og du må kunne trygge de ansatte med at de ikke mister jobben sin med det først.”</i>	1,2
<i>“Hvis jeg hadde sagt nei «vi har ikke tid til å bruke tid på det her» så hadde det ikke blitt brukt tid på det. Så det er jo en viktig, Det er viktig at jeg fremmer det, for det at det handler jo om å få eierskap til dette her. Hvis ikke jeg bryr meg om det, hvorfor skal de andre bry seg om det.”</i>	3,1
<i>“Siden jeg da er leder, så er målet mitt er jo å jobbe rundt motstand ifra brukerne våre rett og slett. Nei, fra ansatte, jeg skal kunne overtale.”</i>	3,2
<i>“Det er jo en ting å jobbe med hele tiden. Både for at jeg skal holde meg oppdatert, for at jeg skal kan svare, og for at det skal holde litt engasjementet oppe, fordi jeg tror at det er bra for noen brukere.”</i>	4,2
<i>“Jeg vil at de på laget skal kunne noe om det og jeg vil at de skal snakke riktig om det, og ikke si noe sånn «ah, nei», ikke si noe negativt om det før man har prøvd det da. Hvis man har prøvd det, og det er gode grunner for å si at “nei, her funker det ikke”, da er det på en måte greit.”</i>	4,2
<i>“Som sagt så skal vi jo få i gang det, men jeg føler jeg må jo stå som den mellomlederen som vi snakket om, å prøve og få det til å fungere da, på en måte, hos oss. Så det prøver jeg jo så godt jeg kan.”</i>	5,1

<i>“Nei, si det. Jeg har jo prøvd å motivere og lære bort det jeg kan. Så jeg tror det, det er liksom vært det jeg føler at jeg har fått til kanskje og prøve å få folk til å bli litt gira på det, på en måte.”</i>	5,1
<i>“Motivasjonsfaktor, eller ikke faktor, men sånn, man blir jo en sånn motivasjon, en motivator.</i>	5,3
<i>«Jo da det kommer til å gå fint, du må prøve, ja» (etterligner seg selv under samtale med andre ansatte)</i>	
<i>“Det har jo hatt en konsekvens at jeg må tilnærme meg måten å jobbe på og solgt den inn til mine ansatte.”</i>	6,1

Tabell 10 – Involvering og kommunikasjon

SITAT	RESPONDENT
Opplever tydelig strategi og plan	
<i>“Ja, strategien ble kommunisert til alle ansatte. Så velferdsteknologi er en av de punktene som ligger i våres strategi.”</i>	1,1
<i>“[...] ja. Jeg snakket jo om at vi må klare å holde folk hjemme lengst mulig, før vi eventuelt innvilger sykehjem, fordi det er jo ikke sånn at folk ikke får sykehjem heller. Og at dette var en del av det, du får tilført ekstra hender, men du får også da krav om å innføre hjelpemidler.”</i>	1,2
<i>“[...] det var et mål bydelen har å få ned antall som er på langtidsplass, fast plass på sykehjem. Og så det er jo et mål, å få ned kostnadene der. Og det er jo veldig fint nå da, at bydelen satt mål om å kutte antall sykehjemsplasser men samtidig økte vi da antall årsverk i hjemmesykepleien. Jeg tror de aller fleste har det bedre hjemme. Det er bydelens mål, og alle politikernes mål.”</i>	1,2
<i>“Ja, for meg så har den vært det. Men jeg har vært så heldig at jeg har spesielt en som brenner veldig for det her. Som har drevet det for meg. Men denne personen har igjen ikke hatt nok tid til det.”</i>	3,1
<i>“Bestillingen er veldig klar. Men det er kanskje utførelsen vi sliter med, det er det som er vår utfordring fordi det er ikke satt av noe ekstra tid for de ansatte til å drive med velferdsteknologi.”</i>	4,1
<i>“Ja, det synes jeg. Vi har fått god opplæring synes nå ihvertfall jeg.”</i>	5,3

