



Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning, Institutt for samfunnsvitenskap

Implementering av Velferdsteknologi

Hvor godt forberedt er de ansatte i Tromsø kommune for implementering av velferdsteknologi?

Fjelddalen, Lars

Masteroppgave i erfaringsbasert master i økonomi og ledelse. STV-3910 november 2019

Forord

Denne masteroppgaven fullfører mitt masterstudium i økonomi og ledelse ved UIT Norges Arktiske Universitet. Det har vært både krevende og givende arbeid og jeg vil spesielt takke min kone og barn for tålmodighet og støtte i en hektisk tid.

Jeg vil også takke min veileder Hege Andersen for uvurderlige innspill og diskusjoner, og min gode venn Mats for nyttige samtaler.

Til slutt vil jeg takke Seksjon for hjemmetjenesten i Tromsø kommune som lot meg få et innblikk i deres hverdag.

Tromsø, November 2019

Lars Fjelddalen

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	7
1.1	TEMA OG PROBLEMSTILLING	8
1.2	DEFINISJON AV BEGREPER	11
1.3	AVGRENSNINGER	11
1.4	OPPGAVEN OPPBYGGING	12
1.5	FORSKNINGSSPØRSMÅL	12
2	EMPIRISK KONTEKST	14
2.1	SEKSJON FOR HJEMMETJENESTE – TROMSØ KOMMUNE	14
2.2	ENHET MIDTBYEN	16
2.3	KONSEPTET VELFERDSTEKNOLOGI	16
2.3.1	<i>Velferdsteknologi i Tromsø Kommune</i>	17
2.4	GJENNOMFØRTE PROSJEKTER	19
2.4.1	<i>Nasjonalt program for utvikling av og implementering av velferdsteknologi 2014-2020</i>	19
2.4.2	<i>Nordnorsk Design og Arkitektursenter AS</i>	19
2.5	PILOTPROSJEKT – «FREMIDENS HELSETJENESTE TIL HJEMMEBOENDE»	19
2.6	OPPSUMMERING	21
3	TEORI	23
3.1	CONCEPT OF UNFREEZING	23
3.1.1	<i>Three Step Model</i>	24
3.2	RESISTANCE VS. READINESS	25
3.3	ORGANIZATIONAL READINESS FOR CHANGE	26
3.3.1	<i>«Change valence»</i>	27
3.3.2	<i>«Informational Assessment»</i>	27
3.3.3	<i>«Contextual factors»</i>	28
3.4	NHS SUSTAINABILITY MODEL	29
3.4.1	<i>Prosess</i>	30
3.4.2	<i>Ansatte</i>	30
3.4.3	<i>Organisasjon</i>	30
3.5	KULTUR OG STRUKTUR	31
3.6	OPPSUMMERING	31
4	METODE	33
4.1	FORSKNINGSDESIGN	33
4.2	FORSKNINGSMETODE	34
4.3	UTFORMING AV SPØRRESKJEMA	34

4.3.1	<i>Testpanel</i>	37
4.4	POPULASJON OG UTVALG	38
4.5	DATAINNSAMLING	39
4.6	ANALYSE AV DATA	39
4.7	PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET.....	40
4.8	METODEKRITIKK	41
5	RESULTAT OG ANALYSE.....	43
5.1	HOVEDFUNN.....	43
5.1.1	<i>Gjennomsnittlig faktorscore</i>	43
5.1.2	<i>Alder</i>	45
5.1.3	<i>Utdanning</i>	46
5.1.4	<i>Ansenitet</i>	47
5.2	FUNN JUSTERT FOR SKJEVHETER	48
5.2.1	<i>Hovedfunn</i>	49
5.2.2	<i>Alder</i>	49
5.2.3	<i>Utdanning</i>	50
5.2.4	<i>Ansenitet</i>	50
5.2.5	<i>Oppsummering</i>	51
5.3	NHS SUSTAINABILITY MODEL - SPØRSMÅL.....	51
5.3.1	<i>Prosess</i>	52
5.3.2	<i>Ansatte</i>	54
5.3.3	<i>Organisasjon</i>	57
6	KONKLUSJON	58
7	REFERANSER	60
8	FIGURER.....	62

«I tidligere tider sørget familien for omsorgen når man ble eldre. Nå blir kommunen og helsetjenesten stadig viktigere. Solidariteten mellom generasjonene er likevel den samme. Samfunnet vårt går rundt fordi voksne tar omsorg for barna. Og arbeidspføre sørger for de eldre. De neste tiårene får vi problemer med denne modellen.»

Statsminister Erna Solberg, Nyttårstalen 2019¹

¹ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsministerens-nyttarstale-2019/id2623249/>

1 Innledning

I mai 2018 publiserte Helse- og Omsorgsdepartementet Stortingsmeldingen «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre». Reformen skulle bidra til at eldre kan mestre livet lengre, at pårørende kan bidra uten å bli utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenesten².

Statistisk Sentralbyrå publiserer hvert år konjunkturtendenser og i januar 2019 kunne vi lese at snittalderen i Norge er økt med 0,23 år³. En så rask årlig endring har aldri vært registrert. Det ble i overkant 5400 færre barn og unge og 22400 flere eldre over 65 år (Statistisk Sentralbyrå, 2019).

Antall som er 70 år eller mer vil fordobles frem til 2060⁴

I Aftenposten i mai kunne vi lese at Norge kan mangle 28000 sykepleiere i 2035⁵

Vi har en eldrebølge som skrider frem med flere ikke yrkesaktive, og færre yrkesaktive står igjen og skal finansiere eldreomsorgen. Som Statsminister Erna Solberg sa i sin nyttårstale vil vi få problemer med dagens modell.

Beveger vi oss sakte mot kanten av et stup?

For at vi fortsatt skal ha et harmonisk samfunn og ivareta ta de eldre på en god måte må vi bevege oss bort fra dette stupet. Arbeidslivet går i sykluser og mangel på personell er ikke noe nytt, men noe må gjøres og et av hjelpemidlene er innføring av velferdsteknologi.

Velferdsteknologi skal bidra til å gi de eldre mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lengre (Meld. St. 15 - 2017 – 2018)⁶. Teknologiske løsninger vil aldri kunne erstatte fysisk kontakt og varme hender, men teknologien kan hjelpe oss med oppgaver som stjeler tid som kunne vært brukt til nettopp fysisk kontakt.

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> (besøkt 13.08.2019)

³ https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/_attachment/380156?_ts=16958558ee0 (besøkt 13.08.2019)

⁴ SSB Befolkningsframskrivingene 2018

⁵ https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/_attachment/380156?_ts=16958558ee0 (besøkt 15.05.2019)

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Når vi bryter dette ned ser vi alle at noe må gjøres. Helse- og omsorgssektoren må gjennom en endring for å kunne ivareta befolkningen slik vi har stolte tradisjoner for i Norge. Dette vil stille krav til alle involverte parter fra politikere, toppledere, avdelingsledere, helsemedarbeidere, pårørende, bedriftseiere, bemanningsbyråer og mange fler. Felles for alle er at de må gjennom en endringsprosess. Endringsprosesser i helsesektoren er dog ingen enkel sak. Vi har en rekke eksempler på endringer og implementeringsprosesser som har gått galt. Et nylig eksempel er sagaen om nedleggelse av Ullevål Sykehus for et nytt regionssykehus på Gaustad som har ført til høyt politisk spill. Ansatte slår fysisk ring om Ullevål sykehus og det fremkommer mistillit til ledelsen. Dette er naturligvis et massivt prosjekt som vanskelig kan sammenliknes med mindre implementeringsprosesser lokalt, men det sier noe om kompleksiteten i implementeringsprosesser.

I denne oppgaven skal vi ta for oss disse temaene. Ikke bare er dette interessant forskning, det er også viktig forskning for å lykkes med de endringene som tvinger seg frem. Vi må forstå hva som skal til for å lykkes med implementeringsprosesser i helsesektoren. Med tanke på at dette er et relativt nytt område i det store bildet er det ikke forsket mye på implementering av velferdsteknologi og dette studiet kan gi et bidrag for å forstå hvilke faktorer som er viktige for å lykkes med implementeringsprosessen. Jeg har vært så heldig å få studere et konkret prosjekt som går på implementering av velferdsteknologi i Tromsø kommune. De har gjort forsøk på å implementere velferdsteknologi, men opplever selv at de ikke har lyktes og ansatte har ikke adoptert de nye verktøyene de har til rådighet. Hva er årsaken til at man ikke lykkes med dette når behovet er så åpenbart? Hvor mener de ansatte Tromsø kommune har sviktet i implementeringsprosessen? Har alder noe å si i forhold til hvor godt forberedt de ansatte føler de er for implementering? Eller ansenitet? Dette er spørsmål jeg har ønsket å få svar på og gjennom en kvantitativ tilnærming har jeg samlet inn data fra deltakere i prosjektet og analysert dette gjennom en spesifikk modell utviklet for endringsprosesser i helsesektoren. Skal vi lykkes med å møte Statsministerens advarsel er dette spørsmål vi er nødt til å få svar på og forstå.

1.1 Tema og problemstilling

Fokuset i denne oppgaven er ikke på selve velferdsteknologien, men det er implementeringsprosessen vi ser på gjennom innføring av velferdsteknologi.

Velferdsteknologi er allikevel en sentral del av oppgaven da velferdsteknologi ikke først og

fremst handler om teknologi, men måten de ansatte jobber på (Velferdsteknologiens ABC). Et eksempel på velferdsteknologi kan være utendørs trykghetsalarm og lokaliseringsteknologi. De fleste ønsker å bevege seg fritt og være aktiv også når man får kognitiv svikt og problemer med å orientere seg. Med en lokaliseringseenhet med GPS kan en person fortsatt være aktiv uten at en hjelpepleier trenger å være med og pårørende kan være trygge⁷. I dette tilfellet ser vi at teknologien (GPS) ikke er noe nytt, men ved at en person kan gå alene ute uten følge av hjemmesykepleier frigjøres tid for pleieren som kan brukes til annet arbeid og mer omsorg. Dette er et typisk eksempel som endrer måten de ansatte jobber på.

Tromsø kommune oppleves som positive til innføring av velferdsteknologi og de ønsker genuint å lykkes. Erfaringene fra arbeidstareid som er gjort er imidlertid at de ikke har lykkes med å forankre dette hos de ansatte i like stor grad som de ønsket⁸. De har allerede gjort flere prosjekter for å lykkes og de har teknologi tilgjengelig, men det blir ikke tatt i bruk og de ansatte har ikke tatt eierskap til implementeringsprosessen. Det er et tydelig gap mellom der kommunen ønsket å være og der de er i dag.

Forarbeid i en implementeringsprosess er særdeles viktig og handler om å klargjøre de berørte for endringen som kommer. Vi må sørge for at de involverte forstår hvorfor endringen gjøres, hvilke problem det skal løse og hvordan det vil se ut i etterkant. I 1951 kom boken «Field Theory in Social Science» med blant annet artikkelen “Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; equilibrium and social change” av Kurt Lewin (1947). Lewin blir av mange anerkjent som skaperen av dagens endringsledelse (Cummings, Bridgman, & Brown, 2016). Han utviklet «Concept of Unfreeze» og lanserte modellen CATS (Change As Three Steps). Lewin fokuserte på at man må tine organisasjonen for å skape endring gjennom stort fokus på kommunikasjon slik at de ansatte får forståelse for endringen (Lewin, 1947). I 2009 skrev Bryan Weiner artikkelen «A theory of organizational readiness for change» hvor han tok for seg hva som er viktig for å forberede de ansatte for endring og fokuserte på de tre faktorene Change Valence, Informational assesment og Contextual factors. Disse teoriene er grunnmuren for oppgaven og dette er temaer vi skal se

⁷ <https://www.tromso.kommune.no/velferdsteknologi.314061.no.html>

⁸ Velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten – sluttrapport, Tromsø Kommune hentet fra <https://img8.custompublish.com/getfile.php/3802750.1308.acspyswfdp/Sluttrapport+hovedpr osjekt.pdf?return=www.tromso.kommune.no>

nærmere på. Vi skal også se på hva som trigger «readiness» kontra motstand, og hvordan kommunikasjon internt er avgjørende for å lykkes med implementeringsprosesser.

Dette er teorien jeg vil lene meg på for å belyse problemstillingen og for forstå om Tromsø kommune er moden for forandringene som tvinger seg frem og implementering av nye tjenester og teknologi. Med dette som bakgrunn er følgende problemstilling formulert:

«Hvor godt forberedt er de ansatte i Tromsø kommune for implementering av velferdsteknologi?»

Som nevnt innledningsvis har jeg forsket på et konkret prosjekt i Tromsø kommune under Seksjon for Hjemmetjenesten. Prosjektet er tverrfaglig med deltakere fra forskjellige avdelinger innen helsetjenesten og målet har vært å fremme forståelse og bruk av velferdsteknologi, samt forbedre pasientreisen. Det er denne konkrete gruppen jeg har sett på for å kunne si noe om hvor godt forberedt de er for implementering av velferdsteknologi.

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av en konkret modell i et kvantitativt perspektiv. NHS Sustainability Modeler er utviklet av NHS Institute i England for å hjelpe helsetjenesten med å implementere nye rutiner på arbeidsplassen (Doyle, et al., 2013). Jeg vil komme nærmere tilbake til selve modellene, men det er en faglig forankret modell som søker å finne svar på om det er grunn til optimisme eller bekymring for om en endring vil vare. Modellen består av ti spørsmål fordelt i tre kategorier; Proses, Ansatte og Organisasjon. Det er fire utsagn knyttet til hvert spørsmål og respondenten skal velge det alternativet som passer best for seg. Basert på hvilke svar som velges ligger det en beregnings metodikk som generer en faktorscore. Denne faktorscore sier noe om det er grunn til optimisme eller bekymring.

I tillegg til å se på den totale faktorscoren har jeg analysert svarene med noen variabler. Jeg har bedt mine respondenter svare på alder, hvor lenge de har jobbet i helsesektoren og hvor lang utdanning de har. På den måten kan vi se om det er forskjeller på hvor godt de forberedt de ansatte føler seg knyttet til alder, ansenitet og utdanning. Jeg vil komme tilbake til dette i resultat og analyse kapittelet.

1.2 Definisjon av begreper

Selv om velferdsteknologi ikke er hovedtema i oppgaven kan være nyttig å avklare hva som menes med dette begrepet. Tromsø kommune har selv en definisjon på sine hjemmesider jeg mener er god:

«Velferdsteknologi er virkemidler som kan bidra til å gi brukere økt livskvalitet og egenmestring. Teknologien skal fremme sosial trygghet og bidra til å sikre at den enkelte får mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem. Den skal også bidra til å frigjøre ressurser til direkte tjenesteyting».⁹

Med velferdsteknologi menes altså teknologiske løsninger som kan hjelpe pasienter i hverdagen og samtidig frigjøre de ansattes tid til å jobbe mer med omsorg og varme hender. Det handler dermed ikke kun om selve teknologien, men også hvordan de ansatte jobber. Teknologien skal ikke erstatte de ansatte i sektoren i dag, men de skal støtte i det daglige slik at mer tid kan brukes til omsorg. Et eksempel kan være teknologi som varsler pasientene når de må ta medisin. I et slikt tilfelle trenger ikke en hjemmesykepleier å dra til pasienten for å gi medisin, men kan heller bruke tiden på medmenneskelighet og omsorg.

Et annet begrep som blir brukt i oppgaven er «readiness». Direkte oversatt betyr readiness «beredskap». Når jeg bruker begrepet her menes det som en klargjøring og forberedelse i forkant av en operativ fase. I denne konteksten handler det om hvor godt forberedt de ansatte selv opplever de er før dette konkrete prosjektet blir igangsatt som omhandler implementering av velferdsteknologi. I oppgaven vil både readiness og forberedt blir brukt.

Til slutt vil jeg avklare begrepet factorscore som benyttes i NHS Sustainability Model. Factorscore her må ikke forveksles med faktoranalyse som statistisk analysemetode. Factorscore er navnet på den aggregerte poengscoren spørreskjemaet gir og har en helt egen beregning i bakkant som ikke har sammenheng med statistisk analyse.

1.3 Avgrensninger

Jeg vil ikke ta for meg den tekniske løsningen med velferdsteknologi i denne oppgaven. Fokuset er på selve implementeringsprosessen og hvilke faktorer som er viktig for å lykkes med dette i helsesektoren.

⁹ <https://www.tromso.kommune.no/velferdsteknologi.314061.no.html>, besøkt 23.09.19

1.4 Oppgavens oppbygging

Første del av oppgaven handler om tema og problemstilling. Den andre delen vil handle om konteksten vi skal forske på og hvilke utfordringer velferdsteknologi kan løse. Deretter vil kapittel tre presentere teori med utgangspunkt beskrevet tidligere. Kapittel fire består av valgt metode og tilnærming og i del fem presenteres resultat og analyse av undersøkelsen. Til slutt vil jeg drøfte og trekke konklusjoner rundt problemstillingen og komme med videre anbefalinger for forskning og hvilke faktorer som blir viktige for Tromsø kommune fremover.

1.5 Forskningsspørsmål

For å besvare problemstillingen har jeg definert noen forskningsspørsmål som vil prege både oppgaven og analysen.

- Opplever de ansatte god kommunikasjon med ledelsen?
- Er den horisontale kommunikasjonen på tvers av avdelinger tilfredsstillende?
- I hvor stor grad opplever de ansatte eierskap til prosessen og er eierskapet godt forankret?
- Finnes det støtte for at de yngste ansatte føler seg mer forberedt og klar for implementering av ny teknologi enn de eldre?
- Er ansatte med lang ansenitet mer positivitet til innføring av velferdsteknologi enn de med kort ansenitet?

