



Uio • Universitetet i Oslo

Velferdsteknologi på sykehjem

En kvalitativ undersøkelse av helsearbeidere og deres opplevelse av endringsprosesser på arbeidsplassen

Mathilde Røed Jørgensen

Veileder: Helge Skirbekk

Universitetet i Oslo
Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn

Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy Degree
in Health Economics, Policy and Management

Mai 2022

© Mathilde Røed Jørgensen 2022

Velferdsteknologi på sykehjem – En kvalitativ undersøkelse av helsearbeidere og deres
opplevelse av endringsprosesser på arbeidsplassen

<http://www.duo.uio.no/>

Universitetet i Oslo

Sammendrag

En eldrebølge i Norge har lenge vært spådd. Andelen eldre øker og kapasiteten av yngre mennesker som kan ta vare på dem er vurdert å bli for lav. Dermed står samfunnet overfor en stor utfordring; hvordan tilby en bærekraftig helsetjeneste som kan ta vare på våre eldste? I frontlinjen av denne utfordringen står sykehjem i en særlig sårbar situasjon. Det er en stor mangel på sykepleiere generelt, og sykehjem spesielt opplever store utfordringer med rekruttering av kvalifiserte ansatte. Som en av flere løsninger på problemet presenteres velferdsteknologi. Velferdsteknologi er tekniske produkter eller hjelpemidler som kan bidra til en bedre og/eller mer effektiv pasientbehandling. Ved introduksjon av velferdsteknologi på sykehjem åpenbarer en ny utfordring seg, nemlig å forstå helsepersonells opplevelse av en endret arbeidshverdag og endrede rutiner, noe som er essensielt for en god implementering av ny teknologi. Denne oppgaven har som siktemål å undersøke følgende problemstillinger:

Hvilke utfordringer finnes når velferdsteknologi implementeres på sykehjem? Hvordan motiveres helsearbeidere på sykehjem i en endringsprosess når velferdsteknologi implementeres?

Som teoretisk rammeverk for å diskutere problemstillingen er to endringsteorier brukt; John Kotters åtte stegs endringsprosess og William Bridges sin endringsteori. Data er samlet inn ved kvalitativ metode, der åtte helsearbeidere ansatt på fire forskjellige sykehjem har deltatt i semi-strukturerte intervjuer. Informasjonen er analysert gjennom tematisk analyse, og hovedfunnene peker blant annet på utfordringer knyttet til holdninger, aldersbarrierer, opplæring og brukervennlighet. Funnene fra denne studien peker på at en klar motivasjonsfaktor er at velferdsteknologien som innføres skal ha en positiv innvirkning på pasientenes pleie. I andre rekke skal det helst også føre til avlastning av de ansattes arbeidshverdag. Videre tyder resultatene på at det er et skille mellom de forskjellige sykehjemmene. Ett av sykehjemmene hadde en tydelig leder for velferdsteknologi. Det fremstod som at dette sykehjemmet mestret endringsprosessen bedre enn sykehjem som ikke hadde dette. Det kan være flere grunner til at en slik ansatt ikke er på plass. Funnene i denne studien antyder at mangel på ressurser en mulig grunn, noe som viser mot et paradoks: sykehjem skal ta i bruk velferdsteknologi for å håndtere bemanningsutfordringer blant annet på grunn av stadig flere og komplekse pasientsaker, men har ikke nødvendigvis riktige ressurser nok til å gjennomføre endringsprosessen som oppstår ved implementering av velferdsteknologi.

Forord

I mai 2021 begynte jeg å reflektere rundt masteroppgaven, og hva jeg ønsket å skrive om. Det har vært en lang og spennende prosess frem til et ferdig produkt i mai 2022. Interessen min rundt helse og bærekraft gjorde at jeg ønsket å se på en tematikk rundt dette. Tidligere har jeg skrevet oppgaver om eldrebølgen og rekrutteringsproblemer av mannlige sykepleiere, og dette synes jeg var veldig spennende. Derfor ønsket jeg nå å fokusere på bruk av velferdsteknologi på sykehjem, da dette er en del av helse- og omsorgssektoren som sliter med rekruttering, og på samme tid står overfor en stor utfordring med eldrebølgen og flere og mer komplekse sykdomsforløp.

Det har vært et spennende arbeid å fordype seg i én ting gjennom flere måneder. Særlig har det vært en ny utfordring for meg å utføre kvalitative intervju som metode. Først og fremst vil jeg takke min veileder Helge Skirbekk for god oppfølging, sparring og diskusjon. Takk til min lesemakker, Liv, som har hjulpet meg med korrekturlesing og spennende diskusjoner, i tillegg til mange effektive dager på lesesalen. En stor takk må også rettes til min gode venninne, Julianne, for utrolig god og hjelpsom gjennomlesing av oppgaven på slutten av prosessen.

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke informantene som stilte opp i oppgaven. Uten at disse tok seg tid i arbeidsdagen for å hjelpe meg med sine refleksjoner, tanker og erfaringer hadde det aldri blitt en oppgave. Tusen takk for at dere tok dere tid, og ga meg tillit!

Oslo, mai 2022

Mathilde Røed Jørgensen

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn	1
2. Innledning	3
2.1. Tidligere forskning	4
2.1.1. IT-barrierer	4
2.1.2. Brukervennlighet	5
2.1.3. Effektivitet	6
3. Problemstilling	7
4. Teori	9
4.1. John Kotters åtte stegs endringsprosess	9
4.2. William Bridges sin endringsteori	13
5. Metode	15
5.1. Litteratursøk	15
5.2. Etske vurderinger	15
5.3. Rekruttering av utvalg	17
5.4. Datainnsamling	18
5.5. Analyse	20
5.6. Mulige bias og forskerens bakgrunn	20
5.7. Validitet og reliabilitet	21
5.8. Generaliserbarhet	23
5.9. Introduksjon av informanter	23
6. Resultater	26
6.1. Holdninger	26
6.1.1. «Et nødvendig onde»	27
6.1.2. Aldersbarrierer	28
6.2. Brukervennlighet	29
6.2.1. «Man skal ikke feile i helse!»	31
6.3. Effektivitet og trygghet	32
6.3.1. Økonomisk gevinst	33
6.3.2. En helhetlig implementering	34
6.4. Opplæring	35
6.4.1. Deltidsansatte	38
7. Diskusjon	40
7.1. utfordringer	40
7.1.1. Motstand mot endring	41
7.1.2. Aldersbarrierer	42
7.1.3. Brukervennlighet	44
7.1.4. Opplæring	45
7.2. Motivasjon	46
7.2.1. Pasientene først	46
7.2.2. En helhetlig implementering	47
7.3. Ledelse	49
7.3.1. Ledelse vs. Management	49

7.3.2. «Forankring i linja».....	51
7.4. Oppsummering av diskusjon	52
8. Konklusjon	53

Bibliografi

Vedlegg:

Vedlegg 1 – Godkjenning NSD

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Vedlegg 3 – Intervjuguide

1. Bakgrunn

Da jeg gikk på barneskolen ble vi advart om eldrebølgen som ville komme. Vi ble fortalt at vår generasjon må jobbe lengre enn våre besteforeldre og foreldre for å sørge for at de får en verdig alderdom. Jeg har blitt forberedt på at det ble vår oppgave å løse utfordringen det gir at man har et samfunn med en skjev aldersbalanse, der det er flere eldre enn yngre. I tillegg til mangel på arbeidstakere, representerer eldrebølgen også en annen utfordring, nemlig bærekraftperspektivet. Begrepet bærekraft ble introdusert av Gro Harlem Brundtland i 1984 og blir definert som «Bærekraft er en utvikling som tilfredsstillers dagens behov, uten å ødelegge fremtidige generasjoners muligheter til å tilfredsstillere sine behov» (UN, 1987).

Situasjonen i Norge i dag er nettopp den jeg ble advart om. Vi har mangel på sykepleiere og helsearbeidere (Gautun, 2020). I 2019 utførte SSB en framskrivning som ser på situasjonen av behov for helsepersonell fra 2017 til 2035 (SSB, 2019). Denne rapporten beregner at Norge vil kunne trenge mer enn 70 000 flere årsverk i helse- og omsorgstjenesten fra 2017 til 2035 (SSB, 2019). Utfordringen er todelt; ikke bare trenger Norge flere omsorgsarbeidere enn vi har i dag, det er også vanskelig å rekruttere nye sykepleiere og vernepleiere til kommunale omsorgstjenester, ifølge Kompetanseløftet 2020 (Helsedirektoratet, 2020).

Eldrebølgen som ble nevnt innledningsvis vil treffe skjev, og ramme de forskjellige landsdelene ulikt (Helsedirektoratet, 2020). Ikke bare vil det i fremtiden være en større andel eldre, men disse vil også ha mer komplekse sykdommer og mer komorbiditet (Helsedirektoratet, 2020). Dette gjør at det vil være behov for flere spesialsykepleiere, men også et behov for at kompetansen til de som allerede er ansatt og utdannet heves (Gautun, 2020). Helsedirektoratet understreker denne problematikken og konkluderer følgende i sin rapport om Kompetanseløftet 2020:

Å sikre en bærekraftig tjeneste med økning i antall eldre og yngre brukere med komplekse og sammensatte behov, krever endring og innovasjon i tjenestene. Disse utfordringene må møtes bl.a. med tverrfaglig teamarbeid, koordinering, høyere utdanningsnivå og bruk av velferdsteknologi (Helsedirektoratet, 2020, s. 6).

Velferdsteknologi pekes dermed på som én av flere elementer som kan bidra til en mer bærekraftig helsetjeneste og mer effektiv bruk av ressurser (Helsedirektoratet, 2020; Direktoratet for e-helse, 2021). Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske løsninger som kan gjøre det enklere å klare seg lenger i egen bolig og sikre livskvalitet, verdighet, trygghet og en enklere hverdag for både pasient, pårørende og helsepersonell (Direktoratet for e-helse, 2021).

I neste kapittel vil mangel på ansatte i helse- og omsorgssektoren utdypes, sammen med en presentasjon av flere utviklingskommuners erfaring ved implementering av velferdsteknologi. Tidligere forskning på helsepersonells holdninger og utfordringer med teknologi vil drøftes, før problemformuleringen presenteres. Deretter vil det teoretiske rammeverket for oppgaven belyses, etterfulgt av valg av metode. Så følger presentasjon av resultater, drøfting av disse opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk, før oppgaven avsluttes med en konklusjon.

2. Innledning

Som nevnt er velferdsteknologi vurdert som et potensielt viktig bidrag i å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for eldre i fremtiden. I 2014 lanserte Helsedirektoratet et nasjonalt velferdsteknologiprogram, som arbeidet med fem underliggende samfunns mål; økt trygghet for pasientene, mestring for pasientene, mer tilfredse pasienter, økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og spart tid og kostnader i helse- og omsorgstjenestene som skal gi samfunnsøkonomiske gevinster og økt omsorgskapasitet (Melting, 2017).

Noe kartlegging av bruken av velferdsteknologi er allerede gjort. Mellom 2013 og 2016 ble noen norske kommuner valgt ut som «utviklingskommuner» hvor velferdsteknologi ble implementert for å høste erfaringer. Fra dette arbeidet ble noen forutsetninger for å lykkes etablert: endring i tankesett, valg av «riktig» bruker, altså riktig produkt til riktig pasient/beboer, og forankring og opplæring. Spesielt det siste punktet om forankring og opplæring fremstår som viktig, da det fokuserer på at en forankring både politisk, administrativt og faglig er viktig, og at alle som er involvert i endringen skal være innerforstått med prosessen og ha eierskap til produktene og endringen som skal gjennomføres. Dette oppnås ved god opplæring, og tid og ressurser for å innarbeide nye rutiner på arbeidsplassen (Melting, 2017). I rapporten fra utviklingskommunene kommer det frem at det kreves mye fra de ansatte i helse- og omsorgstjenesten når velferdsteknologi innføres på arbeidsplassen.

Som nevnt tidligere er mangelen på helsepersonell særlig stor innen kommunale helse- og omsorgstjenester som sykehjem og hjemmesykepleie. Ifølge Gautun (2020) er blant annet stor arbeidsbelastning, dårlig kvalitet og dårlig ledelse tre av flere grunner til at rekruttering er vanskelig i sykehjem og hjemmesykepleie. Nyutdannede sykepleiere har oppgitt at dårlig erfaring i praksisopphold er en av grunnene til at de ikke ønsker seg til sykehjem og i hjemmetjenesten, og at de erfarer at de ansatte i disse institusjonene arbeider under stort tidspress (Gautun, 2020). En undersøkelse fra 2018 viser at kun to av ti nyutdannede ønsker å jobbe i kommunen (Helsedirektoratet, 2020). I 2016 ble det gjennomført en undersøkelse blant 4945 sykepleiere, der de oppga at motivasjonen for å jobbe på sykehjem eller i hjemmetjenesten var på grunn av meningsfulle og interessante arbeidsoppgaver, men at grunnen til at de vurderte å slutte var stor arbeidsbelastning og stort tidspress (Gautun, 2020). Det er altså godt kartlagt i spørreundersøkelser at studenter og ansatte i tjenesten opplever

utfordringer på arbeidsplassen. I det følgende underkapittelet vil jeg oppsummere forskning gjort spesifikt på holdninger og utfordringer knyttet til velferdsteknologi i helsesektoren.

2.1. Tidligere forskning

Tidligere forskning viser at det er gjort spesifikke studier på velferdsteknologi og helsepersonell. Disse studiene undersøker hvilke holdninger helsepersonell har til velferdsteknologi og hvilke typer utfordringer de har opplevd når det har blitt implementert velferdsteknologi på arbeidsplassen. Her er det primært helsepersonells syn som er i fokus, men noe forskning med synspunkter fra IT-personell, ledelse og øvrige medarbeidere er også inkludert.

2.1.1. IT-barrierer

Blant utfordringene som har kommet frem i forskning er IT-barrierer. En artikkel av Eikebrokk, Moe og Steindal (2016) har presentert resultatene etter flere pilotprosjekter av velferdsteknologi i kommuner i Norge, der de har identifisert både positive opplevelser og utfordringer knyttet til prosjektene. I denne studien ble det intervjuet ansatte på IT-avdelinger om deres opplevelse av bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren på kommunenivå. Deres funn peker på frustrasjon og en stor mengde ansvar og arbeid på IT-avdelingene, i tillegg til mangel på ressurser og standarder når det implementeres nye teknologiske prosjekter (Eikebrokk et al., 2016).

Erfaringen fra Eikebrokk et al. (2016) understøttes av en forskningsartikkel av Lo, Waldahl og Antonsen fra 2019. Lo et al. (2019) undersøkte i likhet med Eikebrokk et al. (2016) implementering av velferdsteknologi i kommunale tjenester. I artikkelen sammenlignes det fire studier utført i forskjellige norske kommuner, der informantene i hovedsak kom fra ledelse, mellomledelse og medarbeidere i kommunene. Datainnsamling ble gjort gjennom intervju, fokusgrupper og observasjon. I studien etableres det tre hovedtemaer som går igjen; tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende (Lo et al., 2019). En utfordring som fremheves er organiseringen av helse/omsorg og IKT. En forutsetning for en sømløs bruk av ny teknologi i helse- og omsorgssektoren er en tilstedeværende IKT-avdeling, finner Lo et al. (2019). Utfordringen ligger der helse/omsorgsarbeidere er i arbeid 24-timer i døgnet, mens IKT-avdelingene gjerne opererer med en alminnelig arbeidsdag fra kl. 8-16 (Loe et al., 2019). Når det kommer til implementering av teknologi og den raske utviklingen, ses det at det

krever en viss form for handlingsrom på institusjonene, til å hele tiden tilpasse implementeringen til den uforutsigbare og hurtige endringen og introduksjonen av stadig ny teknologi (Lo et al., 2019).

De to studiene peker på to sider av samme sak. Det ligger et stort press på IT-avdelingene, og økt bruk av velferdsteknologi fører IT-avdelingene og helse- og omsorgsarbeiderne nærmere hverandre. IT-avdelingene opplever stort arbeidspress når de er på jobb, og helse- og omsorgsarbeiderne har ikke mulighet til hjelp og veiledning fra IT-avdelingen halve arbeidstiden. Det er en åpenbar utfordring.

2.1.2. Brukervennlighet

Der Eikebrokk et al. (2016) fokuserte på opplevelsen hos IT-ansvarlige, intervjuet Levine, Richardson, Granieri og Reid (2014) 25 fastleger i seks fokusgrupper med mål om å identifisere deres interesse for teknologi, forventede barrierer og tilretteleggere ved bruk av telemedisin på jobb, for eksempel smarttelefoner for å overvåke og håndtere kroniske smerter hos eldre voksne. Resultatene deres viste at disse fastlegene generelt var positive til å implementere ny teknologi. Likevel identifiserte de også flere mulige barrierer, eksempelvis ustabilitet i teknologien, i tillegg til viktigheten av et brukervennlig design (Levine et al., 2014).

Studien av Levine et al. (2014) understøttes av en kvantitativ studie av Barchielli, Marullo, Bonciani og Vainieri (2021) der de undersøker sykepleiere og deres aksept av teknologi på jobb. Undersøkelsen ble utført på 54 italienske sykepleiere, og deres teoretiske bakgrunn var UTAUT-modellen, som står for «Unified Theory of Acceptance and Use of Technology». UTAUT-modellen refererer til, og integrerer, åtte teorier som skaper et rammeverk for å beskrive aksepten av teknologi. Resultatet av denne studien viser at sykepleiere generelt sett var positive til teknologi, men at de også satte visse krav for at implementeringen skulle være en suksess (Barchielli et al., 2021). Alder ble trukket frem som en barriere av Barchielli et al. (2021). At høyere alder og generasjonsbaserte forskjeller er tilstede på arbeidsplassen kan være en berikelse, men det krever at ledelsen er klar over disse forskjellene, også ved implementering av nye teknologiske apparater (Barchielli et al., 2021). Dette betyr at for at implementeringen av ny teknologi skal være en suksess, må brukerdesignet tilpasses nivået til sykepleierne som skal benytte seg av teknologien, eller at opplæring tilpasses individuelle behov.

