

**«Fremtiden er digital - også i helsevesenet!**

**En kvalitativ studie om hvordan lykkes med innføring av  
digital hjemmeoppfølging i sykehus»**

**Tonje Sakshaug**

Erfaringsbasert master i Helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

90 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



## Abstract

### **Bakgrunn**

Befolkningen i Norge blir eldre, og sammen med økte behandlingsmuligheter, forventes det at antall pasienter vil øke kraftig i årene fremover. Spesialisthelsetjenesten må derfor se på muligheter for å levere helsetjenester hjemme for å sikre tilstrekkelig kapasitet. Ved digital hjemmeoppfølging bruker vi digitale verktøy for å tilby tjenester levert hjemme i stedet for fysisk på sykehus. Det vil gjøre pasienten til en mer aktiv deltager i sitt eget pasientforløp (Helse Sør-Øst 2023). Innføring av digital hjemmeoppfølging på sykehus vil innebære en stor endring for de ansatte. Nå som digital hjemmeoppfølging blir spredt i større grad, er det viktig at ledere som skal innføre dette har god kunnskap om ledelse av endringsprosesser.

### **Metode**

I denne studien valgte jeg en kvalitativ metode med dybdeintervjuer som metodisk tilnærming for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Til sammen intervjuet jeg åtte sykepleiere fra tre ulike avdelinger på et sykehus sentralt på østlandsområdet. Alle informantene hadde vært en del av endringsprosessen der de gikk over til digital hjemmeoppfølging av pasienter med kroniske utfordringer. Søkemotorer som ble benyttet for å finne nyere forskning rundt dette temaet var PubMed, Ovid Medline og Cinahl.

Denne studien er bygget opp på de studiene jeg har vurdert som de mest relevante innenfor området, samt teori om ledelse, endringsledelse og endringsprosesser, og motivasjonsteori.

### **Resultater**

Funnene i denne studien viste at opplevelsen av endringsprosessen med å gå over til digital hjemmeoppfølging var relativt lik hos alle informantene. Både ved gjennomgang av litteratur og forskning, samt ved analyse av intervjuene, ser man at involvering av de ansatte helt fra starten av prosessen spiller en vesentlig rolle for å få en vellykket endringsprosess. Leders innstilling til digital hjemmeoppfølging ble oppfattet som viktig for de ansattes motivasjon i oppstartsfasen. Sykepleierne fortalte at involvering av de ansatte i planleggingsfasen, og i utformingen av selve innholdet i den digitale løsningen som pasientene skulle ta i bruk, var svært motiverende. Betydningen av nok avsatt tid til å gjennomføre innføringen, både hos ledere og hos sykepleiere ble forstått som vesentlig for en vellykket innføring. I tillegg ble

markeringer av milepæler underveis og å diskutere digital hjemmeoppfølging jevnlig på møter, trukket frem som viktige faktorer for å holde innføringen jevnlig på agendaen.

### **Konklusjon**

For å få til en vellykket endringsprosess ved innføring av digital hjemmeoppfølging i sykehus, bør lederen involvere de ansatte helt fra begynnelsen av planleggingen. De ansatte bør få være med på å utforme innholdet i den digitale løsningen, slik at de får et eierskap til det som skal implementeres. Lederens positivitet og engasjement for digital hjemmeoppfølging, smitter over på de ansatte og gir motivasjon. Ved å markere milepæler, være synlig og tilgjengelig og følge opp de ansatte underveis, får man ansatte som holder motivasjonen og engasjementet oppe gjennom hele endringsprosessen.

## Forord

Denne masteroppgaven har jeg skrevet som en del av programmet Erfaringsbasert master i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Dette arbeidet har vært svært lærerikt, krevende og givende på samme tid. Fremtiden er digital, også i helsevesenet, og det blir viktig å ta i bruk teknologi for å møte fremtidens helsevesen. Gjennom denne studien har jeg fått innsikt i hvordan innføring av digital hjemmeoppfølging er gjort på tre ulike avdelinger på et sykehus sentralt i Østlandet. Jeg har fått innblikk i hvordan de ansatte har opplevd innføringen, både med tanke på selve prosessen, men også om deres tanker rundt hva som skal til for å få en vellykket innføring av digital hjemmeoppfølging i sykehus.

Jeg ønsker å takke min veileder Helge Skirbekk for god veiledning og støtte gjennom dette arbeidet. Jeg ønsker også å takke min leder Geir Bøhler for muligheten til å gjennomføre Master i Helseadministrasjon, og min høyre hånd Nora Johanne Bøe som har styrt skuta på jobb i mitt fravær! Jeg vil og rette en stor takk til informantene som stilte opp til intervjuer i denne studien, samt min gode venninne Marit Bjørkelid for korrekturlesing i slutfasen.

Jeg ønsker også å vise takknemmelighet til mine to tålmodige barn, en familie som alltid stiller opp, og gode venner og kollegaer som heier fra sidelinjen. Et stort arbeid er nå ferdig, og jeg ser fram til å kunne bruke mer av min fritid sammen med familie og venner!

Lillestrøm, mai 2023

Tonje Sakshaug

## Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Abstract .....   | 1  |
| Forord .....   | 3  |
| 1.0 Introduksjon og problemstilling .....  | 6  |
| 2.0 Bakgrunn og motivasjon .....   | 7  |
| 3.0 Analytisk rammeverk og teori .....   | 12 |
| 3.1 Helsevesenet i endring.....  | 12 |
| 3.2 Endringsledelse og transformasjonsledelse .....                                      | 13 |
| 3.2.1 Kotter's åtte suksesskriterier i en endringsprosess (Kotter, 1995): .....          | 15 |
| 3.3 Motivasjonsteori.....  | 17 |
| 3.4 Motstand mot endring på arbeidsplassen .....   | 18 |
| 3.4.1 Ulike nivåer på motstand .....   | 18 |
| 3.4.2 Ulike årsaker til motstand .....   | 19 |
| 3.4.3 Den positive motstanden .....  | 21 |
| 4.0 Metode.....  | 22 |
| 4.1 Kvalitativ metode .....  | 22 |
| 4.2 Søkehistorikk.....   | 23 |
| 4.3 Studiedesign .....   | 24 |
| 4.4 Datainnsamling.....  | 25 |
| 4.5 Analyse.....   | 26 |
| 4.5.1 Trinn 1 - Helhetsinntrykket av materialet – fugleperspektiv .....                  | 26 |
| 4.5.2 Trinn 2 – Fra foreløpige temaer til identifisering av koder .....                  | 27 |
| 4.5.3 Trinn 3 – Fra koder til abstrahert meningsinnhold.....                             | 27 |
| 4.5.4 Trinn 4 – Sette sammen bitene til beskrivelser og resultater .....                 | 28 |
| 4.6 Refleksjon over studiens reliabilitet og validitet .....                             | 28 |
| 4.6.1 Styrker og svakheter ved prosjektet/metoden .....                                  | 29 |
| 4.6.2 Refleksivitet .....  | 29 |
| 4.7 Etske refleksjoner .....   | 30 |
| 5.0 Resultater og funn .....   | 31 |
| 5.1 Gi oss tid!.....   | 31 |
| 5.1.1 Oppsummering av betydningen av tid .....   | 33 |
| 5.2 Motivasjon og engasjement – Vi må dra i samme retning! .....                         | 34 |
| 5.2.1 Oppsummering av motivasjon og engasjementets betydning i endringsprosessen.....    | 37 |
| 5.3 Involvering, medvirkning og opplæring – Ta oss med på planleggingen og lær oss!..... | 37 |
| 5.3.1 Involvering og medvirkning .....   | 38 |

|  |    |
|--|----|
| 5.3.2 Opplæring .....  | 39 |
| 5.3.3 Oppsummering av viktigheten av involvering, medvirkning og opplæring .....         | 40 |
| 5.4 Motstand – Vi må alltid endre på noe! Kan vi ikke bare fortsette slik vi gjør? ..... | 41 |
| 5.4.1 Oppsummering av motstand mot endring .....   | 42 |
| 6.0 Diskusjon .....  | 44 |
| 6.1 Motivasjon og engasjementets betydning for å lykkes .....                            | 45 |
| 6.2 Involvering, medvirkning og opplæringens betydning for å lykkes .....                | 47 |
| 6.3 Betydning av avsatt tid til å planlegge og gjennomføre endringer .....               | 50 |
| 6.4 Motstand mot endringer i helsevesenet .....  | 51 |
| 6.5 Metodekritikk .....  | 54 |
| 7.0 Konklusjon .....   | 56 |
| Litteraturliste .....  | 58 |
| Appendix (vedlegg) .....   | 61 |
| Godkjenning fra NSD .....  | 62 |
| Godkjenning fra Personvernombud .....  | 66 |
| Informasjonsskriv til informanter .....  | 69 |

## 1.0 Introduksjon og problemstilling

I dette kapitlet vil jeg utdype min motivasjon for å skrive denne oppgaven, samt presentere studiens problemstilling.

Min interesse for å fordype meg i endringsledelse og digital hjemmeoppfølging er stor fordi vi i perioden jeg har gjort denne studien, har startet med digital hjemmeoppfølging av pasienter i avdelingen jeg er leder. Det har vært utrolig nyttig og spennende å skrive denne oppgaven parallelt med å jobbe med samme tema. Med digital hjemmeoppfølging vi at man kan skreddersy et behandlingsforløp som gir pasienten individuell oppfølging basert på individets behov og ikke en standard som er satt for en gitt pasientgruppe. Alle mennesker er forskjellige, og pasientens behov knyttet opp mot oppfølging fra spesialisthelsetjenesten vil variere. Det er derfor viktig at sykehus tar i bruk hjemmeoppfølging der pasienten gis mer ansvar for egen helse, samtidig som spesialisthelsetjenesten kan være mer tilgjengelig for de som har behov for tett oppfølging. Man skaper rett og slett lettere tilgang til spesialisthelsetjenesten for de som trenger det, og mulighet for å ta kontakt på en lettvinnt måte for de som ikke har behov der og da, men som på et senere tidspunkt kan få det.

Endringsprosesser i helsevesenet er ikke et nytt fenomen, men man ser allikevel at det kan være utfordrende å gjennomføre endringer i helsevesenet på en måte som gir de ansatte følelsen av motivasjon og å være involvert i prosessen. På bakgrunn av dette har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

**Hvordan kan digital hjemmeoppfølging innføres i spesialisthelsetjenesten på en måte som sikrer medvirkning og som er motiverende for de ansatte?**

I neste kapittel vil jeg gå nærmere inn på hvorfor jeg mener denne kunnskapen er så viktig, og presentere mine forskningsspørsmål som jeg søker svar på i denne studien.

## 2.0 Bakgrunn og motivasjon

I helsevesenet blir det stadig gjort endringer på bakgrunn av samfunnets utvikling og nye metoder for behandling av befolkningen. For å møte fremtiden må helsevesenet ta i bruk e-helse i større grad fremover enn det som har blitt gjort til nå. Vi skal faktisk tilbake til 1999 for å finne første gang begrepet e-helse ble brukt. Begrepet ble til fordi man så behovet for å beskrive elektronisk kommunikasjon, både lokalt og på avstand, ved bruk av informasjonsteknologi i helsesektoren (Schreiweis m.fl., 2019). I sykehusene i dag ser man en økende grad av etterspørsel etter polikliniske konsultasjoner både når det gjelder utredning, men også oppfølging av pasienter, og gjerne over tid. Vi ser allerede nå at dette er økende, og man frykter at det ikke vil være nok kapasitet i sykehusene til å kunne tilby konsultasjoner til alle som trenger det i fremtiden. Dette gjelder både med tanke på mangel på nok fysiske arealer til disposisjon, men også på personalressurser. Ny teknologi utvikles stadig, og samfunnet blir mer digitalisert. Ved å ta i bruk verktøy som gir oss muligheten til å følge opp pasientene hjemme, vil de fysiske oppmøtene pasientene har på sykehus reduseres, og tiden kan brukes på pasienter som må ha en fysisk konsultasjon. En studie gjort i USA fra 2018, viser at ved å innføre digital oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, reduseres både legevaktbesøk og sykehusinnleggelse. I tillegg ser man at når digital hjemmeoppfølging og hjemmebehandling blir brukt på en hensiktsmessig måte, reduseres behandlingstiden, pasientene er mindre utsatt for delirium, samt at hjemmebehandling er mer kostnadseffektivt enn sykehusinnleggelse (Mahar, Rosencrance, og Rasmussen, 2018).

Når pandemien kom til Norge i 2020, ble behovet for løsninger som kunne gjøre oss i stand til å følge pasientene hjemme, stort. En del løsninger var allerede på plass, men behovet ble tydeligere og større under pandemien. I mai 2020 kom det faglige råd fra Helsedirektoratet om bruk av digital hjemmeoppfølging for pasienter med covid-19 (Helsedirektoratet 2022). Man så etter hvert at dette var veien å gå, også for mange andre pasientgrupper.

I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 beskrives digital hjemmeoppfølging på denne måten:

*Digital hjemmeoppfølging innebærer at pasienten følges opp i hjemmet ved blant annet egenmåling eller automatisk måling, og pasientrapporterte opplysninger om*



*egen helsetilstand. Resultatene sendes digitalt til heletjenesten som vurderer og følger opp pasienten ved behov, primært via digitale verktøy (Meld.St nr. 7, (2019-2020)).*

Videre sier planen at pasienten skal møte spesialisthelsetjenesten hjemme der de bor, og at vi ved hjelp av teknologi skal erstatte fysisk oppmøte på sykehus. Dette vil frigjøre tid for helsepersonell som skal brukes på andre pasienter (Meld.St nr. 7, (2019-2020)). I praksis ser man at data sendt inn fra pasienten i form av målinger, konkrete spørsmål pasienten svarer på hjemmefra og lignende, gir helsepersonell viktig informasjon som er avgjørende for om pasienten trenger justeringer i behandlingen, tettere oppfølging eller behov for å komme inn på sykehuset for en fysisk konsultasjon. Digital hjemmeoppfølging gir også helsepersonell mulighet til enkelt å foreta en video- eller telefonkonsultasjon, eller kommunisere via meldinger med pasienten. Studier viser også at digital hjemmeoppfølging gjør pasientene mer selvstendige og de får mer kontroll over beslutninger og handlinger som omhandler deres helsetilstand (Koivunen og Saranto, 2017).

Flere studier viser at digital hjemmeoppfølging har gitt positive kliniske resultater og oppleves som tilfredsstillende av pasientene. I en undersøkelse gjort med nesten 22 000 pasienter i USA viste at pasientene lå kortere tid på sykehus, hadde færre innleggelser på intensivavdeling og lavere dødelighet. I tillegg hadde pasienter som hadde blitt fulgt opp hjemme, lavere sannsynlighet for reinnleggelse og 95% av pasientene ville anbefalt hjemmeoppfølging til en venn eller familiemedlem (Coffey, 2022). Dette er solide tall som viser at digital hjemmeoppfølging gir positive gevinster både når det gjelder pasienttilfredshet og dødelighet. I tillegg gir løsningen plass til de som virkelig trenger en fysisk konsultasjon og innleggelse på sykehus, fordi pasientene med hjemmebehandling viser seg å ha kortere sykehusopphold og mindre fare for reinnleggelse.

I Helse Sør-Øst sitt regionale strategidokument for teknologiområdet for 2020-2025, er et av satsningsområdene å etablere digital hjemmeoppfølging i sykehus, noe som er i tråd med Helse Sør-Øst sin Regional utviklingsplan 2035. Det vises for eksempel til et scoringsverktøy hvor nyopererte pasienter kan svare hjemme, og som vil avdekke behov for fysisk kontroll

etter er inngrep, der man anslår å få en reduksjon i antall fysiske kontroller på opp mot 50 prosent (Helse Sør-Øst 2018). Sykehusene vil i fremtiden bli mer poliklinisk drevet og man vil ha stor nytte av verktøy som kan redusere pasientstrømmen inn, slik at man kun har fysisk kontakt med de som faktisk trenger det. Innføringen av slike digitale verktøy krever en endring i tankesett og arbeidsmåte som avviker fra slik helsepersonell er vant til. Jeg har bakgrunn som sykepleier, og vet at helsepersonell ofte liker å ha fysisk tilstedeværende konsultasjoner med pasienten, for best å kunne observere og ta på for å gjøre en god vurdering av en utfordring. Det strider derfor litt imot vår natur at vi nå skal gjøre en faglig vurdering av en pasient på bakgrunn av pasientens egne målinger og subjektive observasjoner. Det vil derfor kreve en del av lederne i helsevesenet å få med seg de ansatte på slike store teknologiske endringer. Studier viser at det å innføre digital hjemmeoppfølging ikke nødvendigvis er knyttet opp mot teknologi alene, men heller et samspill mellom teknologi og menneskelige ressurser (Cannavacciuolo m.fl., 2023).

Så hva sier forskning på endringsledelse spesielt rettet mot innføring av telemedisin/hjemmeoppfølging i helsevesenet oss? Forskerne Kho, Gillespie og Martin-Khan har systematisk gjennomgått litteraturen for å se på hvordan endringsledelse er blitt brukt med tanke på implementering av telemedisin/hjemmeoppfølging av pasienter. De konkluderte med at det som ofte vanskeliggjør implementeringsprosessen, er mangel på forståelse for hvordan planleggingsprosessen skal være, hvordan prosessen skal styres, og at man ser stykkevis på endringsprosessen istedenfor å se at alt henger sammen med hverandre. Forskerne peker på at man skal forberede endring ved å formulere en klar og overbevisende visjon, og legge en plan for strategisk planlegging av innføringen. Denne planleggingen innebærer et samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene endringen vil gjelde for, gjerne ved å ha jevnlig møter. Funnene viste at gjennom å la for eksempel klinikere og sykepleiere delta i planleggingsprosessen, bidro til at implementeringen ble vellykket og det gjorde det lettere for de ansatte å føle et eierskap til prosjektet (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020).