Disse forskningsspørsmålene vil hjelpe oss å forstå og finne svar på problemstillingen.

*«Norge mangler 5.600 sykepleiere – i 2035 kan tallet bli 28.000»*¹⁰

*"Antall som er 70 år eller mer vil fordobles frem til 2060"*¹¹

Norge, 2019

¹⁰ <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/K38JEe/Norge-mangler-5600-sykepleiere-I-2035-kan-tallet-bli-28000>, besøkt 15.05.19

¹¹ SSB Befolkningsframskrivingene 2018

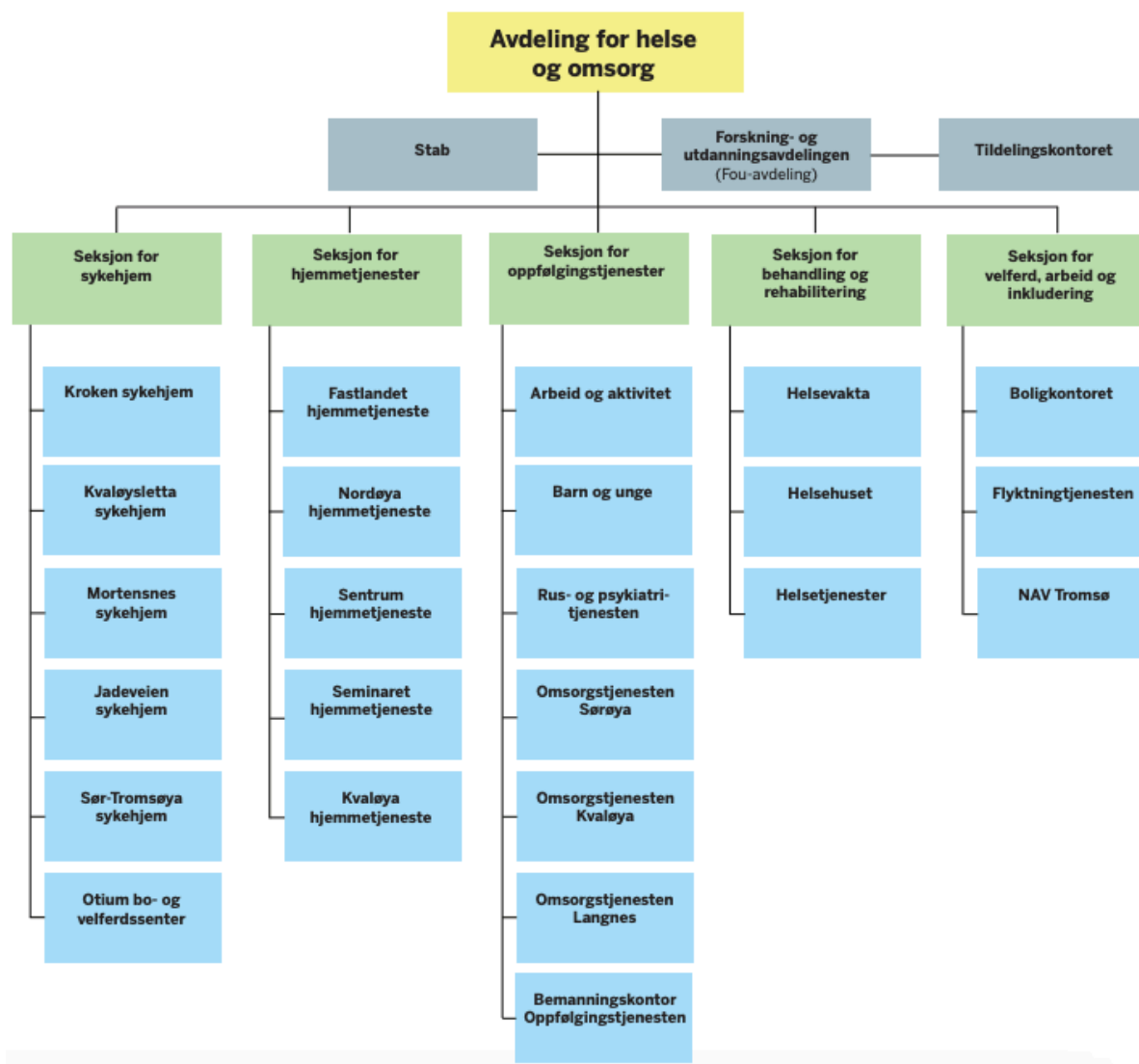
2 Empirisk kontekst

I dette kapitlet beskrives konteksten jeg har forsket på som er Seksjon for Hjemmetjenesten i Tromsø kommune. Vi vil beskrive selve enheten og hvordan den er plassert i forhold til helsetjenesten i Tromsø, samt hvordan organisasjonen er sammensatt. Jeg har sett på hva de tidligere har gjort for å implementere velferdsteknologi og jeg vil ta kort for meg disse prosjektene i kapitlet da det gir en forståelse av bakgrunnen.

2.1 Seksjon for hjemmetjeneste – Tromsø Kommune

I Norge er kommunene ansvarlige for å tilby gode og forsvarlige helse- og sosiale tjenester til alle som trenger det uavhengig av alder og diagnose. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom økonomiske rammer og regelverk, samt tilsyn og kontroll¹². Som vi ser av organisasjonskartet under er Seksjon for hjemmetjeneste én av fem seksjoner organisert under «Avdeling for helse og omsorg» og disse seksjonene skal sikre at Tromsø kommune klarer å tilby gode og forsvarlige helse- og sosiale tjenester til befolkningen.

¹² <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/>, besøkt 23.09.19



Figur 1 - Organisasjonskart Avdeling for Helse og Omsorg, Tromsø Kommune ¹³

Seksjon for hjemmetjeneste organisert i fem enheter fordelt etter geografi. De har tjenester på Fastlandet, Nordøya, Sentrum, Seminaret (Midtbyen) og Kvaløya. Felles for enhetene er at de innebefatter ulike roller og tjenester som saksbehandlere, hjemmesykepleiere, terapeuter, praktisk bistand, dagsenter for eldre, matombringing, omsorgslønn og søknad om ulike typer institusjonsopphold for eldre ¹⁴. Som vi ser er dette et komplekst arbeid med mange interessenter som sammen skal dekke målet om gode tjenester til befolkningen. Gitt de

¹³

<https://img8.custompublish.com/getfile.php/4206834.1308.mpsluslqljllbb/Organisasjonskart+Avdeling+for+helse+og+omsorg.pdf?return=www.tromso.kommune.no>, besøkt 23.09.19

¹⁴ <https://www.tromso.kommune.no/hjemmetjenester.121189.no.html>, besøkt 23.09.19

demografiske endringene vi diskuterte i innledningen og mangel på ansatte i helsesektoren kan vi forstå hvorfor det må gjøres endringer og hvorfor kommunen forsøker å implementere velferdsteknologi.

Seksjon for hjemmetjeneste har ca. 600 ansatte og målet til seksjonen er å opprettholde livskvalitet ved at brukeren får nødvendig hjelp for å kunne bo i eget hjem så lenge en ønsker.

2.2 Enhet Midtbyen

I dette prosjektet har jeg studert et konkret prosjekt organisert under enhet Midtbyen. Midtbyen har fem avdelinger, Nansenplass, Skriverplassen, Skansen, Guleng og Valhall hvor de to første avdelingene har eldre mennesker boende og ved avdeling Skansen bor det yngre funksjonshemmede. De to sistnevnte avdelingene bistår hjemmeboende fra Muségata til og med Gimle¹⁵. Enheten har ca. 100 ansatte og holder til i Seminaret omsorgs- og rehabiliteringssenter ved Nansens Plass.

2.3 Konseptet velferdsteknologi

Det har vært snakket om velferdsteknologi i mange år og det finnes flere ulike definisjoner på hva det er. Etter å ha lest flere utredninger og Stortingsmeldinger mener jeg Tromsø Kommune selv har klart å formulere det godt på sine hjemmesider som jeg gjentar her:

«Velferdsteknologi er virkemidler som kan bidra til å gi brukere økt livskvalitet og egenmestring. Teknologien skal fremme sosial trygghet og bidra til å sikre at den enkelte får mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem. Den skal også bidra til å frigjøre ressurser til direkte tjenesteyting».¹⁶

Denne definisjonen sier noe om formålet med velferdsteknologi som er å gi økt livskvalitet til brukerne, mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem, samt frigjøre tid for hjelpepleiere til mer omsorg. En mer politisk definisjon ble formulert av Hagen utvalget i NOU 2011:11:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den

¹⁵ <https://www.tromso.kommune.no/midtbyen-hjemmetjeneste.457590.no.html>, besøkt 23.09.19

¹⁶ <https://www.tromso.kommune.no/velferdsteknologi.314061.no.html>, besøkt 23.09.19

enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon». (NOU 2011:11 s. 99)

Dette er en noe tyngre definisjon, men den har blitt brukt flere ganger i andre utredninger og rapporter. Den sier mye av det samme som første definisjon, men inkluderer pårørende og forebyggende tjenester direkte.

Det er ingen tvil om at velferdsteknologi har vært høyt prioritert uavhengig av hvilken regjering som har sittet med makten. De aller fleste ønsker å bo lengst mulig hjemme, og når vi vet at vi blir flere pleietrengende og færre ansatte i helsesektoren er det naturlig at teknologi som kan støtte kommunene blir utredet. Velferdsteknologi skal ikke erstatte mennesker, men bistå med trygghet og assistanse slik at flere kan klare seg i hverdagen og gi ansatte mer tid til omsorg. Eksempler på velferdsteknologi kan være trygghetsalarmer, lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og digitalt nattsyn.

I 2016 utarbeidet KS i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge en tverrfaglig opplæringspakke for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kalt «Velferdsteknologiens ABC»¹⁷. Målet med opplæringspakken var å gi en forståelse av hvilke utfordringer man står overfor, hvorfor endringene bør skje og hvilke roller de ansatte har i de ulike fasene av endringsprosessen. Det er tydelig at den politiske viljen til å implementere velferdsteknologi er tilstede noe en slik opplæringspakke viser.

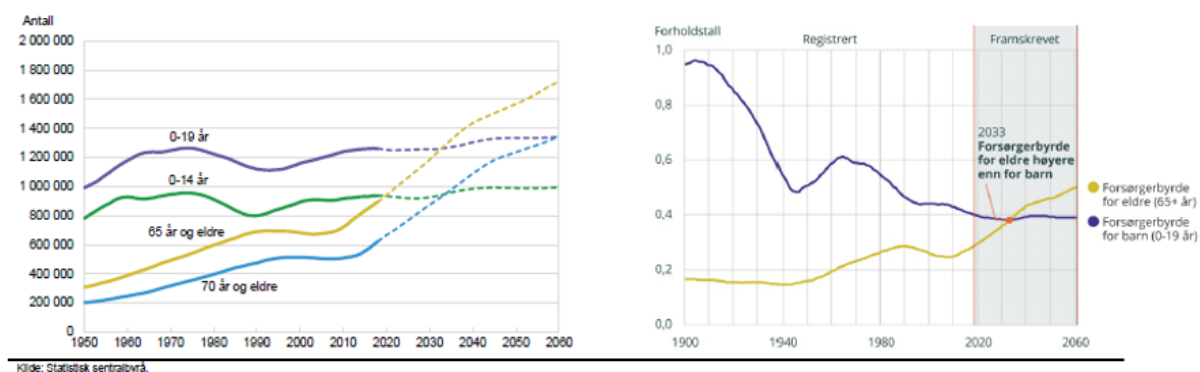
2.3.1 Velferdsteknologi i Tromsø Kommune

Tromsø kommune opplever de samme utfordringene som resten av landet med en aldrende befolkning og færre ansatte i helsesektoren. Ifølge SSB (Befolkningsframskrivingene 2018) vil antall over 70 år mer enn dobles i Norge fra 625 000 i 2018 til 1,3 millioner er i 2060 (figur 2). Med det som bakgrunn, samt en presset økonomisk situasjon, ønsket Tromsø

¹⁷ <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/velferdsteknologiens-abc---opplaringspakke-til-kommunene/>, besøkt 23.09.19

Kommune i 2018 å komme frem til en ny måte å arbeide på i hjemmetjenesten ¹⁸.

Kommunen har med andre ord erkjent at noe må gjøres for å møte fremtidens behov.



Figur 2 - Antall barn og unge sammenliknet med antall eldre, registrert 1950 - 2019 og framskrevet 2019 - 2060 og forsørger byrde for barn og eldre, registrert 1980 - 2019 og framskrevet 2019 - 2060

Kilde: Statistisk sentralbyrå

I samtaler med Tromsø kommune har det vært tydelig at velferdsteknologi har vært noe man ønsker å implementere. Fra et objektivt perspektiv er det enkelt å forstå, men som vi skal komme tilbake til er det langt mellom engasjement fra ledelsen til implementering for alle ansatte. Gjennom disse samtalene synes innfallsvinkelen til ledelsen at velferdsteknologi har en lindrende effekt mot en smertefull endring. Velferdsteknologi ses på som et nyttig og viktig verktøy for å kunne møte flere pleietrengende og dekke andre behov som varme hender. Seksjon for hjemmetjeneste har vært proaktive på flere måter for å lykkes med dette og har gjort mye for at de ansatte og pasienter skal tilegne seg kunnskap og forståelse. Det er blant annet laget en brosjyre med informasjon om bruk av velferdsteknologi i hjemmet som ligger tilgjengelig på deres nettsider¹⁹. De har gjennomført et prosjekt i samarbeid med NODA AS (Nordnorsk Design og Arkitektursenter AS) og det er besluttet å gjennomføre et pilotprosjekt for implementering av velferdsteknologi. Dette pilotprosjektet er grunnlaget for denne oppgaven.

¹⁸ <https://www.tromso.kommune.no/ny-metodikk-former-fremtidens-hjemmetjenester.6165358-110070.html>, besøkt 02.02.19

¹⁹ [https://img8.custompublish.com/getfile.php/3641774.1308.qvuqfqpbfq/Trygg%20og%20sikker%20i%20eget%20hjem\[3\].pdf?return=www.tromso.kommune.no](https://img8.custompublish.com/getfile.php/3641774.1308.qvuqfqpbfq/Trygg%20og%20sikker%20i%20eget%20hjem[3].pdf?return=www.tromso.kommune.no)

2.4 Gjennomførte prosjekter

2.4.1 Nasjonalt program for utvikling av og implementering av velferdsteknologi 2014-2020

Allerede i 2014 deltok Tromsø kommune i et program for velferdsteknologi kalt «Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014 – 2020». Kommunens innovasjonsspørsmål var da om velferdsteknologi kan styrke egenmestring og øke mulighet for å bo lengst mulig i eget hjem, og i prosjektet prøvde de ut og implementerte trygghets og mestringsteknologi innenfor flere kategorier. I deres sluttrapport fra 2017 konkluderer kommunen med at svaret på dette spørsmålet er et entydig ja. Bruk av velferdsteknologi bidrar til økt kvalitet for brukerne og pårørende og kan også spare både tid og penger for kommunen. Det blir også erfart at det er tidkrevende og finne gode løsninger og det mangler standarder og integrasjon som kan gjøre bruken effektiv²⁰.

2.4.2 Nordnorsk Design og Arkitektursenter AS

Som en videreføring av deltakelse i nasjonalt program, samt erkjennelsen av at noe må gjøres, ble det i 2018 igangsatt et prosjekt med NODA AS for å kartlegge dagens arbeidssituasjon. Prosjektet skulle visualisere og evaluere pasientreisen for å få et innblikk i hvordan pasientene opplever møte med Tromsø kommune. Gjennom prosjektet ble det konkludert med at det er stor grad av silotenkning i kommunen og det er behov for å jobbe mer tverrfaglig. I tillegg må det være en mer systematisk tilnærming i starten av en pasientreise da pasienter kunne oppleve å møte flere forskjellige pleiere som kun hadde fått en rask innføring i pasientens situasjon²¹

2.5 Pilotprosjekt – «Fremtidens helsetjeneste til hjemmeboende»

Tromsø kommune har allerede gjort mye og de er genuint opptatt av å ta i bruk velferdsteknologi og lykkes med endringsprosessen. Da jeg tok kontakt med kommunen var det i en periode hvor et pilotprosjekt var på trappene. De hadde da gjennomført det nasjonale

²⁰ Velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten – sluttrapport, Tromsø Kommune hentet fra <https://img8.custompublish.com/getfile.php/3802750.1308.acspyswfdp/Sluttrapport+hovedprosjekt.pdf?return=www.tromso.kommune.no>

²¹ <https://www.tromso.kommune.no/ny-metodikk-former-fremtidens-hjemmetjenester.6165358-110070.html>, besøkt 02.02.2019

programmet for implementering av velferdsteknologi og fått tilgjengeliggjort hvilke muligheter som fantes, samt erkjent fra prosjektet med NODA at de måtte jobbe mer systematisk og tverrfaglig. De hadde allerede forsøkt å innføre nye tiltak, både teknologiske og ikke teknologiske, men de opplevde til dels stor motstand fra de ansatte og hadde ikke lykket med å implementere dette på en god måte.