En litteraturstudie utført av Barrett, Thorpe og Goodwin (2014) understreker også viktigheten av å fokusere på brukervennlighet ved implementering av ny teknologi. En dårlig opplevelse ved bruk av velferdsteknologi for brukeren, vil kunne bremse videre utvikling og bruk av øvrig og fremtidig teknologi på arbeidsplassen (Barrett et al., 2014). Studien av Barrett et al støtter dermed funnene fra Levine et al. (2014) og Barchielli et al. (2021).

2.1.3. Effektivitet

Et siste element som går igjen i flere studier er viktigheten av at det tekniske produktet tilfører verdi for pasientene og gjør arbeidsdagen enklere og mer effektiv, både for brukeren og pasienten. Barrett et al. (2014) finner i sin studie, i tillegg til brukervennlighet, at det skal være evidensbasert nytteverdi på produktet. Dette understøttes av Barchielli et al. (2021), som trekker frem at en positiv faktor for sykepleierne var at teknologien skulle kunne gi en mer effektiv behandling av pasientene. Det kan dermed være en motivasjonsfaktor for brukerne at produktet de skal ta i bruk beviselig skal gi en bedre og mer effektiv behandling av pasientene. Dette understøttes av funn fra en kvantitativ studie utført med hjemmesykepleiere i Sogn og Fjordane i Norge (Øyen, Sunde, Solheim, Moricz og Ytrehus, 2017). Denne studien ser på sykepleiere og helsepersonell i hjemmesykepleiens tilnærming og holdning til velferdsteknologi i hjemmehjelpen, og viser at sykepleiere i stor grad stiller seg positive til dette. Elementer som større trygghet for pasientene, sannsynligheten for å bo hjemme lengre, større mulighet for pasienten å håndtere situasjonen sin i tillegg til at velferdsteknologi kan avløse familie og pårørende var viktige faktorer som gjorde at sykepleiere og helsepersonell i hjemmesykepleien var positive til velferdsteknologi i denne settingen (Øyen et al., 2017).

Tidligere forskning på tematikken viser dermed at helsepersonell har en gjennomgående positiv holdning til velferdsteknologi, men at barrierer som alder, brukervennlighet og en tilstedeværende IT-avdeling kan gjøre det utfordrende i implementeringsprosessen. En viktig motivasjonsfaktor er at produktene skal føre til en bedre hverdag for pasientene, og at en dårlig opplevelse med velferdsteknologi kan føre til redusert motivasjon ved neste implementering.

3. Problemstilling

Det ligger en tydelig utfordring i det å gi de eldre og syke en verdig behandling og pleie, når sykehjemmene sliter med å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell til å utføre disse oppgavene. I tillegg vil problemet med flere eldre og syke øke, og det vil i fremtiden være enda færre pleiere per pasient enn hva vi ser i dag. Velferdsteknologi blir pekt på som en av flere elementer som kan bidra til å løse dette problemet, men det er ikke uproblematisk å introdusere velferdsteknologi, da dette fører til en stor endring på arbeidsplassen. Tidligere forskning viser at helsepersonell alt i alt er positive til bruk av teknologi på jobb, men at det er visse barrierer som gjør implementeringen utfordrende. Disse utfordringene er presentert overfor, og gjelder blant annet områdene brukervennlighet, aldersbarrierer og en tilstedeværende IT-avdeling. Denne oppgaven vil undersøke helsepersonell ansatt på sykehjem sine opplevelser og erfaringer ved introduksjon av ny velferdsteknologi på jobb, for at få en større forståelse for hvilke utfordringer som oppstår i en slik prosess, og samtidig identifisere viktige motivasjonsfaktorer i en slik endringsprosess. Flere sykehjem har nå gjennomgått en eller flere implementeringsprosesser av velferdsteknologi, eller står midt i denne prosessen. Det er viktig å lære av disse prosessene slik at det blir enklere å introdusere ny teknologi på sykehjem i fremtiden, ettersom det er tydelig at velferdsteknologi vil fortsette å spille en stadig større rolle i helse- og omsorgstjenesten.

Oppgaven vil forsøke å svare på følgende problemstillinger:

- *Hvilke utfordringer finnes når velferdsteknologi implementeres på sykehjem?*
- *Hvordan motiveres helsearbeidere på sykehjem i en endringsprosess når velferdsteknologi implementeres?*

Oppgaven vil fokusere på ansatte på sykehjem og deres personlige opplevelse med bruk av velferdsteknologi. Dette er særlig interessant å undersøke på grunn av den kommende eldrebølgen i samfunnet og rekrutteringsproblemer på sykehjem. Hvordan oppleves det for ansatte på sykehjem at arbeidshverdagen deres endres ved implementering av velferdsteknologi? Hvilke erfaringer har de gjort seg og hva er de generelle holdningene på arbeidsplassen? Håpet er at oppgaven vil gi en større innsikt i, og økt lærdom av endringsprosessen som oppstår når velferdsteknologi implementeres på sykehjem, slik at gevinstrealiseringen (implementering av tiltak med mål om å oppnå gevinster, og sørge for at

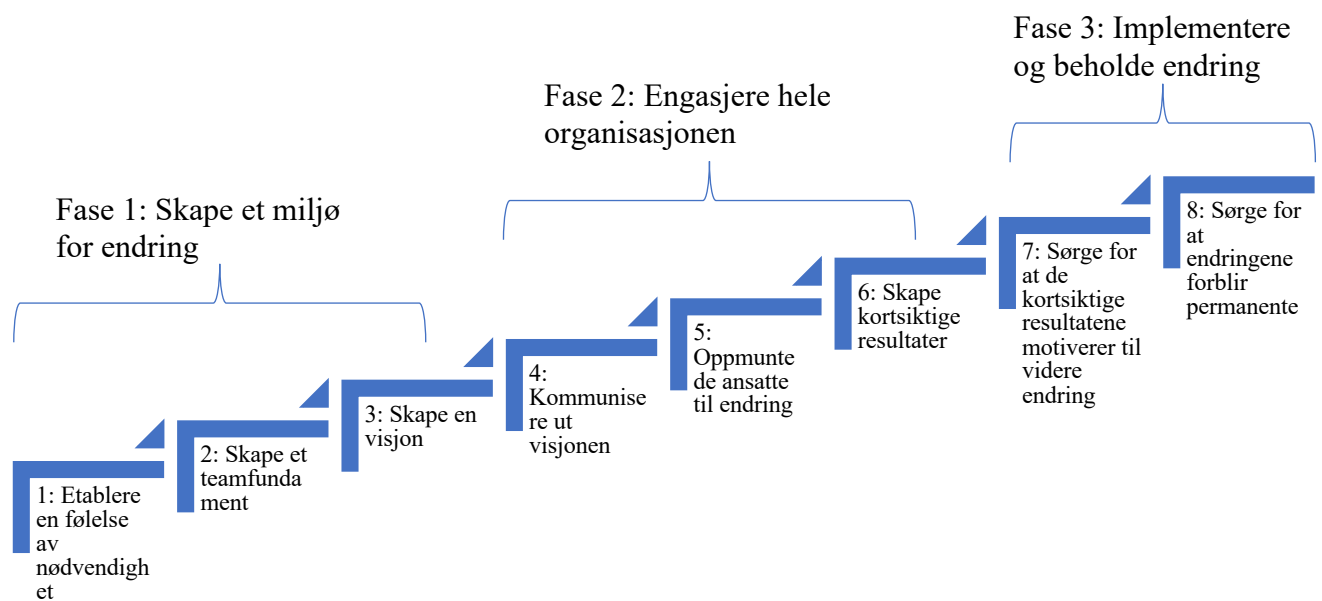
disse gevinstene blir realisert) for pasienter, ansatte og kommuner kan optimaliseres i fremtiden (DFØ, 2022).

4. Teori

For å forstå og kunne diskutere resultatene av den kvalitative undersøkelsen, vil dette kapitlet presentere relevant teori for tematikken. Fordi problemformuleringen omhandler erfaringer ved implementering og bruk av velferdsteknologi på sykehjem fra de ansattes perspektiv, vil endringsteori bli brukt som bakteppe i diskusjonen. To endringsteorier, John Kotter (1996) og William Bridges (1991), vil presenteres i dette kapitlet, og siden diskuteres i kapittel 7. Både Kotter (1996) og Bridges (1991) er teorier benyttet i endringsledelse i helsesektoren, noe som blant annet er grunnen til at disse teoriene er valgt til denne oppgaven. Hovedforskjellen på de to teoriene er at Kotter fokuserer noe mer på strategisk endring, mens Bridges vektlegger den personlige og psykologiske opplevelsen de ansatte opplever ved endring. Derfor kan man til dels anvende disse to teoriene parallelt; Kotter (1996) viser vei og gir en organisasjon et kart og en veiviser for å mestre endring, mens Bridges (1991) fokuserer på den menneskelige belastningen det er å stå i de forskjellige fasene i en endringsprosess.

4.1. John Kotters åtte stegs endringsprosess

John Kotters endringsteori ble først presentert i boken «Leading Change» i 1996. Den baserer seg på endringsprosesser gjennomført i 100 organisasjoner, og har senere blitt en anerkjent teori. Kotters teori er inspirert av Kurt Lewins tre-stegs endringsteori; unfreeze – change - refreeze, som regnes som en av de originale endringsteoriene, og som stadig benyttes i dag (Cummings, Bridgeman og Brown, 2016). Denne modellen er dog av noen kritisert for å være «for enkel», og Kotter har i sin teori bygget videre på Lewin og skapt en mer kompleks endringsteori med flere steg. Kotter (1996) refererer til at motivet for endring enten er et behov for å øke omsetning, eller å øke effektivitet. Kotters endringsteori illustreres nedenfor:



Illustrasjon 1 (Kilde: Oversatt og inspirert av Kotter, 1996).

Stegene i Kotters (1996) modell baserer seg på gjennomgående observasjoner av feil i organisasjonene han har undersøkt, og introduserer disse innledningsvis, før han omvender feilene til de åtte konkrete stegene for endring. Stegene bygges på hverandre, og må derfor gjennomføres i rekkefølge. Selv om modellen gir en tydelig vei for ledere når de skal implementere endring i organisasjonen, kritiseres modellen også for nettopp dette, da det kan føre til store utfordringer om ett eller flere steg utelates (Kotter, 1996, s. 23).

Fordi stegene bygger på hverandre, vil det første steget være like viktig som det åttende steget. Dermed vil man, ifølge Kotter (1996), ikke mestre implementeringen hvis man feiler med å bygge et fundament og skape et miljø for endring, som inkluderer steg en til tre. Å skape en forståelse og en følelse av nødvendighet er det første steget til Kotter, og et steg han mener mange glemmer å fokusere på (Kotter, 1996, s. 36). Høy selvtilfredshet kan føre til at organisasjonen står på stedet hvil, fordi de ansatte ikke forstår at en endring er nødvendig i den situasjonen organisasjonen står i for øyeblikket, eller vil befinne seg i innen kort tid (Kotter, 1996, s. 36). Dermed vil det nesten være umulig å implementere endring (Kotter, 1996, s. 36). I ett av firmaene Kotter undersøkte, var det høy selvtilfredshet i hele organisasjonen. Det var flere grunner til det, men en av grunnene var at organisasjonsstrukturen var slik at de ansatte fokuserte på sine kortsiktige arbeidsoppgaver og

mål, og hadde liten oversikt og eierskap over den generelle retningen til bedriften. Når det da oppstod utfordringer for organisasjonen var det få eller ingen som følte ansvar, ergo var det heller ingen som følte at en endring var nødvendig, fordi alle individene utførte sine daglige oppgaver som de skulle (Kotter, 1996, s. 40). Kotter viser til at de aller fleste ansatte, 75% av mellomledelsen og hele toppledelsen må være innforstått med at endring er absolutt nødvendig for å kunne gjennomføre en suksessrik endringsprosess (1996, s. 48).

I andre steg fokuserer Kotter på viktigheten av å ha et riktig team med seg i starten. Han sammenligner en saktegående verden med en raskt utviklende en, og det å ikke ha riktig system og team i orden for rask informasjonsflyt kan stagnere endringsprosessen (Kotter, 2016, s. 55). I dette steget er tre ting viktig; finne de riktige menneskene, skape tillit og utvikle et felles mål (Kotter, 1996, s. 66). Steg to glir raskt over i steg tre, der det handler om å skape en visjon og en strategi. Grunnen til at en tydelig visjon er viktig, er fordi det kan motivere ansatte til å gå ut av komfortsonen som er nødvendig når en endring skal implementeres (Kotter, 1996, s. 70). De ansatte settes i ukomfortable situasjoner når de må endre arbeidsmetode, lære noe nytt eller jobbe med færre ressurser, og en tydelig visjon kan gi håp og motivasjon til å overkomme denne ubehagelige innledende fasen (Kotter, 1996, s. 70).

Etter å ha etablert en visjon, er neste steg kommunikasjon. Å ha en tydelig visjon hjelper ingen dersom den ikke er kommunisert ut på en tydelig måte (Kotter, 1996, s. 86). Kotter forklarer at det ofte oppstår utfordringer i kommunikasjonen av visjonen om de tre foregående stegene ikke er gjennomført ordentlig; hvis de ansatte ikke har forstått alvoret lytter de ikke, hvis teamet formet i steg to ikke består av de riktige individene kan de ha problemer med kommunikasjon, og er ikke visjonen tydelig nok vil det skape misforståelser og utfordringer (Kotter, 1996, s. 87). Det femte steget handler om å gi de ansatte det de trenger for å implementere endringen. Hvis de har forstått visjonen og er motivert for endring, er det viktig å tilby riktig opplæring (Kotter, 1996, s. 108-109). I dette steget adresserer Kotter også mellomledere og andre ansatte som motstår endring i større grad enn andre, hvilket stopper opp eller forsinker endringsprosessen (Kotter, 1996, s. 114). Disse individene, og særlig om de er mellomledere, er det viktig å identifisere og snakke med raskt, da de kan føre til motløshet blant andre ansatte. Hvis det ikke har konsekvenser for vedkommende å motstå endring, hvorfor skal andre gå gjennom den ubehagelige prosessen for å skape endring? (Kotter, 1996, s. 114).

For å oppmuntre de ansatte til å fortsette endringsprosessen uten å gi opp, handler sjette steg om å skape og fokusere på kortsiktige resultater for de ansatte, da det er lett å miste motivasjonen om det kun fokuseres på «det store bildet» (Kotter, 1996, s. 118). Å nå små milepæler jevnlig gjør det tydelig for de ansatte at jobben de legger ned gir resultater (Kotter, 1996, s. 122). Små seire kan motivere, men det kan også gjøre folk tilfredse med den jobben som allerede er gjort. Steg syv i Kotters modell fokuserer på at disse små seirene ikke skal gjøre at folk slipper opp og legger ned alt det gode arbeidet som er gjort for å nå de små målene (1996, s. 132). Det siste og åttende steget til Kotter handler om å inkorporere endringene som er skapt i kulturen på arbeidsplassen (1996, s. 145). Når endringen blir en del av kulturen utføres handlinger uten at man er bevisst på det, som er det motsatte hvordan situasjonen er ved starten av endringsprosessen (Kotter, 1996, s. 151). Et av poengene til Kotter er at nye metoder først blir en del av kulturen når resultatene viser at den nye tilnærmingen er overlegen de gamle metodene (Kotter, 1996, s. 157). Derfor er det viktig at det er tydelig for både ansatte og ledelsen at endringene som iverksettes over tid fremstår som bedre/mer effektive, og at det er verdt alt arbeidet og ubehaget som følger med når endring implementeres.

Kotter sammenligner også «management» og «leadership», og fokuserer på viktigheten av å være en leder i en endringsprosess, i motsetning til å kun håndtere «management»-oppgaver som for eksempel budsjett, organisering og ansettelser (1996, s. 25). En leder skal, ifølge Kotter, inspirere, vise vei i endring, engasjere og motivere de ansatte, i tillegg til å skape en kultur som mestrer utfordringen en endringsprosess er (Kotter, 1996, s. 25). Kotter peker dermed på to avgjørende faktorer ved implementering av endring; (1) å forstå de forskjellige stegene, og (2) lederskap (1996, s. 31). Videre i oppgaven vil begrepene «management» og «leadership» omtales som management og lederskap.

I perspektivet til en leder av en helseinstitusjon fremhever Robert Campbell (2020), basert på Kotters teori, at i en endringsprosess er det både et psykologisk og et situasjonsbasert perspektiv, som begge er like viktige. Å ignorere det faktum at endring påvirker de ansattes identitet og arbeidshverdag gjør at man aldri vil få gjennomført endringen som skal til, og man vil bli stående på stedet hvil (Campbell, 2020). Der Kotter (1996) presenterer et strategisk rammeverk for endring anerkjenner han at det et menneskelig perspektiv i en endringsprosess. Dette perspektivet utdypes av William Bridges i neste avsnitt.

4.2. William Bridges sin endringsteori

William Bridges introduserte sin endringsteori i 1991. Mens Kotters modell er mer situasjonsbasert, handler Bridges sin endringsteori om den psykologiske effekten endring har på de ansatte (Campbell, 2020). Bridges introduserer tre steg i sin teori; (1) avslutninger, (2) nøytral sone og (3) nye begynnelse. Campbell (2020) setter Bridges sin teori i relasjon med endringer for en lege eller helsefagarbeider. Det pekes blant annet på at det ikke nødvendigvis er selve endringen helsepersonell motsetter seg, men tapet av, og mangel på kontroll på hvordan pleien skal utføres fremover. Eller at en ny metode eller teknologi vil påvirke relasjonen de har til pasientene. Bridges fokuserer på viktigheten for ledere å anerkjenne disse tapene de ansatte kan føle på når en endring implementeres på arbeidsplassen. Ikke bare mener Bridges at lederne skal anerkjenne dette, men at det også skal være aksept og forståelse for store reaksjoner som kan komme fra de ansatte i denne forbindelse. I det første steget til Bridges, kalt «avslutninger», skal de ansatte forstå at hverdagen akkurat slik de kjenner den vil forsvinne, og de må forstå og forberede seg på en ny identitet og nye oppgaver som følger endringen (Campbell, 2020).

