

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: MKL 310

Navn: Anders Bergkvist og Marianne Mathisen

---

## Lederutvikling som virkemiddel i teknologidrevne endringsprosesser

*Følgforskning av lederutviklingsprogrammet DRIV og innføring av Helseplattformen i Helse Nord-Trøndelag, januar-juli 2021*

---

Dato: 31.08.21

Totalt antall sider: 117

## Innholdsfortegnelse

Figuroversikt .....	4
Tabelloversikt.....	4
Forkortelser (mest brukte) .....	4
Forord.....	5
Sammendrag.....	6
Summary .....	7
1. Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn og problemstilling.....	10
1.2 Helseplattformen .....	11
1.3 Lederutviklingsprogrammet DRIV .....	13
1.4 Helse Nord-Trøndelag og ulike valg for undersøkelsen.....	15
2. Formål, problemstilling og forskningsspørsmål.....	17
3. Design og metode.....	18
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	18
3.2 Følgeforskning som metode .....	19
3.3 Innsamling av data.....	20
3.3.1 Spørreundersøkelse.....	20
3.3.2 Fokusgruppeintervju.....	21
3.3.3 Observasjon.....	21
3.4 Analysestrategi .....	22
3.5 Forankring, organisering og forskningsaktiviteter .....	24
3.5.1 Forankring og organisering .....	24
3.5.2 Forskningsaktiviteter .....	25
3.6 Etikk .....	26
4. Teori .....	27
4.1 Digitalisering og samhandling.....	27
4.2 Sosiomaterielle relasjoners påvirkning på organisasjoner.....	29
4.3 Følgeforskning.....	30
4.3.1 Aksjonsforskning versus følgeforskning.....	31
4.3.2 Følgeforskerens rolle og utfordringer.....	32
4.4 Ledelse .....	33
4.4.1 Ledelse i spesialisthelsetjenesten .....	34
4.5 Lederutvikling- ledelsesutvikling.....	36
4.6 Endringsledelse .....	37
4.6.1 Endringsledelse i DRIV.....	39

4.7 Kunnskap og utvikling av kunnskap .....	41
4.8 Kompetansebegrepet .....	45
4.9 Innovasjon .....	47
4.10 Samskaping .....	49
4.11 Meningsskaping.....	51
5. Samhandlingsprosessen mellom forskere og HNT .....	52
6. Analyse og funn.....	56
6.1 Deltakelse på spørreundersøkelser og fokusgruppeintervjuer .....	59
6.2 Ledere i Klinikk for kvinner, barn og familien sin forståelse for Helseplattformens påvirkning på egen arbeidshverdag .....	60
6.3 Viktig kompetanse ved innføring av Helseplattformen.....	65
6.4 Viktige forberedende tiltak for gjennomføring av helseplattformen ved egen enhet .....	68
6.5 Lederutviklingsprogrammet DRIV sin betydning for ledere .....	70
6.5.1 Observasjoner klinikkvise DRIV-samlingene i Klinikk for kvinne, barn og familie .....	73
6.6 Klinikklederens forståelse for og arbeid med Helseplattformen og DRIV 2021 .....	76
6.6.1 Klinikklederens forståelse av Helseplattformen.....	76
6.6.2. Hvordan benytter klinikklederne DRIV i egen klinikk som forberedelsene mot innføringen av Helseplattformen?.....	78
6.6.3 Klinikkleders rolle, rammer og ressurser .....	80
7. Drøfting .....	82
7.1 Forskningssspørsmål 1: Hvilken generell og individuell kompetanse ser lederne behov for å styrke ved innføringen av Helseplattformen?.....	83
7.2 Forskningssspørsmål 2: Hvordan forstår lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, har denne forståelsen endret seg i løpet av følgeforskningsperioden?.....	84
7.3 Forskningssspørsmål 3: Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 fremhever lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen? .....	87
7.4 Forskningssspørsmål 4: Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet? .....	90
7.5 Forskningssspørsmål 5: På hvilken måte kan et lederutviklingsprogram bidra til å øke endringskompetansen hos ledere? .....	94
7.6 Hvor pålitelige er resultatene fra følgeforskningen? .....	101
7.7 Hva har vi lært gjennom arbeidet med masteroppgaven? .....	105
7.8 Hvordan kan funnene fra forskningsarbeidet brukes i videre arbeid?.....	106
8. Oppsummering og konklusjon .....	108
9. Litteratur .....	111
10. Vedlegg .....	117
1. DRIV 2021	
2. Regional plan for innføring av Helseplattformen	

3. Ledelse i HNT
4. Mandat
5. Spørreundersøkelse
6. Informasjonsskriv og samtykkeskjema
7. Intervjuguide for ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie
8. Intervjuguide for klinikkledere i Helse Nord - Trøndelag
9. Svar fra NSD
10. Svarbrev fra DAC

## Figuroversikt

Figur 1: Tidslinje for innføringen av Helseplattformen.....	s. 12
Figur 2: Organisasjonskart lokalt innføringsteam Helse Nord- Trøndelag.....	s. 13
Figur 3: Hovedelementer i lederutviklingsprogrammet Driv.....	s. 14
Figur 4: Organisasjonskart for Helse Nord – Trøndelag.....	s. 15
Figur 5: Organisasjonskart for Klinikk for kvinner, barn og familie.....	s. 16
Figur 6: Kotters endringsmodell.....	s. 39
Figur 7: Data, informasjon, kunnskap og klokskap.....	s. 41
Figur 8: Seci modellen.....	s. 42
Figur 9: The three components of creativity.....	s. 47
Figur 10: Initiering, innpakking/sending, gjenskaping.....	s. 49
Figur 11: Elementer i meningsskapingsprosessen.....	s. 51
Figur 12: Tidslinje for aktiviteter i følgeforskningen.....	s. 54

## Tabelloversikt

Tabell 1. Planlagte aktiviteter i følgeforskningsprosjektet.....	s. 25
Tabell 2: Hvordan skape kunnskap 5x5 matrisen.....	s. 43
Tabell 3: Besvarelse av spørsmål 1 i spørreundersøkelse 1.....	s. 61
Tabell 4: Besvarelse av spørsmål 1 i spørreundersøkelse 2.....	s. 61

## Forkortelser (mest brukte)

HNT - Helse Nord- Trøndelag

KBF - Klinikk for kvinner, barn og familie

## Forord

Denne oppgaven markerer slutten på en lærerik og givende ferd gjennom masterstudiet i kunnskapsledelse ved Nord universitet de siste 2 år og 9 månedene. Kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom studieløpet har gjort oss i stand til å gjennomføre denne masteroppgaven.

Å få muligheten til å gjøre følgeforskning med fokus på ledelse, endring og teknologi med Helseplattformen som bakteppe, har vært en lærerik og spennende prosess. Helseplattformen er en stor og kompleks prosess, som mange har meninger om og forventninger til og den er dagsaktuell.

I arbeidet med masteroppgaven har vi absolutt ikke vært alene. Først og fremst vil vi rette en stor takk til vår veileder Øystein Rennemo. Han har hele tiden hatt tro på oss sånn at vi har hatt tro på prosjektet vårt. Underveis har han kommet med mange gode spørsmål, innspill og vennlige «spark» når det har vært behov for det. Han har vært tilgjengelig for oss hele veien, det har gitt fremdrift og inspirasjon i arbeidet.

Mange takk til Helse Nord–Trøndelag, Klinikk for kvinne, barn og familie og Helseplattformen som hele veien har ønsket oss velkommen i ulike fora i organisasjonene. Det har blitt åpnet dører, slik at vi har fått mulighet til å kontakte ansatte for å diskutere ulike temaer som har opptatt oss underveis. Vi har blitt møtt med velvilje og positivt engasjement fra alle vi har tatt kontakt med gjennom hele prosjektperioden, det setter vi stor pris på. Og tusen takk til alle informantene som har stilt opp og delt sine tanker og refleksjoner. Uten dem hadde vi ikke hatt empirien som danner grunnlag for våre analyser av prosessen. Målet er at vårt arbeid skal resultere i tilbakemeldinger som kan bidra med nyttig kunnskap tilbake til organisasjonen.

Til slutt og ikke minst en stor takk til våre familier som har vært fleksible, de har vært rause og gitt oss stort rom til å bruke mye av familiefritiden til lese- og skrivearbeid med masteroppgaven.

Helt til slutt vil vi takke hverandre for godt og lærerikt samarbeid, for lojalitet til planer, oppgaver og avtaler vi har gjort hele veien.

## Sammendrag

Våren 2016 fikk Helse Midt-Norge (HMN) i oppdrag av Helsedirektoratet å være regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet «Én innbygger – én journal». Med oppdraget ligger en forventning om finne løsninger for samhandling som skal gi innbyggere og helsepersonell én samlet journal, og helsepersonell en helhetlig IKT-støtte i utførelsen av helsehjelpen. Det nasjonale målbildet «Én innbygger - én journal» ble etablert gjennom Helseplattformen i region Midt-Norge. Arbeidet er godt i gang, og for Helse Nord-Trøndelag er det oppstart høsten 2022. For å styrke organisasjonens kompetanse har HNT i samarbeid med Helseplattformen koblet et lederutviklingsprogram (DRIV 2021) til denne prosessen. Forskningsrådets kunnskapsoppsummering fra 2019 peker blant annet på at det mangler systematisk kunnskap på hvordan digitalisering kan implementeres bredt i helsetjenestetilbud. Det mangler også en større forståelse for hvilken kompetanse ledere, ansatte og brukere trenger både for å forstå og å kunne ta i bruk nye digitale løsninger. For vår masteroppgave i kunnskapsledelse ved Nord universitet etablerte vi et følgeforskningsprosjekt som fulgte ledere ved Klinikk for kvinne, barn og familie i HNT i perioden februar - juni 2021. Formålet var å belyse om og hvordan lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 kunne bidra til å gi lederne økt kunnskap om endringsarbeid i forbindelse med innføring av Helseplattformen. Prosjektet har problemstillingen: *Hvordan påvirker lederutviklingsprogrammet DRIV lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser ved innføringen av Helseplattformen?* Følgeforskningen hadde et fenomenologisk og sosiomaterielt nettverksorientert vitenskapsteoretisk perspektiv. Innsamling av kvalitative data ble gjort gjennom spørreskjemaundersøkelser med åpne spørsmål og fritekstsvar, fokusgruppeintervju og observasjon på kick-off-samling og klinikkinterne ledersamlinger med DRIV 2021. I løpet av følgeforskningen ble datainnsamlingen utvidet til å også omfatte fokusgruppeintervju med klinikkledere i HNT. Resultatene viste at det var et godt grep å koble lederutviklingsprogrammet med en forberedende endringsprosess. Koblingen bidro til at oppgavene lederne skulle jobbe med som del av kunnskapsutviklingen ble reelle og meningsskapende. Å sette av tid til oppfølging av oppgaver, gruppearbeid og deling av ledernes tause og eksplisitte kunnskap pekte ledere selv på har bidratt til endringsforståelse og kunnskapsutvikling. Det vil også kunne bidra til å håndtere usikkerheten som vil følge med innføring av et stort organisasjonsutviklings- og digitaliseringsprosjekt, som Helseplattformen i realiteten er.

## Summary

In 2016, the Norwegian Health Council appointed Helse Midt-Norge (HMN) to be the national test arena for a unified e-health service »One citizen – one health record«. The vision «One citizen – one health record» has led to *Helseplattformen*, a unified e-health solution for both the health trusts and the municipalities. The preparations for launching Helseplattformen are proceeding, with planned GoLive for Helse Nord-Trøndelag (HNT) november 2022. To improve HNTs ability to exploit the possibilities Helseplattformen can offer, preparation efforts are linked to an existing development programme for leaders called DRIV 2021.

The Norwegian Research Council found little systemic knowledge in their 2019 report reviewing the effects of digitalization on the health services . There seems to be a knowledge gap in how health administrators, employees and user groups need to understand and utilize new digital solutions.

As a part of our Masters Thesis at Nord University we conducted formative dialogue research on experiences leaders in the Department for Families and Womens´ Health in HNT had with the DRIV programme from February through June 2021. Our ambition was to shed light on, and how, the DRIV programme afflicted the leaders knowledge on necessary change management needed when implementing Helseplattformen.

Our thesis statement: *How does the DRIV programme influence the leaders understanding and ability to conduct change management when implementing Helseplattformen?*

We adhered to both phenomenological and sociomaterial networking perspectives when conducting our formative dialogue research. Qualitative data were collected in surveys, focus group interviews, and through direct observations in several DRIV 2021 sessions. As our research progressed, we decided to include a focus group interview with heads of other departments in HNT.

Our results suggest the merge of the DRIV leadership development programme with the preparations for Helseplattformen was a success. The tasks in the programme were perceived as relevant and meaningful. Dedicating time attending groups, solving problems and sharing tacit and implicit knowledge was emphasized as especially valuable. We assume this can reduce some of the many uncertainties leaders need to address when conquering the change management challenges Helseplattformen brings.



## 1. Innledning

Dagens samfunn og arbeidsliv preges av økt fokus på effektiv digitalisering som ett av virkemidlene for å møte noen av utfordringene samfunnet står ovenfor. I 2019 publiserte Forskningsrådet kunnskapsnotatet *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på tjenestene*. Kunnskapsnotatets definisjon på digitalisering:

*«Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon»* (Forskningsrådet, 2019, s. 4).

Med det legger vi til grunn at digitalisering betyr å innføre digitale verktøy, samtidig som arbeidsprosesser endres. Digitalisering er noe som berører de fleste av oss i en eller annen grad, ikke minst i arbeidshverdagen. Sintefs rapport fra 2017 *Ansattes syn på digitalisering* anslår at halvparten av arbeidstakerne får et nytt digitalt verktøy å forholde seg til i løpet av året, og i løpet av to år er i gjennomsnitt alle utsatt for digitalisering. Teknologi og digitalisering må også sees i sammenheng med mennesker, arbeidsoppgaver, organisasjonsstruktur og den gjensidige *innvirkningen* disse faktorene har på hverandre (Orlikowski, 2007).

Rapporten *IT i praksis* som Rambøll Management Consulting (2020) utarbeidet i samarbeid med IKT-Norge, Digitaliseringsdirektoratet, Visma, Den norske dataforening og Norges teknisk- og naturvitenskapelige universitet viser til at mange offentlige virksomheter under koronapandemien har blitt tvunget til rask omstilling. Blant annet gjennom å ta i bruk nye digitale plattformer for å holde hjulene i gang og kunne levere tjenester til innbyggere. Det kan være grunn til å anta at dette på mange måter har skapt en grobunn for samskaping og digital innovasjon. For utvikling av bærekraftige digitale fellesløsninger peker rapporten på at det kreves samhandling på tvers både innen og mellom offentlige sektorer. Sammenhengende tjenester med brukeren i sentrum, økt deling av data, felles økosystem for samhandling og tjenesteutvikling er strategier som løftes frem i denne rapporten.

Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger - én journal» setter et tydelig nasjonalt mål for IKT-utviklingen i helse-Norge. Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger og innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Det er nødvendig at helsesektoren som en stor og viktig samfunnsaktør har fokus på digitalisering. Direktoratet for e-helse ble opprettet i 2016 med bakgrunn i behovet for en sterkere nasjonal styring og bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet har nasjonal myndighet og en premissgiverrolle på e-helseområdet der de skal være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse – og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse, 2021).

Dagens IKT-systemer i helse- og omsorgstjenesten er i hovedsak begrenset til én enkelt virksomhet og understøtter i liten grad pasientforløp på tvers av virksomheter og omsorgsnivå, eller nødvendig samhandling mellom helse og andre tjenesteområder som NAV, skole, barnevern og PPT (pedagogisk- psykologisk tjeneste). Pasientenes helseopplysninger ligger i dag lagret hos den enkelte tjenesteyter pasientene har vært i kontakt med, og deling på tvers mellom tjenesteyterne er både tungvint og tidkrevende. Hvis pasientene har vært innom flere tjenesteytere eksisterer ingen fullstendig oversikt over gjennomførte og/eller planlagte behandlinger. En slik mangel på eller fragmentert informasjon bidrar til lavere produktivitet og tidstap, ved at de som skal yte helsehjelp bruker mye tid på å etterspørre manglende informasjon. Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* beskriver regjeringens ambisjoner om å fornye, forenkle og forbedre offentlig sektor, og innbyggere og næringsliv har forventninger om en enklere hverdag.

Adresseavisen omtaler Helseplattformen som nasjonens største IT-prosjekt (Støbakk, 2021). Dehli & Kvernmo skriver i en kronikk i Adresseavisen 23.mai, 2021 at « *med Helseplattformen vil Midt-Norge være den eneste regionen i Norge som kan realisere ambisjonen om «sømløs» informasjonsflyt i helsetjenesten i løpet av få år. Digitalisering er lagt mer enn teknologi og utvikling av løsninger. Det gir grunnlag for mer effektive og nye måter å jobbe på, og det er utvikling av helsetjenestene.*

Nye teknologiske løsninger bør kunne gi muligheter som svarer på noen behov for «sluttbrukerne» og innføres på en slik måte at det sikres god forankring til de som blir brukere av nye løsninger. Helse Nord-Trøndelag legger opp til en forankring ved å koble lederutviklingsprogrammet DRIV (vedlegg 1) med fokus på endringsledelse til arbeidet med innføringen av Helseplattformen. Vi gir en nærmere beskrivelse av Helseplattformen og DRIV i kapittel 1.2. og 1.3.

## 1.1 Bakgrunn og problemstilling

Ett av de strategiske tiltakene i arbeidet med realisering av det nasjonale målbildet «Én innbygger - én journal» er etableringen av Helseplattformen i region Midt-Norge. Helsedirektoratet ga våren 2016 Helse Midt– Norge (HMN) oppdraget med å være regionalt utprøvningsprogram. I det ligger en forventning om en løsning for samhandling som skal gi innbyggere og helsepersonell en samlet journal, og helsepersonell en helhetlig IKT-støtte i utførelsen av helsehjelpen. Forskningsrådets kunnskapsoppsummering (2019) beskriver at der det har vært vellykkede implementeringer vises det til suksesskriterier som sterk ledelse både klinisk, IT-messig og organisatorisk. Kunnskapsoppsummeringen viser ellers til at det mangler systematisk kunnskap om hvordan digitalisering kan implementeres bredt i helsetjenestetilbud. Ny teknologi gir både noe positivt og utfordrer det etablerte, derfor er det viktig å få større forståelse for hva slags kompetanse ledere, ansatte og brukere trenger både for å forstå og kunne ta i bruk nye digitale løsninger:

*«Veien mot større grad av implementering handler om optimalisering av løsninger, robuste studier av kliniske og økonomiske effekter, forståelse for endringer av arbeidsprosesser og kompetanseheving samt brukerinvolvering av alle kategorier relevante brukere – både tjenestemottakere, tjenesteutøvere og ledere» (Forskningsrådet, 2019, s. 30).*

Helseplattformen er et stort prosjekt som det naturlig nok vil være delte meninger om. Sannsynligvis vil de som er skeptiske finne eksempler på lignende mislykkede IT-prosjekter, som f.eks. danskenes «Sunhedsplattformen» som har samme leverandør (Epic) som Helseplattformen. Trønder-Avisa skrev 22.02.19 (NTB) om Sunhedsplattformen «*Dansk helsepersonell melder om store problemer med datasystemet de har fått fra Epic. Pasientombudet er bekymret over at samme leverandør skal brukes i Norge*». Og i Adresseavisa 15.04.21 (Støbakk) omtales Helseplattformen som et gigantprosjekt som skal modernisere helsetjenestene i Trøndelag «*Trønderske kommuner kan vrake Helseplattformen - Det er uklart hva det koster, det er uklart hva vi får, og det er uklart når det kommer*». I den samme artikkelen uttaler en representant for brukerpanelt i Midt-Norges største IT-prosjekt «*Jeg vil si det så sterkt som at jeg tror det blir en revolusjon, men det forutsetter at alle deltar*».

Arbeidet med forberedelsene for innføringen av Helseplattformen er allerede godt i gang, og innføringen i Helse Nord–Trøndelag er planlagt til høsten 2022. Innen den tid er det mye som skal forberedes, noe er kjent og for mange er mye er antageligvis enda uklart. For å styrke

kompetansen i organisasjonen på og i dette arbeidet har HNT i samarbeid med lokalt-innføringssteam i Helseplattformen koblet et lederutviklingsprogram til innførings prosessen. At HNT kobler lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 (vedlegg 1) til en omfattende digital innføringsprosess som Helseplattformen er spennende og interessant. Vi mener at vi med en følgeforskning på denne prosessen kan bidra til å fremskaffe mer systematisk kunnskap på området digital implementering i helsetjenesten.

Våren 2020 skrev vi en prosjektoppgave med problemstillingen: *Hvordan kan de ansatte ved Gynekologi- og fødeavdelingen ved Sykehuset Levanger forberedes på innføring av Helseplattformen?* Vi har tatt med oss erfaringene fra prosjektoppgaven inn i arbeidet med masteroppgaven. I masteroppgaven ser vi på ledernes rolle i arbeidet med innføringsprosessen med problemstillingen:

### **Hvordan påvirker lederutviklingsprogrammet DRIV lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser ved innføringen av Helseplattformen?**

Som masterstudenter og helsearbeidere er *forståelse for endringer av arbeidsprosesser og kompetanseheving* interessant. Med denne masteroppgaven kan vi bidra til økt kunnskap og forståelse for hvilken kompetanse ledere, ansatte og brukere trenger både for å forstå og å kunne ta i bruk nye digitale løsninger. Dette er et område det i dag mangler forskning på (Forskningsrådet, 2019). Masterstudentene er Anders Bergkvist og Marianne Mathisen. Anders Bergkvist er idrettspedagog med ti års erfaring fra utviklingsarbeid og som mellomleder innen rehabilitering. Han jobber i dag som seniorrådgiver i Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Marianne Mathisen er sykepleier med 30 års erfaring, 17 av dem som leder. Hun har de siste 10 årene vært avdelingsleder ved Gynekologi- og fødeavdelingen på Sykehuset Levanger. Helseplattformen og lederutviklingsprogrammet DRIV er sentrale elementer i masteroppgave som beskrives nærmere i de to neste kapitlene.

## 1.2 Helseplattformen

Dagens IKT systemer utnytter ikke sektorens ressurser godt nok, og innbyggernes helseopplysninger ligger spredt i ulike journaler hos ulike virksomheter. Dette gjør at helsepersonell bruker mye tid på å lete frem informasjon fra ulike steder i egne journalløsninger, og etterspørre informasjon fra andre aktører i helsetjenesten. Uten eller med begrenset tilgang på oppdatert og korrekt informasjon kan dette blant annet utgjøre en risiko for feilbehandling

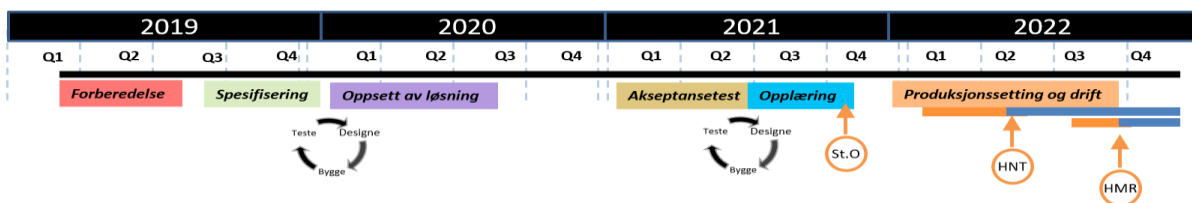
og pasientskader. Med bakgrunn i at dagens IKT-verktøy for pasientadministrasjon (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ) som brukes i spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge er utdaterte, ble det allerede i 2012 besluttet anskaffelse av nytt journalsystem. Etter vedtaket om anskaffelse av nytt journalsystem i 2012, ble det målbevisst jobbet med å skape nødvendig tillit mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i Midt-Norge. Blant annet gjennom utarbeidelse av kravspesifikasjon til ny journalløsning, der samarbeid mellom ulike tjenesteytere ble vektlagt. Det ble arrangert workshops der 400 medarbeidere fra helse og IKT i hele regionen deltok.

Helseplattformen er en stor og kompleks prosess som skal gjennomføres over flere år (2012-2022), og vil involvere mange underveis. Målet er at ca. 720 000 innbyggere og ca. 40 000 ansatte i helsetjenestene i Midt-Norge skal etter innføring ta den i bruk.

Lenke til kort informasjon om Helseplattformen – en innbygger, en journal

<https://www.youtube.com/watch?v=kLecoirHusA> (Helseplattformen, 2021, 3:58)

Figur 1 viser ulike tiltak for Helseplattformen i perioden 2019-2022.

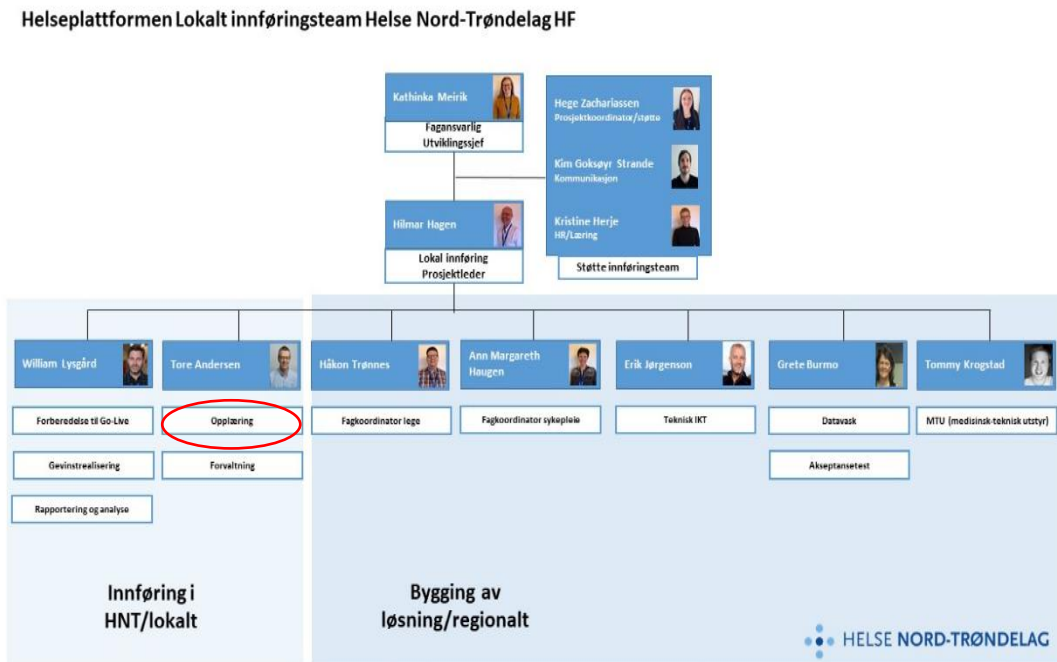


Figur 1: Tidslinje for innføring av Helseplattformen [Tidslinje], av Helseplattformen, 2021, <https://helseplattformen.no/url.adr>. Gjengitt med tillatelse.

Helseplattformen er ikke bare utelukkende et skifte av IKT-verktøy, den vil også bidra til endring og utvikling av arbeidsprosessene som utføres i helsetjenesten i dag.

Mange mennesker skal ta i bruk et nytt verktøy, mange integrasjoner skal på plass, og med Helseplattformen skal ulike organisasjoner kunne samhandle på nye måter. Innføringsarbeidet av Helseplattformen er prosjektorganisert med lokale prosjektorganisasjoner i hvert av de tre helseforetakene i Helse Midt-Norge og i Trondheim kommune. Prosjektorganisasjonene har team med faglige ledere, lokale koordinatore og andre ressurser som er ansatt i prosjektet for å delta i forberedelsesarbeidet. Formålet er å forberede organisasjonene til den «nye» arbeidshverdagen ved innføringen av nye journalsystem. Dette arbeidet beskrives nærmere i regional plan for innføring av Helseplattformen (vedlegg 2). De enkelte lokale innføringsteam er ansvarlige for å vurdere og planlegge aktiviteter som bør igangsettes i egne organisasjoner for å støtte opp under innføringsarbeidet.

Figur 2 viser en oversikt over prosjektorganisasjon i Helse Nord-Trøndelag.



Figur 2. Organisasjonskart Lokalt innføringsteam for Helseplattformen i Helse Nord-Trøndelag [Organisasjonskart], av Helseplattformen, 2021, [https://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/HNT/prosjekt/helseplattformen\\_HNT/kontaktos/default.aspx](https://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/HNT/prosjekt/helseplattformen_HNT/kontaktos/default.aspx). Gjengitt med tillatelse.

Helsetjenestene i Midt-Norge sysselsetter over 40 000 arbeidstakere fordelt på spesialisthelsetjenesten (sykehusene) og kommunehelsetjenesten i små og store kommuner. Før disse kan ta i bruk Helseplattformen som ny løsning trengs det god og relevant opplæring, helst så nært opp til innføringen som mulig. I innføringsprosjektet er det et team med ansvar for opplæringen som har fokus på opplæring og forberedelse for ledere, opplæring og utdanning av medarbeidere. Det skal sikre relevant og tilpasset opplæring med mål om å gi alle ansatte ferdigheter til å håndtere den «nye» hverdagen etter innføringen av Helseplattformen.

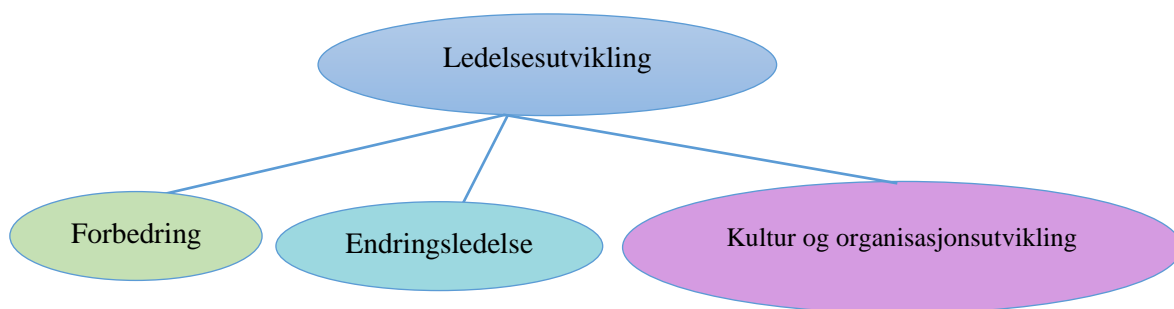
### 1.3 Lederutviklingsprogrammet DRIV

Helse Nord-Trøndelag beskriver leder- og ledelsesutvikling i dokumentet Ledelse i HNT (vedlegg 3). Lederutvikling retter søkelyset mest mot personen, den individuelle utviklingen av ledelsesfunksjonen og kompetansen, mens ledelsesutvikling vektlegger i større grad ledelsen og organisasjonen. Behovet for kompetanse hos lederne vil endre seg avhengig av utfordringene

man til enhver tid står ovenfor. Lederen må utøve sin ledelse helhetlig innenfor rammene som er satt for egen enhet, men også som del av et større hele. Utvikling av ledere innebærer derfor også utvikling av ledergrupper.

I 2019 startet HNT opp lederutviklingsprogrammet DRIV, det var ett av tiltakene for å møte noen av utfordringene HNTs strategiske utviklingsplan pekte på for planperioden 2018 – 2021 og framtidsutsiktene mot 2035. Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF har hovedfokus på pasientens helsetjeneste, riktig kompetanse, nye arbeidsformer, riktig bygg og utstyr (Helse Nord-Trøndelag Helseforetak, 2018). Ett av satsningsområdene er samhandling med kommunene for å finne hensiktsmessige teknologiske løsninger for et bedre og mer effektivt samarbeid. Overordnet mål for lederutviklingen i HNT er å øke kompetansen på forbedring, endring og utvikling gjennom å gjøre lederne trygge i rollen med å lede forbedrings-, -endrings- og utviklingsarbeid i egen enhet som svarer ut de strategiske utfordringene.

Figur 3 viser de tre fokusområdene i lederutviklingsprogrammet DRIV.



Figur 3: Hovedelementer i lederutviklingsprogrammet DRIV fritt etter DRIV 2021.

Lederutviklingsprogrammet DRIV startet med DRIV 2019 som hadde fokus på forbedringsarbeid. Gjennom DRIV 2019 fikk lederne i HNT innføring og opplæring i verktøy og modeller for forbedringsarbeid, deriblant PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act). Lederne i klinikkene, avdelingene og seksjonene jobbet i fortsettelsen med aktuelle små og store forbedringsprosjekter i egne enheter.

DRIV 2021 har fokus på endringsledelse. Endringsledelse er ett av tiltaksområdene det pekes på vil ha en avgjørende betydning for å lykkes med innføringen av Helseplattformen. Det var noe av bakgrunnen for at personalavdelingen i samarbeid med lokalt innføringsteam ønsket å koble lederutviklingen i HNT med opplæringen i Helseplattformen. Hovedstrategien for

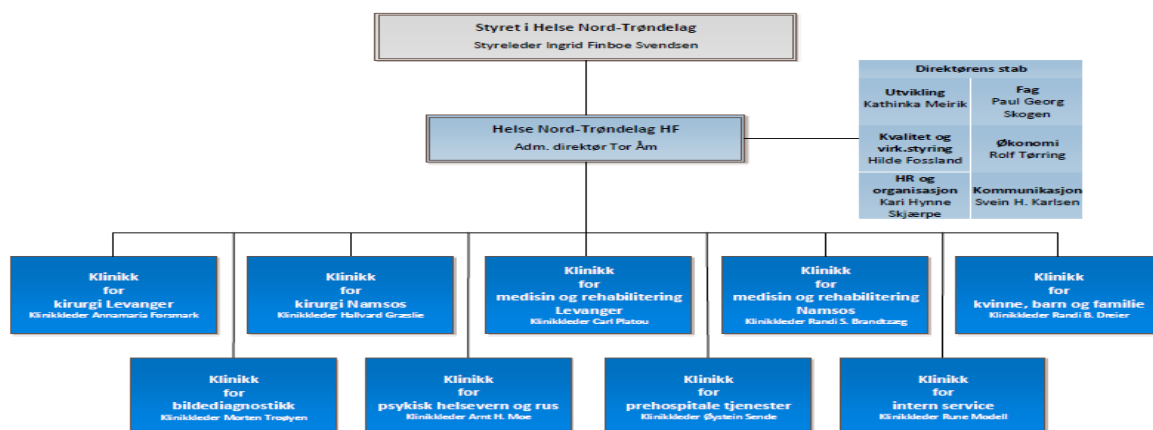
endringsledelse i HNT er å bidra til at ledere er utviklingsorienterte, jobber effektivt i tverrfaglige prosesser, skaper engasjement og bidrar til positivt arbeidsmiljø.

Lederutviklingsprogrammet DRIV tar utgangspunkt i Kotters endringsmodell (figur 6) med sine åtte trinn eller prosesser som må følges for å lykkes med endringsledelse. Prosessene gjennomføres kontinuerlig og ofte samtidig der man bør involvere dedikerte og interesserte personer fra hele organisasjon. Vi kommer tilbake til en grundigere beskrivelse av Kotters endringsmodell under teoridelen i kapittel 4.6.1.

Da personalavdelingen i HNT tok initiativ til å sammenkoble lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 med opplæringsarbeidet som skulle gjøres i regi av det lokale innføringsteamet for Helseplattformen, ble denne koblingen først forankret hos direktøren og klinikkledelsen i HNT. Videre ble det forankret hos tillitsvalgte og verneombud i organisasjonen 16. desember 2020. Etter at det var forankret ble det planlagt ledersamling med alle (150) ledere, tillitsvalgte og verneombud i HNT medio januar 2021. Denne samlingen var planlagt som en kick-off for DRIV 2021 med fokus på endringsledelse og innføringen av Helseplattformen i HNT. Formålet med samlingen var å avklare ambisjoner og forventninger samt forankring videre ned i organisasjon. I nest kapittel gir vi en kort beskrivelse av organiseringen i Helse Nord- Trøndelag og i Klinikk for kvinne, barn og familie.

#### 1.4 Helse Nord-Trøndelag og ulike valg for undersøkelsen

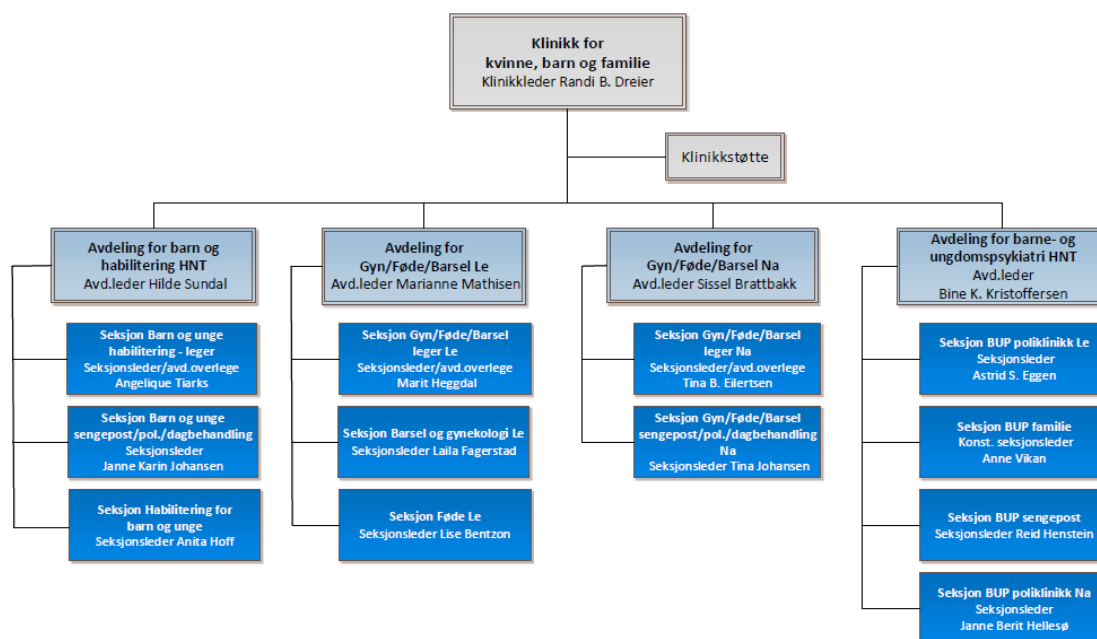
Helse Nord-Trøndelag har fire ledernivå (figur 4.). Administrerende direktør er øverste leder for ni klinikker med egne klinikkledere, avdelingsledere og seksjonsledere.



Figur 4. Organisasjonskart for Helse Nord-Trøndelag HF [Organisasjonskart], av Storø, S., 2021, <https://eqshnt/cgi-bin/document.pl?pid=hnt&UnitID=&DocumentID=4424>. Gjengitt med tillatelse.



Før oppstart av denne masteroppgaven som skulle baseres på følgeforskning, diskuterte vi ulike alternativer for hva vi skulle undersøke, hvem og hva vi skulle ha fokus på i våre undersøkelser. Vi hadde med oss betraktninger og refleksjoner fra møter vi hadde hatt tidligere i prosessen, både med ansatte i HNT og for det lokale innføringsteamet i Helseplattformen som grunnlag for våre vurderinger. Var det aktuelt å inkludere flere helseforetak, flere klinikker i samme foretak eller både kommuner og foretak? Størrelsen og omfanget på masteroppgaven og tidsperspektivet ble utsalgsgivende for at vi til slutt kom frem til at vår følgeforskning skulle konsentrere seg om en av klinikkene i HNT. Klinik for kvinne, barn og familie (KBF) ble valgt, klinikken har 18 ledere og ca. 300 ansatte. De representerer fagområder og yter tjenester innenfor både psykiatri og somatikk. KBF har fire avdelinger med flere seksjoner under hver avdeling, seksjonene er ulike i størrelse og drift. Fra store sengeposter med døgndrift, poliklinikker, dagenheter og ambulante tjenester. Klinikken representerer et mangfold i tjenester som vi mener kan bidra til å belyse ulike perspektiver knyttet til ledelse. Samarbeidet med klinikk for kvinne, barn og familie ble forankret hos klinikkleder, nedfelt og formalisert i ett skriftlig mandat (vedlegg 4) med avtale om leveranse i form av en prosjektrapport. Organisasjonskart for Klinik for kvinne, barn og familie (KBF) fremstilles i figur 5.



Figur 5. Organisasjonskart Klinik for kvinne, barn og familie, HNT [Organisasjonskart], av Storø, S., 2021, <https://eqshnt/cgibin/document.pl?pid=hnt&UnitID=&DocumentID=4424>. Gjengitt med tillatelse.

Det videre arbeidet og aktivitetene i følgeforskningen gjorde vi i tett samarbeid med klinikkleder, ledergruppen i klinikken og en rådgiver fra personalavdelingen som var tildelt klinikken for å bistå med DRIV 2021-samlingene.

## 2. Formål, problemstilling og forskningsspørsmål

### **Formål:**

Forskningsprosjektet vårt fulgte ledere ved Klinikk for kvinne, barn og familie i perioden januar - juni 2021. Formålet var å belyse om og hvordan lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 kan bidra til å gi lederne økt kunnskap om endringsarbeid i forbindelse med innføring av Helseplattformen. Med økt kunnskap om endringsarbeid i forbindelse med digitale innføringsprosesser, vil vår følgeforskning kunne bidra til noe av det som Forskningsrådets kunnskapsoppsummeringen fra 2019 etterlyser. Kunnskapsoppsummeringen beskriver at det blant annet mangler systematisk kunnskap om hvordan digital behandling kan implementeres bredt i helsetjenestetilbudet, samt en større forståelse for hvilken kompetanse ledere, ansatte og brukere trenger både for å forstå og kunne ta i bruk nye digitale løsninger. Digitalisering og samhandling beskrives nærmere i teorikapitel 4.1.

### **Problemstilling:**

**Hvordan påvirker lederutviklingsprogrammet DRIV lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser ved innføringen av Helseplattformen?**

### **Forskningsspørsmål:**

1. Hvilken generell og individuell kompetanse ser lederne behov for å styrke ved innføringen av Helseplattformen?
2. Hvordan forstår lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, har denne forståelsen endret seg i løpet av følgeforskningsperioden?
3. Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 fremhever lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen?
4. Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet?
5. På hvilken måte kan et lederutviklingsprogram bidra til å øke endringskompetansen hos ledere?

Utarbeidelse av forskningsspørsmål 1-4 ble gjort i samarbeid med og med innspill fra klinikkleder i KBF. Vi hadde også flere samtaler med ansatte i personalavdelingen og ansatte i lokalt innføringsteamet for Helseplattformen med kjennskap til DRIV 2021. Tanker og idéer som ble diskutert i disse samtalene har også vært en del av grunnlaget for utarbeidelse av forskningsspørsmålene.

Gjennom følgeforskningsprosjektet var det et mål å få tilbakemelding på forskningsspørsmål 1-4. Følgeforskningsprosjektet skulle danne grunnlag for masteroppgaven som også skulle besvare forskningsspørsmål 5 og problemstillingen. Forskningsspørsmål 5 kom til etter de første datainnsamlingene. Vi mente forskningsspørsmål 5 kunne bidra til å løfte problemstillingen til et mer generelt nivå. Å øke lederes endringskompetanse kan sees på som en universell utfordring.

### 3. Design og metode

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Vi valgte en fenomenologisk og sosiomateriell nettverksorientert vitenskapsteoretisk tilnærming i vårt arbeid. Tilnærmingen er fenomenologisk i den forstand at vi ønsket å forstå og utfordre ledernes forståelse for endringsprosesser. Et kjennetegn i fenomenologien er at subjektivitet og fortolkning har en avgjørende betydning. Det handler om å forstå sosiale fenomen ut ifra aktørenes perspektiv der man antar at virkeligheten er den menneskene selv oppfatter og som gir dem mening (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Den sosiomaterielle orienteringen er et område innenfor relasjonismen der søkelyset settes på *relasjonen mellom* elementer som sameksisterer. Handlingen som skjer tilskrives relasjonene som i sin tur påvirker aktørene og elementene, dermed blir disse ikke lengre av fast substans, men i kontinuerlig endring. I den sosiomaterielle nettverksorienterte forståelsen er aktørene både mennesker og materielle elementer som maskiner, programmer, tekniske hjelpemidler og annen teknologi (Rennemo, 2019).

Å kombinere det fenomenologiske med det sosiomaterielle vil i dette forskningsprosjektet være en egnet vitenskapsteoretisk plattform for å få frem ledernes kunnskap, erfaring og holdninger. Med bakgrunn i denne forståelsen valgte vi følgeforskning som metode, vi gikk tett på og fulgte en pågående prosess der vi benyttet ulike metoder for innsamling av i hovedsak kvalitative data. Metodene vi valgte for datainnsamling beskrives nærmere i kapittel 3.3.

Å samle inn data i form av ord betyr at forskeren går inn i en relativt naturlig relasjon med dem det forskes på. Kvalitativ tilnærming vektlegger møte med dem det forskes på, på deres premisser og ikke på forskerens premisser. Det kreves stor grad av åpenhet da det er de situasjonene og de menneskene som intervjues som bestemmer hvilken informasjon forskeren får inn. Kvalitative data legger altså få føringer på den informasjonen forskeren får inn, dermed kan man påstå at denne tilnærmingen har høy relevans (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Kvalitativ forskning handler om å skape forståelse for sammenhenger som gjør at fremstillingen blir viktig, forskningen fremstilles gjennom tekst og ofte trengs det mye tekst for å uttrykke funnene. Data som er skapt av sosiale aktører, inkludert forskeren og forskningen gjør at fortolkningen vektlegger de subjektive forståelsene til dem det forskes på. Forskningen gjøres i en kontekst der betydningen ikke bare er det som sies og skrives, men i hvilken sammenheng dette gjøres (Skilbrei, 2019).

### 3.2 Følgeforskning som metode

Baklien & Skatvedt (2013) har beskrevet følgeforskning som en formativ, dialogbasert prosessanalyse med vektlegging på dialogen mellom ulike interessenter i det programmet eller tiltaket som skal iverksettes. Når en prosess følges over tid på en slik måte, brukes begrepet følgeforskning. I følgeforskning går forskeren tett på tiltak og prosesser. I vår følgeforskning fulgte vi lederne ved en klinikk i HNT gjennom oppstarten og de første samlingene av Lederutviklingsprogrammet DRIV 2021, som hadde fokus på endringsledelse knyttet opp imot innføringen av Helseplattformen.

En av styrkene med formativ følgeforskning vil være muligheten til å jevnlig formidle kunnskap og innsikt om prosessene til dem det forskes på. I og med at formidling av funn og forskernes refleksjoner vil kunne skje fortløpende, kan slike innspill bidra til justering av pågående prosesser og tiltak.

I følgeforskning vil de man forsker på involveres gjennom en konstruktiv dialog, og et eksempel på dette er at vi underveis hadde jevnlig møter med klinikkleder på Skype og Microsoft Teams. Formålet med følgeforskning vil akkurat som i aksjonsforskning kunne være å gjennom medvirkning skape endring for de involverte deltakerne. En av de mer tydelige forskjellene mellom følgeforskning og aksjonsforskning er at forskeren i følgeforskning ikke er like aktiv i gjennomføring av de prosesser det forskes på. Baklien (2004) skriver at følgeforskningen befinner seg mellom den forskningen som observerer «nøytralt» fra sidelinjen, og en aktiv aksjonsforskning. Vi skriver mer utfyllende om følgeforskning i teorikapittel 4.3.

### 3.3 Innsamling av data

For datainnsamling har vi i vår følgeforskning benyttet flere metoder og kilder som vi i de neste underkapittelene gjør nærmere rede for. En detaljert redegjørelsen for hvordan data har blitt utviklet vil, hvis ønskelig, gi mulighet for å gjenta undersøkelser med de samme metodene ved en senere anledning. Å være tydelig på dette punktet vil også kunne si noe om forskningens reliabilitet (Thagaard, 2018). I kapittel 5 beskrives samhandlingen mellom oss som forskere og det miljøet vi har studert, og også ulike valg vi har gjort underveis i forhold til datainnsamling.

#### 3.3.1 Spørreundersøkelse

I utarbeidelsen av spørreundersøkelsen (vedlegg 5) tok vi utgangspunkt i tre av fem forskningsspørsmål (kap. 2). Spørreundersøkelsen hadde et kvalitativt design der 8 av 10 spørsmål var åpne med fritekstsvar. I ett av spørsmålene uten fritekstsvar skulle informantene gi svar på sin forståelse basert på en skalering på en skala fra 1-10. På det andre spørsmålet uten fritekstsvar skulle informantene svare på hvilket ledernivå de tilhørte. Vi planla to identiske spørreundersøkelser, den første rett etter kick-off-samlingen og den andre etter to klinikkvise DRIV-samlinger. Ett formål med å gjenta spørreundersøkelsen var å få en baseline status først og deretter ny status etter at lederne hadde deltatt på to klinikkvise DRIV-samlinger.

Et sentralt begrep i spørsmålsstillingen var «*påvirker lederes forståelse?*» Forståelse er i utgangspunktet en kvalitativ term, der intervju er en ofte brukt metode for datainnsamling. Når vi rettet fokus mot «*påvirker*» ønsket vi å finne en metode som ivaretok det individuelle og at metoden, i dette tilfelle spørreundersøkelsen, skulle kunne gjentas på et senere tidspunkt. Vi mente spørreundersøkelsene var en egnet metode for å finne ut av om prosessen og arbeidet med DRIV hadde påvirket informantenes besvarelser.

Spørreundersøkelsene hadde fokus på følgende områder:

1. Hvordan så lederne for seg at Helseplattformen ville påvirke lederes arbeidshverdag?
2. Hvilken kompetanse så lederne som viktig ved innføring av Helseplattformen?
3. Hva hadde deltakelse i lederutviklingsprogrammet DRIV gitt dem så langt?

Spørsmål 1 ble koblet med forskningsspørsmål 2 og 3 (kap. 2), noe som gjorde at informantene fikk muligheten til å konkretisere og nyansere sin forståelse.

Invitasjon til å besvare spørreundersøkelsene ble formidlet ved å sende en felles e-post til hele ledergruppen i Klinikk for kvinner, barn og familie. E-posten inneholdt informasjonsskriv, samtykkeskjema (vedlegg 6) og lenke til spørreundersøkelsen.