Med det som bakgrunn ble det besluttet å gjøre et pilotprosjekt hvor målet var å fremme forståelse for hvorfor Tromsø kommune skal ta i bruk velferdsteknologi, gi ansatte eierforhold, finne hvilke tjenester som er viktig for de hjemmeboende og danne en mal for hvordan velferdsteknologi kan implementeres i kommunen. Man ville blant annet opprette tverrfaglige velferdsteknologiteam for å forbedre pasientreisen, arrangere workshops på tvers av avdelinger for å bryte ned siloer og revitalisere meststringsagenter. Gjennom disse tiltakene var målet å faktisk implementere velferdsteknologi og forankre dette hos ansatte på tvers av avdelinger. Kommunen har en rekke tjenester innen velferdsteknologi tilgjengelig, men ledelsen opplever at de ansatte ikke vet om dette og ikke tar det i bruk.

Jeg kommer nærmere tilbake til utvalget i metodekapittelet, men i alt er det 24 deltakere som er involvert i pilotprosjektet fra ulike stillinger. Når det kommer en ny pasient til Seksjon for hjemmetjenesten vil det være store ulikheter knyttet til behov og oppfølging. Det må derfor gjøres en kartlegging av situasjonen som bestemmer hvilke tjenester pasienten har behov for. Prosjektet er sammensatt av avdelingsledere, saksbehandlere, terapeuter og sykepleiere. Samhandling mellom ulike avdelinger og områder er krevende, men helt avgjørende for å skape en god pasientreise. Det er her kommunen søker å bryte ned siloene og fremme samarbeid for en så optimal pasientreise som mulig både for pasient og pårørende. Det er også i den diagnostiserende fasen man beslutter om det finnes velferdsteknologi som kan tas i bruk. Det er dermed avgjørende at man både vet om at det finnes løsninger tilgjengelig og kjenner til hva disse løsningene gjør. Disse punktene har man slitt med å få aksept for hos de ansatte og man møter gjerne argumenter som at de ikke har tid til å tilegne seg ny kunnskap. Spørsmål kommunen stiller seg da er hva som skal til for at de ansatte skal se verdien av velferdsteknologi og lykkes med implementering? Har de fått god nok informasjon? Har de gode nok prosesser? Er organisasjonen klar for å ta i bruk ny teknologi?

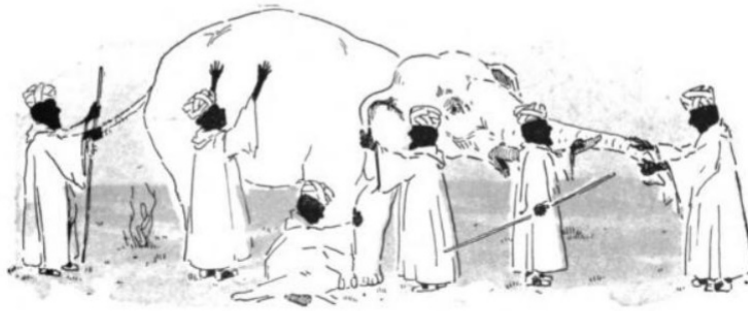
Det er dette prosjektet som er grunnlaget for denne oppgaven. Nøkkelen for å lykkes med implementering både av velferdsteknologi og andre implementeringsprosesser er de ansatte. Man er nødt til å ha de ansatte med på laget for å gjennomføre endringer på en god måte.

Gjennom tidligere erfaringer har ikke kommunen lyktes med å forankre implementering av velferdsteknologi i organisasjonen og hos de ansatte. Når vi nå hadde et konkret prosjekt som skulle gjennomføres for å implementere velferdsteknologi på tvers av avdelinger var det en gyllen mulighet til å undersøke nærmere hva de ansatte faktisk mener om implementeringsprosessen. Implementerings- og endringsprosesser er komplekst arbeid og det krever mye av ledelsen i forkant av selve endringen. De første forberedelsen handler om å gjøre organisasjonen og de de involverte godt rustet, motivert og kapabel til å utføre endringen (Holdt & Vardaman, 2013). Innfallsvinkelen til mitt prosjekt har derfor vært å undersøke hvor godt forberedt de ansatte selv opplever de er for å kunne lykkes med implementering av velferdsteknologi gjennom «Fremtidens helsetjeneste til hjemmeboende».

2.6 Oppsummering

Samfunnet er i endring og kravene til helsesektoren endres. Seksjon for hjemmetjenesten i Tromsø erkjenner at endringer må gjøres, og med bakgrunn i konkrete prosjekter som er gjennomført er konklusjonen at velferdsteknologi er en del av løsningen. Man har forsøkt å implementere både teknologiske og ikke-teknologiske løsninger, men har ikke lyktes med å forankre dette hos ansatte og det som er tilgjengelig tas ikke i bruk. Det er tydelig at det er et gap mellom den veien man ønsker å gå og den veien man har gått så langt Kommunen har hatt et ønske om å løfte både forståelse og bruk av velferdsteknologi, men det er et skille mellom der man ønsket å være og der man faktisk er i dag. Det er dette gapet jeg har forsket på.

Velferdsteknologi er en viktig del av konteksten, men det er ikke teknologien i seg selv jeg har forsket på. Gjennom oppgaven skal vi se at det kan være mange årsaker til at man ikke lykkes med implementering og endringsprosesser hvor slike gap oppstår. De ansatte sitter med nøkkelen i en endringsprosess, men det er de ansvarlige for implementeringen som må overbevise de om at en ny dør bør åpnes. Men hvor godt forberedt er egentlig de ansatte i seksjon for hjemmetjeneste for å ta i bruk velferdsteknologi?



*And so these men of Indostan, Disputed loud and long,
Each in his own opinion, Exceeding stiff and strong,
Though each was partly in the right
And all were in the wrong!²²*

²² https://en.wikipedia.org/wiki/Blind_men_and_an_elephant

3 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg det teoretiske rammeverket og grunnlaget som støtter opp under min oppgave. Det gjennomgående temaet for oppgaven handler i utgangspunktet om endring, og implementering av nye prosesser innebærer ofte en stor forandring for de det gjelder. Jeg vil først ta for meg noen generelle betraktninger før jeg presenterer de første teoriene rundt endringsledelse. Jeg vil deretter gå mer spesifikt inn på den organisasjonsrettede klarheten for endring (readiness).

Man kan se på endring både fra et individuelt perspektiv og fra et kollektivt perspektiv. Jeg har tatt utgangspunkt i Weiner (2009) sin tilnærming hvor det supra-individuelle er fokuset. Endringsprosesser innen helsevesenet innebærer en kollektiv atferdsendring, det vil si flere sammenfattende endringer blant personal, arbeidsprosess, beslutninger, kommunikasjon og belønningssystemer (Weiner B. J., 2009).

I alle prosesser vil det være individuelle forskjeller på tilnærmingen til endring, men det er den kollektive forberedelsen som avgjør hvorvidt man lykkes. På samme måte som lignelsen om seks blinde menn og en elefant hvor hver får kjenne på en del av elefanten. Når de skal beskrive hvordan de oppfatter elefanten vil alle ha forskjellige historier basert på sitt begrensede område som gjør det vanskelig å komme til enighet. I større eller mindre endringsprosesser vil hvert individ ha sin egen subjektive erfaring og oppfatning som man selv oppfatter som den riktige og man kan tendere til å bagatellisere andres subjektive oppfatninger som kan være like riktig. Supra-individuell klarhet handler om hvor klar gruppen som helhet er for endringer (Weiner B. J., 2009).

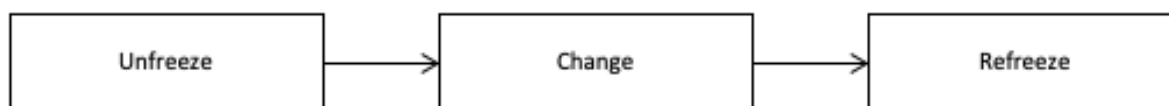
Fellesnevneren både for teoriene vi skal se på her og det meste av annen forskning er sammenhengen mellom prosess, ansatte og organisasjonen som skal gjennomføre endringen. Det er samspillet mellom disse faktorene som avgjør om en endringsprosess lykkes. På samme måte som i et symfoniorkester hvor samspillet mellom strykere, treblåsere og slagverk må være perfekt for å formidle komponistenes følelser gjennom musikken. Disse tre faktorene vil jeg bruke som en rød tråd gjennom teori, resultat og analyse.

3.1 Concept of Unfreezing

En av de første forskerne som snakket om endringsprosesser var den tysk-amerikanske psykologen Kurt Lewin (1890 - 1947). Han studerte blant annet gruppedynamikk og utviklet

en relativt enkel tre stegs modell, og har blitt anerkjent som en av skaperne av endringsledelse (Cummings, Bridgman, & Brown, 2016). Modellen kalte Lewin CATS (Change As Three Steps) og består av tre steg (Figur 3).

3.1.1 Three Step Model



Figur 3 - Change as Three Steps (Lewin 1947 hentet fra Cummings, Bridgman & Brown, 2016)

Mange forskere har tatt utgangspunkt i Lewins tre stegs modell når de har forsket på endring i organisasjoner, blant annet Armenakis, Harris og Mossholder (1993), Bryan J. Weiner (2009), og Cummings, Bridgeman og Brown (2016). Tar vi utgangspunkt i organisasjons- og bedriftstankegangen handler det første steget om å skape bevisstgjøring blant de ansatte om at arbeidsmetodikken man utfører hindrer organisasjonen i større eller mindre grad. For å bryte ned skallet av selvtilfredshet er det noen ganger nødvendig å få til en bevisst følelsesmessig påvirkning (Lewin K. , 1947). Her må det gjøres en grundig analyse av struktur, metodikk og prosesser, og kommunikasjon er spesielt viktig i denne fasen. Rindova og Formbrun (1999) argumenterer til og med at man kan skape et konkurransefortrinn ved å bruke kommunikasjon til å forme tolkninger og oppfatninger ved implementering av strategiske beslutninger (Fombrun & Rindova, 1998). Jo mer man vet om endringen og bakgrunnen for hvorfor det må gjøres, jo mer motivert er man for å utføre endringen.

Når man har forberedt og klargjort organisasjonen kan man gå videre til neste steg hvor selve implementeringen og endringen forekommer. Her vil man merke på kroppen hvordan de nye prosessene, arbeidsmetodikken og tankegangen faktisk forekommer. I artikkelen «An innovation—diffusion view of implementation of enterprise resource planning (ERP) systems and development of a research model» studerte Rajagopal (2002) implementering av ERP systemer og fant at adoptering av nye systemer var det mest smertefulle. Lewin (1947) bruker ordet «move» (forflytte) og referer til at endringen handler om å forflytte seg fra status quo til en ny måte å gjøre ting på. Vi vet at den gamle væremåten blir utfordret, men vi har ikke noe klart bilde av hvordan den nye måten å jobbe på ser ut (Lewin K. , 1947). I denne prosessen vil det være helt avgjørende at man støtter de ansatte og igjen har god kommunikasjon på

tvers av avdelingen. Dersom forskjellige avdelinger ikke er samkjørte i deres interaksjon kan det være en kilde til motstand fremfor åpenhet til endring (Pieterse, Caniëls, & Homan, (2012).

Den siste fasen i Lewin's modell kalles freeze eller re-freeze. Lewin (1947) mente at man etter en endringsprosess må fryse ned de ansatte slik at endringen blir varig. Det er for så vidt en god tanke å sørge for at ny prosess eller metodikk blir varig, men som vi skal komme tilbake til ser verden annerledes ut i dag enn i 1947 og i dagens samfunn tror jeg knapt en bedrift rekker å «fryse ned» de ansatte før en ny endring forekommer.

Til tross for at noen kritiserer Lewins tre stegs modell for å være for forenklet kan det virke som de aller fleste innenfor ledelseslitteraturen anerkjenner CATS som et solid grunnlag for hvordan endringsledelse er utviklet (Cummings, Bridgman, & Brown, 2016).

3.2 Resistance vs. Readiness

Som diskutert lever vi i en verden hvor endring er den nye normalen og organisasjoner må kontinuerlig gjøre endringer for å opprettholde aktualiteten. Dette påpekte Armenakis, Harris og Mossholder (1993) allerede i 1993 i sin artikkel «Creating Readiness for Organizational Change». På det tidspunktet ble klarhet (readiness) sjeldent skilt fra motstand (resistance) mot endring. Det er interessant for oppgavens perspektiv å kort diskutere forskjellen på disse begrepene da det kan påvirke tilnærmingen til implementeringsprosesser.

Schein (1979) har sagt at årsaken til at mange endringsprosesser går over til motstand eller feiler er direkte knyttet til en for lite effektiv «unfreezing» prosess før man implementerer en endring. I tidligere studier ble dette ofte forklart i forbindelse med å redusere motstand (Armenakis, Harris, & Mossholder, 1993). Forfatterne gjør et poeng av å skille disse begrepene fra hverandre. Det vil gi større effekt å ha en endringsagent som er proaktiv og forbereder de ansatte, fremfor en reaktiv overvåking av organisasjonen etter tegn til motstand (Armenakis, Harris, & Mossholder, 1993).

En endringsagent kan være leder for endringsprosessen eller en annen i organisasjonen, men det avgjørende er tilnærmingen til prosessen. Proaktiv ledelse gjennom kontinuerlig informasjon og høy grad av involvering gir større effekt enn om ledelsen er reaktiv og de ansatte ikke blir involvert. Armenaksi, Harris og Mossholder (1993) viser til en undersøkelse av Coch and French (1948) hvor de studerte en endringsprosess og opprettet fire ulike

forskningsgrupper med ulik grad av involvering. To av gruppene hadde en tydelig proaktiv tilnærming med mye informasjon og mulighet til å stille spørsmål og få svar. De to gruppene som ble mest involvert viste betydelig mindre grad av motstand enn de to andre og dermed konkluderte de med at involvering reduserer graden av motstand mot organisasjonsendringer og proaktiv tilnærming gir høyere grad av klarhet (Coch & French, 1948 i Armenakis, Harris & Mossholder, 1993).

Undersøkelsen til Coch og French (1948) viser, som også blir påpekt av Lewin (1947), at informasjonsbehovet og en proaktiv tilnærming er avgjørende for å lykkes med implementering. For de som skal lede prosessen vil det være fordelaktig å forstå at man ikke skal forhindre motstand når det oppstår, men man skal hele tiden øke motivasjonen gjennom proaktiv kommunikasjon.

3.3 Organizational readiness for change

Vi har til nå sett på bakgrunnen for endringsprosesser og avklart begreper, og vi vil nå gå mer detaljert inn i teorien rundt organizational readiness og rette fokus mot helsesektoren.

Når man skal innføre nye arbeidsprosesser eller nye verktøy er implementeringsprosessen nøkkelen for å lykkes. Implementering handler i stor grad om endring og for å gjennomføre en vellykket implementering må organisasjonens medlemmer ha en kollektiv tro på at de klarer å gjennomføre endringen (Armenakis, Harris, & Mossholder, 1993). For denne oppgaven er velferdsteknologi temaet og organisatorisk klarhet for endring har blitt et interessant tema for endringsprosesser innen IT grunnet lav aksept for endring og mangelfulle implementeringsprosesser (Snyder & Fields, 2006). Selv om velferdsteknologi ikke er direkte knyttet til IT systemer kan man trekke paralleller da man i dette tilfelle vil måtte forholde seg til datatekniske verktøy. Uansett er viktigheten av å gjøre organisasjonen klar for endring avgjørende, og noen hevder sågar at for dårlig klargjøring er årsaken til halvparten av alle mislykkede store organisasjonsendringer (Kotter, 1996).

Organisatorisk klargjøring for endring handler om hvor psykologisk og atferdsmessig klare de berørte ansatte er for å gjøre de endringene som er nødvendig for å støtte innovasjonen. Det avgjørende er de ansattes og ledelsens *kollektive* besluttsomhet for å iverksette endringene (Change Comittment) og i hvor stor grad de i *felleskap* tror de innehar kapabilitetene som skal til for å lykkes (Change Efficacy) (Weiner, Lewis, & Linnan, 2009). Det er viktig å presisere at det er den kollektive troen og handlingen som teller (Weiner B. J.,

2009). Implementering er lagarbeid og problemer kan oppstå når noen føler seg forpliktet til å gjennomføre endringene og noen ikke (Weiner, Lewis, & Linnan, 2009). Nettopp av den årsak er det viktig å se på organisasjonen som helhet og ikke nødvendigvis individuelt isolert. For å forstå hva som ligger bak graden av «change commitment» og «change efficacy» trekker Weiner (2009) frem tre faktorer som påvirker hvor forberedt organisasjonen er for endring: Change Valence, Informational Assessment og Contextual Factors.

3.3.1 «Change valence»

Change Comittment er ifølge Weiner (2009) en funksjon av Change Valence. Change Valence handler om organisasjonens ansatte ser på den forestående endringen som verdifull. Mener de endringen er nødvendig, viktig, fordelaktig og av verdi for organisasjonen? Jo mer verdi de ansatte ser som følge av endringen jo mer vil de ønske å lykkes med implementeringen og de vil føle større ansvar og besluttsomhet for å gjøre oppgavene som må til for å lykkes (Weiner B. J., 2009).

I en gruppe mennesker vil det være ulike oppfatninger av graden av verdi for den spesifikke endringen. Noen kan se verdi fordi det gir en enklere hverdag, noen ser verdi fordi endringen forsterker organisasjonskulturen og noen kan se verdi fordi sjefen støtter endringen. Når vi i denne oppgaven snakker om «Organizational Readiness» handler det om den kollektive verdien er stor nok til å forplikte seg til implementeringen uavhengig av bakgrunn til hvert enkelt individ (Weiner B. J., 2009).