I «den nøytrale sonen», som Bridges beskriver som perioden mellom «avslutningen» og «nye begynnelse», kan det oppstå utfordringer som lav motivasjon, dårlig teamarbeid og mangel på kommunikasjon mellom de ansatte (Campbell, 2020). Her understreker Bridges viktigheten av å inkludere de ansatte, få de til å forstå endringen i et større perspektiv og legge til rette for team-building og aktiviteter som fremmer miljø og inkludering.

Det siste steget til Bridges sin teori, «nye begynnelse», er delen der endring implementeres. Bridges har et stort fokus på *endringsprosessen*, mer enn resultatet. I det siste steget til Bridges understrekes viktigheten av å ha en tydelig plan; hvordan vil arbeidshverdagen endre seg, hva slags opplæring skal de få, når de skal få informasjon? Også i denne planen er fokuset mer på prosessen de ansatte skal stå i. I planen mener Bridges det er viktig å fortelle alle individene spesifikt hvordan de skal være en del av denne endringsprosessen. Dette kan gjøres på mange måter, men målet er å inkludere alle slik at de på den måten får eierskap til transformasjonen, men også at de ikke er «etterlatt» til å selv finne ut av deres rolle i prosessen (Campbell, 2020).

De to teoriene er ikke helt ulike, men på mange måter gir Kotters (1996) teori en svært konkret «steg for steg» og strategisk prosess, mens Bridges (1991) flytter sin teori mer over

på individene og deres personlige utfordringer og ubehaget som oppstår i en endringsprosess. Der Kotter (1996) anerkjenner at endring er svært belastende for ansatte og ledere, dreier Bridges sitt fokus over på å møte de ansatte i følelsene sine, akseptere at de potensielt må stå i sinne, frustrasjon og lav motivasjon før de kan nå siste steg og en ny begynnelse (Campbell, 2020). Teoriene presentert i dette kapitlet peker på viktige elementer som skal være til stede for en sømløs endringsprosess, og disse perspektivene er viktige når en skal undersøke og forstå helse- og omsorgsarbeideres opplevelse ved endring som oppstår ved implementering av velferdsteknologi. Neste kapittel vil presentere og dype valg av metode for studien.

5. Metode

Fordi målet med studien er å undersøke enkeltindividers opplevelse av velferdsteknologi på arbeidsplassen i dybden, er den utformet som en kvalitativ studie basert på semi-strukturerte intervjuer. Kvalitativ metode brukes for å utforske følelser, erfaringer og meninger hos individer, og er en mer abstrakt metode enn en kvantitativ tilnærming for datainnsamling (Green og Thorogood, 2018, s. 7). Grunnen til at kvalitativ metode er valgt i denne oppgaven er for å forstå informantenes erfaringer og opplevelser ved bruk av velferdsteknologi på arbeidsplassen, hvordan de personlig opplever det å endre på arbeidshverdagen sin, hvilke utfordringer som har oppstått og deres følelser rundt dette. Ved kvalitativ metode handler undersøkelsen om å finne svar på spørsmål som «hvorfors» og «hvordan», heller enn «hvor mye» (Malterud, 2001). Det er heller ikke nødvendigvis målet å finne et svar en kan sette to streker under, men heller utforske og få større forståelse for et fenomen (Malterud, 2001).

5.1. Litteratursøk

Tidligere forskning som er inkludert i oppgaven er samlet inn via to databaser; Google Scholar og Oria. Søkeordene som er brukt er følgende: velferdsteknologi sykehjem, velferdsteknologi, welfare technology healthcare, technology in healthcare. Både norske og engelske søkeord ble valgt for å få varierte resultater. På grunn av omfanget av oppgaven og de begrensinger som ligger til grunn, ble kun et lite utvalg artikler valgt med i denne oppgaven. Disse presenteres i hovedsak i kapittel 2, og deretter diskuteres i sammenheng med teori og resultater i kapittel 7.

5.2. Etiske vurderinger

I dette prosjektet har det vært stort fokus på håndtering og bearbeiding av data, og at informantene som er deltatt er aidentifisert. Dette er en svært viktig del av kvalitativ forskning. Lagring og anonymisering av data er utført etter instruks fra Norsk Senter for Forskningsdata (heretter omtalt som NSD), som også har godkjent prosjektet på denne bakgrunn (vedlegg 1; NSD, 2022). Prosjektnummeret fra NSD er 273846.

Informert samtykke

Alle informantene har mottatt et informasjonsskriv med presentasjon av prosjektet, en introduksjon av meg som forsker og hvorfor de er invitert til å delta. Dette informasjonsskrivet ble distribuert elektronisk og skriftlig i forkant av intervjuet, og

hovedpunktene i informasjonsskrivet ble gjentatt muntlig av meg i forkant av intervjuet. Deltakerne signerte informert samtykke før intervjuet ble gjennomført, bortsett fra en som på grunn av tekniske utfordringer sendte dette umiddelbart etter at intervjuet var avsluttet (vedlegg 2).

Konfidensialitet

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet er håndtering og bearbeiding av data svært viktig i kvalitativ metode. Konfidensialitet betyr at data som innsamles er aidentifisert og at informantens personlige informasjon ikke er tilgjengelig for andre enn den eller de som er oppgitt i informert samtykke (Green og Thorogood, 2018, s. 93). Måten jeg sikret konfidensialitet på i oppgaven var å erstatte alle navn på informanter, stedet de arbeidet og annen sensitiv informasjon i transkriberingen av intervjuene. Ingen dokumenter ble lagret eller kunne identifiseres ved hjelp av navn eller arbeidsplass, og med det samme intervjuet var over fikk informanten et tall som ble brukt i senere bearbeidelse. Alle dokumenter (opptak, transkribering, koding og analyse) ble oppbevart og lagret på en låst PC. Disse tiltakene ble også gjennomført på bakgrunn av krav fra NSD.

Kobling til velferdsteknologi-leverandør

Et perspektiv som er viktig å nevne er at selskapet som hjalp meg med rekruttering, som blir utdypet i kapittel 5.3., DignaCare, har økonomisk tilknytning til min familie. Det kan dermed stilles spørsmålsteget ved om jeg som forsker har hatt en nøytral posisjon ved omtale av dette selskapet og deres produkt, som noen av informantene brukte på sin arbeidsplass. Dette er en problemstilling jeg har vært svært bevisst på gjennom hele prosjektet, og noe som også er diskutert med min veileder og med DignaCare selv. Jeg har, ved å holde fokus på informantens perspektiv, opplevelser og erfaringer, forsøkt å ikke la meg påvirke av denne koblingen. Det skal også understrekes at jeg ikke har noen personlige midler investert i dette selskapet og har heller ingen motivasjon eller forpliktelse til selskapet om å omtale deres produkter i en spesiell positiv eller negativ retning. Jeg har forsøkt å gjøre en undersøkelse og skrive en selvstendig oppgave som kan være relevant og viktig for alle produsenter og leverandører av velferdsteknologi, i tillegg til ledelse på slike arbeidsplasser. Det har ikke vært min intensjon eller motivasjon å skrive en bestillingsoppgave for dette selskapet, og det er min oppfatning at det har jeg heller ikke gjort.

5.3. Rekruttering av utvalg

I utgangspunktet var målet med rekrutteringen å samle minst ti informanter, og ønsket var at disse skulle representere minst to forskjellige sykehjem. Dette var for å få en større representasjon i oppgaven, da antagelsen var at å kun intervju informanter fra ett og samme sykehjem kunne generere mange like svar. Et ønske, men ikke et krav, var at begge kjønn var inkludert, og at informantene representerte ulike aldersgrupper. Da problemformuleringen ikke fokuserer på en spesifikk yrkesgruppe, var det ikke et krav, men ønskelig med representanter fra flere yrkesgrupper som jobber pasientnært på et sykehjem.

Det viktigste kriteriet for rekrutteringen av informanter var at vedkomne skulle jobbe på sykehjem og ha pasientkontakt. Det var underordnet hvilken utdannelse og rolle de hadde på arbeidsplassen. Denne tilnærmingen ble lagt til grunn for at det skulle være enklere å finne og rekruttere informanter, og kriteriet om pasientkontakt på sykehjem ble sett på som essensielt for å kunne svare på problemstillingen. Målet med utvalget og antall informanter var at det skulle være stort nok til å belyse en variasjon av opplevelser, erfaringer og potensielle utfordringer knyttet til velferdsteknologi, i tillegg til å oppnå metning. Metning betyr at man samler inn data helt til det ikke lenger genereres ny informasjon (Green og Thorogood, 2018, s. 77).

Målet om antall informanter satt i forkant av rekrutteringen var som sagt ti, med tanke om at det var det mest realistiske tallet som ville gi metning. Det endelige tallet endte på åtte, av to grunner. Først og fremst viste det seg å være utfordrende og tidkrevende å rekruttere nok informanter. Ansatte på sykehjem og i andre helseinstitusjoner har hatt høy arbeidsbelastning de siste to årene på grunn av Covid-19-pandemien, noe som gjorde det utfordrende å få informanter til å sette av 40-60 minutter av dagen sin til å delta i undersøkelsen. For det andre, når åtte intervjuer var gjennomført hadde jeg oppnådd en god sammensetning av individer som ble vurdert som tilfredsstillende innen de kravene og ønskene som var satt i forkant. Informantene bestod av begge kjønn (seks kvinner og to menn), en variasjon i alder (20-50 år), flere yrkesgrupper (fire helsefagarbeidere, to vernepleiere, en assistent og en sykepleier) og informantene representerte fire forskjellige sykehjem. Det ble konkludert at metning var oppnådd ved åtte informanter, da intervju syv og åtte ikke presenterte ny tematikk, men underbygget svar fra de andre intervjuene.

Metoden for å rekruttere utvalget var en kombinasjon av målrettet utvalg og «snøballprøvetaking» (Green og Thorogood, 2018, s. 75-77). Målrettet utvalg betyr at informantene ble valgt på bakgrunn av gitte krav satt i forkant av rekrutteringen (Green og Thorogood, 2018, s. 75). «Snøballprøvetaking» betyr at man rekrutterer utvalget ved at en deltaker inviterer flere gjennom sitt nettverk (Green og Thorogood, 2018, s. 77) Jeg sendte mail til ledelsen på flere sykehjem for å høre om de hadde en eller flere ansatte som kunne tenke seg å delta i undersøkelsen, inkludert en presentasjon av meg og mitt prosjekt. På denne måten rekrutterte jeg én informant og en annen informant ble rekruttert via en bekjent. De resterende seks informantene ble rekruttert gjennom en kontakt i selskapet DignaCare, som utvikler velferdsteknologi. Vedkommende fungerte som en form for «portvakt» som gikk god for meg og mitt prosjekt (Green og Thorogood, 2018, s. 91). På denne måten ble jeg satt i kontakt med to ledere av to forskjellige sykehjem, som igjen hjalp meg med å rekruttere henholdsvis fire og to informanter.

Som nevnt var kriteriene for informantene kun at de skulle være ansatte på sykehjem og ha pasientkontakt. Ønsket var i utgangspunktet at halvparten av informantene skulle representere en offentlig institusjon, og den andre halvparten en privat institusjon. På bakgrunn av utfordringene med rekruttering ble dette objektivet skrinlagt tidlig i prosessen. I undersøkelsen ønsket jeg kun å snakke med informanter med pasientkontakt. For å få et mer overordnet bilde kunne jeg også inkludert opplevelser fra ledelse og leverandør. Dette ville gitt et enda bredere perspektiv på implementeringen. Mangel på tid og plass i oppgaven gjorde at dette ikke ble prioritert.

5.4. Datainnsamling

Innsamlingsmetoden som ble valgt var individuelle intervjuer, og grunnen til at dette ble valgt som metode i stedet for observasjon eller fokusgrupper, var blant annet mangel på tidligere kvalitativ erfaring, tid, ressurser og relevans for problemstillingen. Observasjon kunne vært relevant som metode i kombinasjon med intervju om jeg kunne observert introduksjon av en ny type velferdsteknologi på sykehjemmet, men dette ville krevd mer erfaring og tid enn det som var til rådighet i denne prosessen. Fokusgrupper kunne også vært en aktuell metode, da dette kunne skapt fruktbare diskusjoner som kunne gitt svar på problemstillingen, men det kunne også hindret flere deltakere i å utdype deres egne personlige opplevelser. Fokusgrupper tar også mye tid og er vanskeligere å gjennomføre alene uten erfaring.

Rekrutteringsutfordringene gjorde også at fokusgrupper ville vært vanskelig i denne oppgaven.

Intervjuene ble gjennomført med en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg 3). Grunnen til det er fordi denne intervjuformen gjør det mulig for informanten å dele sine synspunkter, tanker og refleksjoner, uten klare føringer fra min side. Jeg hadde laget en intervjuguide som var delt opp i forskjellige temaer og underspørsmål, og sørget for at alle temaene ble diskutert i hvert intervju. De forskjellige intervjuene artet seg forskjellig, da noen informanter hadde flere tanker om tematikken enn andre, noe som også gjorde at lengden på intervjuene varierte mellom 35 minutter til 55 minutter, med de fleste liggende mellom 40 og 50 minutter. Intervjuguiden som ble benyttet ble lest gjennom av veileder, og testet på en bekjent ansatt i helsevesenet, før de faktiske intervjuene med informantene.

Intervjuene ble utført som digital videosamtale via Zoom, aller mest av praktiske grunner. Som nevnt var informantene travle, og ved å benytte Zoom fikk informantene selv velge tidspunkt og sted for intervjuet, og de kunne i tillegg avlyse/endre tid i siste liten etter deres timeplan. Alle informantene hadde også lest gjennom et informasjonsskriv som var vedlagt samtykkeerklæringen, med informasjon om prosjektet, meg som forsker, og veileder (vedlegg 2). Jeg innledet intervjuene med å introdusere meg selv og prosjektet mitt kort, og gjentok at jeg ville ta opptak av intervjuet, og at de når som helst kunne trekke sitt samtykke om de ikke lenger ønsket å delta. Jeg presiserte at opptaket ville slettes når prosjektet var avsluttet og at de ville holdes anonyme gjennom hele prosessen. Deretter oppfordret jeg informanten til å ha på kamera gjennom hele intervjuet for å få best mulig kontakt. Alle informantene hadde kamera på under intervjuet. Jeg presiserte også at jeg var ute etter informantens egne erfaringer og tanker, og at det ikke var noen riktige eller gale svar, og at det å ikke ha et svar på spørsmålet også var helt ok. Ved slutten av intervjuet takket jeg for deltagelsen, og gjentok at informantene på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke tilbake sitt samtykke.

Jeg transkriberte alle intervjuene løpende, noe som gjorde at jeg fikk en tidlig forståelse for hvilke temaer som gikk igjen. Det gjorde at da det syvende og åttende intervjuet ble gjennomført, visste jeg at disse ikke tilførte ny tematikk, men underbygget tidligere informasjon.

5.5. Analyse

Jeg analyserte transkriberingene ved å bruke tematisk analyse. Tematisk analyse er en populær metode for å analysere data i helsereelatert forskning, og vil på mange måter kartlegge resultatene av undersøkelsen (Green og Thorogood, 2018, s. 258). Green og Thorogood (2018, s. 259) presenterer fire steg ved tematisk analyse, som går ut på (1) å bli kjent med datasettet ved å lese gjennom transkribering og notater, (2) identifisere overordnede temaer ved å se på hva som blir nevnt flere ganger, metaforer og likheter og ulikheter, (3) kode datasettet ved hovedtemaer og undertemaer, og (4) organisere kodene ved å lese gjennom transkriberingene, fargekode sitater og samle alle relevante sitater i en tabell (s. 259-268). I første steg skrev jeg ut alle transkriberingene og leste gjennom disse på papir. Deretter (2) identifiserte jeg ulike temaer som jeg så gikk igjen, og noterte disse ned i fargekoder på et ark. I denne prosessen var det en lang rekke temaer som ble notert ned: effektivitet, alder, organisering, IT-barrierer, motivasjon, brukervennlighet, pasienter mellom to stoler og tillit/trygghet. Jeg satt alle temaene i en tabell, og fargekodet alle sitater i datamaterialet som var relevant for hvert tema. Deretter noterte jeg ned hvilke temaer som hadde flest relevante sitater knyttet til seg. I tredje steg samlet jeg noen temaer som overlappet hverandre, og delte deretter inn materialet i fire hovedtemaer: (1) holdninger, (2) brukervennlighet, (3) effektivitet og trygghet, og (4) opplæring. Deretter identifiserte jeg seks undertemaer: (1.1) «Et nødvendig onde», (1.2) Aldersbarrierer, (2.1) «man skal ikke feile i helse», (3.1) økonomisk gevinst, (3.2) en helhetlig implementering og (4.1) deltidsansatte.

Denne strategien ga en oversikt over hvilke informanter som diskuterte de samme tingene, men også hvilken tematikk som skilte seg ut og hvordan resultatene var relatert til tidligere forskning. Tabellen utviklet i steg fire inneholdt en lang rekke sitater tilknyttet temaene. Noen av disse ble fremhevet i presentasjonen av resultatene, på grunn av deres relevans, i tillegg til at noen ble utvalgt på grunnlag av at de fremhevet synspunkter som var overraskende eller unike. Hvis flere informanter var enige eller hadde lignende sitater under de forskjellige temaene, ble det best illustrerende sitatet utvalgt.