For gjennomføringen av spørreundersøkelsene benyttet vi programmet Questback (programvare for innsamling og tilbakemelding gjennom elektroniske spørreskjema). Dette sikret ivaretagelse av anonymiteten for deltakerne ved at IP-adressene ikke kunne spores til besvarelsene. I tillegg mener vi at måten spørsmålene var formulert på i stor grad bidro til å sikre anonymiteten til deltagerne.

### 3.3.2 Fokusgruppeintervju

Innføring av Helseplattformen er en kollektiv prosess som krever samhandling (Helseplattformen.no). For å fange lederne forståelse for kollektive prosesser vil en datainnsamlingsmetode der lederne samhandler være egnet. Fokusgruppeintervju kan være en slik metode der man kan få flere innspill på de stilte spørsmålene, og det legges opp til dialog og refleksjon i fokusgruppen rundt svarene slik at ny innsikt kan etableres. Gruppeintervju kan også fange opp lederne engasjement og evne til samhandling (Johannessen et. al., 2016).

I vår følgeforskning planla vi semistrukturerte fokusgruppeintervju med spørsmål som tok utgangspunkt i besvarelse fra informantene i første spørreundersøkelse og forskningsspørsmålene 2 og 4 (kap. 2). Intervjuguiden for ledere i KBF (vedlegg 7) ble utarbeidet med dette som utgangspunkt.

Fokusgruppeintervjuene ble planlagt gjennomført som fysiske møter med varighet på 90 minutter. Grunnet usikkerheten over de til enhver tid gjeldene covid-19-restriksjonene, hadde vi hele tiden en alternativ plan for digital gjennomføring av intervjuene. Anders Bergkvist, som ikke hadde tilknytning til Helse Nord-Trøndelag, skulle være moderator for alle intervjuene. Marianne Mathisen, som i tillegg til å være forsker også hadde en rolle som leder i KBF, skulle p.g.a av sin dobbeltrolle ikke delta på intervjuene. Anders Bergkvist fikk med seg en ekstra ressurs i fokusgruppeintervjuet med lederne i KBF. Denne ressursen var klinikkens rådgiverressurs fra personalavdelingen for gjennomføringen av DRIV 2021. Rådgiveren var observatør og hadde ellers en passiv rolle i fokusgruppeintervjuet. Alle ledere i KBF (utenom Marianne Mathisen og klinikkleder) ble invitert til å delta på fokusgruppeintervju. Invitasjon ble sendt via e-post med informasjonsskriv, samtykkeerklæring og intervjuguide for fokusgruppeintervjuet

### 3.3.3 Observasjon

Anders Bergkvist, som ikke hadde tilknytning til Helse Nord-Trøndelag fikk, etter avklaring med personal- og organisasjonssjefen i HNT mulighet til å delta som observatør på kick-off

samling for DRIV 2021. Samlingen ble gjennomført digitalt med alle lederne i HNT 11. februar 2021. Anders Bergkvist deltok også som observatør på to DRIV- samlinger med lederne i KBF (24. mars og 19. mai 2021). Å være med som observatør på samlingene gjorde at Anders Bergkvist fikk muligheten til økt kunnskap om og kjennskap til innholdet i DRIV 2021, også hvilken informasjon, kunnskap og engasjement deltakerne formidlet i løpet av samlingene.

### 3.4 Analysestrategi

Vi har benyttet en kombinasjon av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) og kollektiv kvalitativ analyse for analyse av svarene på spørreundersøkelsene og tilbakemeldinger i fokusgruppeintervjuene. Tematisk analyse er en metode for identifisere, analysere og beskrive mønster eller tema i et datamateriale gjennom seks trinn. Innholdet i tematisk analyse er grunnleggende også i en fire trinns kollektiv kvalitativ analyse. Den primære forskjellen mellom analysemetodene er at i kollektiv kvalitativ analyse gjøres flere av analysetrinnene i arbeidsmøter mellom forskerne istedenfor individuelt (Eggebø, 2020). I og med at vi har vært to medstudenter/forskere som har samarbeidet om oppgaven, vurderte vi det som en styrke for oppgaven at deler av analysen kunne gjennomføres i fellesskap. Eggebø (2020) peker på at kollektiv kvalitativ analyse vil fremme en dialogbasert analyse med nyanserte og valide tolkninger. Dette vil styrke kvaliteten på den skriftlige publikasjonen.

Vi har valgt å se datainnsamlingen fra spørreundersøkelser og fokusgruppeintervjuer har i sammenheng, og som følge av det ble analyseprosessen som følger:

- Fordypning i svarene, skrev kommentarer, og kom på ideer på tema (individuelt)
- Dialog om mønster, temaer og overordnede temaer/kategorisering (digitalt Teams-møte)
- Sorterte og organiserte overordnede temaer og undertemaer (digitalt Teams-møte)
- Gikk kritisk igjennom og foretok en grovplassering av relevant data under riktig tema, planla og fordelte skriveansvar for innholdet de ulike temaene mellom oss forskere (digitalt Teams-møte)
- Gjennomførte skrivearbeid (individuelt)
- Gjennomgikk skrevet tekst, gjorde omskrivninger, koblinger, sammenslåing av temaer, revidering av navn på temaer (digitale Teams-møter)

I analysen av kvalitative data fra spørreundersøkelsene benyttet vi en induktiv (databasert) og sematisk (forsøke å forstå uten å tolke) fremgangsmåte for å finne mønster og meninger i dataene (Johannessen et al., 2016). I fokusgruppeintervjuene som ble utarbeidet med bakgrunn i forskningsspørsmål og svar på spørreundersøkelsene, tar analysen utgangspunkt i fenomenologi og hermeneutikk for å forsøke å forstå, tolke og kode dataene (Johannessen et al., 2016, Thagaard, 2018). Disse fremgangsmåtene bidro aktivt til å finne de relevante temaområdene for analysen.

Vi hadde ønske om å oppnå en forståelse for hvordan lederne forstod Helseplattformen og hva de vurderte som viktig i innføringsprosessen. Til dette brukte vi spørreundersøkelser og intervju. I intervjuene fikk lederne muligheten til å dele egne refleksjoner som kunne bidra til å påvirke hverandres forståelse. Datainnsamlingen fra ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie (klinikkleder, avdelingsledere, seksjonsledere og fagleder) ble videre behandlet som en felles analyseenhet.

Fokusgruppeintervju med klinikkledere som kom til underveis i prosessen utgjorde en utvidelse av følgeforskningsprosjektet, noe som ga forskningen et nytt og mer overordnet perspektiv. Vi utarbeidet en ny intervjuguide for fokusgruppeintervjuet med klinikkledere (vedlegg 8). Vi har også valgt å behandle klinikkledere som en egen analyseenhet.

I datainnsamlingene fra spørreundersøkelser og fokusgruppeintervju så vi etter både likheter og ulikheter, samt signalord og sitater som kunne brukes som eksempel på informantenes og deltakernes forståelse, meninger og behov (Braun & Clarke, 2006).

Under gjennomføringen av fokusgruppeintervju og på de klinikkvise DRIV-samlingene ble samhandlingen mellom lederne observert. Var det noen temaer, spørsmål eller arbeidsmetoder som bidro til større engasjement blant ledere enn andre? (Thagaard, 2018). I tillegg til prosjektets forskningsspørsmål ble besvarelsene koblet mot oppgitte styringsdokumenter og aktuell referanselitteratur.

Spørreundersøkelsen hadde to spørsmål som ikke var åpne og/eller hadde fritekstsvare. Disse ga kvantitative data. Det ene spørsmålet var ett graderingsspørsmål med gradering fra 0-10 (fra i liten grad til i stor grad). Det andre spørsmålet var valg mellom to alternativer. Med kun to kvantitative spørsmål, begrenset antall respondenter og to spørreundersøker vil dette alene gi et begrenset analytisk materiale.

For de to kvantitative spørsmålene valgte vi en univariat analyse som analysemetode (Johannessen et al., 2016). Graderingsspørsmålet hadde verdier på forholdstallsnivå, der



median var egnet mål for sentraltendens og variasjonsbredde et mål for spredning. Grafiske fremstillinger kan visualisere forskjeller mellom spørreundersøkelse i 1 og 2.

Det andre spørsmålet hadde verdier på nominalnivå, og her kunne frekvensfordeling si noe om hvor stor andel av respektive ledernivå som besvarte spørreundersøkelsene. Vi valgte å se på hele ledergruppa i Klinikk for kvinne, barn og familie som en analyseenhet.

Marianne Mathisen som i tillegg til å være masterstudent, er en av lederne i Klinikk for kvinne, barn og familie skulle p.g.a sin dobbeltrolle ikke delta på intervjuene. Men gjennom å transskribere opptakene av intervjuene fikk hun god kjennskap og innsikt i materialet.

Denne rollekonflikten var vi også bevisste på når data skulle analyseres under hvert temaområde. Utenforstående masterstudent Anders Bergkvist laget utkast til analysetekst som ble drøftet og redigert i fellesskap. Dette ble gjort i den hensikt å styrke resultatenes validitet.

Å synliggjøre håndteringen av data mellom forskere med ulikt ståsted kan bidra til økt reliabilitet og enda bedre generell overførbarhet til andre prosjekt som har lignende forhold (Thagaard, 2018).

### 3.5 Forankring, organisering og forskningsaktiviteter

#### 3.5.1 Forankring og organisering

Baklien (2000) viser til at følgeforskning benyttes når det er ønskelig å utvikle eller bistå i og utvikle en best mulig praksis. For å kunne bistå på en slik måte vil god forankring og en konstruktiv dialog mellom forskere og i vårt tilfelle Helse Nord-Trøndelag være helt vesentlig. Jevnlige dialog vil bidra til å kunne skreddersy følgeforskningen. Samtidig kan funn i undersøkelser gi innspill på og derigjennom påvirke prosessen.

Klinikkleder i klinikk for kvinne, barn og familie i Helse Nord-Trøndelag var positiv til at klinikken (KBF) var enhet for datainnsamling i vår følgeforskning. Bakgrunn, rammer, hensikt, ønsket resultat og plan for gjennomføring av følgeforskningen ble beskrevet i et mandat som klinikkleder signerte (vedlegg 4).

Vi som forskerne hadde i fellesskap hovedansvar for prosjektet, inklusive avtalte leveranser. Å være tydelig på og kunne håndtere forskerrollen er viktig i følgeforskning, og spesielt ved forskning på egen organisasjon (Baklien & Skatvedt, 2013). I denne prosessen er det viktig å beskrive og ivareta forskerens eksterne posisjon og utenforblikk (Sverdrup, 2013). Vi knyttet også til oss en ressursgruppe, i den hensikt å forankre forskningsprosjektet i organisasjonen og holde relevante avdelinger i HNT orientert om prosjektet. Ressursgruppen ble blant annet brukt

i arbeidet med å kvalitetssikre innholdet i spørreundersøkelsen og intervjuguider. Brukermedvirkning ble sikret gjennom tilbakemeldinger fra ressursgruppen, informantene og deltakerne fra datainnsamlingene. Ressursgruppen bestod av:

- Hovedverneombud i HNT
- Personal- og organisasjonssjef i HNT
- Opplæringsansvarlig i lokalt innføringsprosjekt for Helseplattformen i HNT

### 3.5.2 Forskningsaktiviteter

Aktiviteter og fremdriftsplan for datainnsamlingen tok utgangspunkt i Klinikk for kvinner, barn og families plan for gjennomføring av de klinikkvise DRIV-samlingene. Plan for våre forskningsaktiviteter ble utarbeidet med utgangspunkt i klinikkens fremdriftsplan og i tett samarbeid med klinikkleder. Første spørreundersøkelse ble sendt ut kort tid etter HNTs kick-off-samling for DRIV 2021, mens andre spørreundersøkelse ble gjennomført etter klinikkens andre DRIV-samling før sommeren 2021. Fokusgruppeintervju ble planlagt gjennomført i perioden mellom de to klinikkinterne samlingene. I samarbeid med klinikkleder ble laget en oversikt over planlagte aktiviteter i følgeforskningen. Oversikt vises i tabell 1.

2021	Aktivitet
Januar	Forankring av prosjektet og godkjenning av mandat Informasjon til og rekruttering av ledere som informanter
Februar	Deltakelse og observasjon i forbindelse med kick-off for Lederutviklingsprogrammet DRIV 11.02.21 Gjennomføring av spørreundersøkelse med lederne (baseline)
Mars	Deltakelse og observasjon på klinikk møte med DRIV, første samling.
April	Fokusgruppeintervjuer med lederne.
Mai-Juni	Deltakelse og observasjon på klinikk møte med DRIV, andre samling. Spørreundersøkelse før avslutning med lederne (avslutning) Rapportskriving med leveranse av sluttrapport innen 15.07.21

Tabell 1. Planlagte aktiviteter i følgeforskningsprosjektet.

Etter innspill som kom i møte med ressursgruppen, ble følgeforskningsprosjektet utvidet til å omfatte flere klinikker i Helse Nord-Trøndelag. Fokusgruppeintervju av klinikkledere ble inkludert i datainnsamlingen. Intervjuet med klinikkledere ble planlagt og gjennomført i mai/juni-21. Samhandlingsprosessen mellom oss forskere og HNT beskrives nærmere i kapittel 5. I neste kapittel beskriver vi hvordan viktige etiske forhold i vår forskning ble håndtert.

### 3.6 Etikk

Ansvarlig forskningsinstitusjon for følgeforskningsprosjektet var Nord universitet og skal i henhold til forskningsetikkloven § 5 *Krav til forskningsinstitusjoner* sikre at forskningen ved institusjonen skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer retningslinjer, slik det er beskrevet i forskningsetikkloven (2017).

Forskningsprosjekt som ønsker å benytte opplysninger eller rekruttere deltagere fra HNT må være godkjent av forskningsavdelingen i Helse Nord-Trøndelag (DAC). Vi sendte derfor inn søknad på prosjektet både til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og DAC.

Følgeforskningsprosjektet vårt ble godkjent av NSD (vedlegg 9) og DAC (vedlegg 10).

Som forskere ønsker vi å opptre med aktsomhet for å sikre at vår forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Dette gjelder i all dialog med både informanter, deltakere og oppdragsgiver. Forskningsetisk var det viktig å informere om våre ulike roller ovenfor både organisasjon og deltakende aktører i forskningsprosjektet (Baklien & Skatvedt, 2013).

Et viktig prinsipp i all forskning er at ingen skal utsettes for integritetskremler og informantene skal ivaretas i forhold til konfidensialitet og informert samtykke. Vi utarbeidet et informasjons- og samtykkeskjema (vedlegg 6) som deltakerne fikk tilsendt i forbindelse med begge spørreundersøkelsene og fokusgruppeintervjuene. Både skriftlig signering på papir og elektronisk svar på epost ble akseptert som signert samtykke.

Informasjons- og samtykkeskjema inneholdt kort beskrivelse av prosjektet, hva det innebar å delta og med muligheten til å trekke seg underveis. Det inneholdt også informasjon om hvordan gjennomføringen av datainnsamlingen var planlagt og hvordan dataen skulle håndteres etter innsamlingen og bearbeidingen. Informasjonen inneholdt kontaktinformasjon til prosjektleder og veileder for masterstudentene, professor Øystein Rennemo, Fakultet for samfunnsvitenskap, Nord universitet, samt til personvernombud og seniorrådgiver Toril Irene Kringen, Nord universitet.

Følgeforskningen er del av en avsluttende masteroppgave på studiet Master i kunnskapsledelse ved Nord universitet der vi som studenter har hatt forskerrollen. Studenten Marianne Mathisen jobber som leder ved klinikken der hovedvekten av følgeforskningen foregikk. Gjennom denne

posisjonen kunne hun bidra med god kjennskap til kontekst og til forankring av prosjektet og aktivitetene. Hun skiftet under hele prosessen mellom å være aktør og forsker. En balanse mellom disse rollene var noe hun hele tiden måtte være bevisst på. Den andre studenten Anders Bergkvist som var ekstern i forhold til HNT, hadde med sin posisjon et særlig ansvar for å sikre blikket utenfra gjennom hele prosessen.

## 4. Teori

Teorikapitlet har flere underkapitel og i hvert underkapitel gir vi en nærmere beskrivelse av valgt teori. De valgte teoriene skal være oss til hjelp i utvikling av vår forståelse underveis i forskningen for å kunne svare på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Det skal også kunne gi leserne et bakteppe for å forståelse for fenomenet våre undersøkelser gjennom følgeforskningen ønsker å belyse. Innføringen av Helseplattformen kan sees på som ren digitalisering, men omfanget av endringene det vil innebære for store organisasjoner og mange ansatte gjør at det er mye mer enn digitalisering som er interessant i denne sammenhengen. Vårt fokus i denne oppgaven er ledere og forståelse for endring. Derfor har vi i tillegg til digitalisering og innovasjon prioritert å ta med teori om ledelse, endringsledelse, kunnskap, kompetanse, samskaping og meningsskaping. Med vårt fokus på ledere og ledelse har vi valgt å prioritere bort teori om organisasjonsutvikling og kultur. Å se nærmere på hvordan organisasjon i et utvidet perspektiv påvirkes av innføring av Helseplattformen vil kunne være et annet fremtidig forskningsprosjekt der kan teori om organisasjonsutvikling og organisasjonskultur være relevante teoriområder.

### 4.1 Digitalisering og samhandling

Forskningsrådet publiserte i 2019 kunnskapsnotatet *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på tjenestene*. Med følgende definisjon av digitalisering:

*«Digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon»* (Forskningsrådet, 2019, s. 4).

Kort sagt legger vi til grunn at digitalisering betyr å innføre digitale verktøy, samtidig som arbeidsprosesser endres. Kunnskapsnotatet er en kunnskapsoppsummering som omfatter 357 nyere artikler. Kunnskapsoppsummeringen omhandler områdene digital samhandling mellom

pasienter/brukere og tjenesteutøvere, digitale tjenester for pårørende samt digital samhandling tjenesteutøvere imellom.

Selv om det ved implementering av digitale løsninger er utviklet en rekke digitale tjenester for behandling og oppfølging av pasienter, samhandling mellom helsepersonell internt og på tvers av ulike nivå i helsevesenet, er det fortsatt få løsninger som er implementert i klinisk praksis i stor skala. Implementering møter motstand og kunnskapsoppsummeringen viser blant annet til en amerikansk forskningsoppsummering der forfatterne stiller spørsmål om hvorfor en behandlingsmetode som er både klinisk og økonomisk effektiv ikke blir implementert i større grad. Ett svar på dette spørsmålet er at klinikerne motsetter seg å ta i bruk metoder som reduserer behovet for deres tjenester.

Alami et al. (2020) viser til 4 mål ved innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ).

1. De teknologiske systemer skal ivareta behov fra dagens praksis.
2. De ansatte skal være engasjerte og ha tro på at de nye systemene gir merverdi.
3. Systemene skal være brukervennlige og kunne integreres opp mot andre systemer.
4. Å kunne oppnå alle de 3 målene.

Artikkelen til Alami et al. konkluderte med at utforming og implementering av EPJ bevisst må legge vekt på forbedring av pasientopplevelsen, befolkningshelsen og etablering av en profesjonell praksis. Det må også gis tilbud om tjenester av høy kvalitet, som er koordinerte og effektive. Meld. St. 7 (2019–2020) peker på at knapphet på arbeidskraft vil sette begrensninger og at en av forutsetningene for å oppnå en bærekraftig helsetjeneste er å utnytte mulighetene teknologien gir. Stortingsmeldingen viser også til at en mer velstående, kompetent og informert befolkning vil ha økte forventinger til hva helse- og omsorgstjenesten skal levere. Kunnskapsrike og kvalitetsbevisste innbyggere kan også sees på som en viktig ressurs som tjenestene kan dra nytte av.

Forskningsrådets kunnskapsoppsummering (2019) beskriver at der det har vært vellykkede implementeringer vises det til suksesskriterier som sterk ledelse både klinisk, IT-messig og organisatorisk. Kunnskapsoppsummeringen viser ellers til at det mangler systematisk kunnskap om hvordan digital behandling kan implementeres bredt i helsetjenestetilbud. Forskerne viser også til at det mangler studier av fordeler og ulemper med intervensjonene. Man trenger også mer kunnskap om hvorfor og hvordan de digitale tjenestene fører til positive effekter, slik at løsningene kan optimaliseres både med tanke på brukernes behov og helsevesenet behov for bærekraftige tjenester. Ny teknologi gir både noe positivt og utfordrer det etablerte, derfor er det viktig å få økt forståelse for hvilken kompetanse ledere, ansatte og brukere trenger både for å forstå og kunne ta i bruk nye digitale løsninger. Pasientene forventer mer, samtidig er en mer

kunnskapsrik og kvalitetsbevisst befolkning en ressurs som helsetjenesten kan dra nytte av (Meld. St. 7).

*«Veien mot større grad av implementering handler dermed om optimalisering av løsninger, robuste studier av kliniske og økonomiske effekter, forståelse for endringer av arbeidsprosesser og kompetanseheving samt brukerinvolvering av alle kategorier relevante brukere – både tjenestemottakere, tjenesteutøvere og ledere»* (Forskningsrådet, 2019, s. 30).

Kunnskapsnotatet omhandler et stort antall artikler, men få av dem er norske. Det er behov for mer norsk forskning på området, og det oppfordres til at norske forskningsmiljøer samarbeider om robuste studier.

## 4.2 Sosiomaterielle relasjoners påvirkning på organisasjoner

Morgan (2004) beskriver det doble perspektivet som han kaller «sosiotekniske systemer». Dette viser til at det å ta hensyn til både de menneskelige og de tekniske sidene ved arbeidet er et viktig prinsipp. Med et sosioteknisk syn på organisasjon kan man se/anta en kobling og sammenheng mellom det sosiale, tekniske og de strategier og krav ledelse og omgivelsene stiller, og at alt henger sammen med alt. De ulike delene; mennesker, teknologi, organisasjon og strategi sees på som deler av en helhet, som alle må tilfredsstilles, hvis ikke vil helheten lide.

Innen organisasjonsteorien har den dominerende teorien vært substansiell. Årsaker til hendelser som skjer i organisasjoner blir tilskrevet aktører som ledere og medarbeidere samt strukturer av fast substans som organisasjonsstruktur, samarbeidsavtaler og kontrakter. I de siste 25 år har et nytt perspektiv utfordret substansialismens forståelse av organisasjoner. Det nye perspektivet setter søkelys på *relasjonen mellom* elementer som sameksisterer. Handlingen som skjer tilskrives relasjonene som i sin tur påvirker aktørene og elementene, og dermed blir disse ikke lengre av fast substans, men i kontinuerlig endring. Dette er grunntanken i relasjonismen (Rennemo, 2019).

Det er to hovedretninger innenfor relasjonismen. Den ene retningen er sosialt orientert med fokus på samspeillet mellom mennesker innenfor en organisasjon, der samspeillet kan beskrives som en kontinuerlig prosess konstant influert av de relasjoner menneskene er involvert i. Mening skapes i nettverk av sosiale aktører og handlinger er et resultat av sosiorelasjonelle prosesser (Rennemo, 2019). Meningsskaping beskrives nærmere i kapittel 4.11.

Den andre hovedretningen innenfor relasjonismen er den sosiomaterielle. Rennemo (2019) viser her til teorien om aktør-nettverk der *aktøren i den sosiomaterielle relasjonismen er den eller det elementet som genererer handling*. Aktøren kan dermed være både mennesker og materielle elementer som maskiner, programmer, telefoner og annen teknologi. Helse Nord-Trøndelag vil gjennom Helseplattformen med sin teknologi og brukere av teknologien kunne ses på som et godt eksempel på aktør-nettverk.

Orlikowski (2007) er ofte sitert når sosiomaterialitet skal beskrives og forstås. Hennes utgangspunktet er et premiss om at daglig organisering er uløselig bundet opp av materialitet og at dette er det reflektert lite over i organisatoriske studier. Hun peker på to dilemmaer ved vår forståelse når ny teknologi skal adopteres. Den ene er et avgrenset fokus til spesielle deler av organisasjon eller situasjoner der teknologien brukes. Det andre dilemmaet er to-delt i den forstand at man kun har fokus på den ene av to forskjellige forståelser. Enten fokuserer man på hvordan teknologien påvirker menneskelig handling og at denne påvirkningen er forutsigbar og stabil over tid. Orlikowski (2007) kaller dette for et *techno-centric* perspektiv. I den andre forståelsen, *human-centric* perspektivet, er fokuset på hvordan mennesker skaper mening gjennom å bruke teknologien i ulike situasjoner.

Dersom materialitet ikke tas med, eller brukes ut fra en avgrenset forståelse, blir forståelse av organisatoriske forhold og konsekvenser av utviklingstiltak begrenset. Orlikowski (2007) argumenterer for en tilnærming med en konstitutiv sammenfiltring av det sosiale og materielle i hverdagen. Konstitutiv kan i denne sammenheng ses på som grunnleggende og tilstedeværende. I det sosiomaterielle relasjonelle perspektivet samvirker mennesker ikke bare med mennesker, men også med mange ulike materielle objekter. Relasjoner påvirkes når det kommer nye mennesker inn i en organisasjon, nye teknologiske elementer vil påvirke så vel samhandlingen mellom mennesker og teknologien, og mellom menneskene (Orlikowski, 2007, Rennemo, 2019).

### 4.3 Følgeforskning

I arbeidet med masteroppgaven har vi valgt følgeforskning som metode. Ifølge Sverdrup (2013, s. 137) benyttes følgeforskning: «*når det er ønskelig å utvikle eller bistå i å utvikle en best mulig praksis, tilbud, tiltak etc. som faktisk skal anvendes eller komme til nytte i den hensikt å øke eller fremme velferd i vid forstand for så vel interessenter som brukere eller mottakere av et tilbud, en tjeneste eller et velferdsgode*». Baklien (2000) har beskrevet følgeforskning som en formativ, dialogbasert prosessanalyse med vektlegging på dialogen mellom ulike

interessenter i det programmet eller tiltaket som skal iverksettes. Når en prosess følges over tid på en slik måte brukes begrepet følgeforskning. I følgeforskning går forskeren tett på tiltak og prosesser. Følgeforskningen beskrives som formativ med hensikt om en kontinuerlig videreformidling av forskerens refleksjoner. Den formative forskningen formidler kunnskap og innsikt om prosessene til dem det forskes på. I og med at formidlingen skjer fortløpende kan slike innspill bidra til justering av pågående prosesser og tiltak (Baklien & Skatvedt, 2013). Det kreves også at en følgeforskningsprosess er fleksibel slik at den kan tilpasses endringer som skjer underveis i den gruppen det forskes på (Sverdrup, 2013).

Dette skiller følgeforskning fra prosessevaluering som kan gjøres i ettertid. I følgeforskning er det en forutsetning at man følger en prosess mens den pågår. Ifølge Baklien og Skatvedt (2013) er følgeforskning nært beslektet både med prosessevaluering og aksjonsforskning. I aksjonsforskning er forskeren med i de aksjonene som gjøres, mens følgeforskeren ikke er med på samme måte. Følgeforskeren skal kunne veksle mellom å være tilskuer og deltaker i evaluerende følgeforskningsprosjekter. Skifte av roller kan skape utfordringer i forholdet mellom nærhet og distanse i forskningen. Følgeforskerens rolle og utfordring beskrives i kapittel 4.3.2.

Følgeforskning dreier seg om å forske på, forske for, og forske med (Svensson et al., 2007). Å forske *med* innebærer en interaktiv tilnærming og kontinuerlig avgrensning og avklaring av forskerens rolle. Forskning *for* kan by på utfordringer knyttet til forskerens lojalitet. Det kan oppstå situasjoner hvor lojaliteten utfordres, der det stilles spørsmål om man er lojal overfor forskningsprosjektet eller oppdragsgiver. Forskerens forforståelse og ståsted i fagfeltet påvirker også lojaliteten (Baklien & Skatvedt, 2013).

#### 4.3.1 Aksjonsforskning versus følgeforskning

Det kan være vanskelig å skille aksjonsforskning og følgeforskning. Deltakerbasert aksjonsforskning kan ses på som «*en viktig metode for å inkludere og jobbe sammen med dem man forsker på for å skape endring i deres situasjon*» skriver Røe (2011, s.78). Denne metoden forutsetter at forskeren er en del av aksjonen, og at forskeren bidrar til at aksjonen går best mulig. Røe (2011) viser videre til at deltakerbasert forskning spesifiserer at deltakernes delaktighet i selve forskningsprosessen er et mål i seg selv. På denne måten vil forskningen bidra til at deltakerne selv kan endre sin situasjon. Deltakerne involveres og vil være aktive i alle faser av forskningsprosessen: planlegging, datainnsamling, analyse og presentasjon (Askheim & Starrin, 2008).



I følgeforskning vil også de man forsker på involveres gjennom en konstruktiv dialog. Deltakerne vil ha innflytelse på hva det skal forskes på, metoder som velges og hvordan data blir tolket og anvendt. Formålet med følgeforskning vil akkurat som i aksjonsforskning kunne være å skape endring for de involverte deltakerne. En av de mer tydelige forskjellene mellom følgeforskning og aksjonsforskning er at forskeren ikke er like aktiv i gjennomføring av de prosesser det skal forskes på. Baklien (2004) skriver at følgeforskningen befinner seg mellom den forskningen som observerer «nøytralt» fra sidelinjen, og en aktiv aksjonsforskning.

#### 4.3.2 Følgeforskerens rolle og utfordringer

Det er viktig at forskeren er i dialog med fagfeltet og oppdragsgiver. Tett kontakt og god dialog fremmer tillit, og tillitsbyggende arbeid er spesielt viktig i oppstarten av et følgeforskningsprosjekt. Ofte er gjentatte møter nødvendig for å bygge den tillit som er forutsetningen for en god dialog (Baklien 2004).

Følgeforskeren er en ressurs som kan gi innspill på hvordan aksjonen kan legges opp for å gi best mulig verdi, nytte og betydning, men er ikke som aksjonsforskeren like aktiv i gjennomføring av prosesser underveis. Følgeforskeren skal ha god dialog med oppdragsgiver, men ikke være en personlig veileder eller prosessveileder. Men selv om følgeforskeren ikke i samme grad er med i de aksjonene som gjøres er ikke forskeren nøytral. Forskeren vil påvirke gjennom dialog, kartlegginger og observasjoner. I forskerrollen er det viktig å ha et reflektert forhold til følgende begreper; ekstern posisjon, nærhet og distanse, samt deltaker og tilskuer.

En følgeforsker må kunne ivareta en ekstern posisjon og et utenfrablakk på den kontekst og de fenomen det skal forskes på. Å se interne forhold i et større perspektiv, og å dele disse observasjonene med aktørene kan bidra til fremdrift og utvikling i prosesser. Som følgeforsker er det nødvendig å være nær og tett på aktørene for å kunne fange opp og forstå aktørenes holdninger, synspunkter og handlinger. Denne informasjonen er verdifull for planlagte prosesser og intervensjoner og bør deles med aktørene. Men som forsker skal man ha en viss distanse til virksomheten og er ikke ansvarlig for gjennomføring av interne prosesser.

I dialogbaserte prosessevalueringer med mål om best mulig praksis kan følgeforskeren delta i intervensjoner eller utvikling av tiltak. Rollen kan skifte mellom å være aktiv deltaker i dialoger og tilskuer gjennom å observere det som skjer. Dette kan være en vanskelig balansegang, men begge rollene er nødvendige for å skape utvikling. I dialoger formidles innsamlet informasjon og observasjoner som drøftes med deltakerne. Eierskapet til informasjon om interne forhold og

ansvar for hva som bør gjøres av tiltak ligger hos oppdragsgiver. Det forskeren kan gjøre er å gi innspill og råd basert på faglig innsikt og kunnskap på hva som kan skape endringer, og hva som fremmer gode prosesser for best mulig resultat (Sverdrup, 2013).

I dette følgeforskningsprosjektet var den ene masterstudenten Marianne Mathisen en av lederne ved Klinikk for kvinner, barn og familie. Fordelen var at hun kjente kontekst og kunne bidra med forankring av prosjektet. Utfordringen var at hun måtte fortløpende skifte roller mellom å være intern aktør i pågående tiltak i klinikken og ekstern forsker, og være bevisst balansen mellom rollene. Marianne Mathisen hadde mulighet til å besvare spørreundersøkelser som en av lederne ved klinikken, men deltok ikke på intervjuer. Den andre masterstudenten Anders Bergkvist var ekstern i forhold til klinikken og HNT, og fikk et særlig ansvar for å sikre utenforblikket gjennom hele prosessen. Han ledet planlagte fokusgruppeintervjuer. Analyser ble gjort i fellesskap slik det er beskrevet i kapittel 3.4 om analysestrategi. At vi som forskere var bevisst rollene og informerte organisasjon og lederne om hvordan dette ble håndtert var forskningsetisk viktig (Baklien & Skatvedt, 2013).

#### 4.4 Ledelse

Det finnes mange definisjoner på ledelse, men det de fleste ser ut til å kunne enes om er at *«ledelse er en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd for å oppmuntre til innsats for å nå felles mål»* (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 405).

Dette forstår vi i betydning av at ledelse handler om relasjon til noen. Ledelse handler om at det finnes noen «følgere», noen å lede, og det handler om å påvirke organisasjonsatferd. Når ledelse skjer innenfor rammen av en organisasjon, så handler det i stor grad om å få andre til å arbeide for å nå bestemte mål, få dem til å trives i arbeidet og motivere dem til å yte mer (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Ledelsesbegrepet er imidlertid ikke entydig, men forklares på ulike måter. Gjennom de siste tiårene har synet på ledelse endret seg. Ordet ledelse brukes både om personene som utøver ledelse og om aktivitetene de utøver i egenskap av å være leder. Det engelske ordet management har samme doble betydning, at ledelse handler både om å planlegge og å styre, i tillegg til selve arbeidet. Innenfor det engelske språk skiller en også mellom «leadership» og «management», på samme måte som vi skiller mellom ledelse og administrasjon.

Innen ledelsesforskning har det vært vanlig å skille mellom ledelse og administrasjon, hvor administrasjon handler om å fokusere på produksjon, samt løse problemer på en fornuftig og

effektiv måte. Ledelse handler om å skape visjoner for organisasjon, peke ut en retning og fylle virksomheten med mening, retningslinjer og prosedyrer. Mens det innenfor mer moderne forskning stilles spørsmål ved denne todelingen, man hevder at ledelse og administrasjon er to sider av samme sak, og at ledere som i dag lykkes må kunne begge deler, både lede og administrere. Spørsmålet er ikke bare om man gjør ting på den riktige måten, men om man gjør de riktige tingene (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Arbeidslivet har endret seg fra 60-70 tallet til det vi i dag gjerne kaller kunnskapssamfunnet, hvor både arbeidstakere og virksomheter i større grad baserer seg på kunnskap. Bakgrunnen for dette kan man anta skyldes økt arbeidsdeltakelse, flere tar utdanning og at det generelle utdanningsnivået er høyere i befolkningen. Knowlegde Management (kunnskapsledelse) et begrep som dukket opp på 1990-tallet, og handler om å ta høyde for den økende kunnskapsintensivitet i arbeidslivet. Samtidig gjør informasjons- og kommunikasjonsteknologien (IKT) seg stadig mere gjeldende på alle områder i dagens samfunn. Økt kunnskap og bruk av teknologi er to faktorer som også vil påvirke ledelse.

Ledelse som betydning for organisasjonenes/virksomhetens fremgang og resultat vil nok variere ut i fra hvem man spør. Mens det innen ledelsesteorien sies at ledere har stor betydning, så mener forskere innen organisasjonsteori at ledere har mindre betydning (Børhaug & Lotsberg, 2014).

Ledelse knyttes til å arbeide gjennom andre, lede andre i prosesser, påvirke innsats og samarbeide for organisasjonens felles mål. Ledelsesarbeid preges av å arbeide med mellommenneskelige relasjoner og organisasjonskultur, og kjennetegnes av å være relasjonelt prosessuelt (Gotvassli, 2015). Også Bolman & Deal (2014) hevder at ledelse er et samspill, og vektlegger at ledere både former og blir formet av interessegruppene de har rundt seg. De ser på ledelse som en felles innsats for mål og verdier hos både leder og de som ledes. Artikkelen «*Collective Leadership Learning*» (Rennemo & Vaag, 2018) støtter viktigheten av ledelse som en kollektiv prosess for gjensidig hjelp og kunnskapsdeling. Der fri dialog utvikler seg gir det lederne mulighet til å utvikle ny innsikt og mening gjennom å dele kunnskap og erfaring.

#### 4.4.1 Ledelse i spesialisthelsetjenesten

Gjennom foretaksprotokollen 2011 ga helse og omsorgsdepartementet de fire regionale helseforetakene i oppdrag å fastsette og forankre en nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene. Utfordringsbildet som beksrives for dagens ledere i spesialisthelsetjenestene:

- Å levere en tjeneste med god kvalitet innen gitte rammer
- Å forme en helhetlig tjeneste ut fra pasientens behov

- Å skape tillit i befolkningen

For å sikre pasientene et likeverdig tilbud med høy kvalitet må tjenesten utvikles basert på dokumentert kunnskap, og med et større innslag av standardisering enn i dag. Dette krever at lederne står i spissen for et kontinuerlig forbedringsarbeid og evner å skape bevegelse og utvikling sammen med sine medarbeidere. Mange pasienter beskriver at de opplever spesialisthelsetjenesten som fragmentert. De etterlyser større grad av kontinuitet og en bedre helhetsopplevelse. Kartlegging av pasientforløp avdekker hva som skjer i og mellom de ulike tjenesteytende enhetene, og bidrar til å identifisere forbedringspunkter. For at ledere skal kunne nyttiggjøre seg dette arbeidet, kreves evne til systematisk tilnærming og god forståelse for helheten så vel som for pasientens behov. En av forutsetningene for å lykkes er blant annet at ledere har endrings- og samhandlingskompetanse. I dokumentet Ledelse i HNT (vedlegg 3) beskrives lederkravene som inngår i funksjonsbeskrivelsen for lederstillingene i HNT:

- Ansvarlig og helhetstenkende er lederkrav som er knyttet til grunninnstilling og perspektiv på ledelse, noe man *er*
- Endringsvillig og handlekraftig er lederkrav som handler om atferd, noe man *gjør*
- Kommuniserende og inspirerende er prosessuelle lederkrav og handler om *måten man gjør det på*

Helhetstenkende betyr at man opplever et ansvar for helheten i virksomheten, enten det gjelder pasientbehandling, økonomi, kvalitet eller kompetanse. Endringsvillig legger en føring om at man skal være handlekraftig for å få til endring, og forbedring. Kommuniserende og inspirerende er utfyllende i forhold til de øvrige kravene, relasjonelle ferdigheter. Dette knyttes til måten man gjør tingene på og viktigheten av å få med seg andre i endringsprosesser.

Ledelse i sykehus reguleres i spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Den regulerer ansvar, plikter, rettigheter og organisering for alle som tilbyr eller yter spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 omhandler ledelse i sykehus og stiller krav til hvordan sykehus skal organiseres. Loven definerer ledelse som en selvstendig aktivitet uavhengig av faglig bakgrunn der det ligger en klar premiss om tydelige ansvarsforhold og oppfyllelse av krav til forsvarlighet. Vi forstår dette som en profesjonalisering av lederfunksjonen.

Meld St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte, innebærer at helsetjenestene er koordinerte og helhetlige. Det pekes her spesielt på at ledere må gjennomføre endringer og utvikle kompetanse på forbedringsarbeid i arbeidet for å nå målet om pasientens helsetjeneste. Knapphet på arbeidskraft er en knapphetsfaktor i dagens helsetjeneste, og bidrar til at

mulighetene teknologien gir må utnyttes. En kunnskapsrik og kvalitetsbevisst befolkning er også en ressurs tjenesten i større grad må tilrettelegge for å dra nytte av.

Et samfunn og arbeidsliv i stadig endring og omstilling gjør at man i dag har et mer pragmatisk syn på ledelse og ser på ledelse mer som et virkemiddel enn en posisjon/rolle. Lederoppgavene som ledere har i dag dreier seg i større grad om å kontrollere usikkerhet i omgivelsen, enn å håndtere interne prosesser. Det handler i stor grad om samspill mellom mennesker. Å øke kompetansen på og øve på samspill kan blant annet skje ved bruk av lederutviklingsprogram.

#### 4.5 Lederutvikling- ledelsesutvikling

Begrepet *lederutvikling* retter søkelyset mot personen og den individuelle utviklingen av ledelsesfunksjonen og kompetansen. Begrepet *ledelsesutvikling* legger større vekt på ledelsen og organisasjonen, og ikke personen i seg selv.

I HNTs lederutvikling vektlegges ledelsen og organisasjonen, og opplæring–og utviklingstiltak har fokus både på den enkelte leder og på organisasjonen som et fellesskap. Opplæringstiltakene støtter opp om at læring best foregår i samspill med andre. Kunnskapsutviklingen skjer i kontekst hvor relasjoner mellom mennesker er av stor betydning, og at dette skjer i reelle arbeidssituasjoner med utgangspunkt i den praktiske arbeidshverdagen der det trenes på egne og enhetens utfordringer som DRIV og innføringen av Helseplattformen kan være et eksempel på.

Sykehusreformen 2002 tydeliggjorde behovet for økt satsning på leder- og ledelsesutvikling i spesialisthelsetjenesten. Forarbeidet til reformen bygde bl.a. på Steine-utvalget:

*Utvalget mener at en av de viktigste utfordringene som sykehuset står ovenfor i dag er å utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivå tar helhetlig ansvar for alle resultater og aktiviteter, og at det utøves ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået (NOU, 1997:2, s. 87).*

Helsetjenesten er en av de viktigste bidragsyterne til velferdsstaten. Helseforetakene er store virksomheter. De forbruker en relativt stor andel av fellesskapets ressurser, og leverer tjenester som er viktige for enkeltmenneskers livsløp og livskvalitet. Spesialisthelsetjenesten preges av at kunnskapsfronten innen de medisinske fagene er i rask bevegelse. Å sikre fornyelse og kvalitet i tjenesten innenfor de gitte økonomiske rammene, medfører et betydelig behov for kontinuerlig omstilling og endring.

Ledergruppene i klinikkene brukes for å gi ansvarlig leder et beslutningsgrunnlag, det være seg å enes om mål, oppgavefordeling, rammer og ressursbruk. Ledelse i klinikkene er kompleks og krever stor grad av forståelse og samordning. Det å utvikle gode relasjoner innad i ledergruppen er nødvendig for å skape nødvendig trygghet, tillit, åpenhet og raushet. Samtidig skal ledergruppen være en arena der den enkelte får opplevelsen av å høre til, der man får omsorg, støtte og mulighet til å utvikle seg i forhold til rollen og til lederkravene.

Det at endring skjer stadig hyppigere og raskere i dagens samfunns- og arbeidsliv gjør at det er naturlig å tenke at endringsledelse er noe ledere må lære seg å håndtere (Karp, 2014). I neste kapittel skriver vi mer om endringsledelse.

#### 4.6 Endringsledelse

Med stadig økende endringstakt i arbeidslivet er det å lede endringsarbeid mer og mer blitt en hovedutfordring for ledere på alle nivåer og i alle typer virksomheter (Grønhaug et al., 2001). Ingen virksomheter i dag opplever at miljøet de virker i er særlig stabilt, selv ikke de som har vært dominerende innen sitt område. «Change or die!» er oppropet blant ledere verden over. Det at organisasjoner i dag lever i en tid med skiftende og til dels uforutsigbare omgivelser krever vilje og evne til tilpasning og omstilling. En endring kan defineres som “making things different” og kan være et planlagt grep fra organisasjonens side eller det kan komme som et resultat av mer tilfeldige forhold (Robbins & Judge, 2011). En endring kan betraktes som en hendelse som bidrar til å forstyrre likevekten og at noe må gjøres for å gjenopprette likevekt i organisasjon. En endring er tidsbegrenset med en start, gjennom ulike trinn til ett slutt punkt som ender i en forbedring for partene. Anskaffelse av nytt IKT-system er «enkelt». Å endre arbeidsformer, organisering og kultur for å realisere potensielle gevinster knyttet til dette er ikke like enkelt (Meld. St. 7, 2019-2020). Endring består både av innhold, det som skal endres og prosessen, og måten endringene skjer på. Konsekvensene av en endring kan være fysisk, men for dem som involveres og berøres kan det handle om mye annet, f.eks. usikkerhet, tap av prestisje og kontroll. Karp (2014) beskriver endringsledelse som ekstrem sport innen ledelsesutøvelse.

Utfallet av endringen vil variere alt etter hvilke krefter som påvirker organisasjonen, og det henvises til seks årsaker til endring; ny teknologi, økonomiske sjokk, konkurranse, sosiale trender, politikk og forhold ved arbeidsstyrken (Robbins & Judge, 2011). Niccolò Machiavelli har satt ord på utfordringen ved å gjennomføre endring i sin bok «*Fyrsten*»:

*Det er ikke noe som er vanskeligere å ta ansvar for eller mindre sjanse for å få suksess med enn å lede endring. For den som vil endre, vil alltid ha motstandere blant dem som tjente på det bestående, og bare lunken støtte hos den som vil komme bedre ut under nytt regime (Karp, 2014, s. 25).*

I all sin enkelhet kan man si at god endringsledelse handler om hvordan man på best mulig vis beveger seg fra «nåværende situasjon» hvor man er, til «fremtidig situasjon» hvor man ønsker å være. For noe som kan virke tilsynelatende enkelt, er det ofte en kilde til et utall problemer. De fleste av oss har opplevd å være påvirket av endringer, og vi kan spørre oss om hvorfor det noen ganger går galt når det virker så såre enkelt?

Ifølge Nordhaug et al. (2007) vil en stor del av svaret kunne finnes i det enkle faktum at involverte parter ofte har svært forskjellige perspektiver på samme endring. De ser alle på det samme bildet med forskjellige «briller», og med forskjellige ønsker, motiver, innsikter og fortolkningsrammer. Det er ikke den mangfoldige perspektivering som er et problem i seg selv, men problemet oppstår når de som berøres av endringer ikke er bevisste på disse ulike perspektivene, eller velger å neglisjere dem. Det kan bidra til at man ikke forholder seg til hva som skal til for at den enkelte støtter opp om en felles endringsprosess.

I dagens samfunn og arbeidsliv opplever mange krav om en hurtig endringstakt. Dette stiller krav til ledere om endring og tilpasning til nye rammefaktorer, og det krever ledelse med høy kompetanse på endring og innovasjon. Tid, konkurransekraft og kvalitet er viktige faktorer som kan være avgjørende for hvordan en organisasjon vil klare seg i fremtiden.

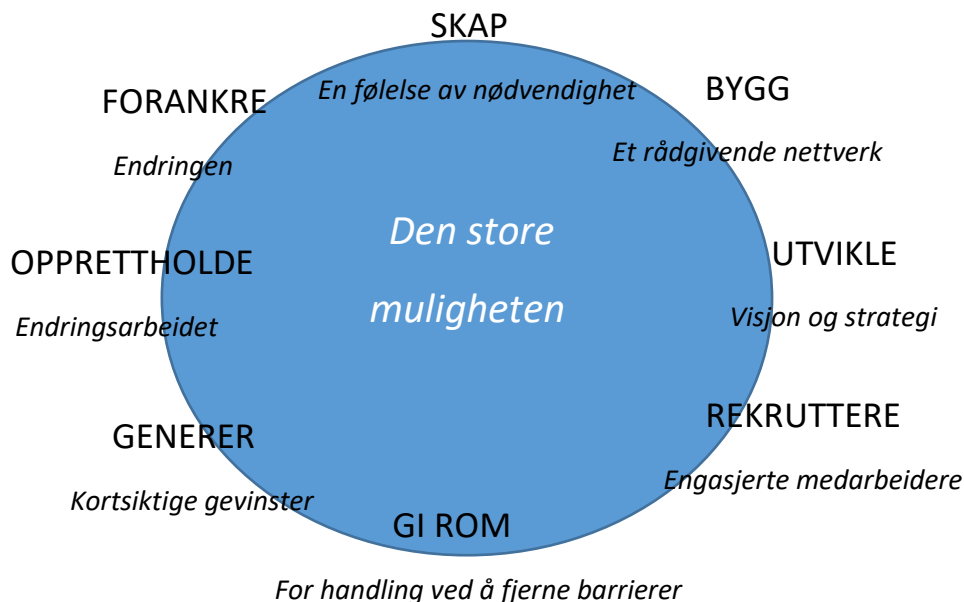
For mange ledere er endring en av de vanskeligste oppgavene å jobbe med, og for ansatte kan endring medføre stress og usikkerhet. Kompleksiteten i denne øvelsen kan være årsak til at mange endringsprosjekter ikke lykkes. Denne kompleksiteten ser ut til å være økende (Karp, 2014).

Endringsledelse kan også defineres som de handlinger endringsagenter utfører for å øke sannsynligheten for en vellykket gjennomføring av endring (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det er forskjell på å lede det bestående og det å lede endring, endring er brudd på det etablerte. Det kreves en annen type ledelse. Fleksibilitet og evnen til å ta beslutninger selv om det ikke finnes rutiner, det krever en ledelse som evner å etablere orden i et tilsynelatende kaos. Endringsledelse handler i stor grad om evnen til å enten dempe kreftene som ønsker stabilitet, eller forsterke kreftene som ønsker endring.

#### 4.6.1 Endringsledelse i DRIV

Endring innebærer at vi skal gjøre ting annerledes, og behovet for endring bør være forankret i visjon, strategi og mål. Ett av målene til HNTs lederutviklingsprogram er å gjøre ledere i organisasjon i stand til å møte fremtidige utfordringer gjennom økt kompetanse på endringsledelse.

Det finnes ulike prosessmodeller som beskriver hvilke faser en organisasjon bør gå igjennom for å sikre en vellykket endring. DRIV 2021 viser til Kurt Lewin som opphavsmann til grunntenkningen om planlagt endring, han har laget en modell for endring (Leavitts diamant) med variablene, teknologi, deltakere, mål og stuktur. Mens John P. Kotter regnes som en «leadership guru» innen endringsledelse, Kotter videreutviklet Kurt Lewins modell til åtte faser eller prosesser som legges til grunn for vellykket endring. Figur 6 viser de åtte fasene eller nøkkelfaktorene i Kotters modell.



Figur 6: Kotters endringsmodell. Fritt etter DRIV 2021 (vedlegg 6).