3.3.2 «Informational Assessment»

Den andre faktoren som påvirker organisasjonens klarhet for endring er i følge Weiner (2009) Informational Assessment. Informational assessment handler om de ansattes kognitive vurdering av tre determinanter til implementeringen; hvilke krav til oppgaver foreligger, tilgjengelige ressurser og situasjonsbestemte faktorer (Weiner B. J., 2009).

I en endringsprosess vil de ansatte tilegne seg, dele og integrere informasjon baser på tre spørsmål: Vet vi hva som skal til for å lykkes med implementeringen? Har organisasjonen nok ressurser til å lykkes med implementeringen? Og vil vi kunne implementere endringen basert på situasjonen organisasjonen befinner seg i? (Weiner B. J., 2009). For at de ansatte skal komme frem til positive svar på disse spørsmålene er kommunikasjon fra de ansvarlige

helt avgjørende. Dette forsterker punktene til det Lewin (1947) kalte Unfreeze perioden hvor kommunikasjon er viktig, og Rindova og Forbrun (1999) som hevder man kan utvikle et konkurransefortrinn ved å administrere kommunikasjon effektivt. Skal de ansattes kognitive oppfatning av hva som skal til for å lykkes styrkes, er det avgjørende hva og hvordan kommunikasjonen utøves. Når organisasjonens medlemmer i felleskap har en fordelaktig vurdering av disse tre faktorene deler de en felles oppfatning av at de sammen kan klare å implementere endringen (Weiner B. J., 2009).

3.3.3 «Contextual factors»

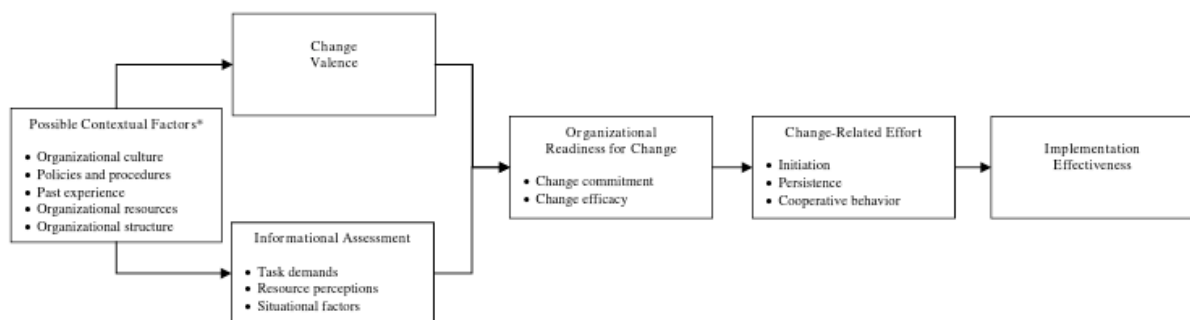
Kontekstuelle faktorer er faktorer som er gjeldende innenfor den aktuelle konteksten (organisasjonen) som organisasjonskultur, prosesser, tidligere erfaringer med endringsprosesser, organisasjonsstruktur og ressurser. Dette vil naturligvis variere fra organisasjon til organisasjon, og det er gjort ulike studier på de ulike områdene. Jones, Jummiesen og Griffiths (2005) gjorde eksempelvis en studie som viste at ansatte som følte sterke menneskelige relasjoner i deres kultur gjennom åpen kommunikasjon, beslutningspåvirkning og trening og utvikling viste høyere grad av klarhet for endring som øker muligheten for en vellykket implementering (Jones, Jummieson, & Griffiths, 2005). Andre sier at tidligere erfaring med endringsprosesser vil i stor grad påvirke klarhet for endring og mulighet for en vellykket implementering (Armenakis, Harris, & Mossholder, 1993).

Weiner (2009) tolker kontekstuelle faktorer til å gjelde disse generelle forholdene i et mer proksimalt perspektiv. Proksimalt er et uttrykk fra anatomen og handler om noe som er nært i avstand ²³. I denne konteksten nevner Weiner (2009) at organisasjonskultur kan forsterke eller dempe endringsviljen knyttet til en spesifikk endring avhengig om endringsinnsatsen passer eller er i konflikt med organisasjonskulturen. Organisasjonens politikk og prosedyrer kan påvirke organisasjonsmedlemmenes vurdering av oppgavekrav, tilgjengelige ressurser og situasjonsbestemte faktorer positivt eller negativt. Og tidligere erfaringer vil påvirke om organisasjonens medlemmer virkelig tror endringene vil levere verdi (Change Valence) og

²³ <https://sml.snl.no/proksimal> (besøkt 7.8.19)

om de virkelig tror de kan gjennomføre oppgaver som er nødvendig for en vellykket implementering (Change Efficacy) (Weiner B. J., 2009).

I sin artikkel «A theory of organizational readiness for change» presenterer Weiner (2009) en modell som belyser avgjørende faktorer og utfall av organisatorisk klargjøring for endring (Figur 4). Modellen gir et godt bilde av flyten i en endringsprosess, på samme måte som Lewin's CATS modell (1947). Weiner (2009) fokuserer i hovedsak på Change comittment og Change efficacy i sin teori som også er hovedtema i denne oppgaven. I oppsummeringen av kapittelet presenteres en integrert modell som viser likheter mellom de to nevnte forskerne.



Figur 4 - Determinants and Outcomes of Organizational Readiness for Change (Weiner, 2009)

3.4 NHS Sustainability model

For å operasjonalisere denne teorien benyttes modellen NHS Sustainability Model. Dette er en faglig forankret modell basert på vitenskapelig forskning som knytter seg direkte opp mot teorien på flere punkter.

Selve modellen ble utviklet av NHS Institute i England med formål å hjelpe helsetjenesten med å implementere nye rutiner på arbeidsplassen (Doyle, et al., 2013). Skaperne bak modellen brukte flere kilder for å samle informasjon. De gjorde en nøye gjennomgang av litteratur relatert til bærekraftige endringer og forskningen involverte prosjektledere, direktører, leger og helseeksperter over hele verden. I løpet av prosessen avdekket man 100 faktorer man vurderte som viktig for å skape varig endring. Gjennom fokusgrupper og undersøkelser ble 250 ansatte ved NHS Institute og helseeksperter bedt om å rangere disse

faktorene fra 1 til 10 og ut ifra det endte de opp med 10 faktorer fordelt i tre grupper; *Prosess* (process), *ansatte* (staff) og *organisasjon* (organisation) (Doyle, et al., 2013).

3.4.1 *Prosess*

Den første gruppen av spørsmål handler om prosessen organisasjonen har som et fundament for å skape varig endring. Man ønsker å se om de ansatte anerkjenner den nye metodikken og opplever at endringen vil bedre effektiviteten og om endringen forankres tilstrekkelig til å vare (Doyle, et al., 2013). Weiner (2009) refererte til *Informational assesment* og spørsmålet om de ansatte mente de kunne implementere endringen basert på situasjonen organisasjonen befinner seg i. En viktig del av en leders arbeid i helsesektoren er å skape varig eierskap til den nye strategiske retningen slik at foreslåtte endringer slår rot og deretter blomstrer (Narinem & Persaud, 2003). Nøkkelen for å lykkes er at de ansatte klarer å sette endringen i organisasjonens kontekst og forstår nytteverdien. Prosessen er dermed en viktig del av implementeringsprosessen.

3.4.2 *Ansatte*

De ansatte er naturligvis en avgjørende part i en endringsprosess og en viktig del av modellen. Modellen søker å få svar på hvorvidt de ansatte har blitt involvert i prosessen og om de opplever at ledelsen tar eierskap og kommuniserer godt (Doyle, et al., 2013). De samme punktene er Weiner (2009) innom under *Change comittment*. Han mener de ansatte må se tilstrekkelig verdi til at de føler ansvar og utfører endringen med besluttsomhet for å lykkes. Involvering i alle typer prosesser støttes av Armenakis et. al (1993) som konkluderte med at involvering og deltakelse i endringsprosessen drastisk reduserte graden av motstand mot organisasjoners endringsprosess.

3.4.3 *Organisasjon*

Til slutt i modellen tar den for seg organisasjonen som skal utføre endringen. Det å ha en kultur for endring, gode erfaringer med liknende prosesser og formelle prosedyrer og policyer som støtter opp under prosessen er avgjørende (Doyle, et al., 2013). Igjen kan vi bevege oss tilbake til Weiner (2009) som snakker om *Contextual factors*. Han referer til at organisasjonens politikk og prosedyrer kan påvirke organisasjonsmedlemmenes vurdering av

oppgavekrav, tilgjengelige ressurser og situasjonsbestemte faktorer positivt eller negativt, det samme gjelder tidligere erfaringer (Weiner B. J., 2009).

Det er gjennom denne modellen jeg vil teste teorien i praksis for å få svar på problemstillingen. Modellen vil også bli beskrevet mer konkret i metodekapittelet.

3.5 Kultur og struktur

Som vi har sett av teorien påvirkes endringsprosesser både av organisasjonens kultur og struktur. Før vi oppsummer teorien skal vi se kort på hvordan organisasjonens struktur og kultur kan påvirke endringsprosesser. Offentlig sektor har i høy grad vært preget av byråkratisering som det dominerende prinsipp med vektlegging av formell avgjørelsesmyndighet knyttet til hierarkisk plassering, sterk vertikal struktur med mange myndighetsnivåer kombinert med mange sideordnede enheter (Røvik, 2007). Denne strukturen er lite fleksibel og innbyr ikke til stor fleksibilitet. Når vi vet at endringer tvinger seg frem bør organisasjoner være bevisst på de strukturelle linjene og man må hele tiden være åpne for at endringer skjer i markedet og tilpasse seg kunden og deres etterspørsel (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

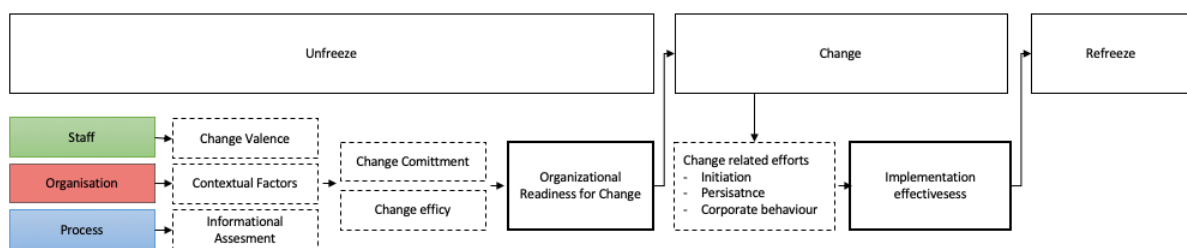
På samme måte påvirker organisasjonskulturen i hvor stor grad man lykkes med å skape varig endring. I motsetning til organisasjonsstruktur er organisasjonskulturen vanskelig å konkretisere da dette forbindes med de uformelle normene og verdiene som oppstår i de formelle organisasjonene (Christensen, Egeberg, Læg Reid, Roness, & Røvik, 2015). Kulturen oppstår i uformelle sammenhenger og kan være vanskelig å endre. Når Weiner (2009) sier at erfaringer fra tidligere prosesser er viktig så kan negative erfaringer skape en negativ kultur og dermed gjøre det vanskeligere å lykkes med nye implementeringsprosesser.

3.6 Oppsummering

Lewin sin tre stegs modell er like aktuell i dag som den var for 70 år siden. Vi må forberede ansatte i god tid før endringen implementeres slik at de opplever å bli involvert og får nødvendig informasjon for å se verdien av endringen. Endringsprosesser kan sammenliknes med en reise som har et startpunkt, en feriedel, og en slutt. Du må skaffe deg informasjon for å finne destinasjon og hele reisefølget vil gjerne ha noe å si i denne prosessen. Har man sammen funnet et sted og fått informasjon om hva man skal gjøre føler man seg godt

forberedt og klar for selve ferien og man føler et eierskap for at det skal bli en fin tur. Man skaffer seg nye opplevelser og ser ting på en ny måte som man viderefører når kofferten blir pakket ut igjen. På samme måte som Lewin (1947) snakker om unfreeze – change – refreeze. Det kan allikevel være skummelt å tenke at endringsprosesser har en bastant slutt. I hele menneskehetens eksistens har vi gjennomgått endringer, og spesielt i dagens samfunn kommer endringene hyppigere. Tanken på å «fryse ned» de ansatte etter endringsprosessen er ferdigstilt kan derfor være uheldig. En av de viktigste ledelsesoppgavene i dagens samfunn er kontinuerlig kommunikasjon med de ansatte og forberede de på at endringer kommer til å skje kontinuerlig. Klarer man å skape en organisasjon som er vant til å håndtere endringer står man mye stødigere når implementeringsfasen igangsettes.

Avslutningsvis presenteres teoriene vi har diskutert sammen til en modell. Modellen bygger på Lewin (1947) sin tre steps modell, Weiner (2009) sin artikkel «A theory of organizational change» og den vitenskapelige modellen som benyttes i undersøkelsen (NHS Sustainability Model).



Figur 5 - Kombinasjon CATS (Lewin, 1951), Weiner (2009) og NHS Sustainability Model

Modellen illustrerer at NHS Sustainability Model kan identifisere drivere bak Weiners (2009) tre faktorer som påvirker organizational readiness for change som igjen er en del av Lewins (1947) unfreeze prosess.

Videre i oppgaven skal vi se på metodetilnærming før vi ser på resultatene av undersøkelsen og om vi kan si noe om hvor godt forberedt de ansatte er for implementering av velferdsteknologi.

4 Metode

Valg av forskningsmetode er en sentral del av denne typen oppgaver. Forskningsmetode handler om hvilken fremgangsmåte man har valgt for å få vitenskapelige svar på forskningsspørsmål (Polit & Beck, 2010). Formålet med denne oppgaven har vært å finne ut hvor godt forberedt Seksjon for Hjemmetjenesten i Tromsø Kommune er for implementering av velferdsteknologi og hvilke faktorer som påvirker i positiv og negativ grad.

For denne oppgaven har jeg valgt kvantitativ metode. Jeg ønsket å finne hvorvidt de ansatte selv føler de har godt nok grunnlag for å gjennomføre denne endringsprosessen. Ifølge Jacobsen (2015) er fordelene med kvantitative metoder at det er strukturert data som er standardisert og vi kan beskrive et gitt forhold relativt godt. Dette var også målet med undersøkelsen.

4.1 Forskningsdesign

Oppgavens forskningsdesign er deskriptiv og har til hensikt å observere, beskrive og dokumentere forholdene rundt en situasjon (Polit & Beck, 2010). Vi ønsker å se på hvorvidt de ansatte faktisk føler seg godt forberedt for implementering av velferdsteknologi og hvilke forhold som gjør de optimistiske og mindre optimistiske.

Tilnærmingen i oppgaven er deduktiv som brukes når forskeren utvikler antakelser fra generelle prinsipper og tester ut disse antakelsene gjennom empiri (Polit & Beck, 2010). Det er disse antakelsene om forholdene som ønskes testet ut i undersøkelsen.

Det er utført en case studie som vil si at forskeren går dypt inn i en situasjon, organisasjon eller annet som er klart avgrenset i tid og rom (Jacobsen D. I., 2015). Dette er en utvalgsundersøkelse som tar utgangspunkt i at vi burde undersøkt et stort antall enheter, men har begrenset tid og ressurser til å undersøke alle (Jacobsen D. I., 2015). I dette tilfellet kunne man sett på implementering av velferdsteknologi for alle kommuner i hele landet, men dette har ikke vært mulig å få til. Små N-studier innebærer at det velges ut et fåtall enheter med fokus på et spesielt fenomen (Jacobsen D. I., 2015). Fenomenet i oppgaven er implementering av velferdsteknologi i den tverrfaglige gruppen som er sammensatt av kommunen i prosjektet «Fremtidens helsetjenester for hjemmeboende». Dette er et samarbeid på tvers av avdelinger med ulik kontekst, og vi søker å få frem ulike perspektiver på dette fenomenet. Prosjektet handler om samarbeid på tvers av avdelinger og da er vi nødt til å ha

respondenter fra de ulike kontekstene for å frem oppfatninger fra ulike perspektiver (Jacobsen D. I., 2015). Dette prosjektet har ansatte fra forskjellige avdelinger som sammen søker å implementere velferdsteknologi i større grad.

Gjennom bruk av NHS Sustainability Model kunne man lagt opp til en gjentakende bruk av spørreskjemaet over prosjektets periode. Man kan derfor argumentere for at det ideelle i dette tilfellet ville vært en kohortstudie. I en kohortstudie følger man en gruppe mennesker over tid med ønske om å beskrive endringer i en enkelt gruppe (Jacobsen D. I., 2015). Skal man fullt utnytte denne modellen kan det være en god tilnærming da man kan se om det er endringer i gruppen og hva man bør endre underveis, men grunnet omfang av oppgave og tilgjengelige ressurser har ikke dette vært mulig.

4.2 Forskningsmetode

Jeg har valgt å benytte kvantitativ metode med spørreundersøkelse via internett for denne oppgaven. Gjennom kvantitativ metode kan man finne omfang, hyppighet eller utstrekning av et fenomen (Jacobsen D. I., 2015). Innledningsvis i arbeidet med denne oppgaven gjorde jeg litteratursøk rundt temaet og ble tipset om den konkrete modellen NHS Sustainability Model som er laget for å undersøke implementeringsprosesser i helsesektoren. Som jeg allerede har nevnt i teorikapittelet bygger modellen på tre hovedfaktorer (Process, Staff og Organisation) og har spørsmål knyttet til disse kategoriene. Jeg har benyttet meg av denne modellen og kun gjort tilpasninger av spørsmålene til å bli relevant i forhold til denne konteksten.