5.6. Mulige bias og forskerens bakgrunn

Ved rekruttering av informanter persisterte jeg tydelig at det eneste kravet var at informantene skulle være ansatt på sykehjem og ha pasientkontakt. Likevel fikk jeg inntrykk av at flere av informantene valgte å sette av tid til å delta på bakgrunn av en grunnleggende interesse for, eller positivitet overfor, bruk av velferdsteknologi. Oppgavens tematikk ble presentert til

ledelsen via e-mail eller per telefon. Det antas at ledelsen da videre har henvendt seg til informanter som de selv har tenkt at har god innsikt og/eller interesse for feltet. Dette er noe som kan ha formet svarene i større grad enn jeg var forberedt på, og at innledende henvendelse til ledelse kunne presisert i større grad at alle informanter var aktuelle, ikke kun de med spesiell interesse for eller kunnskap om tematikken.

Som nevnt under etiske vurderinger i kapittel 5.2. er det en økonomisk kobling mellom min familie og selskapet DignaCare som produserer inkontinenssensor brukt på noen av sykehjemmene som deltar i denne studien. DignaCare har vært en «portåpner» for meg i rekrutteringen av informanter, ved at de har satt meg i kontakt med ledelsen på to forskjellige sykehjem. På den måten rekrutterte jeg seks informanter. De har ikke bidratt på prosjektet på en annen måte, og har ikke lagt noen føringer for meg relatert til omtale av produktet eller selskapet. Men, fordi det er en kobling, kan dette ha farget presentasjonen av resultatene og diskusjonen ubevisst. Dette er noe jeg har forsøkt å være svært bevisst på, og har forsøkt å holde fokus på å presentere resultatene som de er, stilt kritiske spørsmål om det har kommet opp både negative eller positive erfaringer om produktet i intervjuprosessen. DignaCare introduserte meg ikke kun for sykehjem med positive opplevelser av produktet deres, tvert imot, det ene sykehjemmet hadde avsluttet bruken av DignaCare. Jeg har forsøkt å eliminere mulige bias med denne bevisstheten, men det kan likevel ikke utelukkes helt.

Jeg har bakgrunn med en bachelorgrad i markedsføring og tidligere erfaring med kvantitativ forskning, noe som muligens har preget oppgaven på så måte at et «hvordan/hvorfor»-perspektiv er en annen måte enn jeg har arbeidet på tidligere. Det kommersielle og analytiske perspektivet jeg har med meg fra min bakgrunn innen markedsføring er noe som jeg har forsøkt å legge bort i denne oppgaven, men som mulig har preget og formet hvordan jeg har stilt spørsmål og forholdt meg til analyse, presentasjon av resultater og diskusjon.

5.7. Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er begge begreper som er viktige i vitenskapelig forskning, både innen kvalitativ og kvantitativ metode. Ifølge Green og Thorogood (2018, s. 272) har det vært diskusjoner om disse fenomenene er relevante i kvalitativ analyse. Validitet handler om de funnene man har generert faktisk er reelle (Green og Thorogood, 2018, s. 272). Har funnene gitt svar på det som er problemstillingen? Validitet kan også sies å handle om kredibilitet. Har undersøkelsen faktisk funnet svar på det som var hensikten? Måter en kan sikre validitet på er

for eksempel å samle inn data til man har oppnådd metning i datainnsamlingen. Som beskrevet overfor i kapittel 5.3. er det antatt at dette er oppnådd til en viss grad, men fordi datainnsamlingen kun omhandlet fire sykehjem på Østlandet, kan det ikke utelukkes at det ville kommet fram andre temaer dersom informanter fra et større geografisk område ble inkludert. En utfordring med validitet er om forskeren kun inkluderer de mest spennende eller iøynefallende sitatene i presentasjonen av resultatene (Green og Thorogood, 2018, s. 276). Det kan være fristende å gjøre det for å fange leseren, og det er også de mest interessante funnene som skal presenteres. Jeg har dog vært bevisst på å presentere de funnene som gikk igjen flest ganger, i tillegg til et par interessante funn som skilte seg ut fra de andre. Dette er gjort for å skape en troverdig presentasjon av datainnsamlingen. Kodingen av dataene er kun utført av meg, og det er en viss sannsynlighet for at en annen forsker ville kodet noe annerledes, basert på forskjellig bakgrunn og forkunnskaper. Dette svekker validiteten av forskningen noe.

Refleksivitet handler om forskerens forståelse og bevissthet rundt datainnsamlingen, og en antar dermed at forskerens subjektivitet alltid vil være til stede i kvalitative forskningsprosesser (Green og Thorogood, 2018, s. 277). Jeg har reflektert noe rundt dette i kapittel 5.2. og 5.6., men det har vært en form for ubevisst forutinntatthet fra min side i møte med informantene, og en viss forventning om hvilke resultater som ville komme frem. Jeg hadde en forventning om at det for noen ville være en utfordrende prosess å implementere velferdsteknologi, og gikk noe ubevisst inn med denne holdningen ved utformingen av prosjektbeskrivelse og problemformulering. Min rolle overfor informantene i intervjusettingen kan også ha preget deres svar og interaksjon med meg. Jeg er en masterstudent som studerer ledelse, og for noen av informantene kan dette ha preget deres svar på mine spørsmål, spesielt rundt dette med ledelse. Enkelte informanter ønsket å gi meg tips som fremtidig leder, noe som kan ha farget deres svar i prosessen. Jeg forsøkte å eliminere dette både innledningsvis og underveis om jeg opplevde at noen av informantene fokuserte mer på dette enn på spørsmålet jeg stilte.

Reliabilitet handler om gyldighet av studien; hvis den samme studien ble repetert, vil den generere de samme resultatene? (Green og Thorogood, 2018, s. 274). Selv om reliabilitet er et mindre uttalt mål i kvalitativ forskning, sikret reliabilitet blant annet gjennom en transparent analyseprosess og i fremstillingen av resultater, slik at andre kan få mulighet til å vurdere reliabilitet og generaliserbarhet til andre kontekster. (Green og Thorogood, 2018, s. 274). I

mitt tilfelle har jeg sørget for at transkriberingene er helt detaljerte og utført selv, uten transkriberingsverktøy. Jeg, som forsker, utviklet intervjuguide, gjennomførte intervjuene, lyttet til opptak, transkriberte, leste gjennom og kodet transkriberingene. Dataen er dermed bearbeidet flere ganger av meg i forskjellige formater. Jeg har formet materialet fra lyd til tekst i transkriberingsprosessen, og her kommer også min subjektivitet inn.

5.8. Generaliserbarhet

Når resultatet av en undersøkelse kan generaliseres betyr det at funnene representerer en hel gruppe mennesker (Green og Thorogood, 2018, s. 307). Det er enklere å generalisere i kvantitativ metode, da det handler om et statistisk utvalg av populasjonen man ønsker å forske på (Green og Thorogood, 2018, s. 307). Ved kvalitativ metode kan man ikke intervjuet et statistisk representativt utvalg, og dermed må det brukes andre parametere for å vurdere om resultatene er generelle for populasjonen. I kvalitativ metode kan det blant annet snakkes om overførbarhet (Green og Thorogood, 2018, s. 309). Overførbarhet handler om at de som leser oppgaven kan tenke «kan disse resultatene overføres til det stedet jeg jobber/leder?» (Green og Thorogood, 2018, s. 309). Et av målene med denne oppgaven er å gjøre nettopp det, å bidra til nyttig innsikt for ledere, leverandører og ansatte i denne sektoren. For å kunne si at det er overførbarhet i studien kan man blant annet sammenligne studien som er utført med andre lignende studier, og se om det er noen likheter/forskjeller. Det gjøres i diskusjonskapittelet i denne oppgaven. Det kan også argumenteres for at resultatene kan overføres fordi det er samlet inn data fra fire forskjellige institusjoner, som gjør at flere erfaringer og opplevelser er presentert. På denne måten øker sannsynligheten for overførbarhet til en viss grad. Argumentet mot overførbarhet handler om at flere av informantene fremstod som positive til velferdsteknologi, som diskutert i kapittel 5.6., og at dette ikke nødvendigvis er tilfelle andre steder. Negative holdninger vil kanskje i større grad påvirke implementeringsprosessen på andre sykehjem, enn de som er inkludert i denne undersøkelsen. I det følgende underkapittelet vil jeg introdusere informantene i denne studien, før jeg presenterer resultatene.

5.9. Introduksjon av informanter

Følgende underkapittel vil introdusere informantene kort. Dette er for å gi leseren en forståelse av hvilke typer informanter som har deltatt. På grunn av anonymitetshensyn presenteres informantene kun kort, og personlig informasjon er utelatt.

Informant 1 – assistent

Vedkomne jobber på et sykehjem på Østlandet. Vedkommende er kvinne i alder mellom 20-30 år, og har flere års erfaring fra arbeid på sykehjem. Ingen andre informanter jobber på samme sykehjem.

Informant 2 – helsefagarbeider

Vedkomne jobber på et sykehjem på Østlandet. Vedkommende er en kvinne i alder 40-50 år, og har jobbet i flere år på sykehjem. Ingen andre informanter jobber på det samme sykehjemmet.

Informant 3 – vernepleier

Vedkomne jobber på sykehjem på Østlandet. Vedkommende er en kvinne i alder 30-40 år, og har en rolle som ekstra ansvarlig for velferdsteknologi på arbeidsplassen. Informant 4, 7 og 8 arbeider på samme sykehjem.

Informant 4 – helsefagarbeider

Vedkomne jobber på sykehjem på Østlandet. Vedkommende er en mann i alder 30-40 år, og har jobbet i flere år på sykehjem. Informant 3, 7 og 8 arbeider på samme sykehjem.

Informant 5 – helsefagarbeider

Vedkomne jobber på sykehjem på Østlandet. Vedkommende er en kvinne i alderen 20-30 år, og har jobbet på sykehjem i flere år. Informant 6 arbeider på samme sykehjem.

Informant 6 – helsefagarbeider

Vedkomne jobber på sykehjem på Østlandet. Vedkommende er en mann i alder 40-50 år. Har jobbet flere år på sykehjem som assistent og helsefagarbeider. Informant 5 arbeider på samme sykehjem.

Informant 7 – vernepleier

Vedkomne jobber på sykehjem på Østlandet. Vedkommende er en kvinne i alderen 40-50 år. Har jobbet flere år på sykehjem. Informant 3, 4 og 8 arbeider på samme sykehjem.

Informant 8 – sykepleier

Vedkomne jobber på sykehjem på Østlandet. Vedkommende er en kvinne i alderen 20-30 år, og har jobbet flere år på samme sykehjem. Informant 3, 4 og 7 arbeider på samme sykehjem.

6. Resultater

I dette kapitlet vil resultatene av intervjuene presenteres gjennom en tematisk analyse, som beskrevet i metodekapitlet. Hovedtemaene som ble identifisert etter å ha analysert de åtte forskjellige intervjuene er (1) holdninger, (2) brukervennlighet, (3) effektivitet og trygghet og (4) opplæring. Under illustreres hovedtemaene og undertemaene identifisert i den tematiske analysen, og som presenteres i dette kapitlet. Problemstillingen som undersøkes i oppgaven er; *Hvilke utfordringer finnes når velferdsteknologi implementeres? Hvordan motiveres helsearbeiderne på sykehjem i en endringsprosess når velferdsteknologi implementeres?*

Tabell 6.1: Oversikt over hovedtemaer og undertemaer

Hovedtemaer	Undertemaer
1. Holdninger	1.1. «Et nødvendig onde» 1.2. Aldersbarrierer
2. Brukervennlighet	2.1. «Man skal ikke feile i helse»
3. Effektivitet og trygghet	3.1. Økonomisk gevinst 3.2. En helhetlig implementering
4. Opplæring	4.1. Deltidsansatte

6.1. Holdninger

Informantene ble først spurt om å fortelle hva slags typer velferdsteknologi de bruker på arbeidsplassen. Flere informanter gikk nesten umiddelbart over i å diskutere egne og andres holdninger på arbeidsplassen når det kom til velferdsteknologi. Det kommer frem at flere av informantene mente at de selv og deres kollegaer stort sett hadde en positiv holdning til velferdsteknologi. Dette var helt klart noe flere følte behov for å uttrykke tidlig i intervjuet, selv når de ikke ble spurt direkte om dette:

Så jeg har jo vært positiv til alt som kommer inn som er nytt, det tenker jeg vi må være positive til. Det blir jo mer og mer digitalisering, og vi må jo teste det ut for å vite hva det er, vi kan jo ikke si nei til noe vi ikke har prøvd. Så jeg synes jo at på min arbeidsplass, så synes jeg de aller fleste kollegaene er positivt innstilt til å prøve ut de tingene vi blir presentert, da (Informant 7 – vernepleier).

To av informantene var ekstra involvert i implementering av velferdsteknologi på sin arbeidsplass, og dermed var de naturligvis positive til slike produkter på arbeidsplassen. Disse opplevde selv at de hadde en god oversikt over hvordan deres kollegaer forholdt seg til ny teknologi:

Og så må jeg bare si, sånn om holdninger til velferdsteknologi, at jeg opplever at her er det generelt gode holdninger, i utgangspunktet, til å implementere velferdsteknologi, for det er jo på mange forskjellige avdelinger. Og det er min oppfatning, da (Informant 4 – vernepleier).

Innledningsvis er det naturlig at informantene ønsker å sette seg selv, og sin arbeidsplass i et godt lys. Som diskutert i metodekapittelet antas det at noen av informantene som stilte opp i prosjektet generelt sett hadde noe interesse for, og til en viss grad en positiv holdning til, bruk av velferdsteknologi. Men selv om den umiddelbare holdningen var at helsearbeiderne generelt var positive til velferdsteknologi, kom det etterhvert frem flere nyanser i disse holdningene når informantene ble spurt i mer detalj rundt dette.

6.1.1. «Et nødvendig onde»

En av informantene som selv var engasjert innen bruk av velferdsteknologi på sin arbeidsplass omtalte introduksjonen for teknologi i helsesektoren som et «nødvendig onde». Flere kollegaer opplevde det, ifølge informanten, som både unødvendig og utfordrende med ny teknologi på jobb:

Generelt er jeg nok en av de som er litt positive til den type tjenester, da. Og det er vel derfor jeg nå er litt involvert i hva som skjer her. For jeg synes både det er interessant og positivt. Et nødvendig onde, holdt jeg på å si. Men det er.. jeg opplever vel at det er utfordringer, da, med ny teknologi. Både at det gjelder at teknologien skal fungere, selvfølgelig, men også noen ganger med kollegaer og synet på det, generelt, i helsevesenet. De fleste er vel ikke helt der, enda, at de ser verdien av det (Informant 4 – helsefagarbeider).

Dette synet understøttes av flere informanter, som nevner at det umiddelbart er en skepsis til nye tekniske produkter, særlig sensorer og teknologi som skal «overvåke» pasienter:

Den skepsisen.. du vet alt som er nytt, spesielt teknologien i seg selv så er man jo veldig skeptisk. Man tenker med en gang «overvåkning». Ikke sant. Og det var det vi tenkte her også. Vi har jo kamera over alt, vi har det ikke kun på beboernes rom. Vi har i stua, vi har i korridorer, vi har det over alt. Men jeg tror de fleste har godtatt og ser faktisk fordeler med å ha et sånn system, da (Informant 2 – helsefagarbeider).

Også informant 4 (helsefagarbeider) er enig i at det er en skepsis rundt dette med personvern til pasientene, men at det i tillegg handler om frykt for å ikke forstå produktet:

Mange kollegaer er jo redde for at de ikke skal mestre å bruke det, og så er de veldig opptatt av det med at det ikke skal gå utover livskvalitet for de som bruker det. Og personvern og sånne ting, da (Informant 4 – helsefagarbeider).

Der teknologi oppfattes for noen som et «onde», er det på mange måter nødvendig; «Noen ansatte er jo negative og tenker at den helsetjenesten vi gir, den som vi gir i dag er god nok. Og det kan jeg jo være enig i, men vi vet jo at det kommer en eldrebølge» (informant 3 – vernepleier). Denne informanten viser forståelse for at velferdsteknologi er kommet for å bli, og at selv om det for noen kan føles unødvendig tidlig å ta i bruk slik teknologi på nåværende tidspunkt, så er det en viktig faktor i fremtidens helsevesen; «Fordi det er en mening og tanke bak det, at vi kanskje trenger det for fremtiden» (Informant 7 – vernepleier). Dette belyser en utfordring der ansattgruppen på de forskjellige sykehjemmene fremstår litt delt; noen har innsett og forstått det «store bildet» ved bruk av teknologi, mens andre fremdeles synes det er unødvendig og ikke helt forstår poenget med den type teknologi på sykehjem nå.

6.1.2. Aldersbarrierer

Et tema som raskt kom opp av flere informanter var forskjellige holdninger basert på alder. Flere opplevde at de eldre ansatte syntes det var mer utfordrende å omfavne ny teknologi enn den yngre generasjonen, og dette var noe som ble nevnt uoppfordret av flere informanter. Dette ble nevnt av informanter i alle aldre, ikke bare de yngre informantene.

De eldre som nærmer seg 60-årene, de er ikke like.. de kommer ikke fra en generasjon som.. de er ikke så tekniske generelt. Så det er klart at apper og slikt på telefonen kan være litt utfordrende. Bare sånn basic (Informant 4 – helsefagarbeider).

Denne problemstillingen ble støttet av en annen informant, som uttrykte noe frustrasjon på vegne av hennes eldre kollegaer:

Og det sitter jo, så mange selvfølgelig av disse som er eldre, da, kanskje 20 år eldre enn meg for eksempel, de er flinke på masse ting, men når sånne ting kommer inn så blir de stressa som bare det. For det er ikke deres felt. De er ikke vant til det. Så det har jeg merket og kan si med hånden på hjertet, at de sliter (Informant 2 – helsefagarbeider).