Beskrivelse av hovedelementene i nøkkelfaktorene i Kotters endringsmodell (Grønhaug et al., s. 289):

*Skap en følelse av nødvendighet* – ledelsen må beskrive en mulighet som appellerer til medarbeidernes hode og hjerte ved å skape en forståelse og følelse av nødvendighet. Dette gjøres ved å evaluere omgivelser og utviklingstrekk, samt identifisere og drøfte potensielle «kriser» og viktige muligheter.



*Bygg et rådgivende nettverk* – nettverket kan utformes på ulike måter, men må bestå av medarbeidere fra ulike nivåer og områder av organisasjonen. Dette nettverket er på mange måter «kjernen» i endringsprosessen. Uten et slikt nettverk på plass vil organisasjonen fortsette og jobbe som før, noe som kan føre til at endringsprosessen stopper opp i stedet for å fullføres.

*Utvikle visjon og strategi* – Kotter definerer «strategiske initiativer» som målrettede og koordinerte aktiviteter som vil gjøre en visjon kommuniserbar, ønskelig, gir et verbalt bilde, fleksibel, oppnåelig, forståelig og enkel.

*Rekruttere engasjerte medarbeidere* – det er mulig å oppnå endring i stor skala når et betydelig antall medarbeidere samles rundt en felles mulighet, og går i samme retning for å oppnå denne. Nøkkelen er å skape begeistring for den store muligheten, og en følelse blant medarbeiderne der de «ønsker» å bidra ( i motsetning til at de føler at de «må»).

*Gi rom for handling ved å fjerne barrierer* – ved å fjerne barrierer, som f.eks. ineffektive prosesser, kan ledere gi sine medarbeidere handlingsrommet de trenger for å kunne jobbe på tvers og dermed ha innvirkning på organisasjonen.

*Generer kortsiktige gevinster* – en gevinst er alt stort og smått som kan bidra på veien til å nå målet. Gevinstene bør synliggjøres og kommuniseres slik at man kan følge utviklingen og motivere medarbeiderne til å fortsette endringsarbeidet.

*Oppretthold endringsarbeidet* – fokuset på endringsarbeidet må opprettholdes etter at delmål og/eller kortsiktige gevinster er oppnådd. Etter hvert vil man som leder få økt troverdighet i arbeidet med å forbedre systemer, strukturer og posedyrer. Endringsarbeidet kan revitaliseres ved bruk av nye temaer, prosjekter og agendaeer.

*Forankre endringen* – for at endring skal bli varig og en del av organisasjonskulturen er det viktig at sammenhengen mellom resultatet av endringen f.eks. ny organisasjonsstruktur og organisasjonens resultater formidles på en god måte (Grønhaug et al., 2001).

Trinnene gjennomføres kontinuerlig og ofte samtidig. Endringen skal ikke bare gjennomføres av en kjernegruppe, men involvere interesserte ressurser fra hele organisasjonen som kan være drivende i endringene. Endringene må ikke skje gjennom hierarkiet, men kan skje i fleksible nettverk i organisasjonen. Mange endringer skjer som resultat av at man kontinuerlig søker nye muligheter, mens noen endringer krever fokus på en oppgave over tid.

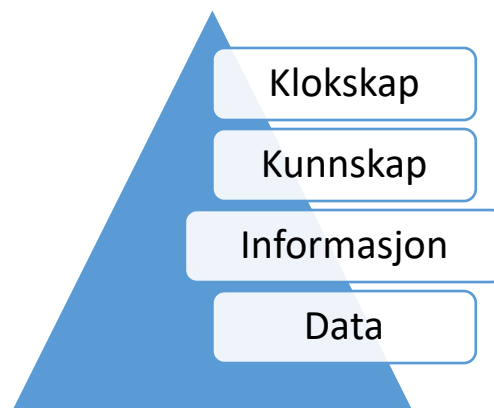
## 4.7 Kunnskap og utvikling av kunnskap

Ordet kunnskap har sin bakgrunn i begrepet epistemologi, der *episteme* betyr *kunnskap* og *logos* betyr *læren om*. Epistemologi er dermed læren om kunnskap og hvordan man tilegner seg kunnskap (Gotvassli, 2015).

En måte å forstå kunnskapsbegrepet på er peke på ulike typer kunnskap, den kan være både eksplisitt og taus. *Eksplisitt kunnskap* er ofte basert på teori eller oppskrifter. Eksplisitt kunnskap defineres som kodifisert kunnskap som kan uttrykkes i ord og tall, og som er overførbart gjennom et formelt systematisk språk som lett lar seg overføre til andre.

*Taus kunnskap* er den erfaringsbaserte viten om hvordan arbeidsoppgaver kan løses. Når begrepet taus kunnskap ble introdusert ble det påstått at mennesket kan mer enn det kan fortelle, noe som betyr at taus kunnskap ikke kan uttrykkes gjennom språket ved hjelp av tall og ord, men er personlig, situasjonsbestemt og ofte forankret i erfaringer, ideer, verdier og emosjoner (Gotvassli, 2015).

Gotvassli (2015) viser til at man ofte blander sammen begrepene data, informasjon, kunnskap og visdom/klokskap. Dette kan visualiseres i en kunnskapspyramide (figur 7).



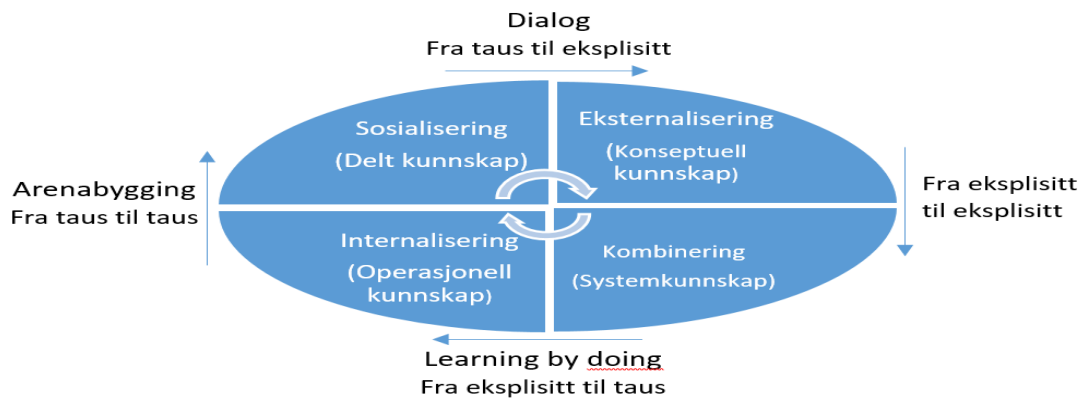
Figur 7: Data, informasjon, kunnskap og klokskap. Fritt etter Gotvassli (2015).

Data er bokstaver og tall uten videre mening. Dersom data settes inn i en sammenheng som gir mening kalles det informasjon. Det kreves en tolkning av data for at det skal bli informasjon, og for at informasjon skal bli til kunnskap så må informasjonen kombineres med erfaring, bearbeides, tolkes og reflekteres over. «*Kunnskap som er anerkjent, akseptert og brukt slik at det gir mening og resultater kalles også klokskap*» (Gotvassli, 2015, s. 24).

Von Krogh et al. (2001) peker på at kunnskap er dynamisk, relasjonell og knyttet til menneskelig aktivitet, og beskriver kunnskap som berettiget og sann overbevisning.

Selv om kunnskap er knyttet til individuell atferd, beskrives kunnskapsutvikling som en sosial og kontinuerlig prosess hvor danning av kunnskap skjer gjennom en dynamisk prosess mellom eksisterende taus og eksplisitt kunnskap. Denne prosessen kan foregå gjentatte ganger, og det kan hele tiden oppstå ny kunnskap som man ikke fikk med seg i forrige runde.

Kunnskapsutviklingen skjer i den sosiale prosessen mellom individer. Gotvassli (2015) viser hvordan denne prosessen kan foregå gjennom kunnskapsutviklingsspiralen også kalt SECI-modellen (figur 8).



Figur 8: SECI modellen. Fritt etter Gotvassli (2015).

Proessen starter med sosialisering der taus kunnskap som for eksempler praktiske erfaringer deles med andre. Gjennom dialog blir kunnskapen beskrevet og dermed gjort eksplisitt. Ved å kombinere eksplisitt kunnskap fra flere personer vil kunnskap kunne omdannes og nye forståelser kunne utvikles. Denne nye (omdannede) kunnskapen kan kombineres, systematiseres og prøves ut i praksis. Med deling av tause erfaringer fra praksis vil ny operasjonell kunnskap kunne utvikles, samtidig som utviklingen vil kunne bidra til økt verdiskapning for den virksomheten det gjelder (Gotvassli, 2015). Gotvassli (2015) skiller mellom to forskjellige epistemologiske utgangspunkt for å gi innhold til og forstå kunnskapsbegrepet.

Med det objektive perspektivet eller strukturperspektivet som Gotvassli (2015) benevner er kunnskap eksplisitt, lett identifiserbar, og en objektiv enhet i en organisasjon. Kunnskapen kan identifiseres, nedtegnes og spres skriftlig. Kunnskapen kan spres gjennom bruk av teorier og oppskrifter, manualer, datasystemer og identifisere ekspertløsninger som spres til andre. Formell læring vektlegges. Analysefokus er på hele organisasjon og den kunnskap som finnes i den. Vitenskapsteoretisk er dette perspektivet knyttet til positivisme og rasjonalisme.

I det praksisbaserte kunnskapsperspektivet/sosialkulturelle perspektivet er kunnskap bundet til sosiale og kulturelle situasjoner og oppstår når mennesker arbeider sammen. Det vektlegges at kunnskap ofte kan være taus, og at kunnskapsutvikling da vil skje gjennom samarbeid, dialog og refleksjon. Det vil da være viktig å legge til rette for møteplasser og arenaer for slik samhandling. Von Krogh, et al. (2001) kaller dette kunnskapshjelpende kontekst, og på disse arenaene vektlegges uformell læring. I dette perspektivet besittes kunnskap av individer i sosiale kontekster, og er vitenskapsfilosofisk knyttet både til hermeneutikk og sosialkonstruktivisme. Von Krogh et.al. (2001) tar utgangspunkt i at kunnskap er dynamisk, relasjonell og knyttet til menneskelig aktivitet. De beskriver kunnskap som berettiget og sann overbevisning. Videre vektlegger de at kunnskap både er eksplisitt og taus, at noen typer kunnskap er lett å uttrykke, mens andre typer kunnskap er knyttet til våre sanser, fysiske erfaringer og intuisjon. Kunnskaping beskrives som summen av aktivitetene i en organisasjon, f.eks tilrettelegge for dialog og samhandling, oppfordre til lek og kreativitet. De trekker også fram at effektiv kunnskapsutvikling er avhengig av en kunnskapshjelpende kontekst (Von Krogh, et al., 2001). Gjennom å betrakte kunnskap som dynamisk, relasjonell og knyttet til menneskelig aktivitet, kan vi snakke om kunnskapende prosesser i form av aktiviteter eller aksjoner.

Dette kan illustreres gjennom delprosesser og kunnskapshjelpere i 5 X 5 matrisen (Von Krogh, et al., 2001), se tabell 2.

Steg i kunnskapsutviklingen					
Kunnskapshjelpere	Dele taus kunnskap	Utvikle et konsept	Rettferdiggjøre et konsept	Utforme en prototyp	Forsterke kunnskapen
Formulere en visjon		X	XX	X	XX
Få i gang samtaler	XX	XX	XX	XX	XX
Mobilisere aktivister		X	X	X	XX
Utvikle den riktige konteksten	X	X	XX	X	XX

Globalisere den lokale kunnskapen					XX
-----------------------------------	--	--	--	--	----

Tabell 2: Hvordan skape kunnskap 5x5 matrisen. Fritt etter Von Krogh, et al., (2001).

Proessen med å skape kunnskap kan sees som et strategisk rammeverk, der steg nummer en omhandler det å *dele taus kunnskap*. Taus kunnskap deles gjennom en omfattende sosialiseringsprosess. Noen måter å dele taus kunnskap på er gjennom observasjon, fortellinger, imitasjon, eksperimentering, sammenligning og felles utvikling. Steg nummer to handler om *utvikling av konsepter*, eksempelvis et produkt eller et tjenestetilbud. Her forsøker de involverte å gjøre sin tause kunnskap eksplisitt, gjennom å gi språklig uttrykk for felles praksis og vurderinger. Steg nummer tre skal *rettferdiggjøre konsepter*. Etter at man har utviklet et konsept, må det evalueres. Her kan man ha fokus på både forbedringsstrategi og overlevelsesstrategi, som vi kommer tilbake til i senere avsnitt. Steg nummer fire omhandler å *utvikle prototyper*. Prototyper er en håndgripelig form av konseptet, som blir til ved at man kombinerer eksisterende konsept, produkter og prosedyrer med nye konsept. Steg nummer fem dreier seg om å *forsterke kunnskap*. Ledelsens rolle er å korte ned tiden fra kunnskap blir mottatt til den blir utviklet. Videre må kunnskapen dokumenteres, og det må sikres at den kommer ut til alle. For å få en effektiv kunnskapsutvikling, må vi ha en kunnskapshjelpende kontekst, som kan være felles møtesteder. Møtestedene kan være fysiske, virtuelle, mentale eller en kombinasjon av disse tre (Von Krogh, et al., 2001).

Første hjelper, å *formulere en kunnskapsvisjon* handler om å finne ut hva organisasjonen bør kunne i fremtiden. Den andre hjelperen, å *lede samtaler*, handler om at gode samtaler fremmer kreativitet, stimulerer til utveksling av taus kunnskap, utvikling av begreper og rettferdiggjøring av dem. Å *mobilisere kunnskapsaktivister*, den tredje kunnskapshjelper, setter fokus på menneskene som initierer og koordinerer prosesser som leder til kunnskapsutvikling, mens den fjerde hjelperen å *utforme den rette konteksten* er tett forbundet med organisasjonens struktur. Det japanske begrepet Ba betyr fritt oversatt «plass» og benyttes om et skapende miljø hvor kunnskap kan utveksles, skapes og brukes. Femte hjelper å *gjøre lokal kunnskap global* legger vekt på at kunnskapen skal kunne spres over mange nivåer i organisasjon (Von Krogh, et al., 2001).

Utvikling av ny kunnskap og effektiv utnyttelse av den allerede eksisterende kunnskapen, anses som kjerneelement i all forretningsstrategi. Von Krogh et. al. (2001) hevder at det er snakk om

to slags strategier, *overlevelsesstrategier* og *forbedringsstrategier*. *Overlevelsesstrategier* dreier seg om å opprettholde nåværende nivå som preges av rask og effektiv kunnskapsformidling. De bygger på vellykket posisjonering i markedet i forhold til konkurrentene og møte forventningene til interessentene. Fokuset er på det man gjør som fungerer godt i eksisterende omgivelser og gir positivt resultat for virksomheten. *Forbedringsstrategier* legger vekt på framtidig forbedring og kunnskapsutvikling for å skape varige konkurransefortrinn. Dette er strategier som vektlegger nye produktkonsept og tjenester. Både overlevelsesstrategier og forbedringsstrategier bidrar til klare konkurransefordeler. Derfor er det viktig å få til en god balanse mellom dem (Von Krogh, et al., 2001).

#### 4.8 Kompetansebegrepet

Kompetansebegrepet er sammensatt, flerdimensjonalt og definert på flere ulike måter i litteraturen og blant praktikere. Opprinnelig stammer begrepet kompetanse fra den latinske termen *competentia* som viser til «å være funksjonsdyktig eller å ha tilstrekkelig kunnskap, vurderingsevne, ferdigheter eller styrke til å utføre oppgaver og oppnå ønskede resultater» (Lai, 2013, s. 45-46). Lai definerer kompetanse som et *potensial* som består av fire komponenter: «Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2013, s. 46).

Komponenten *kunnskaper* kan betraktes som en persons data- eller informasjonsbase, og kunnskapen kan være taus eller eksplisitt. *Ferdigheter* defineres som evnen til å utføre komplekse, velorganiserte atferdsmønstre på en smidig og tilpasningsdyktig måte for å nå definerte mål (Lai, 2013). Ferdigheter er den kompetansekomponeenten som er nærmest knyttet til konkret praktisk handling. Fysiske ferdigheter som håndtering av verktøy og ferdigheter som gir direkte atferdsmessige uttrykk som for eksempel selge, motivere og overbevise andre kan være lette å observere. Kognitive ferdigheter som å analysere behov, tolke situasjoner, vurdere løsninger og behandle saker er vanskelig å observere. Ferdigheter kan bygge på systematisk kunnskapslæring, men kan også utvikles gjennom øvelse over tid, samt gjennom observasjon og imitering av andres atferd. Med sin sterke kobling til konkret handling kan ferdigheter i stor grad defineres som en taus kompetansekomponeent. Lai (2013) mener at ferdigheter som kommer til uttrykk i konkret handling kan bidra til måloppnåelse og verdiskaping.

*Evner* hos mennesker defineres som relativt stabile egenskaper, kvaliteter og talenter til å utføre oppgaver, tilegne seg og anvende nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Evnene gjenspeiler personligheten og påvirker de andre kompetansekomponeentene, men på grunn av

evners stabilitet er ikke påvirkningen gjensidig. I dagligtale nevnes ofte ferdigheter og evner som synonyme uttrykk, men ifølge Lai (2013) blir dette feil fordi ferdigheter kan utvikles mens evnene forblir relativt stabile fundament hos en person.

*Holdninger* er en essensiell del av en persons potensial og kanskje den aller viktigste komponenten i kompetanse. Holdninger kan være avgjørende for om en medarbeider er kompetent eller ikke. Dette gjelder både holdninger i forhold til virksomhetens tjenester, egne oppgaver og til kunder og brukere av tjenestene. Betydningen av holdninger er spesielt tydelig i forbindelse med oppgaver som innebærer stor grad av menneskemøter, for eksempel service, salg, eller pleie- og omsorgsoppgaver. Et positivt menneskesyn og en medmenneskelig innstilling vil være viktig for å utføre oppgaver og nå mål på en ønsket måte ifølge Lai (2013). *Formell kompetanse* er dokumenterbar gjennom utdanning, kurs og systematisk opplæring i regi av godkjente tilbydere, utdanningsinstitusjoner og kursarrangører. Formell kompetanse kan bestå av både kunnskaper og ferdigheter. *Uformell kompetanse* utvikles utenfor utdanningssystemet, det vil si gjennom erfaringer i arbeidslivet og på andre arenaer. *Realkompetansen* er summen av formell og uformell kompetanse (Lai, 2013).

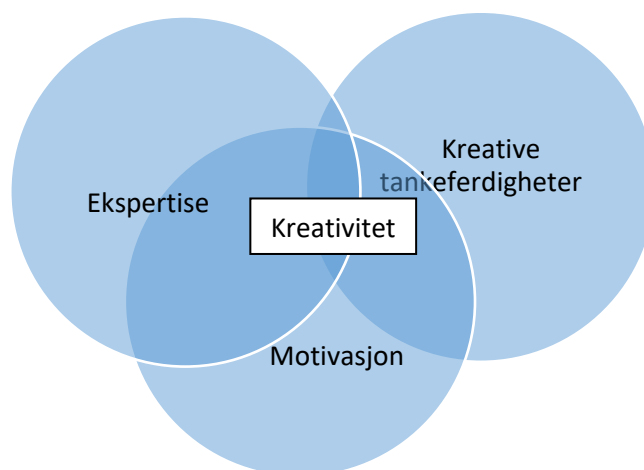
I forhold til utførelse av funksjoner og oppgaver i en organisasjon krever enkelte oppgaver en *generell eller standardisert kompetanse*, mens andre oppgaver krever en *organisasjonsspesifikk kompetanse* som er skreddersydd organisasjonens mål og behov. Det offentlige utdanningssystemet og andre profesjonelle tilbydere kan tilby generell standard kompetanse som er lett overførbart mellom organisasjoner. Den organisasjonsspesifikke kompetansen omfatter kunnskap om organisasjonens mål, strategier, struktur, normer og arbeidsmåter, samt ferdigheter i å bruke organisasjons spesifikke prosedyrer og rutiner (Lai, 2013). Denne utvikles først og fremst internt i en organisasjon, enten gjennom systematisk opplæring eller uformell erfaringslæring. Denne kompetansen har derfor vesentlig lavere overføringsverdi til andre organisasjoner. Med *basiskompetanse* menes grunnleggende kunnskaper og ferdigheter, som er anvendelige på tvers av en rekke oppgaver og funksjoner både internt i organisasjon og på tvers av ulike organisasjoner. En grunnutdanning innen et fagfelt er et eksempel på basiskompetanse. *Spisskompetanse* viser til kompetanse med høyt faglig vanskelighetsnivå. En spisskompetanse innebærer vanligvis høy grad av spesialisering gjennom høyere utdanning. Denne kan også utvikles gjennom spesialisert yrkesutdanning, lang erfaring og uformell kompetanseutvikling innenfor et spesialisert arbeidsområde (Lai, 2013).

## 4.9 Innovasjon

Kjært barn har mange navn. Avhengig av hvilket ståsted eller fagfelt omtales innovasjon også som oppfinnelse, oppdagelse, entreprenørskap og nyskaping. Josef A. Schumpeter som var økonom, matematiker og samfunnsanalytiker beskriver hva som skjer fra en oppfinnelse skapes til at den sprer seg i markedet og tas i bruk, videre hvordan dette igjen påvirker økonomien. Først må man komme opp med en idé som ligger til grunn for teknologisk endring, deretter omsette idéen slik at den utgjør en forbedring og gevinst, som igjen kan tas i bruk i flere organisasjoner enn der den oppstod første gang (Westeren, 2013). Oddane (2017 s. 260) definerer innovasjon som: «En kollektiv, åpen aktivitet som har til hensikt å skape og implementere nye, anvendelige produkter/prosesser som skaper verdier av økonomisk og/eller annen art». Gotvassli (2015, s.179) beskriver innovasjon på følgende måte: «Innovasjon kan forstås som enhver idé, praksis eller materiell størrelse som oppfattes som ny for den som tar den i bruk».

Kreativitet og innovasjon er begreper og aktiviteter som har med hverandre å gjøre.

Begrepene oppfattes gjerne synonymt med hva en organisasjon trenger for å overleve i en verden preget av hurtige endringer på ulike områder. Amabile (1998) har en modell (figur 9) som forteller at kreativitet oppstår når man kombinerer ekspertise, motivasjon og kreative tankeferdigheter. Kreative tankeferdigheter handler primært om å kognitivt kunne forstå og omsette taut kunnskap til eksplisitt kunnskap.



Figur 9: The three components of creativity. Fritt etter Amabile (1998).

Selve forståelsen av kreativitet er todelt, på den ene siden den substansielle forståelse av fenomenet kreativitet og på andre siden hva vi må gjøre for å få det til å fungere. Oddane skriver



at «Kreativitet er individuell og kollektiv evne til å skape noe nytt og anvendelig som respons på et åpent problem» (Oddane, 2017, s. 65) og omhandler mye av det samme som Amabile. Men hun skiller ikke på forståelsen av kreativitet i det substansielle og hva som fremmer kreativitet. Amabile (1998) nevner følgende kreativitetsfremmere fritt oversatt til norsk: utfordringer på riktig nivå, frihet til å gjøre ting, tilgjengelige ressurser, mulighet for arbeidsgrupper, organisasjonsstøtte og støtte fra leder. Som nevnt innledningsvis i dette avsnittet er det ulike innganger til forståelsen av innovasjon. Oddane (2017) hevder at innovasjon og kreativitet er nært beslektet, de kan begge forstås som sosiale, kollektive fenomen med stor grad av kompleksitet. Oddane presenterer et rammeverk i form av 5 P modellen, *prosess, press, person, produkt og partnerskap*. Å se de 5 Péne forbundet med hverandre kan bidra til økt forståelse i form av at man gjennom flere perspektiv får en større helhetsforståelse. Hvis man evner å se og forstå flere innfallsvinkler øker det muligheten til en bredere forståelse av helheten og kompleksiteten. Innovasjon eller nyskaping baseres på en idé, et nytt produkt eller ny tjeneste. Dersom idéen oppleves som god, teknologisk nyttig, robust og passer inn i forhold til brukers behov, vil ideens kraft i seg selv kunne bidra til innovasjon. Hernes (2016) beskriver dette som kjernen i innovasjon basert på et diffusjonsperspektiv.

Sosiale og kulturelle nettverk fremheves som en viktig drivkraft for utvikling av ny kunnskap. Etablering av et kunnskapende miljø kan være en god strategi, da miljøet vil preges av fellesskapsprosesser som skaper samordnet handling og et fellesskap blant aktører som er involvert. Utvikling av kunnskap med mål om innovasjon kan følge fem skritt eller delprosesser; dele taus kunnskap, utvikle et konsept, rettferdiggjøre og forankre konseptet, utforme og teste ut en prototype og deretter forsterke ny kunnskap (Gotvassli, 2015). Dette er beskrevet tidligere i teorikapittel 4.7.

Når det gjelder type innovasjon viser Westernen (2013) til OECD og EUs rapport Oslo Manual fra 2005 med inndeling i teknologi-, produkt- og prosessinnovasjoner. Samtidig henger disse innovasjonsbegrepene sammen, for eksempel kan nye produkter og prosesser utvikles gjennom ny teknologi. Utviklingen og endringen kan skje radikalt eller trinnvis. For å kunne kalles en trinnvis produkt-, eller prosessendring for en innovasjon må den være ny eller signifikant forbedret i forhold til hvordan den var før.

For å nyttiggjøre seg tidligere innovasjoner har Von Krogh et al. (2001) utviklet en modell for formidling av eksplisitt og taus kunnskap fra en virksomhet til en annen virksomhet (figur 10). Modellen består av initiering, innpakking og forsendelse, samt gjenskaping. *Initiering* handler

først om å erkjenne et behov eller en mulighet. For eksempel at en virksomhet har utviklet noe nytt de mener andre kan ha nytte av, eller at en virksomhet utvikler kunnskap som bidrar til nye oppgaveløsninger. Deretter skal denne kunnskapen *innpakkes og sendes* i en form slik at den kan forstås og oversendes. Von Krogh et al. (2001) sier at det må foregå en sosialisering der deltagere av den opprinnelige idéen har en taus kunnskap som bidrar til å strukturere og skape orden i delene av eksplisitt kunnskap. Slik at materialet kan fortolkes og brukes av andre. De anbefaler videre at man har lokale eksperter eller talspersoner for kunnskapsformidlingen som kan hjelpe mottakerne, og at disse bør være mer enn tekniske eksperter.

*Gjenskaping* handler om at mottaker kan bruke kunnskapen og reprodusere den til noe nyttig for egen oppgaveløsning. Dette kan gjøres ved å reprodusere innovasjon en til en, altså kopiere rett over. Alternativt kan man fortolke kunnskapen og derigjennom se på dens potensiale, ta hensyn til lokale forhold som påvirker hva og hvordan man tar i bruk den nye kunnskapen.



*Figur 10: Modell for formidling av eksplisitt og taus kunnskap. Fritt etter Von Krogh et al. (2001).*

I innovasjon peker Oddane (2017, s. 266) på verdien av å samarbeide fordi: «*vellykket håndtering av spesifikke prosjektaktiviteter krever ofte bransjekompetanse og kontekstrelevant kompetanse utover den fagspesifikke kompetansen enkeltaktører besitter*». Det å inneha kompetanse som den enkelte eller fellesskapet får benyttet, kan også ha betydning for hvor meningsfylt det oppleves når man skal lære seg noe nytt eller ta i bruk nye måter å løse oppgaver på. I neste kapittel skriver vi mer om samskaping.

#### 4.10 Samskaping

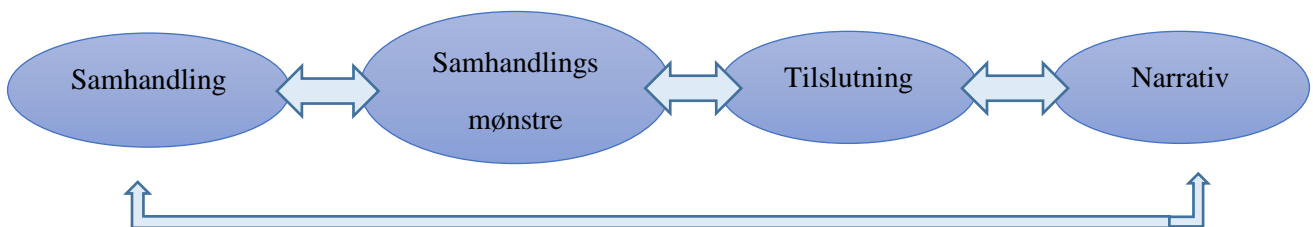
Ordet «samskaping» har sitt direkte opphav i det engelske «co-creation», og det forekommer i to endelsesvarianter på norsk – samskapelse og samskaping. Samskaping er mest brukt og bruken av ordet har økt dramatisk de siste årene. Googlesøk på norske nettsider viste ca 50 treff i 2014, 30 000 treff i 2018 og over 77 000 treff i mars 2021. Hva er da samskaping? Røiseland & Lo (2019, s. 52) skriver at: *endringen mellom 2014 og 2018 er uttrykk for at en helt ny metode*

*og helt ny løsning omsider har funnet fram til Norge, og at samskaping nå blir iverksatt rundt i norske kommuner. Eller kanskje mer realistisk – at samskaping representerer en delvis ny metode som kan bidra positivt til noen av de mange utfordringene offentlig sektor står ovenfor.* Samtidig mener de at man ikke kan utelukke at den økte bruken av samskaping er uttrykk for en ureflektert import fra utlandet, og at ordet derfor må forstås som noe retorisk og symbolsk. Begrepet har ellers sitt opphav i privat sektor og teorier om konsumentmarkeder. I forskningslitteraturen innenfor denne sektoren henspiller co-creation, eller samskaping, på at kunder er aktive deltakere i verdiskapningsprosessen, det vil si at sluttverdien, det som kunden etterspør, er noe som er skapt i et fellesskap av kunden selv og en annen aktør (Payne et al., 2008).

Fra privat sektor har begrepet fått fotfeste og blitt et moteord i offentlig sektor, ikke minst brukes det i dag innen offentlig tjenesteyting og spesielt i velferdssektoren. En vanlig definisjon av samskaping i tilknytning til offentlig sektor er at: *«offentlige og private og/eller sivile aktører arbeider sammen gjennom å dele kunnskap og ressurser med hverandre»* (Røiseland & , 2019, s. 54). Det skapes en samarbeidsrelasjon, der både offentlige aktører og andre er involverte. På denne måten skiller samskaping seg fra outsourcing, der offentlig sektor overlater oppgaver til andre. Røiseland & Lo (2019) skiller mellom radikal og konservativ samskaping. Konservativ samskaping kan omtales som sam-produksjon (co-production), og kan for eksempel handle om at profesjonelle og brukere samarbeider om noe. Et eksempel på konservativ samskaping er når innbyggere deltar som frivillige, enten som privatpersoner eller gjennom frivillige organisasjoner, for eksempel organisert søppelplukking, i venneforeninger ved kommunale sykehjem eller andre oppgaver som kommunen har ansvar for. I dag er dette vanlige aktiviteter i norske lokalsamfunn. Mer radikale former for samskaping er imidlertid ikke like utbredt. Dette kan innebære at borgere trekkes inn i diskusjoner om problemer og løsninger i et lokalsamfunn. Da vil verdiskapingen i form av nye og bedre løsninger være resultat av et samarbeid mellom offentlige aktører og borgere. Å trekke inn innbyggere og borgere i prosesser når problemer defineres og forstås er vanligvis noe man overlater til eksperter og valgte politikere. En enda mer radikal form for samskaping kan være å etablere et likeverdig samarbeid mellom offentlige aktører, borgere og organisasjoner. Samskaping slik vi forstår det vil dermed være både et begrep og en aktiv handling, en metode der flere aktører medvirker på ulike måter. Dermed er en kobling med meningsskaping nærliggende.

## 4.11 Meningsskaping

Hernes (2016) skriver at på norsk har meningsbegrepet to forskjellige betydninger. Individet har meninger eller gjør seg opp en mening om noe som skjer eller som man har vært med på, altså at meninger er noe man bærer med seg. Den andre betydningen av mening beskriver mening som meningsfullt i en kollektiv sammenheng. Å være kollektivt meningsskapende dreier seg om å samhandle med andre om noe som gir mening for de involverte. Meningsskaping ligger til grunn for organisering og er en sosial prosess hvor tilslutning til prosessen skapes og opprettholdes sosialt. Tilslutning er dermed et viktig element både i meningsskaping og organisering. Hernes har utviklet et rammeverk for meningsskaping der, i tillegg til tilslutning, elementene samhandling, samhandlingsmønstre og narrativ inngår (figur 11). I dette rammeverket finner meningsskaping sted gjennom samhandling, som resulterer i ytterligere samhandling og etablering av narrativ. Narrativ er en helhetsforståelse, en slags metafortelling om hvordan handlinger henger sammen og hva de kan bidra til. Narrativet er det som gir samhandlingen en overordnet mening, skaper tilslutning til samhandlingsmønstre og ny samhandling.



Figur 11: Elementer i meningsskapingen. Fritt etter Hernes (2016).

Hernes (2016) viser til Linda Smircich og Gareth Morgan som de første som brukte meningsledelse (“management of meaning”) i en artikkel fra 1982. Ifølge Hernes dreier organisering seg først og fremst om å definere mening med det som skal gjøres. Selv om meningsskaping er en kollektiv prosess har lederen en nøkkelrolle for å legge forholdene til rette for meningsskaping.

Ledelsesforskerne Bolman & Deal (2014) definerer lederskap gjennom fire typer rammer. I den *strukturelle rammen* ses lederen på som en sosial arkitekt for hvordan arbeid ledes og utføres i det daglige. Fokus er ansvarsforhold, kommunikasjonslinjer og oppgaver samt hvordan lederen kommuniserer tillit og frihet under ansvar. Samhandling vektlegges, og det er avgjørende at det

er tilslutning til de narrativ som driver meningsskapingen. *Human Resource-rammen* omhandler den personlige siden hos ledere og hvordan de forholder seg til medarbeidere i daglige situasjoner. Med utgangspunkt i personlige behov handler lederskapet om måten lederen får medarbeidere til å føle seg som dyktige og verdsatte medlemmer av gruppen på. Dette bidrar til oppslutning om meningsskapingen og kan for eksempel skape vinnerfølelse blant medarbeiderne. I den *politiske rammen* fremstår ledere som forhandlere som bruker makt og overtalelse for å oppnå resultater. Politiske rammer skaper gjerne hierarki ved at ledere har mandat til å forvalte ressurser, inkludert penger og stillinger. Dette gir ledere makt til å sette dagsorden. Bruk av makt kan virke i perioder, men kan også vise seg være en kortsiktig løsning. All påtvunget form for meningsskaping kan virke som en boomerang og kan vende seg mot lederne når makten ikke lenger viser seg å være effektiv. Den *symbolske rammen* er den fjerde rammen for lederskap hvor lederen fremstår nesten som en slags profet. Organisasjonen fungerer her som en scene som skal skape inspirasjon rundt hans eller hennes visjon. Lederen bruker symboler og metaforer. Sterk symbolikk kan gi høy lojalitet og tilslutning, der medarbeiderne utfører handlinger gjennom at de har tiltro til det lederen står for. Samtidig kan tiltroen til det symbolske gjøre både medarbeidere og ledere blinde for å oppdage og løse problemer.

## 5. Samhandlingsprosessen mellom forskere og HNT

Vi startet arbeidet med en masterskisse i oktober 2020, masterskissen hadde arbeidstittelen *Hvordan utvikler ledere sin forståelse for endring og utvikling i forbindelse med lederutviklingsprogrammet DRIV i HNT*. Med utgangspunkt i masterskissen kontaktet vi ansatte i HNT og Helseplattformen for å luften tanker og idéer. Det resulterte i flere møter med gode diskusjoner og innspill rundt blant annet problemstilling og følgeforskning. I det videre arbeidet tok vi med oss refleksjoner og innspill fra disse møtene. Innspillene bidro til at vi justerte problemstillingen, som til slutt ble:

### **Hvordan påvirker lederutviklingsprogrammet DRIV lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser ved innføringen av Helseplattformen?**

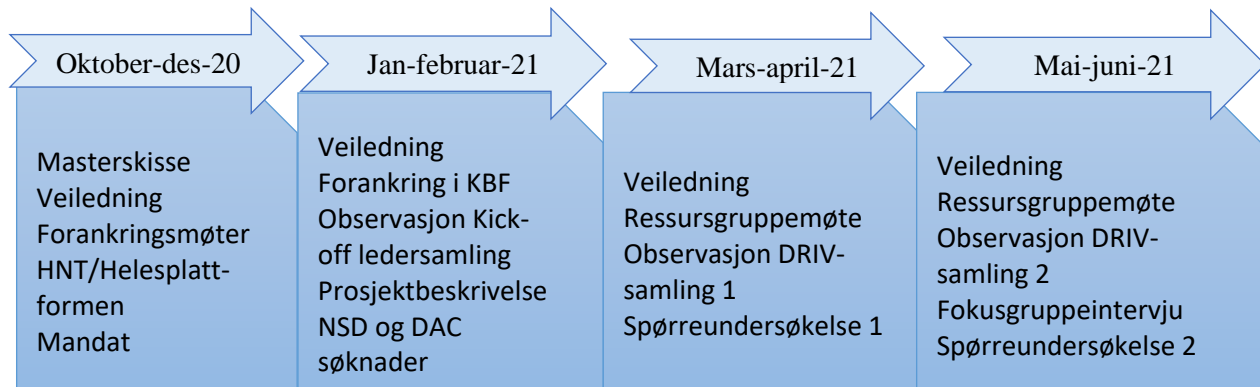
Første veiledning for masteroppgaven hadde vi i begynnelsen av desember 2020, der vi fikk støtte for prosjektet og startet prosessen. Først tok vi stilling til hvem og hva som skulle inkluderes i våre undersøkelser for å få tak i empirien. Helseregion Midt består av tre helseforetak og 48 kommuner som alle får mulighet til å være med på Helseplattformen. Master

i kunnskapsledelse er et studie med fokus på ledelse, et fokus vi også ønsket å ha i vår avsluttende masteroppgave. Når vi fikk kjennskap til at personalavdelingen i HNT og lokalt innføringsteam for Helseplattformen i HNT hadde en plan om å koble lederutviklingsprogrammet DRIV med opplæringen og forberedelsene til innføringen av Helseplattformen i HNT vurderte vi muligheten til å kunne følge denne prosessen. Vi presenterte først våre tanker for personal- og organisasjonssjefen og opplæringsansvarlig i lokalt innføringsteam for Helseplattformen i HNT, begge var positive og vi fikk tilslutning til våre planer. Med DRIV 2021 og fokus på endringsledelse ble neste steg å finne ut hvem og hvilke ledere vi skulle involvere i prosjektet. I HNT er det ca. 150 ledere, hva med andre helseforetak og kommuner? Å inkludere alle skjønte vi raskt ville bli et for stort utvalg. Skulle vi inkludere en eller flere klinikker, avdelinger, seksjoner, en eller flere kommuner? Oppgavens omfang og tidsplan bidro til at vi etter hvert bestemte oss for at det ville være mulig å følge en klinikk i prosessen fra oppstart (kick-off) av DRIV 2021 i januar og gjennom de to klinikkinterne DRIV-samlingene som skulle gjennomføres i løpet av våren 2021. Vi valgte Klinik for kvinne, barn og familie med tjenester innen flere ulike fagområder innenfor både somatikk og psykiatri. Klinikken yter tjenester innenfor døgn, dag og poliklinisk behandling. Vi mente at denne forskjelligheten på fag og drift ville kunne bidra med å gi flere ulike perspektiv. Prosessen måtte først forankres hos klinikkleder for utvalgt klinikk. Klinikleder var positiv og mente vår prosess kunne være til god hjelp i arbeidet klinikkens arbeid med DRIV 2021. Med bakgrunn i dette utarbeidet vi sammen med klinikkleder et mandat (vedlegg 4) der vi beskrev det videre samarbeidet med Klinik for kvinne, barn og familie.

Oppstart av DRIV 2021 var planlagt med en kick-off på HNTs ledersamling 15. januar 2021. I forkant av samlingen hadde vi avklart at Anders Bergkvist fikk delta som observatør på denne samlingen. Restriksjoner i forbindelse med pandemien gjorde at det ikke var mulig å samle alle 150 ledere fysisk. Derfor ble samlingen utsatt i fire uker. Utsettelsen gjorde at vi fikk muligheten til å informere lederne i involvert klinikk om våre planer med følgeforskning, spørreundersøkelser og fokusgruppeintervju. Informasjonen ble gitt på KBFs klinikk møte 27. januar 2021. Den utsatte kick-off-ledersamlingen med DRIV 2021 ble avviklet digitalt 11. februar 2021. På denne samlingen informerte personal- og organisasjonssjefen om at vi to masterstudenter skulle gjøre forskning på DRIV og Helseplattformen.

Spørsmålene til spørreundersøkelsene ble utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Fokuset var på å få relevante tilbakemeldinger på det som kunne hjelpe klinikken i arbeidet med innføringen av Helseplattformen. Når skulle spørreundersøkelsene

gjennomføres? Før oppstart av DRIV, under samlingen eller rett etterpå? Tidspunktene ville kunne ha innvirkning på besvarelsene, og når var det praktisk mulig å gjennomføre dem?



Figur 12: Tidslinje for aktiviteter i følgeforskningen.

Den første spørreundersøkelsen ble utsendt i e-post til alle (18) lederne i KBF en uke etter ledersamlingen 11. februar-21. Ved svarfrist hadde vi fått inn 4 svar. Vi valgte å sende en purring med utvidet svarfrist og responsen var ytterligere 5 svar, altså halvparten av lederne hadde besvart spørreundersøkelsen. I møte med klinikkleder orienterte vi om antall svar, og hun valgte å sende ut informasjon til alle lederne om responsen med en oppfordring om flere svar. Hun begrunnet dette med at det ville være nyttig for klinikkens arbeid med og innhold på DRIV-samlingene videre fremover. Dette resulterte i ytterligere ett svar og vi fikk en svarprosent på 55. I påfølgende klinikk møte 24. mars 2021 presenterte Anders Bergkvist resultat og tilbakemeldinger fra den første spørreundersøkelsen. Det ble åpnet for refleksjon og tilbakemelding hvis noen ville si noe om sin opplevelse av å besvare spørreundersøkelsen, det var ingen som benyttet anledningen til det.

I møte med ressursgruppen 23. mars 2021 ble responsen og resultatet av første spørreundersøkelse presentert, diskutert og reflektert over. Som følge av denne refleksjonen kom det innspill om å invitere klinikklederne i HNT til felles refleksjon ved å invitere dem til å være med på fokusgruppeintervju. Dette kunne bidra til å undersøke flere og andre perspektiv. Vi gjorde først en avklaring med personal- og organisasjonssjef før vi sendte e-post til alle (9) klinikklederne med informasjon om følgeforskningen vår og spørsmål om de hadde interesse for å delta på fokusgruppeintervju. Vi fikk raskt positiv respons fra fem av de ni om at de var interessert.

Vi hadde planlagt for 3-4 fokusgruppeintervju med 4-6 ledere fra KBF i hver gruppe. Pandemisituasjonen gjorde at vi måtte planlegge både for fysisk og digital gjennomføring av

fokusgruppeintervjuene. Fokusgruppene skulle ha en sammensetning av ledere fra ulike avdelinger, fagområder og ledernivå med tanke om å få med flest mulig perspektiv i hvert intervju. Alle lederne, unntatt Marianne Mathisen som p.g.a sin dobbeltrolle, fikk invitasjon til å delta. Invitasjon ble gjort på samme måte som for første spørreundersøkelse i form av en e-post med svarfrist. Når svarfristen var passert var det kun tre som hadde takket ja. Vi diskuterte om vi hadde andre muligheter eller alternativer for å rekruttere flere. Vi tok med oss problemstillingen inn i møte med klinikkleder og ressursgruppen. Utvalgskriteriene ble da endret fra frivillig deltakelse til strategisk utvalg. Vi på hvem og hva som manglet i.f.t fagområde og ledernivå for å få med flest mulige ulike perspektiver og henvendte oss direkte til noen av lederne. Marianne Mathisen henvendte seg til to ledere, begge var positive til å delta på fokusgruppeintervjuet, men hadde ikke meldt seg fordi de var usikre på om de hadde noe å bidra med.

Det var lenge usikkert om det planlagte fokusgruppeintervjuet med ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie 5. mai 2021 kunne gjennomføres fysisk, så vi hadde lagt en plan og forberedt deltagerne på at det kunne bli digital gjennomføring. Når dato og tidspunkt for intervjuet nærmet seg ble det lettelse i smitteverntiltakene. Dette gjorde at det ble mulig å avvikle intervjuet fysisk hvis rådende smittevernhensyn ble ivaretatt. Vi hadde reservert ett stort møterom der det var mulig å ha to meters avstand mellom alle deltakerne. Møterommet lå ikke i noen av avdelingene eller seksjonene til deltakerne, men det lå på sykehusets område og var kjent for deltakerne. Anders Bergkvist som moderator hadde med en rådgiver fra personalavdelingen som observatør, de delte refleksjoner etter intervjuet. Det ble gjort lydopptak av hele intervjuet. Vi fikk god teknisk hjelp fra kommunikasjonsavdelingen for å sikre at lydopptaket med så stor avstand (2 meter) mellom alle deltagere ble bra. Intervjuet ble transkribert i sin helhet før vi hver for oss gjorde en systematisk tematisk gjennomgang av hele intervjuet.

Fokusgruppeintervjuet med klinikkledere som hadde kommet til underveis i prosessen ble planlagt å gjennomføre i begynnelsen av juni 2021. Det var med tanke på at alle klinikkene da skulle ha gjennomført minst en av tre klinikkinterne samlinger med DRIV 2021. Anders Bergkvist var moderator for fokusgruppeintervjuet som ble gjennomført på digital plattform (Microsoft Teams), i hovedsak fordi det var vanskelig å samle intervjudeltakerne på en fysisk lokasjon. Ekstern lydopptaker ble da plassert ved pc-høytaler.

Invitasjon til deltakelse på andre spørreundersøkelse ble utsendt rett etter den andre klinikkinterne DRIV-samlingen i Klinikk for kvinne, barn og familie. Det ble gjort på samme



måte som ved den første spørreundersøkelsen, via e-post. I denne invitasjonen gjorde vi oppmerksom på at alle kunne besvare andre spørreundersøkelse uavhengig om de hadde besvart den første. Ved svarfrist hadde vi fått 8 svar, vi sendte en purring og fikk til slutt inn 9 svar på den andre undersøkelsen.

Hvordan bearbeidingen av innsamlede data ble gjort er beskrevet i neste kapittel.

## 6. Analyse og funn

Dette kapitlet beskriver hvordan vi har bearbeidet innhentet datainnhentet data, og hvilke valg og koblinger som er gjort. Målet med analysen er å finne data som kan bidra til å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

I analysearbeidet har vi valgt å se samlet på funnene fra alle datakildene: spørreundersøkelser, fokusgruppeintervju og observasjoner på DRIV-samlinger. Vi har behandlet ledere i KBF som en analyseenhet og klinikkledere i HNT som en annen analyseenhet. Klinikklederne var i utgangspunktet ikke en del av målgruppen for vår følgeforskning og datainnsamling, men gjennom innspill som kom underveis ble de en del av følgeforskningsprosessen. En begrunnelse for å innhente data gjennom fokusgruppeintervju med klinikkledere var at dette kunne bidra med en gevinst i form av et mer overordnet perspektiv.

Som nærmere beskrevet i kapittel 3.4 Analysestrategi har dette forskningsprosjektet en analysestrategi som kombinerer tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) og kollektiv kvalitativ analyse (Eggebo, 2020). Dette innebærer i korte trekk at noen analysetrinn har blitt gjennomført kollektivt gjennom arbeidsmøter på digitale plattformer som Microsoft Teams, Zoom og Skype. Dialog om mønster i dataen, valg av temaer, kategorisering av temaer, planlegging av skrivearbeid og gjennomgang av skreven tekst og fortløpende refleksjoner er blitt gjort gjennom felles digitale møter mellom forskerne.

I analysen av kvalitative data fra spørreundersøkelsene benyttet vi en induktivt (databasert) og sematisk (forsøke å forstå uten å tolke) fremgangsmåte for å finne mønster og meninger i dataene (Johannessen et al., 2016). I fokusgruppeintervjuene som ble utarbeidet med bakgrunn i forskningsspørsmål og svar på spørreundersøkelsene tar analysen utgangspunkt i fenomenologi og hermeneutikk for å forsøke å forstå, tolke og kode dataene (Johannessen et al., 2016, Thagaard, 2018). Disse fremgangsmåtene bidro aktivt til å finne de relevante temaområdene for analysen.

Spørreundersøkelsene inneholdt to kvantitative spørsmål, på disse ble univariat analyse (Johannessen et al., 2016) brukt som analysemetode. Analysert kvalitativ og kvantitativ data ble sett på i relasjon til hverandre.

Gjennom analysen av dataene ble følgende temaområder valgt:

**A. Lederes forståelse for Helseplattformens påvirkning på egen arbeidshverdag**

Dette området kan kobles til forskningsspørsmål:

*2. Hvordan forstår lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, har denne forståelsen endret seg i løpet av følgeforskningsperioden?*

**B. Viktig kompetanse ved innføring av Helseplattformen**

Dette området kan kobles til forskningsspørsmålene:

*1. Hvilken generell og individuell kompetanse ser lederne behov for å styrke ved innføringen av Helseplattformen?*

*3. Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 fremhever lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen?*

**C. Viktige forberedende tiltak ved innføringen av Helseplattformen ved egen enhet**

Dette området kan kobles til forskningsspørsmålet:

*4. Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet?*

**D. Lederutviklingsprogrammet DRIV sin betydning for ledere**

Dette området kan kobles til forskningsspørsmålene:

*3. Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 fremhever lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen?*

*4. Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet?*

**E. Klinikklederes forståelse og planer for Helseplattformen og lederutviklingsprogrammet DRIV**

Dette temaområdet kom til med bakgrunn i ønsket om å involvere flere klinikker i følgeforskningen. Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju med klinikkledere og

intervjuet med deltakende klinikkledere ble satt opp som egen analyseenhet. Analyse og funn ville kunne si noe om klinikklederes forståelse av Helseplattformen, bruk av lederutviklingsprogrammet DRIV i de ulike klinikkene og om klinikklederes rolle som ansvarlig for virksomheten i egen klinikk. Dette området kan kobles til forskningsspørsmålene:

*4. Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet?*

*5. På hvilken måte kan et lederutviklingsprogram bidra til å øke endringskompetansen hos lederne?*

I analysen er funnene koblet med relevant informasjon om Helseplattformen, lederutviklingsprogrammet DRIV, ledelse i HNT og forskningsteori presentert i oppgaven. Hvert temaområde avsluttes med en oppsummering og viser til funn som kan bidra til å besvare forskningsspørsmålene.