En svakhet i denne studien er at det foreligger et lite utvalg. Alternativt kunne en benyttet seg av kvalitativ metode og gått mer i dybden på enkelte ansatte, men jeg opplever likevel at NHS modellen er såpass tungt forankret og får frem nyanser på en svært god måte, og med «lokale» tilpasninger mener jeg å ha fått frem hva de ansatte faktisk mener.

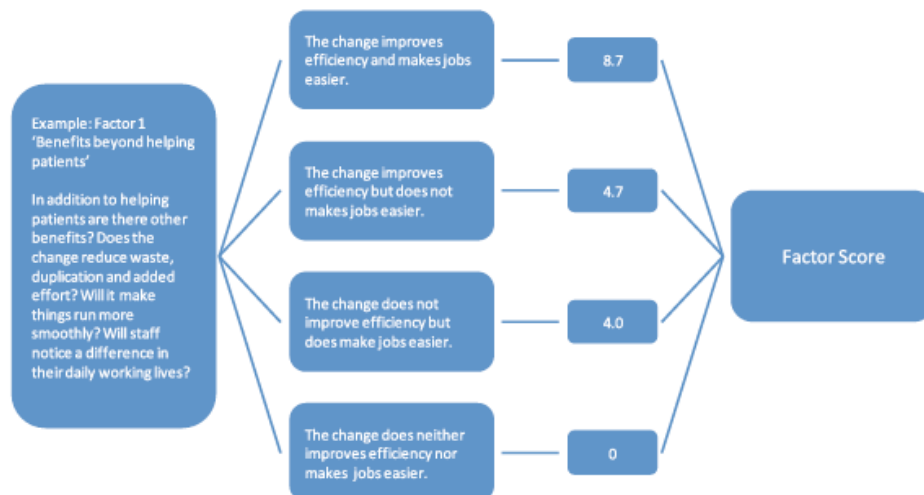
4.3 Utforming av spørreskjema

Spørreskjemaet som benyttes i denne undersøkelsen er NHS Sustainability Model. Modellen ble utviklet av NHS Institute for Innovation and Improvement i England som jobber for bedre helsetjenester i England ²⁴. Modellen ble utviklet for hjelpe ulike grupper innen

²⁴ <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>, besøkt 29.9

helsetjenesten med å implementere nye rutiner på arbeidsplassen (Doyle, et al., 2013). Skaperne bak modellen brukte flere kilder for å samle informasjon. De gjorde en nøye gjennomgang av litteratur relatert til bærekraftige endringer og forskningen involverte prosjektledere, direktører, leger og helseeksperter over hele verden. I løpet av prosessen avdekket man 10 faktorer man vurderte som viktig for å skape varig endring. Gjennom fokusgrupper og undersøkelser ble 250 ansatte ved NHS Institute og helse eksperter bedt om å rangere disse faktorene fra 1 til 10 og ut ifra endte de opp med 10 faktorer fordelt i tre grupper; Process, Staff, Organisation (Doyle, et al., 2013).

Det er denne modellen undersøkelsen bygger på. Alle ti spørsmålene er individuelt tilpasset til prosjektet som er undersøkt for å kunne svare på problemstillingen. Spørsmålene er strukturert i en ordinal skala hvor respondenten blir møtt med fire ulike påstander og de skal velge det alternativet de mener passer best til dem. Skaperne brukte data fra deres egen forskning og regresjonsanalyse for å utarbeide en vektet score per svaralternativ for hver av de 10 spørsmålene og hovedgruppene. Ansatte ble vurdert som den viktigste faktoren og svarene under denne kategorien er vektet 52% av totalen etterfulgt av prosess (31%) og organisasjon (17%) (Doyle, et al., 2013). Figuren under illustrer vektingen av fire svaralternativer på ett av de 10 spørsmålene. Jo høyere poengsum jo bedre.



Figur 6 - Illustration NHS Sustainability Model Scoring mekanisme (Doyle, et al., 2013)

Vi har tilpasset hvert av de ti spørsmålene til konteksten det er forsket på. Alle spørsmålene vil bli gjennomgått i analysedelen, men for å gi et bilde av struktur og spørsmålsformulering er første spørsmål i undersøkelsen:

1. Innføring av velferdsteknologi bedrer effektiviteten og letter jobben
2. Innføring av velferdsteknologi bedrer effektiviteten, men letter ikke jobben
3. Innføring av velferdsteknologi bedrer ikke effektiviteten, men letter jobben
4. Innføring av velferdsteknologi bedrer ikke effektiviteten og letter ikke jobben

Som vi ser er det relativt like utsagn med forskjellige nyanser, og respondenten skal velge det alternativet som passer best for en.

Modellen er i utgangspunktet ment som en gruppeoppgave hvor deltakerne diskuterer seg frem til hvilke svaralternativer de velger. De individuelle tilbakemeldingene aggregeres opp til en teamscore (Doyle, et al., 2013) som gir en total faktor score. Denne faktor scoren sier noe om sannsynligheten for at endringen vil vare.

Modellen kan brukes som en isolert undersøkelse i forkant av et prosjekt slik denne oppgaven bygger på, men skal man virkelig utnytte modellen til sitt fulle bør man gjennomføre en undersøkelse flere ganger gjennom implementeringsperioden. Formålet med å gjennomføre undersøkelsen gjennom prosessen er å øke bevisstheten rundt hvilke faktorer som bidrar til varig endring, få prosjektgruppen til å vurdere deres egen fremgang mot disse faktorene og tvinge frem diskusjoner og tiltak der hvor faktor scoren er lav (Doyle, et al., 2013).

Her har tilnærmingen til oppgaven vært noe annerledes. Den ideelle bruken av modellen med diskusjon i team og iterasjoner underveis i prosjektet ville muligens gitt et bedre og tydeligere svar. Vi ønsket imidlertid å se på hvordan de ansatte selv følte seg forberedt for implementering av velferdsteknolog for så å beregne en kollektiv faktorscore. Vi har derfor valgt bruke modellen slik den er beskrevet, men istedenfor diskusjoner i team har hver enkelt respondent svart på undersøkelsen individuelt for så aggregerere svarene til en gjennomsnittlig faktor score.

Det er noen klare ulemper med denne tilnærmingen:

- Gruppen som helhet får ikke diskutert sammen. Diskusjoner i seg selv kan ofte være fruktbart
- Gruppen finner ikke en felles enighet om hvor man står (konsensus)
- Ved svar på gruppenivå er det enkelt å analysere hvilke utfordringer man har

- Ved svar på gruppenivå kan man enkelt følge opp på senere basis og se om gruppen har endret seg

Det mest verdifulle med en slik tilnærming er at gruppen samles og kan diskutere seg imellom hva de ser på som styrker og hvilke områder det finnes forbedringspotensialer. Det å luften meninger og provosere frem diskusjoner kan fremme et bedre samarbeidsklima fremfor at hver enkelt sitter inne med frustrasjon og uenigheter.

Vi vil allikevel argumentere for at denne tilnærmingen også kan gi et verdifullt bidrag. Jeg har vært i kontakt med Pasientsikkerhetsprogrammet (The Norwegian Patient Safety Programme: In Safe Hands) som brukte denne modellen i et prosjekt med «I Trygge Hender». De brukte modellen som en gruppediskusjon, men mener også man kan få verdifulle svar på hva det enkelte individ opplever med tanke på disse faktorene (e-post korrespondanse, 24.8.19). Det er også noen fordeler med en individuell tilnærming:

- En gruppe er sammensatt av ulike individer hvor noen er mer ekstroverte enn andre. De ekstroverte vil naturlig ta mer plass og styring og kan enklere få gjennom sin mening
- Individer kan sitte med verdifulle tanker, men er man ukomfortabel med å snakke i større forsamlinger eller ta tøffe diskusjoner kommer ikke disse meningene frem
- Man kan få frem individuelle forskjeller tydeligere

4.3.1 Testpanel

Til tross for at undersøkelsen har klare rammer i spørsmålsformuleringen må det gjøres en jobb med å tilpasse spørsmålene til prosjektet. I den forbindelse ble det etablert et testpanel for å teste hvorvidt spørsmålsformuleringen var tydelig og intuitiv før undersøkelsen ble sendt til våre respondenter. Dette var helt klart en viktig faktor for å øke kvaliteten på undersøkelsen da vi fikk klare og tydelige tilbakemeldinger både på formulering, flyt og andre feil. Etter en første omformulering av spørsmålene ble det gjennomført en ny test med en mindre del av testpanelet, og vi fikk dermed spisset spørsmålene ytterligere før de ble sendt ut til de faktiske respondentene.

4.4 Populasjon og utvalg

En av de viktigste grunnene til at man velger en kvantitativ tilnærming er at man ønsker få et representativt bilde av en populasjon (Jacobsen, 2015, s.289). Vi hadde en bred tilnærming og utgangspunktet var hele Seksjon for Hjemmetjenesten i Tromsø Kommune. I teorien kunne demed alle ansatte vært en del av mitt teoretiske utvalg som er de man ønsker å si noe om. Det er allikevel vanlig å avgrense populasjonen i tid, rom eller andre variabler (Jacobsen D. I., 2015).

Gjennom samtaler med kommunen kom vi som nevnt frem til et konkret prosjekt vi ønsket å se på som gjorde avgrensingsjobben naturlig. I utgangspunktet er implementering av velferdsteknologi noe som berører hele kommunen, men Seksjon for Hjemmetjeneste er de som har kommet lengst i dette arbeidet, og dette prosjektet blir kjørt i regi av enhet Midtbyen. Vi ser her at vi kunne hatt både hele kommunen eller hele Seksjon for Hjemmetjenesten som målgruppe, men all den tid det kun er et fåtall som er involvert i dette konkrete prosjektet og implementering av velferdsteknologi generelt vil det gi liten verdi å innhente svar fra alle ansatte.

Det teoretiske utvalget i denne oppgaven omfatter derfor alle som er involvert i prosjektet «Fremtidens helsetjeneste for hjemmeboende». Denne gruppen har fått grundig innføring i velferdsteknologi og mottatt nødvendig informasjon for å ta i bruk tilgjengelige virkemidler. Kommunen har selv satt sammen en gruppe fra ulike enheter for å gjennomføre denne piloten. Vi kjenner ikke i detalj hvilke kriterier kommunen har hatt for å sette sammen denne gruppen og kan således ikke svare på hvorvidt denne gruppen er representativ for hele Seksjon for Hjemmetjeneste, men dette er den gruppen som er med i den spesifikke konteksten. Det kan oppstå utfordringer når man ikke har nok ressurser til å undersøke alle innenfor den teoretiske populasjonen (Jacobsen, 2015, s. 289), men dette vurderes ikke som problem her da det er få personer med i selve prosjektet. Det er derfor ikke foretatt noen ytterligere avgrensninger i gruppen.

Det er totalt 24 ansatte som er med «Fremtidens helsetjeneste for hjemmeboende». Undersøkelsen ble sendt til ut til alle de involverte og jeg mottok svar fra 16 som gir en svarprosent på 66,6%. Av de 66,6% som svarte gjennomførte alle hele undersøkelsen.

4.5 Datainnsamling

I forkant av oppgaven kontaktet vi Tromsø Kommune og kontaktinformasjon oppgitt på hjemmesiden. Det var en åpen henvendelse hvor jeg la frem mine tanker og spurte om kommunen hadde noen interessante initiativer knyttet til dette. Forespørselen ble sendt videre til alle ledere innen Helse og omsorg. Jeg fikk tilbakemelding fra to stykker som var interessert i et samarbeid og jeg valgte å gå videre med Seksjon for Hjemmetjenesten.

Etter et par møter med Seksjonsleder hvor vi diskuterte bruk av velferdsteknologi og utfordringer knyttet til implementering, ble det etablert kontakt med prosjektleder for «Fremtidens helsetjenester for hjemmeboende». De var interessert i å se på hvilke faktorer som gjorde at de ikke hadde lyktes med implementeringen, og vi ble enige om å se på de ansatte som innfallsvinkel. De skulle i gang med et prosjekt knyttet direkte til implementering av velferdsteknologi og vi ønsket å se på hva hvor godt forberedt de ansatte selv opplevde de var før dette prosjektet. Det hadde blitt distribuert informasjon som skulle tilsi at de var godt rustet, men vi ville se på hva de ansatte faktisk mente om dette.

Dette var bakgrunnen for undersøkelsen som ble sendt til alle involverte i prosjektet. Når spørsmålene var klare etter tilbakemelding fra testgruppen ble det sendt en informasjonsmail dagen før undersøkelsen til alle for å forberede de på at det ville komme en spørreundersøkelse. Dagen etter ble selve undersøkelsen sendt ut med informasjon og en link til stedet de skulle fylle ut. UiT sitt offisielle program for undersøkelser (nettskjema.no) ble benyttet. Deltakerne fikk en frist på 14 dager på å svare og etter en uke fikk alle en påminnesmail. Etter 2 uker sendte også prosjektleder ut en mail med påminnelse til alle for å få med flest mulig.

Alle respondenter fikk tildelt et identifikasjonsnummer og alle respondentene ble anonymisert.

4.6 Analyse av data

Det er valgt en spesifikk undersøkelse som gjør analysen av data noe spesiell. Det er ikke en typisk spørreundersøkelse hvor respondenten får et spørsmål med ulike svaralternativer eller blir bedt om å rangere grad av enighet i en likertskala. Her blir respondentene forelagt fire utsagn innenfor de tre kategoriene ansatt, prosess og organisasjon og blir bedt om å velge det alternativet som passer de best. Det spesielle med undersøkelsen er beregningen som ligger i bakkant. Hvilke svaralternativ respondenten velger gir en vektet score som aggregeres opp til

en faktorscore. Basert på faktorscoren kan man si noe om det er grunn til optimisme eller bekymring for at endringene vil vare. Dette gir oppgaven noen åpenbare svakheter. Det er for eksempel vanskelig å beregne et gjennomsnitt av de ulike svarene da svarene er tekstbasert. Vi kan finne hvilket alternativ som er valgt flest ganger, men det er også vanskelig å si noe om median og modus.

Grunnen til at denne undersøkelsen likevel benyttes var den faglige tyngden bak utformingen rettet mot implementering av endringsprosesser i helsesektoren. Det treffer godt i forhold til det fenomenet som undersøkes og vurderingen var dermed at undersøkelsen ville bidra til å svare på problemstillingen. Dersom undersøkelsen ikke hadde hatt en spesifikk beregningsmetode måtte en vært forsiktig med å bruke den i oppgaven, men i og med at den har den faglige tyngden ble de ansett å være et godt hjelpemiddel for undersøkelsen.

Med det som bakgrunn er analysen delt inn i to deler. Den første brukes til å se den aggregerte faktorscoren fordelt på tre ulike variabler (alder, ansenitet og utdanning). Dette gir oss indikasjoner på om det er forskjeller på hvor godt forberedt de ansatte følte seg i forhold til alder, hvor lenge de har jobbet i helsesektoren og hva slags utdanning de har. Den andre delen tar for seg de tre ulike kategoriene og knytter svarene opp mot teori. Tilnærmingen blir deskriptiv da vi tar for oss hvert spørsmål og ser på absolutt og relativ fordeling.

Vi vil komme tilbake til metodekritikk i kapittel 4.8, men som en videre anbefaling for bruk av modellen i forskning anbefales å følge et prosjekt i hele dets levetid med måling før, under og etter. For en mer statistisk analyse av denne problemstillingen kunne man benyttet en mer tradisjonell form for spørreundersøkelse med egendefinerte spørsmål for å finne tendenser i populasjonen.

4.7 Pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet og troverdighet handler om hvorvidt undersøkelsen er til å stole på eller ikke og den må være gjennomført på en troverdig måte (Jacobsen D. I., 2015). I arbeidet med utforming av undersøkelsen ble det etablert et testpanel nettopp for å sikre troverdigheten i undersøkelsen. Det er viktig at spørsmålene var forståelse og at det ikke lå noen føringer i spørsmålsformuleringen.

Når det gjelder gyldighet handler det om empirien vi samler inn faktisk gir verdi. Vi kan skille mellom intern og ekstern gyldighet. Intern gyldighet går på om vi har dekning i dataen

vår for konklusjonene vi trekker og om resultatene oppfattes som riktig. Ekstern gyldighet går på om resultatene fra det område og tidspunktet vi gjorde undersøkelsen også er gyldig i andre sammenhenger, altså om det kan generaliseres (Jacobsen D. I., 2015).

Gjennom bruk av NHS Sustainability Model er den interne gyldigheten god når vi ser på faktorscore. Dette er beregninger som er forsket på i lang tid og ved bruk av faktorscore kan vi konkludere med tyngde om det er grunn til optimisme eller bekymring med tanke på hvor godt forberedt gruppen selv opplever de er for implementering av velferdsteknologi. Vi kan trekke konklusjoner basert på spørsmålsformulering og svarene som gis, men påstandene respondenten blir forelagt er relativt brede og kan tolkes ulikt av de ulike respondentene som kan ses på som en svakhet i oppgaven.