Det ble identifisert hvor viktig ledelse og støtte fra leder var for suksess, både at lederen er en administrativ leder, men også en leder som er en del av den kliniske hverdagen. Det ble også påpekt hvor viktig kommunikasjonen mellom leder og de ansatte gjennom hele endringsprosessen er for å opprettholde engasjementet. Et annet viktig aspekt i forberedelsesfasen var å identifisere såkalte forkjempere, altså de som er ekstra entusiastiske

til telemedisin/hjemmeoppfølging, slik at de kan promotere og fremsnakke dette. Ved å bruke de mest engasjerte ansatte med grunnleggende tro på prosjektet aktivt inn i forberedelsene, fant forskerne ut at påvirket de andre ansatte til å bli mer støttende til endringen. Forskerne fant imidlertid ut at i noen tilfeller falt entusiasmen for prosjektet hvis disse forkjemperne forlot rollen eller jobben (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020).

Det kan være krevende å få ansatte som allerede har høy arbeidsbelastning til å være engasjert i nye prosjekter. Det ble poengtert viktigheten av involvering og tverrfaglig samarbeid via informasjon gjennom e-post, telefonsamtaler, og uformelle og formelle møter. På denne måten bygget de ansatte relasjoner med hverandre, noe som igjen bidro til bedre samarbeid og bygging av allianser. Forskerne pekte også på at det å ha en klar og enkel visjon er en nøkkelfaktor, samt det å anerkjenne behovet for ytterligere ressurser til integrering når det kommer til å få en vellykket implementering av telemedisin/hjemmeoppfølging. I tillegg til dette ble det trukket fram viktigheten av å gi de ansatte god informasjon om endringen i forkant, med fokus både på fordelene og utfordringene ved hjemmeoppfølging. Informasjon og dialog mellom ansatte og ledelsen med regelmessige møter, der de ansatte kunne fremme bekymring og utfordringer, var viktig for å sikre involvering og kunne skape tillit til ledelsen. Det er ifølge forskerne ingen tvil om at involvering, opplæring og å utarbeide og kommunisere nye arbeidsrelaterte retningslinjer, står sentralt når det gjelder om innføring av hjemmeoppfølging lykkes eller ikke (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020).

Når man skal innføre digital hjemmeoppfølging, vil fokuset på å unngå for mye motstand være viktig. Forskere i Canada peker på ulike faktorer som de fant i sin studie som spesielt viktig for å unngå motstand mot å innføre digital oppfølging av pasienter. Å få nok opplæring og å ha støtte i oppstarten, samt god kommunikasjon mellom lederen og de ansatte var viktig. Samtidig var en tydelig og forutsigbar rutine gjennom hele implementeringsprosessen, samt det å få med de ansatte på å se viktigheten av innføringen, viktig for å unngå motstand (Jennett, 2003).

Det er liten tvil om at digital hjemmeoppfølging er en positiv utvikling innen tilbudet helsevesenet gir befolkningen. Når ledere skal innføre digital hjemmeoppfølging i

helsevesenet, er ett av målene å minimere motstanden slik at dette kan innføres på en så smidig måte som mulig. Det finnes ulike teorier og taktikker som forskere opp igjennom tidene har utviklet i tillegg til det som allerede er nevnt, og lederne som skal gjennomføre endringer i helsevesenet må ha god kunnskap om disse teoriene og taktikkene før man starter en endringsprosess.

Med dette som bakteppe, har jeg utarbeidet tre forskningsspørsmål som jeg søker svar på i denne studien:

- Hvordan påvirker overgangen til digital oppfølging de ansattes arbeidshverdag?
- Hva mener ansatte i spesialisthelsetjenesten kan være motiverende og engasjerende faktorer for å starte med digital hjemmeoppfølging?
- På hvilken måte mener de ansatte at ledere kan sikre medvirkning og involvering i endringsprosesser?

I søken på disse svarene, vil jeg se på hvordan et utvalg ansatte på tre ulike avdelinger opplevde innføringen av digital hjemmeoppfølging i sin avdeling. Samtidig vil jeg se på ulike strategier for endringsledelse og se på hvordan innføring av nye systemer eller andre endringer kan innføres på en så smidig måte som mulig.

I det neste kapitlet vil jeg gjennomgå det analytiske rammeverket og den mest vesentlige teorien for å søke svar på mine forskningsspørsmål.

### 3.0 Analytisk rammeverk og teori

Mitt fokus i denne studien er endringsledelse ved overgang fra fysisk oppfølging av alle pasienter, til digital hjemmeoppfølging av pasienter som det egner seg for. Endring defineres av Jacobsen som «en empirisk observasjon av forskjeller i form, kvalitet eller tilstand over tid i en organisasjon» (Jacobsen, 2022, s.17). Videre sier Jacobsen at en endring innebærer en eller annen form for bevegelse, fra en tilstand til en annen, og at dette er en prosess med hendelser og handlinger, som får organisasjonen fra et punkt til et annet (Jacobsen, 2022).

Jeg vil i dette kapittelet belyse teori og fakta om endringer i helsevesenet, endringsledelse og motstand til endring, samt motivasjonsteori. Dette for å bedre kunne forstå ulike perspektiver på hvorfor motstand oppstår, hvorfor endringer på en arbeidsplass kan oppleves som svært inngripende, og hvordan man kan forsøke å gjøre endringsprosesser på en mest mulig inkluderende og motiverende måte for de ansatte.

#### 3.1 Helsevesenet i endring

Helsevesenet er stadig i endring. En av de vanskeligste, men viktigste oppgavene en leder har, er å lede endringsprosesser (Martinsen, 2022). Samfunnets endring med tanke på at vi stadig blir eldre og pasientene stadig blir mer komplekse på grunn av utvikling både i medisin og i teknologi, krever at sykehusene er fremoverlent og tar i bruk nye teknologiske verktøy. Ved innføring av nye arbeidsmåter, vil motivasjon og engasjement hos de ansatte ha stor betydning. I følge forskningen til Koivunen og Saranto er sykepleiere noe negative til overgang fra ansikt-til-ansikt konsultasjoner til digital hjemmeoppfølging (Koivunen og Saranto, 2017). For å få til en vellykket implementering av digital hjemmeoppfølging, vil det derfor være veldig viktig å få sykepleierne til å mene at dette er en god løsning.

I 2002 trådte Sykehusreformen i kraft. Den innebar at eierskapet for blant annet de offentlige sykehusene skulle overdras fra fylkeskommunene til staten. Departementet skal ikke blande seg inn i den daglige driften av sykehusene, men skal komme med overordnede retningslinjer som sykehusene må forholde seg til (Hagen, 2023). Dette innebærer at sykehusene hvert år får et oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, med krav om hvilke oppgaver sykehusene skal utføre påfølgende år og hvilke krav regjeringen setter til helseforetakene. Det

blir også sendt ut en Nasjonal helse- og sykehusplan med et fireårsperspektiv som gir en felles langsiktig retning for utviklingen av helsetjenestene sykehusene gir. Når man mottar denne planen, vil det stort sett føre til at man må gjøre noen endringer, små og store, for å innfri kravene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Endring i en organisasjon omhandler at man endrer måten man utfører eksisterende oppgaver på, ved for eksempel å ta i bruk ny tilgjengelig teknologi. Forandringer i omgivelsene våre gjør at ledere må utøve strategisk ledelse for å tilpasse seg disse endringene (Jacobsen og Thorsvik 2022). Det er her god kunnskap om endringsledelse kommer inn. Hvis lederen skal sette i gang en prosess der man ønsker at de ansatte skal endre måten de jobber på, innføre nye arbeidsoppgaver og/eller endre rutiner, må man ha kunnskap om hvilke strategier og taktikker som gir minst mulig motstand og mest mulig motivasjon og engasjement hos de ansatte. Man må også ha kunnskap om ledelse. Videre skal vi nå se på hva litteraturen sier om dette.

### 3.2 Endringsledelse og transformasjonsledelse

Endringsledelse er godt beskrevet i litteratur og forskning og beskrives som ledelse av konkrete endringsprosesser i en organisasjon. En annen form for ledelse som vokser i popularitet i dag, er transformasjonsledelse. Ved transformasjonsledelse påvirker og endrer lederen medarbeidernes oppfatninger av sin egen jobb. Forskjellen mellom transformasjonsledelse og endringsledelse er at transformasjonsledelse innebærer mer dyptinngripende forandringer som forventes å hjelpe organisasjonen å nå sine mål. Det som kjennetegner en transformasjonsleder, er at lederen skaper en visjon og følelse av å ha et tydelig mål og gir de ansatte følelse av stolthet, respekt og tillit. Transformasjonslederen har høye forventninger til sine ansatte og gir individuell oppmerksomhet og velmenende råd (Martinsen, 2022). En studie gjort for å undersøke nettopp hvordan ledere av sykepleiere skaper engasjement hos de ansatte, blir transformasjonsledelse trukket fram som den lederstilen som skaper høyt engasjement hos sykepleierne gjennom å gi dem økende myndiggjøring, individuell omtanke og intellektuell stimulering (García-Sierra og Fernandes-Castro, 2018). Det vil på bakgrunn av dette være vesentlig at lederen har kunnskap om de ulike typer form for ledelse, for nettopp å bevist bruke transformasjonsledelse når man skal implementere digital hjemmeoppfølging.

En leder har større sjanse for å lykkes i å gjennomføre endringer hvis lederen i tillegg til ledelseskunnskap har kunnskap om endringsprosessens ulike faser og ulike former, samt har kunnskap nok til å forstå bakgrunnen til hvorfor det blir motstand mot endringer (Martinsen, 2022). Jeg vil derfor nå gå litt nærmere inn på endringsledelse og noen sentrale navn innen dette temaet i litteraturen.

Kurt Lewin, en tysk-amerikansk psykolog, mente at hvis man skal lykkes med implementering av endringer i en organisasjon uten for mye motstand, må man gjennom tre faser; opptiningsfasen, endringsfasen og til slutt en nedfrysningsfase som innebærer å implementere endring til å bli permanent praksis (Lewin, 1974). Han mener her at man skal slutte med den gamle måten å gjøre ting på, slik at man kan innføre og implementere ny praksis. I opptiningsfasen mener Lewin at man må få de ansatte til å forstå hvorfor vi må endre dagens måte å gjøre en bestemt ting på. Her er motivasjon for endringen sentral og vesentlig for å lykkes i å endre dagens praksis. Den neste fasen, endringsfasen, går ut på at de ansatte begynner å endre måten de jobber på, og de ansatte tvinges ofte ut av komfortsonen. I denne fasen vil støtte av leder være viktig, og at leder tydelig kommuniserer hvorfor endringen gjøres og fordelene med den. I Lewins siste fase, nedfrysningsfasen, beskriver han at endringen har begynt å ta form og har blitt en del av hverdagen, og man har begynt å bli vant med den nye måten å jobbe på (Hjorth, 2015).

John Kotter er en amerikansk professor i ledelse som viderefører Lewins teorier. Han peker på en rekke faktorer som spiller inn å lykkes med gjennomføring av endringer. Det er særlig fire grunner han mener er vanligst for motstand til endring hos medarbeidere. De ansattes frykt for å ikke klare å lære seg nye ferdigheter som kreves for å kunne utføre nye oppgaver, er en viktig grunn. En annen grunn er et ønske om å ikke miste noe de har verdsatt ved jobben. Han peker også på at det ofte er en misforståelse av endringen og hva den skal føre til, samt liten tro på at endringen vil føre til noe positivt. Kotter mener det er en viktig faktor at man lar de ansatte få tid, og ikke kreve for store endringer for raskt. I tillegg må lederen se på endringsprosessen som skal i gang, med realistiske øyne for at det skal bli vellykket (Kotter og Schlesinger 2008).

Kotter har identifisert det han mener er de vanligste feilene som gjøres når man skal i gang med og underveis i en endringsprosess. I følge Kotter, bør en organisasjonsendring gå

igjennom åtte faser for å lykkes, og at det krever lang tid. Erfaring viser at ved å hoppe over såkalte endringsfaser, vil man bare oppleve en illusjon av hastighet frem mot målet, men det vil aldri gi et tilfredsstillende resultat. Han påpeker at hvis det gjøres kritiske feil underveis i endringsfasene, vil det kunne ha ødeleggende innvirkning på prosessen (Kotter, 1995). Vi skal nå gjennomgå de ulike fasene i Kotter's teori:

### 3.2.1 Kotter's åtte suksesskriterier i en endringsprosess (Kotter, 1995):

1. Etablere en følelse hos de ansatte av at det haster med endring, enten på grunn av en potensiell krise eller rett og slett fordi det er dukket opp en god idé, som krever endring i måten man arbeider på, og som vil gi organisasjonen en stor mulighet for utvikling.
2. Det settes sammen en gruppe ansatte som sammen med lederen er sterke nok til å lede endringsarbeidet, og som jobber godt sammen som et team mot et felles mål. Med en sterk arbeidsgruppe og et sterkt lederskap, vil sjansen for å få til en varig endring være stor. For å få til endringer, trenger man sterke og tydelige ledere som ser behovet for dette.
3. Gruppen skaper en tydelig visjon og retning for å hjelpe de ansatte å forstå hva man ønsker å oppnå, hva som er målet og hvilken retning man vil bevege seg i. På bakgrunn av denne visjonen utvikler man strategier for å oppnå målene og denne visjonen.
4. Man må bruke enhver mulighet til å kommunisere visjonen og målene ut til de ansatte. Kotter mener at underkommunikasjon er en vanlig feil, og at det ikke kan gis for mye informasjon.
5. Man må fjerne hindringer som står i veien for endring, og starte endringene i systemet vi jobber, samt i strukturen. Sikre nødvendig involvering og deltagelse fra ansattgruppen og gi opplæring.
6. Identifiser kortsiktige mål og anerkjenn ansatte underveis i prosessen. Målene man oppnår, bør ha en direkte tilknytning til endringen, og de bør komme raskt slik at de ansatte ser at endringen er verdt det og ikke gir opp.
7. Fokuser på hva som gjenstår og ikke ta seieren på forskudd. Det kan ta lang tid før man kan si at en endring er en suksess, at den nye arbeidsmåten har satt seg og det er



fare for å falle tilbake i gammel vane. Man kan i denne fasen fornye prosessen med nye prosjekter.

8. Endringene som er gjort, må forankres i organisasjonskulturen. Endringene må bli en standard for hvordan ting gjøres på den aktuelle arbeidsplassen.

I følge Kotter blir endringer ofte oppfattet som en forstyrrelse av «status quo» og oppleves som en trussel mot folks måte å utføre oppgavene sine på (Kotter og Schlesinger 2008). Det er derfor viktig at ledere er klar over dette, og aktivt bruker kunnskap om endringsledelse og for eksempel Kotters åttetrinnsmodell når de skal i gang med endringsprosesser. I tillegg mener Cialdini at vi ovenfor de ansatte bør fokusere på potensielle tap man får ved å ikke innføre endringen, istedenfor å for eksempel ha fokus på gevinstene (Cialdini, 2021). Når man som leder skal informere om innføring av digital hjemmeoppfølging, bør man fokusere på gevinster av å følge opp pasientene digitalt, og hva vi eventuelt mister ved å ikke gi pasienten denne muligheten. Det vil være mange gevinster ved å ha muligheten til å ha kort kommunikasjonsvei mellom pasient og sykehus, samt at man kun trenger å ha fysisk kontakt inne på sykehuset med de pasientene som har behov for det.

Det finnes studier der forskere har sett på digital hjemmeoppfølging knyttet opp mot sykepleiere, for å se på bruk og utfordringer knyttet til dette. En studie basert på sykepleiernes ferdigheter med digitale helsetjenester, viser at negative holdninger blant sykepleierne når det gjelder innføring av digital oppfølging av pasienter, ofte kan knyttes til mangelfull opplæring og lite erfaring med å bruke slike digitale tjenester. I tillegg viser funn at er behov for at sykepleierne må involveres i system- og applikasjonsutviklingen, da en del negativitet ble knyttet til brukervennlighetsproblemer (Koivunen og Saranto, 2017). Når vi skal innføre digital oppfølging av pasienter, må sykepleierne som skal utføre dette, bli involvert i arbeidet, og ikke minst motivert for å ta dette i bruk. Videre skal vi se på motivasjon og motivasjonsteori, samt motstand mot endringer på arbeidsplassen.

### 3.3 Motivasjonsteori

Psykolog og forsker Frederick Herzberg er kjent for sin motivasjonsteori. Han forklarer motivasjon med at man har et *ønske* om å gjøre noe, *uten* stimulering utenfra (Herzberg, 2003).