### **Analyse og drøfting i følgeforskningsrapport og masteroppgave**

Følgeforskningen dokumenteres i følgeforskningsrapport til Helse Nord-Trøndelag ved Klinikk for kvinne, barn og familie i henhold til signert mandat (vedlegg 4). Vi fikk etter avtale med klinikkleder utvidet leveringsfrist for følgeforskningsrapporten fra 01.07.21 til 15.07.21. Følgeforskningsrapporten inneholdt analyser av data og drøfting av funn fra spørreundersøkelser, fokusgruppeintervju og observasjoner gjennomført i KBF i henhold til signert mandat.

Følgeforskningen danner grunnlaget for vår avsluttende masteroppgave på studiet Master i kunnskapsledelse ved Nord universitet med leveringsfrist 01.09.21. Masteroppgaven inneholder alt fra følgeforskningsrapporten og i tillegg analyser og drøfting av funn fra fokusgruppeintervju med klinikkledere i Helse Nord-Trøndelag.

## 6.1 Deltakelse på spørreundersøkelser og fokusgruppeintervjuer

I dette kapitlet presenteres og kommenteres datainnsamlingen fra spørreundersøkelser og fokusgruppeintervjuer.

### Spørreundersøkelse 1

10 av 18 ledere besvarte spørreskjemaet, altså en svarprosent på 56.

4 av 7 ledere var fra nivå 2/3 (klinikkleder/avdelingsledere/fagledere), en svarprosent på 57.

6 av 11 ledere var fra nivå 4 (seksjonsledere), en svarprosent på 55.

### Spørreundersøkelse 2

9 av 18 ledere besvarte spørreskjemaet, altså en svarprosent 50.

5 av 7 ledere var fra nivå 2/3 (klinikkleder/avdelingsledere/fagledere), en svarprosent på 71.

3 av 11 ledere var fra nivå 4 (seksjonsledere), en svarprosent på 27.

En av informantene besvarte ikke spørsmålet om ledernivå.

### Fokusgruppeintervju med ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie

Det ble gjennomført ett intervju med fem deltakere, tre nivå 3-ledere og to nivå 4-ledere. Deltakerne representerte alle klinikkens fire avdelinger. Intervjuet ble gjennomført som et fysisk møte med rådgiver som en ressurs og observatør tilstede i gjennomføringen av intervjuet.

### Fokusgruppeintervju med klinikkledere i HNT

5 av 9 klinikkledere var deltakere i fokusgruppeintervjuet, de representerte fem ulike klinikker:

- Klinikk for kvinne, barn og familie, HNT
- Klinikk for kirurgi, Sykehuset Levanger
- Klinikk for medisin og nevrologi, Sykehuset Namsos
- Klinikk for prehospitaltjenester, HNT
- Klinikk for intern service, HNT

Fokusgruppeintervjuet med klinikkledere ble gjennomført digitalt på Microsoft Teams.

Masterstudent Anders Bergkvist var moderator i begge fokusgruppeintervjuene. For å unngå påvirkning og sammenblanding av roller deltok ikke Marianne Mathisen på noen av intervjuene, men hun ble godt kjent med innholdet ved at hun transkriberte begge intervjuene.

## Oppsummering og kommentarer

Svarprosenten på spørreundersøkelsene viser at cirka halvparten av lederne besvarte disse. Det ble gjennomført 2 purrerunder ved første spørreundersøkelse og en purrerunde ved andre. Deltakelse fra nivå-4 ledere var dårligere ved spørreundersøkelse 2.

Alle lederne i KBF unntatt klinikkleder og masterstudent Marianne Mathisen ble invitert til å delta på fokusgruppeintervju. Marianne Mathisen inntok her rollen som forsker, da aktiv deltakelse i fokusgruppe ville være en uryddig håndtering av rollene (Baklien & Skatvedt, 2013). Vi hadde planlagt utvelgelse for sammensetning av fokusgrupper på tvers av fag, avdeling og ledernivå. Kun tre ledere meldte seg. Dermed ble utvalgskriteriene endret fra frivillig deltakelse til et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2016). To ledere ble forespurt, de takket umiddelbart ja, men var i tvil om de hadde noe å bidra med. Fokusgruppeintervjuet ble da bestående av 5 ledere, der alle klinikkens 4 avdelinger og ledernivå var representert.

I fokusgruppeintervjuet for klinikkledere representerte deltakerne relativt ulike tjenester. At kontekstene var ulike var interessant fordi det ville kunne bidra til å synliggjøre forskjeller mellom klinikklederens forståelse og fokus, både i forhold til lederutviklingsprogrammet DRIV og innføring av Helseplattformen.

### 6.2 Ledere i Klinikk for kvinner, barn og familien sin forståelse for Helseplattformens påvirkning på egen arbeidshverdag

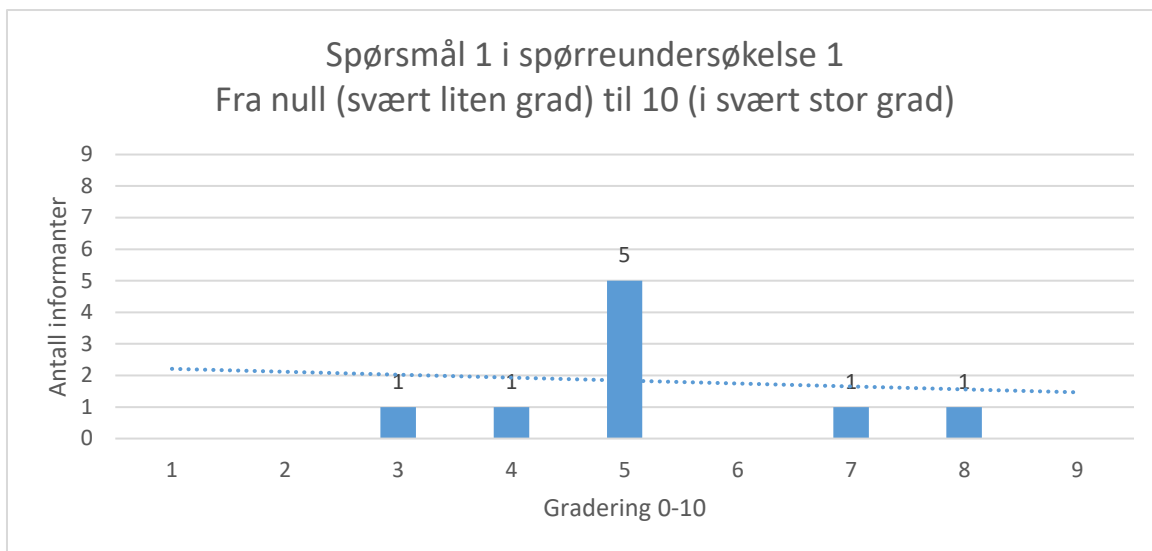
Datagrunnlag er her begge spørreundersøkelsene og fokusgruppeintervju med ledere fra KBF.

Spørreskjemaet inneholdt flere spørsmål som kunne gi svar på lederes forståelse for Helseplattformens påvirkning på egen hverdag, et graderingsspørsmål og to åpne spørsmål der informantene hadde mulighet til å nyansere sin tilbakemelding (Johannessen et al., 2016).

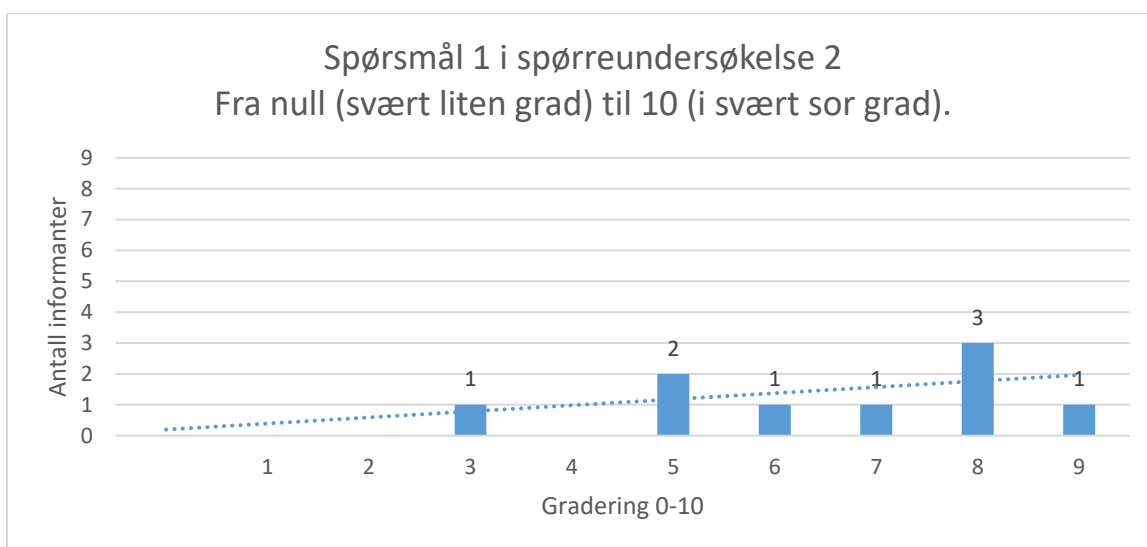
Det første spørsmålet i spørreundersøkelsen skisserte et tenkt fremtidsscenario:

*Vi er i 2025, Helseplattformen med sine virkemidler er i drift, du har fortsatt en lederrolle i klinikken, i hvor stor grad tenker du at dine oppgaver som leder har blitt påvirket av innføringsprosessen? Fra null (i svært liten grad) til 10 (i svært stor grad).*

Spørsmålene var som tidligere nevnt i kap. 3.3.1 identiske i spørreundersøkelse 1 og 2, i tabellene nedenfor viser vi ved hjelp av enkle grafer fordelingen av svarene i de to spørreundersøkelsene.



Tabell 3: Første spørreundersøkelse mars 2021. Helseplattformens forventede påvirkning på ledernes oppgaver.



Tabell 4: Andre spørreundersøkelse juni 2021. Helseplattformens forventede påvirkning på ledernes oppgaver.

Tabellene (3 og 4) viser at graden av forventet påvirkning øker når man beveger seg fra venstre (null) mot høyre (ni). Høyden på stolpene viser hvor mange ledere som har gradert likt. En leder besvarte ikke dette spørsmålet i første spørreundersøkelse.

Datagrunnlaget er begrenset med verdier på forholdstallsnivå, men det viser likevel forskjeller mellom første og andre spørreundersøkelse. Medianverdien (midterste verdi) har økt fra 5 i første spørreundersøkelse til 7 i andre spørreundersøkelse.

Modus, som er den verdien som har fått flest svar, har endret seg fra 5 til 8. Dette kan indikere at Helseplattformens forventede påvirkning på lederens oppgaver har fra spørreundersøkelse en til spørreundersøkelse to beveget seg fra å være i mindre grad til i stor grad.

Variansbredden i svarene på spørreundersøkelsene var omtrent den samme, fra 3 som er relativt liten grad til 8/9 som er relativt stor grad.

I første spørreundersøkelse graderte 2 av ledere verdier mellom 6-8, og i andre spørreundersøkelse var det 6 ledere som graderte 6-9.

Tabellene 3 og 4 viser at fra første til andre spørreundersøkelse var det flere ledere som tenkte at Helseplattformen i relativt stor grad ville påvirke deres oppgaver.

Samtidig viser stor variansbredde også i spørreundersøkelse to at det var sprik i oppfatninger blant de ledere som besvarte spørsmålet om i hvor stor grad Helseplattformen ville påvirke lederens arbeidsoppgaver.

I følgeforskningsperioden ble det gjennomført to klinikkinterne ledersamlinger med fokus på DRIV og Helseplattformen, der lederne hadde hatt arbeidsoppgaver mellom samlingene. Disse arbeidsoppgavene bestod i å kartlegge mulige gevinstmål i egen enhet som følge av Helseplattformen. Fokusgruppeintervjuet med ledere i klinikken ble gjennomført i samme periode, altså mellom spørreundersøkelse 1 og 2. I den samme perioden delte Helseplattformen informasjon på HNTs interne nettsider, blant annet eksempelvideoer som viste arbeidsprosesser.

Spørreundersøkelsen hadde to påfølgende spørsmål der lederne ble spurt om hvilke lederoppgaver de tenkte ville være veldig annerledes og relativt uforandrede i 2025 sammenlignet med dagens lederoppgaver. Oppgavene ledere mente ville være veldig annerledes kan kategoriseres på områdene *samhandling, innovasjon/utvikling, drift og styringsdata*.

Innenfor samhandling nevnes økt bruk av elektronisk kommunikasjon, mindre direktekontakt med pasienter og pårørende, og mindre bruk av tid til tilrettelegging av samhandlingsarenaer. Dette som et resultat av en videreutvikling av Helseplattformens innhold og utnyttelse av kommunikasjonsflaten med pasienter og samarbeidspartnere.

Ledere pekte også på at Helseplattformen ville gi både pasienter og behandlere lettere tilgang til pasientdata. Dette er noe som kan gi et bedre grunnlag for tjenesteinnovasjon. Dagens tjenester vil kunne utøves på *nye måter* og det vil også kunne utvikles *nye tjenester*. Dette støttes

av rapporten IT i praksis utarbeidet av Rambøll Management Consulting (2020), som peker på sammenhengende tjenester med brukeren i sentrum, økt deling av data og felles økosystem for samhandling og tjenesteutvikling. Disse tilbakemeldingene er også helt i tråd med intensjonene med Helseplattformen som viser til at Helseplattformen ikke bare handler om å skifte IKT-verktøy, det vil også bidra til endring og utvikling av arbeidsprosessene som utføres i helsetjenesten i dag. Mange mennesker skal ta i bruk et nytt verktøy, mange integrasjoner skal på plass, og i Helseplattformens tilfelle er det også ulike organisasjoner som skal samhandle på nye måter. Det er flere som har skrevet om forholdet mellom teknologi, mennesker og organisering. Morgan (2004) skrev om det doble perspektivet som han kaller «sosiotechniske systemer» og prinsippet med å ta hensyn til både de menneskelige og tekniske sidene ved arbeidet. Alt henger sammen med alt. For Orlikowsky (2007) var det et premiss at daglig organisering er uløselig bundet opp av materialitet, og har argumentert for en tilnærming med en konstitutiv sammenfiltring av det sosiale og materielle i hverdagen. Rennemo (2019) viser til teorien om aktør-nettverk der aktøren i den sosiomaterielle relasjonismen er den personen eller det elementet som genererer handling og for klinikken er aktørene lederne, de ansatte, utstyret og datasystemene som brukes.

Når det gjelder drift, vektla ledere viktigheten med å være ajour med dokumentasjon, brukerperspektivet og brukermedvirkning. I fokusgruppeintervjuet nevnte flere ledere at Helseplattformens demonstrasjonsvideoer var viktige for å forstå hvordan de nye arbeidsprosessene ville bli og at dette vil bli bra:

*«Har begynt å se litt videoer og begynt å skjønne litt hvordan dette blir, før var det bare en sånn «snakkis» skjønte ikke helt hvordan det var, det gikk rykter om at det var forferdelig mye klikk».*

*«Nå begynner vi å få et ferdig produkt sånn at vi se kan se mer hvordan det blir og da ble det for min del mer positivt».*

*«Helseplattformen synes jeg er spennende fordi det har fokus på pasientens helsejournal, sterkere brukermedvirkning og at vi skriver journal for pasienten sin del og ikke for vår egen del - det liker jeg godt med Helseplattformen».*

*«Det blir mere standardisert, likt for pasienten og med en gevinst på fag. Det som fenet meg aller først med Helseplattformen var gevinsten ut til pasienten og samhandlingen mellom behandler, pasient og sykehuset. Hvis vi får den «biten» til å gå, det tror jeg blir en helsegevinst for alle generelt» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*



«Med økt transparens og synlighet må man være oppmerksom på å skrive slik at det kan forstås av mange. Mer oppdatert dokumentasjon vil gi bedre mulighet for å monitorere kontinuerlig, får raskere tilgang til styringsinformasjon, dette påvirker arbeidsflyt og som leder vil dette kunne gi meg økte muligheter til å hente ut data fra Helseplattformen» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).

Tidsbruk var en faktor som ble nevnt både i spørreundersøkelsene og fokusgruppeintervjuet. På den ene siden så ledere for seg at det måtte anvendes mye tid for å få utstyr og arbeidsprosesser på plass og til å fungere. Samtidig vil en effektivisering kunne gi rom for endret tidsbruk som kan anvendes på andre ting som f.eks. utviklingsperspektivet i ledergjeringen.

Lederoppgaver som ledere nevnte ville være relativt uforandrede etter innføringen av Helseplattformen handlet i hovedsak om *personalledelse* og områder i tilknytning til det. Nesten alle lederne (7 av 9) nevnte dette i begge spørreundersøkelsene. Oppgaver som her ble nevnt var rekruttering, bemanningsplanlegging, helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, oppfølging av sykemeldte, personaloppfølging, støtte og tilstedeværelse.

Andre områder ledere mente ville være relativt uforandrede var arbeid med *budsjett, økonomi, fag og utvikling* uten at dette ble nærmere konkretisert.

Det var også enkeltledere som skrev at Helseplattformen kun ville medføre få endringer av lederoppgavene og at de fleste oppgavene ville forbli de samme. Flere ledere nevnte usikkerhet omkring Helseplattformen fordi de ikke helt visste hvordan det kom til å bli. Her fremkom det ingen større forskjeller mellom besvarelsene i de to spørreundersøkelsene.

## **Oppsummering**

Temaet *Lederes forståelse for Helseplattformens påvirkning på arbeidshverdagen* kort oppsummert. Det viser at ved slutten av følgeforskningsperioden hadde flertallet av lederne som besvarte spørreundersøkelsene en forståelse for at innføring av Helseplattformen vil påvirke lederens oppgaver relativt mye.

Fra mars til juni 2021 kan det se ut som at flere ledere i klinikken deler denne forståelsen. Både i første og andre spørreundersøkelse mente mange ledere at oppgaver innen områdene *samhandling, innovasjon/utvikling, drift og bruk av tid* ville bli mest påvirket av Helseplattformen. Hva som har bidratt til denne endringen er sannsynligvis sammensatt. Det

ble i denne perioden gjennomført to klinikkinterne DRIV-samlinger og et fokusgruppeintervju med fem av lederne.

Noen ledere nevnte også oppgaver de mente i liten grad ville bli påvirket av innføring av Helseplattformen. Det var oppgaver knyttet til rollen som personalleder, og oppgaver knyttet til økonomi, fag og utvikling.

Når det gjelder forskningsspørsmål 2 så kan det se ut som om ledere gjennom perioden har fått bedre innsikt i hvordan Helseplattformen kan påvirke arbeidsprosessene. I starten av perioden var det mange ledere som var usikre på hvordan det ville bli. Ved slutten av følgeforskningsperioden hadde usikkerheten blitt mindre, og flere ledere uttrykte i større grad en positivitet til det som skulle komme.

### 6.3 Viktig kompetanse ved innføring av Helseplattformen

Spørreundersøkelsen hadde tre spørsmål som omhandlet viktig eksisterende kompetanse og kompetansebehov for innføring av Helseplattformen. Av egenkompetanse i ledergruppen løftet halvparten av lederne som besvarte spørreundersøkelsen frem *endringskompetanse* og erfaring fra endringsprosesser, flere nevnte erfaring fra innføring av andre IKT-verktøy og god kjennskap og oversikt til egen enhet. Halvparten av lederne skrev at de har *IKT kompetanse*. Her nevnte de god forståelse for IKT vedrørende systemer, erfaringer og ferdigheter, samt en positiv holdning til digitalisering. Ledere viste også til verdien av å ha spesialistkompetanse på fagområdet, generell ledelseskompentanse, kommunikasjonsferdigheter og evnen til å:

«*Spille på alle andre gode krefter i enheten*» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).

Flere ledere nevnte nysgjerrighet, endringsvilje og innovativ som viktige egenskaper. En av lederne skrev følgende om verdifull egenkompetanse:

«*Nysgjerrig og liker utforske og lære nye ting, liker også å lære videre, finne ut av ting i fellesskap*» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).

Flere ledere beskrev mye av det samme som Lai (2015) har definert som innhold i kompetansebegrepet; kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger. Motivasjon er definert som grunnleggende element og egenskap i både kreativitet og innovasjon (Amabile, 1998 og Oddane, 2017). I tillegg kan også det «*å like å finne ut av ting i fellesskap*» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse) være et godt grunnlag for samskaping (Røiseland & Lo, 2019). Samskaping er beskrevet nærmere i kapittel 4.10. Når lederne ble spurt om viktig kompetanse

hos de ansatte i forbindelse med arbeidet med innføringsprosessen på egen avdeling, svarte en tredjedel av lederne at de har medarbeidere som er endringsdyktige, vant til å samhandle i team, ser behov og nytte for forbedringer og har erfaringer fra tidligere omstillinger.

Von Krogh et al. (2001) beskriver at kunnskap er bundet til sosiale og kulturelle situasjoner som oppstår når mennesker arbeider sammen. Noen ledere svarte at de har medarbeidere med IKT-kompetanse og som har forståelse for sammenhengen mellom teknologi og klinisk arbeid. En leder var opptatt av at det å bruke denne forståelsen for sammenheng ville være veldig viktig for utvikling av teknologiske løsninger og hensiktsmessige arbeidsprosesser innenfor de ulike fagområdene. Mange ansatte kjenner hverandre godt, hverandres styrker og svakheter gjør dem i stand til å hjelpe hverandre. Von Krog et al. (2001) anbefaler lokale eksperter eller talspersoner for kunnskapsformidlingen og at disse bør være mer enn tekniske eksperter.

Når det gjelder behov for ny eller mere kompetanse, uttrykte flere ledere en usikkerhet fordi de ikke visste hvordan systemene i Helseplattformen ville utformes for eget fagområde. Tilbakemeldinger fra ledere viste at det fantes IKT-kompetanse både i ledergruppa og blant medarbeiderne, samtidig som de sa at det likevel var behov for mer av denne kompetansen. De pekte spesielt på digitalisering av pasientjournal, deriblant at det å håndtere systemene effektivt vil kunne bidra til en trygghet i hverdagen som gjør at man unngår at det å lære nye systemer går på bekostning av pasientarbeidet. Dersom teknologien svikter eller de ansatte ikke mestret å bruke systemene, kan det fort skape frustrasjon og motstand til teknologien som i dette tilfelle vil være Helseplattformen:

*«Helsearbeidere uten teknologisk kompetanse blir raskt frustrerte og demotiverte hvis teknologien ikke fungerer, de vil bruke minst mulig tid på teknologien – det er den direkte pasientkontakten/behandlingen de har kunnskap om og ønske om å bruke tiden på» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).*

Halvparten av lederne ønsket mer kompetanse på håndtering av en forventet motstand mot endringer hos personale i egen enhet og et par ledere hadde ønske om bistand til å gjennomføre endringsprosesser. Håndtering av prosesser i egen avdeling beskrives nærmere i kapittel 6.4.

Noen ledere mente at de i egen avdeling hadde nødvendig kompetanse. For dem var det behov for mer styrende informasjon for å kunne langtidsplanlegge, kunne ha fokus på prosessen samt få opplæring i de endringer som ville komme.

I fokusgruppeintervjuet gjentar informantene at de ser viktigheten av å sette av tid og å få gitt informasjon. Utfordringen som her beskrives er at dette er en av mange ting lederne skal gjøre:

*«Må få det mer frem i pannen, må innrømme at du er med på det du skal og så legger du det litt bak igjen, dette er en av mange andre arbeidsoppgaver».*

*«Det skal snakkes om - vi skal i hvert fall tematisere det. Har problemer med på hvilken måte vi skal tematisere det, kjenner jeg blir veldig ullen fordi det er så stort»*  
(Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

## **Oppsummering**

Tilbakemeldinger fra ledere på området *viktig kompetanse* ved innføring av Helseplattformen viser at de mener det finnes mye relevant kompetanse i avdelingene i klinikken, som endringskompetanse, endringserfaring og IKT-kompetanse hos både ledere og ansatte. Denne kompetansen vil være verdifull med hensyn til det som skal skje fremover. Lai (2013) definerer kompetanse som *potensial*, et samlebegrep for kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål.

Forskningsspørsmål 1 spør om lederes syn på behov for ny generell og individuell kompetanse. Ifølge mange ledere har egen enhet behov for mer av samme type kompetanse som nevnt i avsnittet ovenfor. Det individuelle kompetansebehovet knytter seg spesielt til IKT og digitalisering av pasientjournal. Dette kan kanskje oppnås gjennom det som Von Krogh et al. (2001) kaller en kunnskapshjelpende kontekst, der kunnskapen er bundet til sosiale og kulturelle situasjoner som oppstår når mennesker arbeider sammen. I praksis kan dette bety at ansatte setter seg ned sammen og ser på hvordan de registrerer pasientdata i ny journalløsning. Det planlegges opplæring i forkant av innføring (figur 1), men det vil også være viktig å legge til rette for at en slik samhandling / medarbeiderstøtte kan foregå også etter den første opplæringen.

Når det gjelder ny kunnskap gjennom lederutviklingsprogrammet DRIV (forskningsspørsmål 3), formidlet ledere at DRIV kanskje ikke har gitt ny kunnskap, men derimot nyttig informasjon om Helseplattformen og mer kunnskap om endringsledelse. Det skrives mer om dette i kapittel 6.5.

Ledere ga også tilbakemelding om at de hadde behov for informasjon om rammer for prosessen for å kunne langtidsplanlegge samt ha muligheter for å kunne ha fokus på prosessen. Et

eksempel var hvor stor aktivitetsreduksjon man skal kunne regne med i forbindelse med innføringsprosessen.

#### 6.4 Viktige forberedende tiltak for gjennomføring av helseplattformen ved egen enhet

Datainnsamlingen til dette kapittelet er primært hentet fra fokusgruppeintervjuet med en bredt sammensatt ledergruppe fra KBF. I intervjuet ble det stilt spørsmål om hva de trenger for å være forberedt. Den første tilbakemeldingen som kom fra en leder var:

*«Litt av utfordringen er at vi vet jo ikke hva som blir den største utfordringen. Det er vanskelig å se for seg hva jeg trenger fremover selv om jeg skjønner at jeg trenger mye og at jeg må trygge mine medarbeidere, men hvordan klarer jeg ikke helt å se for meg»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

En leder pekte på at:

*«Vi har allerede en del verdier i organisasjon, vi har hatt utfordringer før og da har vi mestret det «sånn», det er kjennetegnende for oss. Jeg vet hva som lyktes, vi satte oss sammen, vi er mange her og understreket at vi er et lag og dette får vi til! Ha fremsnakk og løfte det opp - man må lage sånne prosesser. Sette sammen grupper - det er mange kloke hoder her. Man må regissere prosessene fordi de kommer ikke av seg selv»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Dette kan være et eksempel på det som Hernes (2016) kaller å ha et narrativ som drivkraft for utviklingsarbeid. Man kan bruke erfaringer, samhandling og samhandlingsmønster til å løse nye utfordringer. At de tidligere har mestret dette kan gi både trygghet, mening og motivasjon til å løse nye utfordringene som vil komme med for eksempel ved innføring av Helseplattformen.

Etter hvert var det flere ledere som fremhevet betydningen av å ha en plan for rammene med innføringsprosessen. En leder ønsket:

*«Tydelighet på rammer på hvor mye produksjon kan gå ned, skal aktiviteten senkes eller skal det kjøpes overtid av folk? Dette bør være gjennomtenkt og legges inn i budsjettene. Viktig å tilrettelegge for nok tid og ressurser i implementeringsfasen»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Klinikk for kvinne, barn og familie har fem ansatte som er engasjert som fageksperter for utvikling av fagspesifikke løsninger i Helseplattformen. På de klinikkvise DRIV-samlingene

har klinikkleder ved flere anledninger formidlet viktigheten av å bruke fagekspertene i forberedelsesarbeidet. Et eksempel på at dette var gjort:

*«Diskuterte med seksjonsleder og fagutvikler for å komme til enighet for hva vi ønsker, vi så jo at det ene forslaget så bra ut, men vi må forandre mye av det vi gjør i dag, men det blir en tryggere måte å gjøre det på. Vi går for det, vi melder det inn og det kommer Helseplattformen helt sikkert til å gå for. Når vi var blitt enige - det blir spennende og artig, YES dette får vi til! Vi må begynne å «så» dette inn til de ansatte, dette kan ikke vente til Helseplattformen kommer» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

Fagekspertene jobber med grunnlaget for utarbeidelse av demonstrasjonsvideoer av ulike løsninger. Så langt hadde videoene omhandlet eksempler fra somatiske tjenester. Flere ledere i KBF savnet eksempelløsninger fra det som det jobbes med mer spesifikt innenfor eget fagområde. Både eksempler og erfaringer fra disse områdene kan etter hvert komme fra St. Olavs hospital som er først ut med innføringsarbeidet i regionen. Flere ledere peker på at erfaringene St. Olav hospital gjør kan ha en overføringsverdi og være en ressurs for innføringsarbeidet i HNT. Klinikkenes fagekspert sitter i ulike fagforum og vil her kunne bidra med å dele erfaringer på ulike områder:

*«Gleder oss til St. Olavs kommer i gang og får høre hva det har å si for de som er i vårt fagfelt. Savner noe jeg kan bruke som tydelig eksempel på hvordan det blir utseende og hvordan det vil virke for oss, hvordan arbeidsprosesser blir i varetatt» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

Konteksten for St. Olavs hospital er sannsynligvis annerledes enn i HNT, og dermed kan nok ikke løsninger kopieres. Det vil derimot handle om gjenskaping med bruk av kunnskapen fra St. Olav hospital for å reprodusere en lokal løsning der det er tatt hensyn til lokale forhold i HNT. Viser her til modell for formidling av eksplisitt og taus kunnskap (figur 10).

På den andre klinikkvise DRIV-samlingen i KBF deltok også en overlege fra St. Olavs hospital. Overlegen kom med faglige innspill og erfaringer fra arbeidet med innføringsprosessen på St. Olavs hospital, og de faglige innspillene ble av ledere opplevd som nyttig.

Flere ledere var opptatt av støtte til å kunne ta av beslutninger. En ønsket en plan for hvor ledere kunne hente støtte når man som leder var usikker eller *når det er som mest kaotisk* som en leder uttrykte det. Helseplattformen bruker konsensusgrupper der diskusjonene bidrar til forankring

og modning på de beslutninger som fagekspertene skal ta. Denne måten å jobbe på har en av avdelingene videreført. På fokusgruppeintervjuet sa en leder at:

*«Vi gjorde en lur ting, med å bruke ledergruppen som konsensusgruppe og bredder det gradvis ut fra det» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

## **Oppsummering**

Av viktige forberedende tiltak som ledere så i klinikkens innføringsarbeid (første del av forskningsspørsmål 4) var å lage tydelige rammer som kan være til hjelp for riktig prioritering av ressurser. De aner at behovet for ressurser vil være stort, men har problemer med å se hvor stort. Flere var opptatt av å bruke fagekspertene samt erfaringene fra innføringsprosess og oppstart på St. Olavs hospital som starter ett halvår tidligere. Plan for leder- og beslutningsstøtte ble også nevnt som et viktig tiltak.

Ledere pekte på at det finnes mye verdifull kompetanse og erfaring som man kan dra nytte av i forbindelse med innføringsarbeidet. At de kan relatere dette til tidligere erfaringer og ikke ser på dette som noe veldig annerledes vil kunne ufarliggjøre det som kommer og bidra til å skape trygghet i omgivelsene.

Tredje og siste klinikkinterne DRIV-samling for ledere i KBF skal etter planen gjennomføres i september 2021. Hovedoppgaven på denne samlingen vil ifølge klinikkleder være å lage en plan for forberedelser og innføring av Helseplattformen i 2022. Følgeforskningsrapporten med lederes tilbakemeldinger vil kunne være et godt bidrag både til samlingen og i det videre arbeidet i klinikken.

## **6.5 Lederutviklingsprogrammet DRIV sin betydning for ledere**

Datagrunnlaget til dette kapitlet er begge spørreundersøkelsene, fokusgruppeintervju og observasjoner gjort på gjennomførte DRIV-samlinger i følgeforskningsperioden.

Med lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 ønsket HNT å koble ledelsesutvikling i HNT med opplæringen i forbindelse med innføringen av Helseplattformen. DRIV 2021 fokuserer på endringsledelse som er ett av tiltaksområdene for å lykkes med innføringen av Helseplattformen.

Dette var utgangspunktet når DRIV 2021 startet med en kick-off, en digital samling for 150 ledere i HNT, 11. februar 2021. Deretter skulle det gjennomføres tre klinikkinterne DRIV-

samlinger i løpet av 2021. I følgeforskningsperioden ble to av de klinikkinterne samlingene gjennomført i Klinikk for kvinne, barn og familie. Begge ble digitale samlinger med bruk av Microsoft Teams. Følgeforskningen hadde spørreskjemaundersøkelse etter HNTs kick-off-samling og etter den andre klinikk-samlingen. Fokusgruppeintervjuet med ledere i KBF ble gjennomført mellom første og andre klinikk-samling.

I spørreundersøkelsen etter kick-off-samlingen spurte vi ledere om hvilken informasjon gjennom programmet DRIV som hadde vært nyttig. Halvparten av lederne fremhevet her informasjon om endringsledelse og endringsarbeid, som var et av temaene i klinikkens første DRIV-samling. I tillegg var det ledere som nevnte at informasjon om Helseplattformen var interessant. Ledere ga også tilbakemelding om at det at DRIV hadde fokus på «meg som leder» var motiverende.

Etter klinikkens første DRIV-samling sa halvparten av lederne at DRIV så langt i liten eller ingen grad hadde påvirket deres prioriteringer som leder. En av årsakene som her ble oppgitt var at de hadde fokus på drift i en hektisk hverdag. Tre ledere skrev at de hadde satt av mer tid til informasjon og til å gi støtte til ansatte som kommer med gode ideer og forslag på forbedringstiltak. En leder hadde blitt mer bevisst på det å ta beslutninger og oppfølging av beslutninger.

Når andre spørreundersøkelse ble gjennomført hadde lederne deltatt på to klinikkvise samlinger med arbeidsoppgaver imellom som forberedelser til andre samling (arbeid med gevinstmål for avdelingene). I samme periode hadde fem ledere deltatt på et fokusgruppeintervju. Når de samme spørsmålene om DRIV ble stilt i andre spørreundersøkelse svarte ledere langt mere nyansert. Behovet for involvering av de ansatte ble av flere sett på og nevnt som viktig for implementering av Helseplattformen:

*«Jeg har fått større innblikk i hvordan Helseplattformen blir og kan fremsnakke den til andre. Viktigheten av at ansatte har en klar forståelse av hvorfor endring er nødvendig»*  
(Lederutsagn fra spørreundersøkelse).

Flere av lederne løftet frem dette med gevinstmål:

*«Har nå forstått mer om hvorfor vi har brukt mye tid på gevinstrealisering. Nødvendigheten av å kunne vektlegge det som skal oppnås/gevinster/resultater, aktualisere og holde varmt»* (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).

Fokuset på endringsledelse har gjort flere ledere oppmerksom på at:



*«Helseplattformen vil påvirke oss på mange flere måter enn bare det å få en ny journalløsning, men fortsatt er mye enda uklart for meg» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

På andre spørreundersøkelse svarte fortsatt nesten halvparten av lederne som besvarte spørreundersøkelsen, dvs. 4 av 9, at DRIV så langt i liten grad hadde påvirket deres prioriteringer som leder. Fortsatt nevnes fokus på drift. De lederne som mener at DRIV har påvirket dem viste til at de har informert om Helseplattformen på ledermøter og i den forbindelsen brukt fagekspert og fagutviklere. De har fremsnakket Helseplattformen ovenfor ansatte og oppfordret dem til å være aktive og se tilgjengelige demovideoer. En leder sa at enheten må eie problemstillingen, leder må selge inn forbedringsarbeid ved å spille på gode medarbeidere i prosessen og være bevisst på mål, plan og beslutninger.

Både i spørreundersøkelsene og fokusgruppeintervju ble ledere utfordret på at de uavhengig av ledernivå hadde en viktig rolle i arbeidet med innføring av Helseplattformen. I første spørreundersøkelse løftet alle ledere frem rollen som motivator, å informere om og framsnakke Helseplattformen:

*«Positiv holdning til endring, holde saken høyt, jeg må være fyrtårnet».*

*«Stå i motstand» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).*

I andre spørreundersøkelse skrev ledere mye av det samme som i første, og nå hadde tilbakemeldingene blitt mere konkrete:

*«Skaffe/dele informasjon til ansatte for å gjøre dem i stand til å takle alle endringer som kommer».*

*«Bruke fagekspertene mer, rekruttere superbrukere».*

*«Lage en solid og velegnet journalplattform og bidra aktivt i implementeringen».*

*«Planlegge opplæringen godt, redusere elektiv aktivitet og være tett på turnus og planer».*

*«Utfordring å stå i det – holde spiriten oppe. Lederoppgavene blir de samme, men at det blir mer intenst, nødt til å være mere på» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).*

En interessant tilbakemelding fra en leder var opplevelsen av seg selv som «ullen» og utydelig ovenfor de ansatte. Blant annet fordi det ikke var demovideoer eller annet å vise til, og i mangel på noe å vise til tok lederen i bruk fine ord for å få det til å fremstå som bra.

I fokusgruppeintervjuet ble samhandling og lederstøtte drøftet, her kom lederne både med tanker og flere innspill på konkrete tiltak:

*«Kunne tenke meg muligheten til treffpunkt på tvers av fagområdene i klinikken. Vi er en klinikk, men mange fagspesialiteter som skal se ting i sammenheng. Det er ikke alt vi greier å belyse i egen ledergruppe, kan hende andre gjør seg erfaringer vi kan dra nytte av på tvers, at det kunne vært del av en plan. Når det er utvidet ledermøte er det så mye annet som står på agendaen».*

*«Sette av tid i lederteam, ha Helseplattformen som agenda rett og slett, bruke fagekspertene til å vise oss mere og mere – rett og slett bli mere på». «Har spilt inn at man kan ha støtte i hverandre på ledernivå, men det er klart at det må lages en plan eller så blir det mye ad hoc» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

To klinikkinterne DRIV-samlinger var gjennomført og en gjensto høsten 2021. Derfra vil det være et helt år til innføringen av Helseplattformen starter, og som det ble sagt av en av lederne i fokusgruppeintervju:

*«Det året kommer til å bli kjempeviktig og vi trenger jo oppfølging!» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

#### 6.5.1 Observasjoner klinikkvise DRIV-samlingene i Klinik for kvinne, barn og familie

Både første og andre DRIV-samling ble gjennomført digitalt med bruk av Microsoft Teams. På første samling ble det gitt mye informasjon. Det startet med en innledning med blant annet presentasjon av resultater fra første spørreundersøkelse, og deretter en bolk om endringsledelse etterfulgt av informasjon om Helseplattformen. Informasjonen bestod i hovedsak av flere demonstrasjonsvideoer som viste hvordan arbeidsprosesser kunne se ut når verktøy i Helseplattformen ble tatt i bruk. Etter visning av videoene var det satt av tid til spørsmål og litt diskusjon, og det kom noen spørsmål.

Når arbeidsoppgavene avdelingene skulle jobbe med til neste samling var forklart og klinikkleder i avslutningen etter 3 timer spurte lederne hvordan samlingen hadde vært, ble det

nesten helt stille. Klinikleder var i forkant av samlingen forespurt om det var noe Anders Bergkvist som observatør skulle ha spesielt fokus på. Engasjement blant lederne ble da løftet frem som spesielt interessant. Anders Bergkvist observerte et lavt engasjement blant lederne på denne samlingen. Det kan tenkes at noe av årsaken var at samlingen ble gjennomført digitalt og i stor grad inneholdt ren informasjon i form av videopresentasjoner. I et oppfølgingsmøte etter samlingen mellom oss masterstudenter og klinikleder ble ledernes engasjement diskutert. Dersom det var et mål å skape mer engasjement på neste samling, burde lederne involveres og aktiviseres i langt større grad. Engasjement og kunnskapsutvikling stimuleres gjennom samtaler der informasjonen drøftes (Von Krogh, et al., 2001, Gotvassli, 2015).

Mellom samlingene ble det i hver avdeling arbeidet med gevinstmål. Dette arbeidet ble fulgt opp på andre DRIV-samling. Denne samlingen ble lagt opp på en helt annen måte enn den første. Etter korte presentasjoner fra flere av fagekspertene ble det satt av god tid til gruppearbeid i tverrfaglige grupper på tvers av avdelingene. Her ble oppgaven med gevinstmål fulgt opp og konkretisert i både mål med aktuelle tiltak og kommentarer. Hver gruppe presenterte sine forslag i plenum etterpå. Her var det rom for innspill og kommentarer. På denne samlingen deltok en overlege fra St. Olavs hospital som også var fagekspert i Helseplattformen. Han bidro både med faglige innspill og kunnskap om hva som hadde og ikke hadde blitt gjort på St. Olavs hospital. Det var gode tilbakemeldinger fra ledere på slutten av samlingen. Observatøren var helt enig med lederne, dette opplevdes som en aktiv og engasjerende ledersamling som i tillegg hadde produsert et stykke arbeid for klinikken med konkretisering av forslag til gevinstmål og tiltak.

### **Oppsummering**

Oppsummert viste tilbakemeldinger fra spørreundersøkelser, fokusgruppeintervju og observasjoner at ledere opplevde å ha fått informasjon på DRIV-samlingene som var interessant for dem. Endringsledelse, endringsarbeid og informasjon om Helseplattformen ble løftet frem som mest interessant. I starten var mange ledere litt usikre på hva Helseplattformen ville bety for dem. Likevel skrev alle ledere som besvarte første spørreundersøkelse at en av deres viktigste roller var å være motivator og fremsnakke Helseplattformen ovenfor ansatte på sine enheter.

Etter to DRIV-samlinger og for noen et fokusgruppeintervju, var usikkerheten fortsatt fremtredende hos flere ledere. Men vi finner også noe som kan tyde på en positiv utvikling. Det ble blant annet sagt at:

*«Helseplattformen vil påvirke oss på mange flere måter enn bare det å få en ny journalløsning, jeg har fått større innblikk i hvordan Helseplattformen blir og kan fremsnakke den til andre. Viktigheten av at ansatte har en klar forståelse av hvorfor endring er nødvendig» (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).*

Det kan se ut som om informasjon og dialog om Helseplattformen har utviklet og/eller endret lederes forståelse om Helseplattformens påvirkning på arbeidsprosesser ved egen enhet og lederes arbeidshverdag. Dette kan knyttes til forskningsspørsmål 2 og 3.

På fokusgruppeintervju og andre spørreundersøkelse har flere ledere sagt og skrevet relativt tydelig hva de tenkte var viktig for dem å gjøre i den videre prosessen. De nevner tiltak som å skaffe og dele informasjon til ansatte for å gjøre dem i stand til å takle alle endringer som kommer, bruke fagekspertene mer og rekruttere superbrukere. Videre nevnes god planlegging av opplæringen, være tett på turnus og planer, lage en solid og velegnet journalplattform og bidra aktivt i implementeringen. Som leder var det viktig å klare å stå i prosessen og holde engasjementet oppe. Disse tingene anser vi å være konkrete tilbakemeldinger på forskningsspørsmål 4. Flere av lederne ønsket også ledersamhandling på tvers av fag og avdelinger:

*«Det er ikke alt vi greier å belyse i egen ledergruppe, kan hende andre gjør seg erfaringer vi kan dra nytte av på tvers, at det kunne vært del av en plan. Helseplattformen på agendaen i lederteam» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

Von Krogh et al. (2001) viser til at kunnskapsutvikling skjer gjennom samarbeid, dialog og refleksjon. Å etablere en kunnskapshjelpende kontekst med blant annet møteplasser og arenaer for samhandling mellom lederne vil være hensiktsmessig.

På første klinikkinterne DRIV-samling var det mye enveisformidling med kompetansepåfyll om endringsledelse og mye informasjon om Helseplattformen. Andre DRIV-samling ble lagt opp på en annen måte. Etter å ha fått informasjon fra fagekspertene ble det arbeidet med gevinstmål i klinikken gjennom gruppearbeid og fremlegg i plenum. Observasjonen utenfra var at den andre DRIV-samlingen i klinikken aktiviserte og engasjerte ledere på en god måte. Dette ble bekreftet gjennom tilbakemeldinger fra ledere på slutten av og etter samlingen. Etter tredje og siste klinikkvise DRIV-samling høsten 2021 vil det fortsatt være ett år til oppstart av Helseplattformen, og ledere ønsket oppfølging i denne viktige perioden.

## 6.6 Klinikklederens forståelse for og arbeid med Helseplattformen og DRIV 2021

Gjennom sin organisasjonsmessige posisjon og rolle har klinikkledere et overordnet ansvar for prosessen med innføringen av Helseplattformen i egen klinikk. Klinikklederens forståelse vil derfor være av stor betydning og styrende for deres prioriteringer av ressurser og oppgaver det tilrettelegges for i dette arbeidet.

I analysen av fokusgruppeintervjuet ble klinikkledere i utgangspunkt behandlet som én analyseenhet. Samtidig vil noen av tilbakemeldingene grunnet klinikkens relativt ulike ansvarsområder i HNT, kunne kobles tilbake til aktuell klinikk og klinikkleder. Gjengivelse av gjenkjennelige tilbakemeldinger er gjort kjent og godkjent av aktuelle klinikkledere. I analysen av fokusgruppeintervjuet med klinikkledere hadde vi fokus på:

- Ledernes forståelse av Helseplattformen (hva var de opptatte av)
- Hvordan bruke lederutviklingsprogrammet DRIV til å forberede mellomledere i klinikken på innføring av Helseplattformen?
- Klinikklederens rolle, rammer og ressurser

### 6.6.1 Klinikklederens forståelse av Helseplattformen

På fokusgruppeintervjuet deltok klinikkledere fra fem av ni klinikker i HNT. Tre av disse fem klinikkene har virksomheter med pasientbehandling på sykehusene i Levanger og Namsos. En klinikk har prehospitale tjenester som akuttmedisinsk kommandosentral, ambulanser og pasientreiser og den siste klinikken bidrar med intern service innen forskjellige fagområder til de andre klinikkene. Klinikkenes virksomheter og arbeidsoppgaver var dermed til dels veldig forskjellige fra hverandre. Det som klinikkledere har felles, er hovedansvaret for ledelse av en klinikk i samme organisasjon og at de samhandler med hverandre etter behov. Klinikklederne har ellers ulike fagbakgrunn samt at deres erfaringer og virksomhetskontekst er forskjellig. Spørsmålet var hvordan denne forskjelligheten ville påvirke klinikklederens forståelse av Helseplattformen som fenomen. I fokusgruppeintervjuet ville vi prøve å finne ut av dette blant annet gjennom spørsmålet *hva i Helseplattformen har fanget deres oppmerksomhet?*

De første tilbakemeldingene som kom på dette spørsmålet var - *en innbygger en journal*. I dag benyttes det mange ulike programmer og systemer for dokumentasjon. Det er en felles forståelse og tro på at et felles system vil forenkle mange arbeidsprosesser. Ny pasientjournal i Helseplattformen vil også kunne gi pasienten fortløpende innsyn i dokumenter som omhandlet dem selv, og med mulighet til å involvere seg i sitt eget behandlingsforløp:

«Synes det er spennende at pasientene kan være med å styre litt mere også, kan slippe litt mere til og få en sterkere stemme, det synes jeg er utrolig spennende. Dette krever utrolig skjerping av behandlere i forhold til hva som dokumenteres, flere vil etterspørre innsyn i sine journaler – vi må skjerpe oss!»

«Å kunne fjerne doble arbeidsprosesser ble fremhevet som den store gevinsten med Helseplattformen» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Andre momenter som ble nevnt var økt pasientsikkerhet, viktigheten av sømløs kommunikasjon mellom ulike tjenestenivå, mellom primærhelsetjeneste, kommune og spesielt mellom spesialisthelsetjenestene. Det ble også av flere klinikkledere opplevd som spennende å få et felles system som vil kunne:

«Gi tilgang til store mengder helsedata som muliggjør kvalitetsregistrering og forskning på en helt annen måte enn tidligere» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Bedre tilgang til data for forskning og kunnskapsutvikling vil kunne bidra til innovasjon på ulike områder. Eksempler på dette er forbedringsarbeid i forhold til pasientbehandling, arbeidsprosesser og støttende digitale systemer. Utviklingen og endringen kan skje radikalt eller trinnvis. For å kunne kalle en trinnvis tjeneste- eller prosessendring for en innovasjon må den være ny eller signifikant forbedret i forhold til det den var før (Westeren, 2013). Innovasjon kan ellers forstås som «*enhver idé, praksis eller materiell størrelse som oppfattes som ny for den som tar den i bruk*» (Gotvassli, 2015, s.179).

En klinikkleder mente at Helseplattformen ville berøre eksisterende virksomhet i egen klinikk ulikt. De som blir mest involvert vil bruke Helseplattformen på mange av sine oppgaver, mens andre bare på få og mindre oppgaver. Noen funksjoner vil i det daglige arbeidet bruke systemer som kommer med Helseplattformen. Eksempel på dette var service og dokumentforvaltning, ekspedisjoner som foretar besøksregistrering og mottar betaling fra pasienter. To av avdelingene som blir berørt vil foreta leveranser i forberedelsene til Helseplattformen frem mot innføring. Medisinsk teknisk avdeling vil levere blant annet trådløs kommunikasjon opp imot utstyr og diagnostiske verktøy. Eiendomsavdelingen vil støtte opp mot lokasjoner og arealmessige forhold der utstyret skal plasseres. Det vil også være avdelinger i den samme klinikken som ikke blir direkte berørt av Helseplattformen i første omgang.