<p><i>“Jeg synes nok at den har vært tydelig i forhold til bydelen vår. Ikke sant, men hvis du spør mine ansatte, som jobber turnus og som kanskje ikke er så opptatt av den biten, så er det ikke sikkert de er helt enige. Det er en del sånn strategijobbing og planer og implementering som på en del områder ikke nødvendigvis når ut til alle. Men hensikten med å ta i bruk det, hvorfor vi gjør det og hvordan vi skal gjøre det, har nok nådd ut.”</i></p>	61,
<p><i>“Ja, absolutt.”</i></p>	6,2
<p>Opplever ikke tydelig strategi og plan</p>	
<p><i>“Sånn som jeg fortalte til deg nå, så høres det ikke sånn ut. Men det kan jo godt hende at det var i utgangspunktet en god plan, men så kom det litt brått på”</i></p> <p><i>“Fordi det ville jo uansett kommet på som en ny arbeidsoppgave i en travel hverdag.”</i></p>	4,2
<p><i>“Ikke sånn første gangen vi hørte om det, nei. Det det syns jeg ikke, men underveis så syns jeg det, ja.”</i></p>	5,2
<p>Føler seg involvert i prosessen</p>	
<p><i>“Vi snakket om det på ledermøter. Det er et fellesmål. Hvis jeg ikke har interesse for velferdsteknologi så kan ikke jeg heller forvente at mine ansatte gjør noe særlig. Så det er fellesmål. Jeg tror at de ansatte tenker litt annerledes nå enn før. Tiden endrer seg og behovet for brukerne endrer seg.”</i></p>	1,1
<p><i>“Man prøver å være sammen med de andre og ikke på et lavere nivå. Prøver å skaffe seg de mulighetene de andre holder på med. Det kommer fra helseetaten og det er ikke sånn om vi vil eller ikke, det er krav. Alle må jo spare på ressurser og at vi aktiviserer brukere slik at vi blir mer selvstendige og tenker mer på mestring. Det endrer holdninger og tankeganger blant ansatte og innbyggere.”</i></p>	1,1
<p><i>“Ja, jo på alle ledersamlinger, alle lederne i bydelen, hvor bydelsdirektøren er innom og snakker om det. Men har vi hatt noe annet? Ikke annet enn det vi leser i avisen eller ser på nettet.”</i></p>	1,2
<p><i>“Nei, vi hadde møter, ledermøter, hvor vi snakker om dette. Jeg visste jo at vi lå langt etter i (sier navn på bydelen), og jeg kunne ikke se noen grunn til at vi ikke skulle være på samme nivå som andre bydeler. Så det at, jeg var veldig klar for det og prøve det ut. Men det er jo viktig at du får ressursene til å gjøre det.”</i></p>	1,2