Forskning har identifisert tre typer drivkrefter som får mennesker til å yte noe ekstra, hjelpe andre mennesker og til å bidra med at jobben blir utført. Ytre motivasjon, indre motivasjon og altruistisk motivasjon. Ytre motivasjon omhandler utsiktene til å få en belønning eller oppnå et mål som ligger utenfor selve arbeidsoppgaven. Indre motivasjon er å lykkes med en arbeidsoppgave og å utføre et arbeid, noe som igjen gir gode opplevelser, glede, mening og trivsel. Altruistisk motivasjon går på et ønske om å gjøre noe godt for andre (Jacobsen og Thorsvik 2021). Herzberg var spesielt opptatt av indre motivasjon, og pekte på motivasjonsfaktorer og hygiene faktorer som årsaker til tilfredshet eller mangel på dette i arbeidslivet. Forhold som fremmet tilfredshet i arbeidslivet og som ville motivere de ansatte til å yte mer, kalte han motivasjonsfaktorer. Faktorer som dreide seg om arbeidsmiljøet og som man relaterer til mistrivsel, kalte han hygiene faktorer. Jacobsen og Thorsvik gir følgende eksempler på de ulike faktorene:

*Motivasjonsfaktorer*; Utfordrende, varierte og interessante arbeidsoppgaver. Kontroll over egen arbeidssituasjon og ansvar, og mulighet for vekst og forfremmelse.

*Hygiene faktorer*; Lønn og status, fysiske arbeidsforhold, mellommenneskelige forhold mellom over- og underordnede, personalpolitikk og administrative systemer (Jacobsen og Thorsvik 2021). Herzberg mener at disse ikke henger sammen, og må sees på separat. Han mener at det blir feil å si at det motsatte av å trives på jobben, er å ikke trives, og motsatt. Normalt vil man si at det motsatte av trivsel er mistrivsel, men ikke i når det gjelder folks jobbadferd ifølge Herzberg (Herzberg 2003). Altså, motivasjonsfaktorer skaper ikke mistrivsel hvis de ikke er tilstede, men trivsel hvis de er tilstede. Herzberg påpeker at hvis du ønsker å få de ansatte til å trives på jobb, må du fokusere på motivasjonsfaktorene fremfor hygiene faktorene, og peker på at en undersøkelse viste at 81% av faktorene som bidro til tilfredshet på jobb var motivasjonsfaktorer (Herzberg, 2003).

Herzberg mener at motivasjonsfaktorene har en mye mer langsiktig effekt på de ansattes holdninger på jobb, i motsetning til hygienefaktorene. Han påpeker imidlertid at motivasjonsfaktorene berikes av og til, men ikke like ofte som hygienefaktorene. Han mener at disse faktorene, samt læren om motivasjon er vesentlig for å drive god personalledelse (Herzberg, 2003). Hygienefaktorer kan skape manglende tilfredshet i jobben hvis de ikke er tilstede, men ikke nødvendigvis trivsel ved tilstedeværelse. Man vil ikke kunne motivere arbeidstakeren ved å bedre hygienefaktorene, men man fjerner kilder til misnøye. Et enkelt eksempel på det er toalettpapir på personaltoalettet. Du tenker ikke så mye over at det finnes der, men det skaper stor misnøye hvis det plutselig ikke er tilstede.

### 3.4 Motstand mot endring på arbeidsplassen

Jacobsen hevder at hvor positiv eller negativ en ansatt er til en endring, altså oppslutningen om endringen, avhenger av særlig tre faktorer. Den første faktoren baserer seg på hvor vidt den ansatte har mulighet til å få seg en ny jobb utenfor organisasjonen eller ikke. Jacobsen mener at jo større mulighet den ansatte har til å få seg ny jobb, jo mer kritisk kan vedkommende være til endringen. Den andre faktoren er hvor vidt den ansatte føler at den skylder arbeidsplassen å være positiv fordi organisasjonen har strukket seg langt for den ansatte på et tidligere tidspunkt. Dette kan for eksempel være ved tidligere sykdom, tilrettelegging på arbeidsplassen eller permisjon, noe som kan gi den ansatte en pliktfølelse til å gjengjelde dette. Den tredje faktoren er at den ansatte er begeistret for endringen og har tro på at dette er en nødvendig og god løsning som vil løse eventuelle problemer man har (Jacobsen 2022). Videre skal vi se på ulike nivåer av motstand, mulige årsaker til dette, samt hvordan motstand kan sees på som noe positivt.

#### 3.4.1 Ulike nivåer på motstand

I følge Jacobsen finnes det fire nivåer av motstand mot endring, og de motstanden varierer i intensitet. *Nivå 1* beskrives som en mild form for motstand og er ofte den vanligste formen for motstand når det kommer til forandringer i organisasjoner. De ansatte preges av likegyldighet, manglende interesse og har en slags avventende holdning.

På *nivå to* blir motstanden mer synlig og de ansatte stiller kritiske spørsmål til endringens nytte, har en negativ innstilling og kan komme med verbale trusler om å slutte.

Hvis de ansatte er på *nivå tre* i motstand mot endring, vil man se at de har sterke kritiske

ytringer, de tviler på sin videre deltagelse i prosessen videre, og de boikotter og protesterer fredelig.

Kommer de ansatte til *nivå fire* vil man se en aktiv aggressiv motstand preget av streik og voldsomme aksjoner. De ansatte nekter på dette nivået å iverksette endringstiltak og forsøker å aktivisere eksterne parter til å motsette seg endring, slik som politikere og media. Det spres også negative rykter og historier i håp om å undergrave argumentene organisasjonen har for endring (Jacobsen 2022).

### 3.4.2 Ulike årsaker til motstand

Grunnelementer i alle organisasjoner er mennesker. Det er derfor veldig viktig å forstå hvordan endringer påvirker menneskene i organisasjonen, for å kunne forstå hvorfor motstand kan oppstå (Jacobsen 2022). Det er ikke bare uvitenhet og manglende fleksibilitet hos de ansatte som kan gi motstand. Motstand kan derimot skyldes en naturlig reaksjon fordi de ansatte ønsker å beskytte seg selv og sine interesser, i tillegg til å ha innflytelse på sin egen arbeidssituasjon (Martinsen, 2022). Jacobsen (2022) har laget en liste med de viktigste årsakene til motstand, og disse går jeg igjennom her:

1. De ansatte kan være faglig uenig i endringen og ser for eksempel ikke meningen i å bytte ut et datasystem de opplever fungerer, eller uenighet om endringen det er bestemt skal gjennomføres, er den rette for akkurat den utfordringen man har.
2. De ansatte kan vise motstand fordi de frykter det ukjente og nye. Det kan være frykt for om de vil mestre de nye arbeidsmetodene eller oppgavene, frykt for å ikke strekke til, og til og med frykt for å miste jobben. Hvis man ikke får klart svar på slike spørsmål rundt endringen, fordi det kan være vanskelig for lederen å svare på, kan det resultere i psykologisk stress. Dette kan forklare hvorfor mange ønsker å beholde dagens måte å gjøre ting på, for å unngå ubehagelige situasjoner og stress.
3. Endringer i organisasjonen som kan påvirke de ansattes mulighet for avansement eller goder, kan bli en grunn til at de ansatte gjør motstand.
4. Arbeidsoppgaver man utfører og mestrer blir en del av den ansattes identitet, og en bekreftelse overfor seg selv og andre på at man er verdifull for organisasjonen. Den ansatte kan føle at endring kan føre til at man taper noe av denne identiteten, og kan derfor føre til at vedkommende gjør motstand mot endringen.

5. Endring i seg selv krever ekstra innsats fra de ansatte ved at man skal fase ut gamle prosedyrer og arbeidsoppgaver, og nye skal inn, noe som i seg selv kan føre til motstand.
6. Endringer som fører til omorganisering slik at ansatte for eksempel splittes, enheter slås sammen eller ansatte fysisk flyttes, kan føre til tap av sosiale relasjoner, som igjen kan skape stor motstand.
7. På arbeidsplasser utvikles psykologiske kontrakter. Dette er uformelle og uskrevne avtaler mellom organisasjonen og ansatte, og omhandler forventninger om utførelse av ulike arbeidsoppgaver, forholdet den ansatte har til kollegaer og leder, hvilke handlingsrom man har i sin stilling og lignende. Ved endringer som innebærer at man får nye kollegaer, vil man måtte utarbeide nye psykologiske kontrakter, noe som er ressurskrevende og tar tid. Dette kan derfor være en grunn til motstand fra ansatte.
8. Ved endringer i en organisasjon, kan maktfordeling innad i en organisasjon påvirkes betydelig. Dette kan gjelde både formell og uformell makt, altså både makt som er knyttet til stilling og som er knyttet til for eksempel arbeidsoppgaver. Ved å frata ansatte makt slik at de for eksempel mister sitt handlingsrom og dermed frihet, kan dette gi motstand mot endringen.
9. I organisasjoner finnes det en symbolsk orden. Symboler kan være for eksempel hvordan man går kledd på arbeidsplassen, hvor stort kontor du har og hvor det fysisk er plassert, for å nevne noe. Den symbolske ordenen på arbeidsplassen er på mange måter knyttet til den ansattes status i organisasjonen. Ved endringer kan denne statusen bli truet, noe som kan gi motstand.
10. Endringer i organisasjoner med tette bånd til omgivelsene, kan by på motstand hvis det får konsekvenser for samfunnet. Dette gjelder for eksempel ved nedleggelse av arbeidsplasser som gjør at folk må flytte og lignende.

Det finnes en del teori og meninger på hvorfor motstand oppstår, og Martinsen peker på litt andre årsaker enn Jacobsen til at endringer møter motstand. De ansattes manglende tillit til personene som foreslo endringene, og manglende tro på nødvendigheten av å endre på noe de ansatte ser på som vellykket, mener Martinsen er potensielle faktorer som påvirker motstand. I tillegg mener han at endringer de ansatte ser på som lite gjennomførbare, eller en frykt for at man ikke mestrer de nye arbeidsoppgavene sine, kan føre til motstand. Mangler den ansatte selvtillit, og arbeidsgiver vil innføre noe nytt en tror man ikke vil mestre, vil en nøle med å

erstatte de kjente rutinene en vet at man behersker. Martinsen mener at man da lettere kan få aksept for å innføre den nye arbeidsmåten, ved å tilby den ansatte nødvendig opplæring. I tillegg mener Martinsen at ansatte som får muligheten til å påvirke måten ting skjer på, og som erkjenner nødvendigheten av endringen, vil yte mindre motstand. I likhet med Jacobsen, mener Martinsen at faktorer som at de ansatte taper inntekt eller goder de allerede har i jobben, vil være med på å øke motstanden. Ansatte kan også føle seg truet av teknologiske forbedringer som kan erstatte dem eller en del av jobben de utfører (Martinsen, 2022). Ansatte kan også bli lite samarbeidsvillige og påvirke innføringen av digital hjemmeoppfølging negativt, hvis de ikke har vært involvert fra starten av prosjektet. Ved å identifisere alle interessenter allerede før planleggingsfasen, vil man få mulighet til å involvere alle, slik at ansatte som skal ha noen med prosjektet å gjøre ikke påvirker innføringen på en negativ måte og ikke vil samarbeide når prosjektet er i gang (Cannavacciuolo m.fl, 2023).

### 3.4.3 Den positive motstanden

Jacobsen poengterer at man i mange tilfeller bør se på motstand som noe positivt. Det er umulig å si om beslutningen om en endring er god eller dårlig før etter at endringen er iverksatt, fordi det er først da konsekvensene blir klare. Ved å høre på motstanden fra de ansatte, de kritiske spørsmålene og negative holdningene som måtte dukke opp, vil man kunne debattere hva som er utfordringene i organisasjonen, og hva som eventuelt er gode eller dårlige løsninger for å løse problemet. Det er viktig at de ansatte får delta i denne debatten *før* endringen vedtas i for eksempel en ledergruppe. På denne måten inviterer ledelsen til en åpen og kritisk debatt, og de ansatte ser at alle sider av saken er diskutert og ulike konsekvenser er vurdert. Hvis man derimot *ikke* møter motstand i en endringsprosess, vil man kanskje tenke at alle er enige i at dette er en god idé. På en annen side kan dette skremmende nok tyde på en likegyldighet hos de ansatte, der ingen bryr seg og er uinteressert i om endringsprosessen ender bra eller dårlig (Jacobsen 2022).

## 4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg vise hvordan metodisk tilnærming jeg har valgt for å utføre denne studien og begrunne hvorfor. Videre vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har utført datainnsamlingen og analysen av dataene, samt søkehistorikk.

### 4.1 Kvalitativ metode

For å utforske menneskelige egenskaper som erfaring, holdninger, opplevelser, tanker og forventninger, egner kvalitative metoder seg godt. Det er fordi vi kan spørre etter meninger og betydninger, samt få nyanser av adferd som kan gi oss en forståelse av hvorfor mennesker gjør slik som de gjør (Malterud 2018). Bakgrunnen for at jeg valgte kvalitativ metode var for å få detaljert kunnskap om erfaringene sykepleiere har gjort seg om innføringen av digital hjemmeoppfølging, spesielt med tanke på lederens rolle og de ansattes motivasjon for endring. Jeg var ute etter å få subjektive erfaringer fra informantene om hvordan de mener man best kan lykkes med endringsarbeid i sykehus, og fant derfor ut at denne metoden var det beste valget.

Jeg valgte å bruke individuelle intervjuer i stedet for fokusgruppeintervjuer fordi jeg skulle intervjuer en relativt liten andel sykepleiere og jeg ønsket å gå i dybden med hver enkelt informant. Intervjuene ble gjort i et uforstyrret rom på sykehuset der sykepleierne jobbet, og vi hadde en relativt god tidsramme. Tjora påpeker at sted for intervju, et rom der man ikke forstyrres, har betydning for informantens trygghet når man skal reflektere over personlige forhold og meninger (Tjora, 2021). Tjora mener videre at vi gjennom semistrukturerte intervjuer (dybdeintervjuer) kan få informantene til å beskrive hvordan de forstår sin verden og hvordan ting er, i interaksjon med andre. Det man ønsker å oppnå, er at informanten kommer med egne meninger og erfaringer knyttet til det aktuelle temaet (Tjora, 2021). Jeg ville få fram sykepleiernes meninger, motivasjoner og sin forståelse av innføringen av digital hjemmeoppfølging, noe jeg følte kom godt fram ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer en til en.

## 4.2 Søkehistorikk

I min søken etter forskning i denne studien, startet jeg med å identifisere følgende søkeord:

| Digital hjemmeoppfølging  | Endringer  | Ansatte i spesialisthelsetjenesten    |
|---|--|---------------------------------------|
| Digital health technology<br>Telehealth<br>Telemedicine<br>Home-based monitoring<br>Remote monitoring<br>Wearable monitoring device<br>Wearable digital device<br>Monitoring<br>Mobile applications OR<br>Remote patient monitoring | Changes<br>Motivation<br>Implementation<br>Barriers<br>Involvement | Health care worker<br>Doctor<br>Nurse |

Søkemotorer jeg benyttet var PubMed, Ovid Medline og Cinahl. Søkeresultatene var oppe i sekssifret antall artikler, men i hver søkemotor fikk jeg antallet ned til rundt 300 artikler ved bruk av ulike kombinasjoner av søkeord, som var av interesse. Jeg søkte konsekvent etter nyere forskning, ikke eldre enn fra 2018. Deretter lette jeg etter forskning som var spisset mot akkurat det jeg ønsket å finne ut mer om, og konsentrerte meg spesielt om en grundig og relevant review basert på 48 studier, samt noe annen relevant forskning jeg fant.

Under kan man se de ulike søkeordene som er benyttet for å søke etter forskning til de ulike forskningsspørsmålene:

### 1. Hvordan påvirker overgangen til digital oppfølging de ansattes arbeidshverdag?

| P   | I   | C                                      | O   |
|---|---|--|---|
| Ansatte i sykehus   | Overgang til digital hjemmeoppfølging   | Oppfølging på sykehus                  | Arbeidshverdag<br>Stress<br>Arbeidsoppgaver |
| Health care worker<br>Doctor<br>Nurse<br>Specialized health service | Remote patient monitoring<br>Digital health technology<br>Telehealth<br>Telemedicine<br>Home-based monitoring | Hospital visits<br>Hospital based Care | Workday<br>Tasks<br>Stress levels           |



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | Remote monitoring<br>Wearable monitoring device<br>Wearble digital device<br>Monitoring<br>Mobile applications<br>Digital technology<br>Ehealth |  |  |
|--|---|--|--|

**2. Hva mener ansatte i spesialisthelsetjenesten er motiverende og engasjerende faktorer for å starte med digital hjemmeoppfølging?**

| Ansatte i spesialisthelsetjenesten  | Motiverende faktorer  | Digital hjemmeoppfølging   |
|---|-----------------------|--|
| Health care worker<br>Doctor<br>Nurse<br>Health workers<br>Specialized health service | Motivation<br>Factors | Specialized health service<br>Digital health technology<br>Telehealth<br>Telemedicine<br>Home-based monitoring<br>Remote monitoring<br>Wearable monitoring device<br>Wearble digital device<br>Monitoring<br>Mobile applications<br>Digital technology |

**3. På hvilken måte mener de ansatte at ledere kan sikre god medvirkning og involvering i endringsprosesser?**

| Ansatte i spesialisthelsetjenesten                 | Ledere                            | Medvirkning                              | Endringsprosesser  |
|--|-----------------------------------|--|--|
| Health care worker<br>Doctor<br>Nurse<br>Employees | Leaders<br>Boss<br>Administration | Involvement<br>Motivation<br>Empowerment | Changes<br>Transformations<br>Implementing<br>Policy<br>Strategy |

### 4.3 Studiedesign

Denne studien har et eksplorerende design. Dette er et design som er vanlig å bruke innen kvalitative forskningsprosjekter, og er med på å gi oss økt innsikt og forståelse når vi skal utforske et fenomen. Dette designet betyr at man gjennom erfaringer man gjør seg underveis i

studien, kan gjøre det nødvendig å endre litt retning i prosjektet (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009)). Altså, designet er en plan for å nå målet med studien, som her er svar på problemstillingen. Det var for min del nødvendig å endre litt retning underveis i intervjuene, når informanten kom med opplysninger som var verdt å følge videre, til tross for at dette ikke samsvarte med intervjuguiden. Dette igjen resulterte i at ny teori ble lest og ny forskning ble gjennomgått.