Konteksten implementering er noe alle virksomheter bedriver og innføring av teknologi vil berøre flere og flere. Utvalget i undersøkelsen er plukket ut av Tromsø Kommune. Potensielt kan kommunen ha plukket ut de med best teknologisk kunnskap som gjør at forutsetningene er annerledes enn for de andre i kommunen. Vi vil da miste verdifull informasjon fra populasjonen og det er vanskelig å være bastant på at funnene kan generaliseres. Jeg finner dog ingen grunn til å tro at dette er tilfelle og dette er universelle utfordringer som også kan gi verdi til andre kontekster.

4.8 Metodekritikk

En viktig del av forskningen er å være kritisk til eget arbeid og denne oppgaven har noen potensielle svakheter. En åpenbar svakhet er størrelsen på utvalget. Et utvalg på 24 stykker med 16 svar er lite for å bruke en kvantitativ tilnærming. Risikoen er at du ikke får gått nok i dybden slik man ville gjort med en kvalitativ tilnærming og man får for få svar til å generalisere konklusjonene. Dette er hele tiden veid opp mot styrken i bruken av NHS Sustainability Model. Jo mer kunnskap jeg tilegnet meg om undersøkelsen jo mer så jeg at den traff godt til konteksten vi ønsket å studere.

En annen svakhet modellen gir er utfordringen med statistisk analyse. Resultatene er derfor preget av beskrivende analyse.

*«People are usually afraid of change because they fear the unknown.
But the single greatest constant of history is that everything changes.»*

Yuval Noah Harari, Homo Deus: A history of Tomorrow

5 Resultat og Analyse

Vi har gjennom oppgaven diskutert endring versus motstand og hvordan man må tåle de ansatte slik at de er mentalt klare for endring. Yuval Harari diskuterer dette i sin bok «Homo Deus». Til tross for at menneskeheten hele tiden har endret seg gjennom vår tid på planeten er vi fortsatt redd for det ukjente, og ofte reagerer vi instinktivt med motstand når vi vurderer noe nytt. Har man vært med på en stor endringsprosess kan det være en interessant øvelse å observere hva det snakkes om etter at informasjon er distribuert og endringsprosessen er i gang. De aller fleste vil tenke på alt det «gale» med endringene eller det de «mister» fremfor hva som kan bli bedre med ny prosess. Antakelig er ikke dette bevisst og de færreste vil sabotere når man får tenkt seg om, men det sier noe om hvor viktig den første perioden i en implementeringsprosess er. Isen må smeltes slik at man er klar for endring.

Vi skal nå se på resultatene fra undersøkelsen og tolke dette opp mot teori. Som diskutert i metode kapittelet vil analysen være todelt. Vi vil analysere svarene gjennom modellens faktorscore som gir et bilde av hvor hvorvidt det er grunn til optimisme eller bekymring i forkant av implementeringsprosessen. Vi har videre sett på tre ulike variabler som kan påvirke faktorscoren som analyseres. Vi vil gå gjennom hver enkelt variabel og diskutere hvordan alder påvirker svarene, hvor lenge man har jobbet i helsesektoren og til slutt utdanningsnivå. Deretter benyttes deskriptiv analyse for å belyse de 10 spørsmålene og tolke disse. Noen av spørsmålene har mer interessante svar enn andre og vi vil fokusere på disse.

5.1 Hovedfunn

5.1.1 Gjennomsnittlig faktorscore

Vi har hentet inn svar fra alle respondenter etter NHS Sustainability strukturen og basert på disse svarene beregnet en kollektiv faktorscore for teamet som helhet basert på gjennomsnitt. Faktorscoren er delt inn i to hovedbolker hvor total faktorscore under 45 gir grunn til bekymring og faktorscore over 55 gir grunn til optimisme.

Den gjennomsnittlige faktorscoren for teamet som er undersøkt er 58,17. Basert på scoring systemet til modellen gir dette grunn til optimisme for at endringen vil bli varig.

n = 16	Team
Gjennomsnittlig faktorscore	58,17

Figur 7 - Gjennomsnittlig faktorscore team

Til tross for at dette er en faktorscore som gir grunn til optimisme er det ikke en veldig sterk score som vitner om at teamet ikke har følt seg veldig godt forberedt for implementering av velferdsteknologi. Det at noen opplever dette kan være noe av årsaken til at man ikke har lykkes med implementering tidligere. Vi skal dykke ned i detaljene videre i oppgavene, men allerede her er det interessant å diskutere hvorfor den kollektive faktorscoren er såpass lav.

I utgangspunktet kan det forventes at en gruppe som i det daglige opplever utfordringer med mangel på personal og manuelle rutiner ville omfavnet velferdsteknologi med åpne armer og vært motivert for å ta det i bruk. Mange utfordringer og lav bemanning kan imidlertid føre til stress som igjen kan dempe motivasjonen for nye implementeringer. Vakola og Nikolau (2005) fant i en undersøkelse av Greske bedrifter at ansatte med høyt stressnivå viste større motstand og mindre eierskap til organisasjonsendringer. Ser vi på svarene i undersøkelsen støtter det opp under denne teorien og mine antakelser tilbakevises. Det kan være noen ansatte hadde en positiv følelse i starten av prosessen, men det er tydelig noe som gjør at man ikke har følt seg like klar som man kanskje hadde tenkt. Det kan være mangel på involvering, mangel på informasjon eller andre årsaker vi skal komme tilbake til.

Vi kan uansett konkludere med at Lewin (1947) sin tankegang om å tine organisasjonen for å gjøre de klar for endring ikke er fullstendig oppfylt i dette tilfellet. Risikoen er at skepsis går over til motstand som kan være skadelig for endringsprosessen, og det vil derfor være viktig at man proaktivt går inn for å øke klarhet for å være i forkjøpet av denne motstanden (Armenakis, Harris, & Mossholder, 1993).

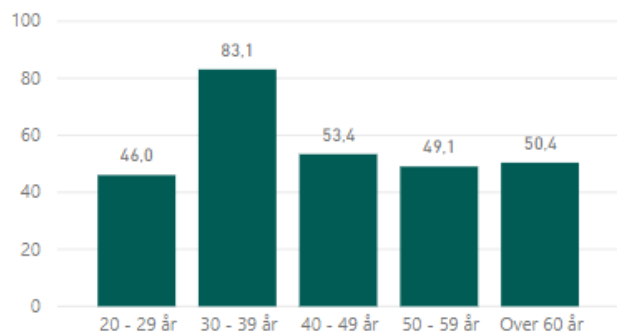
Men kan det være forskjeller mellom de ansatte når vi ser faktorscore opp mot ulike variabler? Kan de unge føle seg mer forberedt enn de eldre når det gjelder innføring av velferdsteknologi? Eller vil de som har jobbet i helsesektoren i mange år og selv opplevd utfordringene som kommer være mer positive til innføring av velferdsteknologi? Det er disse faktorene vi skal se på videre i oppgaven.

5.1.2 Alder

I undersøkelsen spurte vi om respondentenes alder som gjør at vi kan finne interessante samvariasjoner. I forkant av undersøkelsen ble det antatt at de yngste respondentene ville score soleklart høyest på «readiness» for velferdsteknologi. De er oppvokst med teknologiske virkemidler og en kan tro at de naturlig føler seg mer forberedt enn de eldre. Morris og Vekantesh (2000) fant i sin forskning på en mellomstor finansbedrift med 300 ansatte en klar sammenheng mellom alder og adopsjon av teknologi hvor de yngste ansatte var mer positive til adopsjon og vedvarende bruk av ny teknologi. Det vi imidlertid ser av svarene her er at den yngste aldersgruppen (20 – 29 år) faktisk er den som har *lavest* gjennomsnittlig faktorscore (46.0) som nesten indikerer grunn til bekymring for at endringen vil vare. Det vil altså si at den yngste aldersgruppen ifølge faktorscoren er de som føler seg minst forberedt i forkant av dette prosjektet. Dette var et overraskende funn. Kan det være de scorer lavest på readiness fordi de har mest kunnskap og størst forventning og dermed høyere forventninger til informasjon i forkant? Eller opplever de at de ikke har blitt nok involvert i forkant av prosessen? Aldersgruppen 30 – 39 år er de som har den suverent høyeste faktorscoren og dermed er den aldersgruppen som opplever seg best forberedt for implementeringen. All den tid prosjektdeltakerne har mottatt samme type og mengde informasjon er det merkelig at det er såpass stor forskjell mellom disse aldersgruppene. Muligens ser denne aldersgruppen større verdi av velferdsteknologi som følge av mer erfaring og et akutt behov. Denne teorien holder imidlertid ikke vann da vi ser på gjennomsnittlig faktorscore for aldersgruppe 40 – 49, 50 – 59 og over 60 som alle scorer under 55. Hadde det vært en sammenheng mellom jo høyere alder jo mer forberedt burde faktorscoren økt i takt med alder noe den ikke gjør.

Ut ifra alder er det altså kun aldersgruppen 30 – 39 år som har en faktorscore over 55 og som dermed selv opplever seg godt nok forberedt for implementering. Alle andre aldersgrupper scorer under 55, men holder seg akkurat over 45 som er grensen for at man bikker over til grunn til bekymring.

Gjennomsnitt på Total factor score av Hva er din alder? *



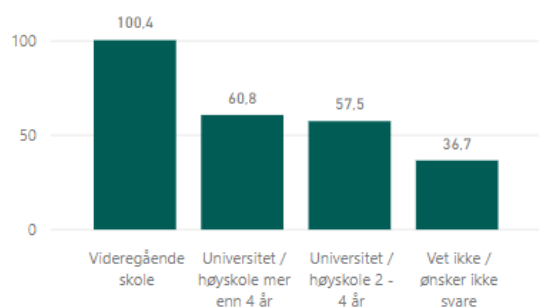
Hva er din alder? *	Gjennomsnitt på Total factor score	Antall ID
20 - 29 år	46,03	3
30 - 39 år	83,10	4
40 - 49 år	53,40	4
50 - 59 år	49,05	4
Over 60 år	50,40	1
Totalt	58,17	16

5.1.3 Utdanning

Det er gjort mye forskning på sammenhengen mellom utdanning og aksept for nye teknologi. Gregory Wozniak (1987) fant blant annet at kapital og kunnskap om ny teknologi bidro signifikant til tidlig adopsjon og mennesker med høy utdanning hadde bedre forutsetninger og kapasitet til å overkomme motstand skapt av adopsjonskostnader og usikkerhet. Ser vi på svarene fra undersøkelsen vår gir det et litt annet bilde enn man kunne tenkt seg basert på teorien. Respondentene med kun videregående utdanning har en gjennomsnittlig faktorscore på 100,4 som indikerer svært høy grad av opplevd readiness. Dette er overraskende da en ville forventet at de med lav utdanning ville opplevd implementering av ny teknologi som fremmed. En mulig forklaring kan være at de ikke ser usikkerheten ved bruk av ny teknologi og de har her ingen personlige kostnader. Dersom vi imidlertid ser på antall respondenter med videregående skole ser vi at det kun er én respondent dette gjelder. Det er dermed vanskelig å generalisere svarene fra den ene personen til å gjelde alle ansatte i kommunen med kun videregående skole. Senere i oppgaven skal vi se på svar justert for skjevheter og diskutere hvordan det påvirker den totale faktorscoren. Ser vi videre så scorer de med universitet / høyskole mer enn 4 år over 60,9 i faktorscore som er mer i tråd med hva jeg ville forventet. Også de med Universitet / høyskole 2 – 4 år scorer høyt (57,5) som samsvarer med forventning og funnene til Wozniak (1987).

Til slutt har vi de som ikke ønsker å svare på utdanningsnivå som har en svært lav faktorscore (36,7). Det er vanskelig å tolke noe rundt denne gruppen da det er umulig å vite hva som faktisk er utdanningsnivået til respondentene. For alt vi vet kan det være ytterpunkter fra ingen utdanning til doktorgrad. Vi konstaterer at denne gruppen får en svært lav score og vi kommer tilbake til hvordan dette påvirkes ved justerte svar for skjevheter.

Gjennomsnitt på Total factor score av Hva er din høyeste fullførte ...



Hva er din høyeste fullførte utdanning? *	Gjennomsnitt på Total factor score	Antall ID	%GT	Antall ID
Videregående skole	100,40	1	6,25%	
Universitet / høyskole mer enn 4 år	60,77	3	18,75%	
Universitet / høyskole 2 - 4 år	57,47	10	62,50%	
Vet ikke / ønsker ikke svare	36,65	2	12,50%	
Totalt	58,17	16	100,00%	

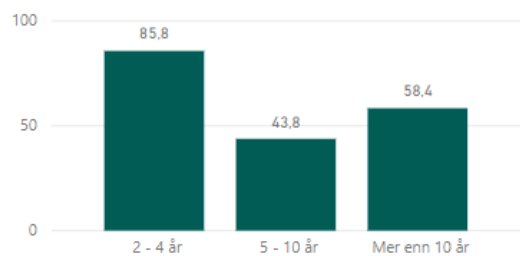
5.1.4 Ansenitet

Hva sier teorien om sammenheng mellom ansiennitet og adopsjon? Vi har ikke funnet spesifikk teori om sammenheng mellom lang ansenitet og adopsjon av teknologiske løsninger. Det vi kan si er at de med lang ansenitet ofte er (naturlig) eldre enn de med kort ansenitet. Alder har vi allerede vært innom og forskning på den eldre gruppen er relativt samstemte i at eldre mennesker har større bekymring for bruk av ny teknologi. Vaportzis et. al (2017) fant blant annet at eldre manglet selvtillit til ny teknologi og var bekymret for unge menneskers mangel på menneskelig interaksjon og kommunikasjons som førte til frykt og mindre mottakelighet for ny teknologi.

Når det gjelder svarene her ser vi at respondentene er samlet innenfor tre områder. Vi har ansatte som har jobbet mellom 2 og 4 år, mellom 5 og 10 år og mer enn 10 år i helsesektoren. Svarene viser at de som har jobbet i helsesektoren i 2-4 år er de med høyest gjennomsnittlig faktorscore (85,8). Gruppen som har jobbet i helsesektoren mellom 5 og 10 år scorer urovekkende lavt på faktorscore (43,8). En så lav faktorscore indikerer grunn til bekymring for at endringen vil vare og det indikerer at de føler seg lite forberedt for implementering av velferdsteknologi. Dette er interessant. Denne gruppen representerer 25% av prosjektet og det kan være en risiko for at de bikker over til å utøve motstand. Har du jobbet i sektoren mellom 5 og 10 år har du vært med på relativt mange og store endringer. Kan det være at de har vært gjennom store endringsprosesser tidligere, men har hatt dårlige opplevelser som sitter igjen og dermed ser på dette som nok en ny prosess som ikke vil virke? Gruppen som ikke hadde jobbet like lenge i sektoren har en svært høy faktorscore (85,8) og opplever seg godt forberedt. Det kan være de ikke sitter med samme negative erfaringer og dermed ser de på dette som en positiv endring. I dette resonnementet skulle man da sett en ytterligere nedgang i

faktorscoren på de som har jobbet i sektoren i over 10 år og hatt enda flere dårlige erfaringer. Det gjør vi imidlertid ikke. Denne gruppen får en faktorscore på 58,4 som indikerer at de er positive til endringen og føler seg godt forberedt. Teorien om negative erfaringer er dermed ikke vanntett. Dette er heller ikke i samsvar med forskningen om at høyere alder indikerer lavere grad av adopsjon selv om ansenitet og alder ikke alltid kan sammenliknes. Det kan tenkes at denne gruppen har hatt dårlige erfaringer, men de ser kanskje at det har vært en bedring fra de første nye prosessene ble implementert og er dermed mer positive til dette prosjektet. Det kan også tenkes at de ser det store behovet for endring da de har vært lenge i bransjen og selv opplevd på kroppen det som har skjedd og hvilke utfordringer de står ovenfor som kan påvirke gruppen til å gi høyere score. En annen årsak kan være at denne gruppen ikke har like høye forventinger til informasjon og involvering som de som har jobbet mellom 5 og 10 år.

Gjennomsnitt på Total factor score av Hvor lenge har du jobbet...



Hvor lenge har du jobbet i helsesektoren? *	Gjennomsnitt på Total factor score	Antall ID	%GT	Antall ID
2 - 4 år	85,75	2	12,50%	
5 - 10 år	43,83	4	25,00%	
Mer enn 10 år	58,39	10	62,50%	
Totalt	58,17	16	100,00%	

5.2 Funn justert for skjevheter

Vi har til nå sett på gjennomsnittlig faktorscore basert på alle respondentenes svar, men som vi identifiserte kan det være noen ytterpunkter som gir store utslag på svarene. Tar vi en rask titt på hvordan respondentene fordeler seg ser vi at vi har én respondent som er over 60 år og én respondent som kun har videregående skole. Disse to kan representere ytterpunkter den ene eller andre veien og det er interessant å se om faktorscoren forandrer seg dersom vi ekskluderer disse. Vi vil derfor ta for oss disse tre variablene igjen og se om det er store forskjeller før vi oppsummerer svarene mot teorien vi har sett tidligere i oppgaven.