<i>“Ja, absolutt. I fjor så hadde vi egentlig en god periode med meg og en annen leder, før vi ble 4 grupper. Hvor vi sa: okei, dette er noe vi satser på, og det er noe vi skal ha fokus på.”</i>	4,1
<i>“At vi lærer fra hverandre, på tvers av gruppene. Da følte jeg vi var inni en god flow hvor du kan være med å bidra til å tilrettelegge for at de ansatte kan gjøre jobben.”</i>	4,1
<i>“Jada, det var bra det altså. Det var det. Jeg vet ikke helt om vi kunne gjort det på en annen måte. Det var flinke folk som kom og pratet om det og vi hadde muligheten til å melde oss på kurs for å få tilstrekkelig med informasjon.”</i>	4,2
<i>“Da fikk vi beskjed om at det skulle være så så mange ute i bydelen.”</i>	4,2
<i>“Vi fikk beskjeden om det fra vår leder.”</i>	
<i>“Også ble jo jeg ressursperson på disse her Medido og Evondos, så da var jo jeg på en måte inn på kursing og hadde opplæring. Jeg begynte med Medido opplæring hver annenhver uke i rapport, for da er jeg annenhver uke vi leverer disse multidosene og da kan jeg liksom stå inne og vise hvordan man satt inn en Medido da.”</i>	5,1
<i>“Ja, de kom jo til oss eller velferdsteknologen kom jo og spurte om vi hadde på en måte brukere som kunne vært aktuelle i forhold til de medisindispenserne når de kom og da satt vi oss jo ned på distriktet og gikk gjennom hvem som kunne være aktuelle kandidater for å klare å håndtere en sånn maskin da.”</i>	5,2
<i>“Jeg har jo gått på kurs sammen med mine ansatte, så jeg har lært meg hvordan systemet fungerer.”</i>	6,1
<i>“Jeg var med på flere møter sentralt, på KS og hørte om prosjektene og sånt. Også har det vært et tema i ledermøte.”</i>	6,1
<i>“Ja, for det handler jo mye om tett samarbeid med prosjektlederen. For prosjektlederen har jo styrt hele opplegget og personen rapporterer jo til meg og oppover i systemet. Ja, jeg har fått kjempe god innføring underveis”</i>	6,2
<i>“Jeg er godt informert.”</i>	
Føler seg ikke involvert i prosessen	
<i>“Jeg tror ikke vi var helt involvert i den prosessen vi liksom. Vi fikk informasjon også underveis.”</i>	2,1

<i>“Jeg tror ikke vi var helt involvert i den prosessen vi liksom.”</i>	2,1
<i>“Det er ingen som taler ansattes sak.”</i>	3,2
<i>“[...] vi har ingen medvirkning i den prosessen. Vi får bare beskjed om at sånn blir det. Så må vi gjøre det.”</i>	5,3
Ikke mulighet til å gi tilbakemelding	
<i>“Det skulle bare komme liksom, det var det.”</i>	2,1
<i>“Nei, det har ikke vært noe, nei. Jeg har ikke hatt noe behov for det heller og jeg sier ifra ganske fort jeg. Jeg har sagt ifra om når ja, det som var å si ifra om i forhold til ting ikke var som vi ønska, men sånn ting var på en måte i gang når jeg begynte da.”</i>	3,1
<i>“Nei, egentlig ikke. Jeg snakket veldig mye med prosjektleder da, fordi vi har nok delt litt frustrasjoner tror jeg. Vi har nok snakket mye vi to sammen, men jeg har nok aldri gitt noen tilbakemelding nei, det har jeg ikke. Jeg har sagt ifra til sjefen min da, så kan hun ta det videre på en måte, regner jeg med. For det har ikke fungert sånn super bra og da går jeg til henne da, egentlig fordi jeg ikke vet helt hvem jeg skal henvende meg til.”</i>	5,1
Positive effekter etter implementering	
<i>“[...] jeg bare ressurspersonen i går på slutten av dagen, på eget initiativ stod med en flokk av kollegaer rundt seg og viste hvordan Evondosen fungerte. Jeg tenker sånn at det er kjempepositivt at de selv tar initiativ og er nysgjerrige. Ja, og det er veldig gøy å se at de får det til og jeg har ikke presset veldig på altså.”</i>	1,2
<i>“Jeg tenker jo at litt på den andre gevinsten også. Det er jo selvfølgelig viktig at brukerne mestrer det, men vi tenker jo litt mer at vi sparer tid. Og det gjorde vi av og til at hvis vi kanskje kan komme litt senere til noen brukere at de hadde tatt medisiner selv.”</i>	2,1
<i>“[...] jeg vet jo at noen er jo veldig fornøyd med Medido også, med at de kan ta medisiner sine selv, uten at vi må komme inn hele tiden. For noen vil ikke ha oss der alltid heller, syns det blir litt masete ikke sant.”</i>	2,1
<i>“Jeg har ikke sett noen sånne effekter enda. Det jeg har sett er at personalet synes det er gøy. Den effekten i sånn i forhold til bruker har ikke jeg sett.”</i>	3,1