Tilbakemeldingene så langt viste at det som har fanget klinikkledernes oppmerksomhet ved Helseplattformen var *hvordan* Helseplattformen relativt konkret vil kunne *påvirke* egen

virksomhet og hva som vil kunne bli *mulige gevinster* ved å ta Helseplattformen i bruk. I tillegg ble mer grunnleggende elementer fremhevet, som pasientmedvirkning og at man gjennom et felles system kan få tilgang til store mengder helsedata som vil kunne benyttes i blant annet forskning.

For en av klinikkene vil innføring av Helseplattformen muligens skape utfordringer fordi denne klinikkens virksomhet samhandler aktivt med de andre klinikkene, men ingen av klinikkens tjenester planlegges å være del av Helseplattformen. Det betyr i praksis at observasjoner, tiltak og informasjon om pasienter registreres i egne journalsystemer utenfor Helseplattformen. Klinikkleder var tydelig på at dette var pasientopplysninger som andre klinikker har behov for og som ville ha vært lettere tilgjengelig som integrert del i en felles journal. Det kan her se ut som at man her vil gå glipp av gevinster vedrørende pasientdata, kommunikasjon og samhandling når hele tjenesten ikke inkluderes i det felles journalsystemet, når det er noe av det som fremmes som en av de store gevinstene med Helseplattformen

En klinikkleder var opptatt av at de ansatte måtte være forberedt, ha kunnskap om Helseplattformen og hva som praktisk skal gjøres. De ansatte må forberedes raskt slik at pasienter ikke vil bli «*satt på vent imens vi lærer oss et journalsystem*» (Lederutsagn fokusgruppeintervju). I neste kapittel ser vi på hvordan klinikklederne benytter DRIV i forberedelsesarbeidet i egen klinikk.

#### 6.6.2. Hvordan benytter klinikklederne DRIV i egen klinikk som forberedelsene mot innføringen av Helseplattformen?

De fem klinikklederne hadde alle gjennomført minst en DRIV-samling i egen klinikk før fokusgruppeintervjuet. Klinikkenes tjenestetilbud virket til en viss grad å ha hatt påvirkning på bruken av DRIV-samlingene.

I en av klinikkene vil avdelingene og ansatte bli berørt på forskjellig måte og i ulik grad, blant annet beskrevet med at noen blir «*sterke brukere*» og andre ikke blir «*direkte brukere*». Noen har oppgaver som gjør at de berøres mye med forberedelser i forkant av innføringen, andre berøres først etter innføringen og noen vil i liten grad bli berørt. Dette har man valgt å ta høyde for i forbindelse med DRIV-samlingene ved å legge til rette for at alle har fått jobbe med forbedringer, gjerne digitale muligheter. Det lages ikke en felles plan for klinikkene, fokus er at alle er selvmotiverte og får jobbe med noe som har betydning for egne arbeidsoppgaver og at det skal være noe som gir mening for alle har vært viktig:

«*At vi ikke roter bort tre samlinger på luft*» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

De fleste (4 av 5) klinikkledere hadde engasjert fageksperter inn i samlingene, og erfart at det hadde vært til hjelp for å skape inspirasjon og engasjement. Fagekspertene kan fungere som formidlere av eksplisitt og taus kunnskap (figur 10). De har gjennom sin rolle som fagekspert jobbet sammen med mange andre, både teknologer og klinikere med byggingen av innholdet i Helseplattformen. Samtidig kjenner de godt til konteksten i sykehusene som er mottaker og fremtidig bruker av Helseplattformen. Gjennom denne kunnskapen kan fagekspertene også være til hjelp for å se hvilke utfordringer leder og øvrige ansatte kan møte fremover. Noen av klinikkene hadde brukt DRIV-samlingene som arena for å formidle informasjon om Helseplattformen til flest mulig. At tiden «rett og slett strekker ikke til» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju) og at det er mange andre ting som står på dagsorden når man samler mange, er en av utfordringene som nevnes. For å få mest mulig ut av tiden på samlingene har 3 av 4 klinikker lagt opp til at ledere har jobbet med konkrete oppgaver mellom samlingene. DRIV var bare en av mange arenaer mange ansatte deltar på som har med Helseplattformen å gjøre. Innføringen av Helseplattformen trenger også personellressurser fra klinikkene, f.eks. fageksperter og superbrukere, et behov som sannsynligvis vil øke i tiden fremover.

En av klinikkene er ikke inkludert i teknologien som kommer med Helseplattformen, men skal som de andre klinikkene gjennomføre DRIV-samlinger. Det i seg selv oppleves som en utfordring. Likevel velger man gjennom DRIV-samlingene å belyse utfordringen og jobbe med forbedring innenfor det eksisterende og det som er mulig å utvikle til det bedre. En annen klinikk har brukt DRIV-samlingen til å rydde i egne systemer for å gjøre det mest mulig strømlinjeformet før overgangen til Helseplattformen. Fremsnakking, være i front ved å «reklamere» for prosjektet og legge til rette for medarbeiderne holdes opp som viktig i den fasen man er i nå. At ansatte er «*primet*» i betydelig grad poengteres som viktig for å kunne lykkes nokså raskt. Det motsatte er at det trekkes ut i tid og:

«*Da har vi tapt dette mesterskapet på startstreken*» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Flere klinikkledere hadde p.g.a pandemien og covid-19 restriksjoner ikke hatt fysiske møter og har under pandemien gjort seg nyttige erfaringer med å organisere samlinger digitalt. Å ha digitale samlinger både gir og tar noe (Forskningsrådet, 2019):

«*Effektiv måte og samles på, men du mister feelingen med om folk tar imot budskapet*» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).



Klinikklederne mente at det var det overordnede budskapet med DRIV de hadde til felles, mens det klinikkvise arbeidet ble oppfattet som så ulikt at det var vanskelig å finne noen fellesnevner som ville kunne gi en merverdi av å diskutere det med hverandre.

Bekymringen rundt en eventuell nedgang i kapasiteten på grunn av at man antar at innføringsprosjektet vil kreve mye personellressurser og at dette vil gå på bekostning av pasientbehandlingen var til stede. Dette nevnes spesielt av klinikkledere i klinikker som driver med direkte pasientbehandling. Deling av denne bekymringen fikk støtte fra alle klinikklederne, men dette var ikke noe som ble formidlet videre ut i organisasjonen. Alle så nytteverdien og viktigheten av at eget personell var involvert i hele prosessen for å bidra til å sikre at sluttproduktet blir bra. Sluttproduktet blir på denne måten samskapt gjennom at offentlige aktører som blant annet ansatte i HNT og private aktører i Epic arbeider sammen gjennom å dele kunnskap og ressurser med hverandre (Røiseland & Lo, 2019). En slik samskaping kan også bidra til tillit og tilslutning til de endringene som kommer. Gjennom at de som innehar klinisk og teknologisk kompetanse får jobbe tett sammen kan det danne en felles forståelse, som igjen gir et godt grunnlag for å finne gode løsninger sammen.

### 6.6.3 Klinikkleders rolle, rammer og ressurser

En klinikkleder fremhevet at den viktigste oppgaven nå var framsnakking av endringen som kommer, være i front og reklamere for den. Dette må gjøres gjennom linjen videre ned i organisasjon gjennom å legge til rette, sette av tid og etterspørre. Være positiv og til hjelp for å finne gode løsninger fremfor å dele bekymringer om f.eks. utfordringer til å sikre nok personell. Å involvere og hjelpe linjelederne med å sette oppnåelige mål på ambisjonene f.eks. gevinstmål vil være viktig for å skape eierforhold og motivasjon. Hernes (2016) beskriver dette som lederskap gjennom å ramme inn meningsskapning blant medarbeidere.

En annen klinikkleder så det som nyttig å finne frem til og bruke de «rette» personene, engasjere de som kan komme inn å være inspirerende, benytte de interne som selv ønsker å være «heiagjeng». Å sørge for og gi informasjon til flest mulig ansatte kan gjøre noe med deres følelse av at ting ikke oppleves som helt fremmed.

Rollen som klinikkleder er sentral på mange måter. Klinikkleder kan påvirke fokus i de klinikkinterne møtene gjennom å peke på de positive effektene Helseplattformen kan gi. Å sikre trygge rammer for ansatte gjennom tydelige forventninger ser en klinikkleder som den viktigste oppgaven. Samtidig opplevde lederen omfanget av prosjektet som så stort, omfattende og kraftfullt at det vil legge beslag på mange tanker og hender i organisasjon. Ville man som

klinikkleder «klare å holde et balansert fokus eller ble man dratt inn i en sentrifuge» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju). Ulikhetene i arbeidsområder i en av klinikkene gjorde at klinikkleder så det som sin viktigste oppgave å holde tak i og sette av tid til arbeidet som gjøres i forbindelse med DRIV. En annen avgjørende oppgave ville bli å sørge for at man klarer å holde driften i gang samtidig som det skal foregå opplæring.

Det ble av klinikkledere pekt på at digital modenhet blant de ansatte vil kunne gi mestringsfølelse fremfor fortvilelse i møte med Helseplattformen. I fremtiden vil det bli viktig å bruke tid på at organisasjon greier å se mulighetene og lære seg å utnytte systemet. Dette siste kan ses i relasjon til sosiomaterielle *human-centric* perspektivet der fokuset er på hvordan mennesker skaper mening gjennom å bruke teknologien i ulike situasjoner (Orlikowski, 2007).

Klinikklederne ble utfordret på om de kunne se nytte av å bruke hverandre i arbeidet med DRIV og i forberedelsene til innføringen av Helseplattformen. Klinikkledere som svarte på spørsmålet, hadde relative ulike synspunkter. En av dem så nytteverdi i å bruke eksisterende felles møtearenaer, f.eks. ha Helseplattformen som tema i foretaksrommet og diskutere utfordringer og det man til enhver tid står i. En annen brukte allerede en klinikklederkollega til å sparre med når DRIV-samlinger skulle planlegges. En klinikkleder nevnte at det overordnede felles målet med DRIV var innføring av Helseplattformen, men selve gjennomføringen av DRIV ble oppfattet som så klinikkinternt at det var lite utbytte av samarbeid på tvers av klinikkene.

### **Oppsummering**

Klinikklederne så muligheter for flere positive gevinster med Helseplattformen, samhandling, pasientmedvirkning, effektivisering av dokumentasjon og bedre tilgang til pasientdata. Dette er noen av effektene det pekes på ved digitalisering av tjenester (Forskningsrådet, 2019).

Klinikkene som var representert på fokusgruppeintervjuet har ulike funksjoner i HNT. Ulikheten kom tydelig frem når de beskrev de klinikkinterne DRIV-samlingene. Ingen enheter i prehospitaltjenester planlegges inkludert i Helseplattformen og enhetene i intern service blir i veldig ulik grad involvert. Disse klinikkene hadde valgt å ha fokus på forbedringsarbeid knyttet til enhetenes konkrete utfordringer på DRIV-samlingene. Alle klinikkene hadde brukt digitale plattformer ved gjennomføring av samlingene. Dette var ikke optimalt, men det hadde fungert overraskende bra. Klinikkledere som deltok på fokusgruppeintervju hadde alle fokus på at DRIV-samlingene skulle brukes til noe som kom til nytte og var en gevinst for det arbeidet som klinikken hadde et ansvar for i organisasjon.

Når det gjaldt rollen som klinikkleder, var alle opptatt av å framsnakke Helseplattformen. Måten de involverte de ansatte på var ulik, ulikhetene var både mellom klinikkene og internt innad i spesielt en av klinikkene. Å sikre tydelige og trygge rammer nedover i organisasjon mente flere klinikkledere var viktig. Likevel formidlet alle en usikkerhet knyttet til at det hittil var mye omkring Helseplattformen som var ukjent:

«Jeg skrider til verket, om enn med en behersket optimisme»

«Sier som Drillo – jeg er fremoverlent» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Klinikklederne ble utfordret på om de kunne se nytte av å dele og reflektere sammen om utfordringer. Noen mente det kunne være nyttig, mens andre var i tvil om nytteverdien på grunn av ulikhetene mellom klinikkene.

Funnene fra fokusgruppeintervjuet med klinikkledere kompletterte funn fra undersøkelsene gjort i Klinikk for kvinne, barn og familie på forskningsspørsmål 4. I tillegg bidro klinikklederne med sitt overordnede perspektiv til å gi innspill på forskningsspørsmål 5.

## 7. Drøfting

I analysen av forskningsdataene brukte vi en kombinasjon av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) og kollektiv kvalitativ analyse (Eggebo, 2020). Dataene ble systematisk sortert i temaområder basert på funn og forskningsspørsmål, og koblet med forskningsteori.

I drøftingskapittelet har vi løftet og drøftet det vi mener er viktige funn knyttet til masteroppgavens forskningsspørsmål og problemstilling. Først blir hvert forskningsspørsmål drøftet, der forskningsspørsmål 1-4 knyttes direkte til følgeforskningsprosjektet i Klinikk for kvinne, barn og familie i Helse Nord-Trøndelag.

For forskningsspørsmål 5 er det gjort en mer overordnet drøfting av hvordan et lederutviklingsprogram kan bidra til å øke endringskompetansen hos ledere. Denne drøftingen knyttes til masteroppgavens problemstilling: *Hvordan påvirker lederutviklingsprogrammet DRIV lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser ved innføringen av Helseplattformen?*

I drøfting av forskningsspørsmål 5 tar vi også inn funn og analyser fra fokusgruppeintervjuet med klinikkledere i Helse Nord-Trøndelag.

I drøftingskapittelet har vi også sett nærmere på hvor pålitelige resultatene er. Hvordan er det med validiteten og reliabiliteten? Var dette et godt gjennomført forskningsarbeid på mastergradsnivå? Kunne arbeidet vært gjort på en annen måte?

Drøftingskapittelet avsluttes med noen betraktninger om hva vi som mastergradsstudenter har lært gjennom arbeidsprosessen og hva resultatene fra forskningsarbeidet kan brukes til.

### 7.1 Forskningsspørsmål 1: Hvilken generell og individuell kompetanse ser lederne behov for å styrke ved innføringen av Helseplattformen?

Helseplattformen omtales i Adresseavisen 15. april, 2021 (Støbakk) som et gigantprosjekt som skal modernisere helsetjenestene i Trøndelag. Det handler ikke bare om skifte av IKT-verktøy, men det vil også bidra til endring og utvikling av noen av de arbeidsprosessene som utføres i helsetjenesten i dag. Forskningsrådets kunnskapsnotat sier at «*digitalisering handler om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon*» (Forskningsrådet, 2019, s. 4).

Vi har valgt å bruke Lai sin definisjon på kompetanse. Hun definerer kompetanse som et *potensial* som består av fire komponenter: «*Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål*» (Lai, 2013, s. 46).

I besvarelsene av spørreundersøkelser og fokusgruppeintervjuer formidlet ledere at både ledere og ansatte i egen enhet innehar kompetanse som de mente var relevant i arbeidet med innføring av Helseplattformen. Mange ledere pekte på at det fantes endringskompetanse, endringserfaring og IKT-kompetanse hos både ledere og ansatte. Hva betyr dette i praksis? Det er to ord som løftes, endring og IKT. Lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 har fokus på endringsarbeid ved at det skal gjøre ledere bedre i stand til å utøve god ledelse under endring og organisasjonsutvikling. Endring beskrives som å gjøre ting annerledes og kan forstås som en kontinuerlig prosess. Behovet for endring bør være forankret i visjon, strategi og mål. Lederutvikling i HNT og DRIV 2021 bruker Kotters endringsmodell (figur 6) med tilhørende nøkkelfaktorer så når lederne beskriver at det i organisasjon finnes både erfaring og kompetanse på endring vil det være nærliggende å tro at det var disse nøkkelfaktorene de siktet til.

At ledere nevner IKT kan ses på som naturlig, fordi Helseplattformen innebærer innføring av ett nytt digitalt pasientjournalssystem som skal erstatte flere av de gamle systemene. IKT-

kompetanse vil i denne sammenhengen kunne tolkes som å ha *kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger* (Lai, 2013) som gjør det mulig å kunne bruke et nytt pasientjournalssystem i tråd med definerte krav og mål.

Til tross for at ledere mente å ha denne kompetansen i egen enhet, savnet de generelt sett mere av samme type kompetanse, altså kompetanse på endringsarbeid og IKT. Det individuelle kompetansebehovet knytter seg spesielt til IKT og digitalisering av pasientjournal. I og med at det nye journalssystemet vil bli annerledes, så de derfor for seg at det ville bli behov for mer og ny kompetanse. Superbrukere og ledende superbrukere på ny pasientjournal var man allerede i gang med å rekruttere. Superbrukere vil ha det Lai (2013) kaller for *spisskompetanse*, kompetanse med høyt faglig vanskelighetsnivå. Spisskompetanse kan utvikles gjennom høyere utdanning eller gjennom spesialisert yrkesutdanning, lang erfaring og uformell kompetanseutvikling innenfor et spesialisert arbeidsområde, eller en kombinasjon mellom høyere utdanning og lang erfaring (Lai, 2013).

Ikke alle ledere uttrykte behov for at enheten de ledet trengte mer kompetanse for arbeidet med innføring av Helseplattformen. Disse lederne vektla viktigheten av tydelig og styrende informasjon om innføringsprosessen som gjorde det mulig å langtidsplanlegge. Langtidsplanlegging var viktig for å kunne ha fokus på prosessen og tilrettelegge for opplæring i de endringer som ville komme.

Forskningsrådets kunnskapsoppsummering (2019) viser ellers til at det mangler systematisk kunnskap om hvordan digital behandling kan implementeres bredt i helsetjenestetilbud og at det er viktig å få større forståelse for hvilken kompetanse ledere, ansatte og brukere trenger både for å forstå, og å kunne ta i bruk nye digitale løsninger. Den samme kunnskapsoppsummeringen beskriver at der det har vært vellykkede implementeringer vises det til suksesskriterier som sterk ledelse både klinisk, IT-messig og organisatorisk.

## 7.2 Forskningsspørsmål 2: Hvordan forstår lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, har denne forståelsen endret seg i løpet av følgeforskningsperioden?

Helseplattformen vil bidra til at mange må lære seg og ta i bruk ny teknologi. Brukere av teknologien vil blant annet være ledere og ansatte i Helse Nord-Trøndelag. En slik digitaliseringsprosess vil ifølge Forskningsrådet (2019) blant annet handle om forståelse for

endringer av arbeidsprosesser, optimalisering av løsninger, kompetanseheving og brukerinvolvering.

Det amerikanske firmaet Epic er leverandør av teknologien som også er innført og i bruk i andre land i Europa; Nederland, Danmark (Sundhedsplattformen) og Finland (Apotti). Dermed finnes det erfaringer fra lignende innføringsprosesser av samme teknologi i land som Norge, og som Helse Nord-Trøndelag kan hente erfaringer fra og sammenligne seg med. Dette er erfaringer innføringsprosjektet i HNT har hatt tilgang til og benyttet i forbindelse med planleggingen av den lokale innføringsprosessen.

Informasjon om Helseplattformen har blitt lagt ut på en nettside som ansatte i helseforetakene har tilgang til. I tillegg er lederne informert både skriftlig og muntlig underveis i prosessen.

*Lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser* var det sentrale fenomenet i denne følgeforskningen. Derfor var vi som forskere nysgjerrige på hvilken forståelse undersøkt ledergruppe hadde om Helseplattformen. Både svarene på spørreundersøkelsene og tilbakemeldingene på fokusgruppeintervjuet viser at mange ledere har fått med seg noe av informasjonen og har dannet seg en forforståelse av Helseplattformen.

Tabellene 3 og 4 s. 61 viser at det var ganske stor spredning i lederes forståelse i startfasen. Denne spredningen vedvarte gjennom følgeforskningsperioden. Noen ledere så for seg at Helseplattformen kun ville medføre mindre endringer på lederoppgavene. Andre ledere hadde nesten motsatt oppfatning av Helseplattformens påvirkning, de så for seg at oppgaver innen områdene *samhandling, innovasjon/utvikling, drift og bruk av tid* sannsynligvis ville påvirkes mest.

Orlikowski (2007) peker på to dilemmaer ved vår forståelse når ny teknologi skal adopteres. Det ene dilemmaet er at fokus rettes kun mot spesielle deler av organisasjon eller situasjoner der teknologien skal brukes. Det andre dilemmaet handler om ensidig forståelse av teknologiens påvirkning. Enten fokuserer man på hvordan teknologien påvirker menneskelig handling, som er et *techno-centric* perspektiv, eller på hvordan mennesker skaper mening gjennom å bruke teknologien i ulike situasjoner, som kalles *human-centric*- perspektiv. Orlikowski (2007) argumenterer for at teknologiens påvirkning favner bredt. Dersom materialitet ikke tas med, eller kun brukes ut fra en avgrenset forståelse, blir også forståelse av organisatoriske forhold og konsekvenser av utviklingstiltak begrenset. Tilbakemeldinger fra ledere i KBF ser noe ulikt på Helseplattformens påvirkning og noe kan kanskje relateres til forståelser som Orlikowski peker på.

Relasjoner påvirkes også, og Rennemo (2019) viser til den *sosiomaterielle relasjonismen* og teorien om aktør-nettverk. Aktørene i klinikkens nettverk var i første omgang ledere, ansatte, utstyret og datasystemene/teknologien som brukes. I tillegg kommer andre brukere av systemene, f.eks pasienter og andre helseaktører/tjenester man samhandler med. Alle aktørene kan generere handlinger som påvirker oppgaver og relasjoner. Teknologi og systemer vil påvirke hvordan de ansatte løser arbeidsoppgaver og hvordan man kan designe hensiktsmessige arbeidsprosesser. Samtidig vil ledere og ansatte kunne tilpasse og videreutvikle de tekniske løsningene slik at de understøtter arbeidsprosesser som bidrar til å levere gode helsetjenester. I forberedelsene til innføring av Helseplattformen har det over tid vært arbeidet med tilpassing, oversetting og videreutvikling av det amerikanske systemet fra Epic slik at det skal fungere for bruk i en norsk kontekst. Dette kan relateres til initiering, innpakking/sending og gjenskaping som Von Krogh et al. (2001) fremstiller i sin modell for formidling av eksplisitt og taus kunnskap (figur 10). I en sosiomaterialistisk vitenskapsteoretisk forståelse vil det være en kontinuerlig vekselvirkning med mennesker og teknologi i en organisasjon. I Klinikk for kvinne, barn og familie var fem av de ansatte engasjert som fagspesialister og hadde bidratt til å bygge og tilpasse systemer for ulike fagområder.

Gjennom følgeforskningsperioden har lederne fått mer informasjon om endringsledelse og om Helseplattformen, og de har blant annet jobbet med gevinstmål. Data fra våre undersøkelser og analyse viser at flere ledere har fått bedre innsikt i hvordan Helseplattformen påvirker arbeidsprosessene. I starten var det mange ledere som var usikre på hvordan det ville bli. Mot slutten av følgeforskningsperioden hadde usikkerheten blitt mindre, og flere ledere uttrykte en positivitet til det som skulle komme:

*«Nå begynner vi å få et ferdig produkt sånn at vi se kan se mer hvordan det blir og da ble det for min del mer positivt».*

*«Sterkere brukermedvirkning, vi skriver journal for pasienten sin del og ikke vår del - det liker jeg godt med Helseplattformen».*

*«Standardisert, gevinst på fag ut til pasienten, samhandlingen mellom behandler, pasient og sykehuset. Hvis vi får den «biten» til å gå, det tror jeg blir en helsegevinst for alle generelt» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

Det pekes også på at mer oppdatert dokumentasjon påvirker pasientflyt, og som leder får man kontinuerlig tilgang til styringsinformasjon for uthenting av data.

Deltakelsen i undersøkelsene i følgeforskningen med fokus på Helseplattformen kan også ha bidratt til bevisstgjøring for lederne. Gjennom å svare på spørsmål og reflektere sammen i fokusgruppeintervju over noe som foreløpig er ganske uklart kan nok oppleves som krevende. I begge fokusgruppeintervjuene erfarte vi at det underveis i intervjuene skjedde en dreining fra at deltakerne hadde en del bekymring og fokus på utfordringene, men at de mot slutten av intervjuene ble mere fremoverlente og løsningsorienterte. Dette kan skyldes spørsmålene som ble stilt, eller at de etter å ha fått gitt uttrykk for det de opplevde som vanskelig klarte å rette blikket fremover i løpet av intervjuet. Gjennom et fokusgruppeintervju vil alle kunne påvirke og påvirkes av hverandre. Både den som intervjuer og de som intervjues vil gjensidig kunne påvirke hverandre. Det kan også være til god hjelp å høre på hverandres utfordringer og erfaringer, kanskje opplever man å ikke stå alene. Man kan også få eller gi innspill som er til hjelp i forståelsen av det som er tema i intervjuet. For mange leder var Helseplattformen et stort og utydelig fenomen. Kanskje deltok lederne på våre undersøkelser med mål om bedre forståelse av Helseplattformen og dens betydning for deres virksomhet? Å dele og få tilbakemeldinger på sine tanker om Helseplattformen kan være til god hjelp for å kunne ivareta lederansvaret.

### 7.3 Forskningsspørsmål 3: Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 fremhever lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen?

Forskingsspørsmålet løfter frem *kunnskap* som begrep. Overordnet kan det deles i eksplisitt kunnskap og taus kunnskap. *Eksplisitt kunnskap* er ofte basert på teori eller opp skrifter. Gotvassli (2015) beskriver eksplisitt kunnskap som kodifisert kunnskap som kan uttrykkes i ord og tall, og er overførbart gjennom et formelt systematisk språk som lett lar seg overføre til andre. Den *tause kunnskapen* er erfaringsbasert viten om hvordan arbeidsoppgaver kan løses. Det er gjerne personlig, situasjonsbetinget og ofte forankret i erfaringer, ideer, verdier og emosjoner. Denne kunnskapen kan være vanskelig å formidle med hjelp av tall og ord I tillegg blandes ofte begrepene data, informasjon, kunnskap og visdom/klokskap. For at informasjon skal bli til kunnskap må informasjonen kombineres med erfaring, bearbeides, tolkes og reflekteres over (Gotvassli, 2015). Von Krogh et al. (2001) peker på at kunnskap er dynamisk, relasjonell og knyttet til menneskelig aktivitet, og beskriver kunnskap som berettiget og sann overbevisning. For at kunnskap skal kunne kalles klokskap må den være «*anerkjent, akseptert og brukt slik at det gir mening og resultater*» (Gotvassli, 2015, s. 24).



Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV har ledere fremhevet? Som eksempel sier en leder:

*«Jeg har fått større innblikk i hvordan Helseplattformen blir og kan fremsnakke den til andre. Viktigheten av at ansatte har en klar forståelse av hvorfor endring er nødvendig»*  
(Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Dette er et utsagn som bærer preg av at lederen har bearbeidet og reflektert over informasjonen om Helseplattformen. Lederen har underveis blitt overbevist om at dette er viktig, ikke bare for egen del men også for de ansatte i egen enhet. Dette er et godt eksempel på ny kunnskap. Et annet eksempel er:

*«Har nå forstått mer om hvorfor vi har brukt mye tid på gevinstrealisering. Nødvendigheten av å kunne vektlegge det som skal oppnås av gevinster og resultater»*  
(Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

I begge disse eksemplene er informasjonen bearbeidet av den enkelte leder slik at kunnskap har blitt utviklet. Andre tilbakemeldinger viser tydelig at det fortsatt må foregå en bearbeiding før kunnskap utvikles:

*«Helseplattformen vil påvirke oss på mange flere måter enn bare det å få en ny journalløsning, men fortsatt er mye enda uklart for meg»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Selv om kunnskap er knyttet til individuell atferd, beskrives kunnskapsutvikling som en sosial og kontinuerlig prosess hvor dannning av kunnskap skjer gjennom en dynamisk prosess mellom eksisterende taus og eksplisitt kunnskap (Gotvassli, 2015). Dette er visualisert gjennom SECI-modellen (figur 8), som også viser hvordan vi omsetter kunnskap til verdiskaping. Gjennom dialog kan ledere i klinikken dele sine tanker og ideer med hverandre eller med ansatte på egen enhet. Dette bearbeides i fellesskap (fra taus til eksplisitt), konsepter utvikles og prøves ut (fra eksplisitt til eksplisitt) og erfaringer drøftes (fra eksplisitt til taus). Et godt eksempel på en slik utvikling av kunnskap var prosessen med utvikling av gevinstmål for klinikken. Oppgaven ble gitt på første klinikkinterne DRIV-samling. Mellom samling 1 og 2 arbeidet ledere avdelingsvis med oppgaven. Det ble fulgt opp med gruppearbeid på tvers av avdelingene på samling 2. Det var flere ledere som ga gode tilbakemeldinger på utbytte av dette arbeidet i forbindelse med og etter samling 2.

I lys av hvordan kunnskap utvikles var det interessant å observere de to klinikkinterne DRIV-samlingene som begge ble gjennomført digitalt. På første samling ble det gitt mye informasjon på kort tid, meget begrenset tid til spørsmål underveis og ingen pauser. Vi vurderer at samlingen i liten grad la til rette for refleksjon og bearbeidelse av informasjonen som ble gitt. I praksis ble det ikke tilrettelagt for kunnskapsutvikling i løpet av samlingen, slik det beskrives i presentert teori. Det som likevel gjorde første samling verdifull, var at noe av informasjonen som ble gitt ble adressert i en arbeidsoppgave (arbeid med gevinstmål) som lederne skulle jobbe med mellom samlingene. Flere ledere ga tilbakemelding om at driftsoppgaver ellers tok mye av oppmerksomheten i arbeidshverdagen mellom samlingene. Uten arbeidsoppgaven mellom samlingene kan det bli slik som en leder sa:

*«Langt mellom samlingene, leter etter notatene fra forrige møte, hva var det egentlig vi snakket om? Det blir så langt imellom at du rekker å få det vekk fra hovedhjernen»*  
(Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Den andre DRIV-samlingen var lagt opp på en annen måte, med korte økter innledningsvis der fagekspertene ga oppdatert informasjon om status på de ulike fagområdene. Resten av samlingen var avsatt til gruppearbeid med gruppevis presentasjon i plenum. I tillegg var det pauser underveis. Von Krogh et al. (2001) ville nok ha sagt at på den andre samlingen hadde klinikkleder lagt til rette for en god kunnskapshjelpende kontekst. Taus kunnskap ble delt, lederne utviklet gevinstmål (konsepter) og gevinstmålene ble justert og forankret gjennom presentasjon og dialog i plenum (rettferdiggjøre konsepter). Fagekspertene har her en viktig rolle med innpakking, sending og gjenskaping som vist med modell for formidling av eksplisitt og taus kunnskap (figur 10).

Flere ledere tok til orde for å organisere møtepunkter mellom ledere for å diskutere Helseplattformen, både hva som kan gjøres men også det å være ledere i forbindelse med innføringsarbeidet. I forhold til kunnskapsutvikling vurderes dette som veldig relevant.

De møtepunktene som lederne hadde, handlet stort sett om rapportering på drift:

*«Har spilt inn at man kan ha støtte i hverandre på ledernivå, men det er klart at det må lages en plan eller så blir det mye ad hoc».*

*«Kunne tenke meg muligheten til treffpunkt på tvers av fagområdene i klinikken. Vi er en klinikk, men mange fagspesialiteter som skal se ting i sammenheng. Det er ikke alt vi greier å belyse i egen ledergruppe, kan hende andre gjør seg erfaringer vi kan dra nytte*

*av på tvers, at det kunne vært del av en plan. Når det er utvidet ledermøte er det så mye annet som står på agendaen» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

Etter tredje og siste planlagt klinikksamling med DRIV i september 2021 vil det være et år til at innføring av Helseplattformen starter i Klinikk for kvinne, barn og familie, og som en leder sa i fokusgruppeintervjuet:

*«Det året kommer til å bli kjempeviktig og vi trenger jo oppfølging!» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

#### 7.4 Forskningsspørsmål 4: Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet?

Før vi ser nærmere på tiltak og roller har vi løftet blikket, dette for å kunne se klinikken og ledernes oppgaver i et større perspektiv. Innføringsarbeidet med Helseplattformen er prosjektorganisert med lokale prosjektorganisasjoner i hvert av de tre helseforetakene og Trondheim kommune. Helse Nord-Trøndelag helseforetak med sitt lokale innføringsteam har ansvar for å vurdere hvilke aktiviteter som bør igangsettes i egen organisasjon for å støtte opp under innføringsarbeidet. I helseforetaket er Klinikk for kvinne, barn og familie en av ni klinikker, og lederne i klinikken har ansvaret for innføringsarbeidet i egen klinikk.

Når DRIV 2021 og følgeforskningsperioden startet i februar 2021 var mange ledere i klinikken (KBF) usikre på både innholdet i Helseplattformen og hvordan det vil påvirke arbeidshverdagen for dem selv og andre ansatte. Et utsagn som sier noe om denne usikkerheten:

*«Litt av utfordringen er at vi vet jo ikke hva som blir den største utfordringen» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

På første spørreundersøkelse vurderte ledere som svarte på undersøkelsen at Helseplattformen ville ha størst påvirkning på oppgaver i forhold til samhandling, innovasjon/utvikling, drift og styringsdata. De så dermed for seg at det ville bli endringer, men de visste ikke helt hvordan det ville bli. Det ble uansett pekt på viktigheten av at ansatte fikk en forståelse for hvorfor endringer var nødvendige. Å bidra til en slik forståelse ville dermed bli en viktig oppgave. Dette understøttes av Alami et al. (2020) som sier at et mål med innføring av teknologiske systemer er at de skal ivareta behov fra dagens praksis, de ansatte skal være engasjerte og ha tro på at de nye systemene gir merverdi, og systemene skal være brukervennlige. Flere ledere har i

spørreundersøkelsen skrevet at de planlegger å sette av tid til å informere ansatte om Helseplattformen.

Det ledere nevnte som relevante tiltak var å få tydelige rammer, riktig prioritering av ressurser og bruk av fagekspertene og annen kompetanse i klinikken. Plan for leder- og beslutningsstøtte var også et tiltak som ble nevnt. Disse tilbakemeldingene synliggjør viktige faktorer og ressurser for gjennomføring av endringsarbeidet i klinikken.

I fokusgruppeintervjuet fortalt en leder om tidligere erfaringer fra innføring av et nytt journalsystem. De hadde jobbet mye og samskapt det som ble den nye løsningen gjennom å gjøre denne jobben sammen innad i avdelingen. Samskaping har sin opprinnelse fra privat sektor, men har blitt vanligere å bruke som metode innenfor offentlige sektor og mellom offentlige og private aktører. Styrken i samskaping er at samhandlende aktører deler kunnskap og ressurser med hverandre (Torfing et al., 2017). Røiseland & Lo (2019, s.52) skriver «*at samskaping representerer en delvis ny metode som kan bidra positivt til noen av de mange utfordringene offentlig sektor står ovenfor*». I arbeidet med innføring av Helseplattformen uttrykte flere ledere behov for at ledere kunne snakke sammen på tvers av fagområder og avdelinger i klinikken:

*«Kunne tenke meg muligheten til treffpunkt på tvers av fagområdene i klinikken. Vi er en klinikk, men mange fagspesialiteter som skal se ting i sammenheng. Det er ikke alt vi greier å belyse i egen ledergruppe, kan hende andre gjør seg erfaringer vi kan dra nytte av på tvers, at det kunne vært del av en plan. Når det er utvidet ledermøte er det så mye annet som står på agendaen»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Gjennom DRIV 2021 ble det lagt til rette for samhandling og samskaping på tvers av avdelinger, blant annet med utarbeidelse av forslag til lokale gevinstmål. Etter den andre klinikkinterne DRIV-samlingen uttrykte flere ledere tilfredshet med denne måten å arbeide på. Avdelingen som tidligere hadde jobbet med innføring av nytt journalsystem gjorde seg også erfaringer. De var motiverte og jobbet på, men alt var ikke bare positivt:

*«Egentlig ante vi lite om hva, vi måtte bygge nye strukturer, vi jobbet, vi måtte lage arbeidslag som rigget, det var så mye krasjer på en måte. Hva skal vi gjøre for å unngå å komme dit?»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

I ettertid så lederne at de hadde for lite informasjon om hva som var lurt å gjøre. Når det gjelder innføring av Helseplattformen peker flere leder på at det må være en god plan:

«Det må være nøye gjennomgått hva som må gjøres, hvordan er det lurt å gjøre det, hvem skal gjøre det? Men også være tett på og evaluere hele tiden med ledernærver og ledertetthet» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

På den tredje og siste klinikkinterne DRIV-samling som er planlagt til september 2021 vil det jobbes med plan for 2022. Her kan hovedtema og de tilbakemeldingene ledere har kommet med gjennom følgeforskningen være nyttige og viktige innspill til arbeidet med å legge en videre plan.

Lederne viser til at det er viktig å skape forståelse hos ansatte om at endring er nødvendig. Å skape forståelse om noe kan være utfordrende. Vi bruker her Hernes (2016) for å se om dette kan kobles til mening og meningsskapning. Hernes (2016) skriver at på norsk har meningsbegrepet to forskjellige betydninger. *Individet har meninger* eller gjør seg opp en mening om noe som skjer eller som man har vært med på, altså at meninger er noe man bærer med seg. Ledere og ansatte i klinikken som har erfaringer fra tidligere endringsarbeid vil helt sikkert ha egne meninger om endringers nødvendighet.

Den andre betydningen av mening beskriver mening som *meningsfullt i en kollektiv sammenheng*. Å være kollektivt meningsskapende dreier seg om å samhandle med andre om noe som gir mening for de involverte. Meningsskapning ligger til grunn for organisering og er en sosial prosess hvor tilslutning til prosessen skapes og opprettholdes sosialt. Tilslutning er dermed et viktig element både i meningsskapning og organisering.

Hvordan kan klinikken legge opp til et forberedende arbeid og et innføringsarbeid der leder og ansatte samhandler om noe som gir mening for alle involverte? Dersom klinikken tenker at forståelse for endring kan skapes gjennom meningskapende aktiviteter, må det legges til rette for at ledere og ansatte kan møtes. Når pandemien er over, vil det bli bedre muligheter for fysiske møter der det vil være lettere å ivareta den sosiale dimensjonen.

Å ha noe å tro på og strekke seg etter vil kunne være motiverende for mange. Hernes (2016) løfter her narrativ som begrep. Narrativ er en helhetsforståelse, en slags metafortelling om hvordan handlinger henger sammen og hva de kan bidra til. For klinikken sin del vil et narrativ kunne utvikles for eksempel gjennom felles utarbeidelse av en handlingsplan med ulike aktiviteter som aktivt vil bidra til at innføringen av Helseplattformen gjennomføres på god måte. Dersom det legges til rette for at både ledere og ansatte kan delta i utarbeidelsen av planen, vil ansatte ikke bare få en forståelse for at endring er viktig, men de kan også gi sin tilslutning til planlagte aktiviteter som sikrer deltakelse og en tro på at dette arbeidet vil føre frem.

Ledere vil være viktige i forberedende arbeid og i selve innføringsarbeidet for Helseplattformen. Som leder i Helse Nord-Trøndelag er man en del av ledergruppen. Ledelse og lederkrav i HNT er tidligere beskrevet i kapittel 4.4.1.

På ledersamlingen med kick-off for DRIV 2021 og den første klinikkinterne DRIV-samlingen i KBF ble det gitt faglig input på endringsledelse. Endringsledelse er et område som er vurdert som viktig i arbeidet med innføring av Helseplattformen.

Ledere som har bidratt med data i spørreundersøkelser og fokusgruppeintervju har løftet frem lederrollen som motivator og viktigheten av å informere om og framsnakke Helseplattformen.

*«Positiv holdning til endring, holde saken høyt, jeg må være fyrårnet»*

*«Stå i motstand»* (Lederutsagn fra spørreundersøkelse).

Endring kan innbefatte endret innhold på tjenester og endret gjennomføringsmåte på tjenestene. Konsekvensene av en endring kan være fysisk, men for dem som involveres og berøres kan det handle om mye annet, f.eks. usikkerhet og tap av prestisje og kontroll. Dette kan være smertefullt for dem det berører. Prosessen med gjennomføring av endring, måten endringene skjer på kan også skape motstand. Målene ved en planlagt endring er å forbedre organisasjonens resultater og endre de ansattes adferd (Robbins et al., 2011).

Hernes (2016) viser til meningsledelse der leder har en nøkkelrolle for å legge til rette for meningsskapende innramming. Dette kan være en måte å forebygge motstand mot endring på. Bolman & Deal (2014) skisserer lederskap gjennom ulike rammer. I den *strukturelle rammen* ses lederen på som en sosial arkitekt for hvordan arbeid ledes og utføres i det daglige, og har fokus på ansvarsforhold, kommunikasjonslinjer og oppgaver samt på hvordan lederen kommuniserer tillit og frihet under ansvar. Samhandling vektlegges, og det er avgjørende at det er tilslutning til de narrative som driver meningsskapingen. I ledelsesrammen *human resource-rammen*, fokuseres det på den personlige siden hos ledere og hvordan ledere forholder seg til medarbeidere i daglige situasjoner. Med utgangspunkt i personlige behov handler lederskapet om måten lederen får medarbeidere til å føle seg som dyktige og verdsette medlemmer av gruppen på. Dette bidrar til oppslutning om meningsskapingen og kan for eksempel skape vinnerfølelse blant medarbeiderne.

Tilbakemeldingene fra ledere viste at det var ulik forståelse om Helseplattformens påvirkning på lederoppgavene, sannsynligvis vil det også være ulik forståelse for utøvelse av lederrollen.

I dette kapitlet fremhever ledere som har deltatt at det må lages en plan for innføring av Helseplattformen, med tydelige rammer og som forteller hvordan konkrete tiltak skal gjennomføres. Ledere ønsker å møtes for å sammen finne de gode løsningene og det er viktig å få skapt en forståelse hos de ansatte om at endring er viktig. Dette vil kunne redusere forventet motstand mot endring. I rollen som forskere og observatør har vi løftet at det å bruke elementer fra samskaping og meningsskaping vil kunne bidra til å oppnå ønskede resultater.

### 7.5 Forskningsspørsmål 5: På hvilken måte kan et lederutviklingsprogram bidra til å øke endringskompetansen hos ledere?

I dokumentet Ledelse i HNT (vedlegg 3) beskriver Helse Nord-Trøndelags arbeid med lederutvikling. Lederutvikling rettes her mot personen, og lederutviklingsprogrammet skal hjelpe ledere å utøve sin ledelse helhetlig innenfor gjeldende rammer for egen enhet men også som del av noe større. Som leder vil man være del av ledergruppe, og lederutviklingsprogrammet innebærer også utviklingen av ledergrupper. Når HNT samler alle lederne til en kick-off med fokus på endringsledelse i arbeidet med innføring av Helseplattformen, kan det kobles til nøkkelfaktorer i Kotters modell for endring. Som for eksempel, *skape en følelse av nødvendighet, bygg et rådgivende nettverk og rekruttere engasjerte medarbeidere.*

Lederutviklingsprogrammet skal også bidra til å utvikle lederes kunnskap. Gotvassli (2015) beskriver kunnskapsutvikling som en sosial og kontinuerlig prosess hvor kunnskap dannes gjennom en dynamisk prosess (SECI modellen, figur 8). For at dette skal skje trengs kunnskapshjelpende kontekster, både kick-off-samlingen og DRIV-samlingene er eksempler på møtesteder for lederne som kan være kunnskapshjelpende kontekster. Det legges da til rette for kunnskapsutvikling gjennom stegene Von Krogh et al. (2001) beskriver i 5 x 5 matrisen (tabell 2). Matrisen består av trinn og hjelpere, der samtaler er et element som påvirker alle stegene i kunnskapsutviklingen.

Den andre hjelper, *å lede gode samtaler* som kan fremme kreativitet og stimulerer til utveksling av taus kunnskap. Fokusgruppeintervjuene er et eksempel på slike samtaler, der alle gis tid og rom til å reflektere høyt sammen. Gjennom å lytte til hverandre kan man sammen utveksle og utvikle kunnskap og forståelse. Det kan bidra til å skape en trygghet på at man ikke står alene, og når ting er uklart kan det være ekstra viktig. Det å ha en arena der det er tillat å snakke om det som er uklart kan bidra til at man kan hente støtte hos hverandre. Det kan også være til god

hjelp for å komme videre. Når man får uttrykt sin bekymring åpnes det gjerne for å rette blikket fremover og gir plass til å se muligheter og gevinster. Dette kom godt frem i begge fokusgruppeintervjuene. Mot slutten av intervjuene ble det mer fokus fremover og mindre fokus på bekymringene. I fokusgruppeintervjuene kom det frem at ledere hadde ulik forståelse av Helseplattformen. Det ga ulike innganger til forståelsen av innovasjon Helseplattformen vil medføre for den enkeltes arbeidshverdag. Oddane (2017) hevder at innovasjon og kreativitet er nært beslektet, de kan begge forstås som sosiale, kollektive fenomen med stor grad av kompleksitet. Følgende utsagn viser lederes ulikhet i forståelse og erfaring:

*«Litt av utfordringen er at vi vet jo ikke hva som blir den største utfordringen. Det er vanskelig å se for seg hva jeg trenger fremover selv om jeg skjønner at jeg trenger mye og at jeg må trygge mine medarbeidere, men hvordan klarer jeg ikke helt å se for meg»*

*«Vi gjorde en lur ting, med å bruke ledergruppen som konsensusgruppe og bredder det gradvis ut fra det» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

Det finnes mange definisjoner på ledelse, men det de fleste ser ut til å kunne enes om er at *«ledelse er en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd for å oppmuntre til innsats for å nå felles mål»* (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Gotvassli (2015) skriver at ledelsesarbeid preges av å arbeide med mellommenneskelige relasjoner og organisasjonskultur, og kjennetegnes av å være relasjonelt prosessuelt. Også Bolman & Deal (2014) hevder at ledelse er et samspill og de vektlegger at ledere både former og blir formet av interessegruppene de har rundt seg. De ser på ledelse som en felles innsats for å nå mål og at arbeidet påvirkes av verdier hos både leder og de som ledes. Med det sosiomaterielle perspektivet med konstitutiv sammenfiltrering av det sosiale og materielle i hverdagen der mennesker og teknologiske elementer påvirker hverandre relasjonelt (Orlikowski 2007, Rennemo 2019), blir lederens oppgave relativt kompleks.

Ledelse handler om å påvirke andre mennesker til å nå felles mål, og for Helse Nord-Trøndelag vil målet i denne sammenheng være å få innført Helseplattformen på en slik måte at man kan oppnå forventede gevinster og resultatmål. Ledere i HNT har en sentral rolle og er en viktig aktør i dette arbeidet. Målet med lederutviklingen i HNT er å gjøre ledere trygge i rollen med å lede forbedrings- og utviklingsarbeid i egen enhet.

Sett utenfra ble kick-off-samlingen og første DRIV-samling i KBF i hovedsak brukt til formidling av data og informasjon. For at data og informasjon skal utvikles til kunnskap og gi en verdi, må det kombineres med erfaring, bearbeiding og refleksjon. Dette visualiseres i



kunnskapspyramiden (figur 7), *data, informasjon, kunnskap og klokskap* (Gotvassli, 2015). Funn fra spørreundersøkelsene og fokusgruppeintervjuene viste at alle ledere som deltok var opptatt av å gi informasjon til ansatte i organisasjon. Dette er kanskje ikke uventet siden ledere selv erfarte at informasjon kan bidra til forståelse for Helseplattformen. Informasjon er viktig som grunnlag for utvikling av kunnskap, og kunnskap trenger kunnskapshjelpende kontekster. Eksempler på slike kontekster er møteplasser og arbeidsoppgaver som skal løses i fellesskap, der det gis mulighet til å reflektere rundt utfordringer og muligheter.

Klinikkledere som har et overordnet ansvar for prosessen med innføringen i egen klinikk hadde lagt opp DRIV-samlingene ulikt. Dette kan forklares med at klinikkene hadde forskjellige funksjoner som i ulik grad ble berørt av Helseplattformen. Noen ville bli daglige brukere, mens andre jobbet med forbedring av egne systemer som ikke ville bli en del av Helseplattformen. Det klinikklederne hadde felles var at de var opptatt av at tiden på DRIV- samlingene ble brukt til noe som hadde nærhet til arbeidsprosessene i klinikken og at det var nyttig og meningsfylt for den enkelte. En klinikkleder ga uttrykk for:

*«At vi ikke roter bort tre samlinger på luft»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Flere av klinikklederne så i liten grad gevinst av samspill med andre klinikkledere i denne fasen av prosessen. Det klinikkvise arbeidet ble oppfattet som så ulikt at det var vanskelig å finne noen fellesnevner som ville kunne gi en merverdi av å samarbeide med hverandre.

Lederne i KBF har langt på vei samme rolle som klinikklederne, ved at de er ansvarlige for innføringsarbeidet i egen avdeling og seksjon. De var i større grad enn klinikklederne opptatt av en tilrettelegging for samarbeid mellom avdelingene videre i prosessen. Dette til tross for avdelingenes ulikheter i drift og fagområder. En leder i KBF sa:

*«Det er ikke alt vi greier å belyse i egen ledergruppe, kan hende andre gjør seg erfaringer vi kan dra nytte av på tvers, at det kunne vært del av en plan* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

SECI-modellen (figur 8) viser hvordan omsetting av kunnskap til verdiskaping kan skje gjennom en kontinuerlig og sosial prosess. En prosess kan foregå gjentatte ganger, og det kan hele tiden oppstå ny kunnskap som man ikke fikk med seg forrige runde.

Klinikkledere er ledere for hver sin klinikk, men del av samme organisasjon. Data fra og analyse av klinikklederes forståelse baserte seg kun på et fokusgruppeintervju. Bare en av lederne var opptatt av samarbeid mellom klinikklederne. Kan det tenkes at også klinikkledere kunne ha utbytte av tettere samarbeid? Ville det være hensiktsmessig om de i større grad kunne spille på lag for å utvikle felles og klinikkvise løsninger ved innføring av Helseplattformen? En slik

samhandling kunne bidra til kollektiv meningskaping som ville kunne gi mening til klinikklederne og involverte klinikker (Hernes, 2016).