Hva er din alder? *	Antall ID	%GT Antall ID
20 - 29 år	3	18,75%
30 - 39 år	4	25,00%
40 - 49 år	4	25,00%
50 - 59 år	4	25,00%
Over 60 år	1	6,25%
Totalt	16	100,00%

Hva er din alder? *	Antall ID	%GT Antall ID
20 - 29 år	3	21,43%
30 - 39 år	3	21,43%
40 - 49 år	4	28,57%
50 - 59 år	4	28,57%
Totalt	14	100,00%

Hva er din høyeste fullførte utdanning? *	Antall ID	%GT Antall ID
Universitet / høyskole 2 - 4 år	10	62,50%
Universitet / høyskole mer enn 4 år	3	18,75%
Vet ikke / ønsker ikke svare	2	12,50%
Videregående skole	1	6,25%
Totalt	16	100,00%

Hva er din høyeste fullførte utdanning? *	Antall ID	%GT Antall ID
Universitet / høyskole 2 - 4 år	10	71,43%
Universitet / høyskole mer enn 4 år	2	14,29%
Vet ikke / ønsker ikke svare	2	14,29%
Totalt	14	100,00%

Hvor lenge har du jobbet i helsesektoren? *	Antall ID	%GT Antall ID
2 - 4 år	2	12,50%
5 - 10 år	4	25,00%
Mer enn 10 år	10	62,50%
Totalt	16	100,00%

Hvor lenge har du jobbet i helsesektoren? *	Antall ID	%GT Antall ID
2 - 4 år	2	14,29%
5 - 10 år	4	28,57%
Mer enn 10 år	8	57,14%
Totalt	14	100,00%

Figur 8 - fordeling respondenter etter alder, utdanning og ansenitet før og etter justering for skjevheter

5.2.1 Hovedfunn

Som vi ser av Figur 8 går antall respondenter ned fra 16 til 14 når vi justerer ut ytterpunktene. Det mest interessante nå er å se på den kollektive faktorscoren for å se om det er noe endring i hvordan gruppen som helhet oppfatter seg rustet for implementering av velferdsteknologi. Ser på svarene finner vi en endring, dog ikke veldig stor. Den gjennomsnittlige faktorscoren har gått fra 58,17 til 55,71 som fortsatt indikerer grunn til optimisme for at endringen vil vare. Poengscoren har imidlertid gått ned som viser at ytterpunktene har vært svært positive sammenliknet med resten av gruppen, men forskjellen er ikke større enn at gruppen holder seg over 55 som er representativt for gruppen.

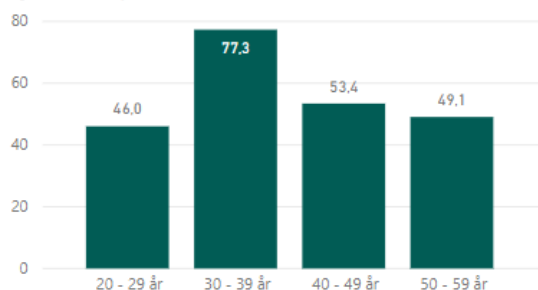
n = 14	Team
Gjennomsnittlig faktorscore	55,71

5.2.2 Alder

Ser vi på den første variabelen som var alder ser vi at vi får samme svarfordeling som tidligere med unntak av en lavere gjennomsnittlig faktorscore på de mellom 30 og 39 år.

Grunnen til det er at respondenten vi justerte ut med videregående skole var mellom 30 og 39 år. Som vi ser har vi nå ingen faktor score på de over 60. Konklusjonen er allikevel den samme at aldersgruppen 30 til 39 år er de som føler seg best forberedt og de unge indikerer lav grad av readiness.

Gjennomsnitt på Total facctor score av Hva er din alder? *

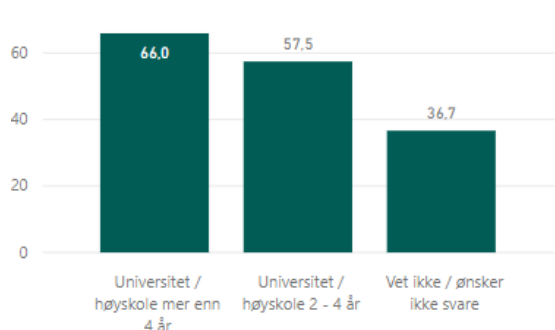


Hva er din alder? *	Gjennomsnitt på Total facctor score	Antall ID	%GT	Antall ID
20 - 29 år	46,03	3		21,43%
30 - 39 år	77,33	3		21,43%
40 - 49 år	53,40	4		28,57%
50 - 59 år	49,05	4		28,57%
Totalt	55,71	14		100,00%

5.2.3 Utdanning

Ser vi på utdanningsnivå er det også her ingen store forskjeller når vi justerer ut ytterpunktene. Personene med videregående skole er nå ikke med og de med høy utdanning er de som scorer høyest på faktorscore. Gruppen som ikke ønsker å svare på utdanningsnivå forblir det samme og det er fortsatt vanskelig å tolke denne gruppen.

Gjennomsnitt på Total facctor score av Hva er din høyeste fullførte ...

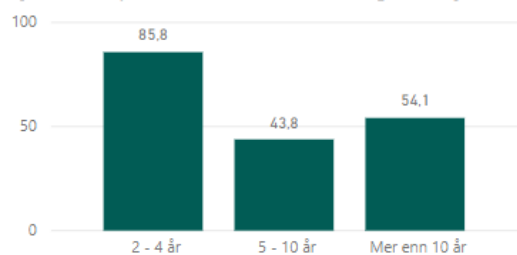


Hva er din høyeste fullførte utdanning? *	Gjennomsnitt på Total facctor score	Antall N	%GT	Antall N
Universitet / høyskole mer enn 4 år	65,95	2		14,29%
Universitet / høyskole 2 - 4 år	57,47	10		71,43%
Vet ikke / ønsker ikke svare	36,65	2		14,29%
Totalt	55,71	14		100,00%

5.2.4 Ansenitet

Til slutt ser vi på hvilke påvirkninger svarene i forhold til ansenitet får. Igjen ser vi at det ikke er store påvirkninger bortsett fra at de som har jobbet mer enn 10 år i sektoren får en noe lavere faktorscore. Dette samsvarer med at den gjennomsnittlige faktorscoren ble redusert. Utover det ser vi fortsatt at de som har jobbet 2-4 år har høyest faktorscore og de mellom 5-10 år har svært lav score.

Gjennomsnitt på Total factor score av Hvor lenge har du jobbet...



Hvor lenge har du jobbet i helsesektoren? *	Gjennomsnitt på Total factor score	Antall N	%GT Antall N
2 - 4 år	85,75	2	14,29%
5 - 10 år	43,83	4	28,57%
Mer enn 10 år	54,14	8	57,14%
Totalt	55,71	14	100,00%

5.2.5 Oppsummering

Kurt Lewin (1947) snakket om unfreeze, prosessen som skal gjøre de ansatte mottakelig for endring. Videre diskuterte Weiner (2009) hvilke faktorer som kan påvirke en slik unfreeze prosess; Change valence, som handlet om i hvor stor grad de ansatte i kollektiv ser verdien av endringene. Informational assessments, som handlet om de ansattes oppfatning til hvilke krav som stilles og om de opplever at det finnes nok tilgjengelige ressurser. Og til slutt contextual factors, som er situasjonsbestemte faktorer som gruppens kultur, prosesser og tidligere erfaring med endringer. Når vi har diskutert oss gjennom svarene fra undersøkelsen basert på faktorscore kan vi konkludere med at det er grunn til optimisme for at Tromsø kommune vil lykkes med implementering av velferdsteknologi i dette prosjektet. Allikevel ser vi tydelig noen faktorer som gjør at de ansatte holder igjen på svarene. Skal man lykkes ligger nøkkelen i å knekke kodene til Weiner (2009) slik at de ansatte virkelig er klare for en endringsprosess og forankringen er såpass stor at det vil bli en varig endring. En aggregert faktorscore gir oss et bilde på grad av optimisme eller bekymring for helheten, men det er vanskelig å tolke en faktorscore opp mot de konkrete teoriene til Lewin (1947) og Weiner (2009). Vi vil derfor i siste del av analysen ta for oss de 10 spørsmålene i undersøkelse fordelt på kategori og tolke svarene spørsmål for spørsmål.

5.3 NHS Sustainability Model - spørsmål

Spørsmålene i modellen kategoriseres i tre områder. Det første handler om prosess og hvorvidt de ansatte opplever økt verdi av endringen både i deres daglige arbeide, men også for andre ansatte, pasienter og organisasjonen. I tillegg hvorvidt man tror endringen vil vare selv når nøkkelpersoner slutter og om det er enkelt å måle effekt. Den neste kategorien går på ansatte og om de ansatte føler de har vært delaktige i prosessen, om de har fått tilstrekkelig opplæring, om de har fått komme med innspill og om de opplever leder og avdelingsleder har

vært involvert og synlige i prosessen. Til slutt er det to spørsmål som går på organisasjonen og om de ansatte opplever at endringen er viktig for organisasjonen som helhet og om de har rutiner og policyer tilpasset endringen. Figur 9 oppsummerer de viktigste punktene.

Table 1 Factors proposed to affect likelihood of sustainability

Domain	Factor	Issues being explored
Process	Factor 1: Benefits beyond helping patient	Whether in addition to helping patients there are other benefits that will make a difference to daily working lives or make things run more smoothly such as reduced waste or duplication.
Process	Factor 2: Credibility of the benefits	Whether benefits to patients, staff and the organisation are visible, are believed by staff and can be described clearly.
Process	Factor 3: Adaptability of improved process	Whether changed processes will continue to meet the need of the organisations and can be maintained when an individual or group of people who initiated it are no longer there.
Process	Factor 4: Effectiveness of the system to monitor progress	Whether data are easily available to monitor progress or assess improvement and whether there are systems to communicate this in the organisation.
Staff	Factor 5: Staff involvement and training to sustain the process	Whether staff play a part in the implementation of changes to processes and the extent of training and development of staff to help sustain these changes
Staff	Factor 6: Staff attitudes towards sustaining the change	Whether staff ideas are taken on board, the opportunity they are given to test these ideas and their belief that this is a better way of doing things that should be preserved.
Staff	Factor 7: Senior leadership engagement	Whether credible and respected senior leaders are seen as promoting and investing their own time in changes.
Staff	Factor 8: Clinical leadership engagement	Whether credible and respected clinical leaders are seen as promoting and investing their own time in changes.
Organization	Factor 9: Fit with the organisation's strategic aims and culture	Whether the changes being made are seen as an important contribution to the overall organisational aims.
Organization	Factor 10: Infrastructure for sustainability	Whether staff, facilities, equipment and policies and procedures are adequate to sustain new processes.

Figur 9 - Factors proposed to affect likelihood and sustainability (Doyle, et al., 2013)

5.3.1 Prosess

5.3.1.1 Spørsmål 1

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Innføring av velferdsteknologi bedrer effektiviteten og letter jobben	9	56,25%
Innføring av velferdsteknologi bedrer effektiviteten, men letter ikke jobben	5	31,25%
Innføring av velferdsteknologi bedrer ikke effektiviteten, men letter jobben	1	6,25%
Innføring av velferdsteknologi bedrer ikke effektiviteten, og letter ikke jobben	1	6,25%
Totalt	16	100,00%

Figur 10 – Fordeling svar spørsmål 1

Ser vi på spørsmål 1 i modellen viser den med tydelig at de ansatte opplever at innføring av velferdsteknologi bedrer effektivitet og letter jobben. 56% har svart alternativet med høyest score og 31% nest høyeste. Kun en person har svart at innføringen hverken bedrer effektiviteten eller letter jobben og vi kan dermed si at kommunen har lykket med å forankre viktigheten av velferdsteknologi.

5.3.1.2 Spørsmål 2

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Nytten av velferdsteknologi er åpenbar og det finnes dokumentasjon som bekrefter dette	9	56,25%
Nytten av velferdsteknologi er åpenbar, men det finnes ikke dokumentasjon som bekrefter dette	2	12,50%
Nytten av velferdsteknologi er ikke åpenbar, men det finnes dokumentasjon som bekrefter dette	3	18,75%
Nytten av velferdsteknologi er ikke åpenbar og det finnes ikke dokumentasjon som bekrefter dette	2	12,50%
Totalt	16	100,00%

Figur 11 – Fordeling svar spørsmål 2

Svarene på spørsmål 2 viser samme trend med 56% som svarer at nytteverdien av velferdsteknologi er åpenbar og at det finnes dokumentasjon som bekrefter dette. Det er noe mer spredning på de neste alternativene og til sammen 21,2% svarer at nytten av velferdsteknologi ikke er åpenbar (alternativ 3 og 4). Det vil være viktig å påvirke gruppen som ikke har sett nytteverdien av den nye teknologien da det er et viktig aspekt i forberedelsene for implementering for å sikre eierskap til endringen.

5.3.1.3 Spørsmål 3

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Innføring av velferdsteknologi forenkler andre arbeidsoppgaver og vi vet hvor vi kan henvende oss ved spørsmål	8	50,00%
Innføring av velferdsteknologi forenkler andre arbeidsoppgaver, men vi vet ikke hvor vi kan henvende oss ved spørsmål	4	25,00%
Innføring av velferdsteknologi forenkler ikke andre arbeidsoppgaver, men vi vet hvor vi kan henvende oss ved spørsmål	1	6,25%
Innføring av velferdsteknologi forenkler ikke andre arbeidsoppgaver og vi vet ikke hvor vi kan henvende oss ved spørsmål	3	18,75%
Totalt	16	100,00%

Figur 12 – Fordeling svar spørsmål 3

Når vi kommer til spørsmål 3 begynner det å bli mer interessant. Her svarer 50% at innføringen av velferdsteknologi forenkler arbeidsoppgaver og de vet hvor de kan henvende seg ved spørsmål. Dette er bra, men ser vi på alternativene som omfatter «ikke vet hvor vi kan henvende oss ved spørsmål» så velger 43,7% av respondentene dette svaret. Kommunen har etablert endringsagenter som skal være et kontaktpunkt for de ansatte, men det er tydelig at dette ikke er forankret godt nok. Det å ha en endringsagent er i utgangspunktet en god tilnærming som et kontaktpunkt. Armenakes et. al (1993) argumenterer for at endringsagenter skal minimere reaksjoner som virker mot sin hensikt og bygge målgruppens tro på at de kan motstå avstand mellom ny og gamle adferd. Dette er noe kommunen må jobbe videre med i arbeidet med å implementere velferdsteknologi. Det må være klart og tydelig hvor ansatte skal henvende seg ved spørsmål. Hvis det ikke foreligger vil det skape frustrasjon og man vil mest sannsynlig velge bort det nye og velge den gamle og kjente metoden.

5.3.1.4 Spørsmål 4

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Effekten av velferdsteknologi dokumenteres og dette blir kommunisert til de ansatte	4	25,00%
Effekten av velferdsteknologi dokumenteres, men dette blir ikke kommunisert til de ansatte	3	18,75%
Effekten av velferdsteknologi dokumenteres ikke, men det blir kommunisert med de ansatte	5	31,25%
Effekten av velferdsteknologi dokumenteres ikke og det blir ikke kommunisert med de ansatte	4	25,00%
Totalt	16	100,00%

Figur 13 – Fordeling svar spørsmål 4

Spørsmål 4 gir også noen interessante svar. Vi ser at fordelingen mellom svarene er ganske jevne og det er ingen som utmerker seg spesifikt, men det er flest svar på den nedre halvdel av skalaen. Spørsmålene handler om effekten av endringene blir dokumentert og kommunisert til de ansatte og majoriteten svarer at dette ikke blir dokumentert. Dette er skummelt både med tanke på å skape varige endringer selv etter ansatte har sluttet, men også knyttet til Weiners informational assessment med tanke på at de ansatte vet hvilke krav som stilles. Skal man forankre slike krav er dokumentasjon viktig.

5.3.1.5 Oppsummering

Som belyst i figur 5 fra teorikapittelet har jeg satt denne kategorien i sammenheng med Weiners (2009) Informationel Assessment. Ser vi på svarene har kommunen lyktes med å formidle verdien av velferdsteknologi, men det virker noe mer uklart for de ansatte hvor de skal henvende seg ved spørsmål og de savner dokumentasjon av effekten.

5.3.2 Ansatte

5.3.2.1 Spørsmål 5

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Ansatte har blitt involvert fra starten av og fått nødvendig opplæring for å ta i bruk de nye verktøyene	5	31,25%
Ansatte har blitt involvert fra starten av, men ikke fått nødvendig opplæring for å ta i bruk de nye verktøyene	2	12,50%
Ansatte har ikke blitt involvert fra starten av, men har fått nødvendig opplæring for å ta i bruk de nye verktøyene	2	12,50%
Ansatte har ikke blitt involvert fra starten av og ikke fått nødvendig opplæring for å ta i bruk de nye verktøyene	7	43,75%
Totalt	16	100,00%

Figur 14 – Fordeling svar spørsmål 5

Vi beveger oss nå over i spørsmål knyttet til menneskene i organisasjonen. Spørsmål 5 handler om et nøkkelpunkt når det gjelder implementerings- og endringsprosesser. Som vi har nevnt tidligere må man ha de ansatte med hvis man skal lykkes med implementering og grad av involvering vil påvirke dette betydelige. Vi mennesker misliker å få «tredd ting over oss» uten at vi har blitt involvert i prosessen og fått ytret vår mening. Mange opplever

muligheten for å mene noe som viktigere enn om selve meningen faktisk blir effektuert. Ser vi på svarene på spørsmål 5 er det lite hyggelig lesning i dette perspektivet. De to nederste svarene som går på at ansatte ikke har blitt involvert fra starten velges av hele 56% av respondentene. Dette er kritisk med tanke på forankring. 43,75% sier at de hverken har blitt involvert fra starten eller fått nødvendig opplæring for å ta i bruk det nye utstyret, i tillegg har 12,5% valgt alternativ 2 som også sier at de ikke har fått nødvendig opplæring.