#### 4.4 Datainnsamling

Prosessen ble startet med å identifisere tre ulike avdelinger i to ulike divisjoner på et sykehus sentralt på østlandsområdet som nylig har innført digital hjemmeoppfølging ved bruk av verktøyet Dignio. Til dette var en spesialrådgiver i e-helse på det aktuelle sykehuset behjelpelig med å identifisere en nøkkelperson på hver av disse avdelingene, som hadde vært svært involvert i innføringen av digital hjemmeoppfølging. Jeg henvendte meg til disse tre personene på e-post, og de hjalp meg videre på litt forskjellige måter. I den ene avdelingen var det kun tre sykepleiere som var aktuelle for intervju i det aktuelle tidsrommet. Jeg fikk da kontaktinformasjon til disse, og henvendte meg direkte på e-post. På en annen avdeling sendte leder ut spørsmål til sykepleierne om hvem som ønsket og delta, og jeg fikk kontaktinformasjon til tre stykker som villig stilte opp som informanter. På den siste avdelingen fikk jeg en liste med sykepleiere som kunne spørres om de ønsket å delta. Jeg kontaktet da de to øverste på listen for å gjøre et tilfeldig utvalg, og de svarte positivt til å stille opp, til tross for at det var et krav fra lederen på denne avdelingen at dette måtte foregå utenom arbeidstid. Når listen med informanter var klar, sendte jeg ut en e-post der vi avtalte tid og sted for intervjuene. Der var prosjektbeskrivelse og samtykkeskjema vedlagt.

Til sammen intervjuet jeg 8 sykepleiere, 6 sykepleiere høsten 2022 og 2 våren 2023 fra tre ulike avdelinger og i to ulike divisjoner med god kjennskap til innføringsprosessen i sin avdeling. Alderen på informantene varierte fra 29-62 år. Det var tilstrekkelig antall informanter for å oppnå datametning før alle intervjuene var gjennomført, men det alle intervjuene ble allikevel gjennomført. Datametning vil si at man ikke får inn nye momenter ved å innhente informasjon fra nye informanter (Tjora, 2021). Det ble vurdert om 8 informanter var nok i denne studien, og det ble vurdert at dette var tilstrekkelig utfra oppnåelse av datametning og begrenset med tid.

I forkant av intervjuene, utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide i samråd med min veileder. Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt og individuelt. Alle intervjuer ble gjort på et rom på det sykehuset der informantene jobber, der vi kunne sitte uforstyrret. Alle intervjuer startet på samme måte ut fra intervjuguiden, men de fleste av intervjuene bar preg av at informanten besvarte mange av de neste spørsmålene naturlig underveis i samtalen. Det var avsatt en time til hvert intervju, men de fleste av intervjuene ble avsluttet naturlig før tiden var brukt opp. Det ble gjort lydopptak på mobil som ble umiddelbart overført til passordbeskyttet PC etter intervjuet. Lydfilen ble i etterkant av intervjuet transkribert i sin helhet. Lydfilene ble slettet ved prosjektets slutt. Det ble ikke gjort feltnotater underveis i intervjuene for å fokusere fullt på informanten som snakket.

## 4.5 Analyse

Jeg valgte å ha en induktiv analyse, der jeg jobbet med de empiriske dataene fra informantene, belyste forskningsspørsmålene og trakk slutninger fra det enkeltstående til det mer allmenne, slik ofte kvalitative forskningsmetoder er bygget på (Malterud 2018).

Jeg valgte å analysere dataene ved bruk av systematisk tekstkondensering. Dette er en metode og analyse som skal gi oss kunnskap om informantenes spesifikke erfaringer.

Malterud (2018) deler analysen inn i fire trinn:

- Å danne seg et helhetsinntrykk
- Identifisering av meningsdannende enheter - koder
- Å gå fra koder til abstrahert meningsinnhold
- Fra kondensering til resultater og beskrivelser

Denne prosessen har vært tidkrevende og omfattende, og for å styrke oppgavens validitet, vil jeg nå gjennomgå hvordan jeg har kommet fram til funnene ved bruk av systematisk tekstkondensering.

### 4.5.1 Trinn 1 - Helhetsinntrykket av materialet – fugleperspektiv

Første trinn er å sette seg godt inn i materialet og å danne seg et helhetsinntrykk. Vi må huske

på problemstillingen, men legger til side det vi på forhånd tror er erfaringene til informantene. Deretter identifiserer vi noen foreløpige temaer vi finner i teksten (Malterud 2018). I denne fasen gikk jeg igjennom og leste nøye de transkriberte intervjuene, og noterte meg underveis temaer som fanget vår oppmerksomhet innledningsvis. Dette ble totalt 22 stykker.

#### 4.5.2 Trinn 2 – Fra foreløpige temaer til identifisering av koder

I denne fasen skal man identifisere meningsbærende enheter, altså identifisere hvilke deler av teksten som er relevant for problemstillingen og ikke. Dette skjer ved å gjennomgå materialet linje for linje, og trekke ut tekst som gir kunnskap om temaene fra trinn 1 (Malterud 2018). Jeg laget et skjema organisert etter tema. Deretter la jeg inn tekst fra intervjuene under temaet det omhandlet. Når det var gjort gikk jeg omstendelig igjennom temaer og tekst for å se om noen av temaene omhandlet det samme, noe de gjorde. Jeg så også på om det var temaer som ikke var relevante for problemstillingen, og la disse til side. I denne prosessen ble 22 foreløpige temaer redusert til 4 koder.

#### 4.5.3 Trinn 3 – Fra koder til abstrahert meningsinnhold

I denne fasen beskriver Malterud (2018) at man abstraherer informasjonen fra trinn 2, ved å hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene man kodet sammen. Man må vurdere om hva som hører hjemme under de ulike kodene, og om noe som jeg mente var betydningsfullt i trinn 2, nå ikke regnes som verdifullt for problemstillingen allikevel. I tillegg skal man identifisere noen få subgrupper under kodene. Målet er å få akkurat nok antall kodegrupper til å få noen tydelige hovedfunn, og ikke for mange da det kan bli vanskelig å identifisere funnene på en presis måte (Malterud 2018).

Jeg hentet deretter ut meningen i de kodene jeg etablerte i trinn 2, og kondenserte disse. Her oppdaget jeg at noen av kodegruppene hadde relativt mange meningsbærende enheter sammenlignet med de andre, og valgte derfor å dele opp den ene koden. Det ble også identifisert en kode med få meningsbærende enheter, som så ble plassert med en kode jeg nå så at hadde samme meningsinnhold. Jeg identifiserte også 6 subgrupper i denne fasen. Jeg gikk så igjennom alle koder og materialet for å se om kodene kunne settes sammen på en annen måte. Det ble gjort noen endringer i koder, men det gjensto fremdeles fire hovedkoder når trinn 3 var fullført.

Når dette var gjort var det tid for å lage det Malterud kaller kondensater. Et kondensat er et kunstig sitat som skal ta med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene vi har identifisert, og oversette det i mer generell form. Kondensatet er et arbeidsnotat som danner grunnlaget for presentasjonen av resultatene vi kommer med i analysens fjerde og siste trinn (Malterud 2018). I denne fasen gikk jeg igjen igjennom de meningsbærende enhetene og bedømte om de fremdeles passet inn, om de skulle flyttes til en annen subgruppe, eller om det skulle utgå fordi det ikke lenger er relevant for problemstillingen.

#### 4.5.4 Trinn 4 – Sette sammen bitene til beskrivelser og resultater

I analysens siste fase sammenfatter man funnene man har fått i analysens tre første faser. Her skal man formidle informantenes stemme på en lojal måte, ved å bygge sammen kunnskapen vi har fått fra de ulike kodegruppene og subgruppene, slik at hver gruppe får sin analytiske tekst. Det er nå man skal vise hva man har gjort av funn og hvilke resultater man har hentet fram (Malterud 2018). Resultatet av dette arbeidet ble til sammen kapittel 5 *resultater og funn*.

#### 4.6 Refleksjon over studiens reliabilitet og validitet

Å *validere* en studie vil si å stille spørsmål om kunnskapen studien har gitt oss er *gyldig*. Har jeg benyttet meg av rett metode i søken på kunnskap om min problemstilling? Og gir våre resultater gyldig kunnskap om vår problemstilling? (Malterud 2018). Og er denne studien pålitelig? Reliabiliteten sier noe om studiens troverdighet og om metoden som er valgt undersøker og gir svar på det som var til hensikt å undersøke. I tillegg til dette, sier påliteligheten oss noe om måten dataene er samlet inn på, bearbeidet og tolket på en nøyaktig måte (Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2011).

Det som er gjort for å øke *reliabiliteten* (påliteligheten) i denne studien er at utvalget av informanter er gjort så tilfeldig som mulig ut fra de mulighetene jeg ble gitt. I tillegg så er alle intervjuene utført på samme sted i samme rom, med unntak av ett på grunn av begrenset romkapasitet i det aktuelle tidsrommet. Samtlige intervjuer ble startet på samme måte, og det var satt av lik tid til alle intervjuer. Jeg som intervjuer hadde hverken kjennskap til sykepleierne som skulle stille som informanter, eller til informantenes ledere på forhånd.

Jeg mener at valg av metode har gitt meg svar på det studien søkte svar på, og at informantene har gitt meg kunnskapen jeg var ute etter. Det er spesielt spennende at hovedtrekkene i de fleste intervjuene var like og at informantene delte mange av de samme erfaringene og opplevelsen av innføring av digital hjemmeoppfølging. I tillegg kan jeg finne igjen mye av det de påpeker, i litteraturen. Dette mener jeg styrker oppgavens reliabilitet og validitet.

#### 4.6.1 Styrker og svakheter ved prosjektet/metoden

I denne studien har jeg kun undersøkt informantenes opplevelse av endringsledelsen etter prosjektets slutt, når det var blitt implementert, og ikke underveis i prosessen. Om dette kan ha påvirket informantene på noen måte, er vanskelig å si. Man kan stille spørsmålsteget ved om informantene kan ha glemt vesentlig informasjon fra en tidlig fase av prosjektet for å nevne noe. Videre er jeg som intervjuer lite erfaren med slike informantintervjuer, noe som kan sees på som en svakhet. Tiltak som ble gjort for å styrke dette, var at jeg leste om ulike intervjuteknikker på forhånd, slik at jeg følte meg godt forberedt i forkant for å utføre intervjuene på en så god måte som mulig. Det kan også tenkes at det kunne vært interessant å intervjuer både ansatte og ledere, for å se på både likheter og ulikheter i oppfattelsen av hvordan innføringen av digital hjemmeoppfølging gikk.

#### 4.6.2 Refleksivitet

Refleksivitet er at personlige interesser og kunnskap kan forme evnen og viljen til å undersøke sitt eget forskningsarbeid (Tjora 2021). Jeg er selv leder på samme nivå som lederne som har innført digital hjemmeoppfølging på avdelingene der informantene jobber. Det kan være mulig dette hadde en betydning når jeg tolket intervjuene, men det er usikkert. Informantene fikk vite på forhånd at jeg var leder på en avdeling som var i oppstartsfasen av innføring av digital hjemmeoppfølging. Om dette kan ha påvirket informantene vet jeg ikke, selv om jeg ikke har inntrykk av at det gjorde det. Man kan stille seg spørrende til å informantene følte de måtte takke ja til å stille opp til intervju fordi forespørselen kom fra en leder, men oppfattelsen min er at de gjerne ønsket å stille opp og gjerne ønsket å dele sine erfaringer i denne studien. Det er et bevisst valg i ikke intervjuer sykepleiere i egen divisjon eller avdeling, da det ville blitt intervjuer preget av at jeg var lederen til informanten.

## 4.7 Etiske refleksjoner

Før jeg startet min studie, søkte vi om godkjenning hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), se vedlegg. Jeg har gjennom hele prosessen vært påpasselig med å følge Helsinkideklarasjonen. Dette er etiske retningslinjer innen forskningsetikk som skal ivareta sårbare grupper og hindre etiske overtramp, og ble utformet av Verdens legeforening i 1964 (Førde, 2014). Jeg har i tillegg til å følge Helsinkideklarasjonen, vært påpasselige med at Helseforskningsloven har blitt fulgt gjennom hele prosessen. Dette innebærer blant annet påpasselighet med tanke på oppbevaring av lydfiler og annet konfidensielt materiale, innhenting av informert samtykke av informantene i forkant av intervjuene, samt informasjon om at de når som helst kunne trekke dette tilbake. Informantene er lovet full anonymitet, og vi vil ikke bruke materiale som kan gjenkjenne informanten. Lederne på de aktuelle avdelingene der vi ønsket å intervju sykepleiere, fikk informasjon om studien tilsendt på e-post, før informantene ble spurt om deltagelse. Denne studien hadde ikke til hensikt å innhente ny kunnskap om helse eller sykdom, så det ble derfor ikke nødvendig å innhente godkjenning fra Regional Etisk Komité (REK).

Studien er registrert i NSD nr. 870532 og godkjent av personvernombudet på det aktuelle sykehuset.

## 5.0 Resultater og funn

*«Mye av grunnen til at dette har gått bra, er fordi hen har vært en veldig tydelig og engasjert leder selv egentlig. Med to streker under svaret!» (Informant).*

I dette kapittelet vil funnene som utpekte seg i analysen i forrige kapittel bli presentert. Analysen gav meg fire hovedtemaer, som skal søke å besvare forskningsspørsmålene mine. Disse funnene vil bli drøftet opp mot teori og forskning i neste kapittel. Jeg har tatt med noen beskrivende sitater som begrunner funnene mine. Disse er ikke omskrevet, men fremstilt slik de er uttalt. For å tydeliggjøre hva som er sitater, står disse i kursiv skrift.

Det var spesielt fire temaer som utpekte seg i mitt forskningsmateriale, og jeg har derfor valgt å dele inn resultatkapittelet etter disse, for en mest mulig oversiktlig fremstilling:

- Tid
- Motivasjon og engasjement
- Involvering, medvirkning og opplæring
- Motstand

Funnene i denne studien gir et klart innblikk i hva som er viktig for sykepleiere når de skal starte med digital hjemmeoppfølging av sine pasienter. Videre vil du kunne se resultatene fra min studie.

### 5.1 Gi oss tid!

Det første jeg vil trekke fram i min studie, er viktigheten av at det ble avsatt tid når man starter med noe nytt. Sykepleierne påpekte et behov for å bli kjent med digital hjemmeoppfølging, både i forkant av oppstart, men også etter at de hadde startet med inkludering av pasienter. Sykepleierne opplevde at det var stor takhøyde for at man jobbet litt tregere i starten for å få det implementert i de daglige rutineene i arbeidshverdagen.



*«...vi må legge inn ekstra innsats nå i begynnelsen til vi blir kjent i løsningen, mens etter hvert så vil det skli mer naturlig og det gjorde det jo etter hvert så...»*

Sykepleierne mente at man som ansatt lærer seg nye systemer i ulikt tempo, og at lederen stort sett tok høyde for dette. Det ble sagt at det var avsatt tid til planleggingsmøter og oppfølgingsmøter, slik at de som skulle delta på disse møtene, hverken måtte bruke lunsjpausen eller fritid på dette. Det fremkom i flere av intervjuene at sykepleierne mente at investering av tid i oppstarten, var avgjørende for at implementeringen var vellykket i deres avdeling. Her forklarer en sykepleier sin oppfatning av nettopp dette:

*«okei, vi legger ned innsatsen nå, og så vil man få igjen for det i andre enden. Sånn at man får det godt i gang i starten at det ikke blir sånn halvveis hele veien for det tenker jeg at vil ta lenger tid...»*

Det ble også nevnt flere ganger at sykepleierne ikke hadde inntrykk av at deres avsatte tid til å bli kjent med digital hjemmeoppfølging og tidsbruken på dette, gikk på bekostning av andre viktige arbeidsoppgaver, noe de var veldig fornøyd med og som gav motivasjon for å fortsette.