En av utfordringene i arbeidet med innføringen av Helseplattformen, var at det for mange fortsatt var veldig uklart hvilke endringer som kommer:

*«Helseplattformen vil påvirke oss på mange flere måter enn bare det å få en ny journalløsning, men fortsatt er mye enda uklart for meg»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Med DRIV 2021 har HNT og lokalt innføringsteam i Helseplattformen igangsatt en prosess med fokus på endringsledelse. Denne prosessen kan være til hjelp med å bevisstgjøre ledere på at innføringen av Helseplattformen vil medføre endringer for organisasjon. Det er ingen som helt konkret vet hva og hvordan endringen for den enkelte blir, noe som kan være vanskelig å forholde seg til når det skal breddes i en stor organisasjon som HNT med ca. 3000 ansatte. Det er de som kjenner konteksten og har erfaringer de kan bygge på som lettest kan se utfordringer og mulige gevinster innføringen av Helseplattformen kan gi. Det at de deler usikkerhet og bekymringer kan bidra til å skape en trygghet i usikkerheten, de kan kjenne på at de ikke står alene. Det som kommer av endringer når Helseplattformen innføres vil berøre alle i organisasjon på en eller annen måte. Ledere har en viktig rolle i dette arbeidet og fokus på leder- og ledelsesutvikling kan koblingen mellom DRIV og innføringen av Helseplattformen være en god innfallsvinkel.

Med Helseplattformen kommer et nytt digitalt pasientjournalssystem og nye digitale samhandlingsmuligheter som sannsynligvis vil bidra til relativt store endringer for mange i organisasjonen. Robbins et al. (2011) definerer endring som “making things different”. Det kan være et planlagt grep fra organisasjonens side eller det kan komme som et resultat av mer tilfeldige forhold. En endring kan betraktes som en hendelse som bidrar til å forstyrre likevekten, og at noe må gjøres for å gjenopprette likevekt i organisasjon. En endring er tidsbegrenset med en start, gjennom ulike trinn til ett slutt punkt som ender i en forbedring for partene. Anskaffelse av nytt IKT-system er «enkelt», men å endre arbeidsformer, organisering og kultur for å realisere potensielle gevinster knyttet til dette er ikke like enkelt (Meld. St. 7). For mange ledere er endring en av de vanskeligste oppgavene å jobbe med, og for ansatte kan endring medføre stress og usikkerhet. Kompleksiteten i denne øvelsen kan være årsak til at mange endringsprosjekter ikke lykkes. Denne kompleksiteten ser ut til å være økende (Karp, 2014).

HNT har gjennom DRIV 2021 definert hva de legger i begrepet endringskompetanse. I HNTs lederutvikling benyttes blant annet Kotters endringsmodell (figur 6) med åtte faser eller prosesser som legges til grunn for vellykket endring. Som leder skal du kunne skape en følelse av nødvendighet for endring, bygge et rådgivende nettverk, utvikle visjon og strategi, rekruttere engasjerte medarbeidere, gi rom for handling ved å fjerne barrierer, generere kortsiktige gevinster, oppretthold endringsarbeidet og forankre endringen. Alt dette er i praksis aktive handlinger, ferdigheter og kompetanse. Dette kan også relateres til Lai sin definisjon av kompetanse: «*Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål*» (Lai, 2013, s. 46). I lys av funnene i følgeforskningen er det flere av disse komponentene i kompetansebegrepet som vi vurderer som interessante.

Det HNT gjør gjennom DRIV er i tråd med både Kotter og Lai sine teorier om endring og kompetanse. Når ledere samles legges det til rette for å bygge rådgivende nettverk, informasjon som er med på å bygge opp under forståelsen av nødvendigheten for endringene, utvikle visjon og strategi. Ledere aktiviseres videre i klinikkene med endringsarbeid i egne enheter, en kontekst som de kjenner godt og har både ansvar og eierforhold til. Nærhet og kjennskap til egen virksomhet vil kunne sikre forankring av endringsarbeidet gjennom at den samlede kunnskapen og ferdighetene i enheten tas med i dette arbeidet.

Helseplattformen handler om mere enn å innføre planlagte endringer. Slik som Forskningsrådet (2019, s. 4) beskriver digitalisering så handler det «*om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige. Digitalisering legger til rette for økt verdiskaping og innovasjon*». Kort sagt legger vi til grunn at digitalisering betyr å innføre digitale verktøy, samtidig som arbeidsprosesser endres.

IKT-systemer må tilpasses norsk kontekst og nye arbeidsprosesser må utvikles for mange ulike fagområder og helsetjenester. I norsk kontekst vil Helseplattformen være innovasjon og i tråd med Oddanes definisjon (2017 s. 260) om at «*innovasjon er en kollektiv, åpen aktivitet som har til hensikt å skape og implementere nye, anvendelige produkter/prosesser som skaper verdier av økonomisk og/eller annen art*» og videre beskrivelsen til Gotvassli, (2015, s.179) om at «*innovasjon kan forstås som enhver idé, praksis eller materiell størrelse som oppfattes som ny for den som tar den i bruk*».

Funnene i følgeforskningen viste at alle ledere som deltok i undersøkelsene oppfattet Helseplattformen som noe stort og udefinerbart, men at alle i organisasjon ville bli berørt i en eller annen grad. Å stå ansvarlig for endringsarbeid som man selv er usikker på vil være utfordrende. Lederne kommuniserte at de hadde håndtert dette på ulike måter. Noen ledere mente de kunne benytte egen og egen enhets kompetanse og erfaring fra tidligere endringsarbeid. Andre ledere ønsket hjelp fra andre, både for å skape engasjement og gjennomføre endringsprosesser. Lokale innføringsansvarlige og personalavdelingen i HNT ble nevnt som viktige bidragsytere. For mange ledere var det viktig at de fikk tydelige rammer til hjelp for riktig prioritering av ressurser i forbindelse med innføringsprosessen. Selv om det var mye usikkerhet, var alle lederne opptatte av å fremsnakke Helseplattformen ovenfor egne ansatte.

Det vi forskere syntes var interessante funn i denne sammenhengen var ledernes ulike forståelser eller behov for samhandling lederne imellom. Klinikklederne var ikke så opptatt av samhandling mellom klinikkene, mens i Klinikk for kvinne, barn og familie var det flere ledere som så verdi i å snakke sammen på tvers:

*«Har spilt inn at man kan ha støtte i hverandre på ledernivå, men det er klart at det må lages en plan eller så blir det mye ad hoc».*

*«Kunne tenke meg muligheten til treffpunkt på tvers av fagområdene i klinikken. Vi er en klinikk, men mange fagspesialiteter som skal se ting i sammenheng. Det er ikke alt vi greier å belyse i egen ledergruppe, kan hende andre gjør seg erfaringer vi kan dra nytte av på tvers, at det kunne vært del av en plan. Når det er utvidet ledermøte er det så mye annet som står på agendaen» (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).*

Gjennomføring av lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 og det som har skjedd underveis i perioden hadde så langt bidratt til å gi ledere ved Klinikk for kvinne, barn og familie en økt forståelse for at innføring av Helseplattformen vil påvirke lederens oppgaver relativt mye. Oppgaver innen områdene *samhandling, innovasjon/utvikling, drift og bruk av tid* så ledere ville bli mest påvirket. Det kan også se ut som om ledere i løpet av perioden januar til juni 2021 har fått bedre innsikt i *hvordan* Helseplattformen kan påvirke arbeidsprosessene. I starten av perioden var det mange ledere som var usikre på hvordan det ville bli. Ved slutten av følgeforskningsperioden hadde usikkerheten blitt mindre, og flere ledere uttrykte en *positivitet* til det som skulle komme. Dette er i samsvar med et av målene ved innføring av en elektronisk pasientjournal som er at de ansatte skal være engasjerte og ha tro på at de nye systemene gir merverdi (Alami et al., 2020).

Det kan tyde på at informasjon og dialog om Helseplattformen har utviklet og/eller endret lederes forståelse for Helseplattformens påvirkning på arbeidsprosesser ved egen enhet. Å legge opp til en aktiv og engasjerende ledersamling med gjennomføring av arbeidsprosesser ser ut til å ha bidratt til en mer samordnet forståelse blant ledere. I tillegg har ledere gjennom utarbeidelse av forslag til gevinstmål og tiltak fått mulighet til å påvirke egen fremtidig hverdag. Ledere i KBF formidlet at lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 kanskje ikke har gitt så mye ny kunnskap, men derimot nyttig informasjon om Helseplattformen og *mer kunnskap* om endringsledelse som har vært nyttig. Både kunnskapspyramiden og SECI modellen (figur 7 og 8) viser hvordan informasjon kan utvikles til kunnskap.

Dersom vi ser på endringskompetanse og tar utgangspunkt i de fire komponentene i Lai (2013) definisjon av kompetanse, formidler flere ledere at de har fått litt mer kunnskap om endringsledelse. Det fremgår av tilbakemeldinger at de har blitt litt tryggere og har evner og ferdigheter til å fremsnakke Helseplattformen ovenfor egne ansatte. Med utgangspunkt i både skriftlige og muntlige tilbakemeldinger samt observasjoner i forbindelse med lederutviklingssamlinger, har det nok ellers vært størst positiv forandring i forhold til lederes holdninger til innføring av Helseplattformen. Ifølge Lai (2013) kan holdninger være avgjørende for om en medarbeider er kompetent eller ikke, dette gjelder både holdninger i forhold til virksomhetens tjenester, egne oppgaver og til kunder og brukere av tjenestene. Betydningen av holdninger er spesielt tydelig i forbindelse med oppgaver som innebærer stor grad av menneskebehandling som i dette tilfelle samhandling gjennom en endringsprosess.

Funnene fra spørreundersøkelsene viste imidlertid at det var et sprik i forståelsen om Helseplattformens påvirkning mellom ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie. Det var ledere som mente at Helseplattformen ikke ville påvirke lederens oppgaver så mye. Dette kan handle om at disse lederne ikke delte eller kjente til Orlikowskis (2007) perspektiv om den gjensidige og kontinuerlige påvirkningen det sosiale og materielle har på hverandre i hverdagen. Det kan også være at det er mer enn ett år igjen til innføringen av Helseplattformen i egen klinikk, og at ledere egentlig ikke hadde satt seg inn i hva Helseplattformen vil bety for egne arbeidsoppgaver:

*«Må få det mer frem i pannen, må innrømme at du er med på det du skal og så legger du det litt bak igjen, det er en av mange andre arbeidsoppgaver»* (Lederutsagn i fokusgruppeintervju).

Så langt i dette drøftingskapittelet er det skrevet om lederutvikling, endring og endringskompetanse og registrerte endringer i forhold til forståelse med utgangspunkt i teori og funn fra følgeforskningen. Å løfte og drøfte disse fenomenene først har vært helt bevisst fordi det vil gjøre det lettere å peke på *hvilken måte* dvs. metoden for hvordan et lederutviklingsprogram kan bidra til å øke endringskompetanse hos ledere. Vi tenker at her er det gjort flere gode grep. Et hovedgrep var å koble lederutviklingsprogrammet med en forberedende eller pågående endringsprosess. Dermed kan oppgavene som ledere skal jobbe med som del av kunnskapsutviklingen være reelle og ikke fiktive. Avdelingsvis arbeid med gevinstmål der ledere og ansatte får mulighet til å påvirke egen fremtidig hverdag vil være meningsfulle og kan bidra til økt engasjement, motivasjon og tilslutning for fremtidig endringsarbeid (Hernes, 2016). Å sette av tid til oppfølging av oppgaver, gruppearbeid og deling av lederes tause og eksplisitte kunnskap peker ledere selv på at det har bidratt til endringsforståelse og kunnskapsutvikling. Dette skriver både Gotvassli (2015) og Von Krogh et al. (2001) om som gode kunnskapende tiltak. Denne kunnskapsutvikling kan forsterkes gjennom å legge til rette for kunnskapende kontekster med blant annet felles møteplasser for dialog og samhandling mellom lederne. Tabell 2 med 5 X 5 matrisen til Von Krogh, et al., (2001) kan være et nyttig verktøy for systematisk kunnskapsutvikling.

## 7.6 Hvor pålitelige er resultatene fra følgeforskningen?

I dette kapitlet har vi prøvd å synliggjøre elementer og forhold som kan si noe om kvaliteten på den kvalitative forskningen. Hvor troverdige og pålitelige er resultatene? Thagaard (2018) viser til at en vurdering av reliabilitet, validitet og overførbarhet kan gi et uttrykk for kvaliteten i forskningsprosjektet.

Først noen ord om valg av følgeforskning som metode. Ifølge Sverdrup (2013, s. 137) benyttes følgeforskning «*når det er ønskelig å utvikle eller bistå i å utvikle en best mulig praksis, tilbud, tiltak etc. som faktisk skal anvendes eller komme til nytte i den hensikt å øke eller fremme velferd i vid forstand for så vel interessenter som brukere eller mottakere av et tilbud, en tjeneste eller et velferdsgode*».

I vår følgeforskning har vi fulgt ledere i en klinikk i Helse Nord-Trøndelag i en forberedende fase forut for innføring av Helseplattformen. I denne perioden er det igangsatt et lederutviklingsprogram (DRIV 2021) som innholdsmessig kobles med det forberedende arbeidet. Problemstillingen var å få tilbakemelding på *hvordan lederutviklingsprogrammet*

*DRIV påvirker lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser ved innføringen av Helseplattformen.* Gjennom å bruke ord som påvirker og forståelse var det relevant å følge ledere over en tidsperiode for å få tilbakemelding på om det hadde vært påvirkning, og om forståelsen hadde endret seg over tid. Vi vurderte med dette utgangspunkt og problemstilling at følgeforskning som metode var relevant for vårt prosjekt.

I følgeforskning kan ulike typer datainnsamlinger brukes. Vi valgte en kvalitativ tilnærming grunnet at vi var opptatt av å få tilbakemeldinger på ledernes forståelse. Det var viktig for oss at ledere formidlet sin forståelse med egne ord. Derfor ble spørreskjema med i hovedsak åpne spørsmål og fritekstsvarene brukt. I tillegg ble det gjennomført semistrukturerte fokusgruppeintervju der ledere fikk anledning til å ha dialog innenfor prioriterte temaområder. I tillegg var Anders Bergkvist som utenforstående masterstudent observatør på gjennomførte DRIV-samlinger i perioden.

Alternativ datainnsamlingsmetode kunne ha vært spørreskjema med faste svaralternativer ved oppstart og avslutning, der dataen ble analysert med kvantitative analysemetoder. Dette kunne ha vært kombinert med individuelle intervju med strategisk utvalgte ledere og kombinert med observasjoner. Nå var undersøkt populasjon liten og viktigheten av å få inn data for å kunne gjøre statistiske beregninger var lav. Kvantitative data krever også høy svarprosent på begge spørreundersøkelsene for å kunne gjøre direkte sammenligninger og mulighet for å generalisere. Å kombinere store mengder med kvantitative og kvalitative data vurderte vi ville bli for krevende innenfor masteroppgavens rammer. Når det gjelder overførbarhet har kvalitative studier mål om å oppnå en mer generell relevans ovenfor andre lignende prosjekter (Thagaard, 2018).

Baklien (2000) har beskrevet følgeforskning som en formativ, dialogbasert prosessanalyse med vektlegging på dialogen mellom ulike interessenter i det programmet eller tiltaket som skal iverksettes. I følgeforskning går forskeren tett på tiltak og prosesser. Følgeforskningen beskrives som formativ med en hensikt om en kontinuerlig videreformidling av forskerens refleksjoner. Den formative forskningen formidler kunnskap og innsikt om prosessene til dem det forskes på. Det viste seg å bli viktig for oss at den ene mastergradsstudenten Marianne Mathisen hadde forankring i undersøkt organisasjon. Gjennom forankringen fikk vi innpass til å ha dialog med mange ressurspersoner i Helse Nord-Trøndelag. Dette gjorde det mulig å skreddersy et forskningsopplegg som gikk «som hånd i hanske» interessemessig, samtidig som

det kunne tilpasses pågående prosesser. Viser blant annet til at innsamling av data ble gjennomført etter DRIV-samlinger i klinikken.

I forskerrollen er det viktig å ha et reflektert forhold til følgende begreper; ekstern posisjon, nærhet og distanse, samt deltaker og tilskuer. Dette er særlig viktig når en av forskerne er en av lederne i enheten det forskes på (Baklien & Skatvedt, 2013). For den ene masterstudenten Anders Bergkvist som var ekstern i forhold til klinikken og HNT var ikke dette noen bekymring, han hadde et særlig ansvar for å sikre utenfrablippet gjennom hele forskningsprosjektet. Han ledet også planlagte fokusgruppeintervjuer. Når det gjelder den andre mastergradsstudenten Marianne Mathisen som var av lederne i undersøkt enhet, kunne det være utfordrende å håndtere de ulike rollene.

Marianne Mathisen som følgeforsker måtte kunne ivareta en ekstern posisjon og et utenfrablipp på den kontekst og de fenomen det skulle forskes på. Dette innebar blant annet planlegging av forskningsaktiviteter, dialog med HNT, nedskrivning av innsamlet data og utarbeidelse av forskningsrapport og masteroppgave. Som en av lederne deltok Marianne Mathisen selv aktivt på DRIV-samlingene, der Anders Bergkvist var observatør. Marianne Mathisen var ellers i vanlig arbeidsdialog med andre ledere som en del av jobben. Skifte av roller med håndtering av nærhet og distanse var selvsagt en balansegang, men som forskere var vi begge bevisst denne utfordringen og hadde en plan for hvordan dette skulle håndteres for å oppnå best mulig valid resultat (Sverdrup, 2013). Et eksempel på dette var at i analysen av data skrev Anders Bergkvist utkast til tekst, som etterpå ble drøftet og redigert i fellesskap. Dette er eksempler på hvordan utenfrablippet ble håndtert og med mål om troverdige resultater. At den ene mastergradsstudenten ikke var en del av undersøkt organisasjon var i dette tilfelle avgjørende for god følgeforskning.

Samtidig var det fordel med at Marianne Mathisen hadde forankring i Helse Nord-Trøndelag. Hun hadde gjennom sin forankring i HNT kjennskap til personer i organisasjon og tilgang til relevante dokumenter om blant annet Helseplattformen og DRIV 2021. Vi mener denne forankringen har hatt betydning og vært viktig for tilgangen til dialog med ressurspersoner i organisasjon. Dialogen og nærheten har vært til hjelp i arbeidet med å sette opp gode forskningsspørsmål og organiseringen av forskningsaktiviteten. At vi tidligere hadde skrevet en prosjektoppgave med fokus på Helseplattformen og gjennom det arbeidet hadde tilegnet oss endel kunnskap om fenomenet, mener vi bidro til at vi på en tillitsvekkende måte kunne



tilnærme oss fenomenet. Både i dialogen med informantene og ressurspersoner vi var i kontakt med gjennom hele prosessen.

Funn fra datainnsamlingene ble fortløpende formidlet til klinikkleder, noe som gjorde det mulig å justere innhold og gjennomføring på påfølgende klinikkinterne DRIV-samlinger. Dette samspillet er en av styrkene med følgeforskning (Baklien & Skatvedt, 2013). I tillegg ga følgeforskningens fleksibilitet mulighet for at vi på en hensiktsmessig måte kunne tilpasse innsamlingen av data underveis. Det var også nær og tett dialog med en ressursgruppe for følgeforskningsprosjektet bestående av personal- og organisasjonssjef, opplæringsansvarlig i lokalt innføringsteam i Helseplattformen og hovedverneombud i HNT. Ressursgruppen utfordret og inspirerte oss forskere, og bidro blant annet med kvalitetssikring av spørsmålsstillinger til fokusgruppeintervjuer.

Når det gjelder valg av metoder for innsamling og analyse av data, er dette relativt nøye beskrevet både i kapittel 3.3 Innsamling av data, 3.4 Analysestrategi og 5.1 Hvordan vi har gått frem. Innhold og gjennomføring er godkjent av både Norsk senter for datasikkerhet (NSD) og forskningsavdelingen (DAC) i Helse Nord-Trøndelag. Disse godkjenningene mener vi styrker forskningsprosjektets reliabilitet og validitet. Et ankepunkt i forholdet til resultatet av forskningen vil være at undersøkt enhet er liten, kun 18 ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie og at det var lav svarprosent på spørreundersøkelsene. Det ble også gjennomført bare ett fokusgruppeintervju med ledere i KBF. Liten populasjon, begrenset deltakelse og mindre data gjør at grunnlaget for generell relevans og overførbarhet er begrenset (Thagaard, 2018), det gjør at vi må være bevisste på hvordan vi formidler resultatene. Fokus blir dermed interessante kvalitative funn fra datainnsamlingen fra ledere som deltok.

Etter innspill fra ressursgruppen ble datainnsamlingen til forskningsprosjektet utvidet med et fokusgruppeintervju med klinikkledere i HNT. Noe som var gjennomførbart tidsmessig fordi vi fikk færre fokusgruppeintervjuer i KBF enn planlagt. Vi gjorde en ny henvendelse til Norsk senter for forskningsdata (NSD) i forbindelse med planlegging av fokusgruppeintervju med klinikkledere. Da endringen i hovedsak omhandlet ny målgruppe for intervju var det ikke nødvendig med endringsmelding til NSD.

Restriksjoner grunnet covid-19 medførte begrenset mulighet til fysiske møter for å utvikle samhandlende relasjon mellom ekstern forsker og ledere i klinikken. At Anders Bergkvist deltok digitalt på ett klinikk møte før oppstart av følgeforskningen, på kick-off-samlingen og klinikkens DRIV-samlinger var bevisst for å skape viktige relasjoner og tillit (Baklien, 2004).

Hadde det derimot vært mulig med fysiske møter er det noe som i større grad kunne gitt mulighet til å påvirke flere til å delta på spørreundersøkelser og fokusgruppeintervju.

Hvor pålitelige er da resultatene fra følgeforskningen? Innenfor kvalitative studier handler påliteligheten eller reliabiliteten om hvordan vi har gjort rede for hvordan vi har utviklet dataen i prosjektet (Thagaard, 2018). Dette mener vi er relativt godt beskrevet i kapittel 3.3, 3.4 og 5.1. Det foreligger godkjenninger fra NSD og DAC. Og vi har gjort godt rede for hvordan vi har analysert og drøftet data basert på relevant teori. Med utgangspunkt i Thagaard (2018) vurderer vi resultatene som valide.

### 7.7 Hva har vi lært gjennom arbeidet med masteroppgaven?

Gjennom dette arbeidet har vi lært at det er utfordrende å rekruttere deltakere til spørreundersøkelser og intervju. Klinikkleder oppfordret i vårt tilfelle lederne til å delta, med motivasjon om at det ville være nyttig for det videre arbeidet i klinikken. Deltakelsen i forskningsaktivitet skal også være frivillig. Vi opplevde ikke at noen var direkte avvisende eller negative til deltakelse, men heller ikke uttrykk for iver etter å få delta. Det var derimot usikkerheten på om de hadde noe å bidra med som kom tydeligt frem. Det kan være flere grunner til at rekrutteringen ikke gikk som vi hadde håpet og planlagt. En årsak kan være at det i perioden følgeforskningen pågikk knapt var arenaer for fysiske møter. Dette gjorde at de uformelle samtalene der man kunne hatt flere muligheter til å snakke om og motivere til deltakelse var fraværende. En annen årsak kan være at ledere var opptatt av den daglige driften, og med det hadde mange nok oppgaver som krevde deres tid og oppmerksomhet. Opplevd usikkerhet omkring innføring av Helseplattformen og at det skjer langt frem i tid gjør kanskje at det kan være vanskelig å finne motivasjon til deltakelse. Usikkerheten om Helseplattformen kan ha gjort ledere usikker på om de har noe å bidra med i undersøkelsene og kan ha medvirket til lav deltakelse.

Det har vært lærerikt for oss to å samarbeide om denne masteroppgaven fordi vi fra ulike ståsted har hatt mulighet til å reflektere sammen og utfordre hverandre hele veien. Gjennom det har vi lagt til rette og bidratt til egenutvikling, forståelse og meningsskapning under hele prosessen. I og med at vi er bosatt langt fra hverandre har det vært en stor fordel å ta i bruk tilgjengelig teknologi i form at møteplattformer som Skype, Zoom, og Microsoft Teams. Det har gjort det mulig å ha hyppige møter med hverandre. Møter med ressurspersoner i HNT og Helseplattformen har vi også fått gjort sammen takket være mulighetene teknologien gir. Restriksjonene i forbindelse med covid-19 gjorde også at digitale møter var hverdagen for

veldig mange, derfor ble det ikke opplevd som noe spesielt at møtene foregikk på denne måten. Med det kan vi si at teknologien ble opplevd som nyttig, robust og passet vårt behov. Dette er i samsvar med det Hernes (2016) beskriver som kjernen i innovasjon basert på et diffusjonsperspektiv.

## 7.8 Hvordan kan funnene fra forskningsarbeidet brukes i videre arbeid?

### *Forskningsarbeidets bidrag til forskningsfeltet og forskning generelt*

Våre analyser og drøftinger av tilbakemeldingene fra ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie viser at samskaping og meningsskaping vil kunne være hensiktsmessig i forberedelser til endringsprosesser innen helsesektoren. Bruk av metoder som tilrettelegger for samskaping i et lederutviklingsprogram med mål om å forberede ledere på innføring av digitalisering har gitt ledere større engasjement og økt optimisme for at digitaliseringen kan gi ønskede gevinster. Dette engasjementet vil være verdifullt når digitaliseringen skal iverksettes.

Vår forskning har ikke nødvendigvis avdekket ny kunnskap, men mer en erkjennelse og styrket forståelse for at man gjennom å tilrettelegge for «møteplasser» kan utvikle forståelsen sammen, derigjennom styrker troen på og tryggheten for ledere til å stå i endring. Kobling av lederutviklingsprogram med forberedelsene i en endringsprosess har også vist seg å være et grep som kan bidra til økt engasjement, motivasjon og tilslutning til arbeidet med endringsprosesser. Fortsatt og en mer omfattende forskning på dette forskningsfeltet vil kunne gi flere svar på hvordan samskaping kan brukes i forbindelse med teknologidrevne endringsprosesser.

Når det gjelder metodisk gjennomføring av følgeforskning så tenker vi at dette forskningsarbeidet viser hvordan følgeforskning kan forankres og gjennomføres. Det ble lagt ned et stort arbeid i å finne en riktig inngang til arbeidet og velge relevante forskningsspørsmål både for undersøkt enhet og for forskerne. I vårt tilfelle ble forskningsspørsmålene samskapt mellom oss som forskere og ansatte i organisasjonen. Et skriftlig mandat sikret forankring og legitimitet for forskningsarbeidet. Forankringen ble ytterligere styrket gjennom at vi knyttet til oss en ressursgruppe fra organisasjon som vi hadde jevnlig møter med underveis. En løpende dialog med klinikkleder sikret oss tilgang til relevant informasjon som var nødvendig for å tilpasse tidspunkter for forskningsaktiviteter som innsamling av data og formidling av forskningsresultater. I og med at den ene av oss forskere (Marianne Mathisen) var en av lederne i KBF var vi bevisste på å gjennomføre forskningsaktivitetene slik at vi unngikk forskningsetiske fallgruber (Baklien & Skatvedt, 2013). Bevisst håndtering av forskerrolle og aktørrolle gjorde at vi fikk utnyttet kombinasjon av våre ulike roller som intern og ekstern.

### *Forskningsarbeidets bidrag til fagfeltet helse og til andre organisasjoner*

Helse Nord-Trøndelag og Klinikk for kvinne, barn og familie vil helt konkret kunne bruke resultatene/kunnskapen i planlegging og gjennomføring av tredje klinikkinterne DRIV-samling. Det blir viktig å være oppmerksom på at det basert på lederes tilbakemeldinger bør legges til rette for arenaer for informasjonsutveksling og meningsskapning, noe som kan bidra til å at ledere gjennom en relasjonell prosess får mulighet til å utvikle kunnskap og forståelse. DRIV 2021 gjennomføres i alle klinikkene og for alle lederne i Helse Nord-Trøndelag. Derfor mener vi at resultatene fra denne masteroppgaven vil kunne være interessant for alle klinikkene. Følgeforskningen fulgte en av ni klinikker i Helse Nord-Trøndelag og gjennomførte et fokusgruppeintervju med fem klinikkledere. Både bruk av kvalitative data og begrenset deltakelse ga dermed ikke mulighet for generalisering. Når følgeforskningen ble gjennomført var det fortsatt ett år igjen til innføringen av Helseplattformen. Å fortsette med følgeforskning frem til og gjennom innføringen vil fortløpende kunne gi ny innsikt og kunnskap på om man lykkes med innføringen av Helseplattformen på en slik måte at man oppnår forventede resultater og gevinster. Vi mener at resultatene fra vår masteroppgave kan brukes som grunnlag for videre forskningsarbeid. Vi har vært i kontakt med forskere fra SINTEF som i disse dager skal igang med en spennende forskning med prosjektittelen: *Realising the shared electronic health record: a multi-site study of a national pilot implementation*. De planlegger å gå i detalj på en del lokale innføringer av Helseplattformen, som skal brukes for å se på forskjeller i innføringen i ulike deler av helsetjenesten i Midt-Norge.

Helseplattformen er stort prosjekt som berører mange ulike områder og problemstillinger og som vil medføre ulike endringer for mange, men som det på forhånd er vanskelig å konkretisere. Å koble et lederutviklingsprogram opp mot en omfattende endringsprosess har i vår følgeforskning vist seg å ha betydning for lederes forståelse for endring og endringsarbeid. Hvordan denne koblingen er gjort og hva det har bidratt til vil kunne være interessant for mange ulike virksomhetsområder innen ulike bransjer som skal igangsette små og store endringsprosesser.

## 8. Oppsummering og konklusjon

Masteroppgaven avsluttes med en oppsummering basert på hovedfunn fra analyse og drøfting av forskningsspørsmål 1-5. Ble spørsmålene besvart og hva kan sies om forskningsprosjektets problemstilling?

*Hvilken generell og individuell kompetanse ser ledere behov for å styrke ved innføringen av Helseplattformen?*

Ledere ved Klinikk for kvinne, barn og familie ønsket primært å styrke mye av den kompetansen som allerede fantes i egen enhet, hovedsakelig endrings- og IKT kompetanse. Noen så også verdi i tidligere erfaringer fra sammenlignbare prosesser som kan ha en overføringsverdi. Flere ledere løftet viktigheten av å bygge på og bruke egne ansatte i kunnskapsutviklingen for å se og forstå sammenhengen mellom teknologien og nye arbeidsprosesser. Å sette av tid til informasjon var sentralt for alle ledere, men utfordrende når de ikke selv hadde ting klart for seg. Alle ønsket konkrete eksempel som hjelp i informasjonsarbeidet, som for eksempel demonstrasjonsvideoer for nye arbeidsprosesser.

*Hvordan forstår lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, har denne forståelsen endret seg i løpet av følgeforskningsperioden?*

Så langt har en økt forståelse mest handlet om at de må ha fokus på og sette av tid til informasjon og arbeid med forberedelser. Når de har brukt tid sammen og fått prate om Helseplattformen og det den vil kunne bidra til har det hørt positivt ut, og ikke bare stort, annerledes og skummelt. Den daglige driften har så langt tatt alt av fokus og tid. Formidling av informasjon om og arbeid med Helseplattformen må dermed bli formalisert i form av planlagte møter og samlinger.

*Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV 2021 fremhever lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen?*

Ledere har fått en forståelse for viktigheten av ansatteinvolvering ved å legge til rette for og sette av tid til informasjon, fremsnakke Helseplattformen og motivere ansatte. Informasjon om Helseplattformen har gitt ledere bedre kjennskap til den og kanskje litt mer forståelse for endringer den vil medføre. Flere ledere så nytte av samhandling på tvers av avdelingene i klinikken.

*Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet?*

Usikkerheten for hvilke endringer Helseplattformen medfører var gjennomgående og store, noe som vil gjøre formidlingen til ansatte vanskelig og krevende.

Alle ledere hadde en formening om at det vil bli krevende og mente god planlegging og forutsigbarhet vil være viktig. Å lage tydelige rammer vil kunne være til hjelp for riktig prioritering av ressurser. På tross av egen usikkerhet var ledere opptatt av at som leder ville det være viktig å klare å stå i prosessen og holde engasjementet oppe. Det var viktig å kunne skape trygghet ovenfor de ansatte. Bruk av fagekspertene og erfaringene fra de som starter opp først (St. Olavs hospital) vil kunne gi en god støtte i forberedelsene til eget arbeid ved klinikken.

*På hvilken måte kan et lederutviklingsprogram bidra til å øke endringskompetansen hos ledere?*

Ledelse handler om å påvirke andre mennesker til å nå felles mål, og for Helse Nord-Trøndelag vil målet i denne sammenheng være å få innført Helseplattformen på en slik måte at man kan oppnå forventede gevinster og resultatmål. Ledere i HNT har en sentral rolle og er en viktig aktør i dette arbeidet. Et av målene med lederutviklingen i HNT er å gjøre ledere trygge i rollen med å lede forbedrings- og utviklingsarbeid i egen enhet.

Analyser fra dette arbeidet viser også at lederes trygghet er et viktig element for innføringsarbeidet med Helseplattformen. Gjennom lederutviklingsprogrammet DRIV har ledere fått informasjon om endringen og mer kunnskap om endringsledelse, og lederes tilbakemeldinger har vist at de har blitt litt tryggere og har evner og ferdigheter til å fremsnakke Helseplattformen ovenfor egne ansatte. Med utgangspunkt i både skriftlige og muntlige tilbakemeldinger og observasjoner i forbindelse med lederutviklingssamlinger viser det en positiv forandring i forhold til lederes *holdninger til* innføring av Helseplattformen. Informasjon om Helseplattformen har gitt *økt forståelse* om dens gevinster og det har gitt ledere større trygghet og *motivasjon* til å fremsnakke Helseplattformen ovenfor egne ansatte.

Vi vurderer at HNT har gjort et riktig grep med å koble et lederutviklingsprogram med en kommende endringsprosess. Tiltak i lederutviklingsprogrammet DRIV ser ut til å ha bidratt til økt endringskompetanse hos ledere. Avdelingsvis arbeid med gevinstmål der ledere og ansatte fikk mulighet til å påvirke egen fremtidig hverdag ble opplevd som meningssskapende og har bidratt til økt engasjement, motivasjon og tilslutning til innføring av Helseplattformen. At det ble satt av tid til å jobbe sammen om oppgaver på og mellom samlinger har bidratt til økt endringsforståelse og kunnskapsutvikling. Denne kunnskapsutvikling kan forsterkes dersom

Helse Nord-Trøndelag legger til rette for slike kunnskapende kontekster med blant annet felles møteplasser for videre informasjonsutveksling og meningsskaping.

*Hva kan resultatene peke på i forhold til forskningsprosjektets problemstilling: Hvordan påvirker lederutviklingsprogrammet DRIV lederes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser ved innføringen av Helseplattformen?*

Resultatene viser at flere ledere i løpet av følgeforskningsperioden har endret sin forståelse om Helseplattformens påvirkning. I slutten av perioden var det flere som svarte at innføringen av Helseplattformen i relativt stor grad vil påvirke lederoppgavene.

Vi mener at HNT gjorde et godt grep med å koble lederutviklingsprogrammet med en forberedende eller pågående endringsprosess. Det bidrar blant annet til at oppgavene lederne skal jobbe med som del av kunnskapsutviklingen vil være reelle og ikke fiktive. Å sette av tid til oppfølging av oppgaver, gruppearbeid og deling av lederes tause og eksplisitte kunnskap peker ledere selv på har bidratt til endringsforståelse og kunnskapsutvikling. Dette skriver både Gotvassli (2015) og Von Krogh et al. (2001) om som gode kunnskapende tiltak. Denne kunnskapsutvikling kan forsterkes gjennom å legge til rette for kunnskapende kontekster med blant annet felles møteplasser for dialog og samhandling mellom lederne. Tabell 2 med 5 X 5 matrisen til Von Krogh, et al. (2001) kan være et nyttig verktøy for systematisk kunnskapsutvikling.

Lederes forståelse for viktigheten av å ha fokus på, sette av tid og involvere ansatte har økt i løpet av følgeforskningsperioden. Hvordan dette har skjedd kan basert på lederes tilbakemeldinger kobles til følgende faktorer, informasjon om endringsledelse, god informasjon om Helseplattformen. Vi ser også at gjennom undersøkelsene der ledere har fått mulighet til spørsmål og dialog om informasjonen, samt ha konkrete arbeidsoppgaver som f.eks. utarbeidelse av gevinstmål har bidratt til endret forståelse.

Avslutningsvis ønsker vi å peke på at bruk av metoder for samskaping i et lederutviklingsprogram ser ut til å ha bidratt til større engasjement og økt optimisme for endring blant ledere. Dette engasjementet vil være betydningsfullt når endringen skal gjennomføres, som i dette tilfelle er innføring av Helseplattformen.

## 9. Litteratur

Alami, H., Lehoux, P., Gagnon, M. P., Fortin, J. P., Fleet, R. & Ag Ahmed, M. A. (2020). *Rethinking the electronic health record through the quadruple aim: time to align its value with the health system*. BMC Medical Informatics and Decision Making, <https://doi.org/10.1186/s12911-020-1048-9>.

Amabile T.M. (1998). *How to kill creativity*. Harvard Business Review, September, 77–87.

Askheim, O.P. & Starrin, B. (2008): «Deltakerbasert forskning – forskningsstrategi for sosialarbeiderutdanningene». *Fontene Forskning*, 1, 18–26.

Baklien, B. (2000). Evalueringsforskning for og om forvaltningen. I: Foss, O. & Mønnesland, J. (red.). *Evaluering av offentlig virksomhet*. NIBR 4-2000.

Baklien, B. (2004). *Følgeforskning*. Sosiologi i dag. Vol. 34 (4), 49-66.

Baklien, B. & Skatvedt, A. (2013). Forventning og forvirring – følgeforskningens rotete roller. Halvorsen I. A., Madsen E.L., Jentoft N. (red.). *Evaluering: Tradisjoner, praksis, mangfold*, 148–164. Fagbokforlaget.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*, 5 utgave, 2 opplag. Gyldendal Akademisk.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3 (2). 77-101. ISSN 1478-0887. <https://eprints.uwe.ac.uk/11735>.

Børhaug, K. & Lotsberg, D.Ø. (2014). *Fra kollegafellesskap til ledelseshierarki? De pedagogiske lederne i barnehagens ledelsesprosess*. Nordisk barnehageforskning 2014, Vol.7.



Dehli, W.P. & Kvernmo, N. (2021, 23. mai). En nødvendig og etterlengtet forbedring av helsetjenesten. Midt-Norge har kommet lengst i landet i utviklingen mot visjonen «Én innbygger-én journal» [Kronikk]. *Adresseavisen*.

<https://www.midtnorskdebatt.no/meninger/kronikker/2021/05/23/En-n%C3%B8dvendig-og-etterlengtet-forbedring-av-helsetjenesten-23999038.ece>.

Direktoratet for e-helse. (2021). <https://ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>

Eggebø, H. (2020). *Kollektiv kvalitativ analyse*. Norsk sosiologisk tidsskrift, Vol.4 (2), 106-122.

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>.

Forskningsrådet. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds og omsorgstjenestene*, Kunnskapsnotat. <https://forskningsradet.no/>. ISBN: 978-82-12-03813-4.

Gotvassli, K-Å. (2015). *Kunnskap, kunnskapsutvikling og kunnskapsledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget.

Grønhaug, K., Hellseøy, O. & Kaufmann, G. (2001). *Ledelse i teori og praksis*. Fagbokforlaget.

Helse Nord-Trøndelag (2021). *Helseplattformen Lokalt innføringsteam Helse Nord-TrøndelagHF* [Bilde]. <https://hnt.no>

Helse Nord-Trøndelag Helseforetak (2021). *Organisasjonskart for foretaket Helse Nord-Trøndelag (HNT)* [Bilde]. <https://hnt.no>

Helse Nord-Trøndelag Helseforetak (2021). *Organisasjonskart for Klinikk for kvinne, barn og familie, HNT* [Bilde]. <https://hnt.no>

Helse Nord-Trøndelag Helseforetak. (2018). *Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF – for planperioden 2018-2021; og fremtidsutsikter mot 2035*.  
<https://hnt.no/Documents/Strategisk%20utviklingsplan%20HNT%20-%20h%C3%B8ringsinnspill%202018/Strategisk%20utviklingsplan%202035%20pr%20080218.pdf>

Helseplattformen. (2021, 12. januar). Helseplattformen – en innbygger, en journal [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=kLecoirHusA>.

Helseplattformen (2021). *Tidslinje for innføring av Helseplattformen* [Figur].  
<https://helseplattformen.no>

Hernes T. (2016). *Organisering i en verden i bevegelse*. Cappelen Damm akademisk.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5 utgave.. Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utgave, Abstrakt forlag.

Justesen L. & Mik-Meyer N. (2010). *Kvalitative metoder i organisasjons- og ledelsesstudier*. Hans Reitzels forlag.

Karp, T. (2014). *Endring i organisasjoner. Ideologi, teori og praksis*. Cappelen Damm.

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*, Fagbokforlaget.

Meld. St. 7. (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>.

Meld. St. 9. (2012-2013). *Én innbygger – én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/?ch=1>.

Morgan, G. (2016). *Organisasjonsbilder- innføring i organisasjonsteori*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nordhaug, O., Hildebrandt, S. & Brandi, S. (2007). *Håndbok i endringsledelse*. Forlag 1.

NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial-og helsedepartementet. <https://regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>

Oddane T. (2017). *Kreativitet og innovasjon: fem sider av nesten samme sak*. Fagbokforlaget.

Orlikowski, W. J. (2007). *Sociomaterial Practices: Exploring technology at work*, *Organization Studies*, 2007 28:1435. doi: 10.1177/0170840607081138.

Payne, A. F., Storbacka, K. & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36: 83-96.

Rambøll Management Consulting, IKT-Norge, Digitaliseringsdirektoratet, Visma, Den norske dataforening, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (2020). *IT i praksis 2020, Strategi, ledelse, trender og erfaringer i offentlige virksomheter*. <https://no.ramboll.com/presse/publikasjoner/it-i-praksis-2020>

Rennemo, Ø. (2019). *Å lede læring, Samskapt utvikling i resultatorienterte organisasjoner*. Universitetsforlaget.

Rennemo, Ø. & Vaag, R. J. (2018). *Collective Leadership Learning (CLL)-Leader reflections on learning during higher-level, experience-based leadership education*. Norwegian Society for Psychological Science.

Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2011). *Organizational Behavior, 14th ed.* Pearson Education.

Røe, M. (2011). *What's in it for us? Om å møte forventninger i feltet*. Fontene forskning 2/2011, 78.

Røiseland A. & Lo C. (2019). *Samskaping – nyttig begrep for norske forskere og praktiker?*. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, Årgang 35, nr.1-2019, 51-58. Universitetsforlaget.

[https://idunn.no/nst/2019/01/samskaping\\_nyttig\\_begrep\\_for\\_norske\\_forskere-og\\_praktiker](https://idunn.no/nst/2019/01/samskaping_nyttig_begrep_for_norske_forskere-og_praktiker).

Skilbrei, M-L. (2019). *Kvalitative metoder, planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven – sphi. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven)*. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Støbbakk, T. (2021, 15. april). Trønderske kommuner kan vrake Helseplattformen.

*Adresseavisen*. <https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2021/04/15/Tr%C3%B8nderske-kommuner-kan-vrake-Helseplattformen-23805654.ece?rs7594211629920942345&t=1>.

Svensson, L., Ellström, P.-E. & Brulin, G. (2007). *Introduction – on interactive research*. International Journal of Action Research, 3(3), 233-249., [https://nbn-](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-356352)

[resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-356352](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-356352)

Sverdrup, S. (2013). Følgeforskning som nyere tendens i norsk evaluering: Hva er det og hvordan kan det gjennomføres? Halvorsen, I. A., Madsen, E. L. & Jentoft N. (red.).

*Evaluering: Tradisjoner, praksis, mangfold*, 134–147. Fagbokforlaget.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse, En innføring i kvalitative metoder*. 5. utgave. Fagbokforlaget.

Torring, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2017). Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, Drivers, Benefits and Ways forward. *Administration and Society*. Forthcoming. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>

Torvatn, H., Kløve, B. & Landmark, A. D. (2017). *Ansattes syn på digitalisering* (2017:00681). <https://sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-rapport-ansattes-syn-pa-digitalisering.pdf>.

Von Krog, G., Ichijo, K. & Nonaka, I. (2001). *Slik skapes kunnskap, Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenking i organisasjoner*. NKS Forlaget.

Westeren, K.I. (2013). *Kunnskap og konkurransevne*. Fagbokforlaget.

Westeren, K.I. (2015). *Styring av informasjonsteknologi i offentlig sektor*. Fagbladet Samfunn og økonomi, nr 1. <https://hdl.handle.net/11250/297023>.

## 10. Vedlegg

1. DRIV 2021
2. Regional plan for innføring av Helseplattformen
3. Ledelse i HNT
4. Mandat
5. Spørreundersøkelse
6. Informasjonsskriv og samtykkeskjema
7. Intervjuguide for ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie
8. Intervjuguide for klinikkledere i Helse Nord - Trøndelag
9. Svar fra NSD
10. Svarbrev fra DAC

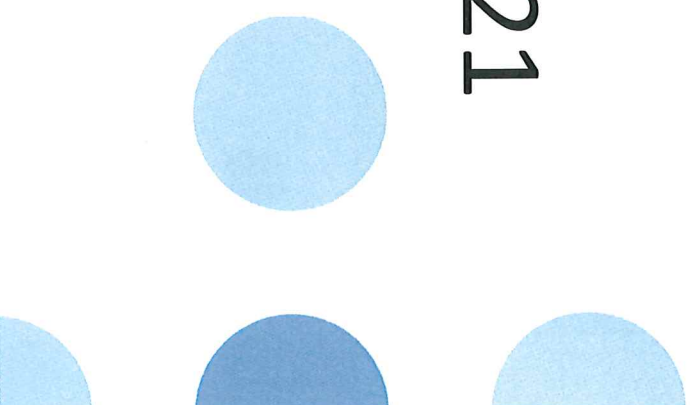
---

# Ledelses- og lederutvikling i HNT

## DRIV 2021

Ledersamlingen 11.02.21

Til utsending





# Målet med DRIV

## Overordnet mål for HNTs program for ledelsesutvikling DRIV er å:

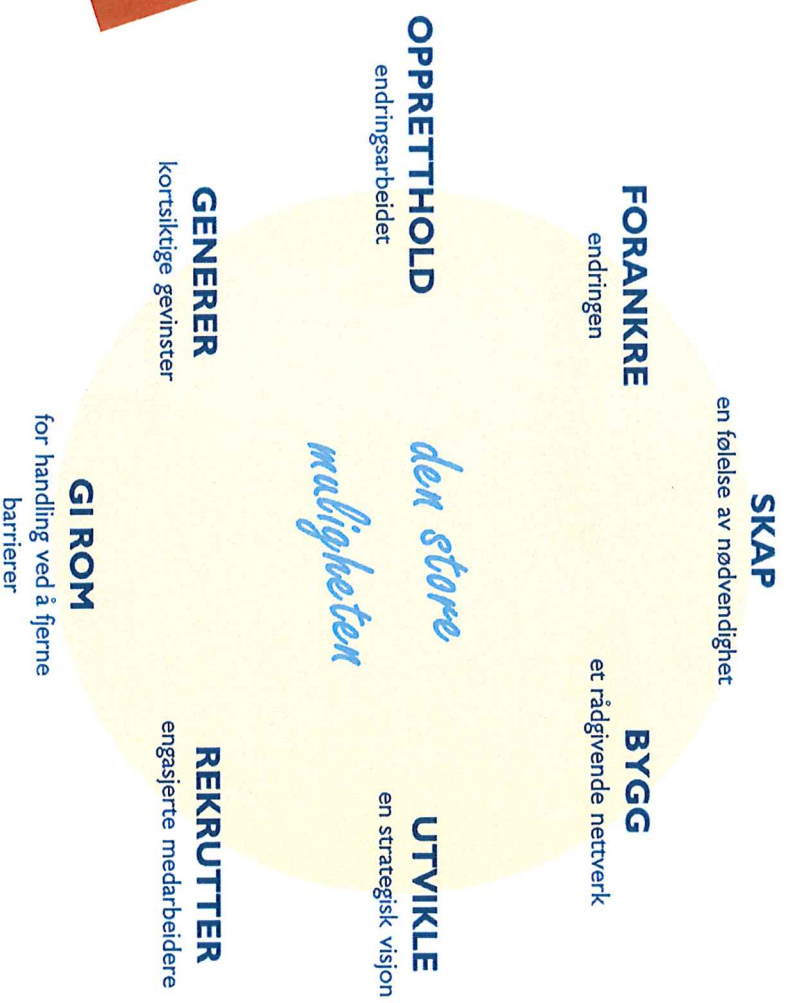
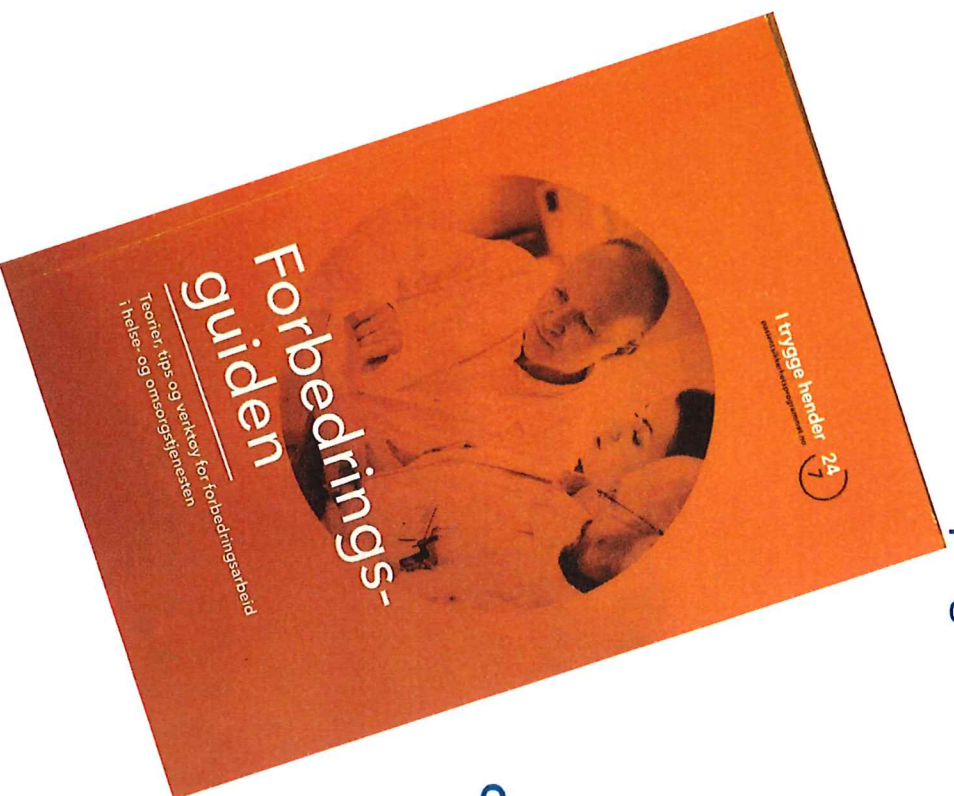
- Utvikle en ledeskultur i HNT der
  - ✓ Ledere i organisasjonen er trygge i rollen når de skal lede forbedrings- og utviklingsarbeidet i egen enhet slik at det er med på å svare ut de strategiske utfordringene HNT har tydeliggjort i HNTs [Strategisk utviklingsplan 2035](#)
  - ✓ Ledere på alle nivå aktivt bidrar til forbedrings- og utviklingsarbeidet i egen klinikk og HNT.
- Øke kompetansen i forhold til utvikling og endring
  - ✓ Utvikle evnen til å lede kontinuerlig forbedringsarbeid.