Selv om informant 2 opplever at den eldre generasjonen sliter med teknologien, kommer det frem at det også er en velvilje blant helsearbeiderne til å brette opp armene og ta en utfordring på strak arm, og dette var generelt en oppfatning som gikk igjen hos flere informanter. Den viktige kunnskapen og erfaringen de eldre ansatte hadde ble også nevnt flere ganger, og villigheten til å bidra og hjelpe de som synes det var utfordrende, fremsto som stor.

En informant ble spurt om hvordan hun trodde det ville bli tatt imot om det ble introdusert en ny velferdsteknologi på arbeidsplassen i morgen, og da ble det sagt at «Det er nok sikkert et par av dem, kanskje spesielt de litt eldre her, som vil synes at det er «ah, enda en ny ting» (Informant 5 – helsefagarbeider). Informantene uttrykte seg på vegne av sine kollegaer, som de trodde ville være negativt innstilt, men selv uttrykte flere informantene at de selv fortsatt ville være positive til ny teknologi.

6.2. Brukervennlighet

At velferdsteknologi som skal brukes på sykehjem er brukervennlig var en faktor som ble nevnt hyppig blant informantene når de ble spurt om hva som er viktig når man skal lære seg et nytt produkt. To velferdsteknologiprodukter gikk igjen på flere arbeidsplasser. Det ene produktet var en romsensor som kunne stilles inn spesifikt for hver bruker, og kunne gi alarm ved fall, bevegelse, etc., og ga signal til de ansatte via en app. Tre av fire sykehjem inkludert i denne studien benyttet seg av dette produktet i større eller mindre grad. Det andre produktet var en sensor som festes utenpå et inkontinensprodukt, og som gir beskjed til de ansatte, via en app, om inkontinensproduktet skal skiftes eller ikke. Tre av fire sykehjem benyttet i dag dette produktet. Det faktum at mange sykehjem har skiftet fra et sentralt varslingsystem via skjermer og alarmer i gangen til individuelle mobiltelefoner, på grunn av introduksjon av romsensor, har ført til noen utfordringer:

Så det er det med velferdsteknologi, det fungerer veldig bra, men det er jo mye å passe på. Så hvis du ikke passer på disse tingene så har det null.. den har jo ikke noe for seg. Vi som for eksempel er på dagvakter må jo sørge for at telefonene er fulladet til kveldsvakta kommer. Sånn at hun må løpe rundt og sørge for at alt er på plass. Det samme må kveldsvakta må jo sørge for at den er fulladet til nattevakten kommer. Etterpå har du ikke mulighet til å ha de i stikkontakten når du skal løpe rundt. Det går jo ikke (Informant 2 – helsefagarbeider).

Selv om det opplevdes som utfordrende for noen å gå over til telefon fra sentral varsling, var utfordringen noe større med selve produktene. Inkontinenssensoren ble fremhevet som et produkt som kunne føre til flere brukerfeil enn romsensoren, og dermed utløse feilvarsling; «Og de fleste feilene vi hadde til å begynne med var brukerfeil. Satt på sensoren opp ned, gæren vei, kastet den i søpla, rotet den bort, hadde ikke vasket den ordentlig» (Informant 3 – vernepleier). Men i tillegg til daglig bruk av produktet, ble også den tekniske baksiden av et produkt trukket frem. Ikke bare skal produktene læres og brukes daglig av helsearbeiderne, men produktene skal også tilpasses hver enkelt pasient. Romsensoren skal tilpasses pasientenes falltendens og bevegelighet, og inkontinenssensoren skal tilpasses pasientens vannlatning. En informant svarte følgende på spørsmål om hva som var viktig når det kom til brukervennligheten av produktet:

To ting: at det skal være enkelt for de som bruker det i hverdagen, at funksjonene er både stabile og brukervennlige, om det er en app eller hva. Og at det skal være «for dummies» helst, som de sier. Men også det systemet bak må være brukervennlig, at man ikke må være ingeniør for å være superbruker. Man må kunne plukke noen i personalgruppa som kan gå inn i systemet og gjøre endringer, det skal ikke være.. det må være like brukervennlig der, det må ikke være for avansert og man skal ikke kunne ødelegge for mye da, hvis du gjør noe gærent. Det er litt viktig. Ellers blir man jo låst til at noen med spesialkompetanse må gjøre alt, og da er systemet veldig følsomt (Informant 4 – helsefagarbeider).

Det at teknologien ikke fungerer som den skal var noe som skapte frustrasjon hos flere. Også her ble inkontinenssensoren fremhevet i større grad enn romsensoren. At produktet hadde større feilmargin kunne oppleves utfordrende i startperioden og skape misnøye hos de ansatte,

men også hos brukerne: «Det å stille inn på riktig mengde urin, da, for noen som tisser mye så må det være større mengde, på en måte, da. Så hele den startperioden ble veldig slitsom og det var tullete, og det ble feilmeldinger» (Informant 8 – sykepleier).

Det handler også om en avveining mellom gevinsten av produktet og vanskelighetsgrad i brukergrensesnittet. Det nevnes at om gevinsten er veldig høy for pasientene, vil man kunne akseptere et mer utfordrende teknisk produkt, men da skal også den store gevinsten vises raskt.

6.2.1. «Man skal ikke feile i helse!»

Et aspekt som ble nevnt var dette med å «prøve og feile» med forskjellige produkter i helsetjenesten. Å teste ut et produkt som potensielt kan oppnå effektivitet kan være vanskeligere i helse- og omsorgssektoren enn andre sektorer, antyder en av informantene:

Man må tørre å prøve og feile, men det også er noe av det som er litt vanskelig med helse, fordi man skal ikke feile i helse. Det er ikke lov, det er ikke rom for det. Og så skal man ha inn velferdsteknologi, og det er nok rart for mange (informant 3 – vernepleier).

Dette utsagnet understøtter at velferdsteknologi må ha et enkelt brukergrensesnitt, uten rom for feil og mangler, da det vil gå ut over kvaliteten til pleien pasientene får. Denne holdningen understreker også at det er viktig for helsearbeiderne at pasientene og brukerne skal få god helsehjelp, og at bruken av velferdsteknologi og effektivisering ikke skal gå ut over kvaliteten på helsehjelpen som blir tilbudt på sykehjemmet.

Dette funnet peker på at brukervennligheten skal være så enkel som mulig. Risikoen for at velferdsteknologien som blir brukt på sykehjem fører til feil som påvirker pasientene negativt skal være svært lav, uansett om denne risikoen kobles til brukerfeil eller tekniske mangler i selve produktet. Flere informanter uttrykte svært stor omsorg for pasientene sine, og selv om det kun er en lav risiko for at teknologien kan føre til negative opplevelser for pasienten, vil motivasjonen ikke være til stede for å teste produktet.

6.3. Effektivitet og trygghet

En av grunnene til å implementere flere typer velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren er at de skal føre til mer effektivitet på arbeidsplassen. Dette har også vært viktige aspekter for informantene i denne studien. Det har dog vært litt uenighet om hvor effektiv ny teknologi på arbeidsplassen har vist seg å være for deltakerne. «Jeg føler mer det har vært en endring i hvordan vi jobber på, mer enn en avlastning» (Informant 1 – assistent). Dette synet understøttes av en annen informant, som var tydelig på at velferdsteknologi på ingen måte erstatter menneskelig omsorg:

Mange får deg til å føle at velferdsteknologi skal erstatte eller hjelpe arbeidet på sykehjemmet eller sykehuset, da. Det er ikke alltid det er tilfelle, det spørres hva man snakker om, hva slags teknologi det er snakk om. [..]. Selvfølgelig, på natta må vi fremdeles gå fysisk tilsyn, men da kan jo romsensoren erstatte, la oss si at du måtte gå 6 ganger før, nå går du kanskje bare to eller tre. Og da kan de jo sove i fred (informant 2 – helsefagarbeider).

Selv om den umiddelbare tanken var at man ikke ble avløst noe særlig, kom det frem at det spesielt på natten likevel kan gi en form for avlastning, noe som kommer både ansatte og brukere til gode. Denne tryggheten som teknologien kunne gi ble nevnt av flere informanter, men det ble også sagt at denne tryggheten måtte avveies hele tiden, og at tilliten til teknologien kanskje ikke var helt på plass. Hvis man ikke ble varslet kunne det være vanskelig å stole på det, og likevel gå inn for å sjekke pasienten: «Den varsler deg jo, men noen ganger går det veldig lang tid, så da må vi vurdere om den har hengt seg opp eller ikke» (Informant 2 – helsefagarbeider). Også en annen informant uttrykte en frykt for at velferdsteknologi for noen kunne virke som en «hvilepute»:

Det må vi jo gå inn å sjekke uansett, men jeg er redd, da, at på enkelte plasser kan dette bli en hvilepute, der pasientene, når alarmen ikke har gått så går de heller ikke inn og sjekker fysisk. Og da kan de komme situasjoner der som ikke er så bra for pasienten (informant 7 – vernepleier).

Flere informanter var dog enige om at selv om velferdsteknologi ofte var ment til å lette arbeidshverdagen til de ansatte, var pasientenes ve og vel det som stod mest i fokus: «Velferdsteknologi er jo ment til å lette vår hverdag, men det involverer jo også beboerne, så

det skal være gunstig for de og det skal være gunstig for oss. Og summen av det skal utgjøre en bedre arbeidshverdag» (informant 7 – vernepleier).

Velferdsteknologi kan bidra til økt selvstendighet, frihet og trygghet for brukerne, noe som flere ganger ble nevnt som positive konsekvenser ved bruk av slik teknologi: «Så hvis de beveger seg så kan vi komme og hjelpe til. Og det er jo ikke for å overvåke de, men det er jo for at de også skal ha frihet» (Informant 1 – assistent). Økt trygghet og mestring for pasientene var viktig for flere informanter, og at det var en viktigere faktor sammenlignet med deres egne personlige avlastning. Men samtidig kunne flere se at en tryggere hverdag for pasientene også kunne føre til en enklere arbeidshverdag for de ansatte:

For pasienten så er det jo liksom mestring, som sagt, at jeg tror det har mye å si med mestring, at de kan få en økt trygghet i hverdagen. Og vite at du på en måte har noen som ikke puster deg i nakken, men samtidig kan løpe hvis du trenger det, det er jo veldig viktig. Så det er et slags sikkerhetsnett for oss (Informant 2 – helsefagarbeider).

Selv om informantene på direkte spørsmål om de opplevde avlastning på jobb ofte svarte nei, viste det seg at de likevel opplevde en viss form for avlastning når pasientene opplevde økt selvstendighet og mestring.

6.3.1. Økonomisk gevinst

Et overraskende perspektiv som ble uttrykt av noen informanter i samtale rundt gevinstrealisering av produktene var det økonomiske perspektivet. Det ble uttrykt av tre informanter som jobbet på to forskjellige sykehjem at velferdsteknologi, i tillegg til å være fordelaktig for pasientene, helst også skulle tilføre en form for økonomisk verdi for kommunen:

Det må jo gi en gevinst for både brukerne og for kommunene, tenker jeg. Det må jo være en vinn-vinn-situasjon, hvis ikke ser jeg ikke helt vitsen med å bruke det. Det må være noen form for besparelser for kommunen (Informant 4 – helsefagarbeider).

Dette understøttes av en annen informant, som var tydelig på at «avdelingen også skulle ha en økonomisk gevinst av å investere i velferdsteknologi» (Informant 3 – vernepleier). Informant 3 og 4 var begge ekstra involvert i implementeringen av velferdsteknologi på sin avdeling,

noe som kan forklare hvorfor akkurat disse to hadde et litt større perspektiv på hvorfor det var viktig med velferdsteknologi, og hvordan de motiveres av implementeringen av ny teknologi.

Andre informanter nevnte ikke økonomi eller kommune i diskusjonen rundt gevinstrealisering og motivasjon. De aller fleste av informantene var kun opptatt av pasientens beste, brukervennlighet og til dels en mer effektiv arbeidshverdag, men manglet et større perspektiv på gevinstrealiseringen.

6.3.2. En helhetlig implementering

Et aspekt som ble nevnt i forbindelse med hvor effektive produktene er, var den helhetlige implementeringen. Flere informanter uttrykte noe frustrasjon rundt det at det kun var noen eller svært få av pasientene som brukte de forskjellige produktene, noe som gjorde arbeidshverdagen mer utfordrende. Dette gjaldt spesielt inkontinenssensoren, der det var flere sykehjem med få brukere av dette produktet. Også romsensoren hadde skapt noe frustrasjon i implementeringsprosessen der det kun var noen pasienter inkludert i varslingssystemet på telefon, mens resten fremdeles var koblet opp mot det gamle systemet.

Så.. det tror jeg også har mye å si, at det er en helhetlig implementering som gjør at man får en større gevinst av det, da. Det går på det med at man skal forholde seg til det hver gang man er hos noen. Eller på telefonen. Og hvis det blir sånn for de ansatte at «her er det sånn og her er det ikke sånn». Det er det med å minimere kaoset. Du skal ha oversikt over ganske mye annet fra før av (Informant 3 – vernepleier).

Det kom tydelig frem av flere informanter at de opplevde travle dager på jobb, og ofte «løp» hele dagen mellom pasienter og rom. Da er det naturlig at det oppleves som et økt uromoment med flere systemer å forholde seg til på en gang. Spesielt i den første implementeringsfasen fremstod det at produktene kunne føre til ineffektivitet, i stedet for økt effektivitet som de ansatte ble lovet før implementering. Dette kan naturligvis skape noe misnøye blant ansatte som allerede har en svært travel arbeidshverdag.

Dette aspektet henger også sammen med at hver enkelt pasient skal ha tilpasset menneskelig omsorg, men man skal også ha tid til å gi persontilpasset omsorg. Det er til en viss grad et paradoks at man som helsearbeider ønsker at flest mulig skal bruke det samme produktet for å gjøre arbeidshverdagen mest mulig enkel for seg selv, men på samme tid ha et stort fokus på

individuell oppfølging. Det antas at dette synet er litt delt; for noen informanter er dette med individuell tilrettelegging og menneskelig omsorg noe de ønsker at ledelse og leverandør skal ha med fokus på i implementeringen, da dette viser at de har større forståelse for arbeidet som gjøres på avdelingen. Andre ønsker at det er enda større fokus på helhetlig implementering. Fellesnevneren blant de fleste informantene er likevel at de i mindre grad ønsker ekstraarbeid i forbindelse med ny velferdsteknologi.

6.4. Opplæring

Informantene var tydelige på at det var viktig at «hele linjen» var involvert når velferdsteknologi skulle implementeres, alt fra kommune, ledelse og kollegaene selv; «Det skal forankres i linja, at ledelsen, virksomhetsleder, kommunalleder og alle er på en måte: Dette skal vi gjøre. Og jobber mot det samme målet» (informant 3 – vernepleier). Det fremstod dog at det var relativt forskjellig informasjonsflyt og organisering internt i de fire sykehjemmene. Noen hadde god kontroll på kommunens strategi innen velferdsteknologi og hadde også egne ansatte på jobb med ansvar for dette feltet, mens andre hadde dårligere informasjonsflyt og mindre organisering rundt velferdsteknologi. Det virker som at det har vært to forskjellige strategier i organisering og opplæring ved ny teknologi, der det på den ene siden har vært god og bred opplæring av flest mulig ansatte, med både ledelse og leverandør til stede, noe som har gjort de ansatte trygge på produktet. Den andre strategien bar preg av dårligere organisering av opplæringen, der kun en liten gruppe ansatte fikk opplæring, og fikk i oppgave å lære dette bort til resten av de ansatte.

Vi fikk veldig god bistand fra leverandøren. I oppstartsfasen så var hun på arbeidsplassen i flere dager, for å få dette til å bli riktig, da. Og så har vi jo en på jobben også som er mer ekspert enn oss andre på velferdsteknologi, så hun var med i den prosessen med leverandøren, da, ikke sant (Informant 8 – sykepleier).

Det at arbeidsplassen hadde en egen ansatt som var ansvarlig for velferdsteknologi fremstod som en viktig positiv faktor på det sykehjemmet der dette var tilfellet. Den samme informanten svarte følgende på spørsmål om hva det har betydd med en slik ansatt på jobb:

Nei, altså det har jo vært veldig viktig, hvis ikke tror jeg at, jo flere kokker jo mere søl. Det hadde jo blitt helt vilt. [...] Jeg tror at hvis det var opp til.. at alle skulle ta tak i problemer og sånn så tror jeg det hadde blitt mye rot (Informant 8 – sykepleier).

Denne informanten var ikke en superbruker, altså en person med ekstra opplæring og spesiell kunnskap om produktet, men var selv med på flere dager med opplæring og hadde god kunnskap om hvordan denne prosessen var. Vedkommende hadde reflektert lite rundt opplæringsprosessen, i motsetning til andre informanter som hadde dårligere opplevelser, og det kan tolkes som at det var en relativt sømløst og god opplæringsperiode. Det fremstod også som at opplæringen som ble gitt gjorde informanten motivert til å gå i gang med produktet, og vedkommende var positiv til hvordan leverandøren hadde vært til stede og hvordan opplæringen var gjennomført. For vedkommende oppstod problemene, og en dermed en dalende motivasjon, når det senere viste seg at produktene ikke fungerte optimalt for pasientene.

Disse funnene viser at implementeringsprosessen og opplæringen i starten ga informantene en mestringsfølelse, og ikke minst viktigheten av å ha en person i miljøet som hadde spesifikk kunnskap om produktet som hadde svar på alle potensielle spørsmål. Dette ble nevnt som svært viktig av de informantene som hadde en eller flere slike personer tilgjengelig i miljøet.

Den andre strategien var at kun noen få ansatte fikk opplæring fra leverandøren av produktet, og fikk ansvar om å dele informasjonen videre til de ansatte. Dette viste seg å være en utfordring, da informasjonen stoppet opp, og det ble usikkerhet rundt hvordan produktet skulle brukes:

Jeg opplever i hovedsak at det blir gitt den ene opplæringsdagen på en måte, og så blir jo også de henvist til å greie seg selv og spre kunnskapen, da. Og når det skorter på «spre kunnskapen» - biten, så blir det jo problemer for de også (Informant 5 – helsefagarbeider).