<i>“Jeg har hørt vandrehistorier om f.eks. Parkinson pasienter som skal ha medisiner på klokkeslettet. At de har blitt bedre. Men ellers så har jeg ikke hørt noe.”</i>	3,2
<i>“Noen brukere var jo kjempe fornøyd for da slipper de å vente på oss.”</i>	3,2
<i>“Ja, vi har en del brukere som er ganske oppegående og som ikke vil ha så mye med hjemmetjenesten å gjøre. De klarer å mestre sin egen hverdag på best mulig måte, så da kan de ha en sånn maskin. De synes det er kjempebra at de kan få en sånn mestringsfølelse og ta sine egne medisiner og at de slipper å ha noe med hjemmesykepleie å gjøre.”</i>	4,1
<i>“Jeg tror de ansatte er veldig positive til det og de har lyst til å lære de nye tingene, og det er mange som styrer med det.”</i>	4,1
<i>“Ja, man kan jo unngå å reise på besøk, fordi man har en maskin som mater ut når man akkurat skal ha det og man kan komme seinere.”</i>	4,2
<i>“Det åpner seg jo muligheter til å få gitt riktig medisin til rett tid, uten å være hos alle på samme tid. Så det er positivt det altså.”</i>	4,2
<i>“[...] det gir en sånn slags glede og motivasjon som kan være nyttig for den personen å oppleve for at han eller hun (bruker) kan være motivert til å bo hjemme å gjøre de tingene som kanskje et litt kjedelig.”</i>	4,2
<i>“Ja, fordi de har kunnet redusere besøkmengden hos noen. De kunne redusere fra fire besøk daglig til bare ett.”</i>	5,1
<i>“[...] vi kutta litt besøk og de som vi bare hadde medisintilsyn med, der kutta vi en del besøk, så vi hadde bare en gang annenhver uke for å da levere nye multidose, så vi fikk jo kutta besøk på noen. Men det var jo ofte de som ikke hadde så mye fra før sånn atte i det store og hele, så utgjorde det ikke så veldig stor forskjell.”</i>	5,2
<i>“Vi har jo avsluttet noen, hvor vi bare har levering av multidose en gang hver 14 dag, ellers så rusler Medidoen av seg selv, men som sagt, vi må nok innom et par ganger i uka kanskje og rette opp.”</i>	5,3
<i>“Ja, det blir jo mestringsfølelse for brukerne da. Mere frihet til å gjøre det du vil, ikke være så avhengig av at vi kommer. Medisin til rett tid. Det er jo veldig viktig. Det har vært veldig positiv, eller det er veldig positivt.”</i>	5,3

<i>“Nå kan brukeren ta sin egen medisin og jeg slipper å dra innom brukeren og den kan faktisk gå på café kl. 13.00 for da å slippe og vente på oss som kanskje ikke kommer før kl. 14.00. Når de ansatte ser den effekten, så får man jo resultater. Men den tidlige effekten er vel mere den bruker siden.”</i>	6,1
Negative effekter etter implementering	
<i>“Vi har ikke store resultater enda.”</i>	1,1
<i>“Det er jo ikke sånn at vi ser noe veldig tidsbesparende for oss enda.”</i>	1,2
<i>“Jeg har ikke sett noen sånne effekter enda” “Den effekten i sånn i forhold til bruker har ikke jeg sett.”</i>	3,1
<i>“Hvis du har en dispenser så må vi jo likevel inn å dosere selv, så det blir ikke det riktige verktøyet holdt jeg på å si.” “Så da er jo det gevinsten ikke så bra.”</i>	3,2
<i>“Ja, vi skulle jo få kake etter at vi hadde passert et visst tall, men den kaka har ikke jeg sett noe til i hvert fall. Jeg tror vi har passert det tallet, men jeg har ikke sett noe kake enda, kanskje den kommer.”</i>	5,3
Opplevelser med ressurspersonen	
<i>“[...] de er ikke så ivrige de her ressurspersonene heller egentlig, det er liksom ikke fokus.”</i>	2,1
<i>“Men jeg har vært så heldig at jeg har en som brenner veldig for det her, som har drevet det for meg. Men ressurspersonen har igjen ikke hatt nok tid til det.”</i>	3,1
<i>“[...] ressurspersonen er jo frikjøpt sånn en dag i uka.”</i>	3,2
<i>“[...] vi trodde at ressurspersonen skulle gjøre mer, men det visste seg at det ble det ikke gjort likevel, ja, så da blir det jo lagt på oss i stedet for.”</i>	5,3