# DRIV 2019- Forbedring

Pasientsikkerhetsprogrammet

Kotters modell for endring



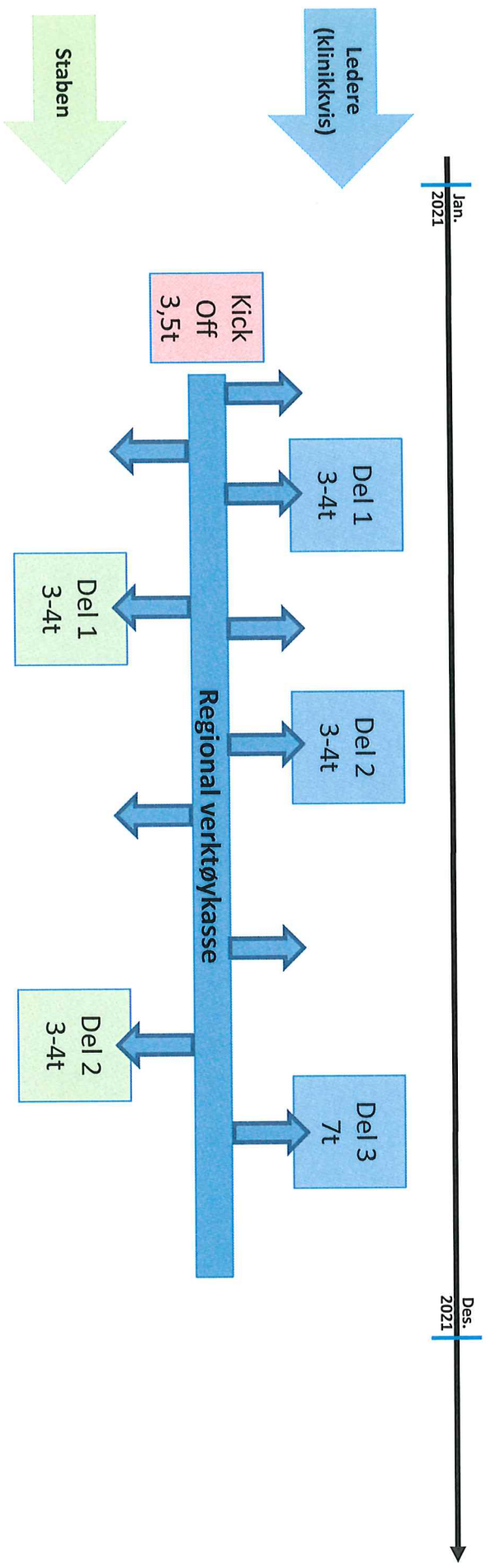


# DRIV 2021

## Innhold

- Endringsledelse
- Kultur og organisasjonsutvikling

# Konseptet for 2021





# Innhold DRIV 2021 for ledere

Dette er AD sin samling

## Kick off – 3,5 timer – del av årlig ledersamling for HNT

### Mål

Alle ledere i klinikkene og staben skal være kjent med programmet DRIV 2021, og komme i gang med planleggingen av gjennomføringen.

### Innhold

1. Inspirasjon og informasjon ved AD og HR- og organisasjonssjef  
Momenter: Tydeliggjør hensikten med og innholdet i programmet, utfordringsbildet, hvorfor ledelse er avgjørende for å lykkes med omstillingen, og hva som er egnet ledelse for å lykkes for foretaket.
2. Helseplattformens time  
Momenter: Digitaliserings av spesialisthelsetjenesten og endringene det medfører, omstillingsbehovet, nødvendig organisasjonsutvikling, team, lederrollen og ledelse i endring.
3. Kunnskapspåfyll ved SINTEF  
Momenter: Digitaliserings av spesialisthelsetjenesten og endringene det medfører, omstillingsbehovet, god organisasjonsutvikling, kultur, lederrollen og ledelse i endring.
4. Oppgaver(klinikkvis under ledelse av klinikkleder – stab under ledelse av AD/stabsleder)  
Vi legger en grov plan for programmet:  
Hvordan vil vi gjennomføre programmet i vår i klinikk (i staben)?  
Hva trenger vi støtte til? Fra hvem?  
Hvordan organiserer vi arbeidet med gjennomføringen?  
Hvordan informerer og involverer vi medarbeidere, TV/VO?



# Innhold DRIV 2021 for klinikkene

Dette er klinikkleders samling

Del 1 - 3-4 timer – klinikkvis

Mål

*Utformes av klinikkleder ut fra klinikkens behov, innholdet og helheten i programmet.*

Forarbeid

*Det klinikkleder finner hensiktsmessig*

Innhold

1. Inspirasjon og informasjon ved klinikkleder

Momenter: Tydeliggjør hensikten med og innholdet i programmet, utfordringsbildet, hvorfor ledelse er avgjørende for å lykkes med omstillingen, og hva som er egnet ledelse for å lykkes for klinikken.

2. Helseplattformens time: Kort om status fra fagekspertene (våre)

Momenter:

- Arbeidsprosesser som endres i vår klinikk som følge av innføring av HP.
- Endringene det medfører.

3. Kunnskapspåfyll (støtte fra staben og evt kort innledningsvideo)

Momenter: Digitaliserings av spesialisthelsetjenesten og endringene det medfører, omstillingsbehovet, nødvendig og god organisasjonsutvikling, kultur, lederrollen og ledelse i endring.

4. Innhold og oppgaver

Mulige momenter:

- Hva innebærer dette mht nødvendig endring og organisasjonsutvikling pga nye arbeidsprosesser, lederrollen og ledelse i endring?
- Hvordan sikre medarbeiderskap (informere, involvere, team, trygge og beholde medarbeidere, TV/VO)?
- Hvordan er kulturen i vår klinikk for endringsarbeid? Hensiktsmessig? I avdelingene? I ledergruppene? I seksjonen?
- Oppgaver til oppfølging i mellomperioden. Hvordan skal jeg/vi arbeide med oppgavene? Hva trenger vi støtte til? Fra hvem?
- Forberedelse til neste samling.



# Innhold DRIV 2021 for klinikkene

Dette er klinikkleders samling

## Del 2 - 3-4 timer – klinikkvis

### Mål

*Utformes av klinikkleder ut fra klinikkens behov, innholdet og helheten i programmet.*

### Forarbeid

*Det klinikkleder finner hensiktsmessig*

### Innhold

1. Inspirasjon og informasjon ved klinikkleder  
Momenter: Prioriteringer, gevinstrealisering, god prosessledelse ved endring.
2. Helseplattformens time  
Momenter:
  - Verktøy HP kommer med som er viktige for ledelse.
  - Endringene det medfører.
3. Kunnskapspåfyll (støtte fra staben og evt kort innledningsvideo)  
Momenter: Prosessledelse, organisering av arbeidet, bruk av verktøy.
4. Innhold og oppgaver  
Mulige momenter:
  - Prosessledelse og lederrollen.
  - Gevinstrealisering.
  - Ta ut, forstå og bruke data som leder for å sikre god oppfølging av endringsprosesser og organisasjonsutvikling.
  - Øve på bruk av metode og verktøy.
  - Oppgaver til oppfølging i mellomperioden. Hvordan skal jeg/vi arbeide med oppgavene? Hva trenger vi støtte til? Fra hvem?
  - Forberedelse til neste samling.



# Innhold DRIV 2021 for klinikkene

Dette er klinikkleders samling

## Del 3 - 7 timer – klinikkvis

### Mål

*Utformes av klinikkleder ut fra klinikkens behov, innholdet og helheten i programmet.*

### Forarbeid

*Det klinikkleder finner hensiktsmessig*

### Innhold

1. Inspirasjon og informasjon ved klinikkleder  
Momenter: Status. Nødvendigheten av gode planer for å sikre god implementering av HP. Forventninger til ledere 2022 med vekt på synlig leder som er kommuniserende og inspirerende i endringsarbeidet.
2. Helseplattformens time  
Momenter:
  - Planer HP har for implementeringen.
3. Kunnskapspåfyll (støtte fra staben og evt kort innledningsvideo)  
Momenter: Innhold og bruk av Virksomhetsplan 2022 med nødvendige delplaner. Oppfølging og evaluering.
4. Innhold og oppgaver  
Mulige momenter:
  - Status i forhold til det som er jobbet med og fulgt opp fra del 1 og 2.
  - Virksomhetsplan 2022 med nødvendige delplaner, og hvordan disse skal følges opp og evalueres underveis.
  - Øve på bruk av metode og verktøy.
  - Oppgave: Jobbe med deler av Virksomhetsplan 2022. Klargjøre hva som må ferdigstilles av planer etter dagens samling og hvordan det skal arbeides med det. Hvordan skal jeg/vi arbeide med oppgavene? Hva trenger vi støtte til? Fra hvem?



# Innhold DRIV 2021 for staben

## Dette er AD sin samling

### Del 1 - 3-4 timer – felles og avdelingsvis

#### Mål

Bli kjent med DRIV 2021, og stabens oppgave i å bidra til klinikkens og stabens gjennomføring av omstilling.

#### Forarbeid

*Det AD/stabslederne finner hensiktsmessig*

#### Innhold

- Inspirasjon og informasjon ved AD/stabsleder**  
Momenter: Tydeliggjør hensikten med og innholdet i programmet, utfordringsbildet, hvorfor staben må endres for å kunne bidra til klinikkens og stabens arbeid med organisasjonsutvikling og omstilling.
- Helseplattformens time**  
Momenter:
  - Arbeidsprosesser som endres som følge av innføring av HP.
  - Endringene det medfører.
- Kunnskapspåfyll (evt kort innledningsvideo)**  
Momenter: Digitaliserings av spesialisthelsetjenesten og endringene det medfører, omstillingsbehovet, nødvendig og god organisasjonsutvikling, kultur, støtte til prosessledelse, metoder og verktøy, hvorfor stabsrollen lederrollen må endres.
- Innhold og oppgaver**  
Mulige momenter:
  - Hva innebærer dette mht nødvendig endring og organisasjonsutvikling pga nye arbeidsprosesser, og endring av stabsrollen?
  - Øve på støtte til prosessledelse, bruk av metoder og verktøy.
  - Hvordan sikrer medarbeiderskap (informere, involvere, trygge og beholde medarbeider, TV/VO)?
  - Hvordan er kulturen i staben for endringsarbeid? Hensiktsmessig? I avdelingene? I ledergruppene? I seksjonen?
  - Oppgaver til oppfølging i mellomperioden. Hvordan skal jeg/vi arbeide med oppgavene? Hva trenger vi støtte til? Fra hvem?
  - Forberedelse til neste samling.





# Innhold DRIV 2021 for staben

Dette er AD sin samling

## Del 2 – 3-4 timer – felles og avdelingsvis

### Mål

Arbeide med stabens planer for 2022, og stabens oppgave å bidra til klinikkens gjennomføring sitt planarbeid for å sikre implementering av HP og nødvendig organisasjonsutvikling og omstilling.

### Forarbeid

*Det AD/stabslederne finner hensiktsmessig*

### Innhold

#### 1. Inspirasjon og informasjon ved AD/stabsleder

Momenter: Status. Nødvendigheten av gode planer for å sikre god implementering av HP. Forventninger til staben 2022 med vekt på stabens bidrag til klinikkens endringsarbeid og arbeid med planer for 2022.

#### 2. Helseplattformens time

Momenter:

- Verktøy HP kommer med som er viktige for ledelse og endringene det medfører.
- Planer HP har for implementeringen og gevinstrealiseringen.

#### 3. Kunnskapspåfyll (støtte fra staben og evt kort innledningsvideo)

Momenter: Innhold og bruk av Virksomhetsplan 2022 med nødvendige delplaner. Oppfølging og evaluering.

#### 4. Innhold og oppgaver

Mulige momenter:

- Status i forhold til det som er jobbet med og fulgt opp fra del 1.
- Virksomhetsplan 2022 med nødvendige delplaner, og hvordan disse skal følges opp og evalueres underveis.
- Øve på bruk av metode og verktøy.
- Oppgave: Jobbe med deler av Virksomhetsplan 2022 og hvordan vi skal støtte klinikkene i deres arbeid med sine planer. Klargjøre hva som må ferdigstilles av planer etter dagens samling og hvordan det skal arbeides med det.



# Regional plan for innføring av Helseplattformen

Versjon 1.0



# Innledning og formål

Regional plan gir en oversikt over aktiviteter og prosjekter som må gjennomføres i forbindelse med innføringen av Helseplattformen i HMN, samt ansvaret for disse. Innholdet er på et overordnet nivå for å gi innsikt i de ulike aktivitetene og sammenhengen mellom dem. Videre beskrives organisering og kostnader for de forskjellige områdene og hvordan disse styres og finansieres. Regional plan gjelder for foretaksgruppen, men vil også beskrive avhengigheter mot Hemit, Sykehusapotekene HF, kommunene, avtale spesialistene og fastlegene.

Formålet er å

- Sikre effektmålene knyttet til Helseplattformen
- Realisere ambisjoner knyttet til gevinstmålene for Helseplattformen
- Beskrive nødvendige aktiviteter og organisering av disse på en hensiktsmessig og effektiv måte i foretaksgruppen
- Sikre nødvendig oppfølging og innsyn i arbeidet for styringsorganer på alle nivå
- Sikre felles retning/prinsipp/koordinasjon for HMN LAB og HP

*Regional plan for innføring av Helseplattformen* skal være et levende dokument som vil oppdateres gjennom hele prosjektperioden. Deler av aktivitetene vil være basert på planer som blir utarbeidet av Helseplattformen AS og må videreføres i foretakene og vice versa. Regional plan må også sørge for at aktiviteter i innføring er avstemt med nasjonale aktiviteter i den grad dette ikke er gjort gjennom Helseplattformen sitt arbeid.

*Regional plan for innføring av Helseplattformen* eies av SDS og følges opp av sekretariat i eieravdelingen. Sekretariatet legger fram saker for beslutning i relevante fora og har ansvaret for den løpende oppfølging sammen med de faglige lederne. Det gjøres løpende avklaringer med de faglige lederne gjennom faste ukentlige møter.

*Samlet plan Helseplattformen.* Dette er en plan som er utarbeidet av HP AS i samarbeid med kommuner og HF. Den viser detaljering av aktiviteter som HP AS er ansvarlig for og hva som er følgeaktiviteter i HF.

*Lokal plan Helseforetak.* Hvert HF utarbeider sin lokale innføringsplan for å sikre plan og oversikt over alle aktiviteter som skal gjennomføres lokalt. Planer deles mellom HF'ene og sekretariatet i eieravdelingen bistår ved behov, det er spesielt dedikert en planleggingsressurs til dette.

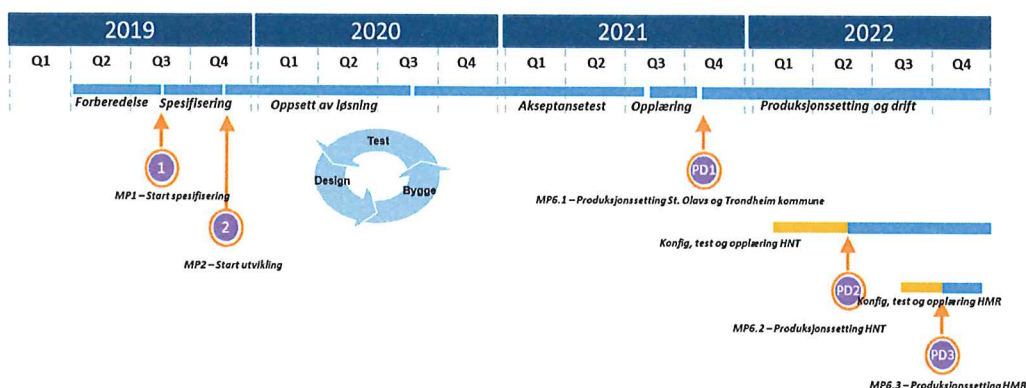


1	Innhold	
2	Tidslinje .....	4
3	Aktiviteter og prosjekter .....	4
4	Gevinstmål Helseplattformen .....	4
5	Aktiviteter og prosjekter .....	6
6	Andre aktiviteter .....	10
7	Organisering og styring .....	11
8	Kommunikasjon.....	12
9	Regional støttefunksjon prosjektledelse.....	13
10	Risikostyring .....	13
11	Rapportering .....	13
12	Økonomi og finansiering .....	13
	Vedlegg.....	15



## 2 Tidslinje

Helseplattformen og EPIC har kontraktsfestet følgende overordnede tidslinje



Aktiviteter som skal gjennomføres for å sikre innføring og gevinstrealisering av Helseplattformen må avpasses denne tidslinjen. Det må lages en overordnet oversikt over framdriften knyttet til de viktigste aktivitetene som må gjennomføres i tillegg til det HP AS har ansvar for.

## 3 Aktiviteter og prosjekter

*Regional plan for innføring av Helseplattformen* har fokus på de 8 regionale gevinstmålene for Helseplattformen. For hvert gevinstmål må det legges en detaljert plan. Gevinsteier vil være ansvarlig for at det lages en slik plan. I tillegg er det identifisert en del andre aktiviteter som henger mer eller mindre sammen med gevinstmålene og som en er avhengig av for å sikre innføringen av Helseplattformen.

Helseplattformen AS sitt ansvar og rolle i dette beskrives ikke her med unntak av gevinstrealisering.

Hvilke aktiviteter som det er naturlig å koordinere gjennom et felles sekretariat og gjennom de lokale sekretariatene/innføringsprosjektene må vurderes fortløpende. Disse sekretariatene må jobbe tett sammen.

## 4 Gevinstmål Helseplattformen

Det skiller mellom to typer gevinstmål for Helseplattformen, regionale gevinstmål og lokale gevinstmål.

### Regionale gevinstmål Helseplattformen

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i *styresak 117/2019* åtte regionale gevinstmål for Helseplattformen. Det skal som en del av gevinstrealiseringsarbeidet gjøres en vurdering av økonomisk gevinst. Rapportering av gevinstmålene skal integreres som en del av den ordinære statusrapporteringen.

Arbeidet med gevinstrealisering følger fire faser med fokus på involvering og medvirkning av ulike interessentgrupper.





Figur 1 Gevinstrealiseringsprosessen

Identifisering og prioriteringsfasen er nå gjennomført. Det igangsettes nå en planleggingsfase for videre konkretisering av hvordan de regionale gevinstmålene skal oppnås. Dette skal sammenfattes i en gevinstrealiseringsplan per gevinstmål. Planen vil inneholde fastsettelse av måleindikatorer (KPIer) og beskrivelse av nødvendig IKT funksjonalitet, muliggjørende tiltak (integrasjoner, datamigering, opplæring, etc.) og organisatoriske tiltak (endringer i prosedyrer, oppgavefordeling, nye enheter, etc.). Gevinstrealiseringsplanen skal være et grunnlag for å vurdere om nødvendige tiltak bør gjennomføres i linjestrukturen eller om det skal etableres regionale prosjekter. Gevinstrealiseringsplanene er et levende dokumenter. Første versjon skal være ferdig innen 01.07.2020.se

Hvert HF skal utpeke en gevinsteier pr. gevinstmål som er eier av planen og er ansvarlig for forankring i eget HF, herunder tillitsvalgte og brukerutvalg. Inntil annet er bestemt vil de faglige ledere ved hvert HF være gevinsteier. For hvert gevinstmål er det utpekt en ledende fagekspert som *regional faglig rådgiver*, det er etablert en *regional referansegruppe-fag* bestående av alle ledende fagekspert og en *referansegruppe-ledelse* bestående de som deltar i PAC/NAC. Arbeidet med å utarbeide gevinstrealiseringsplanene vil også involvere andre ressurser fra RHF og HF. Dette vil være ressurspersoner og regionale nettverk med strategisk innsikt tilknyttet de aktuelle gevinstområdene som konsulteres ved behov.

Tabellen under oppsummerer strukturer for arbeid med regionale gevinstmål og interessenter. Det legges opp til at arbeidet i all hovedsak vil skje innfor stillings- og rollebeskrivelser og etablerte møttestrukturer. Det vil bli gitt regionale støtte for å sikre gjennomføring.

Gevinstmål	Gevinsteier	Faglig rådgiver	Referansegruppe Fag	Referansegruppe Ledelse	Øvrige ressurspersoner i linjerepresentasjonene	Tillitsvalgte og brukerutvalg
Pasienttilfredshet	Faglig ledere	Jan Ole Bolsø	Ledende fagekspert	PAC/NAC	Fagekspertgruppe, brukerpanel, ressurs tilfredshetsundersøkelse	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU
Pasient logistikk/ Samhandling	Faglig ledere	Bardo Driller			Fagekspertgruppe, ressurspersoner/nettverk i linjen	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU
Helsearbeider-tilfredshet	Faglig ledere	Kirsti B F Klíngen			Fagekspertgruppe, ressurs tilfredshetsundersøkelse	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU
Legemidler	Faglig ledere	Ketil Arne Espnes			Fagekspertgruppe, ressurspersoner/nettverk i linjen	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU
Medisinsk avstandspfølging	Faglig ledere	Christer Jennsen			«MAO-team», ressurspersoner med strategisk fokus	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU
Kostnad pr pasient	Faglig ledere	Stian Saur			Fagekspertgruppe - Rapportering,	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU
Forskning	Faglig ledere	Haakon Robin Skogseth			Fagekspertgruppe, ressurspersoner/nettverk i linjen	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU
Kvalitetsregistre	Faglig ledere	Randi Skogseth-Stephani			Fagekspertgruppe, ressurspersoner/nettverk i linjen	Foretakstillitsvalgte, KTV/KVU, LBU/RBU



Det legges også opp til et samarbeid med kommunehelsetjenesten rundt de regionale gevinstmålene.

En mer detaljert beskrivelse av leveranser, milepæler og organisering fremgår av Regional prosjektplan for gevinstrealisering Helseplattformen i HMN som er vedlagt.

#### Lokale gevinstmål Helseplattformen

I tillegg til de regionale gevinstmålene jobber helseforetakene med å utarbeide lokale gevinstrealiseringsplaner i hver enkelt klinikk/fagområde. Hvert klinikk skal utpeke en gevinsteier som er eier av planen og ansvarlig for forankring i egen klinikk/fagområde, herunder tillitsvalgte. Det utpekes en gevinstkoordinator i hver klinikk med ansvar for oppdatering planen. Det lokale innføringsprosjektet vil bistå klinikkene med utarbeidelse av gevinstplanene. Det vil være aktuelt å etablere en eller flere lokale (HF-spesifikke) gevinstmål.

For å sikre en gjennomgående styring- og rapporteringsstruktur for gevinstmålene vil både regionale og lokale gevinstmål bygges inn i de lokale gevinstrealiseringsplanene der det er relevant.

En mer detaljert beskrivelse av leveranser, milepæler og organisering fremgår av lokale prosjektplaner for gevinstrealisering i Helseforetakene.

## 5 Aktiviteter og prosjekter

For å sikre både effektmål og gevinstmål, samt redusere risiko, er det nødvendig å gjennomføre en rekke aktiviteter og prosjekter.

Aktivitet	Beskrivelse	Ansvarlig
<b>Tilpasning av kvalitetsstyrings-system</b>	<p><i>Innføring av Helseplattformen og regional standardisering medfører at det må etableres regional forvaltning og systemer for felles prosedyrer og andre kunnskapsgrunnlag. Det må også avklares hvordan en skal koble seg mot kunnskapskilder både for pasienter og data og forvaltning av disse koblingene</i></p> <p><i>Mulige aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Avklare forvaltning av regionale prosedyrer inkl felles EQS. Der fagmiljø, kvalitetssjefer og fagdirektør involveres.</i></li><li>• <i>Avklare kunnskapskilder som skal kobles mot journalløsningen og pasientportalen</i></li><li>• <i>Bestemme verktøy for regionale prosedyrer, f.eks. VAR</i></li></ul>	Sekretariatet i samarbeid med HF
<b>Standardisering</b>	<p><i>Gjennomarbeidet med arbeidsprosesser, forløp, data og innhold vil konfigureringen av Helseplattformen føre til mye standardisering så fremt at fagmiljøene klarer å bli enig. I tillegg vil det trolig være områder hvor arbeidet i Helseplattformen avdekker manglende standardisering som må følges opp utenfor det arbeidet som drives av Helseplattformen. Dette må gjennomføres som en del av eksisterende</i></p>	Sekretariatet





	<p><i>organisasjon og nettverk. Spesielt må fagledernetverkene følge opp dette innenfor fag, men det kan også være andre områder hvor dette behovet dukker opp. Her er det trolig en del områder som ikke er kjent, men som det er behov for å ha et system for å håndtere.</i></p> <p><i>Mulige aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Standardisering av prosedyrer som ikke blir standardisert som en del av arbeidet knyttet til Helseplattformen</i></li> <li><i>Standardisering av andre områder som er nødvendig for å sikre innføring av Helseplattformen for eksempel sykehusprosedyrer og legeprosedyrer</i></li> <li><i>Standardisering av data, kodeverk, terminologi i den grad det ikke gjøres av Helseplattformen AS</i></li> <li><i>Felles bruk av EQS</i></li> </ul>	
<b>Arbeidsprosesser</b>	<p>Det er behov for å jobbe mer standardisert og likt metodisk med arbeidsprosesser, pasientforløp og hvordan data benyttes i disse fordi disse beskrivelsene danner utgangspunkt for: Konfigurering, endringsarbeid, opplæring, integrasjon, automasjon, videre forbedringsarbeid og innovasjon. En standard for beskrivelse av arbeidsprosesser med utgangspunkt i arbeidet i Helseplattformen vil være både rasjonelt og viktig for videre utviklingsarbeid.</p> <p>Mulig aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføre en pilot for å beskrive arbeidsprosesser og hvordan arbeidet i Helseplattformen kan gjenbrukes videre.</li> <li>Etablere felles standard for beskrivelse av arbeidsprosesser</li> <li>Felles publisering og oppbevaring av beskrivelser til senere gjenbruk</li> <li>Kan metode for beskrivelse av arbeidsprosesser kombineres med hvordan pasientforløp skal beskrives.</li> </ul>	Sekretariatet i samarbeid med HP AS og Hemit
<b>Risikostyring - Begrense nedgang i produksjon ved GO-live</b>	<p><i>Den mest kritiske perioden for innføringen av Helseplattformen er ved produksjonsoppstart (GO-live) og tiden etter dette. Derfor er det nødvendig å gå nøye gjennom denne perioden, ta forholdsregler, redusere risiko, sikre beredskap etc.</i></p> <p><i>Mulige aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Felles regional risikostyring, særlig med henblikk på den sekvensielle innføringen i de tre HF og nødvendig ressursflytting SOH -&gt; HNT -&gt; HMR.</i></li> <li><i>Finne og iverksette tiltak som gjør produksjonstapet ved idriftsetting så lite og kortvarig som mulig</i></li> <li><i>Sørge for ekstra bistand til brukerne rett før, under og etter GO-live</i></li> <li><i>Samarbeid mellom HF'ene ved oppstart på det enkelte HF</i></li> </ul>	Sekretariatet
<b>Forberedelse av ledere</b>	<p>Å ta i bruk Helseplattformen vil for mange ledere bety større og mindre endringer for å drive og styre sin enhet. Det vil også endre på ansvarsområder og prosesser som gjør at mange ansatte blir berørt. Ledere forberedes og trenes på endringsledelse.</p>	Sekretariatet i samarbeid med lokale



	<p><i>Mulig aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere opplæringsopplegg for nye klinikkledere, arbeidsgiverpolitikk, medvirkning, ressursstyring, organisasjonsutvikling og kulturutvikling</li> <li>• Utrulling av regionalt lederutviklingsprogram og rapportering på måloppnåelse</li> </ul>	innføringsprosjektet
<b>Læring</b>	<p>Helseplattformen vil lage et opplegg for opplæring og utdanning av medarbeidere. Det vurderes at Helseplattformen vil gi god nok støtte og det er ikke behov for ytterligere støtte utenfor prosjektet av Helseplattformen. Erfaringer hentes inn fra tidligere kunder.</p> <p><i>Mulig aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplæring nye arbeidsprosesser</li> <li>• Sikre understøtting av eksisterende utdanningsaktivitet</li> <li>• System for læring av Go live til de HF som er på gammel løsning og plan for å opprettholde erfaringsdeling i regionen under hele innføringsperioden</li> </ul>	Helseplattformen i samarbeid med sekretariatet
<b>Framtidig forvaltningsorganisering</b>	<p>Innføringen av Epic løsningen, etableringen av Helseplattformen AS og den generelle IKT-utviklingen medfører et behov for å se på fremtidig IKT-styring og -organisering i HMN. Dette innbefatter hva som skal være oppgavene til Hemit og HPAS og hva som skal være oppgavene i HFene.</p> <p>Arbeidet organiseres som et eget prosjekt. Arbeidet må utføres i tett samarbeid med kommunene, HF'ene og det må også ivareta den endelige forvaltningen av HMN LAB</p>	Sekretariatet
<b>Avtalespesialister</b>	<p>Eksisterende avtalespesialistene er ønsket inn på løsningen, og nye avtalespesialister må bruke Helseplattformen. Det må iverksettes aktivitet for å sikre involvering av avtalespesialister i konfigurasjonsarbeidet, avklaring om ibruktagelse av Helseplattformen, avtaler, kostnadsmodeller, etc.</p> <p><i>Mulige aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle nye kontrakter med avtalespesialister, krav om å bruke Helseplattformen</li> <li>• Avklare prosess og frist for avtalespesialister for hvordan man skal utløse opsjon</li> <li>• Krav til eksisterende avtalespesialister om å bruke HP når de skal skifte/fornye kontrakt for journalsystem</li> <li>• Avklare kostnadsmodeller for bruk av løsning, sees i sammenheng med tilsvarende avklaring for fastleger</li> <li>• Standardisering, felles prosedyrer, felles funksjoner</li> </ul>	Sekretariatet
<b>Medisinskteknisk utstyr</b>	<p>Helseplattformen har høye ambisjoner i forhold til oppkobling av medisinskteknisk utstyr. Det vil være utstyr som ikke lar seg koble opp, utstyr som ikke har oppgradert programvare som må oppgraderes, utstyr og programvare som har for stor variasjon i versjoner. I tillegg må det ved alle nyanskaffelser sørges for at krav knyttet til Helseplattformen må være tydeliggjort og blir fulgt opp.</p>	Sekretariatet



	<p><i>Mulige aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Spesielt må SNR følges opp.</i></li> <li>• <i>Etablere krav til MTU som skal kommunisere med Helseplattformen</i></li> <li>• <i>Avklare ansvar mellom HP/Hemit/HF knyttet til drift og vedlikehold av utstyr</i></li> <li>• <i>Felles innkjøpsordninger</i></li> </ul>	
<b>Infrastruktur og mobilitet</b>	<p><i>Helseplattformen har høye ambisjoner i forhold til infrastruktur og mobilitet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Regional strategi for mobilitet</i></li> <li>• <i>Nødvendig oppgraderinger av klienter</i></li> <li>• <i>Sikring av trådløsdekning</i></li> <li>• <i>Nødvendige komponenter for lukket legemiddelsøyfe</i></li> <li>• <i>Tilstrekkelig med pasientterminaler og store skjermer for tavlemøter etc.</i></li> </ul> <p><i>Utrede og avklare behovet for mobilt utstyr både i sykehuset og utenfor</i></p>	Sekretariatet
<b>Pasientportal</b>	<p><i>Helseplattformen vil levere en pasientportal for å tilgjengeliggjøre EPIC funksjonalitet. I tillegg har pasientene nettbaserte tjenester gjennom HF'ene sine intranett, Helsenorge.no og andre løsninger. Dette bør sette i en sammenheng slik at pasientene og innbyggerne opplever en helhetlig digital helsetjeneste.</i></p> <p><i>Mulig aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Avklare Helseplattformen sitt ansvar og omfang</i></li> <li>• <i>Hvilken kapasitet er det til å gjøre noe ut over det som HP AS gjennomfører</i></li> <li>• <i>Hva skal skje med eksisterende nettløsninger i HF'ene</i></li> <li>• <i>FNSP<sup>1</sup> sitt arbeid med pasientinformasjon</i></li> </ul>	Sekretariatet
<b>Kommunesamarbeid</b>	<p><i>Avklare hvordan Helseforetakene skal samarbeide og gå i dialog om Helseplattformen med opsjonskommunene. Både kommuner og HF ønsker tettere kommunikasjon med sitt lokalsykehus om Helseplattformen. Hva betyr dette for eksisterende samarbeid og hvordan skal opsjonskommunesamarbeidet fungere kontra dialog rundt lokalsykehus. Samarbeidsavtalen har også større ambisjoner for utvikling av samarbeidet enn innføring av felles journal. Arbeidet må planlegges nærmere</i></p>	Eieravdelingen
<b>First-Second-Last mover</b>	<p><i>Det må avklares hvordan HF'ene skal bistå hverandre knyttet til at noen er først ute og andre kommer etterpå. Hvordan skal de andre bistå den første og hvordan skal den første bistå de andre. Dette må løses gjennom gode samarbeidsavklaring og gjenbruk for de som kommer etter. Det må avklares om personell skal gjenbrukes på tvers av HF.</i></p>	Sekretariatet

<sup>1</sup> Felles nettløsning spesialisthelsetjenesten



I tillegg vil det være en lang rekke andre oppgaver som helseforetakene vil bli bedt om å gjennomføre. Dette må en løpende vurdere om skal koordineres eller ikke, det vil være en oppgave for de faglige lederne i samarbeid med sekretariatet.

## 6 Andre aktiviteter

For å sikre økonomisk oversikt, helhet i arbeidet og nødvendig støtte er det behov for aktivitet på noen spesifikke områder.

<b>Aktivitet</b>	<b>Beskrivelse</b>	<b>Ansvarlig</b>
<b>Portefølje og arkitekturstyring</b>	<p>Helseplattformen vil ha innvirkning på øvrig portefølje og prosjekter. Det vil være behov både for å justere eksisterende prosjekter, iverksette nye og avslutte andre. Integrasjoner vil kreve aktiviteter knyttet til systemer rundt Helseplattformen. Eksempler er Checkware (scoringsprogrammer), IAM (tilpasninger av HMN-løsning), ny AMK-løsning (integrasjoner og koordinert framdrift). Det vil også være økonomiske og ressursmessig konsekvenser knyttet til dette.</p> <p>Innføring av Helseplattformen griper tett inn i hvordan både applikasjoner, informasjonsflyt og arbeidsprosesser henger sammen. Det trengs en overvåking og innsats for å sikre at HMN sin totale portefølje blir best mulig og at vi ikke får suboptimalisering innenfor enkelt områder. Portefølje og arkitekturstyring må ivareta at dette løses på en best mulig måte.</p>	Eieravdelingen
<b>Kvalitetssikring</b>	<p>Det er mange oppgaver som skal planlegges i HF, som til dels er både komplisert og ukjent for HF ene. For å sikre at en har gode planer og god gjennomføring er det ønskelig å legge opp til ekstern kvalitetssikring av dette arbeidet. Det vurderes derfor å leie inn en felles ekstern part til å gjennomføre en slik kvalitetssikring for alle HF.</p>	Sekretariatet
<b>Grunnmur for bruk av store data</b>	<p>Helseplattformen vil representere en felles samling av journaldata om pasientene i regionen. Disse dataene ønskes benyttet videre både til primær og sekundærformål sammen med andre data både lokalt og nasjonalt. Det er også ønskelig at NTNU, Sintef og andre også får en godkjent og forsvarlig tilgang til disse. Dette vil kreve både infrastruktur, datastyring og juridiske avklaringer.</p> <p>Mulige aktiviteter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avklare HMN sin datavarehusstrategi</li> <li>• Avklare og etablere nødvendig infrastruktur for f.eks. forskning</li> <li>• og juridiske forhold knyttet til bruk av felles data mellom kommune og spesialist</li> </ul>	<p>Sekretariatet i samarbeid med fagavdelingen og St. Olav.</p> <p>Vurderes om dette skal inn som en del av samordnet plan og SDS sin portefølje etter behovsutredning.</p>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Legge forholdene til rette for kunstig intelligens, maskinlæring, avansert analyse, presisjonsmedisin etc.</li></ul>	
<b>Forskning og innovasjon</b>	<p><i>Helseplattformen vil være et objekt for følgeforskning og gi muligheter for å drive forskning på nye måter. Kunstig intelligens, maskinlæring, presisjonsmedisin, etc. vil være nye områder som ligger i grenselandet til det vi kjenner som forskning i dag.</i></p> <p><i>Helseplattformen gir helt nye muligheter for å drive både produkt- og tjenesteinnovasjon, både med interne og eksterne samarbeidspartnere. Dette krever at vi utvikler innovasjonsarbeidet videre i HF 'ene</i></p> <p><i>Mulige aktiviteter</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Følgeforskning på Helseplattformen</i></li><li>• <i>Hvordan organisere og utnytte muligheter knyttet til kunstig intelligens</i></li><li>• <i>Promotere innovasjonsmuligheter som oppstår gjennom Helseplattformen</i></li></ul> <p><i>For å legge til rette for dette er det bl.a. nødvendig å etablere nødvendig infrastruktur for store data, se annen aktivitet.</i></p>	Sekretariatet sammen med HF

## 7 Organisering og styring

### Sekretariat

Det skal etableres et sekretariat for støtte, oppfølging og koordinering av aktiviteter.

Dette vil få følgende oppgaver

- Koordinering og planer
- Støtte til lokalt gevinstarbeid (gevinstteam)
- Risikostyring
- Samlet statusrapportering og annen rapportering
- Prosjektstøtte
- Saksbehandling beslutningsstruktur
- Håndtering opp mot øvrig portefølje
- Støtte gjennomføring av gevinstområder, regionale og lokale aktiviteter
- Samhandling med Programkontor i Helseplattformen og kommune
- Koordinere arbeidet med å utarbeide de regionale gevinstplanene, herunder sikre at Sykehusapotekene i Helse Midt-Norge HF skal involveres ved behov
- Sikre gjennomføring, interessenthåndtering og ivareta fagansvaret for gevinstrealisering
- Bistå de lokale innføringsprosjektene med koordinering og gjennomføring av gevinstrealisering i klinikkene og eget helseforetak
- Delta i saksforberedelser på overordnede saker fra HP AS spesielt for å synliggjøre kostnader og endringsbehov for Helseforetakene
- Bistå i vurdering av økonomisk gevinster som følger av Helseplattformen



- Ivareta koordinering og samarbeid med kommunehelsetjenesten, felles innføringsprosjekt, kommunikasjonsnettverk

Det legges til grunn at Helseplattformen AS vil bistå med ressurser i arbeidet med å utarbeide gevinstrealiseringsplaner og kost/nytte analyser.

Sekretariatet ledes av Eieravdelingen i HMN og sammensettes av personer fra innføringsorganisasjonene i det enkelte HF og RHF med eventuell tilførsel av spisskompetanse og kapasitet. Sekretariatene i RHF og i HF må jobbe tett sammen.

Faglig ledere fungerer som det løpende arbeidende styringsorganet for det som ligger i den regionale planen og kan beslutte iverksetting av tiltak innenfor tildelte økonomiske rammer og ansvar. Overordnede beslutninger legges fram for SDS eller annet egnet sted i beslutningsstrukturen.

## 8 Kommunikasjon

Følgende føringer ligger for kommunikasjonsarbeidet i Helse Midt-Norge knyttet til Helseplattformen AS

- Kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge (revidert 2017)
- Kommunikasjonsstrategi for Helseplattformen AS (revidert 26.06.19) v 2.3
- Kommunikasjonsplan for Helseplattformen (oppdatert 17.06.19)
- Lokale kommunikasjonsplaner for innføringsprosjektene

Det er ikke utarbeidet én felles kommunikasjonsplan for alle aktørene knyttet til Helseplattformen, men kommunikasjonsstrategi og -plan for Helseplattformen AS bygger på de respektive eierens kommunikasjonsstrategier og interessentanalyser og forutsetter at det utarbeides kommunikasjonsplaner lokalt. I tillegg utarbeides en operativ, uke-for-uke kommunikasjonsplan i fellesskap mellom HP AS og de lokale innføringsteamene i hvert HF og i Trondheim kommune.

De lokale kommunikasjonsplanene forutsettes avstemt i forhold til strategi og rolle som hver enkelt aktør (HP AS, HF, Hemit, kommune og RHF) skal ivareta. Oppgaven er både å sikre god intern informasjon og samordnet profilering og ekstern kommunikasjon gjennom et tett operativt samarbeid. Helseforetak har spesielt ansvar for nødvendig kommunikasjon inn mot egne ansatte og ledelse. Dette er spesielt viktig for å ivareta og sikre endrings- og gevinstarbeidet.

HMN RHF skal bidra til å sikre ledelsesforankring, god samhandling, rolleforståelse og effektiv kommunikasjon mot befolkning og definerte målgrupper.

Helse Midt-Norge har felles løsning for intranett som skal utvikles til å bli en effektiv arena for samhandling og deling av informasjon om journalløsningsprosessen. Gjennom bruk av vår etablerte prosjektweb og prosjektet nytt intranett, skal det legges til rette for at eksterne fagmiljøer skal kunne samvirke med HMN og Helseplattformen AS på en effektiv måte.

I den grad det er hensiktsmessig skal samordning av tiltak, felles profilering og koordinert bruk av tilgjengelige virkemidler, kommunikasjonsressurser og mediekanaler, bli gitt prioritet. Etablert nettverksamarbeid mellom kommunikasjonsressurser skal videreutvikles og styrkes.



## 9 Regional støttefunksjon prosjektledelse

Det etableres en regional støttefunksjon for å gi bistand på prosjektledelse inn i de lokale innføringsprosjektene. Sikre god planlegging og gjenbruk mellom helseforetakene av planer og styring. Dette skal skje i samarbeid med øvrige aktører. Støttefunksjonen vil også ha et overordnet ansvar for å følge med at planer til Helseplattformen, regional plan, gevinstrealisering og lokale planer er avstemt som en overordnet planlegger rolle.

## 10 Risikostyring

Helseplattformen AS har etablert sin egen risikostyring. Det skal i tillegg etableres en risikostyring om omhandler aktiviteter i HF og som er knyttet til gevinstrealisering. En slik risikostyring må fokusere både på gjennomføring av aktiviteter og løpende risiko knyttet til drift og pasientsikkerhet i HF. Det må etableres en systematikk i forhold til innsamling av risiko og oppfølging av tiltak, dette må sees i sammenheng med readiness-programmet til Epic. Helseforetakene ønsker at alle risikoer skal framkomme av en samlet risikologg og risikooppfølging, det betinger at både hvert HF og HP AS etablerer et opplegg for denne totale risikooppfølgingen.

## 11 Rapportering

Det må etableres en overordnet rapportering for lokalt innføringsarbeid og regional plan, i tillegg til den månedlige rapporteringen fra Helseplattformen AS, for å kunne rapportere i henhold til HMN styret sin forventning.

## 12 Økonomi og finansiering

HP AS og felles innføringsprosjekt finansieres gjennom en engangsfinansiering bevilget av styret i HMN RHF, statstilskudd og finansiering fra Trondheim kommune. Dette styres gjennom styret i HP AS. I tillegg vil det være kostnader knyttet til innføring, konvertering, opplæring, anskaffelser av teknisk utstyr, tilstøtende programvare etc. Helseforetakene har fått innvilget lette til krav til omstilling og endring på 150 mill. i 2020 og 2021 for å håndtere dette. I tillegg er det gjort frikjøp av fagekspert, faglige ledere og noen stillinger ut over dette (prosjekt og gevinststøtte, deltagere i faglig beslutningsgruppe data) og kostnader til brukerpanel. Investeringer knyttet til utstyr og infrastruktur gjøres som en del av HMN sitt infrastrukturbudsjett forvaltet av Hemit. Det kan være aktuelt med flere investeringer i regional portefølje som indirekte eller direkte henger sammen med innføringen av Helseplattformen, slike saker skal fremmes for SDS. Det er ikke lagt opp til at St. Olav skal få dekket spesielle «first mover» kostnader eller at de 2 andre får dekket spesielle kostnader som er knyttet til at de innfører som nummer 2 og 3. Det regionale arbeidet må løpende balansere denne problemstillingen.

Sekretariat, faglige ledere, faglig rådgiver og ledende fagekspert finansieres regionalt. Finansiering av øvrige kostnader knyttet til gevinstarbeidet skal i hovedsak gjøres gjennom midler som er tildelt Helseplattformen AS og regionalt IKT-budsjett, samt finansieres av helseforetakene selv. Kostnader knyttet til gjennomføring av de regionale gevinstplanene må inngå i disse budsjettene. Behov for tilleggsinvesteringer må inngå i den regionale eHelseporteføljen.

Sekretariatet skal holde oversikt over den totale økonomien knyttet til innføring av Helseplattformen og framtidige tjenestekostnader. Dette inkluderer finansiering,



driftsmessige konsekvenser og gevinster. Sekretariatet må sikre at alle parter har tilstrekkelig innsikt og felles forståelse rundt økonomien.





## Vedlegg

Regional prosjektplan for gevinstrealisering Helseplattformen i HMN





---

EQS ID 31279

---

## Ledelse i HNT

2020

---

Ansvarlig HR- og organisasjonssjef Kari Hynne Skjærpe  
Saksansvarlig Spesialrådgiver strategi og ledelse Atle Busch

---

## Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	3
2.	Krav og ledelsesprinsipper .....	3
2.1	Lederkravene .....	4
2.2	Ledelsesprinsipper for utøvelse av god ledelse .....	4
3.	Leder- og ledelsesutvikling ved HNT .....	5
3.1	Formell utdanning som leder.....	6
Vedlegg	Våre tilbud innen ledelses- og lederutvikling.....	7
1.	Ledermobilisering .....	7
2.	Ny som leder – lederopplæring i Kompetanseportalen .....	8
3.	Ledelsesutviklingsprogrammet basis (LUP basis) .....	8
3	Temadager HR/Lederforum .....	9
4	Tilbud om kurs, workshops og opplæring.....	10
5	HMS-kurs for ledere .....	10
6	Ledergruppeutvikling i klinikken.....	10
7	Veiledere/prosessveiledere.....	10
8	Nasjonal ledelsesutvikling (NLU).....	10
9	Nasjonalt topplederprogram.....	11
10	Utvikling av foretaksledelsen.....	11
11	Regionalt ledelsesutviklingsnettverk .....	11
12	Sykehusinnkjøps avtale på levering av Konsulenttjenester – HR, OU og rekruttering.....	11

## 1. Innledning

Sykehusreformen i 2002 tydeliggjorde behovet for økt satsing på leder- og ledelsesutvikling i spesialisthelsetjenesten. Sykehusledernes spillerom for utøvelse av lederskap ble kraftig utvidet, ansvaret ble presisert, og det ble koplet myndighet til ansvaret da sykehusene ble selvstendige foretak. Sånn sett var sykehusreformen på mange måter like mye en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform. Forarbeidet til helsereformen bygde bl.a. på Steine-utvalget:

*Utvalget mener at en av de viktigste utfordringene som sykehuset står ovenfor i dag er å utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivå tar helhetlig ansvar for alle resultater og aktiviteter, og at det utøves ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået (NOU 1997, s 87).*

Enhetlig ledelse ble vedtatt i lovs form for alle nivå i norske sykehus med virkning fra 01.01.2001. Det skal etter bestemmelsen være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret administrativt og faglig for virksomheten i enheten. HOD har i [Rundskriv I-2/2013](#) beskrevet «Lederansvaret i sykehus».

Helsetjenesten er en av de viktigste bidragsyterne til velferdsstaten. Helseforetakene er store virksomheter. De forbruker en relativt stor andel av fellesskapets ressurser, og leverer tjenester som er viktige for enkeltmenneskers livsløp og livskvalitet. Spesialisthelsetjenesten preges av at kunnskapsfronten innen de medisinske fagene er i rask bevegelse. Å sikre fornyelse og kvalitet i tjenesten innenfor de gitte økonomiske rammene, medfører et betydelig behov for kontinuerlig omstilling og endring.

## 2. Krav og ledelsesprinsipper

Lederrollen er gjenstand for en kontinuerlig vurdering. Våre krav og ledelsesprinsipper bygger på dokumentene [Nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene](#) og foretakets til enhver tid gjeldende bestemmelser.

Utfordringsbilde for ledere i dagens spesialisthelsetjeneste er i henhold til Nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene å:

- Levere en tjeneste med god kvalitet innen gitte rammer
- Forme en tjeneste ut fra pasientens behov
- Skape tillit i befolkningen.

Helse Midt-Norge RHF har vedtatt denne visjonen for regionen:

*På lag med deg for din helse.*

Helse Nord-Trøndelag ønsker en lederkultur som er bygd på våre nasjonale verdier:

- *Trygghet for tilgjengelighet og omsorg*
- *Kvalitet i prosess og resultat*
- *Respekt i møte med pasienten.*

Helse Midt-Norge har i [Strategi 2030](#) satt *Fremragende helsetjeneste* som regionens ambisjon. Det betyr at pasientene får den beste anbefalte behandlingen, utført av høyt kompetente medarbeidere som er kvalitets- og sikkerhetsbevisste. Alle pasienter og pårørende blir behandlet med respekt og opplever åpenhet og god kommunikasjon i møte med helseforetaket.