Dette synet ble understøttet av en kollega på det samme sykehjemmet som informant 5, som svarte følgende på hva som kunne vært gjort annerledes ved implementeringen av produktet:

I begynnelsen skulle alle deltatt på kurs. Og at alle skulle lært samtidig, og ikke bare noen få av personalet som lærer og er på kurs. Alle skulle vært på kurs for å lære seg hvordan dette skal brukes. Fordi det er så mange som har gjort feil, feil, feil (Informant 6 – helsefagarbeider).

Disse to informantene skilte seg tydelig ut fra de andre med dårligere opplevelser med implementering og opplæring av produktene. Det var tydelig at særlig for informant 5 – Helsefagarbeider, gikk dette ut over motivasjonen. Det fikk vedkomne til å føle at «alt var feil, uansett» og det fremstod som at vedkommende mistet litt motet og fikk lavere motivasjon til å spørre om hjelp og å fikse problemene. Denne informanten uttrykte også noe misnøye og frustrasjon overfor sine kollegaer i denne forbindelse, og det fremstod som at disse fikk noe av «skylden» for de store problemene hun og andre opplevde. Det var lite kommunikasjon omkring velferdsteknologien blant kollegagruppen, og dette fremstod som roten i de utfordringene informanten opplevde. Ikke bare opplevde informanten noe misnøye over hvordan opplæringen av produktet var, men denne misnøyen og frustrasjonen smittet også over på teknologien i seg selv, noe som kan forplante seg og gjøre det vanskeligere å implementere ny teknologi i fremtiden. Ved spørsmål om hva, hvis det var opp til informanten, leverandør, ledelse og kollegaer eventuelt burde gjøre annerledes ved neste implementeringsprosess, ble det svart:

Jeg tenker jo at siden det var én introduksjonsdag som jeg vet om, som da bare et par stykker var med på. Kanskje når det kommer noe nytt vi skal teste ut, for det første at det er flere opplæringsvakter slik at flere får muligheten til å være med. Og så danne superbrukere. Og jeg antar at det er leverandøren som må ha opplæringen. Ledelsen.. hva kunne de gjort, da? Det er jeg litt usikker på. [...] Ja vi (kollegaene) måtte helt klart bli flinkere til å snakke sammen og dele kunnskapen, da. Både deltidsansatte og studenter og.. at alle blir med, da, på en måte. Får vite like mye (Informant 5 – helsefagarbeider).

På sykehjemmene der flere ansatte fikk bedre og grundigere opplæring, ble disse problemene mindre nevnt. I deres tilfelle omhandlet utfordringene i størst grad om teknisk brukervennlighet og en helhetlig implementering, og ikke brukerfeil.

Negative opplevelser med ett produkt gjorde at noen av informantene uttrykte at motivasjonen for å implementere velferdsteknologi i fremtiden kunne være svekket. For eksempel at den negative opplevelsen kunne gjøre at noen gikk inn i fremtidige prosesser med en mer negativ holdning enn de gjorde denne gangen:

Jeg tror nok kanskje at folk fremover når det gjelder velferdsteknologi tror jeg de kommer til å være mye mer bevisst på det, i forhold til at vi hadde en litt slitsom periode nå med det ene produktet, da. At det viste seg at det ikke funka, på en måte. Så kommer folk nok til å være litt mer skeptiske, kanskje (informant 8 – sykepleier).

Dette funnet peker på det sammensatte bildet en endringsprosess er. På den ene siden var noen informanter misfornøyde med opplæringen, noe som forplantet seg til misnøye overfor selve teknologien, og som potensielt kan gjøre ansatte gruppen mer negativt innstilt til fremtidig velferdsteknologi. På en annen side var det en gruppe informanter som var svært positive til opplæringen de hadde fått, men som likevel opplevde at det var en «slitsom periode» med et produkt som ikke fungerte optimalt for deres pasientgruppe, som igjen også kan føre til negative holdninger og redusert motivasjon ved en fremtidig implementeringsprosess av et nytt produkt. Det understøtter også funnet fra kapittel 6.2.1., at man ikke har «råd» til å feile i helse, noe som kan gjøre at endringsprosesser i denne sektoren er en potensielt utfordrende prosess.

6.4.1. Deltidsansatte

Noe som ble tatt opp var utfordringen med sesongvikarer, studenter og andre deltidsansatte. Det ble de faste ansatte sin jobb å videreformidle og lære bort det de allerede hadde lært om velferdsteknologien. Om opplæringen i utgangspunktet var dårlig, forplantet dette seg videre i organisasjonen og kunne skape ytterligere utfordringer.

Vår jobb er jo egentlig å passe på at alle de som jobber som vikarer og ekstravakter får med seg informasjonen. Som jeg sier til deg, så er vi faste ganske drevne, men det er ikke de andre som bare er på visitt en kort periode (Informant 2 – helsefagarbeider).

En annen informant uttrykte frustrasjon rundt organisering og opplæring av nye teknologiske hjelpemidler. Ved spørsmål om hvordan opplæring løses når det kommer ekstravakter og studenter, svarte vedkomne:

Det er bare vi som har ansvaret for å lære opp denne personen på tre opplæringsvakter. Det er vårt ansvar da å vise de hvordan vi gjør ting og hvordan ting fungerer. Ergo vil jo de få like dårlig info som jeg har fått (Informant 5 – helsefagarbeider).

Denne problemstillingen fremstod som mer frustrerende på sykehjem med flere deltidsansatte enn andre. En informant på det ene sykehjemmet utrykte at de alltid kunne være flere på jobb, men at de tross alt var ganske godt bemannet på stedet, og vedkomne nevnte ingen utfordringer rundt opplæring av nye ansatte og sesongmedarbeidere. Informantene ble ikke direkte spurt om bemanning på de forskjellige sykehjemmene, men en informant på sykehjemmet med velferdsansvarlig og en god implementeringsprosess antydte at de var godt bemannet. Informant 5, som ikke jobbet et sted med velferdsteknologiansvarlig, belyste flere ganger utfordringer som oppstod med ekstravakter, studenter og sommerhjelp.

Resultatene fra undersøkelsen viser at det et potensielt kan oppstå en lang rekke utfordringer knyttet til implementering av velferdsteknologi på sykehjem, blant annet knyttet til aldersbarrierer, brukervennlighet, effektivitet, helhetlig implementering og opplæring. Men gjort riktig viser det seg at disse elementene også kan gi motivasjon. Spesielt nevnes effektivitet, brukervennlighet og trygghet for pasientene som viktige motivasjonsfaktorer for informantene. Neste kapittel vil sette disse resultatene opp mot teorien for å diskutere problemstillingene.

7. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg se resultatene fra denne studien i lys av tidligere forskning og teori for å diskutere funnene. Hovedfunnene av undersøkelsen peker i stor grad på både praktiske og menneskelige utfordringer knyttet til å gjennomgå de endringene som oppstår når det introduseres ny teknologi på et sykehjem. Mange ansatte er vant til å arbeide på en konkret måte, og har gjort det slik i mange år. Dermed kan det for noen oppleves som en stor omveltning at disse rutinene skal endres på. Resultatene vil diskuteres opp mot endringsteoriene til Kotter og Bridges introdusert i kapittel 4. Også tidligere forskning vil drøftes opp mot resultatene, for å se på likheter og forskjeller.

I analyseprosessen fant jeg frem til fire hovedtemaer og seks undertemaer, som presentert i kapittel 6. Hovedtemaene var holdninger, brukervennlighet, effektivitet og trygghet og opplæring. Undertemaene var «et nødvendig onde», aldersbarrierer, «man skal ikke feile i helse», økonomisk gevinst, en helhetlig implementering og deltidsansatte. Det jeg ble opptatt av og ønsker å diskutere i første underkapittel er de tilsynelatende utfordringene som er til stede eller oppstår ved å innføre velferdsteknologi på sykehjem. Basert på temaene vil jeg diskutere fire overordnede utfordringer. Dette er motstand mot endring, aldersbarrierer, brukervennlighet og opplæring. Deretter følger en diskusjon av motivasjonsfaktorer som er identifisert, herunder «pasientene først» og en helhetlig implementering. Avslutningsvis i diskusjonskapitlet vil ledelse og organisering av endring diskuteres. Dette er spesielt interessant når man ser på hvordan dette potensielt kan påvirke utfordringene og motivasjonsfaktorene som diskuteres, når det forsås i lys av det teoretiske rammeverket.

7.1. Utfordringer

Ulike utfordringer ble fremhevet av informantene, og det antas at flere av sykehjemmene involvert i oppgaven ikke hadde hatt fokus på en god endringsstrategi, som presentert av Kotter (1996). Utfordringene som ble fremhevet av de forskjellige sykehjemmene varierte; noe var felles for alle, mens andre utfordringer var spesifikke for enkelte sykehjem. I dette underkapitlet vil motstand mot endring, aldersbarrierer, brukervennlighet og opplæring diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket.

7.1.1. Motstand mot endring

Endring er uunngåelig i alle bransjer og på alle arbeidsplasser. I følge Kotter (1996) motiveres endring enten av et behov for økt omsetning, eller for å øke effektivitet. Helsesektoren er i en spesiell situasjon da teknologisk utvikling har skutt fart i de aller fleste bedrifter de siste årene, men helsesektoren henger fremdeles litt bak. Spesielt i kommunal helse- og omsorgssektor er det jobbet på samme måte i mange år uten store endringer eller behov for endring i måten arbeidet utføres på. Det har kanskje blitt mer å gjøre, men arbeidsoppgavene handler fremdeles om det det gjorde for 20 år siden; å passe på og pleie de syke og eldre på en verdig måte. De har ikke vært tvunget til å drastisk endre på måten de arbeider på, som mange i andre bransjer har. En endring i demografi gjør at teknologi og en ny arbeidshverdag er nødvendig også i helse- og omsorgssektoren, og dette setter krav til en mer effektiv helsetjeneste. En utfordring er at det fremstår som at det er høy selvtilfredshet i sektoren, i alle fall blant mine informanter. Altså at informantene i hovedsak er opptatt av å utføre sine daglige oppgaver, og klarer de det, er de tilfredse. Informantene uttrykker selv at de er positive til velferdsteknologi, men de fokuserer også på at det er mange andre oppgaver og ting som er viktigere i deres arbeidshverdag enn akkurat dette. Kotter (1996) peker på dette problemet i sitt første steg, der høy selvtilfredshet fører til at organisasjonen står på stedet hvil. Dette kan skje om de ansatte i organisasjonen har et kortsiktig fokus kun på egne arbeidsoppgaver. Om disse oppgavene løses innen arbeidsdagen er omme, er jobben gjort, og det reflekteres ikke mer rundt det. Dette fremstod som tilfellet for mine informanter. Å få de ansatte til å forstå at en endring er viktig nå og for fremtiden, for å kunne opprettholde den gode helsetjenesten de ansatte gir, er essensielt.

Et par av mine informanter nevnte bærekraft og eldrebølge i sammenheng med bruk av ny teknologi, mens flere andre informanter heller uttrykte frustrasjon eller kun en kortsiktig tilnærming til produktet. De som hadde et større perspektiv på dette hadde roller der de selv var mer involvert i implementeringen av velferdsteknologi, noe som kan forklares ved at de selv hadde høyere eierskap til prosessen enn de andre. Bridges (1991) fokuserer også på at alle ansatte skal ha sin plass i endringsprosessen. Det skal, ifølge Bridges, være en plan på plass der alle har en tydelig rolle i prosessen, slik at alle skal føle eierskap til det. Da blir det tydeligere for alle ansatte hva som skal skje, hvorfor en ny velferdsteknologi introduseres og hvorfor dette er viktig. På flere sykehjem fremstod det mer som at det fra en dag til en annen ble introdusert et nytt produkt, og man prøvde å lære å bruke dette, uten å reflektere mer rundt

betydningen av produktet og hvordan dette direkte ville prege arbeidsdagen og arbeidsmetodene.

7.1.2. Aldersbarrierer

Det ble i intervjuene fokusert på flere utfordringer knyttet til introduksjon av velferdsteknologi og en av de største utfordringene var noen av holdningene til helsepersonell, beskrevet i kapittel 6.1., spesifikt til de litt eldre ansatte. Selv om informantene gjerne ønsket å fremstille seg selv om positive, diskuterte flere på eget initiativ at de opplevde at den eldre generasjonen i større grad uttrykte negativitet og «oppgitthet» i møte med ny teknologi. Det kom også frem at flere av de eldre ansatte kunne «skru av» og synes det kunne være vanskelig å be om hjelp i denne prosessen. Tidligere forskning viser også at alder er en barriere når det kommer til ny teknologi. Barchielli et al. (2021) fokuserte på styrken det ga at en arbeidsplass bestod av en variert arbeidsgruppe i forskjellig alder, men at det også er viktig å være bevisst på denne aldersforskjellen, og at denne særlig spiller seg ut når det kommer til teknologi. Dette perspektivet understøttes i mine resultater, der en informant peker på viktigheten av å bevare den gode kompetansen denne arbeidsgruppen har, men at man ikke må glemme at disse trenger litt mer tid i en slik teknologisk endringsprosess. Kotter (1996) introduserer sine åtte steg for endring med et svært viktig steg; å skape en forståelse for at endring er en nødvendighet. Dette steget diskuteres også i overstående underkapittel, der selvtillfredshet er en barriere mot endring. Å overbevise de ansatte om at endring er en nødvendighet kan bidra til å overkomme denne barrieren.

Resten av stegene til Kotter vil ikke være gjennomførbare om ikke så godt som alle de ansatte er innforstått med dette behovet for endring. For mange eldre kan det antas at det er utfordrende å ta inn over seg hvor sterkt behovet for endring er. Det samme gjelder budskapet om effektiviseringen velferdsteknologi skal gi, når de eventuelle positive eller negative konsekvensene av endringen, eller mangelen på den, potensielt sett ligger i deres pensjonsalder. Det betyr at denne viktige og ressurssterke arbeidsgruppen må motiveres på en annen måte enn for den yngre gruppen. På den ene siden ligger de basale utfordringene i å forstå og føle eierskap til teknologien. Disse utfordringene vil fremdeles være til stede om de ansatte forstår behovet og nødvendigheten for velferdsteknologi. På en annen side, om denne gruppen ansatte heller ikke opplever denne endringen som nødvendig og «akutt», fører det til et ytterligere problem som da kan stanse eller forsinke implementeringsprosessen, eller eventuelt sette hele endringsprosessen tilbake.

Bridges (1991) har et stort fokus på de ansattes følelser i sin endringsteori, og understreker viktigheten av å ta motstand, frustrasjon og andre negative følelser seriøst i en endringsprosess. Mine resultater viser at ansatte på sykehjem er stolte av jobben de gjør og har et stort ønske om å gi best mulig pleie. Når arbeidsmetodene endres kan dette potensielt generere følgende spørsmål; får pasienten den pleien de skal ha, får man fremdeles den samme kontakten med pasientene, er det jeg har gjort tidligere feil? Ifølge Bridges (1991) er dette naturlige reaksjoner når endring oppstår. Bridges (1991) er også tydelig på at disse reaksjonene må kartlegges, slik at en har oversikt over hva som er utfordringene, og at man kan jobbe med å løse disse. Kotters (1996) femte steg handler om å gi de ansatte de riktige verktøyene for å mestre endring. For å gjøre dette er det viktig at ledelsen er kjent med sine ansatte og kan forstå ulike behov for ulike generasjoner eller individer. Hvis noen trenger mer og grundigere opplæring bør dette tilbys, heller enn å utvikle generiske kurs som skal passe alle. Går noe informasjon «over hodet» på enkelte ansatte, kan disse føle seg neglisjert og nedprioritert, og det kan gå ut over motivasjonen. Resultatene av min undersøkelse viser at selv om denne prosessen kan være ekstra vanskelig for ansatte i eldre aldersgrupper, er det likevel en villighet til å brette opp armene og gjøre den jobben man skal. Denne villigheten bør ikke tas for gitt, og alle ansatte bør få de verktøyene de trenger for mestre endringsprosessen og den nye arbeidshverdagen.

Det er også svært viktig, ifølge Kotter (1996), at de som motsetter seg endring møtes i dette og ikke ignoreres. Steg fem i Kotters teori utdyper denne problemstillingen, og sier at dersom misnøye i organisasjonen får fritt spillerom uten konsekvenser, vil dette kunne føre til redusert motivasjon for øvrige ansatte. Endring krever, som beskrevet i avsnittet over, mye av ansatte, og det kan være frustrerende og vanskelig å stå i en endringsprosess. På den ene siden understreker Bridges (1991) viktigheten av å anerkjenne dette og møte disse følelsene. På den andre siden kan det svekke motivasjonen til andre ansatte om kun noen tar på seg ansvaret for endringen og står alene i utfordringene, mens andre motsetter seg dette uten konsekvens, i følge Kotter (1996). Selv om det er forståelig at mange eldre synes denne prosessen er mer utfordrende enn andre, er det viktig å ikke ignorere disse individene, men både anerkjenne de vanskelige følelsene som kan oppstå og sette tydelige krav for denne gruppen.

7.1.3. Brukervennlighet

Utfordringer knyttet til aldersbarrierer understøtter den neste utfordringen som kom frem i undersøkelsen, som var vanskeligheter med den tekniske brukervennligheten til produktene. Ansatte på sykehjem jobber med mennesker, og har dermed sannsynligvis ikke utdanning eller trening innen teknologi. Det er ikke kun de eldre som synes dette kan være utfordrende, men hele arbeidsplassen kan slite med dette problemet om produktet er utformet på en måte som gjør det vanskelig å ta i bruk. Kotters (1996) løsning på en slik utfordring er å tilrettelegge og gi de ansatte det de trenger for å implementere endring, utdypet i steg fem i hans modell. På en annen side vil en potensiell løsning på dette problemet være at produsentene av velferdsteknologien blir kjent med den gruppen som skal bruke produktene deres og deres tekniske ferdighetsnivå, slik at man forsøker å eliminere denne risikoen best mulig. Det vil likevel alltid være forskjellig ferdighetsnivå, noe som også kom tydelig frem i diskusjonen rundt eldre ansatte.