Tabell 11 - Synliggjøring av effekter

SITAT	RESPONDENT
Synliggjøring av positive effekter	
<i>“Vi har en slags internkonkurranse gående i bydelen med hvem som klarer å gå ut flest. Gruppa som får ut flest får pizza.”</i>	1,2
<i>“[...] vi fikk jo ut Medido hos en bruker og da trengte vi ikke å gå innom på kvelden. Det var bare å gi medisin.”</i> <i>“[...] på morgenen sa også de ansatte at de opplevde det at hvis brukerne kunne ta medisinen selv klokken 09.00, så kom de kanskje halv 10.00 og i blant kom de 10.00, og da var det ikke fokus på medisin.”</i>	2,1
<i>“Vi har til enhver tid oversikt på alle grupperommene hvor det står at her har vi plassert ut velferdsteknologi, og der funker det.”</i>	4,1
<i>“Ja, jeg tror vi hadde reflektert litt rundt det, så var vi alle litt engasjerte og tenkte «okay, er det flere som kan få en sånn dispenser.»</i> <i>Også snakket vi mye om det.”</i>	5,1
<i>“Mere frihet til å gjøre det du vil, ikke være så avhengig av at vi kommer. Medisin til rett tid. Det er jo veldig viktig. Det har vært veldig positiv.”</i>	5,3
<i>“Det er jo veldig sånn når lederen for velferdsteknologi kom med kaka at vi hadde 40 dispensere. Det var et øyeblikk som ja, nå feirer vi at vi har fått så så mange oppe og går. Det tror jeg var den første sånn “ja, da er vi virkelig i gang. Nå har vi mange.”</i>	6,2
Synliggjøring av negative effekter	
<i>“Ofte ringer de hvis de er misfornøyde” (ansatte og bruker)</i> <i>“Enten er det tidspress på ansatte eller så trenger de mer opplæring, ikke bare i forbindelse med velferdsteknologi, men det er bare mange sure telefoner. Den bråker og de vil ikke ha den. Det er tilbakemelding via telefon eller via mine ansatte.”</i>	1,1
<i>“[...] det er en ekstraoppgave på toppen av alt ikke sant, dette med alle disse varslene.”</i>	3,2
<i>“Ja, vi skulle jo få kake etter at vi hadde passert et visst tall, men den kaka har ikke jeg sett noe til i hvert fall. Jeg tror vi har passert det tallet, men jeg har ikke sett noe kake enda.”</i>	5,3