## 2.1 Lederkravene

De nasjonale lederkravene legges til grunn som en plattform for utøvelse av ledelse. Kravene gjelder for alle ledere. Spesifikke lederkrav fremgår av funksjonsbeskrivelsen for lederstillingen.

**Ansvarlig og helhetstenkende** er lederkrav som er knyttet til grunninnstilling og perspektiv på ledelse, noe man «er».

De første to lederkravene **Ansvarlig** og **Helhetstenkende** omhandler lederens grunninnstilling og perspektiv på ledelse og lederrollen. Ansvarlig innebærer at man ikke ser en annen vei eller et annet sted, men tenker at det er jeg som leder som har ansvaret og tar det. Helhetstenkende betyr at man opplever et ansvar for hele helheten i virksomheten, enten det gjelder pasientbehandling, økonomi, kvalitet eller kompetanse.

**Endringsvillig og handlekraftig** er lederkrav som handler om atferd, noe man «gjør».

**Endringsvillig** og **Handlekraftig** er mer direkte knyttet til handlingsplanet, hva man skal gjøre og hva man skal oppnå. Endringsvillighet i sammenheng med handlekraft legger en føring om at man skal være handlekraftig for å få til en endring, en forbedring.

**Kommuniserende og inspirerende** er prosessuelle lederkrav og handler om «måten man gjør det på».

**Kommuniserende** og **Inspirerende**, er beslektet og utfyllende i forhold til de fire øvrige kravene. Kommuniserende og inspirerende er knyttet til måten du gjør tingene på. Der endringsvillig og handlekraftig sier noe om hva du må få til, er disse to kravene knyttet til hvordan du skal få det til. Dette er prosessuelle krav og en påminner om hvor viktig det er å få folk med seg i endringsprosesser.

## 2.2 Ledelsesprinsipper for utøvelse av god ledelse

Ledelse er et viktig virkemiddel for å få god og riktig pasientbehandling. Ledelse skal være pasientens garanti for riktig kvalitet på diagnose, behandling, omsorg og oppfølging.

Ledelse er å formulere mål, utvikle og fordele ressurser i samspill med medarbeiderne som gjør at vi oppnår gode resultater.

Lederrollen innebærer at man er leder hele tiden, og til enhver tid tar ansvar for det faglige og de ressursene man er satt til å lede. Mange ledere ønsker å vedlikeholde sin kliniske fagkompetanse. Dette må skje innenfor rammen av hva en god ivaretagelse av lederrollen tillater.

Våre ledere skal være **synlige og ansvarlige** som:

- ✓ angir retning, definerer mål og kommuniserer forventninger
- ✓ er til stede, har tid til å motivere, støtte og utfordre sine medarbeidere

- ✓ har gjennomføringsevne, fatter beslutninger etter dialog og har mot til å prioritere
- ✓ er lojal når beslutning er fattet og har integritet, troverdighet og tillit.

For å underbygge disse lederprinsippene forventes det at lederen:

- tar initiativ og har en proaktiv holdning for å ivareta det totale mål og resultatansvar som tilligger lederrollen.
- har en åpen og ærlig dialog med nærmeste leder og innad i ledergruppene. Usikkerhet, uklarhet ift. oppgaver, prioriteringer, forhold som går utover aktuelle enhets rammebetingelser eller som berører andre enheter i organisasjonen, tas fortløpende opp med nærmeste leder.
- har en åpen og ærlig dialog med medarbeiderne slik at man gir hverandre de beste forutsetninger for å løse oppgavene.
- bygger et godt psykososialt arbeidsmiljø der ansattes kompetanse og anvendelse av denne blir avgjørende for resultatet av arbeidet. Et trygt arbeidsmiljø er en forutsetning for å sikre gode lærende prosesser som gir utvikling av den enkelte og foretaket.

Helseforetaket skal som kunnskapsvirksomhet og offentlig virksomhet stå for en åpenhetskultur.

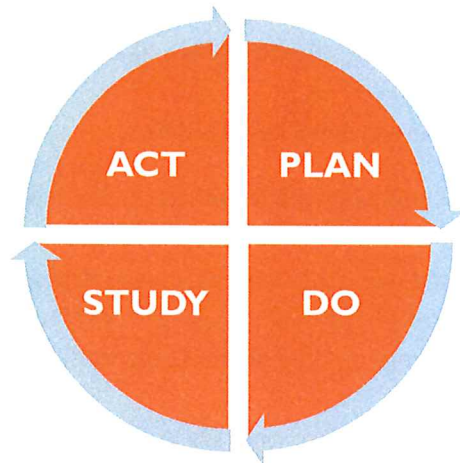
Resultatet leder oppnår speilet opp mot lederkravene og ledelsesprinsippene våre, danner grunnlaget for lederevalueringer i foretaket.

### 3. Leder- og ledelsesutvikling ved HNT

I begrepet *lederutvikling* er søkelyset rettet mot personen og den individuelle utviklingen av ledelsesfunksjonen og kompetansen. Med begrepet *ledelsesutvikling* er det større vekt på ledelsen og organisasjonen, og ikke personen i seg selv. Våre opplærings- og utviklingstiltak har fokus både på den enkelte leder og på organisasjonen som et fellesskap.

Lederkompetanse består av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. (Generell kompetanse er å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner gjennom å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning i studier og yrke, iht NOKUT). Behovet for kompetanse hos våre ledere vil endre seg ut fra det utfordringsbildet spesialisthelsetjenesten står i og de oppgavene foretaket er satt til å gjøre. Lederen må utøve sin ledelse helhetlig innenfor rammene som er satt for egen enhet, men også som del av et større hele. Utvikling av ledere innebære derfor også utvikling av *ledergrupper*.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter skal *planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres* i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Våre tiltak for ledere og organisasjonen som helhet følger prinsippene i denne forskriften.

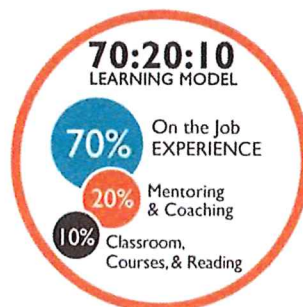


(William Edwards Deming)

Helt siden 60-tallet har idealet for læring i arbeidslivet vært en 70:20:10-modell.

Modellen har utgangspunkt i empirisk forskning på kunnskapsmedarbeidere og viser at læring i arbeidslivet finner sted på tre forskjellige måter:

- 70 prosent av læringen er knyttet til vanskelig arbeidsoppgaver
- 20 prosent av læringen er knyttet til samarbeid
- 10 prosent av læring skjer ved hjelp av formelle læringstiltak



HNT tilstreber opplæringstiltak som støtter opp om at læring best forgår i samspill med andre. Kunnskapsutvikling skjer i en kontekst hvor relasjoner mellom mennesker er avgjørende. Vår ledelses- og lederutvikling innehar en kombinasjon av flere ulike tilnærminger, såkalt «blended learning». Dette innebærer metoder som sosial læring, utvikling av kunnskapsnettverk og andre arenaer for erfaringsutveksling og kompetansebygging, og utvikling i reelle arbeidssituasjoner og – praksis. Våre opplæringsprogram tar utgangspunkt i den praktiske lederhverdagen, hvor det trenes på egne og avdelingens utfordringer. Regelmessig evaluering gir mulighet for å justere egen jobbutførelse. Våre kunnskaper, ferdigheter og holdninger gjenspeiler seg i vår praksis.

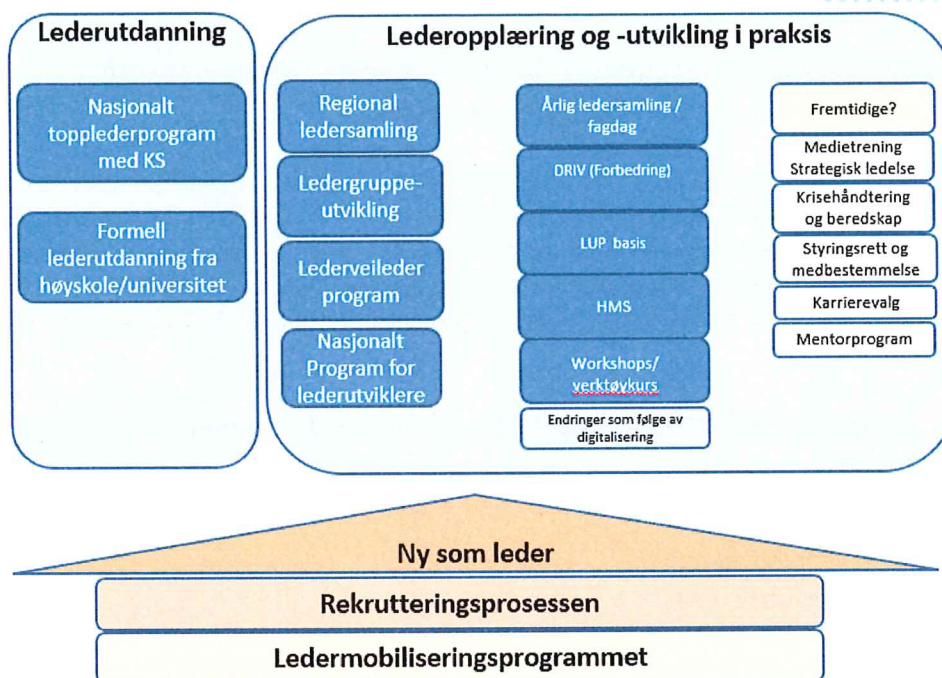
### 3.1 Formell utdanning som leder

Det er klinikkene selv som fastsetter de formelle kvalifikasjonskrav hos sine ansatte. HNT oppfordrer allikevel at alle ledere tilstreber formalkompetanse innen ledelsesfaget.

HNT legger vekt på utdanning av profesjonelle, samfunnsbevisste og samhandlingsorienterte medarbeidere.



## Vedlegg Våre tilbud innen ledelses- og lederutvikling



### 1. Ledermobilisering

Ledermobilisering er et nasjonalt program som gjennomføres regionalt. HNT stiller med egen lokal programansvarlig og interne veileder som bidrar til gjennomføringen av programmet.

Dette er et avklarings-, motivasjons- og utviklingsforløp med tanke på om ledelse er noe for deg.

Målgruppen for programmet er medarbeidere fra alle faggrupper i våre helseforetak som har interesse og potensial for ledelse, og som ønsker å finne ut om ledelse er noe for dem.

God ledelse utgjør en forskjell – både med tanke på kvalitet, pasientsikkerhet og vår evne til å framstå som en attraktiv arbeidsgiver. Vårt helseforetak har behov for flere dyktige og motiverte ledere i årene som kommer, og ønsker å få flere av våre medarbeidere til å velge ledelse som karrierevei.

Deltakerne vil få mulighet til å:

- utforske og reflektere over hva det innebærer å være leder
- bli bedre kjent med seg selv – sine styrker og utviklingsområder med tanke på ledelse se foretakets virksomhet ut fra et ledelsesperspektiv
- bygge nettverk med andre lederkandidater
- møte ulike ledere og bli kjent med deres ledelsesutfordringer
- ta de første stegene i utvikling av ditt potensial for ledelse og stå bedre rustet til å søke en lederjobb.

Programmet gjennomføres årlig, og det går over åtte måneder – mai-desember, med fire regionale samlinger (hvor av en går over to dager), tre lokale refleksjonsmøter, og med arbeidskrav mellom

samlingene.

## 2. Ny som leder – lederopplæring i Kompetanseportalen

Ny som leder del 1-3 er et regionalt opplæringsprogram.

Målet med Ny som leder del 1-3 i Kompetanseportalen er å sørge for at våre ledere har nødvendig kunnskap om gjeldende lover, regler og prosedyrer, IT-systemer, verktøy og prosesser. Det gjelder også å opparbeide seg ferdigheter for å utøve lederrollen innen de spesifikke områdene.

Opplæringen skal ses opp mot utøvelse av ledelse i den spesifikke stillingen lederen er tilsatt i.

Opplæringen skjer i regi av nærmeste leder eller den nærmeste leder bestemmer skal gi opplæringen på vegne av seg.

## 3. Ledelsesutviklingsprogrammet basis (LUP basis)

LUP basis er et lokalt program.

Overordnet mål for LUP basis er å:

- Bygge en felles lederkultur i organisasjonen
  - ✓ Tilføre kunnskap om og ferdighet i ledelse av spesialisthelsetjenesten
  - ✓ Klargjøre lederrollen, utvikle lederatferd i tråd med de nasjonale lederkravene, og forventninger og krav til ledere i HNT.
- Øke kompetansen i forhold til utvikling og endring
  - ✓ Utvikle evnen til å lede kontinuerlig forbedringsarbeid og endring
  - ✓ Øke forståelsen for bruk av styringssystemer.

Ledere skal gjennom programmet få kunnskap og erfaringer som de skal anvende for å utvikle HNT til den organisasjonen vi trenger for å møte dagens og framtidige utfordringer og behov. Opplæringen vil derfor legge vekt på å dyktiggjøre deltakerne i arbeidsformer som gir stor grad av medvirkning for ansatte og andre aktører i prosesser.

Målgruppen er nye ledere og ledere

Klinikk-/stabsleder rekrutterer deltakerne til programmet.

Dersom påmeldingen overstiger antallet plasser (maksimum 36 deltakere) vil utvelgelsen skje ut fra denne prioriteringen:

1. Ledere og assisterende ledere skal prioriteres
2. Framtidige ledere
3. Rådgivere.

Forventninger til klinikk-/stabsleder

1. Avklare deltakelse med hver kandidat på forhånd i en personlig prat
  - a. sjekk ut kandidatens motivasjon og mulighet for å delta og følge programmet også mht arbeidskrav i mellomperiodene
  - b. kommuniser at fravær fra samlinger og gruppearbeid går ut over de andre i gruppen.
2. Ta en oppfølgingsprat med deltaker i mellomperioden.
3. Ta en oppfølgingsprat med deltaker etter programmet.

### Metodikk

Samlinger med korte forelesninger, plenumssamlinger og refleksjonsutveksling i grupper. Det pålegges også en del individuelt arbeid, som å skissere egne utfordringer i lederhverdagen.

Ledelsesutviklingsprogrammet er praktisk orientert og relatert til de utfordringer ledere i HNT møter i hverdagen. Samlingene vil blant annet inneholde faglige innspill/foredrag, refleksjonsoppgaver, arbeid med aktuelle situasjoner, ferdighetstrening i grupper og individuelt under samlingene og i mellomperiodene.

Samhandling ut over egen organisasjonsenhet, organisasjonsforståelse, utvikling av organisasjonen og deling av kunnskap er også sentrale elementer i arbeidet med å utvikle HNT som en lærende og robust organisasjon. Disse områdene vil bli berørt i LUP basis.

Deltakerne vil bli delt inn i basisgrupper (å 6-9 deltakere). Hver basisgruppe har en fast veileder.

LUP basis består av:

- En fellessamling på 2 dager
- To fellessamlinger á 1 dager
- Kollegahospitering 1x1 dag
- Følg din leder 1 dag.

### Gjennomføringsplan:

<b><u>Samling 1</u></b>	<b><u>Samling 1 –</u></b>	<b><u>Mellomperiode 1</u></b>	<b><u>Samling 2</u></b>	<b><u>Mellomperiode 2</u></b>	<b><u>Samling 3</u></b>
<b><u>Dag 1</u></b>	<b><u>Dag 2</u></b>	Oppgave <i>Kollega-</i> <i>hospitering</i>	<b>Utøvelse av</b> <b>faglig ledelse</b>	Oppgave <i>Følg din leder</i>	<b>Leders ansvar for</b> <b>utvikling og</b> <b>endring</b>
<b>Strategi og</b> <b>ledelse -</b> <b>lederrollen,</b> <b>krav og</b> <b>forventning</b>	<b>Strategi og</b> <b>ledelse -</b> <b>lederrollen,</b> <b>krav og</b> <b>forventning</b>				

Tema på samlingene fastsettes for hvert kull ut fra det behovet foretaket har.

*Kollegahospitering* vil si at to deltakere går sammen og at begge er en dag på hospitering hos den andre. Oppgaven forutsettes gjennomført før Samling 2.

*Følg din leder* vil si at deltakeren følger sin nærmeste leder for å få økt innsikt i hvordan dennes arbeidshverdag arter seg. Oppgaven forutsettes gjennomført før Samling 3.

### **3 Temadager HR/Lederforum**

Hensikten med temadagene er å øke kompetansen innen HR for ledere og deres lederstøtte. Møtene arrangeres etter innmeldte behov. Foretakstillitsvalgte og hovedverneombud er også velkommen på disse arrangementene.

Tema kan spilles inn av deltakerne, HR og ledelsen, og vil i hovedsak gå på:

- Bruk av og endringer i de personaladministrative verktøy
- Oppfølging av HR-indikatorene og andre mål/oppgaver HR- og organisasjonsavdelingen har fått et overordnet ansvar for å følge opp/koordinere i foretaket
- Praktiske konsekvenser av endringer i lover, tariffavtaler og lignende.

#### 4 Tilbud om kurs, workshops og opplæring

Ved behov arrangerer HR- og organisasjonsavdelingen workshops, verktøykurs og opplæringstilbud for ledere og andre. Hensikten er å gå dypere inn i temaet og vår praksis enn det som er mulig på en temadag.

Verktøykurs vil ofte være en form for ferdighetstrening, mens workshops vil være del av et nødvendig forbedringsarbeid som krever utvikling av ny praksis. Opplæringstilbudet kan gis til flere eller individuelt avhengig av behovet eller hva som er mest hensiktsmessig mht. læringsutbytte.

#### 5 HMS-kurs for ledere

HR- og organisasjonsavdelingen gjennomfører årlig grunnopplæring i HMS for verneombud og AMU-medlemmer. Arbeidsmiljøloven setter krav til grunnopplæring i HMS for verneombud og AMU-medlemmer. Målgruppe for kurset er dermed nye verneombud og AMU-medlemmer. I tillegg inviteres og oppfordres nye ledere til å delta.

Kurset arrangeres i samarbeid med vår bedriftshelsetjeneste.

#### 6 Ledergruppeutvikling i klinikken

Enhetlig ledelse innebærer at ansvaret for å ta beslutning er tydeliggjort. Ledergruppene i klinikken brukes for å gi ansvarlig leder et beslutningsgrunnlag, det være seg å enes om mål, oppgavefordeling, rammer og ressursbruk. Ledelse i klinikken er komplekst og krever stor grad av forståelse og samordning. Det å utvikle gode relasjoner innad i ledergruppen er nødvendig for å skape nødvendig trygghet, tillit, åpenhet og raushet. Samtidig skal ledergruppen være en arena der den enkelte får en opplevelse av å høre til, får omsorg og støtte, og utvikler seg i forhold til rollen sin og lederkravene.

Det er utarbeidet et regionalt program for ledergruppeutvikling som kan brukes på alle ledergruppenivåene. HNT har egne sertifiserte veiledere/prosesser veiledere som bistår leder i gjennomføringen av programmet for ledergruppeutvikling.

#### 7 Veiledere/prosesser veiledere

Veilederne/prosesser veilederne gis nødvendig opplæring og sertifisering for å kunne fylle rollen de har i det enkelte programmet. En del av opplæringen og sertifiseringen vil bli gjort regionalt.

På sikt er det ønskelig å bygge opp et veilederkorps som kan støtte ledere med behov og ønske om individuell lederutvikling. Dette kan skje som veileder, coach eller mentor for en leder i kortere eller lengre tid.

#### 8 Nasjonal ledelsesutvikling (NLU)

De fire regionale helseforetakene jobber i fellesskap for å styrke ledelse i helseforetakene gjennom Nasjonal ledelsesutvikling. Målet for NLU er å bidra til en helhetlig helsetjeneste for befolkningen på tvers av regionene gjennom å utvikle ledere som deler de samme verdier og oppfyller felles krav til ledelse i spesialisthelsetjenesten.

NLU har utarbeidet [Nasjonal lederplattform for ledelse i helseforetakene](#), og gjennomfører og utvikler NTP. NLU inviterer årlig til en nasjonal erfaringskonferanse.

## 9 Nasjonalt topplederprogram

HOD har bestemt at spesialisthelsetjenesten og KS skal ha felles topplederprogram fra 2020. BI er valgt som leverandør, og programmet kan gjennomføres slik at det gir studiepoeng.

Det regionale helseforetaket vil ta stilling til om det vil gi et tilbud om topplederprogram for spesialisthelsetjenesten utover det nye nasjonale topplederprogrammet.

## 10 Utvikling av foretaksledelsen

HR- og organisasjonsavdelingen kan bistå med å utvikle og gjennomføre program for utvikling av foretaksledelsen enten med interne ressurser eller ved å kjøpe ekstern kompetanse/tjenester.

HMN RHF arrangerer årlig regionale ledersamlinger der utvikling av foretaksledelsen i HFene står i fokus.

## 11 Regionalt ledelsesutviklingsnettverk

Helse Midt-Norge RHF har etablert et regionalt nettverk for ledelsesutvikling som har sitt mandat fra regionens HR-sjefsmøte.

Nettverkets mål er å bidra til å koordinere, planlegge og gjennomføre de oppdrag helseforetakene i Helse Midt-Norge har knyttet til ledelse og lederutvikling, samt være et rådgivende organ for HR-sjefsgruppen i spørsmål som har med ledelse og lederutvikling å gjøre.

Gjennom å bygge et samlende og sterkt ledelsesnettverket i Midt-Norge ønsker vi å styrke fagmiljøet rundt ledelse og lederutvikling og øke vår utviklingskraft og fokus på ledelse og lederutvikling.

Nettverket skal også ha et kvalitativt ansvar for at leder-/ledelsesutvikling skjer i tråd med nasjonale føringer, forskrifter og lover.

## 12 Sykehusinnkjøps avtale på levering av Konsulent tjenester – HR, OU og rekruttering

Avtalene gjelder for alle helseforetak og enheter i Helse Midt-Norge.

Avtalene skal dekke behov for kompetanse foretaket og Helse Midt-Norge ikke har tilgang til i egen organisasjon eller der det er behov for ekstern bistand. Avtalene kan også benyttes ved behov for ekstra kapasitet. Det er inngått avtaler innen fire delområder:

- A. Organisasjonsutvikling og virksomhetsutvikling
- B. Generell rådgivning og strategi
- C. Ledelsesutvikling og ledelseskunnskap
- D. Search, rekruttering og utvelgelse

For mer informasjon om avtalene og bruk av dem, se [Sykehusinnkjøp HF sine websider](#).



## Vedlegg 4



# Mandat

Følgforskning av Lederutviklingsprogrammet DRIV i relasjon til innføring av Helseplattform ved Klinikk kvinne, barn og familie i Helse Nord - Trøndelag

Del av masteroppgave  
Master i kunnskapsledelse  
Nord Universitet

Levanger, 26.02.2021

## 1 Bakgrunn for oppdraget

Helse Midt - Norge RHF har etablert programmet Helseplattformen med mål om at hele helsetjenesten sammenbindes i en felles journal løsning, der all nødvendig helseinformasjon samles på ett sted. Dette er i tråd med det nasjonale målet "En innbygger - en journal" i Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013). <https://ehelse.no/strategi/hva-er-en-innbygger-en-journal>

Med mål om at det skal være et system som omfatter hele helsetjenesten som pasienter forholder seg til. Helseplattformen er mye mere enn ett nytt digitalt verktøy, det er også et program/virkemiddel for kontinuerlig endring og forbedring av helsetjenester. Noen har også beskrevet det som det største organisasjonsutviklings - og kulturendring prosjektet nord for Dovre.

DRIV er et lederutviklingsprogram som Helse Nord - Trøndelag (HNT) startet i 2019, programmet består av tre deler. Endringsledelse, kultur og organisasjonsutvikling og forbedring. Hovedstrategien for endringsledelse er å bidra til at HNT`s ledere er utviklingsorienterte, jobber effektivt i tverrfaglige prosesser, skaper engasjement og bidrar til positivt arbeidsmiljø. Lederkrav: ansvarlige og helhetstenkende, endringsvillige og handlekraftige, kommuniserende og inspirerende. Det har vært et langt opphold i dette lederutviklingsprogrammet siden våren 2019. I forbindelse med at innføringen av helseplattformen begynner å nærme seg er det tatt initiativ fra HR seksjonen om restart av DRIV programmet, og koble det opp i mot arbeidet som gjøres i innføringsprosjektet til helseplattformen. Plan for dette er forankret hos direktør og klinikkledelsen med planlagt oppstart 11. februar 2021, da med en kick off for alle ledere i HNT med mål om å avklare ambisjoner og forventninger samt videre forankring nedover i organisasjonen.

Som studenter i Master i kunnskapsledelse ved Nord universitet syntes vi at koblingen av et lederutviklingsprogram opp mot prosessen med inføring av Helseplattformen er spennende. Vi tok dermed kontakt med ansvarlige for innføringsprosessen i HNT og spurte om de var interessert i at vi fulgte et utvalg av ledere som skulle delta på lederutviklingsprogrammet. Dette ble oppfattet som både interessant og verdifullt både for lederutviklingsprogrammet og innføringsprosessen. Videre samtaler med flere ansatte i organisasjonen har styrket denne oppfatningen.



## 2 Rammer, hensikt og ønsket resultat

Studien vil organiseres som et følgeforskningsprosjekt. Prosjektperioden er fra januar til juli i 2021.

### Hensikt

Følgeforskningen vil bidra til økt kunnskap om lederutvikling i forhold til endringsarbeid og innføring av Helseplattformen.

### Problemstilling

**Hvordan påvirket oppstarten av lederutviklingsprogrammet DRIV ledernes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser i forbindelse med innføringen av Helseplattformen?**

### Ønsket resultat og leveranse

Forskningsspørsmål:

1. Hvilken generell og individuell kompetanse ser lederne behov for å styrke for innføringen av Helseplattformen?
2. Hvordan forstår lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, og har denne forståelsen endret seg i løpet av følgeforskningsperioden?
3. Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV fremhever lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen?
4. Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle ville lederne ta i dette arbeidet?

Funn og midlertidige analyser fra datainnsamling og observasjoner leveres oppdragsgiver underveis i perioden etter nærmere avtale.

Sluttrapport fra følgeforskningen leveres skriftlig til oppdragsgiver innen 01.07.2021.

I forbindelse med leveransen avholdes en kort muntlig presentasjon.

Masteroppgaven baserer seg på følgeforskningen og har leveringsfrist til Nord universitet 01.09.2021.

---

Mandat: «Følgeforskning av Lederutviklingsprogrammet DRIV i relasjon til innføring av Helseplattformen i Helse Nord – Trøndelag.

### 3 Om oppdraget

#### Organisering, roller og ansvar

Klinikk for kvinne, barn og familie i Helse Nord - Trøndelag ved klinikkleder Randi Brenne Dreier har takket ja til å være valgt enhet for innsamling av data i studien og alle ledere ved klinikken får tilbud om å delta. Klinikkleder bidrar med tilrettelegging for planlagte prosjekttiltak og er viktig medspiller for forskerne.

Mastergradsstudentene fra MKL-studiet ved Nord universitet vil ha forskerrollen. Den ene studenten Marianne Mathisen er også en av lederne ved klinikken. Gjennom denne posisjonen bidrar hun med god kjennskap til kontekst og til forankring av prosjektet. Hun vil skifte mellom å være aktør og observatør og må være bevisst balansen mellom rollene. Den andre studenten Anders Bergkvist er ekstern i forhold til oppdragsgiver og får et særlig ansvar for å sikre utenforblikket gjennom hele prosjektet. Han vil også lede planlagte fokusgruppeintervjuer. Forskerne har i fellesskap hovedansvar for prosjektet inklusive avtalte leveranser. Å være tydelig på og kunne håndtere forskerrollen er viktig i følgeforskning, og spesielt ved forskning på egen organisasjon (Baklien & Skatvedt, 2013).

Det opprettes en referansegruppe på tre personer,:

- en representant fra tillitsvalgt/vernetjenesten i HNT
- en representant fra HR-avdelingen i HNT
- en representant fra de ansvarlige for innføringsprosessen i HNT.

Gruppen konstituerer seg ved første møte og definerer selv gruppas mandat. Forskerne er møtetreferenter.

Nord universitet er ansvarlig forskningsinstitusjon og professor Øystein Rennemo har veilederansvar ovenfor studentene.

#### Aktiviteter i prosjektet

Aktuelle forskningsaktiviteter og fremdriftplan.

Tid	Aktivitet
Januar	Forankring av prosjektet og godkjenning av mandat

---

Mandat: «Følgeforskning av Lederutviklingsprogrammet DRIV i relasjon til innføring av Helseplattformen i Helse Nord – Trøndelag.

	Informasjon til og rekruttering av ledere som informanter
Februar	Gjennomføring av spørreundersøkelse med lederne Deltakelse og observasjon i forbindelse med kick-off Lederutviklingsprogrammet DRIV 11.02.21
Mars	Deltakelse og observasjon DRIV klinikk del 1.
April	Fokusgruppeintervjuer med lederne.
Mai-Juni	Deltakelse og observasjon DRIV klinikk del 2. Spørreundersøkelse før avslutning med lederne Leveranse av sluttrapport innen 01.07.21

I tillegg kommer dokumentasjons- og analysearbeid, møter med referansegruppe og annen jevnlig kommunikasjon mellom forskere og oppdragsgiver.

### **Avgrensninger**

Forskerne har et selvstendig ansvar for at prosjektet planlegges og gjennomføres innenfor gjeldende rammer. Dersom det skjer endringer i lederutviklingsprogrammet, i klinikken eller andre forhold som utfordrer planlagt forskningsaktivitet så foreslår forskerne omprioriteringer/avgrensninger. Disse drøftes og forankres hos oppdragsgiver.

### **Forskningsetikk**

Det er et viktig prinsipp i all forskning at ingen skal utsettes for integritetskrenkelser. I vårt arbeide vil vi ivareta dette gjennom å forholde oss til de forskningsetiske retningslinjer. Informantene vil ivaretas i forhold til konfidensialitet og informert samtykke.

### **Utgifter**

Flere av aktivitetene i prosjektet vil gjennomføres ved bruk av digitale plattformer uten ekstra kostnader. Som motytelse for leveransen dekker HNT reise- og oppholdsutgifter for ekstern forsker i forbindelse med planlagte aktiviteter som krever fysisk oppmøte.

## 4 Relevante føringer og referanser

Baklien, B. & Skatvedt, A. *Forventning og forvirring – følgeforskningens rotete roller*. I A. Halvorsen, E.

L. Madsen, & N. Jentoft (red.), *Evaluering: Tradisjoner, praksis, mangfold* (s. 148–164).

Fagbokforlaget, Bergen, 2013.

<https://ehelse.no/strategi/hva-er-en-innbygger-en-journal>

## Vedlegg 5

# Hvordan påvirket oppstarten av lederutviklingsprogrammet DRIV ledernes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser i forbindelse med innføringen av Helseplattformen?

Vi er to studenter ved Nord Universitet som studerer Master i kunnskapsledelse. I vår avsluttende masteroppgave om lederutviklingsprogrammet DRIV-21 og innføring av Helseplattformen ønsker vi å gjøre et følgeforskningsprosjekt hvor fokus er lederne i Klinikk for kvinne, barn og familie.

For å kunne få et best mulig grunnlag til å besvare problemstillingen er vi avhengige av å få et innblikk i, og en dypere forståelse for, ledernes refleksjon over ståsted og behov.

Vi vil gjennomføre en spørreundersøkelse med ledergruppen i to omganger. Den første i forbindelse med oppstart av lederutviklingsprogrammet DRIV -21. Den andre i slutten av mai -21. Spørreundersøkelsen inneholder 10 spørsmål og besvarelsen er anonym.

Din besvarelse er viktig for planlegging og gjennomføring av klinikkens videre arbeid med DRIV, og som data til følgeforskningsprosjektet.

Med vennlig hilsen, Anders Bergkvist og Marianne Mathisen

Din identitet vil holdes skjult.

Når skjult identitet brukes i undersøkelser, vil ingen identifiserbar informasjon, som f.eks. nettlesertype og -versjon, IP-adresse, operativsystem eller e-postadresse, bli lagret med svaret. Dette er for å beskytte respondentens identitet.

**1) Fremtidsscenario: Vi er i 2025, Helseplattformen med sine virkemidler er i drift, du har fortsatt lederrolle i klinikken. I hvor stor grad tenker du at dine oppgaver som leder har blitt påvirket av innføringsprosessen? 0= i svært liten grad, 10 = i svært stor grad.**

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

2) Hvilke lederoppgaver tenker du vil være veldig annerledes i 2025 sammenlignet med i dag?

3) Hvilke lederoppgaver tenker du vil være relativt uforandrede i 2025 sammenlignet med i dag?

4) Hvilken informasjon gjennom programmet DRIV har vært nyttig for deg?

5) Skriv kort hvordan DRIV så langt har påvirket dine prioriteringer som leder?

6) Uavhengig av ledernivå har du en viktig rolle i arbeidet med innføring av Helseplattplattformen. Dersom du selv skal si noe om DIN rolle, hva vil du løfte frem?

7) Hvilken kompetanse innehar du som vil være verdifull for arbeidet med innføringen av Helseplattplattformen?

8) Med din kjennskap til ansatte, hva tenker du kan være viktige kompetanser hos dem i arbeidet med innføringsprosessen?

9) Hva mener du at din enhet har behov for mer kompetanse på?

10) Hvilket ledernivå er du organisert på?

Seksjonsleder

Klinikk- eller avdelingsleder/ faglig rådgiver (som ikke er seksjonsleder)

# Vedlegg 6

## Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Kjære deltaker,

Vi er to studenter som studerer Master i kunnskapsledelse ved Nord Universitet. I vår avsluttende masteroppgave ønsker vi å gjøre en studie på koblingen mellom lederutviklingsprogrammet DRIV-21 og innføring av Helseplattformen. Dette gjøres i samarbeid med Helse Nord Trøndelag HF og Klinikk for kvinne, barn og familie, og med Nord Universitet som ansvarlig for forskningsprosjektet. Som en av 18 fag- og personalledere i Klinikk for kvinne, barn og familie blir du derfor forespurt om deltagelse som informant i dette prosjektet.

### Formål

Denne studien skal følge ledere i Klinikk for kvinne, barn og familie i perioden februar til juli 2021. Prosjektets formål er å få mer kunnskap om og eventuelt hvordan lederutviklingsprogrammet DRIV-21 kan bidra til utvikling og forberedelse av lederne med tanke på endringsprosesser i forbindelse med innføring av Helseplattformen.

Prosjektet har definert problemstilling og forskningsspørsmål.

### Problemstilling

**Hvordan påvirket oppstarten av lederutviklingsprogrammet DRIV ledernes forståelse for og gjennomføring av endringsprosesser i forbindelse med innføringen av Helseplattformen?**

### Forskningsspørsmål:

1. Hvilken generell og individuell kompetanse så lederne behov for å styrke for innføringen av Helseplattformen?
2. Hvordan forstod lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, har denne forståelsen endret seg i løpet av følgeforskningsperioden?
3. Hvilken ny kunnskap fra lederutviklingsprogrammet DRIV fremhevet lederne som viktig for dem i arbeidet med innføring av Helseplattformen?
4. Hva så lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle ville lederne ta i dette arbeidet?

## Hva innebærer det å delta?

Vi ønsker å benytte oss av to ulike metoder, en individuell spørreundersøkelse i to runder. Den første i forbindelse med oppstart av lederutviklingsprogrammet DRIV-21, den andre etter at to av tre klinikkvise ledersamlinger er gjennomført. Dette vil foregå i perioden februar til juni-21.

Spørreundersøkelsen vil gjennomføres ved bruk av programmet Quest Back med anonyme besvarelser. Analyser av først spørreundersøkelse vil danne grunnlag for intervjuguide for fokusgruppeintervju. I fokusgruppeintervju vil deltakelse innebære gruppeintervju med 5-7 deltakere i tillegg til 1-2 forskere. Intervjuene vil ha et omfang på 1,5-2 timer, du vil få en veiledende intervjuguide med aktuelle tema i forkant av intervjuet. For å sikre at all tilgjengelig informasjon fanges opp ønsker vi å benytte lyd- og bildeopptak av intervjuene. Intervjuene vil bli transkribert og opptak slettes. Dere vil være anonyme i all videre bruk av innsamlet materiale.

## Det er frivillig å delta

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

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

Vi vil bare bruke opplysningen om deg til formålet vi har informert om i dette skrivet. Vi behandler alle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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



## Ansvarlige fra Nord universitet

Prosjektleder og faglig veileder:

Øystein Rennemo, Professor. Fakultet for samfunnsvitenskap, Epost: [oystein.rennemo@nord.no](mailto:oystein.rennemo@nord.no), mobil: 91379930

Personvernombud:

Toril Irene Kringen, Seniorrådgiver, Epost: [personvernombud@nord.no](mailto:personvernombud@nord.no), Mobil: 74022750

## Spørsmål om studien?

Ta gjerne kontakt ved eventuell spørsmål eller ved behov for oppklaring.

På forhånd, tusen takk!

Med vennlig hilsen,

Anders Bergkvist, e-post: [anders.bergkvist@sbnnett.no](mailto:anders.bergkvist@sbnnett.no) mobil: 41364404

Marianne Mathisen, e-post: [marianne.mathisen@hnt.no](mailto:marianne.mathisen@hnt.no) mobil: 99275527

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om studien, og fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

Å delta i spørreundersøkelser

Å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker i at mine personopplysninger behandles frem til studien er avsluttet.

---

Dato, signert av deltaker

## Vedlegg 7

### Følgforskning - intervjuguide fokusgruppe intervjuer

Intervjuene er et av tiltakene i følgforskningen av Lederutviklingsprogrammet DRIV i relasjon til innføring av Helseplattformen ved Klinikk kvinne, barn og familie i Helse Nord-Trøndelag (HNT).

#### Formål:

Intervjuene vil ta utgangspunkt i to av forskningsspørsmålene i følgforskningen:

2. Hvordan forstår lederne endringer av arbeidsprosesser ved innføring av Helseplattformen, har denne forståelsen endret seg i løpet av følgforskningsperioden?
4. Hva ser lederne som viktige forberedende tiltak i klinikkens innføringsarbeid og hvilken rolle vil lederne ta i dette arbeidet?

Formålet med intervjuene er å få innsikt i hvordan lederne ser på disse forholdene. I tillegg brukes intervjuene til å følge opp funn ved gjennomført spørreundersøkelse.

#### Gjennomføring:

Deltakere er ledere ved klinikken. Deltakelsen er frivillig og ellers regulert gjennom vedlagt informasjon og samtykkeerklæring.

Intervjuene vil ha en varighet på 90 min og gjennomføres primært som fysisk møte i lokalene til HNT, 4-6 deltakere i hver gruppe, og intervjuene ledes av student i Master i kunnskapsledelse ved Nord universitet. Studenten har ikke tilknytning til HNT. Alternativ møteplattform er Microsoft Teams.

Intervjuene tas opp med lydopptaker. Her brukes godkjent utstyr fra Nord universitet. Etter nedskrivning (transkribering) slettes opptakene.

Tema	Spørsmål
Innledning	Hilser velkommen og forteller om formålet med intervjuet, hvordan det planlegges gjennomført. Viser også til tekst i samtykkeerklæringen.  Kort presentasjonsrunde.
Om helseplattformen	Helseplattformen (HP) planlegges innført i HNT i 2022. Hva i HP har fanget deres oppmerksomhet?
	Hvilken informasjon om HP vil være mest relevant for dere fremover?

<b>Helseplattformen, arbeidsprosesser og samhandling</b>	<p>Funn fra spørreundersøkelsen forteller at dere som ledere mener at HP vil påvirke lederen oppgaver. Noe vil være relativt likt som personal og personalledelse, men samhandling, innovasjon/utvikling og drift vil kunne bli annerledes.</p> <p>Kan dere fortelle mer om dette?</p>
	<p>Med ny digital plattform legges det opp til at mange oppgaver kan/vil kunne gjennomføres på andre måter. Hvordan vil dette kunne se ut på deres avdeling /seksjon?</p>
	<p>Ny digital plattform åpner også opp for samhandling mellom brukerne av plattformen. Hvilke muligheter ser dere her?</p>
<b>Leders rolle i innføringsprosessen</b>	<p>I spørreundersøkelsen fremhevet alle ledere (som svarte på spørsmålet) rollen som motivator, å informere og framsnakke helseplattformen.</p> <p>Hva og hvordan kan dere gjøre dette?</p>
	<p>Hvilke forberedende tiltak ser dere behov for på deres avdeling?</p>

Vedlegg:

- Informasjon og samtykkeerklæring

## Vedlegg 8

### Følgforskning - intervjuguide fokusgruppe klinikkledere

Fokusgruppeintervju med klinikkledere ved HNT er kommet som et tilleggstiltak i forbindelse med pågående følgforskning ved klinikk for KBF i HNT. Følgforskningen omhandler Lederutviklingsprogrammet DRIV i relasjon til innføring av Helseplattformen. Prosjektbeskrivelse for følgforskningen er vedlagt.

#### Formål:

Formålet med intervjuet er å gi klinikklederne mulighet til å reflektere rundt;

- Hvilken forståelse har jeg av helseplattformen?
- Hvordan forbereder jeg egen klinikk på innføringsarbeidet og hva er min lederrolle?
- Hvordan kan lederutviklingsprogrammet Driv og klinikkledergruppa være til støtte i innføringsarbeidet i egen klinikk?

Klinikkledernes refleksjoner rundt disse forholdene vil kunne gi viktige innspill til det videre arbeidet med innføring av Helseplattformen. Refleksjonene kan også bredde perspektivet og gi nyttige og verdifulle bidrag til følgforskningen.

#### Gjennomføring:

Deltakere er klinikkledere i HNT. Deltakelsen er frivillig og ellers regulert gjennom vedlagt informasjon og samtykkeerklæring.

Intervjuene vil ha en varighet på ca 60-90 min og gjennomføres primært som fysisk møte i lokalene til HNT, Intervjuene ledes av student i Master i kunnskapsledelse ved Nord universitet. Studenten har ikke tilknytning til HNT. Alternativ møteplattform er Microsoft Teams. Intervjuene tas opp på lydopptaker. Her brukes godkjent utstyr fra Nord universitet eller HNT. Etter nedskrivning slettes opptakene.

Tema	Spørsmål
<b>Innledning</b>	Hilser velkommen og forteller om formålet med intervjuet, og hvordan det planlegges gjennomført. Viser også til tekst i samtykkeerklæringen.  Kort presentasjonsrunde.
<b>Om helseplattformen</b>	Helseplattformen (HP) planlegges innført i HNT i 2022. Hva i HP har fanget deres oppmerksomhet?
<b>Innføring av Helseplattformen i egen klinikk og min rolle som leder</b>	Det finnes mye informasjon om HP, med videoer som viser konkrete arbeidsprosesser.

	Hvordan ser dere for dere at HP vil kunne se ut i egen klinikk?
	Hvilke forberedende tiltak ser dere behov for i deres klinikk?
	Hvordan kan jeg som leder bidra til innføring av HP?
<b>Rammer og ressurser for innføring av HP</b>	Hva ser dere som viktige rammefaktorer for god innføring av HP?
	Hvordan bruke lederutviklings-programmet Driv som ressurs?
	Hvordan kan samarbeid mellom lederne være en ressurs?

Vedlegg:

- Informasjon og samtykkeerklæring
- Prosjektbeskrivelse følgeforskning

# Vedlegg 9

## NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Følgeforskning av lederutviklingsprogrammet DRIV i relasjon til innføring av Helseplattformen

#### Referansenummer

680680

#### Registrert

26.02.2021 av Marianne Mathisen - marianne.mathisen@student.nord.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Ledelse og innovasjon

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Øystein Rennemo, oystein.rennemo@nord.no, tlf: 91379930

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Marianne Mathisen/Anders Bergkvist, marianne.mathisen@hnt.no/anders.bergkvist@sbnett.no, tlf: 99275527

#### Prosjektperiode

01.02.2021 - 01.09.2021

#### Status

12.04.2021 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 12.04.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 12.4.2021. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.9.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som kan trekkes tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være de registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Questback er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Marianne Mathisen  
Klinikk for kvinne, barn og familie  
Helse Nord-Trøndelag HF

**Vår ref.:**  
2021/452 -  
14431/2021

**Deres ref.:**

**Saksbehandler:**  
Bente Rømo Søreng

**Dato:**  
07.05.2021

## Svar på søknad om godkjenning av forskningsprosjekt

**Prosjekt:**

**Prosjekt:**

Lederutviklingsprogrammet DRIV og innføring av Helseplattformen

**Prosjektleder:**

Marianne Mathisen, Klinikk for kvinne, barn og familie, Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

**Forskningsansvarlig:**

Nord universitet v/professor Øystein Rennemo

**Dataansvarlig/Behandlingsansvarlig:**

Nord universitet

**Forskningsgruppe lokalt/regionalt:**

Anders Bergkvist, mastergradsstudent, Nord universitet  
Øystein Rennemo, professor, Nord universitet

**Prosjektets formål og bakgrunn:**

HNT ønsker å bruke lederutviklingsprogrammet DRIV for å gjøre ledere bedre forberedt til innføring av Helseplattformen. Å koble lederutvikling med en omfattende innføringsprosess, anses som viktig. Ledere på ulike nivå har ansvar for planlegging, tilrettelegging og gjennomføring av prioriterte tiltak. Prosessen med innføring av Helseplattformen har vært i gang siden 2016, og koblingen mellom DRIV og Helseplattformen startet med en kick-off 11. februar 2021. Alle ledere i HNT deltar i DRIV. Forskningsprosjektet vil følge ledere ved en av klinikkene i perioden februar-juni 2021.

Målet med studien er å belyse om og hvordan lederutviklingsprogrammet DRIV gir lederne mer kunnskap om endringsarbeid i forbindelse med innføring av Helseplattformen.



**Datamateriale og datahåndtering:**

Dette er et følgeforskningsprosjekt hvor 18 ledere Klinik for kvinne, barn og familie i HNT inkluderes. Det gjennomføres spørreskjemaundersøkelse via QuestBack (åpne svaralternativer), 3-4 fokusgruppeintervju, observasjon av kursdeltakere og dokumentanalyse. For å beskytte deltakernes identitet brukes funksjonen «skjult identitet» i Quest back. Det innebærer at ingen identifiserbar informasjon som f.eks. nettlesertype og -versjon, IP-adresse, operativsystem eller e-postadresse vil bli lagret med svaret. Ekstern lydopptaker benyttes ved intervju og lydopptak slettes etter transkribering. Anonymisert nedskrevet materiale lagres på harddisk på privat PC.

**Etikk og personvern:**

Det skal innhentes skriftlig samtykke til deltakelse. Informasjon og samtykkeskjema er vedlagt. Prosjektet er tilrådd av NSD.

**Kostnader/finansiering:**

Det angis i søknaden til DAC at ingen finansiering er nødvendig.

**Prosjektperiode:**

04.01.21-01.09.21

**Publikasjoner:**

Resultatene publiseres ved mastergradsoppgave

**Vurdering:**

---

Forskningsansvarlig instans i HNT (DAC) har vurdert søknaden i henhold til personvernforordningen, relevant særlovgivning og Helse Nord-Trøndelags egne retningslinjer/strategier for bruk av pasientdata til forskningsformål.

DAC behandlet søknaden *Lederutviklingsprogrammet DRIV og innføring av Helseplattformen*, første gang i møte den 2. februar 2021. DAC sin vurdering var at prosjektet var for lite gjennomarbeidet. Etter innsending av revidert prosjektbeskrivelse, ble saken på nytt behandlet den 4. mai.

**Behandlingsgrunnlag:**

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig og prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av personopplysninger har et lovlig grunnlag.

Behandlingsansvarlig institusjon *Nord universitet*, har dokumentert et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav a), og den registrertes samtykke. Det behandles ikke særlige kategorier av personopplysninger.

**Vilkår:**

- DAC forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med den dokumentasjon som ligger til grunn for godkjenning i HNT og NSD, og med de vilkår som er gitt. Innsamlet data skal kun brukes slik det er beskrevet i formålet til det omsøkte prosjektet.

- DAC forutsetter at prosjektet behandler opplysninger i henhold til gjeldende lovverk. Dette innebærer at behandlingsansvarlig institusjon (Nord universitet) sørger for tilstrekkelig informasjonssikkerhet.
- Opplysningene som innhentes skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for («dataminimering»). Dette innebærer at kun opplysninger som er nødvendige for å svare på problemstillingen, skal registreres.
- Ved eventuell fremtidig gjenbruk av data som er innsamlet i HNT, eller ved større endringer i prosjektet skal dette meldes til DAC.
- Lydfiler på opptakeren må slettes når lydfilen er overført til sikkert lagringsområde.
- Sluttdato for prosjektet er satt til 01.09.2021, men opplysninger skal lagres i fem år etter prosjektslutt. DAC forutsetter at opplysninger slettes eller anonymiseres innen 01.09.2026 og kommer til å be om bekreftelse på dette.

**Vedtak:**

Prosjektet godkjennes med de vilkår som er gitt.

For søknader der det etterspørres ytterligere dokumentasjon, ber vi om at denne ettersendes [postmottak@hnt.no](mailto:postmottak@hnt.no) så snart det foreligger. E-posten skal merkes med saksnummer 2021\_452.

**Kreditering av HNT ved publisering:**

Forskningsansvarlig viser til vedlagte retningslinjer for kreditering og acknowledgements ved publisering av artikler som utgår fra eller benytter data innsamlet i HNT. Den korrekte engelske benevnelsen på HNT er Nord-Trøndelag Hospital Trust

For ytterligere opplysninger ta kontakt med Hege Selnes Haugdahl, forskningsrådgiver, ph.d. [hege.selnes.haugdahl@hnt.no](mailto:hege.selnes.haugdahl@hnt.no).

Behandlet i DAC, 4. mai 2021

Med vennlig hilsen

Bodil Landstad, professor  
Forskningsjef i HNT

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur

Intern kopi:  
Randi Brenne Dreier  
Kathinka Meirik

Klinikk for kvinne, barn og familie  
Utviklingssjef