Dette er et av de mest kritiske punktene i implementeringsprosessen. Weiner (2009) poengterer viktigheten av de ansatte ser verdi i endringen for at de skal føle ansvar og besluttsomhet, men hvordan skal de se føle ansvar hvis de ikke har blitt involvert fra starten og ikke fått nødvendig opplæring? Dersom opplevelsen er at endringen er noe noen andre har bestemt uten at du har fått vært med i diskusjonen kan det være begrenset hvor mye ansvar og besluttsomhet du føler i implementeringsprosessen.

5.3.2.2 Spørsmål 6

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Ansatte føler seg styrket etter innføring av velferdsteknologi og tror endringene vil vare	5	31,25%
Ansatte føler seg styrket etter innføring av velferdsteknologi, men tror ikke endringene vil vare	5	31,25%
Ansatte føler seg ikke styrket etter innføring av velferdsteknologi, men tror endringene vil vare	5	31,25%
Ansatte føler seg ikke styrket etter innføring av velferdsteknologi, og tror ikke endringene vil vare	1	6,25%
Totalt	16	100,00%

Figur 15 - Fordeling svar spørsmål 6

Spørsmål 6 gir en noe mer positiv fordeling og majoriteten føler seg styrket etter innføring og tror endringene vil vare. Det kan være litt vanskelig å tolke innføring da denne undersøkelsen er gjort i forkant av et konkret prosjekt, men respondentene har nok her svart etter hva som allerede er innført av velferdsteknologi i kommunen.

5.3.2.3 Spørsmål 7

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Ledelsen tar ansvar for å opprettholde endringen, og deler nødvendig informasjon med de ansatte	6	37,50%
Ledelsen tar ansvar for å opprettholde endringen, men deler ikke nødvendig informasjon med de ansatte	4	25,00%
Ledelsen tar ikke ansvar for å opprettholde endringen, men deler nødvendig informasjon med de ansatte	3	18,75%
Ledelsen tar ikke ansvar for å opprettholde endringen, og deler ikke nødvendig informasjon med de ansatte	3	18,75%
Totalt	16	100,00%

Figur 16 - Fordeling svar spørsmål 7

Spørsmål 7 går på hvorvidt de ansatte opplever at ledelsen tar ansvar og deler nødvendig informasjon. Dette er snakk om den øverste ledelsen på tvers av de ulike avdelingene. Som vi ser av svarene svarer over 60% at ledelsen tar ansvar for å opprettholde endringen. Det er dog ikke alle som opplever at nødvendig informasjon blir delt fra ledelsens side. 18,7% opplever at ledelsen hverken tar ansvar eller deler nødvendig informasjon som er i overkant høyt. Her bør ledelsen være mer synlig blant de ansatte og dele mer informasjon. Vi faller igjen tilbake til viktigheten av informasjon og de ansatte må føle at de blir involvert og får informasjon om beslutninger og oppdateringer.

5.3.2.4 Spørsmål 8

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Avdelingsleder tar ansvar for å opprettholde endringen, og deler nødvendig informasjon med de ansatte	7	43,75%
Avdelingsleder tar ansvar for å opprettholde endringen, men deler ikke nødvendig informasjon med de ansatte	3	18,75%
Avdelingsleder tar ikke ansvar for å opprettholde endringen, men deler nødvendig informasjon med de ansatte	3	18,75%
Avdelingsleder tar ikke ansvar for å opprettholde endringen, og deler ikke nødvendig informasjon med de ansatte	3	18,75%
Totalt	16	100,00%

Figur 17 - Fordeling svar spørsmål 8

Det siste spørsmålet handler om de ansattes nærmeste leder og deres grad av ansvar og infromasjonsdeling. Vi ser mye av de samme svarene som i spørsmål 7 med noen flere som opplever avdelingsleder som både ansvarlig og deler nødvendig informasjon.

5.3.2.5 Oppsummering

De ansatte er nøkkelen for å lykkes med implementering av nye prosesser. I denne delen a Unfreeze prosessen (Lewin 1947) snakker Weiner (2009) om Change Valence. De ansatte må føle eierskap til endringen som genererer besluttsomhet for å gjennomføre endringen. For å skape dette eierskapet er de nødt til å bli involvert og oppleve at de blir hørt, de må få nødvendig opplæring og de må oppleve at ledelsen er på dere side, involverer seg og deler nødvendig informasjon. Ser vi på svarene utmerker spesielt spørsmål 5 seg som i stor grad påvirker den relativt lave faktorscoren til teamet. Det at en så stor andel ikke føler seg involvert fra starten og ikke har fått tilstrekkelig opplæring er noe kommunen bør bemerke seg og jobbe videre med. Dersom de ansatte skal være mottakelig for endring og ikke være frosset fast i gamle rutiner må dette tas på alvor.

5.3.3 Organisasjon

5.3.3.1 Spørsmål 9

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Målene for innføring av velferdsteknologi er tydelige og det er erfaring for at endringer opprettholdes.	7	43,75%
Målene for innføring av velferdsteknologi er tydelige, men det er ikke erfaring for at endringer opprettholdes.	4	25,00%
Målene for innføring av velferdsteknologi er ikke tydelige, men det er erfaring for at endringer opprettholdes.	3	18,75%
Målene for innføring av velferdsteknologi er ikke tydelige og det er ikke erfaring for at endringer opprettholdes.	2	12,50%
Totalt	16	100,00%

Figur 18 - Fordeling svar spørsmål 9

Til slutt i undersøkelsen beveger vi oss over i organisasjonen. Weiner (2009) referer dette til Contextual Factors som omhandler organisasjonens kultur, prosesser, struktur, tidligere erfaringer og ressurser. Spørsmål 9 handler om hvorvidt målene for endringene er tydelige og om de ansatte erfarer at endringer opprettholdes i organisasjonen. Svarene på spørsmålet er relativt positivt med over 60% som svarer at målene er tydelige. Det er dog 37,5% som velger alternativ med at det ikke er erfaring for at endringer opprettholdes som kan være grunn til bekymring. Det vil si at de har opplevde endringer tidligere og erfart at disse ikke blir opprettholdt. Akkurat det kan være en skummel tilnærming til en endringsprosess hvis de ansatte tror at dette uansett ikke vil vare. Det vil kunne påvirke både opplevd verdi og eierskap til endringen.

5.3.3.2 Spørsmål 10

Alternativ	Score 2	%GT Score 2
Jobbeskrivelser og arbeidsprosesser reflekterer den nye måten å jobbe på, og det er investert i relevant utstyr	5	31,25%
Jobbeskrivelser og arbeidsprosesser reflekterer den nye måten å jobbe på, men det er ikke investert i relevant utstyr	1	6,25%
Jobbeskrivelser og arbeidsprosesser reflekterer ikke den nye måten å jobbe på, men det er investert i relevant utstyr	5	31,25%
Jobbeskrivelser og arbeidsprosesser reflekterer ikke den nye måten å jobbe på og det er ikke investert i relevant utstyr	5	31,25%
Totalt	16	100,00%

Figur 19 - Fordeling svar spørsmål 10

Siste spørsmål handler om jobbeskrivelse og arbeidsprosesser reflekterer ny måte å jobbe på og om det er investert i relevant utstyr. Som nevnte er dette en undersøkelse i forkant av et prosjekt som kan være en forklaring på hvorfor ansatte ikke opplever at jobbeskrivelser og prosesser reflekterer den nye måten å jobbe på da det ikke er innført. Det tar allikevel ikke bort viktigheten av å dokumentere hvordan man skal arbeide etter ny prosess er implementert. Weiner (2009) diskuterer organisasjonens prosesser og policyer som viktige aspekter i å forberede organisasjonen for endringer. Det kan være kommunen har et forbedringspotensial

på dette område på et mer generelt grunnlag som kan være årsaken til at over 60% av respondenten svarer at beskrivelsene ikke reflekterer ny arbeidsmetodikk.

5.3.3.3 Oppsummering

Den siste faktoren for virkelig å smelte bort siste rest av isen og myke da ansatte opp til å være klar for endring går på organisasjonens prosess, kultur, struktur og tidligere erfaringer. Svarene på de to siste spørsmålene i modellen er noe tvetydige og vanskeligere å konkludere med. Det kan se ut til at respondentene opplever at målene er tydelige, men det varierer i noen grad hvorvidt man tror endringen vil vare. Det kan tyde på at enkelte av de ansatte har vært gjennom endringsprosesser tidligere som ikke har vært vellykket, og dermed er mer skeptiske også til denne prosessen. Det er også tydelig at kommunen må forbedre dokumentasjon av prosesser og arbeidsbeskrivelser. Det er et viktig punkt med tanke på varig endring da nye ansatte som kommer inn må ha mulighet til å sette seg inn i hvordan arbeidsprosessene skal utføres.

6 Konklusjon

Vi startet oppgaven med spørsmål om vi beveget oss mot kanten av et stup for helsesektoren. Spørsmålene er like aktuelle når vi går mot avslutningen, men gjennom dette prosjektet har vi studert en konkret kontekst som ønsker å bruke velferdsteknologi som et virkemiddel for å gå en annen retning enn mot dette stupet. Gjennom NHS Sustainability Model har vi sett på om de ansatte berørt av et konkret prosjekt selv har følt seg godt nok forberedt til å ta i bruk ny teknologi i det daglig. Vi har diskutert hva teorien sier om implementerings- og endringsprosesser og belyst hvor viktig den innledende fasen i et endringsprosjekt er. De ansatte må tines fra det daglige mønsteret slik at de er mottakelig for endring. Dette arbeidet starter lenge før selve implementeringsprosessen er i gang, og nøkkelen til å lykkes er å få de ansatte med på laget gjennom god kommunikasjon og informasjon.

Ser vi på oppgaven isolert kan vi konkludere med at Tromsø Kommune har gjort mye riktig. Analysen av svarene viser at det er grunn til optimisme for at denne endringen vil vare. Det er dog noen punkter som utmerker seg hvor kommunen må gjøre en jobb for at de ansatte skal føle ytterligere eierskap til innføring av velferdsteknologi. De må jobbe videre med informasjonsflyt og god kommunikasjon til de ansatte. Det kan ikke presiseres godt nok hvor

viktig det er at ansatte føler eierskap til prosessen for at man skal lykkes. En videre anbefaling til kommunen er å etablere et tydelig kontaktpunkt hvor man kan henvende seg ved spørsmål. Dersom de ansatte er usikre på bruk av verktøyene eller prosessen og opplever at de ikke har noen sted å henvende seg, vil de høyst sannsynlig vende tilbake til det gamle og kjente. Derfor er det viktig at kommunen ikke bare har et reaktivt kontaktpunkt, men de må være proaktive der hvor arbeidet skjer. Til slutt anbefales det at en tydelig opplæringsplan utarbeides, og ledelsen må være synlig og kommunisere mer med de ansatte. En oppsummering av punktene er vist i figur 20.

Suksesskriterier	
1	Involver de ansatte tidlig og fasiliter en diskusjon
2	Ha stort fokus på kommunikasjon og deling av informasjon før, under og etter
3	Ha et tydelig kontaktpunkt ved spørsmål. Proaktiv tilnærming
4	Ledelsen må være synlige og dele informasjon
5	Dokumenter nye prosesser og effekter av ny arbeidsmetodikk
6	Ha et godt opplæringsprogram som gir god innføring i nytt utstyr

Figur 20 - Suksesskriterier for å lykkes med implementering av velferdsteknologi

NHS Sustainability model er et faglig tungt og godt verktøy for implementeringsprosesser i helsesektoren. Som en videre anbefaling oppfordres kommunene til å bruke modellen, men da som et verktøy gjennom hele prosessen. Det ville vært interessant å se om svarene som er samlet inn i forkant av prosessen endrer seg underveis og etter implementeringen.

Da denne oppgaven ferdigstilles er ikke prosjektet avsluttet. Erna Solberg sa vi i fremtiden får utfordringer med dagens velferdsmodell. Denne utfordringen kan ikke kureres kun med bruk av velferdsteknologi, men det kan være et nyttig hjelpemiddel for å forhindre at vi beveger oss ytterligere mot kanten.

Så gjenstår det å se om de ansatte innen helsesektoren kan tines slik at de er mottakelig for endringene som må til. I en tid hvor global oppvarming er mer aktuelt enn noen gang kan dessverre ikke kommunen regne med hjelp til denne opptiningsprosess, det er noe hver enkelt kommune og dets ledere må gjennomføre.

7 Referanser

- Armenakis, A., Harris, S., & Mossholder, K. (1993). Creating readiness for organizational change. *Human Relations*, 681 - 703.
- Christensen, T. E., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor, 3. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Coch, L., & French, J. (1948). Overcoming resistance to change. *Human relations*, 512-532.
- Cummings, S., Bridgman, T., & Brown, K. G. (2016). Unfreezing change as three steps: Rethinking Kurt Lewin's legacy for change management. *Human Relations*, 33-60.
- Doyle, C., Howe, C., Woodvock, T., Myron, R., Pheko, K., McNicholas, C., . . . Bell, D. (2013). Making change last: applying the NHS institute for innovation and improvement sustainability model to healthcare improvement. *Implementation Science*.
- Fombrun, C., & Rindova, V. (1998). Reputation management in global 1000 firms; a benchmarking study. *Corporate Reputation Review*, 205-214.
- Helsedirektoratet. (2016). *Velferdsteknologiens ABC*.
- Holdt, D. T., & Vardaman, J. M. (2013). Toward a Comprehensive understanding of Readiness for Change: The Case for an Expanded Conceptualization. *Journal of Change Management*, 9-18.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i Samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer. 4. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jones, R., Jummieson, N., & Griffiths, A. (2005). The Impact of Organizational Culture and Reshaping Capabilities on Change Implementation Success: The Mediating Role of Readiness for Change. *Journal of Management Studies*, 361-386.
- Kotter, J. (1996). *Leading change*. Harvard Business Press.

- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; equilibrium and social change. *Human relations 1*, 5-41.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science - Selected Theoretical Paper*. New York: Harper & Brothers.
- Morris, M. G., & Venkatesh, V. (2000). Age differences in technology adoption decisions: implications for changing work force. *Personnel Psychology*, 375-403.
- Narinem, L., & Persaud, D. (2003). Gaining and maintaining commitment to large-scale change in healthcare organizations. *Health Services Management Research*, 189-187.
- Pieterse, J. H., Caniëls, M. C., & Homan, T. (2012). Professional discourses and. *Journal of Organizational Change Management*, 798 - 818.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Rajagopal, P. (2002). An innovation—diffusion view of implementation of enterprise resource planning (ERP) systems and development of a research model. *Information & Management*, 87-114.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og Translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Shahrasbi, N., & Paré, G. (2014). *Rethinking the Concept of Organizational Readiness: What Can IS Researchers Learn from the Change Management Field?* Hentet 8 2, 2019 fra <https://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1530&context=amcis2014>
- Snyder, R. A., & Fields, W. L. (2006). Measuring Hospital Readiness for Information Technology (IT) Innovation: A Multisite Study of the Organizational Information Technology Innovation Readiness Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 45-55.
- Vakola, M., & Nikolau, I. (2005). Attitudes towards organizational change What is the role of employees' stress and commitment? *Employee Relations*, 160 - 174.
- Vaportzis, E., Clausen, M. G., & Gow, A. J. (2017). Older Adults Perceptions of Technology and Barriers to Interacting with Tablet Computers: A Focus Group Study. *Frontiers in psychology*.

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67-67.

Weiner, B. J., Lewis, M. A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 474-487.

Wozniak, G. D. (1987). Human Capital, Information and the Early Adoption of New Technology. *The Journal of Human Resources*, 101-112.

8 Figurer

Figur 1 - Organisasjonskart Avdeling for Helse og Omsorg, Tromsø Kommune	15
Figur 2 - Antall barn og unge sammenliknet med antall eldre, registrert 1950 - 2019 og framskrevet 2019 - 2060 og forsørger byrde for barn og eldre, registrert 1980 – 2019 og framskrevet 2019 – 2060	18
Figur 3 - Change as Three Steps (Lewin 1947 hentet fra Cummings, Bridgman & Brown, 2016)	24
Figur 4 - Determinants and Outcomes of Organizational Readiness for Change (Weiner, 2009)	29
Figur 5 - Kombinasjon CATS (Lewin, 1951), Weiner (2009) og NHS Sustainability Model	32
Figur 6 - Illustration NHS Sustainability Model Scoring mekanisme (Doyle, et al., 2013)....	35
Figur 7 - Gjennomsnittlig faktorscore team.....	44
Figur 8 - fordeling respondenter etter alder, utdanning og ansenitet før og etter justering for skjevheter	49
Figur 9 - Factors proposed to affect likelihood and sustainability (Doyle, et al., 2013)	52
Figur 10 – Fordeling svar spørsmål 1	52
Figur 11 – Fordeling svar spørsmål 2	53
Figur 12 – Fordeling svar spørsmål 3	53
Figur 13 – Fordeling svar spørsmål 4	54
Figur 14 – Fordeling svar spørsmål 5	54
Figur 15 - Fordeling svar spørsmål 6.....	55

Figur 16 - Fordeling svar spørsmål 7	55
Figur 17 - Fordeling svar spørsmål 8	56
Figur 18 - Fordeling svar spørsmål 9	57
Figur 19 - Fordeling svar spørsmål 10	57
Figur 20 - Suksesskriterier for å lykkes med implementering av velferdsteknologi	59