Ved gjennomgang av mitt materiale, ser jeg også at utnevning av ressurspersoner, såkalte superbrukere, i startfasen av innføringen av digital hjemmeoppfølging, hadde påvirkning på flere av sykepleiernes oppfatning av tidsbruk. En superbruker blir her brukt om en sykepleier som fikk ekstra opplæring i forkant av oppstart med digital hjemmeoppfølging, og som ble sett på som en sykepleier som kunne systemet ekstra godt fra starten av. Flere fortalte om at superbrukerne ofte avlastet de ansatte med arbeidsoppgaver som omhandlet digital hjemmeoppfølging, noe som frigjorde en del tid i oppstartfasen. Dette var fordi superbrukerne hadde mer inngående kunnskap om løsningen og hadde mer trening i systemet. Superbrukeren tok derfor heller på seg oppgaven eller utfordringen, slik at sykepleieren slapp å bruke verdifull pasienttid på å bli vist hvordan det skulle gjøres. Det ble påpekt at denne løsningen var både positiv og negativ. Dette kommer vi tilbake til senere i kapittelet. Det ble kommentert fra noen av sykepleierne at lederne ofte hadde så mye annet å gjøre, at superbrukere ble spesielt viktige fordi de hadde avsatt tid og kunne avlaste og veilede

sykepleierne i stedet for at lederen skulle gjøre det, noe som de mente var avgjørende for en smidig og tidsbesparende implementering. En sykepleier sa det på denne måten:

*«Ressurspersoner utenom som på en måte er frigjort fra sin stilling for å drive kun med det prosjektet, det tror jeg er helt avgjørende.»*

Flere av sykepleierne trakk frem at lederen bør se an når man starter med nye prosjekter. Det ble påpekt at man burde vente med oppstart av noe nytt til man faktisk har tid og ressurser til å gjennomføre det på en god måte, slik blant annet to sykepleiere sier det her:

*«...At man som leder og ser litt på når man tar det i bruk. At det skal passe inn, at man faktisk har tid til det. For vi hadde ikke noe ekstra ressurser... de pengene finnes ikke i helsevesenet. Så det er litt sånn frustrasjon fra min side, at vi ikke har noe å gå på...»*

*«Ingen som synes dette var en dårlig ide, men spent på hvor mye tid det skulle ta da. I forhold til den knappe tiden man allerede har.»*

En annen ting som ble trukket fram i intervjuene var frykten for at digital hjemmeoppfølging skulle, bli nok en tidstyv i hverdagen noe en sykepleier uttrykte slik:

*«Vi var jo litt bekymret for om det skulle ta mye tid i hverdagen vår, men vi merket jo raskt at det avlastet telefoner inn mye.»*

#### 5.1.1 Oppsummering av betydningen av tid

Sykepleierne i denne studien påpekte viktigheten av avsatt tid til oppstart av digital hjemmeoppfølging, og at det var takhøyde for at ting i arbeidshverdagen tok lengre tid med nytt system, men at det gikk bedre jo mer de brukte det. Utnevnelse av dedikerte og frikjøpte ressurspersoner ble trukket fram som viktig for å holde hjulene i gang, og for å avlaste de ansatte ved utfordringer de støtte på i hverdagen. Tidspunkt for oppstart av digital hjemmeoppfølging var vesentlig, slik at leder hadde tid i sin hverdag til å følge det opp, samtidig som avdelingen hadde nok ressurser. Bekymringen over at digital hjemmeoppfølging skulle bli en tidstyv, roet seg når de hadde startet opp og så at systemet kunne være en avlastning for innkommende telefonsamtaler.

## 5.2 Motivasjon og engasjement – Vi må dra i samme retning!

**«Når vi gjør endringer da må alle være på samme lag. Det er det som er viktig!»**

I materialet fra vår forskning var det mange sykepleiere som trakk frem en engasjert og positiv leder som en stor motivasjonsfaktor. Det viste seg at samtlige ledere hadde fremsnasket digital hjemmeoppfølging i planleggingsfasen, og flere kommenterte at de ble revet med og engasjerte av at lederen var så positivt innstilt. En sykepleier forklarte dette slik i intervjuet:

*«Ja vi har vært veldig heldig altså sånn i forhold til å gjøre nye ting. Så det er veldig gøy. Men det er jo når du har en leder som er veldig engasjert selv så blir du litt sånn åhh herregud får jeg lov til å være med på det her liksom, så føler du deg litt privilegert på en måte.»*

Flere av informantene påpekte viktigheten av at lederen markerte milepæler underveis i innføringen, og at de ansatte da følte seg anerkjent for jobben de gjorde, følte seg sett og ble på den måten enda mer motivert for å stå på videre. En sykepleier uttrykte dette slik:

*«Vi hadde jo litt milepælsmarkeringer når vi hadde fått til ting. Så satt vi oss ned og spiste litt kake eller liksom gjorde noe litt hyggelig rundt det. ... ikke sånn «bra jobba» så er vi ferdig med det, men at man gjør litt mer ut av det kanskje. At det kan bidra videre på motivasjonen at det da med de som er litt i motstand kanskje kan begynne å se nytten av eller ja få litt mer motivasjon, at «åja» vi får det faktisk til, hva går det her egentlig ut på. At man da begynner å ja... se nytten av det hvertfall.»*

Her ser man også et eksempel på noe flere nevnte, at de mer reserverte sykepleierne som var skeptiske i starten og som avventet litt å bli med på digital hjemmeoppfølging, kunne bli mer engasjert når de så hvor fint dette fungerte.

En ting som gikk igjen i de fleste intervjuer var muligheten til å være med på å løfte blikket og se fremover, komme med viktige innspill i planleggingsfasen og i arbeidet underveis i

innføringen av digital hjemmeoppfølging, noe informantene påpekte var avgjørende for motivasjonen. I tillegg var det viktig at det ble kommunisert hensikten og målet med digital hjemmeoppfølging, slik sykepleieren her sier noe om:

*«...å være bevisst i forhold til hensiktene med det man implementerer. Hvilken nytte vil det ha? Sånn at man ikke bare gjør noe man alltid har gjort, også flytter man det inn i et datasystem istedenfor på et papirark, men at er det noe forbedringer her i tillegg da som man kan gjøre for å få mest mulig nytte av det, dette motiverer».*

En annen side av digital hjemmeoppfølging som ble tatt opp som svært engasjerende, var de positive tilbakemeldingene fra pasientene som tok dette i bruk, samt følelsen av trygghet og økt kvalitet i arbeidet som utføres. Pasientene opplevet mer kontroll over egen helse og opplevet trygghet fordi sykepleierne var så tilgjengelige. Det var en stor motivasjonsfaktor for å fortsette implementeringen, slik en sykepleier forklarer det her:

*«Min belønning av en vellykket implementering var mine pasienters trygghet, og min trygghet fordi jeg visste pasientene raskt kunne ta kontakt hvis de trengte meg. Kvaliteten på arbeidet jeg gjør og er også høyere, noe som motiverer meg veldig».*

En annen faktor informantene var opptatt av, var viktigheten av at lederen viste vei og kunne digital hjemmeoppfølging. Lederen kunne på den måten avlaste de ansatte hvis det var behov for det eller viste hvis det var noe de ikke forsto. Flere av informantene påpekte hvor viktig det var at lederen var synlig og tilgjengelig i avdelingen, eller på telefon i helger hvis det var noe som hastet. Det ble særlig trukket fram at lederen måtte ha tid i sin kalender til å sette i gang med slike store endringer og ikke bare sette de ansatte i gang og selv bli borte. Det ble nevnt noen ganger at leder brukte god tid på å informere, gjerne lang tid i forkant, slik at digital hjemmeoppfølging ble modnet sakte men sikkert, og at de ansatte skulle føle seg godt forberedt ved oppstart. En sykepleier forklarte viktigheten av leders tilstedeværelse på denne måten:

*«...hvis du føler at du bare stanger i veggen hele tiden så er det litt vanskelig å beholde den gnisten da. Men ja det har mye å si at lederen er positiv sjøl, og fremsnakker det ikke minst. Enn at man er negativ sjøl, da blir det veldig vanskelig å*

*få til en endring, sånn uansett. Det å være tilgjengelig er jo også viktig i en oppstartsfase tenker jeg, at lederen ikke bare sier «dette begynner vi med i morgen» også «hadebra, klar dere selv»!».*

Det ble poengtert hvor viktig positive tilbakemeldinger fra leder underveis var for motivasjonen til å fortsette til tross for utfordringer man støtte på underveis.

*«få anerkjennelse for den jobben man har gjort da ikke minst. Det og tenker jeg er viktig.... jeg tror de fleste liker å få positive tilbakemeldinger på det man gjør.»*

Flere av informantene kunne også fortelle oss om at innføringen av digital hjemmeoppfølging hadde gått så utrolig mye bedre enn de hadde trodd, og at engasjementet økte i takt med følelsen av å være mer tilgjengelig og gi et bedre helsetilbud til pasientene. En sykepleier forklarte følelsen av å være med på å tilby bedre helsetjenester slik:

*«Det som jeg tror er å finne nye løsninger som er bedre for pasientene, bedre for the flow og alt det der. Det er det som også er stor motivasjon».*

Informantene mener det er engasjerende med en leder som føler et eierskap til prosjektet og innehar nok kunnskap om det som skal innføres. Hvis lederen jobber litt med systemet selv også, og vet hva det går ut på, så kan lederen kan stå i utfordringene sammen med de ansatte, noe en sykepleier her setter ord på:

*«Tett dialog som leder tenker jeg er viktig, underveis i prosessen også. Følge opp, og ikke minst kjenne løsningen selv. For det er jo ikke alltid de gjør når man begynner med nye ting, så er det jo ikke alltid lederen egentlig vet hva det der er. Så det har nok mye å si for motivasjonen til de ansatte og tenker jeg, at du har satt deg litt inn i det selv i forkant. Hva det er vi egentlig driver med.»*

Flere av informantene ble motivert av å få være med på å utvikle pasienttilbudet til det bedre, og mente at store endringer som oppstart av digital hjemmeoppfølging var med på å gjøre hverdagen mer spennende og lærerik. En sykepleier sa det på denne måten:

*«Jeg synes jo det er veldig gøy å være med i prosjekt og å være med å utvikle avdelingen. Og komme frem til løsninger som kan være til fordel for brukerne av poliklinikken. Så det synes jeg var motiverende.»*

Noen av sykepleierne trakk også fram at ulik alder kunne påvirke hvor vidt man var motivert for endring eller ei på jobb. En sykepleier hadde denne refleksjonen rundt dette:

*«Det er ikke alltid nye ting tas imot veldig godt. Det noe spesielt når du er i en eldre alder, når du er yngre tar du imot liksom mer åpent... Så ja, når du blir eldre blir det veldig vanskelig å finne motivasjon rett og slett og man orker ikke lære nye ting.»*

Dette kommer vi tilbake til senere i kapittelet.

#### 5.2.1 Oppsummering av motivasjon og engasjementets betydning i endringsprosessen

En engasjert og positiv leder var ifølge informantene en stor motivasjonsfaktor for sykepleierne når de skulle innføre digital hjemmeoppfølging. De ble revet med og engasjerte av ledere som fremsnakket prosjektet de skulle i gang med og som tydelig var positivt innstilt. Det var viktig å markere milepæler underveis, både for å anerkjenne de som har stått på og gjort en god jobb, men også for å vise skeptikerne at digital hjemmeoppfølging er et bra verktøy. En annen ting som var motiverende, var å få bli med på planleggingen og løfte blikket og se fremover, samt å se nytten av de man skal innføre. Det var engasjerende å være mer tilgjengelig for pasientene, være med på å lage gode løsninger som fungerte, og at både sykepleier og pasient følte mer trygghet. En synlig og tilgjengelig leder som kunne digital hjemmeoppfølging, var engasjerende og motiverende for de ansatte. At lederen viste vei og tok del i utfordringer sammen med dem, samtidig som sykepleierne opplevet å få positive tilbakemeldinger og anerkjennelse for den jobben de gjorde.

#### 5.3 Involvering, medvirkning og opplæring – Ta oss med på planleggingen og lær oss!

I dette kapittelet skal jeg presentere funnene knyttet til sykepleiernes oppfatning av hvordan de ble involvert i oppstarten av digital hjemmeoppfølging, deres mening om medvirkningsprosessen og opplæringen de fikk i forkant.

### 5.3.1 Involvering og medvirkning

I materialet fra min forskning var det mange sykepleiere som følte at de var godt forberedt før innføringen av digital hjemmeoppfølging. Flere fortalte om at de hadde fått tilstrekkelig med informasjon i god tid før de startet opplæringen, og at digital hjemmeoppfølging var tema på forskjellige møter, slik at de kunne drøfte mulige utfordringer de så, og ønsker for oppstart og innføring. En sykepleier svarte følgende på spørsmål om hva som var viktig for henne i startfasen av digital hjemmeoppfølging:

*«Informasjonsbiten er viktig og det å få lov å være delaktig av prosjektet, ikke bare beskjed om at noe kommer. Men at man er med på møter og utformer det.»*

En ting som gikk igjen i intervjuene var hvordan informantene følte de fikk være med i planleggingsfasen av digital hjemmeoppfølging. De fortalte om hvordan de ble tatt med på workshops og idemyldring, mens ledelsen tok seg av det administrative og praktiske, noe de mente fungerte godt. De påpekte at involvering er svært viktig, siden de mener det er de som står nærmest pasientene i hverdagen, og da også de som vet hvor skoen trykker. En sykepleier uttrykte dette slik:

*«Å la de ansatte være med, inkludere dem i nye ting som skal implementeres. At sykepleierne har informasjon og at man har noe å si.»*

Ved å involvere de ansatte, mener informantene at den digitale løsningen vil bli skreddersydd pasientgruppen, og innholdet vil være basert på de mest nyttige tingene. Det ble også påpekt hvor viktig det er å få være med på å utvikle tilbudet, da dette gir et eierskap til prosjektet og et stort ønske om å lykkes. Her beskriver en sykepleier dette:

*«Jeg tror noe av det viktigste er å involvere de som skal bruke nye løsninger, slik at man forstår hva det handler om og også kan ha noe å si. Så i de møtene som inkluderte ulike yrkesgrupper som jeg sa vi hadde i forkant av oppstart av det her, så er det jo forskjellige tanker og innfallsvinkler om hvordan en løsning skal fungere, som alle er verdifulle. Så det og ikke bare innføre noe og si at nå skal man starte med dette, men involvere brukerne av det.»*

Flere av informantene hadde blitt spurt om hvordan de mente avdelingen best kunne bruke digital hjemmeoppfølging, hva som burde være med i løsningen og ulike andre praktiske ting. Informantene opplevet dette som meningsfylt, og de fikk da en følelse av å bli sett, at de var viktige i prosessen og at de ble tatt seriøst.

### 5.3.2 Opplæring

Flere av informantene ønsket at de hadde fått opplæringen tettere på innføringen, slik at man ikke «glemte» flere vesentlige ting før de begynte å bruke løsningen i praksis. Det ble og sagt at de ble vist systemet på et generelt grunnlag, noe som gjorde at de fikk opplæring i ting som ikke var vesentlig for deres arbeidshverdag og slik de skulle bruke det. En sykepleier sa dette om hennes opplevelse av opplæringen:

*«Vi ble kalt inn på sånn felles opplæring hvor man gikk igjennom hele systemet, vi fikk liksom trykket selv og gjorde oss kjent med det. Men det var det. Så alt annet enn det var litt sånn prøve og feile... så fra vi hadde opplæringen til vi begynte å bruke det så gikk det jo en stund... Også i ettertid så ser man jo at det er veldig mye av det man gikk igjennom som vi egentlig ikke har bruk for og som ikke fungerer i praksis.»*

Det ble også nevnt at å gi god nok opplæring tett nok opptil oppstart, ville spart leder og superbruker for mange spørsmål i startfasen. Noen trakk fram at de ville følt seg mer selvstendig hvis de hadde fått opplæringen og praksis tett, slik at de ikke måtte spørre om hjelp i løpet av arbeidshverdagen. Da fikk de treningen i praksis, mens de hadde opplæringen friskt i minne. Noen informanter trakk frem viktigheten av mulighet for individuell opplæring. Det er viktig å huske på at ikke alle er like vant med digitale plattformer, og at noen trenger lengre tid enn andre på å bli kjent med nye digitale løsninger og systemer, og at opplæringen bør baseres på hver enkelt sine ferdigheter.

#### 5.3.2.1 Superbruker

Flere informanter nevnte at de dro svært god nytte av at det var utnevnt superbrukere som hadde avsatt tid til møter, planlegging i forkant, tid til å avhjelpe de andre i avdelingen og som holdt et ekstra øye med innføringen. Noen av informantene påpekte allikevel at dette kunne bli sett på som en slags hvilepute. De opplevde at superbrukeren kunne få oppgaver fra noen



sykepleiere som sykepleieren selv ikke kunne, men som de ikke ønsket å lære seg heller. Inntrykke var at superbrukeren kunne gjøre det, slik at man slapp selv. De ønsket ikke å bli vist hvordan de gjorde det. En sykepleier forklarer opplevelsen slik:

*«En superbruker vil gi meg en slags hvilepute slik at jeg ikke trenger å sette meg inn i alle funksjoner i systemet. Det kan gi meg utfordringer når de andre er på ferie. Det blir veldig sårbart når noen dedikerte personene tar for mye ansvar slik at jeg ikke trenger å lære meg digital hjemmeoppfølging skikkelig».*

Slik informanten beskriver, oppstod det da problemer ved fravær som for eksempel ved ferier eller sykdom. Da ble noen sittende hjelpeløse fordi de ikke hadde villet lære seg systemet skikkelig. Så bruk av superbruker er både positivt og negativt, men man bør ifølge noen av informantene være veldig bevisst på bruken av dette.

### 5.3.3 Oppsummering av viktigheten av involvering, medvirkning og opplæring

Flere ting ble trukket fram som vesentlig for å få sykepleierne til å føle seg involvert i oppstart av digital hjemmeoppfølging. Informasjon om prosjektet i forkant og invitasjon til møter der man planlegger utformingen av digital hjemmeoppfølging var viktig for at sykepleierne skulle føle seg involvert. Det at det ble tatt med på idémyldring og workshops var viktig, samt å få være delaktig i planleggingsfasen for å kunne utvikle en løsning til det beste for pasienten. Dette mente sykepleierne var viktig fordi det var de som jobbet nærmest pasienten og visste hvor «skoen trykket». Involvering var viktig for å gi sykepleierne en følelse av å bli sett og tatt seriøst.

Når det kom til opplæring var det viktig med opplæring så tett på oppstart som mulig, for å ikke glemme vesentlige ting i mellomtiden. Det ble også påpekt at opplæringen burde være tilpasset det sykepleierne skulle bruke løsningen til, slik at de slapp å lære unødvendige ting de ikke fikk brukt for. Det ble også nevnt at man kunne med fordel gi individuell opplæring som var basert på hver enkelt sitt ferdighetsnivå. Utnevning av superbrukere som kunne digital hjemmeoppfølging ekstra godt, kunne bli en hvilepute for de som ikke ønsket å lære seg systemet. Støtte de på utfordringer, spurte de superbruker om vedkommende kunne løse det. På den måten støtte de på problemer i superbrukers fravær, så løsningen ble sett på som både negativ og positiv.

#### 5.4 Motstand – Vi må alltid endre på noe! Kan vi ikke bare fortsette slik vi gjør?

I forskningsmaterialet kom det fram at de fleste ikke hadde opplevd motstand hverken personlig eller hos sine kollegaer mot endringer generelt i avdelingen, eller motstand til å starte med digital hjemmeoppfølging. Imidlertid kom det frem at én av informantene ikke følte seg nok involvert i prosessen med digital hjemmeoppfølging, og at vedkommende derfor ikke ønsket å forholde seg noe særlig til det. Dette gir oss en indikasjon på at utelatt involvering dermed kan skape motstand. Det påpekes fra min side at majoriteten av informantene var blitt godt involvert, men at det fantes en som følte hun kunne blitt involvert og informert mer. Informanten som følte seg utelatt fra prosessen, fortalte at hun bare trengte litt tid på å venne seg til det nye systemet, venne seg til at hun nok en gang skulle lære seg noe nytt, og at det nok en gang kom endringer i måten hun skulle utføre jobben sin på. Hun fortalte at når hun etter hvert så hvor godt det fungerte, så ble hun positiv og ga det en sjanse. Informanten forteller om opplevelsen av akkurat dette:

*«Jeg tror i helsevesenet så oppleves det litt sånn «ååh enda en ting vi skal gjøre». Ekstra arbeid ikke sant. For det husker jeg jo sjøl også «ååh enda ett nytt skjema vi skal drive å fylle ut». Vi har jo bare syv fra før så vi trenger flere liksom. Men da er vi jo litt tilbake på det at dette skal erstatte noe annet. Det er ikke sånn at det skal bli i tillegg til. Men å liksom ha fokuset på hva det er det dette systemet egentlig skal hjelpe oss med».*

Slik sykepleieren forklarer, så er det viktig med god kommunikasjon, og at lederen forklarer hvorfor dette skal innføres og hva det på sikt skal erstatte. Flere sykepleiere påpekte at det i slike tilfeller hadde vært ønskelig at lederen tok en prat med de som var litt negative til endringen på tomannshånd. På den måten kunne de forklart hva som gjorde at de var negative, og lederen kunne forklart de ulike gevinstene og muligheter som finnes ved å starte opp med digital hjemmeoppfølging. En sykepleier sa det på denne måten:

*«Jeg tenker som leder så er det kanskje viktig å sette seg ned og ta en prat «hvor er det problemet ligger?», «hvorfor ønsker du ikke å bruke det?» og da er det jo litt sånn «nei, er det? Jeg bare gidder ikke» eller er det «du forstår ikke hensikten med det». Assa prøve å kartlegge hvor problemet er da.. hva er det motstanden bunner i egentlig.»*

På den måten mente sykepleierne at de hadde fått følelsen av å bli sett, og ikke bare fikk dette «tredd nedover øra».

Som sagt i funnene under motivasjon, nevnte noen av informantene at de hadde opplevet et skille i ansattgruppen der de yngre sykepleierne som syntes teknologi og digitalisering var relativt enkelt å lære seg, var vesentlig mye mer positivt innstilt til digital hjemmeoppfølging kontra de sykepleierne som hadde lang fartstid i helsevesenet. Det var et inntrykk blant noen av informantene om at de eldre sykepleierne (alder ble ikke spesifisert), kunne uttrykke et ønske om å slippe å lære seg nye ting, og ville helst jobbe slik de gjorde fra før.

Hos noen sykepleiere var det en opplevelse av at legetjenesten hadde vært litt negative til at de skulle starte med digital hjemmeoppfølging. Det ble nevnt flere ganger, så jeg velger derfor å kommentere det her. En sykepleier hadde denne opplevelsen:

*«I starten så var jo på en måte alle litt skeptiske for alle er jo man er jo skeptisk når man skal begynne med ett nytt prosjekt eller et program og man vet jo at det er mye kål i starten. Men så tenker man at det går seg til og det har sikkert lederne tenkt ovenfor legene også. Tenkt at ja.. nei.. men bare med tiden når det på en måte begynner å skli litt, gli litt ordentlig da kanskje det kommer seg. Men det har det jo ikke gjort.»*

Det vil jo være viktig å involvere alle yrkesgrupper som skal være brukere av systemet. Jeg fikk ikke så mye informasjon om hva dette dreide seg om, da sykepleierne sa at legene var underlagt en annen ledelse og at de derfor ikke visste noe om prosessen eller involveringen av legetjenesten. Men det kunne vært spennende å sett på involvering på tvers av ulike yrkesgrupper som samarbeider om de samme digitale løsningene.

#### 5.4.1 Oppsummering av motstand mot endring

Sykepleierne i studien opplevde liten motstand mot digital hjemmeoppfølging. Til tross for at dette var opplevelsen til de fleste, ble det likevel påpekt at noen følte at de var for lite involvert i planleggingsfasen og dermed var litt avventende i starten. Noen mente også at

helsevesenet er litt preget av at det ofte er nye ting som skal innføres, og at man kan tenke at dette også var ekstraarbeid og nok en gang flere nye skjemaer som skal fylles ut. Det var da viktig at det ble kommunisert at dette skal erstatte noe annet, og ikke bli i tillegg til. Det ble også sagt at når lederen avdekker motstand, så var det en oppfordring om at lederen tok en prat med den som er negativ for å finne ut hva grunnen til dette er. Det ble nevnt at alder kan ha betydning for skepsis til å lære seg nye ting, uten at dette ble utdypet særlig.

## 6.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan studiens problemstilling og forskningsspørsmål kan besvares ut fra resultatene presentert i forrige kapittel, sett opp mot teorier og forskning.

For enkelhetens skyld repeteres forskningsspørsmålene her:

- Hvordan påvirker overgangen til digital oppfølging de ansattes arbeidshverdag?
- Hva mener ansatte i spesialisthelsetjenesten kan være motiverende og engasjerende faktorer for å starte med digital hjemmeoppfølging?
- På hvilken måte mener de ansatte at ledere kan sikre medvirkning og involvering i endringsprosesser?

I denne studien er det flere hovedområder som peker seg ut som vesentlige på veien mot å få til en vellykket implementering av digital hjemmeoppfølging. Studien viser at *motivasjon* og *engasjement* hos sykepleierne er utrolig viktig for å lykkes, samt *involvering*, *informasjon* og *opplæring*. Også *tid* kan være en vesentlig faktor, så jeg velger å ta den med i diskusjonen også. Som resultatene viser, var opplevelsen av *motstand* relativt liten blant de sykepleierne som jeg intervjuet. Dette er motstridende til hva litteraturen og forskningen gjort på dette området gir inntrykk av at er «vanlig». Jeg velger allikevel å ta motstand med som et tema i drøftingen min, på bakgrunn av at det omtales mye i litteraturen, og at man generelt vet at motstand mot endring er en utfordringer i mange endringsprosesser.

Jeg vil også bemerke at alle 8 informantene stort sett var enige på de fleste områdene som ble belyst i intervjuene, og hadde ganske lik oppfatning av endringsprosessen. Dette til tross for at de jobbet på tre ulike avdelinger og i to ulike divisjoner på sykehuset, og hadde så vidt meg bekjent ikke kjennskap til hverandre på tvers av avdelingene. På den ene siden kan man tenke seg at grunnen til dette var at samtlige avdelinger hadde fått drahjelp av Team for Digital hjemmeoppfølging i planleggingsfasen. På den andre siden kan det tenkes at lederne har kunnskap om og benyttet seg av den samme metodikken i endringsprosessen. Det kan også tenkes at det rett og slett er tilfeldig.

For å strukturere oppgaven og for å gjøre diskusjonen interessant, har jeg valgt å dele dette kapittelet inn i følgende temaer:

- Motivasjon og engasjementets betydning for å lykkes
- Involvering, medvirkning og opplæringens betydning for å lykkes
- Betydning av avsatt tid til å planlegge og gjennomføre endringer
- Motstand mot endringer i helsevesenet

Jeg skal nå se på disse faktorene opp mot den litteraturen jeg mener er mest relevant, som er beskrevet tidligere i oppgaven.

### 6.1 Motivasjon og engasjementets betydning for å lykkes

Når man skal i gang med innføring av digital hjemmeoppfølging, kan man ta utgangspunkt i Kotters suksesskriterier for endringsprosesser, som ble beskrevet i kapittel 3. I den første fasen av implementeringen, bør lederen få de ansatte til å forstå hvorfor digital hjemmeoppfølging er nødvendig for å kunne møte fremtidens utfordringer i helsevesenet. De ansatte må se at endringen er nødvendig. Det blir stadig flere som har behov for hjelp av spesialisthelsetjenesten, og vi er nødt for å se på hvilke muligheter vi har for å gi et godt helsetilbud til alle som trenger det. Først når vi har fått de ansatte med på tanken om at digital hjemmeoppfølging er måten vi best kan møte fremtidens utfordringer på, kan vi gå over i det Kotter kaller trinn 2. God kommunikasjon mellom leder og de ansatte vil være avgjørende i oppstartsfasen av endringsprosessen.

Studier viser at for å opprettholde engasjementet gjennom hele endringsprosessen, er det utrolig viktig at man hele tiden har god kommunikasjon mellom leder og ansatte (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020). Studien viser at faktorer for å fremme motivasjon og engasjement hos sykepleierne ved innføring av digital hjemmeoppfølging, er informasjon og involvering. Å ha jevnlig møter og diskusjoner med leder til stede, er viktig for å holde seg oppdatert på hvor i prosessen man er og hva som er veien videre. Resultatene viser at leders engasjement og motivasjon for digital hjemmeoppfølging er vesentlig for sykepleiernes innstilling til endringen. Sykepleierne ble engasjert av å ha en fremoverlent leder som tydelig viste vei og som omtalte digital hjemmeoppfølging på en positiv måte. Lederen som var

positiv og som selv var engasjert, fikk de ansatte til å bli begeistret for idéen og prosjektet. Ved at lederen bruker transformasjonsledelse aktivt ved å vise vei, ha tydelige mål og en tydelig visjon, fikk hen de ansatte til å føle stolthet av å være med på å innføre digital hjemmeoppfølging og påvirket de ansatte på en positiv måte (Martinsen, 2022). En sykepleier fortalte at hun følte seg privilegert over å få være med på innføringen av digital hjemmeoppfølging, og mente at denne følelsen kom fordi hennes leder var så engasjert og var pådriver til å starte med nye ting. Hun følte seg heldig som jobbet på akkurat den avdelingen, noe som ga henne stor indre motivasjon. Dette kan tyde på at leders holdning til endringer kan være av avgjørende betydning for å få de ansatte med på en endringsprosess, og at den skal lykkes. Transformasjonsledelse øker engasjementet til sykepleierne, gjennom å gi sykepleierne økt myndighet (Garcia-Sierra og Fernandes-Castro, 2018), noe som gjør at ledere bør bruke denne formen for ledelse bevisst når de skal innføre digital hjemmeoppfølging.

Studien viser at det er motiverende for de ansatte å markere milepæler underveis i endringsprosessen. Når lederen laget en markering når de for eksempel hadde nådd et delmål, følte sykepleierne seg sett og fikk motivasjon til å stå på videre. Kotter understreker viktigheten av å lage kortsiktige mål, slik at man kan anerkjenne de ansatte etter hvert som man når disse målene (Kotter, 1995). Ved å lage mål som er lett å oppnå i starten, samt å markere dette, vil de ansatte tidlig oppleve suksess og endring og man synliggjør fremgangen, noe som igjen vil motivere de ansatte til å fortsette.

Herzberg mener at det som direkte motiverer de ansatte, er faktorer som utfordringer på jobben, økt ansvar og interessante arbeidsoppgaver. Dette er fordi dette er faktorer som går utelukkende på de ansattes behov for personlig vekst og følelsen av å prestere (Herzberg, 2003). Dette samsvarer godt med funnene i min studie der sykepleierne ble motivert av å få være med på innføringen av nye arbeidsmåter, fordi dette var lærerikt og spennende, og de fikk utvikle seg som sykepleiere. Det kan være enkelt å tenke at ved å tilby en høyere lønn, vil de ansatte bli mer motivert for arbeidet sitt, samt å tolerere mer endringer hvis det resulterer i mer penger. Men i teorien til Herzberg mener han at anerkjennelse i jobben og relasjonene du har til dine medarbeidere er minst like viktige faktorer som lønn (Herzberg, 2003), noe resultatene her underbygger. I det offentlige helsevesenet blir lønn ofte regulert av offentlige

tariiffavtaler, og bonusordninger eksisterer sjelden. Derfor er kunnskap om motivasjonsteorier og ulike faktorer som spiller inn nødvendig for ledere å ha, slik at de kan bruke andre motivasjonsfaktorer enn lønn for å få de ansatte til å føle seg verdsatt.

Resultatene viser også at sykepleierne ble motivert av å få positive tilbakemeldinger og respons fra pasientene som brukte digital hjemmeoppfølging. Pasientene opplevde økt trygghet blant annet fordi sykepleierne var mer tilgjengelige, og sykepleierens engasjement økte i takt med opplevet økt kvalitet i arbeidet de gjorde, noe de ga uttrykk for at var meningsfylt. I tillegg til positive tilbakemeldinger fra pasientene, var positive tilbakemeldinger fra leder avgjørende for motivasjonen til å gjøre en god jobb. Martinsen (2022) mener god ledelse innebærer å gi individuell oppmerksomhet til de ansatte, noe som vil gi en følelse av å bli sett.

## 6.2 Involvering, medvirkning og opplæringens betydning for å lykkes

Når vi skal planlegge innføringen av digital hjemmeoppfølging vil det være viktig å ha en overbevisende visjon for prosjektet som er tydelig kommunisert til alle ansatte, samt å ha en klar plan for strategisk planlegging av innføringsfasen (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020). Som funnene viser, vil man ved å involvere sykepleierne tidlig i planleggingsprosessen, få motiverte ansatte som ønsker å lykkes med digital hjemmeoppfølging. Sykepleierne fikk være med på å løfte blikket og se fremover, og fikk komme med innspill til hva de mente var viktig innhold i den digitale løsningen, noe som engasjerte og motiverte dem. Videre kom det fram at det var svært meningsfylt å bli inkludert i workshops og idémyldring, siden sykepleierne ofte hadde kunnskap om hva som var nyttig informasjonsdeling mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg til at involveringen i seg selv er i motiverende, sier forskningen oss at gjennom involvering i uformelle og formelle møter, vil de ansatte og ledelsen bygge relasjoner med hverandre, noe som igjen bidrar til bedre samarbeid og alliansebygging (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020).

Mine funn viser at involvering oppleves som svært positivt for de ansatte. Noen studier viser allikevel at det kan være utfordrende å få ansatte som allerede opplever arbeidshverdagen som krevende og som opplever høy arbeidsbelastning, til å bli engasjert i nye prosjekter (Kho,



Gillespie og Martin-Khan 2020). Det vil allikevel være utrolig viktig å få involvert de ansatte i planleggingsfasen om vi skal lykkes med innføringen av digital hjemmeoppfølging. På en annen side kan det oppleves som belastende hvis de ansatte allerede har opplevelsen av høy arbeidsbelastning. I Kotters åtte endringsfaser er nettopp det å identifiserer ulike hindringer for å få gjennomført digital hjemmeoppfølging, viktig. I tillegg skal de ansatte gjøres i stand til å arbeide på en ny måte, noe som krever god involvering og lik forståelse av hva man skal i gang med (Kotter, 1995).

Man må identifisere de ulike faktorene som kan stå i veien for vellykket implementering, og fjerne disse. Gjennom involvering kan lederen sammen med sykepleierne identifisere faktorene de ser på som utfordrende og hindrende. Deretter kan lederen se på ulike muligheter for å avlaste de ansatte for oppgaver andre kan gjøre i oppstartsfasen, eller se på muligheten for å sette inn ekstra ressurser i en overgangsperiode. Det er viktig at det blir kommunisert at digital hjemmeoppfølging skal bli «i stedet for» og ikke «i tillegg til», og at man kan vise til konkrete oppgaver som vil bli erstattet av digitaliseringen.

Resultatene i denne studien tyder på at ved å involvere sykepleierne i planleggingsfasen, vil den digitale hjemmeoppfølgingen bli basert på de rette elementene og mest vesentlige tingene, og innholdet ville bli skreddersydd pasientgruppen. Resultatene viser også at ved å bli involvert, fikk sykepleierne et eierskap til systemet og prosjektet, samt et stort ønske om å lykkes. I tillegg følte de seg sett, tatt seriøst og at de var en viktig del av prosessen. Dette fant også forskerne Kho, Gillespie og Martin-Khan i sin forskning fra 2020. De fant ut at en viktig bidragsyter for å få en vellykket implementering, var å la sykepleierne og andre klinikere delta aktivt i planleggingsprosessen, fordi de da følte et eierskap til prosjektet. Planleggingen innebar ofte jevnlig møter der de samarbeidet på tvers av de involverte yrkesgruppene (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020). I motsetning til de administrative beslutningene som ofte må tas av ledelsen, vil man kunne legge kliniske beslutninger og selve innholdet i pasienttilbudet som skal utformes, til sykepleierne. På denne måten vil man vise tillit og ansvar til de ansatte, og som resultatene indikerer, så vil de ansatte føle at de involveres i stor grad og får et ønske om at innføringen av digital hjemmeoppfølging skal bli vellykket. Herzberg viser til at ved å gi de ansatte anerkjennelse for prestasjoner, samt større ansvar og tillit, vil de få høy grad av motivasjon, og trives på arbeidsplassen (Herzberg 2003).

Som resultatene viser, var sykepleierne for det meste enige om at de hadde fått god informasjon i forkant av innføringen, noe som gjorde dem forberedt på hva som kom og hva dette var. Det ble i tillegg til god informasjon, trukket fram at det var viktig med opplæring av digital hjemmeoppfølging i systemet som skulle benyttes, samt at denne burde gjennomføres tett opptil oppstart. Det var varierende hvor lang tid i forkant sykepleierne var gitt opplæring, men ting kan tyde på at det mest effektive og vellykkede var å gi opplæringen rett før de skulle i gang å bruke systemet. Det ble begrunnet med at de da jobbet mer selvstendig og slapp å be om like mye hjelp, sammenlignet med sykepleierne som hadde hatt opplæring lenge før oppstart. Dette gav en selvstendighetsfølelse.

I Kotters endringsfaser påpekes det at man skal involvere de ansatte hele veien, gi nødvendig opplæring og å huske på at det ikke kan gis for mye informasjon. Kotter poengterer også at hvis man hopper over noen av endringsfasene, vil man komme raskere fremover i endringsprosessen, men man vil aldri få et tilfredsstillende resultat (Kotter, 1995). På bakgrunn av dette kan resultatene indikere at involvering av de ansatte og informasjon fortløpende er utrolig viktig, og at det ikke kan bli for mye av dette. Videre mente sykepleierne at lederen bør tilpasse opplæringen individuelt og etter ferdighetene til de ansatte. De opplevde av og til store variasjoner i IKT-ferdigheter, noe som gjorde at de mente individuell opplæring ville være fordelaktig.

I studien til Kho, Gillespie og Martin-Khan, finner vi at det i forberedelsesfasen bør pekes ut såkalte forkjempere. Dette er ansatte som viser ekstra entusiasme og engasjement for digital hjemmeoppfølging. Disse kan brukes for å fremsnakke og skape positivitet rundt løsningen og selve innføringen. Forskerne mente at de entusiastiske og positive sykepleierne, påvirket de andre til å bli mer positive til digital hjemmeoppfølging (Kho, Gillespie og Martin-Khan, 2020). Slik resultatene viser, ble det observert at lederen brukte sykepleierne som var mest engasjerte og motiverte inn i planleggingen fra starten av innføringen. Når de hadde brukt systemet en stund, og de mer skeptiske sykepleierne så hvor godt det fungerte og hvor fornøyde alle var, tok de også systemet i bruk.

Det ble også som sagt utpekt superbrukere i alle avdelinger. På den ene siden fortalte de om at superbrukerne gav en trygghet for de andre sykepleierne, var tidsbesparende fordi de kunne hjelpe til å løse utfordringer der og da, og ikke minst at de i de fleste tilfeller hadde avsatt tid til dette i hverdagen. På den andre siden ble det av noen sykepleiere påpekt at dette kunne sees på som en slags hvilepute. Det ble fortalt at noen unngikk å lære seg systemet veldig godt fordi superbrukerne kunne gjøre det, noe som fikk konsekvenser ved fravær av superbrukerne ved for eksempel ferie eller sykdom. Vi finner også igjen noe negativt om forkjemperes rolle i studien til Kho, Gillespie og Martin-Khan (2020). Der beskrives det at entusiasmen for prosjektet falt hvis disse forkjemperne forlot rollen eller jobben. Dette igjen kan tyde på at avhengighet til forkjempernes rolle kan være uheldig med tanke på langsiktig tenkning og utvikling av telemedisin/hjemmeoppfølging. Man er nødt for å rigge til en endringsprosess på en måte som ikke gjør oss avhengig av enkeltpersoner for å lykkes, men samtidig bruker de ansatte på rett måte slik at implementeringen blir vellykket.

Resultatene viser at lederen ofte startet med informasjon om digital hjemmeoppfølging i god tid før implementeringsprosessen skulle starte opp. Allerede fra da beslutningen om innføring ble tatt, valgte noen av lederne å informere de ansatte i små doser, jevnlig og i ulike arenaer. Ved å informere jevnlig kunne informasjonen modnes over tid, og dermed kunne bidra til å minske motstanden når de først skulle innføre digital hjemmeoppfølging. Ifølge studien ga dette sykepleierne en følelse av å være forberedt ved oppstart. Ifølge Kotter er for dårlig kommunikasjon og for lite informasjon en vanlig feil, og at man ikke kan gi for mye informasjon til de ansatte (Kotter, 1995). Som resultatene viser, så vil det å få mye informasjon og å bli involvert fra så tidlig i prosessen som mulig, gi de ansatte en følelse av å være betydningsfulle og nødvendige for at implementeringen av digital hjemmeoppfølging skal bli vellykket.

### 6.3 Betydning av avsatt tid til å planlegge og gjennomføre endringer

Resultatene viser at betydningen av leders tid og tilgjengelighet ved oppstart av et nytt prosjekt, var utrolig viktig for at innføringen av digital hjemmeoppfølging ble sett på som vellykket. Det var viktig at lederen ventet med å starte et nytt prosjekt til når hen hadde tid til å ta del i alle fasene av prosjektet. Det ble påpekt at lederen måtte være synlig i avdelingen, og være tilgjengelig hvis de ansatte trengte hjelp av ulik karakter. Dette krever at lederen har

avsatt tid til dette, og ser på det som viktig. Studien viser at lederens tilgjengelighet i avdelingen var viktig for å føle at de samarbeidet mot et felles mål og at lederen viste vei, istedenfor å sette i gang et prosjekt, for så å bare bli usynlig. Forskerne Kho, Gillespie og Martin-Khan sine funn i sin forskning fra 2020, viste at ledelse og støtte fra leder i en endringsprosess var utrolig viktig for suksess. Det viste seg at både en administrativ leder, men også en klinisk nær leder, var utrolig viktig for å få en vellykket implementering (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020). På den ene siden har helsevesenet behov for ledere som har kontroll på de administrative oppgavene. På den andre siden så viser mine funn at sykepleierne ønsker en synlig og klinisk nær leder, som står i utfordringene sammen med dem og som kan systemet som skal implementeres. På bakgrunn av dette, ser det ut som at avsatt tid til å starte, være tilstede, følge opp og bistå de ansatte underveis i innføringen av digital hjemmeoppfølging, vil være med på å gjøre implementeringen vellykket.

Kotter og Schlesinger (2008) peker på viktigheten av å ikke kreve for store endringer for raskt av de ansatte. De må få tid til å tilpasse seg, samt tid til opplæring. Hvis man skal lykkes med innføring av digital hjemmeoppfølging, må lederen se på hele prosessen med realistiske øyne (Kotter og Schlesinger, 2008). Resultatene viser at viktigheten av avsatt tid til at sykepleierne kunne få opplæring i forkant og underveis, samt ha godt nok tid til å implementere digital hjemmeoppfølging i de daglige rutinene, er vesentlig for suksess. Sykepleierne opplevet stor takhøyde for både individuell variasjon av behov for mer tid for å arbeide i løsningen, men også tid til å gå på planleggings- og oppfølgingsmøter. På den ene siden er det fint å få implementert digital hjemmeoppfølging raskes mulig når løsningen er tilgjengelig, slik at man får pasientene inn i den nye løsningen for å bedre kunne følge de opp. På den andre siden vil det være viktig at man ikke haster dette for mye, slik at sykepleierne kan systemet godt og føler mestring og motivasjon. Bruker man ikke god nok tid på implementering, og hopper over noen av endringsfasene til Kotter, kan motstanden øke og man får ansatte som blir svært demotiverte og lite engasjerte.

#### 6.4 Motstand mot endringer i helsevesenet

Som resultatene viser var det liten grad av opplevet motstand til innføringen av digital hjemmeoppfølging. På den ene siden er det fint at de ansatte hadde inntrykk av lite motstand, og man kan tenke seg at en mulig årsak til dette kan være bruk av forkjempere i

oppstartsfasen. På den andre siden kan man tenke seg at det kan ha vært motstand i ansattgruppen, på et lavt nivå, slik at det ikke har vært så synlig. Det kan tenkes at motstanden kan ha vært på det Jacobsen beskriver som nivå 1, altså den milde formen for motstand der de ansatte mangler interesse og har en likegyldig holdning til digital hjemmeoppfølging (Jacobsen 2022). Hvis det er tilfelle, vil det være vanskelig både for leder og for de andre ansatte å se denne motstanden, da den godt kan skjules i den vanlige arbeidshverdagen. Det kan tenkes at motstanden er der, men at de ansatte skjuler dette ved å ikke stille spørsmål og vise liten interesse, noe leder kan oppleve som at de ansatte kan systemet, i stedet for å oppleve det som motstand mot å lære seg systemet. Hvis vi derimot tenker oss at det ikke har vært motstand mot innføring av digital hjemmeoppfølging i de aktuelle avdelingene, påpeker Jacobsen (2022) at dette kan tyde på en likegyldighet hos de ansatte, og at de uinteressert i om man får en vellykket implementering eller ikke. På en annen side kan man tenke seg at de ansatte er enige i at dette er fremtiden i helsevesenet og et tilbud det er behov for.

Tidlig involvering ble i intervjuene trukket frem som en vesentlig faktor til lite motstand mot digital hjemmeoppfølging, noe som kan være et uttrykk for at utelatt involvering kan være med på å skape motstand. Martinsen (2022) mener de ansatte kan gjøre motstand på bakgrunn av at de ønsker å ha innflytelse på sin arbeidsdag, og ved at å ikke involvere de ansatte i en endringsprosess som vil påvirke arbeidssituasjonen deres, vil man kunne oppleve motstand. Jacobsen (2022) trekker inn ansattes frykt for nye og ukjente arbeidsoppgaver som årsaker til motstand mot innføring av nye måter å jobbe på. Det kan være at den ansatte ikke tror hen vil mestre det tekniske rundt digital hjemmeoppfølging, og ønsker å jobbe slik man alltid har gjort for å unngå stress og situasjoner der man føler at man ikke strekker til. Martinsen (2022) mener de ansatte også kan føle seg truet av nye teknologiske løsninger som kan erstatte jobben de gjør, og at dette kan være med på å skape motstand mot innføring av digital hjemmeoppfølging.

Som resultatene viser, ble det gitt uttrykk for at alder kunne spille en rolle når det kom til skepsis eller negativitet til innføring av ny teknologi. Det ble nevnt at det var forskjell på «de yngre» og «de eldre» sykepleierne, og at de eldre kunne ha en holdning om at de ville slippe å lære seg nye ting og ville fortsette som de alltid har gjort, mens de yngre ble opplevet som mer trygge på teknologi. Man kan spørre seg om dette dreier seg om alder, om teknologiske

ferdigheter og/eller personlige interesser. Eller som avsnittet over beskriver, kan det dreie seg om motstand fordi man er redd for å bli erstattet av nye teknologiske løsninger slik at de blir overflødige i pasientbehandlingen. Det påpekes at det ikke ble definert hva som mentes hverken med «yngre» eller «eldre» sykepleiere, så vi vet ikke noen eksakt alder som ligger i de forskjellige begrepene, noe man ser i etterkant at intervjuer burde spurt om. Det vil uansett være av betydning at lederen som opplever motstand hos ansatte, viser interesse for å finne årsaken. En sykepleier uttrykte tydelig at lederen burde snakke på tomannshånd med de ansatte man opplever som negative. På den måten kan den ansatte fortelle hva som ligger bak skepsisen, og lederen kan forklare hvorfor endringen er så viktig, og hva det vil medføre av positive virkninger og for hvem. På denne måten mente sykepleieren at man vil føle seg sett og tatt på alvor, istedenfor å bare få ting «tredd nedover øra».

Resultatene viser at det er viktig at lederen forklarer de ansatte hvorfor man skal innføre digital hjemmeoppfølging, og hva dette vil føre til av fordeler både for de ansatte og for pasientene på sikt. Jennett (2003) peker på tydelig kommunikasjon, gjennom hele prosessen som vesentlig for å lykkes med innføring av digital hjemmeoppfølging. Hvis kommunikasjonen blir utydelig eller uteblir, kan det føre til misforståelser og motstand. Kommunikasjon og følelse av involvering henger sammen. I studien ble det også nevnt at en sykepleier ikke følte seg nok involvert i starten, noe som resulterte i at hen ikke ønsket å forholde seg til digital hjemmeoppfølging. Dette samsvarer med hva forskningen sier om involvering for å redusere motstand. Kho, Gillespie og Martin-Khan peker på involvering i startfasen, sammen med informasjon til de ansatte, som vesentlige faktorer som må være ivarettatt for å få de ansatte med på laget. Ved å ha jevnlig møter der sykepleierne kan fremme bekymringer rundt innføringen av digital hjemmeoppfølging, samt peke på utfordringer de ser ved dette, vil de ansatte få tillitt til ledelsen, og føle seg involvert og sett (Kho, Gillespie og Martin-Khan 2020).

En sykepleier i denne studien hadde opplevd motstand mot digital hjemmeoppfølging fra legetjenesten. Cannavacciuolo m.fl (2023) peker på viktigheten av å identifisere interessentene til digital hjemmeoppfølging før oppstart, da det å utelate involvering av noen som senere skal jobbe med digital hjemmeoppfølging, kan resultere i negativitet og dårlig samarbeid (Cannavacciuolo m.fl, 2023). Det er av stor betydning at alle som skal jobbe med

digital hjemmeoppfølging får muligheten til å ta del i planleggingen og får god informasjon før oppstart, slik at man unngår slike uheldige situasjoner der de som føler seg utelatt, ikke vil samarbeide. Det kan av og til være utfordrende i forkant å se hvem som vil bli brukere og berørt av digital hjemmeoppfølging, men god dialog med sykepleierne vil nok avdekke de fleste yrkesgrupper de mener bør involveres.

Motstand omtales ofte som noe negativt, men det er viktig å vie litt oppmerksomhet til at motstand kan tilføre noe positiv til en planleggingsprosess i forkant av en implementering. Som Jacobsen (2022) poengterte, så bør sykepleierne inviteres til en diskusjon i forkant av implementering der det diskuteres ulike utfordringer sykepleierne kan tenke seg at kan komme. Slik får man diskutert åpent mellom ledelsen og sykepleierne, og alle utfordringer blir belyst (Jacobsen, 2022). På den ene siden kan ansatte med tydelige negative argumenter eller innspill i en sak faktisk ha noe klokt og nyttig å meddele. Men som på grunn av væremåte eller andre faktorer, kan oppfattes som motstandere og blir avfeid før man i det hele tatt forstår argumentasjonen og poenget deres. Dette må ledere være bevisst på, slik at ansatte som tør å si meningen sin og som viser tydelig engasjement, ikke blir straffet, men får delta i en saklig diskusjon. På en annen siden kan det hende at man i visse tilfeller bør se på de sykepleierne som ikke viser uenighet, diskuterer, har argumenter for og imot eller har meninger overhode om digital hjemmeoppfølging, som personer som til en viss grad hindrer utvikling og implementering. Jacobsen (2022) mener at lite motstand fra sykepleierne kan være tegn på likegyldighet og lite interesse for digital hjemmeoppfølging blant sykepleierne, noe som igjen ikke vil føre til utvikling.

## 6.5 Metodekritikk

Utvalget av informanter ble gjort noe ulikt på de tre avdelingene, noe jeg beskrev i metodekapittelet. Man kan stille seg spørrende til om måten utvalget av informanter ble gjort på, var rett. Ut fra de mulighetene jeg hadde til å gjøre et utvalg, mener jeg at utvalget ble gjort på en så god måte som mulig, og at det var så representativt som man kan forvente i en mindre kvalitativ studie. Jeg hadde ingen kjennskap til noen av avdelingene eller noen som jobbet der. Når det kommer til gjennomføring av intervjuene, kunne man selvfølgelig med fordel vært to, så vi i ettertid sammen kunne diskutert om vi hadde forstått informantens

poenger likt. Intervjuene ble imidlertid transkribert i sin helhet i etterkant og nøye analysert, for å få tak i poengene og forstå funnene på en best mulig måte.

Noen tiltak som ble gjort for å få best mulig kvalitet på studien, var for eksempel at systematisk tekstkondensering nøye ble fulgt, slik det er beskrevet i kapittel 4. På denne måten mener jeg min egen påvirkning av tolkningen ble redusert, men dette er selvfølgelig vanskelig å objektivt vurdere. Man kan også spørre seg om man for eksempel hadde fått mer ut av å intervjuer både ledere og ansatte. Og om man skulle utvidet til enda flere avdelinger og divisjoner for å få et bredere utvalg og flere meninger. Informantene snakket etter mitt syn åpenhertig og ærlig i intervjuene, slik at jeg vurderer at det ble god kvalitet på dataene jeg fikk, til tross for at det selvfølgelig er vanskelig for meg å vurdere dette objektivt.



## 7.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å svare på problemstillingen «Hvordan kan digital hjemmeoppfølging innføres i spesialisthelsetjenesten på en måte som sikrer medvirkning og som er motiverende for de ansatte?». Innføring av digital hjemmeoppfølging påvirker sykepleierne på mange måter. Gjennom tidlig involvering i prosessen og la de få være med på å forme innholdet i den digitale løsningen, får sykepleierne en følelse av eierskap og et ønske om at innføringen skal lykkes. Gjennom involvering får sykepleierne også en følelse av å være betydningsfulle og at deres kunnskap er nyttig for å få utviklet et godt tilbud til pasientene. Digital hjemmeoppfølging gir sykepleierne en følelse av å være mer tilgjengelig for pasientene, og positive tilbakemeldinger fra pasienter og leder skaper motivasjon.

Tid er en vesentlig faktor for en vellykket innføring, og det må settes av tid til både opplæring og planlegging, men også tid til å begynne å bruke systemet i praksis. Som resultatene viser, har lederens innstilling til digital hjemmeoppfølging mye å si for om innføringen blir vellykket eller ikke. En fremoverlent og positiv leder, som tydelig liker nye utfordringer og nye arbeidsmåter, motiverer og engasjerer de ansatte på en måte som bidrar til positivitet rundt digital hjemmeoppfølging. Resultatene viser at leders tilgjengelighet og synlighet i avdelingen under innføringen, bidrar til en følelse av at man gjør dette sammen som gruppe, og at ikke lederen bare forteller hva sykepleierne skal gjøre for så å bli borte. Lederen bør også kunne digital hjemmeoppfølging, og avhjelpe sykepleierne ved utfordringer. Utnevnelse av forkjempere og superbrukere er vesentlig for å få drahjelp i oppstarten av digital hjemmeoppfølging. Imidlertid må man være forsiktig med at disse ikke blir en hvilepute for de andre sykepleierne med å overta oppgavene deres, men heller brukes som en opplærende ressurs og støtte.

Suksessfaktorer ser ut til å være tilstrekkelig og jevnlig informasjon om prosessen, og involvering og diskusjoner underveis mellom leder og sykepleierne. Av betydning er også avsatt tid og mulighet for individuelle forskjeller når det kommer til behov for opplæring og teknologiske ferdigheter.

Det kan være interessant å se videre på hvordan lederne opplevde innføringen av digital hjemmeoppfølging, og å se på hva de mener kan være medvirkende faktorer til at innføringen

var vellykket. Det ville også vært av interesse å se om lederne opplevet motstand ved innføring, eller om de i likhet med sykepleierne, opplevde lite av dette. I tillegg vil det være spennende å se på involvering i implementeringsfasen på tvers av ulike yrkesgrupper som samarbeider om de samme digitale løsningene, da noen informanter nevnte at det var svært ulikt hvordan de ulike yrkesgruppene ble involvert av sin leder i oppstarten av digital hjemmeoppfølging.

## Litteraturliste

Cannavacciuolo, L., Capaldo, G., Ponsiglione, C. (2023) Digital innovation and organizational changes in the healthcare sector: Multiple case studies of telemedicine project implementation. *Technovation*, vol. 12, feb 2023.

Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102550>

Cialdini, R. (2021) Harnessing the Science of Persuasion. *Harvard Business Review*. Okt. 2021. 72-80. Reprint R0109D. Hentet fra: [7915.qxd](#)

Coffey, J. D., mfl. (2022). *Development and implementation of a nurse-based remote patient monitoring program for ambulatory disease management*. *Front Digit Health*, 2022; 4: 1052408. Doi: [10.3389/fdgth.2022.1052408](https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.1052408)

Hentet fra: [Frontiers | Development and implementation of a nurse-based remote patient monitoring program for ambulatory disease management \(frontiersin.org\)](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fdgth.2022.1052408/full)

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (2009) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo.

Hentet fra: [kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf forskningsetikk.no](https://www.forskningsetikk.no/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf)

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

Hentet fra: [Helsinkideklarasjonen | Forskningsetikk](https://www.forskningsetikk.no/helsinkideklarasjonen/)

Garcia-Sierra, R. og Fernandes-Castro, J. (2018) Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 74 12.

Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/jan.13805>

Grol, R., Berwick, D. M., & Wensing, M. (2008). On the trail of quality and safety in healthcare. *British Medical Journal*, 336, 74–76.

DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39413.486944.AD>

Hentet fra: [On the trail of quality and safety in health care | The BMJ](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.39413.486944.AD)

Hagen, T. P. (2023) Helseforetaksreformen, i *Store norske leksikon*.

Hentet fra: [sykehusreformen – Store medisinske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/sykehusreformen)

Helsedirektoratet (2022). *Omsorgstjenesten – aktivitetsutvikling og erfaringer fra pandemien* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 10. august 2022).

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorgstjenesten--aktivitetsutvikling-og-erfaringer-fra-pandemien>

Helse Sør-Øst (2018) *Regional utviklingsplan 2035*.  
Hentet fra: [Regional utviklingsplan 2035 \(helse-sorost.no\)](https://www.helse-sorost.no)

Helse Sør-Øst (2023) *Digital hjemmeoppfølging og prosessplattform*.  
Hentet fra: [Digital hjemmeoppfølging og prosessplattform - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://www.helse-sorost.no) (Sist oppdatert 09.01.23).

Helse Sør-Øst: *Regional delstrategi for teknologiområdet, Innsatsområder og tiltak for perioden 2020-2025*.  
Hentet fra: [PowerPoint-presentasjon \(helse-sorost.no\)](https://www.helse-sorost.no)

Herzberg, F. (2003) One More Time. How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*. Jan, 2003.  
Hentet fra: [One More Time How to Motivate Employees PDF ENG.pdf \(usp.br\)](https://usp.br)

Hjort, P. (2015) Lewins 3 trin til forandringsledelse. *Væksthus for ledelse*.  
Hentet fra: [Lewins 3 trin til forandringsledelse - Lederweb](https://lederweb.no)

Jacobsen, D. I. (2022) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2021) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Jennett P., Yeo M., Pauls M. og Graham J. (2003) Organizational readiness for telemedicine: implications for success and failure. *Journal of Telemedicine and Telecare*. Vol 9, 27–30.  
Hentet fra: <https://doi.org/10.1258/135763303322596183>

Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forlag

Kho, J., Gillespie, N. Martin-Khan, M. (2020) A systematic scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations. *BMC Health Services Research* volume 20, Article number: 815.  
Hentet fra: [A systematic scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations | BMC Health Services Research | Full Text \(biomedcentral.com\)](https://www.biomedcentral.com)

Koivunen M. og Saranto, K. (2017) Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 32, Issue 1 p. 24-44  
Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/scs.12445>

Kotter, J. P. (1995). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, 59-67.  
Hentet fra: [Leading Change: Why Transformation Efforts Fail \(hbr.org\)](https://hbr.org/leading-change-why-transformation-efforts-fail)

Kotter, J.P., Schlesinger, L.A. (2008) Choosing strategies for change. *I Harvard Business Review*. Vol: July-august.  
Hentet fra: [Choosing Strategies for Change \(hbr.org\)](https://hbr.org/choosing-strategies-for-change)

Lewin, K. (1947) Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change. *Human Relations* 1947 1:5  
DOI: 10.1177/001872674700100103  
Hentet fra: [pdfeF83vxgaM.pdf \(ucsd.edu\)](https://www.ucsd.edu/~lewin/pdfeF83vxgaM.pdf)

Mahar JH, Rosencrance J, Rasmussen PA. (2018) Telemedicine: past, present, and future. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, December 2018, 85 (12) 938-942;  
DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.85a.17062>

Malterud, K. (2018) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld.St nr. 7 (2019-2020), *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*.  
Hentet fra: [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023)

Schreiweis, B., Pobiruchin, M., Strotbaum, V., Suleder, J., Wiesner, M., Bergh, B. (2019) Barriers and Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, vol 21, No 11  
Hentet fra: [Journal of Medical Internet Research - Barriers and Facilitators to the Implementation of eHealth Services: Systematic Literature Analysis \(jmir.org\)](https://www.jmir.org/2019/11/e11/)

Tjora, A. (2021) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 4.utg

## Appendix (vedlegg)

Godkjenning fra NSD

Godkjenning fra personvernombudet

Informasjonsskriv til informanter

## Vurdering av behandling av personopplysninger

28.11.2022

### Referansenummer

870532

### Vurderingstype

Standard

### Dato

28.11.2022

### Prosjekttittel

Innføring av digital hjemmeoppfølging - hvordan lykkes med endring?

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

### Prosjektansvarlig

Helge Skirbekk

### Student

Tonje Sakshaug

### Prosjektperiode

20.06.2022 - 31.05.2023

### Kategorier personopplysninger

- Almennelige
- Særlige

### Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.05.2023.

#### **Kommentar**

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato. Vi har nå registrert 31.05.2023 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson: Sturla Herfindal Lykke til videre med prosjektet!

## **Vurdering av behandling av personopplysninger**

19.08.2022

#### **Referansenummer**

870532

#### **Vurderingstype**

Standard

#### **Dato**

19.08.2022

#### **Prosjekttittel**

Innføring av digital hjemmeoppfølging - hvordan lykkes med endring?

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

#### **Prosjektansvarlig**

Helge Skirbekk

#### **Student**

Tonje Sakshaug

#### **Prosjektperiode**

20.06.2022 - 01.12.2022

#### **Kategorier personopplysninger**



- Alminnelige
- Særlige

## **Lovlig grunnlag**

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.12.2022.

## [Meldeskjema](#)

### **Kommentar**

#### OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

#### TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter/brukere.

#### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, og særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger frem til 01.12.2022.

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 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

**PERSONVERNPRINSIPPER** Personverntjenester 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 viderebehandles 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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester 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). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Sturla Herfindal

Lykke til med prosjektet!

## Godkjenning fra Personvernombud

### **Personvernombudets uttalelse i forbindelse med innsamling og behandling av personopplysninger i studentprosjektet «Innføring av digital hjemmeoppfølging – hvordan lykkes med endring?»**

Prosjektbeskrivelse:

*«Innføring av digital hjemmeoppfølging av pasienter på gastrokirurgisk avdeling, ved bruk av løsningen Dignio.»*

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter og behandling av personopplysninger i prosjektet kan starte.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved Akershus universitetssykehus (Ahus).

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38.

Artikkel 30 pålegger Ahus å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

#### *Personvernombudets uttalelse*

Personvernombudet anbefaler at den planlagte behandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Dataansvarlig institusjon er Universitetet i Oslo (UiO). Ahus er dataansvarlig for egne opplysninger frem til utlevering til UiO har funnet sted.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen ved Ahus har godkjent gjennomføringen av prosjektet. Avdelingsleder har bekreftet godkjent gjennomføring i egen e-post datert 12.07.2022 kl. 15:51.
3. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert prosjektets behandling av personopplysninger å være i samsvar med personvernforordningen, med referanse 870532.
4. NSD vurderer at lovlig grunnlag for behandling av alminnelige personopplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a. Personvernombudet ved Ahus er enig i den vurderingen.

5. Dataansvarlig institusjon er ansvarlig for å vurdere om det er behov for å gjennomføre en personvernkonsekvensvurdering (DPIA), jf. personvernforordningen artikkel 35. Ved endringer i behandlingen av personopplysninger i prosjektet bør det tas en ny vurdering av om DPIA skal gjennomføres.
6. Behandlingen av personopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med dataansvarlig institusjons rutiner og innenfor formål oppgitt i meldingen.
7. Samtykkeskriv vedlagt meldingen skal benyttes. Personvernombudet anbefaler at følgende endres eller inntas:
  - a. Under «Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?» bør henvisningen til relevant hjemmel fremgå, ref. punkt 4 ovenfor.
  - b. Under «Dine rettigheter» bør informasjon om følgende fremgå:
    - i. Den enkeltes rett til innsyn i sikkerhetstiltak ved behandlingen av personopplysninger i prosjektet.
    - ii. Kontaktinformasjon til Datatilsynet (postkasse@datatilsynet.no).
    - iii. Opplysninger om og kontaktinformasjon til personvernombudet ved Ahus bør endres. Personvernombudet er organisert i Foretakssekretariatet i Stabsdivisjonen, og kontaktinformasjonen er personvern@ahus.no.
8. Intervjuene bør gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter/brukere.
9. Det forutsettes at teknisk utstyr og lagringsplass som skal benyttes er godkjent av dataansvarlig institusjon. Personvernombudet anbefaler at lydopptak slettes umiddelbart etter gjennomført transkribering.
10. Utfylte papirdokumenter, herunder utfylte samtykkeskriv, oppbevares forsvarlig når de ikke er i bruk.
11. Ved presentasjon av prosjektet og publisering skal det ikke fremgå noen opplysninger som er egnet til direkte å identifisere eller bakveisidentifisere de registrerte. Med andre ord skal disse opplysningene være anonyme.
12. Det anbefales at prosjektet sørger for gode rutiner for kvalitetskontroll, tilgangsstyring og håndtering av eventuelle avvik.
13. Kodeliste som kobler indirekte identifiserbare data med personopplysninger, oppbevares adskilt fra øvrig data i prosjektet, og oppbevares forsvarlig når den ikke er i bruk.
14. Prosjektsslutt er 01.12.2022, i tråd med NSD-vurdering. NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

15. Det er ikke opplyst når opplysninger i prosjektet skal slettes. Det følger av datamineringsprinsippet i personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav c at «Personopplysninger skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for». Til orientering skal oppbevaringen av personopplysninger etter prosjektslutt utelukkende være begrunnet i dokumentasjons- og kontrollhensyn. Personvernombudet anbefaler at prosjektet jevnlig vurderer behovet for fortsatt oppbevaring, og foretar sletting når anledning for oppbevaring ikke lenger foreligger.

16. Dersom formål, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette, i likhet med NSD. Endringsmelding til personvernombudet sendes til [personvern.forskning@ahus.no](mailto:personvern.forskning@ahus.no).

Prosjektleders beskrivelse av behandlingen av personopplysninger i prosjektet er lagt til grunn i denne vurderingen. Det er prosjektleders ansvar å påse at opplysningene som oppgis er korrekte.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til!

Med vennlig hilsen  
for personvernombudet

Hans Tangen  
Personvernrådgiver/Jurist  
Akershus universitetssykehus HF  
Epost: [forskning.personvern@ahus.no](mailto:forskning.personvern@ahus.no)  
Web: [www.ahus.no](http://www.ahus.no)

***Dokumentet er signert elektronisk***

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***”Innføring av digital hjemmeoppfølging – hvordan lykkes med endring?”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hva sykepleiere som har vært med på innføringen av digital hjemoppfølging av pasienter mener var suksessfaktorer for å lykkes, og hva som kunne vært gjort annerledes. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

I forbindelse med min Master i Helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, ønsker jeg å foreta intervjuer av sykepleiere som har vært med på å innføre digital hjemmeoppfølging ved bruk av løsningen Dignio. Bakgrunnen for dette er å se på hvordan sykepleiere opplever endringer som gjøres i deres avdeling. Jeg ønsker å se på hvordan endringene påvirker menneskene det berører, hvordan ledelse kan påvirke utfallet av hvor vellykket innføringen av nye prosjekter blir og hvilke suksessfaktorer sykepleierne mener skal til for å lykkes.

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

Helge Skirbekk, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

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

Det er ønskelig for meg å utføre semistrukturerte dybdeintervjuer med sykepleiere som har vært med på å innføre hjembasert digital oppfølging ved bruk av løsningen Dignio. Jeg har henvendt meg til lederne av avdelingene som har startet med dette og bedt om å få intervjuer tre sykepleiere fra hver avdeling.

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

Jeg vil utføre intervjuer med totalt 9 sykepleiere på 3 forskjellige avdelinger på Akershus Universitetssykehus. Hvis du velger å delta i prosjektet, vil varigheten på intervjuet være 1 time, og utføres i din arbeidstid, etter avtale jeg gjør med deg og din leder. Det vil bli gjort

lydopptak av samtalen, og jeg vil ta noen notater hvis det er naturlig. Lydfilen vil transkriberes umiddelbart etter intervjuet, og lydfilen vil deretter slettes. Dine opplysninger vil være anonyme, og det vil ikke bli identifiserbart i masteroppgaven.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Underveis i intervjuet blir det gjort lydopptak. Denne lydfilen vil brukes til transkripsjon av intervjuet i etterkant. Det vil også bli tatt notater underveis i intervjuet dersom det er naturlig. Alle opplysninger blir lagret på privat pc, i en mappe kun Tonje Sakshaug har tilgang til, og vil bli slettet ved prosjektets slutt. Filene med transkriberte intervjuer vil bli merket med nummer og ikke navn på intervjuobjektet.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 4.mai 2023, og senest når oppgaven er godkjent. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Lydopptak vil bli slettet, og transkripsjonen vil anonymiseres.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Universitetet i Oslo ved Tonje Sakshaug, (prosjektansvarlig), tlf: 450 20 736, [tsak@ahus.no](mailto:tsak@ahus.no),

Helge Skirbekk (veileder) tlf: 22 85 06 78, [helge.skirbekk@medisin.uio.no](mailto:helge.skirbekk@medisin.uio.no)

Personvernombud ved Universitetet i Oslo: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

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

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Tonje Sakshaug*

(Forsker)

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Innføring av digital hjemmeoppfølging – hvordan lykkes med endring?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)