Tidligere forskning peker også på utfordringer med teknologi; både Eikebrokk et al. (2016) og Lo et al. (2019) presenterer i sine studier utfordringer knyttet til bistand for helsearbeiderne, og at en bør ha en tilstedeværende IT-avdeling for en sømløs implementering av teknologi i helse. Dette perspektivet var ikke like viktig for mine informanter. De var mer opptatt av god opplæring, samt et enkelt og brukervennlig produkt som var til å stole på. Lo et al. (2019) konkluderte med at det skulle være et visst handlingsrom på institusjonen for å kunne håndtere implementering av ny teknologi. Dette blir også til en viss grad nevnt av informantene i undersøkelsen min, men her lå fokuset på at man ikke skal feile i helse, at det ikke er rom for det, og at det er mentaliteten blant de ansatte. På den måten kan det ligge noe motstand i det; motivasjonen er lav for å være «forsøkskaniner» med et produkt som krever mye av de ansatte å lære og med en sannsynlighet for at implementeringen muligens kan gå på akkord med pasientenes hverdag. Er dette holdningen hos de ansatte, kan det antas at Kotters (1996) første steg om å skape en forståelse for nødvendighet ikke har blitt gjennomført godt nok. Produktet kan så vise seg å ikke fungere på arbeidsplassen, og hele prosessen kan føles bortkastet.

Barrett et al. (2014) fant i sin undersøkelse at et er en risiko for at en negativ opplevelse ved bruk av velferdsteknologi kan stanse utviklingen og gjøre det enda vanskeligere ved neste prosess, noe som understreker viktigheten av å gjøre det «riktig» første gang. Disse vurderingene deles av noen av mine informanter, som kanskje trodde at det ville være mer

motstand mot nye produkter ved neste introduksjon av velferdsteknologi. Brukervennlige produkter ble på en annen side nevnt som en potensiell motivasjonsfaktor av mine informanter, som betyr at hvis man utvikler og introduserer et produkt som både fungerer som det skal og er enkelt for de ansatte å lære og bruke, vil det potensielt føre til større motivasjon, og en mer positiv implementeringsprosess ved introduksjon av neste velferdsteknologi.

7.1.4. Opplæring

Som allerede nevnt og diskutert i tidligere kapittel, er det å gi de ansatte de riktige verktøyene for å mestre endring viktig (Kotter, 1996; Bridges, 1991). Noen informanter var svært tilfreds med sin opplæring, og de følte seg inkludert og sett i prosessen. Andre informanter hadde dårligere opplevelser og det var tydelig at det hadde etablert seg en generell misnøye, ikke bare overfor produktet, men også overfor kollegaer. I tillegg kunne det gå ut over egen selvtillit, for eksempel at man plutselig opplevde at man ikke mestret arbeidsoppgavene sine lenger. Dette peker Bridges (1991) på i sin teori, og trekker frem at man som helsearbeider kan føle på forvirrede følelser når en ny teknologi blir introdusert og man ikke lenger skal utføre rutinearbeid på samme måte. Det antas at denne følelsen forsterkes om man ikke har fått tilstrekkelig opplæring til å føle at man mestrer produktet. Det er sannsynlig å tro at noen av disse negative følelsene vil oppstå uansett, men resultatene mine viser at det er stor forskjell mellom de informantene som erfarte god opplæring sammenlignet med de som ikke gjorde det. De med god opplæring evnet å reflektere mer rundt andre potensielle utfordringer og/eller positive opplevelser rundt produktene, der de med dårlig opplæring ikke hadde kommet videre i prosessen, men stod fast i en tidligere fase av implementeringen.

En ekstra utfordring knyttet til dårlig opplæring er den store utskiftningen av ansatte noen sykehjem opplever. Det ble også nevnt av flere informanter. En informant la god bemanning til grunn for at implementeringen hadde gått fint. Andre, som hadde dårligere opplevelse med opplæring, pekte på den store andelen deltidsansatte og sesongarbeidere som en ekstra utfordring i dette arbeidet. Kotter (1996), i sitt andre steg, fokuserer på at man skal bygge et team som skal veilede endringen i organisasjonen. Her kan man enten rekruttere internt eller hente kvalifiserte kandidater eksternt. Dette kan være enklere for noen bransjer enn andre, og spesielt antas det at sykehjem vil slite med dette steget, da det allerede er en utfordring å rekruttere, og beholde ressurser. Å ha utfordringer med rekruttering og høy turnover er på en side en pådriver for å implementere teknologi som kan effektivisere arbeidshverdagen, men på en annen side vil det kunne ha store konsekvenser for endringsprosessen, da det kan gjøre

det utfordrende å gå fra ett steg til et annet i Kotters prosess. På mange måter blir det dermed en ond sirkel det for noen sykehjem kan være vanskelig å komme seg ut av. En potensiell løsning til rekrutteringsproblemet, implementering av velferdsteknologi, kan stoppe opp, nettopp på grunn av dette problemet.

7.2. Motivasjon

Det er tydelig en rekke utfordringer knyttet til implementering av velferdsteknologi, noe som ikke er overraskende da det er krevende å endre på vaner og arbeidsmønstre. Basert på temaene analysert og presentert i kapittel 6, vil dette underkapittelet diskutere motivasjon, spesifikt knyttet opp til verdi for pasientene og en helhetlig implementering. De fleste informantene var tydelige på at det aller viktigste for dem når det ble introdusert ny velferdsteknologi på jobb, var at det skulle ha en fordel for pasientene. I andre rekke skulle det helst også gi en positiv ringvirkning på deres arbeidshverdag.

7.2.1. Pasientene først

Har man kommet så langt at man har klart å få de aller fleste av de ansatte til å forstå at det er et behov for endring og klatret seg litt oppover på Kotters (1996) stige bestående av de åtte stegene, kan man se at en av de tingene som gir de ansatte mest motivasjon for å stå i endringen er den positive påvirkningen for pasientene. Altså at de endringene som implementeres i arbeidshverdagen viser seg å være bedre enn slik det var tidligere. En kan se blant mine informanter at de fleste allerede hadde fullført en endringsprosess ved implementering av en romsensor. For flere informanter var dette produktet noe de hadde brukt i flere år på de aller fleste pasientene, og det var nå inkorporert som en vane og del av kulturen på institusjonen. Ifølge Kotter (1996) er dette det aller siste steget, og det er også her man skal se seg tilbake og det skal være tydelig at resultatet av endringsprosessen er bedre enn slik det var før. Det er noe flere informanter var tydelig på at det var. Ved spørsmål om hvordan implementeringen av dette produktet var, var det flere informanter som ikke kunne huske starten av prosessen, og at produktet nå bare var en helt naturlig del av arbeidshverdagen. Noen var tydelige på at selv om det hadde vært en vanskelig overgang i starten og noen utfordringer på veien, kunne de nå se at det var flere fordeler med det nye produktet sammenlignet med slik det var før. I tråd med det aller siste steget til Kotter (1996) er det dette som er viktig når en endringsprosess er avsluttet. En slik positiv opplevelse kan føre til økt motivasjon for å omfavne ny teknologi igjen, som en kontrast til eksempelet nevnt

tidligere, der en negativ opplevelse førte til lavere motivasjon og en mer negativ holdning ved introduksjon av neste teknologiske produkt.

Et av målene med velferdsteknologi er å skape et mer effektivt helsevesen, blant annet på grunn av situasjonen med mangel på helse- og omsorgsarbeidere og flere eldre i befolkningen (Gautun, 2020; SSB, 2019). Ifølge Kotter (1996) er også dette en av to grunner til å implementere endring; å skape økt effektivitet. Å fortelle helse- og omsorgsarbeidere at effektivitet er grunnen til at produktene implementeres er, ifølge mine resultater, ikke nok for å motivere dem til å omfavne produktene. Velferdsteknologi skal først og fremst vise til en bedre behandling av pasientene, og om det også gir en bedre arbeidshverdag for de ansatte, er det en bonus. Slik tolkes de umiddelbare svarene til informantene i min undersøkelse. Men det viste seg også at, om problemstillingen ble diskutert litt mer i dybden, ville en bedre og tryggere hverdag for pasientene også føre til en viss form for avlastning for de ansatte.

Kotters (1996) tredje steg i hans modell for endring peker på å ha en tydelig visjon og strategi for endringsprosessen. Det steget er viktig fordi den riktige visjonen kan motivere de ansatte til å implementere endringen. Mine resultater viser at for denne gruppen ansatte er det viktigste å fokusere på at produktet vil føre til en bedre hverdag for pasientene. Mye teknologi utvikles på grunnlag av å gjøre tjenesten mer effektiv, men helse- og omsorgsarbeidere kan tolke effektivitet som dårligere behandling av pasientene, ifølge mine resultater. Derfor er det viktig å kjenne sine ansatte og utvikle en visjon som gir mening for dem. Om budskapet utelukkende handler om bedre arbeidshverdag, mer effektivitet, mindre arbeid for de ansatte etc., vil det kanskje ikke treffe de ansatte, og de vil ikke være like motiverte for å stå i endringsprosessen som de kunne ha vært med en annen visjon. Å skape en umiddelbar forståelse for behovet for endring, introdusert i steg en i Kotters (1996) modell, er essensielt her. Å få de ansatte til å forstå at om ikke ting endres nå, vil det potensielt føre litt redusert behandlingskvalitet for pasientene i fremtiden, kan være viktig for å motivere endringsprosessen.

7.2.2. En helhetlig implementering

Resultatene av undersøkelsen viser at en helhetlig implementering av teknologi gjorde det enklere for de ansatte på sykehjem å lære seg og å sette seg inn i den nye teknologien. En helhetlig implementering tolkes, basert på mine resultater, som at produktene blir implementert på de aller fleste pasientene, slik at det blir enklere å lære produktet og håndtere

endringsprosessen. Romsensoren er et godt eksempel på en «enklere» implementeringsprosess som involverte en stor pasientgruppe, mens inkontinenssensoren et eksempel på det motsatte. På en annen side ble pasientenes beste igjen tatt opp av informantene, og det faktum at pasientene er forskjellige og dermed skal ha forskjellig behandling. Tendensen med komorbiditet understreker dette faktumet, da det betyr at flere pasienter vil ha mer komplekse sykdomsforløp, og dermed kreve mer individualisert pleie. Det kan diskuteres om teknologi egentlig hører hjemme på sykehjem, da helhetlig implementering av teknologi og individualisert behandling kan oppleves som vanskelig å forene for noen. Her peker Kotter (1996) i sitt sjette steg på å fokusere på små milepæler og seire for å holde motivasjonen oppe, i stedet for å hele tiden fokusere på det «store» bildet, da dette lett kan oppleves som uopnåelig. For ledelsen på et sykehjem kan dette være et viktig fokusgrunnlag.

Et eksempel er fokuset de ansatte har på at de behandler individer som har egne individuelle behov, derfor tilpasser de ansatte seg for hver eneste pasient de interagerer med. Ønsker en pasient å være inne mens alle andre er ute, vil en ansatt være inne med vedkommende. Trenger en pasient mer tilsyn enn en annen, vil vedkommende få mer tilsyn. Dette viser at de ansatte er tilpasningsdyktige når de må, noe som gjør perspektivet om helhetlig implementering til et paradoks. De ansatte ønsker både at produktene skal implementeres helhetlig og hos så mange pasienter som mulig for å gjøre opplæring- og implementeringsfasen enklere, men på en annen side ønsker de å tilby individualisert behandling av pasientene. Det kan dermed være mer overkommelig at ny teknologi introduseres stegvis og at små seire markeres underveis, noe som, ifølge Kotter (1996) fører til mer motivasjon.

På et tidspunkt kan man se seg tilbake og se hvor mye man har lært, og hvor mange pasienter som har fått en bedre hverdag siden produktet ble introdusert. Har man for høye eller for abstrakte mål, eventuelt målsetninger som går på økonomi eller noe som pasientene og de ansatte ikke merker, kan man anta at motivasjonen ikke vil være til stede i like stor grad. Ved å implementere utstyret hos for mange pasienter på en gang, kan de ansatte oppleve å bli skuffet om produktet ikke passer pasienten, og man får da en motsatt effekt enn hva små seire gir.

Utfordringer og motivasjonsfaktorer i en endringsprosess henger tett sammen med organisering av ledelsen av denne endringsprosessen. Derfor vil neste underkapittel diskutere hvordan denne organiseringen kan ses i lys av utfordringene og motivasjonsfaktorene, og hvordan ledelsen kan påvirke dette.

7.3. Ledelse

I tillegg til å forstå de åtte stegene for endring legger Kotter (1996) til én essensiell faktor til som må være til stede for å kunne oppnå endring i en organisasjon, og det er lederskap. Kotter (1996) skiller lederskap og management, og gir disse to rollene ganske distinkte arbeidsoppgaver. Uten lederskap, altså en person som har ansvar for å motivere, inspirere og vise vei i endring, vil aldri en endringsprosess kunne bli en suksess, ifølge Kotter (1996), og dette er like viktig som å forstå, og gjennomføre, de åtte stegene for endring.

7.3.1. Ledelse vs. Management

Resultatene av undersøkelsen min viser at ledelse av endringsprosessen er løst på forskjellige måter på de ulike sykehjemmene. Det er allerede diskutert noe under kapittel 7.1.4. Opplæring, men det ene sykehjemmet hadde tydelig én person som var spesielt ansvarlig for velferdsteknologi. Dette var ikke en som satt på kontoret på kommunehuset, men en vernepleier som hadde jobbet i miljøet i flere år innen vedkommende fikk rollen, og som fremdeles gjorde det. Det ble uttalt at opplæring og implementering av velferdsteknologi kunne blitt svært rotete uten en slik ansatt på sykehjemmet. At denne ansatte var engasjert, viste vei og motiverte samtidig som vedkommende viste forståelse for hva kollegaene gikk gjennom, fordi vedkommende hadde stått i tilsvarende endring, var viktig. I følge Kotters (1996) definisjon på lederskap, viser det at dette sykehjemmet har løst denne oppgaven godt, og at det var en grunn til at implementeringen av velferdsteknologi på dette spesifikke sykehjemmet skilte seg positivt ut. Det fremstod ikke som at denne personen nødvendigvis hadde personalansvar, annet enn det knyttet til koordinering av velferdsteknologi, noe som kan ses på som positivt i denne endringsprosessen. Eventuell misnøye som kan oppstå hos de ansatte angående budsjettprioritering og annet, vil dermed ikke gå til velferdsteknologiansvarlig. Dette vil dermed ikke påvirke implementeringen av velferdsteknologi i like stor grad som det kunne ha gjort uten en velferdsteknologiansvarlig.

De andre sykehjemmene inkludert i denne oppgaven hadde ikke en slik ansvarlig, og det kom frem at disse sykehjemmene slet mer med implementering av velferdsteknologi. Dette henger sammen med opplæring, men forankres i dårligere eller mer mangelfull ledelse. En informant uttrykte at det på deres sykehjem ikke egentlig var noen som hadde full kontroll på produktet. Når informasjonsflyten fra ledelsen og ned til de ansatte manglet, i tillegg til manglende informasjonsflyt mellom de ansatte, oppstod det utfordringer. Dette understøttes av en informant på sykehjemmet med en slik ansvarlig, som svarer følgende på hva som skulle skjedd om de var uten sin velferdsteknologiansvarlig; «Jo flere kokker, jo mere søl. Det hadde blitt helt vilt». En av forklaringene på de forskjellige opplevelsene av implementeringsprosessen på de to motsatte sykehjemmene kan være nettopp at det ene hadde en tydelig leder som viser vei, mens det andre ikke hadde det. I følge Kotter (1996), vil da sykehjemmet uten en slik leder, eller flere ledere, ikke klare å gjennomføre en suksessfull endringsprosess.

Riktig lederskap og å ha de riktige menneskene på plass for å «styre skuta», som diskutert over, henger sammen med Kotters (1996) andre steg; å ha riktig team til å lede endring. Her handler det om at menneskene som blir engasjert i dette teamet skal skape tillit til de ansatte. De ansatte skal kunne stole på at de endringene som blir implementert er til det bedre. Mine resultater viser at dette likevel kan være vanskelig å garantere, noe som kan føre til misnøye om tilliten blir brutt. Samtidig viser finnene fra det ene sykehjemmet at det å mangle en tydelig leder i endringsarbeidet førte til manglende tillit i starten av arbeidet. Da er det tydelig at det blir vanskelig for de ansatte å stå i endringen; kanskje er de ikke 100% overbevist om at endringen er nødvendig og ikke har de en tydelig leder eller et team de har tillit til. Ifølge Kotter (1996) er dette sykehjemmet på den måten allerede dømt til å mislykkes i endringsprosessen, og resultatene mine viser at prosessen er krevende for de ansatte.

På dette sykehjemmet kommer det også frem at tilliten er brutt overfor kollegaer, da det kan virke som at ansvaret om opplæring av velferdsproduktet ene og alene har falt på kollegaene. Det antas at dette kan ha skapt splittelse i kollegagruppen. Dette diskuteres av Bridges (1991) i forbindelse med den «nøytrale sonen», der det ofte oppstår dårlig teamarbeid og mangel på kommunikasjon mellom de ansatte. Sykehjemmet som opplevde slike utfordringer som nevnt over, kan sies å være i nettopp denne sonen da jeg snakket med informanten. Produktet var introdusert og tatt i bruk, men forvirring rundt bruken av produktet, mangel på lederskap, kommunikasjon og en tydelig plan, introdusert i Kotters (1996) modell, gjorde at de ansatte

på dette sykehjemmet opplevde økt misnøye, lavere effektivitet og dårlige kommunikasjon enn det som kanskje var tilfellet før dette produktet ble introdusert.

Bridges (1991) diskuterer i sitt siste steg viktigheten av at alle involvert i endringen skal føle at de har en plass, og at de har en plan å forholde seg til. Den ene informanten fra sykehjemmet som opplevde store utfordringer uttrykte at det i utgangspunktet var en plan, men at den ikke var gjennomførbar. Planen hadde falt helt sammen, og de ansatte stod igjen og var forvirret og usikre på hvordan de skulle gå frem. Bridges (1991) snakker om viktigheten av å ha en plass i det store puslespillet som en endringsprosess er, fordi på den måten får man eierskap til prosessen. Det kan sies at informanten jeg snakket med ikke opplevde å ha eierskap til hverken produktet eller implementeringsprosessen, og fremstod heller forvirret over hva som skulle til for å løse situasjonen og hva som var planen videre.

7.3.2. «Forankring i linja»

Kotters (1996) andre punkt refererer til riktig team, mens i punkt én, som handler om å bli klar over nødvendigheten for endring, er det også et stort fokus på at ikke bare skal de ansatte være overbevist, det gjelder hele «linjen» fra de ansatte, mellomledere og til toppledelsen. Én av mine informanter nevnte viktigheten av at endringen var «forankret i linja» og at kommuneledelsen også var involvert, synlige og til stede. To andre informanter, ansatt på samme sykehjem, nevnte også at det var viktig å se «det store bildet». Det at dette sykehjemmet hadde en forståelse av at den øvrige ledelse i kommunen også var involvert og trodde på prosjektet, fremstod som viktig. Dette understreker det første punktet til Kotter (1996), og delvis også punkt to, at å ha riktige mennesker med seg i endringen som viser vei og er tydelige, det er viktig for å kunne oppnå den endringsprosessen man ønsker.

Tilstrekkelig bemanning er også fremhevet av Melting (2017) som en av flere forutsetninger for å sikre god implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren. Studien av Eikebrokk et al. (2016) peker også på i sin studie at det ofte er en mangel på ressurser og standarder når det implementeres nye teknologiske prosjekter i helse- og omsorgssektoren, noe som understøtter deler av mine funn.

7.4. Oppsummering av diskusjon

Min undersøkelse har identifisert flere utfordringer knyttet til holdninger, opplæring og brukervennlighet blant helsearbeiderne som har deltatt i undersøkelsen. Også viktige motivasjonspunkter er identifisert. Ledelsens rolle i møte med utfordringer og motivasjon er også drøftet, for å sette dette i sammenheng. Sett i sammenligning med teoriene til Kotter (1996) og Bridges (1991) er det enklere å forstå hvorfor informantene har de utfordringene de har, men det gir også en indikator på hva som kan gjøres annerledes. Tendensen viser at på de sykehjemmene med god bemanning var det tilrettelagt med egne velferdsteknologiansvarlige, forankring i linjen, godt lederskap, god kommunikasjon og god opplæring. På dette sykehjemmet handlet utfordringene i større grad om produktet i seg selv; «Passer akkurat dette produktet til akkurat oss, akkurat nå?». De ansatte følte seg hørt og sett i denne beslutningsprosessen, nettopp fordi det var et tydelig bindeledd mellom de ansatte og kommunen, gjennom den ansvarlige for velferdsteknologi. En kan si at dette sykehjemmet mestret endringsprosessen godt.

Andre, og det som fremstår som langt mer utfordrende vanskeligheter, ble diskutert på et annet sykehjem. De ansatte følte seg overlatt til seg selv, det var lite informasjon, ingen hadde et tydelig ansvarlig for teknologien, det manglet et team og de manglet eierskap til produktet og prosessen som var igangsatt. Disse to sykehjemmene, som på en måte kan omtales som motsetninger, viser at endringsprosessen som er nødvendig å gjennomføre for å implementere teknologi, og som skal bidra til en mer effektiv arbeidshverdag og forbedre pasientbehandlingen, kan stoppe opp nettopp på grunn av rekrutteringsproblemer.

8. Konklusjon

Endring er en vanlig, men kompleks, prosess i de fleste bedrifter. En varslet eldrebølge vil føre til økt press på helse- og omsorgssektoren og på sykehjem spesielt. Presset øker også på denne sektoren på grunn av rekrutteringsutfordringer. Sykehjem blir presset fra begge sider; flere pasienter og færre pleiere. Denne oppgaven har ikke forsøkt å løse dette rekrutteringsproblemet, men har sett på endringsprosesser når velferdsteknologi blir introdusert på sykehjem. Velferdsteknologi er fremhevet som en av flere mulige løsninger på den fremtidige eldrebølgen, og derfor er problemstillingen på denne oppgaven; *Hvilke utfordringer finnes når velferdsteknologi implementeres? Hvordan motiveres helsearbeiderne på sykehjem i en endringsprosess når velferdsteknologi implementeres?* Målet er at ny velferdsteknologi skal implementeres på en effektiv måte, slik at den kan benyttes slik den er tiltenkt og at sykehjemmene kan oppnå gevinstrealiseringen som er forespeilet så langt som mulig. Da er det viktig å vite hvordan denne prosessen oppleves for de ansatte.

Kvalitativ metode med en semi-strukturert intervjuguide ble benyttet for å svare på problemstillingen, og to endringsteorier ble presentert for å tolke, diskutere og forstå resultatene. Å sette to streker under svaret med denne metoden er ikke mulig, men flere utfordringer og viktige motivasjonsfaktorer ble identifisert i studien. Å være bevisst på holdninger, spesielt knyttet til økt alder, og forskjellige tekniske ferdigheter er viktig for å unngå utfordringer knyttet til brukervennlighet. Sykehjem bør fokusere på å skape en akutt forståelse for endring blant de ansatte, slik at det er en felles anerkjennelse for jobben som må gjøres, og hvorfor den må gjøres. Dette skaper motivasjon. Mine informanter var tydelige på at velferdsteknologi kun skulle implementeres om det ga en fordel for pasientene.

En stor utfordring lå i organiseringen av endringsprosessen. Denne organiseringen hadde stor konsekvens for hvilke utfordringer de ansatte møtte, og hvordan de ble motivert. To sykehjem skilte seg ut i henholdsvis positiv og negativ retning. Det ene sykehjemmet hadde god bemanning, god organisering, en egen leder med ansvar for velferdsteknologi og forankring i kommunen. Det fremstod som at disse mestret implementering av velferdsteknologi relativt godt, og hadde større motivasjon for å omfavne velferdsteknologi. Det andre sykehjemmet manglet en tydelig leder i implementeringsarbeidet, noe som blant annet gikk utover kommunikasjonen kollegaer imellom. Det fremstod som at dette sykehjemmet hadde noe større utskiftning av ansatte, noe som kan forklare noen av disse utfordringene. Dette sykehjemmet opplevde større vanskeligheter med endringsprosessen.

Utfordringene som oppstod i endringsprosessen var som nevnt forskjellige på de ulike sykehjemmene involvert i undersøkelsen, men diskusjonen belyser at det kan være en sammenheng mellom bemanning og strategisk gjennomføring av endringsprosessen. Ifølge Kotters endringsteori, bør ikke velferdsteknologi som endrer arbeidsmetoder og arbeidshverdag introduseres uten å ha en gjennomførbar plan til grunn og uten å ha riktige mennesker involvert, og ikke minst uten å kjenne sine ansatte. Denne studien understøtter denne teorien. Utfordringene som følge av mangel på en slik plan, kan bli så store at endringsprosessen ikke er gjennomførbar, i tillegg til at det kan skade fremtidige endringsprosesser.

En endringsprosess er noe som ikke bør tas lett på, men det kan likevel fremstå som at dette nettopp er tilfelle for flere av sykehjemmene i denne undersøkelsen. Interessant fremtidig forskning som kan utdype mine funn, vil være å undersøke sykehjemsledelsens opplevelse av endringsprosessen som oppstår ved introduksjon av velferdsteknologi. Hvilke ressurser har de til rådighet i en slik utfordrende prosess, og hvilken planleggingsprosess ligger til grunn? Det kan være interessant å se hvordan ledelsen opplever deres egen kunnskap om velferdsteknologi og endring, og hvilken støtte de mottar fra øvrig ledelse, ved implementering av velferdsteknologi. Denne studien har ikke fokusert direkte på bemanning og rekruttering på de forskjellige sykehjemmene, noe som kan være interessant å gjøre for å få en tydeligere forståelse av den potensielle sammenhengen her.

Bibliografi

Barchielli, C., Marullo, C., Conciani, M. og Vainieri, M. (2021) Nurses and the acceptance of innovations in technology-intensive contexts: the need for tailored management strategies, *BMC Health Services Research*, 21(639), 2-11

Barrett, D., Thorpe, J. og Goodwin, N. (2014) Examining perspectives on telecare: factors influencing adoption, implementation and usage, *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 3, 1-8.

Bridges, W. (1991) *Managing Transitions: Making the Most of Change*. Boston: Da Capo Press inc.

Cummings, S., Bridgeman, T. og Brown, K. G. (2016) Unfreezing change as three steps: Rethinking Kurt Lewin's legacy for change management, *Human Relations*, 69(1), 33-60.

DFØ, (2022), *Gevinstrealisering*. Tilgjengelig på:
<https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering> (hentet: 12.5.2022)

Direktoratet for e-helse (2021), *Dette er velferdsteknologi*. Tilgjengelig på:
<https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/velferdsteknologi> (hentet: 11.2.2022)

Eikebrokk, T. R., Moe, C. E. Og Stendal, K. (2016) Pilotprosjekter i kommunal e-helse – fremmes eller hemmes tjenesteinnovasjon? *NOKOBIT 2016*, 24(1).

Gautun, H. (2020) En utvikling som må snus – bemanning og kompetanse i kommunal helse- og omsorgstjeneste, *Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet*.

Green, J., og Thorogood, N. (2018) *Qualitative Methods for Health Research*. 4. utg. London: SAGE

Helsedirektoratet (2020). *KOMPETANSELØFTET 2020 – Personell og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingstrekk og status 2018* (Årsrapport 2018) Helsedirektoratet.

Melting, J. B. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger* (IS-2557). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt-velferdsteknologiprogram.pdf/_/attachment/inline/76ae5535-037f-4387-a92f-3e5e96e477f4:4544b853573c3d2454da1b40afe4a74544940035/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt-velferdsteknologiprogram.pdf

Kotter, J. (1996) *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.

Levine, M., Richardson, J. E., Granieri, E. og Reid, M. (2014) Novel Telemedicine Technologies in Geriatric Chronic Non-Cancer Pain: Primary Care Providers' Perspectives, *Pain Medicine*, 12(2), 206-2013.

Lo, C., Waldahl, R. H. og Antonsen, Y. (2019) Tverrfaglig, sammenkoblet og allestedsnærværende – om implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, *Nordisk välfärdsforskning*, 1, 9-19.

Malterud, K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines, *The Lancet*, 358, 483-488.

NSD (2020). Tilgjengelig på: <https://www.nsd.no/> (hentet: 15.1.2022)

United Nations (1987) *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*, UN Documents.

SSB (2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035*. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16a9632c1f0 (Hentet: 2.2.2022)

Øyen, K. R., Sunde, O. S., Solheim, M., Moricz, S. og Ytrehus, S. (2017) Understanding attitudes toward information and communication technology in home-care: Information and

communication technology as a market good within Norwegian welfare services, *Informatics for Health and Social Care*, 43(3), 300-209.

Vedlegg 1 – Godkjenning NSD

11.05.2022, 15:06 Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering

Referansenummer

273846

Prosjektittel

Bruk av velferdsteknologi av helsearbeidere og sykepleiere på sykehjem

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Helge Skirbekk, helge.skirbekk@medisin.uio.no, tlf: +4722850678

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Mathilde Røed Jørgensen, m.r.jorgensen@studmed.uio.no, tlf: +4746113217

Prosjektperiode

01.02.2022 - 22.06.2022

Vurdering (1) 03.02.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, og eventuelt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester.

Behandlingen kan starte.

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet «Hvordan velferdsteknologi kan bli implementert av sykepleiere og helsearbeidere i sykehjem for å skape et mer bærekraftig helsevesen»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan bruken av velferdsteknologi blir implementert og mottatt av sykepleiere og helsearbeidere på sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å få en bedre forståelse for hvordan sykepleiere og hjelpepleiere som benytter velferdsteknologi på sykehjem opplever implementering, oppfølging og opplæring ved ny velferdsteknologi på arbeidsplassen. Problemstillingene som skal undersøkes i prosjektet omhandler hvordan sykepleiere og helsearbeidere på sykehjem opplever at introduksjonen og implementeringen av ny teknologi har vært på arbeidsplassen, og hvordan ting eventuelt kan gjøres på en mer hensiktsmessig og effektiv måte i fremtidens helsevesen.

Prosjektet inngår i en masteroppgave i helseledelse på Universitetet i Oslo.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo, Avdeling for Helseøkonomi og Helseledelse er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er ønskelig at halvparten av deltakerne jobber på en privat institusjon, og den resterende halvparten jobber på en offentlig institusjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i dette prosjektet betyr det at du setter av ca. 45 minutter til intervju. Intervjuet vil gjennomføres fysisk eller digitalt, alt etter mulighet under corona-restriksjoner og etter ønske fra deg. Jeg tar notater og lydopptak av intervjuet, men opptaket vil slettes etter bearbeidelse av data (transkripsjon). Din identitet ved publisering vil holdes anonym for alle andre enn undertegnede.

Opplysningene som samles inn vil omhandle din rolle på arbeidsplassen og din opplevelse og erfaring ved implementering av velferdsteknologi på arbeidsplassen. Det vil også spørres inn til potensielle utfordringer eller positive opplevelser ved bruk av teknologi på arbeidsplassen, og utdypelse av disse erfaringene.

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.

Det er kun jeg som student og veileder Helge Skirbekk som vil ha tilgang til opplysningene du oppgir. Ditt navn vil ikke inkluderes i dokumenter eller skriv, og disse vil lagres etter et kodesystem som oppbevares adskilt fra transkripsjonene og vil ikke avsløre navn og kontaktopplysninger.

Lydopptakene vil oppbevares låst på PC utilgjengelig for andre enn undertegnede. Du vil anonymiseres når lydopptakene transkriberes, og din identitet vil ikke kunne gjenkjennes i transkripsjonene.

Ingen navn, kontaktopplysninger, navn på avdeling eller annet vil kunne gjenkjennes i publikasjon. Overordnet tematikk vil presenteres i oppgaven, og enkelte sitater vil inkluderes, men anonymiseres slik at det ikke kan spores tilbake til deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2022.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Oslo ved veileder Helge Skirbekk (helge.skirbekk@medisin.uio.no) eller student Mathilde Røed Jørgensen (m.r.jorgensen@studmed.uio.no)
- Vårt personvernombud: Roger Markraf-Bye (personvernombud@uio.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Med vennlig hilsen

Helge Skirbekk

Mathilde Røed Jørgensen

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan velferdsteknologi kan bli implementert av sykepleiere og helsearbeidere i sykehjem for å skape et mer bærekraftig helsevesen» 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)

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Generelt – kort intro

- Hva er din rolle på arbeidsplassen?
- Hvor lenge har du jobbet på dette sykehjemmet?
- Kan du helt overordnet si litt om hvilke typer pasienter du jobber med?

Bruk av velferdsteknologi på arbeidsplassen

- Kan du fortelle om hvilken type velferdsteknologi dere bruker på arbeidsplassen?
- Kan du fortelle om din personlige erfaring med bruk av teknologi på arbeidsplassen?
- Opplever du at bruken av velferdsteknologi bidrar til å avlaste arbeidsoppgaver gjennom dagen?
Hvorfor/Hvorfor ikke?
 - o Hvilke positive opplevelser har du opplevd ved bruk av ny teknologi på jobb?
 - o Hvilke negative opplevelser har du opplevd ved bruk av ny teknologi på jobb?
- Hvordan stiller pasientene seg til bruk av ny teknologi?
- Har du opplevd spesifikke situasjoner eller hendelser som har gjort det vanskelig eller utfordrende å ta i bruk enkelte typer teknologi?

Organisering av implementering

- Har det oppstått noen utfordringer ved opplæring og implementering av ny teknologi på jobb?
- I hvilken grad har leverandøren av teknologien vært til stede ved opplæring og implementering av ny teknologi?
- Er det noe som kunne blitt gjort annerledes?
- Hvilke hjelpemidler eller ressurser kan dere benytte dere av om det er utfordringer med velferdsteknologien?

Motivasjon

- Hvilke typer pasientgrupper opplever du at det er enklere å bruke velferdsteknologi på enn andre?
 - o Er det noen pasientgrupper du opplever at det er enklere å bruke velferdsteknologi på enn andre?

- Hvorfor?
- Av de forskjellige typer teknologi dere har testet eller implementert, hva slags typer teknologi er enklest å bruke?
 - Hvorfor funket dette?
 - Hvorfor funket ikke andre?

Tilrettelegging

- Hva er det viktigste for deg når du skal lære deg å bruke et nytt produkt? (Hjelp: Grundig opplæring, oppfølging av ledelse, leverandør, nytteverdi, brukervennlighet?)
 - Hvorfor er akkurat det viktigere enn andre ting?
- Hva kan din ledelse gjøre for å legge til rette for ved introduksjon av ny velferdsteknologi på arbeidsplassen?
- Hva kan andre kollegaer gjøre for å bistå/støtte ved implementering av ny velferdsteknologi på arbeidsplassen?
- Kan du trekke frem en type teknologi som har blitt implementert det siste året som har fungert spesielt godt for både deg som helsearbeider og for pasient?
 - Hva har vært så positivt ved dette produktet?
 - Hvorfor har det funket godt