Tabell 12 - Kultur for innovasjon

SITAT	RESPONDENT
Opplevde ingen kulturendring etter implementering	
<i>“Det var litt tidlig å snakke om en kulturendring enda, men jeg hører ikke noe motstand mot det. Folk er ganske positive til det, ikke noe aktiv motstand til det. Det tenker jeg at er positivt.”</i>	1,2
<i>“Nei, det gjorde jeg ikke.”</i>	2,1
<i>“Nei, jeg føler at de ansatte.. jeg føler at hvis man snakker om det så er de positive til det.”</i>	4,1
<i>“Nei, det vil jeg ikke si.”</i>	5,2
<i>“Nei, jeg merker ikke noe sånn veldig stor forskjell. De som er negative, de er negative og de var negative før dette her kom også for da var det PDA'ene eller så var det uniformer, eller så ikke sant, det spiller egentlig ingen rolle at det er, om det er velferdsteknologi, det er bare en ny ting.”</i>	5,3
Mellomleder opplever kultur for innovasjon	
<i>“Ja, vi snakket om å få innovasjonsavdeling på ledermøte for ikke så lenge siden, hvor vi skal begynne med et innovasjonsprosjekt. Det dreier seg om at ansatte kan komme med sine ønsker, eller fortelle noe som ikke funker, eller hva de vil ha annerledes.”</i>	1,1
<i>“[...] det er jo ikke sånn at enn tenker supernytt hele tiden. Det vil jeg ikke si, men jeg tenker i bydelen generelt, så er det en veldig kultur for at det er noe vi skal jobbe med og få til.”</i>	3,1
<i>“Nytenkning og endring ... det er jo endring hele tiden, så, så det.. hvis du ikke er åpen for det i en bydel som er så stor som bydel (sier navn på bydelen), da blir det jo litt tungt. Men jeg opplever at det er veldig åpent i forhold til det her da. Det blir ikke bare snakka om at det er viktig, men det er det på en måte.”</i>	

<i>“Vi er jo gode sånn sett ikke sant.”</i>	3,2
<i>“[...] vi har jo mange unge ansatte og vi har også noen som nærmer seg pensjonsalder. Ikke sant, og de er jo kanskje litt skremt de og. Det er jo ikke bare de som tenker at yes, dette skal vi sette i gang med. Og det vi ser er at de som er mest entusiastiske er jo de nyutdannet i 20-årene.”</i>	
<i>“Jajaja, absolutt!”</i>	4,2
<i>“Ja, jeg føler at (sier navn på bydelen) er veldig på å skulle ha masse nytt og liksom delta litt i hel-utviklingen. Kanskje litt mer i teori enn det det faktisk fungerer i praksis da, men ja, de vil mye.”</i>	5,2
<i>“Jeg opplever det absolutt, men ja det varierer. Så det er både og. Det vil jeg si.”</i>	6,2
<i>“Ja, jeg tror det. Det er ikke godt å vite om det er de som roper høyest som det er flest av, men når det blir introdusert så er det alltid litt sånn “årh, ja. Nå er det noe nytt og endringer er jo slitsomme greier”. Men jeg tenker kanskje at det er de som roper høyest heller enn de som tenker «ja, dette blir greit og det får vi prøve å se». Men sånn gjengs så er det jo ofte litt at når man endrer på ting så er det en usikkerhet og man vet ikke helt om man kan systemet godt nok og folk er jo glad i å kunne jobben sin godt. Så det er jo alltid en sånn murring der når noe nytt kommer på banen, man er litt usikker.”</i>	
Mellomleder opplever ikke kultur for innovasjon	
<i>“Assa jeg merket jo liksom med en gang at det var litt sånn ikke motstand, men at de tenkte ikke den tankegangen kanskje, de ansatte i hvert fall.”</i>	2,1
<i>“Jeg tror at hvis det hadde vært mer fokus på det og litt mer snakk rundt det, så tror jeg absolutt at det kunne vært, at folk hadde vært nysgjerrige og engasjerte til å finne nye løsninger på ting på en måte.”</i>	5,1
<i>“Hvis man bare hadde fått det litt inn i tjenesten og generelt alltid hatt noe fokus på det, hadde det kanskje gjort en endring. At det hadde blitt litt mer interessant og populært for folk.”</i>	
<i>“Jeg tror at mye handler om ledelsen over meg igjen og også over min sjef igjen. At de må informere oss bedre, vi må få bedre informasjon, vi får ofte den, nå skal vi begynne med det, sånn er det. Det er ikke noen som spør oss om hva synes dere eller hva tenker dere.”</i>	5,3
<i>“Jeg skulle ønske vi hadde mere på det. Det handler jo litt om at lederne må ha tid til annet enn den daglige driften og prøve å pushe igjennom prosjektene, ikke sant. Den derre langtidsplanleggingen blir det lite rom til som leder.”</i>	6,1



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway